

**BUKU AJAR
MANAJEMEN KEPERAWATAN**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

BUKU AJAR MANAJEMEN KEPERAWATAN

Ns. Seniwati, S.Kep., M.Pd.

Ns. Ita, S.Kep., M.Kep.

Ria Anugrahwati, Ners., M.Kep

Ns. Junita Maratur Silitonga, S.Kep., M.Kep.

Ns. Rutmauli Hutagaol, M.Kep.

Ns. Deny Gunawan, S.Kep., M.Kep.

Ns. Sancka Stella G. Sihura, M.Kep

Ns. Dherlirona, S.Kep., M.Kep.

Ns. Lilis Kamilah, S.Kep., M.Kep.

Ns. Siti Anisah, S.Kep., M.Kep.

Ns. Solehudin, M.Kes., M.Kep.



BUKU AJAR MANAJEMEN KEPERAWATAN

Oleh: Seniwati, Ita, Ria Anugrahwati,
Junita Maratur Silitonga, Rutmauli Hutagaol,
Deny Gunawan, Sancka Stella G. Sihura,
Dherlirona, Lilis Kamilah, Siti Anisah, Solehudin

Copyright © 2022, Seniwati., dkk

Diterbitkan pertama kali dalam Bahasa Indonesia
Oleh Penerbit CV. Feniks Muda Sejahtera,
Anggota IKAPI NO. 007/SUL-TENG/2022

Desain Sampul: August Leonardo
Profreader & Tata Letak: Darwis Septrian Manteende

Cetakan Pertama: Juli, 2022

Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang.
Dilarang memperbanyak dan memperjual-belikan sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Isi di luar tanggung jawab Percetakan

ISBN No. 978-623-5403-40-3

DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| DAFTAR ISI | V |
| PRAKATA | VI |
| BAB I KONSEP DASAR MANAJEMEN KEPERAWATAN | 1 |
| BAB II MANAJEMEN KEPERAWATAN DAN MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN | 10 |
| BAB III PERENCANAAN MANAJEMEN KEPERAWATAN | 28 |
| BAB IV PENGORGANISASIAN MANAJEMEN KEPERAWATAN | 42 |
| BAB V PENSTAFAN MANAJEMEN KEPERAWATAN | 51 |
| BAB VI PENSTAFAN MANAJEMEN KEPERAWATAN LANJUTAN ... | 66 |
| BAB VII KONSEP PENGARAHAN | 84 |
| BAB VIII KONSEP PENGARAHAN 2 | 102 |
| BAB IX KONSEP PENGENDALIAN/CONTROLLING | 112 |
| BAB X KONSEP, KONSEP TEORITIS PRAKTEK KEPERAWATAN BERBASIS BUKTI | 129 |
| BAB XI MANAJEMEN KEPERAWATAN SEBAGAI ANGGOTA TIM KESEHATAN | 134 |
| GLOSARIUM | 150 |
| INDEKS | 152 |
| Tentang Penulis | 153 |

PRAKATA

Segala puji syukur dipanjatkan kepada Tuhan yang Mahaesa, Tuhan penguasa alam semesta karena atas rahmat-Nya buku ini dapat terselesaikan dengan baik.

Buku ajar ini merupakan referensi saat mengikuti mata kuliah Manajemen Keperawatan. Manajemen keperawatan ialah suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan juga obyektifitas asuhan keperawatan serta pelayanan keperawatan. Selain itu, pengelola keperawatan juga dapat didefinisikan sebagai suatu proses dari perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan juga pengawasan dalam mencapai suatu tujuan. Tidak hanya itu, Pengelola juru rawat juga memahami serta memfasilitasi pekerjaan perawat pelaksana serta mengelola kegiatan keperawatan.

Akhirnya, ucapan terima kasih dan penghargaan disampaikan kepada semua rekan atas dukungannya dalam mewujudkan buku ini.

Semoga buku ini membawa manfaat bagi sebanyak mungkin masyarakat akademik di Indonesia.

Amin ya rabbal'alamin. Wassalamu'alaikum. Wr. Wb

Para Penulis

BAB I
KONSEP DASAR MANAJEMEN KEPERAWATAN
Ns. Seniwati, S.Kep., M.Pd.

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu memahami Pengertian Manajemen
2. Mampu menggambarkan prinsip dan fungsi manajemen
3. Mampu menjelaskan pengertian manajemen keperawatan
4. Mampu menjelaskan fungsi manajemen keperawatan dalam pelayanan Kesehatan
5. Mampu menjelaskan teori yang terkait dengan manajemen

B. Materi

1. Pengertian

Manajemen berasal dari kata *to manage* yang berarti mengelola atau mengatur atau mengurus. Para ahli manajemen mengemukakan definisi dari manajemen menurut sudut pandang yang berbeda. Manajemen didefinisikan sebagai suatu proses melakukan pekerjaan melalui orang lain (Gillies, 1989).

Menurut Hersey dan Blanchard mendefinisikan manajemen sebagai suatu proses melakukan kegiatan/ usaha untuk mencapai tujuan organisasi melalui kerjasama dengan orang lain, sedangkan menurut H. Weihrich dan H. Koontz menjelaskan manajemen sebagai suatu proses merancang dan memelihara suatu lingkungan dimana orang-orang yang bekerja sama di dalam suatu kelompok dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan seefisien mungkin.

Menurut Swansburg (2000), manajemen adalah ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efektif, efisien dan rasional dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi. Selanjutnya menurut Harold mengemukakan bahwa manajemen sebagai pelaksanaan bersama orang lain.

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa manajemen merupakan suatu ilmu atau seni atau proses melaksanakan pekerjaan melalui orang lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses

dalam manajemen terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengontrolan.

2. Prinsip dan Fungsi Manajemen

Prinsip manajemen sifatnya fleksibel artinya bahwa perlu dipertimbangkan sesuai dengan kondisi khusus serta situasi yang berubah. Henry Fayol sebagai pencetus teori manajemen yang berasal dari Perancis mengemukakan prinsip umum manajemen sebagai berikut:

- 1) Pembagian pekerjaan (*division of work*)
- 2) Kesatuan komando (*unity of command*)
- 3) Wewenang dan tanggung jawab (*authority and responsibility*)
- 4) Disiplin (*discipline*)
- 5) Pemberian gaji pegawai (*remuneration of personal*)
- 6) Kesatuan pengarahan (*Unity of direction*)
- 7) Sentralisasi (*centralization*)
- 8) Mengutamakan kepentingan organisasi dari kepentingan pribadi (*subordination of individual to generate interest*)
- 9) Keadilan dan kejujuran (*equity and honesty*)
- 10) Jenjang karir hirarki (*scalar of hierarchy*)
- 11) Ketertiban (*order*)
- 12) Semangat kesatuan, semangat korps (*esprit de corps*)
- 13) Stabilitas kondisi karyawan (*stability of tenure of personal*)
- 14) Inisiatif (*initiative*).

3. Pengertian Manajemen Keperawatan

Menurut Gillies (1989) manajemen keperawatan merupakan suatu proses menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan dalam memberikan asuhan, pengobatan dan bantuan kepada pasien yang dirawat. Huber (2000) mendefinisikan manajemen keperawatan sebagai bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan melalui penerapan proses manajemen dalam mencapai tujuan dan objektivitas asuhan keperawatan maupun pelayanan keperawatan. Menurut Kelly dan Heidental (2004) mendefinisikan manajemen keperawatan sebagai suatu rangkaian proses meliputi perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan dalam mencapai tujuan sedangkan menurut Marquis dan Huston (2010) proses manajemen terbagi dalam lima tahap yakni

perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan dan pengendalian. Manajemen pelayanan keperawatan meliputi pelayanan di rumah sakit yang dikelola oleh bidang perawatan melalui 3 tingkatan manajerial yaitu kepala bidang keperawatan (manajemen puncak), kepala unit pelayanan atau supervisor (manajemen menengah) dan kepala ruangan (manajemen bawah). Peran dan fungsi manajer keperawatan dalam menjalankan tugasnya sangat mempengaruhi keberhasilan pelayanan keperawatan dalam suatu ruangan. Manajer keperawatan bertugas merencanakan, mengatur, mengarahkan dan mengawasi komponen keuangan maupun sarana prasarana serta sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan yang efektif dan ekonomis kepada pasien (Gillies, 2000).

4. Fungsi Manajemen Keperawatan

a. Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu proses yang mendefinisikan tujuan yang ingin dicapai dalam suatu organisasi, menyusun strategi dalam mencapai tujuan organisasi serta mengembangkan rencana aktivitas kerja pada suatu organisasi. Tahap awal pelaksanaan aktivitas pada sebuah pekerjaan dalam organisasi membutuhkan fungsi perencanaan dalam menentukan arah dan tujuan organisasi ke depan. Semua fungsi manajemen tergantung dari perencanaan. Perencanaan harus berorientasi ke masa depan dan memastikan kemungkinan hasil yang ingin dicapai (Swansburg & Swansburg, 1999) Salah satu hal penting yang perlu diperhatikan dalam perencanaan adalah rencana pengaturan sumber daya manusia dan sumber daya lain yang relevan. Menurut Huber (2000) perencanaan merupakan koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan melalui perencanaan proses manajemen untuk mencapai asuhan keperawatan dan tujuan pelayanan keperawatan. Marquis dan Huston (2010) mengemukakan bahwa perencanaan yang dilakukan dengan efektif dan adekuat dapat mendorong pengelolaan sumber daya yang ada. Dalam hal ini, kepala ruangan harus dapat mengidentifikasi tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang serta melaksanakan perubahan.

Kegiatan perencanaan pelayanan dan asuhan keperawatan menjadi tanggung jawab kepala ruangan. Perencanaan dalam keperawatan

dilaksanakan untuk menjamin klien akan menerima pelayanan keperawatan sesuai dengan yang mereka harapkan (Swansburg, 2000). Perencanaan kegiatan keperawatan pada suatu ruang rawat inap menjadi petunjuk dan mempermudah pelaksanaan kegiatan dalam mencapai tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan kepada klien. Fungsi perencanaan dalam suatu ruang rawat inap melibatkan semua personil mulai dari kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana. Proses manajemen pelayanan Kesehatan akan gagal apabila perencanaan tidak adekuat (Marquis and Huston, 2010).

b. Pengorganisasian

Fungsi pengorganisasian dilaksanakan setelah perencanaan. Menurut Muninjaya (2004) pengorganisasian merupakan langkah dalam menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang serta pendelegasian wewenang dari pimpinan kepada staf dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Huber (2000) mengemukakan bahwa manfaat pengorganisasian untuk menjabarkan secara rinci semua pekerjaan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan, pembagian beban kerja yang disesuaikan dengan kemampuan perorangan/kelompok serta pengaturan mekanisme kerja masing-masing anggota kelompok untuk hubungan dan koordinasi. Menurut Swansburg (2000) terdapat empat prinsip dalam pengorganisasian meliputi:

1) Prinsip rantai komando

Prinsip ini mengemukakan untuk memuaskan anggota efektif secara ekonomi dan berhasil dalam mencapai tujuan. Pada organisasi keperawatan, rantai komando ini datar, dengan garis manajer dan staf teknis serta administrasi yang mendukung perawat pelaksana.

2) Prinsip kesatuan komando

Prinsip ini mengemukakan bahwa seorang perawat pelaksana memiliki satu pemimpin dan satu rencana. Keperawatan primer dan manajemen kasus memberikan dukungan pada prinsip kesatuan komando ini.

3) Prinsip rentang kontrol

Prinsip rentang kontrol menyatakan bahwa setiap perawat harus dapat melakukan pengawasan secara efektif dalam hal jumlah,

fungsi dan geografi. Pada prinsip ini, makin kurang pengawasan yang diperlukan untuk perawat. Pada dasarnya perawat harus memiliki lebih banyak pengawasan demi menghindari terjadinya kesalahan. Dalam hal ini kepala ruangan harus lebih banyak melakukan koordinasi.

4) Prinsip spesialisasi

Prinsip ini mengemukakan bahwa setiap orang sebaiknya menampilkan satu fungsi kepemimpinan tunggal, sehingga ada divisi kerja atau pembagian tugas yang membentuk departemen.

c. Ketenagaan

Ketenagaan merupakan kegiatan manajer keperawatan dalam melakukan perekrutan, memimpin, melaksanakan orientasi dan meningkatkan perkembangan individu dalam mencapai tujuan organisasi (Marquis dan Huston, 2010). Ketenagaan pada dasarnya memastikan cukup atau tidaknya tenaga keperawatan meliputi perawat profesional, terampil dan kompeten. Kebutuhan ketenagaan pada masa yang akan datang seharusnya dapat diprediksi dan suatu rencana harus disusun secara proaktif untuk memenuhi kebutuhan.

Manajer keperawatan harus menyusun perencanaan ketenagaan yang memadai agar kebutuhan asupan pasien dapat tercukupi. Kebijakan terkait prosedur ketenagaan dan penjadwalan harus dalam bentuk tertulis serta dikomunikasikan pada semua staf dalam ruangan. Penyusunan kebijakan dan penjadwalan oleh manajer tidak boleh melanggar undang-undang ketenagakerjaan maupun kontrak pekerja. Kebijakan terkait ketenagaan yang ada harus diteliti secara berkala sebagai bentuk evaluasi apakah memenuhi kebutuhan staf dan organisasi (Marquis dan Huston, 2010).

d. Pengarahan

Menurut Huber (2000) pengarahan merupakan fungsi manajemen yang melakukan pemantauan dan menyesuaikan perencanaan, proses, dan sumber yang efektif dan efisien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Marquis dan Huston (2010) pengarahan adalah suatu fase kerja dalam manajemen, dimana manajer memberikan motivasi, membina komunikasi, menyelesaikan konflik, membina kerja

sama dan melakukan negoisiasi. Swansburg (2000) menyatakan bahwa pengarahan yang efektif akan meningkatkan dukungan terhadap perawat dalam mencapai tujuan manajemen keperawatan dan tujuan asuhan keperawatan. Pengarahan di ruang perawatan dalam dilakukan melalui beberapa kegiatan meliputi operan pasien, pemberian motivasi, manajemen konflik serta supervisi lainnya.

- 1) Operan pasien yaitu komunikasi dan serah terima antara shift pagi, sore dan malam. Operan dari dinas malam ke dinas pagi dan dari dinas pagi ke dinas sore dipimpin oleh kepala ruangan, sedangkan operan dari dinas sore ke dinas malam dipimpin oleh penanggung jawab shift sore.
- 2) Motivasi dimulai dengan membudayakan cara berpikir yang positif pada setiap staf yang dapat diungkapkan melalui pujian (reinforcement) bagi setiap orang yang bekerja bersama-sama.
- 3) Manajemen konflik sebaiknya menggunakan win-win solution melalui komunikasi yang sifatnya terbuka. Perubahan yang terjadi pada suatu organisasi kemungkinan dapat menimbulkan konflik karena adanya perbedaan persepsi, pandangan dan pendapat. Oleh karena itu dilakukan pelatihan tentang system pelayanan dan asuhan keperawatan bagi semua sumber daya manusia yang ada.
- 4) Pengawasan/supervisi penting dilakukan untuk memastikan bahwa pelayanan dan asuhan keperawatan telah berjalan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Pengawasan dalam hal ini bukan berarti pemeriksaan untuk mencari kesalahan tetapi lebih ditekankan pada pengawasan partisipatif yaitu perawat mengawasi pelaksanaan kegiatan, memberikan penghargaan atas pencapaian atau keberhasilan dan memberikan jalan keluar jika terdapat hal hal yang belum terpenuhi. Pengawasan dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pengawasan secara langsung dilaksanakan pada saat kegiatan berlangsung, misalnya ketika perawat pelaksana sedang melakukan perawatan luka, maka ketua tim mengobservasi pelaksanaan kegiatan dan memperhatikan apakah sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan. Pengawasan tidak langsung dilakukan melalui pelaporan atau dokumen yang berisi tindakan atau kegiatan yang telah dilakukan.

e. Pengendalian

Pengendalian (controlling) adalah proses pengamatan secara terus menerus terhadap rencana kerja yang telah disusun dan mengoreksi penyimpangan yang terjadi. Pengendalian dianggap sebagai aktivitas untuk menemukan dan mengoreksi penyimpangan penting dalam hasil yang dicapai dari aktivitas yang direncanakan. Suatu hal yang wajar jika terdapat kekeliruan tertentu, kegagalan maupun petunjuk yang tidak efektif sehingga terjadi penyimpangan yang tidak diinginkan dari tujuan yang ingin dicapai.

Pengendalian juga didefinisikan sebagai fungsi dalam manajemen keperawatan yang secara terus menerus terjadi selama perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan serta pengarahan (Swansburg, 2000). Pengukuran kinerja pada fase pengendalian menggunakan standar yang telah ditentukan dan tindakan diambil untuk mengoreksi adanya ketidakcocokan antara standar dan kinerja (Marquis dan Huston, 2010). Menurut Munijaya (2004) terdapat tiga prinsip pengawasan yang perlu diperhatikan oleh manager keperawatan dalam menjalankan fungsi pengendalian yaitu:

- 1) Pengawasan mudah dipahami oleh staf dan hasilnya dapat diukur
- 2) Pengawasan memegang peranan penting dalam pencapaian tujuan organisasi
- 3) Standar kerja yang digunakan harus dijelaskan kepada semua staf.

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian/pengontrolan meliputi :

- 1) Menetapkan standar dan metode pengukuran prestasi kerja
- 2) Mengukur prestasi kerja
- 3) Menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar
- 4) Mengambil tindakan korektif.

5. Teori Manajemen

Pada awal tahun 1900-an Frederick W. Taylor sebagai seorang tokoh bidang ilmu manajemen mengemukakan bahwa teori manajemen diibaratkan sebagai suatu mesin dengan penekanan utama pada produksi yang cepat dan efisien. Kepuasan dalam bekerja sama untuk meningkatkan produksi dipengaruhi oleh manajemen dan motivasi para pekerja. Seorang ahli sosiologi dari Jerman yang bernama Max Weber mengemukakan ide

yang sama dan melakukan pengembangan teori Taylor. Weber berpendapat bahwa perlu suatu legalisasi, wewenang formal dan aturan yang konsisten untuk pegawai pada setiap jabatan. Lebih lanjut dia mengusulkan birokrasi sebagai rencana organisasi. Karakteristik pada birokrasi meliputi: pembagian tugas yang jelas, adanya peraturan, komitmen terhadap senioritas dan peningkatan, serta hubungan yang terjalin dengan baik diantara atasan dengan bawahan.

Pada tahun 1930-1970 ada beberapa ahli yang mengemukakan teori terkait dengan hubungan antarmanusia. Hubner (2006) mengemukakan teori tentang Hawthorne effect yang menyatakan bahwa seseorang akan memberikan respon terhadap suatu kejadian dan akan terus belajar jika mereka merasa diperhatikan dan didukung oleh pihak manajemen. Teori ini menekankan pentingnya pihak manajemen memberikan perhatian penuh kepada pegawai sehingga hasil produksi dapat meningkat tanpa mengabaikan kondisi lingkungan kerja.

Teori lain dikemukakan oleh Mayo (1930) yang menyatakan bahwa lingkungan kelompok dan sosial baik yang bersifat formal maupun informal menjadi faktor dalam menentukan produktivitas perusahaan dan memungkinkan seluruh pegawai berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan. Pada tahun 1960, McGregor menekankan tentang pendapat Mayo (1930) dengan teori yang dikemukakan mengenai manajemen perilaku terhadap pegawai yang berhubungan dengan kepuasan pegawai.

Teori ini dinamakan teori X dan Y. Teori X menekankan kepada manajer agar percaya bahwa pada dasarnya pegawai itu malas dan tidak memiliki keinginan untuk melakukan peningkatan produktivitas di suatu organisasi sehingga diperlukan supervisi secara terus menerus dan arahan yang melekat. Teori Y lebih menekankan agar manajer percaya bahwa pada dasarnya pegawai senang bekerja karena adanya motivasi yang timbul dari dalam dirinya sendiri sehingga memiliki usaha untuk bekerja keras dalam mencapai tujuan individu maupun organisasi. McGregor tidak merasa adanya pertentangan antara Teori X dan Y tetapi merupakan suatu komponen yang berkesinambungan yang dapat dapat digabungkan oleh manajer dalam mengelola dan memimpin pegawainya. Dia tidak melihat bahwa Teori Y sebagai teori yang paling tepat diaplikasikan dalam suatu organisasi karena aplikasi teori tersebut tidak dapat berjalan dengan baik

tanpa disertai keputusan yang tepat serta penjelasan yang akurat dari manajer dalam menilai bawahannya.

Teori McGregor (1981) dan Mayo didukung oleh teori Chris Argyris (1964) yang menyatakan bahwa perilaku terlalu dominan yang dimiliki oleh seorang manajer menyebabkan pegawai tidak termotivasi bekerja bahkan cenderung pasif. Pegawai menjadi tidak termotivasi bekerja, membuat masalah dan akhirnya keluar dari pekerjaannya jika harga diri dan otonomi pegawai tersebut tidak terpenuhi. Teori ini menekankan pentingnya melibatkan pegawai dalam proses pengambilan keputusan dan adanya manajemen yang bersifat fleksibel dalam suatu organisasi.

C. Rangkuman

D. Tugas

1. Jelaskan Pengertian Manajemen ?
2. Jelaskan gambaran prinsip dan fungsi manajemen?
3. Jelaskan pengertian manajemen keperawatan
4. Jelaskan fungsi manajemen keperawatan dalam pelayanan Kesehatan?
5. Jelaskan teori yang terkait dengan manajemen?

E. Referensi

Gilles Dee Ann, 1996. *Manajemen Keperawatan*. FKUI, Jakarta

Marquis dan Huston. *Leadership Roles and Management in Nursing: theory and application, 3rd edition*. J.B. Lippincott Company. Philadelphia.

Murnijaya, 1999. *Manajemen Kesehatan*. EGC, Jakarta.

Tulak Tedy Grace Dr, 2000. *Manajemen Keperawatan bagi Pendidikan Vokasi*. CV. Kanaka Media

BAB II
MANAJEMEN KEPERAWATAN
DAN MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN

Ns. Ita, S.Kep., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan BAB II tentang Manajemen Keperawatan dan Manajemen Asuhan Keperawatan, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menyebutkan pengertian manajemen keperawatan
2. Menjelaskan tujuan manajemen keperawatan
3. Menjelaskan prinsip – prinsip manajemen keperawatan
4. Menjelaskan lingkup manajemen keperawatan
5. Menjelaskan manajemen asuhan keperawatan

B. Materi

1. Pengertian Manajemen Keperawatan

Manajemen Keperawatan adalah sebuah integrasi sumber – sumber keperawatan, kerjasama/ koordinasi sehingga proses manajemen dapat mencapai tujuan, pelayanan keperawatan dan objektivitas asuhan keperawatan (Huber, 2000)

Keterampilan manajemen diklasifikasikan menjadi tiga tingkatan sebagai berikut (Swanburg, 2001):

- a. Keterampilan intelektual meliputi keterampilan berfikir, penguasaan teori dan kemampuan
- b. Keterampilan teknikal dibagi menjadi prosedur, Teknik atau metode
- c. Keterampilan interpersonal dipengaruhi oleh jiwa untuk memimpin dan berinteraksi dengan individu tau kelompok

2. Prinsip-prinsip Yang Mendasari Manajemen Keperawatan

Prinsip-prinsip yang mendasari manajemen keperawatan adalah:

- a. Manajemen keperawatan seyogianya berlandaskan perencanaan karena melalui fungsi perencanaan, pimpinan dapat menurunkan resiko pengambilan keputusan, pemecahan masalah yang afektif dan terencana.

- b. Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif. Manajer keperawatan menghargai waktu akan menyusun perencanaan yang terprogram dengan baik dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan sebelumnya.
- c. Manajemen keperawatan akan melibatkan pengambilan keputusan berbagai situasi maupun permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan di berbagai tingkat manajerial.
- d. Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien merupakan fokus perhatian manajer keperawatan dengan mempertimbangkan apa yang pasien lihat, fikir, yakini dan ingini. Kepuasan pasien merupakan point utama dari seluruh tujuan keperawatan.
- e. Manajemen keperawatan harus terorganisir. Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan.
- f. Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diorganisasikan.
- g. Manajer keperawatan yang baik adalah manajer yang dapat memotivasi staf untuk memperlihatkan penampilan kerja yang baik.
- h. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif. Komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan arah dan pengertian diantara bawahan.
- i. Pengembangan staf penting untuk dilaksanakan sebagai upaya mempersiapkan perawat pelaksana untuk menduduki posisi yang lebih tinggi ataupun upaya manajer untuk meningkatkan pengetahuan karyawan.
- j. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip-prinsip melalui penetapan standar, membandingkan penampilan dengan standar dan memperbaiki kekurangan.

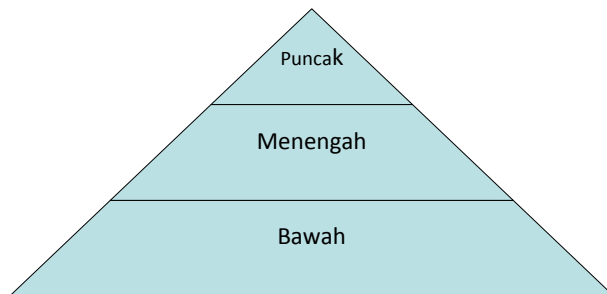
3. Lingkup Manajemen Keperawatan

Mempertahankan kesehatan telah menjadi sebuah industri besar yang melibatkan berbagai aspek upaya kesehatan. Pelayanan kesehatan sudah menjadi hak yang paling mendasar bagi semua orang dan memberikan pelayanan kesehatan yang memadai akan membutuhkan upaya perbaikan menyeluruh dari sistem yang ada. Pelayanan kesehatan yang memadai sangat dipengaruhi oleh pelayanan keperawatan yang ada didalamnya.

Keperawatan merupakan disiplin praktek klinis. Manajer keperawatan yang efektif seyogianya memahami hal ini dan mampu memfasilitasi pekerjaan perawat pelaksana meliputi : menggunakan proses keperawatan dalam setiap aktivitas asuhan keperawatannya, melaksanakan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditetapkan, menerima akuntabilitas kegiatan keperawatan dan hasil-hasil keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat, serta mampu mengendalikan lingkungan praktek keperawatan. Seluruh pelaksanaan kegiatan ini senantiasa di inisiasi oleh para manajer keperawatan melalui partisipasi dalam proses manajemen keperawatan dengan melibatkan para perawat pelaksana. Berdasarkan gambaran diatas maka lingkup manajemen keperawatan terdiri dari: Manajemen operasional/ manajemen layanan dan manajemen asuhan keperawatan.

1. Manajemen Layanan/Operasional

Pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang perawatan yang terdiri dari tiga tingkatan manajerial dan setiap tingkatan dipimpin oleh seseorang yang mempunyai kompetensi yang relevan. Tingkat manajerial tersebut yaitu :



Gambar 2.1 Tingkat Manajerial

Agar mencapai hasil yang baik, ada beberapa faktor yang perlu dimiliki oleh orang-orang yang memimpin dalam tiap level manajerial tersebut. Faktor-faktor tersebut adalah : kemampuan menerapkan pengetahuan, ketrampilan kepemimpinan, kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin, dan kemampuan melaksanakan fungsi manajemen.

2. Manajemen asuhan keperawatan

Manajemen Asuhan Keperawatan adalah suatu proses keperawatan yg menggunakan konsep-konsep manajemen di dalamnya seperti : perencanaan, pengorganisasian, implementasi, pengendalian dan evaluasi. Manajemen asuhan keperawatan ini menekankan pada penggunaan proses keperawatan dan hal ini melekat pada diri seorang perawat. Setiap perawat dalam melaksanakan tugasnya harus menggunakan proses keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan pasien.

Proses Keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yg menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat sesuai yang dibutuhkan pasien. Proses keperawatan terdiri dari 5 tahapan yaitu: Pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

3. Tujuan Manajemen Keperawatan

- a. Mengarahkan seluruh kegiatan yang direncanakan
- b. Mencegah/mengatasi permasalahan manajerial
- c. Pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien dengan melibatkan seluruh komponen yang ada
- d. Meningkatkan metode kerja keperawatan sehingga staf perawatan bekerja lebih efektif dan efisien, mengurangi waktu kerja yang sia-sia, mengurangi duplikasi tenaga dan upaya

Hasil akhir (*outcome*) yang diharapkan dari manajemen keperawatan adalah:

- a. Terselenggaranya pelayanan/
- b. Asuhan keperawatan yang berkualitas.
- c. Pengembangan staf
- d. Budaya riset bidang keperawatan

4. Prinsip-Prinsip Manajemen Keperawatan

Adapun prinsip – prinsip manajemen keperawatan menurut Swanburg (2001), yaitu Perencanaan ; pengorganisasian; mengarahkan dan memimpin; memotivasi; pembuatan keputusan; penggunaan waktu yang efektif; manajer perawat bertugas memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien; pencapaian tujuan sosial dan perumusan; bagian aktif dari lembaga dimana organisasi itu berfungsi dan divisi keperawatan; sebuah tingkat sosial, disiplin, fungsi dan bidang studi: budaya organisasi mencerminkan nilai – nilai kepercayaan; pengendalian atau pengevaluasian dan komunikasi yang efektif. Ada tujuh prinsip manajemen yang harus Anda ketahui, yaitu: perencanaan, penggunaan waktu yang efektif, pengambilan keputusan, pengelola/pemimpin, tujuan sosial, pengorganisasian dan perubahan. Berikut dibawah ini akan dijelaskan maksud dari prinsip-prinsip manajemen tersebut.

- a. Perencanaan (*Planning*). Perencanaan adalah fungsi dasar dan pertama dalam manajemen (*the first function of management*). Semua fungsi manajemen tergantung dari perencanaan. Perencanaan adalah suatu proses berpikir atau proses mental untuk membuat keputusan dan peramalan (*forecasting*). Perencanaan harus berorientasi ke masa depan dan memastikan kemungkinan hasil yang diharapkan (Swansburg, 2000). Dalam perencanaan, salah satu hal penting yang menjadi pusat perhatian adalah rencana pengaturan sumber daya manusia (SDM) dan sumber daya yang lain yang relevan. Perencanaan yang baik akan meningkatkan capaian tujuan dan pembiayaan yang efektif.
- b. Penggunaan Waktu Efektif (*Effective utilization of time*). Penggunaan waktu efektif berhubungan dengan pola pengaturan dan pemanfaatan waktu yang tepat dan memungkinkan berjalannya roda organisasi dan tercapainya tujuan organisasi. Waktu pelayanan dihitung, dan kegiatan perawat dikendalikan.
- c. Pengambilan keputusan (*Decision making*). Pengambilan keputusan adalah suatu hasil atau keluaran dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan di antara beberapa alternatif yang tersedia yang dilakukan oleh seorang pembuat keputusan. Keputusan dibuat untuk mencapai tujuan melalui pelaksanaan/ implementasi dari pilihan keputusan yang diambil.

- d. Pengelola/Pemimpin (*Manager/leader*). Manajer yang bertugas mengatur manajemen memerlukan keahlian dan tindakan nyata agar para anggota menjalankan tugas dan wewenang dengan baik. Adanya manajer yang mampu memberikan semangat, mengontrol dan mengajak mencapai tujuan merupakan sumber daya yang sangat menentukan
- e. Tujuan sosial (*Social goal*). Manajemen yang baik harus memiliki tujuan yang jelas dan ditetapkan dalam bentuk visi, misi dan tujuan organisasi.
- f. Pengorganisasian (*Organizing*). Pengorganisasian adalah pengelompokan sejumlah aktivitas untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Penugasan pada masing-masing kelompok dilakukan berdasarkan supervisi, ada koordinasi dengan unit lain baik secara horizontal maupun secara vertikal (Swansburg, 2000).
- g. Perubahan (*Change*) adalah proses penggantian dari suatu hal dengan yang lainnya yang berbeda dari sebelumnya. Perubahan, di dalam manajemen keperawatan perubahan dijadikan prinsip karena sifat layanan yang dinamis mengikuti karakteristik pasien yang akan Anda layani

5. Manajemen Asuhan Keperawatan

a. Pengertian Asuhan Keperawatan

Tujuan profesi keperawatan adalah memberikan pelayanan kepada klien dan juga mempertahankan kehidupan profesi itu sendiri. Untuk mencapai tujuan tersebut perawat perlu memiliki ketrampilan intelektual, teknikal, interpersonal, dan etik. Semua ketrampilan ini harus tampak dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien. Dengan kata lain, praktek keperawatan profesional adalah praktek yang didasari dengan keterampilan intelektual, teknikal, interpersonal dengan menerapkan suatu metode asuhan yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Metode asuhan keperawatan untuk melaksanakan praktek profesional adalah dengan menggunakan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu rangkaian asuhan yang terdiri dari pengkajian, menyusun diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan, implementasi, dan evaluasi.

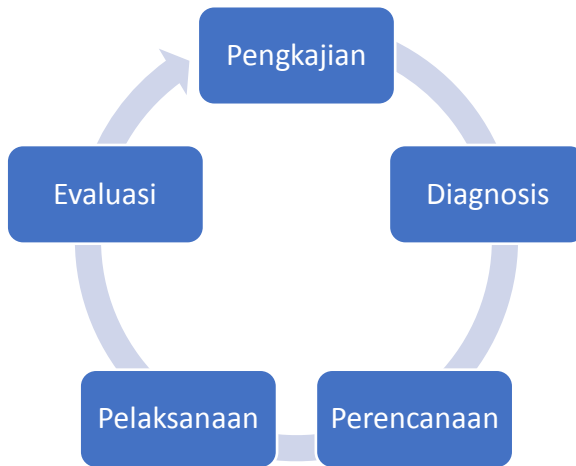
b. Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan yang baik sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara sistematis dan terorganisir. Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metoda proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien (Keliat, 2005). Tiga komponen penting dalam manajemen asuhan keperawatan yaitu manajemen sumber daya manusia (perawat) dengan menggunakan sistem pengorganisasian pekerjaan perawat (asuhan keperawatan) dan sistem klasifikasi kebutuhan klien dalam metoda pemberian asuhan keperawatan yaitu proses keperawatan.

c. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Kebutuhan dan masalah klien merupakan titik sentral dalam proses penyelesaian masalah. Menurut Craven dan Hirnle (2000) proses keperawatan merupakan suatu panduan untuk memberikan asuhan keperawatan professional, baik untuk individu, kelompok, keluarga dan komunitas.

Tahapan proses keperawatan senantiasa berkesinambungan, dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi dan akan dilakukan kembali pengkajian setelah kita evaluasi keberhasilan Asuhan Keperawatan



Rangkaian tahap-tahap dalam proses Keperawatan

Tujuan proses keperawatan secara umum adalah membuat suatu kerangka konsep berdasarkan kebutuhan individu, keluarga dan masyarakat bahwa Proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan meliputi: mempertahankan kesehatan optimal, kembali ke keadaan normal, dan memfasilitasi kualitas hidup. Jadi apabila kita menggunakan proses keperawatan harus dipastikan bahwa pasien kelolaan akan menjadi lebih berkualitas, dalam kehidupannya melalui upaya kesehatan yang kita lakukan.

Teori yang mendasari Proses Keperawatan:

- a. Teori sistem, didasarkan pada input, proses dan keluaran/output
- b. Teori kebutuhan manusia, berdasarkan tahapan pemenuhan kebutuhan dasar, biasanya digunakan teori Maslow
- c. Teori pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah

Perbandingan antara proses pengambilan keputusan dan Proses keperawatan

| Proses Pengambilan Keputusan | Proses keperawatan |
|--|--|
| Pengumpulan data : Identifikasi masalah Perencanaan terdiri dari Penentuan tujuan, Identifikasi solusi Implementasi Evaluasi dan Revisi Proses | Pengkajian : Pengumpulan data Interpretasi untuk menentukan diagnose Keperawatan Perencanaan terdiri dari penentuan tujuan dan rencana tindakan Implementasi Evaluasi dan modifikasi |

Berikut ini adalah uraian tentang tahapan proses keperawatan.

a. Pengkajian

Pada tahapan pengkajian Anda dapat gunakan formulir pengkajian yang ada pada institusi kerja Anda masing-masing. Ingat bahwa pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber, mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan.

Data bisa kita kelompokkan menjadi data dasar dan data fokus

Data dasar: Kumpulan data tentang status kesehatan klien, kemampuan klien mengelola kesehatan dan keperawatan terhadap dirinya sendiri, hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lain

Contoh:

Biodata pasien, diagnosa medis, riwayat kesehatan, pola pemenuhan kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang

Data Fokus: Data tentang perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatan dan hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan kepada klien

Contoh Fokus Pengkajian Keperawatan

- 1) Respon klien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia

2) Penyusunan data sebagai indikator untuk mendukung diagnosa keperawatan

Data yang kita peroleh bisa kita bedakan menjadi 2 type:

Data obyektif : Data yang kita dapatkan dari pasien yang terukur bisa didapat berdasar observasi dan pemeriksaan langsung maupun menggunakan alat. Contoh hasil pemeriksaan Tensi : 120/80 mmHg, hasil Laboratorium Hb : 8 gr%. Konjungtiva : anemis

Data subyektif : Data yang didapatkan berdasarkan keluhan pasien dan bersifat subyektif

contoh : Pasien mengeluh pusing, mata berkunang kunang

Metode pengumpulan data

Proses untuk melakukan pengumpulan data perawatan, perawat dapat melakukan beberapa metode, yaitu: wawancara melalui komunikasi efektif , observasi , dan pemeriksaan fisik. Pengkajian merupakan pengumpulan data subyektif dan obyektif secara sistematis dengan tujuan untuk menentukan diagnosa keperawatan yang tepat untuk menyusun rencana tindakan keperawatan yang tepat, baik bagi individu, keluarga dan komunitas (Craven & Hirnle, 2000). Oleh karena itu dibutuhkan suatu format pengkajian yang dapat menjadi alat bantu perawat dalam pengumpulan data.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan tentang gangguan status kesehatan baik aktual maupun potensial. Secara implisit dalam diagnosa ini terdapat pernyataan tentang respon klien yang secara legal dan berdasarkan ilmu perawat. Diagnosa keperawatan dapat berupa aktual, resiko, wellness atau sindroma

Aktual:

Diagnosa aktual merupakan pernyataan klinis dimana perawat telah memvalidasikannya karena adanya

ciri-ciri atau tanda-tanda utama yang mendukung diagnose tersebut Contoh :

Fokus data : Tensi : 100/60 mmHg, Mata cowong, turgor berkurang,

terdapat penurunan Berat Badan , *Total Body Water* turun 8 % BB, ada riwayat muntah dan buang air besar cair

Diagnosa keperawatannya adalah Gangguan keseimbangan cairan : Defisit sehubungan dengan output berlebih.

Kenapa Aktual? Karena data yang di dapat sangat mendukung

Risiko:

Diagnosa keperawatan risiko menjelaskan pernyataan klinis dimana individu atau kelompok rentan mengalami masalah dan pada orang lain dalam situasi yang sama atau mirip. Contoh Data fokus : Pasien dengan riwayat mulai kemarin tidak makan atau tidak ada nafsu makan, kondisi sekarang lemah, mual, porsi makan yang disediakan habis ¼ porsi, Hb 11 gr%,

Diagnosa Keperawatannya adalah Resiko Kebutuhan Nutrisi kurang

Mengapa disebut Resiko? Karena dari data yang ada belum mendukung terjadinya gangguan nutrisi, namun bila dibiarkan maka dapat berlanjut gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

Wellness:

Diagnos keperawatan "*wellness*" adalah pernyataan klinis tentang individu atau masyarakat yang berada pada transisi dari tingkat kesejahteraan tertentu ketingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.

Syndrome: Diagnosa sindroma menjelaskan sekelompok diagnosa aktual atau risiko yang diprediksi akan terjadi karena adanya situasi atau kejadian tertentu

c. Rencana (Intervensi) Keperawatan

Tahap perencanaan melibatkan serangkaian tahap dimana perawat dan pasien menyusun prioritas, menulis tujuan dan hasil yang diharapkan, dan menulis rencana tindakan guna menyelesaikan masalah klien. Jenis rencana keperawatan meliputi : intervensi mandiri, intervensi kerja sama (interdependensi) dan intervensi tergantung

Intervensi mandiri: Melibatkan aspek-aspek praktek keperawatan profesional yang secara hukum dilakukan perawat

dan tidak membutuhkan supervisi atau arahan dari profesi lain

Contoh: Perawatan luka, memasang dan memberikan makanan melalui sonde, melakukan personal hygiene, menyeimbangkan suhu (termoregulasi), memberikan kompres hangat, dingin, memberikan pendidikan kesehatan keluarga di rumah sakit agar mereka mampu merawat pasien di rumah. Tindakan keperawatan untuk individu keluarga telah terintegrasi dengan tindakan terhadap pasien. Pendidikan kesehatan untuk kelompok keluarga diperlukan untuk memberdayakan keluarga-keluarga pasien dalam mengatasi masalah secara bersama-sama. Isi program disesuaikan dengan kebutuhan dan harapan keluarga untuk kesembuhan pasien. Program ini dilaksanakan dalam bentuk pertemuan kelompok besar dan kecil.

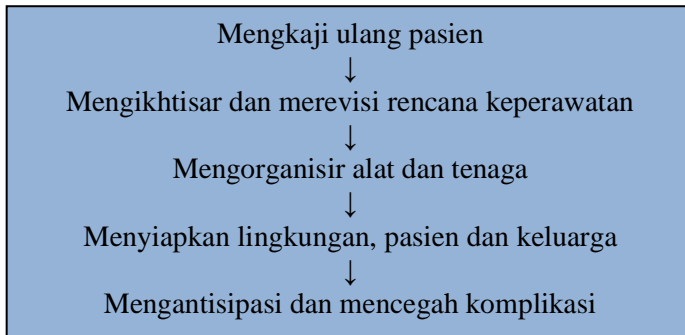
Intervensi interdependensi: Dilakukan oleh perawat dengan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain.

Contoh: Ketika pasien membutuhkan latihan rentang gerak maka perawat dapat melatihnya, namun untuk rentang gerak kondisi tertentu maka perawat bekerja sama dengan fisioterapist Intervensi tergantung berdasarkan pada instruksi atau pesan tertulis dari profesi lain

Contoh : Pemberian obat berdasarkan order dokter

d. Implementasi

Pada tahap ini perawat melakukan tindakan sesuai dengan rencana. Selama tahap ini perawat melanjutkan mengumpulkan data, melakukan tindakan keperawatan atau mendelegasikan tindakan keperawatan, dan memvalidasi rencana keperawatan. Sebelum melakukan tindakan, perawat penting melakukan persiapan sebagai berikut:



Persiapan dalam melakukan tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan atau implementasi merupakan suatu tindakan yang dilakukan langsung kepada klien, keluarga, dan komunitas berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Berdasarkan manajemen asuhan keperawatan maka perlu dilakukan sistem klasifikasi pasien dalam pemberian asuhan keperawatan. Sistem ini dikembangkan untuk meyakinkan adanya pelayanan prima yang berfokus pada pelayanan pelanggan. Dengan sistem ini dikaji kebutuhan pasien terhadap pelayanan keperawatan dan dirancang pemenuhan kebutuhannya melalui standar pelayanan dan asuhan keperawatan.

Di ruang perawatan, klien diklasifikasikan berdasarkan tingkat kebutuhannya terhadap tindakan keperawatan. Klasifikasi ini terdiri dari: perawatan total, parsial, dan mandiri. Menurut Gillies (1999) rata-rata pasien membutuhkan perawatan sehari selama empat jam dengan rincian sebagai berikut:



Berdasarkan rincian tersebut maka ditetapkan tindakan keperawatan diruangan perawatan untuk pasien dibagi dalam tiga kategori:



Jumlah jam untuk tindakan keperawatan diatas dialokasikan untuk tindakan bagi individu pasien selama 24 jam, tidak termasuk tindakan keperawatan dalam bentuk kelompok dan ADL pasien.

Semua rincian waktu dan tindakan keperawatan diatas dibuatkan pedoman tindakan dan jadwal aktivitas per masalah keperawatan per sistem klasifikasi pasien. Diharapkan untuk selanjutnya perawat di ruang perawatan memiliki panduan yang jelas dalam pemberian tindakan keperawatan untuk setiap pasien sesuai masalah keperawatan dan tingkat kebutuhan tindakan keperawatannya. Pedoman tindakan keperawatan dibuat untuk tindakan kepada pasien baik secara individual, kelompok, maupun yang terkait dengan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL). Dengan adanya rincian kebutuhan waktu, diharapkan setiap perawat memiliki jadwal kegiatan harian untuk pasien masing-masing sehingga waktu kerja perawat menjadi lebih efektif dan efisien.

e. Evaluasi

Pada tahap ini perawat mengkaji respon klien terhadap intervensi keperawatan dan kemudian membandingkan respon tersebut dengan standar. Standar ini sering disebut sebagai “*outcome criteria*” perawat menilai sejauh mana tujuan atau hasil keperawatan telah tercapai. Selanjutnya semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didokumentasikan dalam format implementasi dan dievaluasi dengan menggunakan pendekatan SOAP (*subjective, objective, analyses, planning*). Disamping itu terkait dengan pendekatan SOAP setiap kali selesai berinteraksi dengan pasien, perawat memberikan penugasan atau kegiatan yang terkait dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan sebagai tindak lanjut. Penugasan atau kegiatan ini dimasukkan kedalam jadwal

aktivitas pasien dan diklasifikasikan apakah tugas tersebut dilakukan secara mandiri (M), dengan bantuan sebagian (B), atau dengan bantuan total (T). Setiap hari kemampuan melakukan tugas atau aktivitas ini dievaluasi.

C. Tugas

1. Jelaskan apa yang dimaksud manajemen asuhan keperawatan?
2. Jelaskan apakah yang dimaksudn proses keperawatan dalam manajemen keperawatan
3. Sebutkan 5 tahapan proses keperawatan yang harus anda lakukan dalam melakukan pengelolaan pasien.

Petunjuk Jawaban latihan

1. Lihat kembali uraian tentang manajemen asuhan keperawatan
2. Lihat kembali tentang proses keperawatan
3. Lihat 5 tahapan proses keperawatan

D. Ringkasan

1. Pasien yang didefinisikan sebagai pelanggan dan membutuhkan perawatan merupakan penerima pelayanan keperawatan. Dalam era kesegajatan yang menyebabkan derasnya arus informasi yang diterima oleh pasien khususnya tentang keperawatan, juga dengan meningkatnya level pendidikan rata-rata pasien mengakibatkan kebutuhan pasien akan pelayanan keperawatan meningkat pula. Sebagai akibatnya perawat perlu menata kembali kinerja dan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Disamping itu, pendidikan kesehatan keluarga juga sangat diperlukan karena dapat mengurangi kebosanan dan reaksi negatif keluarga (Ostwald, et al, 1999)
2. Asuhan keperawatan dibuat oleh perawat merupakan salah satu usaha untuk menjawab tantangan perkembangan kebutuhan diatas. Walaupun diakui masih banyak yang perlu direvisi dan ditata ulang, namun setidaknya apa yang telah dilakukan ini dapat membantu pemberian asuhan keperawatan yang prima bagi ‘customer’ yang dalam hal ini adalah pasien.
3. Proses manajemen keperawatan sejalan dengan proses keperawatan sebagai satu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara profesional, sehingga diharapkan keduanya dapat saling menopang. Sebagaiman

proses keperawatan, dalam manajemen keperawatan terdiri dari pengumpulan data, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil. Karena manajemen keperawatan mempunyai kekhususan terhadap mayoritas tenaga daripada seorang pegawai, maka setiap tahapan didalam proses manajemen lebih rumit dibandingkan proses keperawatan

TES

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Kegiatan dilakukan oleh seorang perawat pada tahap pengkajian adalah....
 - a. Mengumpulkan Data
 - b. Validasi Data
 - c. Organisasi data
 - d. Analisa Data

2. Bila dilihat dari tipe/jenis data, maka data dibagi ke dalam data subyektif dan data objektif. Yang termasuk data Objektif adalah....
 - a. Pucat
 - b. Konjungtiva anemis
 - c. Tekanan darah 90/60 mmhg
 - d. Pusing

3. Yang termasuk ke dalam data subyektif adalah....
 - a. Berat badan turun 2kg
 - b. Tidak nafsu makan
 - c. Porsi makanan habis 1/4 porsi
 - d. Mual

4. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan berbagai bunyi/suara dalam tubuh disebut....
 - a. Inspeksi
 - b. Auskultasi
 - c. Palpasi
 - d. Perkusi

5. Bukan komponen diagnose keperawatan adalah....

- a. Problem
 - b. Etiologi
 - c. Sindrom
 - d. Symptom
6. Jika perawat menentukan diagnosa keperawatan “gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang kurang”. Diagnosa ini termasuk diagnosa
- a. Actual
 - b. Resiko
 - c. Sejahtera
 - d. Kemungkinan
7. Dari kasus diatas yang menjadi etiologinya adalah....
- a. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi
 - b. Intake yang kurang
 - c. Tidak nafsu makan
 - d. Mual
8. Kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat pada tahap pelaksanaan atau implementasi adalah....
- a. Memprioritaskan masalah
 - b. Menentukan tujuan
 - c. Memilih strategi keperawatan
 - d. Melaksanakan rencana keperawatan
9. Saat perawat merawat seorang pasien dengan kondisi terpasang sonde, menggunakan nasal canule, menggunakan dower kateter, tidak mampu melakukan aktivitas maka waktu yang dipergunakan perawat untuk merawat pasien tersebut menurut Gillies adalah....
- a. 1 jam per shif
 - b. 2 jam per shif
 - c. 3 jam per shif
 - d. 4 jam per shif
10. Bila pasien dirawat dalam rangkai persiapan operasi (*Fibro Adenoma Mamae*) maka waktu yang digunakan perawat bersama pasien adalah

- a. 15 menit per shif
- b. 20 menit per shif
- c. 30 menit per shif
- d. 40 menit per shif

E. Daftar Pustaka

- Asmuji. (2012). *Manajemen Keperawatan*. Ar-Ruzz Media: Yogyakarta
- Cherie, Amsale., Ato Berhane Gebrekidan. (2013). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Imperium: Yogyakarta
- Gillies, DA., (1999) *Nursing Manajemen: A System Approach*, Philadelphia: WB Saunders Company.
- Keliat, B. A. (2005). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC
- Kurniadi, Anwar. (2013). *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya*. Badan Penerbit FKUI: Jakarta
- McMahon, Rosemary., Elizabeth Barton., Maurice. (1999). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer*. Tejemahan oleh Poppy Kumala. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. (Edisi 3). Jakarta: Salemba Medika
- Siagian PS, (2002) *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Penerbit Bumi Aksara
- Sitorus, Ratna. (2006) *Model Praktek Keperawatan Profesional*, Edisi pertama, Jakarta , EGC
- Swansburg, R. C. (2001). *Pengembangan staf keperawatan: suatu pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: EGC
- (2006) *Model Praktek Keperawatan Profesional, Panduan Implementasi* , Edisi pertama, Jakarta, EGC
- Wijono, D (2000) *Manajemen mutu pelayanan kesehatan, Teori strategi dan aplikasi*, Cetakan kedua, Surabaya

BAB III

PERENCANAAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

Ria Anugrahwati, Ners., M.Kep

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu memahami perencanaan manajemen keperawatan
2. Mampu memahami visi dan misi
3. Mampu memahami rencana kerja pelayanan keperawatan
4. Mampu memahami perencanaan kebutuhan tenaga

B. Materi

1. Perencanaan Manajemen Keperawatan

Perencanaan adalah proses pengambilan keputusan manajerial yang mencakup penelitian lingkungan, penggambaran sistem organisasi secara keseluruhan memperjelas visi, misi dan filosofi organisasi, memperkirakan efektifitas tindakan dan menyiapkan karyawan untuk melaksanakannya (Gillies, 1994).

Fungsi manajemen keperawatan, memudahkan perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan yang holistik sehingga seluruh kebutuhan klien dirumah sakit terpenuhi (Kholid, 2013). Terdapat beberapa elemen dalam manajemen keperawatan berdasarkan fungsinya yaitu perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), kepegawaian (*staffing*), pengarahan (*directing*), dan pengendalian/ evaluasi (*controlling*).

Perencanaan (*planning*), planning memutuskan seberapa luas akan dilakukan, bagaimana melakukannya dan siapa yang melakukannya. Fungsi perencanaan merupakan suatu penjabaran dari tujuan yang ingin dicapai, perencanaan sangat penting untuk melakukan tindakan. Didalam proses keperawatan perencanaan membantu perawat dalam menentukan tindakan yang tepat bagi klien dan menjamin bahwa klien akan menerima pelayanan keperawatan yang mereka butuhkan dan sesuai dengan konsep dasar keperawatan(Swanburg R., 2000 dalam Kholid, 2013).

Perencanaan merupakan hal yang utama dan serangkaian fungsi dan aktivitas manajemen. Tahap perencanaan dan proses manajemen tidak hanya terdiri dan penentuan kebutuhan keperawatan pada berbagai kondisi klien, tetapi juga terdiri atas pembuatan tujuan, pengalokasian anggaran,

identifikasi kebutuhan pegawai dan penetapan struktur organisasi yang diinginkan. Perencanaan merupakan pemikiran/ konsep-konsep tindakan yang umumnya tertulis dan merupakan fungsi yang penting didalam mengurangi risiko dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah, dan efek-efek dan perubahan. Selama proses perencanaan, yang dapat dilakukan oleh pimpinan keperawatan menganalisis dan mengkaji sistem, mengatur strategi organisasi dan menentukan tujuan jangka panjang dan pendek, mengkaji sumber daya organisasi, mengidentifikasi kemampuan yang ada, dan aktivitas spesifik serta prioritasnya. Perencanaan dalam manajemen mendorong seorang pemimpin keperawatan untuk menganalisis aktivitas dan struktur yang dibutuhkan dalam organisasinya (Agus, 2010).

Tujuan perencanaan adalah untuk menimbulkan keberhasilan dalam mencapai sasaran dan tujuan, agar penggunaan personel dan fasilitas tersedia efektif, efektif dalam hal biaya, membantu menurunkan elemen perubahan, karena perencanaan berdasarkan masa lalu dan akan datang, dapat digunakan untuk menemukan kebutuhan untuk berubah.

Tahapan dalam perencanaan:

- a. Menetapkan tujuan
- b. Merumuskan keadaan sekarang
- c. Mengidentifikasi kemudahan dan hambatan
- d. Mengembangkan serangkaian kegiatan
- e. Jenis perencanaan :

1) Perencanaan strategi

Perencanaan yang sifat jangka panjang yang ditetapkan oleh pemimpin dan merupakan arahan umum suatu organisasi. Digunakan untuk mendapatkan dan mengembangkan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga digunakan untuk merevisi pelayanan yang sudah tidak sesuai lagi dengan keadaan masa kini.

2) Perencanaan operasional

Menguraikan aktivitas dan prosedur yang akan digunakan serta menyusun jadwal waktu pencapaian tujuan, menentukan siapa perawat yang bertanggung jawab untuk setiap aktivitas dan prosedur serta menggambarkan cara menyiapkan perawat dalam bekerja dan prosedur untuk mengevaluasi perawatan pasien.

Manfaat perencanaan

- 1) Membantu proses manajemen dalam menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan.
- 2) Memungkinkan manajer memahami keseluruhan gambaran operasi lebih jelas.
- 3) Membantu penetapan tanggung jawab lebih tepat.
- 4) Memberikan cara pemberian perintah yang tepat untuk pelaksanaan.
- 5) Memudahkan koordinasi
- 6) Membuat tujuan lebih khusus, lebih terperinci dan lebih mudah dipahami.
- 7) Meminimalkan pekerjaan yang tidak pasti.
- 8) Menghemat waktu dan dana.

Keuntungan perencanaan

- 1) Meningkatkan peluang sukses
- 2) Membutuhkan pemikiran analitis
- 3) Mengarahkan orang ketindakan
- 4) Memodifikasi gaya manajemen
- 5) Fleksibilitas dalam pengambilan keputusan
- 6) Meningkatkan keterlibatan anggota

Kelemahan perencanaan

1. Kemungkinan pekerjaan yang tercakup dalam perencanaan berlebihan padakontribusi nyata
2. Cenderung menunda kegiatan
3. Terkadang kemungkinan membatasi inovasi dan inisiatif
4. Kadang-kadang hasil yang lebih baik didapatkan oleh penyelesaian situasional individual dan penanganan suatu masalah pada saat masalah itu terjadi
5. Terdapat rencana yang diikuti oleh/ atau dengan rencana yang tidak konsisten

2. Visi dan misi

Penjabaran visi dan misi dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit, menurut Gillies (1989) dalam Nursalam (2002) di kutip dari filosofi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Pedleton Memorial, New Orleans,

Louisiana USA adalah sebagai berikut:

- a. Mengaplikasikan kerangka konsep dan acuan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
- b. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang di berikan
- c. Menerapkan strategi dalam meningkatkan kualitas dan pelayanan yang efisien kepada semua konsemen
- d. Meningkatkan hubungan yang baik dengan semua tim kesehatan menilai kualitas pelayanan yang di berikan berdasarkan standar kriteria yang ada
- e. Mengintegrasikan berbagai disiplin ilmu dalam menilai dan memberikan intervensi keperawatan kepada pasien
- f. Meningkatkan pendidikan berkelanjutan (formal maupun nonformal) bagi perawat dalam usaha meningkatkan kinerjanya
- g. Berpartisipasi secara aktif dalam upaya perubahan model asuhan keperawatan dan peningkatkan kualitas pelayanan.
- h. Menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dan melibatkan staf dalam setiap pengambilan keputusan yang menyangkut tentang asuhan keperawatan.
- i. Memberikan penghargaan kepada staf yang dianggap berprestasi.
- j. Konsisten untuk selalu meningkatkan produksi atau pelayanan yang terbaik.
- k. Meningkatkan pandangan masyarakat yang positif tentang profesi keperawatan.

3. Rencana kerja pelayanan keperawatan

Perencanaan dalam manajemen keperawatan dibagi menjadi 3 jenis, yaitu perencanaan jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang. Perencanaan jangka pendek atau yang disebut sebagai perencanaan operasional adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan dengan kurun waktu satu jam sampai dengan satu tahun. Perencanaan jangka menengah adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan dengan kurun waktu antara satu tahun sampai lima tahun (Marquis & Huston, 1998), sedangkan perencanaan jangka panjang atau sering disebut perencanaan strategis adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan tiga sampai 20 tahun (Swanburg, 1999). Rencana jangka pendek disusun untuk diterapkan di ruang MPKP (Model Praktek Keperawatan Profesional), dimana terdiri dari

rencana harian, bulanan dan tahunan.

a. Rencana Harian adalah rincian kegiatan harian yang akan dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan perannya masing-masing, yang dibuat pada setiap shift yang menggambarkan aktivitas perawatan selama 24 jam. Isi kegiatan dengan peran dan fungsi perawat.

1) Rencana harian kepala ruangan, meliputi :

- Asuhan keperawatan
- Supervisi katim dan perawat pelaksana
- Supervisi tenaga selain perawat dan kerjasama dengan unit lain yang terkait

2) Rencana harian ketua tim. Isi rencana harian ketua tim, meliputi :

- Penyelenggaraan asuhan keperawatan pasien pada tim yang menjaditanggung jawabnya
- Melakukan supervisi perawat pelaksana
- Kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain
- Alokasi pasien sesuai perawat yang dinas

3) Rencana harian perawat pelaksana. Isi rencana harian perawat pelaksana adalah Tindakan keperawatan untuk sejumlah pasien yang dirawat pada shift dinasnya. Rencana harian perawat pelaksana shift sore dan malam agak berbeda jika hanya satu orang dalam satu tim maka perawat tersebut berperan sebagai ketua tim dan perawat pelaksana sehingga tidak ada kegiatan *pre* dan *post conference*.

b. Rencana Bulanan

1) Rencana bulanan kepala ruang

Setiap akhir bulan kepala ruangan melakukan evaluasi hasil keempat pilar atau nilai MPKP (Model Praktek Keperawatan Profesional) dan berdasarkan hasil evaluasi tersebut kepala ruangan akan membuat rencana tindak lanjut dalam rangka peningkatan kualitas hasil. Kegiatan yang mencakup rencana bulanan karu adalah :

- Membuat jadwal dan memimpin *case conference*
- Membuat jadwal dan memimpin Pendidikan Kesehatan kelompok keluarga
- Membuat jadwal dinas

- Membuat jadwal dan memimpin rapat bulanan perawat
- Melakukan jadwal dan memimpin rapat tim Kesehatan
- Melakukan jadwal supervisi dan penilaian kinerja ketua tim dan perawatpelaksana
- Melakukan audit dokumentasi
- Membuat laporan bulanan

2) Rencana bulanan ketua tim, setiap akhir bulan ketua tim melakukan evaluasi tentang keberhasilan kegiatan yang dilakukannya ditimnya. Kegiatan-kegiatan yang mencakup rencana bulanan katim adalah :

- Mempresentasikan kasus dalam case conference
- Memimpin Pendidikan Kesehatan kelompok keluarga
- Melakukan supervisi perawat pelaksana

c. Rencana Tahunan

Rencana tahunan dibuat oleh kepala ruangan. Setiap akhir tahun kepala ruangan melakukan evaluasi hasil kegiatan dalam satu tahun yang dijadikan sebagai acuan rencana tindak lanjut serta penyusunan rencana tahunan berikutnya. Rencana kegiatantahunan mencakup :

- Menyusun laporan tahunan yang berisi tentang kinerja MPKP baik proses kegiatan (aktivitas yang sudah dilaksanakan dari 4 pilar praktek profesional) serta evaluasi mutu pelayanan
- Melaksanakan rotasi tim untuk penyegaran anggota masing-masing tim
- Penyegaran terkait dengan materi MPKP khusus kegiatan yang masih rendah pencapaiannya. Ini bertujuan mempertahankan kinerja yang telah dicapai MPKP bahkan meningkatnya di masa mendatang
- Pengembangan SDM dalam bentuk rekomendasi peningkatan jenjang karir perawat (pelaksana menjadi katim, katim menjadi karu), rekomendasi untuk melanjutkan Pendidikan formal, membuat jadwal untuk mengikuti pelatihan-pelatihan.

4. Perencanaan kebutuhan tenaga

Perencanaan kebutuhan tenaga keperawatan di unit layanan keperawatan adalah proses perhitungan jumlah sumber daya manusia keperawatan berdasarkan tempat keterampilan, perilaku yang dibutuhkan, siapa mengerjakan apa, dengan keahlian apa, kapandibutuhkan, dan berapa jumlahnya untuk memberikan pelayanan keperawatan. Perencanaan perlu dibuat karena hal-hal sebagai berikut:

- a. Layanan keperawatan harus mengoordinasikan kegiatannya terkait dengan perlunya kegiatan terkait dengan perlunya sistem dan struktur organisasi, adanya instrument, SDM yang sesuai dengan kebutuhan bagian dan manajemen layanan keperawatan
- b. Layanan keperawatan perlu memastikan bahwa masa depan telah diperhitungkan (mampu bersaing dan tetap eksis, dapat meramalkan dan memastikan arah yang akanditempuh, harus beraksi terhadap perubahan yang ada, pimpinan harus mencegah organisasi menjadi besar agar tidak sulit dikelola)
- c. Layanan keperawatan perlu bertindak rasional (harus ekonomis, dapat bersaing di masa depan, program apa yang dibutuhkan, pelayanan apa yang kita kembangkan, berapa tenaga yang dibutuhkan, rumah sakit perlu perencanaan yang baik dan penuh kehati-hatian).

Faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga keperawatan antara lain:

1. Faktor klien

Tingkat kompleksitas dan lamanya kebutuhan perawatan. Tipe-tipe respons kliensesuai dengan penyakit, usia, faktor spesifik, jumlah klien dan fluktuasi, keadaan sosial ekonomi yang memengaruhi klien dan keluarga.

2. Faktor tenaga

Jumlah dan komposisi tenaga, kebijakan pengaturan dinas, peran, fungsi dan tanggung jawab, tingkat Pendidikan dan pelayanan perawat

3. Faktor lingkungan

Tipe dan lokasi rumah sakit, lay out ruang perawatan, fasilitas dan jenis pelayanan yang diberikan, kelengkapan peralatan, pelayanan penunjang dari bagian lain

4. Faktor organisasi

Mutu pelayanan dan kebijakan pembinaan

Merencanakan kebutuhan tenaga keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan formula berikut:

1. Formula Gillies Rumus:

$$\text{Tenaga perawat} = \frac{A \times B \times 365}{(365-C) \times \text{jam kerja/ hari}}$$

Keterangan :

TP : Tenaga Perawat

A : Jam Perawatan/ 24 Jam (Waktu Perawatan Yang Dihasilkan Pasien)

B : Sensus Harian – BOR X Jumlah TT

C : Jumlah hari libur

365 : Jumlah hari kerja selama setahun

2. Formula PPNI

Rumus:

$$TP = \frac{A \times 52 \text{ (mg)} \times 7 \text{ hari (TTxBOR)} + 25\%}{41 \text{ (mg)} \times 40 \text{ jam/ minggu}}$$

3. Formula berdasarkan rasio

Tabel 3.1 Rasio tempat tidur dan personal rumah sakit berdasarkan PermenkesNo.262/menkes/per/VII/1979

| Tipe RS | TM/TT | TPP/TT | TMPP/TT | Tno IV/TT |
|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| A dan B | 1/ (4-7) | (3-4)/2 | 1/3 | 1/1 |
| C | 1/9 | 1/1 | 1/5 | 3/4 |
| D | 1/15 | ½ | 1/6 | 2/3 |
| Khusus | Disesuaikan | Disesuaikan | Disesuaikan | Disesuaikan |

Keterangan:

TM (tenaga medis), TPP (tenaga paramedis), TNPP (tenaga non-paramedis), TN ONP(tenaga non perawatan), TT (tempat tidur).

4. Formula berdasarkan tingkat ketergantungan pasien

a. Keperawatan mandiri (*self care*) yaitu klien memerlukan bantuan minimal dalam melakukan Tindakan keperawatan dan pengobatan. Asuhan keperawatan minimal mempunyai kriteria sebagai berikut:

1. Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri

2. Makan dan minum dilakukan sendiri
 3. Ambulasi dengan pengawasan
 4. Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap sif
- b. Keperawatan sebagian (*partial care*) yaitu klien memerlukan bantuan sebagian dalam tindakan keperawatan dan pengobatan teratur. Kriterianya sebagai berikut:
1. Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu
 2. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
 3. Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali
- c. Keperawatan agak berat (*severe care*) yaitu klien memerlukan bantuan secara penuh dalam perawatan diri dan memerlukan observasi yang benar. Kriterianya sebagai berikut:
1. Sebagian besar aktivitas dibantu
 2. Observasi tanda-tanda vital setiap 2-4 jam sekali
 3. Terpasang kateter menetap, terpasang NGT
 4. Terpasang infus
 5. Pengobatan lebih dari sekali
 6. Persiapan pengobatan memerlukan prosedur
- d. Keperawatan intesif yaitu klien memerlukan observasi dan Tindakan yangterus-menerus. Perawatan maksimal (total). Kriterianya sebagai berikut:
1. Segala aktivitas diberikan oleh perawat
 2. Posisi diatur, observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam
 3. Makan memerlukan NGT, terapi intravena
 4. Penggunaan suction
 5. Gelisah/ disorientasi
- e. Untuk memudahkan pemberian asuhan keperawatan, diperlukan waktu keperawatan diantaranya sebagai berikut:
1. Waktu keperawatan langsung. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung 4-5 jam/ pasien/hari. Waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung berdasarkan kategori:
 - Self care/ mandiri* $\frac{1}{2} \times 4 = 2 \text{ jam}$
 - Partial care/ Sebagian* $\frac{3}{4} \times 4 = 3 \text{ jam}$
 - Total care* $1,5 \times 4 \text{ jam} = 6 \text{ jam}$
 - Intensive care* $2 \times 4 = 8 \text{ jam}$
 2. Waktu keperawatan tidak langsung rata-rata waktu yang dibutuhkan

untuk perawatan tidak langsung menurut Wolf dan Yang (1965) adalah 60 menit/ pasien/hari

3. Waktu penyuluhan kesehatan, lebih kurang 15 menit/ pasien/ hari (Gillies, 1989)

Tabel 3.2 klasifikasi tingkat ketergantungan pasien berdasarkan kategori ruang rawat inap

| Jenis/ kategori | Rata-rata jam perawatan/ pasien/hari |
|-----------------------|--------------------------------------|
| Pasien penyakit dalam | 3,5 jam |
| Pasien | 4 jam |
| Pasien gawat | 10 jam |
| Pasien anak | 4,5 jam |
| Pasien kebidanan | 2,5 jam |

| No | Kategori | Rata-rata jumlah pasien/ hari |
|----------|---------------------------------------|-------------------------------|
| A | B | C |
| 1 | Askep minimal (<i>minimal care</i>) | 7 |
| 2 | Askep sedang | 7 |
| 3 | Askep agak berat | 11 |
| 4 | Askep maksimal | 1 |
| | Jumlah | 26 |

5. Formula instalasi gawat darurat $TP = D \times 365$

255 x jam kerja/hari

$D = (A1 \times \text{jumlah pasien per hari}) + (A2 \times \text{jumlah pasien per hari}) + (A3 \times \text{jumlah pasien per hari}) + (3 \text{ sif/ hari} \times \text{adm time})$

A1 : Waktu perawatan untuk pasien gawat darurat (87 menit)

A2 : Waktu perawatan untuk pasien kasus mendesak (71 menit)

A3 : Waktu perawatan untuk pasien kasus tidak mendesak (34 menit)

Adm time: Waktu administrasi yang dibutuhkan untuk penggantian sif selama 45 menit TP: Tenaga Perawat

D : Jam keperawatan

365 : Jumlah hari kerja

255 : Hari kerja efektif perawat/ tahun

6. Formula berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Formula ini dikelompokkan dalam rawat inap dewasa, rawat inap anak/ perinatal, rawatinap intensif, gawat darurat, kamar bersalin, kamar operasi, rawat jalan. Berdasarkan

perhitungan ini, tingkat ketergantungan pasien berdasarkan kategori rawat inap seperti dalam tabel 1.2

Kebutuhan tenaga perawat ditentukan dengan cara sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui berapa jumlah perawat yang dibutuhkan adalah dengan menghitung jumlah total jam perawatan seluruh pasien kemudian dibagi dengan jam kerja efektif/ sif (7 jam/ sif)
2. Antisipasi ketidakhadiran perawat karena adanya waktu/ hari yang tidak efektif, yang akan dijadikan sebagai faktor koreksi dengan cara, jumlah hari/ minggu dalam satu tahun (52 hari) ditambah hari cuti dalam satu tahun (12 tahun) ditambah libur hari besar dalam satu tahun (14 hari), dibagi dengan jumlah hari kerja efektif dalam satu tahun (286 hari)
3. Selain memberikan asuhan keperawatan, perawat juga membutuhkan waktu untuk tugas-tugas lain nonkeperawatan. Untuk menentukan jumlah tenaga dalam melaksanakan tugas nonkeperawatan ini ditentukan dengan cara, jumlah tenaga perawat + faktor koreksi x 25%
4. Total kebutuhan perawat adalah jumlah tenaga perawat +faktor koreksi + tugas non keperawatan.

Tabel 3.3 waktu perawatan pasien berdasarkan klasifikasi pasien

| Jumlah pasien | Klasifikasi pasien | | | | | | | | |
|---------------|--------------------|------|-------|---------|------|-------|-------|------|-------|
| | Minimal | | | Parsial | | | Total | | |
| | Pagi | Sore | Malam | Pagi | Sore | Malam | Pagi | Sore | Malam |
| 1 | 0,17 | 0,14 | 0,10 | 0,27 | 0,15 | 0,07 | 0,36 | 0,30 | 0,20 |
| 2 | 0,34 | 0,28 | 0,20 | 0,54 | 0,30 | 0,14 | 0,72 | 0,60 | 0,40 |
| 3 | 0,51 | 0,42 | 0,30 | 0,81 | 0,45 | 0,21 | 1,08 | 0,90 | 0,60 |
| Dst | | | | | | | | | |

7. Formula kamar bersalin

Dasar perhitungan jumlah tenaga dikamar bersalin adalah rata-rata jumlah pasien dalam satu hari, jam efektif perawat per hari, waktu yang dibutuhkan untuk pertolongan persalinan mencakup kala satu sampai kala empat adalah 4 jam

8. Formula kamar operasi

Dasar perhitungan tenaga di kamar operasi:

1. Jumlah dan jenis operasi
2. Jumlah kamar operasi
3. Pemakaian kamar operasi (diprediksi 6 jam per hari) pada hari kerja
4. Tugas perawat dikamar operasi : instrumentator, perawat sirkulasi (2 orang/ tim)
5. Ketergantungan pasien:
 - a. Operasi besar : 5 jam/ 1 operasi
 - b. Operasi sedang : 2 jam/ 1 operasi
 - c. Operasi kecil : 1 jam/ 1 operasi

$$\frac{(\text{Jumlah jam/hari perawatan} \times \text{jumlah operasi}) \times \text{jumlah perawat dalam tim}}{\text{Jam kerja efektif / hari / jam}}$$

9. Diruang penerimaan dan pemulihan

Ketergantungan pasien di ruang penerimaan : 15 menit.

Ketergantungan pasien di ruang pemulihan: 1 jam

$$\frac{1,25 \times 30}{7} = 3,5 \text{ orang (4 orang, pembulatan 5 orang)}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan di ruangan penerimaan dan pemulihan adalah 5 orang. Jadi, jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan di kamar operasi dan ruang pemulihan untuk contoh kasus di atas adalah 25 orang.

Perlu diingat bahwa perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan rumus-rumus di atas tidak selamanya menjadi patokan penentu untuk kebutuhan perawat. Akan tetapi, sangat penting untuk melihat visi-misi institusi pelayanan, untuk memaksimalkan pelayanan keperawatan tersebut.

C. Rangkuman

1. Perencanaan manajemen keperawatan diawali dengan perumusan tujuan institusi/ organisasi yang dijelaskan dalam visi, misi, filosofi dan tujuan sebagai arah kebijakan organisasi. Perencanaan merupakan fungsi dasar dari manajemen dan semua fungsi dalam manajemen tergantung dari fungsi perencanaan. Hal ini sesuai dengan definisi perencanaan dari Swansburg, 1999 bahwa perencanaan adalah proses berkelanjutan yang diawali dengan menetapkan tujuan, dan kemudian melaksanakannya sesuai dengan proses, memberikan umpan balik dan melakukan modifikasi rencana jika diperlukan.
2. Adanya beberapa rumus perhitungan tenaga keperawatan bisa digunakan sesuai dengan karakteristik tenaga dan jenis layanan yang ada dan akan dapat ditentukan jumlah tenaga yang diperlukan.

D. Tugas

1. Buatlah rencana kerja harian dinas pagi, sore dan malam di ruang perawatan sesuai peran (kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana)
2. Ruang melati memiliki rata-rata klien 40 orang perhari. Jam perawatan dibutuhkan klien perhari setelah dihitung didapatkan kurang lebih 3,5 jam. Jam kerja perorang dalam 1 hari adalah 7 jam. Berapa kebutuhan tenaga perawat pada ruangan tersebut?

E. Referensi

- Dauglass, L.A. (1984). *The Effective Nurse Leader and Manager*, @nd. ed. St. Louis : The CVMosby Company
- Depkes RI (2002). *Standar tenaga keperawatan di rumah sakit*. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI (2000). *Standar manajemen pelayanan keperawatan dan kebidanan*. Jakarta: Direktorat Yan Kep. Dirjen Yan. Med
- Gilles D.A (1989). *Nursing management system approach*. Second edition. Philadelphia: Saunders Company
- Gillies, Deen Ann. (1994). *Nursing Management: a system approach*. 3rd ed. Philadelphia: WB.Sauders Co
- Mariono, (2001). *Materi kuliah ketenagaan, fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia* Jakarta
- Simamora, Roymond H (2012). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Swansburg Russell (2001). *Pengembangan Staf Keperawatan: Alih Bahasa Waluyo Agung, Asih Yasmin*, Jakarta. EGC
- Swansberg, RC & Swansberg RJ (1999) *Introductory manajemen and leadership for nurses: an interactive text, second edition*., Boston : Jones and Barlett Publishers.

BAB IV
PENGORGANISASIAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
Ns. Junita Maratur Silitonga, S.Kep., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa memahami pengorganisasian manajemen keperawatan

B. Materi

Di masa depan, dalam memberikan asuhan kepada pasien, perawat harus mempunyai dasar pendidikan dan keahlian yang memadai. Keahlian dan dasar pendidikan yang tinggi merupakan indikator jaminan kualitas layanan kepada konsumen dan menghindarkan dari kesalahan-kesalahan yang fatal. Perawat juga dituntut untuk menguasai tentang konsep manajemen secara keseluruhan, khususnya manajemen keperawatan. Di masa depan, bukanlah sesuatu yang aneh apabila seorang perawat menduduki jabatan sebagai top manager di sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Untuk mencapai karier tersebut, maka perawat harus tetap bekerja keras.

1. Pengertian Pengorganisasian dalam manajemen keperawatan

Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan, pengobatan dan bantuan terhadap para pasien (Gillies, 2013). Pekerjaan keperawatan harus diatur sedemikian rupa sehingga tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan dapat tercapai. Siapa yang diatur? Untuk apa? Apa tujuan pengaturan? Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, perawat menerapkan manajemen keperawatan dalam bentuk manajemen asuhan keperawatan. Memanfaatkan kesempatan yang ada merupakan konsep manajemen keperawatan saat ini dan masa yang akan datang. Kesempatan tidak akan datang dua kali dengan tawaran yang sama.

Organisasi adalah suatu unit sosial yang terbentuk dari dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan bersama secara terus menerus. Organisasi sangat diperlukan agar tugas dapat diselesaikan secara bersama dibandingkan dikerjakan secara individu (Marquis dan Huston, 2012 dan Robbins dan Judge, 2013).

Pengorganisasian adalah suatu cara dengan mengatur atau menentukan tugas, pekerja yang akan dijalankan tugasnya, pengelompokan tugas yang harus dikerjakan, alur kewenangan, serta kewenangan dalam pengambilan keputusan (Robbins dan Judge, 2013). Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi dalam rangka mencapai tujuan. Terdapat empat blok struktur organisasi, yaitu unit, departemen, top/tingkat eksekutif dan tingkat operasional.

Pengorganisasian adalah pengelompokan/pengaturan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi, melalui supervisi, komunikasi dan koordinasi dengan unit kerja lain secara vertikal/atasan dan horizontal/bawahan (Depkes RI, 2015). Pengorganisasian pelayanan keperawatan adalah proses pengelompokan kegiatan terhadap tugas, wewenang, tanggung jawab dan koordinasi kegiatan baik vertikal maupun horizontal yang dilakukan oleh tenaga keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Fungsi ini mencakup penetapan tugas-tugas yang harus dilakukan, siapa yang harus melakukan, seperti apa tugas-tugas dikelompokkan, siapa yang melaporkan ke siapa, dan di mana serta kapan keputusan harus diambil oleh seorang perawat (Mugianti, 2016).

Pengorganisasian adalah kumpulan orang-orang tidak dapat dilepaskan dari lingkungan, karena pada dasarnya organisasi juga merupakan bagian dari lingkungan dan masyarakat (Raymond H. Simamaora, 2014).

2. Tujuan Organisasi menurut (Whitehead, Weiss, dan Tappen, 2015)

a. Bertahan hidup

Untuk mempertahankan eksistensi organisasi bersama.

b. Pertumbuhan

Dapat membuat cabang di beberapa wilayah serta menambah fasilitas dan layanan baru.

c. Keuntungan

Organisasi juga harus dapat membayar tagihan agar tidak memiliki hutang yang jangka panjang.

d. Status

Pimpinan organisasi yang ada sangat menginginkan organisasinya menjadi yang terbaik dan dikenal dikalangan luas

e. Dominasi

Organisasi dapat bertahan dan menjadi yang terbaik agar tidak adayang menyingkirkan organisasinya serta mampu bersaing.

3. Keperawatan sebagai sub system pelayanan Kesehatan

Pengorganisasian suatu langkah untuk menetapkan, mengelompokkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, penetapan tugas-tugas dan wewenang-wewenang seseorang, pendelegasian wewenang dalam rangka mencapai tujuan. Fungsi pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan semua kegiatan yang beraspek personil, finansial, material dan tata cara dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Beberapa kegiatan pengorganisasian dalam manajemen keperawatan yang biasa dilakukan oleh manajer keperawatan adalah seperti berikut ini:

- a. Mengelompokkan dan membagi kegiatan yang harus dilakukan oleh staf dibagi habis sesuai kompetensi dan tanggung jawabnya
- b. Menentukan jalinan hubungan kerja antar tenaga kesehatan, agar komunikasi baik dan mendukung kegiatan sehari-hari
- c. Menentukan penugasan yang kondusif, semua tugas dikerjakan secara sukarela dan optimal tanpa ada rasa curiga antar perawat.

Beberapa kegiatan pengorganisasian dalam manajemen keperawatan yang biasa dilakukan oleh manajemen keperawatan adalah seperti berikut ini:

- a. Peran manajer keperawatan dalam pelaksanaan manajemen
- b. Keahlian teknis diperlukan untuk melakukan pekerjaan spesifik, seperti mengukur tanda vital melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.
- c. Keahlian berkomunikasi dan berinteraksi dengan masyarakat. Keahlian dalam memahami dan melakukan interaksi dengan berbagai individu dimasyarakat keahlian tersebut meliputi keahlian dalam bernegosiasi, memotivasi, meyakinkan klien dan lain-lain.
- d. Keahlian konseptual. Keahlian dalam berfikir secara abstrak sistematis termasuk didalamnya melakukan pengkajian, mendiagnosis, dan menganalisis berbagai masalah dalam situasi yang berbeda-beda, bahkan keahlian untuk memprediksi dimasa yang akan datang.
- e. Keahlian dalam pengambilan keputusan. Keahlian untuk mengidentifikasi masalah sekaligus menawarkan berbagai alternatif solusi atas permasalahan yang dihadapi.
- f. Keahlian dalam mengelola waktu. Keahlian dalam memanfaatkan waktu secara efektif dan efisien.

- g. Keahlian dalam manajemen global. Keahlian manajerial yang tidak saja terfokus pada satu keadaan dinegara tertentu, namun lintas negara bahkan lintas budaya.
- h. Keahlian terkait teknologi. Keahlian manajerial dalam mengikuti dan menguasai berbagai perkembangan teknologi.

4. Struktur Organisasi

a. Bureaucratic

Keuntungan

- 1) Mendefinisikan pada otoritas dan tanggung jawab yang jelas.
- 2) Hubungan bersifat efisien dan sederhana.

Kelemahan

- 1) Bersifat monoton
- 2) Mengasingkan staf atau pekerjaanya
- 3) Membuat suatu penyesuaian secara cepat untuk mengubah kondisi yang sulit
- 4) Ketaatan staf dalam melakukan komunikasi di mana para staf memiliki batasan untuk berkomunikasi kepada atasan mereka.

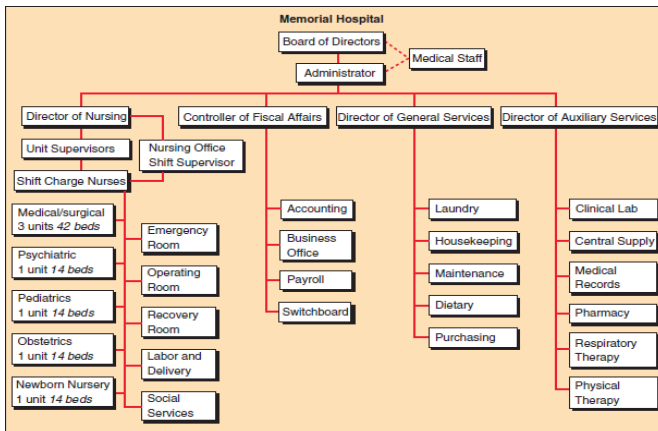


Figure 12.1 Sample organizational chart.

b. Ad Hoc

Keunggulan

Struktur ini menggunakan tim proyek atau pendekatan tugas.

Kelemahan

- 1) Kekuatan pada rantai komando akan menurun serta penurunan loyalitas pada staff di dalam organisasi.

c. Struktur Matriks

Keunggulan

Berfokus pada produksi dan fungsi. Fungsi yang artinya ialah gambaran semua tugas yang dibutuhkan untuk menghasilkan sebuah produk. Produk tersebut merupakan hasil akhir dari fungsi.

Kelemahan

- 1) Pengambilan keputusan bersifat lambat karena diperlukan berbagai informasi
- 2) Membuat kebingungan bagi para staf terhadap otoritas ganda.

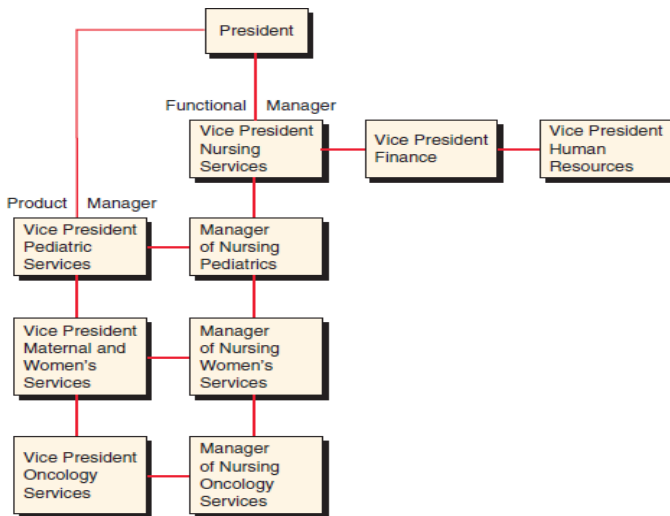


Figure 12.2 Matrix organizational structure.

d. Struktur Organisasi Garis Layanan Karakteristik

- 1) Struktur ini mirip dengan struktur matriks yang dapat digunakan untuk mengatasi kekurangan pada struktur organisasi bureaucratic.
- 2) Struktur ini biasa disebut organisasi yang berpusat pada perawatan.

e. Struktur Datar Karakteristik

- 1) Struktur ini masih terdapat garis otoritas, tetapi karena struktur rata, otoritas dan pengambilan keputusan dapat terjadi dimana pekerjaansedang dijalankan.

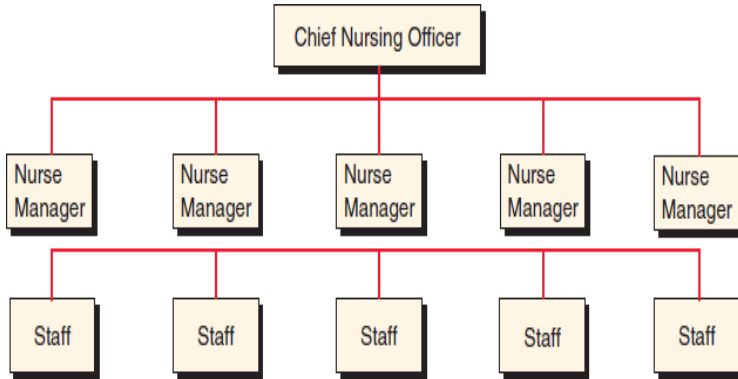


Figure 12.3 Flattened organizational structure.

5. Pengorganisasian Kerja Pelayanan Dan Asuhan Keperawatan

Metode penugasan adalah pengorganisasian kegiatan yang dilakukan untuk memudahkan pembagian tugas perawat sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang mereka miliki serta disesuaikan kebutuhan klien. Adapun hal-hal yang harus diperhatikan dalam merencanakan pemilihan metode penugasan diantaranya:

- 1) Misi dari organisasi, tujuan yang ingin dicapai dan hasil yang ingin diharapkan.
- 2) Analisa keadaan organisasi termasuk kekuatan, kelemahan, kesempatan dan ancaman yang ada.
- 3) Memperhatikan isu yang sedang berkembang untuk dianalisa lebih lanjut, apakah itu mempunyai efek yang signifikan pada organisasi.
- 4) Menentukan stratega misalnya tindakan apa yang harus diambil untuk mencapai tujuan organisasi.

Dalam memberikan asuhan keperawatan terdapat beberapa tahapan dalam hal pengorganisasian diantaranya sebagai berikut :

- a. Tujuan organisasi harus dipahami staf, tugas ini sudah tertuang dalam fungsi manajemen.

- b. Membagi habis pekerjaan dalam bentuk kegiatan pokok untuk mencapai tujuan.
- c. Menggolongkan kegiatan pokok ke dalam satuan-satuan kegiatan yang praktis.
- d. Menetapkan berbagai kewajiban yang harus dilakukan oleh staf dan menyediakan fasilitas yang diperlukan.
- e. Penugasan personil yang tepat dalam melaksanakan tugas.
- f. Mendelegasikan wewenang.

Interaksi dalam suatu organisasi pelayanan keperawatan dapat terjadi secara horisontal, vertikal maupun diagonal. Interaksi secara horizontal dapat terjadi pada level yang sama, misal antar antar kepala ruang, antar ketua tim atau antar perawat primer. Interaksi secara vertikal dapat terjadi antara ketua tim /perawat primer dan kepala ruang, perawat pelaksana dan ketua tim/perawat primer. Interaksi secara diagonal dalam ruang keperawatan dapat terjadi antara perawat dan tim kesehatan lain (dokter, fisioterapis, ahli gizi, analis, dan lain lain.(Marquis, Bessie L & Huston, Carol J.2014)

6. Sistem Hubungan Kerja

Hubungan kerja dapat diartikan sebagai hubungan yang terjadiantara bagian tau individu baik antara mereka didalam maupun diluar organisasi sebagai akibat dari penyelenggaraan tugas dan juga sebagai fungsi masing-masing untuk mencapai sasaran dan juga tujuan organisasi. Hubungan kerja dapat berupa hubungan kerja vertikal, hubungan kerja horizontal, hubungan kerja diagonal, hubungan kerja fungsional, hubungan kerja informatif, hubungan kerja kunsultatif, hubungan kerja direktif dan hubungan kerja koordinatif.

Dengan adanya hubungan kerja yang baik dengan maksud untuk membangkitkan kesadaran bahwa kedudukan, fungsi dan pekerjaan sangat berkaitan dengan orang lain, mampu memelihara dan mengembangkan sifat saling pengertian antar staf, mengembangkan semangat pesatuan dan juga dapat menumbuhkan sikap para pelaksana untuk mematuhi setiap peraturan yang ada.

Hubungan kerja sangat penting karena memiliki tujuan untuk menciptakan kemudahan dan kelancaran pelaksanaan tugas pekerjaan setiap staf dan unit karena dengan adanya kesadaran satu sama lain dalam

pelaksanaan tugas dan saling berkaitan maka akan menimbulkan semangat saling membantu satu dengan yang lain untuk penyelesaian tugas dengan baik.

C. Tugas

Kepala Ruang bertanggung jawab atas semua pasien yang ada di ruangan, saat mereka berperan sebagai manajer asuhan keperawatan. Selain sebagai manajer asuhan keperawatan yang mengkoordinir para ketua tim, kepala ruang juga bertugas sebagai manajer lini dalam pelayanan keperawatan secara hirarkhi. Adapun peran kepala ruangan dalam pelayanan kesehatan sebagai berikut : Peran kepala ruangan harus lebih peka terhadap anggaran rumah sakit dan kualitas pelayanan keperawatan, bertanggung jawab terhadap hasil dari pelayanan keperawatan yang berkualitas, dan menghindari terjadinya kebosanan perawat serta menghindari kemungkinan terjadinya saling melempar kesalahan. Kepala ruangan disebuah ruangan keperawatan, perlu melakukan kegiatan koordinasi kegiatan unit yang menjadi tanggung jawabnya dan melakukan kegiatan evaluasi kegiatan penampilan kerja staf dalam upaya mempertahankan kualitas pelayanan pemberian asuhan keperawatan. Berbagai metode pemberian asuhan keperawatan dapat dipilih disesuaikan dengan kondisi dan jumlah pasien, dan kategori pendidikan serta pengalaman staf di unit yang bersangkutan.

Ketua tim adalah manajer asuhan keperawatan dalam satu tim, yang mengkoordinir para perawat yang menjadi anggotanya untuk mengasuh sekelompok pasien, adapun tanggung jawab seorang ketua tim adalah sebagai berikut dengan mengkaji setiap klien dan menetapkan tindakan keperawatan yang tepat. Pengkajian merupakan proses yang berlanjut dan berkesinambungan. Dapat dilaksanakan serah terima tugas. Mengkoordinasikan rencana keperawatan dan pengobatan. Menyusun rencana keperawatan yang tepat waktu, membimbing anggota tim untuk mencatat tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Meyakinkan hasil evaluasi berupa respon klien terhadap tindakan keperawatan tercatat. Menilai kemajuan klien dari hasil pengamatan langsung atau laporan anggota tim.

Adapun peran sebagai anggota tim yang harus memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang dikelola serta harus bekerja secara tim dan dapat mempertanggungjawabkan setiap kegiatannya kepada ketua tim. Tugas

sebagai anggota tim diantaranya harus menyadari bahwa yang bersangkutan memiliki tanggung jawab untuk setiap klien di unit tersebut. Misalnya pengaturan istirahat dan rapat tim. Mengikuti instruksi keperawatan yang tertera dalam rencana keperawatan secara teliti termasuk program pengobatan. Melaporkan secara tepat dan akurat tentang asuhan keperawatan yang dilakukan serta respon klien. Menerima bantuan dan bimbingan dari ketua tim. Penerapan Model Asuhan Keperawatan Tim. Sebagai seorang perawat harus memiliki dan melaksanakan uraian tugas sesuai dengan perannya.(Sitorus .R.Panjaitan 2011).

D. Daftar Pustaka

- Buchbinder, Sharon B. & Shanks, Nancy H. (2014). Manajemen Pelayanan Kesehatan. EGC: Jakarta
- Fik- UI dan RSUP Cipto Mangunkusumo. (2015). Semiloka : Model PraktekKeperawatan Profesional II, Jakarta 12 -14 Juli 2000.
- Korompis, Grace. (2014). Organisasi Manajemen Kesehatan. EGC: Jakarta*
- Marquis, Bessie L dan Carol J. Huston. (2013). Leadership Roles and Management Functions in Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins*
- Marquis, Bessie L & Huston, Carol J. (2014). Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan.EGC: Jakarta*
- Mugianti, Sri. (2016). Manajemen dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan. Jakarta : KemenkesRI*
- Nursalam.(2014). Manajemen Keperawatan. Salemba Medica: Jakarta.
- Raymond H.Simamora(2014) Buku management Keperawatan EGC
- Sitorus ,R ., Panjaitan R. (2011). Manajemen keperawatan: manajemen keperawatan diRuang rawat Jakarta: Sagung Seto
- Swansberg,RC & Swansberg RJ. (2015) Introductory manajemen and leadership for nurses: an interactive text, Second edition., Boston : Jones and BartlettPublishers.
- Sitorus Ratna. (2017). Jurnal Keperawatan Indonesia : Pengembangan ModelMPKPdi RSUP Cipto Mangunkusumo. Jakarta: FIK UI
- Swansburg Russell. (2015). Pengembangan Staf keperawatan : Alih Bahasa Waluyo Agung, Asih Yasmin. Jakarta : EGC Penerbit Buku Kedokteran.

BAB V

PENSTAFAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

Ns. Rutmauli Hutagaol, M.Kep.

A. Tujuan pembelajaran

Setelah Anda mempelajari materi dalam Bab V ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan:

1. Mampu Memahami dan menjalankan bagaimana Pengembangan staf atau sumber daya keperawatan.
2. Mampu Memahami dan menjalankan Metode penugasan asuhan keperawatan.
3. Mampu Memahami dan menjalankan Model praktek keperawatan professional.

B. Materi

1. Penstafan Manajemen Keperawatan

1) Pengembangan Sumber Daya Keperawatan (SDK)

Pengembangan staf tidak hanya menjadi tanggungjawab dari kepala ruangan tapi menjadi bagian dari banyak unit dalam organisasi. Pengembangan staf dimulai sejak proses perekrutan sampai proses membuat staf bisa bertahan/ resisten di dalam organisasi. Sebagaimana sering didengar banyak perusahaan memiliki anggapan bahwa karyawan adalah harta yang paling berharga bagi perusahaan.

Penatalaksanaan SDK

Beberapa hal yang perlu dilakukan dalam penatalaksanaan SDK, yaitu:

- a) Menentukan jumlah dan jenis personil yang dibutuhkan.
- b) Merekrut, mewawancarai, memilih, dan menugaskan personil yang telah direkrut.
- c) Menggunakan sumber daya organisasi untuk induksi dan orientasi staf baru.
- d) Mensosialisasikan nilai dan norma unit organisasi seperti visi, misi dan tujuan organisasi.
- e) Menggunakan penjadwalan kreatif dan fleksibel untuk meningkatkan produktivitas dan retensi staf.

2) Pengembangan karir

Pendidikan dan pelatihan adalah dua komponen penting dalam pengembangan staf (Maquis & Huston, 2017). Manajer perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa staf dilatih dengan benar. Dalam melaksanakan pengembangan karir SDK perlu dilakukan hal-hal berikut ini:

- a) Orientasi staf baru. Orientasi bertujuan untuk membantu perawat yang baru lulus menjalani masa transisi dari mahasiswa menjadi perawat profesional. Metode orientasi yang bisa digunakan antara lain preceptorship, kelas, dan simulasi perawatan pasien (Pertwi & Hariyati, 2019).
- b) Pelatihan/ *Training*. Pelatihan merupakan metode terorganisir yang bertujuan untuk memastikan bahwa staf yang direkrut memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk melakukan tugas pekerjaan.
- c) Pendidikan. Pendidikan lebih formal dan cakupannya lebih luas daripada pelatihan. Pendidikan bertujuan untuk mengembangkan individu dalam arti yang lebih luas. Manajer keperawatan harus mampu mendorong staf untuk melanjutkan pendidikan staf.
- d) Promosi. Promosi adalah perubahan dalam organisasi ke posisi yang lebih tinggi dengan tanggung jawab yang lebih besar dan keterampilan yang lebih baik dari pada posisi sebelumnya. Promosi membuat staf merasa dihargai dan puas akan hasil kinerja yang dilakukan. Promosi jabatan juga mendorong staf untuk semakin giat menambah nilai dalam dirinya sendiri.

2. Metode Penugasan Asuhan Keperawatan.

Ada beberapa metode penugasan asuhan keperawatan yang bisa ditrapkan dalam fasilitas pelayanan keperawatan, namun setiap unit keperawatan mempunyai upaya untuk menyeleksi model yang paling tepat berdasarkan kesesuaian antara ketenagaan, sarana dan prasarana, dan kebijakan fasilitas pelayanan. Dalam keperawatan yang tidak kalah penting yaitu terlaksananya asuhan keperawatan secara efektif dan efisien secara waktu dan ruang, serta dapat meningkatkan keterampilan dan motivasi kerja staf.

Secara tradisional, ada empat metode penugasan yang umum dalam literatur tentang organisasi pemberian asuhan keperawatan: Metode

fungsional, metode individu atau kasus, metode tim, dan metode primer. Metode penugasan secara konseptual diatur ke dalam dua kelompok besar, yaitu: Metode berorientasi tugas dan metode yang berpusat pada orang.

Tabel 5.1 Metode kerja keperawatan secara konseptual (Parreira et al., 2021):

| Task-Focused | Person-Centered |
|---------------------|------------------------|
| Functional nursing | Individual |
| | Team nursing |
| | Primary nursing |

Ada beberapa metode pemberian asuhan keperawatan dalam praktik pelayanan keperawatan, terdiri dari:

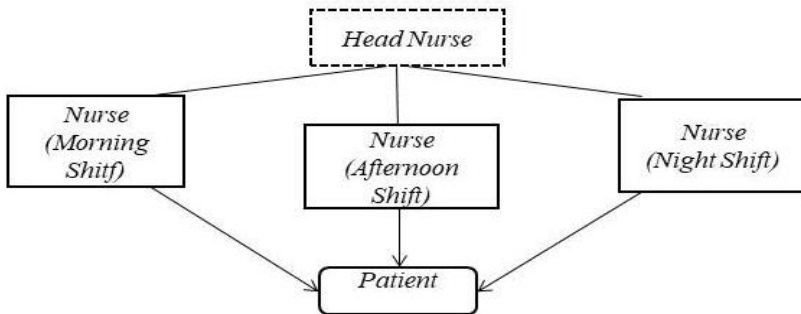
a. Metode kasus

Metode kasus atau *total patient care approach* merupakan metode pemberian asuhan yang pertama digunakan. Metode kasus adalah metode pemberian asuhan dimana perawat bertanggungjawab terhadap pasien tertentu yang didasarkan pada rasio satu perawat untuk satu pasien dengan pemberian perawatan menetap untuk periode tertentu. Pada metode ini, seorang perawat bertanggungjawab penuh atas perawatan kepada sekelompok pasien selama *shift*. Meskipun asuhan tidak terfragmentasi, koordinasinya tidak berlaku antar *shift*, dan perubahan dapat terjadi dalam rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Koordinasi asuhan yang diberikan kepada semua pasien di unit tersebut berada di bawah tanggung jawab seorang perawat tunggal. Kepala ruangan bertugas mengawasi dan mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan dan membuat keputusan yang penting selama proses perawatan. Namun, pemberian asuhan pada *shift* tersebut didelegasikan kepada perawat yang ditugaskan pada *shift* tersebut. Ada beberapa keuntungan yang diperoleh pada penerapan metode ini yaitu perawatan lebih individualis sehingga berfokus kepada pasien, memberikan kepuasan kepada pasien, memberikan hubungan perawat-pasien, perawatan yang manusiawi, memperkuat kepercayaan kepada perawat, dan keselamatan pasien.

Metode kasus memberikan kesempatan kepada seorang perawat untuk memberikan asuhan keperawatan dan memenuhi seluruh

kebutuhan pasien secara holistik. Tujuan dari Metode kasus adalah menetapkan pencapaian tujuan asuhan keperawatan yang diharapkan sesuai dengan standar, menggunakan sumber daya secara efisien, memfasilitasi asuhan keperawatan melalui kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya secara berkesinambungan, memberikan pengembangan profesionalisme dan kepuasan kerja kepada perawat, memfasilitasi berbagi ilmu pengetahuan dengan tim kesehatan lainnya (Simamora, 2012).

Kelebihan penerapan metode ini adalah perawat lebih Memahami kasus per kasus dan ada sistem evaluasi. Sedangkan kelemahannya, pada penerapannya memerlukan jumlah perawat yang banyak sesuai dengan jumlah pasien yang dirawat karena umumnya metode kasus ini dilaksanakan oleh perawat privat (pribadi) atau untuk asuhan keperawatan khusus seperti asuhan keperawatan di ruang isolasi atau di ruang *intensive care* (Suyanto, 2008). Selain itu, perawat penanggungjawab pasien belum dapat diidentifikasi.

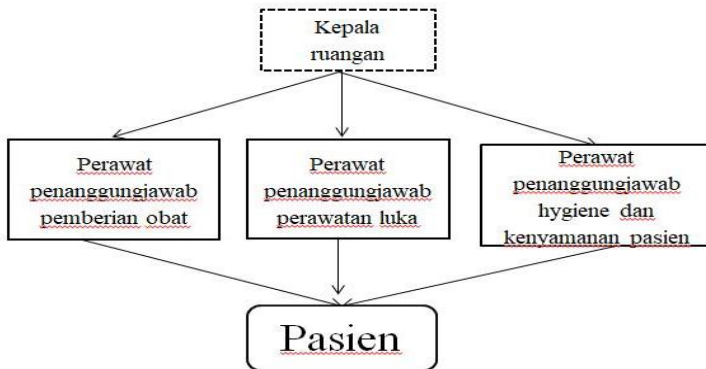


Gambar 5.1 Struktur Metode Kasus (Marquiz & Huston, 1998; Parreira et al., 2021)

b. Metode Fungsional (*Task-Oriented*)

Metode keperawatan fungsional merupakan metode keperawatan yang populer selama Perang Dunia II (Pereira et al, 2021). Pada masa itu perawat dibutuhkan untuk merawat banyak orang yang terluka di lingkungan rumah sakit. Pemberian asuhan keperawatan didasarkan pada pembagian tugas oleh perawat. Setiap perawat mendapat tanggungjawab satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada seluruh pasien yang

berada di suatu ruang rawat sehingga perawat memiliki kemahiran terhadap tugas/ keterampilan tertentu karena adanya pengulangan teknik yang sistematis (seperti pemberian obat intravena dan pemantauan tanda-tanda vital). Metode fungsional berfokus pada distribusi pekerjaan berdasarkan tugas dan prosedur dimana target dari tindakan keperawatan adalah tugas yang memprioritaskan kepada pemenuhan fisik pasien sehingga kurang menekankan kepada asuhan yang holistik. Selain itu, komunikasi antar perawat menjadi sangat terbatas sehingga tidak ada satu perawat yang mengetahui tentang satu pasien secara komprehensif (Sitorus & Panjaitan, 2011). Metode pemberian asuhan ini dianggap tidak tepat karena mengabaikan mutu asuhan akibat asuhan yang terfragmentasi. Namun ada juga anggapan bahwa bahwa metode fungsional adalah metode pemberian asuhan keperawatan yang efisien secara ekonomi.



Gambar 5.2 Struktur Metode Penugasan Fungsional (Marquiz & Huston, 1998; Parreira et al., 2021)

c. Metode Tim

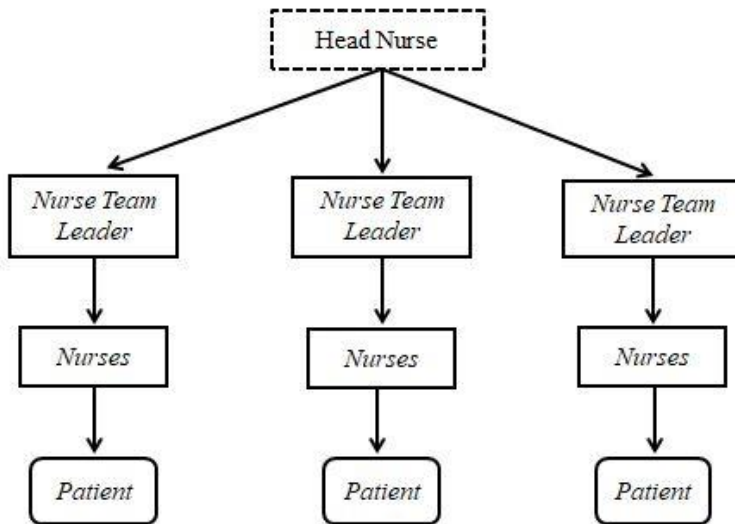
Metode ini muncul pada tahun 1950-an sebagai respons terhadap staf perawat yang rendah dan ketidakpuasan di antara para profesional dan pasien terhadap metode penugasan fungsional. Metode tim adalah metode penugasan asuhan keperawatan yang diberikan oleh sekelompok perawat terhadap sekelompok pasien (Suyanto, 2008). Tim dibangun

untuk memiliki tujuan (simbiosis) dalam interaksi anggotanya (Robins, 2017). Ketua Tim merupakan perawat yang professional yang memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien.

Metode tim adalah pengorganisasian pelayanan keperawatan dengan menggunakan tim yang terdiri atas kelompok klien dan perawat. Kelompok ini dipimpin oleh perawat yang berpengalaman serta memiliki kompetensi di bidangnya. Pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh ketua tim yang sekaligus bertanggungjawab dalam mengarahkan anggota tim. Ketua tim juga bertugas untuk mengarahkan dan menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan pasien serta membantu anggota tim dalam penyelesaian tugas apabila anggota tim mengalami kesulitan dalam pemberian asuhan keperawatan.

Kelebihan dari metode ini adalah adanya peningkatan Kerjasama dan komunikasi antar anggota tim sehingga menghasilkan sikap dan moral yang tinggi, dapat memperbaiki fungsi staf secara keseluruhan, memberikan rasa kepada tim bahwa anggota tim memiliki kontribusi terhadap hasil asuhan keperawatan yang diberikan, menghasilkan kualitas asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan serta memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas. Kelebihan lainnya, memungkinkan meningkatkan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda secara efektif dan memberikan kepuasan kepada anggota tim dalam hubungan interpersonal.

Metode ini juga memiliki kelemahan yaitu ketua tim menghabiskan banyak waktu untuk berkoordinasi dan supervise anggota tim dan harus memiliki keterampilan yang tinggi baik sebagai ketua tim maupun perawat klinik. Penerapan metode ini juga membutuhkan staf perawat yang memiliki keterampilan yang mahir. Selain itu, perawat yang belum terampil dan belum memiliki pengalaman akan bergantung kepada anggota tim lain yang lebih mahir. Metode ini bila konsepnya tidak diterapkan secara total dapat beresiko menimbulkan asuhan keperawatan yang terfragmentasi.



Gambar 5.3 Struktur metode keperawatan Tim (Maquiz & Huston, 1998; Parreira et al., 2021)

d. Metode Perawatan Primer

Metode primer dikembangkan pada awal tahun 1970-an, menggunakan beberapa konsep dan perawatan total pasien. Perawatan primer (*Primary Nursing/ PN*) adalah metode pemberian asuhan keperawatan yang ditandai dengan adanya keterikatan yang kuat dan terus-menerus antar pasien dan perawat yang ditugaskan dalam merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan termasuk berkolaborasi dengan tim lainnya. Metode keperawatan primer didasarkan pada gagasan bahwa perawat bertanggung jawab untuk merencanakan, memberikan, dan mengevaluasi perawatan satu atau lebih pasien dari saat masuk hingga keluar selama 24 jam.

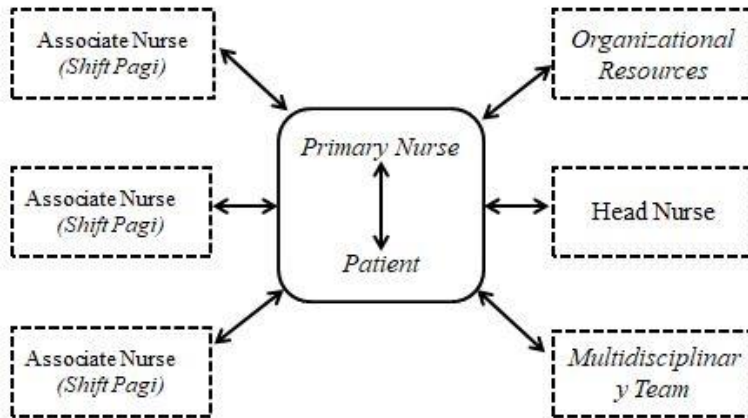
Untuk menciptakan kesinambungan perawatan, setiap perawat primer dibantu oleh asisten perawat. Pendelegasian perawatan kepada *associate nurses* terjadi setiap kali perawat utama tidak hadir. Oleh sebab itu, pada metode ini, perawat yang membuat rencana asuhan keperawatan tidak selalu akan melaksanakan implementasi asuhan keperawatan, adakalanya perawat lain yang melaksanakan implementasi asuhan keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat primer.

Perawat primer (PP) merupakan perawat yang bertanggungjawab terhadap pemberian asuhan keperawatan.

Keuntungan metode perawatan primer yaitu memberikan kepuasan kepada pasien, perawat memiliki pengetahuan yang mendalam terkait status kesehatan pasien, memfasilitasi komunikasi antara perawat-perawat, perawat-pasien, perawat-keluarga, perawat-dokter, dan perawat-profesional kesehatan lainnya, serta mempromosikan *Discharge Planning* yang lebih efektif dan efisien. Selain itu, metode ini juga dapat memberikan kepuasan kerja kepada perawat karena dapat memberikan asuhan keperawatan secara holistic sehingga mendorong perawat primer untuk melakukan pengembangan diri melalui penerapan ilmu pengetahuan.

Kelemahan metode ini adalah metode ini hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional, tidak semua perawat merasa siap untuk bertindak mandiri, memiliki akuntabilitas dan kemampuan untuk mengkaji serta merencanakan asuhan keperawatan untuk klien. Selain itu, pada penerapannya metode ini memerlukan tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama, sehingga membutuhkan biaya yang relative tinggi dibandingkan metode penugasan lainnya.

Karakteristik modalitas keperawatan primer yaitu perawat primer melakukan Pengkajian kebutuhan asuhan keperawatan, kolaborasi dengan pasien dan profesional kesehatan lain serta Menyusun rencana keperawatan. Perawat primer mempunyai tanggung jawab untuk asuhan keperawatan pasien selama 24 jam sehari, dari penerimaan sampai pemulangan.



Gambar 5.4 Struktur Metode Keperawatan Primer (Marquiz & Huston, 1998; Parreira et al., 2021)

3. Model Praktek Keperawatan Professional (MPKP)

Kemajuan jaman menuntut perawat sebagai sebagai salah satu tenaga Kesehatan untuk memberikan pelayanan secara professional. Salah satu usaha untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan professional adalah dengan penerapan Model praktik keperawatan professional (MPKP). MPKP adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional), yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan (Sitorus & Panjaitan, 2011). Model Praktik Keperawatan Profesional menggambarkan bagaimana perawat berkolaborasi, berkomunikasi, dan berkembang secara profesional untuk memberikan pelayanan yang berkualitas bagi mereka yang dilayani oleh organisasi. Oleh sebab itu, MPKP sangat bermanfaat bagi perawat, dokter, pasien dan profesi lain yang terlibat dalam memberikan asuhan kepada pasien.

Model praktik profesional memberikan dasar bagi praktik keperawatan yang berkualitas.

- a. Perawat Primer (PP) dan Perawat Asosiet (PA) membangun kontrak dengan klien /keluarga, menjadi partner dalam memberikan asuhan keperawatan. PP mempunyai otonomi dan akuntabilitas untuk mempertanggungjawabkan asuhan yang diberikan termasuk tindakan

yang dilakukan oleh PA. hal ini berarti PP mempunyai tanggung jawab membina performa PA agar melakukan tindakan berdasarkan nilai-nilai profesional.

- b. Hubungan antar profesional dilakukan oleh PP. PP paling mengetahui perkembangan kondisi klien sejak awal masuk. Sehingga mampu memberi informasi tentang sejak awal masuk. Sehingga mampu memberi informasi tentang kondisi klien sejak awal masuk. Sehingga mampu memberi informasi tentang kondisi klien kepada profesional lain khususnya dokter. Pemberian informasi yang akurat akan membantu dalam penetapan rencana tindakan medik.
- c. Metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah modifikasi keperawatan primer sehingga keputusan tentang rencana perawatan ditetapkan oleh PP. PP juga akan mengevaluasi perkembangan klien setiap hari dan membuat modifikasi pada renpra sesuai kebutuhan klien.
- d. Pendekatan Manajemen SDM memiliki garis koordinasi yang jelas antara PP dan PA. PP menjadi tanggungjawab di dalam tim. Dengan demikian, PP adalah seorang manajer asuhan keperawatan. Sebagai seorang manajer, PP harus dibekali dengan kemampuan manajemen dan kepemimpinan sehingga PP dapat menjadi manajer yang efektif dan pemimpin yang efektif.
- e. PP dan timnya berhak atas kompensasi serta penghargaan untuk asuhan keperawatan yang dilakukan sebagai asuhan yang profesional. Kompensasi dan penghargaan yang diberikan kepada perawat bukan bagian dari asuhan medis atau kompensasi dan penghargaan berdasarkan prosedur.

Penerapan MPKP bertujuan untuk:

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

Menurut Sitorus dan Panjaitan (2011) MPKP dikembangkan beberapa jenis sesuai dengan kondisi sumber daya manusia yang tersedia, antara lain:

a. Model Praktik Keperawatan Professional III

Model tingkat ini diterapkan jika memiliki staf perawat dengan kemampuan doctor dalam keperawatan klinik yang berfungsi untuk melakukan riset dan membimbing para perawat melakukan riset serta memanfaatkan hasil-hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan.

b. Model Praktik Keperawatan Professional II

Model ini diterapkan jika tenaga perawat memiliki kemampuan spesialis keperawatan yang spesifik untuk cabang ilmu tertentu. Perawat spesialis berfungsi untuk memberikan konsultasi tentang asuhan keperawatan kepada perawat primer pada area spesialisnya. Perawat spesialis juga melakukan riset dan memanfaatkan hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan. Perbandingan perawat spesialis dengan perawat primer yaitu 1:10 pada area spesialisnya.

c. Model Praktik Keperawatan Professional I

Pada tingkat ini diperlukan penataan komponen utama yaitu ketenagaan perawat dan metode penugasan asuhan keperawatan yang digunakan. Pada tingkat ini adalah metode penugasan yang diterapkan adalah kombinasi metode keperawatan primer dan metode tim yang disebut tim primer.

d. Model Praktik Keperawatan Profesional Pemula

Tahap ini merupakan Tahap awal menuju model praktik keperawatan profesional. Model ini mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat pemula. Pada model ini Terdapat 3 komponen utama yaitu ketenagaan staf perawat, metode penugasan asuhan keperawatan dan dokumentasi asuhan keperawatan.



Gambar 5.5 Komponen Kunci MPKP (Cordo & Hill-Rodriguez, 2017)

Untuk menopang keberhasilan MPKP perlu mengetahui komponen kunci dan subkategorinya atau yang disebut sebagai pilar MPKP (Cordo & Hill-Rodriguez, 2017) yaitu:

Tabel 5.2 Komponen kunci dan subkategori MPKP

| | |
|---|---|
| Pasien, keluarga pasien dan komunitas global | <ul style="list-style-type: none"> • Misi, visi, dan filosofi keperawatan |
| Hubungan kolaborasi antarprofesional | <ul style="list-style-type: none"> • Nilai-nilai yang ditentukan untuk mengarahkan perilaku • Kemitraan dengan akademik • Departemen klinis dan nonklinis yang berkolaborasi dengan keperawatan |
| Profesionalisme dan nilai-nilai profesional perawat | <ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan professional • Praktik berbasis bukti dan penelitian keperawatan • Kode Etik Perawat • Tindakan praktik perawat negara bagian • Standar Praktik • Peer Review |
| Pengakuan dan penghargaan | <ul style="list-style-type: none"> • Daftar pengakuan dan penghargaan yang ditawarkan kepada perawat • Jenjang professional |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Imbalan kompensasi |
| Kepemimpinan | <ul style="list-style-type: none"> • Konsil kepemimpinan keperawatan • advokasi • Kepemimpinan komunitas dan organisasi • Preceptorship/mentoring • Perencanaan suksesi |
| Pemberian asuhan keperawatan dan hasil perawatan pasien | <ul style="list-style-type: none"> • Program residensi perawat • Program transisi • Perawatan yang berpusat pada keluarga • Model Teori Kenyamanan • Praktik EBP • Etika dan kepatuhan • Program keselamatan pasien • Pelatihan budaya organisasi |
| <i>Evidence-Based Practice (EBP)</i> | |

Nilai-nilai professional dari penatalaksanaan Kegiatan keperawatan diaplikasikan dalam bentuk aktifitas pelayanan professional yang dipaparkan dalam 4 pilar, yaitu:

- 1) Pendekatan manajemen (management approach)
- 2) Penghargaan karir (compensatory rewards)
- 3) Hubungan profesional (professional relationship)
- 4) System pemberian asuhan pasien (patient care delivery system)

C. Rangkuman

Pengembangan staf keperawatan meliputi penatalaksanaan SDK dan pengembangan karir SDK. Banyak organisasi yang beranggapan bahwa staf adalah harta karun oleh sebab itu staf harus dijaga, dipelihara dan dikembangkan melalui proses yang terencana.

Dalam pemberian asuhan keperawatan terdapat beberapa metode yang masih digunakan sampai saat ini. Secara tradisional, ada empat metode penugasan dalam keperawatan yaitu metode penugasan kasus, metode penugasan fungsional, metode penugasan tim dan metode penugasan primer. Metode penugasan secara konseptual terbagi ke dalam dua

kelompok besar, yaitu: metode berorientasi tugas dan metode yang berpusat pada orang.

Model Praktik Keperawatan Profesional menggambarkan bagaimana perawat praktik, berkolaborasi, berkomunikasi, dan berkembang secara profesional untuk memberikan pelayanan yang berkualitas bagi mereka yang dilayani oleh organisasi. Ada 6 komponen kunci dalam Pelaksanaan MPKP yaitu Pasien, keluarga pasien dan komunitas global, hubungan kolaborasi antarprofesional, profesionalisme dan nilai-nilai profesional perawat, pengakuan dan penghargaan, kepemimpinan, pemberian asuhan keperawatan dan hasil perawatan pasien.

D. Tugas

1. Mahasiswa dibagi menjadi empat kelompok dan buatlah skenario *role play* dari masing-masing metode penugasan.
2. Praktikkan skenario *role play* yang telah dibuat dan diskusikan.

E. Referensi

- Sitorus, R., & Panjaitan, R. (2011). Manajemen Keperawatan di Ruang Rawat. Sagung Seto.
- Simamora, R. H. (2012). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Suyanto. (2008). Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit. Mitra Cendekia Press.
- Cordo, J., & Hill-Rodriguez, D. (2017). The Evolution of a Nursing Professional Practice Model Through Leadership Support of Clinical Nurse Engagement, Empowerment, and Shared Decision Making. *Nurse Leader*, 15(5), 325–330. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.07.009>
- Pertiwi, R. I., & Hariyati, R. T. S. (2019). Effective orientation programs for new graduate nurses: A systematic review. *Enfermeria Clinica*, 29(July 2019), 612–618. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.094>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

- Maquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application. In Wolters Kluwer Health (9th ed., Vol. 59).
- Marquis, BL & Huston, CJ (1998), Management Decision Making For Nurses, 124 Cases Studies, 3 Ed. Philadelphia: JB Lippincott
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2017). Organizational Behavior. In Pearson Education (17th ed.).

BAB VI
PENSTAFAN MANAJEMEN
KEPERAWATAN LANJUTAN

Ns. Deny Gunawan, S.Kep., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Mampu memahami dan menjalankan penstafan manajemen keperawatan mengenai:

1. Uraian kerja kepala ruang, perawat primer, perawat asosiet
2. Sistem klasifikasi klien
3. Konsep timbang terima
4. Konferensi pelayanan keperawatan

B. Materi

1. Uraian Tugas dari Kepala Ruangan

Proses manajemen keperawatan adalah integrasi dari berbagai lini/unsur keperawatan yang bertujuan mencapai standar pelayanan keperawatan. Rashed et al. (2015) melakukan penelitian yang bertujuan mengetahui kinerja fungsi manajemen kepala perawat, mengukur produktivitas perawat, dan mengidentifikasi efek fungsi manajemen kepala perawat terhadap produktivitas perawat menyatakan bahwa ada hubungan antara fungsi manajemen kepala perawat dan produktivitas keperawatan, termasuk timbang terima antar shift keperawatan (Gunawan et al., 2021).

Adapun uraian tugas dari kepala ruangan dapat dituangkan dalam fungsi manajemen sebagai berikut:

a. Melaksanakan fungsi perencanaan (planning)

Meliputi:

- 1) Menyusun rencana / program kerja kepala ruangan
- 2) Berperan serta menyusun falsafah dan tujuan pelayanan keperawatan di ruang rawat

b. Melaksanakan fungsi pengorganisasian (Organizing)

Meliputi:

- 1) Membuat struktur organisasi ruang rawat

- 2) Menetapkan uraian kerja dari ketua tim perawat dan perawat pelaksana
- c. Melaksanakan fungsi ketenagaan (staffing)
- Menyusun rencana kebutuhan tenaga keperawatan dari segi jumlah maupun kualifikasi untuk di ruang rawat, berkoordinasi dengan Kepala Instalasi / Sub Instalasi.
- d. Melaksanakan fungsi pelaksanaan (Actuating)
- Meliputi:
- 1) Mengatur dan mengkoordinir seluruh kegiatan pelayanan di ruang rawat, melalui kerja sama dengan petugas lain yang bertugas di ruang rawatnya
 - 2) Menyusun jadwal dinas tenaga keperawatan dan tenaga lain sesuai kebutuhan pelayanan
 - 3) Melaksanakan orientasi kepada siswa/ mahasiswa keperawatan yang menggunakan ruang rawatnya sebagai lahan praktek
 - 4) Melaksanakan orientasi kepada tenaga keperawatan baru/ tenaga lain yang akan kerja di ruang rawat
 - 5) Memberikan orientasi kepada pasien/ keluarganya meliputi, penjelasan tentang peraturan rumah sakit, tata tertib ruang rawat, fasilitas yang ada dan cara penggunaannya serta kegiatan rutin sehari-hari.
 - 6) Membimbing tenaga kerja keperawatan untuk melaksanakan pelayanan/ asuhan keperawatan sesuai standar
 - 7) Mengadakan pertemuan berkala/ sewaktu-waktu dengan staf keperawatan dan petugas lain yang bertugas di ruang rawatnya
 - 8) Memberikan izin/ kesempatan kepada staf keperawatan untuk mengikuti kegiatan ilmiah/ penataran dengan koordinasi kepala instalasi/ kepala bidang yan-kep
 - 9) Mengupayakan pengadaan obat-obatan dan alat-alat sesuai kebutuhan berdasarkan ketentuan/ kebijakan rumah sakit
 - 10) Mengatur dan mengkoordinasikan pemeliharaan alat agar selalu dalam keadaan siap pakai.
 - 11) Mengelompokkan pasien dan mengatur penempatannya di ruang rawat menurut tingkat kegawatan

- 12) Mengendalikan kualitas sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan dan kegiatan lain secara tepat dan benar.
- 13) Memberi motivasi kepada petugas dalam memelihara kebersihan lingkungan ruang rawat
- 14) Meneliti pengisian formulir sensus harian pasien di ruang rawat
- 15) Menyimpan berkas catatan medic pasien dalam masa perawatan di ruang rawatnya dan selanjutnya mengembalikan berkas tersebut ke bagian medical record bila pasien pulang
- 16) Membuat laporan (harian/bulanan) mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan, tingkat ketergantungan pasien dan kegiatan lainnya
- 17) Membimbing mahasiswa keperawatan yang menggunakan ruang prakteknya sebagai lahan praktek
- 18) Memberi penyuluhan kesehatan/ promosi kesehatan kepada pasien/ keluarga sebagai kebutuhan dasar dalam batas kewenangannya
- 19) Melakukan timbang terima (pre - post conference) pasien, ronde keperawatan dan lain-lain

e. Melaksanakan fungsi pengawasan/ pengendalian (*Controlling*)

Meliputi:

- 1) Mengendalikan dan menilai pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah ditentukan
- 2) Mengawasi dan menilai mahasiswa keperawatan untuk memperoleh pengalaman belajar sesuai tujuan program bimbingan yang telah ditentukan
- 3) Melakukan penilaian kinerja tenaga keperawatan yang berada di bawah tanggung jawabnya
- 4) Mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga keperawatan, peralatan dan obat-obatan
- 5) Mengawasi dan menilai mutu asuhan keperawatan sesuai standar yang berlaku secara mandiri atau koordinasi dengan tim pengendalian mutu asuhan keperawatan
- 6) Melakukan diskusi refleksi kasus (DRK)

2 Uraian Tugas Perawat Primer

- a. Membuat rencana harian ketua tim
- b. Melakukan kontrak dan mengorientasikan pasien atau keluarga pada awal masuk ruangan

- c. Melakukan pengkajian terhadap pasien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan anggota tim atau perawat pelaksana pada sore, malam, atau hari libur
- d. Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar rencana perawat (renpra) sesuai dengan hasil pengkajian.
- e. Menjelaskan rencana perawatan yang sudah ditetapkan kepada anggota tim dibawah tanggung jawabnya sesuai pasien yang dirawat dalam sebuah pre conference.
- f. Menetapkan anggota tim atau perawat pelaksana yang bertanggung jawab pada setiap pasien.
- g. Melakukan bimbingan dan evaluasi pada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan keperawatan yang sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).
- h. Memonitor dokumentasi yang dilakukan perawat pelaksana.
- i. Melakukan timbang terima pasien di bawah tanggung jawabnya beserta perawat pelaksana.
- j. Melakukan evaluasi mutu asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan pasien setiap hari.
- k. Melakukan ronde keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien dengan melibatkan pasien dan seluruh anggota tim.
- l. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga.
- m. Membuat perencanaan pulang

3. Uraian Tugas Perawat Associate

- a. Membaca rencana perawatan yang ditetapkan oleh ketua tim
- b. Membuat rencana harian perawat pelaksana
- c. Membina hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga
- d. Melakukan timbang terima pasien dan alat inventarisasi
- e. Menerima dan melaksanakan pendelegasian tugas dari ketua tim
- f. Melakukan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan serta mendokumentasikan
- g. Menerima pasien baru dan memberikan informasi jika ketua tim tidak ada ditempat
- h. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien berdasarkan rencana perawatan.
- i. Melakukan evaluasi (SOAP) terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan didokumentasikannya

- j. Melaksanakan standar mutu pelayanan di ruangan
- k. Mengikuti kegiatan diskusi refleksi kasus (DRK)
- l. Melaksanakan orientasi kepada pasien baru
- m. Mengkomunikasikan kepada ketua tim bila menemukan masalah yang perlu keterlibatan ketua tim untuk diselesaikan
- n. Menyiapkan pasien, kelengkapan berkas, dan alat untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan, dan tindakan keperawatan atau tindakan medis.
- o. Berperan serta dalam memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga yang dilakukan oleh ketua tim.
- p. Membuat laporan harian
- q. Melakukan inventarisasi fasilitas atau yang terkait dengan timnya

4. Sistem Klasifikasi Pasien

Beberapa ahli menyatakan klasifikasi pasien, sebagai berikut:

- a. Loveridge dan Cummings (1996)

Pasien dikelompokkan berdasarkan klasifikasi pasien (Patient classification system) atau system akuitas (Aquity system) yaitu:

 - 1) Evaluasi prototype.

Pasien dikelompokkan ke dalam 4 kelas dengan beberapa kategori yaitu pengkajian, mobilisasi, kebersihan diri dan eliminasi, diet, obat-obatan, dan pendidikan kesehatan dan emosi.
 - 2) Evaluasi faktor

Pasien dikelompokkan berdasarkan kategori : pengkajian, mobilisasi, kebersihan dan eliminasi, diet, obat-obatan, tindakan khusus, pendidikan kesehatan dan emosi.
- b. Swanburg (1996)

Pasien dikelompokkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien menjadi lima kategori, yaitu:

 - 1) Kategori I: *Self care*
 - Aktivitas sehari – hari : makan – minum dilakukan sendiri, kebersihan diri memerlukan sedikit bantuan, ke kamar mandi sendiri, dan kondisi nyaman
 - Status umum kesehatan : baik, dirawat untuk kebutuahn pemeriksaan dan prosedur diagnostic, prosedur/ operasi sederhana.

- Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional : pasien memerlukan edukasi mengenai prosedur, discharge planning
- Perawatan dan Pengobatan : tidak ada/ perawatan dan pengobatan sederhana
- Butuh waktu 1 – 2 jam dengan waktu rata – rata efektif 1,5 jam per 24 jam

2) Kategori II: Minimal care

- a) Aktivitas sehari-hari: Makan minum butuh bantuan dalam persiapan, posisi makan, butuh motivasi, dan mampu makan sendiri, butuh sedikit bantuan (ke kamar mandi/ urinal)/ pasien dalam pengawasan, tidak inkontinensia
- b) Status umum kesehatan: Tampak sakit ringan, infus terpasang
- c) Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional: pasien memerlukan edukasi sekitar 5-10 menit per shift dan emosi cemas namun masih stabil
- d) Perawatan dan Pengobatan: Butuh waktu 20-30 menit per shift
- e) Butuh waktu 3-4 jam dengan waktu rata-rata efektif 5,5 jam per 24 jam

3) Kategori III: Moderate care

- a) Aktivitas sehari-hari: Makan butuh bantuan namun bisa mengunyah dan menelan sendiri, kurang mandiri dan butuh bantuan
- b) Status umum kesehatan: Pemantauan setiap 2 – 4 jam
- c) Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional: Pasien memerlukan edukasi sekitar 10 – 30 menit per shift dan emosi cemas dan gelisah
- d) Perawatan dan Pengobatan: Butuh waktu 30 – 60 menit per shift

4) Kategori IV: Total care

- a) Aktivitas sehari-hari: Makan, minum, perawatan diri butuh bantuan, kesulitan dalam mengunyah dan menelan, mengalami inkontinensia
- b) Status umum kesehatan :.tampak terbaring / bed rest.

- c) Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional : pasien memerlukan edukasi sekitar ≥ 30 menit per shift dan emosi cemas dan gelisah
 - d) Perawatan dan Pengobatan : perlu pemantauan sekitar 1 jam
- 5) Kategoru V: Intensive care
- a) Aktivitas sehari-hari: Dibantu total
 - b) Status umum kesehatan: Tampak terbaring / bed rest.
 - c) Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional: Tidak bisa dikaji
 - d) Perawatan dan Pengobatan: Perlu pemantauan < 60 menit dan terus menerus

5. Konsep Timbang Terima

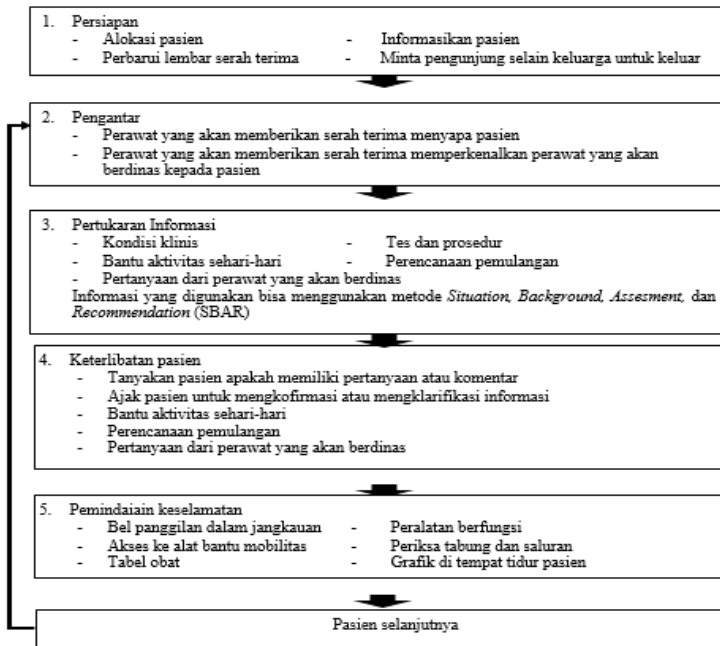
Timbang terima (*handover*) akan terjadi diantara professional pemberi asuhan (PPA) saat pergantian shift ataupun antar unit layanan.

1) Definisi timbang terima

Timbang terima keperawatan adalah proses perpindahan tanggung jawab dan informasi dari perawat yang akan menyelesaikan shiftnya kepada perawat shift yang akan bekerja mengenai kondisi pasien dan tindakan yang harus dilakukan terhadap pasien (Gunawan et al., 2021).

2) Tahapan timbang terima

Pelaksanaan timbang terima dapat dilihat dari skema berikut ini:



Skema 5.1 Tahapan timbang terima
Sumber (Chaboyer et al., 2008)

Skema 5.1 Menjelaskan tahapan timbang terima, dimulai dari persiapan (alokasi dan informasi pasien). Informasi yang disampaikan bisa menggunakan metode SBAR yaitu S (Situation) terdiri dari keluhan utama dan status terkini, B (Background) terdiri dari riwayat sebelumnya, A (Assessment) terdiri dari hasil dari pengkajian, tanda-tanda vital dan gejala, dan R (Recommendation) terdiri dari saran dan perubahan yang diantisipasi dan pemantauan kritis. Selanjutnya tahap keterlibatan pasien, pendekatan yang berpusat pada pasien (patient-centred approach), keterlibatan pasien, dan pemindaian keselamatan seperti perawat melakukan pemeriksaan keamanan lingkungan dan peralatan pasien. Hal-hal utama yang perlu dipertimbangkan adalah bel panggilan dalam jangkauan pasien, suction, oksigen atau peralatan lain dalam keadaan bekerja dan mudah diakses, dressing, drainase, cairan infus dan pompa infus aman dan benar, kerapian umum area yang kondusif untuk mobilitas yang aman dan kemudahan akses, dan pemeriksaan lain yang mungkin spesifik untuk pasien tersebut (misal penggunaan rel tempat tidur, ketinggian tempat tidur, dan lain-lain).

Informasi sensitif yang perlu diperhatikan oleh perawat hasil pemeriksaan yang sensitif (misal HIV Positif, Hepatitis), masalah kejiwaan, masalah pribadi (misal kekerasan dalam rumah tangga), dan hal lain yang pasien / keluarga pasien minta dirahasiakan.

3) Faktor Yang Mempengaruhi Timbang Terima

Dalam pelaksanaan timbang terima, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhinya, sebagai berikut:

a. Umur perawat

Beberapa sumber menyatakan umur perawat mempengaruhi proses pelayanan keperawatan, diantaranya umur dibawah 30 tahun lebih rendah focus pada keselamatan pasien, rentang umur 25 – 45 tahun kurang bertanggungjawab kurang patuh, sering pindah tempat kerja dan status mentalnya belum stabil sehingga jarang berpikir rasional.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin ternyata juga mempengaruhi proses timbang terima keperawatan antar shift namun tidak terlalu signifikan. Hal ini didukung oleh pernyataan Gunawan et al. (2021) bahwa tidak terlalu signifikan antara perawat perempuan dengan perawat laki – laki dalam proses timbang terima yang hanya berbeda 0,16%. Tetapi ada juga yang menyatakan bahwa perawat perempuan dinilai lebih telaten dan sabar dalam bekerja (Afriani et al., 2017).

c. Tingkat pendidikan masa kerja

Ada perbedaan yang signifikan antara pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan pada staf pelaksana keperawatan yang pendidikan profesi dengan berpendidikan vokasi (Gunawan et al., 2019). Pernyataan ini didukung oleh Suardana, Rasdini, & Hartati (2018) yang menyatakan bahwa perawat yang berpendidikan lebih tinggi (Sarjana/S1) mempunyai kemampuan komunikasi lebih baik daripada perawat yang berpendidikan diploma pada saat pelaksanaan timbang terima. Hal ini dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin baik proses timbang terimanya.

d. Masa kerja

Pada pelaksanaan timbang terima, perawat yang telah lama bekerja, akan lebih bertanggung jawab dan akurat dalam penyampaian informasi kondisi pasien pada saat timbang terima. Didukung juga

dengan penelitian Parlar Kilic et al. (2017) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara masa kerja dengan *clinical handover*, dimana masa kerja akan memberikan kesempatan kepada perawat untuk mendapatkan informasi yang tidak dipahami atau dimengerti oleh perawat lain pada saat timbang terima (*clinical handover*). Hal ini sejalan dengan penelitian Suardana et al. (2018) yang menyatakan bahwa perawat yang masa kerja lebih lama mempunyai kemampuan komunikasi lebih baik daripada perawat yang masa kerjanya lebih pendek pada saat pelaksanaan timbang terima.

e. Pelatihan

Gunawan et al., (2021) menyatakan ada perbedaan yang signifikan antara pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan pada staf pelaksana keperawatan yang pernah mengikuti pelatihan komunikasi efektif dengan yang tidak pernah mengikuti pelatihan. Komunikasi yang efektif sangat baik dilakukan saat melakukan timbang terima, yang diharapkan pesan yang disampaikan dapat diterima dengan baik oleh perawat selanjutnya yang akan bekerja.

Pada standar akreditasi rumah sakit pada standar sasaran keselamatan pasien (SKP) 2.2 dan manajemen komunikasi edukasi (MKE) 7, menyatakan bahwa rumah sakit diwajibkan memiliki bukti pelatihan komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan supaya terampil berkomunikasi efektif yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien terutama dalam proses pemberian asuhan kepada pasien (Komisi akreditasi rumah sakit, 2017).

f. Status kepegawaian

Gunawan et al., (2021) menyatakan ada perbedaan yang signifikan antara pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan pada staf pelaksana keperawatan berstatus kepegawaian sebagai aparatur sipil negara dengan yang sukarela/honor/kontrak. Hal ini sejalan dengan pernyataan Kantanen et al. (2017) yang menyatakan bahwa perawat yang berstatus sebagai pegawai tetap menunjukkan kompetensi lebih baik dibandingkan dengan perawat yang berstatus kepegawaian belum tetap. Kompetensi adalah pengakuan terhadap pengetahuan, ketrampilan, dan perilaku seseorang terhadap pekerjaannya dalam hal ini melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien. Kemampuan dalam pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan

merupakan salah satu dari kompetensi yang harus dimiliki perawat, sehingga bisa dikatakan bahwa kompetensi perawat yang baik menunjukkan kinerja perawat juga baik.

g. Jenjang karir perawat klinik

Gunawan et al., (2021) menyatakan rata-rata pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan staf pelaksana keperawatan pada jenjang karir perawat klinik paling tinggi berada pada PK III sedangkan paling rendah berada pada Pra PK. Hal ini dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi jenjang karir perawat klinik, maka semakin baik pula proses timbang terimanya.

h. Posisi jabatan

Widodo et al. (2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan peran ketua tim dengan perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Dimana ketua tim berperan memastikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan atau akan ditimbangterimakan, didokumentasikan dengan benar. Hal ini juga disampaikan oleh Sulistyawati & Haryuni (2019) bahwa supervisi dari ketua tim bermanfaat pada kualitas baik dari pelaksanaan timbang terima. Oleh karena itu memerlukan peran kepemimpinan dari atasan untuk mempertahankan kualitas pelaksanaan timbang terima dan pendokumentasian asuhan keperawatan supaya berjalan konsisten. Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan, dimana setiap pelaksanaan timbang terima harus selalu diakhiri dengan pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai bukti, tanggung gugat dan tanggung jawab.

i. Peran kepala ruangan

Gunawan et al., (2021) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara peran kepala ruangan dengan pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan. Peran kepala ruangan yang paling kuat hubungannya dengan pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan adalah peran *informational* kepala ruangan sedangkan yang paling lemah adalah peran *decisional*.

j. Fungsi manajemen kepala ruangan

Gunawan et al., (2021) menyatakan ada hubungan yang signifikan antara fungsi manajemen kepala ruangan dengan pelaksanaan

timbang terima antar shift keperawatan. Fungsi manajemen kepala ruangan yang paling kuat hubungannya dengan pelaksanaan timbang terima antar shift keperawatan adalah fungsi pengarahan sedangkan yang paling lemah adalah fungsi pengendalian. Hasil ini sejalan Rashed, Al Torkey, & Morsey (2015) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara fungsi manajemen perawat kepala dan produktivitas keperawatan, 80,9% fungsi manajemen kepala mampu mengintegrasikan pekerjaan tim perawatan dan 100% fungsi manajemen.

6. Pelaksanaan Timbang Terima

Timbang terima merupakan proses komunikasi yang efektif yang terjadi antara pemberi Informasi dengan penerima informasi saat timbang terima. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1128 Tahun 2022 pada standar Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO), dan Komunikasi dan edukasi (KE), komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/ penerima pesan akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Pelaksanaan timbang terima dapat dilakukan sesuai dengan tahapan berikut. Format pelaksanaan timbang terima ini telah penulis lakukan uji validitas untuk dengan hasilnya adalah nilai $r > 0,361$ sehingga dinyatakan valid (Gunawan et al., 2019).

Adapun tahapan timbang terima tersebut sebagai berikut :

- **Saat Pelaksanaan Timbang Terima, Ketua Tim/Penanggungjawab Shift:**

- Menginformasikan kepada pasien bahwa timbang terima akan dimulai
- Mempersiapkan berkas pasien yang diperlukan untuk timbang terima
- Melibatkan pasien dalam timbang terima
- Memiliki kesempatan berdiskusi tentang prioritas kebutuhan dasar yang dibutuhkan pasien saat ini
- Mengisi catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) setelah melakukan timbang terima

- Memperhatikan arahan kepala ruangan/ketua tim/penanggungjawab shift saat timbang terima berlangsung
- Mempersilahkan penanggungjawab shift selanjutnya membaca sendiri laporan perkembangan pasien
- Membuat rencana perawatan pasien secara berkesinambungan 24 jam
- Menyapa pasien saat timbang terima
- Memperkenalkan diri kepada pasien saat timbang terima
- Ketua tim/ penanggungjawab shift selanjutnya memperkenalkan diri
- Mengecek identitas pasien saat timbang terima
- mengetahui diagnosa keperawatan pasien saat ini
- mengetahui berapa lama (hari/ jam) pasien dirawat
- Menyampaikan keluhan utama pasien terkini saat timbang terima
- Menyampaikan informasi intervensi yang telah dilakukan terhadap pasien
- Mempersilahkan pasien menyampaikan keluhan nya kepada penanggungjawab shift selanjutnya, pada saat timbang terima
- Menyampaikan pola pernapasan pasien saat timbang terima
- Menginformasikan pola makan dan minum pasien saat timbang terima
- Menginformasikan pola eliminasi pasien saat timbang terima
- Menyampaikan kondisi pergerakan tubuh pasien saat timbang terima
- Menginformasikan kondisi pola tidur dan istirahat pasien saat timbang terima
- Memberi kesempatan penanggungjawab shift selanjutnya menanyakan kebutuhan berpakaian kepada pasien saat timbang terima
- Melihat catatan suhu tubuh pasien saat timbang terima
- Menyampaikan kebutuhan kebersihan tubuh dan kulit pasien saat timbang terima
- Memastikan pagar pengaman tempat tidur pasien terpasang baik
- Menyampaikan kemampuan komunikasi pasien, saat timbang terima
- Menyampaikan kebutuhan rohani pasien kepada tuhan, saat timbang terima
- Menginformasikan pola pekerjaan pasien saat ini, saat timbang terima

- Mempersilahkan pasien menyampaikan kebutuhannya akan hiburan, saat timbang terima
 - Menyampaikan kemampuan pasien memanfaatkan fasilitas kesehatan, saat timbang terima
 - Menginformasikan tingkat kesadaran pasien
 - Menyampaikan nilai kritis laboratorium terkini pasien pada saat timbang terima
 - Menyampaikan rekomendasi intervensi keperawatan yang perlu dilanjutkan (dihentikan/dilanjutkan/ dimodifikasi)
 - Melibatkan pasien dalam mengklarifikasi informasi yang perawat sampaikan saat timbang terima
 - Melaksanakan timbang terima tepat waktu
 - Menyampaikan informasi tentang pasien, yang mudah dipahami oleh penanggungjawab shift selanjutnya
 - Memberikan kesempatan untuk bertanya tentang hal-hal yang belum dimengerti pada saat timbang terima
 - Timbang terima seefisien dan seefektif mungkin
 - Merasa informasi penting disampaikan oleh penanggungjawab shift sebelumnya pada saat timbang terima
 - Berpamitan dengan pasien dan atau keluarga pasien setelah timbang terima
- **Setelah Pelaksanaan Timbang Terima, Ketua Tim/Penanggungjawab Shift:**
 - Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukannya

7. Konferensi pelayanan keperawatan

Konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. Konferensi dilakukan sebelum atau setelah melakukan timbang terima sesuai dengan jadwal dinas perawatan pelaksanaan. Tujuan umum conference adalah memaparkan Informasi mengenai kondisi pasien dan menganalisa masalah-masalah secara kritis serta alternatif penyelesaian masalah sehingga dapat meningkatkan kesiapan diri dalam pemberian asuhan keperawatan dan merupakan cara yang efektif untuk menghasilkan perubahan serta membantu koordinasi dalam rencana pemberian asuhan keperawatan.

a. Tujuan pre - post conference adalah:

Adapun tujuan dari pre dan post conference adalah:

1. Mengidentifikasi masalah pasien
2. Membuat rencana asuhan kepada pasien dan mengevaluasi rencana yang telah dilakukan sebelumnya
3. Mempersiapkan hal – hal yang akan ditemui di lapangan
4. Memberikan kesempatan untuk berdiskusi mengenai keadaan pasien

b. Macam – macam *conference*

1. Pre conference

Pre conference adalah pertemuan untuk pembahasan mengenai rencana harian perawat mengenai kondisi klinis pasien sebelum memulai pemberian asuhan kepada pasien yang dipimpin oleh ketua tim / penanggungjawab shift.

2. Post conference

Post conference adalah pertemuan untuk pembahasan mengenai rencana harian perawat mengenai kondisi klinis pasien setelah memulai pemberian asuhan kepada pasien yang dipimpin oleh ketua tim / penanggungjawab shift.

3. Tahapan *conference*:

Pre – post conference:

- Persiapan: Ruang dan petugas (kepala ruangan, ketua tim, dan pelaksana)
- Pelaksanaan:

Pembukaan:

1. Ketua tim / penanggungjawab membuka acara, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan, menjelaskan prosedur
2. Berdoa
3. Ketua tim / penanggungjawab menanyakan kendala yang dihadapi dalam pemberian asuhan keperawatan sebelumnya
4. Ketua tim / penanggungjawab menanyakan apa yang telah dilakukan dan tindak lanjut asuhan kepada pasien yang harus dilanjutkan oleh perawat shift selanjutnya

Kerja:

1. Penyampaian perkembangan dan masalah pasien yang ditemukan sebelumnya berupa:

- Keluhan pasien
 - Tanda – tanda vital pasien dan kondisi pasien
 - Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dan sebagainya)
 - Masalah keperawatan terkini
 - Rencana keperawatan terkini
 - Perubahan terapi medis dan rencana medis
2. Perawat membahas dan dan arahan untuk perawat shift selanjutnya seperti:
 - Pasien yang mengalami : keterlambatan, kesalahan terapi/ diet, pengunjung, kehadiran dokter, dan sebagainya yang perlu ditindaklanjuti
 - waktu tepat pemberian infus
 - Waktu tepat intake – output cairan
 - Waktu tepat pemberian obat / injeksi
 - Waktu tepat tindakan lainnya
 3. Ketua tim / penanggungjawab memberikan kesempatan untuk bertanya
 4. Ketua tim / penanggungjawab shift mengingatkan kembali standar operasional prosedur yang telah ditetapkan, ketepatan waktu, kedisiplinan, ketelitian, kejujuran, dan standar mutu layanan (*reinforcement positif*)
 5. Ketua tim / penanggungjawab menyimpulkan conference
 6. Ketua tim / penanggungjawab menutup acara, mengucapkan terima kasih dan salam
 - Pendokumentasian

D. Daftar Pustaka

- Afriani, T., Hariyati, R. T. S., & Gayatri, D. (2017). *Dukungan atasan Dan teman sejawat memengaruhi ekspektasi perawat dalam penerapan jenjang karir. Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(2), 75. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i2.516>
- Chaboyer, W., McMurray, A., Wallis, M., & Chang, A. H. (2008). *Standard operating protocol for implementing bedside handover in nursing. Research Centre for Clinical and Community Practice Innovation.*
- Gunawan, D., Hariyati, R. T. S., Afifah, E., & Afriani, T. (2021). *The relationship between the roles and management function of the head nurse and handover implementation. Enfermeria Clinica*, 31, S157–S160. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.013>
- Gunawan, D., Hariyati, R. T. S., & Afriani, T. (2019). *Hubungan Peran, Fungsi Manajemen Kepala dan pelaksanaan serah terima yang dipersepsikan oleh perawat. Universitas indonesia.*
- Kantanen, K., Kaunonen, M., Helminen, M., & Suominen, T. (2017). *Leadership and management competencies of head nurses and directors of nursing in Finnish social and health care. Journal of Research in Nursing*, 22(3), 228–244. <https://doi.org/10.1177/1744987117702692>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.* 135–141.
- Komisi akreditasi rumah sakit. (2017). *Standar nasional akreditasi rumah sakit.* Edisi 1.
- Parlar Kilic, S., Ovayolu, N., Ovayolu, O., & Hayrullah Ozturk, M. (2017). *The approaches and attitudes of nurses on clinical handover. International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 1–136. www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Rashed, S. A. E., Al Torky, M. A. M., & Morsey, S. M. (2015). *Performance of head nurses management functions and its effect on nurses' productivity at Assiut University Hospital. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 4(5), 38–49. <https://doi.org/10.9790/1959-04523849>
- Suardana, I. K., Rasdini, I. G. A. A., & Hartati, N. N. (2018). *Pengaruh*

metode komunikasi efektif sbar terhadap efektifitas pelaksanaan timbang terima pasien di ruang griyatama rsud tabanan. Jurnal Skala Husada, 15(1 April), 43–58.

Sulistyawati, W., & Haryuni, S. (2019). *Supervisi tentang komunikasi sbar (situation, background, assesment, recommendation) berpengaruh terhadap kualitas handover pasien di ruang rawat inap rumah sakit. Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan, 7(NO 1), 19–26.*

Widodo, W., Wungow, H., & Hamel, R. (2016). *Hubungan peran ketua tim dengan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di irina f rsup prof dr. r. d. kandou manado. E-Journal Keperawatan (e-Kp), 4, 19–24.*

BAB VII
KONSEP PENGARAHAN
Ns. Sancka Stella G. Sihura, M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan umum

Mampu memahami konsep pengarahannya (*actuating*) dalam tatanan pelayanan keperawatan

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu memahami konsep komunikasi intern keperawatan dan antar profesional pemberi asuhan
- b. Mampu menjabarkan konsep motivasi untuk meningkatkan kinerja dalam layanan keperawatan
- c. Mampu memahami konsep supervise dan pelaksanaannya dalam kegiatan perawatan
- d. Mampu memahami tujuan dan prinsip yang harus dipahami dalam pendelegasian
- e. Mampu memahami konsep kolaborasi antar profesional pemberi asuhan dalam rangka meningkatkan kepuasan layanan
- f. Mampu memahami konsep negosiasi sebagai salah satu teknik pemecahan masalah

B. Materi

1. Komunikasi

Komunikasi yang efektif adalah sebuah proses yang dinamis. Komunikasi melibatkan pasien, keluarga, dan profesional perawatan kesehatan lainnya dengan menggunakan teknik dan alat tertentu. Komunikasi verbal maupun nonverbal harus sensitif, responsif, dapat dimengerti dan efektif. Komunikasi yang efektif bersifat akurat dan tepat waktu sehingga akan meningkatkan kualitas perawatan. Selain itu, komunikasi yang efektif didapatkan dengan proses mendengarkan secara aktif, menerima masukan dari orang lain, dan menghargai pendapat semua anggota tim di dalam organisasi. Komunikasi dipengaruhi oleh banyak faktor, baik lingkungan, pemberi pesan, interpretasi dari penerima pesan,

dan metode komunikasi. Interpretasi penerimaan informasi dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti lingkungan, peristiwa pencetus, nilai yang terbentuk sebelumnya, persepsi pribadi, dan pengalaman.

Di dalam komunikasi, ada yang dinamakan dengan umpan balik. Umpan balik merupakan tanggapan dari penerima pesan setelah mendapatkan sebuah informasi. Umpan balik merupakan sebuah proses yang dinamis. Penerima menafsirkan dan menanggapi pesan yang disampaikan oleh pengirim, dan pengirim berperan sebagai penerima pesan. Umpan balik bisa berupa tanggapan verbal maupun nonverbal. Komunikasi verbal merupakan bentuk komunikasi interpersonal yang paling umum dan melibatkan proses berbicara dan mendengarkan. Petunjuk penting untuk komunikasi verbal adalah nada serta kata-kata yang diucapkan, serta sikap umum yang digunakan saat berbicara. Kunci dari sebuah pernyataan terkandung dalam penekanan yang ditempatkan pada kata tertentu. Komunikasi nonverbal melibatkan banyak faktor seperti ekspresi wajah, kontak mata, postur, dan gerakan tubuh.

Salah satu bentuk komunikasi yang sering dipakai dalam menyampaikan informasi adalah komunikasi SBAR. SBAR terdiri dari *situation*, *background*, *assessment*, dan *recommendation*. Komunikasi SBAR dilakukan antar profesional pemberi asuhan, antar perawat, atau komunikasi antar perawat dengan kliennya. Komunikasi SBAR menuntut setiap informasi yang hendak diberikan disampaikan dengan runut dan lengkap.

Profesional pemberi asuhan diwajibkan untuk memperhatikan komunikasi secara efektif (Diehl, 2012). Penggunaan alat komunikasi terstruktur secara konsisten, seperti SBAR, meningkatkan efektivitas komunikasi, serta meningkatkan hubungan yang aktif antara anggota tim perawatan kesehatan. SBAR adalah alat komunikasi untuk memastikan bahwa informasi terkait pasien dapat sampai kepada orang yang tepat, dengan cara yang paling jelas, ringkas, dan efektif. Setiap komponen dalam SBAR terdiri dari:

Situation / Situasi : Menurut Anda, apa yang terjadi saat ini? Komponen pertama ini kita menyampaikan deskripsi singkat tentang situasi saat ini.

Background / Latar belakang : Apa yang terjadi di masa lalu dan relevan dengan situasi saat ini? Pada langkah ini, kita batasi

informasi latar belakang hanya pada apa yang relevan dengan situasi yang sedang dihadapi.

Assessment / Pengkajian : Menurut Anda apa yang terjadi? Langkah ini merangkum penilaian singkat tentang intervensi yang telah kita lakukan hari itu dan bagaimana hasil / respon pasien setelah pemberian intervensi. Di dalam kolom *assessment* juga dijelaskan seberapa serius situasi pasien dan seberapa cepat penerima pesan harus bertindak pada jam dinas berikutnya.aa

Recommendation / Rekomendasi: Menurut Anda apa yang perlu dilakukan? Didalam bagian ini, kita menyampaikan rekomendari dari intervensi/rencana perawatan yang akan dilakukan pada dinas berikutnya. Sebelum mengakhiri percakapan, kedua belah pihak harus memiliki kesempatan untuk mengklarifikasi informasi dan mengajukan pertanyaan, untuk memastikan bahwa semua informasi telah dikirim dan diterima dengan benar.

Baik itu pengirim pesan maupun penerima pesan diharuskan untuk tetap tenang dan fokus selama percakapan, dengan harapan memastikan bahwa informasinya diterima dan dikirim secara akurat. Baik itu pengirim maupun penerima pesan harus menyepakati rencana tindak lanjut sebelum mengakhiri komunikasi.

Komunikasi serupa juga dapat digunakan untuk memberikan informasi terkait pasien kepada professional pemberi asuhan yang lain, misalnya dokter penanggungjawab pasien. Ketika seorang dokter mengunjungi pasiennya di unit atau ketika seorang perawat berkomunikasi lewat telepon dengan dokter, perawat perlu menyampaikan data pasien secara runut dan lengkap, termasuk data laboratorium dan masalah perawatan pasien dalam laporan yang singkat. Perawat dapat menyarankan perawatan atau intervensi tambahan yang menguntungkan bagi pasien.

Ada hubungan penting antara komunikasi yang efektif dan keselamatan pasien. Semua aspek perawatan pasien bergantung pada bagaimana tiap petugas kesehatan, pasien, dan keluarga menginterpretasikan informasi yang tersedia (Schuster & Nykolyn, 2010). Interprofesional dan intraprofessional (terdiri dari semua perawat) membuat

keputusan perawatan kesehatan berdasarkan informasi yang dikomunikasikan di antara semua anggota tim kesehatan dengan masukan dari pasien dan keluarganya. Miskomunikasi dan kesenjangan dalam komunikasi dapat membahayakan keselamatan pasien. Kesalahan komunikasi merupakan penyebab utama kesalahan medis. Perawat perlu menciptakan suasana di mana pasien dan keluarga mereka merasa dihargai sebagai bagian penting dari tim perawatan kesehatan, sehingga informasi mengenai pasien dapat diberikan dan tersampaikan dengan baik.

2. Motivasi

Motivasi merupakan sebuah dorongan yang menggerakkan seseorang agar bertindak dengan cara tertentu. Jumlah dan kualitas pekerjaan yang dicapai oleh seseorang adalah cerminan dari motivasi yang dimilikinya. Motivasi merupakan hal yang kompleks serta melibatkan pengaruh dari factor-faktor ekstrinsik seperti uang, tunjangan, dan kondisi kerja. Menurut Herzberg, motivasi ekstrinsik termasuk gaji, keselamatan kerja, kondisi pekerjaan, status, prosedur perusahaan, kualitas dari supervise dan hubungan interpersonal dengan rekan kerja didalam organisasi tersebut. Motivasi juga didasarkan pada factor intrinsik seperti pengakuan, harga diri, dan aktualisasi diri. Menurut Herzberg, motivasi intrinsik contohnya adalah pencapaian, pertanggungjawaban, kemajuan, pekerjaannya sendiri dan kemauan untuk berkembang.

Dukungan positif dari manajer perawat penting untuk menciptakan motivasi dalam dunia kerja. Salah satu metode efektif untuk menunjukkan dukungan dari manajer adalah teknik berjalan-jalan di unit dengan tujuan agar manajer mempunyai peluang untuk berinteraksi secara positif dengan staf. Hal ini dapat membangun hubungan positif tidak hanya dengan staf tetapi juga pasien, keluarga, dan tim interprofesional. Penguatan positif dapat diberikan dalam bentuk ucapan terima kasih yang tulus setelah staf mengerjakan pekerjaannya dengan baik.

Contoh : “Terima kasih ya, karena hari ini anda telah melakukan dokumentasi pada seluruh status pasien kelolaan anda dengan lengkap dan tepat!”

Dukungan positif mempunyai ciri-ciri tertentu, yakni spesifik antara pujian yang diberikan dengan tugas yang dilakukan dengan baik. Sebuah dukungan harus jelas disampaikan, dilengkapi dengan alasan mengapa tujuan tersebut diberikan. Dukungan positif mempunyai ciri yakni dilakukan dalam jangka waktu yang dekat setelah adanya pencapaian, sehingga si penerima dukungan masih mengingat kegiatan yang dilakukannya dan meningkatkan rasa konsisten untuk melakukannya kembali di kemudian hari. Dukungan positif sebaiknya dilakukan secara spontan dan tidak terduga, karena pujian yang diberikan secara rutin atau terlalu sering, cenderung akan kehilangan nilainya. Dukungan yang positif sebaiknya diberikan untuk prestasi asli, yakni yang betul-betul dilakukan oleh penerima afirmasi (Peters dan Waterman, 1982).

3. Supervisi

1. Pengertian Supervisi

Supervisi adalah pemberian bimbingan atau arahan, pengawasan, evaluasi, dan tindak lanjut (ANA dan NCSBN, 2006). Perawat yang melakukan pengawasan terhadap keterampilan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dan memastikan kepatuhan terhadap standar praktik dan kebijakan serta prosedur. Supervisi adalah salah satu bentuk dari fungsi pengarahan yang sering dilakukan oleh pihak manajerial, untuk mengetahui kompetensi, keterampilan, kesulitan dan kendala yang dihadapi oleh bawahannya selama menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan.

Marquis dan Huston (2010) menyatakan bahwa supervisi merupakan sebuah kegiatan terencana yang dijalankan oleh manajer untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi staf dalam melakukan pekerjaannya, dan memastikan bahwa staf melakukan asuhan sesuai standar yang telah ditetapkan oleh penyedia layanan. Di dalam supervise, manajer melakukan bimbingan, pendampingan, dukungan, serta bantuan bilamana perawat mengalami masalah dalam menjalankan keterampilannya. Dengan kata lain, supervise jauh dari kata “memojokkan” atau “menyalahkan” staf, melainkan mendampingi, menghargai, serta memberikan motivasi agar staf dapat mengembangkan keterampilan dan pemahamannya terhadap sebuah pekerjaan. Pada

akhirnya, baik manajer maupun staf dapat mencapai tujuan organisasi yang diharapkan bersama.

2. Jenis-jenis Supervisi

Supervisi dilakukan secara terjadwal dan terencana. Terdapat tiga jenis supervise, yakni supervise prospektif, konkuren, dan retrospektif. Supervisi prospektif dilakukan dengan cara membentuk sumber daya keperawatan sesuai standar yang telah ditetapkan. Supervisi ini diawali dengan merumuskan serta membuat acuan, pedoman, dan kebijakan menurut standar yang sudah diketahui bersama. Kebijakan ini pada akhirnya akan digunakan oleh perawat pelaksana sebagai landasan untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan tepat (Hariyati, 2014).

Supervisi konkuren dilaksanakan dengan melakukan pengawasan langsung kepada perawat yang hendak disupervisi. Hal ini dilakukan ketika perawat pelaksana melakukan asuhan keperawatan baik itu langsung maupun tidak langsung (*direct and indirect care*). Supervisi konkuren bisa dilakukan dengan penjadwalan, atau tanpa penjadwalan. Supervisi konkuren dengan penjadwalan artinya supervisor melakukan supervise dengan terlebih dahulu membuat jadwal supervise, dan memberitahukan kepada perawat yang bersangkutan bahwa supervise akan dilakukan pada waktu tertentu. Perawat pelaksana menyiapkan alat, melakukan kontrak dengan pasien, melakukan praktik asuhan keperawatan, dan melakukan dokumentasi keperawatan dengan pengawasan dari pihak yang melakukan supervise. Evaluasi dilaksanakan setelah supervise dilakukan, dengan tujuan agar terjadi perbaikan dikemudian hari. Perawat mendiskusikan masalah yang ditemukan dan bersama-sama mencari solusi dari masalah yang ditemukan. Salah satu tujuan dari supervise konkuren adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat setelah pelaksanaan supervise.

Supervisi retrospektif dilaksanakan dengan cara melakukan penilaian terhadap hasil asuhan yang sudah dilakukan oleh perawat. Hal ini dapat dilakukan dengan cara menilai kelengkapan dan ketepatan dokumentasi yang dituliskan oleh perawat didalam berkas rekam medis pasien. Manajer membandingkan hasil pekerjaan tersebut dengan standar yang telah ditetapkan.

4. Konsep Pendelegasian

a. Pengertian Delegasi

Pendelegasian merupakan tindakan memberikan wewenang untuk melakukan tugas keperawatan kepada seorang individu yang kompeten. Delegasi merupakan keterampilan yang harus dimiliki perawat untuk meningkatkan keefektifan proses kepemimpinan dan manajemen keperawatan, serta meningkatkan produktifitas baik dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan yang professional. *International Council of Nurses* (2012) menyatakan bahwa perawat bertanggung jawab atas pendelegasian dan pengawasan setelah sebuah proses delegasi dilakukan. Perawat mendelegasikan suatu kegiatan pengelolaan atau asuhan, dengan mempertimbangkan kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan pengguna layanan kesehatan. Proses delegasi mempertimbangkan kebijakan, situasi, komunikasi, pengawasan, evaluasi, serta orang yang didelegasikan tugas, demi mempertahankan akuntabilitas perawatan (ANA, 2015a, hlm. 61). Pemimpin dan manajer mendelegasikan beberapa tugas rutin dalam rangka menyediakan waktu bagi diri mereka sendiri, agar dapat menangani tugas yang membutuhkan tingkat keahlian yang lebih tinggi dan lebih kompleks.

b. Prinsip Delegasi

Delegasi adalah prinsip manajemen yang digunakan untuk memperoleh hasil yang diinginkan melalui pekerjaan yang dilakukan oleh orang lain. Pendelegasian membutuhkan keterampilan pemecahan masalah, keterampilan berpikir kritis, penilaian klinis, serta pengalaman. Perawat mendelegasikan tugas berdasarkan kebutuhan pasien, potensi bahaya, stabilitas kondisi pasien, kompleksitas tugas, dan prediksi keberhasilan tugas. Perawat juga mempertimbangkan kualifikasi dan tingkat keterampilan individu yang diberikan delegasi (ANA, 2012). Hal yang perlu diperhatikan adalah bahwa seorang perawat hanya dapat mendelegasikan tugas yang berada di dalam ruang lingkup praktik keperawatan, sehingga proses delegasi dapat berjalan sesuai dengan kemampuan dan kompetensi perawat. Hal ini menjamin sebuah asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas, serta memfasilitasi penggunaan sumber daya keperawatan kesehatan secara efektif.

Perawat mempunyai tanggung jawab atas keputusan untuk mendelegasikan dan untuk tugas-tugas didelegasikan kepada orang lain.

Pemimpin dan manajer keperawatan bertanggung jawab untuk menilai, memantau, memverifikasi, mengomunikasikan persyaratan kompetensi terkait dengan proses delegasi. Perawat bertanggung jawab untuk menilai situasi, menentukan kompetensi delegasi dan kelayakan delegasi, mengawasi delegasi, mengevaluasi kinerja delegasi, dan mengevaluasi hasilnya (Porter-O'Grady & Malloch, 2013). Mereka menetapkan tujuan akhir yang diharapkan dari pendelegasian yang tepat (Duffy & McCoy, 2014). Selain itu, manajer bertanggung jawab untuk menyediakan lingkungan yang aman yang dapat mendukung proses pendelegasian (ANA, 2015a).

Perawat primer memiliki otoritas yang sah berdasarkan lisensi profesionalnya untuk mendelegasikan tugas tertentu. Dalam proses pendelegasian, perawat memiliki kewenangan untuk melakukan pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, menerapkan dan mengevaluasi asuhan keperawatan, dan melakukan penilaian keperawatan.

Manajer keperawatan mengawasi kegiatan yang didelegasikan dengan memantau kinerja dan memastikan kepatuhan terhadap kebijakan dan standar prosedur operasional. Kebijakan dan prosedur organisasi harus tersedia untuk mendukung pendelegasian tugas kepada seorang perawat. Jika kegiatan yang dilakukan tidak tepat, perlu ada kebijakan bagi perawat yang memberikan delegasi untuk menilai situasi dan mengambil kembali kendali terhadap tugas tersebut jika diperlukan. Tugas yang diberikan dalam proses delegasi menjadi tanggung jawab setiap anggota staf selama periode waktu tertentu (Duffy & McCoy, 2014).

Prioritas adalah prinsip penting lain dari pendelegasian. Meskipun perawat terbiasa memprioritaskan asuhan keperawatan, pendelegasian juga membutuhkan prioritas yang efektif. Perawat yang memberikan pendelegasian leih dulu harus memutuskan kebutuhan atau masalah pasien mana yang memerlukan tindakan segera dan mana yang tidak mendesak sehingga dapat diatasi di lain waktu.

Kebijakan setiap instansi mengatur kegiatan apa saja yang dapat didelegasikan dan yang tidak dapat didelegasikan. Dalam pelaksanaan sebuah asuhan keperawatan, tugas yang dapat didelegasikan misalnya melakukan pemantauan pasien, mengumpulkan spesimen, melaporkan

hasil perawatan, memberikan perawatan, dan mendokumentasikan data. Perawat pelaksana dapat mengambil tanda-tanda vital, mengukur asupan dan haluaran, dan melaporkan informasi tersebut kepada perawat primer. Perawat primer menjadikan informasi yang dilaporkan sebagai bagian dari penilaian dan kemudian membuat penilaian klinis dan menggunakan data untuk menetapkan sebuah rencana perawatan.

Secara umum, setiap keperawatan aktivitas yang membutuhkan pengetahuan keperawatan khusus atau penilaian keperawatan tidak dapat didelegasikan. Tugas yang tidak dapat didelegasikan mencakup aspek proses keperawatan, misalnya melakukan penilaian, merumuskan diagnosis keperawatan, mengembangkan dan memodifikasi rencana perawatan untuk pasien, dan mengevaluasi kemajuan pasien sesuai dengan kriteria keberhasilan serta berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan, memberikan pengajaran kepada pasien dan/atau keluarga, mengevaluasi status pasien, dan triase (ANA, 2015a; Anderson, Twibell, & Siela, 2006; Duffy & McCoy, 2014).

c. Faktor Penentu Keberhasilan Proses Delegasi

Proses delegasi membutuhkan elemen-elemen penting yang digunakan sebagai panduan bagi perawat menuju keberhasilan sebuah proses delegasi. Pendelegasian yang tepat diberikan kepada orang yang tepat dalam situasi yang tepat, dengan pemberian arahan atau komunikasi yang benar dan pengawasan yang tepat.

Tugas yang tepat adalah tugas yang dapat didelegasikan dengan aman terkait dengan pasien tertentu. Beberapa kriteria tugas yang dapat didelegasikan adalah merupakan tugas yang sering dilakukan dalam perawatan sehari-hari pasien, berada dalam lingkup praktik perawat yang didelegasikan, dan tugas yang tidak mengharuskan perawat untuk melakukan penilaian keperawatan. Kriteria tugas yang dapat didelegasikan biasanya tidak memerlukan penerapan proses keperawatan, tidak memiliki risiko yang dapat diprediksi atau resiko berada pada rentang minimal, dan terdapat SOP yang jelas dan bisa digunakan oleh perawat yang menerima delegasi. Pemimpin dan manajer perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa tugas yang diberikan dalam kegiatan pendelegasian merupakan tugas yang mampu dikerjakan oleh perawat.

Selain itu, perawat harus menyesuaikan kompleksitas tugas dengan tingkat kompetensi perawat, dengan sebelumnya menilai kebutuhan pasien, prioritas, dan sumber daya yang dibutuhkan. Selanjutnya, perawat yang melakukan delegasi memilih staf berdasarkan keterampilan dan tingkat kompetensi yang sesuai, serta menyediakan peralatan dan perlengkapan yang memadai. Perawat melakukan pemantauan yang tepatterkait aktifitas yang dilakukan oleh perawat yang diberikan delegasi, serta memastikan aktivitas delegasi didokumentasikan secara tepat. Evaluasi kinerja harus didasarkan pada standar, dan pemimpin harus memulai langkah-langkah untuk memperbaiki kegagalan apa pun untuk memenuhi standar.

Komunikasi sangat penting untuk proses pendelegasian yang efektif. Perawat harus memberikan penjelasan yang jelas, deskripsi singkat tugas, termasuk tujuan, batasan, dan harapan yang ingin dicapai. Pemimpin dan manajer memfasilitasi komunikasi terbuka dengan semua staf dan mendorong mereka untuk mengungkapkan kendala atau menolak tugas jika mereka beranggapan bahwa mereka tidak memiliki keterampilan yang sesuai melakukan tugas yang didelegasikan dengan aman (ANA, 2015a).

Pendelegasian keperawatan merupakan salah satu komponen yang dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Penelitian yang dilakukan oleh Aris Teguh Hidayat (2021) mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pendelegasian di Rumah Sakit Militer Jakarta. Studi ini menggunakan desain *crosssectional* dengan 227 perawat sebagai responden dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Data dianalisis menggunakan uji korelasi Pearson, ANOVA, dan uji-T untuk mengetahui hubungan antara variabel yang mempengaruhi delegasi kepala perawat dan uji regresi linier untuk menilai variabel yang paling terkait. Faktor yang berhubungan dengan persepsi perawat terhadap delegasi kepala perawat adalah usia ($p = 0,045$), tingkat pendidikan ($p = 0,002$), fungsi manajemen ($p = 0,020$), fungsi perencanaan ($p = 0,043$), fungsi tenaga kerja ($p = 0,002$), fungsi kontrol ($p = 0,019$), gaya kepemimpinan ($p = 0,02$) dan komunikasi ($p = 0,030$). Tingkat pendidikan muncul sebagai variabel yang paling dominan. Hasil ini untuk memberikan referensi untuk mengembangkan standar prosedur

operasional terkait delegasi keperawatan berdasarkan faktor-faktor terkait.

d. Proses Delegasi

Apapun tugas yang didelegasikan, keputusan harus dibuat dengan harapan pelaksanaan perawatan pasien aman dan berkualitas. Perawat harus menilai pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman delegasi, serta potensi bahaya. Perawat harus menentukan seberapa besar risiko yang dapat ditimbulkan ketika perawat lain melakukan aktifitas tersebut. Perawat yang mendelegasikan perlu memperhatikan kompleksitas tugas, artinya semakin rumit tugas, semakin sedikit kemungkinan untuk didelegasikan. Demikian pula dengan kegiatan yang membutuhkan perhatian khusus dan pendekatan inovatif tidak boleh didelegasikan. Perawat harus mempertimbangkan jika hasil dari aktifitas tidak dapat diprediksi, maka disarankan untuk tidak mendelegasikan aktivitas tersebut pada perawat lain. Jika kondisi pasien stabil dan dapat diprediksi, dan jika lingkungan di mana perawatan diberikan stabil, maka aktifitas delegasi boleh dilakukan (Duffy & McCoy, 2014).

Arahan yang jelas harus diberikan kepada perawat yang dilakukan proses, termasuk informasi unik tentang pasien dan harapan yang ingin dicapai, apa yang harus dilaporkan, dan kapan saat harus meminta bantuan. Komunikasi dilakukan dua arah dan aktif, artinya mereka yang terlibat dalam proses pendelegasian sebaiknya memperhatikan, menanggapi, dan memahami informasi.

Pengawasan adalah proses mengamati status pasien dan kinerja staf dan menindaklanjuti setiap masalah yang muncul atau situasi yang berubah. Perawat harus mengawasi delegasi dengan memantau tugas dan memastikan kepatuhan dengan standar operasional prosedur (ANA dan NCSBN, 2006; NCSBN, 2005).

Evaluasi dan umpan balik digunakan untuk menilai efektivitas pendelegasian dan untuk menentukan apakah ada kebutuhan untuk memodifikasi rencana perawatan. Perawat mengevaluasi respon pasien dan umpan balik dari pasien dan/atau keluarga selama langkah ini. Perawat harus siap untuk menerima umpan balik mengenai apakah perawatan yang diberikan dilakukan dengan benar, apakah hasil pasien yang diinginkan tercapai, sebagai Langkah awal perbaikan di kemudian hari. Evaluasi harus berkesinambungan selama proses pendelegasian.

5. Konsep Kolaborasi

a. Pengertian Kolaborasi

Kolaborasi adalah bekerja bersama-sama dengan orang lain secara saling menguntungkan dengan membina hubungan interprofessional untuk mencapai tujuan bersama (Lukas & Andrews, 2014; Mensik, 2014). Kolaborasi perlahan menjadi kenyataan dalam pelayanan kesehatan saat ini. Penelitian menunjukkan bahwa kolaborasi meningkatkan koordinasi, komunikasi, kualitas, dan keselamatan perawatan pasien. Kolaborasi menggunakan keterampilan individu dan pengalaman anggota tim, dan itu memungkinkan mereka untuk berfungsi lebih efektif dan memberikan tingkat layanan yang lebih tinggi daripada jika mereka mengerjakannya secara mandiri.

b. Komponen Utama Kolaborasi

Tim interprofessional adalah tim yang terdiri dari profesional perawatan kesehatan, pasien, dan keluarga pasien bekerja sama untuk berkolaborasi, berkomunikasi, dan berintegrasi dalam proses perawatan untuk memastikan bahwa perawatan pasien berkelanjutan dan dapat diandalkan. “*Patient centered care*” yakni pelayanan kesehatan baik itu mandiri maupun kolaboratif harus selalu berpusat pada pasien, dan dapat terlihat dari keberhasilan perawatan (Disch, 2012). Perawat meningkatkan kapasitas pasien untuk terlibat optimal dalam perawatan dan pemecahan masalah yang dihadapi (ANA, 2015). Perawat membangun kemitraan dengan profesional pemberi asuhan lainnya berdasarkan kontribusi masing-masing profesi. Dibutuhkan sikap saling percaya, menghormati, diskusi terbuka, dan pengambilan keputusan bersama (ANA, 2015). Kerja tim membutuhkan keterlibatan pengetahuan, kompetensi, dan pengalaman kerja, demi melakukan proses asuhan yang aman, tepat waktu, efisien, efektif, dan adil.

Komunikasi interprofesional merupakan komunikasi yang melibatkan seluruh aspek yang terlibat didalam asuhan, yakni pasien, keluarga, masyarakat, dan tenaga kesehatan lainnya secara responsif dan bertanggung jawab, dengan cara yang mendukung pendekatan tim untuk pemeliharaan kesehatan dan pengobatan penyakit.

Masing-masing profesi memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan perawatan pasien dan keluarga. Pendekatan teknologi dapat

digunakan untuk membantu pasien dan keluarga dalam mengatasi beberapa domain masalah kesehatan yang mereka hadapi, walaupun tidak secara langsung bertemu dengan pemberi asuhan. Penelitian telah menunjukkan bahwa konseling melalui telehealth sama efektifnya dengan konseling tatap muka (McCoy et al. 2013; Wendell et al.2011). Konseling secara telehealth pun dapat mematahkan keterbatasan yang dihadapi, misalkan keterbatasan waktu dan tempat tinggal pasien yang berjarak jauh. Dengan demikian, konseling secara telehealth memungkinkan pasien untuk memiliki akses ke layanan yang dibutuhkan.

Kelompok interprofessional bisa melakukan sharing terkait perawatan dengan *video conference* sehingga pasien dapat melakukan di rumah, misalnya melakukan sharing terkait terapi fisik dan terapi komplementer. Beberapa jurnal menyatakan bahwa terapis fisik dengan menggunakan video conference di rumah dapat meningkatkan kualitas tidur dan menurunkan tingkat nyeri dan stres.

c. Nilai- nilai Dasar dalam kolaborasi

Kolaborasi mengharuskan berfungsi secara efektif dalam keperawatan dan tim interprofesional, membina komunikasi terbuka, saling menghormati, dan berbagi pengambilan keputusan untuk mencapai perawatan pasien yang berkualitas (Cronenwett et al., 2007). Tim intraprofesional adalah tim perawat di berbagai tingkatan dalam organisasi yang berkolaborasi untuk memastikan bahwa perawatan pasien berkelanjutan dan dapat diandalkan (AACN, 2008). Ketika hubungan intraprofesional kuat, sinergi tercipta, dan perawat di semua tingkatan berfungsi sebagai tim yang efektif. Kerja tim dan kolaborasi penting untuk perawatan yang aman dan berkualitas serta kesehatan lingkungan kerja. *American Nursing Association* (ANA) mengembangkan prinsip kerja tim dan kolaborasi intraprofesional, yakni komunikasi yang efektif, hubungan yang otentik, dan lingkungan belajar dan budaya organisasi.

Komunikasi yang efektif membutuhkan pemahaman tentang konteks yang mendasari situasi, apresiasi terhadap nada dan emosi percakapan, dan informasi akurat. Dalam komunikasi yang efektif, perawat terlibat dalam mendengarkan secara aktif untuk memahami dan merenungkan sepenuhnya apa yang sedang terjadi, mengetahui maksud

dari sebuah pesan dan apa tujuan dari pesan disampaikan, membina lingkungan yang terbuka dan aman, serta memastikan keakuratan informasi. Ketika hendak berbicara, perawat memastikan ketepatan orang yang akan mereka ajak bicara, sehingga informasi disampaikan pada orang yang tepat. Pada proses kolaborasi, dibutuhkan keyakinan akan kekuatan diri sendiri bahwa perawat mampu untuk berpartisipasi sesuai dengan peran, sehingga dapat mengenali dan memanfaatkan kekuatan satu sama lain. Dalam kolaborasi juga ditekankan nilai-nilai menghargai kepribadian, keunikan, kebutuhan, serta keinginan orang lain. Perawat menganggap niat baik dari tindakan dan kata-kata orang lain, serta selalu berpikiran positif bahwa mereka akan melakukan yang terbaik sesuai dengan peran masing-masing.

d. Keuntungan Kolaborasi

Dalam kolaborasi, pemimpin dan manajer perawat berkomitmen untuk mempertahankan tingkat keterlibatan staf, yang akan meningkatkan kepuasan kerja, dan dapat dilihat dari beberapa indikator seperti penurunan kesalahan pengobatan, penurunan pasien jatuh, dan penurunan kematian pasien (LeBlanc, 2014; Wessel, 2015).

Pemimpin dan manajer perawat perlu mendorong kerja tim di antara anggota staf, bukan hanya untuk meningkatkan hasil pasien tetapi juga untuk mendorong pertumbuhan staf, baik secara individu maupun sebagai sebuah organisasi (Hader, 2013). Dari sisi pasien, kolaborasi dapat meningkatkan kepuasan pasien. Dari sisi perawat, manfaat dari kerja tim akan mengurangi kelelahan serta meningkatkan semangat dan kepuasan kerja. Organisasi akan diuntungkan karena pasien yang puas dan menurunkan kecenderungan perawat mengalami burn out dan turn over. Hal ini akan meningkatkan reputasi organisasi.

6. Konsep Negosiasi

a. Pengertian Negosiasi

Negosiasi merupakan salah satu bentuk dari manajemen konflik, dimana kedua belah pihak menyepakati sesuatu hal untuk memecahkan sebuah masalah yang sedang dihadapi bersama. Negosiasi merupakan salah satu bentuk kreatif dari kolaborasi antar kedua pihak yang berkonflik. Negosiasi adalah metode di mana dua atau lebih individu dengan beragam permasalahan dan sudut pandang yang berbeda,

bersama-sama mencoba untuk mencapai kesepakatan serta menemukan solusi yang dapat diterima, sambil tetap menjaga relasi yang baik antar individu tersebut. Tidak batasan jumlah individu yang dapat berpartisipasi dalam negosiasi (Ahmed, dkk., 2016; Kong, & Yao, 2019).

Inti dari negosiasi yang efektif adalah komunikasi yang dilakukan secara efektif. Semakin baik komunikasi, maka akan semakin baik jalannya negosiasi. Kemampuan untuk meyakinkan seseorang terutama bergantung pada kemampuan untuk berkomunikasi, serta untuk mengubah ide yang dipikirkan menjadi kata-kata yang mudah dipahami oleh partner yang bernegosiasi (Carnevale, 2019).

b. Tujuan Negosiasi

Negosiasi perlu dilakukan secara efektif. Kedua pihak yang melakukan negosiasi menjelaskan terkait kondisi dari masing-masing pihak dan ada proses tawar menawar diantara keduanya. Pendekatan biasanya dilakukan untuk membujuk pihak lain, sehingga semakin dekat dengan tujuan masing-masing pihak. Tujuan dari negosiasi yang efektif adalah membuat kedua belah pihak yang berkonflik merasa puas akan kesepakatan yang dihasilkan dari negosiasi tersebut. Fokus dari negosiasi adalah menghasilkan situasi menang-menang, agar tidak ada pihak yang merasa dirugikan oleh pihak lain.

c. Langkah- langkah negosiasi

Terdapat tiga unsur didalam negosiasi, yakni pihak yang berkonflik, lawan konflik, dan negosiator. Sebelum negosiasi, kedua belah pihak harus mempersiapkan informasi tentang pihak lawan, strategi, serta waktu yang tepat untuk melakukan negosiasi. Kedua belah pihak harus menetapkan prioritas, dan menetapkan batas atas dan batas bawah. Batas atas adalah batasan realistis yang paling tinggi yang ditawarkan oleh pihak tertentu, dan batasan bawah adalah batasan yang paling sedikit, yang dapat diterima oleh pihak lain.

Saat negosiasi, negosiator harus menampilkan ketenangan dan kepercayaan diri. Mereka perlu mempunyai kemampuan untuk berkomunikasi secara asertif, logis, dan juga kemampuan untuk mendengarkan informasi dari pihak lawan serta menanggapinya secara kooperatif. Negosiator dapat membeberkan fakta-fakta yang sebelumnya telah dipersiapkan serta selalu berusaha untuk memfokuskan pembicaraan kepada solusi yang menguntungkan kedua belah pihak.

Negosiator melihat Bahasa verbal dan nonverbal yang dimiliki oleh kedua belah pihak. Kedua pihak yang berkonflik harus merelakan suatu hal yang dimilikinya misal waktu, materi, tenaga yang dipunyainya, serta memperhatikan kebutuhan, kepentingan, keinginan kedua belah pihak dengan melakukan kompromi. Contoh “Saya akan mengambil bel pasien itu sekarang jika kamu membantu saya mengecek *emergency trolley*” adalah salah satu bentuk negosiasi. Jika kedua belah pihak yang berkonflik tidak mampu untuk menyelesaikan masalahnya secara independen, maka dibutuhkan peran dari negosiator. Jika negosiator belum mampu untuk memecahkan masalah tersebut, terdapat peran mediator yang menyediakan alternatif pemecahkan masalah sehingga dapat diterima oleh kedua belah pihak.

Sebelum negosiasi ditutup, penting untuk membacakan kembali ringkasan hasil yang disepakati oleh kedua belah pihak, agar terdapat penyamaan persepsi. Harapan dari proses negosiasi adalah kedua belah pihak merasa puas karena mendapatkan sebuah hasil yang menguntungkan mereka.

C. Rangkuman

Pengarahan merupakan salah satu tahapan penting dari fungsi manajemen keperawatan dalam rangka menciptakan lingkungan kerja yang sesuai sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas bagi pasien, serta dapat menjamin keselamatan diri mereka sendiri. Selain itu, fungsi pengarahan membuat perawat mempunyai hubungan interpersonal yang erat antara rekan kerjanya, sehingga mengarah kepada kepuasan kerja sehingga kinerja organisasi menjadi lebih efektif. Iklim dan budaya yang dibentuk melalui komunikasi efektif, pemberian motivasi, pelaksanaan supervisi, kolaborasi, dan manajemen konflik yang tepat akan mendukung pekerjaan lebih bermakna, dapat meminimalisir kesalahan dalam kinerja, serta tindakan perawatan yang lebih aman kepada pasien. Hal ini mengarah kepada peningkatan kepuasan pasien dan kepuasan tenaga professional pemberi asuhan, serta meningkatkan reputasi organisasi.

D. Tugas

Buatlah video singkat terkait pelaksanaan:

1. Komunikasi efektif

2. Pemberian motivasi
3. Pelaksanaan supervise
4. Kolaborasi antar profesi
5. Proses negosiasi !

E. Referensi

- Ahmed, H., Ibrahim, H., Yousef, H., & Morsy, S., (2016): *Head Nurses Knowledge about Conflict Management Strategies, Mediation, and Negotiation Styles Assiut Scientific Nursing Journal*.4 (8), 11- 18.
- American Nurses Association. (2015a). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015b). *Nursing scope and standards of practice* (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- Carnevale, J., P., (2019): *Strategic time in negotiation. Current Opinion in Psychology*. 26 (1). 106-112.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122–131.
- Diehl, Tracy S. (2012). *Critical Care Nursing made Incredibly Easy 3rd Edition*. Lippincott Williams & Wilkins: Wolterd Kluwer.
- Disch, J. (2012). Teamwork and collaboration. In: G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes* (pp. 91–112). West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Duffy, M., & McCoy, S. F. (2014). *Delegation and you: When to delegate and to whom*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Hader, R. (2013). Have you ever found an “I” in team? *Nursing Management*, 44(4), 6.
- Hariyati, Tutik Sri. (2014). *Perencanaan, pengembangan dan utilisasi tenaga keperawatan*. Rajawali Pers: Jakarta.
- Hidayat AT, Hariyati RT, Nuraini T. (2021). *The factor of affecting head nurse's delegation: A cross sectional study*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.004>
- LeBlanc, P. (2014). *Leadership by design: Creating successful “TEEAMS.” Nursing Management*, 45(3), 49–51.

- Wessel, S. (2015). *Start strong: What every new nurse leader should do beginning on day one*. *Nurse Leader*, 13(1), 62–64.
- Lukas, C., & Andrews, R. (2014). *Four keys to collaboration success*. Retrieved from www.sagemaine.org/uploads/2/7/1/9/2719629/four_keys_to_collaboration_success.pdf
- Mensik, J. (2014). *Lead, drive, & thrive in the system*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Peters T, Waterman RH. *In search of excellence*. New York: Harper & Row;1982.
- Porter-O’Grady, T., & Malloch, K. (2010). *Innovation leadership: Creating the landscape of health care*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- patient safety*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

BAB VIII
KONSEP PENGARAHAN 2
Ns. Dherlirona, S.Kep., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan mampu:

- 1) Menyebutkan pengertian manajemen konflik
- 2) Menjelaskan penyebab konflik
- 3) Menjelaskan Strategi mengatasi konflik
- 4) Menjelaskan hasil konflik
- 5) Menjelaskan manajeen keperawatan konflik model untuk mengatasi konflik

B. Definisi

Konflik adalah pertentangan antara dua atau lebih terhadap satu hal atau lebih dengan sesama anggota organisasi atau dengan organisasi lain dan pertentangan dengan hati nurani sendiri (Usman Husaini, 2013).

Sebagai manajer keperawatan konflik sering terjadi pada setiap tatanan asuhan keperawatan. Oleh karena itu manajer harus mempunyai dua asumsi dasar tentang konflik, meliputi:

- 1) Konflik adalah sesuatu yang tidak dapat dihindari dalam suatu organisasi
- 2) Jika konflik dapat dikelola dengan baik, konflik dapat menghasilkan suatu kualitas produksi yang kreatif dan berdampak terhadap peningkatan dan pengembangan (Nursalam, 2014).

C. Tujuan

Konflik bertujuan untuk (Usman Husaini, 2013):

- 1) Mendapat dan memperkuat kekuasaan atau keuntungan baik pribadi maupun kelompok yang disebut politik belah bambu.
- 2) Meningkatkan kemesraan kelompok melalui solusi terbaik
- 3) Menimbulkan dinamika pencapaian yang lebih baik

1. Kategori konflik

Konflik dapat dibedakan menjadi tiga jenis (Nursalam. 2014):

1) Intrapersonal

Konflik yang terjadi pada individu sendiri. Keadaan ini merupakan masalah internal untuk mengklarifikasi nilai dan keinginan dari konflik yang terjadi. Hal ini sering dimanifestasikan sebagai akibat dari kompetisi peran. Misalnya, manajer mungkin merasa konflik intrapersonal dengan loyalitas terhadap profesi keperawatan, loyalitas terhadap pekerjaan dan loyalitas kepada pasien.

2) Interpersonal

Konflik interpersonal terjadi antara dua orang atau lebih dimana nilai, tujuan dan keyakinan berbeda. Konflik ini sering terjadi karena seseorang secara konstan berinteraksi dengan orang lain sehingga ditemukan perbedaan-perbedaan. Manajer sering mengalami konflik dengan teman sesama manajer, atasan dan bawahannya.

3) Antar kelompok (intergroup)

Antar kelompok (Intergroup). Konflik terjadi antara dua atau lebih dari kelompok orang, departemen atau organisasi. Sumber konflik jenis ini adalah hambatan dalam mencapai kekuasaan dan otoritas (kualitas jasa layanan), keterbatasan prasarana.

2. Proses konflik

Proses konflik dibagi menjadi beberapa tahapan (nursalam. 2014):

1) Konflik laten

Tahapan konflik yang terjadi terus menerus (laten) dalam suatu organisasi. Misalnya kondisi tentang keterbatasan staf dan perubahan yang cepat. Kondisi tersebut memicu pada ketidakstabilan suatu organisasi dan kualitas produksi, meskipun konflik yang ada kadang tidak nampak secara nyata atau tidak pernah terjadi.

2) Felt konflik (konflik yang dirasakan)

Konflik yang terjadi karena adanya suatu yang dirasakan sebagai ancaman, ketakutan, tidak percaya dan marah. Konflik ini disebut juga sebagai konflik "affective"s. hal ini penting bagi seseorang untuk menerima konflik dan tidak merasakannya konflik tersebut sebagai suatu masalah/ancaman terhadap keberadaannya.

3) Konflik yang Nampak atau sengaja dimunculkan

Konflik yang sengaja dimunculkan untuk dicari solusi. Tindakan yang dilaksanakan mungkin menghindari, kompetisi, debat atau mencari penyelesaian konflik. Setiap orang secara tidak sadar belajar menggunakan kompetisi, kekuatan dan agresivitas dalam menyelesaikan konflik dalam perkembangannya. Sedangkan penyelesaian konflik dalam suatu organisasi, memerlukan suatu upaya dan strategi untuk mencapai tujuan organisasi.

- 4) Resolusi konflik adalah suatu penyelesaian masalah dengan cara memuaskan semua orang yang terlibat di dalamnya dengan prinsip “*win-win solution*”
- 5) Konflik “*aftermath*” konflik yang terjadi dari tidak terselesaikannya konflik yang pertama. Konflik ini akan menjadi masalah besar kalau tidak segera diatasi atau dikurangi penyebab dari konflik yang utama.

3. Bentuk konflik

Persepsi manusia terhadap konflik seperti yang ditunjukkan Tabel 8.1 berikut (Usman Husaini, 2013):

Tabel 8.1
Persepsi lama & baru terhadap konflik

| No | Lama (Dampak Negatif) | Baru (Dampak Positif) |
|----|---|---|
| 1 | Semua Konflik berakibat negatif | Konflik dapat berakibat negative & positif |
| 2 | Harus dihindari (tradisional) | Harus dikelola |
| 3 | Berdampak negative bagi organisasi (<i>disfunctional</i>) | Berdampak positif bagi organisasi (<i>functional</i>) |
| 4 | Mengganggu norma yang sudah mapan | Merevisi & memperbarui norma yang sudah mapan |
| 5 | Menghambat efektivitas organisasi | Meningkatkan efektivitas organisasi |
| 6 | Mengganggu hubungan kerja sama (menghambat komunikasi) | Menambah intim hubunga kerja sama |
| 7 | Mengarah pada disintegrasi | Menuju ke integrasi |
| 8 | Stress, frustasi, tegangan, kurang konsentrasi, & kurang | Mampu menyesuaikan diri & meningkatkan kepuasan |

| | | |
|----|--------------------------------|---------------------------|
| | puas | |
| 9 | Menghabiskan waktu & tenaga | Menghambat waktu & tenaga |
| 10 | Tidak mampu mengambil tindakan | Mampu mengambil tindakan |

4. Penyebab konflik

Konflik dengan diri sendiri dapat terjadi karena adanya tindakan yang bertentangan dengan hati nuraninya, ketidakpastian mengenai kebutuhan yang harus dipenuhi, konflik peranan, konflik kepribadian, & konflik tugas diluar kemampuannya (Usman Husaini, 2013).

- 1) Konflik diri sendiri dengan seseorang dapat terjadi karena perbedaan peranan (atasan dengan bawahan), kepribadian, & kebutuhan (konflik vertibel)
- 2) Konflik diri sendiri dengan kelompok dapat terjadi karena individu tersebut mendapat tekanan dari kelompoknya, atau individu bersangkutan telah melanggar norma-norma kelompok sehingga dimusuhi atau dikucilkan oleh kelompoknya. Berubahnya visi, misi, tujuan, sasaran, *policy*, & aksi organisasi
- 3) Kelompok dengan kelompok dalam sebuah organisasi dapat terjadi karena ambisi salah satu atau kedua kelompok untuk lebih berkuasa, ada kelompok yang menindas, ada kelompok yang melanggar norma – norma budaya kelompok lainnya, ketidakadilan kelompok lainnya, & keserakahan kelompok lainnya (konflik primordial)
- 4) Konflik antarorganisasi terjadi dapat karena perebutan kekuasaan, baik ekonomi maupun politik (konflik horizontal & konflik elite politik)

5. Strategi mengatasi konflik

Frost & wilmor seperti yang dinyatakan (Kreps, 1986) mengidentifikasi empat strategi untuk mengatasi konflik, yaitu (Usman Husaini, 2013):

- 1) Menghindar (avoidance)
- 2) Eskalasi
- 3) Reduksi
- 4) Pemeliharaan (maintenance).

Eskalasi artinya menjauhkan diri agar tidak terjadi konflik. Eskalasi artinya meningkatkan intensitas pertentangan. Reduksi artinya menurunkan intensitas pertentangan pemeliharaan artinya menjaga keseimbangan perbedaan.

Dunnete (1976) memberikan lima strategi untuk mengatasi konflik dalam lima kemungkinan, yaitu (Usman Husaini, 2013):

- 1) Jika kerja sama rendah dan kepuasan diri sendiri tinggi maka gunakan pemaksaan (*forcing*) atau bersaing (*competing*)
- 2) Jika kerja sama rendah dan kepuasan diri sendiri maka gunakan penghindaran (*avoiding*)
- 3) Jika kerja sama dan kepuasan diri seimbang (cukup) maka gunakan kompromi (*compromising*)
- 4) Jika kerja sama tinggi dan kepuasan diri sendiri maka gunakan kolaboratif (*collaborating*)
- 5) Jika kerja sama (*smoothing*)

Tabel 8.2 berikut:

Tinggi

| | | |
|-----------------------|--------------|-------------|
| Kepuasan Diri Sendiri | Pemaksaan | Kolaboratif |
| | Kompromi | |
| | Penghindaran | Penghalusan |

Rendah

Kerja sama (keinginan seseorang untuk memuaskan orang lain)

6. Strategi penyelesaian konflik

Strategi penyelesaian konflik dapat dibedakan menjadi enam (Nursalam, 2014):

- 1) Kompromi atau negosiasi

Suatu strategi penyelesaian konflik dimana semua yang terlihat saling menyadari dan sepakat tentang keinginan bersama. Penyelesaian strategi ini sering diartikan sebagai “*lose-lose situation*”. Kedua unsur yang terlihat menyerah dan menyetujui hal yang telah dibuat. Didalam manajemen keperawatan strategi ini sering digunakan oleh *middle-dan top* manajer keperawatan.

2) Kompetisi

Strategi ini dapat diartikan sebagai “*win-lose*” penyelesaian konflik. Penyelesaian ini menekankan bahwa ada satu atau kelompok yang menang tanpa memperimbangan yang kalah. Akibat negative dari strategi ini adalah kemarahan, putus asa dan keinginan untuk perbaikan di masa mendatang.

3) Akomodasi

Istilah yang lain sering digunakan adalah “*cooperative*”. Konflik ini berlawanan dengan komperesi. Pada strategi ini seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan-permasalahn dan memberi kesempatan orang lain untuk menang. Masalah utama pada strategi sebenarnya tidak terselesaikan. Strategi ini biasanya sering digunakan dalam suatu politik untuk merebut sesuatu kekuasaan dengan berbagai konsekwensinya

4) Smoothing

Peyelesaian konflik dengan mengurangi komponen emosional dalam konflik. Pada strategi ini individu yang terlibat dalam konflik berupaya mencapai kebersamaan daripada perbedaan dengan penuh kesadaran dan introspeksi diri. Strategi ini bias diterapkan pada konflik yang ringan, tetapi untuk konflik yang besar misalnya persaingan pelayanan/hasil produksi dan tidak dapat dipergunakan.

5) Menghindar

Semua yang terlibat dalam konflik, pada strategi ini menyadari tentang masalah yang dihadapi tetapi memilih untuk menghindar atau tidak menyelesaikan masalahnya. Strategi ini biasanya dipilih bila ketidaksepakatan adalah membahayakan kedua pihak biaya penyelesaian lebih besar dari pada menghindar atau masalah perlu orang ketiga dalam menyelesaikannya atau jika masalah dapat terselesaikan dengan sendirinya.

6) Kolaborasi

Strategi ini merupakan strategi win-win solotion. Pada kolaborasi, kedua unsur yang terlibat menentukan tujuan bersama dan bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan. Karena keduanya meyakini akan tercapainya suatu tujuan yang telah ditetapkan, masing-masing meyakini. Strategi kolaborasi tidak akan bias berjalan bila kompetisi insentif sebagai bagian dari situasi, kelompok yang terlibat tidak

mempunyai kemampuan dalam penyelesaian masalah dan tidak adanya kepercayaan dari kedua kelompok atau seseorang (Bowditch & Buono, 1994).

7. Langkah-langkah

Vestal (1994) menjabarkan menyelesaikan suatu konflik meliputi:

1) Pengkajian

a) Analisa situasi

Identifikasi jenis konflik untuk menen tukan waktu yang diperlukan setelah fakta dan memvalidasi semua perkiraab melalui pengkajian lebih mendalam. Kemudian siapa yang terlihat dan peran masing-masing. Tentukan jika situasinya sapat dirubah.

b) Analisa dan mematkan isu yang berkembang

Jelaskan masalah dan prioritas fenomena yang terjadi. Tentukan masalah utama yang memerlukan suatu penyelesaian dimulai dari masalah tersebut. Hindari penyelesaian semua masalah dalam satu waktu.

c) Menyusun tujuan

Jelaskan tujuan spesifik yang akan dicapai.

2) Identifikasi

Mengelola perasaan

Hindari suatu respon emosional : marah, dimana setiap orang mempunyai respon yang berbeda terhadap kata-kata, ekspresi, dan tindakan.

3) Intervensi

a) Masuk pada konflik yang diyakini dapat diselesaikan setiap orang mempunyai respon yang berbeda terhadap kata-kata, ekspresi dan tindakan.

b) Menyeleksi metode dalam menyelesaikan konflik. Penyelesaian konflik memerlukan strategi yang berbeda-beda. Seleksi metode yang paling sesuai untuk menyelesaikan konflik yang terjadi (Nursalam, 2014).

8. Hasil konflik

Konflik kelompok dengan kelompok dapat menghasilkan (Usman Husaini, 2013):

1) Kalah-kalah

Kedua kelompok mengalami kerugian.

Saya tidak OK, anda juga tidak OK

2) Kalah-menang

Kelompok yang kalah rugi dan yang menang untung.

Saya tidak OK, anda OK

3) Menang-kalah

Kelompok yang menang untung, dan yang kalah rugi

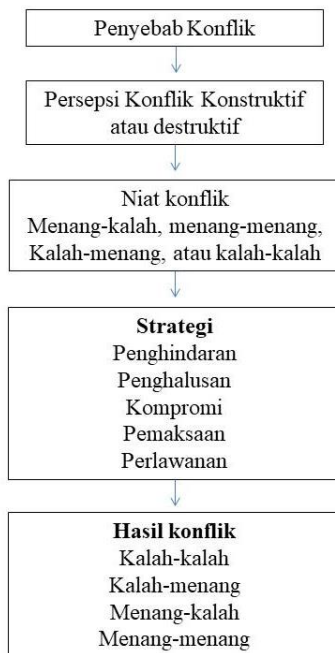
Saya OK, anda tidak OK

4) Menang-menang

Kedua kelompok diuntungkan, biasanya setelah melakukan kompromi atau kolaborasi

9. Model untuk mengatasi konflik

Newstrom dan Davis (1997) menggambarkan model mengatasi konflik seperti gambar 8.1 berikut: (Usman Husaini, 2013):



D. Soal

- 1) Terdapat perbedaan pendapat antara katim a dan katim b, masing – masing katim tetap memperjuangkan pendapat masing – masing, maka

kepala ruangan mengambil suatu keputusan atau penyelesaian masalah antara katim a dan katim b, maka kedua katim tersebut menerima masukan dari kepala ruangan tanpa menggunakan emosional dan mampu untuk introspeksi diri.

Apakah jenis strategi penyelesaian konflik tersebut ?

- a. Kompromi
- b. Kompetisi
- c. Akomodasi
- d. Smoothing
- e. Kolaborasi

Jawaban D

2) Kepala ruangan dahlia mengalami jumlah pasien yang cukup padat yang mengakibatkan perawat pelaksana sulit untuk mengatasinya, dimana selama ini belum pernah terjadi dengan jumlah pasien yang meningkat dalam 7 bulan terakhir.

Apakah jenis proses konflik yang di alami sama kepala ruangan dahlia tersebut ?

- a. Konflik Laten
- b. Felt Konflik
- c. Konflik yang nampak
- d. Resolusi Konflik
- e. Konflik Aftermath

Jawaban A

3) Ketua TIM a dan TIM b mengajukan permohonan untuk kebutuhan pasien kepada kepala ruangan, dari hasil pengajuan tersebut di diskusikan bersama-sama ternyata terdapat konflik dari hasil diskusi tersebut untuk TIM a dan b, maka TIM a dan b berusaha menyelesaikan bersama-sama dengan kepala ruangan.

Apakah jenis strategi penyelesaian konflik tersebut ?

- a. Kompromi
- b. Kompetisi
- c. Akomodasi
- d. Smoothing
- e. Menghindar

Jawaban E

E. Daftar Pustaka

Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan*. Selemba Medika. Jakarta

Usman Husaini. 2013. *Manajemen Teori, Praktik, dan Riset Pendidikan Edisi 4*. Bumi Aksara. Jakarta

BAB IX

KONSEP PENGENDALIAN/CONTROLLING

Ns. Lilis Kamilah, S.Kep., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami konsep pengendalian/controlling

B. Materi

1. Pengertian

Pengendalian/Controlling merupakan hal yang sangat penting yang merupakan salah satu bagian dari proses manajemen. Henry Fayol mendefinisikan pengendalian adalah suatu usaha terdiri dari melihat bahwa segala sesuatu yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah diadopsi, perintah yang telah diberikan dan prinsip – prinsip yang telah ditetapkan.

Menurut Firdaus Ahmad D. W (2009) pengendalian merupakan usaha manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan melakukan perbandingan secara terus menerus antara pelaksanaan dengan rencana. Melalui proses membandingkan hasil yang sesungguhnya dengan program dan anggaran yang telah disusun maka manajemen dapat melakukan penilaian dan efisiensi dalam memperoleh laba dari berbagai produk. Pengendalian juga merupakan proses untuk memastikan bahwa aktivitas yang dilakukan adalah sesuai dengan aktivitas yang direncanakan dan berfungsi untuk menjamin mutu serta evaluasi kinerja dengan tujuan supaya apa yang sudah direncanakan bisa mencapai target sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

2. Langkah-Langkah Dalam Pengendalian

Terdapat empat langkah dalam pengendalian yaitu menetapkan standar, mengukur kinerja, membandingkan kinerja nyata dengan standar yang ditentukan dan mengambil tindakan koreksi (perbaikan) jika terjadi penyimpangan, berikut adalah pembahasan mengenai empat langkah dalam proses pengendalian.

a. Menetapkan standart (*Establishing standart*)

Standart merupakan target yang harus dicapai dalam menjalankan fungsi manajemen . Standart ini akan digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi kinerja suatu unit kerja, departemen ataupun organisasi secara keseluruhan.

b. Mengukur Kinerja (*Performance Measurement*)

Pengukuran kinerja harus berada pada unit atau satuan yang sama dengan kriteriaia yang telah ditentukan dan semua unit atau satuan harus terdefinisi dengan baik dan seragam sepanjang proses penilaian.

c. Membandingkan kinerja actual dengan standart yang ditentukan (*Compariosn of actual and standart performance*)

Membandingkan kinerja actual dengan standart yang ditentukan merupakan langkah yang sangat penting. Langkah penetapan standart dan langkah pengukuran kinerja pada dasarnya dalah langkah persiapan sedangkan langkah membandingkan ini merupakan langkah aktif yang harus dilakukan olen manajemen.

d. Mengambil tindakan koreksi/perbaikan (*Taking Corrective Action*)

Bila terjadi penyimpangan dan penyebabnya sudah diketahui tahap selanjutnya dalah mengambil tindakan perbaikan dan melakukan tindakan-tindakan pencegahan supaya tidak terjadi lagi dikemudian hari.

3. Karakteristik Pengendalian Yang Efektif

Proses pengendalian yang dilakukan seorang manajer dikatakan berhasil bila mengandung beberapa karakteristik seperti di bawah ini:

- 1) Akurat
- 2) Tepat waktu
- 3) Obtektif dan menyeluruh
- 4) Terpusat pada titik – titik controlling yag strategik
- 5) Realistik secara organisasi
- 6) Bersifat fleksibel
- 7) Menggambarkan pola kegiatan organisasi
- 8) Bersifat ekonomis
- 9) Bersifat mudah dimengerti
- 10) Menunjukkan kegiatan perbaikan

4. Indikator Mutu Pelayanan

Pada ruang perawatan yang menerapkan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP), pengendalian dapat diukur dalam bentuk kegiatan pengukuran yang menggunakan indikator umum, indikator mutu pelayanan, indikator pasien seperti berikut ini:

- a. Indikator mutu umum
 - 1) Penghitungan lama hari rawat (BOR)
 - 2) Penghitungan rata-rata lama di rawat (ALOS)
 - 3) Penghitungan lama tempat tidur tidak terisi (TOI)
- b. Indikator klinik mutu pelayanan keperawatan
 - 1) Keselamatan pasien (pasien safety)
 - 2) Perawatan diri
 - 3) Kepuasan pasien
 - 4) Kecemasan
 - 5) Kenyamanan
 - 6) Pengetahuan
- c. Indikator Pasien

Audit dokumentasi asuhan keperawatan

Berikut ini uraian tentang masing-masing indikator:

- d. Indikator mutu Umum:
 - 1) Penghitungan Tempat Tidur Terpakai (BOR)

Bed occupancy rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Standar internasional BOR dianggap baik adalah 80-90 % sedangkan standar nasional BOR adalah 70-80 %.

Rumus penghitungan BOR sbb:

| |
|---|
| $\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah TT x jumlah hari persatuan waktu}} \times 100 \%$ |
|---|

Keterangan:

Jumlah hari perawatan adalah jumlah total pasien dirawat dalam satu hari kali jumlah hari dalam satu satuan waktu

Jumlah hari per satuan waktu. Kalau diukur per satu bulan, maka jumlahnya 28-31 hari, tergantung jumlah hari dalam satu bulan tersebut.

2) Penghitungan Rata-rata Lama Rawat (ALOS)

Average Length of Stay (ALOS) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini di samping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosa tertentu yang dijadikan tracer (yang perlu pengamatan lebih lanjut). Secara umum ALOS yang ideal antara 6-9 hari

Di ruang MPKP pengukuran ALOS dilakukan oleh kepala ruangan yang dibuat setiap bulan dengan rumus sbb :

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien keluar}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

Keterangan:

Jumlah hari perawatan pasien keluar adalah jumlah hari perawatan pasien keluar hidup atau mati dalam satu periode waktu.

Jumlah pasien keluar(hidup atau mati): jumlah pasien yang pulang atau meninggal dalam satu periode waktu.

3) Penghitungan TOI (Tempat Tidur Tidak Terisi)

Turn Over Interval (TOI) adalah rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini dapat memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1 – 3 hari.

Di MPKP pengukuran TOI dilakukan oleh kepala ruangan yang dibuat setiap bulan dengan rumus sbb:

$$\text{Rumus : } \frac{(\text{Jumlah TT x hari}) - \text{hari perawatan RS}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

Keterangan:

Jumlah TT: jumlah total kapasitas tempat tidur yang dimiliki

Hari perawatan: jumlah total hari perawatan pasien yang keluar hidup dan mati

Jumlah pasien keluar: jumlah pasien yang dimutasikan keluar baik pulang, mutasi lari, atau meninggal

e. Indikator klinik mutu pelayanan keperawatan:

1) Keselamatan pasien (*patient safety*)

Pelayanan keperawatan dinilai bermutu jika pasien aman dari kejadian jatuh, ulkus dekubitus dan kejadian infeksi

2) Keterbatasan perawatan diri.

Kebersihan dan perawatan diri merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi agar tidak timbul masalah lain sebagai akibat dari tidak terpenuhinya kebutuhan tersebut, misal penyakit kulit, rasa tidak nyaman, infeksi saluran kemih, dll. Pelayanan keperawatan bermutu jika pasien terpelihara perawatan dirinya dan bebas dari penyakit yang disebabkan oleh higiene yang buruk.

3) Kepuasan pasien

Salah satu indikator penting lainnya dari pelayanan keperawatan yang bermutu adalah kepuasan pasien. Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tercapai bila terpenuhinya kebutuhan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diharapkan.

4) Kecemasan

Cemas adalah perasaan was-was, kuatir atau perasaan tidak nyaman yang terjadi karena adanya sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman. Kecemasan yang masih ada setelah intervensi keperawatan, dapat menjadi indikator klinik.

f. Kenyamanan

Rasa nyaman (*comfort*) adalah bebas dari rasa nyeri atau nyeri terkontrol. Pelayanan keperawatan dinilai bermutu jika pasien merasa nyaman dan bebas dari rasa nyeri dan tidak ada insiden pulang paksa.

g. Pengetahuan

Indikator mutu lain adalah pengetahuan dimana salah satunya diimplementasikan dalam program *discharge planning*. *Discharge planning* adalah suatu proses yang dipakai sebagai pengambilan keputusan dalam hal memenuhi kebutuhan pasien dari suatu tempat perawatan ke tempat lainnya.

Dalam perencanaan keputungan, pasien dapat dipindahkan kerumahnya sendiri atau keluarga, fasilitas rehabilitasi, *nursing home* atau tempat tempat lain diluar rumah sakit.

h. Indikator kondisi pasien

Audit Dokumentasi Asuhan Keperawatan

5. Audit

Audit merupakan penilaian/evaluasi dari pekerjaan yang telah dilakukan dengan menggunakan instrumen yang telah ditetapkan. Peralatan atau instrumen yang dipilih digunakan untuk mengumpulkan bukti dan untuk mengevaluasi apakah standar yang telah ditetapkan telah dilaksanakan dengan baik atau belum. Terdapat tiga kategori audit keperawatan yaitu : 1) Audit struktur, 2) Audit proses dan 3) Audit hasil. Berikut ini uraian dari ketiga kategori tersebut:

1) Audit Struktur

Adalah audit yang berfokus pada sumber daya manusia; lingkungan perawatan (termasuk fasilitas fisik, peralatan, organisasi, kebijakan, prosedur, standar, SOP dan rekam medic); serta pelanggan (internal maupun eksternal). Standar dan indikator diukur dengan menggunakan *cek list*.

2) Audit proses

Merupakan pengukuran pelaksanaan pelayanan keperawatan untuk menentukan apakah standar keperawatan telah tercapai. Pemeriksaan dapat bersifat *restropektif*, *concurrent*, atau *peer review*. *Restropektif* adalah audit dengan menelaah dokumen pelaksanaan asuhan keperawatan melalui pemeriksaan dokumentasi asuhan keperawatan. *Concurrent* adalah mengobservasi saat kegiatan keperawatan sedang berlangsung. *Peerreview* adalah umpan balik sesama anggota tim terhadap pelaksanaan kegiatan.

3) Audit hasil

Adalah audit produk kerja yang dapat berupa kondisi pasien, kondisi SDM, atau indikator mutu. Kondisi pasien dapat berupa keberhasilan pasien dan kepuasan. Kondisi SDM dapat berupa efektivitas dan

efisiensi serta kepuasan. Untuk indikator mutu umum dapat berupa BOR, aLOS, TOI, angka infeksi nosokomial (NI) dan angka dekubitus.

6. Tabel Indikator Audit Keperawatan

Indikator Audit Keperawatan

Bagian : Keperawatan

Jabatan : Pelaksana Keperawatan

| Bidang Hasil Pokok Tugas Utama | Pengukuran | |
|---|--|--|
| | Outcame | Indikator |
| Mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan | 1. Jumlah status kesehatan pasien yang lengkap 2. Persentase ketepatan dan relevansi data yang terkumpul 3. Mengandung unsur LARB (lengkap, akurat, relevan dan baru) | 1. Jumlah cara mengumpulkan data 2. Tingkat partisipasi pasien dalam proses pengumpulan data 3. Fokus pengumpulan data |
| Menganalisa data untuk memutuskan diagnosis keperawatan | Persentase bebas kesalahan diagnosis | 1. Kelengkapan komponen diagnosis keperawatan (PES) 2. Tingkat keterlibatan pihak lain dalam proses menegakkan diagnosis |
| Membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan | 1. Tersusunnya tujuan dan kriteria hasil NOC (Nursing Outcome Criteria) | 1. Kelengkapan komponen perencanaan secara tertulis 2. Kesesuaian rencana dengan kondisi atau kebutuhan pasien |

| | | |
|---|---|---|
| kehatan pasien | 2. Ketepatan rencana tindakan keperawatan | |
| Mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan partisipasi pasien | 1. Persentase penerimaan dan penolakan tindakan oleh pasien 2. Persentase penolakan tindakan oleh pasien | 1. Kerja sama dengan pasien atau orang dekatnya 2. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain 3. Komunikasi dengan pasien atau orang dekat lainnya 4. Respons terhadap reaksi pasien 5. Persentase dari penyimpanan dari standar prosedur (SOP) |
| Mengevaluasi perkembangan kesehatan pasien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan pelaksanaan | 1. Adanya catatan tentang kegiatan revisi data ,diagnosis, rencana tindakan berdasarkan hasil evaluasi 2. Pemanfaatan hasil evaluasi | 1. Tingkat pemanfaatan data dasar dan respons pasien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan 2. Tingkat keterlibatan pasien dan sejawat dalam memvalidasi dan menganalisis data baru 3. Tingkat keterlibatan pasien atau orang terdekat dalam memodifikasi rencana askep 4. Tingkat kesinambungan komprehensif dan ketepatan waktu |
| Melakukan evaluasi mutu dan efektivitas praktik keperawatan | 1. Adanya hasil pengendalian mutu 2. Adanya tindakan perbaikan terhadap kesenjangan yang diidentifikasi melalui program | 1. Tingkat keterlibatan perawat pelaksana dalam proses evaluasi praktik keperawatan meliputi penetapan indikator klinis dan alat pemantauan 2. Tingkat pemanfaatan usulan yang sesuai yang diperoleh dari program evaluasi praktik keperawatan |

| | evaluasi | |
|---|--|---|
| Bertanggung jawab untuk memperoleh ilmu pengetahuan mutakhir dalam praktik keperawatan (penelitian) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah kegiatan ilmiah yang diikuti 2. Tingkat pemanfaatan ilmu penegetahuan dan teknologi mutakhir dalam praktik klinik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Proposal inisiatif untuk mandiri agar dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan 2. Tingkat keterlibatan dalam proses pembelajaran yang tersedia ditempat kerja 3. Tingkatkan keterlibatan dalam mengikuti pelatihan ,seminar,atau pertemuan atau professional lainnya 4. Tingkat keterlibatan dalam membantu sejawat untuk mengidentifikasi kebutuhan belajar |
| Mengevaluasi praktik berdasarkan praktik professional dan ketentuan lain yang terkait | <ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase ketersediaan hasil rekaman penulisan kinerja yang teratur 2. Persentase tindakan perbaikan terhadap berbagai kesenjangan yang diidentifikasi melalui kegiatan penilaian | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat keteraturan berperan mandiri agar dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan 2. Persentase pemanfaatan hasil penilaian untuk memperbaiki dan memepertahankan kinerja |
| Mengembangkan profesionalisme dari teman sejawat dan kolega | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya kesepakatan antar sejawat dalam kolaborasi interdisiplin | <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentase peran serta dalam kolaborasi antar disiplin melalui mekanisme peer review. 2. Presentase pemanfaatn hasil kolaborasi sejawat dalam |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>melalui mekanisme peer review</p> <p>2. Adanya perbaikan tindakan berdasarkan hasil pertemuan kolaborasi dengan sejawat.</p> | <p>melaksanakan askep.</p> |
| <p>Memberikan keputusan dan tindakan atas nama pasien dengan cara yang etis (sesuai dengan nilai, budaya, norma dan idealism).</p> | <p>1. Adanya bukti dalam catatan bahwa isu etis ditemukan dan telah dibahas dalam pertemuan tim.</p> <p>2. Adanya pembinaan etika keperawatan sesuai kode etis keperawatan.</p> | <p>1. Frekuensi menghadiri pertemuan dan diskusi membahas isu-isu etis yang muncul dalam menjalankan praktik keperawatan.</p> <p>2. Frekuensi menghadiri forum refleksi etis atas berbagai masalah etis yang muncul dalam praktik keperawatan.</p> <p>3. Frekuensi mencari berbagai sumber yang tersedia untuk membantu membuat keputusan etis.</p> <p>4. Frekuensi mendampingi pasien.</p> |
| <p>Berkolaborasi dengan pasien, keluarga dan semua pihak yang terkait peran serta tim multidisplin kesehatan dalam memberikan perawatan pada pasien.</p> | <p>1. Jumlah kelompok atau tim multidisplin di mana seorang perawat pelaksana menjadi bagian di dalamnya, baik sebagai anggota maupun pengurus.</p> <p>2. Frekuensi pelibatan pasien</p> | <p>1. Frekuensi menghadiri pertemuan atau diskusi atau forum yang melibatkan profesi lain (multidisplin) untuk membicarakan pelayanan kepada orang sakit.</p> <p>2. Frekuensi mengomunikasikan rencana askep kepada keluarga atau orang di sekitar pasien.</p> <p>3. Frekuensi berkonsultasi dengan profesi lain yang sesuai kebutuhan demi memberikan askep yang optimal kepada pasien.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>dalam rencana dan implementasi terapi.</p> <p>3. Frekuensi pelibatan keluarga atau orang terdekat pasien dalam rencana implementasi terapi.</p> <p>4. Frekuensi pelibatan tenaga multidisplin dalam rencana dan implementasi terapi.</p> | <p>4. Frekuensi memberikan pengakuan/penghormatan/penghargaan/ ucapan terima kasih atas kontribusi sejawat dalam askep yang telah diberikan kepada pasien.</p> <p>5. Frekuensi melibatkan diri dalam tim multidisiplin dalam kegiatan pendidikan, pengajaran, pembinaan, supervisi atau upaya-upaya penelitian.</p> |
| <p>Menggunakan hasil penelitian dalam praktik keperawatan</p> | <p>1. Banyaknya masalah pasien yang diidentifikasi dan ditanggulangi melalui upaya riset.</p> <p>2. Banyaknya praktik keperawatan dalam suatu periode tertentu yang mencerminkan hasil penelitian yang telah</p> | <p>1. Jumlah masalah pasien yang diidentifikasi memerlukan pemecahan melalui riset</p> <p>2. Jumlah pemanfaatan standar riset yang dapat dipertanggungjawabkan dalam investigasi.</p> <p>3. Banyaknya melaksanakan penelitian.</p> <p>4. Banyaknya menggunakan hasil penelitian.</p> <p>5. Banyaknya hasil penelitian yang didesiminasikan oleh perawat.</p> <p>6. Banyaknya kerjasama dengan pakar untuk mendapatkan konsultasi dan atau supervisi</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>dibaca dalam jurnal atau laporan hasil penelitian keperawatan lainnya</p> <p>3. Banyaknya publikasi tertulis yang mencerminkan kontribusi perawat dalam pengembangan teori, riset, dan teknologi keperawatan.</p> | <p>penelitian.</p> <p>7. Presentase persetujuan tertulis dari pasien yang dilibatkan dalam penelitian.</p> |
| <p>Mempertimbangkan faktor-faktor yang terkait dengan keamanan, efektivitas, dan efisiensi biaya dalam perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan.</p> | <p>1. Banyaknya laporan anggaran yang tersedia bagi perawat untuk memberikan gambaran pola pengeluaran dan dan penyesuaian anggaran</p> <p>2. Banyaknya pelayanan asuhan keperawatan yang mempertimbangkan faktor keamanan.</p> <p>3. Banyaknya pelayanan</p> | <p>1. Frekuensi pertemanan membahas penyiapan dan pengelolaan anggaran unit kerja.</p> <p>2. Frekuensi pengecekan sumber daya rumah sakit atau unit yang menjadi tanggung jawab keperawatan.</p> <p>3. Frekuensi menganalisis laporan bulanan anggaran untuk mengevaluasi pola pengeluaran yang disesuaikan penggunaannya pada perubahan situasi.</p> <p>4. Presentase peralatan keperawatan yang berfungsi baik.</p> <p>5. Presentase kecukupan bahan dan alat habis pakai di tempat perawat pelaksana menjalankan tugas.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | asuhan keperawatan yang mempertimbang kan efektivitas pelayanan. 4. Banyaknya pelayanan asuhan keperawatan yang mempertimbang kan faktor efesiensi biaya. | |
|--|--|--|

7. Survey Kepuasan Pasien

Menurut Philip Kotler, survey kepuasan pelanggan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang. Survey kepuasan pasien dilakukan setiap pasien pulang, diberikan saat selesai menyelesaikan administrasi atau saat mempersiapkan pulang dengan cara pasien dan keluarga mengisi angket yang disediakan.

Tabel Survey Kepuasan Pasien

1. Data Umum

- a. Jenis kelamin saudara : Laki-laki / Perempuan
- b. Umur saudara : tahun
- c. Suku Bangsa :
- d. Pendidikan terakhir :
- e. Pekerjaan saudara :
- f. Lama saudara di rawat di RS :hari / minggu / bulan

2. Data Pelayanan Keperawatan

Berilah tanda check (✓) pada Kotak

- SS : Bila saudara Sangat Setuju terhadap isi pertanyaan
- S : Bila saudara Setuju terhadap isi pertanyaan
- TS : Bila saudara Tidak Setuju terhadap isi pertanyaan
- STS : Bila saudara Sangat Tidak Setuju terhadap isi pertanyaan

| No | Pernyataan | STS | TS | S | SS |
|----|---|-----|----|---|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Perawat memperkenalkan diri saat saudara masuk ruang perawatan. | | | | |
| 2 | Perawat memberikan informasi tentang fasilitas yang tersedia, cara penggunaannya dan tata tertib yang berlaku di rumah sakit. | | | | |
| 3 | Saat saudara membutuhkan,perawat akan datang tepat waktu | | | | |
| 4 | Perawat memberikan perhatian terhadap keluhan yang saudara rasakan. | | | | |
| 5 | Perawat dapat menjelaskan pertanyaan tentang tindakan yang akan dilakukan kepada saudara. | | | | |
| 6 | Perawat teliti dan trampil dalam melaksanakan tindakan keperawatan kepada saudara. | | | | |
| 7 | Perawat memberi informasi tentang administrasi yang berlaku bagi klien yang dirawat inap di rumah sakit. | | | | |
| 8 | Perawat selalu menjaga kebersihan dan kerapihan ruangan yang saudara tempati. | | | | |
| 9 | Perawat selalu menjaga kerapihan dan penampilannya. | | | | |
| 10 | Perawat menengok dan memeriksa keadaan saudara seperti mengukur | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan dan cairan infus. | | | | |
| 11 | Pelayanan yang diberikan perawat tidak memandang pangkat tapi berdasarkan kondisi saudara. | | | | |
| 12 | Perawat memperhatikan dan memberi dukungan moril terhadap keadaan saudara. | | | | |
| 13 | Perawat akan segera membantu ketika saudara mengalami kesulitan | | | | |
| 14 | Perawat segera menangani saudara ketika sampai di ruangan rawat inap | | | | |
| 15 | Perawat akan membantu saudara dalam memperoleh pelayanan perawatan | | | | |

3. Saran-saran saudara demi perbaikan pelayanan keperawatan.

.....

Penilaian kepuasan:

- 4 untuk Sangat Setuju
- 3 untuk Setuju
- 2 untuk Tidak Setuju
- 1 untuk Sangat Tidak Setuju

Nilai kepuasan: Total nilai dibagi 60 kali 100%.

$$Kepuasan\ pasien = \frac{Total\ nilai}{60} \times 100\%$$

LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas kerjakanlah soal berikut ini:

- 1 Kita mengenal tiga kategori audit keperawatan yaitu : Audit struktur, Audit proses, dan Audit hasil. Jelaskan dan berikan contoh!

2. Ada beberapa bentuk pengendalian yang digunakan di ruang rawat inap, antara lain indikator klinik mutu pelayanan keperawatan, Jelaskan dengan memberikan contoh!

C. Ringkasan

1. Fungsi Pengendalian / pengawasan merupakan proses untuk memastikan bahwa aktivitas yang dilakukan adalah sesuai dengan aktivitas yang direncanakan dan berfungsi untuk menjamin mutu serta evaluasi kinerja dengan tujuan supaya apa yang sudah direncanakan bisa mencapai target sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dan untuk menentukan rencana kerja yang akan datang.
2. Untuk menjamin kualitas layanan digunakan beberapa indikator antara lain indikator mutu umum dan indikator klinik mutu layanan keperawatan. Indikator mutu umum bisa dilihat Penghitungan lama hari rawat (BOR) Penghitungan rata-rata lama di rawat (ALOS), Penghitungan lama tempat tidur tidak terisi (TOI), sedangkan Indikator mutu klinik pelayanan keperawatan: Keselamatan pasien (*patien safety*), Keterbatasan perawatan diri, Kepuasan pasien, Kecemasan, Kenyamanan dan Pengetahuan

D. Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan RI (2002) *Standar tenaga keperawatan di Rumah sakit*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI
- Dauglass (1992) , *The Effective Nurse : Leader and manager*, 4th, St Louish : Mosby years Book.
- Fik- UI dan RSUP CiptpMangunkusumo, (2000), Semiloka : *Model Praktek Keperawatan Profesional II*, Jakarta 12 -14 Juli 2000.
- Gillies, D.A. (1994) *Nursing management a system approach*, Philadelphia : W.B Sounders Company
- Nursalam (2014) *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Jakarta, Salemba Medika
- Sitorus, Ratna. (2006) *Model Praktek Keperawatan Profesional*, Edisi pertama, Jakarta , EGC
- (2006) *Model Praktek Keperawatan Profesional, Panduan Implementasi* , Edisi pertama, Jakarta , EGC
- Swansburg Russell, (2001), *Pengembangan Staf keperawatan : Alih Bahasa Waluyo Agung, Asih Yasmin*, Jakarta, EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Tappen GR (2001) *Nursing Leadership and Management Consep and Practice* , 4 th ed, FA Davis, Philadelphia
- Thoha. M (2008) *Perilaku organisasi: Konsep dasar dan aplikasinya*. Cetakan ke18 , Jakarta : PT Raja Grafindo Persada

BAB X

KONSEP, KONSEP TEORITIS PRAKTEK KEPERAWATAN BERBASIS BUKTI

Ns. Siti Anisah, S.Kep., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan BAB 10 tentang Konsep, Konsep Praktek Keperawatan Berbasis Bukti, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menyebutkan pengertian *evidence based practiced nursing*
2. Menjelaskan konsep teoritis tentang praktek keperawatan berbasis bukti
3. Menyebutkan contoh praktek keperawatan berbasis bukti

B. Materi

1. Latar Belakang

Kemajuan tehnologi yang diiringi dengan temuan penelitian yang masif, menjadi bahan perhatian dunia keperawatan sebagai perwujudan dari upaya peningkatkan kualitas dan efektifitas biaya asuhan keperawatan. Rumah sakit atau unit pelayanan pasien sebagai organisasi harus terus mengembangkan peningkatan kualitas dengan berbasis bukti, obyektif dan mengelola semua jenis informasi dengan baik.

2. Pengertian

Evidence Based Practice (EBP) merupakan upaya untuk mengambil keputusan klinis berdasarkan sumber yang paling relevan dan valid. EBP merupakan pendekatan yang dapat digunakan dalam praktek keperawatan kesehatan, yang berdasarkan *evidence* atau fakta. *Evidence Based Practice in Nursing* adalah penggunaan bukti eksternal dan bukti internal (*clinical expertise*), serta manfaat dan keinginan pasien untuk mendukung pengambilan keputusan di pelayanan kesehatan (Chang & Russell, 2013). *Evidence based practice* (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu *up to date* dan memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien (Brown, Nowledge, & Ttitudes, 2011). Sedangkan menurut (Melnyc, 2011) *evidence based practice* adalah starategi untuk memperoleh pengetahuan dan ketrampilan untuk bisa meningkatkan tingkah laku yang positif

sehingga bisa menerapkan EBP didalam praktik. Dari kedua pengertian EBP tersebut dapat dipahami bahwa *evidence based practice* merupakan suatu strategi untuk mendapatkan *knowledge* atau pengetahuan terbaru berdasarkan *evidence* atau bukti yang jelas dan relevan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan meningkatkan *skill*/kemampuan dalam praktik klinis guna meningkatkan kualitas kesehatan pasien. Oleh karena itu berdasarkan definisi tersebut, Komponen utama dalam institusi pendidikan kesehatan yang bisa dijadikan prinsip adalah membuat keputusan berdasarkan *evidence based* serta mengintegrasikan EBP kedalam kurikulum merupakan hal yang sangat penting.

3. Tujuan

Praktik keperawatan merupakan bentuk layanan yang diberikan oleh tenaga profesional yang memiliki dasar pengetahuan keperawatan yang kokoh, ketrampilan dan kompetensi klinik yang mampu mengatasi masalah pasien.

4. Komponen Kunci

Evidence atau bukti adalah kumpulan fakta yang diyakini kebenarannya. *Evidence* atau bukti dibagi menjadi dua yaitu eksternal *evidence* dan internal *evidence*. Bukti eksternal didapatkan dari penelitian yang sangat ketat dan dengan proses atau metode penelitian ilmiah. Pertanyaan yang sangat penting dalam mengimplementasikan bukti eksternal yang didapatkan dari penelitian adalah apakah temuan atau hasil yang didapatkan didalam penelitian tersebut dapat diimplementasikan kedalam dunia nyata atau dunia praktek klinisi dan perawat akan mampu mencapai hasil yang sama dengan yang dihasilkan dalam penelitian tersebut. Berbeda dengan bukti eksternal bukti internal merupakan hasil dari inisiatif praktek seperti manajemen hasil dan proyek perbaikan kualitas (Melnyk & Pmhnp, 2014).

Pengambilan keputusan untuk melakukan perubahan berdasarkan bukti – bukti nyata atau EBP dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu penelitian atau riset termasuk teori – teori pendukung, pengalaman yang bersifat klinis, serta *feed back* atau sumber dari pengalaman yang dialami oleh pasien.

5. Contoh Implementasi

Beberapa *database* yang disebutkan diatas memuat berbagai *literatur* keperawatan dari berbagai sumber. Dibawah ini satu contoh terkait penggunaan data *evidence based practiced nursing*.

| Pertanyaan EBP | Data base yang diperlukan |
|---|---|
| Pada pasien lansia dengan penyakit penyerta DM Tipe II yang mempunyai resiko tinggi cedera tekan. Perawat kemudian memberikan program <i>pencegahan pressure injury</i> dengan standar pencegahan perawatan, manakah yang lebih efektif ? | World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Advances in Wound Care, dan AHRQ, dan lain-lainnya. |
| Apakah ibu berusia matang lebih beresiko terkena depresi post partum dibandingkan dengan ibu usai muda ? | MDIRS, CINAHL, PsycINFO, Medline dan lainnya. |
| Bagaimana keefektifan terapi musik untuk menurunkan ketidaknyamanan, nyeri, dan kecemasan pasien di ruang rawat <i>intensive care</i> ? | Science direct, ncbi, researchgate, dan lainnya. |

6. Langkah-langkah EBP

Langkah dalam melakukan EBP antara lain:

- a. Meningkatkan rasa ingin tahu dengan bentuk pertanyaan klinis yang menggunakan format dengan masalah yang mendasar.
- b. Mengumpulkan bukti yang paling tepat yang membahas masalah yang diidentifikasi
- c. Mengevaluasi bukti kritis untuk menentukan validitas, relevansi dan penerapan
- d. Asimilasi perubahan dengan mempraktekkan ke dalam praktik klinis yang dihasilkan dari penggunaan bukti terbaik

7. Hambatan

Beberapa sumber mengidentifikasi adanya hambatan dalam pelaksanaan EBP pada keperawatan (Brown et al., 2011) antara lain:

- a. Berkaitan dengan penggunaan waktu.

- b. Akses terhadap jurnal dan artikel.
- c. Keterampilan untuk mencari jurnal dan artikel yang ada
- d. Keterampilan dalam melakukan kritik riset.
- e. Kurang paham atau kurang mengerti.
- f. Kurangnya kemampuan penguasaan bahasa untuk penggunaan hasil – hasil riset.
- g. Salah pengertian tentang proses kegiatan.
- h. Kualitas dari fakta yang ditemukan.

Pentingnya pemahaman lebih lanjut tentang bagaimana untuk menggunakan literatur hasil penemuan untuk intervensi praktek yang terbaik untuk diterapkan kepada klien.

C. Rangkuman

Perawat berkewajiban memberikan asuhan keperawatan secara optimal, karena harapan pasien untuk mendapatkan pelayanan keperawatan terbaik. *Evidence Based Nursing Practiced* (EBNP) menjadikan pola pikir dan upaya mempraktikkan melalui pengetahuan dan praktik asuhan keperawatan dengan validitas dan realibitas kegiatan asuhan keperawatan. EBNP merupakan upaya profesionalisme perawat dalam pemenuhan asuhan keperawatan ke arah *service excellence*. Pendekatan yang disederhanakan berbasis bukti praktek dapat digunakan untuk melibatkan staf perawat dan meningkatkan kesadaran akan praktik berbasis bukti di seluruh area perawatan.

D. Tugas

1. Sebutkan pengertian dari *evidence based practiced nursing* dengan menggunakan pemahaman mahasiswa ?
2. Jelaskan tentang konsep teoritis tentang praktek keperawatan berbasis bukti.
3. Sebutkan 3 contoh implementasi EBPN dan sumber literatur sebagai data based yang diperlukan ?

E. Referensi

Brown, C., Nowledge, F. A. K., & Ttitudes, A. (2011). Faculty Knowledge , Attitudes , and Perceived Barriers to Teaching Evidence-Based

Nursing. *Journal Of Professional Nursing*, 27, 92–100.
<http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.09.012>

- Chang, H. C., & Russell, C. (2013). Exploring attitudes and barriers toward the use of evidence-based nursing among Nurse Managers in Taiwanese Residential Aged Care Facilities Nurse Managers in Taiwanese Residential Aged Care Facilities. *University of Wollongong Research Online*, 1-1-2013.
- Melnyk, B. M. (2011). Evidence -Base Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice. *E-Book, second edition*.
- Melnyk, B. M., & Pmhnp, C. (2014). The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings : Proficiencies to Improve Healthcare Quality , Reliability , Patient Outcomes , and Costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11, 5–15.

BAB XI

MANAJEMEN KEPERAWATAN SEBAGAI ANGGOTA TIM KESEHATAN

Ns. Solehudin, M.Kes., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Mampu memahami praktik manajemen keperawatan sebagai anggota tim kesehatan atau keperawatan.

B. Materi

Perubahan pelayanan kesehatan/keperawatan merupakan kesatuan dalam perkembangan dan perubahan keperawatan di Indonesia Perubahan adalah cara keperawatan mempertahankan diri sebagai profesi dan berperan aktif dalam menghadapi era global. Keperawatan sebagai profesi yang merupakan bagian dari masyarakat akan terus berubah sejalan dengan masyarakat yang terus berkembang dan mengalami perubahan (Nursalam, 2014).

Manajemen keperawatan merupakan suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan obyektifitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan. Kelly dan Heidental (2004) dalam Marquis dan Huston (2000), menyatakan bahwa manajemen keperawatan dapat didefinisikan sebagai suatu proses dari perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan untuk mencapai tujuan. Proses manajemen dibagi menjadi lima tahap yaitu perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan dan pengendalian (Julianto, 2016).

1. *Conference Keperawatan*

a. Pengertian *Conference*

Pre dan Post Conference apabila dilakukan dengan baik maka akan berpengaruh terhadap operan *sift*, operan *sift* yang akan di berikan akan berjalan dengan maksimal dan informasi akan tersampaikan dengan baik (Barus et al., 2022).

Konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. *Conference* dilakukan sebelum atau setelah melakukan operan dinas, sore atau malam sesuai dengan jadwal dinas perawatan

pelaksanaan. *Conference* sebaiknya dilakukan di tempat tersendiri sehingga dapat mengurangi gangguan dari luar. *Pre conference* adalah komunikasi katim dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh ketua tim atau penanggung jawab tim. Jika yang dinas pada tim tersebut hanya satu orang, maka *pre conference* ditiadakan. Isi *pre conference* adalah rencana tiap perawat (rencana harian), dan tambahan rencana dari katim dan PJ tim. *Post conference* adalah komunikasi katim dan perawat pelaksana tentang hasil kegiatan sepanjang shift dan sebelum operan kepada shift berikut. Isi *post conference* adalah hasil askep tiap perawatan dan hal penting untuk operan (tindak lanjut). *Post conference* dipimpin oleh katim atau PJ tim (Dewi et al., 2019).

b. Prosedur *Pre Conference*

- 1) PP menyiapkan ruangan/tempat
- 2) PP menyiapkan rekam medik pasien yang menjadi tanggung jawabnya
- 3) PP menjelaskan tujuan dilakukannya *pre conference*
- 4) PP memandu pelaksanaan *pre conference*
- 5) PP menjelaskan masalah keperawatan pasien, keperawatan dan rencana keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya
- 6) PP membagi tugas kepada PA sesuai kemampuan yang dimiliki dengan memperhatikan keseimbangan kerja
- 7) PP mendiskusikan cara dan strategi pelaksanaan asuhan pasien/tindakan
- 8) PP memotivasi untuk memberikan tanggapan dan penyelesaian masalah yang sedang didiskusikan
- 9) PP mengklarifikasi kesiapan PA untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya
- 10) PP memberikan reinforcement positif pada PA
- 11) PP Menyimpulkan hasil *pre conference*

c. Prosedur *Post Conference*

- 1) Menyiapkan ruang/tempat
- 2) Menyiapkan rekam medik pasien yang menjadi tanggungjawabnya
- 3) Menerima penjelasan dari PA tentang hasil tindakan/hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan PA

- 4) Mendiskusikan masalah yang ditemukan dalam memberikan askep pasien dan mencari upaya penyelesaian masalahnya
- 5) Memberikan *reinforcement* pada PA
- 6) Menyimpulkan hasil *post conference*
- 7) Mengklarifikasi pasien sebelum melakukan operan tugas jaga berikutnya (melakukan ronde keperawatan)

2. Timbang Terima (*Handover*)

a. Pengertian Timbang Terima

Operan merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Operan merupakan sistem kompleks yang didasarkan pada perkembangan sosio-teknologi dan nilai-nilai yang dimiliki perawat dalam berkomunikasi. Menurut Wallis et.al (2010), tujuan komunikasi selama operan adalah untuk membangun komunikasi yang akurat, *reliable*, tentang tugas-tugas yang akan dilanjutkan oleh staf pada shift berikutnya agar layanan keperawatan bagi pasien berlangsung aman dan efektif, menjaga keamanan, kepercayaan, dan kehormatan pasien, mengurangi kesenjangan dan ketidakakuratan perawatan, serta memberi kesempatan perawat meninggalkan pelayanan langsung (Tuasikal et al., 2020).

Handover adalah proses pengalihan wewenang dan tanggung jawab utama untuk memberikan perawatan klinis kepada pasien dari satu pengasuh ke salah satu pengasuh yang lain. Menurut *Australian Medical Association* (2006), mendefinisikan *handover* sebagai transfer tanggung jawab profesional dan akuntabilitas untuk beberapa atau semua aspek perawatan untuk pasien, atau kelompok pasien, kepada orang lain atau kelompok profesional secara sementara atau permanen (Kamil, 2011).

Menurut Wradhani (2017), *handover* atau timbang terima merupakan suatu kegiatan yang bersifat menyeluruh dilakukan oleh tenaga kesehatan atau tim kesehatan yang sedang berjaga seperti penyerahan pasien dari perawat yang berjaga sebelum timbang terima (*handover*) kepada perawat yang berjaga setelah timbang terima (*handover*) dilakukan. Penyerahan pasien disertai dengan pemberitahuan informasi terkini pasien, keadaan pasien, kebutuhan

pasien dan tindakan medis ataupun asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien (Ulfa et al., 2022).

b. Tujuan Timbang Terima

Menurut *Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare* (2019), *bedside handover* yaitu metode transfer informasi (termasuk tanggungjawab dan tanggunggugat) selama perpindahan perawatan yang berkelanjutan atau pertukaran antar shift yang dilakukan disamping tempat tidur pasien yang bertujuan untuk berbagi informasi antara pasien dan petugas untuk memastikan kesinambungan perawatan dan merupakan proses interaktif, memberikan kesempatan pasien untuk memberikan masukan dan menyampaikann masalahnya (Riyanto, 2022). Pelaksanaan *bedside handover* yang berkualitas akan mampu menggali data tentang pasien dengan tujuan sebagai berikut:

- 1) Perawat dapat mengikuti perkembangan klien secara paripurna. Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat
- 2) Akan terjalin suatu hubungan kerjasama yang bertanggung jawab antar anggota tim perawat
- 3) Terlaksananya asuhan keperawatan terhadap klien yang berkesinambungan dan pasien akan merasa puas apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi harapannya dan sebaliknya, ketidakpuasan atau perasaan kecewa pasien akan muncul apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya itu tidak sesuai dengan harapannya

c. Proses Timbang Terima

Persiapan:

- 1) Timbang terima dilaksanakan setiap pergantian sif/operan
- 2) Prinsip timbang terima, semua pasien baru masuk dan pasien yang dilakukan timbang terima khususnya pasien yang memiliki permasalahan yang belum/dapat teratasi serta yang membutuhkan observasi lebih lanjut
- 3) PA/PP menyampaikan timbang terima kepada PP (yang menerima pendelagasian) berikutnya, hal yang perlu disampaikan dalam timbang terima:
 - a) Aspek umum
 - b) Jumlah pasien

- c) Identitas pasien dan diagnosis medis
- d) Data (keluhan/subjektif dan objektif)
- e) Masalah keperawatan yang masih muncul
- f) Intervensi keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum)
- g) Intervensi kolaboratif dan dependen
- h) Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang, dan program lainnya).

Pelaksanaan:

Ruang Perawat:

- 1) Kedua kelompok dinas sudah siap (sif jaga)
- 2) Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.
- 3) Kepala ruang membuka acara timbang terima
- 4) Penyampaian yang jelas, singkat dan padat oleh perawat jaga (NIC).
- 5) Perawat jaga sif selanjutnya dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah ditimbang terimakan dan berhak menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas.

Ruangan Pasien:

- 1) Kepala ruang menyampaikan salam dan PP menanyakan kebutuhan dasar pasien.
- 2) Perawat jaga selanjutnya mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan, dan tindakan yang telah/belum dilaksanakan, serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan.
- 3) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya

Penutup:

- 1) Diskusi
 - 2) Pelaporan untuk timbang terima dituliskan secara langsung pada format timbang terima yang ditandatangani oleh PP yang jaga saat itu dan PP yang jaga berikutnya diketahui oleh Kepala Ruang.
 - 3) Ditutup oleh KARU.
- d. Komunikasi SBAR

Penyampaian informasi pada saat handover dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya yaitu dengan menggunakan metode komunikasi SBAR. Metode komunikasi SBAR merupakan suatu teknik komunikasi efektif yang bertujuan untuk membantu perawat agar dapat menyampaikan informasi lebih terstruktur dan jelas pada saat handover maupun transfer pasien. Penerapan metode komunikasi SBAR dapat membantu dalam proses komunikasi yang baik antar individu maupun tim. Komunikasi SBAR juga dimaksudkan sebagai upaya untuk menjaga keselamatan pasien dan dapat meminimalkan insiden keselamatan pasien. Metode *handover* menggunakan SBAR dapat meningkatkan budaya sasaran keselamatan pasien pada pelayanan keperawatan di rumah sakit (Rahmatulloh et al., 2022).

Menurut Astuti et al (2019), komunikasi SBAR memiliki empat komponen didalamnya yaitu *situation, background, assessment and recommendation*. Hilda et al., (2018) menyatakan bahwa metode komunikasi SBAR dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien, sehingga dapat memberikan rasa kenyamanan dan keamanan terhadap pasien. Penyampaian metode komunikasi SBAR yang dilakukan dengan tepat dapat mempermudah komunikasi antar tenaga kesehatan dan sebagai bentuk profesionalisme dalam bekerja di Rumah Sakit (Rahmatulloh et al., 2022).

Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assasement, Recomendation*) merupakan metode komunikasi yang digunakan untuk anggota tim medis kesehatan dalam melaporkan kondisi pasien. SBAR adalah metode komunikasi yang terstruktur untuk melaporkan kondisi pasien yang dapat meningkatkan keselamatan pasien. Menurut beberapa teori menyebutkan bahwa dengan penerapan komunikasi SBAR antar tenaga medis dapat meningkatkan keselamatan pasien. Penerapan komunikasi menjadi metode komunikasi yang sangat efektif apabila digunakan antar tenaga medis saat melaporkan kondisi pasien (Damanik & Hastuti, 2022).

Muhdar dkk (2011) menyatakan bahwa komunikasi SBAR efektif dalam meningkatkan pelaksanaan serah terima antar shift, yang melibatkan bukan hanya salah satu namun semua anggota tim kesehatan untuk memberikan masukan ke dalam situasi pasien.

SBAR memberikan kesempatan bagi anggota tim kesehatan untuk dapat berdiskusi (Tatiwakeng et al., 2021).

3. Ronde Keperawatan

a. Pengertian Ronde Keperawatan

Ronde keperawatan adalah kegiatan untuk mengatasi keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat dengan melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan, yang dilakukan oleh perawat primer dan atau konsuler, kepala ruang, dan perawat pelaksana, serta melibatkan seluruh anggota tim. Dimana ronde keperawatan merupakan sarana bagi perawat baik perawat primer maupun perawat assosiate untuk membahas masalah keperawatan yang terjadi pada klien yang melibatkan klien dan seluruh tim keperawatan termasuk konsultan keperawatan. Salah satu tujuan dari kegiatan ronde keperawatan adalah meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan (Riski & Wijaya, 2018).

Ronde keperawatan merupakan salah satu metode pada manajemen keperawatan primer yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan perawat. Ronde keperawatan akan menjadi media bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor, kepekaan dan cara berpikir kritis terhadap pengaplikasian konsep teori ke dalam praktik keperawatan dan pelayanan kepada pasien. Pengetahuan dan sikap perawat sangat diperlukan dalam pelaksanaan ronde keperawatan. Menurut Shin and Park (2018), ronde keperawatan dirancang untuk meningkatkan otonomi perawat, ikut terlibat dalam pengambilan keputusan, hubungan professional dengan pelayanan kesehatan lainnya, dan penggunaan evidence-based care untuk meningkatkan persepsi perawat terhadap lingkungan praktik sebagai pengaturan bagi praktik keperawatan professional (Moi et al., 2019).

b. Tujuan Ronde Keperawatan

Adapun tujuan ronde keperawatan adalah sebagai berikut (RSUD Puri Husada, 2016):

- 1) Menumbuhkan cara berpikir secara kritis.
- 2) Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berasal dari masalah klien.
- 3) Meningkatkan validitas data klien.
- 4) Menilai kemampuan justifikasi.

- 5) Meningkatkan kemampuan dalam menilai hasil kerja.
- 6) Meningkatkan kemampuan untuk memodifikasi rencana perawatan

c. Jenis Ronde Keperawatan

Terdapat ada empat tipe ronde yaitu (Close & Castledine, 2016):

- 1) *Matron nurse*; seorang perawat berkeliling ke ruangan-ruangan, menanyakan keadann pasien sesuai jadwal rondanya. Perawat ronde ini memeriksa standart pelayanan, kebersihan, kerapihan, menilai penampilan dan kemajuan perawat dalam memberikan pelayanan pada pasien.
- 2) *Nurse management rounds*; ialah ronde manajerial yang melihat pada rencana pengobatan dan implementasi pada sekelompok pasien. Buat melihat prioritas tindakan yang sudah dikerjakan serta melibatkan pasien dan keluarga pada proses interaksi. Pada ronde ini tak terjadi proses pembelajaran antara perawat dan *head nurse*.
- 3) *Patient comport nurse*: ronde berfokus pada kebutuhan utama yang dibutuhkan pasien di rumah sakit. Fungsi perawat dalam ronde ini ialah mencukupi semua kebutuhan pasien. Misalnya ketika ronde dikerjakan dimalam hari, perawat menyiapkan tempat tidur buat pasien tidur.
- 4) *Teaching rounds*: dikerjakan antara *teacher nurse* dengan perawat/mahasiswa perawat, dimana terjadi proses pembelajaran. Teknik ronde ini biasa dikerjakan karena perawat/mahasiswa perawat. Dengan pembelajaran langsung perawat/mahasiswa bisa langsung mengaplikasikan ilmu yang didapat langsung pada pasien

d. Langkah-Langkah Ronde Keperawatan

Persiapan:

- 1) Penetapan kasus minimal 1 hari sebelum waktu pelaksanaan ronde.
- 2) Pemberian inform consent kepada klien/keluarga.

Pelaksanaan:

- 1) Penjelasan tentang klien oleh perawat primer dalam hal ini penjelasan difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang mau/sudah dikerjakan dan memilih prioritas yang butuh didiskusikan.
- 2) Diskusikan antar anggota tim tentang kasus tersebut.
- 3) Pemberian justifikasi oleh perawat primer/perawat konselor/kepala ruangan tentang kasus klien serta tindakan yang mau dikerjakan.
- 4) Tindakan keperawatan pada kasus prioritas yang sudah dan yang mau ditetapkan

Setelah Ronde Keperawatan:

Mendiskusikan hasil temuan dan tindakan pada klien tersebut serta menetapkan tindakan yang butuh dikerjakan

4. Kolaborasi Tenaga Kesehatan

a. Pengertian Kolaborasi

Secara etimologi, *collaborative* berasal dari kata *co* dan *labor* yang mengandung makna sebagai penyatuan tenaga atau peningkatan kemampuan yang dimanfaatkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan atau yang telah disepakati bersama. Menurut O'Leary (2010), kolaborasi sering kali digunakan untuk menjelaskan proses penyelesaian pekerjaan yang bersifat lintas batas, lintas sektor, lintas hubungan, ataupun lintas organisasi bahkan lintas negara sekalipun. Adapun secara terminologi kolaborasi mengandung makna yang sangat umum dan luas yang mendeskripsikan adanya situasi tentang terjadinya kerja sama antara dua orang ataupun institusi atau lebih yang saling memahami permasalahan masing-masing secara bersama-sama dan berusaha untuk saling membantu memecahkan permasalahan masing-masing secara bersama-sama pula. Bahkan secara lebih spesifik, kolaborasi merupakan kerja sama yang intensif untuk menanggulangi permasalahan kedua pihak secara bersamaan (Saleh, 2020).

Kolaborasi adalah hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang respektif mereka. Kolaborasi adalah suatu hubungan yang kolegiat dengan pemberi perawatan kesehatan lain dalam pemberian perawatan pasien. Menurut Asosiasi Perawat Amerika (ANA, 1992), adalah hubungan kerja diantara tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada klien (Tuasikal et al., 2020).

Kolaborasi dapat disimpulkan yaitu hubungan kerja sama antara perawat dan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien yang didasarkan pada pendidikan dan kemampuan praktisi yang memiliki tanggung jawab dalam pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan

b. Manfaat Kolaborasi

Menurut Nursalam (2014), kolaborasi dilakukan dengan beberapa alasan sebagai manfaat dari kolaborasi (Tuasikal et al., 2020), yaitu antara lain:

- 1) Sebagai pendekatan dalam pemberian asuhan keperawatan klien, dengan tujuan memberikan kualitas pelayanan yang terbaik bagi klien.
 - 2) Sebagai penyelesaian konflik untuk menemukan penyelesaian masalah atau isu.
 - 3) Memberikan model yang baik riset kesehatan
- c. Kompetensi Dasar Kolaborasi

Gambaran penting untuk kolaborasi mencakup, keterampilan komunikasi yang efektif, saling menghargai, rasa percaya, memberi dan menerima umpan balik, pengambilan keputusan, dan manajemen konflik (Marquis & Huston, 2010).

- 1) Keterampilan komunikasi yang efektif

Komunikasi adalah sebagai pertukaran kompleks antara pikiran, gagasan, atau informasi, pada dua level verbal dan nonverbal. Komunikasi yang efektif adalah kemampuan dalam menyampaikan pesan dan informasi dengan baik, menjadi pendengar yang baik dan keterampilan menggunakan berbagai media (Marquis & Huston, 2010).

- 2) Saling menghargai dan rasa percaya

Menurut Nursalam (2014), saling menghargai terjadi saat dua orang atau lebih menunjukkan atau merasa terhormat atau berharga terhadap satu sama lain. Dan rasa percaya terjadi saat seseorang percaya terhadap tindakan orang lain. Saling menghargai maupun rasa percaya menyiratkan suatu proses dan hasil yang dilakukan bersama (Tuasikal et al., 2020).

- 3) Meningkatkan tanggung jawab dan tanggungugat dalam bekerja

Memberi dan Menerima Umpan Balik Salah satu yang dihadapi para profesional adalah memberi dan menerima umpan balik pada saat yang tepat, relevan, dan membantu untuk dan dari satu sama lain, dan klien mereka. Umpan balik yang positif dicirikan dengan gaya komunikasi yang hangat, perhatian, dan penuh penghargaan (Tuasikal et al., 2020).

- 4) Pengambilan keputusan

Menurut Robbins (1984), pengambilan keputusan adalah proses memilih dua alternatif atau lebih. Pilihan yang ditetapkan didasarkan pada pertimbangan rasional yang memiliki keuntungan lebih banyak bagi organisasi dari pada alternatif lainnya. Drummond (1995) berpendapat bahwa pengambilan keputusan merupakan usaha penciptaan kejadian-kejadian dan pembentukan masa depan (Alwizra et al., 2020).

5) Manajemen konflik

Manajemen konflik merupakan interaksi pertentangan antara dua pihak atau lebih. Konflik biasanya timbul pada berbagai situasi sosial, baik terjadi di dalam diri individu, antar individu, kelompok, organisasi, maupun suatu negara. Konflik muncul karena adanya kesalahpahaman pada sebuah situasi sosial tentang pokok-pokok pikiran tertentu dan adanya antagonisme-antagonisme emosional yang menyebabkan ketidaksesuaian sehingga membuat perasaan marah, tidak percaya, tidak senang, takut, menentang, dan terjadinya bentrokan (Abdhul, 2021).

d. Proses Kolaborasi

Sifat kolaborasi tersebut terdapat beberapa indikator yaitu kontrol kekuasaan, lingkup praktik, kepentingan bersama dan tujuan bersama (Tuasikal et al., 2020).

1) Kontrol kekuasaan

Kontrol kekuasaan dapat terbina apabila dokter dan perawat mendapat kesempatan yang sama mendiskusikan pasien tertentu

2) Lingkungan praktik

Menunjukkan kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pihak. Perawat dan dokter memiliki bidang praktik yang berbeda dengan peraturan masing-masing tetapi tugas-tugas tertentu dibina yang sama

3) Kepentingan bersama

Kepentingan bersama merupakan tingkat ketegasan masing-masing (usaha untuk memuaskan kepentingan sendiri) dan faktor kerjasama (usaha untuk memuaskan pihak lain)

4) Tujuan bersama

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

5. Negosiasi Dalam Keperawatan

a. Pengertian Negosiasi

Menurut Marquis dan Huston (1998), negosiasi pada umumnya sama dengan kolaborasi. Pada organisasi, negosiasi juga dapat diartikan sebagai suatu pendekatan kompetitif. Negosiasi sering dirancang sebagai suatu pendekatan kompromi jika digunakan sebagai strategi menyelesaikan konflik. Selama negosiasi berlangsung berbagai pihak yang terlibat

menyerah dan lebih menekankan waktu mengkomodasi perbedaan-perbedaan antara keduanya (Tuasikal et al., 2020).

Menurut Smeltzer (1991) dalam Nursalam (2014) mengidentifikasi dua tipe dasar negosiasi, yakni kooperatif (setiap orang menang) dan kompetitif (hanya satu orang yang menang). Satu hal yang penting dalam negosiasi adalah apakah salah satu atau kedua belah pihak menghendaki adanya perubahan hubungan yang berlangsung dengan meningkatkan hubungan yang lebih baik. Jika kedua pihak menghendaki perbaikan hubungan maka akan timbul tipe kooperatif. Tapi jika salah satunya maka akan timbul kompetitif (Tuasikal et al., 2020).

Berdasarkan penjelasan diatas, negosiasi adalah komunikasi dua arah yang dirancang untuk mencapai kesepakatan pada saat kedua belah pihak memiliki kepentingan yang berbeda. Proses interaksi dan komunikasi yang dinamis dan beraneka ragam, mengandung seni dan penuh rahasia, untuk mencapai suatu tujuan yang dianggap menguntungkan para pihak.

b. Strategi Negosiasi

Smeltzer (1991) menyebutkan beberapa strategi dan cara yang perlu dilakukan dalam menciptakan kondisi persuasif, asertif, dan komunikasi terbuka selama proses negosiasi berjalan (Nursalam, 2014), yaitu:

- 1) Pilih fakta-fakta yang rasional dan berdasarkan hasil penelitian.
- 2) Dengarkan dengan saksama, dan perhatikan respon nonverbal yang tampak.
- 3) Berpikir positif dan selalu terbuka untuk menerima semua alternatif informasi yang disampaikan.
- 4) Upayakan untuk memahami pandangan apa yang disampaikan lawan bicara anda. Konsentrasi dan perhatikan, tidak hanya memberikan persetujuan.
- 5) Selalu diskusikan tentang konflik yang terjadi. Hindari menyalahkan orang lain atas konflik yang terjadi.
- 6) Jujur.
- 7) Usahakan bersikap bahwa anda memerlukan penyelesaian terbaik.
- 8) Jangan langsung menyetujui solusi yang ditawarkan, tetapi berpikir dan mintalah waktu untuk menjawabnya.
- 9) Jika kedua belah pihak menjadi marah atau lelah selama negosiasi berlangsung, istirahatlah sebentar.

10) Dengarkan dan tanyakan tentang pendapat yang belum begitu anda pahami.

11) Bersabarlah

c. Kunci Sukses Negosiasi

1) Melakukan beberapa hal dibawah ini (Nursalam, 2014):

- a) Jelaskan tujuan negosiasi, bukan posisinya. Pastikan bahwa anda mengetahui keinginan orang lain.
- b) Perlakukan orang lain sebagai teman dalam menyelesaikan masalah, bukan sebagai musuh. Hadapi masalah yang ada bukan orangnya.
- c) Ingat, bahwa setiap orang menginginkan/mengharapkan penyelesaian yang diterima, jika anda dapat menyajikan sesuatu dengan baik dan menarik.
- d) Dengarkan baik-baik apa yang dikatakan dan apa yang tidak. Perhatikan gerakan tubuhnya.
- e) Lakukan sesuatu yang sederhana, tidak berbelit-belit.
- f) Antisipasi penolakan.
- g) Tahu apa yang anda berikan.
- h) Tunjukkan beberapa alternatif pilihan.
- i) Tunjukkan keterbukaan dan ketaatan jika orang lain sepakat terhadap pendapat anda.
- j) Bersikap asertif, bukan agresif.
- k) Hati-hati, anda mempunyai sesuatu kekuasaan untuk memutuskan.
- l) Pergunakan gerakan tubuh, jika anda menyetujui dan tidak terhadap suatu pendapat.
- m) Konsisten terhadap apa yang anda anggap benar

2) Menghindari hal-hal sebagai berikut:

- a) Sikap yang tidak baik, seperti sinis, kasar, dan menyepelkan
- b) Trik yang tidak baik, seperti manipulasi.
- c) Distorsi
- d) Tergesa-gesa dalam proses negosiasi: tidak berurutan, membuat hanya satu pilihan, memaksakan kehendak, berusaha menekan pada satu pendapat

C. Rangkuman

Konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. Conference dilakukan sebelum atau setelah melakukan operan dinas, sore atau malam sesuai dengan jadwal dinas perawatan pelaksanaan.

Handover atau timbang terima merupakan suatu kegiatan yang bersifat menyeluruh dilakukan oleh tenaga kesehatan atau tim kesehatan yang sedang berjaga seperti penyerahan pasien dari perawat yang berjaga sebelum timbang terima (handover) kepada perawat yang berjaga setelah timbang terima (handover) dilakukan. Penyerahan pasien disertai dengan pemberitahuan informasi terkini pasien, keadaan pasien, kebutuhan pasien dan tindakan medis ataupun asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien.

Metode komunikasi SBAR dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien, sehingga dapat memberikan rasa kenyamanan dan keamanan terhadap pasien. Penyampaian metode komunikasi SBAR yang dilakukan dengan tepat dapat mempermudah komunikasi antar tenaga kesehatan dan sebagai bentuk profesionalisme dalam bekerja di Rumah Sakit.

Ronde keperawatan merupakan salah satu metode pada manajemen keperawatan primer yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan perawat. Ronde keperawatan akan menjadi media bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor, kepekaan dan cara berpikir kritis terhadap pengaplikasian konsep teori ke dalam praktik keperawatan dan pelayanan kepada pasien.

Kolaborasi adalah hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang respektif mereka.

Negosiasi sering dirancang sebagai suatu pendekatan kompromi jika digunakan sebagai strategi menyelesaikan konflik. Selama negosiasi berlangsung berbagai pihak yang terlibat menyerah dan lebih menekankan waktu mengakomodasi perbedaan-perbedaan antara keduanya.

D. Tugas

1. Jelaskan prosedur pre conference!
2. Apakah definisi dari handover? Jelaskan!
3. Jelaskan prosedur dari timbang terima!

4. Apakah manfaat komunikasi SBAR? Jelaskan!
5. Jelaskan pengertian ronde keperawatan!
6. Sebutkan tujuan ronde keperawatan!
7. Apakah pengertian kolaborasi? Jelaskan!
8. Sebutkan manfaat kolaborasi!
9. Apakah yang dimaksud dengan negosiasi?
10. Sebutkan hal-hal yang harus dihindari dalam negosiasi!

E. Referensi

- Abd hul, Y. (2021). *Manajemen Konflik: Pengertian, Strategi Dan Contoh*. Deepublish. <https://penerbitbukudeepublish.com/materi/manajemen-konflik/>
- Alwizra, Fadlan, A. H., & Kurniawan, M. E. (2020). *Manajemen Pengambilan Keputusan*. *Jurnal Menata*, 3(2), 96–111.
- Barus, J., Gultom, R., & Sipayung, R. R. (2022). *Conference Pada Perawat Di Rsu Sari Mutiara Lubuk Pakam*. 3.
- Close, A., & Castledine, G. (2016). *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>
- Damanik, D. N., & Hastuti, M. (2022). *Hubungan Caring Perawat Terhadap Pelaksanaan Komunikasi Sbar Pada Saat Hand Over*. *Jurnal Keperawatan Priority*, 5(1), 103–111.
- Dewi, S. C., Rinawati, A., & Maryana. (2019). *Modul Praktik Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan*. Poltekkes Jogja Press.
- Julianto, M. (2016). *Peran dan fungsi manajemen keperawatan dalam manajemen Konflik*. *Fatmawati Hospital Journal*, 1–7. <http://jurnal.fatmawatihospital.com/pdf/PerandanFungsiManajemenKeperawatandalamManajemenKonflik.pdf>
- Kamil, H. (2011). *Handover Dalam Pelayanan Keperawatan*. *Handover Dalam Pelayanan Keperawatan*, 2(3).
- Marquis, B. L., & Huston, C. L. (2010). *Leadership roles and management functions in nursing theory and application (4th ed.)*. Philadelphia Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Moi, M. F., Nursalam, N., & Asmoro, C. P. (2019). *Factors Affecting the Implementation of Nursing Round) Maria*. *Fundamental and*

- Management Nursing Journal, 2(1), 35–44. <https://e-journal.unair.ac.id/FMNJ%0AOriginal>
- Nursalam. (2014). Manajemen keperawatan: *Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional (Edisi 4)*. Salemba Medika.
- Rahmatulloh, G., Yetti, K., Wulandari, D. F., & Ahsan, A. (2022). *Manajemen Handover Metode SBAR dalam Meningkatkan Komunikasi Efektif*. Journal of Telenursing, 1(69), 5–24.
- Riski, K., & Wijaya, A. (2018). *Modul Praktikum Manajemen Keperawatan*. Prodi S1 Keperawatan Stikes Insan Cendikia Medika.
- Riyanto, S. (2022). *Hubungan Handover Tradisional dan Badside Handover dengan Kepuasan Pasien*. Journal of Innovation Research and Knowledge, 3471(8).
- RSUD Puri Husada. (2016). *Ronde Keperawatan*. RSUD Puri Husada. <http://rsudpurihusada.inhilkab.go.id/ronde-keperawatan/>
- Saleh, C. (2020). *Konsep, Pengertian, dan Tujuan Kolaborasi*. Dapu6107, 1, 7–8.
- Tatiwakeng, R. V., Mayulu, N., & Larira, D. M. (2021). *Hubungan Penggunaan Metode Komunikasi Efektif Sbar Dengan Pelaksanaan Timbang Terima (Handover) Systematic Review*. Jurnal Keperawatan, 9(2), 77. <https://doi.org/10.35790/jkp.v9i2.36784>
- Tuasikal, H., Embuai, S., & Siauta, M. (2020). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan: Teori dan Konsep Dalam Keperawatan (Vol. 59)*. Desanta Muliavisitama.
- Ulfa, N., Erianti, S., & Ennimay. (2022). *Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Komunikasi Efektif terhadap Kualitas Pelaksanaan Handover*. JKA (Jurnal KeperawatanAbdurrahman), 05(02), 20–29.

GLOSARIUM

| | |
|--------------------------------|---|
| <i>Afternoon Shift</i> | Periode kerja sore |
| Ahli | Seseorang yang banyak dianggap sebagai sumber terpercaya atas Teknik maupun keahlian tertentu yang bakatnya untuk menilai dan memutuskan sesuatu dengan benar, baik, sesuai dengan aturan dan status oleh sesamanya atauoun khalayak dalam bidang khusus tertentu . |
| ANA | <i>American Nurses Assocation</i> |
| <i>Associate Nurse</i> | Perawat yang diberikan wewenang dan ditugaskan untuk memberikan pelayanan keperawatan langsung kepada klien |
| <i>Authority</i> | Hak untuk melakukan sesuatu atau memerintahorang lain untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu agar tercapai tujuan tertentu. |
| <i>Centralization</i> | Memusatkan seluruh wewenang kepada sejumlah kecil manajer atau yang berada di posisi puncak pada suatu struktur organisasi. |
| <i>Discharge Planning</i> | Perencanaan pulang pasien untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan sebelum dan sesudah pulang |
| <i>Division of Work</i> | Penempatan karyawan harus disesuaikan dengan keahlian yang dimiliki, bukan berdasarkan factor emosional atau nonteknis lainnya. |
| <i>Evidence-Based Practice</i> | Praktik berbasis bukti |
| <i>Evidence Based Nursing</i> | Keperawatan berbasis bukti |
| <i>Functional nursing</i> | Metode penugasan fungsional |
| <i>Head Nurse</i> | Kepala ruangan |
| <i>Individual</i> | Secara individu |
| Jenjang karir | Serangkaian jabatan atau posisi dalam pekerjaan yang bisa membantu kita untuk berkembang dan mencapai posisi tertentu yang menjadi tujuan. |
| KARU | Kepala Ruangan |
| <i>Morning Shift</i> | Periode kerja pagi |
| <i>Multidisciplinary Team</i> | Tim dari berbagai disiplin ilmu |
| <i>Night Shift</i> | Periode kerja malam |

| | |
|------------------------------------|--|
| <i>Nurse team leader</i> | Ketua Tim Perawat |
| <i>NIC</i> | <i>Nursing Intervention Classification</i> |
| <i>Organizational Resources</i> | Sumber daya organisasi |
| <i>PA</i> | <i>Perawat Associate (perawat pelaksana)</i> |
| <i>Patient</i> | Pasien |
| <i>Person-Centered</i> | Berfokus pada orang/ pasien |
| <i>PJ</i> | <i>Penanggung Jawab</i> |
| <i>PP</i> | <i>Perawat Primer (ketua tim)</i> |
| <i>Primary nursing</i> | Metode keperawatan primer |
| <i>Role play</i> | Bermain peran |
| <i>SBAR</i> | <i>Situation, Background, Assasement, Recommendation</i> |
| <i>Task-Focused</i> | Berfokus pada tugas |
| <i>Team nursing</i> | Metode keperawatan tim |
| <i>Total patient care approach</i> | Metode penugasan perawatan total atau Metode kasus |
| <i>Training</i> | Pelatihan |

INDEKS

A

Ahli 1, 7, 8
Anggota 30
Authority 2
Associate Nurse 57

B

Bidang 116

D

Division of work 2
Discipline 2
Discharge Planning 58, 70, 114

E

Evidence-Based Practice 60

F

Functional nursing 53

H

Head Nurse 139
Hirarki 2

I

Individual 2, 22, 30, 53

J

Jenjang karir 2, 75

K

Ketua tim 4, 6, 32
Komando 2, 4
Koordinasi 2, 4,30
Korektif 7

O

Order 2, 20

P

Patient 53, 63
Person-Centered 53
Primary nursing 53, 57
Perencanaan 3
Pengorganisasian 4
Pengarahan 5
Pengendalian 6
Prinsip 2

R

Rasional 1, 34
Role play 64

T

Task-Focused 53
Team nursing 53
Total patient care approach 53
Training 52

TENTANG PENULIS



Ns. Ita, S.Kep., M.Kep., Lahir di Jakarta, tanggal 9 Oktober 1981. Tahun 1999 penulis menyelesaikan Sekolah Perawat Kesehatan di Rumah Sakit RSAB Harapan Kita. Tahun 2005 penulis menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, dilanjutkan dengan Program Studi Ners pada tahun 2006. Tahun 2016 penulis melanjutkan S2 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan peminatan Manajemen Keperawatan. Pada tahun 2007 sampai sekarang penulis menjadi dosen tetap Yayasan di Prodi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Penulis mengajar beberapa mata kuliah diantaranya sebagai pengampu mata kuliah manajemen keperawatan dan keperawatan dasar. Tahun 2020 sampai sekarang menjabat sebagai Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Tahun 2015 sampai sekarang selama dua periode kepengurusan penulis aktif sebagai pengurus dalam organisasi Asosiasi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI) Regional 3 DKI Jakarta.



Ria Anugrahwat, Ners., M.Kep. adalah Dosen di Akademi Keperawatan Hermina Manggala Husada. Pendidikan tinggi keperawatan penulis dimulai dari Akademik Keperawatan Jayakarta (2004), Sarjana Keperawatan (2008), Ners (2010) dan S2 Manajemen Keperawatan (2014). Pada program studi S1 dan S2 Ilmu Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis menjadi dosen di Akademi Keperawatan Hermina Manggala (2016-sekarang). Dalam bidang organisasi, penulis menjadi Pengurus AIPViKI Regional 3 (2019- 2023).



Ns. Junita Maratur Silitonga., M.Kep. Tempat tanggal lahir Pulau Siantar 13 Juni 1969, alamat Jl. Kebembem 1b No 36 Jagakarsa, Jakarta Selatan. Menempuh pendidikan di SD Kalam Kudus P.Siantar (1977-1982), SMP Kalam Kudus P.Siantar (1982-1985), SMA Yayasan USI P.Siantar (1985-1988). Melanjutkan pendidikan D III Keperawatan Darma Agung Medan (1988-1991), mengambil gelar S1 Keperawatan di STIKIM Indonesia Majua S1 Keperawatan dan Program Profesi Ners (2007-2010), mengambil program magister Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Penulis dosen Akper Hermina Manggala Husada (2015-2018), Wakil Direktur 2 Akper Hermina Manggala Husada dari tahun 2018-sekarang.



Ns. Rutmauli Hutagaol., M.Kep Lahir pada 17 Mei 1987 di Serdang Bedagai. Menempuh pendidikan dari D-III Keperawatan Medistra Lubuk Pakam (2005 s.d 2008), dan Pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2011 s.d 2013) dan profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014 s.d 2015). Melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2017 s.d 2019). Pengalaman bekerja di Rumah Sakit sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Gading Pluit Jakarta Utara (2009 s.d 2011) dan Rumah Sakit Medistra Jakarta (2015 s.d 2017). Pengalaman mengajar di Akademi Keperawatan Andalusia Jakarta (2020 s.d 2022) dan saat ini di Poltekkes Kemenkes Banjarmasin.



Ns. Deny Gunawan, S.Kep., M.Kep, Lulusan S1 Keperawatan Universitas Sriwijaya (2007), Ners Universitas Sriwijaya (2008), S2 Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (2019).

Penulis mengawali pekerjaan di tahun 2009 menjadi perawat pelaksana di ruang rawat inap syaraf dan penyakit dalam, 2011 menjadi ketua tim di ruang rawat inap penyakit dalam, bulan agustus 2015 menjadi sekretaris direktur utama, bulan oktober 2015 menjadi sekretaris komite mutu dan keselamatan, sekaligus menjabat sebagai sekretaris sub komite keselamatan pasien, tahun 2019 menjadi koordinator sekretariat akreditasi, tahun 2020 menjadi sekretaris sub komite manajemen risiko, tahun 2021 menjadi kepala ruangan di ruang bedah onkologi di RSUP Dr Mohammad Hoesin Palembang yang telah mencapai predikat akreditasi nasional (KARS) dan akreditasi Internasional (JCI). Penulis juga aktif melakukan penelitian dan publikasi ilmiah baik ke jurnal nasional maupun internasional. Aktif juga mengikuti konferensi baik nasional maupun internasional. Hasil dari penelitian dan publikasi tersebut sebagian dituangkan dalam buku ini. Penulis pernah juga tergabung dalam pembuatan buku “Manajemen Risiko Bagi Manajer Keperawatan dalam Meningkatkan Mutu dan Keselamatan Pasien “ bersama tim lainnya. Penulis Aktif juga menjadi pengajar baik di institusi milik pemerintah maupun swasta hingga sekarang Penulis aktif dalam Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI) Provinsi Sumatera Selatan sebagai sekretaris dan sebagai anggota pengurus Dewan Perwakilan Daerah Perhimpunan Perawat Nasional Indonesia (DPD PPNI) Provinsi Sumatera Selatan di Divisi Hubungan Antar Lembaga.



Ns. Sancka Stella Ganianda Sihura, M.Kep., lahir di Kuningan, 3 April 1991, adalah seorang dosen pendidik yang saat ini berkarya di Universitas Indonesia Maju (2019-sekarang). Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Program Profesi Ners di STIKes Borromeus Bandung (2009-2014) dan bekerja sebagai perawat pelaksana di RS. Santo Borromeus Bandung (2014-2017), serta menyelesaikan S2 Keperawatan kekhususan Manajemen Keperawatan di Universitas Indonesia (2017-2019). Penulis dapat dihubungi di email stellasancka@gmail.com



Ns. Dherlirona., S.Kep., M.Kep Lahir di Palembang pada tanggal 25 Maret 1986. Beliau lulus S1 Keperawatan di STIK Bina Husada Palembang pada tahun 2008, Lulus Profesi Ners dari STIK Bina Husada Palembang pada Tahun 2009, dan Lulus S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2016. Beliau memiliki pengalaman pekerjaan sebagai Perawat di RS. Harum Jakarta Timur dari Bulan Januari 2010 – November 2010 Sebagai Perawat Pelaksana (Terakhir), beliau juga pernah sebagai dosen Akademi Kesehatan Yayasan RS.Jakarta Bulan November 2010 – Desember 2021 Sebagai Sekretaris Prodi Keperawatan (Terakhir), pernah juga kerja di Klinik Promedika Health & Beauty Center Sebagai PJ.Health Bulan November 2021–Mei 2022, dan sekarang beliau masih bekerja di RS.Yadika sebagai Kasie Mutu & Diklat Keperawatan.



Lilis Kamilah., S.Kep., M.Kep. Lahir di Sukabumi tanggal 12 Mei 1965. Telah menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Universitas Indonesia pada tahun 2004 dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2016. Saat ini sebagai dosen tetap di Prodi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto.



Ns. Siti Anisah, S.Kep., M.Kep lahir di Tulungagung, 19 Oktober 1972. Telah menyelesaikan pendidikan di D3 Depkes Malang tahun 1994, S 1 Keperawatan dan profesi Ners di FIKUI tahun 2005-2006 serta Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2017. Penulis pernah bekerja sebagai perawat klinik di RSI Aisyah Malang (1994 - 1998) dan staf pendidikan di SPK RS Soepraoen Malang (1995 - 1999). Saat ini penulis adalah perawat klinik di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta sejak tahun 1999 sampai sekarang) dan dosen klinik di Stikes RSPAD Gatot Soebroto (2019 - sampai sekarang). Penulis juga menyelesaikan pelatihan dari twinning program InETNA dan WCET angkatan pertama tahun 2007. Penulis aktif sebagai pembicara tentang perawatan luka, stoma dan kontimen dan menulis artikel di beberapa jurnal ilmiah.



Ns. Solehudin, S.Kep, M.Kes., M.Kep lahir 7 Maret 1975 di Kota Majalengka, Jawa Barat. Penulis menempuh pendidikan di Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Cirebon, Diploma III Keperawatan di Poltekkes Bogor, memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2013, gelar Magister Kesehatan dari Program Studi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2017, gelar Magister Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2021. Penulis pernah bekerja sebagai perawat di RSUD Cideres Majalengka tahun 1994–1995, di RS PMI Bogor tahun 1995-2020, dosen di Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor sejak tahun 2017–2020. Sejak Oktober tahun 2020 bekerja sebagai dosen di Program Studi Keperawatan Universitas Indonesia Maju Jakarta.