

Manajemen Keperawatan

Aplikasi dalam Praktik
Keperawatan Profesional

Edisi 4

Nursalam



**Penerbit
Salemba Medika**

Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4

Dr. Nursalam, M.Nur (Hons).

General Manager: Suwartono

Koordinator Penerbitan dan Produksi: Ariyanto

Senior Editor: Aklia Suslia

Copy Editor: xxxx

Tata Letak: Hilda Yunita

Desain Sampul: Deka Hasbiy

Hak Cipta © 2014, Penerbit Salemba Medika

Jl. Raya Lenteng Agung No. 101

Jagakarsa, Jakarta Selatan 12610

Telp. : (021) 781 8616

Faks. : (021) 781 8486

Website : <http://www.penerbitsalemba.com>

E-mail : info@penerbitsalemba.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA
<ol style="list-style-type: none">1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Pengetahuan medis senantiasa berubah. Pembaca disarankan untuk memeriksa informasi terbaru yang disediakan oleh produsen masing-masing obat (yang akan diberikan) untuk memverifikasi dosis, metode, dan interval pemberian yang direkomendasikan serta kontraindikasinya. Merupakan tanggung jawab dari praktisi dengan memperhatikan pengalaman dan pengetahuan pasien untuk menentukan dosis dan perawatan terbaik bagi masing-masing pasien. Penerbit maupun penulis tidak bertanggung jawab atas kecelakaan dan/atau kerugian yang dialami seseorang atau sesuatu yang diakibatkan oleh penerbitan buku ini.

Nursalam

Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional
Edisi 4/Nursalam

—Jakarta: Salemba Medika, 2014

1 jil., xxx hlm., 19 × 26 cm

ISBN xxx-xx-xxxx-xx-x

1. Keperawatan 2. Manajemen Keperawatan
I. Judul II. Nursalam



Tentang Penulis



Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) adalah staf pengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Penulis menempuh pendidikan D-3 Ilmu Keperawatan tahun 1988 di Akademi Keperawatan Sutomo, Surabaya. Pada tahun 1991, penulis mendapatkan Graduate Certificate Medical Surgical Nursing di Lambton College Sarnia, Ontario, Kanada. Kemudian pada tahun 1996, penulis menyelesaikan pendidikan S-1 dan S-2 Keperawatan di University of Wollongong, New South Wales, Australia, dan mendapatkan gelar Honours Master of Nursing di universitas yang sama pada tahun 1998. Pada tahun 2005, penulis menyelesaikan pendidikan S-3 di Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar keperawatan. Penulis telah menulis lebih dari delapan buku keperawatan dan menulis artikel di berbagai jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.



Kata Pengantar

Tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan keperawatan merupakan suatu fenomena yang direspons oleh perawat. Respons yang muncul antara lain dengan banyak belajar mengenai konsep pengelolaan keperawatan dan langkah-langkah konkret dalam pelaksanaannya secara kondusif. Langkah-langkah konkret dapat berupa penataan sistem model asuhan keperawatan profesional (MAKP), mulai dari ketenagaan/pasien, penetapan sistem MAKP, sampai dengan perbaikan dokumentasi keperawatan dengan menerapkan prinsip SME (sesuai standar, mudah dilaksanakan, serta efisien dan efektif).

Penyusunan buku *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* Edisi 4 merupakan langkah awal penulis untuk berpartisipasi mewujudkan tujuan peningkatan kualitas pelayanan. Penulis menyadari bahwa penyusunan buku ini tidak akan dapat terlaksana tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada Penerbit Salemba Medika, semua pengelola dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Unair, mahasiswa PSIK FK Unair, teman-teman di PPNI Jawa Timur, Forum Komunikasi Program Diploma Akademi Perawat Anestesi, serta khususnya kepada keluarga tercinta yang telah mendorong penulis untuk selalu berprinsip pada 3 M, yaitu mulai dari diri sendiri, mulai dari hal-hal kecil, dan mulai dari sekarang.

Kepada semua pembaca, para perawat maupun calon perawat (mahasiswa keperawatan) yang tertarik membaca buku ini, saya sampaikan terima kasih. Buku ini tidak luput dari kesalahan dan kekurangan disebabkan keterbatasan penulis dalam berbagai hal. Apabila ada sumber rujukan yang belum saya cantumkan pada penulisan ini, tidak ada maksud plagiat tetapi karena murni kealpaan dari penulis, untuk itu mohon dimaafkan. Penulis mengharapkan saran dan kritik yang konstruktif demi perbaikan buku ini.

Surabaya, Februari 2014

Nursalam



Daftar Isi

Tentang Penulis	iii
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii

Bagian 1

Tren Isu Pengelolaan Perubahan Manajemen Keperawatan	1
Bab 1 Konsep Dasar Perubahan	3
Jenis dan Proses Perubahan	5
Teori-Teori Perubahan	6
Strategi Membuat Perubahan	10
Kunci Sukses Strategi untuk Terjadinya Perubahan yang Baik	11
Tahap dan Pedoman Pengelolaan Perubahan	12
Agen Pembaru	14
<i>Daftar Pustaka</i>	15
Bab 2 Pengelolaan Tren dan Isu Perubahan Keperawatan Indonesia dalam Proses Profesionalisasi	17
Kebijakan Pemerintah (Depkes) Tentang Profesionalisasi Keperawatan	18
Perubahan Profesi Keperawatan di Indonesia	19
Permasalahan	23
Langkah Strategis dalam Menghadapi Tren dan Isu Perubahan Keperawatan di Masa Depan	26
Perubahan dan Pengembangan Peran Perawat Profesional di Masa Depan	37
<i>Daftar Pustaka</i>	45

Bagian 2

Etik Keperawatan	47
Bab 3 Penerapan Etik dan Legal dalam Praktik Keperawatan Profesional	49
Pengantar dan Masalah	49
Konsep Etik Keperawatan	51
Kode Etik Keperawatan Di Indonesia (PPNI) Code of Ethics for Nurses–Indonesia)	54
Informed Consent	57
EDM (Ethical Decision Making) in Nursing	59
Autonomy dan Informed Consent	61
<i>Daftar Pustaka</i>	79

Bagian 3

Konsep Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan	81
Bab 4 Teori Manajemen dan Kepemimpinan	83
Ilmu Manajemen	83
Manajemen Hubungan Antarmanusia (1930–1970)	85
Pengembangan Teori Kepemimpinan	86
Teori Kontingensi dan Situasional	92
Teori Kontemporer (Kepemimpinan dan Manajemen)	93
Teori Motivasi	94
Teori Z	95
Teori Interaktif	95
Kompetensi yang Harus Dimiliki oleh Manajer Keperawatan dalam Meningkatkan Efektivitas Kepemimpinannya pada Abad ke-21	96
Instrumen Penilaian Kecenderungan Gaya Kepemimpinan	101
Contoh Kasus	101
<i>Daftar Pustaka</i>	102

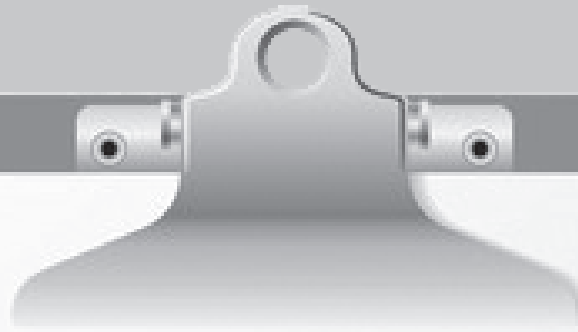
Bagian 4

Perencanaan dan Pengaturan	103
Bab 5 Motivasi, Kinerja, dan Kepuasan Kerja	105
Teori Motivasi dan Manajemen	105
Motivasi Kerja	112
Penampilan dan Kepuasan Kerja	115
Keberhasilan Penyelesaian Tugas Sebagai Strategi Meningkatkan Kepuasan Kerja	117
Kinerja (Performance)	120
Kepuasan	125
Teori Model Kepuasan	125
Kepuasan Pelanggan (Pasien)	127
Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kepuasan	128
Indeks Kepuasan	129
Contoh Kasus 1	120
Contoh Kasus 2	130
<i>Daftar Pustaka</i>	131

Bab 6	Pendelegasian dan Supervisi	133
	Ketidakefektifan dalam Pendelegasian	133
	Konsep Pendelegasian	134
	Prinsip Utama Pendelegasian	137
	Contoh Kasus 1	141
	Contoh Kasus 2	142
	<i>Daftar Pustaka</i>	142
Bab 7	Komunikasi dalam Manajemen Keperawatan	143
	Proses Komunikasi	143
	Prinsip Komunikasi Manajer Keperawatan	145
	Model Komunikasi	145
	Strategi Komunikasi dalam Praktik Keperawatan di Rumah Sakit	147
	Aplikasi Komunikasi dalam Asuhan Keperawatan	149
	<i>Daftar Pustaka</i>	151
Bab 8	Manajemen Konflik, Kolaborasi, dan Negosiasi	153
	Sejarah Terjadinya Manajemen Konflik	154
	Sumber Konflik	155
	Kategori Konflik	155
	Proses Konflik	156
	Penyelesaian Konflik	157
	Negosiasi	159
	Contoh Kasus	161
	<i>Daftar Pustaka</i>	162
Bagian 5		
<hr/>		
	Pengelolaan Pelaksanaan dalam Praktik Keperawatan Profesional	163
Bab 9	Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)	165
	Pendahuluan	165
	Faktor-Faktor yang Berhubungan dalam Perubahan MAKP	166
	Metode Pengelolaan Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Profesional	168
	Metode Penghitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan	179
	Penghitungan Beban Kerja	189
	<i>Daftar Pustaka</i>	196
Bab 10	Aplikasi Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)	197
	Pendahuluan	197
	Perubahan Model Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan	197
	Langkah Pengelolaan MAKP	198
	<i>Daftar Pustaka</i>	258
	Lampiran 10 Pengukuran Rekapitulasi Mutu Pelayanan Keperawatan	259

Bagian 6

Mutu Pelayanan	291
Bab 11 Mutu Pelayanan Keperawatan	293
Pendahuluan	293
Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan	294
Indikator Penilaian Mutu Asuhan Keperawatan	308
Audit Internal Pelayanan Keperawatan	310
Audit Personalia	312
Keselamatan Pasien	316
Perawatan Diri	336
Kepuasan Pasien	337
Kenyamanan	342
Kecemasan	344
Pengetahuan	346
Contoh Kasus	349
<i>Daftar Pustaka</i>	350
Bab 12 Penerapan Balance Scorecard dalam Perencanaan Strategi Keperawatan	351
Sejarah Penggunaan BSC	353
<i>Daftar Pustaka</i>	369
Lampiran Program Pendidikan Profesi Ners (P3N) Praktik Profesi Manajemen Keperawatan	L-1
Lampiran 1 Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)–Primary Nursing di Ruang Bedah X RS Y	L-11
Lampiran 2 Timbang Terima (Shift/Hand Over)	L-19
Lampiran 3 Ronde Keperawatan (Nursing Rounds)–Data Rekap Harian Perkembangan Masalah	L-33
Lampiran 4 Pengelolaan Obat (Sentralisasi Obat)	L-47
Lampiran 5 Supervisi Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan	L-61
Lampiran 6 Discharge Planning	L-79
Lampiran 7 Dokumentasi Keperawatan	L-97



Bagian 1

**Tren Isu Pengelolaan
Perubahan Manajemen
Keperawatan**

BAB 1

Konsep Dasar Perubahan



Perubahan pelayanan keperawatan mempunyai dua pilihan utama, yaitu mereka melakukan inovasi dan berubah atau mereka yang diubah oleh suatu keadaan dan situasi. Perawat harus mempunyai keterampilan dalam proses perubahan. Keterampilan pertama adalah proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan pendekatan dalam menyelesaikan masalah yang sistematis dan konsisten dengan perencanaan perubahan. Keterampilan kedua adalah ilmu teoretis dan pengalaman praktik. Perawat harus diajarkan ilmu teoretis di kelas dan mempunyai pengalaman praktik untuk bekerja secara efektif dengan orang lain.

Perubahan pelayanan kesehatan/keperawatan merupakan kesatuan dalam perkembangan dan perubahan keperawatan di Indonesia. Bahkan, menjadi hal yang aneh atau tidak semestinya terjadi, apabila masyarakat umum dan lingkungannya terus-menerus berubah, sedangkan keperawatan yang merupakan bagian masyarakat tersebut tidak berubah dalam menata kehidupan profesi keperawatan. Perubahan adalah cara keperawatan mempertahankan diri sebagai profesi dan berperan aktif dalam menghadapi era global (milenium III). Masyarakat ilmuwan dan profesional keperawatan Indonesia melihat dan mempersiapkan proses profesionalisasi pada era global ini bukan sebagai suatu ancaman untuk ditakuti atau dihindari, tetapi merupakan tantangan untuk berupaya lebih keras memacu

proses profesionalisasi keperawatan di Indonesia serta menyejajarkan diri dengan keperawatan di negara-negara lain. Mewujudkan keperawatan sebagai profesi di Indonesia bukan hanya sekadar perjuangan untuk membela nasib para perawat yang sudah lama kurang mendapat perhatian. Namun lebih dari itu, upaya ini dilakukan untuk memenuhi hak masyarakat dalam mendapat asuhan keperawatan yang profesional.

Keperawatan sebagai profesi yang merupakan bagian dari masyarakat akan terus berubah sejalan dengan masyarakat yang terus berkembang dan mengalami perubahan. Keperawatan dapat dilihat dari berbagai aspek, antara lain keperawatan sebagai bentuk asuhan profesional kepada masyarakat, keperawatan sebagai ilmu pengetahuan dan teknologi (iptek), serta keperawatan sebagai kelompok masyarakat ilmuwan dan kelompok masyarakat profesional. Dengan terjadinya perubahan atau pergeseran dari berbagai faktor yang memengaruhi keperawatan, akan berdampak pada perubahan dalam pelayanan/asuhan keperawatan, perkembangan iptek keperawatan, maupun perubahan dalam masyarakat keperawatan, baik sebagai masyarakat ilmuwan maupun sebagai masyarakat profesional.

Tuntutan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan pada era global akan terus berubah karena masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat juga terus mengalami perubahan. Masalah keperawatan sebagai bagian masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat terus-menerus berubah karena berbagai faktor yang mendasarinya juga terus mengalami perubahan. Dengan berkembangnya masyarakat dan berbagai bentuk pelayanan profesional serta kemungkinan adanya perubahan kebijakan dalam bidang kesehatan, maka mungkin saja akan terjadi pergeseran peran keperawatan dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Era global, hendaknya oleh para penggiat keperawatan dipersiapkan secara benar dan menyeluruh, mencakup seluruh aspek keadaan atau peristiwa yang telah, sedang, dan yang akan berlangsung pada era tersebut. Memasuki era global, kita dihadapkan pada perkembangan iptek yang sangat cepat. Proses penyebaran iptek juga disertai dengan percepatan penyebaran berbagai macam barang dan jasa yang luar biasa banyak. Hal ini disebabkan pesatnya perkembangan teknologi transportasi, telekomunikasi, dan jenis teknologi lainnya. Semuanya ini mencerminkan terjadinya proses globalisasi dengan segala ciri dan konsekuensinya.

Ada empat skenario masa depan yang diprediksikan akan terjadi dan harus diantisipasi dengan baik oleh profesi keperawatan Indonesia (Ma'arifin, 1999), yaitu:

1. masyarakat berkembang—ditunjukkan dengan tingkat pendidikan—sehingga membuat mereka memiliki kesadaran yang lebih tinggi akan hak dan hukum, menuntut berbagai bentuk dan jenjang pelayanan kesehatan yang profesional, ditambah pula rentang kehidupan daya ekonomi masyarakat ikut semakin melebar;
2. rentang masalah kesehatan meluas, sehingga berdampak pada sistem pemberian pelayanan kesehatan, mulai dari teknologi yang sederhana sampai pada teknologi yang sangat canggih;

3. Ilmu pengetahuan dan teknologi terus berkembang dan harus dimanfaatkan secara tepat guna;
4. tuntutan profesi meningkat karena didorong oleh perkembangan iptek medis, permasalahan internal pada profesi keperawatan, dan era global.

Terdapat empat kategori umum perubahan sosial yang memengaruhi peran keperawatan, yaitu pergeseran menuju arah pengasuhan diri sendiri dan rasa tanggung jawab seseorang terhadap kesehatan yang meliputi:

1. pengaruh faktor-faktor lingkungan terhadap kesehatan;
2. pergeseran penekanan pelayanan kesehatan dengan lebih menekankan pada upaya pencegahan gangguan kesehatan;
3. perubahan peran dari pemberi pelayanan kesehatan;
4. cara-cara baru pengambilan keputusan dalam bidang kesehatan yang memberikan penerima pelayanan kesehatan tanggung jawab yang lebih besar dalam perencanaan kesehatan.



JENIS DAN PROSES PERUBAHAN

Perubahan dapat dijabarkan dengan beberapa cara, yaitu perubahan yang tidak direncanakan dan yang direncanakan. Perubahan yang tidak direncanakan adalah perubahan yang terjadi tanpa persiapan. Sebaliknya, perubahan yang direncanakan adalah perubahan yang telah direncanakan dan dipikirkan sebelumnya. Secara umum, perubahan terencana adalah suatu proses di mana ada pendapat baru yang dikembangkan dan dikomunikasikan kepada semua orang, walaupun akhirnya akan diterima atau ditolak. Perubahan ini terjadi dalam waktu yang lama dan memiliki tujuan yang jelas. Perubahan terencana lebih mudah dikelola daripada perubahan tidak terencana yang terjadi pada perkembangan manusia, tanpa persiapan, atau karena suatu ancaman. Oleh karena alasan tersebut, perawat harus dapat mengelola perubahan.

Proses perencanaan terjadi karena adanya perubahan yang sangat kompleks dan melibatkan interaksi banyak orang, faktor, dan tekanan. Perencanaan perubahan, sebagaimana proses keperawatan, memerlukan suatu pemikiran yang matang tentang keterlibatan individu atau kelompok. Penyelesaian masalah, pengambilan keputusan, pemikiran kritis, pengkajian, dan efektivitas penggunaan keterampilan interpersonal—seperti kemampuan komunikasi, kolaborasi, negosiasi, dan persuasi—adalah kunci dalam perencanaan perubahan.

Orang yang mengelola perubahan harus mempunyai visi yang jelas bagaimana proses akan dilaksanakan dengan cara yang terbaik untuk mencapai tujuan. Proses perubahan memerlukan tahapan yang berurutan di mana orang akan terlibat dalam sebuah proses perubahan dan arah perubahan yang akan dilaksanakan. Oleh karena itu, koalisi perlu dan harus dibentuk untuk mendukung perubahan. Selain itu, perubahan juga harus didukung oleh strategi perubahan yang baik. Sebelum

mempelajari strategi perubahan, rangkuman teori-teori perubahan perlu dipelajari terlebih dahulu.



TEORI-TEORI PERUBAHAN

Teori Kurt Lewin (1951)

Lewin (1951) mengungkapkan bahwa perubahan dapat dibedakan menjadi tiga tahapan, yaitu *unfreezing*, *moving*, dan *refreezing* (Kurt Lewin, 1951 dari Lancaster, J., Lancaster, W. 1982). Perubahan tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut.

1. Pencairan (*unfreezing*), yaitu motivasi yang kuat untuk beranjak dari keadaan semula dan mengubah keseimbangan yang ada. Pada tahapan ini, perubahan mulai dirasakan perlu sehingga muncul kesiapan untuk berubah, menyiapkan diri, dan upaya melakukan perubahan.
2. Bergerak (*moving*), yaitu bergerak menuju keadaan yang baru atau tingkat/tahap perkembangan baru karena memiliki cukup informasi, memiliki sikap dan kemampuan untuk berubah, memahami masalah yang dihadapi, dan mengetahui langkah-langkah penyelesaian yang harus dilakukan. Setelah hal-hal ini dimiliki, perlu dilakukan langkah nyata untuk berubah dalam mencapai tingkat atau tahap baru tersebut.
3. Pembekuan (*refreezing*) yaitu keadaan di saat motivasi telah mencapai tingkat/tahap baru atau mencapai keseimbangan baru. Tingkat baru yang telah dicapai harus dijaga agar tidak mengalami kemunduran pada tingkat atau tahap perkembangan semula. Oleh karena itu, selalu diperlukan umpan balik dan kritik yang membangun dalam upaya pembinaan (*reinforcement*) yang terus-menerus dan berkelanjutan.

Tuntutan kebutuhan yang semakin meningkat menyebabkan perawat harus berubah secara terencana dan terkendali. Salah satu teori perubahan yang dikenal sebagai teori lapangan (*field theory*) dengan analisis kekuatan medan (*force field analysis*) dari Kurt Lewin (1951), dalam Ma'rifin (1997), menjelaskan bahwa ada kekuatan pendorong untuk berubah (*driving forces*) dan ada kekuatan penghambat terjadinya perubahan (*restraining force*). Perubahan terjadi apabila salah satu kekuatan lebih besar dari yang lain.

Faktor pendorong terjadinya perubahan terdiri atas kebutuhan dasar manusia dan kebutuhan dasar interpersonal. Manusia memiliki kebutuhan dasar yang tersusun berdasarkan hierarki kepentingan. Kebutuhan yang belum terpenuhi akan memotivasi perilaku sebagaimana teori kebutuhan Maslow (1954). Di dalam keperawatan, kebutuhan ini dapat dilihat dari bagaimana keperawatan mempertahankan dirinya sebagai profesi dalam upaya memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan/asuhan keperawatan yang profesional.

Selain kebutuhan dasar, manusia memiliki tiga kebutuhan dasar interpersonal yang melandasi sebagian besar perilaku seseorang. Kebutuhan tersebut adalah kebutuhan untuk berkumpul bersama-sama, kebutuhan untuk mengendalikan/melakukan kontrol, dan kebutuhan untuk dikasihi. Kebutuhan tersebut di dalam keperawatan diartikan sebagai upaya keperawatan untuk ikut berpartisipasi aktif dalam pembangunan kesehatan dan perkembangan iptek.

Faktor penghambat adalah segala sesuatu yang menghambat terjadinya perubahan. Faktor-faktor penghambat perubahan adalah adanya ancaman terhadap kepentingan pribadi, adanya persepsi yang kurang tepat, reaksi psikologis, dan rendahnya toleransi untuk berubah.

Lewin juga (1951) mengidentifikasi beberapa hal dan alasan yang harus dilaksanakan oleh seorang manajer dalam merencanakan suatu perubahan, yaitu:

1. perubahan hanya boleh dilaksanakan untuk alasan yang baik;
2. perubahan harus secara bertahap;
3. semua perubahan harus direncanakan dan tidak secara drastis atau mendadak;
4. semua individu yang terkena perubahan harus dilibatkan dalam perencanaan perubahan;

Alasan perubahan Lewin tersebut ada alasan yang dapat diterapkan pada setiap situasi, yaitu:

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

Teori Roger (1962)

Roger (1962) mengembangkan teori dari Lewin (1951) tentang tiga tahap perubahan dengan menekankan latar belakang individu yang terlibat dalam perubahan dan lingkungan di mana perubahan tersebut dilaksanakan. Roger (1962) menjelaskan lima tahap dalam perubahan, yaitu: kesadaran, keinginan, evaluasi, mencoba, dan penerimaan atau dikenal juga sebagai *awareness, interest, evaluation, trial, adoption* (AIETA).

Roger percaya bahwa proses penerimaan terhadap perubahan lebih kompleks daripada tiga tahap yang dijabarkan Lewin (1951). Setiap individu yang terlibat dalam proses perubahan dapat menerima atau menolaknya. Meskipun perubahan dapat diterima, mungkin saja suatu saat akan ditolak setelah perubahan tersebut dirasakan sebagai hal yang menghambat keberadaannya.

Roger mengatakan bahwa perubahan yang efektif bergantung pada individu yang terlibat, tertarik, dan berupaya untuk selalu berkembang dan maju serta mempunyai suatu komitmen untuk bekerja dan melaksanakannya.

Teori Lipitts (1973)

Lipitts (1973) dalam Husin (1999) mendefinisikan perubahan sebagai sesuatu yang direncanakan atau tidak direncanakan terhadap *status quo* dalam individu, situasi atau proses, dan dalam perencanaan perubahan yang diharapkan, disusun oleh individu, kelompok, organisasi atau sistem sosial yang memengaruhi secara langsung tentang *status quo*, organisasi lain, atau situasi lain. Tidak seorang pun bisa lari dari perubahan. Pertanyaannya adalah bagaimana seseorang mengatasi perubahan tersebut? Kunci untuk menghadapi perubahan tersebut adalah mengidentifikasi tujuh tahap dalam proses perubahan. Tujuh tahap tersebut adalah sebagai berikut.

1. Menentukan masalah.

Pada tahap ini, setiap individu yang terlibat dalam perubahan harus membuka diri dan menghindari keputusan sebelum semua fakta dapat dikumpulkan. Individu yang terlibat juga harus sering memikirkan dan mengetahui apa yang salah serta berusaha menghindari data-data yang dianggap tidak sesuai. Setiap orang mempunyai tanggung jawab untuk selalu menginformasikan tentang fenomena yang terjadi. Semakin banyak informasi tentang perubahan yang dimiliki seorang manajer, maka semakin akurat data yang dapat diidentifikasi sebagai masalah. Semua orang yang mempunyai kekuasaan harus diikuti sedini mungkin dalam proses perubahan tersebut.

2. Mengkaji motivasi dan kapasitas perubahan.

Perubahan merupakan sesuatu yang mudah, tetapi keberhasilan perubahan dalam mencapai tujuan yang lebih baik akan memerlukan kerja keras dan komitmen yang tinggi dari semua orang yang terlibat di dalamnya. Pada tahap ini, semua orang yang terlibat dan lingkungan yang tersedia harus dikaji tentang kemampuan, hambatan yang mungkin timbul, dan dukungan yang akan diberikan. Mengingat mayoritas praktik keperawatan berada pada suatu organisasi/instansi, maka struktur organisasi harus dikaji apakah peraturan yang ada, kebijakan, budaya organisasi, dan orang yang terlibat akan membantu proses perubahan atau justru menghambatnya. Fokus perubahan pada tahap ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang mendukung dan menghambat terhadap proses perubahan tersebut.

3. Mengkaji motivasi agen pembaru dan sarana yang tersedia.

Pada tahap ini, diperlukan suatu komitmen dan motivasi manajer dalam proses perubahan. Pandangan manajer tentang perubahan harus dapat diterima oleh staf dan dapat dipercaya. Manajer harus mampu menunjukkan motivasi yang tinggi dan keseriusan dalam pelaksanaan perubahan dengan selalu mendengarkan masukan-masukan dari staf dan selalu mencari solusi yang terbaik.

4. Menyeleksi tujuan perubahan.

Pada tahap ini, perubahan harus sudah disusun sebagai suatu kegiatan secara operasional, terorganisasi, berurutan, kepada siapa perubahan akan berdampak, dan kapan waktu yang tepat untuk dilaksanakan. Untuk itu diperlukan suatu target waktu dan perlu dilakukan uji coba sebelum menentukan efektivitas perubahan.

5. Memilih peran yang sesuai dilaksanakan oleh agen pembaru.

Pada tahap ini, perlu ada suatu pemilihan seorang pemimpin atau manajer yang ahli dan sesuai di bidangnya. Manajer tersebut akan dapat memberikan masukan dan solusi yang terbaik dalam perubahan serta dia bisa berperan sebagai seorang mentor yang baik. Perubahan akan berhasil dengan baik apabila antara manajer dan staf mempunyai pemahaman yang sama dan memiliki kemampuan dalam melaksanakan perubahan tersebut.

6. Mempertahankan perubahan yang telah dimulai.

Sekali perubahan sudah dilaksanakan, maka harus dipertahankan dengan komitmen yang ada. Komunikasi harus terbuka dan terus diinformasikan supaya setiap pertanyaan yang masuk dan permasalahan yang terjadi dapat diambil solusi yang terbaik oleh kedua belah pihak.

7. Mengakhiri bantuan.

Selama proses mengakhiri perubahan, maka harus selalu diikuti oleh perencanaan yang berkelanjutan dari seorang manajer. Hal ini harus dilaksanakan secara bertahap supaya individu yang terlibat mempunyai peningkatan tanggung jawab dan dapat mempertahankan perubahan yang telah terjadi. Manajer harus terus-menerus bersedia menjadi konsultan dan secara aktif terus terlibat dalam perubahan.

Tabel 1.1 Perbandingan Perubahan Berdasarkan Tiga Teori Perubahan

Lewin	Roger	Lipitts
Pencairan	Kesadaran Tertarik Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Mendiagnosis masalah. • Mengkaji motivasi, kemampuan untuk berubah. • Mengkaji motivasi agen pembaru dan berbagai sumber saran.
Bergerak	Mencoba	<ul style="list-style-type: none"> • Menetapkan tujuan perubahan. • Menetapkan peran agen pembaru.
Pembekuan	Penerimaan	<ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan perubahan. • Mengakhiri bantuan.



STRATEGI MEMBUAT PERUBAHAN

Perubahan dalam organisasi terdiri atas tiga tingkatan yang berbeda, yaitu: perubahan individu yang bekerja di organisasi tersebut, perubahan struktur dan sistem, serta perubahan hubungan interpersonal. Ketiga tingkatan tersebut membutuhkan strategi untuk menciptakan perubahan yang baik. Strategi membuat perubahan dikelompokkan menjadi empat hal, yaitu: memiliki visi yang jelas, menciptakan budaya organisasi tentang nilai-nilai moral dan percaya kepada orang lain, sistem komunikasi sesering mungkin secara jelas dan singkat, serta keterlibatan orang yang tepat.

Visi yang Jelas

Visi ini merupakan hal yang sederhana dan utama, karena visi dapat memengaruhi pandangan orang lain. Misalnya visi J.F. Kennedy, “Menempatkan seseorang di bulan sebelum akhir abad ini.” Visi harus disusun secara jelas, ringkas, mudah dipahami, dan dapat dilaksanakan oleh setiap orang.

Iklm atau Budaya Organisasi yang Kondusif

Menciptakan iklim yang kondusif dan rasa saling percaya adalah hal yang penting. Perubahan akan lebih baik jika mereka percaya seseorang dengan kejujuran dan nilai-nilai yang diyakininya. Orang akan berani mengambil suatu risiko terhadap perubahan apabila mereka dapat berpikir jernih dan tidak emosional dalam menghadapi perubahan. Setiap perubahan harus diciptakan dalam suasana keterbukaan, kejujuran, dan secara langsung.

Upaya yang harus ditanamkan dalam menciptakan iklim yang kondusif adalah:

1. kebebasan untuk berfungsi secara efektif;
2. dukungan dari sejawat dan pimpinan;
3. kejelasan harapan tentang lingkungan kerja;
4. sumber yang tepat untuk praktik secara efektif;
5. iklim organisasi yang terbuka.

Sistem Komunikasi yang Jelas Singkat dan Berkesinambungan

Komunikasi merupakan unsur yang penting dalam perubahan. Setiap orang perlu mendapat penjelasan tentang perubahan untuk menghindari rumor atau informasi yang salah. Jika semakin banyak orang mengetahui tentang keadaan, maka mereka akan semakin baik dan mampu dalam memberikan pandangan ke depan dan

mengurangi kecemasan serta ketakutan terhadap perubahan. Komunikasi satu arah (*top-down*) tidak cukup dan sering menimbulkan kebingungan karena orang tidak mengetahui apa yang akan terjadi.

Pertanyaan yang perlu disampaikan pada tahap awal perubahan adalah sebagai berikut.

1. Apakah yang sedang terjadi sudah benar?
2. Apa yang lebih baik?
3. Jika Anda bertanggung jawab dalam perubahan, apa yang akan Anda lakukan?

Keterlibatan Orang yang Tepat

Perubahan perlu disusun oleh orang-orang yang kompeten. Begitu rencana sudah tersusun, segeralah melibatkan orang lain pada setiap jabatan di organisasi, karena keterlibatan akan berdampak terhadap dukungan dan advokasi.



KUNCI SUKSES STRATEGI UNTUK TERJADINYA PERUBAHAN YANG BAIK

Keberhasilan perubahan bergantung pada strategi yang diterapkan oleh agen perbaru. Hal yang paling penting adalah harus memulainya.

Mulai Diri Sendiri

Perubahan dan pembenahan pada diri sendiri, baik sebagai individu maupun sebagai profesi merupakan titik sentral yang harus dimulai. Sebagai anggota profesi, perawat tidak akan pernah berubah atau bertambah baik dalam mencapai suatu tujuan profesionalisme jika perawat belum memulai pada dirinya sendiri. Selalu mengintrospeksi dan mengidentifikasi kekurangan dan kelebihan yang ada akan sangat membantu terlaksananya pengelolaan keperawatan di masa depan.

Mulai dari Hal-Hal yang Kecil

Perubahan yang besar untuk mencapai profesionalisme manajer keperawatan Indonesia tidak akan pernah berhasil, jika tidak dimulai dari hal-hal yang kecil. Hal-hal kecil yang harus dijaga dan ditanamkan perawat Indonesia adalah menjaga citra keperawatan yang sudah mulai membaik di hati masyarakat dengan tidak merusaknya sendiri. Sebagai contoh dalam manajemen bangsal, seorang manajer harus menjaga diri dari perilaku yang negatif misalnya dengan berbicara kasar, tidak disiplin waktu, dan tidak melakukan tindakan tanpa memperhatikan prinsip aseptik-antiseptik.

Mulai Sekarang Jangan Menunda

Sebagaimana disampaikan oleh Nursalam (2011), lebih baik sedikit daripada tidak sama sekali, lebih baik dikerjakan sekarang daripada harus terus menunda. 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.



TAHAP DAN PEDOMAN PENGELOLAAN PERUBAHAN

Pengelolaan perubahan menjadi kompetensi utama bagi manajer perawat saat ini. Ketidakefektifan penerapan perubahan akan berdampak buruk terhadap manajer, staf, dan organisasi serta menghabiskan waktu dan dana yang sia-sia. Pegawai ingin belajar perubahan dari pimpinan. Bolton, dkk., (1992) menjelaskan sepuluh tahap pengelolaan perubahan organisasi sebagaimana pada Tabel 1.2 berikut.

Tabel 1.2 Tahap Pengelolaan Perubahan (Bolton, dkk., 1992)

Tahap	Penjelasan
1	Memdefiniskan tujuan perubahan dengan melakukan pengkajian kepada orang yang layak, menguji dokumen, dan menulis bahan-bahan yang sudah dikembangkan, serta secara konsisten menatap ke depan sesuai visi yang telah ditetapkan.
2	Meyakinkan tentang kesesuaian tujuan perubahan dengan rencana strategis organisasi.
3	Di mana tujuan akan dapat dilaksanakan dengan baik dan orang lain akan dengan senang hati terlibat di dalamnya.
4	Menentukan siapa yang akan memimpin perubahan. Pemimpin harus mengomunikasikan visi secara efektif kepada setiap orang di masing-masing tatanan jabatan organisasi dan berperan sebagai pelatih, mentor, pendengar, dan pendukung kelompok kerja.
5	Memfasilitasi komitmen semua pihak yang terlibat.
6	Mengidentifikasi instrumen tujuan yang spesifik yang dapat dipergunakan sebagai tolak ukur pencapaian perubahan.
7	Membangun suatu tim kerja yang solid. Tim kerja tersebut harus mempunyai tanggung jawab yang jelas, mampu berkomunikasi dengan yang lainnya, dan juga mampu melakukan negosiasi serta penyelesaian masalah.
8	Melibatkan semua tim kesehatan yang turut serta dalam praktik keperawatan profesional kepada pasien. Tim tersebut harus mendukung dan terlibat dalam perubahan yang diharapkan oleh organisasi.
9	Belajar dari kesalahan masa lalu untuk menghindari kesalahan yang sama.
10	Ajarkan kepada kelompok kerja tentang proses interaksi perencanaan yang baik. Selalu mengembangkan sesuatu yang komprehensif dan mengomunikasikanya secara terus-menerus.

Pedoman untuk Pelaksanaan Perubahan

Hal-hal berikut ini dapat dijadikan sebagai pedoman dalam pelaksanaan perubahan.

1. Keterlibatan.

Tidak ada seorang pun yang mengetahui semua hal. Menghargai kemampuan dan pengetahuan orang lain serta melibatkannya dalam perubahan merupakan langkah awal kesuksesan perubahan. Orang akan bekerja sama dan menerima pembaruan jika mereka menerima suatu informasi tanpa ancaman dan bermanfaat bagi dirinya.

2. Motivasi.

Orang akan terlibat aktif dalam pembaruan jika mereka termotivasi. Motivasi tersebut akan timbul jika apa yang sudah dilakukan bermanfaat dan dihargai.

3. Perencanaan.

Perencanaan ini termasuk jika sistem tidak bisa berjalan efektif dan perubahan perencanaan apa yang harus dilaksanakan.

4. Legitimasi.

Setiap perubahan harus mempunyai aspek legal yang jelas, siapa yang melanggar, dan dampak apa yang secara administratif harus diterima olehnya.

5. Pendidikan.

Perubahan pada prinsipnya adalah pengulangan belajar atau pengenalan cara baru agar tujuan dapat tercapai.

6. Manajemen.

Agen pembaru harus menjadi model dalam perubahan dengan adanya keseimbangan antara kepemimpinan terhadap orang dan tujuan/produksi yang harus dicapai.

7. Harapan.

Berbagai harapan harus ditekankan oleh agen pembaru, seperti hasil yang berbeda dengan sebelumnya direncanakan, terselesaikannya masalah-masalah di institusi, dan kepercayaan serta reaksi yang positif dari staf.

8. Asuh (*nurturen*).

Bimbingan dan dukungan staf dalam perubahan. Orang memerlukan suatu bimbingan dan perhatian terhadap apa yang telah mereka lakukan, termasuk konsultasi terhadap hal-hal yang bersifat pribadi.

9. Percaya.

Kunci utama dalam pelaksanaan perubahan adalah berkembangnya rasa percaya antartim. Semua yang terlibat harus percaya kepada agen pembaru dan agen pembaru juga harus percaya kepada staf yang terlibat dalam perubahan.



AGEN PEMBARU

Dalam perkembangan karier profesional, setiap individu akan terpanggil untuk menjadi agen pembaru. Menjadi agen pembaru akan menjadi hal yang sangat menarik dan menyenangkan sebagai bagian dari peran profesional. Keadaan tersebut akan terjadi jika Anda merespons setiap perubahan yang terjadi di sekeliling Anda (Vestal, 1999).

Hal pertama yang harus dilakukan adalah mengontrol perilaku dan cara Anda mengelola perubahan. Anda dapat memilih perilaku sebagai pionir, penjelajah, seorang yang berpikiran positif, atau seorang dengan motivasi yang tinggi. Anda dapat mengawali proses perubahan dengan mengurangi/menghilangkan hambatan-hambatan dan memulainya tahap demi tahap. Hal ini bukan sesuatu yang sulit apabila perawat dapat mengontrol perilakunya, sehingga perawat akan menjadi pemimpin yang baik di masa depan.

Anda perlu menjadi bagian dari perubahan dan tidak menjadi orang yang resistan terhadap perubahan untuk menjadi seorang agen pembaru yang efektif. Partisipasi aktif dalam perubahan yang sedang berlangsung akan menjadikan peran Anda menjadi lebih bermakna di kemudian hari.

Agen pembaru berperan untuk menyeleksi setiap fenomena yang terjadi dan memilih hal-hal yang akan diubah. Perubahan yang dipilih bukan hanya pada hal-hal yang mudah, melainkan juga pada hal-hal yang penuh tantangan. Sebagaimana orang bijak mengatakan, “Siapa saja bisa berhasil menyeberangi laut yang tenang, tetapi keberhasilan menyeberangi ombak akan mendapatkan penghargaan yang sesungguhnya”.

Setiap perubahan harus dihadapi dengan senang dan penuh humor. Yakinkan bahwa perubahan adalah hal yang menantang dan menjadi agen pembaru memang tidak mudah. Jika Anda mengalami stres karena terlalu serius dalam perubahan tersebut, maka Anda akan mengalami gangguan kesehatan. Keadaan tersebut berdampak buruk terhadap diri Anda sendiri dan institusi tempat Anda bekerja.

Selalu berpikiran ke depan daripada hanya merenungi hal-hal yang sudah terjadi pada masa lalu (*fix the past*). Berpikirlah suatu cara terbaru dan kesempatan untuk melaksanakan perubahan. Belajar dari kesalahan, dan berpikir terus ke depan akan menjadikan Anda seorang agen pembaru yang sukses. Hal yang harus disadari adalah bahwa apa yang Anda lakukan sekarang belum tentu dapat dipetik manfaatnya pada saat ini. Oleh karena itu, kesuksesan dalam perubahan harus disertai langkah-langkah antisipatif untuk kesuksesan institusi di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bolton, dkk. 1992. "Ten Steps for Managing Organisational Change". *Journal of Nursing Administration*, 22, 14–20.
- Lancaster, J. 1999. *Nursing Issues in Leading and Managing Change*. St.Louis: Mosby.
- Ma'arifin, H. 1999. "Perubahan dan Keperawatan di Indonesia". Makalah Seminar Nasional. Jakarta.
- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan. Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- _____. 2007. *Manajemen Keperawatan: Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Vestal, K.W. 1994. *Nursing Management: Control and Issues*. Edisi 2. Philadelphia: J.B. Lippincott.

BAB 2

Pengelolaan Tren dan Isu Perubahan Keperawatan Indonesia dalam Proses Profesionalisasi



Profesionalisasi keperawatan merupakan proses dinamis di mana profesi keperawatan yang telah terbentuk (1983) mengalami perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai dengan tuntutan profesi dan kebutuhan masyarakat. Profesionalisasi merupakan proses pengakuan terhadap sesuatu yang dirasakan, dinilai, dan diterima secara spontan oleh masyarakat. Profesi ini baru saja mendapat pengakuan dari profesi lain, sehingga dituntut untuk mengembangkan diri agar dapat berpartisipasi aktif dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia demi mendapat pengakuan dari masyarakat. Untuk mewujudkan pengakuan tersebut, perawat masih harus memperjuangkan langkah-langkah profesionalisasi sesuai dengan keadaan dan lingkungan sosial di Indonesia. Proses ini merupakan tantangan bagi perawat Indonesia dan perlu dipersiapkan dengan baik, berencana, dan berkelanjutan. Hal ini tentunya memerlukan waktu yang lama.

Keperawatan Indonesia sampai saat ini masih berada dalam proses mewujudkan keperawatan sebagai profesi. Ini merupakan proses jangka panjang yang ditujukan untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan masyarakat Indonesia. Perubahan yang terjadi akan mencakup seluruh aspek keperawatan, yaitu: penataan pendidikan tinggi keperawatan; pelayanan dan asuhan keperawatan; pembinaan dan kehidupan keprofesian; serta penataan lingkungan untuk perkembangan keperawatan. Pengembangan dalam berbagai aspek keperawatan ini bersifat saling berhubungan, saling bergantung, saling memengaruhi, dan saling berkepentingan. Inovasi dalam keempat aspek di atas merupakan fokus utama keperawatan Indonesia dalam proses profesionalisasi serta mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya dalam menghadapi tantangan keperawatan di masa depan.



KEBIJAKSANAAN PEMERINTAH (DEPKES) TENTANG PROFESIONALISASI KEPERAWATAN

Indonesia telah memasuki era baru, yaitu era reformasi yang ditandai dengan perubahan-perubahan yang cepat di segala bidang, menuju keadaan yang lebih baik. Di bidang kesehatan, tuntutan reformasi total muncul karena masih adanya ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antardaerah dan antargolongan, kurangnya kemandirian dalam pembangunan bangsa, dan derajat kesehatan masyarakat yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara tetangga. Reformasi bidang kesehatan juga diperlukan karena adanya lima fenomena utama yang mempunyai pengaruh besar terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan, yaitu perubahan pada dinamika kependudukan, temuan substansial iptek kesehatan/kedokteran, tantangan global, perubahan lingkungan, dan demokrasi di segala bidang.

Berdasarkan pemahaman terhadap situasi dan adanya perubahan pemahaman terhadap konsep sehat sakit, serta makin kayanya khazanah ilmu pengetahuan dan informasi tentang determinan kesehatan bersifat multifaktor, telah mendorong pembangunan kesehatan nasional ke arah paradigma baru, yaitu paradigma sehat. Paradigma sehat yang dimaksud adalah pemikiran dasar sehat, bukan hanya penyembuhan pada orang sakit, melainkan berorientasi pada peningkatan dan perlindungan penduduk sehat. Paradigma ini menyebabkan kebijakan yang lebih menekankan upaya promotif dan preventif dengan maksud melindungi dan meningkatkan orang menjadi lebih sehat dan produktif, serta tidak mudah jatuh sakit. Di sisi lain, dipandang dari segi ekonomi, melakukan investasi dan intervensi pada orang sehat akan lebih efektif daripada intervensi terhadap orang sakit. Pada masa mendatang, perlu diupayakan agar semua kebijakan pemerintah selalu berwawasan kesehatan, dengan moto “Pembangunan Berwawasan Kesehatan”.

Sebagai profesi, keperawatan dituntut untuk memiliki kemampuan intelektual, interpersonal kemampuan teknis, dan moral. Hal ini bisa ditempuh dengan

meningkatkan kualitas perawat melalui pendidikan lanjutan pada program pendidikan Ners. Dengan demikian, diharapkan terjadi perubahan yang mendasar dalam upaya aktif untuk menyukseskan program pemerintah yang berwawasan luas tentang profesi keperawatan. Perubahan tersebut bisa dicapai apabila pendidikan tinggi keperawatan tersebut dilaksanakan dengan memperhatikan perkembangan pelayanan dan program pembangunan kesehatan seiring dengan perkembangan iptek bidang kesehatan. Selain itu, diperlukan juga proses pembelajaran, baik di institusi pendidikan maupun pengalaman belajar klinik di rumah sakit dan komunitas.

Perubahan-perubahan yang terjadi di era global akan berdampak positif dan negatif terhadap pelayanan keperawatan. Dampak positif akibat perubahan yang terjadi meliputi:

1. makin meningkatnya mutu pelayanan keperawatan yang diselenggarakan;
2. makin sesuai jenis dan keahlian tenaga kesehatan/keperawatan yang tersedia sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat;
3. bertambahnya kesempatan kerja bagi tenaga kesehatan.

Sedangkan dampak negatif yang perlu diperhatikan meliputi:

1. terjadinya persaingan yang makin ketat antartanaga kesehatan/keperawatan bangsa sendiri dan asing;
2. berubahnya filosofi pelayanan kesehatan/keperawatan yang semula berorientasi sosial menjadi sepenuhnya bersifat komersial;
3. makin sulit mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan/keperawatan karena terjadinya ketimpangan pemerataan pelayanan ini yang erat kaitannya dengan tenaga ahli/tenaga asing untuk berkiperah di daerah-daerah terpencil;
4. tidak sesuai pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.



PERUBAHAN PROFESI KEPERAWATAN DI INDONESIA

Tenaga keperawatan hendaknya mempersiapkan era global secara benar dan menyeluruh, mencakup seluruh aspek keadaan dan kejadian atau peristiwa yang telah, sedang, dan akan berlangsung pada era tersebut. Dalam beberapa tahun terakhir, khususnya memasuki era global, perkembangan iptek terjadi dengan sangat cepat. Proses penyebaran iptek, serta penyebaran berbagai macam barang dan jasa menjadi bertambah cepat, bahkan sangat cepat. Hal ini disebabkan adanya perkembangan pesat dari teknologi transportasi dan telekomunikasi serta perkembangan teknologi lainnya. Semua ini mencerminkan terjadinya globalisasi dengan segala ciri dan konsekuensinya.

Keperawatan sebagai pelayanan/asuhan profesional bersifat humanistik, menggunakan pendekatan holistik, dilakukan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berorientasi pada kebutuhan objektif pasien, mengacu pada standar profesional

keperawatan dan menggunakan etika keperawatan sebagai tuntutan utama. Demikianlah kira-kira secara umum tentang keperawatan profesional yang merupakan tanggung jawab seorang perawat profesional yang selalu mengabdikan kepada manusia dan kemanusiaan. Perawat dituntut untuk selalu melaksanakan asuhan keperawatan dengan benar atau rasional dan baik atau etis. Apabila ditinjau dari perkembangan iptek keperawatan serta dari etika keprofesian dan sosial, terdapat empat faktor yang terkait erat dengan proses profesionalisasi, yaitu:

1. pengembangan pendidikan tinggi keperawatan;
2. pengembangan pusat riset keperawatan;
3. penataan standar praktik keperawatan profesional melalui undang-undang praktik keperawatan;
4. pendayagunaan organisasi keperawatan-pokja keperawatan.

Pendidikan keperawatan merupakan institusi yang berperan besar dalam mengembangkan dan menciptakan profesionalisasi para tenaga keperawatan. Pendidikan keperawatan mampu memberikan bentuk dan corak tenaga keperawatan pada lulusannya berupa tingkat kemampuan yang sekaligus mampu untuk memfasilitasi pembentukan komunitas keperawatan dalam memberikan suara dan sumbangsih bagi profesi dan masyarakat (Husin, 1999). Dengan kata lain, pengembangan pendidikan keperawatan yang profesional merupakan salah satu unsur strategis dalam mencapai profesionalisme keperawatan.

Keperawatan Indonesia di masa depan perlu mendapatkan prioritas utama dalam pengembangan keperawatan. Hal ini berkaitan dengan tuntutan profesi dan tuntutan global, mengingat setiap perkembangan dan perubahan memerlukan pengelolaan yang profesional serta memperhatikan setiap perubahan yang terjadi di Indonesia.

Sebagaimana kita ketahui bahwa sistem pelayanan kesehatan mengalami perubahan mendasar dalam memasuki era global ini. Perubahan tersebut merupakan dampak perubahan ekonomi, kependudukan, dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Perubahan ekonomi membawa dampak terhadap pengurangan berbagai anggaran untuk pelayanan kesehatan, sehingga berdampak terhadap orientasi anggaran kesehatan/keperawatan dari lembaga sosial ke orientasi bisnis. Pelayanan kesehatan dihadapkan pada suatu dilema, di satu sisi beberapa alokasi anggaran harus dikurangi, sementara di sisi lain mutu asuhan kesehatan/keperawatan harus ditingkatkan. Keadaan ini juga dipengaruhi oleh keadaan politik yang semakin tidak menentu. Para elit politik, baik eksekutif maupun legislatif, lebih berperan sebagai seorang penguasa yang selalu membenarkan semua tindakannya untuk kepentingan golongan/kelompok tertentu, dan sedikit sekali peduli dengan masalah yang dihadapi anak bangsa, khususnya masalah kesehatan.

Perubahan kependudukan, ditunjukkan dengan bertambahnya jumlah dan umur harapan hidup penduduk Indonesia, akan membawa dampak terhadap masalah

kesehatan dan lingkup praktik keperawatan. Masalah kesehatan ditandai dengan munculnya penyakit baru (*re-merging diseases*), yaitu penyakit lama yang timbul lagi karena pengaruh faktor lingkungan dan mutasi gen, seperti flu burung, HIV/AIDS, chikungunya, dan penyakit lainnya. Terjadi pergeseran lingkup praktik yang dulunya lebih menekankan pada pemberian pelayanan kesehatan/keperawatan pada “*hospital-based*” ke “*community-based*”. Keadaan ini menuntut perawat agar lebih mandiri dan berpandangan jauh ke depan dalam melaksanakan perannya secara profesional.

Era global identik dengan era komputerisasi, sehingga perawat dituntut untuk menguasai teknologi komputer dalam melaksanakan *Management Information System* (MIS), baik di tatanan pelayanan maupun pendidikan keperawatan.

Keyakinan bahwa keperawatan merupakan profesi yang harus disertai dengan realisasi pemenuhan karakteristik keperawatan sebagai profesi yang disebut dengan profesionalisasi. Karakteristik profesi, antara lain:

1. memiliki dan memperkaya batang tubuh pengetahuan (*body of knowledge*) melalui riset;
2. memiliki kemampuan memberikan pelayanan yang unik kepada orang lain;
3. pendidikan yang memenuhi standar;
4. terdapat pengendalian terhadap praktik;
5. bertanggung jawab dan bertanggung gugat (*accountable*) terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan;
6. merupakan karier seumur hidup;
7. mempunyai fungsi mandiri dan kolaborasi;

Praktik keperawatan adalah tindakan keperawatan profesional masyarakat dalam menggunakan pengetahuan teoretis yang mantap dan kukuh dari berbagai ilmu dasar serta ilmu keperawatan sebagai landasan untuk melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis, menyusun perencanaan, melaksanakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, serta mengadakan penyesuaian rencana keperawatan untuk menentukan tindakan selanjutnya. Selain memiliki kemampuan intelektual, interpersonal, dan teknis, perawat juga harus mempunyai otonomi yang berarti mandiri dan bersedia menanggung risiko, bertanggung jawab, dan bertanggung gugat terhadap tindakan yang dilakukannya, termasuk dalam melakukan dan mengatur dirinya sendiri.

Dampak Perubahan

Perubahan sosial ekonomi, politik, kependudukan, dan iptek akan berdampak terhadap perubahan praktik keperawatan, pendidikan keperawatan, dan perkembangan iptek keperawatan. Perawat pada abad mendatang akan menghadapi suatu kesempatan dan tantangan yang sangat luas sekaligus suatu ancaman (Chitty, 1997: 470).

1. Tantangan praktik keperawatan.

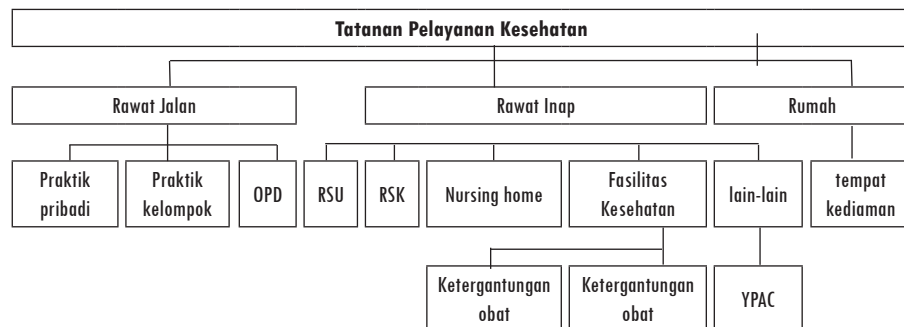
Tantangan praktik keperawatan dapat diidentifikasi sebagai tantangan terhadap pengurangan anggaran dalam sistem pelayanan kesehatan, otonomi dan akuntabilitas, perkembangan teknologi, tempat praktik; dan perbedaan batas kewenangan praktik.

Perawat Indonesia saat ini dihadapkan pada suatu dilema, di satu sisi perawat harus terus mengupayakan peningkatan kualitas layanan kesehatan, di sisi lain pemerintah memotong alokasi anggaran untuk pelayanan keperawatan. Saat melaksanakan tugasnya, perawat jarang mengadakan hubungan interpersonal yang baik karena mereka harus melayani banyak pasien dan dikejar oleh waktu. Keadaan tersebut adalah suatu tantangan bagi perawat dalam berpegang pada nilai-nilai moral dan etis.

Melibatkan perawat dalam pengambilan keputusan di pemerintahan merupakan hal yang sangat positif dalam meningkatkan otonomi dan akuntabilitas perawat Indonesia. Peran serta tersebut perlu terus ditingkatkan dan dipertahankan. Kemandirian perawat dalam melaksanakan perannya merupakan suatu tantangan. Semakin meningkatnya otonomi perawat berarti semakin tinggi tuntutan kemampuan yang harus dipersiapkan.

Penguasaan dan keterlibatan perkembangan iptek dalam praktik keperawatan bagi perawat Indonesia merupakan suatu keharusan. Penguasaan iptek juga akan berperan dalam menyeleksi iptek yang akan diadopsi sesuai dengan kebutuhan dan sosial budaya masyarakat Indonesia. Apabila kita tetap tidak mampu menerapkan teknologi yang ada, maka kita akan menjadi orang yang tertinggal dan ditinggalkan oleh konsumennya.

Tempat praktik keperawatan di masa depan meliputi tatanan klinik, seperti rumah sakit (RS), komunitas, dan praktik mandiri di rumah/berkelompok. Gambaran tempat praktik dapat dilihat pada Figur 2.1.



Figur 2.1 Diagram Proses dalam Praktik Keperawatan

Belum jelasnya batas kewenangan praktik keperawatan pada setiap jenjang pendidikan, adalah termasuk tantangan bagi profesi keperawatan. Berdasarkan hasil kajian penulis, hal tersebut terjadi karena belum dipahami

atau dikembangkannya “*body of knowledge*” keperawatan. Selama menempuh pendidikan, perawat mendapatkan ilmu dan pola pikir yang hampir sama dengan profesi kedokteran, sehingga bukan sesuatu yang aneh jika setelah lulus para perawat akan praktik seperti apa yang didapatkannya di sekolah. Perawat sering dihadapkan pada suatu dilema karena tidak jelasnya batas kewenangan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Keadaan ini jelas akan berdampak terhadap peran perawat dalam peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

2. Tantangan pendidikan keperawatan.

Di masa depan, pendidikan keperawatan menghadapi tantangan dalam meningkatkan kualitas lulusannya. Para lulusan pendidikan keperawatan ini dituntut untuk menguasai kompetensi-kompetensi profesional. Isi kurikulum program pendidikan ke depan harus menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi. Misalnya, tren bertambahnya umur penduduk juga akan menjadi isu sentral dalam pengembangan kurikulum pendidikan keperawatan di masa depan. Dengan demikian, isi kurikulum harus menyentuh aspek asuhan keperawatan gerontik, *home care*, penyakit-penyakit kronis, dan AIDS. Tantangan lain adalah menjadikan bahasa asing, khususnya bahasa Inggris, menjadi kompetensi wajib yang harus dimiliki bagi lulusannya.

3. Tantangan perubahan iptek.

Riset keperawatan akan menjadi suatu kebutuhan dasar yang harus dilaksanakan oleh perawat di era global. Peningkatan kualitas layanan sangat ditentukan oleh hasil kajian-kajian dan pembaruan yang dilaksanakan berdasarkan hasil riset. Berkembangnya ilmu keperawatan akan berpengaruh signifikan terhadap kualitas dan kemandirian perawat dalam melaksanakan tugasnya.

Pengembangan dalam berbagai aspek keperawatan bersifat saling berhubungan, saling bergantung, saling memengaruhi, dan saling berkepentingan. Inovasi dalam aspek perkembangan keperawatan merupakan fokus utama keperawatan Indonesia dalam proses profesionalisasi. Keadaan ini akan bisa dicapai apabila para perawat Indonesia menguasai pengelolaan keperawatan secara profesional.



PERMASALAHAN

Keperawatan sebagai ilmu pengetahuan terus-menerus berkembang, baik disebabkan adanya tekanan eksternal maupun karena tekanan internal keperawatan. Masalah-masalah yang dihadapi oleh masyarakat menuntut dikembangkannya pendekatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan yang berbeda. Hal ini menyebabkan iptek keperawatan sebagai bentuk tekanan eksternal, harus terus-menerus dikembangkan. Menurut Azrul Azwar (1997), permasalahan pokok yang dihadapi perawat Indonesia dalam sistem pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut.

Peran Perawat Profesional yang Belum Optimal

Peran perawat profesional dalam sistem kesehatan nasional adalah berupaya mewujudkan sistem kesehatan yang baik, sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan (*health service*) sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan kesehatan (*health needs and demands*) masyarakat. Sementara itu di sisi lain, biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Akan tetapi perawat belum melaksanakan peran secara optimal. Di sinilah letak masalahnya, penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat tidaklah mudah. Tidak mengherankan jika pada saat ini banyak ditemukan keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan/keperawatan di Indonesia.

Terlambatnya Pengakuan Body of Knowledge Profesi Keperawatan

Pengakuan *body of knowledge* Profesi Keperawatan di Indonesia baru terjadi pada tahun 1985, yaitu ketika PSIK untuk pertama kali dibuka di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Di negara-negara maju, pengakuan *body of knowledge* tersebut telah lama ditemukan. Misalnya, sejak tahun 1869, yaitu ketika Florence Nightingale untuk pertama kali memperkenalkan teori keperawatan yang menekankan pentingnya faktor lingkungan. Oleh karena itu, tidaklah mengherankan jika dibandingkan profesi kesehatan lain, saat ini keperawatan masih belum sepenuhnya dianggap suatu ilmu.

Terlambatnya Pengembangan Pendidikan Keperawatan Profesional

Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dan Akademi Keperawatan (D-3) di Indonesia telah banyak dikenal. Sementara itu, pendidikan S-1 Keperawatan (Ners) di Indonesia baru dimulai pada tahun 2000.

Terlambatnya Pengembangan Sistem Pelayanan/Asuhan Keperawatan Profesional

Jika ditinjau dari berbagai masalah profesi keperawatan yang ditemukan pada saat ini, terlambatnya pengembangan sistem pelayanan keperawatan dipandang sebagai masalah yang amat pokok karena sampai saat ini kejelasan pelayanan keperawatan belum dimiliki. Tidak hanya yang menyangkut bentuk praktik keperawatan, tetapi juga kewenangan para penyelenggaranya. Model asuhan keperawatan yang sesuai dengan kelompok keilmuan keperawatan masih belum dikembangkan di tatanan pelayanan (rumah sakit maupun puskesmas), meskipun para perawat dan institusi

penyelenggara pelayanan kesehatan telah mengadakan pelatihan model tersebut. Oleh sebab itu, ketidakpuasan pasien, perawat, dan *stakeholder* lainnya terhadap pelayanan keperawatan masih ditemukan.

Selain permasalahan pokok perawat Indonesia yang disebutkan Azrul Anwar, penulis menemukan permasalahan lain yang memperlambat perkembangan peran perawat secara profesional. Permasalahan tersebut adalah sebagai berikut.

Antitesis (Antithetical) terhadap Perkembangan Ilmu Keperawatan

Oleh karena rendahnya dasar pendidikan profesi dan belum dilaksanakannya pendidikan keperawatan secara profesional, maka perawat lebih cenderung untuk melaksanakan perannya secara rutin dan menunggu perintah dari dokter. Mereka cenderung untuk menolak terhadap perubahan atau pun sesuatu yang baru dalam melaksanakan perannya secara profesional.

Rendahnya Rasa Percaya Diri/Harga Diri (Low Self Confidence/ Self Esteem)

Banyak perawat yang tidak melihat dirinya sebagai sumber informasi bagi pasien. Perasaan rendah diri/kurang percaya diri tersebut timbul karena penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi yang kurang memadai serta sistem pelayanan kesehatan Indonesia yang menempatkan perawat sebagai profesi kelas dua. Stigma inilah yang membuat perawat dipandang tidak cukup memiliki kemampuan yang memadai dan kewenangan dalam pengambilan keputusan di bidang pelayanan kesehatan.

Kurangnya Pemahaman dan Sikap untuk Melaksanakan Riset Keperawatan

Berdasarkan riset yang telah dilakukan oleh penulis, lebih dari 90% perawat tidak melaksanakan perannya dalam melaksanakan riset. Hal ini lebih disebabkan oleh pengetahuan/keterampilan riset yang sangat kurang, keterbatasan waktu, dan tidak adanya anggaran karena kebijakan yang kurang mendukung pelaksanaan riset. Pada tahun 2000-an, Pusdiknakes baru memberikan kesempatan kepada para perawat untuk melaksanakan riset, itupun hasilnya masih dipertanyakan karena banyak hasil yang ada lebih mengarah pada riset kesehatan secara umum. Riset tentang keperawatan hampir belum tersentuh. Faktor lain yang sebenarnya sangat memprihatinkan adalah tugas akhir yang diberikan kepada mahasiswa keperawatan bukan langkah-langkah riset secara ilmiah, tetapi lebih menekankan pada laporan kasus per kasus.

Pendidikan Keperawatan Hanya Difokuskan pada Pelayanan Kesehatan yang Sempit

Pembinaan keperawatan dirasakan kurang memenuhi sasaran dalam memenuhi tuntutan perkembangan zaman. Pendidikan keperawatan dianggap sebagai suatu objek untuk kepentingan tertentu dan tidak dikelola secara profesional. Kurikulum yang diterapkan lebih mengarahkan perawat pada bagaimana perawat bekerja, bukan bagaimana perawat berpikir dan bertindak kritis.

Rendahnya Standar Gaji bagi Perawat

Gaji perawat, khususnya yang bekerja di instansi pemerintah, dirasakan sangat rendah bila dibandingkan dengan negara lain, baik di Asia atau pun Amerika. Keadaan ini berdampak terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang profesional.

Sangat Minimnya Perawat yang Menjadi Pimpinan di Institusi Kesehatan

Masalah ini sangat krusial bagi pengembangan profesi keperawatan, karena sistem sangat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang baik. Hal ini tentunya akan memengaruhi perkembangan keperawatan di Indonesia, karena dampaknya semua kebijakan yang ada biasanya kurang berpihak terhadap kebutuhan keperawatan.



LANGKAH STRATEGIS DALAM MENGHADAPI TREN DAN ISU PERUBAHAN KEPERAWATAN DI MASA DEPAN

Alternatif strategi perawat Indonesia dalam menghadapi asuhan keperawatan di masa mendatang adalah seperti ungkapan Nightingale, “*The nurse should do no harm to your self*”. Pernyataan ini berarti semua tindakan keperawatan harus dapat memenuhi kebutuhan pasien tanpa adanya risiko negatif yang ditimbulkan. Strategi yang harus ditempuh meliputi peningkatan pendidikan bagi perawat pelaksana (*practicioners*), pengembangan ilmu keperawatan, pelaksanaan riset yang berorientasi pada masalah di klinik/komunitas, identifikasi peran manajer perawat profesional di masa depan, serta menerapkan model dan metode asuhan keperawatan profesional terbaru (MAKP).

Peningkatan Pendidikan bagi Perawat Pelaksana (Practicioners)

Langkah awal yang perlu ditempuh oleh perawat profesional adalah mengembangkan pendidikan tinggi keperawatan dan memberikan kesempatan kepada para perawat untuk melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi, sehingga diharapkan semua pendidikan perawat yang ada di rumah sakit sudah memenuhi kriteria minimal sebagai perawat profesional (lulusan D-3 Keperawatan) dan pada tahun 2015 sudah lebih dari 80% perawat berpendidikan Ners.

Pada saat ini berbagai upaya untuk lebih mengembangkan pendidikan keperawatan profesional memang sedang dilakukan. Caranya adalah dengan mengonversikan pendidikan SPK ke jenjang Akademi Keperawatan dan dari lulusan Akademi Keperawatan ke jenjang program pendidikan Ners (S-1 Keperawatan). Dalam rangka menambah jumlah lulusan perawat profesional tingkat sarjana, perlu upaya penambahan jumlah dan kualitas pendidikan keperawatan yang menghasilkan Ners. Perlu diadakan penataan sistem regulasi pendidikan keperawatan, agar institusi penyelenggaraan program pendidikan Ners memperhatikan kualitas lulusannya.

Penataan mendasar yang harus dipersiapkan dalam menghadapi tuntutan kebutuhan mencakup hal-hal berikut:

1. penyusunan kompetensi sesuai dengan standar pendidikan keperawatan Indonesia, organisasi profesi dan *International Council of Nursing* (ICN);
2. penyusunan kurikulum institusional berdasarkan kurikulum nasional yang ada terdiri atas dua tahap, yaitu tahap program akademik dan tahap keprofesian sebagai kurikulum institusi;
3. menjabarkan kurikulum institusi ke dalam Garis Besar Program Pengajaran dan silabus (rancangan pembelajaran);
4. mengembangkan staf akademik terutama dalam bidang-bidang kelompok Ilmu Keperawatan Dasar, Ilmu Keperawatan Komunitas, dan Ilmu Keperawatan Klinik (Anak, Maternitas, Medikal Bedah, dan Jiwa);
5. jumlah dan bidang pengembangan staf akademik disesuaikan dengan tuntutan kebutuhan pengembangan institusi;
6. mengembangkan sarana dan prasarana pendidikan, termasuk tempat praktik klinik dan komunitas keperawatan;
7. mengembangkan organisasi pengelolaan di institusi pendidikan;
8. mengembangkan sistem pengendalian dan pembinaan PSIK/FIK.

Reformasi pendidikan keperawatan bagi perawat pelaksana difokuskan pada perubahan pemahaman pemberian asuhan keperawatan secara profesional dengan didasarkan standar praktik keperawatan dan etika keperawatan. Tujuan peningkatan pendidikan tersebut berguna bagi perawat dalam mempersiapkan diri sebagai seorang pemimpin dalam mengelola pelayanan keperawatan kepada pasien di RS/Komunitas. Kepemimpinan yang profesional harus sepenuhnya disadari dan didukung oleh

peningkatan ilmu keperawatan yang kukuh dan meningkatkan kontribusi pelayanan keperawatan kepada masyarakat.

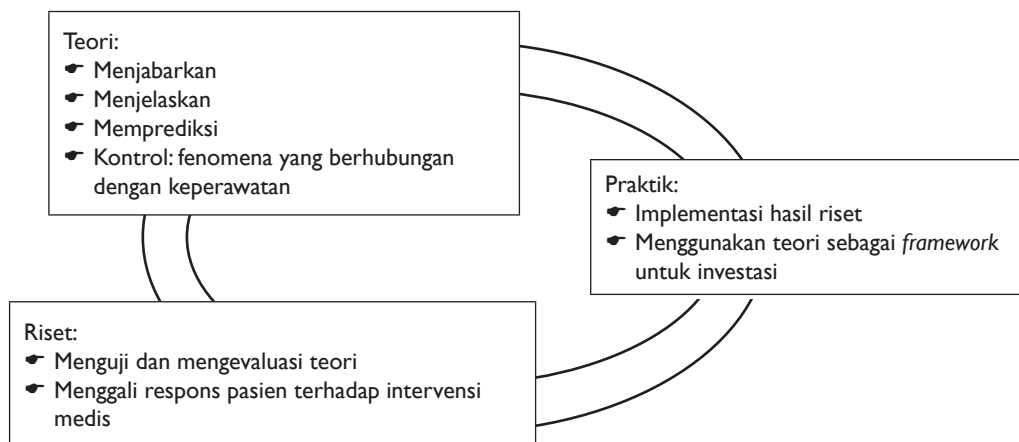
Selanjutnya para perawat diharapkan mampu melakukan riset dan kajian-kajian ilmiah terhadap masalah-masalah yang dihadapi di klinik serta masalah-masalah yang berhubungan dengan peningkatan kualitas pelayanan. Di samping itu, dengan pendidikan yang tinggi, diharapkan dapat memberikan kepercayaan diri dan otonomi di dalam melaksanakan pelayanan keperawatan. Dasar kekuatan utama keperawatan adalah *housed in nursing knowledge*. Pertanyaan selanjutnya, “*Can nurses ethically and morally deliberately withhold the benefit of advancing science from patients by remaining less well prepared than other members of the health team?*” Tantangan tersebut memerlukan persiapan pendidikan yang memadai bagi semua perawat yang praktik di klinik dan komunitas sebelum melakukan praktik keperawatan profesional.

Pengembangan Ilmu Keperawatan

Ilmu keperawatan harus dikembangkan secara terus-menerus. Prioritas utama dalam pengembangan ilmu keperawatan adalah tantangan untuk mengembangkan substansi isi ilmu melalui pengkajian yang mendalam. Prioritas kedua adalah menerapkan prinsip-prinsip ilmu keperawatan dalam praktik keperawatan profesional yang dapat dilihat pada diagram hubungan antara ilmu, riset, dan praktik di bawah ini.

Keperawatan harus dapat menjabarkan isi dari disiplin ilmu untuk dapat memberikan justifikasi dan promosi secara langsung dalam kegiatan keperawatan. Pengembangan ilmu keperawatan melalui riset akan dapat berkolaborasi dengan disiplin ilmu lain dan membedakan kontribusi keperawatan terhadap tim kesehatan lainnya.

Alternatif lain yang bisa dikembangkan adalah dengan membentuk komunitas profesional keperawatan. Kelompok ini beranggotakan perawat dengan disiplin dan keahlian yang memadai.



Figur 2.2 Perbandingan Tiga Teori Perubahan

Tugas komunitas profesional keperawatan adalah:

1. pengembangan metode dan sistem pemberian asuhan keperawatan;
2. menetapkan standar asuhan keperawatan;
3. mengelola tenaga keperawatan (kelompok pengampu);
4. mengelola pelaksanaan praktik keperawatan;
5. mengelola metode pengalaman belajar klinik kepada mahasiswa keperawatan;
6. bertanggung jawab terhadap kualitas hasil layanan.

Ilmu Keperawatan yang menjadi prioritas pengembangan adalah:

1. Ilmu Keperawatan Dasar sebagai dasar pelayanan keperawatan profesional;
2. Ilmu Keperawatan Anak;
3. Ilmu Keperawatan Maternitas;
4. Ilmu Keperawatan Medikal–Bedah;
5. Ilmu Keperawatan Gawat Darurat;
6. Ilmu Keperawatan Jiwa;
7. Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga;
8. Ilmu Keperawatan Gerontik;
9. Ilmu Manajemen Keperawatan.

Perubahan Paradigma dan Lingkup Riset Keperawatan

Pelaksanaan riset merupakan dasar ilmu dan seni di dalam praktik keperawatan profesional. Pelaksanaan riset keperawatan berdasarkan praktik keperawatan dapat memengaruhi dan mengubah arah perkembangan pendidikan serta praktik keperawatan. Riset keperawatan harus dilihat sebagai bagian integrasi dari praktik keperawatan. Misalnya, perawat yang bekerja dengan pasien harus peka terhadap respons dari individu terhadap penyakit dan kesehatan. Perawat dipersiapkan untuk mengidentifikasi masalah dan menganalisisnya melalui riset yang berdampak terhadap pelayanan keperawatan untuk semua orang.

Berdasarkan filosofi keperawatan yang kita yakini, pemberian asuhan keperawatan harus berdasarkan pada tiga hal: humanistik, holistik, dan *care*. Masalah-masalah keperawatan harus mengacu pada filosofi tersebut dan tercermin dalam paradigma keperawatan. Asuhan yang diberikan perawat harus dapat mengatasi masalah-masalah pasien secara fisik, psikis, dan sosiospiritual dengan fokus utama mengubah perilaku pasien (pengetahuan, sikap, dan keterampilannya) dalam mengatasi masalah kesehatan sehingga dapat mandiri. Misalnya, jika pasien anak dirawat di rumah sakit dengan *typus abdominalis* terpasang infus dan tidak boleh bergerak ke mana-mana, maka anak tersebut akan mengalami stres fisik akibat keluhan sakit serta stres psikologis akibat dari tindakan pemasangan infus dan larangan untuk bergerak. Stres psikologis yang terjadi akan berdampak terhadap imunitas dan kopingnya yang justru akan memperlambat kesembuhan pasien. Ilmu keperawatan

yang ada harus dapat memfasilitasi anak tersebut agar dapat merasa seperti di rumah (*feel like home*—tidak seperti di rumah sakit), tidak merasa tertekan, dan diperhatikan oleh orang terdekat). Bukan justru menambah stres psikologis dengan suasana lingkungan yang menakutkan dan petugas yang selalu bersikap kurang ramah atau memaksakan setiap melakukan tindakan keperawatan/medis (misalnya menyuntik). Keadaan yang demikian akan berdampak dalam proses penyembuhan pasien. Hasil riset yang dilaksanakan di Amerika menyebutkan bahwa memperlakukan anak-anak yang dirawat di rumah sakit seperti di rumah sendiri, memberi kebebasan anak untuk bermain sebatas kemampuannya dan merasa diperhatikan. Hasil riset tersebut menunjukkan angka yang signifikan dalam percepatan penyembuhan pasien dibandingkan anak yang mengalami stres psikologis akibat suasana/lingkungan yang tidak kondusif.

Nursalam (2007 dan 2008) mendefinisikan **paradigma keperawatan** sebagai berikut.

1. Manusia.

Nursalam (2007), menyatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, komunitas atau sosial. Masing-masing diperlakukan oleh perawat sebagai sistem adaptasi yang holistik dan terbuka. Sistem terbuka tersebut berdampak terhadap perubahan yang konstan terhadap informasi, kejadian, energi antara sistem dan lingkungan. Interaksi yang konstan antara individu dan lingkungan dicirikan oleh perubahan internal dan eksternal. Dengan perubahan tersebut individu harus mempertahankan integritas dirinya, di mana setiap individu secara kontinu beradaptasi.

Sistem adaptasi mempunyai *input* yang berasal dari internal individu. Nursalam (2007), mengidentifikasi bahwa input sebagai suatu stimulus. Stimulus adalah suatu unit informasi, kejadian atau energi dari lingkungan. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direspons sebagai suatu *input* dalam sistem adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut tergantung dari stimulus yang didapat berdasarkan kemampuan individu. Tingkat respons antara individu sangat unik dan bervariasi tergantung pengalaman yang didapatkan sebelumnya, status kesehatan individu, dan stresor yang diberikan.

Nursalam (2007), menggunakan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme koping berkaitan dengan genetik, misalnya sel-sel darah putih melawan bakteri yang masuk dalam tubuh. Mekanisme lainnya juga perlu dipelajari, misalnya penggunaan antiseptik untuk mengobati luka. Roy (1980) menekankan ilmu keperawatan yang unik untuk mengontrol mekanisme. Mekanisme tersebut dinamakan regulator dan *kognator*.

Sistem regulator mempunyai sistem komponen *input*, proses internal, dan *output*. Stimulus input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara sistem regulator dinamakan sistem kimiawi, saraf, dan endokrin. Refleks otonom, sebagai

respons neural yang berasal dari batang otak dan *spinal cord*, diartikan sebagai suatu perilaku *output* dari sistem regulasi. Organ target dan jaringan yang ada di bawah kontrol endokrin juga memproduksi perilaku *output* regulator. Banyak proses fisiologis dapat diartikan sebagai perilaku subsistem regulator, misalnya regulator pada sistem respirasi untuk meningkatkan oksigen. Pada akhir metabolisme, akan terjadi rangsangan pada kemoreseptor di medulla untuk meningkatkan laju respirasi. Stimulasi yang kuat pada pusat tersebut akan meningkatkan respirasi hingga enam sampai tujuh kali lipat.

Stimulus terhadap subsistem *kognator* juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku *output* subsistem regulator berperan sebagai umpan balik terhadap stimulus subsistem *kognator*. Proses kontrol *kognator* berhubungan langsung dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, keputusan, dan emosi. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, ingatan, belajar berhubungan dengan proses imitasi/meniru, dan *reinforcement*. Sementara itu penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan merupakan proses internal yang berhubungan dengan keputusan, dan khususnya emosi untuk mencari kesembuhan, dukungan yang efektif, dan kebersamaan.

Dalam mempertahankan integritas seseorang, regulator, dan *kognator* bekerja secara bersamaan. Tingkat adaptasi seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang optimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkatan rangsangan di mana individu dapat merespons secara positif.

Proses internal yang terjadi pada individu sebagai sistem adaptasi, Roy mendefinisikan sebagai sistem efektor. Empat efektor atau mode adaptasi tersebut meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan fisik/spiritual. Mekanisme regulator dan *kognator* bekerja pada mode tersebut. Perilaku yang berhubungan dengan mode tersebut adalah sebagai manifestasi dari tingkat adaptasi individu dan mengakibatkan penggunaan mekanisme koping. Dengan mengobservasi perilaku seseorang berhubungan dengan mode adaptasi, perawat dapat mengidentifikasi keefektifan respons adaptasi sehat-sakit orang tersebut.

a. Mode fisiologis.

- Oksigenasi: mendeskripsikan tentang pola penggunaan oksigen berhubungan dengan respirasi dan sirkulasi.
- Nutrisi: menjabarkan tentang pola penggunaan nutrisi untuk memperbaiki kondisi tubuh dan perkembangan.
- Eliminasi: memaparkan tentang pola eliminasi.
- Aktivitas dan istirahat: menjelaskan tentang pola aktivitas, latihan, istirahat, dan tidur.
- Integritas kulit: menguraikan tentang pola fungsi fisiologis kulit.

- Rasa (*senses*): memaparkan tentang fungsi sensori persepsi berhubungan dengan pancaindra: penglihatan, penciuman, perabaan, pengecapan, dan pendengaran.
 - Cairan dan elektrolit: menggambarkan pola fisiologis penggunaan cairan dan elektrolit.
 - Fungsi neurologis: menjelaskan tentang pola kontrol neurologis, pengaturan, dan intelektual.⁹⁾
 - Fungsi endokrin: mendeskripsikan tentang pola kontrol dan pengaturan termasuk respons stres dan sistem reproduksi.
- b. Konsep diri.
Mode konsep diri mengidentifikasi pola nilai, kepercayaan, dan emosi yang berhubungan dengan ide diri sendiri. Perhatian ditujukan pada kenyataan keadaan diri sendiri tentang fisik, individual, dan moral etis.
- c. Fungsi peran.
Fungsi peran mengidentifikasi tentang pola interaksi sosial seseorang berhubungan dengan orang lain akibat dari peran ganda.
- d. Interdependen.
Interdependen mengidentifikasi pola nilai-nilai manusia, kehangatan, cinta, dan memiliki. Proses tersebut terjadi melalui hubungan interpersonal terhadap individu maupun kelompok.
2. Keperawatan.
Nursalam (2007) mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptasi berhubungan dengan empat mode respons adaptasi. Perubahan internal dan eksternal dan stimulus *input* tergantung dari kondisi coping individu. Kondisi atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus *focal*, kontekstual (*contextual*), dan residual. *Focal* adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap ancaman/*input* yang masuk. Penggunaan *focal* pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain pada seseorang baik internal maupun eksternal yang memengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Stimulus residual adalah karakteristik/riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif.
- Misalnya, stimulus *focal* pada kasus nyeri dada yang dialami seseorang adalah kurangnya oksigen pada otot jantung. Stimulus kontekstualnya meliputi: suhu 40°C, sensasi nyeri, umur, berat badan, kadar gula darah dan derajat kerusakan arteri. Stimulus residual meliputi riwayat merokok dan stres yang dialami.

Tindakan keperawatan yang diberikan adalah meningkatkan respons adaptasi pada situasi sehat dan sakit. Tindakan tersebut dilaksanakan oleh perawat dalam memanipulasi stimulus *focal*, kontekstual, dan residual pada individu. Dengan memanipulasi semua stimulus tersebut, diharapkan individu akan berada pada zona adaptasi. Jika memungkinkan, stimulus *focal* yang dapat mewakili dari semua stimulus harus distimulus dengan baik. Untuk mengubah stimulus *focal*, perawat perlu memanipulasi stimulus kebutuhan supaya respons adaptif dapat terpenuhi. Jika stimulus ini tidak dapat diubah, perawat harus meningkatkan respons adaptif dengan memanipulasi stimulus kontekstual dan residual.

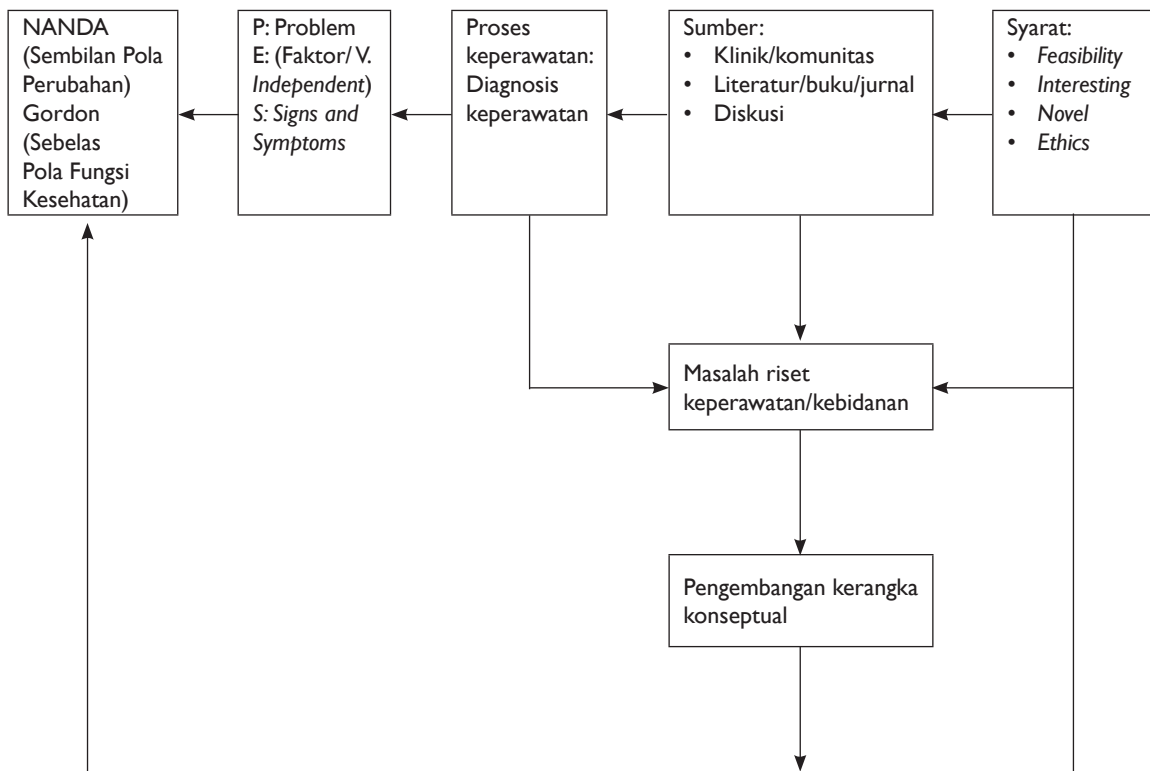
Perawat perlu mengantisipasi bahwa pasien mempunyai risiko adanya ketidakefektifan respons pada situasi tertentu. Perawat harus mempersiapkan dirinya sebagai individu untuk mengantisipasi perubahan melalui penguatan mekanisme kognitor, regulator atau koping yang lainnya. Tindakan keperawatan yang diberikan pada teori ini meliputi: mempertahankan respons yang adaptif dengan mendukung upaya pasien secara kreatif menggunakan mekanisme koping yang sesuai.

3. Konsep sehat.

Roy (1980) mendefinisikan sehat sebagai kontinum dari meninggal sampai dengan tingkatan tertinggi, yaitu sehat. Dia menekankan bahwa sehat merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya dan menjadikan dirinya terintegrasi secara keseluruhan. Integritas individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan mempertahankan pertumbuhan, reproduksi, dan *mastery*.

4. Konsep lingkungan.

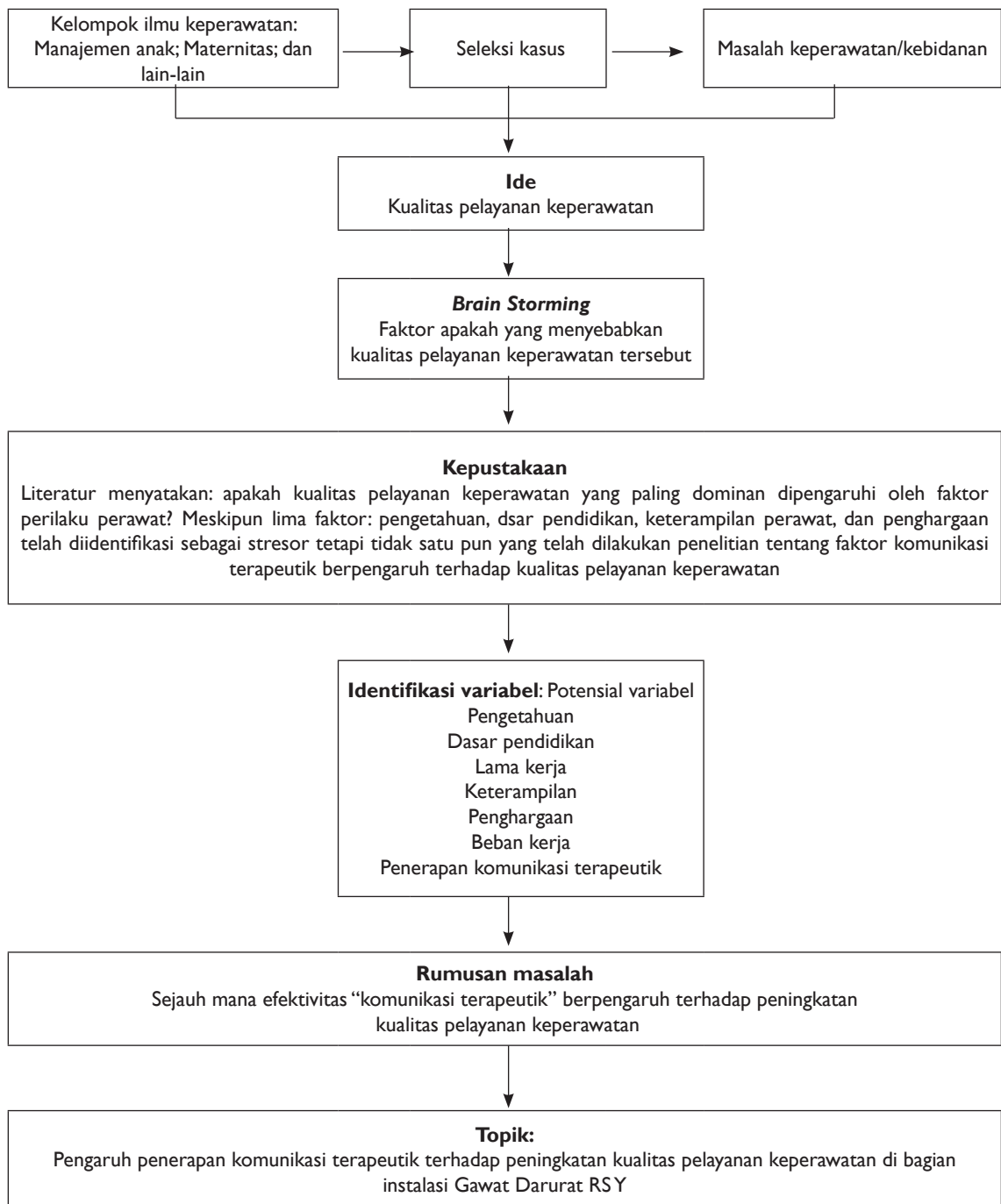
Stimulus dari individu dan stimulus sekitarnya merupakan unsur penting tentang lingkungan. Roy (1980) mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi lingkungan yang memengaruhi serta berakibat terhadap perkembangan dan perilaku seseorang atau kelompok. Pemahaman yang baik tentang lingkungan akan membantu perawat meningkatkan adaptasi dalam mengubah dan mengurangi risiko akibat dari lingkungan sekitarnya. Keterlibatan seseorang dalam pendidikan, kesehatan, industri, dan politik, akan mengubah stimulus lingkungan terhadap situasi sehat dan sakit.



Figur 2.3 Masalah Riset Keperawatan

Perumusan Masalah Riset Keperawatan

Riset keperawatan membutuhkan perumusan masalah yang baik. Riset keperawatan ditujukan terutama pada masalah-masalah keperawatan di klinik (misalnya: sesuai sebelas pola fungsi kesehatan dari Gordon; sembilan pola respons kesehatan dari NANDA; dan lainnya); masalah keperawatan di pendidikan, dan di sistem pelayanan kesehatan lainnya.



Figur 2.4 Alur Perumusan Masalah Penelitian (Nursalam, 2013)

Setelah melakukan perumusan masalah pada riset keperawatan, langkah selanjutnya adalah menyeleksi masalah tersebut. Dalam proses seleksi, perawat perlu mengetahui prioritas/lingkup riset keperawatan. Prioritas/lingkup riset keperawatan, berdasarkan kelompok ilmu keperawatan, dikembangkan menjadi:

1. prioritas kesehatan dan pencegahan penyakit pada masyarakat;
2. pencegahan perilaku dan lingkungan yang berakibat buruk pada masalah kesehatan;
3. menguji model praktik keperawatan di komunitas;
4. menentukan efektivitas intervensi keperawatan pada infeksi HIV/AIDS;
5. mengkaji pendekatan yang efektif pada gangguan perilaku;
6. evaluasi intervensi keperawatan yang efektif pada penyakit kronis;
7. identifikasi faktor-faktor bio-perilaku yang berhubungan dengan kemampuan coping;
8. mendokumentasikan efektivitas pelayanan kesehatan/keperawatan;
9. mengembangkan masalah dan metodologi riset pelayanan kesehatan/keperawatan;
10. menentukan efektivitas biaya perawatan pasien.

Tabel 2.1 Contoh Lingkup Riset Keperawatan

LIINGKUP	TOPIK
Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor-faktor yang memengaruhi: pengetahuan, sikap, dukungan suami dan faktor-demografi: paritas, biaya, jarak rumah, budaya, dan lain-lain. • Efektivitas <i>breast care ANC</i> terhadap kelancaran produksi ASI. • Manfaat senam hamil dalam percepatan KALA I. • Pengetahuan ibu tentang deteksi dini kelainan kehamilan. • Gangguan seksual saat trimester.
Postnatal	<ul style="list-style-type: none"> • Pengaruh komunikasi terapeutik dalam percepatan KALA I.
Natal	<ul style="list-style-type: none"> • Pengaruh masase pada daerah punggung dalam pengeluaran plasenta. • Peran bidan/perawat pada involusi. • Efektivitas penggunaan air sabun dan air hangat dalam penyembuhan luka episiotomi.
Bayi baru lahir	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor yang memengaruhi ibu saat <i>rooming in</i>. • Kemandirian ibu dalam merawat bayinya: merawat tali pusat, memandikan, dan menyusui. • Pengaruh senam nifas dalam involusi. • Faktor yang memengaruhi ibu memberikan ASI eksklusif pada bayinya. • Faktor yang memengaruhi ibu tetap menyusui bayinya saat "<i>afterpain</i>" pascasalin. • Gangguan interaksi pada ibu dengan kanker serviks yang mendapat terapi radiasi.
Penyakit	<ul style="list-style-type: none"> • Pengaruh dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri pada pasien pascamastektomi. • Hubungan pengetahuan dan sikap dalam deteksi dini melalui pemeriksaan papsmear pada wanita. • Sindrom klimakterium pada wanita menopause



PERUBAHAN DAN PENGEMBANGAN PERAN PERAWAT PROFESIONAL DI MASA DEPAN

Pelayanan keperawatan di masa mendatang harus mengutamakan kebutuhan konsumen atau pasien (*consumer minded*). Hal ini didasarkan pada kecenderungan perubahan saat ini dan persaingan yang semakin ketat. Oleh karena itu, perawat harus dapat mendefinisikan, mengimplementasikan, dan mengukur perbedaan bahwa praktik keperawatan harus dapat dijadikan sebagai indikator agar kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang profesional di masa depan terpenuhi. Sementara kualitas layanan keperawatan pada masa mendatang belum jelas, peran perawat harus dapat menunjukkan dampak yang positif terhadap sistem pelayanan kesehatan. Ada empat hal yang harus dijadikan perhatian utama keperawatan di Indonesia, yaitu:

1. definisi peran perawat;
2. komitmen terhadap identitas keperawatan;
3. perhatian terhadap perubahan dan tren pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
4. komitmen dalam memenuhi tuntutan tantangan sistem pelayanan kesehatan melalui upaya yang kreatif dan inovatif;

Profil Peran Perawat Profesional di Masa Depan

Implikasi pelayanan keperawatan di masa mendatang dapat dijawab dengan memahami dan melaksanakan karakteristik perawat profesional dan perawat Milenium.

Menurut Nursalam (2001), peran perawat di masa depan harus berkembang seiring dengan perkembangan iptek dan tuntutan kebutuhan masyarakat, sehingga perawat dituntut mampu menjawab dan mengantisipasi terhadap dampak dari perubahan. Sebagai perawat profesional, peran yang diemban adalah CARE .

C = *Communication*.

Ciri khas perawat profesional dalam memberikan pelayanan keperawatan di masa depan adalah harus dapat berkomunikasi secara lengkap, adekuat, dan cepat. Artinya, setiap melakukan komunikasi (lisan maupun tulis) dengan teman sejawat dan tenaga kesehatan lainnya harus memenuhi ketiga unsur tersebut dan dengan didukung fakta yang memadai. Profil perawat masa depan yang terpenting adalah mampu berbicara dan menulis bahasa asing, minimal bahasa Inggris. Hal ini dimaksudkan untuk mengantisipasi terjadinya persaingan/pasar bebas pada abad ke-21 ini.

A = Activity.

Prinsip melakukan aktivitas/pemberian asuhan keperawatan adalah harus dapat bekerja sama dengan teman sejawat dan tenaga kesehatan lainnya, khususnya tim medis sebagai mitra kerja dalam memberikan asuhan kepada pasien. Aktivitas tersebut harus ditunjang dengan menunjukkan kesungguhan, empati, dan sikap bertanggung jawab terhadap setiap tugas yang diemban. Hal ini diperlukan pada saat ini dan masa yang akan datang dalam upaya mewujudkan jati diri perawat dan menghilangkan masa lalu keperawatan yang hanya bekerja seperti robot dan berada pada posisi inferior dari tim kesehatan lainnya.

Hal yang perlu diantisipasi di masa depan adalah ketika memberikan asuhan harus berdasarkan ilmu yang tepat diaplikasikan di institusi tempatnya bekerja. Maksudnya, ilmu keperawatan saat ini yang notabene dibuat di luar negeri, sebaiknya diadaptasi sesuai kondisi budaya, agama, dan nilai di Indonesia sehingga dapat diterapkan.

R = Review.

Prinsip utama dalam melaksanakan peran perawat adalah moral dan etika keperawatan. Dalam setiap memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, perawat harus selalu berpedoman pada nilai-nilai etika keperawatan dan standar keperawatan yang ada serta ilmu keperawatan. Hal ini penting, guna menghindarkan kesalahan-kesalahan yang dapat berakibat fatal terhadap konsumen dan eksistensi profesi keperawatan yang sedang mencari identitas diri. Dalam melaksanakan peran profesionalnya, perawat harus menerapkan prinsip-prinsip etis yang meliputi: keadilan (*justice*), asas menghormati otonomi (*autonomy*), asas manfaat (*beneficence*) dan tidak merugikan (*non-maleficency*), asas kejujuran (*veracity*), serta asas kerahasiaan (*confidentiality*). Untuk menghindari kesalahan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, maka perlu diterapkan tindakan keperawatan dengan prinsip CWIPAT—*Check the order, Wash your hands, Identify the clients, Provide safety and privacy, Assess the problem; and Teach or Tell the clients*—(Nursalam, 2008).

E = Education.

Dalam upaya peningkatan kualitas layanan keperawatan di masa depan, perawat harus mempunyai komitmen yang tinggi terhadap profesi dengan secara kontinu menambah ilmu melalui pendidikan formal/nonformal, sampai pada suatu keahlian tertentu.

Pengembangan pelayanan keperawatan yang paling efektif harus berdasarkan hasil temuan-temuan ilmiah yang dapat diuji kebenarannya. Keadaan tersebut menuntut perawat untuk dapat melakukan riset-riset keperawatan. Bekal paling utama yang dipersiapkan adalah penguasaan tentang metodologi riset keperawatan. Implikasi hal ini adalah setiap lulusan jenjang pendidikan tinggi keperawatan, baik D-3 maupun Ners, harus melaksanakan riset keperawatan. Semua pihak, khususnya pengelola pendidikan tinggi keperawatan, dituntut membekali mahasiswanya kemampuan melakukan riset keperawatan sebagai tanggung jawab moral dan profesional.

Sementara itu karakteristik “*Nurse Millenium*” yang diharapkan adalah:

C	=	Check the orders and equipment
W	=	Wash your hands
I	=	Identify the patient
P	=	Provide for safety and privacy
A	=	Assess the problem
T	=	Tell the person or teach the patient about what are going

(Alfaro, 1986, hlm.136)

C = *Career*.

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.

A = *Activity*.

Perawat harus memahami tentang semua tindakan yang dia lakukan, baik dari segi keilmuan maupun moral dan etika keperawatan. Hal ini sesuai dengan tuntutan masa depan terhadap pelaksanaan pelayanan keperawatan yang profesional.

R = *Role*.

Perawat dituntut mampu bekerja sama dengan profesi lain dalam melaksanakan perannya di masa depan. Perawat harus dapat membedakan peran yang dimaksudkan.

E = *Enhancement*.

Prinsip utama pelayanan keperawatan adalah pengembangan diri secara terus-menerus seiring dengan perkembangan zaman yang dinamis dan berubah setiap saat. Perawat dituntut untuk menunjukkan otonomi dalam memberikan asuhan dan menumbuhkan rasa percaya diri yang tinggi. Hal ini bisa ditempuh dengan mempersiapkan dan membekali diri secara baik mulai dari sekarang.

Perubahan Penataan Model Pemberian Asuhan Keperawatan

Pelayanan asuhan keperawatan yang optimal akan terus menjadi tuntutan bagi organisasi pelayanan kesehatan. Saat ini terdapat suatu keinginan untuk mengubah sistem pemberian pelayanan kesehatan ke sistem desentralisasi. Peningkatan

pendidikan bagi perawat diharapkan dapat memberikan arah terhadap pelayanan keperawatan yang sesuai dengan isu di masyarakat.

Proses registrasi dan legislasi keperawatan mulai terjadi sejak diakuinya keperawatan sebagai profesi, sejak tumbuhnya pendidikan tinggi keperawatan (D-3 Keperawatan dan Ners), serta sejak berlakunya Undang-Undang No. 36 Tahun 2009. Dengan demikian, UU Praktik Keperawatan di masa depan diharapkan adalah bentuk pengakuan adanya kewenangan dalam melaksanakan praktik keperawatan profesional.

Pelaksanaan Permenkes No. 1239/2001 tersebut masih perlu mendapatkan persiapan-persiapan yang optimal oleh profesi keperawatan. Hal ini disebabkan adanya beberapa kendala yang dihadapi, meliputi: belum ada pengalaman dalam memberikan pengakuan terhadap praktik keperawatan; belum ada pemahaman tentang wujud dan batasan dari praktik keperawatan sebagai praktik keperawatan profesional; dan jenis serta sifat praktik keperawatan profesional yang harus dikembangkan.

Berdasarkan keadaan di atas, model praktik keperawatan yang pantas diuji coba perlu dikembangkan. Hal ini bisa dicapai dengan memberikan pengalaman belajar praktik klinik kepada mahasiswa (D-3 dan Ners) sehingga mutu pelayanan kesehatan diharapkan bisa meningkat.

1. Peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Kualitas akan selalu dibicarakan dalam setiap upaya peningkatan pelayanan keperawatan. Kualitas sangat diperlukan untuk:

- a. meningkatkan asuhan keperawatan kepada pasien/konsumen;
- b. menghasilkan keuntungan (pendapatan) institusi;
- c. mempertahankan eksistensi institusi;
- d. meningkatkan kepuasan kerja;
- e. meningkatkan kepercayaan konsumen/pelanggan;
- f. menjalankan kegiatan sesuai aturan/standar.

2. Pelaksanaan standar praktik keperawatan.

Standar Praktik Keperawatan di Indonesia disusun oleh Depkes RI (2011) terdiri atas beberapa standar. Menurut Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, terdapat delapan standar tentang asuhan keperawatan.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Menghargai hak-hak pasien.2. Penerimaan sewaktu pasien masuk MRS.3. Observasi keadaan pasien.4. Pemenuhan kebutuhan nutrisi.5. Asuhan pada tindakan nonoperatif dan administratif.6. Asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif.7. Pendidikan kepada pasien dan keluarga.8. Pemberian asuhan secara terus-menerus dan berkesinambungan. |
|--|

(Noviluri, 1999: 1;4: 249-54)

Standar intervensi keperawatan yang merupakan lingkup tindakan keperawatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (14 KDM dari Henderson).

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

3. Praktik model praktik.

a. Praktik keperawatan rumah sakit.

Perawat profesional (Ners) mempunyai wewenang dan tanggung jawab melaksanakan praktik keperawatan di rumah sakit dengan sikap dan kemampuannya. Pengertian praktik keperawatan rumah sakit dan lingkup cakupannya perlu dikembangkan sebagai bentuk praktik keperawatan profesional, proses dan prosedur, registrasi, dan legislasi keperawatan.

b. Praktik keperawatan rumah.

Bentuk praktik keperawatan rumah diletakkan pada pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan sebagai kelanjutan dari pelayanan rumah sakit. Dilakukan oleh perawat profesional rumah sakit, atau melalui pengikutsertaan perawat profesional yang melakukan praktik keperawatan berkelompok.

c. Praktik keperawatan berkelompok.

Dengan pola yang diuraikan dalam pendekatan dan pelaksanaan praktik keperawatan rumah sakit dan rumah, beberapa perawat profesional membuka praktik keperawatan selama 24 jam kepada masyarakat yang memerlukan asuhan keperawatan untuk mengatasi berbagai bentuk masalah keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat. Bentuk praktik keperawatan ini dipandang perlu di masa depan, karena adanya pendapat, lama hari rawat di rumah sakit perlu dipersingkat mengingat biaya perawatan di rumah sakit diperkirakan akan terus meningkat.

d. Praktik keperawatan individual.

Dengan pola pendekatan dan pelaksanaan yang sama seperti yang diuraikan untuk praktik keperawatan rumah sakit. Perawat profesional senior dan berpengalaman dapat secara mandiri/perorangan membuka praktik keperawatan dalam jam praktik tertentu untuk memberi asuhan keperawatan khususnya konsultasi dalam keperawatan bagi masyarakat yang memerlukan. Bentuk praktik keperawatan ini sangat diperlukan oleh kelompok/golongan masyarakat yang tinggal jauh terpencil dari fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya yang dikembangkan pemerintah.

Perubahan Model Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan

Sejalan dengan perkembangan dan perubahan pelayanan kesehatan yang terjadi di Indonesia, maka model sistem asuhan keperawatan berubah mengarah pada suatu praktik keperawatan profesional. Model sistem asuhan keperawatan yang dapat dikembangkan adalah tim, primer, dan kasus (penjelasan lebih lengkap diuraikan pada bab lainnya dari buku ini).

Asuhan Keperawatan Profesional yang Ditawarkan

Menurut Grant dan Massey (1997) dan Marquis dan Huston (1998), jenis metode pemberian asuhan keperawatan telah dijabarkan pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Jenis Metode Pemberian Asuhan Keperawatan Menurut Grant dan Massey (1999) dan Marquis dan Huston (2000)

Metode	Deskripsi	Penanggung Jawab
Fungsional	Berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan. Perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada. Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua, pada saat itu karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka setiap perawat hanya melakukan 1–2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien di semua bangsal.	Perawat yang bertugas pada tindakan tertentu.
Kasus	Berdasarkan pendekatan holistik dari filosofi keperawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan dan observasi pasien tertentu dengan rasio pasien : perawat = 1 : 1. Setiap pasien ditugaskan kepada semua perawat yang melayani kebutuhannya pada saat dia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap sif dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode ini umumnya dilakukan untuk perawat privat atau untuk perawatan khusus seperti isolasi atau perawatan intensif	Manajer keperawatan.
Tim	Enam sampai tujuh perawat profesional dan perawat pelaksana bekerja sebagai suatu tim, disupervisi oleh ketua tim. Metode ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien, perawat ruangan dibagi menjadi 2–3 tim yang terdiri atas tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu tim kecil yang saling membantu.	Ketua tim.
Primer	Berdasarkan pada tindakan yang komperensif dari filosofi keperawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek keperawatan dari hasil pengkajian kondisi pasien untuk mengkoordinasi asuhan keperawatan. Rasio 1 : 4 atau 1 : 5 (perawat : pasien). Metode penugasan di mana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk hingga keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara si pembuat rencana asuhan dan pelaksana, Metode ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus-menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien di rawat.	Perawat primer (PP).

Kunci Sukses Pengelolaan Perubahan

Prinsip sukses dalam menghadapi tren perkembangan keperawatan di masa depan adalah setiap perawat harus memiliki tiga unsur utama: visi (ilmu dan konsep), aktivitas yang nyata, dan motivasi yang tinggi untuk mencapai suatu tujuan. Oleh karena itu, perlu ditanamkan suatu prinsip “*Success is my Right, ... not just only belong to other profession*” dan sikap yang konsisten, komitmen, kolaboratif, kondusif, serta disiplin yang tinggi.

Untuk menghadapi tren isu perubahan pelayanan keperawatan di masa depan, maka manajer keperawatan perlu mempunyai **KOREK API** dengan penjabaran sebagai berikut.

1. Kolektivitas (kebersamaan).

Dalam mencapai tujuan peningkatan kualitas layanan keperawatan, perawat masa depan harus menumbuhkan rasa kebersamaan dan solidaritas emosional. Meyakini dan berpedoman bahwa apa yang dilakukan adalah untuk profesi, maka harus dipupuk rasa kebersamaan. Tanpa adanya rasa kebersamaan, maka sebuah tim akan mudah “diobok-obok” orang lain dan bercerai-berai.

2. Terorganisasi (*organizing*).

Segala aktivitas yang dilaksanakan harus terencana dengan baik. Hal ini penting bagi perawat masa depan untuk selalu bertindak berdasarkan pertimbangan dan perencanaan yang matang.

3. Jasa layanan (retail).

Indikator kualitas perawat masa depan adalah meningkatnya pengakuan masyarakat terhadap jasa layanan keperawatan. Jasa layanan keperawatan harus dapat dirasakan dan dinikmati masyarakat.

4. Efektif dan efisien.

Prinsip pelayanan keperawatan masa depan adalah efektivitas dan efisiensi. Perawat harus dapat memberikan asuhan keperawatan yang cepat, tepat, dan akurat. Efisiensi dalam penggunaan sarana dan dana dalam pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan indikator utama perawat masa depan.

5. Komitmen.

Maju mundurnya suatu organisasi profesi, pendidikan keperawatan, dan pelayanan keperawatan terletak pada komitmen perawat. Ilmu keperawatan sangat bergantung pada komitmen perawat itu sendiri untuk selalu bertanggung jawab secara moral dan profesional. Komitmen merupakan kunci kesuksesan utama di dalam mewujudkan keperawatan sebagai profesi.

6. Aktualisasi.

Dalam mempertahankan keperawatan sebagai profesi, maka perawat harus mampu menunjukkan aktualisasinya kepada masyarakat dan profesi lain, khususnya para eksekutif di wilayahnya. Aktualisasi tersebut akan dapat diterima orang lain, jika perawat mempunyai bekal pengetahuan, sikap, dan keterampilan profesional. Peningkatan kualitas pendidikan bagi perawat mutlak diperlukan dalam mencapai tujuan aktualisasi diri dan rasa percaya diri yang tinggi.

7. Produktif.

Perilaku *No Action Talk Only* (NATO) harus dihindari oleh perawat masa depan. Potret perawat masa depan adalah perawat yang produktif, mempunyai suatu aktivitas profesional yang bermanfaat bagi anggota profesinya.

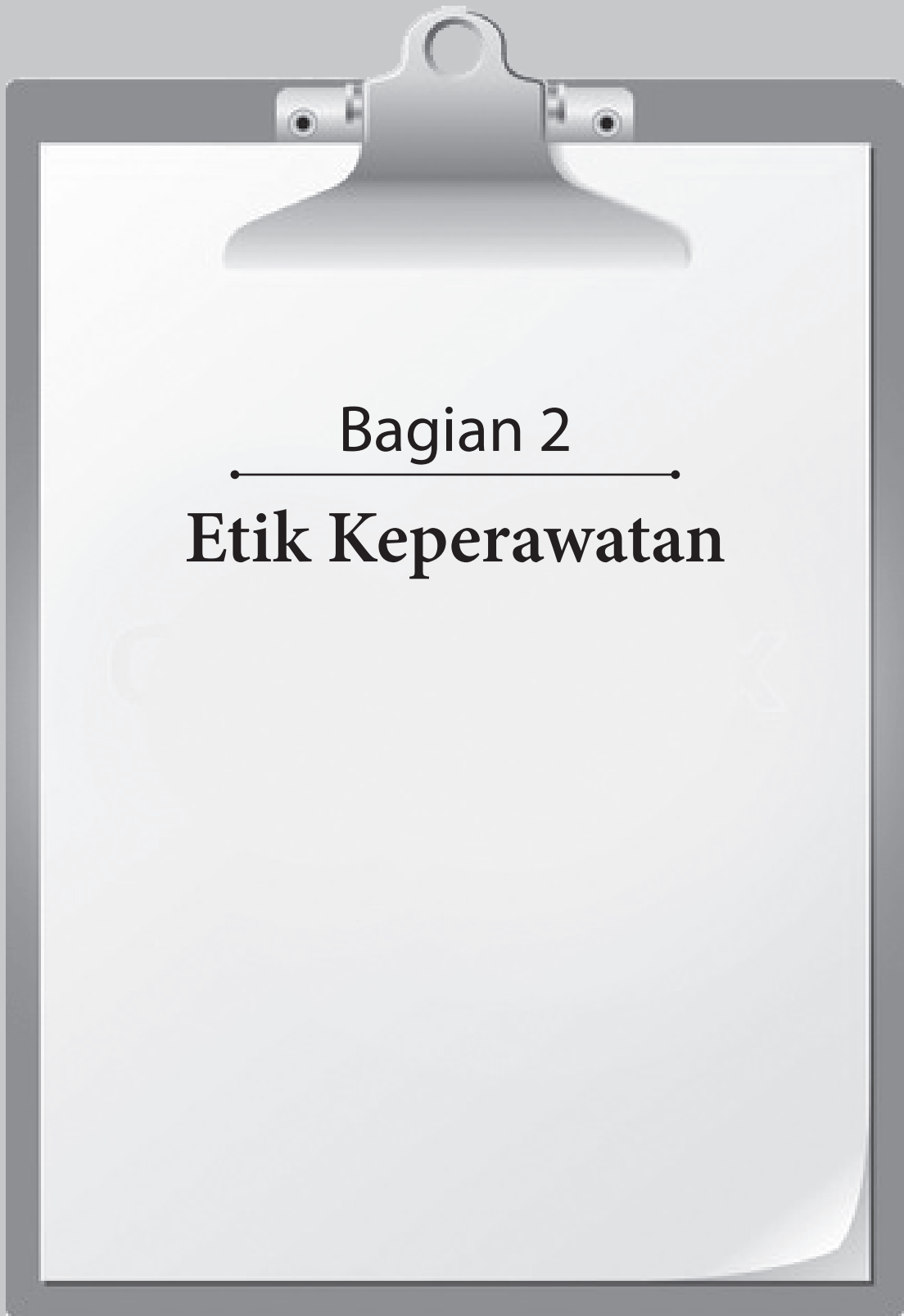
8. Inovatif.

Selalu berpikir jauh ke depan dan terus maju merupakan ciri khas perawat masa depan dengan belajar dari pengalaman dan kesalahan masa lalu. Perawat masa depan harus melakukan pembaruan-pembaruan dalam penataan organisasi profesi, pendidikan, praktik, dan ilmu keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 1997. "Peran Perawat Profesional dalam Sistem Kesehatan di Indonesia". Makalah Seminar UI. Jakarta.
- Chitty, K.K. 1997. *Professional Nursing. Concepts and Challenges*. Edisi 3. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Depkes RI. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- _____. 1998. *Kebijaksanaan Depkes dalam Meningkatkan Sumber Daya Keperawatan dalam Menghadapi Era Global*. Jakarta: Depkes RI.
- Grant, A.B. dan V.H. Massey. 1999. *Nursing Leadership, Management and Research*. Pennsylvania: Springhouse Co.
- Husin, M. 1999. *Upaya Membina Sikap dan Kemampuan Profesional Perawat*. Jakarta: Yayasan Univ. Pelita Harapan SILOAM Gleneagles Hospital.
- Marquis. B.L., dan C.J. Huston. 2000. *Leadership Roles and management Functions in Nursing*. Philadelphia: JB Lippincott.
- _____. 1998. *Management Decision Making for Nurses. 124 Case Studies*. Edisi 3. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Nursalam. 1998. "The Perception and Attitude of the Indonesian Nurse Academic to Research". *Unpublished Thesis for Honours Master of Nursing*. University of Wollongong, NSW, Australia.
-

- _____. 2007. *Asuhan Keperawatan Pasien HIV AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Konsep dan Praktik*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2011. *Manajemen Keperawatan: Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2011. *Manajemen Keperawatan: Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.



Bagian 2

Etik Keperawatan

BAB 3

Penerapan Etik dan Legal dalam Praktik Keperawatan Profesional



PENGANTAR DAN MASALAH

Etik profesi merupakan prinsip moral atau asas yang harus diterapkan oleh perawat dalam hubungannya dengan pasien, teman sejawat dan masyarakat umumnya. Etik ini mengatur tentang perilaku profesional pada perawat dalam menjalankan pekerjaannya, sebagaimana tercantum dalam lafal sumpah dan kode etik perawat yang disusun organisasi profesional bersama pemerintah.

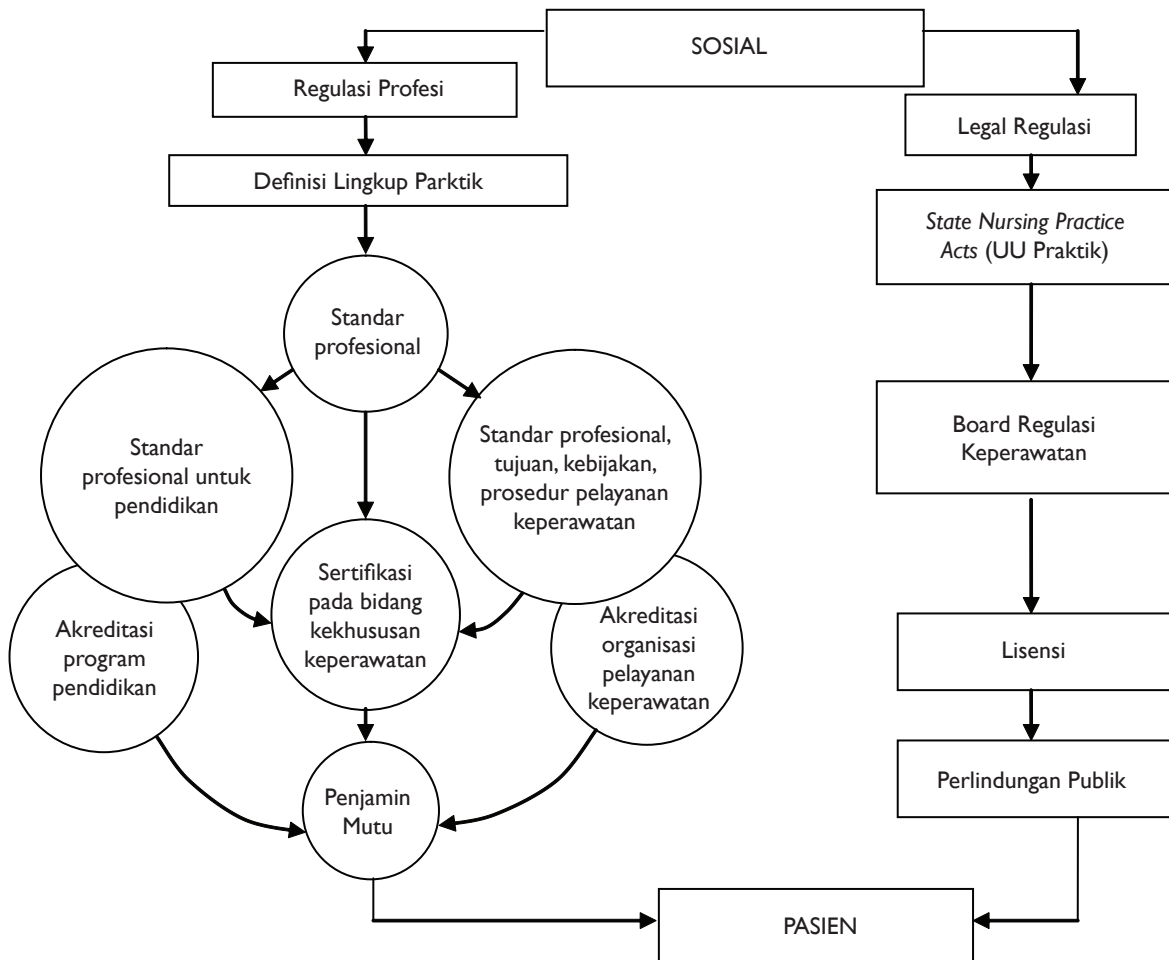
Pelanggaran etik keperawatan tidak selalu berarti pelanggaran hukum, demikian pula sebaliknya. Pelanggaran etik keperawatan diproses melalui MKEK-PPNI dan jika diperlukan diteruskan ke Departemen Kesehatan. Sementara itu pelanggaran hukum diselesaikan melalui pengadilan.

Untuk menghindari pelanggaran etik dalam praktik keperawatan profesional, maka perawat harus menerapkan prinsip/asas etik dan kode etik serta mematuhi aspek legal keperawatan yang diatur dalam KepMenkes 148/2010 dan UU Kes 36/2009. Dalam melaksanakan

perawat harus memperhatikan dan menghindari yang disebut dengan *negligence* (kealpaan): *commision dan ommision*. Hal ini bisa dilakukan apabila perawat dalam setiap mengambil keputusan etik selalu didasarkan pada *ethical decision making dan clinical decision making*.

Sistem Regulasi dalam Praktik Keperawatan

Figur 3.1 Sistem Regulasi dalam Praktik Keperawatan (Lindberg dalam Chitty, 1997)



Apa Penyebab dari Masalah Etik?

1. Kurangnya pendidikan formal.
2. Kurangnya tim etik yang menyelesaikan masalah etik.
3. Kurangnya dukungan dari kelompok.
4. Kurangnya kewenangan dalam pengambilan keputusan.

Tantangan Etik Keperawatan

1. Dasar-dasar moral makin memudar.
2. Dasar dan sendi agama makin menipis.
3. Perkembangan iptek yang meningkat.
4. Globalisasi yang menyebabkan persaingan bebas (orientasi pelayanan dari sosial-bisnis)
5. Kamajuan dan perkembangan masyarakat sebagai pengguna jasa: (kesadaran hak; tekanan ekonomi yang meningkat; kesenjangan si kaya dan si miskin; IPTEK meningkat).
6. Perubahan dalam masyarakat perawat (kurangnya kemampuan-etik; masuknya tenaga LN).



KONSEP ETIK KEPERAWATAN

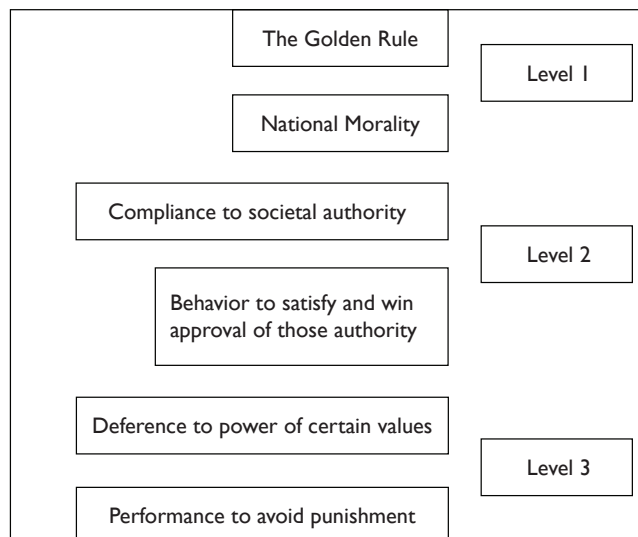
ETHICS

- “... *doing good and avoiding harm*” (melakukan kebaikan dan menghindari hal yang merugikan) (Bandman dan Bandman, 1995: 5).
- “... *good and bad, moral duty, obligation and values*” (baik dan buruk, tanggung jawab moral, kewajiban dan nilai).

VALUES

- “*A belief or custom that frequently arises from cultural or ethical background, family adaptation, peer group ideas.*”

Perkembangan Moral



Figur 3.2 Perkembangan Moral (sumber??)

Perbedaan Etik dan Hukum Keperawatan

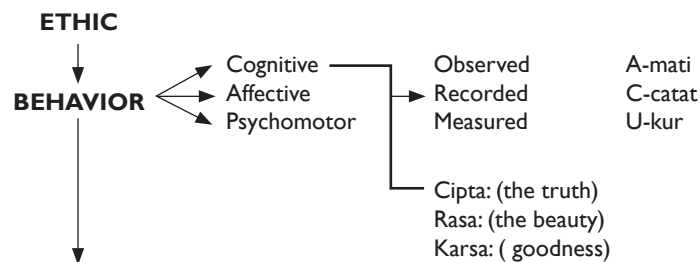
Etik

“... *doing good and avoiding harm*” (Bandman dan Bandman, 1995: 5)

- Apa yang harus dilakukan manusia.
- Apa yang seharusnya dilakukan kepada seseorang.
- Suatu analisis proses terhadap suatu tindakan.
- Berdasarkan ilmu dan nilai/norma di masyarakat.

Hubungan Etik dengan Moral dan Hukum

- MORAL (apa yang dinilai baik/buruk oleh masyarakat);
- HUKUM (legalisasi sikap tindak etik).



Figur 3.3 Skema hubungan Etik dengan tingkah laku (sumber????)

Ukuran Good/Bad–Tindakan Manusia

KRITERIA

1. Dilakukan dengan sengaja.
2. Dilakukan dengan kesadaran.
3. Bahwa yang bersangkutan telah mengetahui.
4. Bahwa yang bersangkutan mempunyai pilihan.

Ukuran Baik dan Buruk (Secara Universal)

1. Hedonisme (*kenikmatan dan kepuasan rasa*).
2. Utilitarisme (*bermanfaat*).
3. Vitalisme (*kekuatan dan kekuasaan*).
4. Sosialisme (*masyarakat yang menentukan*).
5. Religionisme (*firman Tuhan*).
6. Humanisme (*hak asasi manusia*).

Teori Etik

1. Utilitarianism.

“... *Greatest happiness principles.*”

2. Deontology.

“... *Rightness or wrongness of an action depended on the inherent moral significance of the action.*”

“... *To do one's duty was right, not to do one's duty was wrong*” (selalu memegang janji, dan tak pernah berbohong sesuai dengan situasi).

Perbedaan “Scientific and Ethical”

SCIENTIFIC

- Tujuan: menjelaskan peristiwa.
- Kesimpulan: benar dan salah.
- Adanya penjelasan dan penjabaran

ETHICAL

- Justifikasi tindakan manusia.
- Tidak bisa secara langsung: benar-salah.
- “*Obligations*” atau pernyataan yang harus dikerjakan.

A Good Nurse is One Who

1. *Personal characteristic.*
2. *Professional characteristic.*
3. *Patient centeredness.*
4. *Advocacy.*
5. *Competence.*
6. *Critical Thinking.*
7. *Patient care.*

Prinsip dan Asas Etik Keperawatan JABVC

- *Justice (Asas keadilan).*
- *Autonomy.*
- *Beneficiency dan non-maleficence.*
- *Veracity.*
- *Confidentiality.*

Justice (Asas Keadilan)

“... *equals should be treated the same and unequals should be treated differently.*”

- Pasien harus diperlakukan sama sesuai dengan keadaannya.
- Tidak ada diskriminasi (pasien, alat-alat, dan lain-lain).

- *Models (health care resources)*.
 - a. Setiap arang sama.
 - b. Berdasarkan jasa.
 - c. Keberadaan peralatan.
 - d. Sesuai kebutuhan.

Autonomy (Asas Menghormati Otonomi)

“Individuals have the right to determine their own actions”

Karakteristik.

- Sesuai dengan nilai-nilai/kepercayaan.
- Informasi yang cukup.
- Bebas dari “*coercion*”.
- Berdasarkan alasan dan kebebasan.

Benefience (Asas Manfaat) dan Non-Maleficence (Tidak Merugikan)

“Doing or promoting good”

Karakteristik:

- *Nonmaleficence*;
- Mencegah harm atau kesalahan;
- Mengurangi/menghilangkan “*harm or evil*”;
- Promote “good”.

Veracity (Asas Kejujuran)

“..... Telling the truth”.

Confidentiality (Kerahasiaan)

Perawat harus merahasiakan keadaan pasien, meskipun pasien sudah meninggal kecuali diminta oleh institusi yang berkompeten.



KODE ETIK KEPERAWATAN DI INDONESIA (PPNI) CODE OF ETHICS FOR NURSES- INDONESIA

Lima Prinsip

- Perawat dan pasien.
- Perawat dan praktik.
- Perawat dan masyarakat.

- Perawat dan teman sejawat.
- Perawat dan profesi.

Perawat dan Pasien

1. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan.
2. Menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan pasien, dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
3. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat-istiadat, dan kelangsungan hidup beragama dari pasien.
4. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
5. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

Perawat dan Praktik

1. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan melalui belajar terus-menerus.
2. Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang adekuat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.
4. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.

Perawat dan Masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.

Perawat dan Teman Sejawat

1. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

2. Perawat bertindak melindungi pasien dan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

Perawat dan Profesi

1. Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkan dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
2. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan.
3. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

Indikator Kecerobohan (Indicators of Negligence—4D)

- D1—*Duty, nurse had specific professional duty to patient* (perawat memiliki tugas spesifiknya pada pasien).
- D2—*Derelection, nurse did not carry out his/her duty* (perawat tidak melakukan tugasnya).
- D3—*Damage, nurse caused injury to his/her patient* (perawat menyebabkan cedera pada pasien).
- D4—*Direct Causation, the patient's injury resulted from the nurse's negligent action* (cedera pasien diakibatkan karena kelalaian perawat).

Tujuh Pitfalls yang Umum Terjadi pada Aspek Etik Keperawatan dan Hukum Kesehatan

1. Pasien yang jatuh (*patient falls*).
2. Gagal untuk menindaklanjuti perintah/protokol dokter (*failure to follow up MD orders/protocol*).
3. Salah dalam pemberian obat (*medication error*).
4. Penggunaan peralatan yang tidak tepat (*improper use of equipment*).
5. Gagal dalam mengeluarkan benda asing (*failure to remove foreign objects*).
6. Gagal dalam memberikan pemantauan yang adekuat (*failure to provide sufficient monitoring*).
7. Gagal dalam berkomunikasi (*failure to communicate*).

Bagaimana Menghindari Negligence

- C = *Check the order* (periksa perintah dokter).
- W = *Wash your hands* (cucilah tangan).
- I = *Identify the patient* (identifikasi pasien).

- P = *Provide safety and privacy* (berikan keamanan dan privasi).
A = *Assess the problems* (kaji masalah).
T = *Teach and tell the patient* (ajarkan dan katakan pada pasien).



INFORMED CONSENT

Consent, (Latin: *consensio, con sentio*), berarti persetujuan, izin, menyetujui, memberi izin kepada seseorang untuk melakukan sesuatu.

Menurut Permenkes (1989), *informed consent* adalah persetujuan yg diberikan oleh pasien atau keluarga atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien.

Unsur Informed Consent

1. *Capacity* (Kemampuan memahami informasi).
Ciri:
 - memiliki nilai dan tujuan;
 - kemampuan berkomunikasi dan memahami informasi;
 - kemampuan membuat alasan atas pilihannya dan keputusan.
2. *Volunterinism* (Sukarela).
Ciri:
 - tanpa paksaan;
 - tanpa ancaman.
3. Informatif (Unsur informasi).
 - Diagnosis/masalah pasien.
 - Tujuan dan lama tindakan.
 - Hasil.
 - Manfaat.
 - Potensial risiko.
 - Alternatif tindakan sesuai kemampuan.
 - Prognosis jangka pendek dan panjang.

Tujuan Informed Consent

1. Perlindungan pasien untuk segala tindakan (tindakan yang tidak perlu oleh tim tanpa sepengetahuan pasien).
2. Perlindungan tenaga medis dan perawat akibat penyakit tidak terduga serta dianggap merugikan pihak lain.

Fungsi Informed Consent

1. Promosi dari hak otonomi perorangan.
2. Proteksi dari pasien dan subjek.
3. Mencegah penipuan atau paksaan.
4. **Regulasi** profesi kesehatan, introspeksi.
5. Promosi dari keputusan-rasional.
6. Keterlibatan masyarakat (otonomi-nilai sosial dan pengawasan).

Bentuk Informed Consent

1. Tersurat (*express*)-lisan dan tertulis.
2. Tersirat (*implied or tacit consent*):
 - dalam keadaan biasa;
 - dalam keadaan gawat darurat.

Pemberi Informed Consent

1. Pasien dewasa (sadar dan sehat mental).
2. Pasien dewasa (berusia 21 tahun atau sudah menikah).
3. Pasien dewasa (pengampunan)-oleh orang tua.
4. Pasien dewasa (gangguan mental)-oleh orang tua/wali.
5. Pasien dibawah 21 tahun (tidak ada orang tua)-oleh keluarga terdekat.

Pengabaian Informed Consent

1. Tidak ada kesempatan memintakan.
2. Tidak ada waktu lagi untuk menunda-nunda tindakan.
3. Untuk menyelamatkan nyawa, tidak mempunyai penyakit sebelumnya.
4. Melindungi keselamatan anak/bayi.
5. Mencegah *self-distruction*.
6. Melindungi kesehatan Masyarakat.
7. Menjaga etik/aturan RS (UU Kesehatan No. 23/1992, Pasal 53).

Kriteria-Gawat (Informed Consent)

1. Syok.
2. Perdarahan.
3. Patah Tulang.
4. Kesakitan (*pain*).

Permenkes 585/1989: dalam hal pasien tidak sadar/pingsan serta tidak didampingi oleh keluarga terdekat dan secara medis dalam keadaan gawat dan/darurat

yang memerlukan tindakan medis segera untuk kepentingannya, tidak diperlukan persetujuan dari siapapun.

Informed Consent Tidak Sah Jika:

1. dengan paksaan (*duress, dwang*);
2. karena memberikan informasi yang salah/berlainan;
3. dari seseorang yang belum dewasa;
4. dari seseorang yang tidak berwenang;
5. dalam keadaan tidak sepenuhnya sadar (*non lucid state*).

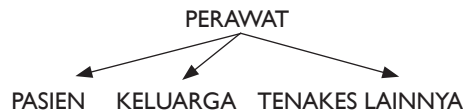


EDM (ETHICAL DECISION MAKING) IN NURSING

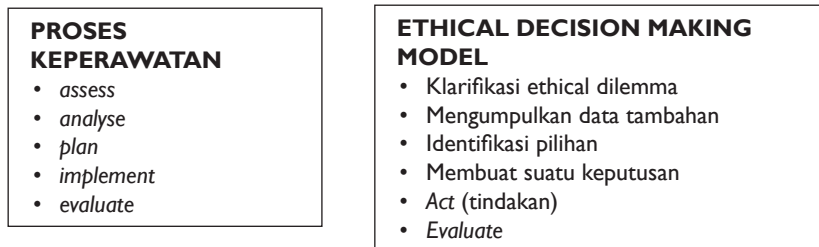
Decision Making

- *End point of using critical thinking and scientific reasoning ethical in problem reasoning.*
- *Even “no decision” is decision, because , in effect, it is supports the existing state of affairs.*

ETHICAL DECISION MAKING (EDM)



PERBEDAAN PROSES KEPERAWATAN DAN EDMM



SOURCES OF DILEMMAS (ETHICAL CONFLICT)



Figur 3.4 Ethical Decision Making (Lindberg dalam Chitty, 1997)

Strategy E-D-M

Formula:

<p>THEORIES + VALUES + SITUATIONAL Utilitarianism Deontological</p>
--

(Lindberg dalam Chitty, 1997)

Data Situasi (Situation Data)

- Tentukan masalah kesehatan dan kekuatan diri (pasien) yang ada (*determine what health problems and individual person strength exist*).
- Identifikasi keputusan yang perlu dibuat (*identify what decision need to be made*).
- Pisahkan keputusan yang mengandung komponen etik dari isu-isu tersebut (*separate the ethical component of the decisions from those issues*).
- Identifikasi semua pihak, baik individu maupun kelompok yang akan terkena dampaknya (*identify all the individual and groups who will be affected*).

Tanggung Jawab (Accountability)

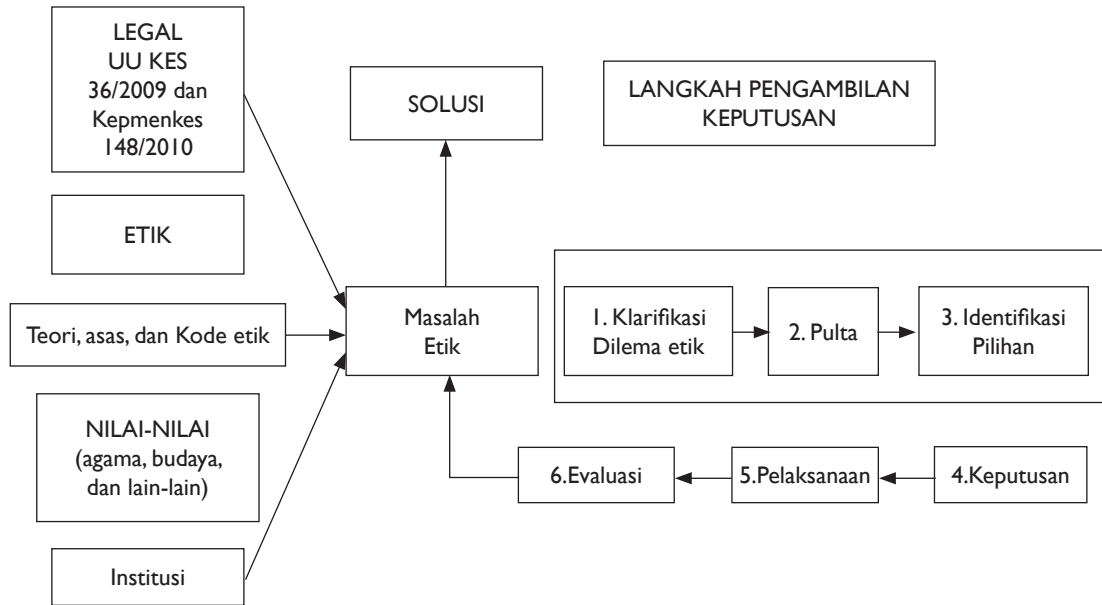
Artinya bertanggung jawab atau kewajiban??? (*means responsibility or the obligations to account for one's behavior or act*). Bertujuan untuk:

- *Assume responsibility for his or her own actions*
- menunjukkan disiplin diri saat rapat, komitmen, dan kewajiban serta memenuhi janji (*demonstrate self-discipline in meeting commitments and obligations, appointment*)
- mempersiapkan pengalaman klinis lanjutan (*prepare in advance for clinical experience*);
- *melaporkan praktik yang tidak aman untuk pasien atau klien (report unsafe client-patient practice)*.

Asumsi (Assumptions)

- Seluruh praktik keperawatan terdiri atas EDM (*all nursing practice involves EDM*).
- *Person centered care demands a willingness to confront ED???*
- Nilai pribadi dan profesi memengaruhi ED (*personal dan professional values influence ED*).
- *Persons (care givers and clients) can be assisted to achieve higher levels of moral reasoning???*
- Tidak ada teori etik yang benar (*there is no one correct ethical theory*).

Formula Dasar Pengambilan Keputusan Etik



Figur 3.5 Skema Formula Dasar Pengambilan Keputusan Etik (sumbernya???)



AUTONOMY DAN INFORMED CONCENT

Eleanor Gift, perempuan berusia 68 tahun dijadwalkan untuk operasi triple bypass. Martha Blake, RN, adalah perawat yang memberikan pengajaran praoperasi pada sore sebelum prosedur dijadwalkan. Tampak jelas bagi Blake bahwa Ny. Gift tidak menginginkan operasi tersebut. Dia memperlihatkan ketakutan yang besar terhadap prosedur operasi dan secara keseluruhan merasa sangat negatif terhadap hasil operasi. Sementara itu, dokter bedah telah meyakinkan Ny. Gift dan keluarga bahwa operasi itu harus dilakukan untuk membuatnya bertahan hidup. Walaupun Ny. Gift sama sekali tidak nyaman terhadap kondisi tersebut, namun dia memutuskan untuk tidak menjalani operasi besok pagi. Apa tanggung jawab perawat dalam situasi seperti ini?

Eleanor Gift, age 68 years, is schedule for triple bypass surgery. Martha Blake, RN, is the nurse doing her preoperative teaching the evening before the procedure is scheduled. It is apparent to Miss Bake that Mrs. Gift doesnot want to have surgery. She express great apprehension about procedure and generally feells quite negative about the outcome. The surgeon, however, has convinced Mrs. Gist and her family that she must undergo the surgery to survive. Although far from comfortable with situation, Mrs. Gift is resigned to undergo the impending surgery in the morning. What is the nurse's responsibility in the situation?

Contoh Penerapan EDM pada Kasus (Chitty, 1997)

Tahap 1: Klarifikasi Dilema Etik (Clarify Ethical Dilemma)

Banyak pertanyaan yang tidak terjawab pada studi kasus di atas. Keputusan yang jelas terkait operasi harus dibuat oleh orang yang paling terkena dampaknya (yaitu Ny. Gift). Namun dampaknya juga akan dirasakan oleh orang lain. Tidak ada informasi yang jelas tentang keluarga Ny. Gift dan bagaimana keterlibatan mereka dalam perawatan kesehatan Ny. Gift. Pemberi perawatan lainnya mungkin juga memainkan peran penting. Prinsip etik otonomi amat penting dalam skenario ini. Sayangnya, waktu terlalu singkat karena jadwal operasi Ny. Gift adalah besok pagi.

Many questions are not answered in this case study. Clearly the decision regarding having surgery should be made by the one most affected (i.e. Mrs. Gift). Others are affected by her decision, however. There is no information given about her family or how involved they are in her health care. Other care givers also may play a significance role. The ethical principle of autonomy is important in this scenario. Unfortunately, time is quite short because Mrs. Gift's surgery is scheduled in the morning.

Tahap 2: Mengumpulkan Data Tambahan (Gathering Additional Data)

Perawat perlu mengetahui informasi dari riwayat medis Ny. Gift yang terkait dengan penyakit kardiovaskular. Hal lain yang penting untuk diketahui apakah Ny. Gift pernah mengatakan tentang operasi dan kebutuhannya akan hal tersebut. Apakah dia pernah diberikan informasi yang diperlukan sehingga memungkinkannya untuk membuat keputusan? Kita juga dapat mengumpulkan informasi dengan menjawab pertanyaan 5W dan 1H.

The nurse need to know information from Mrs. Gift's medical history related to the extent of her cardiovascular disease. It is also important to know what she has been told about the surgery and her need for it. Has she been given the necessary information to allow her to make an information decision? We can also gather the data from answering questions on 5W and 1H.

Tahap 3: Identifikasi Pilihan (Identify Option)

Tindakan perawat berikut adalah pilihan bagi perawat dalam situasi di atas.

- Meneruskan dalam memberikan pengajaran praoperasi dengan asumsi bahwa operasi akan tetap dilaksanakan sesuai jadwal.
- Meneruskan dalam memberikan pengajaran praoperasi dan tingkatkan pengetahuannya agar dapat digunakan sebagai sarana tambahan untuk membantunya dalam membuat keputusan, dan lain-lain.

Continue preoperative teaching and let the increased knowledge be used as an additional tool to assist Mrs. Gift in decision making.

The following nursing actions are options for the nurse in this situation:

- *Continue preoperative teaching under the assumption that surgery will take place as schedule.*
- *Continue preoperative teaching and let the increased knowledge be used as an additional tool to assist Mrs. Gift in decision making. Etc.*

- Pada prinsipnya, pilihan dapat dibagi menjadi tiga kemungkinan:
 1. dapat diserang;
 2. dapat dihindari;
 3. dapat dikompromikan.

Principally, the options can be divided into 3 options possibles: should be attack; can be avoided; compromise.

Tabel 3.1 Peringkat masing-masing alternatif dalam skala 1–3 (sumber??)

Alternatif	Kecocokkan	Kelayakan	Keleluasaan	Total
Alternatif A	1	1	3	5
Alternatif B	3	2	1	6
Alternatif C	3	3	2	8
Alternatif D	2	2	1	5

- *Kecocokkan: apakah alternatif bersifat etik atau praktik. Apakah sesuai dalam skala atau penting? Apakah respons adekuat? Terlalu ekstrem?*
- *Kelayakan: seberapa banyak sumber atau fasilitas yang akan diperlukan untuk menyelesaikan masalah, seberapa besar kemungkinan sumber tersebut dalam menyelesaikan masalah?*
- *Keleluasaan: kemampuan dalam merespons konsekuensi yang tidak diharapkan, atau membuka peluang baru?*

Tahap 4: Membuat Keputusan (Make a Decision)

Pilihlah salah satu opsi. Pada kondisi ini, yang terlihat sesuai adalah mengetahui lebih jauh mengenai kekhawatiran dan perasaan Ny. Gift akan operasinya. Penting untuk diketahui apakah pasien benar-benar merasa operasi merupakan jalan terbaik dan apakah pasien dapat membuat keputusan sendiri (otonom).

Choose one of the options. In this situation, it seems most appropriate to explore Mrs. Gift concerns and feelings about the surgery. It is important to determine if patients truly feels the surgery is in the best interest and if she has made an autonomous decision.

Tahap 5: Implementasi (Implementation)

Ketika keputusan dibuat, hal penting selanjutnya adalah mengimplementasikan tindakan. Pada situasi ini, perawat memutuskan untuk mengetahui lebih jauh mengenai kekhawatiran pasien dan menentukan apakah pasien dapat membuat keputusan otonom.

Once a decision is made, it is important to implement the action. In this situation, the nurse decides to explore patient's concerns and determine if an autonomous decision was made by the patient.

Tahap 6: Evaluasi (Evaluation)

Tahap ini merupakan tahap yang penting, walaupun sudah terlihat jelas. Tahap ini diperlukan untuk mengevaluasi dampak dari keputusan yang telah dibuat. Perawat harus mengetahui apakah implementasi tindakan telah sesuai dengan yang diinginkan. Bukti bahwa intervensi telah berhasil di antaranya penurunan tingkat kecemasan Ny. Gift dan perasaan negatif tentang peluang hasil operasi.

This step is important, even though it may seem obvious. It is necessary to evaluate the implications of the decision that was made. The nurse must determine if the action implemented accomplished what was intended. Evidence that the intervention was successful would include a decrease in Mrs. Gift's anxiety level and negative feelings about the probable outcome of the surgery.

Contoh: Penerapan

Ethical and Clinical Decision Making (Pengambilan Keputusan Etik dan Klinik) dalam Keperawatan

KASUS

Tn. A, 65 tahun, seorang profesor dalam bidang musik menderita penyakit Parkinson yang progresif. Beliau memulai perawatan lanjut sejak musim panas tahun 1999 dikarenakan istrinya yang berusia 40 tahun tidak sanggup merawatnya sendirian. Tn. A mengalami inkontinensia feses dan urine, kesulitan berjalan serta tidak mampu makan sendiri. Postur tubuh Tn. A pendek dan sedikit kurus (130 lbs = mungkin sekitar 59 kg). Semakin lama kondisi kesehatan Tn. A semakin memburuk. Dia semakin putus asa dan merasa dirinya telah mengecewakan keluarganya. Terlebih lagi ketika dia melihat istrinya harus menempuh perjalanan yang cukup jauh setiap kali datang untuk menjenguk dan merawat dirinya di rumah sakit. Di akhir musim panas, Tn. A menjalani pengobatan antidepresan dan hal ini menyebabkan beliau mengalami penurunan berat badan sebanyak 15 pon (6,8 kg). Tanpa alasan yang jelas Tn. A mengurangi frekuensi dan porsi makannya bahkan beliau selalu memuntahkan makanan yang dikonsumsi. Suatu hari Tn. A dirawat di ICU karena hipokalemi dan dehidrasi, dia mendapatkan nutrisi total parenteral dan cairan intravena. Beliau menolak untuk dipasang slang gastrointestinal. Dalam beberapa bulan kemudian berat badannya turun menjadi 100 lbs (45 kg). Tim dokter yang merawat Tn. A memutuskan untuk melakukan PEG (*percutaneous endoscopy gastrostomy*) untuk memasukkan slang nutrisi langsung ke dalam lambung. Namun, Tn. A menerima pelaksanaan tindakan tersebut hanya jika makanan yang dimasukkan ke dalam slang nutrisi adalah minuman soda kesukaannya. Maka tim dokter menyetujui hal itu dengan harapan beliau dapat berubah pikiran sehingga dapat diubah dengan nutrisi yang lebih dibutuhkan. Namun, selama 21 hari Tn. A tetap menginginkan soda sebagai nutrisinya sehingga kondisi kesehatannya semakin memburuk. Pasien semakin letargi, dan mengalami ulkus lambung. Pada akhirnya Tn. A masuk ke

ICU untuk kedua kalinya karena gangguan irama jantung. Perawat dan tim dokter mengalami dilema apakah tindakan pemberian nutrisi dengan soda tetap dilakukan sesuai dengan keinginan pasien ataukah melakukan tindakan lain untuk memperbaiki kondisi kesehatannya?

Opini Kasus

Kasus tersebut dapat ditinjau dari aspek hukum, kode etik, asas etik, dan dari segi norma budaya.

Aspek Hukum

Dari kasus Tn. A di atas, jika ditinjau dari aspek hukum maka ada beberapa dasar hukum yang berkaitan dengan kasus di atas, antara lain sebagai berikut.

- a. Dasar hukum yang melindungi tim kesehatan (termasuk perawat) jika tetap melakukan tindakan sesuai dengan keinginan Tn. A.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.02.02/MenKes/148/I/2010 pasal 12 dalam melaksanakan praktik, perawat wajib untuk:

- 1) menghormati hak pasien;
- 2) melakukan rujukan;
- 3) menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- 4) memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien/pasien dan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan;
- 5) meminta persetujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan;
- 6) melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis;
- 7) mematuhi standar:

- a) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 5 ayat (3)

Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Pasal 56 ayat (1)

Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.

Pasal 8

Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Pasal 7

Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab. Dari beberapa dasar

hukum di atas, pasien dan keluarga berhak mengambil keputusan yang terbaik atas tindakan yang akan dipilih setelah tim kesehatan termasuk perawat memberikan informasi mengenai tindakan yang akan diterima pasien secara lengkap. Hak pasien sepenuhnya untuk memutuskan apakah akan menggunakan PEG (Percutaneous Endoscopy Gastrostomy) atau tidak. Ketika ada persyaratan yang diajukan, pasien memiliki tanggung jawab atas dirinya dalam keputusan tersebut. Sesuai permenkes, perawat wajib untuk menghormati apapun keputusan ataupun persyaratan yang diajukan oleh pasien.

- b) Dasar hukum yang melindungi tim dokter dan perawat jika melakukan tindakan untuk memperbaiki kondisi Tn. A agar membaik. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan:

Pasal 56

- (1) Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.
- (2) Hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku pada:
 - a) penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas;
 - b) keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri; atau
 - c) gangguan mental berat.

Ketika Tn. A dalam keadaan tidak sadarkan diri (dalam kasus disebutkan beberapa hari setelah pemasangan PEG, pasien mengalami letargi atau penurunan kesadaran), tim kesehatan (termasuk perawat) dibenarkan untuk melakukan tindakan penyelamatan. Salah satunya menghentikan pemberian soda yang diduga memengaruhi keadaan pasien. Hal ini dibenarkan sesuai UU No. 36 Tahun 2009.

Kode Etik Keperawatan

Kode etik keperawatan Indonesia yang berkaitan dengan kasus di atas adalah tentang tanggung jawab perawat terhadap tugas yang bunyinya “Perawat senantiasa mengutamakan perlindungan dan keselamatan pasien dalam melaksanakan tugas keperawatan serta matang dalam mempertimbangkan kemampuan jika menerima atau mengalih tugaskan tanggung jawab yang ada hubungannya dengan keperawatan.”

Dalam kasus yang dialami Tn. A, perawat dihadapkan pada dua pilihan yang sulit, apakah menghentikan pemberian minuman soda untuk menyelamatkan nyawa Tn. A atau tetap memberikannya atas dasar permintaan Tn. A. Jika kode etik keperawatan yang menjadi dasar pengambilan keputusan, tentu yang lebih dipentingkan adalah keselamatan nyawa Tn. A.

Asas Etik Keperawatan

Dari enam asas etik keperawatan yang ada, maka asas etik yang berkaitan dengan kasus di atas adalah sebagai berikut.

- a. Asas *autonomy* (asas menghormati otonomi).

Perawat dituntut untuk menghormati apa yang menjadi hak pasien. Tn. A memiliki hak penuh untuk memutuskan segala sesuatu yang berkenaan dengan kesehatannya secara mandiri. Peran perawat dalam hal ini adalah melaksanakan dan menghormati keputusan yang diambil oleh Tn. A.

- b. Asas *beneficence* (asas manfaat).

Dengan berdasar asas manfaat ini, perawat dapat mempertimbangkan tindakan apa yang akan dilakukan untuk memperbaiki kondisi Tn. A tanpa melakukan tindakan yang bukan kewenangannya, jika keputusan yang diambil oleh Tn. A tidak memberikan manfaat untuk proses kesembuhannya atau bahkan telah memperburuk kondisi kesehatannya.

Norma Budaya

Dalam kasus di atas berdasarkan norma dan budaya, apabila dokter, perawat, serta tim medis yang lain tetap melakukan tindakan tersebut maka ini bertentangan dengan norma sosial di masyarakat yang memiliki pengertian:

“Segala tindakan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang merupakan tindakan yang wajar dan dapat diterima karena sesuai dengan harapan sebagian besar warga masyarakat ataukah merupakan tindakan yang menyimpang karena tidak sesuai dengan harapan sebagian besar warga masyarakat.”

Semakin buruknya keadaan pasien, seharusnya menjadi bahan pertimbangan tim medis untuk menentukan langkah selanjutnya. Apabila tindakan ini tetap dilanjutkan, maka seharusnya perawat menyampaikan pada keluarga pasien (mengingat pasien sudah mengalami penurunan kesadaran) tentang dampak positif dan negatif yang akan dialami pasien. Jika tidak, selamanya pihak yang tidak tahu apa-apa akan menganggap perawat melakukan tindakan yang merugikan pasien dan keluarga, karena melakukan tindakan yang tidak diharapkan dan dianggap tidak wajar.

EDM dan CDM

1. Klarifikasi dilema.

Kasus Tn. A memiliki beberapa permasalahan yang perlu dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan berdasarkan etik. Berikut pertimbangan-pertimbangan tersebut.

- a. Tn. A dengan usia yang lanjut menderita penyakit Parkinson yang menimbulkan kecacatan secara permanen (*irreversible*) sehingga mengurangi kualitas hidupnya. Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri, sehingga sangat bergantung pada orang lain.

- b. Tn. A merasa menjadi orang yang tidak berguna setelah menderita penyakit Parkinson ini. Dia merasa telah mengecewakan keluarganya karena hanya menjadi beban bagi mereka. Kondisi harga diri rendah inilah yang menyebabkan Tn. A tidak bersemangat untuk sembuh.
- c. Secara tiba-tiba dan tanpa alasan yang jelas Tn. A menolak untuk makan, selalu mengurangi frekuensi dan porsi makannya sehingga terjadi penurunan berat badan yang drastis. Kondisi ini semakin buruk ketika Tn. A dirawat di ICU karena hipokalemi dan dehidrasi.
- d. Ketika tim dokter menyarankan kepada Tn. A untuk memasang PEG sebagai upaya untuk memperbaiki status nutrisinya, pasien tidak menghendaki tindakan tersebut jika tidak menggunakan minuman soda kesukaannya. Setelah 21 hari berjalan, kondisi pasien semakin memburuk bahkan jatuh ke kondisi aritmia.

Dari keempat hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa tindakan yang dilakukan Tn. A terkait keputusan terhadap tindakan perawatan yang akan dilakukan dan perilaku serta pola pikirnya, mengarah pada *self destruction*. Pengambilan keputusan atau permintaan pasien yang mengarah kepada *self destruction* sangat tidak dibenarkan. Perawat dan tim dokter perlu mempertimbangkan asas manfaat dari setiap tindakan yang akan diberikan, apakah akan semakin membahayakan kesehatan pasien atau semakin membaik. Sebagaimana prinsip etik yaitu "*doing good avoiding harm*". Namun, di sisi lain, jika para tenaga kesehatan mengambil keputusan yang sebaliknya, yaitu memperbaiki kondisi dengan mengabaikan permintaan pasien, ketika keadaan umum pasien tersebut membaik, belum tentu diiringi dengan peningkatan kualitas hidupnya. Selain itu, semangat hidup yang rendah juga memungkinkan upaya tersebut gagal untuk meningkatkan status kesehatan pasien. Secara psikologis, pasien sudah lemah sehingga memperburuk kondisi fisiknya.

- a. Permasalahan klinis apa yang terjadi (*what is clinical judgement?*) Dari mana asalnya (*where does it come from?*)

Pasien (Tn. A), penderita Parkinson yang disertai depresi, menolak tindakan pemasangan PEG (*percutaneous endoscopy gastrostomy*) untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya. Pasien akhirnya menyetujui tindakan dengan syarat bahan makanan yang dimasukkan hanya minuman soda. Setelah pemberian selama beberapa hari, Tn. A semakin letargi dan mengalami ulkus lambung hingga Tn. A masuk Ruang ICU dikarenakan aritmia. Permasalahan yang dihadapi oleh tim medis dan perawat adalah mengenai penetapan pemberian nutrisi soda apakah dilanjutkan sesuai keinginan pasien atau dihentikan.

Apa yang dapat saya lakukan sebagai mahasiswa paramedis untuk mengatasi permasalahan klinis (*what can I do as a paramedic student to improve my clinical judgement?*)

Berdasarkan kasus di atas, sebagai mahasiswa keperawatan, pengambilan keputusan dalam kasus etik haruslah mengarah pada tujuan untuk memperbaiki kondisi kesehatan pasien, meskipun hal tersebut bertentangan dengan keinginan pasien. Otonomi pasien akan gugur jika keinginan pasien dapat membahayakan kondisi kesehatannya. Pemberian soda pada PEG akan mengikis lapisan mukosa lambung dan memperburuk ulkus, sehingga akan meningkatkan ketidaknyamanan pasien akibat rasa nyeri yang diberikan, bahkan dapat menyebabkan gangguan irama jantung. Maka dari itu, keputusan yang sebaiknya diambil adalah menghentikan pemberian soda pada PEG dan menggantinya dengan cairan nutrisi lain yang lebih bermanfaat, misalnya susu.

b. Faktor apa saja yang memengaruhi?

a) Lingkungan dan tempat (*environment and setting*).

Kasus ini terjadi di Ruang ICU suatu rumah sakit. Sebelumnya, Tn. A dirawat di bangsal namun pada akhirnya Tn. A mengalami aritmia karena mengonsumsi soda. Tim dokter dan perawat pada awalnya mengabaikan permintaan pasien tersebut dengan alasan untuk menghormati otonomi pasien dan berharap agar Tn. A berubah pikiran. Prognosis kondisi yang dialami Tn. A cukup buruk terkait dengan adanya depresi yang berpengaruh pada afektif Tn. A. Sejak kejadian aritmia, keluarga pun menghendaki agar nutrisi soda tersebut diganti.

b) Data-data diagnosis (*diagnostic data*).

- Data subjektif : pasien menyatakan hanya ingin soda yang dimasukkan melalui PEG.
- Data objektif : pasien mengalami letargi, ulkus lambung, dan aritmia.
- Diagnosis medis : Parkinson, depresi, dan postaritmia.

c) *Patient acuity*.

- *Three general classes: Potentially Life Threatening*
- *What do I need to know in order to differentiate between patients with varying acuity?*

Kasus di atas tergolong kasus yang potensial mengancam kehidupan. Kejadian aritmia yang terjadi diduga akibat pemberian soda ditunjang dengan kondisi pasien yang mengalami letargi dan ulkus lambung. Pasien juga mengalami depresi sehingga hal tersebut memengaruhi nafsu makan pasien dan keinginan dalam melakukan aktivitas. Kondisi pasien saat ini pascaaritmia perlu ditunjang dengan pemenuhan nutrisi yang tepat, sehingga pemberian soda lebih baik dihentikan dengan mengabaikan permintaan pasien dan menggantinya dengan nutrisi yang lain untuk meningkatkan status kesehatan pasien.

d) Lingkup praktik (*scope of practice*).

Dalam kasus di atas tim medis termasuk di dalamnya adalah perawat seharusnya mengganti minuman pasien yang diinginkan pasien dengan minuman yang lebih bernutrisi seperti jus atau susu. Hal ini dilakukan berdasarkan asas *beneficence* (asas manfaat). Dengan berdasar asas manfaat ini, perawat dapat mempertimbangkan tindakan apa yang akan dilakukan untuk memperbaiki kondisi Tn. A tanpa melakukan tindakan yang bukan kewenangannya, jika keputusan yang diambil oleh Tn. A tidak memberikan manfaat untuk proses kesembuhannya atau bahkan telah memperburuk kondisi kesehatannya. Artinya, perawat berhak mengganti minuman soda dengan jus atau susu tanpa izin terlebih dahulu kepada pasien. Tindakan ini dilakukan dengan melihat kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Soda yang masuk tidak membantu banyak dalam memenuhi kebutuhan nutrisi Tn. Antonio sehingga perlu disubstitusi dengan minuman yang lain demi perbaikan kondisi pasien. Secara hukum, tindakan yang perawat ambil tidak dapat digolongkan sebagai pelanggaran atas hak pasien yang tertulis dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 56 ayat (1): “Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap”. Oleh karena itu, dalam ayat selanjutnya, pada pasal yang sama, hak ini ditolak saat pasien dalam kondisi tidak sadarkan diri.

e) Hubungan interpersonal (*interpersonal relationship*).

Dalam kasus ini perawat perlu melakukan komunikasi yang asertif kepada pasien terkait tindakan tenaga kesehatan yang bertentangan dengan keinginan pasien. Perawat harus menjelaskan sebaik mungkin dan mengarahkan pasien agar bersedia menerima pemberhentian minuman soda. Perawat juga perlu melibatkan keluarga untuk mempermudah pelaksanaan intervensi tersebut terutama dalam hal penerimaan pasien terhadap tindakan penggantian soda dengan nutrisi yang lain. Dengan demikian, keluarga dapat berperan aktif serta memotivasi pasien untuk meningkatkan status kesehatannya.

2. Pengumpulan Data 5W dan 1H.

a. *What*.

Perawat dan tim dokter mengalami dilema apakah tindakan pemberian nutrisi dengan soda tetap dilakukan sesuai dengan keinginan pasien ataukah melakukan tindakan lain untuk memperbaiki kondisi kesehatannya.

b. *Who*.

Dalam kasus ini, yang bersangkutan adalah Tn. A, perawat, dan dokter.

c. *When.*

Setelah Tn. A menjalani tindakan PEG untuk memasukkan slang nutrisi langsung ke dalam lambung.

d. *Where:* Terjadi di ICU

e. *Why.*

Oleh karena makanan yang dimasukkan ke dalam slang PEG hanya berupa minuman soda yang merupakan minuman kesukaan Tn. A. Kemudian setelah 21 hari pemasangan PEG, kondisi kesehatannya semakin memburuk. Beliau semakin letargi, dan mengalami ulkus lambung. Pada akhirnya Tn. A masuk ke ICU untuk kedua kalinya karena gangguan irama jantung.

f. *How.*

Tim medis harus menyadari bahwa tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan benar-benar bermanfaat bagi kesehatan pasien. Kesehatan pasien senantiasa harus diutamakan oleh perawat. Risiko yang mungkin timbul dikurangi sampai seminimal mungkin dan memaksimalkan manfaat bagi pasien.

3. Resume Kasus.

a. Pengkajian.

1) Identitas Pasien.

Tn. A berusia 65 tahun, telah menikah. Bertempat tinggal di Surabaya yang merupakan asli keturunan Jawa. Tn. A seorang profesor di bidang musik dan beragama Islam.

2) Riwayat penyakit sekarang.

Tn. A menderita penyakit Parkinson yang progresif dan telah menjalani perawatan lanjut sejak 11 tahun yang lalu. Selama proses perawatan lanjut, kesehatan Tn. A kian menurun. Tn. A mengalami inkontinensia urine dan feses, kesulitan berjalan dan tidak mampu makan sendiri. Maka istri Tn. A memutuskan agar Tn. A dirawat di rumah sakit. Tn. A sendiri sangat pesimis akan kesembuhan dari penyakitnya, dia tidak ingin menyusahkan istrinya. Oleh karena penyakitnya yang kian memburuk dan tidak tega melihat kesusahan istrinya, Tn. A mengalami stres sehingga Tn. A mendapat terapi antidepresan. Efek samping terapi ini adalah penurunan nafsu makan. Oleh karena efek samping terapi dan kesengajaan Tn. A yang tidak mau makan dan malah memuntahkan makanan. Makan berat badan Tn. A semakin turun. Sampai akhirnya Tn. A harus masuk ICU dikarenakan mengalami hipokalemia dan dehidrasi. Tn. A mendapatkan nutrisi total parenteral dan cairan intravena. Tim dokter memutuskan untuk memasang gastrointestinal tube, tapi Tn. A menolaknya. Alternatif lain yang ditawarkan tim dokter adalah pemasangan PEG. Tn. A menyetujui dilakukan PEG tapi dengan syarat bahwa makanan yang

akan dimasukkan melalui PEG adalah soda. Tim dokter menyetujui hal tersebut dengan harapan Tn. A nanti akan berubah pikiran. Setelah beberapa hari soda dimasukkan melalui PEG pada Tn. A, kondisi Tn. A semakin memburuk. Tn. A mengalami letargi dan ulkus lambung yang mengakibatkan Tn. A mengalami gangguan irama jantung.

3) Riwayat kesehatan dahulu.

Tn. A pada usia 40 tahun pernah mengalami tabrakan dan terkena cedera otak sedang.

4) Pemeriksaan fisik.

a) Keadaan Umum.

TB = 144 cm

BB = 40 kg

T = 37,6 °C

TD = 110/80 mmHg

RR = 22×/menit

N = 86×/menit

b. Tinjauan sistem (*review of system*).

1) Pola pernapasan (B1).

Tn. A tidak mengalami sesak napas, batuk. Irama napas teratur, tidak memakai alat bantu napas.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah.

2) Sistem sirkulasi (B2).

Tn. A mengalami gangguan irama jantung, aritmia.

Masalah keperawatan: PK Disritmia.

3) Sistem persarafan (B3).

Tn. A mengalami penurunan kesadaran, letargi.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah.

4) Sistem perkemihan (B4)

Tn. A mengalami inkontinensia urine.

Masalah keperawatan: Inkontinensia urine.

5) Sistem pencernaan (B5).

Tn. A mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah, sehingga Tn. A dipasang PEG sebagai jalan masuk makanan. Makanan yang dimasukkan melalui PEG hanya soda.

Masalah keperawatan: Nutrisi kurang dari kebutuhan.

6) Sistem integumen, penginderaan, dan muskuloskeletal (B6).

- Tn. A mengalami kesulitan bergerak/berjalan.
- Terdapat luka pascapemasangan PEG di abdomen kiri.

Masalah keperawatan: Gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi.

c. Pengkajian psikososial.

1) Pola pikir dan persepsi: Tn. A merasa hidupnya sudah tidak berguna lagi dan menyusahkan orang-orang di sekitarnya.

2) Suasana hati: Tn. A merasa sedih dan putus asa akan penyakitnya.

3) Hubungan atau komunikasi: Tn. A kurang kooperatif terhadap tindakan medis yang akan dilakukan padanya.

- 4) Kehidupan keluarga: Tn. A hidup berdua dengan istrinya. Semua keputusan rumah tangga ada pada Tn. A.
Masalah keperawatan: Koping tidak efektif.
- b. Diagnosis keperawatan.
- 1) Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan disfagia sekunder akibat penyakit Parkinson.
 - 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan dan kelemahan otot.
 - 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular, menurunnya kekuatan, kehilangan kontrol otot atau koordinasi.
 - 4) Koping individu tidak efektif berhubungan dengan depresi dan disfungsi karena perkembangan penyakit.
 - 5) Risiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pemberian nutrisi parenteral total.
- c. Intervensi keperawatan.
- Diagnosis: Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan disfagia sekunder akibat penyakit Parkinson.
- Tujuan: dalam waktu 1 × 24 jam pasien dapat makan dan tidak ada penurunan berat badan.
- Kriteria hasil:
- 1) mempertahankan berat badan stabil/menunjukkan kemajuan peningkatan berat badan mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal;
 - 2) bebas dari tanda malnutrisi.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium, misal Hb/Ht dan elektrolit.	1. Indikator kebutuhan cairan/nutrisi dan keefektifan terapi dan terjadinya komplikasi.
2. Atur agar mendapatkan nutrisi yang berprotein/kalori sangat tinggi.	2. Protein tambahan dapat membantu perbaikan dan penyembuhan jaringan.
3. Awasi toleransi terhadap masukan cairan dan makanan, catat distensi abdomen, laporkan peningkatan nyeri atau kram, mual muntah.	3. Komplikasi paralitik ileus, obstruksi, pengosongan lambung lambat, dan dilatasi gaster dapat terjadi.
4. Monitor berat badan.	4. Memberikan informasi tentang kebutuhan diet/keefektifan terapi.

Diagnosis: Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan dan kelemahan otot.

Tujuan: dalam waktu 2 × 24 jam pasien mampu melakukan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya.

Kriteria hasil:

- 1) pasien dapat ikut serta dalam program latihan;
- 2) tidak terjadi kontraktur sendi;

- 3) bertambahnya kekuatan otot dan pasien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji mobilitas yang ada dan observasi terhadap peningkatan kerusakan.	1. Mengetahui tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.
2. Lakukan program latihan untuk meningkatkan kekuatan otot.	2. Meningkatkan koordinasi dan ketangkasan, menurunkan kekakuan otot, dan mencegah kontraktur bila otot tidak digunakan.
3. Anjurkan mandi air hangat dan masase otot.	3. Mandi air hangat dan massase membantu otot-otot rileks pada aktivitas pasif dan aktif mengurangi nyeri otot yang mengakibatkan kekakuan otot.
4. Bantu pasien melakukan latihan ROM, perawatan diri sesuai toleransi.	4. Memelihara fleksibilitas sendi sesuai kemampuan.
5. Kolaborasi ahli fisioterapi untuk latihan fisik pasien.	5. Peningkatan kemampuan dalam mobilisasi ekstremitas dapat ditingkatkan dengan latihan fisik dari tim fisioterapi.

Diagnosis: Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular, menurunnya kekuatan, kehilangan kontrol otot atau koordinasi.

Tujuan: dalam waktu 2 × 24 jam keperawatan diri pasien terpenuhi.

Kriteria hasil:

- 1) pasien dapat menunjukkan perubahan hidup untuk kebutuhan merawat diri;
- 2) pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, dan mengidentifikasi personal/masyarakat yang dapat membantu.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji kemampuan dan tingkat penurunan dan skala 0–4 untuk melakukan ADL.	1. Membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan keburuhana individual???
2. Hindari apa yang tidak dapat dilakukan pasien dan bantu bila perlu.	2. Mencegah frustrasi dan penurunan harga diri pasien.
3. Kolaborasi pemberian pencahar dan konsultasikan ke dokter tentang terapi okupasi.	3. Pertolongan pertama terhadap fungsi usus atau defekasi, untuk mengembangkan terapi dan melengkapi kebutuhan khusus.
4. Ajarkan dan dukung pasien selama aktivitas.	4. Meningkatkan perawatan diri.
5. Modifikasi lingkungan.	5. Mengompensasi ketidakmampuan fungsi.

Diagnosis: coping individu tidak efektif berhubungan dengan depresi dan disfungsi karena perkembangan penyakit.

Tujuan: dalam waktu 1 × 24 jam coping individu menjadi efektif.

Kriteria hasil:

- 1) mampu menyatakan atau mengomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang sedang terjadi;
- 2) mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi;
- 3) mengakui dan mengembangkan perubahan ke dalam konsep diri dengan cara yang akurat tanpa harga diri yang negatif.

INTERVENSI	RASIONAL
Kaji perubahan dari gangguan persepsi dan hubungan dengan derajat ketidakmampuan.	Menentukan bantuan individual dalam menyusun rencana perawatan atau penilaian intervensi.
Anjurkan orang terdekat untuk mengizinkan pasien melakukan sebanyak-banyaknya hal untuk dirinya.	Menghidupkan kembali perasaan kemandirian dan membantu perkembangan harga diri serta memengaruhi proses rehabilitasi.
Bantu dan anjurkan perawat baik dengan memperbaiki kebiasaan???	Membantu meningkatkan perasaan harga diri dan mengontrol lebih dari satu area kehidupan.
Kolaborasi rujuk ahli europsikologi dan konseling bila ada indikasi.	Memfasilitasi perubahan peran yang penting untuk perkembangan perasaan. Terapi obat-obatan dan dukungan partisipasi kelompok dapat menolong mengurangi depresi yang sering muncul pada keadaan ini.

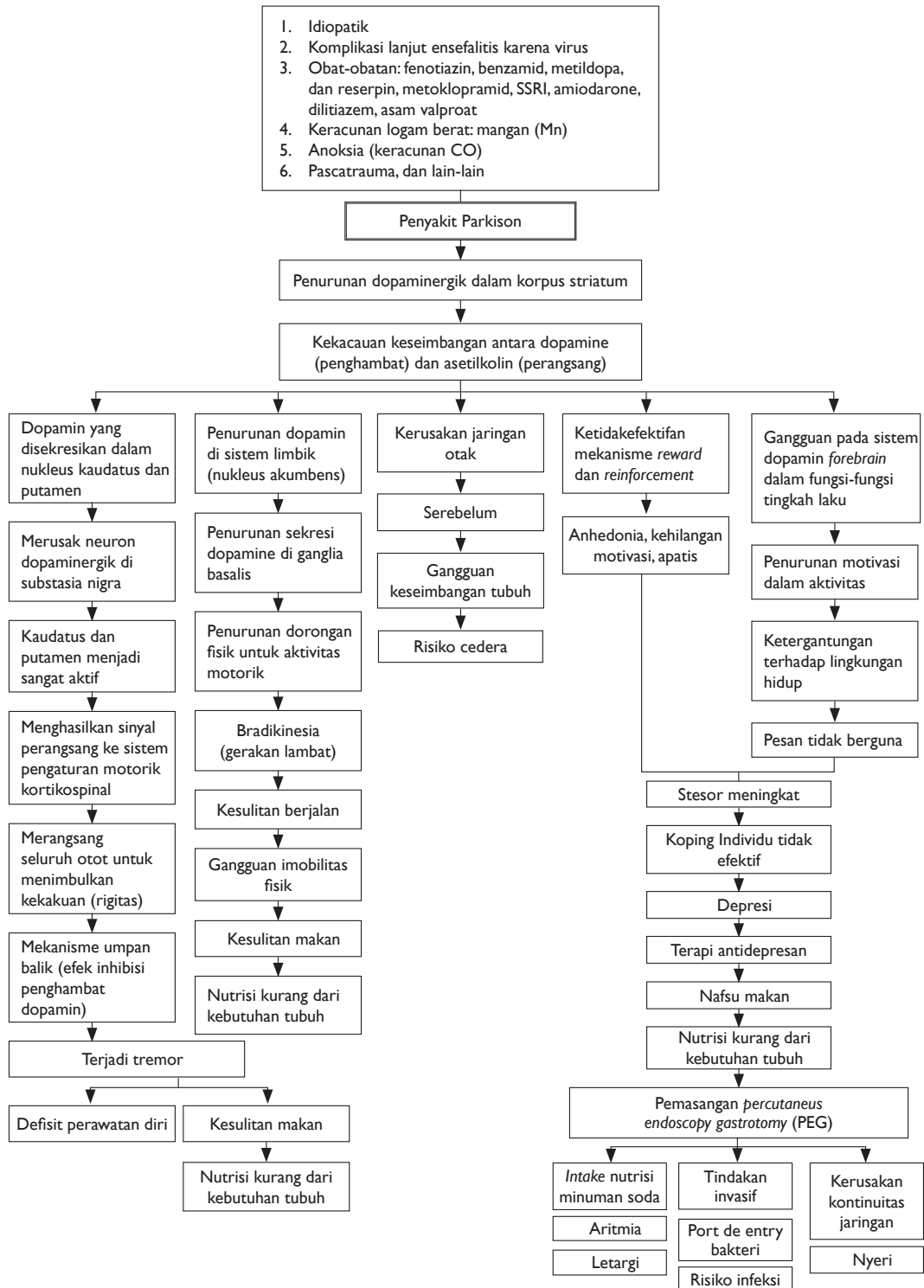
Diagnosis: Risiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pemberian nutrisi parenteral total

Tujuan:???

Kriteria hasil:

- 1) tidak mengalami demam atau menggigil;
- 2) leukosit normal 5.000–10.000/ μL (mm^3).

INTERVENSI	RASIONAL
1. Mempertahankan lingkungan aseptik optimal selama pemasangan PEG di tempat tidur.	1. Sepsis karena slang PEG dapat diakibatkan dari entri mikroorganisme patogen melalui saluran pemasangan kulit.
2. Amankan bagian eksternal dari slang pada balutan dengan plester. Perhatikan keutuhan jaringan kulit.	2. Manipulasi slang keluar atau masuk sisi pemasangan dapat mengakibatkan trauma jaringan dan pontesnia entri organisme kulit ke dalam jalur PEG.
3. Lakukan perawatan balutan slang PEG sesuai protokol.	3. Melindungi sisi slang dari sumber kontaminasi.
4. Pantau suhu dan glukosa.	4. Peningkatan suhu atau kehilangan toleransi glukosa adalah indikasi dini dari kemungkinan sepsis akibat slang PEG.
5. Berikan antibiotik sesuai indikasi.	5. Dapat diberikan dengan profilatik atau untuk organisme yang teridentifikasi secara khusus.

d. *Web of Causation* (WOC) Parkinson.Figur 3.6 *Web of Causation* Parkinson (sumber???)

4. Identifikasi Pilihan.

Alternatif solusi.

- a. Perawat tetap menjalankan tindakan memasukkan soda melalui PEG sesuai dengan keinginan Tn. A, dengan maksud agar Tn. A mau mengubah kebiasaan tersebut di kemudian hari.
- b. Perawat mengomunikasikan terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan, mengatakan secara jujur dan jelas apa yang akan dilakukan, serta akibat yang terjadi baik pada keluarga Tn. A maupun Tn. A sendiri.
- c. Perawat melakukan tindakan mengganti soda dengan tindakan yang lebih bermanfaat bagi Tn. A (pemberian susu dan jus sebagai terapi pengganti).

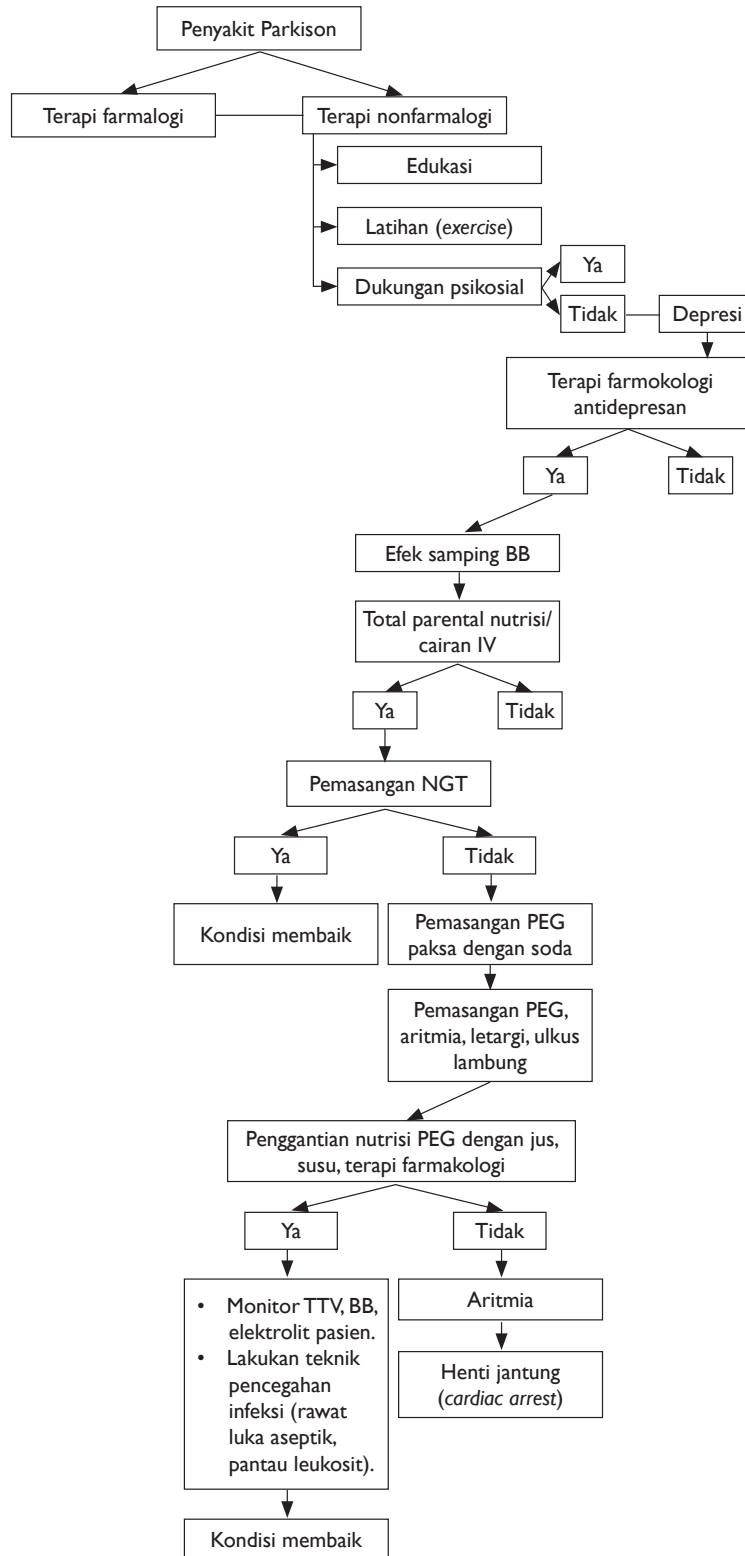
5. Pengambilan Keputusan.

Tabel 3.2 SFF Matrix (sumber???)

a. Perawat tetap menjalankan tindakan memasukkan soda melalui PEG sesuai dengan keinginan Tn.A.	Kriteria: <input type="checkbox"/> Terapi pengganti cairan <input type="checkbox"/> TTV: Suhu: 37°C Nadi: 60–100 x/menit RR: 20–24 x/menit TD: 130 mmHg <input type="checkbox"/> Kenyamanan pasien Skor: 1	Alat: <input type="checkbox"/> Set rawat PEG <input type="checkbox"/> Alat observasi <input type="checkbox"/> Set penggantian cairan <input type="checkbox"/> Sarana laboratorium Skor: 3	Kondisi membaik dengan ditandai dengan: <input type="checkbox"/> TTV dan hasil laboratorium normal <input type="checkbox"/> BB meningkat Skor: 1	5
b. Perawat mengomunikasikan terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan, mengatakan secara jujur dan jelas apa yang akan dilakukan serta akibat yang terjadi baik pada keluarga Tn.A serta Tn. A sendiri.	Kriteria: <input type="checkbox"/> Terapi pengganti cairan <input type="checkbox"/> TTV: Suhu: 37°C Nadi: 60–100 x/menit RR: 20–24 x/menit TD: 130 mmHg <input type="checkbox"/> Kenyamanan pasien Skor: 2	Alat: <input type="checkbox"/> Set rawat PEG <input type="checkbox"/> Alat observasi <input type="checkbox"/> Set penggantian cairan <input type="checkbox"/> Sarana laboratorium Skor: 3	Kondisi membaik dengan ditandai dengan: <input type="checkbox"/> TTV dan hasil laboratorium normal <input type="checkbox"/> BB meningkat Skor: 2	7
c. Perawat melakukan tindakan mengganti soda dengan tindakan yang lebih bermanfaat bagi Tn.A (pemberian susu dan jus sebagai terapi pengganti).	Kriteria: <input type="checkbox"/> Terapi pengganti cairan <input type="checkbox"/> TTV: Suhu: 37°C Nadi: 60–100 x/menit RR: 20–24 x/menit TD: 130 mmHg <input type="checkbox"/> Kenyamanan pasien Skor: 3	Alat: <input type="checkbox"/> Set rawat PEG <input type="checkbox"/> Alat observasi <input type="checkbox"/> Set penggantian cairan <input type="checkbox"/> Sarana laboratorium Skor: 3	Kondisi membaik dengan ditandai dengan: <input type="checkbox"/> TTV dan hasil laboratorium normal <input type="checkbox"/> BB meningkat Skor: 3	9

Berdasarkan ketiga pilihan tersebut di atas, maka solusi yang tepat untuk Tn. A yakni pilihan yang terakhir, yaitu: perawat melakukan tindakan mengganti soda dengan tindakan yang lebih bermanfaat bagi Tn. A (pemberian susu dan jus sebagai terapi pengganti).

6. Penatalaksanaan (Algoritma).



Figur 3.7 Penatalaksanaan pada Penyakit Parkinson(sumber)???

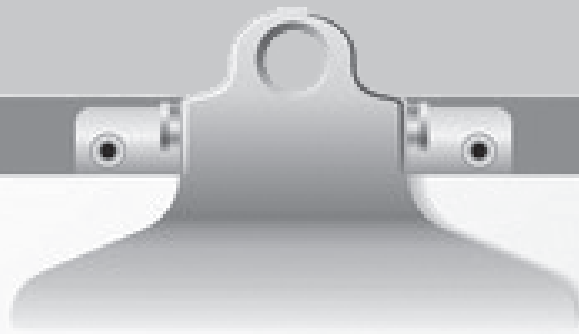
7. Evaluasi.

Evaluasi perlu dilakukan pada setiap intervensi yang diberikan pada pasien. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui intervensi yang diberikan pada pasien berhasil atau tidak. Pada kasus Tn. A, telah dilakukan tindakan-tindakan untuk menyelesaikan masalah. Pada awalnya Tn. A yang menderita parkinson kondisinya semakin memburuk karena kurangnya perawatan dari keluarga. Dukungan sosial yang kurang ini menyebabkan Tn. A menjadi depresi. Oleh karena itu, dukungan sosial dari orang terdekat sangatlah penting bagi kesembuhan seorang pasien. Oleh karena Tn. A mengalami depresi, maka dokter memberikan obat antidepresi untuk meningkatkan semangat hidupnya. Namun, obat ini memberikan efek samping yaitu menurunnya nafsu makan Tn. A sehingga berat badan Tn. A semakin menurun. Dapat disimpulkan bahwa pemberian obat antidepresan ini tidak berhasil membuat kondisi Tn. A lebih baik. Maka dari itu tim dokter dan perawat memberikan alternatif lain untuk mengembalikan kondisi Tn. A pada kondisi yang baik. Tim kesehatan memasang PEG untuk memasukkan nutrisi penting bagi Tn. A agar kondisinya membaik dan berat badan meningkat. Namun Tn. A meminta agar yang dimasukkan adalah soda kesukaannya. Awalnya tim kesehatan menerima, tetapi yang terjadi kondisi Tn. A semakin memburuk dan aritmia. Tim kesehatan pun mengambil alternatif solusi agar kondisi Tn. A membaik yaitu dengan menghentikan pemberian soda dan menggantinya dengan susu. Setelah pemberian susu melalui PEG selama 7×24 jam, kondisi Tn. A membaik dan BB naik sebanyak 1 kg. Intervensi yang diberikan berhasil namun perlu dilakukan terus sampai peningkatan BB sebanyak 4 kg.

Kembalinya kondisi Tn. A pada keadaan yang baik dan berat badan yang terus meningkat menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan pada Tn. A tepat dan berhasil. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa alternatif solusi yang diambil oleh tim dokter dan perawat adalah tepat dan bermanfaat bagi kesembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandman, LE dan Bandman B. 1995. Nursing Ethics Through the Life Span. 3rd ed. Norwalk: Appleton dan Lange.
- Chitty, KK. 1997. Professional Nursing. Concepts and Challenges. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Nursalam. 2008. Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.



Bagian 3

**Konsep Manajemen
dan Kepeimpinan
Keperawatan**

BAB 4

Manajemen dan Kepemimpinan



Istilah manajemen dan kepemimpinan sering diartikan hanya berfungsi pada kegiatan supervisi, tetapi dalam keperawatan fungsi tersebut sangatlah luas. Jika posisi Anda sebagai seorang ketua tim, kepala ruang atau perawat pelaksana dalam suatu bagian, Anda memerlukan suatu pemahaman tentang bagaimana mengelola dan memimpin orang lain dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang berkualitas. Sebagai perawat profesional, Anda tidak hanya mengelola orang tetapi sebuah proses secara keseluruhan yang memungkinkan orang dapat menyelesaikan tugasnya dalam memberikan asuhan keperawatan serta meningkatkan keadaan kesehatan pasien menuju ke arah kesembuhan.

Seperti halnya keperawatan, ilmu manajemen mengembangkan dasar teori dari berbagai ilmu, seperti bisnis, psikologi, sosiologi, dan antropologi. Karena organisasi bersifat kompleks dan bervariasi, maka pandangan teori manajemen adalah bagaimana manajemen dapat berhasil dan apa yang harus diperbaiki/diubah dalam mencapai suatu tujuan organisasi.



ILMU MANAJEMEN

Frederick W. Taylor adalah salah seorang tokoh dari bidang ilmu manajemen. Pada awal tahun 1900-an, ia mengemukakan bahwa teori

manajemen diibaratkan sebagai suatu mesin. Penekanan utamanya adalah produksi yang efisien dan cepat. Motivasi pekerja dan manajemen dipengaruhi kepuasan dalam bekerja sama untuk meningkatkan produksi.

Taylor dalam bukunya *The Principles of Scientific Management* (1911) menganjurkan bahwa pekerjaan harus dipelajari secara ilmiah untuk menentukan jalan terbaik dalam melaksanakan setiap tugas. Prinsip yang dianut adalah menghasilkan produksi semaksimal mungkin dengan pengeluaran energi yang minimal. Manajemen ilmiah ini membutuhkan revolusi mental dan tanggung jawab moral yang tinggi dalam upaya mencapai tujuan organisasi. Dengan kata lain, semua kegiatan harus direncanakan sebaik mungkin baik dari segi keuntungan maupun kerugiannya berdasarkan parameter-parameter ilmiah yang telah ditetapkan.

Prinsip Manajemen

1. Manajemen adalah kegiatan pengelolaan dan pengambilan keputusan.
2. Pengelolaan dan pengambilan keputusan selalu dihadapkan pada ketidakpastian (*uncertainty*).
3. Untuk memperoleh tujuan pengambilan keputusan dan mengurangi ketidakpastian diperlukan data, informasi, dan proses pengendalian.

Langkah-Langkah dalam Pengembangan Kerja

Pengawasan pekerjaan yang terkendali melalui penelaahan waktu dan gerak untuk menentukan tujuan penyelenggaraan tugas yang paling efisien dan terbaik adalah sebagai berikut.

1. Seleksi ilmiah untuk mencari tenaga yang terbaik (sesuai kebutuhan organisasi) dan dapat melaksanakan tugas secara efektif dan efisien.
2. Melatih tenaga yang terpilih untuk melakukan pekerjaan dengan cara yang lazim dan terbukti efisien.
3. Memberikan imbalan (gaji) yang sesuai kepada para pegawai berdasarkan kemampuan dan tanggung jawabnya, sebagai rangsangan untuk bekerja lebih giat.
4. Mengangkat pegawai yang memiliki keahlian pada posisi manajerial dan memberikan tanggung jawab untuk merencanakan program kerja sesuai dengan metode yang dipilih.
5. Menciptakan lingkungan kerja yang bertanggung jawab, yaitu dengan pembuatan laporan secara teratur tentang kemajuan tugas yang diembannya.

Max Weber, seorang ahli sosiologi Jerman mengemukakan sebuah ide yang sama dan mengembangkan teori Taylor. Weber berpendapat perlunya suatu legalisasi, wewenang formal, dan aturan yang konsisten untuk pegawai pada setiap jabatan. Dia

mengusulkan bahwa birokrasi merupakan rencana organisasi. Karakteristik birokrasi meliputi: peraturan, pembagian tugas yang jelas, komitmen terhadap senioritas dan peningkatan, serta hubungan yang baik antara atasan dan bawahan.



MANAJEMEN HUBUNGAN ANTARMANUSIA (1930–1970)

Hubner (2006) menekankan bahwa jika manajemen memberikan perhatian penuh kepada pegawai, maka hasil produksi akan meningkat dengan tidak mengabaikan kondisi lingkungan kerja. Teori tersebut dikenal dengan *hawthorne effect*, di mana seseorang akan merespons kejadian dan terus belajar manakala mereka merasa terus diperhatikan dan didukung oleh manajemen. Mayo (1930) juga menemukan bahwa lingkungan kelompok dan sosial baik formal maupun informal merupakan suatu faktor dalam menentukan produktivitas perusahaan dan memungkinkan semua pegawai ikut berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.

Douglas McGregor (1960) menekankan tentang pendapat Mayo (1930) dengan teori yang dikemukakannya mengenai manajemen perilaku terhadap pegawai (bagaimana memperlakukannya) yang berhubungan dengan kepuasan pegawai, teori tersebut dinamakan dengan Teori X dan Y. Teori X menekankan manajer agar percaya bahwa pegawai pada dasarnya adalah malas dan tidak mempunyai keinginan untuk meningkatkan produktivitas di suatu organisasi, sehingga perlu adanya supervisi secara terus-menerus dan arahan secara melekat. Sementara Teori Y menekankan manajer agar percaya bahwa pegawainya senang bekerja dengan motivasi yang timbul dari dalam dirinya serta berusaha untuk bekerja keras dalam mencapai tujuan individu dan organisasi (lihat Tabel 4.1). Perlu dicatat di sini bahwa McGregor tidak merasa bahwa antara Teori X dan Y bertentangan, tetapi lebih merupakan suatu komponen yang berkesinambungan, sehingga manajer harus menggabungkan komponen tersebut dalam mengelola dan memimpin pegawainya. McGregor tidak melihat bahwa teorinya, khususnya Teori Y, merupakan teori yang paling tepat diaplikasikan dalam setiap organisasi. Dia berpendapat bahwa teori tersebut tidak bisa berjalan dengan baik tanpa adanya keputusan yang tepat dan penjelasan akurat dari seorang manajer dalam mengasumsikan atau menilai bawahannya.

Chris Argyris (1964) mendukung teori dari McGregor (1960) dan Mayo yang menyatakan bahwa manajer yang terlalu dominan menyebabkan pegawai tidak termotivasi dan cenderung pasif. Jika harga diri dan otonomi pegawai tidak terpenuhi, maka pegawai tersebut menjadi tidak termotivasi dengan baik, membuat masalah, dan akhirnya keluar dari pekerjaannya. Dia menekankan pentingnya pelibatan pegawai dalam mengambil suatu keputusan dan adanya suatu organisasi yang fleksibel dalam manajemennya.

Tabel 4.1 Perbandingan Teori X, Y, Z Douglas McGregor (Ouchi, 1981)

Teori X	Teori Y	Teori Z
<ul style="list-style-type: none"> • Menghindari pekerjaan bila ada kesempatan. • Tidak senang bekerja. • Harus diarahkan. • Mempunyai sedikit ambisi. • Menghindar dari tanggung jawab. • Memerlukan supervisi ketat. • Termotivasi oleh hukuman dan hadiah. 	<ul style="list-style-type: none"> • Senang bekerja. • Mandiri. • Mempunyai tanggung jawab. • Kreatif dan berkembang. • Menggunakan pendekatan ilmiah. • Memerlukan supervisi seperlunya. • Berminat dalam menyelesaikan masalah organisasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menekankan pada teori humanistik. • Fokus: motivasi yang lebih kepada karyawan untuk meningkatkan kepuasan kerja dan menghasilkan produksi. • Karakteristik: pengambilan keputusan bersama, masa bekerja yang lama, promosi jabatan yang lambat dan bertahap, supervisi tidak secara langsung, menekankan pada pendekatan holistik.



PENGEMBANGAN TEORI KEPEMIMPINAN

Teori Bakat (Trait Theory)

Teori Bakat menekankan bahwa setiap orang adalah pemimpin (pemimpin dibawa sejak lahir bukan didapatkan) dan mereka mempunyai karakteristik tertentu yang membuat mereka lebih baik dari orang lain (Marquis dan Huston, 1998). Teori ini disebut juga sebagai *Great Man Theory*. Banyak penelitian terhadap riwayat kehidupan untuk menguji teori ini. Teori bakat mengabaikan dampak atau pengaruh dari siapa yang mengasuh, situasi, dan lingkungan lainnya, tetapi menurut teori kontemporer, kepemimpinan seseorang dapat dikembangkan bukan hanya dari pembawaan sejak lahir. Teori ini mengidentifikasi karakteristik umum tentang inteligensi, personalitas, dan kemampuan (perilaku).

Tabel 4.2 Ciri-ciri Pemimpin menurut Teori Bakat

Intelegensi	Kepribadian	Perilaku
<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan. • Keputusan. • Kelancaran berbicara. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptasi. • Kreatif. • Kooperatif. • Siap/siaga. • Rasa percaya diri. • Integritas. • Keseimbangan emosi dan mengontrol. • Independen. • Tenang 	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan bekerja sama. • Kemampuan interpersonal. • Kemampuan diplomasi. • Partisipasi sosial. • Prestise.

Teori Perilaku

Teori perilaku lebih menekankan pada apa yang dilakukan pemimpin dan bagaimana seorang manajer menjalankan fungsinya. Perilaku sering dilihat sebagai suatu rentang dari perilaku otoriter ke demokratis atau dari fokus suatu produksi ke fokus pegawai. Menurut Vestal (1994), teori perilaku ini dinamakan sebagai gaya kepemimpinan seorang manajer dalam suatu organisasi.

Gaya diartikan sebagai suatu cara penampilan karakteristik atau tersendiri. Gaya didefinisikan sebagai hak istimewa tersendiri dari *si* ahli dengan hasil akhir yang dicapai tanpa menimbulkan isu sampling. Gillies (1996) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan dapat diidentifikasi berdasarkan perilaku pemimpin itu sendiri. Perilaku seseorang dipengaruhi oleh adanya pengalaman bertahun-tahun dalam kehidupannya. Oleh karena itu, kepribadian seseorang akan memengaruhi gaya kepemimpinan yang digunakan. Gaya kepemimpinan seseorang cenderung sangat bervariasi dan berbeda-beda. Menurut para ahli, terdapat beberapa gaya kepemimpinan yang dapat diterapkan dalam suatu organisasi antara lain sebagai berikut.

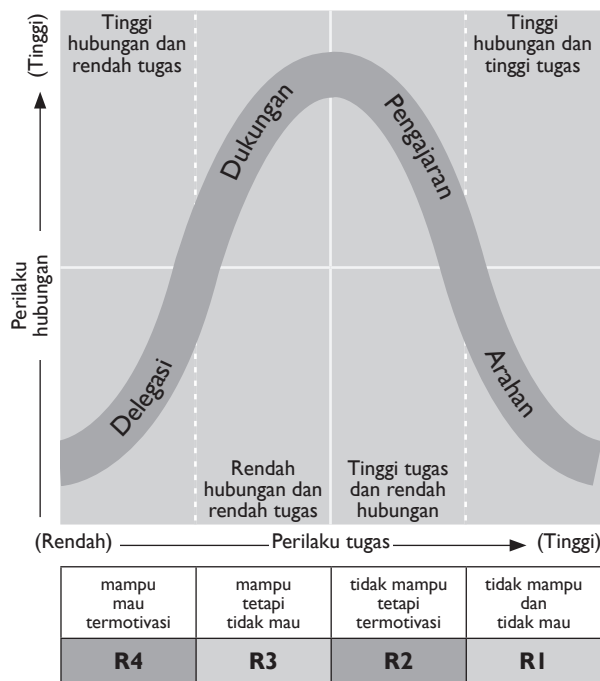
1. Gaya kepemimpinan menurut Tannenbau dan Warrant H. Schmitdt.
Menurut kedua ahli tersebut, gaya kepemimpinan dapat dijelaskan melalui dua titik ekstrem yaitu kepemimpinan berfokus pada atasan dan kepemimpinan berfokus pada bawahan. Gaya tersebut dipengaruhi oleh faktor manajer, faktor karyawan, dan faktor situasi. Jika pemimpin memandang bahwa kepentingan organisasi harus didahulukan jika dibanding dengan kepentingan individu, maka pemimpin akan lebih otoriter, akan tetapi jika bawahan mempunyai pengalaman yang lebih baik dan menginginkan partisipasi, maka pemimpin dapat menerapkan gaya partisipasinya.
2. Gaya kepemimpinan menurut Likert.
Likert dalam Nursalam (2002) mengelompokkan gaya kepemimpinan dalam empat sistem.
 - a. Sistem Otoriter–Eksplotatif.
Pemimpin tipe ini sangat otoriter, mempunyai kepercayaan yang rendah terhadap bawahannya, memotivasi bawahan melalui ancaman atau hukuman. Komunikasi yang dilakukan bersifat satu arah ke bawah (*top-down*).
 - b. Sistem *Benevolent*–Otoritatif (*Authoritative*).
Pemimpin mempercayai bawahan sampai pada tingkat tertentu, memotivasi bawahan dengan ancaman atau hukuman tetapi tidak selalu, dan membolehkan komunikasi ke atas. Pemimpin memperhatikan ide bawahan dan mendelegasikan wewenang, meskipun dalam pengambilan keputusan masih melakukan pengawasan yang ketat.
 - c. Sistem Konsultatif.
Pemimpin mempunyai kepercayaan yang cukup besar terhadap bawahan. Pemimpin menggunakan balasan (*insentif*) untuk memotivasi bawahan dan

- kadang-kadang menggunakan ancaman atau hukuman. Komunikasi dua arah dan menerima keputusan spesifik yang dibuat oleh bawahan.
- d. Sistem Partisipatif.
Pemimpin mempunyai kepercayaan sepenuhnya terhadap bawahan, selalu memanfaatkan ide bawahan, serta menggunakan insentif ekonomi untuk memotivasi bawahan. Komunikasi bersifat dua arah dan menjadikan bawahan sebagai kelompok kerja.
3. Gaya kepemimpinan menurut Teori X dan Teori Y.
Teori ini dikemukakan oleh Douglas McGregor dalam bukunya *The Human Side Enterprise* (1960). Dia menyebutkan bahwa perilaku seseorang dalam suatu organisasi dapat dikelompokkan menjadi dua kutub utama, yaitu sebagai Teori X dan Teori Y. Teori X mengasumsikan bahwa bawahan itu tidak menyukai pekerjaan, kurang ambisi, tidak mempunyai tanggung jawab, cenderung menolak perubahan, dan lebih suka dipimpin daripada memimpin. Sebaliknya Teori Y mengasumsikan bahwa bawahan itu senang bekerja, bisa menerima tanggung jawab, mampu mandiri, mampu mengawasi diri, mampu berimajinasi, dan kreatif. Berdasarkan teori ini, gaya kepemimpinan dibedakan menjadi empat macam.
 - a. Gaya kepemimpinan diktator.
Gaya kepemimpinan yang dilakukan dengan menimbulkan ketakutan serta menggunakan ancaman dan hukuman merupakan bentuk dari pelaksanaan Teori X.
 - b. Gaya kepemimpinan otokratis.
Pada dasarnya gaya kepemimpinan ini hampir sama dengan gaya kepemimpinan diktator namun bobotnya agak kurang. Segala keputusan berada di tangan pemimpin, pendapat dari bawahan tidak pernah dibenarkan. Gaya ini juga merupakan pelaksanaan dari Teori X.
 - c. Gaya kepemimpinan demokratis.
Ditemukan adanya peran serta dari bawahan dalam pengambilan sebuah keputusan yang dilakukan dengan cara musyawarah. Gaya kepemimpinan ini pada dasarnya sesuai dengan Teori Y.
 - d. Gaya kepemimpinan santai.
Peranan dari pemimpin hampir tidak terlihat karena segala keputusan diserahkan pada bawahan. Gaya kepemimpinan ini sesuai dengan Teori Y (Azwar, 1996).
 4. Gaya kepemimpinan menurut Robert House.
Berdasarkan teori motivasi pengharapan, Robert House mengemukakan empat gaya kepemimpinan.
 - a. Direktif.
Pemimpin menyatakan kepada bawahan tentang bagaimana melaksanakan suatu tugas. Gaya ini mengandung arti bahwa pemimpin selalu berorientasi pada hasil yang dicapai oleh bawahannya.

- b. Suportif.
Pemimpin berusaha mendekatkan diri kepada bawahan dan bersikap ramah terhadap bawahan.
- c. Partisipatif.
Pemimpin berkonsultasi dengan bawahan untuk mendapatkan masukan dan saran dalam rangka pengambilan sebuah keputusan.
- d. Berorientasi tujuan.
Pemimpin menetapkan tujuan yang menantang dan mengharapkan bawahan berusaha untuk mencapai tujuan tersebut dengan seoptimal mungkin.

5. Gaya kepemimpinan menurut Hersey dan Blanchard.

Berikut adalah beberapa gaya kepemimpinan menurut Hersey dan Blanchard (1997) dan ciri-ciri pada tiap gaya kepemimpinan tersebut.



Figur 4.1 Tipe Kepemimpinan Situasional Hersey dan Blanchard (dalam Supriyanto, 2010).

- a. Instruksi:
 - tinggi tugas dan rendah hubungan;
 - komunikasi sejarah;
 - pengambilan keputusan berada pada pimpinan dan peran bawahan sangat minimal;
 - pemimpin banyak memberikan pengarahan atau instruksi yang spesifik serta mengawasi dengan ketat.
- b. Konsultasi:
 - tinggi tugas dan tinggi hubungan;
 - komunikasi dua arah;

- peran pemimpin dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan cukup besar, bawahan diberi kesempatan untuk memberi masukan, dan menampung keluhan.
- c. Partisipasi:
- tinggi hubungan tapi rendah tugas;
 - pemimpin dan bawahan bersama-sama memberi gagasan dalam pengambilan keputusan.
- d. Delegasi:
- rendah hubungan dan rendah tugas;
 - komunikasi dua arah, terjadi diskusi dan pendelegasian antara pemimpin dan bawahan dalam pengambilan keputusan pemecahan masalah.
6. Gaya kepemimpinan menurut Lippits dan K. White.
- Menurut Lippits dan White, terdapat tiga gaya kepemimpinan yaitu: otoriter, demokrasi, dan liberal yang mulai dikembangkan di Universitas Iowa.
- a. Otoriter.
- Gaya kepemimpinan ini memiliki ciri-ciri antara lain:
- wewenang mutlak berada pada pimpinan;
 - keputusan selalu dibuat oleh pimpinan;
 - kebijaksanaan selalu dibuat oleh pimpinan;
 - komunikasi berlangsung satu arah dari pimpinan kepada bawahan;
 - pengawasan terhadap sikap, tingkah laku, perbuatan atau kegiatan para bawahan dilakukan secara ketat;
 - prakarsa harus selalu berasal dari pimpinan;
 - tidak ada kesempatan bagi bawahan untuk memberikan saran, pertimbangan atau pendapat;
 - tugas-tugas bawahan diberikan secara instruktif;
 - lebih banyak kritik daripada pujian;
 - pimpinan menuntut prestasi sempurna dari bawahan tanpa syarat;
 - pimpinan menuntut kesetiaan tanpa syarat;
 - cenderung adanya paksaan, ancaman, dan hukuman;
 - kasar dalam bersikap;
 - tanggung jawab keberhasilan organisasi hanya dipikul oleh pimpinan.
- b. Demokratis.
- Kepemimpinan gaya demokratis adalah kemampuan dalam memengaruhi orang lain agar bersedia bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Berbagai kegiatan yang akan dilakukan ditentukan bersama antara pimpinan dan bawahan.
- Gaya kepemimpinan ini memiliki ciri-ciri antara lain:
- wewenang pimpinan tidak mutlak;
 - pimpinan bersedia melimpahkan sebagian wewenang kepada bawahan;

- keputusan dibuat bersama antara pimpinan dan bawahan;
 - komunikasi berlangsung timbal balik;
 - pengawasan dilakukan secara wajar;
 - prakarsa dapat datang dari bawahan;
 - banyak kesempatan dari bawahan untuk menyampaikan saran dan pertimbangan;
 - tugas-tugas yang kepada bawahan lebih bersifat permintaan daripada instruktif;
 - pujian dan kritik seimbang;
 - pimpinan mendorong prestasi sempurna para bawahan dalam batas masing-masing;
 - pimpinan meminta kesetiaan bawahan secara wajar;
 - pimpinan memperhatikan perasaan dalam bersikap dan bertindak;
 - terdapat suasana saling percaya, saling menghormati, dan saling menghargai;
 - tanggung jawab keberhasilan organisasi ditanggung bersama-sama.
- c. Liberal atau Laissez Faire.

Kepemimpinan gaya liberal atau Laissez Faire adalah kemampuan memengaruhi orang lain agar bersedia bekerja sama untuk mencapai tujuan dengan cara lebih banyak menyerahkan pelaksanaan berbagai kegiatan kepada bawahan.

Ciri gaya kepemimpinan ini antara lain:

- pemimpin melimpahkan wewenang sepenuhnya kepada bawahan;
- keputusan lebih banyak dibuat oleh bawahan;
- kebijaksanaan lebih banyak dibuat oleh bawahan;
- pimpinan hanya berkomunikasi apabila diperlukan oleh bawahan;
- hampir tidak ada pengawasan terhadap tingkah laku bawahan;
- prakarsa selalu berasal dari bawahan;
- hampir tidak ada pengarahan dari pimpinan;
- peranan pimpinan sangat sedikit dalam kegiatan kelompok;
- kepentingan pribadi lebih penting dari kepentingan kelompok;
- tanggung jawab keberhasilan organisasi dipikul oleh perorangan.

7. Gaya kepemimpinan berdasarkan kekuasaan dan wewenang.

Menurut Gillies (1996), gaya kepemimpinan berdasarkan wewenang dan kekuasaan dibedakan menjadi empat.

a. Otoriter.

Merupakan kepemimpinan yang berorientasi pada tugas atau pekerjaan. Menggunakan kekuasaan posisi dan kekuatan dalam memimpin. Pemimpin menentukan semua tujuan yang akan dicapai dalam pengambilan keputusan. Informasi diberikan hanya pada kepentingan tugas. Motivasi dilakukan dengan imbalan dan hukuman.

b. Demokratis.

Merupakan kepemimpinan yang menghargai sifat dan kemampuan setiap staf. Menggunakan kekuasaan posisi dan pribadinya untuk mendorong ide dari staf, memotivasi kelompok untuk menentukan tujuan sendiri. Membuat rencana dan pengontrolan dalam penerapannya. Informasi diberikan seluas-luasnya dan terbuka.

c. Partisipatif.

Merupakan gabungan antara otoriter dan demokratis, yaitu pemimpin yang menyampaikan hasil analisis masalah dan kemudian mengusulkan tindakan tersebut pada bawahannya. Pemimpin meminta saran dan kritik staf serta mempertimbangkan respons staf terhadap usulannya. Keputusan akhir yang diambil bergantung pada kelompok.

d. Bebas tindak.

Merupakan pimpinan ofisial, karyawan menentukan sendiri kegiatan tanpa pengarahan, supervisi dan koordinasi. Staf/bawahan mengevaluasi pekerjaan sesuai dengan caranya sendiri. Pimpinan hanya sebagai sumber informasi dan pengendalian secara minimal.



TEORI KONTINGENSI DAN SITUASIONAL

Teori ini menekankan bahwa manajer yang efektif adalah manajer yang melaksanakan tugasnya dengan mengombinasi antara faktor bawaan, perilaku, dan situasi. Tannenbaum dan Schmid (1983) menekankan bahwa kombinasi antara gaya kepemimpinan otoriter dan demokratis diperlukan oleh manajer. Unsur utama manajer adalah kemampuan manajer dan penghargaan kepada kelompok, bergantung pada situasi suatu organisasi. Fielder (1967) menegaskan bahwa gaya kepemimpinan yang paling tepat adalah ideal dengan situasi. Dia menekankan bahwa hubungan antara kelompok manajer dan pegawai merupakan unsur yang penting dalam menilai sebagai manajer yang baik.

Mouton dan Blake (1964) mengembangkan suatu bagan bahwa manajer mengendalikan tentang produktivitas, tugas, orang, dan hubungannya. Pada masing-masing bagan tersebut diberikan penilaian dari rentang yang sangat tinggi ke rentang sangat rendah seperti bagan berikut ini.

Tinggi	10	1.9 Saya mencoba sebagai teman kepada semua staf supaya mereka mendukung saya						9.9 Saya bekerja dengan staf untuk mencapai tujuan bersama. Mereka mengerti tanggung jawabnya dan kami menyelesaikan masalah bersama		
	9									
	8									
Orang	7				5.5 Saya memilih pendekatan tengah-tengah dan menghindari kontroversi. Aturan RS sebagai model kepemimpinan					
	6									
	5									
Rendah	4	1.1 RS telah memberikan saya posisi, sebagaimana yang saya harapkan. Saya mempunyai perhatian yang sedikit kepada staf lain						9.1 Saya mengharapkan semua staf melaksanakan tugasnya dengan baik		
	3									
	2									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Rendah				Produktivitas			Tinggi		

Fokus metode manajemen ini menekankan pada perilaku manajer yang menekankan pada produksi dan manusia. Dalam sebuah kelompok, perlu adanya komitmen yang tinggi dalam mencapai tujuan organisasi; kompetisi antar anggota kelompok dapat dikurangi; dan komunikasi serta adanya kebersamaan yang dapat ditingkatkan, sehingga akan dapat dicapai tujuan organisasi yang optimal.



TEORI KONTEMPORER (KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN)

Teori ini menekankan pada empat komponen penting dalam suatu pengelolaan, yaitu manajer/pemimpin, staf dan atasan, pekerjaan, serta lingkungan. Dia menekankan dalam melaksanakan suatu manajemen seorang pemimpin harus mengintegrasikan keempat unsur tersebut untuk mencapai tujuan organisasi. Teori kontemporer tersebut juga perlu didukung oleh teori motivasi, interaksi, dan teori transformasi.



TEORI MOTIVASI

Teori motivasi dikemukakan oleh beberapa ahli, yaitu: 1. Maslow, 2. Aldefer, 3. Herzberg, 4. McClland, 5. Adams, dan 6. V. Vroom. Tabel 4.3 menggambarkan perbandingan beberapa teori motivasi yang diyakini dapat membantu dalam meningkatkan kinerja dan kualitas layanan kesehatan.

Tabel 4.3 Perbandingan Beberapa Teori Motivasi Berdasarkan Isinya (*Content*)

Teori	Penjelasan
1. Hierarki Kebutuhan (Maslow)	Fisiologis = gaji pokok Aman = perencanaan yang regular (gaji) Kasih sayang = kerja sama secara tim Harga diri = pencapaian posisi Aktualisasi = tantangan dalam bekerja
2. Teori ERG (Clayton Alderfer)	E = <i>Existence</i> (fisiologis) R = <i>Relatedness</i> (kasih sayang) G = <i>Growth</i> (harga diri dan aktualisasi)
3. Teori Dua Faktor (Frederich Herzberg)	<i>Motivators</i> = kepuasan kerja <i>Hygiene</i> = lingkungan yang kondusif
4. Teori Belajar (McClelland)	<i>Affiliation</i> = bersahabat <i>Power</i> = memerintah orang lain <i>Achievement</i> = suka tantangan, kompetisi, dan menyelesaikan masalah secara detail.

Tabel 4.4 Perbandingan Beberapa Teori Motivasi Berdasarkan Prosesnya

Teori	Penjelasan
1. Teori Keadilan (Adams)	Berdasarkan nilai-nilai dan keadilan terhadap karyawan.
2. Teori Harapan (Georgopoulos Moheny, Jones, dan Vroom)	Rumus: $M = Job\ Outcomes \times Valences \times Expectancy \times Instrumentality$ <i>Job outcomes</i> : penghargaan (promosi, kenaikan gaji, dan pengakuan). <i>Valences</i> : keinginan/perasaan berhasil. <i>Expectancy</i> : kemungkinan berhasil dengan kerja keras. <i>Instrumentality</i> : keyakinan akan berhasil berdasarkan kerja keras dan situasi.
3. Teori Penguatan (B. F. Skinner)	<i>Stimulus- Respons - Konsekuensi</i>
4. Teori Belajar (McClelland)	<i>Tujuan yang harus dicapai oleh suatu organisasi.</i>

Motivasi akan menjadi suatu masalah apabila tiga hal tidak dapat terpenuhi. Tiga hal tersebut adalah pembagian tugas yang tidak jelas, hambatan dalam pelaksanaan, dan kurang/tidak adanya penghargaan.

Tabel 4.5 Masalah Motivasi dan Solusinya

Masalah Motivasi	Potensial Solusi
1. Pembagian tugas yang tidak jelas (desain pekerjaan).	Penjabaran <i>job description</i> . Penjabaran standar pelaksanaan. Tujuan. Umpan balik pelaksanaan.
2. Hambatan dalam pelaksanaan (<i>resources</i>).	Seleksi karyawan yang baik. Penyusunan ulang penugasan. Menciptakan lingkungan yang sehat (aman dan nyaman, gaji, waktu istirahat, peralatan yang lengkap, dan lain-lain).
3. Kurang atau tidak adanya penghargaan (<i>rewards</i>).	<i>Reinforcement</i> . Penghargaan secara adil. Peningkatan kualitas karyawan. Peningkatan harga diri dan pemberian peran. Peningkatan kerja sama antarkaryawan dan atasan.
4. Dukungan Organisasi yang kurang (kebijakan, kepemimpinan). Budaya organisasi.	Kebijakan yang mendukung perubahan, penerapan kepemimpinan yang sesuai, dan visi dan misi organisasi yang jelas



TEORI Z

Teori Z dikemukakan oleh Ouchi (1981). Teori ini merupakan pengembangan Teori Y dari McGregor (1960) dan mendukung gaya kepemimpinan demokratis. Komponen Teori Z meliputi pengambilan keputusan dan kesepakatan, menempatkan pegawai sesuai keahliannya, menekankan pada keamanan pekerjaan, promosi yang lambat, dan pendekatan yang holistik terhadap staf. Teori ini lebih menekankan pada staf dibandingkan dengan kualitas produksi, sehingga di Amerika teori ini masih banyak yang diperdebatkan.



TEORI INTERAKTIF

Schein (1970) menekankan bahwa staf atau pegawai adalah manusia sebagai suatu sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan sekitarnya dan berkembang secara dinamis. Sistem tersebut dianggap suatu sistem yang terbuka jika terjadi adanya perubahan energi dan informasi dengan lingkungan. Asumsi teori ini sebagai berikut.

1. Manusia memiliki karakteristik yang sangat kompleks. Mereka mempunyai motivasi yang bervariasi dalam melakukan suatu pekerjaan.
2. Motivasi seseorang tidak tetap, tetapi berkembang sesuai perubahan waktu.
3. Tujuan bisa berbeda pada situasi yang berbeda pula.

4. Penampilan seseorang dan produktivitas dipengaruhi oleh tugas yang harus diselesaikan, kemampuan seseorang, pengalaman, dan motivasi.
5. Tidak ada strategi yang paling efektif bagi pemimpin dalam setiap situasi.

Hollander (1978) mendukung teori tersebut. Ia menekankan bahwa antara peran pemimpin dan staf dipengaruhi oleh peran yang lainnya. Dia menekankan bahwa pemimpin adalah sebagai proses dua arah yang dinamis. Dia menekankan tiga dasar komponen yang terlibat dalam perubahan pemimpin, yaitu:

1. pemimpin, termasuk personalitas pemimpin, persepsi, dan kemampuannya;
2. staf, termasuk personalitas, persepsi, dan kemampuannya;
3. lingkungan/situasi di mana pemimpin dan staf berfungsi, termasuk norma kelompok baik formal maupun informal, ukuran, kekuatan, dan ciri-ciri yang lainnya.

Menurut Holander (1978), pemimpin yang efektif memerlukan kemampuan untuk menggunakan proses penyelesaian masalah, mempertahankan kelompok secara efektif, mempunyai kemampuan komunikasi yang baik, menunjukkan kejujuran dalam memimpin, kompeten, kreatif, dan kemampuan mengembangkan identifikasi kelompok.



KOMPETENSI YANG HARUS DIMILIKI OLEH MANAJER KEPERAWATAN DALAM MENINGKATKAN EFEKTIVITAS KEPEMIMPINANNYA PADA ABAD KE-21

Penelitian mengenai kompetensi yang harus dimiliki manajer keperawatan telah dilaksanakan kepada 313 tenaga kesehatan di Australia (Harris dan Belakley, 1995). Kompetensi tersebut dikategorikan menjadi tujuh, yaitu: 1. Kepemimpinan; 2. Pengambilan keputusan dan perencanaan; 3. Hubungan masyarakat/komunikasi; 4. Anggaran; 5. Pengembangan; 6. Personalitas/perilaku; dan 7. Negosiasi. Keterangan lengkap seperti terlihat pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Kategori Kompetensi

Kompetensi	Penjabaran
1. Kepemimpinan.	<ul style="list-style-type: none"> • Berkomunikasi tentang organisasi dan dalam memfasilitasi kegiatan organisasi dan pelaksanaan perubahan. • Mendelegasikan dan mendapatkan orang lain untuk melaksanakan tugas dan menerima tanggung jawab. • Menyeleksi dan memilih pegawai yang tepat. • Menciptakan budaya organisasi yang kondusif dan efektif. • Mengonsultasikan dengan staf dan orang lain di luar organisasi yang sesuai tentang keadaan organisasi. • Mengetahui kapan peraturan harus dilaksanakan (fleksibilitas).

bersambung

Kompetensi	Penjabaran
2. Pengambilan keputusan dan perencanaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Berpikir ulang dan menyusun kembali prioritas organisasi. • Merespons secara cepat dan tepat tentang perubahan yang tidak diharapkan. • Mengantisipasi dan melaksanakan perencanaan perubahan anggaran. • Memberikan pedoman dan arahan tentang keputusan organisasi melalui pengetahuan dari pemerintah daerah, provinsi, dan nasional. • Menginterpretasi perubahan industri dan mengimplementasikan dalam organisasi. • Menginterpretasikan perubahan ekonomi staf. • Menempatkan organisasi sebagai bagian yang penting dari pemerintahan.
3. Hubungan masyarakat/komunikasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Empati, mendengar, dan tanggap terhadap semua pernyataan orang lain. • Menciptakan situasi yang kondusif dalam komunikasi. • Membaca dan tanggap terhadap situasi politik yang terjadi. • Menunjukkan rasa percaya diri melalui kemampuan berkomunikasi (verbal/nonverbal) dalam memengaruhi orang lain. • Berkomunikasi secara efektif melalui tulisan. • Mengembangkan proses hubungan yang baik di dalam dan di luar organisasi. • Menggunakan media untuk pemasaran/keuntungan organisasi.
4. Anggaran.	<ul style="list-style-type: none"> • Bertanya dan melihat rencana sebelumnya. • Mengontrol anggaran. • Menginterpretasikan penggunaan anggaran sesuai kebutuhan. • Merencanakan jauh ke depan (misalnya lima tahun ke depan). • Menggunakan pengukuran dan rata-rata industri. • Menyediakan risiko terhadap kekurangan keuangan. • Mengonsultasikan masalah keuangan.
5. Pengembangan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan tim kerja yang efektif. • Mempertahankan dan mengembangkan hubungan profesional antarstaf. • Memberikan umpan balik yang positif. • Menerapkan peran mentor yang efektif. • Menggunakan sistem pemberian penghargaan yang baik. • Mengembangkan, meningkatkan, dan meninjau indikator organisasi.
6. Kepribadian	<ul style="list-style-type: none"> • Memfokuskan satu atau lebih dari dua kejadian dalam satu periode. • Mengaplikasikan filosofi manajemen dan komitmen terhadap kualitas pelayanan. • Mengambil keputusan yang tepat. • Mengelola stres individu. • Menerima sesuatu terhadap kejadian yang tidak diharapkan. • Menggunakan coping yang efektif pada setiap masalah. • Mensyukuri nikmat yang telah diberikan atas keberhasilan pencapaian tujuan.

Kompetensi	Penjabaran
7. Negosiasi	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi dan mengelola konflik. • Memfasilitasi perubahan. • Mendemonstrasikan pemahaman tentang perbedaan pendapat. • Melakukan negosiasi dengan baik. • Melakukan klarifikasi kejadian yang melibatkan seluruh staf. • Melakukan negosiasi dengan staf, kelompok, dan organisasi luar. • Menjadi mediator terjadinya konflik antar staf atau kelompok.

The ABC's of Management

Sebagai manajer dalam asuhan keperawatan, perawat dituntut mempunyai suatu kiat dan strategi dalam menyelesaikan program atau masalah yang terjadi di organisasi. Oleh karena itu, perawat perlu menjabarkannya secara proporsional agar strategi tersebut dapat dimengerti oleh seluruh komponen organisasi.

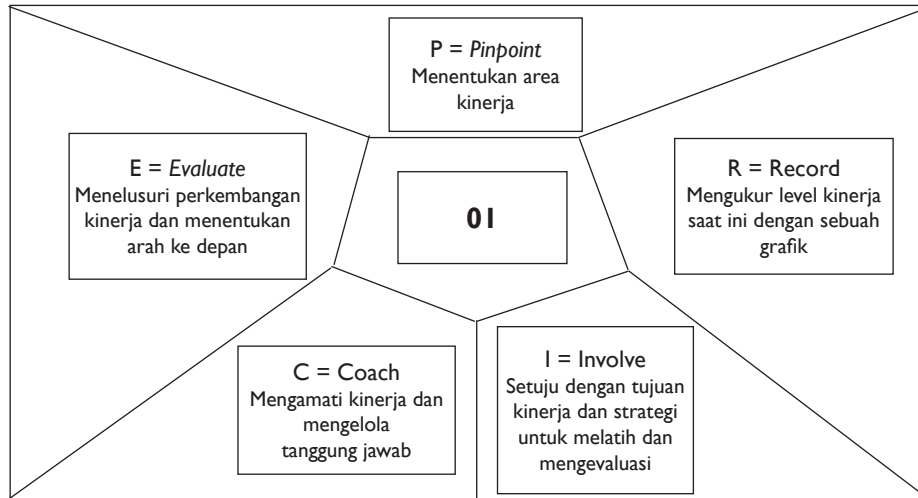
Tabel 4.7 Istilah dalam Kategori Kompetensi

Istilah	Arti	Contoh
A= <i>Activator</i> .	Apa yang dilakukan manajer sebelum pelaksanaan.	Satu menit tujuan: Lingkup tanggung jawabnya. Standar pelaksanaan/praktik. Instruksi/arahan.
B = <i>Behavior</i> .	Pelaksanaan apa yang dikatakan/ dilakukan seseorang (staf).	Menulis laporan. Menjual hasil/memberi pelayanan. Datang di tempat kerja tepat waktu. Tidak pernah menunda-nunda. Menulis surat. Membuat kesalahan. Sesuai prosedur.
C = <i>Consequence</i> .	Apa yang akan dilakukan manajer setelah pelaksanaan.	Satu menit " <i>praising</i> " (persetujuan). Segera dan spesifik. Ekspresi perasaan. Satu menit " <i>reprimand</i> " pengulangan. Segera dan spesifik. Ekspresi perasaan. Dukungan individu. Tidak ada respons.

Price System

Dalam melaksanakan tugasnya, perawat harus dapat mengambil langkah-langkah yang efektif dan efisien. Oleh sebab itu, perawat dituntut untuk merespons setiap permasalahan yang terjadi di organisasi. Pendekatan yang dapat digunakan adalah dengan PRICE System (sistem PRICE), di mana setiap pergantian atau perubahan

yang terjadi di organisasi adalah suatu harga (PRICE: *Pinpoint; Record; Involved; Coach; Evaluator*). “Manajer Satu Menit” bekerja dengan pendekatan “PRICE system.”



Figur 4.2 Manajemen Sistem Price (sumber??)

Tabel 4.8 Alternatif Tindakan Kepemimpinan Berdasarkan Situasi

Situasi	Alternatif Tindakan
1. Akhir-akhir ini staf perawat Anda tidak menanggapi pembicaraan Anda tentang tugas-tugas keperawatan, sedangkan perhatian Anda terhadap kesejahteraan mereka tampak menurun dengan tajam.	A. Menekankan penggunaan prosedur yang seragam dan keharusan menyelesaikan tugas. B. Anda menyediakan waktu untuk berdiskusi, tetapi tidak mendorong keterlibatan Anda. C. Berbicara dengan bawahan dan menyusun program-program. D. Secara sengaja tidak campur tangan.
2. Kinerja staf Anda tampak meningkat. Anda merasa yakin bahwa semua anggota menyadari tanggung jawab dan standar penampilan yang diharapkan dari mereka.	A. Melibatkan diri dalam interaksi yang bersahabat, tetapi terus berusaha memastikan bahwa semua anggota menyadari tanggung jawab dan standar penampilan. B. Tidak mengambil tindakan apa pun. C. Melakukan apa saja yang dapat Anda kerjakan untuk membuat kelompok merasa penting dan dilibatkan. D. Menekankan pentingnya batas waktu dan tugas-tugas.
3. Staf Anda tidak dapat memecahkan suatu masalah. Anda biasanya membiarkan mereka bekerja sendiri. Selama ini kinerja kelompok dan hubungan antaranggota baik.	A. Bekerja dengan kelompok dan bersama-sama terlibat dalam pemecahan masalah. B. Membiarkan kelompok mengusahakan sendiri pemecahannya. C. Bertindak cepat dan tegas untuk mengoreksi dan mengarahkan kembali. D. Mendorong kelompok untuk berusaha memecahkan masalah dan mendukung usaha mereka.
4. Anda sedang mempertimbangkan adanya suatu perubahan. Staf Anda menunjukkan kinerja yang baik. Mereka menyambut perlunya perubahan yang baik.	A. Melibatkan kelompok perawat dalam mengembangkan perubahan itu, tetapi jangan terlalu mengarahkan. B. Merumuskan perubahan dan kemudian menerapkan dengan pengawasan yang cermat. C. Membiarkan kelompok merumuskan arahnya sendiri. D. Mengikuti rekomendasi kelompok, tapi Anda mengarahkan perubahan.

bersambung

Situasi	Alternatif Tindakan
<p>5. Kinerja staf Anda menurun selama beberapa bulan terakhir. Mereka telah mengabaikan pencapaian tujuan. Penegasan kembali peranan dan pertanggungjawaban telah sangat membantu mengatasi situasi tersebut di masa lalu. Mereka terus-menerus memerlukan peringatan untuk menyelesaikan tepat pada waktunya.</p>	<p>A. Melakukan apa saja yang dapat Anda kerjakan untuk membuat kelompok merasa penting dan dilibatkan. B. Menekankan pentingnya batas waktu dan tugas-tugas. C. Secara sengaja tidak mengambil keputusan apa-apa. D. Mengusahakan keterlibatan kelompok dalam pengambilan keputusan, tetapi perlu dilihat apakah tujuan tercapai.</p>
<p>6. Anda memasuki suatu organisasi yang berjalan secara efisien. Pemimpin sebelumnya mengontrol situasi dengan tepat. Anda ingin mempertahankan situasi yang produktif tetapi ingin pula membangun lingkungan yang manusiawi.</p>	<p>A. Menjelaskan perubahan mengawasi dengan cermat. B. Mengikutsertakan kelompok dalam mengembangkan perubahan, tetapi membiarkan mereka menerapkan sendiri. C. Menyetujui adanya perubahan seperti yang direkomendasikan tetapi mempertahankan pengawasan dalam penerapan. D. Membiarkan kelompok bertindak sendiri sebagaimana adanya.</p>
<p>7. Anda mempertimbangkan untuk berubah kepada suatu struktur yang baru bagi perawat Anda. Para perawat telah menyampaikan saran-saran mengenai perubahan yang diperlukan. Kinerja perawat selama ini proaktif dan mendemonstrasikan keluasan pelaksanaan tugas.</p>	<p>A. Menjelaskan perubahan mengawasi dengan cermat. B. Mengikutsertakan kelompok dalam mengembangkan perubahan, tetapi membiarkan mereka menerapkan sendiri. C. Menyetujui adanya perubahan seperti yang direkomendasikan, tetapi mempertahankan pengawasan dalam penerapan. D. Membiarkan kelompok bertindak sendiri sebagaimana adanya.</p>
<p>8. Kinerja perawat dan hubungan antarperawat adalah baik. Anda merasa sedikit ragu-ragu mengenai kurangnya pengarahan terhadap bawahan.</p>	<p>A. Membiarkan kelompok bertindak sendiri. B. Mendiskusikan situasi dengan kelompok kemudian Anda memulai perubahan-perubahan yang perlu. C. Mengambil langkah-langkah untuk mengarahkan perawat ke arah pelaksanaan tugas-tugas dengan perencanaan yang baik. Bersikap sportif dalam mendiskusikan dengan kelompok, tetapi tidak terlalu mengarahkan.</p>
<p>9. Atasan telah menegaskan Anda untuk memimpin satuan tugas yang sangat terlambat dalam membuat rekomendasi bagi perubahan yang diharapkan. Tujuan kelompok tidak jelas. Kehadiran anggota dalam pertemuan tidak sesuai harapan. Pertemuan telah beralih fungsi menjadi ajang bincang antaranggota.</p>	<p>A. Membiarkan kelompok kreatif dalam memecahkan masalah sendiri. B. Menyetujui rekomendasi kelompok, tapi lihat apakah tujuan tercapai. C. Menegaskan kembali tujuan-tujuan dan mengawasinya dengan ketat. D. Membiarkan keterlibatan kelompok dalam penyusunan tujuan tetapi tidak mendorong.</p>
<p>10. Perawat Anda yang biasanya mampu memikul tanggung jawab, tidak menegaskan kembali standar yang Anda tetapkan baru-baru ini.</p>	<p>A. Membiarkan keterlibatan kelompok dalam menegaskan kembali standar tapi tidak melakukan kontrol. B. Menegaskan kembali standar dan mengawasinya dengan saksama. C. Menghindari konfrontasi dengan tidak melakukan tekanan dan membiarkan saja situasi demikian. D. Mengikuti rekommendasi kelompok, tapi lihat apakah tujuannya telah tercapai.</p>

bersambung

Situasi	Alternatif Tindakan
11. Anda dipromosikan pada posisi yang baru, pimpinan sebelumnya tidak terlibat dalam persoalan kelompok. Tugas-tugas dan pengarahan kelompok telah ditangani secara memadai	<p>A. Mengambil langkah-langkah untuk mengarahkan bawahan ke arah pelaksanaan tugas dengan perencanaan tugas dengan perencanaan yang baik.</p> <p>B. Melibatkan bawahan dalam pengambilan keputusan dan mendorong untuk memberikan kontribusi yang konstruktif.</p> <p>C. Mendiskusikan kinerja di masa lalu dengan kelompok dan kemudian Anda menguji perlunya praktik-praktik baru.</p> <p>D. Membiarkan kelompok bertindak sebagaimana adanya.</p>



INSTRUMEN PENILAIAN KECENDERUNGAN GAYA KEPEMIMPINAN

Kecenderungan gaya kepemimpinan ini merupakan penjabaran teori dari Paul Heresy dan Keneth H. Blanchard dalam mengukur kecenderungan seorang pemimpin di suatu unit organisasi, misalnya pada tingkat ruangan, seksi/bidang keperawatan, atau pada tingkat yang lebih tinggi. Nilai terbanyak merupakan kecenderungan gaya kepemimpinan yang sering diterapkan.

Tabel 4.9 Cara Pengelolaan dan Penggolongan Kecenderungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan RSUD dr. Soetomo Surabaya

Kode	(1)	(2)	(3)	(4)
	Otokratis	Demokratis	Partisipasi	Bebas Tindak
1.	A	C	B	D
2.	D	A	C	B
3.	C	A	D	B
4.	B	D	A	C
5.	C	B	D	A
6.	B	D	A	C
7.	A	C	B	D
8.	C	B	D	A
9.	C	B	D	A
10.	B	D	A	C
Total				



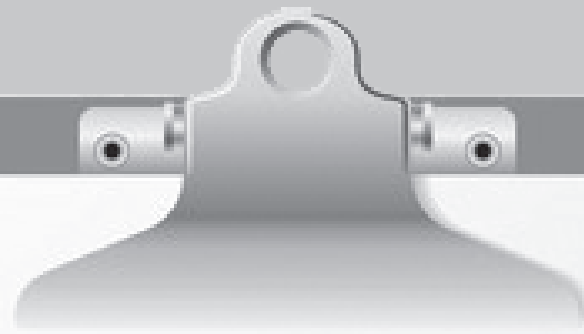
CONTOH KASUS

Sebagai seorang kepala ruang rawat inap bedah Anda mengadakan rapat rutin dengan seluruh perawat. Dalam rapat rutin tersebut Anda mengagendakan kinerja perawat yang tidak baik. Hal ini dipicu oleh adanya sikap Kepala Ruangan yang otoriter (menurut sebagian perawat), dan perawat yang malas dalam bekerja.

Pertanyaan: Analisis kasus di atas (identifikasi masalah) dengan memperhatikan prinsip/gaya kepemimpinan yang sesuai? Sajikan dalam laporan tertulis secara lengkap dengan pendekatan konsep manajemen? (Pengumpulan Data, Analisis, Identifikasi Masalah, dan Perencanaan.)

DAFTAR PUSTAKA

- Argyris, C. 1964. *Integrating the Individual and the Organisation*. New York: Wiley.
- Hersey, P., dan K. Blanchard. 1977. *Management of Organisational Behavior: Utilizing Human Resources*. Edisi 3. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Herzberg, F. 1977. *One More Time: How Do You Motivate Employees? The Management Process*. Edisi 2. New York: Macmillan.
- Hollander, E.P. 1978. *Leadership Dynamics: A Practical Guide to Effective Relationships*. New York: Free Press.
- Hubner, D.L. 2006. *Leadership dan Nursing Care Management*. Edisi 3. Philadelphia: Saunders.
- Lewin, K. 1951. *Field Theory in Social Sciences*. New York: Harper dan Row.
- Marquis, B.L., dan C.J. Huston. 1998. *Management Decision Making 124 Case Studies*. Edisi 3. New York: Gulf Publishing.
- . 1998. *The Managerial Grid*. Houston. Edisi 3. New York: Lippincott-Raven.
- McGregor, D. 1960. *The Human Side of Enterprise*. New York: McGraw Hill.
- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan. Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- . 2007. *Manajemen Keperawatan: Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Ouchi, WG. 1981. *Theory Z: How American Business Can Meet the Japanese Challenge*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Vetal, KW. 1994. *Nursing Mangement: Control and Issues*. Edisi 2. philadelphia: J.B. Lippincott.
- Taylor, FW. 1911. *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper dan Row.
- White, R.K., dan R. Lippitt. 1960. *Autocracy and Democracy: an Experimental Inquiry*. New York: Harper and Row.



Bagian 4
**Perencanaan dan
Pengaturan**

BAB 5

Motivasi, Kinerja, dan Kepuasan Kerja



Penampilan kerja adalah akibat adanya interaksi antara dua variabel, yaitu kemampuan melaksanakan tugas dan motivasi. Kemampuan melaksanakan tugas merupakan unsur utama dalam menilai kinerja seseorang. Namun, tugas tidak akan dapat diselesaikan dengan baik tanpa didukung oleh suatu kemauan dan motivasi. Jika seseorang telah melaksanakan tugas dengan baik, maka dia akan mendapatkan kepuasan terhadap hasil yang dicapai dan tantangan selama proses pelaksanaan. Kepuasan tersebut dapat tercipta dengan strategi memberikan penghargaan yang dicapai, baik berupa fisik maupun psikis dan peningkatan motivasi.



TEORI MOTIVASI DAN MANAJEMEN

Pengertian

Motivasi adalah karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan, dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu. Motivasi adalah segala sesuatu yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Motivasi adalah perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan, terutama dalam berperilaku.

Dari berbagai macam definisi motivasi, ada tiga hal penting dalam pengertian motivasi, yaitu hubungan antara kebutuhan, dorongan, dan tujuan. Kebutuhan muncul karena seseorang merasakan sesuatu yang kurang, baik fisiologis maupun psikologis. Dorongan merupakan arahan untuk memenuhi kebutuhan, sedangkan tujuan adalah akhir dari satu siklus motivasi.

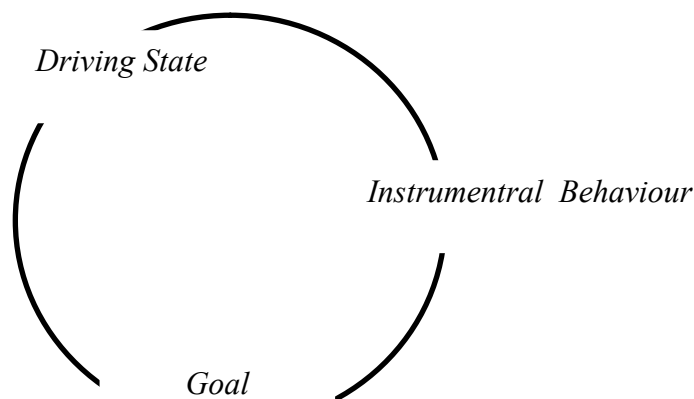
Memotivasi adalah proses manajemen untuk memengaruhi tingkah laku manusia berdasarkan pengetahuan mengenai apa yang membuat orang tergerak (Stoner dan Freeman, 1995: 134). Menurut bentuknya, motivasi terdiri atas:

1. motivasi intrinsik, yaitu motivasi yang datangnya dari dalam diri individu;
2. motivasi ekstrinsik, yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu;
3. motivasi terdesak, yaitu motivasi yang muncul dalam kondisi terjepit secara serentak dan menghentak dengan cepat sekali.

Unsur Motivasi

Motivasi mempunyai tiga unsur utama yaitu kebutuhan, dorongan, dan tujuan. Kebutuhan terjadi bila individu merasa ada ketidakseimbangan antara apa yang mereka miliki dengan apa yang mereka harapkan. Dorongan merupakan kekuatan mental yang berorientasi pada pemenuhan harapan atau pencapaian tujuan. Dorongan yang berorientasi pada tujuan tersebut merupakan inti daripada motivasi.

Pada dasarnya motivasi mempunyai sifat siklus (melingkar), yaitu motivasi timbul, memicu perilaku tertuju kepada tujuan (*goal*), dan akhirnya setelah tujuan tercapai, motivasi itu berhenti. Tapi itu akan kembali pada keadaan semula apabila ada suatu kebutuhan lagi. Siklus ini dapat digambarkan sebagai berikut.



Figur 5.1 Siklus Motivasi (sumber??)

Siklus tersebut merupakan siklus dasar. Untuk memahami motif pada manusia dengan lebih tuntas, ada faktor lain yang berperan dalam siklus motif tersebut, yaitu faktor kognitif. Seperti kita ketahui bahwa kognitif merupakan proses mental seperti berpikir, ingatan, persepsi. Dengan berperannya faktor kognitif dalam siklus motif, maka *driving state* dapat dipicu oleh pikiran ataupun ingatan.

Pada dasarnya motivasi dapat dibedakan menjadi dua yaitu (Sadirman, 2003) sebagai berikut.

1. Motivasi Internal.

Motivasi yang berasal dari dalam diri seseorang. Keperluan dan keinginan yang ada dalam diri seseorang akan menimbulkan motivasi internalnya. Kekuatan ini akan memengaruhi pikirannya yang selanjutnya akan mengarahkan perilaku orang tersebut. Motivasi internal dikelompokkan menjadi dua.

- a. Fisiologis, yang merupakan motivasi alamiah seperti rasa lapar, haus, dan lain-lain.
- b. Psikologis, yang dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori dasar.
 - 1) Kasih sayang, motivasi untuk menciptakan kehangatan, keharmonisan, kepuasan batin/emosi dalam berhubungan dengan orang lain.
 - 2) Mempertahankan diri, untuk melindungi kepribadian, menghindari luka fisik dan psikologis, menghindari dari rasa malu dan ditertawakan orang, serta kehilangan muka, mempertahankan gengsi dan mendapatkan kebanggaan diri.
 - 3) Memperkuat diri, mengembangkan kepribadian, berprestasi, mendapatkan pengakuan dari orang lain, memuaskan diri dengan penguasaannya terhadap orang lain.

2. Motivasi Eksternal.

Motivasi eksternal tidak dapat dilepaskan dari motivasi internal. Motivasi eksternal adalah motivasi yang timbul dari luar/lingkungan. Misalnya: motivasi eksternal dalam belajar antara lain berupa penghargaan, pujian, hukuman, atau celaan yang diberikan oleh guru, teman atau keluarga.

Berbagai Teori Motivasi (Stoner dan Freeman, 1995)

Landy dan Becker mengelompokkan banyak pendekatan modern pada teori dan praktik menjadi lima kategori: teori kebutuhan, teori penguatan, teori keadilan, teori harapan, dan teori penetapan sasaran.

1. Teori Kebutuhan.

Teori kebutuhan berfokus pada kebutuhan orang untuk hidup berkecukupan. Dalam praktiknya, teori kebutuhan berhubungan dengan apa yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya. Menurut teori kebutuhan, motivasi dimiliki seseorang pada saat belum mencapai tingkat kepuasan tertentu dalam

kehidupannya. Kebutuhan yang telah terpenuhi tidak akan lagi menjadi motivator. teori-teori yang termasuk dalam teori kebutuhan adalah:

a. Teori Hierarki Kebutuhan menurut Maslow.

Teori ini dikembangkan oleh Abraham Maslow, yang terkenal dengan kebutuhan FAKHA (Fisiologis, Aman, Kasih Sayang, Harga Diri, dan Aktualisasi Diri) di mana dia memandang kebutuhan manusia sebagai lima macam hierarki, mulai dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar sampai kebutuhan tertinggi, yaitu aktualisasi diri. Menurut Maslow, individu akan termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang paling menonjol atau paling kuat bagi mereka pada waktu tertentu.

b. Teori ERG.

Teori ERG adalah teori motivasi yang menyatakan bahwa orang bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan tentang eksistensi (*Existence*, kebutuhan mendasar dari Maslow), kebutuhan keterkaitan (*Relatedness*, kebutuhan hubungan antarpribadi) dan kebutuhan pertumbuhan (*Growth*, kebutuhan akan kreativitas pribadi, atau pengaruh produktif). Teori ERG menyatakan bahwa jika kebutuhan yang lebih tinggi mengalami kekecewaan, kebutuhan yang lebih rendah akan kembali, walaupun sudah terpenuhi.

c. Teori Tiga Macam Kebutuhan.

John W. Atkinson, mengusulkan ada tiga macam dorongan mendasar dalam diri orang yang termotivasi, kebutuhan untuk mencapai prestasi (*need for achievement*), kebutuhan kekuatan (*need of power*), dan kebutuhan untuk berafiliasi atau berhubungan dekat dengan orang lain (*need for affiliation*).

Penelitian McClelland juga mengatakan bahwa manajer dapat mencapai tingkat tertentu, menaikkan kebutuhan untuk berprestasi dari karyawan dengan menciptakan lingkungan kerja yang memadai.

d. Teori Motivasi Dua Faktor.

Teori ini dikembangkan oleh Frederick Herzberg di mana dia meyakini bahwa karyawan dapat dimotivasi oleh pekerjaannya sendiri dan di dalamnya terdapat kepentingan yang disesuaikan dengan tujuan organisasi. Dari penelitiannya, Herzberg menyimpulkan bahwa ketidakpuasan dan kepuasan dalam bekerja muncul dari dua faktor yang terpisah.

Semua faktor-faktor penyebab ketidakpuasan memengaruhi konteks tempat pekerjaan dilakukan. Faktor yang paling penting adalah kebijakan perusahaan yang dinilai oleh banyak orang sebagai penyebab utama ketidakefisienan dan ketidakefektifan. Penilaian positif terhadap berbagai faktor ketidakpuasan ini tidak menyebabkan kepuasan kerja tetapi hanya menghilangkan ketidakpuasan. Secara lengkap, beberapa faktor yang membuat ketidakpuasan adalah kebijakan perusahaan dan administrasi, supervisi, hubungan dengan supervisor, kondisi kerja, gaji, hubungan dengan rekan sejawat, kehidupan pribadi, hubungan dengan bawahan, status, dan keamanan.

Faktor penyebab kepuasan (faktor yang memotivasi) termasuk prestasi, pengakuan, tanggung jawab, dan kemajuan, semuanya berkaitan dengan isi pekerjaan dan imbalan prestasi kerja. Berbagai faktor lain yang membuat kepuasan yang lebih besar, yaitu: berprestasi, pengakuan, bekerja sendiri, tanggung jawab, kemajuan dalam pekerjaan, dan pertumbuhan.

2. Teori Keadilan.

Teori keadilan didasarkan pada asumsi bahwa faktor utama dalam motivasi pekerjaan adalah evaluasi individu atau keadilan dari penghargaan yang diterima. Individu akan termotivasi jika hal yang mereka dapatkan seimbang dengan usaha yang mereka kerjakan.

3. Teori Harapan.

Teori ini menyatakan cara memilih dan bertindak dari berbagai alternatif tingkah laku berdasarkan harapannya (apakah ada keuntungan yang diperoleh dari tiap tingkah laku). Teori harapan terdiri atas dasar sebagai berikut.

a. Harapan hasil prestasi.

Individu mengharapkan konsekuensi tertentu dari tingkah laku mereka. Harapan ini nantinya akan memengaruhi keputusan tentang bagaimana cara mereka bertingkah laku.

b. Valensi.

Hasil dari suatu tingkah laku tertentu mempunyai valensi atau kekuatan untuk memotivasi. Valensi ini bervariasi dari satu individu ke individu yang lain.

c. Harapan prestasi usaha.

Harapan orang mengenai tingkat keberhasilan mereka dalam melaksanakan tugas yang sulit akan berpengaruh pada tingkah laku. Tingkah laku seseorang sampai tingkat tertentu akan bergantung pada tipe hasil yang diharapkan. Beberapa hasil berfungsi sebagai imbalan intrinsik yaitu imbalan yang dirasakan langsung oleh orang yang bersangkutan. Imbalan ekstrinsik (misal: bonus, pujian, dan promosi) diberikan oleh pihak luar seperti supervisor atau kelompok kerja.

4. Teori Penguatan.

Teori penguatan, dikaitkan oleh ahli psikologi B. F. Skinner dengan teman-temannya, menunjukkan bagaimana konsekuensi tingkah laku di masa lampau akan memengaruhi tindakan di masa depan dalam proses belajar siklis. Proses ini dapat dinyatakan sebagai berikut.

Rangsangan → Respons → Konsekuensi → Respons Masa Depan.

Dalam pandangan ini, tingkah laku sukarela seseorang terhadap suatu situasi atau peristiwa merupakan penyebab dari konsekuensi tertentu. Teori penguatan menyangkut ingatan orang mengenai pengalaman rangsangan

respons konsekuensi. Menurut teori penguatan, seseorang akan termotivasi jika dia memberikan respons pada rangsangan terhadap pola tingkah laku yang konsisten sepanjang waktu.

5. Teori Prestasi (McClelland).

Pada tahun 1961 bukunya, *The Achieving Society*, David McClelland menguraikan tentang teorinya. Dia mengusulkan bahwa kebutuhan individu diperoleh dari waktu ke waktu dan dibentuk oleh pengalaman hidup seseorang. Dia menggambarkan tiga jenis kebutuhan motivasi (Marquis dan Huston, 1998). Dalam sebuah studi Motivasi McClelland mengemukakan adanya tiga macam kebutuhan manusia yaitu sebagai berikut.

a. *Need for Achievement* (Kebutuhan untuk berprestasi).

Kebutuhan untuk berprestasi yang merupakan refleksi dari dorongan akan tanggung jawab untuk pemecahan masalah. Untuk mengungkap kebutuhan akan prestasi. Ini dapat diungkap dengan teknik proyeksi. Penelitian menunjukkan bahwa orang yang mempunyai *Need for Achievement* tinggi akan mempunyai *performance* yang lebih baik daripada orang yang mempunyai *Need for Achievement* rendah. Dengan demikian dapat dikemukakan bahwa untuk memprediksi bagaimana *performance* seseorang dapat dengan jalan mengetahui *Need for Achievement* (kebutuhan akan prestasinya). Teori McClelland ini penting karena ia berpendapat bahwa motif prestasi dapat diajarkan. Hal ini dapat dicapai dengan belajar. Menurut McClelland, setiap orang memiliki motif prestasi sampai batas tertentu. Namun, ada yang terus-menerus lebih berorientasi prestasi daripada yang lain. Kebanyakan orang akan menempatkan lebih banyak upaya ke dalam pekerjaan mereka jika mereka ditantang untuk berbuat lebih baik. Ciri orang yang memiliki kebutuhan prestasi yang tinggi:

- 1) berusaha melakukan sesuatu dengan cara-cara baru dan kreatif,
- 2) mencari *feedback* tentang perbuatannya,
- 3) memilih risiko yang sedang di dalam perbuatannya,
- 4) mengambil tanggung jawab pribadi atas perbuatannya.

Masyarakat dengan keinginan berprestasi yang tinggi cenderung untuk menghindari situasi yang berisiko terlalu rendah maupun yang berisiko sangat tinggi. Situasi dengan risiko yang sangat kecil menjadikan prestasi yang dicapai akan terasa kurang murni, karena sedikitnya tantangan. Sementara itu situasi dengan risiko yang terlalu tinggi juga dihindari dengan memperhatikan pertimbangan hasil yang dihasilkan dengan usaha yang dilakukan. Pada umumnya mereka lebih suka pada pekerjaan yang memiliki peluang atau kemungkinan sukses yang moderat, peluangnya 50% : 50%. Motivasi ini membutuhkan *feed back* untuk memonitor kemajuan dari hasil atau prestasi yang mereka capai. Ibu yang memiliki kebutuhan prestasi tinggi dalam

melengkapi status imunisasi anak, akan berusaha mengimunitasikan anaknya sesuai jadwal imunisasi yang ada dan menunjukkan partisipasinya mengikuti program yang ada di masyarakat. Oleh karena itu ibu tidak menginginkan anaknya terkena penyakit menular akibat tidak diimunisasi sehingga performa yang ditunjukkan oleh ibu yang memiliki motivasi tinggi berbeda dengan ibu yang memiliki motivasi yang rendah.

b. *Need for Affiliation* (Kebutuhan untuk berafiliasi).

Afiliasi menunjukkan bahwa seseorang mempunyai kebutuhan berhubungan dengan orang lain. Kebutuhan untuk berafiliasi merupakan dorongan untuk berinteraksi dengan orang lain, berada bersama orang lain, tidak mau melakukan sesuatu yang merugikan orang lain. Seseorang yang kuat akan kebutuhan berafiliasi, akan selalu mencari orang lain, dan juga mempertahankan akan hubungan yang telah dibina dengan orang lain tersebut. Sebaliknya, apabila kebutuhan akan berafiliasi ini rendah, maka seseorang akan segan mencari hubungan dengan orang lain, dan hubungan yang telah terjadi tidak dibina secara baik agar tetap dapat bertahan.

Ciri orang yang memiliki kebutuhan afiliasi yang tinggi adalah sebagai berikut.

- 1) Lebih memperhatikan segi hubungan pribadi yang ada dalam pekerjaan daripada tugas yang ada dalam pekerjaan tersebut.
- 2) Melakukan pekerjaan lebih efektif apabila bekerja sama dengan orang lain dalam suasana yang lebih kooperatif.
- 3) Mencari persetujuan atau kesepakatan dari orang lain.
- 4) Lebih suka dengan orang lain daripada sendirian.
- 5) Selalu berusaha menghindari konflik.

Mereka yang memiliki motif yang besar untuk bersahabat sangat menginginkan hubungan yang harmonis dengan orang lain dan sangat ingin merasa diterima oleh orang lain. Mereka akan berusaha untuk menyesuaikan diri dengan sistem norma dan nilai dari lingkungan mereka berada. Mereka akan memilih pekerjaan yang memberikan hasil positif yang signifikan dalam hubungan antar pribadi. Mereka akan sangat senang menjadi bagian dari suatu kelompok dan sangat mengutamakan interaksi sosial. Ibu yang memiliki kebutuhan afiliasi tinggi akan selalu berusaha mematuhi norma dan nilai yang ada di lingkungannya untuk mengimunitasikan anaknya secara lengkap. Karena ingin membangun interaksi yang baik dengan masyarakat sekitar dan berusaha mencegah konflik akibat tidak mengikuti norma yang ada atau program yang ada di masyarakat.

b. *Need for Power* (Kebutuhan untuk berkuasa).

Kebutuhan untuk kekuasaan yang merupakan refleksi dari dorongan untuk mencapai otoritas untuk memiliki pengaruh terhadap orang lain. Dalam interaksi sosial seseorang akan mempunyai kebutuhan untuk berkuasa (*power*). Orang yang mempunyai *power need* tinggi akan mengadakan kontrol,

mengendalikan atau memerintah orang lain, dan ini merupakan salah satu indikasi atau salah satu menifestasi dari *power need* tersebut.

Ciri orang yang memiliki kebutuhan berkuasa yang tinggi adalah sebagai berikut.

- 1) Menyukai pekerjaan di mana mereka menjadi pemimpin.
 - Sangat aktif dalam menentukan arah kegiatan dari sebuah organisasi di manapun dia berada.
 - Mengumpulkan barang-barang atau menjadi anggota suatu perkumpulan yang dapat mencerminkan prestise.
 - Sangat peka terhadap struktur pengaruh antar pribadi dari kelompok atau organisasi.

Seseorang dengan motif kekuasaan dapat dibedakan menjadi dua tipe, yaitu:

- 1) *Personal power*: mereka yang mempunyai personal power motive yang tinggi cenderung untuk memerintah secara langsung, dan bahkan cenderung memaksakan kehendaknya.
- 2) *Institutional power*: mereka yang mempunyai institutional power motive yang tinggi, atau sering disebut *social power motive*, cenderung untuk mengorganisasikan usaha dari rekan-rekannya untuk mencapai tujuan bersama.

Ibu yang memiliki kebutuhan berkuasa yang tinggi akan berusaha melengkapi status imunisasi anaknya, karena orang tua memiliki pengaruh dan kontrol terhadap anaknya. Jika orang tua saja melakukan imunisasi secara lengkap maka anak juga harus mendapatkan imunisasi secara lengkap.



MOTIVASI KERJA

Pengertian

Bekerja adalah suatu bentuk aktivitas yang bertujuan untuk mendapatkan kepuasan. Aktivitas ini melibatkan fisik dan mental, bekerja itu merupakan proses fisik dan mental manusia dalam mencapai tujuannya. Sementara itu pengertian motivasi kerja adalah suatu kondisi yang berpengaruh untuk membangkitkan, mengarahkan, dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja (Mangkunegara, 2000: 94).

Prinsip-Prinsip dalam Memotivasi Kerja Pegawai

Terdapat beberapa prinsip dalam memotivasi kerja pegawai (Mangkunegara, 2000; dalam Nursalam, 2007).

1. Prinsip partisipatif.
Pegawai perlu diberikan kesempatan ikut berpartisipasi menentukan tujuan yang akan dicapai oleh pemimpin dalam upaya memotivasi kerja.
2. Prinsip komunikasi.
Pemimpin mengomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan usaha pencapaian tugas. Informasi yang jelas akan membuat kerja pegawai lebih mudah dimotivasi.
3. Prinsip mengakui andil bawahan.
Pemimpin mengakui bahwa bawahan (pegawai) mempunyai andil dalam usaha pencapaian tujuan. Dengan pengakuan tersebut, pegawai akan lebih mudah dimotivasi.
4. Prinsip pendelegasian wewenang.
Pemimpin akan memberikan otoritas atau wewenang kepada pegawai bawahan untuk dapat mengambil keputusan terhadap pekerjaan yang dilakukannya sewaktu-waktu. Hal ini akan membuat pegawai yang bersangkutan menjadi termotivasi untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin.
5. Prinsip memberi perhatian.
Pemimpin memberikan perhatian terhadap apa yang diinginkan pegawai bawahannya, sehingga bawahan akan termotivasi bekerja sesuai dengan harapan pemimpin.

Peran Manajer dalam Menciptakan Motivasi

Manajer memegang peran penting dalam memotivasi staf untuk mencapai tujuan organisasi. Untuk melaksanakan tugas tersebut, manajer harus mempertimbangkan keunikan/karakteristik stafnya dan berusaha untuk memberikan tugas sebagai suatu strategi dalam memotivasi staf. Kegiatan yang perlu dilaksanakan manajer dalam menciptakan suasana yang motivatif adalah sebagai berikut.

1. Mempunyai harapan yang jelas terhadap stafnya dan mengomunikasikan harapan tersebut kepada para staf.
2. Harus adil dan konsisten terhadap semua staf/karyawan.
3. Pengambilan keputusan harus tepat dan sesuai.
4. Mengembangkan konsep kerja tim.
5. Mengakomodasikan kebutuhan dan keinginan staf terhadap tujuan organisasi.
6. Menunjukkan kepada staf bahwa Anda memahami perbedaan-perbedaan dan keunikan dari masing-masing staf.

7. Menghindarkan adanya suatu kelompok/perbedaan antarstaf.
8. Memberikan kesempatan kepada staf untuk menyelesaikan tugasnya dan melakukan suatu tantangan-tantangan yang akan memberikan pengalaman yang bermakna.
9. Meminta tanggapan dan masukan kepada staf terhadap keputusan yang akan dibuat di organisasi.
10. Memastikan bahwa staf mengetahui dampak dari keputusan dan tindakan yang akan dilakukannya.
11. Memberi kesempatan setiap orang untuk mengambil keputusan sesuai tugas limpah yang diberikan.
12. Menciptakan situasi saling percaya dan kekeluargaan dengan staf.
13. Memberikan kesempatan kepada staf untuk melakukan koreksi dan pengawasan terhadap tugas.
14. Menjadi *role model* bagi staf.
15. Memberikan dukungan yang positif.

Peran Mentor Sebagai Instrumen Peningkatan Motivasi Kerja

Peran sebagai mentor manajer keperawatan adalah sebagai berikut (Darling, 1984 dikutip oleh Marquis dan Huston, 1998: 246).

1. *Model*: seseorang yang perilakunya menjadi contoh dan panutan.
2. *Envisioner*: seseorang yang dapat melihat dan berkomunikasi arti keperawatan profesional dan keterkaitannya dalam praktik keperawatan.
3. *Energizer*: seseorang yang selalu dinamis dan memberikan stimulasi kepada staf untuk berpartisipasi terhadap program kerjanya.
4. *Investor*: seseorang yang menginvestasikan waktu dan tenaga dalam perkembangan profesi dan organisasi.
5. *Supporter*: seseorang yang memberikan dukungan emosional dan menumbuhkan rasa percaya diri.
6. *Standard procedure*: seseorang selalu berpegang pada standar yang ada dan menolak aktivitas yang kurang atau tidak memenuhi kriteria standar.
7. *Teacher-coach*: seseorang yang mengajarkan kepada Anda tentang kemampuan *skill* interpersonal, dan politik yang penting dalam pengembangan.
8. *Feedback giver*: seseorang yang memberikan umpan balik, baik secara tulus positif atau positif dalam perkembangan.
9. *Eye-opener*: seseorang yang selalu memberikan wawasan/pandangan yang luas tentang situasi terbaru yang terjadi.
10. *Door-opener*: seseorang yang selalu membuka diri dan memberikan kesempatan kepada staf untuk berkonsultasi.
11. *Idea bouncer*: seseorang yang akan selalu berdiskusi dan mendengar pendapat Anda.

12. *Problem solver*: seseorang yang akan membantu Anda dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah.
13. *Career counselor*: seseorang yang membantu Anda dalam pengembangan karier (cepat ataupun lambat).
14. *Challenger*: seseorang yang mendorong Anda untuk menghadapi perubahan/ tantangan secara kritis dan pantang menyerah.

Motivasi Diri untuk Manajer

Motivasi diri sendiri dari manajer merupakan variabel yang menentukan motivasi pada semua tingkatan, khususnya kepuasan kerja staf dan untuk tetap bertahan bekerja pada institusi tersebut. Sikap yang positif, semangat, produktif, dan melaksanakan kegiatan dengan baik merupakan faktor utama yang harus dimiliki manajer. Terjadinya “*burn out*” salah satunya disebabkan oleh sikap manajer yang kurang positif. Oleh karena itu, secara kontinu manajer selalu memonitor tingkat motivasinya dan menjadikan motivasinya sebagai panutan bagi staf.

Hal penting yang harus dilaksanakan oleh manajer keperawatan adalah perawatan diri. Ada beberapa strategi untuk mempertahankan *self care* (Summers, 1994), yaitu sebagai berikut.

1. Mencari konsultan dan kelompok pendukung yang memungkinkan manajer untuk selalu memperhatikan staf dan mendengarkan keinginan Anda.
2. Mempertahankan diet dan aktivitas.
3. Mencari aktivitas yang membantu manajer untuk dapat santai.
4. Memisahkan urusan pekerjaan dari kehidupan di rumah.
5. Menurunkan harapan yang terlalu tinggi dari diri Anda dan orang lain.
6. Mengenali keterbatasan/kelemahan.
7. Menyadari bahwa bukan hanya Anda yang dapat menyelesaikan semua pekerjaan, belajarlh menghargai kemampuan staf.
8. Berani mengatakan “tidak” jika Anda tidak dapat melaksanakan pekerjaan yang akan dibebankan pada anda.
9. Bersantai, tertawa, dan berkumpul dengan teman-teman.
10. Menanamkan bahwa semua yang Anda kerjakan adalah untuk kemaslahatan umat dan sebagai ibadah.



PENAMPILAN DAN KEPUASAN KERJA

Faktor yang Memengaruhi Penampilan dan Kepuasan Kerja

1. Motivasi.
Menurut Rowland dan Rowland (1997), fungsi manajer dalam meningkatkan kepuasan kerja staf didasarkan pada faktor-faktor motivasi, yang meliputi:

- a. keinginan untuk peningkatan;
- b. percaya bahwa gaji yang didapatkan sudah mencukupi;
- c. memiliki kemampuan pengetahuan, keterampilan, dan nilai-nilai yang diperlukan;
- d. umpan balik;
- e. kesempatan untuk mencoba;
- f. instrumen penempatan untuk promosi, kerja sama, dan peningkatan penghasilan.

Kebutuhan seseorang untuk mencapai prestasi merupakan kunci suatu motivasi dan kepuasan kerja. Jika seseorang bekerja, maka kebutuhan pencapaian prestasi tersebut berubah sebagai dampak dari beberapa faktor dalam organisasi: program pelatihan, pembagian atau jenis tugas yang diberikan, tipe supervisi yang dilakukan, perubahan pola motivasi, dan faktor-faktor lain.

Seseorang memilih pekerjaan didasarkan pada kemampuan dan keterampilan yang dimiliki. Motivasi akan menjadi masalah apabila kemampuan yang dimiliki tidak dimanfaatkan dan dikembangkan dalam melaksanakan tugasnya. Dalam keadaan ini, maka persepsi seseorang memegang peranan penting sebelum melaksanakan atau memilih pekerjaannya.

Motivasi seseorang akan timbul apabila mereka diberi kesempatan untuk mencoba dan mendapat umpan balik dari hasil yang diberikan. Oleh karena itu, penghargaan psikis sangat diperlukan agar seseorang merasa dihargai dan diperhatikan serta dibimbing manakala melakukan suatu kesalahan.

2. Lingkungan.

Faktor lingkungan juga memegang peranan penting dalam motivasi. Faktor lingkungan tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut.

- a. Komunikasi:
 - penghargaan terhadap usaha yang telah dilaksanakan;
 - pengetahuan tentang kegiatan organisasi;
 - rasa percaya diri berhubungan dengan manajemen organisasi.
- b. Potensial pertumbuhan:
 - kesempatan untuk berkembang, karier, dan promosi;
 - dukungan untuk tumbuh dan berkembang: pelatihan, beasiswa pendidikan dan pelatihan manajemen bagi staf yang dipromosikan.
- c. Kebijakan individu:
 - mengakomodasi kebutuhan individu: jadwal kerja, liburan, dan cuti sakit serta pembiayaannya;
 - keamanan pekerjaan;
 - loyalitas organisasi terhadap staf;
 - menghargai staf berdasarkan agama dan latar belakangnya;
 - adil dan konsisten terhadap keputusan organisasi.

- d. Upah/gaji: gaji yang cukup untuk kebutuhan hidup.
- e. Kondisi kerja yang kondusif.

3. Peran manajer.

Peran manajer dapat memengaruhi faktor motivasi dan lingkungan. Peran manajer juga mungkin memengaruhi faktor lain, bergantung pada tugas manajer (bagaimana manajer bekerja dalam suatu organisasi). Secara umum, peran manajer dapat dinilai dari kemampuannya dalam memotivasi dan meningkatkan kepuasan staf. Kepuasan kerja staf dapat dilihat dari terpenuhinya kebutuhan fisik dan psikis. Kebutuhan psikis tersebut dapat terpenuhi melalui peran manajer dalam memperlakukan stafnya. Hal ini perlu ditanamkan kepada manajer agar menciptakan suatu keterbukaan dan memberikan kesempatan kepada staf untuk melaksanakan tugas dengan sebaik-baiknya. Manajer mempunyai lima dampak terhadap faktor lingkungan dalam tugas profesional sebagaimana dibahas sebelumnya, yaitu komunikasi, potensial perkembangan, kebijaksanaan, gaji atau upah, dan kondisi kerja.

Dua belas kunci utama dalam kepuasan kerja (Rowland dan Rowland, 1997: 517–518), adalah:

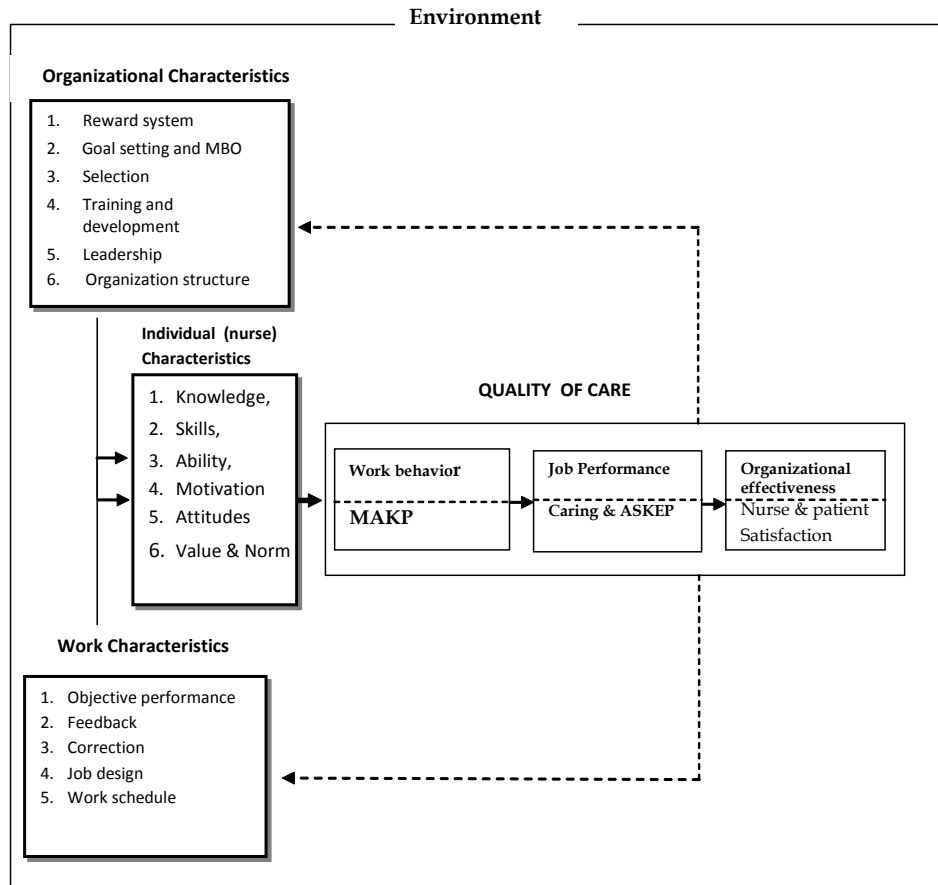
- a. input;
- b. hubungan manajer dan staf;
- c. disiplin kerja;
- d. lingkungan tempat kerja;
- e. istirahat dan makan yang cukup;
- f. diskriminasi;
- g. kepuasan kerja;
- h. penghargaan penampilan;
- i. klarifikasi kebijaksanaan, prosedur, dan keuntungan;
- j. mendapatkan dan mendapatkan kesempatan;
- k. pengambilan keputusan;
- l. gaya manajer.



KEBERHASILAN PENYELESAIAN TUGAS SEBAGAI STRATEGI MENINGKATKAN KEPUASAN KERJA

Setelah manajer keperawatan menentukan bahwa program keperawatan dan iklim organisasi tidak kondusif, mereka harus merancang strategi untuk menciptakan situasi yang kondusif. Salah satu strategi yang perlu dipertimbangkan adalah rencana kerja. Tujuan utama menyusun rencana pembagian tugas tersebut adalah untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi staf dalam melaksanakan tugasnya. Rencana pembagian tugas terdiri atas tiga aspek, yakni pengembangan tugas, keterlibatan dalam tugas, dan rotasi tugas.

Produktivitas (Kopelmen)



Figur 5.2 Work Productivity (Kopelmen, 1986)

Menurut Kopelman (1986) faktor penentu organisasi yakni kepemimpinan dan sistem imbalan berpengaruh pada kinerja individu atau organisasi melalui motivasi, sedangkan faktor penentu organisasi, yakni pendidikan berpengaruh pada kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan, keterampilan atau kemampuan. Kemampuan dibangun oleh pengetahuan dan keterampilan tenaga kerja.

- Organizational characteristics.*

- Reward system.*

Pemberian penghargaan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan apa yang diinginkan rumah sakit dalam jangka panjang untuk mengembangkan dan menerapkan kebijakan, praktik dan proses pemberian penghargaan yang mendukung pencapaian tujuan dan memenuhi kebutuhan. Penghargaan diartikan sebagai suatu stimulus terhadap perbaikan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

- b. *Goal setting and MBO.*

Visi adalah pernyataan tentang tujuan organisasi yang diekspresikan dalam produk dan pelayanan yang ditawarkan, kebutuhan yang dapat ditanggulangi, kelompok masyarakat yang dilayani, nilai-nilai yang diperoleh serta aspirasi dan cita-cita masa depan. Tenaga keperawatan sebagai perpanjangan tangan dari rumah sakit dalam menerjemahkan visi dan misi. Untuk itu perlu memahami dan menerapkan visi dan misi organisasi dalam memberikan pelayanan keperawatan.
 - c. *Selection.*

Seleksi tenaga harus didasarkan pada *the principles of the right man, on the right place and on the right time.*
 - d. *Training and development.*

Pelatihan (*training*) adalah proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisir dalam pembelajaran kepada tenaga keperawatan.
 - e. *Leadership.*

Pengertian kepemimpinan yaitu kegiatan atau seni memengaruhi orang lain agar mau bekerja sama yang didasarkan pada kemampuan orang tersebut untuk membimbing orang lain dalam mencapai tujuan-tujuan yang diinginkan kelompok.
 - f. *Organization structure dan culture.*

Struktur organisasi menggambarkan dengan jelas pemisahan kegiatan pekerjaan antara yang satu dengan yang lain dan bagaimana hubungan aktivitas dan fungsi dibatasi. Dalam struktur organisasi yang baik harus menjelaskan hubungan wewenang siapa melapor kepada siapa.
2. *Nurse characteristics.*
 - a. *Knowledge.*

Pengetahuan dapat diartikan sebagai *actionable information* atau information yang dapat ditindaklanjuti atau informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak, untuk mengambil keputusan dan untuk menempuh arah atau strategi tertentu.
 - b. *Skills.*

Skill sebagai kapasitas yang dibutuhkan dalam melaksanakan beberapa tugas. Hard skills merupakan penguasaan ilmu pengetahuan, teknologi, dan keterampilan teknis yang berhubungan dengan bidang ilmunya.
 - c. *Ability.*

Kemampuan seorang untuk melakukan sesuatu, ada banyak aspek yang dapat dinilai dari variabel kemampuan, di antaranya kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Perawat perlu terus mengembangkan diri melalui uji kompetensi, pendidikan formal dan nonformal.
 - d. *Motivation.*

Motivasi adalah proses yang menjelaskan intensitas, arah, dan ketekunan seorang individu untuk mencapai tujuannya. Tiga elemen utama dalam

- motivasi ini adalah intensitas, arah, dan ketekunan. Perawat perlu dipupuk motivasi yang tinggi sebagai bentuk pengabdian dan altruisme pada kebutuhan pasien untuk kesembuhan.
- e. *Attitudes.*
Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Komponen sikap, struktur sikap terdiri atas 3 komponen yang saling menunjang yaitu kognitif, afektif, dan konatif.
 - f. *Value dan Norm.*
Nilai sebagai suatu sistem merupakan salah satu wujud kebudayaan di samping sistem sosial dan karya. Nilai berperan sebagai pedoman menentukan kehidupan setiap manusia. Norma adalah perwujudan martabat manusia sebagai makhluk budaya, moral, religi, dan sosial. Perawat perlu memperhatikan aspek nilai dan norma dalam melayani pasien.
3. *Work characteristics.*
- a. *Objective performance.*
Tujuan dari manajemen kinerja adalah mengatur kinerja, mengetahui seberapa efektif dan efisien suatu kinerja organisasi, membantu dalam menentukan keputusan organisasi yang berkaitan dengan kinerja organisasi, kinerja tiap bagian dalam organisasi, dan kinerja individual, meningkatkan kemampuan organisasi dan mendorong karyawan agar bekerja sesuai prosedur, dengan semangat, dan produktif sehingga hasil kerja optimal.
 - b. *Feedback.*
Umpan balik adalah hal yang penting dalam perbaikan kinerja perawat. Hal ini karena membetulkan (memperbaiki) kesalahan: salah satu tugas pemimpin.
 - c. *Job design.*
Desain pekerjaan (*job design*) adalah fungsi penetapan kegiatan kerja seorang atau sekelompok karyawan secara organisasional. Tujuannya untuk mengatur penugasan kerja supaya dapat memenuhi kebutuhan organisasi.
 - d. *Work schedule.*
Dalam proses berjalan suatu organisasi dapat eksis di bidangnya, perlu pengaturan waktu yang efektif sehingga memperoleh hasil sesuai tujuan yang diharapkan.



KINERJA (PERFORMANCE)

Pengertian

Kinerja atau *performance* menurut Supriyanto dan Ratna (2007) adalah *efforts* (upaya atau aktivitas) ditambah *achievements* (hasil kerja atau pencapaian hasil upaya). Selanjutnya kinerja dirumuskan sebagai $P = E + A$.

$$\text{Performance} = \text{Efforts} + \text{Achievement}$$

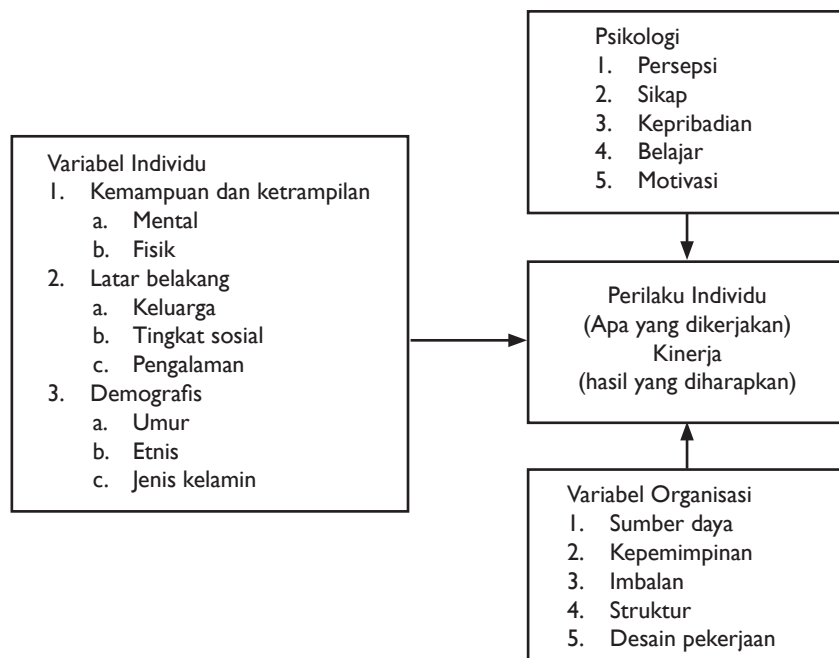
Kinerja berasal dari kata *to perform* artinya (1) melakukan, menjalankan, melaksanakan (*To do or carry of a execute*), (2) memenuhi atau melaksanakan kewajiban suatu intense atau niat (*to discharge of fulfill*), (3) melaksanakan atau menyempurnakan tanggung jawab (*to execute or complete an understanding*), (4) melakukan sesuatu yang diharapkan oleh seseorang atau mesin (*to do what is expected of a person, machine*).

Robbins S, 1996, mendefinisikan kinerja sebagai fungsi interaksi antara kemampuan ($A=ability$), motivasi ($M=motivation$) dan kesempatan ($O=opportunity$).

$$\text{Performance} = f.(A \times M \times O)$$

Dalam perkembangannya disadari bahwa dalam melaksanakan fungsi dan kegiatan karyawan berhubungan dengan kepuasan dan tingkat besaran imbalan, sehingga dapat ditambahkan faktor lain yaitu (1) harapan mengenai imbalan, (2) persepsi terhadap tugas, (3) dorongan eksternal atau kepemimpinan (4) kebutuhan A Maslow, (5) faktor pekerjaan (desain, umpan balik, pengawasan dan pengendalian).

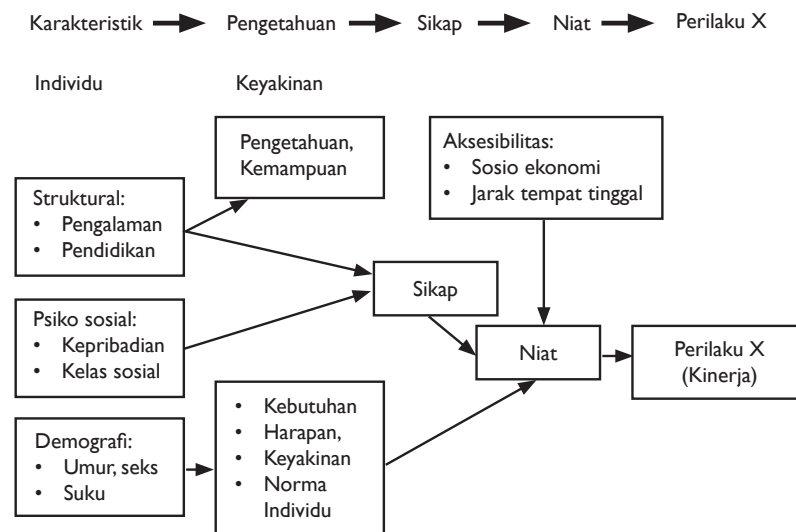
Jadi kinerja merupakan gambaran pencapaian pelaksanaan (*achievement*) suatu program kegiatan perencanaan strategis dan operasional organisasi (*efforts*) oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi baik secara kuantitas dan kualitas, sesuai dengan kewenangan dan tugas tanggung jawabnya, legal dan tidak melanggar hukum, etika dan moral. Kinerja sendiri merupakan penjabaran visi, misi, tujuan dan strategi organisasi.



Figur 5.3 Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja (Gibson, James L., Ivancevich, John M., dan Donnelly JR, James H., 1997)

Robbins (1996: 170–184) mendefinisikan kepuasan kerja sebagai sikap umum individual terhadap pekerjaannya. Menurut Robbins ada yang perlu diingat yaitu bahwa pekerjaan lebih dari sekadar menghadapi kertas, menunggu pelanggan, atau mengendarai truk. Namun termasuk di dalamnya adalah bagaimana berhubungan dengan rekan kerja dan atasan, mengikuti aturan dan kebijakan organisasi, menaati standar kinerja, dan tinggal di dalam kondisi kerja yang sering kali tidak ideal.

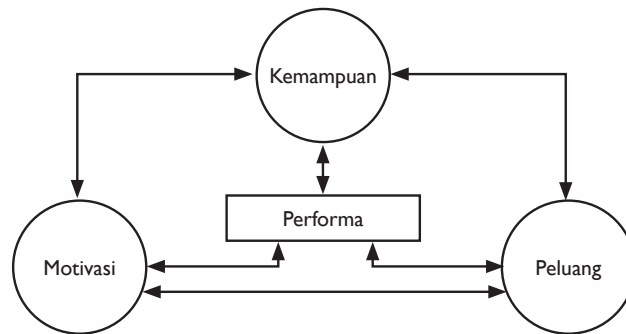
Dari teori produktivitas menurut Kopelman, 1986. Faktor penentu organisasi yakni kepemimpinan dan sistem imbalan berpengaruh ke kinerja individu atau organisasi melalui motivasi, sedangkan faktor penentu organisasi, yakni pendidikan berpengaruh pada kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan, keterampilan atau kemampuan. Kemampuan dibangun oleh pengetahuan dan keterampilan tentang kerja.



Figur 5.4 Model Proses Perilaku X (Fishbein, 1979)

“Performance is defined as the record of outcomes produced on a specific job function or activity during a specified time period” Robbin S.P, (2002). Kinerja merupakan usaha dari hasil pekerjaan dalam menjalankan fungsi/tugas khusus atau kegiatan selama periode tertentu.

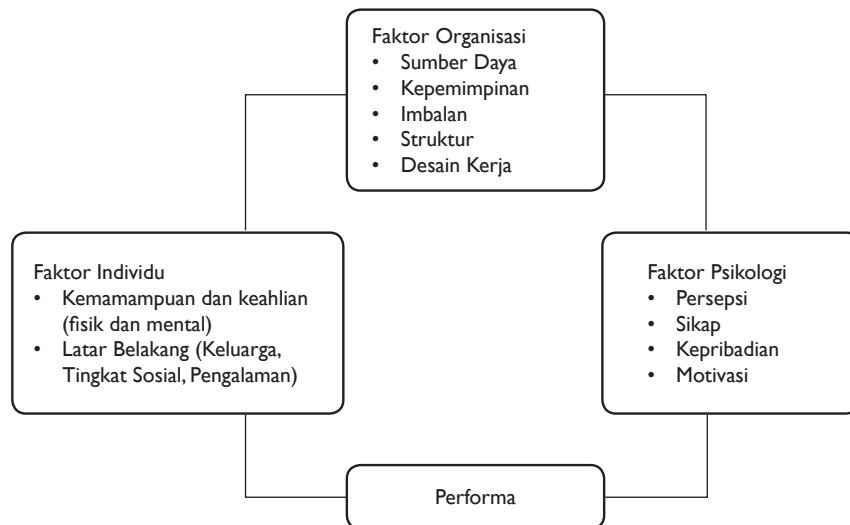
Kinerja (*performance*) merupakan fungsi dari kemampuan (*ability*), motivasi (*motivation*) dan kesempatan atau lingkungan kerja (*opportunity*).



Figur 5.5 Hubungan antara kinerja dan faktor kinerja (Robbins S.P., 1990)

Ability (can do factors) dibangun oleh pengetahuan, keterampilan dan aptitude seseorang, sedangkan *motivasi (will do factors)* dibangun oleh motivasi, *personality*.

Kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam satu organisasi sesuai wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai moral maupun etika . Kinerja merupakan penampilan hasil karya personel baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi. Kepuasan kerja sebagai sikap Umum individual terhadap pekerjaannya. Kinerja adalah upaya (aktivitas) ditambah hasil kerja, (Supriyanto dan Ratna, 2007).



Figur 5.6 Hubungan faktor organisasi, individu dan kinerja (Gibson, tahun??)

Kinerja merupakan perilaku organisasi yang secara langsung berhubungan dengan produksi barang atau penyampaian jasa. Informasi tentang kinerja organisasi merupakan suatu hal yang sangat penting digunakan untuk mengevaluasi apakah proses kinerja yang dilakukan organisasi selama ini sudah sejalan dengan tujuan yang diharapkan atau belum. Akan tetapi dalam kenyataannya banyak organisasi yang justru kurang atau bahkan tidak jarang ada yang tidak mempunyai informasi tentang kinerja dalam organisasinya. Pengertian kinerja dalam organisasi merupakan jawaban dari berhasil atau tidaknya tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Para atasan atau manajer sering tidak memperhatikan, kecuali jika keadaan sudah menjadi sangat buruk atau segala sesuatu menjadi serba salah. Kadang beberapa atasan atau manajer tidak mengetahui betapa buruknya kinerja yang ada sehingga perusahaan/instansi menghadapi krisis yang serius.

Kinerja merupakan perilaku yang nyata yang ditampilkan setiap orang sebagai prestasi kerja yang dihasilkan oleh karyawan sesuai dengan perannya dalam perusahaan.

Menurut Gibson (1997), ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja,

1. Faktor individu: kemampuan, ketrampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial dan demografi seseorang.
2. Faktor psikologis: persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi dan kepuasan kerja.
3. Faktor organisasi: struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan (*reward system*).

Sementara itu yang dimaksud dengan dimensi kinerja menurut Gomes, (1997), memperluas dimensi prestasi kerja karyawan yang berdasarkan:

1. *Quantity of work*; jumlah kerja yang dilakukan dalam suatu periode waktu yang ditentukan.
2. *Quality of work*; kualitas kerja berdasarkan syarat-syarat kesesuaian dan kesiapannya.
3. *Job knowledge*; luasnya pengetahuan mengenai pekerjaan dan ketrampilannya.
4. *Creativeness*; Keaslian gagasan-gagasan yang dimunculkan dan tindakan-tindakan untuk menyelesaikan persoalan-persoalan yang timbul.
5. *Cooperation*; kesetiaan untuk bekerja sama dengan orang lain.
6. *Dependability*; kesadaran dan kepercayaan dalam hal kehadiran dan penyelesaian kerja.
7. *Initiative*; semangat untuk melaksanakan tugas-tugas baru dan dalam memperbesar tanggung jawabnya.
8. *Personal qualities*; menyangkut kepribadian, kepemimpinan, keramah-tamahan, dan integritas pribadi.

Faktor yang Memengaruhi Kinerja

Faktor yang memengaruhi kinerja ini sesuai dengan konsep kinerja (Robbins, 2002). faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*) adalah sebagai berikut.

1. *Human performance = ability + motivation.*
2. *Motivation = attitude + situation.*
3. *Ability = knowledge + skill.*

Selanjutnya Robbins (2002) mengemukakan bahwa: Kinerja karyawan (*Employee Performance*) adalah tingkat di mana karyawan mencapai persyaratan-persyaratan pekerjaan. Penilaian kinerja (*Performance Appraisal*) adalah proses yang mengukur kinerja karyawan. Penilaian kinerja pada umumnya mencakup aspek kualitatif maupun kuantitatif dari pelaksanaan pekerjaan. Penilaian kinerja berkenaan dengan seberapa baik seseorang melakukan pekerjaan yang ditugaskan atau yang diberikan. Program penilaian karyawan yang dianut oleh perusahaan, dapat menimbulkan kepercayaan moral yang baik dari karyawan terhadap perusahaan. Adanya kepercayaan dikalangan karyawan bahwa mereka akan menerima imbalan sesuai dengan prestasi yang dicapainya, akan merupakan rangsangan bagi karyawan untuk memperbaiki prestasinya. Selanjutnya bila karyawan diberitahu kelemahan-kelemahannya, maka dengan bantuan pimpinan mereka berusaha untuk memperbaiki diri masing-masing. Penilaian karyawan dapat menimbulkan loyalitas terhadap perusahaan bila pemimpin mengembangkan dan memajukan karyawannya melalui pemberian sarana pendidikan khusus bagi karyawan yang memerlukannya.



KEPUASAN

Pengertian

Kepuasan adalah persepsi terhadap produk atau jasa yang telah memenuhi harapannya. Jadi kepuasan pelanggan adalah hasil dari akumulasi konsumen atau pelanggan dalam menggunakan produk atau jasa (Irawan, 2003).

Kepuasan adalah model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima pelanggan. (Woodruff and Gardial dalam Supriyanto, 2006)



TEORI MODEL KEPUASAN

Model, Kebutuhan, Keinginan, Utilisasi

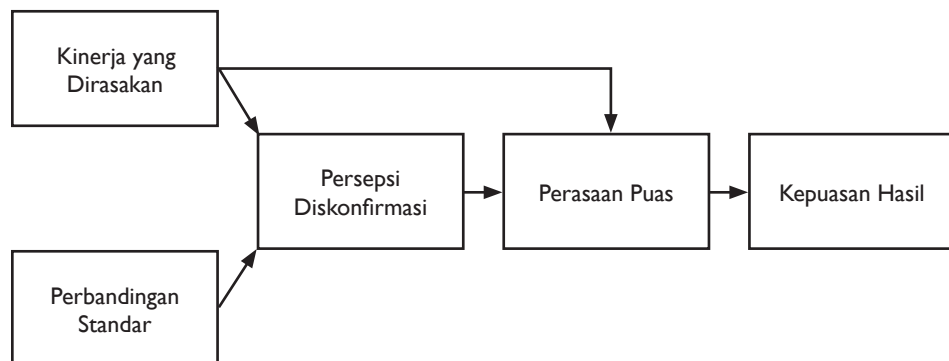
Factor provider adalah terkait dengan karakteristik *provider* (pengetahuan dan kemampuan, motivasi, etos kerja) dalam menyediakan layanan kesehatan. Selain

itu faktor variabel pekerjaan (desain pekerjaan, bahan kerja), dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, imbalan pekerjaan) juga ikut memengaruhi sikap dan perilaku *provider*.

Kebutuhan adalah suatu keadaan sebagian dari kepuasan dasar yang dirasakan dan disadari. kebutuhan adalah penyimpangan biopsikososial, terkait dengan kondisi sehat dan sakit seseorang (*State of Health and illness*).

Kepuasan pelanggan menurut model kebutuhan ialah suatu keadaan di mana kebutuhan, keinginan dan harapan pasien dapat dipenuhi melalui produk atau jasa yang dikonsumsi. Oleh karena itu kepuasan pasien adalah rasio kualitas yang dirasakan oleh pasien dibagi dengan kebutuhan, keinginan dan harapan pasien.

Model kebutuhan adalah model yang menjelaskan faktor dominan pengaruh dari perspektif pasien (masyarakat). Pada utilisasi ada dua kemungkinan bahwa permintaan dan harapan masyarakat bisa dipenuhi. Kondisi ini disebut *satisfied demand*, sedangkan bila masyarakat tidak mendapatkan seperti yang di minta dan diharapkan, maka disebut *unsatisfied demand*. *Unsatisfied demand* adalah mereka yang berharap berobat ke puskesmas, tetapi karena adanya barrier (kendala) ekonomi atau jarak, akhirnya berobat tradisional. *Satisfied demand* adalah mereka yang menginginkan berobat ke puskesmas dan dapat terpenuhi keinginannya.



Figur 5.7 Teori kepuasan pelanggan (Woodruff dan Gardial, 2002)

Model Kesenjangan (The Expectancy-Disconfirmation Model)

Woodruff dan Gardial (2002), mendefinisikan kepuasan sebagai model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima pelanggan. *Comparison standard* ialah standar yang digunakan untuk menilai ada tidaknya kesenjangan antara apa yang dirasakan pasien dengan standar yang ditetapkan. Standar dapat berasal dari hal-hal berikut.

1. Harapan pasien, bagaimana pasien mengharapakan produk/jasa yang seharusnya dia terima.
2. Pesaing. Pasien mengadopsi standar kinerja pesaing rumah sakit untuk kategori produk/jasa yang sama sebagai standar perbandingan.

3. Kategori produk/jasa lain.
4. Janji promosi dari rumah sakit.
5. Nilai/norma industri kesehatan yang berlaku (Supriyanto dan Ratna, 2007).



KEPUASAN PELANGGAN (PASIEN)

Pasien adalah makhluk Bio-Psiko-Sosio-Ekonomi-Budaya, artinya dia memerlukan terpenuhinya kebutuhan, keinginan dan harapan dari aspek biologis (kesehatan), aspek psikologis (kepuasan), aspek sosio-ekonomi (papan, sandang, pangan dan afiliasi sosial), dan aspek budaya. Siapapun yang mengetahui secara khusus kebutuhan, keinginan ataupun harapan pelanggan atau pasien, maka dialah yang mempunyai keuntungan berhubungan dengan pelanggan.

Kepuasan pelanggan terjadi apabila apa yang menjadi kebutuhan, keinginan, harapan pelanggan dapat Anda penuhi, maka pelanggan akan puas. Kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau puas bahwa produk atau jasa yang diterima telah sesuai atau melebihi harapan pelanggan. Kepuasan pasien adalah karena kepuasan pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan yang kita berikan dan kepuasan pasien adalah suatu modal untuk mendapatkan pasien lebih banyak lagi dan untuk mendapatkan pasien yang loyal (setia). Pasien yang loyal akan menggunakan kembali pelayanan kesehatan yang sama bila mereka membutuhkan lagi. Bahkan telah diketahui bahwa pasien loyal akan mengajak orang lain untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang sama.

Pasien yang loyal adalah “sarana promosi” yang murah. Memiliki pasien loyal akan meningkatkan daya jual institusi pelayanan kesehatan demikian, juga kemampuannya untuk ber laba (profitabilitas meningkat). Dengan demikian subsidi silang untuk meningkatkan kualitas pelayanan maupun imbalan yang diberikan pada seluruh SDM di Institusi pelayanan kesehatan tersebut juga akan dapat lebih meningkat, kesejahteraan meningkat, gairah kerja tenaga kesehatan semakin meningkat termasuk kemauan untuk meningkatkan kepuasan pelanggannya. Kinerja akan semakin meningkat di mana pelayanan kepada pasien menjadi semakin baik, akibatnya pasien akan menjadi semakin puas dan bila pasien tersebut membutuhkan pelayanan kesehatan lagi dia akan menggunakan kembali pelayanan yang sama.

Pelanggan loyal tidak sensitif terhadap tarif. Dalam jangka panjang pelanggan loyal akhirnya akan memberikan profitabilitas rumah sakit. Oleh karena itu kepuasan merupakan aset berharga. Namun dalam upaya memuaskan pelanggan, juga harus tetap memperhatikan ukuran aspek yang lain, sehingga tidak terjadi *over investment* (biaya upaya memuaskan pelanggan lebih besar dari pendapatan). Figur yang menunjukkan hubungan antara kepuasan pelanggan internal dan eksternal dan kemampuan rumah sakit (Kaplan, Norton, 1996).



FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPUASAAN

Ada beberapa faktor yang memengaruhi kepuasan pasien, yaitu sebagai berikut.

1. Kualitas produk atau jasa.
Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas.
2. Harga.
Harga, yang termasuk di dalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini memengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.
3. Emosional.
Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih institusi pelayanan kesehatan yang sudah mempunyai pandangan, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.
4. Kinerja.
Wujud dari kinerja ini misalnya: kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan rumah sakit.
5. Estetika.
Estetika merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh pancaindra. Misalnya: keramahan perawat, peralatan yang lengkap dan sebagainya.
6. Karakteristik produk.
Produk ini merupakan kepemilikan yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk meliputi penampilan bangunan, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.
7. Pelayanan.
Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Institusi pelayanan kesehatan dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien. Kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Misalnya: pelayanan yang cepat, tanggap dan keramahan dalam memberikan pelayanan keperawatan.
8. Lokasi.
Lokasi, meliputi, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih institusi pelayanan kesehatan. Umumnya semakin dekat lokasi dengan pusat perkotaan atau yang mudah

dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien.

9. Fasilitas.

Kelengkapan fasilitas turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman dan ruang kamar rawat inap. Walaupun hal ini tidak vital menentukan penilaian kepuasan pasien, namun institusi pelayanan kesehatan perlu memberikan perhatian pada fasilitas dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen.

10. Komunikasi.

Komunikasi, yaitu tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.

11. Suasana.

Suasana, meliputi keamanan dan keakraban. Suasana yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat memengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien saja yang menikmati itu akan tetapi orang lain yang berkunjung akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung institusi pelayanan kesehatan tersebut.

12. Desain visual.

Desain visual, meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi ikut menentukan suatu kenyamanan. (Klinis, 2007).



INDEKS KEPUASAN

Ada beberapa faktor yang berpengaruh pada kepuasan konsumen. Secara garis besar dikategorikan dalam 5 kategori yaitu *Product Quality*, *Service Quality*, *Price Emotional Factor*, dan *Cost of Aquiring* (Supriyanto dan Ratna, 2007).

1. *Product Quality*.

Bagaimana konsumen akan merasa puas atas produk barang yang digunakan. Beberapa dimensi yang membentuk kualitas produk barang adalah *performance*, *reliability*, *conformance*, *durability*, *feature* dan lain-lain.

2. *Service Aquality*.

Bagaimana konsumen akan puas dengan jasa yang telah dikonsumsinya. Dimensi *service quality* yang lebih dikenal dengan *servqual* meliputi 5 dimensi yaitu *tangible*, *reliability*, *assurance*, *empathy*, *responsiveness*. Skala nilai dinyatakan dengan skala 1–5. Skala 1 adalah tidak puas dan skala 5 adalah puas. Nilai rerata skala adalah nilai skor (skor=jumlah n pengukuran dikatakan skala).

3. *Emotional Factor.*

Keyakinan dan rasa bangga terhadap produk, jasa yang digunakan dibandingkan pesaing. *Emotional factor* diukur dari *perceived best score*, artinya persepsi kualitas terbaik dibandingkan pesaingnya.

4 *Price.*

Harga dari produk, jasa yang di ukur dari *value* (nilai) manfaat dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan konsumen. Harga adalah harga pelayanan medis (*medical care*) yang harus dibayar konsumen (*Price is that which is given in an exchange to aquire a good or service*).

5. *Cost of Aquaring.*

Biaya yang di keluarkan untuk mendapatkan produk atau jasa.

CONTOH KASUS 1

Sebagai seorang Kepala Ruang Rawat Inap Bedah, Anda mempunyai dua orang tim perawat lulusan Ners dan seorang perawat lulusan D-3, dan sebagian besar perawat yang ada tidak mempunyai kinerja yang baik, malas melakukan asuhan keperawatan kepada pasien, sering datang terlambat, dan tidak disiplin. Anda sudah beberapa kali menegur perawat-perawat tersebut, tetapi tetap tidak ada perubahan.

Pertanyaan: Analisis situasi tersebut dan rumuskan permasalahan yang ada serta identifikasi penyebabnya? Aplikasikan teori motivasi dari Maslow dalam meningkatkan kinerja perawat tersebut?

CONTOH KASUS 2

Perawat X sudah 4 tahun bekerja di Bagian Bedah. Dia sering jaga sore dan malam hari. Suatu hari dia merasa kehilangan motivasi terhadap tugas yang diberikan oleh manajer sebagai PP. Perawat X menilai manajer kurang memberikan dukungan dan kurang tanggap terhadap setiap masalah yang disampaikan.

Pertanyaan: Jika Anda sebagai kepala ruangan, apa yang akan Anda lakukan? Identifikasi masalah yang ada dan susun suatu rencana penyelesaian masalah agar perawat X tetap bertahan bekerja di bagian Anda.

DAFTAR PUSTAKA

- Armstrong dan Baron (2005) *Productivity in Organization*. Philadelphia, London, 2003.
- As'ad, M. 2003. *Psikologi Industri*. Yogyakarta: Liberty, hlm 45–64.
- Azwar, S. 2000. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ke 3. Jakarta: Bina Rupa Aksara, hlm 287–321.
- Brown, D. 2001. "Reward Strategies: From Intent to Impact." <http://www.amazon.co.uk/Reward-Strategies-Intent-Duncan-Brown/dp/0852929056>.
- Davidow, Moshe 2003. "Have You Heard the Word? The Effect of Word of Mouth on Perceived Justice, Satisfied and Repurchase Intentions Following Complain Handling." *Journal of and Complaining Behavior*. Vol.16 hlm. 67.
- Gibson, J.L., J.M. Ivancevich, J.H. Donnelly, Jr. 2003. *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Bina Rupa Aksara, hlm 119–275.
- Gordon. 2004. *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Bina Rupa Aksara, hlm 119–275.
- Herzberg F. 1977. *One more time: how do you Motivate employee? The management process*. Edisi 2. New York: Macmillan.
- Kopelman, R.E. 1986. *Managing productivity in organizations*. New York: Mc Graw-Hill.
- Marquis, B.L. dan C. J. Huston. 1998. *Management Decision Making for Nurses. 124 Case Studies*. Edisi 3. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- McCaffery, J., Heerey, M dan Bose, K. P. 2003. "Refining Performance Improvement Tools and Methods: lessons and Challenges". www.ispi.org.
- Muhith, A. 2012. "Pengembangan model mutu asuhan keperawatan berdasarkan analisis kinerja perawat dan kepuasan perawat serta pasien di RS Kabupaten Gresik". Disertasi tidak dipublikasikan. Program Pasca Sarjana. Universitas Airlangga.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta, hlm 36–54.
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Parasuraman A, Zeithamal V, Berry L. (1985). "A conceptual model of service quality and its impact for future research". *Journal of marketing, (Musim Gugur)*, hlm. 41–50.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. 1988. "Servequal: A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perception Of Service Quality". *Journal of Retailing*.
- A. Zeithaml, V. 2001. *Delivering Quality Service*. New York: The Free Press.
- Perry dan Potter. 2003. *Pocket and Guide Basic Skill and Procedure*. Edisi 3.???
- Robbins S.P. 2002. *Organizational behavior*. Edisi 10. 16 Oktober. San Diago State University: Prentice Hall International Inc.
- Rowland, H.S. dan B. L. Rowland. 1997. *Nursing Administration Handbook*. Edisi 4. Marylan: An Aspen Pub.
- Ruky, A.S. 2006. *Sistem Manajemen Kinerja. Performance Management System Panduan Praktis Untuk Merancang dan Meraih Kinerja Prima*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Sadirman, A.M. 2003. *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Summers C. 1994. "Self-Care: the Greatest Challenge for Nurses. Rev." *J Nurse Emprow*. 4(3): 92–96.
- Sudarsono. 2006. *Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Supriyanto S., dan Ratna. 2007. *Manajemen mutu, Health Advocacy*. Surabaya
- Woodruff dan Gardial. 2002. *Practical-people Oriented Prespective*. Kanada: Mc.Graw Hill, hlm 36–45.
- Trarintya, M. 2011. "Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan dan Word of Mouth (Studi Kasus Pasien Rawat Jalan Di Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar)". Tesis Diterbitkan, Universitas Udayana. Denpasar.

BAB 6

Pendelegasian dan Supervisi



Manajer dapat mengontrol staf dan waktu yang digunakan oleh staf dalam meningkatkan produktivitas perusahaan. Pada kenyataannya, sering ditemukan terlalu banyak pekerjaan yang harus diselesaikan oleh seseorang dengan waktu yang hanya sedikit. Pada situasi tersebut, pendelegasian dan pembagian pekerjaan diperlukan. Pendelegasian dapat diartikan sebagai penyelesaian suatu pekerjaan melalui orang lain atau dapat juga diartikan sebagai pelimpahan suatu tugas kepada seseorang atau kelompok dalam menyelesaikan tujuan organisasi (Marquis dan Huston, 1998).

Pendelegasian/pelimpahan asuhan keperawatan kepada pasien oleh perawat tidak mudah dilakukan karena menyangkut pemberian suatu perintah kepada orang lain untuk menyelesaikan tugas yang diemban. Para perawat meyakini bahwa mereka dapat memberikan pendelegasian dengan baik kepada staf dalam asuhan keperawatan, tetapi sering tidak dilaksanakan dengan baik. Hal ini menyebabkan kurangnya rasa percaya kepada orang yang menerima pendelegasian (delegasi).



KETIDAKEFEKTIFAN DALAM PENDELEGASIAN

Pendelegasian dalam praktik keperawatan profesional sering ditemukan mengalami masalah, di mana proses pendelegasian tidak

dilaksanakan secara efektif. Ketidakefektifan atau kesalahan yang sering ditemukan dapat dibedakan menjadi tiga hal, yaitu *under-delegation*, *over-delegation*, dan *improper-delegation*.

Pendelegasian yang Terlalu Sedikit (Under-delegation)

Manajer keperawatan sering berasumsi bahwa jika mereka melakukannya sendiri, maka akan menjadi lebih baik dan lebih cepat daripada didelagasikan ke orang lain. Misalnya, manajer sering berpikir “Saya bisa mengerjakan ini lebih baik, bila staf yang mengerjakan akan memerlukan waktu yang lama”. Keadaan ini berdampak terhadap proses pendelegasian wewenang, di mana orang yang menerima tugas hanya diberikan wewenang yang sangat terbatas dan sering terjadi ketidakjelasan wewenang yang harus dilakukan, sehingga tugas tersebut tidak dapat diselesaikan dengan baik.

Masalah lain adalah kekhawatiran seseorang bahwa mereka tidak mampu melakukan seperti apa yang dilakukan staf/orang yang didelegasikan, karena tanggung jawab yang diberikan hanya sedikit dan sering merasa bosan, malas, dan tidak efektif. Pendelegasian yang tepat akan dapat meningkatkan kepuasan kerja dan meningkatkan hubungan yang kondusif antara manajer dan staf.

Pendelegasian yang Berlebihan (Over-delegation)

Pendelegasian yang berlebihan kepada staf, akan berdampak terhadap penggunaan waktu yang sia-sia. Hal ini disebabkan keterbatasan manajer untuk memonitor dan menghabiskan waktu dalam tugas organisasi. Staf akan merasa terbebani dan sering ditemukan penyalahgunaan wewenang yang diberikan. Misalnya staf sering bertanya, “Saya tidak tahu apa yang manajer harapkan” atau “Saya lebih senang bantuan supervisi dari manajer terus-menerus”.

Pendelegasian yang Tidak Tepat (Improper-delegation)

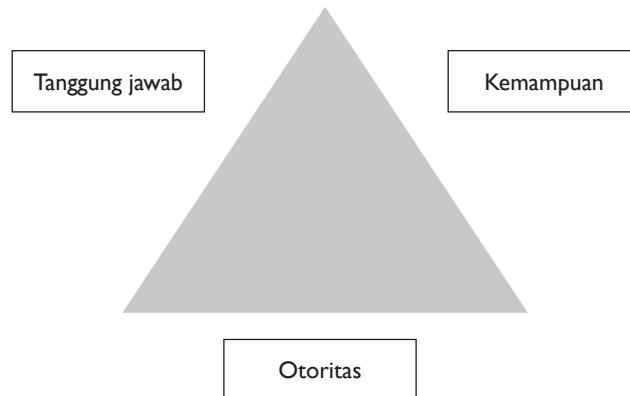
Pendelegasian menjadi tidak efektif bila diberikan kepada orang yang tidak tepat karena alasan faktor suka/tidak suka. Pendelegasian tersebut tidak akan memperoleh hasil yang baik karena adanya kecenderungan manajer menilai pekerjaan staf berdasarkan unsur subjektivitas.



KONSEP PENDELEGASIAN

Pendelegasian yang baik bergantung pada keseimbangan antara tiga komponen utama, yaitu tanggung jawab, kemampuan, dan wewenang. Tanggung jawab (*responsibility*) adalah suatu rasa tanggung jawab terhadap penerimaan suatu tugas. Kemampuan (*accountability*) adalah kemampuan seseorang dalam melaksanakan tugas yang

didelegasikan. Wewenang (*authority*) adalah pemberian hak dan kekuasaan kepada delegasi untuk mengambil suatu keputusan terhadap tugas yang dilimpahkan.



Figur 6.1 Konsep Pelimpahan (Vestal, 1994: 91)

Konsep Dasar Pendelegasian yang Efektif

Lima konsep yang mendasari efektivitas dalam pendelegasian. Lima konsep tersebut akan dijelaskan sebagai berikut.

1. Pendelegasian bukan suatu sistem untuk mengurangi tanggung jawab. Tetapi suatu cara untuk membuat tanggung jawab menjadi bermakna. Manajer keperawatan sering mendelegasikan tanggung jawabnya kepada staf dalam melaksanakan asuhan terhadap pasien. Misalnya, dalam penerapan model asuhan keperawatan profesional primer, seorang perawat primer (PP) melimpahkan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada perawat pendamping/*associate* (PA). Perawat primer memberikan tanggung jawab yang penuh dalam merawat pasien yang didelegasikan.
2. Tanggung jawab dan otoritas harus didelegasikan secara seimbang. Perawat primer menyusun tujuan tindakan keperawatan. Tanggung jawab untuk melaksanakan tujuan/rencana didelegasikan kepada staf yang sesuai atau menguasai kasus yang dilimpahkan. Kemudian PP memberikan wewenang kepada PA untuk mengambil semua keputusan menyangkut keadaan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses tersebut harus meliputi:
 - pengkajian kebutuhan pasien;
 - identifikasi tugas yang dapat dilaksanakan dengan bantuan orang lain;
 - mendidik dan memberikan pelatihan supaya tugas dapat dilaksanakan dengan aman dan kompeten;
 - proses menentukan kompetensi dalam membantu seseorang;
 - ketersediaan supervisi yang cukup oleh PP;

- proses evaluasi yang terus-menerus dalam membantu seseorang;
 - proses komunikasi tentang keadaan pasien antara PP dan PA.
3. Proses pelimpahan membuat seseorang melaksanakan tanggung jawabnya, mengembangkan wewenang yang dilimpahkan, dan mengembangkan kemampuan dalam mencapai tujuan organisasi. Keberhasilan pelimpahan ditentukan oleh:
 - a. intervensi keperawatan yang diperlukan;
 - b. siapa yang siap dan sesuai dalam melaksanakan tugas tersebut;
 - c. bantuan apa yang diperlukan;
 - d. hasil apa yang diharapkan.
 4. Konsep tentang dukungan perlu diberikan kepada semua anggota. Dukungan yang penting adalah menciptakan suasana yang asertif. Setelah PA melaksanakan tugas yang dilimpahkan, maka PP harus menunjukkan rasa percaya kepada PA untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara mandiri. Jika masalah timbul, maka PP harus selalu menanyakan “Apa yang bisa kita lakukan?” *Empowering* meliputi pemberian wewenang seseorang untuk melaksanakan tugas secara kritis otonomi, menciptakan kemudahan dalam melaksanakan tugas, serta membangun rasa kebersamaan dan hubungan yang serasi.
 5. Seorang delegasi harus terlibat aktif. Ia harus dapat menganalisis otonomi yang dilimpahkan untuk dapat terlibat aktif. Keterbukaan akan mempermudah komunikasi antara PP dan PA.

Pedoman Pelimpahan Wewenang yang Efektif

Proses pendelegasian harus didahului dengan informasi yang jelas. Pendelegasian yang jelas harus mengandung informasi mengenai tujuan spesifik, target waktu, dan pelaksanaan tindakan keperawatan.

1. Tujuan spesifik.
Tujuan yang spesifik dan jelas baik secara fisik maupun psikis harus jelas sebagai parameter kepada siapa pendelegasian itu diberikan.
2. Target waktu.
Seorang PP atau Ners harus memberikan target waktu dalam memberikan pendelegasian kepada PA. Pada perencanaan keperawatan kepada pasien, PP harus menuliskan target waktu yang jelas sebagai indikator keberhasilan asuhan keperawatan.

3. Pelaksanaan tindakan keperawatan.

PP harus mengidentifikasi dan memberikan petunjuk intervensi keperawatan yang sesuai terhadap kebutuhan pasien. Tahap pengkajian dan pengambilan keputusan harus didiskusikan sebelum tindakan dilaksanakan.

Pelaksanaan tugas: Kebersihan jalan napas setiap 30 menit.	Informasi yang minimal diperlukan untuk melaksanakan tugas.
Berikan rasional: Suara napas tambahan tidak jelas, perlu terus diobservasi	Informasi tambahan diperlukan untuk mem- berikan alasan terhadap tugas yang dilimpahkan.
Jelaskan hasil yang diharapkan: Hari ini hari ketiga MRS dan pasien harus dapat bernapas dengan normal sebelum hari kelima.	Informasi diperlukan untuk delegasi tanggung jawab dan menciptakan kompetensi dalam mencapai tujuan.
Delegasi penuh: Saat suara napas normal, lakukan latihan napas dalam dan batuk efektif.	Ners telah melimpahkan otoritas ke PA.

Figur 6.2 Contoh Pendelegasian Askep pada MAKP



PRINSIP UTAMA PENDELEGASIAN

Supervisi dalam praktik keperawatan profesional adalah suatu proses pemberian berbagai sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas-tugas dalam mencapai tujuan organisasi. Supervisi dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu tugas teknis dan manajerial. Hampir semua tugas teknis dapat didelegasikan oleh supervisor kepada stafnya. Sementara, tidak semua tugas manajerial dapat didelegasikan karena memerlukan supervisi dan pemberian wewenang. Misalnya, staf dapat menyusun suatu perencanaan, anggaran pembelian, dan kegiatan yang lainnya tetapi tugas untuk membuat persetujuan, rekomendasi, pelaksanaan masih merupakan hak dan wewenang seorang supervisor.

Cara Pendelegasian

1. Seleksi dan susun tugas.

Sediakan waktu yang cukup untuk menyusun daftar tugas-tugas yang harus dilimpahkan secara rasional dan dapat dilaksanakan oleh staf. Tahap berikutnya yang harus dikerjakan secara otomatis adalah menyiapkan laporan yang kontinu,

menjawab setiap pertanyaan, menyiapkan jadwal berurutan, memesan alat-alat, presentasi pada komisi yang bertanggung jawab, dan melaksanakan asuhan keperawatan dan tugas teknis lainnya. Menyusun suatu daftar secara berurutan dengan dua kriteria, yakni waktu yang diperlukan dan pentingnya bagi institusi. Hal yang terpenting dalam mendelegasikan tugas adalah menentukan suatu tugas pendelegasian dan wewenang secara bertahap. Hal ini akan menghindari terjadinya suatu penyalahgunaan wewenang.

2. Seleksi orang yang tepat.

Pilih orang yang sesuai untuk melaksanakan tugas tersebut berdasarkan kemampuan dan persyaratan lainnya. Tepat tidaknya Anda memilih staf bergantung dari kemampuan manajer mengenal kinerja staf, kelebihan, kelemahan, dan perilakunya.

Hati-hati terhadap pendelegasian yang berlebihan atau yang terlalu sedikit. Jika Anda memberikan pendelegasian terlalu berlebih, maka staf tidak akan siap untuk menerima keadaan tersebut dan akan berdampak terhadap kegagalan staf dalam melaksanakan tanggung jawab untuk tugas yang pertama kali diterimanya. Sebaliknya, pendelegasian yang terlalu sedikit akan menjadi hal yang sangat buruk efeknya terhadap staf maupun institusi. Pendelegasian jenis ini akan menghabiskan waktu dan sering berakibat terhadap beban bagi staf.

3. Berikan arahan dan motivasi kepada staf.

Salah satu kesalahan dalam pendelegasian adalah ketiadaan arahan yang jelas. Lebih baik pendelegasian dilakukan secara tertulis, dan ajarkan pula bagaimana melaksanakan tugas tersebut. Jika Anda sudah siap untuk memberikan pendelegasian, maka Anda harus mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut?

- a. Apakah saya sudah menjelaskan alasan pendelegasian dan mengapa tugas ini penting dilakukan?
- b. Apakah semua tugas sudah jelas dalam ingatan kita? Haruskah saya menuliskan secara rinci?
- c. Jika jawabannya ya, dapatkah saya memberikan instruksi dan prosedur secara rinci terhadap tingkatan pemahaman staf?
- d. Apakah tugas yang dilimpahkan dapat memberikan staf kesempatan untuk berkembang dan memotivasi staf secara tepat?
- e. Apakah staf Anda sudah mendapatkan latihan, pengalaman, dan keterampilan yang diperlukan dalam melaksanakan tugas tersebut?

Hal penting dalam pendelegasian adalah kesepakatan antara manajer keperawatan dan staf mengenai hasil yang diharapkan.

4. Lakukan supervisi yang tepat.

Anda harus bisa menentukan apa yang perlu disupervisi, kapan dilakukan, dan bantuan apa yang dapat diberikan. Supervisi merupakan hal yang penting dan pelaksanaannya bergantung pada bagaimana staf melihatnya.

- a. *Overcontrol*. Kontrol yang berlebihan akan merusak pendelegasian yang diberikan. Staf tidak akan dapat memikul tanggung jawabnya dengan baik dan Anda hanya akan terfokus terhadap hal-hal yang tidak didelegasikan.
- b. *Undercontrol*. Kontrol yang kurang juga akan berdampak buruk terhadap pendelegasian, di mana staf menjadi tidak produktif dalam melaksanakan tugas dan berdampak secara signifikan terhadap hasil yang diharapkan. Hal ini juga menyebabkan pemborosan waktu dan anggaran yang sebenarnya dapat dihindari. Berikan kesempatan waktu yang cukup kepada staf untuk berpikir dan melaksanakan tugas tersebut. Namun, berikan pula penekanan terhadap *deadline*, agar staf Anda akan mematuhi pola tersebut.

Tempat dan Waktu Pendelegasian

Di bawah ini merupakan tempat dan waktu pendelegasian dapat dilaksanakan:

1. Tugas rutin.

Tugas rutin seperti wawancara lamaran pekerjaan, tanggung jawab terhadap masalah-masalah yang kecil, dan menyeleksi surat merupakan tugas biasa dan dapat didelegasikan kepada staf.

2. Tugas yang tidak mencukupi waktunya.

Pendelegasian dapat dilaksanakan pada tugas-tugas tertentu karena manajer tidak mempunyai cukup waktu untuk mengerjakannya. Tugas-tugas tersebut akan dilaksanakan oleh manajer jika mempunyai waktu untuk menyelesaikannya.

3. Penyelesaian masalah.

Pendelegasian diberikan dengan tujuan memberikan pengalaman/tantangan kepada staf untuk menyelesaikannya. Staf akan termotivasi apabila mereka menerimanya sebagai suatu tantangan. Oleh karena itu, perlu perhatian dan bimbingan khusus dalam membantu staf untuk menyelesaikan tugas yang dilimpahkan kepadanya.

4. Peningkatan kemampuan.

Pendelegasian ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan staf dan tim. Dengan pengelolaan yang sesuai, pendelegasian akan menjadikan suatu latihan bagi staf untuk belajar.

5. Kapan pendelegasian tidak diperlukan.

Tidak semua jenis tugas dapat didelegasikan. Seorang manajer harus berhati-hati dalam mendelegasikan jenis tugas tertentu, yaitu:

- a. tugas yang terlalu teknis, misalnya jadwal staf dan anggaran yang merupakan tugas rutin manajer, tetapi terlalu teknis dan perlu keterampilan khusus untuk dilaksanakan staf;
- b. tugas yang berhubungan dengan kepercayaan dan kerahasiaan, misalnya kerahasiaan suatu informasi dari institusi berhubungan dengan terjadinya perselingkuhan staf.

Pendelegasian dapat mengakibatkan masalah jika tugas yang didelegasikan tidak dilaksanakan sesuai harapan. Untuk menghindari kesalahan tersebut, maka manajer mempunyai tanggung jawab sebagai berikut.

- a. Disiplin dalam pemberian wewenang;
- b. Bertanggung jawab terhadap pembinaan moral staf;
- c. Perlunya suatu kontrol; dan
- d. Hindari kesalahan dalam penyampaian pendelegasian.

Kegagalan Manajer dalam Pendelegasian dan Mengapa Staf Menjadi Resistan

Tabel 7.1 menunjukkan pernyataan yang mengevaluasi kegagalan manajer dalam pendelegasian.

Tabel 7.1 Sebab Kegagalan Manajer dan Karakteristik Staf (Rowland dan Rowland, 1997)

Mengapa Manajer Gagal	Mengapa Staf Resistan
<ul style="list-style-type: none"> • Mereka pekerja keras atau perfeksionis. • Mereka tidak aman karena: <ul style="list-style-type: none"> - mereka takut bahwa delegasi akan gagal; - mereka takut bahwa delegasi akan dikerjakan lebih baik daripada dikerjakan sendiri; - mereka takut akan terjadi penumpukan pekerjaan; • Mereka tidak senang terhadap pendelegasiannya. • Mereka tidak berpikir bahwa stafnya siap atau mengharapkan tugas tersebut. • Mereka mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap pendelegasian. • Mereka tidak mengetahui bagaimana delegasi dapat dilaksanakan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mereka berpikir tidak mempunyai kemampuan untuk mengerjakan. • Upaya pertama telah gagal. • Aktivasinya mungkin tidak disetujui manajer. • Mereka berpikir tidak mempunyai cukup waktu. • Mereka tidak senang terhadap yang didelegasikan, tidak adanya penghargaan. • Mereka tidak mempunyai otonomi untuk melaksanakan. • Mereka kurang percaya diri/pesimis bahwa supervisor akan mendukungnya. • Mereka berpikir bahwa akan dimanipulasi atau dikerjakan oleh atasannya.

Kegiatan yang Tidak Boleh Didelegasikan

1. Aktivitas yang memerlukan pengkajian dan keputusan selama pelaksanaan.
2. Pengkajian fisik, psikologis, sosial yang memerlukan keputusan, rujukan, dan intervensi atau tindak lanjut.
3. Penyusunan dan evaluasi rencana keperawatan.

Keberhasilan Pendelegasian

Keberhasilan pendelegasian akan ditentukan oleh faktor-faktor berikut.

1. Komunikasi yang jelas dan lengkap.
Kejelasan komunikasi ditentukan oleh kelengkapan informasi yang disampaikan, akurasi terhadap pesan, dan penggunaan istilah/kata-kata yang mudah dipahami oleh penerima pesan.
2. Ketersediaan sumber dan sarana.
Jika PP atau Ners menghendaki perkembangan pasien dari PA, maka PP harus berada di tempat. Jika PP untuk jangka waktu yang lama tidak berada di tempat, maka laporan harus dilimpahkan kepada staf lainnya. Hal ini untuk menjaga agar pelaksanaan pekerjaan tetap berjalan dengan baik.
3. Monitoring.
PP harus memberikan kebebasan kepada PA untuk berpikir dan menganalisis tugas yang diberikan. Jika terdapat permasalahan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya, maka PP harus mampu berperan sebagai konsultan dan membantu memberikan solusinya
4. Pelaporan kemajuan tugas limpah.
Sebagai perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan dalam praktik keperawatan profesional kepada pasien, maka PP harus selalu meminta laporan dari PA tentang kemajuan pasien. Laporan PA diharapkan bisa disampaikan secara reguler dan sesuai dengan waktu yang ditentukan, kemudian PP harus melakukan tindak lanjut atau memberikan masukan tentang laporan yang telah disampaikan.

CONTOH KASUS 1

Saudara sebagai perawat primer (PP) melimpahkan tugas tentang pemberian asuhan keperawatan empat orang pasien (dengan tingkat ketergantungan dua parsial dan dua total) kepada perawat *associate* (PA) (lulusan D-3 dan Ners). Pada waktu Saudara tidak ada, datang pasien baru yang mengalami *heart attack* dengan kondisi kritis.

Pertanyaan: Susunlah suatu pengelolaan pendelegasian yang sesuai berdasarkan skenario Saudara? (Perhatikan prinsip *responsibility*, *accountability*, dan *authority*). Sajikan dalam laporan tertulis secara lengkap dengan pendekatan konsep manajemen (Pengumpulan data, Analisis, Identifikasi masalah, dan Perencanaan).

CONTOH KASUS 2

Salah satu tugas kepala ruang adalah melaksanakan supervisi tentang kinerja staf keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien. Pada saat supervisi, ditemukan adanya pelaksanaan yang tidak sesuai standar dalam asuhan keperawatan, pendokumentasian, dan hal lain. Ini terjadi karena adanya ketidakseimbangan antara jumlah pasien yang dirawat dan perawat yang ada. Apa yang akan Saudara lakukan pada keadaan di atas?

Pertanyaan: Buatlah suatu pengelolaan supervisi berdasarkan analisis data di atas! Aplikasikan prinsip-prinsip/teori supervisi dan buat suatu isi instrumen supervisi! (Pilih satu aspek penerapan model keperawatan primer yang sesuai, misalnya: kinerja perawat dalam pengelolaan obat, timbang terima, dan lain-lain).

DAFTAR PUSTAKA

- Marquis, B.L., dan C.J. Huston. 2000. *Leadership roles and management functions in nursing*. Philadelphia: JB Lippincott.
- _____. 1998. *Management Decision Making for Nurses, 124 Case Studies*. Edisi 3. Philadelphia: JB. Lippincott.
- Nursalam. 2007. *Manajemen Keperawatan: Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2011. *Manajemen Keperawatan: Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Rowland, H.S., dan B.L. Rowland. 1997. *Nursing Administration Handbook*. Edisi 4. Maryland: An Aspen Publication.
- Vestal, K.W. 1994. *Nursing Management: Control and Issues*. Edisi 2. Philadelphia: J.B. Lippincott.

BAB 7

Komunikasi dalam Manajemen Keperawatan



Komunikasi merupakan unsur yang penting dalam aktivitas manajer keperawatan dan sebagai bagian yang selalu ada dalam proses manajemen keperawatan bergantung pada posisi manajer dalam struktur organisasi. Berdasarkan hasil penelitian Swansburg (1990), bahwa lebih dari 80% waktu digunakan manajer untuk berkomunikasi, 16% untuk membaca, dan 9% untuk menulis. Pengembangan keterampilan dalam komunikasi merupakan kiat sukses bagi seorang manajer keperawatan.

Mengingat banyaknya waktu yang digunakan oleh manajer untuk berkomunikasi (mendengar dan berbicara), sehingga jelas bahwa manajer harus mempunyai keterampilan komunikasi interpersonal yang baik. Manajer harus berkomunikasi dengan staf, pasien, dan atasan setiap hari. Praktik keperawatan adalah praktik yang berorientasi pada kelompok/hubungan interpersonal dalam mencapai suatu tujuan organisasi. Oleh sebab itu, untuk menciptakan komitmen dan rasa kebersamaan, perlu ditunjang keterampilan manajer dalam berkomunikasi.

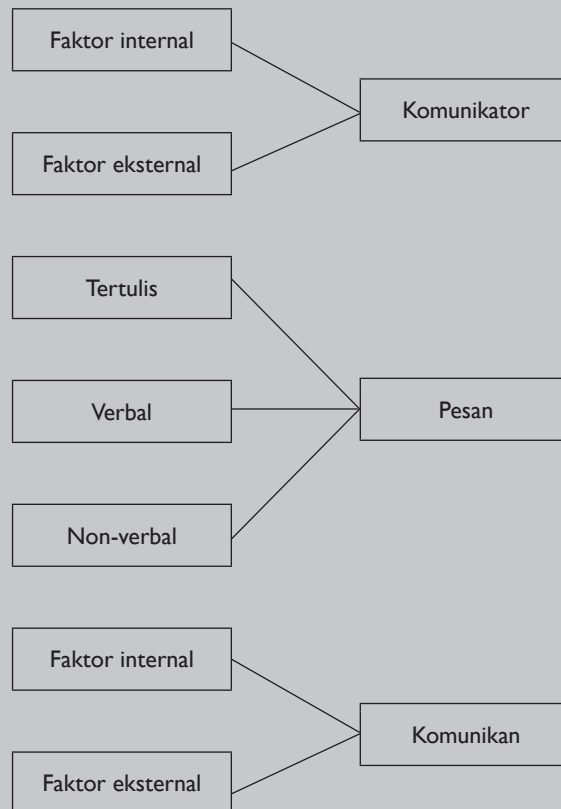


PROSES KOMUNIKASI

Tappen (1995) mendefinisikan bahwa komunikasi adalah suatu pertukaran pikiran, perasaan, pendapat, dan pemberian nasihat yang terjadi antara dua orang atau lebih yang bekerja bersama. Komunikasi juga merupakan suatu seni

untuk dapat menyusun dan menghantarkan suatu pesan dengan cara yang mudah sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima maksud dan tujuan pemberi pesan.

Komunikasi adalah sesuatu yang kompleks, sehingga banyak model yang digunakan dalam menjelaskan bagaimana cara organisasi dan orang berkomunikasi. Dasar model umum proses komunikasi terlihat pada Figur 8.1 yang menunjukkan bahwa dalam setiap komunikasi pasti ada pengirim pesan dan penerima pesan. Pesan tersebut dapat berupa verbal, tertulis, maupun nonverbal. Proses ini juga melibatkan suatu lingkungan internal dan eksternal, di mana komunikasi dilaksanakan. Lingkungan internal meliputi: nilai-nilai, kepercayaan, temperamen, dan tingkat stres pengirim pesan dan penerima pesan, sedangkan faktor eksternal meliputi: keadaan cuaca, suhu, faktor kekuasaan, dan waktu. Kedua belah pihak (pengirim dan penerima pesan) harus peka terhadap faktor internal dan eksternal, seperti persepsi dari komunikasi yang ditentukan oleh lingkungan eksternal yang ada.



Figur 7.1 Diagram Proses Komunikasi (Marquis dan Huston, 1998:290)



PRINSIP KOMUNIKASI MANAJER KEPERAWATAN

Walaupun komunikasi dalam suatu organisasi sangat kompleks, manajer harus dapat melaksanakan komunikasi melalui beberapa tahap berikut.

1. Manajer harus mengerti struktur organisasi, termasuk pemahaman tentang siapa yang akan terkena dampak dari pengambilan keputusan yang telah dibuat. Jaringan komunikasi formal dan informal perlu dibangun antara manajer dan staf.
2. Komunikasi bukan hanya sebagai perantara, akan tetapi sebagai bagian proses yang tak terpisahkan dalam kebijaksanaan organisasi. Jika ada pihak lain yang akan terkena dampak akibat komunikasi, manajer harus berkonsultasi tentang isi komunikasi dan meminta umpan balik dari orang yang kompeten sebelum melakukan suatu perubahan atau tindakan.
3. Komunikasi harus jelas, sederhana, dan tepat. Nursalam (2008) menekankan bahwa prinsip komunikasi seorang perawat profesional adalah CARE: *Complete, Accurate, Rapid, dan English*.
4. Ciri khas perawat profesional di masa depan dalam memberikan pelayanan keperawatan adalah dapat berkomunikasi secara lengkap, adekuat, dan cepat. Artinya, setiap melakukan komunikasi (lisan maupun tulis) dengan teman sejawat dan tenaga kesehatan lainnya harus memenuhi ketiga unsur di atas dengan didukung suatu fakta yang memadai. Profil perawat masa depan yang lain adalah mampu berbicara dan menulis bahasa asing, minimal bahasa Inggris. Hal ini dimaksudkan untuk mengantisipasi terjadinya persaingan pasar bebas pada abad ini.
5. Manajer harus meminta umpan balik apakah komunikasi dapat diterima secara akurat. Salah satu cara untuk melakukannya adalah meminta penerima pesan untuk mengulangi pesan atau instruksi yang disampaikan.
6. Menjadi pendengar yang baik adalah komponen yang penting bagi manajer. Hal yang perlu dilakukan adalah menerima semua informasi yang disampaikan orang lain, dan menunjukkan rasa menghargai dan ingin tahu terhadap pesan yang disampaikan.



MODEL KOMUNIKASI

Komunikasi Tertulis

Komunikasi tertulis adalah bagian yang penting dalam organisasi. Dalam mencapai setiap kebutuhan individu/staf, setiap organisasi telah mengembangkan metode penulisan dalam mengomunikasikan pelaksanaan pengelolaan, misalnya publikasi

perusahaan, surat menyurat ke staf, pembayaran, dan jurnal. Manajer harus terlibat dalam komunikasi tertulis, khususnya kepada stafnya. Komunikasi tertulis dan memo dalam suatu organisasi meliputi:

1. mengetahui apa yang ingin disampaikan sebelum memulai menulis;
2. menulis nama orang dalam tulisan Anda dan perlu dipertimbangkan dampaknya;
3. gunakan kata aktif, di mana akan mempunyai pengaruh yang baik;
4. tulis kata yang sederhana, familiar, spesifik, dan nyata, karena akan lebih mudah dipahami dan memungkinkan untuk dibaca orang lain;
5. gunakan seminimal mungkin kata-kata yang tidak penting dan temukan cara yang baik untuk menggambarkan inti tulisan sehingga orang lain mudah mengerti;
6. tulis kalimat di bawah 20 kata, dan masukan satu ide setiap kalimat, tuliskan kalimat yang penting dan menjadi topik utama;
7. berikan pembaca petunjuk, konsistensi penggunaan istilah dan pesan;
8. atur isi tulisan secara sistematis;
9. gunakan paragraf untuk mempermudah pembaca; untuk memo antara 8–10 baris, dan untuk surat tidak lebih dari enam baris setiap paragraf;
10. komunikasi dilakukan secara jelas dan fokus.

Komunikasi Secara Langsung

Manajer selalu mengadakan komunikasi verbal kepada atasan dan bawahan baik secara formal maupun informal. Mereka juga melakukan komunikasi secara verbal pada pertemuan formal, baik kepada individu dalam kelompok dan presentasi secara formal. Tujuan komunikasi verbal adalah *assertiveness*. Perilaku asertif adalah suatu cara komunikasi yang memberikan kesempatan individu untuk mengekspresikan perasaannya secara langsung, jujur, dan dengan cara yang sesuai tanpa menyinggung perasaan orang lain yang diajak berkomunikasi.

Hal yang harus dihindari pada komunikasi secara asertif adalah pasif dan agresif, khususnya agresif yang tidak langsung. Komunikasi pasif terjadi jika individu tidak tertarik terhadap topik atau karena enggan berkomunikasi, sedangkan komunikasi agresif terjadi jika individu merasa superior terhadap topik yang dibicarakan.

Komunikasi Nonverbal

Komunikasi nonverbal adalah komunikasi dengan menggunakan ekspresi wajah gerakan tubuh, dan sikap tubuh (*body language*). Menurut Arnold dan Boggs (1989) komunikasi nonverbal lebih mengandung arti yang signifikan dibandingkan komunikasi verbal karena mengandung komponen emosi terhadap pesan yang diterima atau disampaikan. Tetapi, akan menjadi sesuatu yang membahayakan jika

komunikasi nonverbal disalahartikan tanpa adanya penjelasan secara verbal. Manajer yang efektif akan melakukan komunikasi verbal dan nonverbal, supaya individu (atasan atau bawahan) dapat menerima pesan secara jelas.

Di bawah ini adalah komponen utama komunikasi nonverbal yang dapat terjadi tanpa atau dengan komunikasi verbal:

1. lingkungan, yaitu tempat di mana komunikasi dilaksanakan merupakan bagian penting pada proses komunikasi;
2. penampilan, misalnya pakaian, kosmetik, dan sesuatu yang menarik, merupakan bagian dari komunikasi verbal yang perlu diidentifikasi;
3. kontak mata memberikan makna terhadap kesediaan seseorang untuk berkomunikasi;
4. postur tubuh dan *gesture*: bobot suatu pesan bisa ditunjukkan dengan orang yang menundukkan telunjuknya, berdiri, atau duduk;
5. ekspresi wajah: komunikasi yang efektif memerlukan respons wajah yang setuju terhadap pesan yang disampaikan;
6. suara: intonasi, volume, dan refleksi—cara tersebut menandakan bahwa pesan dapat ditransfer dengan baik.

Komunikasi Via Telepon

Pada era global ini, komunikasi manajer bergantung pada telepon. Dengan kemudahan sarana komunikasi tersebut, memungkinkan manajer untuk merespons setiap perkembangan dan masalah dalam organisasi. Oleh karena itu, untuk menjaga citra organisasi, manajer dan semua staf harus belajar dan sopan serta menghargai setiap menjawab telepon. Jika orang lain harus menunggu untuk berbicara, maka waktu yang diperlukan harus singkat untuk menghindari kesan yang negatif.



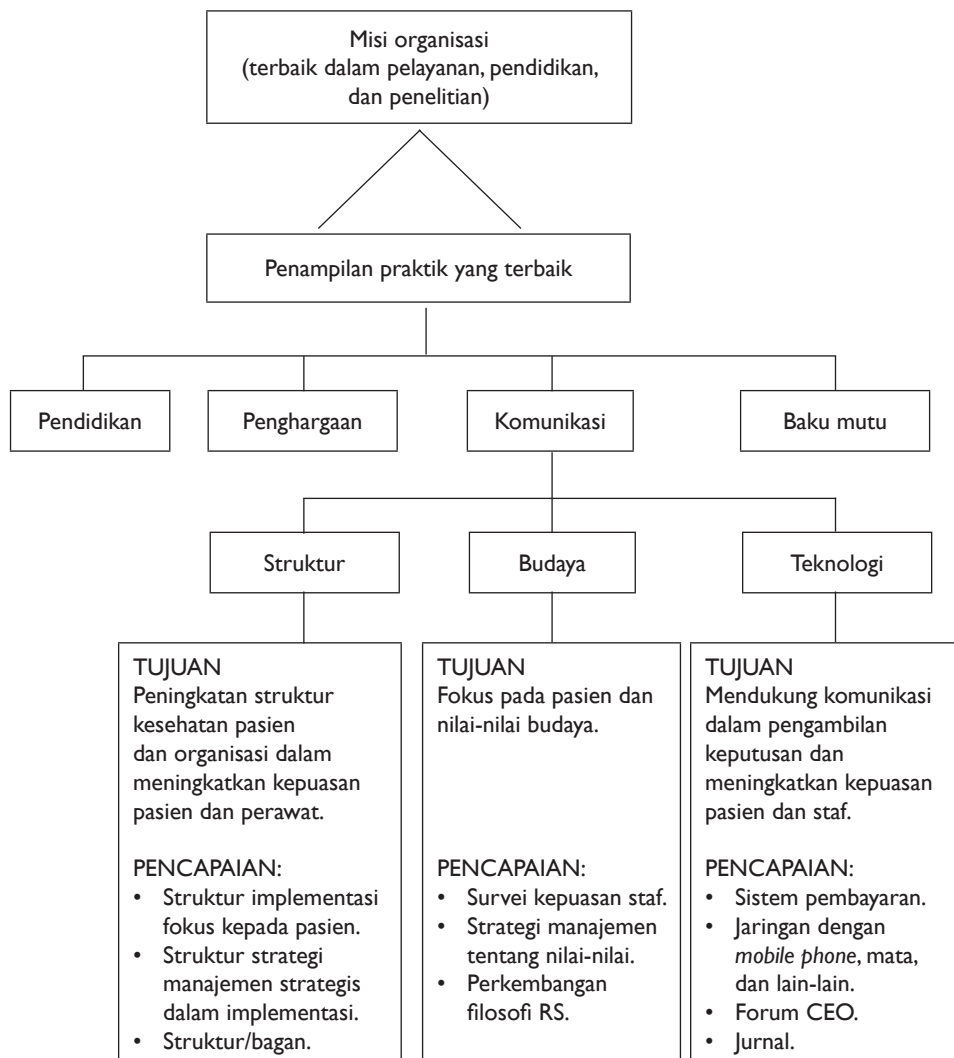
STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT

Komunikasi pada tahapan ini tidak hanya ditujukan secara spesifik melalui strategi perencanaan. Tetapi tiga komponen, yaitu struktur, budaya, dan teknologi harus mendapat perhatian yang sama.

Struktur dalam suatu organisasi bertujuan untuk mencapai status praktik komunikasi efektif yang dapat direncanakan dan diterapkan oleh kelompok kerja. Setiap struktur yang ada harus memiliki kelompok klinik yang dirancang untuk pelaksanaan prinsip-prinsip asuhan keperawatan kepada pasien, keterampilan yang baik, dan dapat membantu penyelesaian masalah organisasi.

Budaya dalam suatu organisasi bukan sesuatu yang mudah untuk diubah dalam waktu sesaat. Kita percaya bahwa kita akan bekerja dengan lingkungan dan individu yang mempunyai budaya yang berbeda. Keadaan ini penting untuk diperhatikan mengingat perubahan suatu budaya dalam manajemen adalah aspek yang penting pada proses perubahan yang efektif.

Teknologi merupakan komponen ketiga dalam praktik komunikasi yang efektif. Komunikasi interpersonal dan organisasi sering memerlukan perantara yang akan sangat bermanfaat di masa akan datang, yaitu teknologi elektronik dan penggunaan media. Setiap suatu perubahan di rumah sakit harus selalu didukung oleh perencanaan *Health Information System (HIS)* yang efektif. Komunikasi melalui teknologi akan selalu dipantau dan dievaluasi pada setiap tahap proses perubahan.



Figur 7.2 Diagram Strategi Komunikasi yang Terbaik dalam Praktik Keperawatan (Walker, Evas, dan Robbison, 1996)



APLIKASI KOMUNIKASI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN

Komunikasi dalam praktik keperawatan profesional merupakan unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal. Kegiatan keperawatan yang memerlukan komunikasi adalah sebagai berikut.

Komunikasi Saat Serah Terima Tugas (Overan)

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

Wawancara/Anamnesis

Anamnesis pasien merupakan kegiatan yang selalu dilakukan oleh perawat kepada pasien pada saat pelaksanaan asuhan keperawatan (proses keperawatan). Perawat melakukan anamnesis kepada pasien, keluarga, dokter dan tim kerja lainnya. Wawancara adalah metode komunikasi dengan digunakan untuk memperoleh data tentang keadaan pasien. Data tersebut akan digunakan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien dengan melaksanakan tindakan secara tepat. Data yang didapatkan harus akurat tanpa bias, sehingga wawancara sebaiknya dilaksanakan secara terencana.

Prinsip yang perlu diterapkan oleh perawat pada komunikasi ini adalah:

1. hindari komunikasi yang terlalu formal atau tidak tepat, ciptakan suasana yang hangat, dan kekeluargaan;
2. hindari interupsi atau gangguan yang timbul akibat dari lingkungan yang gaduh—wawancara merupakan proses komunikasi aktif yang membutuhkan fokus dan perhatian terhadap pertanyaan;
3. hindari respons dengan hanya “ya” dan “tidak” karena akan mengakibatkan tidak berjalannya komunikasi dengan baik, perawat kelihatan kurang tertarik dengan topik yang dibicarakan dan enggan untuk berkomunikasi;
4. tidak memonopoli pembicaraan dengan cara menyampaikan kata-kata “ya” dan “tidak”—meskipun kata-kata tersebut meninggalkan kesan negatif—ditambah kata-kata sesuai dengan topik yang dibicarakan;
5. hindari hambatan personal—keberhasilan suatu komunikasi sangat ditentukan oleh subjektivitas seseorang—jika perawat menunjukkan rasa tidak senang

kepada pasien sebelum komunikasi, maka akan berdampak terhadap hasil yang didapat selama proses komunikasi.

Komunikasi melalui Komputer

Komputer merupakan suatu alat komunikasi cepat dan akurat pada sistem manajemen keperawatan saat ini. Penulisan data-data pasien melalui komputer akan mempermudah perawat lain dalam mengidentifikasi masalah pasien dan memberikan intervensi yang akurat. Melalui komputer, informasi-informasi terbaru dapat cepat diperoleh dengan menggunakan Internet, yang akan memudahkan perawat saat mengalami kesulitan dalam menangani masalah pasien.

Komunikasi tentang Kerahasiaan

Pasien yang masuk ke dalam sistem pelayanan kesehatan mempercayakan datanya yang bersifat rahasia kepada institusi. Perawat sering dihadapkan pada suatu dilema dalam menyimpan rahasia pasien. Di satu sisi dia membutuhkan kebenaran informasi yang diberikan pasien dengan cara mengonfirmasi ke orang lain. Di lain sisi, dia harus memegang janji untuk tidak menyampaikan informasi tersebut kepada siapapun.

Komunikasi melalui Sentuhan

Komunikasi melalui sentuhan kepada pasien merupakan metode dalam mendekatkan hubungan antara pasien dan perawat. Sentuhan yang diberikan oleh perawat juga dapat berguna sebagai terapi bagi pasien, khususnya pasien dengan depresi, kecemasan, dan kebingungan dalam mengambil suatu keputusan. Tetapi yang perlu diperhatikan dalam menggunakan teknik sentuhan tersebut adalah perbedaan jenis kelamin antara perawat dan pasien. Dalam situasi ini perlu adanya suatu persetujuan.

Dokumentasi Sebagai Alat Komunikasi

Dokumentasi adalah salah satu alat yang sering digunakan dalam komunikasi keperawatan dalam memvalidasi asuhan keperawatan, sarana komunikasi antartim kesehatan lainnya, dan merupakan dokumen paten dalam pemberian asuhan keperawatan.

Menurut Nursalam (2011) kapan saja perawat melihat pencatatan kesehatan, maka perawat dapat memberi dan menerima pendapat serta pemikiran. Dalam kenyataannya, dengan semakin kompleksnya pelayanan keperawatan dan peningkatan kualitas keperawatan, perawat tidak hanya dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanan tetapi dituntut untuk dapat mendokumentasikan secara benar. Keterampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengomunikasikan kepada

tenaga kesehatan lainnya, dan menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan akan dikerjakan oleh perawat.

Manfaat komunikasi dalam pendokumentasian adalah:

1. dapat digunakan ulang untuk keperluan yang bermanfaat;
2. mengomunikasikan kepada tenaga perawat lainnya dan tenaga kesehatan, apa yang sudah dan akan dilakukan kepada pasien;
3. manfaat dan data pasien yang akurat, dan dapat dicatat;
4. komunikasi perawat dan tim kesehatan lainnya.

Komunikasi yang baik akan meningkatkan hubungan profesional antarperawat dan tim kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi, fisioterapis, dan lain-lain. Pengembangan model praktik keperawatan profesional merupakan sarana peningkatan komunikasi antara perawat dan tim kesehatan lainnya. Komunikasi yang dimaksud di sini adalah adanya suatu kejelasan dalam pemberian informasi dari masing-masing individu sesuai dengan kedudukannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arnold, E., dan K. Boggs. 1989. *Interpersonal Relationship: Professional Communication Skills for Nurses*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Marquis, B.L., dan C.J. Huston. 1998. *Management Decision Making for Nurses: 124 Case Studies*. Edisi 3. Philadelphia: JB. Lippincott.
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Tappen, R.M. 1995. *Nursing Leadership and Management*. Edisi 3. Philadelphia: FA Davis.
- Walker, G., S. Evans, dan J. Robbison. 1996. *Best Practice Communication Strategy*. Sydney: Princess Alexandra Hospital.

BAB 8

Manajemen Konflik, Kolaborasi, dan Negosiasi



Marquis dan Huston (1998) mendefinisikan konflik sebagai masalah internal dan eksternal yang terjadi sebagai akibat dari perbedaan pendapat, nilai-nilai, atau keyakinan dari dua orang atau lebih. Littlefield (1995) mengatakan bahwa konflik dapat dikategorikan sebagai suatu kejadian atau proses. Sebagai suatu kejadian, konflik terjadi akibat ketidaksetujuan antara dua orang atau organisasi yang merasa kepentingannya terancam. Sebagai proses, konflik dimanifestasikan sebagai suatu rangkaian tindakan yang dilakukan oleh dua orang atau kelompok, di mana setiap orang atau kelompok berusaha menghalangi atau mencegah kepuasan dari pihak lawan. Sumber konflik di organisasi dapat ditemukan pada kekuasaan, komunikasi, tujuan seseorang dan organisasi, ketersediaan sarana, perilaku kompetisi dan kepribadian, serta peran yang membingungkan.

Sebagai manajer keperawatan, konflik sering terjadi pada setiap tatanan asuhan keperawatan. Oleh karena itu, manajer harus mempunyai dua asumsi dasar tentang konflik. Asumsi dasar yang pertama adalah konflik merupakan hal yang tidak dapat dihindari dalam suatu organisasi. Asumsi yang kedua adalah jika konflik dapat dikelola dengan baik, maka dapat menghasilkan suatu penyelesaian yang kreatif dan berkualitas, sehingga berdampak terhadap peningkatan dan pengembangan produksi. Di sini, peran manajer sangat penting dalam mengelola konflik. Manajer berusaha menggunakan konflik yang konstruktif dalam menciptakan lingkungan yang produktif. Jika konflik mengarah ke suatu yang menghambat, maka manajer harus mengidentifikasi

sejak awal dan secara aktif melakukan intervensi supaya tidak berefek pada produktivitas dan motivasi kerja. Belajar menangani konflik secara konstruktif dengan menekankan pada *win-win solution* merupakan keterampilan kritis dalam suatu manajemen.



SEJARAH TERJADINYA MANAJEMEN KONFLIK

Sejarah terjadinya suatu konflik pada suatu organisasi dimulai seratus tahun yang lalu, di mana konflik adalah suatu kejadian yang alamiah dan peristiwa yang pasti terjadi di organisasi. Pada awal abad ke-20, konflik diindikasikan sebagai suatu kelemahan manajemen pada suatu organisasi yang harus dihindari. Keharmonisan suatu organisasi sangat diharapkan, tetapi konflik selalu akan merusaknya. Ketika konflik mulai terjadi pada suatu organisasi, meskipun dihindari dan ditolak, namun harus tetap diselesaikan secepatnya. Konflik sebenarnya dapat dihindari dengan mengarahkan staf kepada tujuan yang jelas dalam melaksanakan tugas dan memfasilitasi agar staf dapat mengekspresikan ketidakpuasannya secara langsung, sehingga masalah tidak menumpuk dan bertambah banyak.

Pada pertengahan abad ke-19, ketika ketidakpuasan staf dan umpan balik dari atasan tidak ada, maka konflik diterima secara pasif sebagai suatu kejadian yang normal dalam organisasi. Oleh karena itu, seorang manajer harus belajar banyak tentang bagaimana menyelesaikan konflik tersebut daripada berusaha menghindarinya. Meskipun konflik dalam organisasi merupakan suatu unsur penghambat staf dalam melaksanakan tugasnya, tetapi diakui bahwa konflik dan kerja sama dapat terjadi secara bersamaan.

Teori interaksi pada tahun 1970 mengemukakan bahwa konflik merupakan suatu hal yang penting, dan secara aktif mengajak organisasi untuk menjadikan konflik sebagai salah satu pertumbuhan produksi. Teori ini menekankan bahwa konflik dapat mengakibatkan pertumbuhan produksi sekaligus kehancuran organisasi, keduanya tergantung bagaimana manajer mengelolanya. Mengingat konflik adalah sesuatu yang tidak dapat dihindarkan dalam organisasi, maka manajer harus dapat mengelolanya dengan baik.

Konflik dapat berupa sesuatu yang kualitatif atau kuantitatif. Meskipun konflik berakibat terhadap stres, tetapi dapat meningkatkan produksi dan kreativitas. Manajemen konflik yang konstruktif akan menghasilkan lingkungan yang kondusif untuk didiskusikan sebagai suatu fenomena utama, komunikasi yang terbuka melalui pengutaraan perasaan, dan tukar pikiran serta tanggung jawab yang menguntungkan dalam menyelesaikan suatu perbedaan (Erwin, 1992).



SUMBER KONFLIK

Beberapa sumber konflik dalam organisasi dapat disebabkan oleh beberapa hal berikut.

1. Keterbatasan sumber daya.
2. Perbedaan tujuan.
3. Ketidakjelasan peran.
4. Hubungan dalam pekerjaan.
5. Perbedaan antar individu.
6. Masalah organisasi.
7. Masalah dalam komunikasi



KATEGORI KONFLIK

Di dalam organisasi, konflik dipandang secara vertikal dan horizontal (Marquis dan Huston, 1998). Konflik vertikal terjadi antara atasan dan bawahan. Konflik horizontal terjadi antara staf dengan posisi dan kedudukan yang sama, misalnya konflik yang meliputi wewenang, keahlian, dan praktik. Konflik dapat dibedakan menjadi tiga jenis yakni, konflik intrapersonal, interpersonal, dan antarkelompok.

Konflik 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 mempunyai konflik intrapersonal dengan loyalitas terhadap profesi keperawatan, loyalitas terhadap pekerjaan, dan loyalitas kepada pasien.

Konflik Interpersonal

Konflik interpersonal terjadi antara dua orang atau lebih di mana 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.

Konflik Antarkelompok (Intergroup)

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



PROSES KONFLIK

Proses konflik dibagi menjadi beberapa tahapan.

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 organisasi dan kualitas produksi, meskipun konflik yang ada kadang tidak nampak secara nyata atau tidak pernah terjadi.

2. Konflik yang dirasakan (*felt conflict*).

Konflik yang terjadi karena adanya sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman, ketakutan, tidak percaya, dan marah. Konflik ini disebut juga sebagai konflik *affectiveness*. Hal ini penting bagi seseorang untuk menerima konflik dan tidak merasakan konflik tersebut sebagai suatu masalah/ancaman terhadap keberadaannya.

3. Konflik yang tampak/sengaja dimunculkan.

Konflik yang sengaja dimunculkan untuk dicari solusinya. Tindakan yang dilaksanakan mungkin menghindar, kompetisi, debat, atau mencari penyelesaian konflik. Setiap orang secara tidak sadar belajar menggunakan kompetisi, kekuatan, dan agresivitas dalam menyelesaikan konflik. Sementara itu, penyelesaian konflik dalam suatu organisasi memerlukan upaya dan strategi sehingga dapat mencapai tujuan organisasi.

4. Resolusi konflik.

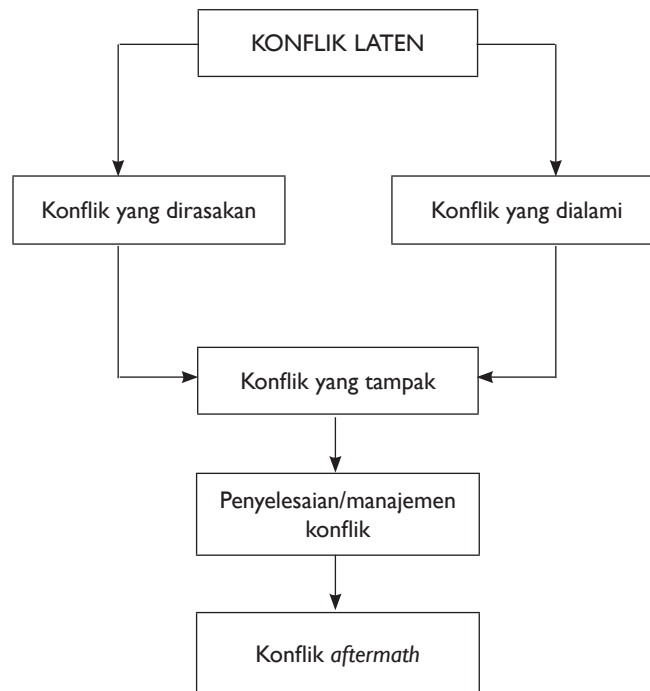
Resolusi konflik adalah suatu penyelesaian masalah dengan cara memuaskan semua orang yang terlibat di dalamnya dengan prinsip *win-win solution*.

5. Konflik *aftermath*.

Konflik *aftermath* merupakan konflik yang terjadi akibat dari tidak terselesaikannya konflik yang pertama. Konflik ini akan menjadi masalah besar dan bisa menjadi penyebab dari konflik yang utama bila tidak segera di atasi atau dikurangi.



PENYELESAIAN KONFLIK



Figur 8.1 Diagram Proses Konflik (Marquis dan Huston, 1998: 314)

Langkah-Langkah

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

1. Pengkajian.

a. Analisis situasi.

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

b. Analisis dan memetakan isu yang berkembang.

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

c. Menyusun tujuan.

Jelaskan tujuan spesifik yang akan dicapai.

2. Identifikasi.
 - a. Mengelola perasaan.

Hindari respons emosional: marah, sebab setiap orang mempunyai respons yang berbeda terhadap kata-kata, ekspresi, dan tindakan.
3. Intervensi.
 - a. Masuk pada konflik yang diyakini dapat diselesaikan dengan baik. Selanjutnya identifikasi hasil yang positif yang akan terjadi.
 - b. Menyeleksi metode dalam menyelesaikan konflik. Penyelesaian konflik memerlukan strategi yang berbeda-beda. Seleksi metode yang paling sesuai untuk menyelesaikan konflik yang terjadi.

Kunci Langkah dalam Manajemen Konflik

1. *Set the tone*: kendalikan diri dan jangan ada ancaman.
2. *Get the feeling*: beri kesempatan untuk mengekspresikan perasaan.
3. *Get the fact*: mendengarkan dan mengamati dengan saksama.
4. *Ask for help*: beri kesempatan karyawan untuk mencari solusi yang terbaik dan gali konsekuensi dari keputusan yang akan dibuat.
5. *Get a commitment*: komitmen dan pengorbanan.
6. *Follow up*: tindak lanjuti secara konsisten.

Beberapa Strategi Penyelesaian Konflik

Strategi penyelesaian konflik dapat dibedakan menjadi enam macam.

1. Kompromi atau negosiasi.

Suatu strategi penyelesaian konflik di mana semua yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama. Penyelesaian strategi ini sering diartikan sebagai *lose-lose situation*. Kedua pihak yang terlibat saling menyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat. Di dalam manajemen keperawatan, strategi ini sering digunakan oleh *middle* dan *top* manajer keperawatan.
2. Kompetisi.

Strategi ini dapat diartikan sebagai *win-lose situation*. Penyelesaian ini menekankan hanya ada satu orang atau kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah. Akibat negatif dari strategi ini adalah kemarahan, putus asa, dan keinginan untuk perbaikan di masa mendatang.
3. Akomodasi.

Istilah lain yang sering digunakan adalah *cooperative situation*. Konflik ini berlawanan dengan kompetisi. Pada strategi ini, seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan, dan memberi kesempatan pada orang lain untuk menang. Pada strategi ini, masalah utama yang terjadi sebenarnya tidak

terselesaikan. Strategi ini biasanya digunakan dalam politik untuk merebut kekuasaan dengan berbagai konsekuensinya.

4. *Smoothing*.

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

5. Menghindar.

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

6. Kolaborasi.

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



NEGOSIASI

Negosiasi pada umumnya sama dengan kolaborasi. Pada organisasi, negosiasi juga diartikan sebagai suatu pendekatan yang kompetitif (Marquis dan Huston, 1998). Negosiasi sering dirancang sebagai suatu strategi menyelesaikan konflik dengan pendekatan kompromi. Selama negosiasi berlangsung, berbagai pihak yang terlibat menyerah dan lebih menekankan untuk mengakomodasi perbedaan-perbedaan antara keduanya.

Smeltzer (1991) 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 ada salah satu atau kedua pihak menghendaki adanya perubahan hubungan yang berlangsung dengan meningkatkan hubungan yang lebih baik. Jika kedua pihak menghendaki adanya perbaikan hubungan, maka akan muncul tipe kooperatif. Namun, jika hanya salah satu pihak yang menghendaki perbaikan hubungan, maka yang muncul adalah tipe kompetitif. Meskipun dalam negosiasi ada pihak yang menang dan kalah, sebagai negosiator penting untuk memaksimalkan kemenangan

kedua pihak untuk mencapai tujuan bersama, meminimalkan kekalahan dengan membuat pihak yang kalah tetap dapat tujuan bersama, dan membuat kedua belah pihak merasa puas terhadap hasil negosiasi.

Terdapat tiga kriteria yang harus dipenuhi sebelum manajer setuju untuk memulai proses negosiasi, yaitu: masalah harus dapat dinegosiasikan, negosiator harus tertarik terhadap “*take and give*” selama proses negosiasi, dan mereka harus saling percaya (Smeltzer, 1991).

Langkah-langkah yang harus dilakukan sebelum melaksanakan negosiasi adalah sebagai berikut.

1. Mengumpulkan informasi tentang masalah sebanyak mungkin. Oleh karena pengetahuan adalah kekuatan, semakin banyak informasi yang didapat, maka semakin besar kemungkinan untuk menawarkan negosiasi.
2. Di mana manajer harus memulai. Oleh karena tugas manajer adalah melakukan kompromi, maka mereka harus memilih tujuan yang utama. Tujuan tersebut sebagai masukan dari tingkat bawah.
3. Memilih alternatif yang terbaik terhadap sarana dan prasarana. Efisiensi dan efektivitas penggunaan waktu, anggaran, dan pegawai yang terlibat perlu juga diperhatikan oleh manajer.
4. Mempunyai agenda yang disembunyikan. Agenda tersebut adalah agenda negosiasi alternatif yang akan ditawarkan jika negosiasi tidak dapat disepakati.

Ada beberapa strategi dan cara yang perlu dilaksanakan dalam menciptakan kondisi yang persuasif, asertif, dan komunikasi terbuka selama negosiasi berjalan.

1. Pilih fakta-fakta yang rasional dan berdasarkan hasil penelitian.
2. Dengarkan dengan saksama, dan perhatikan respons nonverbal yang nampak.
3. Berpikirlah positif dan selalu terbuka untuk menerima semua alternatif informasi yang disampaikan.
4. Upayakan untuk memahami pandangan apa yang disampaikan lawan bicara Anda. Konsentrasi dan perhatian, tidak hanya memberikan persetujuan.
5. Selalu diskusikan tentang konflik yang terjadi. Hindarkan masalah-masalah pribadi pada saat negosiasi.
6. Hindari menyalahkan orang lain atas konflik yang terjadi.
7. Jujur.
8. Usahakan bersikap bahwa Anda memerlukan penyelesaian yang terbaik.
9. Jangan langsung menyetujui solusi yang ditawarkan, tetapi berpikir, dan mintalah waktu untuk menjawabnya.
10. Jika kedua belah pihak menjadi marah atau lelah selama negosiasi berlangsung, istirahatlah sebentar.
11. Dengarkan dan tanyakan tentang pendapat yang belum begitu Anda pahami.
12. Bersabarlah (Smeltzer, 1991).

Kunci Sukses dalam Melakukan Negosiasi

Lakukan

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

Hindari

1. Sikap yang tidak baik, seperti sinis, kasar, dan menyepelekan.
2. Trik yang tidak baik, seperti manipulasi.
3. Distorsi.
4. Tergesa-gesa dalam proses negosiasi.
5. Tidak berurutan.
6. Membuat hanya satu pilihan.
7. Memaksakan kehendak.
8. Berusaha menekankan pada satu pendapat.



CONTOH KASUS

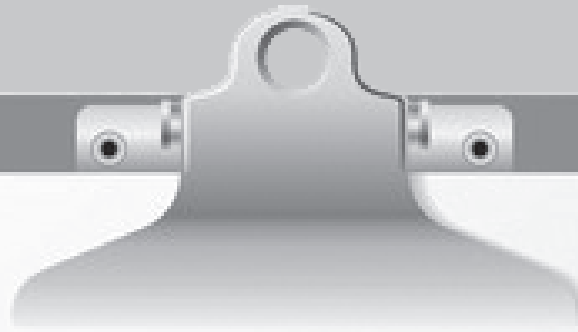
Perawat X, sebelumnya bertugas di bagian anak, lalu dipindahkan dan diberikan tugas untuk mengelola bagian ruang bersalin (*rooming in*). Perawat X tidak tahu apa yang harus dilakukan karena tidak menguasai bagaimana melakukan asuhan

keperawatan pada bayi baru lahir, sehingga perawat X mengajukan keberatan. Sebagai kepala ruangan, Anda menilai bahwa perawat X orang yang kompeten terhadap tugas yang diberikan. Dalam situasi tersebut, Anda mengalami konflik personal dan profesional.

Pertanyaan: Pilih strategi penyelesaian konflik yang sesuai berdasarkan hasil analisis data dan identifikasi masalah, kemudian susun rencana solusi yang Anda tawarkan?

DAFTAR PUSTAKA

- Bowditch, J.L., dan A.F. Buono. 1994. *A Primer on Organizing Behavior*. New York: Wiley.
- Erwin, K. 1992. "Managing Conflict: Nurse Manager". *Journal NC*. 23 (3: 67).
- Littlefield, V.M. 1995. "Conflict Resolution: Critical to Productive School of Nursing". *Journal of Professional Nursing*. 11 (1: 7–15).
- Marquis, B.L., dan C.J. Huston. 1998. *Management Decision Making 124 Case Studies*. Edisi 3. New York: Lippincott-Raven.
- Nursalam. 2008. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- . 2011. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Smeltzer, C. 1991. "The Art of Negotiation: an Everyday Experience". *Journal Nurs Administration*. (21 7/8: 26–30).
- Vestal, K.W. 1994. *Nursing Management: Control and Issues*. Edisi 2. Philadelphia: J.B. Lippincott.



Bagian 5

**Pengelolaan
Pelaksanaan dalam
Praktik Keperawatan
Profesional**

BAB 9

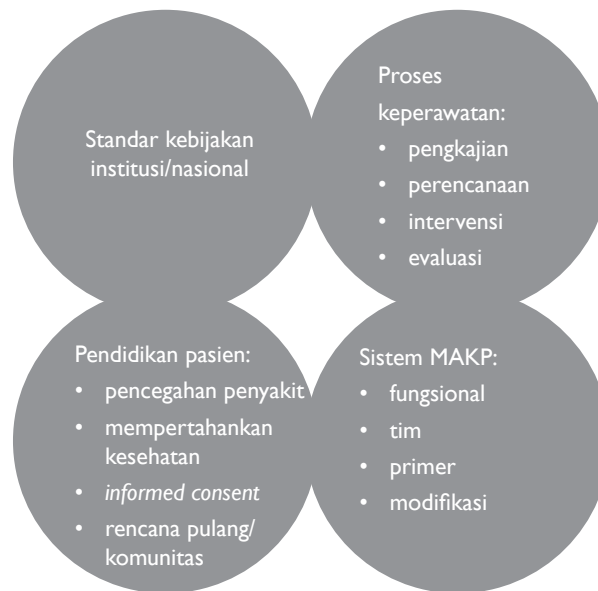
Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)



PENDAHULUAN

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

Unsur-unsur dalam praktik keperawatan dapat dibedakan menjadi empat, yaitu: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP. Dalam menetapkan suatu model, keempat hal tersebut harus menjadi bahan pertimbangan karena merupakan suatu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan (lihat Figur 9.1).



Figur 9.1 Hubungan antara Keempat Unsur dalam Penerapan Sistem MAKP (Rowland dan Rowland, 1997)



FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DALAM PERUBAHAN MAKP

Kualitas Pelayanan Keperawatan

Setiap upaya untuk meningkatkan pelayanan keperawatan selalu berbicara mengenai kualitas. Kualitas amat diperlukan untuk:

1. meningkatkan asuhan keperawatan kepada pasien/konsumen;
2. menghasilkan keuntungan (pendapatan) institusi;
3. mempertahankan eksistensi institusi;
4. meningkatkan kepuasan kerja;
5. meningkatkan kepercayaan konsumen/pelanggan;
6. menjalankan kegiatan sesuai aturan/standar.

Pada pembahasan praktik keperawatan akan dijabarkan tentang model praktik, metode praktik, dan standar.

Standar Praktik Keperawatan

Standar praktik keperawatan di Indonesia yang disusun oleh Depkes RI (1995) terdiri atas beberapa standar, yaitu:

1. menghargai hak-hak pasien;
2. penerimaan sewaktu pasien masuk rumah sakit (SPMRS);

3. observasi keadaan pasien;
4. pemenuhan kebutuhan nutrisi;
5. asuhan pada tindakan nonoperatif dan administratif;
6. asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif;
7. pendidikan kepada pasien dan keluarga;
8. pemberian asuhan secara terus-menerus dan berkesinambungan.

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

1. oksigen;
2. cairan dan elektrolit;
3. eliminasi;
4. keamanan;
5. kebersihan dan kenyamanan fisik;
6. istirahat dan tidur;
7. aktivitas dan gerak;
8. spiritual;
9. emosional;
10. komunikasi;
11. mencegah dan mengatasi risiko psikologis;
12. pengobatan dan membantu proses penyembuhan;
13. penyuluhan;
14. rehabilitasi.

Model Praktik

1. Praktik keperawatan rumah sakit.
Perawat profesional (Ners) mempunyai wewenang dan tanggung jawab melaksanakan praktik keperawatan di rumah sakit dengan sikap dan kemampuannya. Untuk itu, perlu dikembangkan pengertian praktik keperawatan rumah sakit dan lingkup cakupannya sebagai bentuk praktik keperawatan profesional, seperti proses dan prosedur registrasi, dan legislasi keperawatan.
2. Praktik keperawatan rumah.
Bentuk praktik keperawatan rumah diletakkan pada pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan sebagai kelanjutan dari pelayanan rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan oleh perawat profesional rumah sakit, atau melalui pengikutsertaan perawat profesional yang melakukan praktik keperawatan berkelompok.
3. Praktik keperawatan berkelompok.

Beberapa perawat profesional membuka praktik keperawatan selama 24 jam kepada masyarakat yang memerlukan asuhan keperawatan dengan pola yang diuraikan dalam pendekatan dan pelaksanaan praktik keperawatan rumah sakit dan rumah. Bentuk praktik keperawatan ini dapat mengatasi berbagai bentuk masalah keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat dan dipandang perlu di masa depan. Lama rawat pasien di rumah sakit perlu dipersingkat karena biaya perawatan di rumah sakit diperkirakan akan terus meningkat.

4. Praktik keperawatan individual.

Pola pendekatan dan pelaksanaan sama seperti yang diuraikan untuk praktik keperawatan rumah sakit. Perawat profesional senior dan berpengalaman secara sendiri/perorangan membuka praktik keperawatan dalam jam praktik tertentu untuk memberi asuhan keperawatan, khususnya konsultasi dalam keperawatan bagi masyarakat yang memerlukan. Bentuk praktik keperawatan ini sangat diperlukan oleh kelompok/golongan masyarakat yang tinggal jauh terpencil dari fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya yang dikembangkan pemerintah.



METODE PENGELOLAAN SISTEM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL

Keberhasilan suatu asuhan keperawatan kepada pasien sangat ditentukan oleh pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan profesional. Dengan semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan dan tuntutan perkembangan iptek, maka metode sistem pemberian asuhan keperawatan harus efektif dan efisien.

Ada beberapa metode sistem pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Mc Laughlin, Thomas, dan Barterm (1995) mengidentifikasi delapan model pemberian asuhan keperawatan, tetapi model yang umum digunakan di rumah sakit adalah asuhan keperawatan total, keperawatan tim, dan keperawatan primer. Dari beberapa metode yang ada, institusi pelayanan perlu mempertimbangkan kesesuaian metode tersebut untuk diterapkan. Tetapi, setiap unit keperawatan mempunyai upaya untuk menyeleksi model untuk mengelola asuhan keperawatan berdasarkan kesesuaian antara ketenagaan, sarana dan prasarana, dan kebijakan rumah sakit. Oleh karena setiap perubahan akan berakibat suatu stres sehingga perlu adanya antisipasi, "...jangan mengubah suatu sistem...justru menambah permasalahan..." (Kurt Lewin, 1951 dikutip oleh Marquis dan Huston, 1998). Terdapat enam unsur utama dalam

penentuan pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan (Marquis dan Huston, 1998: 143).

Dasar Pertimbangan Pemilihan Model Metode Asuhan Keperawatan (MAKP)

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

Jenis Model Metode Asuhan Keperawatan (MAKP)

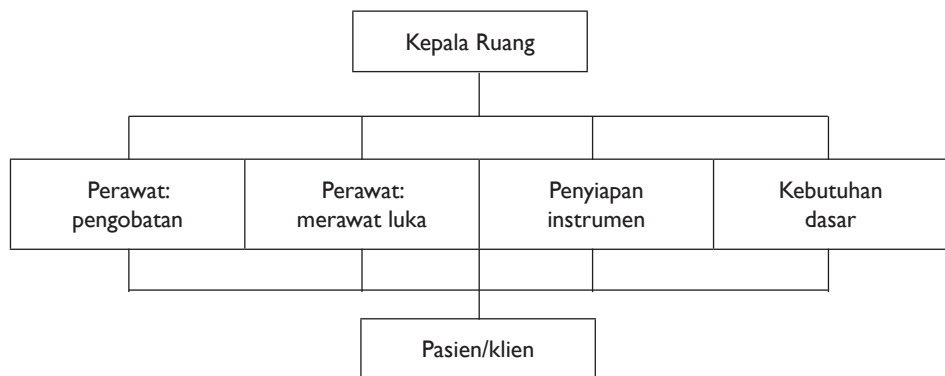
Tabel 9.1 Jenis Model Asuhan Keperawatan Menurut Grant dan Massey (1997) dan Marquis dan Huston (1998)

Model	Deskripsi	Penanggung Jawab
Fungsional (bukan model MAKP)	<ul style="list-style-type: none"> Berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan. Perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada. Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua. Pada saat itu, karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka setiap perawat hanya melakukan 1–2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien di bangsal. 	Perawat yang bertugas pada tindakan tertentu.
Kasus	<ul style="list-style-type: none"> Berdasarkan pendekatan holistik dari filosofi keperawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan dan observasi pada pasien tertentu. Rasio: 1 : 1 (pasien : perawat). Setiap pasien dilimpahkan kepada semua perawat yang melayani seluruh kebutuhannya pada saat mereka dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap sif dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasanya diterapkan satu pasien satu perawat, umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk khusus seperti isolasi, perawatan insentif. 	Manajer keperawatan
Tim	<ul style="list-style-type: none"> Berdasarkan pada kelompok filosofi keperawatan. Enam sampai tujuh perawat profesional dan perawat pelaksana bekerja sebagai satu tim, disupervisi oleh ketua tim. Metode ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2–3 tim/grup yang terdiri atas tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu. 	Ketua tim
Primer	<ul style="list-style-type: none"> Berdasarkan pada tindakan yang komprehensif dari filosofi keperawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan keperawatan. Metode penugasan di mana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus-menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat. 	Perawat primer (PP)

Berikut ini merupakan penjabaran secara rinci tentang metode pemberian asuhan keperawatan profesional. Ada lima metode pemberian asuhan keperawatan profesional yang sudah ada dan akan terus dikembangkan di masa depan dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan.

1. Fungsional (bukan model MAKP).

Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua. Pada saat itu, karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka setiap perawat hanya melakukan satu atau dua jenis intervensi keperawatan saja (misalnya, merawat luka) kepada semua pasien di bangsal.



Figur 9.2 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (Marquis dan Huston, 1998: 138)

Kelebihan:

- manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik;
- sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga;
- perawat senior menyibukkan diri dengan tugas manajerial, sedangkan perawat pasien diserahkan kepada perawat junior dan/atau belum berpengalaman.

Kelemahan:

- tidak memberikan kepuasan pada pasien maupun perawat;
- pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan;
- persepsi perawat cenderung pada tindakan yang berkaitan dengan keterampilan saja.

2. MAKP Tim.

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

Metode ini biasa digunakan pada pelayanan keperawatan di unit rawat inap, unit rawat jalan, dan unit gawat darurat.

Konsep metode Tim:

- a. ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan;
- b. pentingnya komunikasi yang efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin;
- c. anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim;
- d. peran kepala ruang penting dalam model tim, model tim akan berhasil bila didukung oleh kepala ruang.

Kelebihannya:

- a. memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh;
- b. mendukung pelaksanaan proses keperawatan;
- c. memungkinkan komunikasi antartim, sehingga konflik mudah di atasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim.

Kelemahan: komunikasi antaranggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu, yang sulit untuk dilaksanakan pada waktu-waktu sibuk.

Konsep metode Tim:

- a. ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan;
- b. pentingnya komunikasi yang efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin;
- c. anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim;
- d. peran kepala ruang penting dalam model tim, model tim akan berhasil bila didukung oleh kepala ruang.

Tanggung jawab anggota tim:

- a. memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggung jawabnya;
- b. kerja sama dengan anggota tim dan antartim;
- c. memberikan laporan.

Tanggung jawab ketua tim:

- a. membuat perencanaan;
- b. membuat penugasan, supervisi, dan evaluasi;
- c. mengenal/mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien;
- d. mengembangkan kemampuan anggota;
- e. menyelenggarakan konferensi.

Tanggung jawab kepala ruang:

a. perencanaan:

- menunjuk ketua tim yang akan bertugas di ruangan masing-masing;
- mengikuti serah terima pasien pada sif sebelumnya;
- mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien: gawat, transisi, dan persiapan pulang, bersama ketua tim;
- mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan kebutuhan pasien bersama ketua tim, mengatur penugasan/penjadwalan;
- merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan;
- mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologi, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan, dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien;
- mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan, termasuk kegiatan membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan, membimbing penerapan proses keperawatan dan menilai asuhan keperawatan, mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah, serta memberikan informasi kepada pasien atau keluarga yang baru masuk;
- membantu mengembangkan niat pendidikan dan latihan diri;
- membantu membimbing peserta didik keperawatan;
- menjaga terwujudnya visi dan misi keperawatan dan rumah sakit.

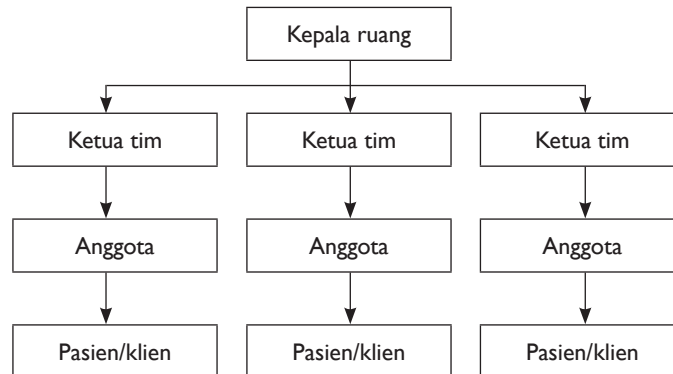
b. pengorganisasian:

- merumuskan metode penugasan yang digunakan;
- merumuskan tujuan metode penugasan;
- membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim secara jelas;
- membuat rentang kendali, kepala ruangan membawahi 2 ketua tim, dan ketua tim membawahi 2–3 perawat;
- mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan: membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari, dan lain-lain;
- mengatur dan mengendalikan logistik ruangan,
- mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik;
- mendelegasikan tugas, saat kepala ruang tidak berada di tempat kepada ketua tim;
- memberi wewenang kepada tata usaha untuk mengurus administrasi pasien;
- mengatur penugasan jadwal pos dan pakarnya;
- identifikasi masalah dan cara penanganannya.

c. pengarahan:

- memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim;
- memberi pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik;
- memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap;

- menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien;
 - melibatkan bawahan sejak awal hingga akhir kegiatan;
 - membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya;
 - meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain.
- d. pengawasan:
- melalui komunikasi: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien;
 - melalui supervisi:
 - 1) pengawasan langsung dilakukan dengan cara inspeksi, mengamati sendiri, atau melalui laporan langsung secara lisan, dan memperbaiki/mengawasi kelemahan-kelemahan yang ada saat itu juga;
 - 2) pengawasan tidak langsung, yaitu mengecek daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan (didokumentasikan), mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas;
 - 3) evaluasi;
 - 4) mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun bersama ketua tim;
 - 5) audit keperawatan.

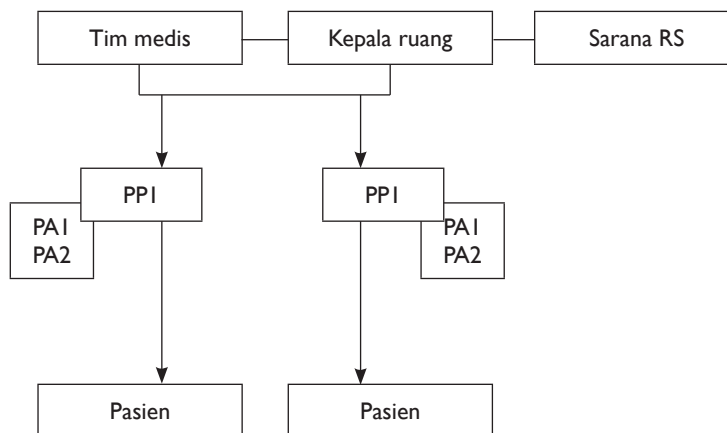


Figur 9.3 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan “*Team Nursing*”
(Marquis dan Huston, 1998: 138)

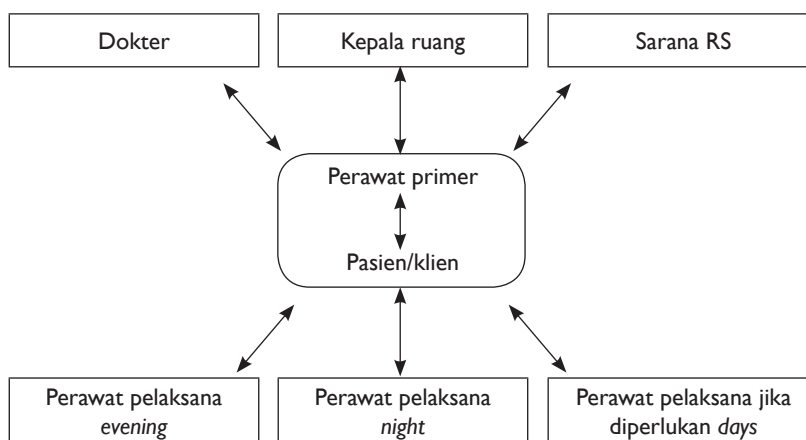
3. MAKP Primer.

Metode penugasan di mana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai

dengan adanya keterkaitan kuat dan terus-menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat.



Figur 9.4 Bagan Pengembangan MAKP (Nursalam, 2009)



Figur 9.5 Diagram Sistem Asuhan Keperawatan Primer (Marquis dan Huston, 1998: 138)

Kelebihan:

- bersifat kontinuitas dan komprehensif;
- perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil, dan memungkinkan pengembangan diri;
- keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter, dan rumah sakit (Gillies, 1989).

Keuntungan yang dirasakan adalah pasien merasa dimanusiawikan karena terpenuhinya kebutuhan secara individu. Selain itu, asuhan yang diberikan bermutu tinggi, dan tercapai pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi, dan advokasi. Dokter juga merasakan kepuasan dengan model primer karena senantiasa mendapatkan informasi tentang kondisi pasien yang selalu diperbarui dan komprehensif.

Kelemahannya adalah hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinis, penuh pertimbangan, serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu.

Konsep dasar metode primer:

- a. ada tanggung jawab dan tanggung gugat;
- b. ada otonomi;
- c. ketertiban pasien dan keluarga.

Tugas perawat primer:

- a. mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif;
- b. membuat tujuan dan rencana keperawatan;
- c. melaksanakan rencana yang telah dibuat selama ia dinas;
- d. mengomunikasikan dan mengoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain;
- e. mengevaluasi keberhasilan yang dicapai;
- f. menerima dan menyesuaikan rencana;
- g. menyiapkan penyuluhan untuk pulang;
- h. melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat;
- i. membuat jadwal perjanjian klinis;
- j. mengadakan kunjungan rumah.

Peran kepala ruang/bangsal dalam metode primer:

- a. sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer;
- b. orientasi dan merencanakan karyawan baru;
- c. menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten;
- d. evaluasi kerja;
- e. merencanakan/menyelenggarakan pengembangan staf;
- f. membuat 1–2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi.

Ketenagaan metode primer:

- a. setiap perawat primer adalah perawat *bed side* atau selalu berada dekat dengan pasien;
- b. beban kasus pasien 4–6 orang untuk satu perawat primer;
- c. penugasan ditentukan oleh kepala bangsal;
- d. perawat primer dibantu oleh perawat profesional lain maupun nonprofesional sebagai perawat asisten;

4. MAKP Kasus.

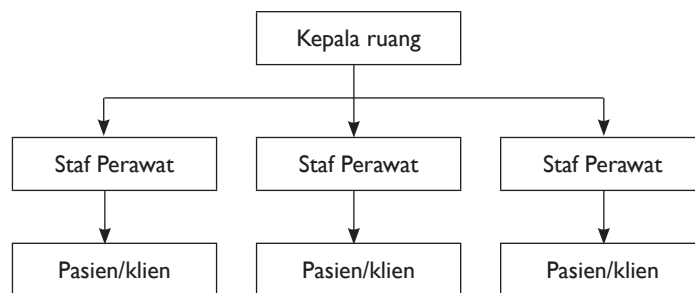
Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap sif, dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini umumnya dilaksanakan untuk perawat privat/pribadi dalam memberikan asuhan keperawatan khusus seperti kasus *isolasi* dan perawatan intensif (*intensive care*).

Kelebihannya:

- a. perawat lebih memahami kasus per kasus;
- b. sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah.

Kekurangannya:

- a. belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab;
- b. perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.



Figur 9.6 Sistem Asuhan Keperawatan “*Case Method Nursing*” (Marquis dan Huston, 1998: 136)

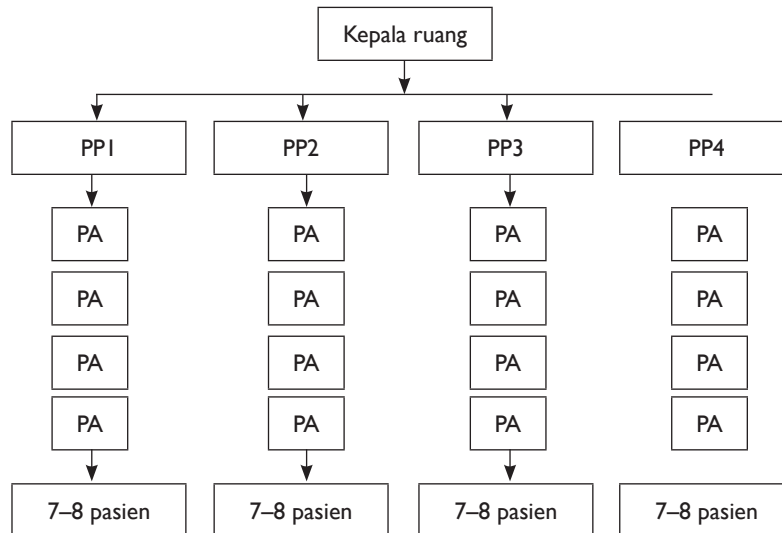
5. Modifikasi: MAKP Tim-Primer.

Model MAKP Tim dan Primer digunakan secara kombinasi dari kedua sistem. Menurut Sitorus (2002) penetapan sistem model MAKP ini didasarkan pada beberapa alasan berikut.

- a. Keperawatan primer tidak digunakan secara murni, karena perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan S-1 Keperawatan atau setara.
- b. Keperawatan tim tidak digunakan secara murni, karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim.
- c. Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas asuhan keperawatan terdapat pada primer, karena saat ini perawat yang ada di RS sebagian besar adalah lulusan D-3, bimbingan tentang asuhan keperawatan diberikan oleh perawat primer/ketua tim.

Contoh (dikutip dari Sitorus, 2002):

Model MAKP ini ruangan memerlukan 26 perawat. Dengan menggunakan model modifikasi keperawatan primer ini diperlukan empat orang perawat primer (PP) dengan kualifikasi Ners, di samping seorang kepala ruang rawat yang juga Ners. Perawat pelaksana (PA) 21 orang, kualifikasi pendidikan perawat pelaksana terdiri atas lulusan D-3 Keperawatan (tiga orang) dan SPK (18 orang). Pengelompokan tim pada setiap sif jaga terlihat pada Figur 9.7.



(Jadwal diatur Pagi, Sore, Malam, dan Libur/Cuti)

Figur 9.7 Metode Tim Primer (Modifikasi)

Tabel 9.2 Tingkatan dan Spesifikasi MAKP

Tingkat	Praktik Keperawatan	Metode Pemberian Aspek	Ketenagaan	Dokumentasi	Aspek Riset
MAKP Pemula	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesi tingkat pemula	Modifikasi keperawatan primer	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah sesuai tingkat ketergantungan pasien Skp/Ners/DIV (1:25-30 pasien) sebagai CCM DIII keperawatan sbg PP perawat pemula 	Standar renpra (masalah aktual)	-
MAKP I	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat I	Modifikasi keperawatan primer	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah sesuai tingkat ketergantungan pasien Spesialis keperawatan (1: 9-10 pasien) sebagai CCM S.Kep/Ners sebagai PP DIII keperawatan sebagai PA 	Standar renpra (masalah aktual dan masalah risiko)	<ol style="list-style-type: none"> Riset deskriptif oleh PP Identifikasi masalah riset Pemanfaatan hasil riset

bersambung

Tingkat	Praktik Keperawatan	Metode Pemberian Askep	Ketenagaan	Dokumentasi	Aspek Riset
MAKP II	Mampu memberikan asuhan keperawatan tingkat II	Manajemen kasus dan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah sesuai tingkat ketergantungan pasien Spesialis keperawatan (1 : 3 PP) Spesialist keperawatan (1 : 9–10 pasien) DIII Keperawatan sebagai PA 	<i>Clinical pathway/</i> standar renpra (masalah aktual dan risiko)	<ol style="list-style-type: none"> Riset eksperimen oleh spesialis. Identifikasi masalah riset. Pemanfaatan hasil riset.
MAKP III	Mampu memberikan asuhan keperawatan tingkat III	Manajemen kasus	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah sesuai tingkat ketergantungan pasien. Dokter keperawatan klinik (konsultan) Spesialis keperawatan (1:3 PP) S.Kp/Ners sebagai PP 	<i>Clinical pathway</i>	<ol style="list-style-type: none"> Riset intervensi lebih banyak. Identifikasi masalah riset. Pemanfaatan hasil riset.



METODE PENGHITUNGAN KEBUTUHAN TENAGA KEPERAWATAN

Berikut ini akan dipaparkan beberapa pedoman dalam penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap.

1. Metode Rasio (SK Menkes RI No. 262 Tahun 1979).

Metode penghitungan dengan cara rasio menggunakan jumlah tempat tidur sebagai pembanding dari kebutuhan perawat yang diperlukan. Metode ini paling sering digunakan karena sederhana dan mudah. Kelemahan dari metode ini adalah hanya mengetahui jumlah perawat secara kuantitas tetapi tidak bisa mengetahui produktivitas perawat di rumah sakit dan kapan tenaga perawat tersebut dibutuhkan oleh setiap unit di rumah sakit. Metode ini bisa digunakan jika kemampuan dan sumber daya untuk perencanaan tenaga terbatas, sedangkan jenis, tipe, dan volume pelayanan kesehatan relatif stabil.

Tabel 9.3 Rasio jumlah tempat tidur dan kebutuhan perawat

RUMAH SAKIT	PERBANDINGAN
KELAS A DAN B	TT:Tenaga Medis = (4-7): 1
	TT:Tenaga Keperawatan = 1: 1
	TT: Nonkeperawatan = 3: 1
	TT:Tenaga Nonmedis = 1: 1
KELAS C	TT:Tenaga Medis = 9 : 1
	TT:Tenaga Keperawatan = (3–4): 2
	TT: Nonkeperawatan = 5 : 1
	TT:Tenaga Nonmedis = 3 : 4

bersambung

RUMAH SAKIT	PERBANDINGAN
KELAS D	TT:Tenaga Medis = 15 : 1
	TT:Tenaga Keperawatan = 2 : 1
	TT:Tenaga Nonmedis = 6 : 1
Khusus	Disesuaikan

Cara perhitungan ini masih ada yang menggunakan, namun banyak rumah sakit yang lambat laun meninggalkan cara ini karena adanya beberapa alternatif perhitungan yang lain yang lebih sesuai dengan kondisi rumah sakit dan profesional.

2. Metode Need.

Metode ini dihitung berdasarkan kebutuhan menurut beban kerja. Untuk menghitung kebutuhan tenaga, diperlukan gambaran tentang jenis pelayanan yang diberikan kepada pasien selama di rumah sakit. Sebagai contoh untuk pasien yang menjalani rawat jalan, ia akan mendapatkan pelayanan, mulai dari pembelian karcis, pemeriksaan perawat/dokter, penyuluhan, pemeriksaan laboratorium, apotek dan sebagainya. Kemudian dihitung standar waktu yang diperlukan agar pelayanan itu berjalan dengan baik.

a. Hudgins.

Penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat jalan menggunakan metode dari Hudgins, yaitu menetapkan standar waktu pelayanan pasien rawat jalan, yaitu dalam Tabel 9.4.

Tabel 9.4 Standar waktu pelayanan pasien rawat jalan

Kegiatan	Lama waktu (menit) untuk pasien	
	Baru	Lama
Pendaftaran	3	4
Pemeriksaan dokter	15	11
Pemeriksaan asisten dokter	18	11
Penyuluhan	51	0
Laboratorium	5	7

Penghitungan menggunakan rumus:

$$\frac{\text{rata-rata jam perawatan/hari} \times \text{jumlah rata-rata pasien/hari}}{\text{jumlah jam kerja/hari}}$$

b. Douglas.

Untuk pasien rawat inap standar waktu pelayanan pasien rawat inap sebagai berikut.

- 1) Perawatan minimal memerlukan waktu: 1–2 jam/24 jam.
- 2) Perawatan intermediet memerlukan waktu: 3–4 jam/24 jam.
- 3) Perawatan maksimal/total memerlukan waktu: 5–6 jam/24 jam.

Penerapan sistem klasifikasi pasien dengan tiga kategori tersebut adalah sebagai berikut.

3. Metode Demand.

Cara demand adalah perhitungan jumlah tenaga menurut kegiatan yang memang nyata dilakukan oleh perawat. Setiap pasien yang masuk ruang gawat darurat dibutuhkan waktu sebagai berikut:

- a. Untuk kasus gawat darurat : 86,31 menit.
- b. Untuk kasus mendesak : 71,28 menit.
- c. Untuk kasus tidak mendesak : 33,09 menit.

Hasil penelitian di RS Provinsi di Filipina, menghasilkan data sebagaimana tercantum dalam tabel 9.6.

Tabel 9.6 Rata-rata jam perawatan yang dibutuhkan selama 24 jam

Jenis Pelayanan	Rata-rata jam perawatan/hari/pasien
Nonbedah	3,4
Bedah	3,5
Campuran bedah dan nonbedah	3,5
Postpartum	3
Bayi baru lahir	2,5

4. Metode Gilles.

- a. Rumus kebutuhan tenaga keperawatan di satu unit perawatan adalah:

$$\frac{A \times B \times C}{(C - D) \times E} = \frac{F}{G} = H$$

Keterangan:

- A = rata-rata jumlah perawatan/pasien/hari
- B = rata-rata jumlah pasien/hari
- C = jumlah hari/tahun
- D = jumlah hari libur masing-masing perawat
- E = jumlah jam kerja masing-masing perawat
- F = jumlah jam perawatan yang diberikan perawat per tahun
- G = jumlah jam perawatan yang diberikan perawat per tahun
- H = jumlah perawat yang dibutuhkan untuk unit tersebut

- b. Jumlah tenaga yang bertugas setiap hari:

$$\frac{\text{Rata-rata jam perawatan/hari} \times \text{rata-rata jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jumlah jam kerja efektif/hari}}$$

- c. Asumsi jumlah cuti hamil 5% (usia subur) dari tenaga yang dibutuhkan maka jumlah jam kerja yang hilang karena cuti hamil =
5% × jumlah hari cuti hamil × jumlah jam kerja/hari

Tambahan tenaga:

$$\frac{5\% \times \text{jumlah tenaga} \times \text{jumlah jam kerja cuti hamil}}{\text{jumlah jam kerja efektif/tahun}}$$

Catatan:

- 1) Jumlah hari takkerja/tahun.
Hari minggu (52 hari) + cuti tahunan (12 hari) + hari besar (12 hari) + cuti sakit/izin (10 hari) = 86 hari.
- 2) Jumlah hari kerja efektif/tahun.
Jumlah hari dalam 1 tahun – jumlah hari tak kerja = $365 - 86 = 279$ hari.
- 3) Jumlah hari efektif/minggu = $279 : 7 = 40$ minggu
Jumlah jam kerja perawat perminggu = 40 jam.
- 4) Cuti hamil = $12 \times 6 = 72$ hari.
- 5) Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan disatu unit harus ditambah 20% (untukantisipasi kekurangan/cadangan).
- 6) Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan per shift, yaitu dengan ketentuan. Proporsi dinas pagi 47%, sore 36%, dan malam 17%.
- 7) Kombinasi jumlah tenaga menurut Abdellah dan Levinne adalah 55% tenaga profesional dan 45% tenaga nonprofesional.

Prinsip perhitungan rumus Gillies:

Dalam memberikan pelayanan keperawatan ada tiga jenis bentuk pelayanan, yaitu sebagai berikut.

- a. Perawatan langsung, adalah perawatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pasien baik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien pada perawat dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok, yaitu: *self care*, *partial care*, *total care* dan *intensive care*. Rata-rata kebutuhan perawatan langsung setiap pasien adalah empat jam perhari. Adapun waktu perawatan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien adalah:
 - 1) *Self care* dibutuhkan $\frac{1}{2} \times 4$ jam : 2 jam
 - 2) *Partial care* dibutuhkan $\frac{3}{4} \times 4$ jam : 3 jam
 - 3) *Total care* dibutuhkan $1-1\frac{1}{2} \times 4$ jam : 4-6 jam
 - 4) *Intensive care* dibutuhkan 2×4 jam : 8 jam.
- b. Perawatan tak langsung, meliputi kegiatan-kegiatan membuat rencana perawatan, memasang/menyiapkan alat, konsultasi dengan anggota tim, menulis dan membaca catatan kesehatan, melaporkan kondisi pasien. Dari hasil penelitian RS Graha Detroit = 38 menit/pasien/hari, sedangkan menurut Wolfe dan Young = 60 menit/pasien/hari dan penelitian di Rumah Sakit John Hopkins dibutuhkan 60 menit/pasien (Gillies, 1996).

- c. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien meliputi: aktivitas, pengobatan serta tindak lanjut pengobatan. Menurut Mayer dalam Gillies (1996), waktu yang dibutuhkan untuk pendidikan kesehatan ialah 15 menit/pasien/ hari.
5. Metode formulasi Nina.
 Dalam metode ini terdapat lima tahapan dalam menghitung kebutuhan tenaga.
- Tahap I.
 Dihitung A = jumlah jam perawatan pasien dalam 24 jam per pasien.
 - Tahap II.
 Dihitung B = jumlah rata-rata jam perawatan untuk seluruh pasien dalam satu hari.
 $B = A \times \text{tempat tidur.}$
 - Tahap III.
 Dihitung C = jumlah jam perawatan seluruh pasien selama setahun.
 $C = B \times 365 \text{ hari.}$
 - Tahap IV.
 Dihitung D = jumlah perkiraan realistis jam perawatan yang dibutuhkan selama setahun. $D = C \times \text{BOR}/80$, 80 adalah nilai tetap untuk perkiraan realistis jam perawatan.
 - Tahap V.
 Didapatkan E = jumlah tenaga perawat yang diperlukan.
 $E = D/1878.$
 Angka 1878 didapatkan dari hari efektif per tahun (365 – 52 hari minggu = 313 hari) dan dikalikan dengan jam kerja efektif per hari (6 jam).
6. Metode hasil lokakarya keperawatan.
 Penentuan kebutuhan tenaga perawat menurut Lokakarya Keperawatan dengan mengubah satuan hari dengan minggu. Rumus untuk penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan adalah sebagai berikut.

$$\frac{\text{Jam perawatan 24 jam} \times 7 (\text{tempat tidur} \times \text{BOR})}{\text{Hari kerja efektif} \times 40 \text{ jam}} + 25\%$$

Formula ini memperhitungkan hari kerja efektif yaitu 41 minggu yang dihitung dari: $365 - (52 \text{ hr minggu} + 12 \text{ hari libur nasional} + 12 \text{ hari cuti tahunan}) = 289$ hari atau 41 minggu. Angka 7 pada rumus tersebut adalah jumlah hari selama satu minggu. Nilai 40 jam didapat dari jumlah jam kerja dalam seminggu. Tambahan 25% adalah untuk penyesuaian terhadap produktivitas.

7. Menghitung tenaga perawat berdasarkan *Full Time Equivalent* (FTE).
 Keputusan untuk penentuan jumlah dan jenis perawat adalah berdasarkan pada populasi pasien yang mendapatkan perawatan, tingkat pendidikan dan

keterampilan perawat serta filosofi organisasi tentang perawat dan perawatan pasien. Penentuan jumlah dan jenis perawat dilakukan berdasarkan *Full Time Equivalent* (FTE). Konsep FTE didasarkan bahwa seorang perawat bekerja penuh waktu dalam setahun, artinya bekerja selama 40 jam/minggu atau 2.080 jam dalam periode 52 minggu. Jumlah waktu tersebut meliputi waktu produktif maupun nonproduktif, sedangkan yang dipertimbangkan hanya waktu produktif yang digunakan untuk perawatan pasien. Cara ini juga mempertimbangkan hari perawatan dan klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungannya karena akan memengaruhi jumlah jam perawatan yang dibutuhkan.

Contoh penghitungan FTE dan tenaga perawat:

Total beban kerja unit (W) atau jumlah jam kerja perawat dapat ditentukan berdasarkan jumlah rerata jam perawatan dalam 24 jam (ACH) dan hari perawatan pasien (PD) menggunakan rumus berikut.

$$W = \frac{5}{\Sigma} (PDi \times ACHi)$$

Keterangan:

W = Beban Kerja (*Workload*)

PD = Hari perawatan pasien (*Patient Days*)

ACH= Rerata jumlah jam kerja perawat (*Average Care Hours per 24 hours*)

Σ = jumlah tingkat klasifikasi pasien

5 = konstanta sesuai tingkat klasifikasi pasien

Tabel 9.7 Rerata jam perawatan dan hari rawat pasien

Tingkat klasifikasi pasien	Rerata jam perawatan dalam 24 jam	Proyeksi jumlah hari rawat pasien
1	3,5	1.500
2	5,0	2.500
3	9,0	3.000
4	13,0	2.100
5	17,5	1.100

Berdasarkan tabel hasil di atas dapat dihitung bahwa total beban kerja unit adalah 91.300 jam.

Informasi tambahan yang didapatkan adalah:

- 1 FTE = 2.080 jam
- Persentase jam produktif perawat adalah 85% (jadi rerata jam produktif adalah 1.768/FTE)
- Tenaga perawat di unit ini dijadwalkan untuk bekerja sesuai standar yaitu 55% untuk sif siang dan 45% untuk sif malam
- Kualifikasi tenaga perawat adalah 75% *Registered Nurse* (RN), 15% *Licensed Practical Nurse* (LPN), 10% *Nurse Assistants* (NA).

Tenaga perawat keseluruhan yang dibutuhkan adalah sebagai berikut.

$$\frac{91.300 \text{ jam yang dibutuhkan dalam setahun}}{1.769 \text{ jam produktif/FTE}} = 51.64 \text{ FTE tenaga perawat yang dibutuhkan dalam satu tahun}$$

Jumlah perawat yang dibutuhkan pada siang dan malam dihitung dengan cara berikut.

- a. Siang: $51,64 \text{ FTE} \times 55\% = 28,4 \text{ FTE}$
- b. Malam: $51,64 \text{ FTE} \times 45\% = 23,2 \text{ FTE}$.

Jenis tenaga perawat yang dibutuhkan ditentukan dengan cara berikut:

- a. Siang:
 - RN: $28,4 \times 75\% = 21,3$
 - LPN: $28,4 \times 15\% = 4,26$
 - NA: $28,4 \times 10\% = 2,84$
- b. Malam:
 - RN: $23,2 \times 75\% = 17,4$
 - LPN: $23,2 \times 15\% = 3,48$
 - NA: $23,2 \times 10\% = 2,32$.

8. Berdasarkan pengelompokan unit kerja dirumah sakit (Depkes, 2011). Kebutuhan tenaga keperawatan (perawat dan bidan) harus memperhatikan unit kerja yang ada di rumah sakit. Secara garis besar terdapat pengelompokan unit kerja di rumah sakit sebagai berikut.

- a. Rawat inap

Berdasarkan klasifikasi pasien cara perhitungannya berdasarkan:

- tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus;
- jumlah perawatan yang diperlukan/hari/pasien;
- jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari;
- jam kerja efektif tiap perawat atau bidan 7 jam per hari.

Jumlah tenaga keperawatan yang diperlukan adalah:

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan}}{\text{Jam kerja efektif per sif}}$$

Untuk penghitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksi dengan hari libur/cuti/hari besar (*loss day*)).

Loss day =

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu 1 tahun + cuti + hari besar}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}} \times \text{Jumlah perawat tersedia}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas-tugas nonkeperawatan (*non-nursing jobs*), seperti: membuat perincian pasien pulang, kebersihan

ruangan kebersihan alat-alat makan pasien dan lain-lain, diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

$(\text{Jumlah tenaga keperawatan} + \text{loss day}) \times 25\%$

Jumlah tenaga: tenaga yang tersedia + faktor koreksi

- tingkat ketergantungan pasien:
 - Pasien diklasifikasikan dalam beberapa kategori yang didasarkan pada kebutuhan terhadap asuhan keperawatan/kebidanan.
- 1) Asuhan keperawatan minimal (*minimal care*), dengan kriteria:
 - a) kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri;
 - b) makan dan minum dilakukan sendiri;
 - c) ambulasi dengan pengawasan;
 - d) observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap sif;
 - e) pengobatan minimal, status psikologis stabil.
- 2) Asuhan keperawatan sedang, dengan kriteria:
 - a) kebersihan diri dibantu makan minum dibantu;
 - b) observasi tanda-tanda vital setiap empat jam;
 - c) ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali.
- 3) Asuhan keperawatan agak berat, dengan kriteria:
 - a) sebagian besar aktivitas dibantu;
 - b) observasi tanda-tanda vital setiap 2–4 jam sekali;
 - c) terpasang kateter Foley, *intake* dan *output* dicatat;
 - d) terpasang infus;
 - e) pengobatan lebih dari sekali;
 - f) persiapan pengobatan memerlukan prosedur.
- 4) Asuhan keperawatan maksimal, dengan kriteria:
 - a) segala aktivitas dibantu oleh perawat;
 - b) posisi pasien diatur dan observasi tanda-tanda vital setiap dua jam;
 - c) makan memerlukan NGT dan menggunakan *suction*;
 - d) gelisah/disorientasi.

Jumlah perawat yang dibutuhkan adalah:

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan di ruangan hari}}{\text{Jam efektif perawat}}$$

Untuk penghitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksi) dengan:

Hari libur/cuti/hari besar (*loss day*)

Loss day =

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu dalam 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}} + \text{Jumlah perawat yang diperlukan}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas-tugas nonkeperawatan (*non-nursing jobs*) seperti contohnya: membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien, dan lain-lain diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

$(\text{Jumlah tenaga keperawatan} + \text{loss day}) \times 25\%$

b. Jumlah tenaga untuk kamar operasi

1) Dasar penghitungan tenaga di kamar operasi:

- a) jumlah dan jenis operasi;
- b) jumlah kamar operasi;
- c) Pemakaian kamar operasi (diprediksi 6 jam per hari) pada hari kerja;
- d) Tugas perawat di kamar operasi: instrumentator, perawat sirkulasi (2 orang/tim);
- e) Tingkat ketergantungan pasien:
 - Operasi besar: 5 jam/ operasi;
 - Operasi sedang: 2 jam/operasi;
 - Operasi kecil: 1 jam /operasi.

Rumus:

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

c. Jumlah tenaga di ruang penerimaan

- 1) Ketergantungan pasien di ruang penerimaan: 15 menit
- 2) Ketergantungan di RR: 1 jam

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan} \times \text{Rata-rata jumlah pasien/hari}}{\text{Jam kerja efektif/hari}}$$

Perhitungan di atas dengan kondisi: alat tenun dan set operasi dipersiapkan oleh CSSD

d. Jumlah tenaga di instalasi gawat darurat

Dasar perhitungan di gawat darurat adalah:

1. Rata-rata jumlah pasien per hari
2. Jumlah jam perawatan per hari
3. Jam efektif per hari

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien} \times \text{Jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jam kerja efektif/hari}}$$

Ditambah *lost day* $86/279 \times$ jumlah kebutuhan

e. *Critical Care*

Rata-rata jumlah pasien/hari = 10

Jumlah jam perawatan/hari = 12

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien/hari} \times \text{Jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jam kerja/hari}}$$

Ditambah lost day $86/279 \times$ jumlah kebutuhan

f. Rawat Jalan

Jumlah pasien/hari = 100 orang

Jumlah jam perawatan/hari = 15 menit

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien/hari} \times \text{Jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jam efektif/hari (7 jam)} \times 60 \text{ menit}}$$

Ditambah koreksi 15%

g. Kamar Bersalin

Waktu pertolongan kala I–IV = 4 jam/pasien

Jam kerja efektif = 7 jam/hari

Rata-rata jumlah pasien setiap hari = 10 orang

$$\frac{\text{Jumlah setiap hari rata-rata} \times 4 \text{ jam}}{7 \text{ jam/hari}}$$

Ditambah *lost day*.

PENGHITUNGAN BEBAN KERJA

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat antara lain:

1. jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan/tahun di unit tersebut;
2. kondisi atau tingkat ketergantungan pasien;
3. rata-rata hari perawatan;
4. pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan;
5. frekuensi tindakan perawatan yang dibutuhkan pasien;
6. rata-rata waktu perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Ada tiga cara yang dapat digunakan untuk menghitung beban kerja secara personel antara lain sebagai berikut.

1. *Work sampling.*

Teknik ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personel pada suatu unit, bidang maupun jenis tenaga tertentu. Pada metode *work sampling* dapat diamati hal-hal spesifik tentang pekerjaan antara lain:

- a. aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja;
- b. apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja;
- c. proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif;
- d. pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

Untuk mengetahui hal-hal tersebut perlu dilakukan survei tentang kerja personel dengan langkah-langkah sebagai berikut.

- a. menentukan jenis personel yang akan disurvei.
- b. bila jumlah personel banyak perlu dilakukan pemilihan sampel sebagai subjek personel yang akan diamati dengan menggunakan metode *simple random sampling* untuk mendapatkan sampel yang representatif.
- c. membuat formulir kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif dan tidak produktif dapat juga dikategorikan sebagai kegiatan langsung dan tidak langsung.
- d. melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*.
- e. pengamatan kegiatan personel dilakukan dengan interval 2–15 menit tergantung karakteristik pekerjaan yang dilakukan.

Pada teknik *work sampling* kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Oleh karena besarnya jumlah pengamatan kegiatan penelitian akan didapatkan sebaran normal sampel pengamatan kegiatan penelitian. Artinya data cukup besar dengan sebaran sehingga dapat dianalisis dengan baik. Jumlah pengamatan dapat dihitung.

2. *Time and motion study.*

Pada teknik ini kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Melalui teknik ini akan didapatkan beban kerja personel dan kualitas kerjanya. Langkah-langkah untuk melakukan teknik ini yaitu:

- a. menentukan personel yang akan diamati untuk menjadi sampel dengan metode *purposive sampling*;
- b. membuat formulir daftar kegiatan yang dilakukan oleh setiap personel;
- c. daftar kegiatan tersebut kemudian diklasifikasikan seberapa banyak personel yang melakukan kegiatan tersebut secara baik dan rutin selama dilakukan pengamatan;

- d. membuat klasifikasi atas kegiatan yang telah dilakukan tersebut menjadi kegiatan medis, kegiatan keperawatan dan kegiatan administrasi;
- e. menghitung waktu objektif yang diperlukan oleh personel dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang dilakukan.

Penelitian dengan menggunakan teknik ini dapat digunakan untuk melakukan evaluasi tingkat kualitas suatu pelatihan atau pendidikan yang bersertifikat atau bisa juga digunakan untuk mengevaluasi pelaksanaan suatu metode yang ditetapkan secara baku oleh suatu instansi seperti rumah sakit.

Dari metode *work sampling* dan *time and motion study* maka akan dihasilkan *output* sebagai berikut.

- a. Deskripsi kegiatan menurut jenis dan alokasi waktu untuk masing-masing pekerjaan baik yang bersifat medis, perawatan maupun administratif. Selanjutnya dapat dihitung proporsi waktu yang dibutuhkan untuk masing-masing kegiatan selama jam kerja.
- b. Pola kegiatan yang berkaitan dengan waktu kerja, kategori tenaga atau karakteristik demografis dan sosial.
- c. Kesesuaian beban kerja dengan variabel lain sesuai kebutuhan penelitian. Beban kerja dapat dihubungkan dengan jenis tenaga, umur, pendidikan, jenis kelamin atau variabel lain.
- d. Kualitas kerja pada teknik ini juga menjadi perhatian karena akan menentukan kompetensi atau keahlian yang harus dimiliki oleh personel yang diamati.

3. *Daily log*.

Daily log atau pencatatan kegiatan sendiri merupakan bentuk sederhana *work sampling* yaitu pencatatan dilakukan sendiri oleh personel yang diamati. Pencatatan meliputi kegiatan yang dilakukan dan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan tersebut. Penggunaan ini tergantung kerja sama dan kejujuran dari personel yang diamati. Pendekatan ini relatif lebih sederhana dan biaya yang murah. Peneliti biasa membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari sendiri oleh informan. Sebelum dilakukan pencatatan kegiatan peneliti menjelaskan tujuan dan cara pengisian formulir kepada subjek personal yang diteliti, tekankan pada personel yang diteliti yang terpenting adalah jenis kegiatan, waktu dan lama kegiatan, sedangkan informasi personel tetap menjadi rahasia dan tidak akan dicantumkan pada laporan penelitian. Menuliskan secara rinci kegiatan dan waktu yang diperlukan merupakan kunci keberhasilan dari pengamatan dengan *daily log*.

Analisis Kebutuhan tenaga Berdasarkan Beban Kerja (WISN)

WISN (*Workload Indicator Staff Need*) adalah indikator yang menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga kerja di suatu tempat kerja berdasarkan beban kerja, sehingga

alokasi/relokasi akan lebih mudah dan rasional. Metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM pada tiap unit kerja di suatu tempat kerja. Kelebihan metode ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis. Adapun langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah, yaitu sebagai berikut.

1. Menetapkan waktu kerja tersedia.

Menetapkan waktu kerja tersedia tujuannya adalah diperolehnya waktu kerja tersedia masing-masing kategori SDM yang bekerja selama kurun waktu satu tahun. Data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja tersedia yaitu:

- a. Hari kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di tempat kerja atau Peraturan Daerah setempat, pada umumnya dalam 1 minggu 5 hari kerja. Dalam 1 tahun 250 hari kerja ($5 \text{ hari} \times 50 \text{ minggu}$). (A)
- b. Cuti tahunan, sesuai ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari kerja setiap tahun. (B)
- c. Pendidikan dan pelatihan, sesuai ketentuan yang berlaku di tempat kerja untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi/profesionalisme setiap kategori SDM memiliki hak untuk mengikuti pelatihan/kursus/seminar/lokakarya dalam 6 hari kerja. (C)
- d. Hari Libur Nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama, tahun 2002–2003 ditetapkan 15 Hari Kerja dan 4 hari kerja untuk cuti bersama. (D)
- e. Ketidakhadiran kerja, sesuai data rata-rata ketidakhadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/izin. (E)
- f. Waktu kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di tempat kerja atau Peraturan Daerah, pada umumnya waktu kerja dalam 1 hari adalah 8 jam ($5 \text{ hari kerja/ minggu}$). (F)

$$\text{Waktu Kerja Tersedia} = \{A - (B + C + D + E)\} \times F$$

Keterangan:

A = Hari Kerja

D = Hari Libur Nasional

B = Cuti Tahunan

E = Ketidakhadiran Kerja

C = Pendidikan dan Pelatihan F = Waktu Kerja

Apabila ditemukan adanya perbedaan rata-rata ketidakhadiran kerja atau perusahaan menetapkan kebijakan untuk kategori SDM tertentu dapat mengikuti pendidikan dan pelatihan lebih lama dibanding kategori SDM lainnya, maka perhitungan waktu kerja tersedia dapat dilakukan perhitungan menurut kategori SDM.

2. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM.

Menetapkan unit kerja dan kategori SDM tujuannya adalah diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan baik di dalam maupun di luar tempat kerja. Sebagai contoh di rumah sakit, data dan informasi yang dibutuhkan untuk penetapan unit kerja dan kategori SDM adalah sebagai berikut.

- a. Bagan Struktur Organisasi RS dan uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing unit dan sub-unit kerja.
- b. Keputusan Direktur RS tentang pembentukan unit kerja struktural dan fungsional, misalnya: Komite Medik, Komite Pengendalian Mutu RS Bidang/Bagian Informasi.
- c. Data Pegawai Berdasarkan Pendidikan yang bekerja pada tiap unit kerja di RS.
- d. PP 32 tahun 1996 tentang SDM kesehatan.
- e. Peraturan perundang-undangan berkaitan dengan jabatan fungsional SDM kesehatan.
- f. Standar profesi, standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP).

Langkah awal yang dilakukan adalah membuat unit kerja dan subunit kerja sesuai dengan peraturan yang ditetapkan. Setelah unit kerja dan subunit kerja di RS telah ditetapkan, langkah selanjutnya adalah menetapkan kategori SDM sesuai kompetensi atau pendidikan untuk menjamin mutu, efisiensi, dan akuntabilitas pelaksanaan kegiatan/pelayanan di tiap unit kerja RS.

Langkah awal yang dilakukan adalah membuat unit kerja dan subunit kerja sesuai dengan peraturan yang ditetapkan. Setelah unit kerja dan subunit kerja di RS telah ditetapkan, langkah selanjutnya adalah menetapkan kategori SDM sesuai kompetensi atau pendidikan untuk menjamin mutu, efisiensi dan akuntabilitas pelaksanaan kegiatan/pelayanan di tiap unit kerja RS.

3. Menyusun standar beban kerja.

Standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia per tahun yang dimiliki oleh masing-masing kategori tenaga.

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM utamanya adalah sebagai berikut.

- a. Kategori SDM yang bekerja pada tiap unit kerja sebagaimana hasil yang telah ditetapkan pada langkah kedua.
- b. Standar profesi, standar pelayanan yang berlaku.
- c. Rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori SDM untuk melaksanakan/menyelesaikan berbagai pekerjaan.
- d. Data dan informasi kegiatan pelayanan pada tiap unit kerja.

Beban kerja masing-masing kategori SDM di tiap unit kerja adalah meliputi hal-hal berikut.

- a. Kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh masing-masing kategori SDM.
Kegiatan pokok adalah kumpulan berbagai jenis kegiatan sesuai standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menghasilkan pelayanan perusahaan yang dilaksanakan oleh SDM dengan kompetensi tertentu.

- b. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok.

Rata-rata waktu adalah suatu waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan pokok, oleh masing-masing kategori SDM pada tiap unit kerja. Kebutuhan waktu untuk menyelesaikan kegiatan sangat bervariasi dan dipengaruhi standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP), sarana dan prasarana medik yang tersedia serta kompetensi SDM.

Rata-rata waktu ditetapkan berdasarkan pengamatan dan pengalaman selama bekerja dan kesepakatan bersama. Agar diperoleh data rata-rata waktu yang cukup akurat dan dapat dijadikan acuan, sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok oleh SDM yang memiliki kompetensi, kegiatan pelaksanaan standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP) dan memiliki etos kerja yang baik.

- c. Standar beban kerja per 1 tahun masing-masing kategori SDM

Standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM.

Adapun rumus perhitungan standar beban kerja adalah sebagai berikut:

$$\text{Standar Beban Kerja} = \frac{\text{Waktu kerja tersedia}}{\text{Rata-rata waktu kegiatan pokok}}$$

4. Menyusun standar kelonggaran

Penyusunan standar kelonggaran tujuannya adalah diperolehnya faktor kelonggaran tiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok/pelayanan.

Penyusunan faktor kelonggaran dapat dilaksanakan melalui pengamatan dan wawancara kepada tiap kategori tentang:

- a. Kegiatan-kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada pelanggan, misalnya: rapat, penyusunan laporan kegiatan, menyusun kebutuhan bahan habis pakai.
- b. Frekuensi kegiatan dalam suatu hari, minggu, bulan.
- c. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan.

Selama pengumpulan data kegiatan penyusunan standar beban kerja, sebaiknya mulai dilakukan pencatatan tersendiri apabila ditemukan kegiatan yang tidak dapat dikelompokkan atau sulit dihitung beban kerjanya karena tidak/kurang berkaitan dengan pelayanan pada pelanggan untuk selanjutnya digunakan sebagai sumber data penyusunan faktor kelonggaran tiap kategori SDM.

Setelah faktor kelonggaran tiap kategori SDM diperoleh, langkah selanjutnya adalah menyusun Standar Kelonggaran dengan melakukan perhitungan berdasarkan rumus di bawah ini:

$$\text{Standar kelonggaran} = \frac{\text{Waktu per faktor kelonggaran}}{\text{Waktu kerja tersedia}}$$

5. Perhitungan Kebutuhan Tenaga per Unit Kerja.

Perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja tujuannya adalah diperolehnya jumlah dan jenis/kategori SDM per unit kerja sesuai beban kerja selama 1 tahun. Sumber data yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja meliputi:

- a. data yang diperoleh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu:
 - waktu kerja tersedia;
 - standar beban kerja;
 - standar kelonggaran masing-masing kategori SDM.
- b. kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahun.

Contoh di Rumah Sakit: Kuantitas kegiatan pokok disusun berdasarkan berbagai data kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja RS selama kurun waktu satu tahun. Kuantitas kegiatan pelayanan Instalasi Rawat Jalan dapat diperoleh dari laporan kegiatan RS (SP2RS), untuk mendapatkan data kegiatan tindakan medik yang dilaksanakan di tiap poli rawat jalan perlu dilengkapi data dari Buku Register yang tersedia di setiap poli rawat jalan. Untuk penyusunan kuantitas kegiatan pokok Instalasi Rawat Inap dibutuhkan data dasar sebagai berikut.

1. Jumlah tempat tidur
2. Jumlah pasien masuk/keluar dalam 1 tahun.
3. Rata-rata sensus harian.
4. Rata-rata lama pasien di rawat (LOS).

Data kegiatan yang telah diperoleh dan Standar Beban Kerja dan Standar Kelonggaran merupakan sumber data untuk perhitungan kebutuhan SDM di setiap instalasi dan unit kerja dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

$$\text{Standar SDM} = \frac{\text{Total produk layanan}}{\text{Standar beban kerja}} + \text{Standar kelonggaran}$$

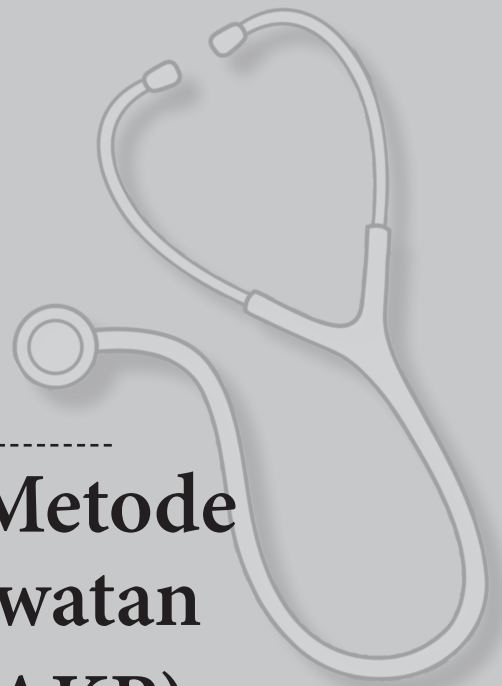
Berdasarkan rumus perhitungan tersebut, kebutuhan SDM untuk tiap kegiatan pokok terlebih dahulu dijumlahkan sebelum ditambahkan dengan Standar Kelonggaran masing-masing kategori SDM.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Gilles, D.A. 1996. *Nursing Management. System Approach*. Philadelphia: Saunders.
- Grant, A.B., dan V.H. Massey. 1999. *Nursing Leadership, Management, and Research*. Pennsylvania: Springhouse Corporation.
- Marquis, B.L., dan C.J. Huston. 2000. *Leadership roles and management functions in nursing*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Marquis, B.L., dan C.J. Huston. 1998. *Management Decision Making for Nurses. 124 Cases Studies*. Edisi 3. Philadelphia: JB Lippincott.
- Mclaughin, F.E., S.E. Thomas, dan M. Barter. 1995. "Changes Related to Care Delivery Patterns". *JONA*. 25 (5: 20–26).
- Novuluri, R.B. 1999. "Integrated Quality Improvement in Patient Care." *Journal of Nursing dan Health Sciences*. 1 (4: 249–254).
- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2007. *Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Sitorus, R. 2002. "Model Praktek Keperawatan Profesional. Seminar Nasional pada RAPIM PPNI." Februari. Malang.
- Rowland, H.S., dan B.L. Rowland. 1997. *Nursing Adminitration Handbook*. Edisi 4. Maryland: An Aspen Publication.

BAB 10

Aplikasi Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)



PENDAHULUAN

Pelayanan asuhan keperawatan yang optimal akan terus menjadi tuntutan bagi organisasi pelayanan kesehatan. Saat ini timbul keinginan untuk mengubah sistem pemberian pelayanan kesehatan ke sistem desentralisasi. Dengan meningkatnya pendidikan bagi perawat, diharapkan dapat memberikan arah terhadap pelayanan keperawatan berdasarkan isu di masyarakat.

Berdasarkan keadaan di atas, perlu dikembangkan model praktik keperawatan yang diuji coba dengan memberikan pengalaman belajar praktik klinik kepada mahasiswa (Ners dan Spesialis), sehingga diharapkan mutu pelayanan kesehatan bisa meningkat.



PERUBAHAN MODEL SISTEM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Bab ini menyajikan tahapan proses manajemen keperawatan yang meliputi data, analisis SWOT, dan identifikasi masalah. Sejalan dengan perkembangan dan perubahan pelayanan kesehatan yang terjadi di Indonesia, model sistem

asuhan keperawatan juga harus berubah menuju praktik keperawatan profesional. Model sistem asuhan keperawatan yang dapat dikembangkan adalah metode tim, primer, kasus, dan gabungan (moduler).



LANGKAH PENGELOLAAN MAKP

Langkah 1: Pengumpulan Data

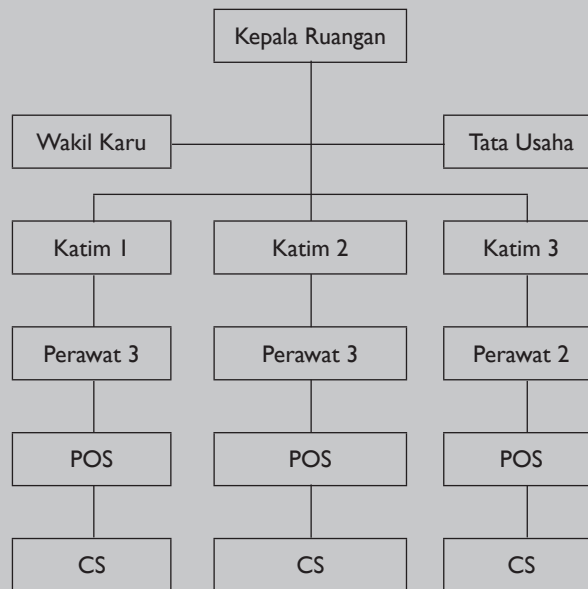
Contoh Pengumpulan Data.

1. Sumber daya manusia (M1—Man).

a. Ketenagaan.

- Struktur organisasi.

Ruangan Interna Rumah Sakit Y dipimpin oleh kepala ruangan dan dibantu oleh wakil kepala ruangan, 3 ketua tim, 8 perawat pelaksana, tata usaha bersama 5 pembantu orang sakit (POS) atau yang difungsikan sebagai pembantu perawat, serta tiga orang yang bertugas sebagai *cleaning service* (CS). Adapun struktur organisasinya adalah:



Figur 10.1 Struktur Karyawan Perawatan di Ruang X RS Y

2. Jumlah Tenaga di Ruang X Rumah Sakit Y
 - a. Keperawatan

Tabel 10.1 Tenaga Keperawatan di Ruang X Rumah Sakit Y

No.	Kualifikasi	Jumlah	Masa Kerja	Jenis
1.	S-I Keperawatan	2	5 tahun: 1 orang	PNS
			3 tahun: 1 orang	PNS
2.	D-3 Keperawatan	4	< 5 tahun: 2 orang	PNS
			5–10 tahun: 1 orang	PNS
			4 bulan: 1 orang	Honorar
3.	SPK	7	>25 tahun: 7 orang	PNS

- b. Nonkeperawatan

Tabel 10.2 Komposisi Ketenagaan Nonkeperawatan Ruang X RS Y

No.	Kualifikasi	Jumlah	Jenis
1.	Tata Usaha	1 orang	PNS
2.	Cleaning service	3 orang	honorar
3.	Penjaga Orang Sakit	5 orang	bervariasi

3. Kebutuhan Tenaga

Penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan dapat diterapkan beberapa formula yaitu:

(1) Rasio; (2) Douglas; (3) Gillies.

- a. Metode Rasio.

- 1) Rumah sakit Y tipe B dengan jumlah tempat tidur 200 buah, maka seorang pimpinan tenaga keperawatan akan memperhitungkan jumlah tenaga keperawatan adalah:

$$1/1 \times 200 = 200$$

jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan untuk rumah sakit tersebut adalah 200 orang.

- 2) Bila rumah sakit tipe C dengan jumlah tempat tidur 100 buah, maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan adalah:

$$2/3 \times 100 = 67, \text{ maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan adalah } 100 \text{ orang.}$$

- 3) Bila rumah sakit tipe D dengan jumlah tempat tidur 75 buah, maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan adalah:

$$\frac{1}{2} \times 75 = 37,5 \text{ maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan adalah } 40 \text{ orang.}$$

- b. Douglas.

Di ruang X RS Y dirawat 36 orang pasien dengan kategori sebagai berikut: 30 pasien dengan perawatan minimal, 4 pasien dengan perawatan parsial dan 2 pasien dengan perawatan total. Maka kebutuhan tenaga perawatan adalah sebagai berikut.

Tabel 10.3 Kebutuhan Tenaga Perawat Tiap Sif Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang X Rumah Sakit Y Pada Tanggal 23 April

Kualifikasi Pasien		Jumlah Kebutuhan Tenaga		
Tingkat Ketergantungan	Jumlah Pasien	Pagi	Sore	Malam
Minimal	30	$30 \times 0,17 = 5,1$	$30 \times 0,14 = 4,2$	$30 \times 0,07 = 3$
Parsial	4	$4 \times 0,27 = 1,08$	$4 \times 0,15 = 0,6$	$4 \times 0,10 = 0,28$
Total	2	$2 \times 0,36 = 0,72$	$2 \times 0,36 = 0,6$	$2 \times 0,20 = 0,4$
Jumlah	36	6,9	5,4	3,68
		7	5	4

Total tenaga perawat:

Pagi	: 7 orang
Sore	: 5 orang
Malam	: 4 orang
	15 orang

Jumlah tenaga lepas dinas per hari:

$$\frac{86 \times 15}{279} = 4,62 \text{ (Dibulatkan 5 orang)}$$

Keterangan: angka 86 merupakan jumlah hari libur atau lepas dinas dalam 1 tahun, sedangkan 279 adalah jumlah hari kerja efektif dalam 1 tahun

Jadi, jumlah perawat yang dibutuhkan untuk bertugas per hari di ruang X adalah 15 orang + 5 orang lepas dinas + 2 orang tenaga; Kepala ruang dan wakil = 22 orang.

c. Metode Gillies.

Ruang X RS Y berkapasitas tempat tidur 20 tempat tidur, jumlah rata-rata pasien yang dirawat 30 orang per hari. Kriteria pasien yang dirawat tersebut adalah 20 orang dapat melakukan perawatan mandiri, 5 orang perlu diberikan perawatan sebagian, dan 5 orang harus diberikan perawatan total. Tingkat pendidikan perawat yaitu S-1 dan DIII Keperawatan. Hari kerja efektif adalah 6 hari perminggu. Berdasarkan situasi tersebut maka dapat dihitung jumlah kebutuhan tenaga perawat diruang tersebut adalah sebagai berikut.

1) menentukan terlebih dahulu jam keperawatan yang dibutuhkan pasien per hari, yaitu:

a) keperawatan langsung:

keperawatan mandiri 20 orang pasien	$20 \times 2 \text{ jam}$	= 40 jam
keperawatan sebagian 5 orang pasien	$5 \times 3 \text{ jam}$	= 15 jam
keperawatan total 5 orang pasien	$5 \times 6 \text{ jam}$	= 30 jam
Jumlah		85 jam

b) keperawatan tidak langsung: 30 orang pasien \times 1 jam = 30 jam

c) penyuluhan kesehatan = 30 orang pasien \times 0,25 jam = 7,5 jam

Total jam secara keseluruhan adalah 122,5 jam.

- 2) Menentukan jumlah total jam keperawatan yang dibutuhkan per pasien per hari adalah 122,5 jam \div 30 pasien = 4 jam.
- 3) Menentukan jumlah kebutuhan tenaga keperawatan pada ruangan tersebut adalah langsung dengan menggunakan rumus Gillies di atas, sehingga didapatkan hasil sebagai berikut.

$$\frac{4 \text{ jam/pasien/hari} \times 30 \text{ pasien/hari} \times 265 \text{ hari}}{(365 \text{ hari} - 76) \times 7 \text{ jam}} = \frac{43800}{2023} = 22 \text{ orang}$$

$$20\% \times 20 = 4 \text{ orang}$$

Jadi jumlah tenaga yang dibutuhkan secara keseluruhan 22 + 4 = 26 orang/hari.

- 4) Menentukan jumlah kebutuhan tenaga keperawatan yang dibutuhkan per hari, yaitu:

$$\frac{30 \text{ orang} \times 4 \text{ jam}}{7 \text{ jam}} = 17 \text{ orang}$$

- 5) Menentukan jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan per sif, yaitu dengan ketentuan menurut Eastler (Swansburg, 1990).
 - a) Sif pagi 47% = 7,9 orang (8 orang).
 - b) Sif sore 36% = 6,1 orang (6 orang).
 - c) Sif malam 17% = 2,9 orang (3 orang).
- 6) Kombinasi menurut Abdallah dan Levinne adalah:
 - a) 55% = 14,3 (14 orang) tenaga profesional.
 - b) 45% = 11,7 (12 orang) tenaga nonprofesional.

4. BOR (*Bed Occupancy Rate*).

Penghitungan BOR (*Bed Occupancy Rate*).

- a. BOR pasien di ruang X.

Tabel 10.4 BOR Ruang X Rumah Sakit Y Tanggal 23 April

No	Sif	Kelas 2	Kelas 3	BOR
1.	Pagi	4 bed (0 kosong)	34 bed (2 kosong)	$36/38 \times 100\% = 94,7\%$
2.	Sore	4 bed (0 kosong)	34 bed (2 kosong)	$36/38 \times 100\% = 94,7\%$
3.	Malam	4 bed (0 kosong)	34 bed (2 kosong)	$36/38 \times 100\% = 94,7\%$

Tabel 10.5 BOR Ruang X Rumah Sakit Y Tanggal 24 April

No	Shift	Kelas 2	Kelas 3	BOR
1.	Pagi	4 bed (0 kosong)	30 bed (4 kosong)	$34/38 \times 100\% = 89,5\%$
2.	Sore	4 bed (0 kosong)	30 bed (4 kosong)	$34/38 \times 100\% = 89,5\%$
3.	Malam	4 bed (0 kosong)	30 bed (4 kosong)	$34/38 \times 100\% = 89,5\%$

- b. BOR pasien kelolaan di ruang X.

Tabel 10.6 BOR Pasien Kelolaan Ruang X Rumah Sakit Y Tanggal 23 April

No	Shift	Kelas 2	Kelas 3	BOR
1.	Pagi	4 bed (0 kosong)	6 bed (0 kosong)	$10/10 \times 100\% = 100\%$
2.	Sore	4 bed (0 kosong)	6 bed (0 kosong)	$10/10 \times 100\% = 100\%$
3.	Malam	4 bed (0 kosong)	6 bed (0 kosong)	$10/10 \times 100\% = 100\%$

Tabel 10.7 BOR Pasien Kelolaan Ruang X Rumah Sakit Y Tanggal 24 April

No	Shift	Kelas 2	Kelas 3	BOR
1.	Pagi	4 bed (0 kosong)	6 bed (0 kosong)	$10/10 \times 100\% = 100\%$
2.	Sore	4 bed (0 kosong)	6 bed (0 kosong)	$10/10 \times 100\% = 100\%$
3.	Malam	4 bed (0 kosong)	6 bed (0 kosong)	$10/10 \times 100\% = 100\%$

5. Diagnosis penyakit terbanyak.

Data yang didapat pada bulan Mei 2010 sebagai berikut: DHF sebanyak 43 pasien, Dispepsia 15 pasien, Diabetes Mellitus (DM) sebanyak 12 pasien, CVA Infark sebanyak 11 pasien, Observasi febris sebanyak 10 pasien, Thypoid sebanyak 8 pasien.

6. Penghitungan beban kerja perawat.

- Time motion study*;
- Work sampling*;
- Daily log*.

Contoh: penghitungan beban kerja (*Time and Motion Study*).

Pengukuran beban kerja objektif dilakukan untuk mengetahui penggunaan waktu tenaga keperawatan dalam melaksanakan aktivitas baik untuk tugas pokok, tugas

penunjang, kepentingan pribadi dan lain-lain. Adapun pembagian kerja secara normatif pada setiap sif kerja yaitu sif pagi, sore dan malam. Adapun pembagian jam kerja secara normatif pada setiap sif pada ruang bedah X sebagai berikut.

- a. sif pagi dimulai pukul 07.30– 4.00 (6,5 jam);
- b. sif sore dimulai pukul 14.00–21.00 (7 jam);
- c. sif malam dimulai pukul 21.00–07.30 (10,5 jam).

Tabel 10.8 Pelaksanaan tindakan Keperawatan Langsung pada Sif Pagi di Ruang X RS Y Surabaya Tanggal 24 Oktober–11 November (n=12)

No	Tindakan Keperawatan Langsung	Waktu (Jam)	Frekuensi	Rerata waktu (Jam)
1	Memberikan obat kepada pasien	6,08	38	0,16
2	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit, nutrisi	2,075	25	0,083
3	Memenuhi kebutuhan eliminasi BAB	1	4	0,25
4	Memenuhi kebutuhan eliminasi urine	0,48	3	0,16
5	Memenuhi kebutuhan integritas jaringan (Rawat Luka)	3,3	11	0,33
6	Memenuhi kebutuhan oksigen	0,5	6	0,083
7	Menyiapkan spesimen lab	1,12	7	0,16
8	Memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman	0,249	3	0,083
9	Observasi Px	0,25	3	0,083
10	Melakukan resusitasi	0,5	1	0,5
11	Perawatan jenazah	0,75	3	0,25
12	Melakukan tindakan ECG	0,5	2	0,25
13	Mengukur TTV	4,9	59	0,083
14	Menerima pasien baru	1,6	10	0,16
15	Pendidikan kesehatan	0,48	3	0,16
16	Persiapan operasi dan seterusnya	0,5	2	0,25
Total		24,284	180	3,039

Tabel di atas menunjukkan bahwa frekuensi tertinggi kegiatan produktif langsung sif pagi yaitu mengukur tanda-tanda vital, sedangkan kegiatan produktif langsung yang terendah dilakukan yaitu persiapan operasi.

Tabel 10.9 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Tidak Langsung pada Sif Pagi di Ruang X RS Y Surabaya Tanggal 17 Oktober–18 November (n=12)

No	Tindakan Keperawatan tidak langsung	Waktu (Jam)	Frekuensi	Rerata Waktu (Jam)
1	Pendokumentasian catatan medik	11,52	72	0,16
2	Telekomunikasi dengan ruang lain	0,415	5	0,083
3	Timbang terima pasien	6	12	0,5

No	Tindakan Keperawatan tidak langsung	Waktu (Jam)	Frekuensi	Rerata Waktu (Jam)
4	Memenuhi kebutuhan kebersihan dan lingkungan	4,16	26	0,16
5	Persiapan dan sterilisasi alat	0,64	4	0,16
Total		22,735	119	1,063

Tabel di atas menunjukkan bahwa frekuensi tertinggi kegiatan produktif tidak langsung sif pagi yaitu pendokumentasian catatan medik, sedangkan kegiatan produktif tidak langsung yang terendah dilakukan yaitu persiapan dan sterilisasi alat.

Tabel 10.10 Pelaksanaan Kegiatan Non Produktif pada Sif Pagi di Ruang X RS Y Surabaya Tanggal 17 Oktober–18 November (n=12)

No	Kegiatan Nonproduktif	Waktu (Jam)	Frekuensi	Rerata Waktu (Jam)
1.	Pergi keperluan pribadi	3	12	0,25
2.	Makan dan minum	6	12	0,5
3.	Toilet	2,24	14	0,16
4.	Telepon Pribadi	0,747	9	0,083
5.	Duduk di Ners Station	19	38	0,5
Total		30,981	85	1,493

Keterangan:

Data sore dan malam harus dicantumkan.

Tabel 10.11 Rekapitulasi Pelaksanaan Perawatan di Ruang X RS Y Tanggal 17 Oktober–18 November (n=12)

Jenis Kegiatan Keperawatan	Pagi (jam)	Sore (jam)	Malam (jam)
Kegiatan Produktif:			
a. Langsung	24,284	17,205	20,847
b. Tidak Langsung	22,735	18,498	18,741
Kegiatan nonproduktif			
Total	78	84	126

Tabel 10.12 Beban Kerja Objektif

Sif	Beban Kerja Objektif	
	Persentase	Kategori
Pagi	60,28%	Rendah
Sore	42,50%	Rendah
Malam	31,42%	Rendah

Tabel di atas menunjukkan bahwa beban kerja di ruang X termasuk kategori beban kerja rendah (kurang dari 80%).

Contoh Lampiran: Angket M1 (MAN)

Jawaban

1. Sangat kurang atau tidak pernah.
2. Cukup atau kadang-kadang.
3. Baik atau sering.
4. Sangat baik atau selalu.

Angket M1–Ketenagaan

1. Bagaimana struktur organisasi yang telah berjalan di ruangan? Apakah Anda merasa puas dan sesuai dengan kemampuan perawat di bidangnya?
2. Bagaimana pembagian tugas yang dilakukan di ruangan? Apakah sudah sesuai dengan struktur organisasi yang telah ada?
3. Bagaimanakah kinerja ketua tim/PP menurut Anda? Apakah kompeten dengan tugas-tugasnya?
4. Apakah Anda merasa membutuhkan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan/pendidikan tambahan? Berikan alasannya.
5. Bagaimana kebijaksanaan rumah sakit mengenai pemberian beasiswa atau pelatihan pendidikan keperawatan? Apakah Anda merasa puas?
6. Bagaimana jumlah pendapatan yang diterima plus insentif yang diterima saudara sudah sesuai dengan latar pendidikan Anda? Apakah Anda merasa puas?
7. Apakah ada kesempatan untuk mengambil cuti dalam waktu 1 minggu?
8. Dengan tingkat ketergantungan pasien yang ada di ruangan, bagaimana tingkat beban kerja di ruangan menurut Anda?
9. Apakah jumlah perawat dan pasien di ruangan sudah sesuai menurut Anda?

M2-Material: Sarana dan Prasarana

1. Penataan Gedung/Lokasi dan Denah Rungan
Lokasi penerapan proses manajerial keperawatan ini dilakukan pada Ruang X Rumah Sakit Y dengan uraian denah sebagai berikut.
 - a. Sebelah utara berbatasan dengan Ruang Bedah.
 - b. Sebelah selatan berbatasan dengan Ruang Saraf.
 - c. Sebelah barat merupakan arah belakang ruangan.
 - d. Sebelah timur merupakan arah pintu masuk ke dalam ruangan.
 - e. Bagaimana penataan gedung sesuai dengan peruntukan pelayanan?

2. Fasilitas.

a. Fasilitas untuk pasien.

Tabel 10.13 Daftar Fasilitas untuk Pasien Ruang X RS Y

No.	Nama Barang	Jumlah	Kondisi	Ideal	Usulan
1.	Tempat Tidur	25 bed	Cukup baik	1:1	-
2.	Meja Pasien	25 buah	Cukup baik	1:1	-
3.	Kipas Angin	7 buah	Cukup baik	4/ruangan	Perlu dikurangi
4.	Kursi Roda	3 buah	Cukup baik	2-3/ruangan	-
5.	Branchart	2 buah	Cukup baik	1/ruangan	Perlu dikurangi
6.	Jam Dinding	2 buah	Baik	2/ruangan	-
7.	Timbangan	1 buah	Baik	1/ruangan	-
8.	Kamar Mandi dan WC	4 buah	Cukup baik	Kls 2 = 1:2 Kls 3 = 1:5	Perlu ditambah 1 kamar mandi
9.	Dapur	1 buah	Cukup baik	1/ruangan	-
10.	Wastafel	2 buah	Baik	2/ruangan	-

b. Fasilitas untuk petugas kesehatan.

- 1) Ruang kepala ruangan menjadi satu dengan ruang pertemuan perawat.
- 2) Kamar mandi perawat/WC ada 1.
- 3) Ruang staf dokter ada di sebelah barat *nursing station*.
- 4) *Nursing station* berada di tengah ruangan di sebelah ruang staf dokter dan ruang pasien kelas dua.
- 5) Gudang berada di sebelah selatan ruang ganti.
- 6) Ruang ganti berada di sebelah utara, di dekat gudang.

3. Alat kesehatan yang ada di ruang X Rumah Sakit Y.

Tabel 10.14 Daftar Alat Kesehatan Ruang X RS Y

No	Nama barang	Jumlah	Kondisi	Ideal	Usulan
1.	Stetoskop	5 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
2.	Hb meter	2 buah	Baik	2/ruangan	-
3.	Urometer	2 buah	Baik	2/ruangan	-
4.	Lemari Es	1 buah	Baik	1/ruangan	-
5.	Com stainless	4 buah	Baik	3/ruangan	dikurangi
6.	Tabung O ₂	5 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
7.	Senter	2 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
8.	Bak injeksi	8 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
9.	Ember sampah pasien	3 buah	Baik	1:1	ditambah 22
10.	Papan tulis/white board	2 buah	Baik	1/ruangan	dikurangi
11.	Lemari kaca	2 buah	Baik	1/ruangan	dikurangi
12.	Lemari besi	1 buah	Baik	1/ruangan	-
13.	Tensimeter	5 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
14.	Pinset anatomis	10 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
15.	Pinset cirurgis	10 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
16.	Gunting nekrotomi	10 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
17.	Gunting perban	3 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
18.	Korentang dan tempat	5 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
19.	Bengkok	10 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
20.	Suction	2 buah	Baik	2/ruangan	-

bersambung

No	Nama barang	Jumlah	Kondisi	Ideal	Usulan
21.	Telepon	1 buah	Baik	1/ruangan	-
22.	Komputer	1 set	Baik	1/ruangan	-
23.	Alat pemadam kebakaran	1 buah	Baik	1/ruangan	-
24.	Lemari obat	1 buah	Baik	2/ruangan	-
25.	Lampu darurat	2 buah	Baik	2/ruangan	-
26.	Sprit gliserin	1 buah	Baik	2/ruangan	ditambah 1
27.	Kereta obat	4 buah	Baik	1/ruangan	dikurangi
28.	Standar baskom	5 buah	Baik	2/ruangan	dikurangi
29.	Standar infus	10 buah	Baik	1:1	ditambah 15
30.	Ambu bag	1 buah	Baik	1/ruangan	-
31.	Kursi Lipat	10 buah	2 rusak	5/ruangan	dikurangi
32.	Manometer O ₂ lengkap	2 buah	Baik	2/ruangan	-
33.	Standar O ₂	1 buah	Baik	2/ruangan	ditambah 1
34.	Termometer	5 buah	1 rusak	5/ruangan	ditambah 1

4. *Consumable* (obat-obatan dan bahan habis pakai).
5. Administrasi penunjang—RM.
 - a. Buku Injeksi.
 - b. Buku Observasi.
 - c. Lembar Dokumentasi.
 - d. Buku Observasi Suhu dan Nadi.
 - e. Buku Timbang Terima.
 - f. SOP.
 - g. SAK.
 - h. Buku visite.
 - i. Buku Dalin.
 - j. *Leaflet*.

Angket M2 (Material)—Sarana dan Prasarana

Petunjuk pengisian: Berilah tanda (✓) pada jawaban pilihan Anda.

No.	PERTANYAAN
1.	Apakah tata letak gedung ruangan sudah sesuai dengan standar pelayanan?
2.	Apakah fasilitas di ruangan Anda sudah lengkap untuk perawatan pasien sesuai dengan standar yang berlaku?
3.	Apakah peralatan kesehatan di ruangan Anda sudah lengkap untuk perawatan pasien?
4.	Apakah jumlah alat yang tersedia sesuai dengan rasio pasien? Apakah Anda berencana untuk menambah peralatan perawatan?
5.	Apakah semua perawat mengerti cara menggunakan semua alat-alat perawatan?
6.	Apakah persediaan <i>consumable</i> (alat habis pakai) selalu tersedia sesuai yang dibutuhkan pasien?
7.	Apakah administrasi penunjang yang dimiliki sudah memadai?

M3–Method: Metode Asuhan Keperawatan

Fokus pengkajian M3 (*Methods*) sebagaimana tertulis pada data fokus berikut ini.

Tabel 10.15 Data Fokus Metode Pengumpulan Data M3 (*Methods*)

No.	METODE	DATA FOKUSYANG DINILAI
1	Penerapan MAKP	<p>Contoh Metode TIM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mekanisme pelaksanaan. <ol style="list-style-type: none"> a. Ketua Tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. b. Komunikasi efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin. c. Anggota Tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. - Tupoksi (Tanggung jawab Ketua Tim). <ol style="list-style-type: none"> a. Membuat perencanaan. b. Membuat penugasan, supervisi, dan evaluasi. c. Mengenal atau mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien. d. Mengembangkan kemampuan anggota. e. Menyelenggarakan konferensi. - Tanggung jawab Anggota Tim. <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggung jawabnya. b. Kerja sama dengan anggota tim dan antar tim. c. Memberikan laporan. - Tanggung jawab Kepala Ruang. <ol style="list-style-type: none"> a. Perencanaan. b. Pengorganisasian. c. Pengarahan. d. Pengawasan.
2.	Timbang Terima	<ul style="list-style-type: none"> - Persiapan (Pra) <ol style="list-style-type: none"> a. Timbang terima dilaksanakan setiap pergantian <i>sif</i>/operan. b. Semua pasien baru masuk dan pasien yang dilakukan timbang terima khususnya pasien baru masuk dan pasien yang memiliki permasalahan yang belum teratasi. c. Semua sarana prasarana terkait pelayanan keperawatan dilaporkan dan dioperkan. - Pelaksanaan di <i>nurse station</i> dan di <i>bed</i> pasien. <ol style="list-style-type: none"> a. Kedua kelompok dinas sudah siap. b. Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan. c. Kepala ruang membuka acara timbang terima. d. Perawat yang sedang jaga menyampaikan timbang terima kepada perawat berikutnya. e. Perawat <i>sif</i> dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab, dan validasi. f. Melakukan validasi keliling ke <i>bed</i> pasien. - Pasca. <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusi/klarifikasi. b. Pelaporan untuk timbang terima dituliskan secara langsung tanda tangan pergantian <i>sif</i> serta penyerahan laporan. c. Ditutup oleh kepala ruangan.

bersambung

No.	METODE	DATA FOKUS YANG DINILAI
3.	Ronde keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> - Persiapan (Pra). <ol style="list-style-type: none"> a. Menentukan kasus dan topik. b. Menentukan tim ronde. c. Mencari sumber atau literatur. d. Mempersiapkan pasien: <i>informed consent</i>. e. Membuat proposal (Studi Kasus/resume keperawatan). - Pelaksanaan. <ol style="list-style-type: none"> a. Penjelasan/penyajian tentang pasien oleh perawat yang mengelola pasien. b. Diskusi antar anggota tim tentang kasus tersebut. c. Ke bed pasien, perawat lain/konselor/tim kesehatan lainnya melakukan pemeriksaan/validasi dengan cara observasi; membaca status/dokumen lainnya; dan menanyakan. - Pasca di <i>nurse station</i>. <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian justifikasi oleh perawat tentang data, masalah pasien, rencana, tindakan yang akan dilakukan dan kriteria evaluasi. b. Kesimpulan dan rekomendasi untuk asuhan keperawatan selanjutnya oleh Kepala Ruang/pimpinan ronde.
4.	Pengelolaan Logistik dan Obat	<p>Penerimaan resep/obat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penanggung jawab pengelolaan obat adalah kepala ruang yang dapat didelegasikan kepada staf yang ditunjuk (perawat primer atau ketua Tim). - Ke <i>bed</i> pasien/keluarga; Penjelasan dan permintaan persetujuan tentang sentralisasi obat. - Format sentralisasi obat berisi: nama, no. register, umur, ruangan. <p>Pemberian obat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan 6 tepat (pasien, obat, dosis, cara, waktu, dokumentasi) dan IW (Waspada/monitoring). <p>Penyimpanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mekanisme penyimpanan. <ol style="list-style-type: none"> a. Obat yang diterima dicatat dalam buku besar persediaan atau dalam kartu persediaan. b. Periksa persediaan obat, pemisahan antara obat untuk penggunaan oral dan obat luar.
5.	Penerimaan Pasien Baru	<ul style="list-style-type: none"> - Persiapan. - Pelaksanaan. <p>Penjelasan tentang 3P.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengenalan kepada pasien, tenaga kesehatan lain. 2) Peraturan rumah sakit. 3) Penyakit termasuk sentralisasi obat. - Penandatanganan penjelasan.
6.	<i>Discharge Planning</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Persiapan. <p>Mengidentifikasi kebutuhan pemulangan pasien, kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang, antara lain: pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit; kebutuhan psikologis; bantuan yang diperlukan pasien, pemenuhan kebutuhan aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, minum, eliminasi, dan lain-lain; sumber dan sistem yang ada di masyarakat; sumber finansial; fasilitas saat di rumah; kebutuhan perawatan dan supervisi di rumah.</p> - Pelaksanaan: dilakukan secara kolaboratif serta disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada.

No.	METODE	DATA FOKUSYANG DINILAI
7.	Supervisi	<ul style="list-style-type: none"> - Prasupervisi. Supervisi dilakukan oleh kepala ruang terhadap kinerja dari tim (ketua dan anggota) dan atau Perawat Primer dalam melaksanakan ASKEP - Pelaksanaan supervisi dilihat aspek; tanggung jawab, kemampuan, dan kepatuhan dalam menjalankan delegasi - Pascasupervisi-3F: <ol style="list-style-type: none"> a. penilaian (<i>fair</i>), b. <i>feedback</i> dan klarifikasi, c. <i>reinforcement</i> dan <i>follow up</i> perbaikan.
8.	Dokumentasi	<ul style="list-style-type: none"> - Format model dokumentasi yang digunakan (pengkajian dan catatan asuhan keperawatan). - Pengisian dokumentasi: legalitas, lengkap, akurat, relevan, baru (LLARB).

Angket M3–1 MAKP

Pertanyaan	Jawaban
Model asuhan keperawatan yang digunakan.	
1. Apakah model asuhan keperawatan yang digunakan perawat di ruangan saat ini?	
2. Apakah Anda mengerti/memahami dengan model asuhan keperawatan yang digunakan saat ini?	
3. Menurut Anda, apakah model tersebut cocok digunakan di ruangan Anda?	
4. Apakah model yang digunakan sesuai dengan visi dan misi ruangan?	
Efektifitas dan efisiensi model asuhan keperawatan.	
1. Apakah dengan menggunakan model saat ini menjadikan semakin pendek lama rawat inap bagi pasien? Rerata hari rawat berapa?	
2. Apakah terjadi peningkatan kepercayaan pasien terhadap ruangan?	
3. Apakah model yang digunakan saat ini tidak menyulitkan dan memberikan beban berat kerja bagi Anda?	
4. Apakah model saat ini tidak memberatkan dalam pembiayaan?	
5. Apakah model yang digunakan mendapat banyak kritikan dari pasien pada ruangan?	
Pelaksanaan model asuhan keperawatan.	
1. Apakah telah terlaksana komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lain? Jelaskan!	
2. Apakah kontinuitas rencana keperawatan terlaksana?	
3. Apakah Anda menjalankan kegiatan sesuai tupoksi?	
Tanggung jawab dan pembagian tugas.	
1. Apakah <i>job description</i> untuk Anda selama ini sudah jelas?	
2. Jelaskan tugas Anda sesuai dengan model asuhan keperawatan yang saat ini digunakan ruangan?	
3. Apakah Anda mengenal atau mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan?	

Angket M3–2 Timbang Terima.

1. Berapa kali timbang terima dilakukan di ruangan Anda?
 - a. 1 kali, pukul?
 - b. 2 kali, pukul?
2. Apakah timbang terima telah dilaksanakan tepat waktu?
Apakah timbang terima dihadiri oleh semua perawat yang berkepentingan?
3. Siapa yang memimpin kegiatan timbang terima?
4. Adakah yang harus dipersiapkan dalam pelaksanaan timbang terima?
5. Tahukah Anda, apa saja yang harus disampaikan dalam pelaporan timbang terima?
6. Apakah ada buku khusus untuk mencatat hasil laporan timbang terima?
7. Apakah ada kesulitan dalam mendokumentasikan laporan timbang terima?
8. Apakah ada interaksi dengan pasien saat timbang terima berlangsung?
9. Tahukah Anda, bagaimana teknik pelaporan timbang terima ketika berada di depan pasien?
10. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengunjungi masing-masing pasien?
11. Tahukah Anda, bagaimana persetujuan atau penerimaan timbang terima?
12. Apakah Anda (sif pengganti) dievaluasi kesiapannya oleh kepala ruangan?

Angket M3–3 Ronde Keperawatan.

1. Apakah ruangan ini mendukung adanya kegiatan ronde keperawatan?
2. Apakah sebagian besar perawat di ruang Saudara mengerti adanya ronde keperawatan?
3. Apakah pelaksanaan ronde keperawatan di ruangan ini telah optimal?
4. Berapa kali ronde keperawatan dilaksanakan dalam 1 bulan?
5. Apakah keluarga pasien mengerti tentang adanya ronde keperawatan?
6. Apakah tim dalam pelaksanaan kegiatan ronde keperawatan telah dibentuk?
7. Apakah tim yang dibentuk telah mampu melaksanakan kegiatan ronde dengan optimal?

Angket M3–4 Sentralisasi Obat.

Pertanyaan	Jawaban
Pengadaan sentralisasi obat	
1. Apakah yang Anda ketahui tentang sentralisasi obat?	
2. Apakah di ruangan Anda ini terdapat sentralisasi obat?	
3. Jika Ya, apakah sentralisasi obat yang ada sudah dilaksanakan secara optimal?	
4. Jika Tidak, menurut Anda apakah di ruangan ini perlu diadakan sentralisasi obat? (Untuk yang menjawab, ini pertanyaan terakhir).	
5. Apakah selama ini Anda pernah diberi wewenang dalam urusan sentralisasi obat?	
6. Apakah ada format daftar pengadaan tiap-tiap macam obat (oral-injeksi-supositoria-infus-insulin-obat gawat darurat)?	

 Efektivitas dan efisiensi model asuhan keperawatan.

1. Apakah dengan menggunakan model saat ini menjadikan semakin pendek lama rawat inap bagi pasien? Rerata hari rawat berapa?
 2. Apakah terjadi peningkatan kepercayaan pasien terhadap ruangan?
 3. Apakah model yang digunakan saat ini tidak menyulitkan dan memberikan beban berat kerja bagi Anda?
 4. Apakah model saat ini tidak memberatkan dalam pembiayaan?
 5. Apakah model yang digunakan mendapat banyak kritikan dari pasien pada ruangan?
-

Alur penerimaan obat.

1. Apakah selama ini ada format persetujuan sentralisasi obat dari pasien/keluarga pasien?
 2. Bagaimana proses penerimaan obat dari pasien/keluarga pasien?
-

Cara penyimpanan obat.

1. Apakah di ruangan ini terdapat ruangan khusus untuk sentralisasi obat?
 2. Bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana pendukung sentralisasi obat?
 3. Apakah selama ini Anda memisahkan kepemilikan antarobat-obat pasien?
 4. Apakah selama ini Anda memberi etiket dan alamat pada obat-obat pasien?
-

Cara penyiapan obat.

1. Apakah selama ini sebelum memberikan obat kepada pasien Anda selalu menginformasikan jumlah kepemilikan obat yang telah digunakan?
 2. Apakah ada format tiap jenis obat sebelum Anda memberikan obat ke pasien?
-

Angket M3–5 Supervisi (bisa menggunakan penilaian 1–4).

1. Apakah Anda mengerti tentang supervisi?
Jelaskan!
2. Apakah supervisi telah dilakukan di ruangan?
3. Berapa kali supervisi dilakukan?
4. Siapakah yang melakukan supervisi?
Jelaskan!
5. Bagaimana alur supervisi yang ada di ruangan?
Jelaskan!
6. Adakah format baku untuk supervisi setiap tindakan?
Sebutkan format yang ada!
7. Apakah format untuk supervisi sudah sesuai dengan standar keperawatan?
Jelaskan!
8. Apakah alat (instrumen) untuk supervisi tersedia secara lengkap?
Jelaskan jika tidak!
9. Apakah hasil dari supervisi disampaikan kepada perawat?

10. Apakah selalu ada *feed back* dari supervisor untuk setiap tindakan?
Jelaskan!
11. Apakah Anda puas dengan hasil dari *feedback* tersebut?
12. Apakah ada *follow up* untuk setiap hasil dari supervisi?
Jelaskan!
13. Apakah Anda menginginkan perubahan untuk setiap tindakan sesuai dengan hasil perbaikan dari supervisor?
14. Apakah Anda pernah mendapatkan pelatihan dan sosialisasi tentang supervisi?

Angket M3–6 Penerimaan Pasien Baru (PPB).

1. Apakah yang Anda berikan saat melakukan penerimaan pasien baru?
Jelaskan:
2. Apakah Anda bersedia melakukan PPB?
3. Apakah sudah ada pembagian tugas tentang PPB?
4. Apakah sudah ada pemberian brosur/*leaflet* saat melakukan PPB?
5. Bagaimana teknik yang digunakan saat pemberian PPB pada pasien?
 - a. Lisan.
 - b. Tertulis.
 - c. Lisan dan tertulis.
6. Apakah setiap selesai melakukan PPB, Anda melakukan pendokumentasian?

Angket M3–7 *Discharge Planning*

1. Apakah Anda mengerti tentang *discharge planning*?
Jelaskan!
2. Apakah yang Anda berikan saat melakukan *discharge planning*?
Jelaskan!
3. Apakah Anda bersedia melakukan *discharge planning*?
4. Kapan Anda melakukan *discharge planning*?
 - a. Mulai pasien masuk RS sampai pasien akan keluar RS.
 - b. Saat pasien masuk RS.
 - c. Saat pasien akan keluar RS.
5. Apakah sudah ada pembagian tugas tentang *discharge planning*?
6. Bagaimana operasional pemberian tugas *discharge planning* oleh kepala ruangan?
Jelaskan!
7. Apakah sudah ada pemberian brosur/*leaflet* saat melakukan *discharge planning*?
8. Bagaimana teknik yang digunakan saat pemberian *discharge planning* pada pasien?
 - a. Lisan.
 - b. Tertulis.
 - c. Lisan dan tertulis.

9. Bahasa apa yang digunakan saat melakukan *discharge planning*?
 - a. Bahasa Indonesia.
 - b. Bahasa Jawa.
 - c. Bahasa lain, sebutkan.
10. Apakah bahasa yang Anda gunakan dalam melakukan *discharge planning*, mengalami kesulitan untuk dipahami pasien?
11. Apakah setiap selesai melakukan *discharge planning*, Anda melakukan pendokumentasian dari *discharge planning* yang telah Anda lakukan?

Angket M3–7 Dokumentasi Keperawatan

1. Model dokumentasi keperawatan apa yang digunakan di ruang Saudara saat ini? Jelaskan!
Apakah sudah ada format pendokumentasian yang baku di ruang interna ini?
2. Apakah Anda sudah mengerti cara pengisian format dokumentasi tersebut dengan benar dan tepat?
Jika sudah mengerti, tolong Anda jelaskan dengan singkat!
Apakah menurut Anda format yang digunakan ini bisa membantu (memudahkan) perawat dalam melakukan pengkajian pada pasien?
3. Apakah Anda sudah melaksanakan pendokumentasian dengan tepat waktu (segera setelah melakukan tindakan)?
4. Apakah menurut Anda model dokumentasi yang digunakan ini menambah beban kerja perawat?
5. Apakah menurut Anda model dokumentasi yang digunakan ini menyita banyak waktu perawat?

M4–Money

Difokuskan pada berikut.

1. Pemasukan.
2. RAB, yang meliputi dana untuk kegiatan berikut.
 - a. Operasional (kegiatan pelayanan).
 - b. Manajemen (pembayaran pegawai, listrik, air, telepon, dan lainnya).
 - c. Pengembangan (sarana prasarana dan sumber daya manusia).

M5–Mutu

1. *Patient safety* (*medication error, flebitis, dicubitus, jatuh, restrains, injuri, ILO, INOS*).
2. Kepuasan pasien.
3. Kenyamanan.
4. Kecemasan.
5. Perawatan diri.
6. Pengetahuan/perilaku pasien.

Angket Mutu (bisa dilihat pada bagian kualitas pelayanan keperawatan, bab lain pada buku ini).

Contoh: Penerapan Pengukuran Mutu

M5-Mutu: Kualitas Pelayanan Keperawatan

Pelanggan yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan di RS X Surabaya di ruang Y sebagian besar berasal dari luar Surabaya. Berdasarkan data bulan Maret, terdapat usia pelanggan yang bervariasi pada kisaran usia antara 10–80 tahun. Mayoritas pelanggan, berusia 60–70 tahun (sebanyak 17 orang). RS X merupakan rumah sakit tipe A sebagai rumah sakit pendidikan dengan fasilitas sarana dan prasarana yang menunjang. Di lain pihak perawat tidak memiliki tugas khusus sebagai tim marketing secara langsung untuk mencari pelanggan dalam mencari pelayanan jasa kesehatan. Perawat memberikan pelayanan seoptimal mungkin dengan memberikan perawatan secara paripurna, sehingga pelayanan diruangan layak untuk dipromosikan sebagai bahan pemasaran untuk mencari pelanggan. Perawat ruang Bedah X telah melakukan perbaikan di berbagai aspek yaitu dari perbaikan bangunan dan fasilitas, dan peningkatan mutu sumber daya manusia dari pengetahuan dan *soft skill*.

Mutu Pelayanan Keperawatan

Ruang X Rumah Sakit Y Surabaya telah menerapkan upaya penjaminan mutu perawatan pasien, di mana terdapat beberapa aspek penilaian penting, di antaranya sebagai berikut.

Keselamatan Pasien (Patient Safety)

Berdasarkan Sasaran keselamatan pasien (SKP) yang dikeluarkan oleh Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (Kemenkes, 2011) dan JCI Accreditation, maka sasaran tersebut meliputi 6 elemen berikut.

- Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien.
- Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif.
- Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*).
- Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi.
- Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
- Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh.

Sasaran I: Ketepatan identifikasi pasien, meliputi standar berikut.

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.

2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis (lihat juga).
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
5. Kebijakan dan prosedur mendukung praktik identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif (SBAR)

1. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
2. Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
4. Kebijakan dan prosedur mendukung praktik yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*)

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengatur identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.
2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan.
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
5. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (*restrict access*).

Sasaran IV: Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan/pemberian tanda.
2. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/benar, dan fungsional.
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat/mendokumentasikan prosedur *sign in* (sebelum induksi); “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan dan *sign out* (sebelum meninggalkan kamar operasi).
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses guna memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk

prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang baru-baru ini diterbitkan dan sudah diterima secara umum (antara lain dari WHO *Patient Safety*).
2. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mendukung pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Sasaran VI: Pengurangan risiko pasien jatuh

1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan pengkajian ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.
4. Kebijakan dan/atau prosedur mendukung pengurangan berkelanjutan dari risiko cedera pasien akibat jatuh di rumah sakit.

Berikut adalah penerapan beberapa parameter pengukuran keselamatan pasien yang bisa digunakan di rumah sakit. Parameter secara lengkap bisa dilihat pada halaman lain pada buku ini.

1. Angka kejadian jatuh.

Dari data hasil didapatkan bahwa 100% pasien tidak mengalami jatuh selama dilakukan perawatan oleh perawat ruangan. Meskipun sebagian pasien mempunyai risiko jatuh, akan tetapi dari hasil tabulasi menunjukkan tidak ada pasien yang mengalami jatuh.

2. Kesalahan pengobatan (*Medication error*).

Kejadian kesalahan pemberian obat yang meliputi tidak tepat obat, tidak tepat cara pemberian, tidak tepat dosis, tidak tepat pasien, tidak tepat waktu pemberian dan tidak waspada terhadap efek pemberian obat tidak terjadi selama periode bulan Januari–Maret, pemberian obat dilakukan secara benar sesuai indikasi yang diberikan oleh dokter.

Angka KTD dalam pemberian obat pada tanggal 23 April:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena KTD dalam pemberian obat} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}}$$

$$\frac{0 \times 100\%}{36} = 0\%$$

Angka KNC dalam pemberian obat pada tanggal 23 April:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena KNC dalam pemberian obat} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}}$$

$$\frac{0 \times 100\%}{36} = 0\%$$

3. Angka kejadian flebitis

Kejadian flebitis, pada bulan Januari–Maret tercatat 129 pasien yang terpasang intravena line (IVL). Dari 129 pasien yang terpasang IVL, tidak ada yang terjadi kejadian flebitis (0%).

4. Angka kejadian dekubitus.

Kejadian dekubitus, dari data yang didapatkan selama Maret tidak terdapat pasien yang mengalami dekubitus (0%) dari total 61 pasien MRS yang mengalami immobilisasi di ruang bedah X.

5 Lain-lain.

Upaya pengurangan infeksi nosocomial (INOS).

Indikator penilaian INOS:

a. ILO (tidak terjadi) selama Januari–Maret:

- 1) luka bersih: 28 orang;
- 2) bersih kontaminasi: 101 orang;
- 3) kontaminasi: tidak ada;
- 4) kotor: tidak ada.

b. ISK: total pasien yang menggunakan kateter sebanyak 89 pasien dan lama pemakaian kateternya selama 617 hari. Dari 89 pasien, tidak terdapat infeksi saluran kemih (0%).

Kepuasan

1. Tingkat kepuasan pasien.

Berikut akan dipaparkan mengenai kepuasan pasien terhadap kinerja perawat. Pelaksanaan evaluasi menggunakan kuesioner yang berisi 20 soal berbentuk pertanyaan pilihan. Pertanyaan pilihan mencakup pemberian penjelasan setiap prosedur tindakan, dan sikap perawat selama memberikan asuhan keperawatan. Dari hasil kuesioner tentang *Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Perawat* yang dibagikan kepada 24 responden secara umum menyatakan bahwa pelayanan perawat di Ruang Bedah X puas yaitu sebanyak 20 orang (76–100%). Sebanyak 4 orang (56–75%) menyatakan pelayanan perawat di Ruang Bedah X cukup puas.

Untuk tingkat kepuasan pasien kelolaan (10 pasien) didapatkan 7 orang (70%) menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan dan sisanya 3 orang (30%) menyatakan cukup puas. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien di ruang bedah X terhadap kinerja perawat adalah puas.

2. Tingkat kepuasan perawat.

Berikut adalah hasil tingkat kepuasan perawat terhadap hasil kinerja selama menjadi perawat di RS Dr. Soetomo Surabaya. Dari total 11 perawat yang menjadi responden, 1 diantaranya (11,11%) menyatakan sikap puas, 6 responden (66,67%) menyatakan cukup puas dan 2 responden (22,22%) menyatakan kurang puas. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepuasan perawat terhadap hasil kinerja di ruang bedah X adalah cukup puas.

3. Perawatan diri.

Tabel 10.16 Kategori Tingkat Kemandirian Pasien Kelolaan pada tanggal 23 April berdasarkan indeks KATZ

Kategori	Deskripsi	Jumlah Pasien
A	Mandiri dalam hal makan, BAK/BAB, mengenakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi	5
B	Mandiri semuanya, kecuali salah satu dari fungsi di atas	2
C	Mandiri, kecuali mandi dan salah satu dari fungsi di atas	-
D	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu dari fungsi di atas	-
E	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu dari fungsi di atas	-
F	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu dari fungsi di atas	2
G	Ketergantungan untuk semua fungsi di atas	1
Total		10

Presentase kebutuhan perawatan diri pasien kelolaan tanggal 23 April

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang kurang pengetahuan} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}}$$

$$\frac{2 \times 100\%}{10} = 20\%$$

4. Kenyamanan.

Angka penanganan nyeri pada pasien kelolaan tanggal 23 April.

Presentase pasien nyeri yang terdokumentasi dalam askep:

$$\frac{\text{Jumlah total pasien nyeri yang terdokumentasi} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}}$$

$$\frac{2 \times 100\%}{10} = 20\%$$

5. Kecemasan.

Berdasarkan hasil penyebaran kuisioner dari Skala Peringkat Kecemasan Diri Zung Self pada pasien kelolaan tanggal 23 April didapatkan 80% pasien normal/ tidak cemas dan hanya 20% yang mengalami kecemasan berat.

6. Pengetahuan.

Pengetahuan tentang perawatan penyakit pada pasien kelolaan tanggal 23 April:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang kurang pengetahuan} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}}$$

$$\frac{4 \times 100\%}{10} = 40\%$$

ALOS (Average Length of Stay???)

1. ALOS secara umum.

Lama rawat inap pasien di ruang bedah X mulai bulan Januari sampai April rata-rata 6–10 hari dengan presentase 30% dari total pasien 230 orang.

2. ALOS secara khusus.

Lama rawat inap pasien diruang bedah X berdasarkan divisi medis yaitu sebagai berikut.

a. Urologi.

Lama rawat inap pasien di ruangan bedah X mulai bulan Januari sampai April pada divisi urologi rata-rata 6–10 hari dengan presentase 30,16% dari total pasien 126 orang.

b. Digestif.

Lama rawat inap pasien di ruangan bedah X mulai bulan Januari sampai April pada divisi digestif rata-rata 6–10 hari dengan presentase 26,67% dari total pasien 45 orang.

c. Bedah plastik.

Lama rawat inap pasien di ruangan bedah X mulai bulan Januari sampai April pada divisi bedah plastik rata-rata 6–10 hari dengan presentase 59,14% dari total pasien 7 orang.

Langkah 2: Analisis SWOT

Perencanaan Strategis

1. Pengertian Perencanaan Strategis.

Supriyanto dan Damayanti (2007) menjelaskan perencanaan strategis merupakan bagian dari manajemen strategi, yang memiliki arti suatu perencanaan sebagai tindakan adaptif atau penyesuaian terhadap tuntutan atau masalah atau perubahan yang ada di lingkungan organisasi sehingga organisasi dapat melakukan tindakan adaptif dalam tuntutan perubahan.

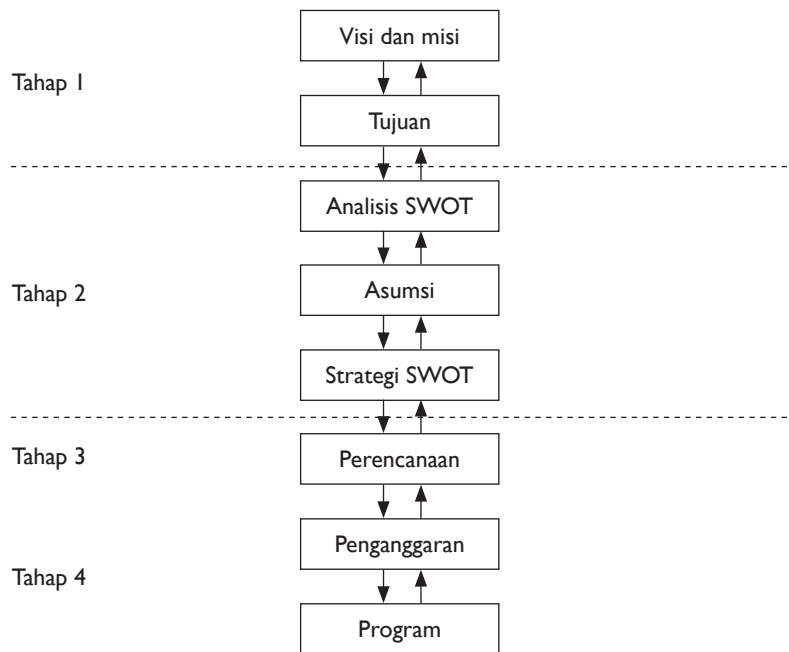
Perencanaan strategis adalah proses sistematis yang disepakati oleh suatu organisasi dalam membangun keterlibatan di antara *stakeholder* utama tentang prioritas bagi misi dan tanggap terhadap lingkungannya.

Perencanaan jangka panjang yang di dalamnya terdapat kesepakatan misi dan tujuan perusahaan, sehingga membagi perencanaan strategis meliputi tahap inisiasi proses, aturan tujuan, arti dan akhir dari hubungan, penjelasan dari perencanaan strategis dan tingkat kepuasan yang terintegrasi.

2. Penyusunan Perencanaan Strategis.

Proses perencanaan strategis menurut meliputi tiga tahap yaitu (1) perumusan, yang meliputi pembagian misi, penentuan tujuan utama, penilaian lingkungan eksternal dan internal dan evaluasi serta pemilihan alternatif; (2) penerapan; dan (3) pengendalian.

Supriyanto (2011) menjelaskan perencanaan strategis dimulai dari visi, kemudian disusun rencana strategis dan dilanjutkan rencana operasional. Dalam strategi dapat dimulai dengan menetapkan tujuan jangka panjang dan pendek kemudian disusun rencana operasional. Secara skematis tahapan perencanaan strategis dapat digambarkan sebagai berikut untuk tahap 1 dan 2 adalah perencanaan strategis dan tahap 3 dan 4 adalah perencanaan operasional.



Figur 10.2 Proses Perumusan Perencanaan Strategis (Supriyanto, 2011)

Dalam perencanaan strategis dilakukan analisis strategis yakni dapat menggunakan strategi SWOT, dengan dasar pemikiran S dan W ada pada organisasi dan O dan T ada di lingkungan organisasi. *Strengths* dan *weakness* dari faktor internal dapat meliputi: biaya produksi, keterampilan market, sumber daya keuangan, ketersediaan teknologi, reputasi, dan lain-lain. *Opportunities* dan *threats* dari faktor eksternal dapat meliputi kebiasaan, budaya, umur, jenis kelamin, perkembangan teknologi, kebijakan politik, pesaing, dan lain-lain. Untuk menyusun rencana strategi dapat digambarkan dalam bentuk table berikut.

Tabel 10.17 Penyusunan Strategi SWOT

Internal Eksternal	Kekuatan	Kelemahan
	Strategi: Menangkap peluang dengan kekuatan yang dimiliki.	Strategi: Menangkap peluang dengan mengurangi kelemahan yang dimiliki
Peluang		

Ancaman, tantangan	Strategi: Mengurangi/menghilangkan ancaman dengan kekuatan yang dimiliki	Strategi: Mengurangi pengaruh ancaman dengan menambah kekuatan, mengurangi kelemahan
--	--	---

3. Indikator Perencanaan Strategis.

Supriyono dan Damayanti (2007) menyatakan bahwa perencanaan strategis yang berhasil efektif dan efisien dapat didasarkan pada (1) pemahaman, visi, misi, tujuan organisasi (2) pemahaman lingkungan eksternal organisasi (peluang dan ancaman) (3) pemahaman kemampuan sumber daya internal (kekuatan dan kelemahan) (4) penguasaan manajemen efektif, dan dapat dipengaruhi oleh budaya organisasi.

4. Faktor yang Memengaruhi Perencanaan Strategis.

Menurut Asmarani (2006) ada tiga faktor yang memengaruhi perencanaan strategis, di antaranya faktor manajerial, faktor lingkungan, dan kultur organisasi.

1) Faktor Manajerial.

Kemampuan atau kompetensi manajerial dalam perencanaan strategis dapat menentukan derajat keberhasilan perencanaan strategis. Hal tersebut sebagaimana Hopkins (1997), dalam Asmarani (2006) yang menyatakan faktor personalitas manajerial berpengaruh pada perencanaan strategis, kemudian juga menduga adanya keterlibatan manajemen dalam perencanaan strategis karena pemahaman untuk meyakinkan bahwa proses perencanaan strategis dilaksanakan secara komprehensif, sangat sedikit, atau tidak ada perhatian tergantung apakah manajemen memiliki keahlian untuk menjalankan proses.

Keahlian dalam perencanaan strategis ini termasuk di dalamnya adalah pengetahuan dan keahlian untuk penerapan perencanaan strategis. Kemudian Hopkins (1997) mengembangkan dua variabel utama, yaitu faktor personalitas manajerial yaitu keyakinan terhadap adanya hubungan perencanaan jinerja dan keahlian perencanaan strategis.

Keyakinan terhadap hubungan perencanaan strategis dan kinerja didefinisikan sebagai seberapa besar keyakinan pimpinan organisasi/institusi terhadap perencanaan strategis dapat meningkatkan kinerja organisasi/institusi. Keahlian dalam perencanaan strategis adalah pengetahuan dan keahlian pimpinan organisasi/institusi untuk menerapkan perencanaan strategis (Asmarani, 2006).

2) Faktor Lingkungan.

Lingkungan dapat memengaruhi perencanaan strategis, karena lingkungan memiliki peran dalam memengaruhi pengambilan keputusan manajerial, proses dan struktur organisasi, untuk itu lingkungan eksternal penting untuk selalu dipantau dan dianalisis. Pengamatan lingkungan merupakan suatu proses penting dalam manajemen yang strategis, sebab pengamatan adalah mata rantai yang pertama dalam rantai tindakan dan persepsi yang memungkinkan suatu organisasi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya.

Dalam beberapa kajian literatur ada beberapa dimensi lingkungan eksternal yang masuk dalam manajemen strategi dan teori organisasi, di antaranya (1) Dukungan lingkungan (*environmental munifence*) adalah sejauh mana sumber daya yang diberikan lingkungan dapat mendukung pertumbuhan dan stabilitas yang diperlukan oleh organisasi. (2) Dinamika lingkungan (*environmental dynamism*) adalah tingkat perubahan yang tidak dapat diprediksi dan sulit direncanakan sebelumnya dalam elemen-elemen lingkungan, seperti sektor pelanggan, pesaing, pemerintah, dan teknologi. (3) Kompleksitas lingkungan (*environmental complexity*) adalah heterogenitas dari rangkaian aktivitas-aktivitas lingkungan (Asmarani, 2006).

3) Budaya Organisasi.

Budaya organisasi dapat menjadi alat praktis manajemen yang mampu mendukung adanya perubahan strategis. Budaya mencakup nilai, aturan, kepercayaan di dalamnya yang membentuk perilaku, sikap yang menguntungkan (Asmarani, 2006) sehingga budaya organisasi dapat memengaruhi komitmen terhadap organisasi yang tentu berdampak pada perencanaan strategis. Budaya juga merupakan dasar dari seluruh faktor manajemen sumber daya manusia. Ini juga memengaruhi perilaku yang merujuk pada hasil yaitu, komitmen, motivasi, moral, dan kepuasan.

Analisis SWOT

Pada Analisis SWOT ada beberapa hal yang perlu diperhatikan.

1. Pengisian Item IFAS dan EFAS.

Cara pengisian faktor IFAS dan EFAS disesuaikan dengan komponen yang ada dalam pengumpulan data (bisa merujuk pada data fokus dan contoh pengumpulan data pada bagian lain di dalam buku ini). Data tersebut dibedakan menjadi 2, yaitu IFAS (*internal factors*) yang meliputi aspek *Weakneses dan Strength* dan faktor EFAS (*external factors*) yang meliputi aspek *Opportunity dan Threatened*.

2. Bobot.

Beri Bobot masing-masing faktor mulai 1,0 (paling penting) sampai dengan 0,0 tidak penting, berdasarkan pengaruh faktor tersebut terhadap strategi perusahaan.

3. Peringkat (*Rating*).

Hitung peringkat masing-masing faktor dengan memberikan skala mulai dari 4 (sangat baik) sampai dengan 1 (kurang/*poor*) berdasarkan pengaruh faktor tersebut. Data *rating* didapatkan berdasarkan hasil pengukuran baik secara observasi, wawancara, pengukuran langsung. Faktor *Strength* dan *Opportunity* menggambarkan nilai kinerja positif, sebaliknya faktor *Weakneses* dan *Threatened*. menggambarkan nilai kinerja yang negatif. Kemudian, kalikan Bobot dengan *rating* untuk mendapatkan nilai masing-masing faktor.

Contoh Analisis SWOT

Tabel 10.18 Analisis SWOT Ruang X.RS Y

NO	ANALISIS SWOT	BOBOT	RATING	BOBOT x RATING
I.	<p>Sumber Daya Manusia (Man)</p> <p>a. Internal Faktor (IFAS). Strength.</p> <ol style="list-style-type: none"> Adanya sistem pengembangan staf berupa pelatihan dan sebanyak 96% perawat telah mengikuti pelatihan (misalnya PKRS, LSH, Manajemen, Audit, CI). Jenis ketenagaani: <ol style="list-style-type: none"> S-1 Kep: 4 orang D-3 Kep: 19 orang Pekarya kesehatan: 7 org PRT: 3 orang TU: 2 orang Masa kerja > 15 tahun sebanyak 4 orang, 5-15 tahun sebanyak 7 orang sedangkan < 5 tahun sebanyak 12 orang. Adanya pelatihan perawat <p>TOTAL</p>	0,3 0,3 0,2 0,2 	3 3 4 4	0,9 0,9 0,8 0,8 3,4
	<p>Weakness.</p> <ol style="list-style-type: none"> Beban kerja perawat di ruangan cukup tinggi. Sebagian perawat belum mengikuti pelatihan MAKP. Kurangnya kesejahteraan perawat. <p>TOTAL</p>	0,5 0,3 0,2 	4 3 3	2 0,9 0,6 3,5
	<p>b. Eksternal Faktor (EFAS). Opportunity.</p> <ol style="list-style-type: none"> Adanya program pelatihan/seminar khusus tentang manajemen keperawatan dari diklat. Adanya kesempatan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Adanya kerja sama yang baik antar mahasiswa fakultas keperawatan dengan perawat klinik. Adanya kebijakan pemerintah tentang profesionalisasi perawat. Adanya program akreditasi RS dari pemerintah di mana MAKP merupakan salah satu penilaian. <p>TOTAL</p>	0,2 0,2 0,2 0,2 0,2 	3 2 3 2 3	0,6 0,4 0,6 0,4 0,6 2,6
	<p>Threatened.</p> <ol style="list-style-type: none"> Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk pelayanan yang lebih profesional. Makin tingginya kesadaran masyarakat akan hukum. Makin tingginya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. Persaingan antar-RS yang semakin kuat. Terbatasnya kuota tenaga keperawatan yang melanjutkan pendidikan tiap tahun. <p>TOTAL</p>		3	

S-W
3,4-3,5 = -0,1

<p>2.</p>	<p>Sarana dan Prasarana (M2). a. Internal Faktor (IFAS). Strength. 1. Mempunyai sarana dan prasarana yang memadai untuk pasien, tenaga kesehatan, dan keluarga pasien termasuk sarana prasarana <i>universal precaution</i> untuk perawat. 2. RS pemerintah tipe A sekaligus sebagai RS pendidikan dan rujukan. 3. Terdapat administrasi penunjang (misal: buku injeksi, buku TT, buku visite, SOP, dan lain-lain) yang memadai. 4. Tersedianya <i>nurse station</i>. 5. Pemeliharaan dan perawatan dari sarana dan prasarana penunjang kesehatan sudah ada. TOTAL</p> <p>Weakness. 1. Sarana administrasi penunjang untuk dokumentasi belum dimanfaatkan. 2. Kurangnya kamar mandi yang memadai. TOTAL</p> <p>b. Eksternal Faktor (EFAS). Opportunity. 1. Adanya pengadaan sarana dan prasarana yang rusak dari bagian pengadaan barang (AC, <i>syringe pump</i>). 2. Adanya program pelatihan/seminar khusus tentang pengoperasian alat. TOTAL</p> <p>Threatened. 1. Kesenjangan antara jumlah pasien dengan peralatan yang ada. 2. Makin tinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. 3. Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk melengkapi sarana dan prasarana. TOTAL</p>			
<p>3.</p>	<p>Method (M3) I. MAKP. a. Internal Faktor (IFAS). Strength. 1. RS memiliki visi, misi, dan motto sebagai acuan melaksanakan kegiatan pelayanan. 2. Sudah ada Model MPKP yang digunakan yaitu MPKP primer. 3. Supervisi sudah dilakukan kepala ruangan. 4. Ada kemauan perawat untuk berubah. 5. Mempunyai standar asuhan keperawatan. 6. Mempunyai protap setiap tindakan. 7. Terlaksananya komunikasi yang adekuat: perawat dan tim kesehatan lain. 8. Ketenagaan keperawatan sudah memenuhi syarat untuk MAKP (S-I Keperawatan 4 orang). TOTAL</p>			

	<p>Weakness.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan model MPKP sudah dilaksanakan tetapi sosialisasi kepada semua tim masih kurang. 2. Ada perawat yang tidak puas dengan penerapan MAKP. <p>TOTAL</p> <p>b. Eksternal Faktor (EFAS). Opportunity.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya mahasiswa S-I keperawatan praktik manajemen keperawatan. 2. Ada kebijakan pemerintah tentang profesionalisasi perawat. 3. Adanya kebijakan RS tentang pelaksanaan MAKP. <p>TOTAL</p> <p>Threatened</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persangan dengan rumah sakit swasta yang semakin ketat. 2. Adanya tuntutan masyarakat yang semakin tinggi terhadap peningkatan pelayanan keperawatan yang lebih profesional. 3. Makin tinggi kesadaran masyarakat akan hukum. 4. Makin tinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. 5. Persangan dengan masuknya perawat asing. 6. Bebasnya pers yang dapat langsung menyebarkan informasi dengan cepat.. <p>TOTAL</p>			
4	<p>Sentralisasi Obat.</p> <p>a. Internal Faktor (IFAS). Strength.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya sarana dan prasarana untuk pengelolaan sentralisasi obat. 2. Kepala ruangan mendukung kegiatan sentralisasi obat. 3. Sudah dilaksanakan kegiatan sentralisasi obat oleh perawat berkolaborasi dengan depo farmasi. 4. Adanya kemauan perawat untuk melakukan sentralisasi obat. 5. Adanya buku injeksi dan obat oral bekerja sama dengan depo farmasi. 6. Ada lembar pendokumentasian obat yang diterima di setiap status pasien. <p>TOTAL</p> <p>Weakness.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan sentralisasi obat di Pandan Wangi menggunakan sistem <i>unit dose dispensing</i> (UDD) namun pada praktiknya masih menggunakan <i>one day dose</i> (ODD). <p>TOTAL</p>			

	<p>b. Eksternal Faktor (EFAS). Opportunity. 1. Adanya mahasiswa S-I keperawatan yang praktik manajemen keperawatan. 2. Kerja sama yang baik antara perawat dan mahasiswa S-I keperawatan.</p> <p>Threatened. 1. Adanya tuntutan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang profesional. 2. Makin tinggi kesadaran masyarakat akan hukum.</p> <p>TOTAL</p>					
<p>5.</p>	<p>Supervisi. a. Internal Faktor (IFAS). Strength. 1. Supervisi telah dilaksanakan secara rutin. 2. Telah ada program pelatihan dan sosialisasi tentang supervisi. 3. Kepala ruangan mendukung dan melaksanakan supervisi.</p> <p>Weakness. 1. Belum mempunyai format yang baku dalam pelaksanaan supervisi. 2. Supervisi belum terstruktur dan tidak ada formulir penilaian yang tetap. 3. Belum adanya dokumentasi supervisi yang jelas.</p> <p>TOTAL</p>	<p>0,15 0,35 0,5 0,35 0,3 0,4 </p>	<p>2 3 4 4 3 4 3 3 4</p>	<p>0,3 1,05 2,0 3,35 1,4 0,9 1,6 3,9</p>	<p>S-W $3,35 - 3,9 = -0,55$</p>	
	<p>b. Eksternal Faktor (EFAS). Opportunity. 1. Adanya mahasiswa S-I keperawatan yang praktik manajemen keperawatan. 2. Adanya reward dalam bentuk pelatihan, sekolah, maupun jasa bagi yang melaksanakan pekerjaan dengan baik. 3. Adanya teguran dari kepala ruangan bagi perawat yang tidak melaksanakan tugas dengan baik. 4. Hasil supervisi dapat dilakukan sebagai pedoman untuk Daftar Penilaian Prestasi Pegawai (DP3).</p> <p>Threatened. 1. Tuntutan pasien sebagai konsumen untuk mendapatkan pelayanan yang profesional.</p> <p>TOTAL</p>	<p>0,20 0,30 0,15 0,35 </p>	<p>3 3 3 4 3 4</p>	<p>0,6 0,90 0,45 1,4 3,35</p>	<p>O-T $3,35 - 3 = 0,35$</p>	

6.	<p>Timbang Terima.</p> <p>a. Internal Faktor (IFAS).</p> <p>Strenght.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala ruangan memimpin kegiatan timbang terima setiap pagi. 2. Adanya laporan jaga setiap sif. 3. Timbang terima sudah merupakan kegiatan rutin yang telah dilaksanakan. 4. Adanya kemauan perawat untuk melakukan timbang terima. 5. Adanya buku khusus untuk pelaporan timbang terima. <p>TOTAL</p> <p>Weakness.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belum ada protap timbang terima di ruangan. 2. Timbang terima sudah dilakukan dengan baik (PP melaporkan identitas pasien, keluhan utama, DS, DO, MK, dan intervensi) tetapi intervensi masih bersifat umum tidak berdasarkan MK dan evaluasi tidak lengkap. 3. Format timbang terima sudah mencakup nama dan paraf perawat pada kedua sif. 4. Pelaksanaan timbang terima masih belum optimal, khususnya dari sif sore ke malam. <p>TOTAL</p> <p>b. Eksternal Faktor (EFAS).</p> <p>Opportunity.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya mahasiswa S-I keperawatan yang praktik manajemen keperawatan. 2. Adanya kerja sama yang baik antara mahasiswa S-I keperawatan yang praktik dengan perawat ruangan. 3. Kebijakan RS (bidang keperawatan) tentang timbang terima. <p>TOTAL</p> <p>Treathened</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan keperawatan yang profesional. 2. Meningkatnya kesadaran masyarakat tentang tanggung jawab dan tanggung gugat perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan. <p>TOTAL</p>	<p>0,2 0,2 0,1 0,25 0,25 1</p> <p>0,3 0,15</p> <p>0,25 0,3 1</p> <p>0,4 0,4 0,2 1</p> <p>0,4 0,6 1</p>	<p>3 3 4 3 3</p> <p>3 3</p> <p>3 3</p> <p>4 3 3</p> <p>3 3 2 3</p>	<p>0,6 0,6 0,4 0,75 0,75 3,1</p> <p>0,9 0,45</p> <p>0,75 0,9 1</p> <p>1,6 1,2 0,6</p> <p>1,2 1,2 2,4</p>	<p>S-W 3,1-3 = 0,1</p> <p>O-T 3,4-2,4 = 1</p>
7.	<p>Discharge Planning.</p> <p>a. Internal Faktor (IFAS).</p> <p>Strenght.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya sarana dan prasarana <i>discharge planning</i> di ruangan untuk pasien pulang (format atau kartu DP). 2. Adanya kartu kontrol berobat. 3. Perawat memberikan pendidikan kesehatan secara informal kepada pasien/keluarga selama dirawat atau pulang. <p>TOTAL</p>	<p>0,4 0,3 0,3 1</p>	<p>3 3 2</p>	<p>1,2 0,9 0,6 2,7</p>	

	<p>Weakness.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan waktu dan tenaga perawat. 2. Kurangnya kemauan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien/keluarga. 3. Tidak tersedianya <i>leaflet</i> pasien pulang. 4. Pendidikan kesehatan belum terdokumentasi. <p>TOTAL</p>	<p>0,4 0,2 0,3 0,1 1</p>	<p>2 3 4 1</p>	<p>0,8 0,6 1,2 0,1 2,7</p>	<p>S-W 2,7-2,7 = 0</p>
	<p>Opportunity.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya mahasiswa S-I keperawatan yang melakukan praktik manajemen keperawatan. 2. Adanya kerja sama yang baik antara mahasiswa S-I Keperawatan dengan perawat klinik. <p>TOTAL</p>	<p>0,5 0,5 1</p>	<p>3 4</p>	<p>1,5 2,0 3,5</p>	<p>O-T 3,5-3,3 = 0,2</p>
<p>8.</p>	<p>Ronde Keperawatan.</p> <p>a. Internal Faktor (IFAS).</p> <p>Strength.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang perawatan dan ruangan mendukung adanya kegiatan ronde keperawatan. 2. Banyaknya kasus yang memerlukan perhatian khusus. 3. SDM banyak mempunyai pengalaman dalam bidang keperawatan bedah medis. 4. Sertifikasi perawat sesuai keahliannya. <p>TOTAL</p>	<p>0,3 0,3 0,2 0,2 1</p>	<p>2 3 2 1</p>	<p>0,6 0,9 0,4 0,2 2,1</p>	
	<p>Weakness.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ronde keperawatan adalah kegiatan yang belum dilaksanakan secara teratur di ruang Pandan Wangi. 2. Karakteristik tenaga yang memenuhi kualifikasi belum merata. 3. Jumlah tenaga yang tidak seimbang dengan jumlah tingkat ketergantungan pasien. <p>TOTAL</p>	<p>0,4 0,3 0,3 1</p>	<p>4 3 3</p>	<p>1,6 0,9 0,9 3,4</p>	<p>S-W 2,10-3,4 = - 1,30</p>
	<p>b. Eksternal Faktor (EFAS).</p> <p>Opportunity.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya pelatihan dan seminar tentang manajemen keperawatan. 2. Adanya kesempatan dari kepala ruangan untuk mengadakan ronde keperawatan pada perawat dan mahasiswa praktik. <p>TOTAL</p>	<p>0,6 0,4 1</p>	<p>4 4</p>	<p>2,4 1,6 4</p>	

	<p>Threatened.</p> <ol style="list-style-type: none"> Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang profesional. Persaingan antar-ruang bedah semakin kuat dalam pemberian pelayanan. <p>TOTAL</p>	0,4 0,6 1	3 2	1,2 1,2 2,4	<p>O-T 4-2,4 = 1,6</p>
9.	<p>Dokumentasi Keperawatan.</p> <p>a. Internal Faktor (IFAS).</p> <p>Strength.</p> <ol style="list-style-type: none"> Tersedianya sarana dan prasarana dokumentasi untuk tenaga kesehatan (sarana administrasi penunjang). Sudah ada sistem pendokumentasian SOR. Format asuhan keperawatan sudah ada. Adanya kesadaran perawat tentang tanggung jawab dan tanggung gugat. <p>TOTAL</p> <p>Weakness.</p> <ol style="list-style-type: none"> Dari observasi status pasien, pengisian dokumentasi tidak lengkap: waktu, nama, dan jam belum dicantumkan, respons pasien pasca tindakan kurang terpantau. SAK dan SOP belum maksimal digunakan. Pengawasan terhadap sistematisa pendokumentasian belum dilaksanakan secara optimal. <p>TOTAL</p>	0,3 0,2 0,2 0,3 1 0,3 0,3 0,2 1	4 3 3 3 2 3 3	1,2 0,6 0,6 0,9 3,3 0,6 0,9 0,6 2,1	<p>S-W 3,3-2,1 = 1,2</p>
	<p>b. Eksternal Faktor (EFAS)</p> <p>Opportunity.</p> <ol style="list-style-type: none"> Adanya program pelatihan. Peluang perawat untuk meningkatkan pendidikan (pengembangan SDM). Mahasiswa S-I keperawatan praktik manajemen untuk mengembangkan sistem dokumentasi PIE. Kerja sama yang baik antara perawat dan mahasiswa. Sistem MPKP yang diterapkan mahasiswa S-I Keperawatan. <p>Threatened.</p> <ol style="list-style-type: none"> Tingkat kesadaran masyarakat (pasien dan keluarga) akan tanggung jawab dan tanggung gugat. Persaingan RS dalam memberikan pelayanan keperawatan. <p>TOTAL</p>	0,2 0,25 0,2 0,2 0,15 1 0,5 0,5 1	3 2 3 3 2 3 3	0,6 0,5 0,6 0,6 0,3 2,6 1,5 1,5 3	<p>O - T 2,6-3,0 = - 0,4</p>

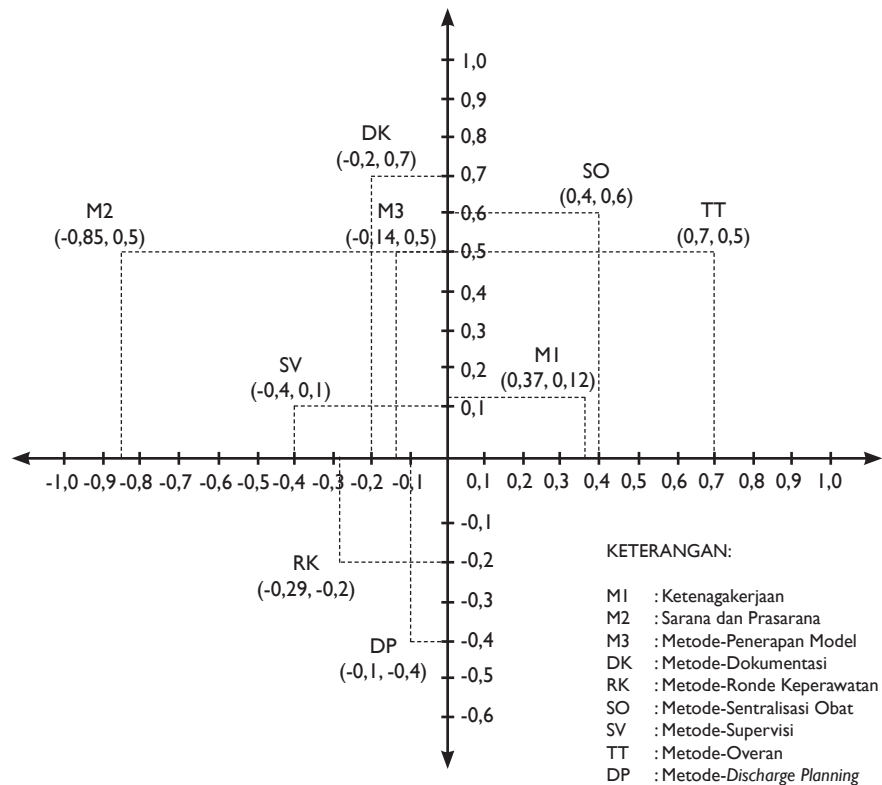
10.	<p>Keuangan (M4). a. Internal Faktor (IFAS). Strength. 1. Ada pendapatan tambahan yaitu dari usaha koperasi ruangan. 2. Ada pendapatan dari jasa medik, untuk pasien dengan biaya ASTEK, ASKES, JAMSOSTEK yang dapat diklaim setelah perawatan. 3. Ada pendapatan dari jasa pelayanan rumah sakit berupa remunerasi. 4. Ada pendapatan dari jasa pelayanan IRNA Medis. 5. Tiap perawat memperoleh pendapatan dari rumah sakit berupa LP (lauk pauk). TOTAL</p> <p>Weakness. 1. Jasa insentif untuk pelayanan dan jasa medik yang diberikan sama untuk semua perawat. 2. Sistem administrasi belum terpusat TOTAL</p> <p>b. Eksternal Faktor (EFAS) Opportunity. 1. Pengeluaran sebagian besar dibiayai institusi. 2. Ada kesempatan untuk menggunakan instrumen medis dengan re-use sehingga menghemat pengeluaran. 3. Ada kesempatan untuk menambah penghasilan ruangan dari usaha koperasi. TOTAL</p>	<p>0,2 0,2 0,1 0,25 0,25 1 0,25 0,75 1 0,2 0,4 0,4 1 1 1</p>	<p>2 3 2 2 2 2 2 2 4 4 2</p>	<p>0,4 0,6 0,2 0,5 0,5 2,2 0,5 1,5 2 0,4 1,6 1,6 3,6 2 2</p>	<p>S-W = 2,2-2 = 0,2 O-T = 3,6-2 = 1,6</p>
11.	<p>M5 (Mutu). a. Internal Faktor (IFAS). Strength. 1. Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. 2. Rata-rata BOR cukup baik. 3. Adanya variasi karakteristik dari pasien (JPS, umum, ASKES, ASTEK) 4. Sebagai tempat praktik mahasiswa keperawatan D-3 maupun S-1. TOTAL</p>	<p>0,3 0,25 0,25 0,2 1</p>	<p>4 2 2 2 2</p>	<p>1,2 0,5 0,5 0,4 2,6</p>	<p>S-W 2,6-3 = 0,4</p>

	<p>Weakness. LOS yang memanjang karena perawatan yang lama.</p> <p>a. Eksternal Faktor (EFAS).</p> <p>Opportunity.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa S-I keperawatan praktik manajemen. 2. Kerja sama yang baik antara perawat dan mahasiswa. <p>Threatened.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan standar masyarakat yang harus dipenuhi. 2. Persaingan RS dalam memberikan pelayanan keperawatan. <p>TOTAL</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>0,5</p> <p>0,5</p> <p>1</p> <p>0,75</p> <p>0,25</p> <p>1</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>1,5</p> <p>2</p> <p>3,5</p> <p>2,25</p> <p>0,75</p> <p>3</p>	<p>O - T 3,5-3 = 0,5</p>
<p>11.</p>	<p>M5 (Mutu).</p> <p>a. Internal Faktor (IFAS).</p> <p>Strength.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. 2. Rata-rata BOR cukup baik. 3. Adanya variasi karakteristik dari pasien (JPS, umum, ASKES, ASTEK). 4. Sebagai tempat praktik mahasiswa keperawatan D-3 maupun S-1. <p>Weakness. LOS yang memanjang karena perawatan yang lama.</p> <p>b. Eksternal Faktor (EFAS).</p> <p>Opportunity.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa S-I Keperawatan Praktik manajemen. 2. Kerjasama yang baik antara perawat dan mahasiswa. <p>Threatened.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan standar masyarakat yang harus dipenuhi. 2. Persaingan RS dalam memberikan pelayanan keperawatan. <p>TOTAL</p>	<p>0,3</p> <p>0,25</p> <p>0,25</p> <p>0,2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0,5</p> <p>0,5</p> <p>1</p> <p>0,75</p> <p>0,25</p> <p>1</p>	<p>4</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>1,2</p> <p>0,5</p> <p>0,5</p> <p>0,4</p> <p>2,6</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>1,5</p> <p>2</p> <p>3,5</p> <p>2,25</p> <p>0,75</p> <p>3</p>	<p>S-W 2,6-3 = 0,4</p> <p>O - T 3,5-3 = 0,5</p>

Keterangan.

Pemberian penilaian pada kolom *Rating*, untuk aspek:

1. *Strength* dan *Opportunity*.
Sangat Baik: 4; Baik: 3; Cukup: 2; dan Kurang/Tidak Baik: 1
2. *Weakness* dan *Treatened*.
Sangat Baik: 1; Baik: 2; Cukup: 3; dan Kurang/Tidak Baik: 4



Figur 10.3 Diagram Layang Analisis SWOT Ruang Interna RS Y

Langkah 3: Identifikasi Masalah

Contoh identifikasi masalah.

1. Ketenagaan (M1).
 - a. Jumlah perawat masih belum sebanding dengan jumlah pasien.
 - b. Sebagian perawat belum memahami peran dan fungsinya.
 - c. Pembagian tugas masih belum jelas.
 - e. Kualitas tenaga perawat masih rendah, di mana 5,54% perawat masih berlatar pendidikan berlatar pendidikan SPK.

Penyebab:

2. Sarana dan prasarana (M2).
 - a. Belum terpakainya sarana dan prasarana secara optimal.
 - b. *Nurse station* belum dimanfaatkan secara optimal.
 - c. Kurangnya kamar mandi, ember sampah pasien, *sputum*, gliserin, tiang infus, standar O₂, dan termometer.
Penyebab:
3. Metode (M3).
 - a. Penerapan MAKP.
 - 1) Kurangnya kemampuan perawat dalam pelaksanaan model yang telah ada.
 - 2) Hanya sedikit perawat yang mengetahui kebutuhan perawatan pasien secara komprehensif.
 - 3) *Job* yang kadang-kadang tidak sesuai dengan lulusan akademik yang berbeda tingkatannya (kurang jelas).
 - 4) Kurangnya jumlah tenaga yang membantu optimalisasi penerapan model yang digunakan.
Penyebab:
 - b. Ronde keperawatan.
 - 1) Ronde keperawatan adalah kegiatan yang belum dapat dilaksanakan secara optimal di ruang X.
 - 2) Tim yang dibentuk belum mampu dalam pelaksanaan ronde dan penyelesaian tugas.
 - 3) Jumlah perawat yang tidak seimbang dengan jumlah perawat.
Penyebab:
 - c. Sentralisasi obat.
 - 1) Pelaksanaan sentralisasi obat belum optimal.
 - 2) Selama ini format yang ada masih obat oral dan injeksi; dan yang lain tercampur pada salah satu dari keduanya.
 - 3) Selama ini belum ada format persetujuan sentralisasi obat untuk pasien.
 - 4) Alat-alat kesehatan hanya sebagian ada dengan jumlah terbatas.
 - 5) Teknik sentralisasi obat belum jelas.
Penyebab:
 - d. Supervisi.
 - 1) Belum ada program yang jelas tentang supervisi.
 - 2) Belum mempunyai format yang baku dalam pelaksanaan supervisi.
 - 3) Kurangnya program pelatihan dan sosialisasi tentang supervisi.
Penyebab:
 - e. Timbang Terima.
 - 1) Perawat kurang disiplin waktu timbang terima.
 - 2) Masalah keperawatan lebih fokus pada penatalaksanaan medis.

- 3) Perawat kesulitan mendokumentasikan timbang terima karena formatnya kurang sistematis.
 - 4) Data hanya ditulis di secarik kertas sehingga kadang hilang saat akan dilaporkan.
 - 5) Dokumentasi masih terbatas sehingga rencana tindakan belum spesifik.
Penyebab:
- f. Penerimaan Pasien Baru.
- 1) Pelaksanaan PPB belum optimal ditinjau dari aspek mekanisme dan isinya.
 - 2) *Leaflet* belum tersedia.
 - 3) Dokumentasi PPB belum terfasilitasi.
 - 4) Keterlibatan tim medis dalam menjelaskan penyakit masih kurang.
Penyebab
- g. *Discharge Planning* dan Penerimaan pasien baru.
- 1) Pelaksanaan *Discharge Planning* belum optimal.
 - 2) Tidak tersedianya brosur/*leaflet* untuk pasien saat melakukan *Discharge Planning*.
 - 3) Tidak tersedianya anggaran untuk *Discharge Planning*.
 - 4) Pemberian pendidikan kesehatan dilakukan secara lisan pada setiap pasien/keluarga.
 - 5) Belum optimalnya pendokumentasian *Discharge Planning*.
Penyebab:
- h. Dokumentasi keperawatan.
- 1) Sistem pendokumentasian masih dilakukan secara manual (belum ada komputerisasi).
 - 2) Belum semua tindakan perawat didokumentasikan.
 - 3) Pendokumentasian tidak segera dilakukan setelah melakukan tindakan tetapi kadang-kadang dilengkapi saat pasien mau pulang atau apabila keadaan ruang memungkinkan.
 - 4) Catatan perkembangan pasien kurang berkesinambungan dan kurang lengkap.
 - 5) Respons pasien kurang terpantau dalam lembar evaluasi.
 - 6) Dari 20 rekam medis pasien yang ada, hanya 12 rekam medis yang ditulis dengan lengkap dan tepat waktu.
 - 7) Enam perawat (54,5%) mengatakan model dokumentasi yang digunakan menambah beban kerja perawat dan lima perawat (45,4%) mengatakan model dokumentasi yang digunakan menyita banyak waktu perawat.
Penyebab:

4. Prioritas Masalah.
 - a. Ketenagaan.
 - 1) Jumlah dan kualitas tenaga perawat masih belum sebanding dengan jumlah pasien.
 - 2) Perawat ruang kurang disiplin.
Penyebab:
 - b. Sarana prasarana.
 - 1) Sarana dan prasarana yang dimiliki ruangan belum terpakai secara optimal.
 - 2) Jumlah peralatan tidak sesuai dengan rasio pasien.
Penyebab:
 - c. Metode.
 - 1) Penerapan Model.
 - a) Kurangnya kemampuan perawat dalam pelaksanaan model MAKP yang telah ada.
 - b) Hanya sedikit perawat yang mengetahui kebutuhan perawatan pasien secara komprehensif.
 - c) Job yang kadang-kadang tidak sesuai dengan lulusan akademik yang berbeda tingkatannya (kurang jelas).
 - d) Kurangnya jumlah tenaga yang membantu optimalisasi penerapan model yang digunakan.
Penyebab:
 - 2) Ronde.
 - a) Ronde keperawatan belum terlaksana secara optimal atau secara rutin karena kesempatan perawat yang terbatas.
 - b) Tim yang dibentuk hanya cukup mampu membantu dalam pelaksanaan ronde keperawatan dan penyelesaian tugas yang berkaitan dengan masalah yang dibahas dalam ronde keperawatan.
 - c) Pelatihan dan diskusi yang berkaitan dengan masalah yang terjadi di ruangan telah dilaksanakan tetapi hanya diikuti oleh sebagian dari perawat (sekitar 54,5%).
Penyebab:
 - 3) Sentralisasi Obat.
 - a) Pelaksanaan sentralisasi obat belum optimal.
 - b) Selama ini belum ada format persetujuan sentralisasi obat untuk pasien.
 - c) Alat-alat kesehatan hanya sebagian ada dengan jumlah terbatas.
 - d) Teknik sentralisasi obat belum jelas.
Penyebab:
 - 4) Supervisi.
 - a) Supervisi sudah berjalan namun belum optimal, belum ada uraian yang jelas mengenai supervisi.

b) Supervisi di ruangan belum mempunyai format yang baku.

Penyebab:

5) Timbang Terima.

- a) Perawat kurang disiplin waktu dalam timbang terima.
- b) Masalah keperawatan lebih fokus pada diagnosis medis.
- c) Data hanya ditulis di secarik kertas sehingga kadang hilang saat akan dilaporkan.
- d) Perawat kesulitan mendokumentasikan timbang terima karena formatnya kurang sistematis.
- f) Dokumentasi timbang terima masih terbatas sehingga penyusunan rencana tindakan belum spesifik.

6) Penerimaan Pasien Baru.

- a) Mekanisme dan isi PPB belum sesuai.
- b) Belum tersedia format dan fasilitas pendukung lainnya.

Penyebab:

7) *Discharge Planning*.

Discharge planning belum terlaksana sesuai dengan standar yang baku.

Penyebab:

8) Dokumentasi.

- a) Pemahaman dan pengaplikasian perawat tentang format pendokumentasian kurang benar dan kurang tepat.
- b) Kurang disiplinnya perawat dalam melakukan dokumentasi yang komprehensif.

Penyebab:

5. Mutu (M5).

- a. Keselamatan pasien.
- b. Kepuasan pasien.
- c. Kecemasan pasien.
- d. Kenyamanan (nyeri).
- e. Perawatan diri.
- f. Pengetahuan pasien.

Dasar Pertimbangan dalam Menentukan Masalah

1. SFF Matrix.

2. C-A-R-L.

C: *Capability* (kemampuan/kompetensi).

A: *Accessibility* (akses, keterjangkauan).

R: *Relevancy* (sesuai dengan kebutuhan dan urgensi).

L: *Legality* (berdasarkan peraturan yang berlaku).

Langkah 4: Perencanaan (Rencana Strategis)

Contoh Penyusunan Perencanaan Ruang X

Pengorganisasian

Untuk efektivitas pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional dalam menentukan kebijakan-kebijakan internal yang sifatnya umum, kelompok menyusun struktur organisasi sebagai berikut.

Ketua	:
Sekretaris	:
Bendahara	:
Sie perlengkapan	:
Sie konsumsi	:
Sie KSK dokumentasi	:

Adapun dalam pengelolaan ruang rawat maka diselenggarakan pengorganisasian dalam pembagian peran sebagai berikut.

1. Kepala Ruangan.
2. Perawat Primer.
3. Perawat *Associate*.

Pembagian peran ini secara rinci akan dilampirkan, setelah pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Professional di ruangan.

Kelompok menyusun *GANN chart* dalam merencanakan kegiatan seperti contoh pada lampiran Bab ini.

Contoh Proposal Kegiatan

1. Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP).
 - a. Latar Belakang.

Berkembangnya informasi dan teknologi dalam menghadapi era globalisasi memberikan dampak positif terhadap pola pikir masyarakat saat ini baik terhadap ekonomi, sosial, politik dan kesehatan. Fenomena ini dapat dilihat dari semakin tingginya tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang optimal. Tingginya tuntutan masyarakat tersebut merupakan tantangan bagi perawat untuk mengalami perubahan dalam sistem pelayanan. Perubahan ini merupakan cara untuk mempertahankan diri sebagai profesi dan berperan aktif dalam menghadapi era globalisasi. Salah satu pelaksanaan perubahan yang nyata adalah memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan manajerial keperawatan yang andal.

Proses manajemen keperawatan dalam aplikasinya di lapangan berada sejajar dengan proses keperawatan sehingga keberadaan manajemen keperawatan dimaksudkan untuk mempermudah proses keperawatan sehingga dapat mengarahkan keperawatan menuju profesionalisme

(Nursalam, 2011). Salah satu sistem pelayanan keperawatan profesional adalah dengan melaksanakan Model Asuhan Keperawatan Profesional Primer yang merupakan suatu metode penugasan di mana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai dengan keluar. Keuntungan dari MAKP primer antara lain asuhan keperawatan yang diberikan bermutu tinggi dan tercapainya pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi dan advokasi. Selain itu pembagian tugas yang jelas dan dilakukan sesuai peran akan meringankan beban kerja perawat. Hal ini diharapkan mampu meningkatkan kepuasan bagi pasien, perawat dan tenaga kesehatan lainnya sehingga tercapai suatu pelayanan yang paripurna.

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan di Ruang Bedah X pada tanggal 23–24 April, didapatkan bahwa model asuhan keperawatan yang digunakan di Ruang Bedah D adalah MAKP team kombinasi *primary* (model modular). Pengembangan model modular merupakan pengembangan dari *primary nursing* yang digunakan dalam keperawatan dengan melibatkan tenaga profesional dan nonprofessional. Namun, ada beberapa komponen MAKP yang dilaksanakan belum optimal.

Dari hasil kuesioner tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan perawat yang dibagikan kepada 24 responden secara umum menyatakan bahwa pelayanan perawat di Ruang Bedah X puas yaitu sebanyak 20 orang (76–100%). Sebanyak 4 orang (56–75%) menyatakan pelayanan perawat di Ruang Bedah X cukup puas. Untuk tingkat kepuasan pasien kelolaan yang sebanyak 10 orang pasien didapatkan 7 orang (70%) menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan dan sisanya 3 orang (30%) menyatakan cukup puas. Adanya pernyataan pasien cukup puas bisa menunjukkan bahwa pelayanan yang dilakukan oleh perawat selama ini masih belum optimal. Salah satunya bisa karena model asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

b. Masalah.

- 1) MAKP yang digunakan oleh Ruang Bedah X adalah MAKP modular yang merupakan gabungan antara model primer dengan tim. Namun MAKP tersebut hanya terimplementasi sesuai standar pada sif pagi.
- 2) Beberapa komponen MAKP belum terlaksana dengan baik.

c. Tujuan.

- 1) Tujuan Umum.

Meningkatkan pelaksanaan MAKP yang telah dipilih oleh ruangan sesuai dengan kaidah MAKP yang standar.

- 2) Tujuan Khusus

- a) Menganalisis komponen-komponen dari MAKP yang belum terlaksana optimal di ruangan.

- b) Membuat perencanaan pengoptimalan pelaksanaan MAKP.
 - c) Melakukan evaluasi dari pelaksanaan MAKP yang telah direncanakan.
- d. Target.
- 1) Penerapan MAKP berjalan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.
 - 2) Komponen-komponen MAKP terlaksana optimal.
- Kriteria Evaluasi.
- 1) Struktur.
 - a) Menentukan penanggung jawab MAKP.
 - b) Mendiskusikan bentuk dan penerapan MAKP yaitu *primary nursing*.
 - c) Merencanakan kebutuhan tenaga perawat.
 - d) Melakukan pembagian peran perawat.
 - e) Menentukan diskripsi tugas dan tanggung jawab perawat.
 - f) Melakukan pembagian jadwal serta pembagian tenaga perawat.
 - 2) Proses.
 - Menerapkan MAKP.
 - a) Tahap uji coba MAKP pada tanggal 26–28 April.
 - b) Tahap Aplikasi MAKP tahap I–III pada tanggal 30 April–27 Mei.
 - 3) Hasil.
 - Mahasiswa mampu menerapkan MAKP *primary nursing* sesuai dengan *job description*.
- e. Program Kerja.
- 1) Rencana Strategis.
 - a) Mendiskusikan bentuk dan penerapan model MAKP yang dilaksanakan, yaitu model *primary nursing*.
 - b) Mengajukan proposal MAKP dan melaksanakan diseminasi awal.
 - c) Sosialisasi hasil diseminasi.
 - d) Merencanakan kebutuhan tenaga perawat.
 - e) Melakukan pembagian peran perawat.
 - f) Menentukan diskripsi tugas dan tanggung jawab perawat.
 - g) Melakukan pembagian jadwal serta pembagian tenaga perawat.
 - h) Menerapkan model MAKP yang sudah ditentukan.
 - 2) Pengorganisasian.
 - a) Penanggung Jawab :
 - b) PP :
 - c) PA :
 - d) Waktu :

2. *Discharge Planning*.

a. Latar Belakang.

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dilakukan secara berkesinambungan dimulai saat pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien pulang. Rentang kesinambungan asuhan keperawatan merupakan keperawatan yang selalu dibutuhkan pasien di manapun pasien berada. Rentang keperawatan kontinue (*continuous of care*) adalah integrasi sistem keperawatan yang berfokus kepada pasien terdiri atas mekanisme pelayanan keperawatan yang membimbing dan mengarahkan pasien sepanjang waktu. Oleh karena itu diperlukan adanya suatu perencanaan pasien pulang (*discharge planning*), yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan pasien secara signifikan dan menurunkan biaya-biaya yang diperlukan untuk rehabilitasi lanjut. Dengan adanya *discharge planning*, pasien diharapkan dapat mempertahankan kesehatannya dan membantu pasien untuk lebih bertanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri (Nursalam, 2011).

Ruang Bedah X RS Y sudah menyediakan sarana *discharge planning* seperti *discharge planning card* yang berisi identitas pasien, perencanaan perawatan hingga jadwal kontrol. Namun saat ini perencanaan pulang bagi pasien yang dirawat belum dilaksanakan secara optimal, dikarenakan *discharge planning* yang dilakukan di ruangan hanya dilakukan sebelum pasien pulang. *Discharge planning* yang dilakukan segera setelah pasien masuk rumah sakit hingga pasien pulang bertujuan diharapkan pasien dan keluarga memiliki kesiapan fisik, psikologis dan sosial terhadap kesehatannya, tercapainya kemandirian pasien dan keluarga, terlaksananya perawatan pasien yang berkelanjutan, keterampilan dan sikap pasien serta keluarga menjadi meningkat dalam memperbaiki dan mempertahankan status kesehatan pasien. Selebihnya *discharge planning* diharapkan dapat mendukung upaya mengurangi angka kekambuhan dan komplikasi. Rentang keperawatan sering pula disebut dengan perawatan berkelanjutan yang artinya perawatan yang dibutuhkan pasien di manapun pasien berada. Kegagalan untuk memberikan dan mendokumentasikan perencanaan pulang akan berisiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup dan disfungsi fisik. Dalam perencanaan pulang diperlukan komunikasi yang baik terarah sehingga apa yang disampaikan dapat dimengerti dan berguna untuk proses perawatan di rumah.

Dengan demikian, dalam *discharge planning card* dibutuhkan adanya informasi yang berfokus pada masalah pasien, sehingga dalam *discharge planning card* perlu disertakan informasi mengenai penyakit, rehabilitasi, pencegahan, perawatan rutin dan cara mengantisipasi masalah yang dapat terjadi. *Discharge planning* di ruangan Bedah X belum menyertakan sarana penunjang *discharge planning* seperti: *leaflet* sehingga dapat menjadi pedoman bagi pasien dalam melakukan perawatan berkelanjutan.

- b. Masalah.

Discharge planning belum dilaksanakan dengan optimal, *discharge planning* dilakukan kepada pasien-pasien yang akan pulang dan hanya dilakukan secara lisan dan tidak mencakup aspek *discharge planning* yang meliputi penjelasan penyakit dalam sebuah *leaflet*. Hal ini karena rendahnya kemauan sebagian perawat pelaksana untuk merutinkan pelaksanaan *discharge planning*.
- c. Tujuan.
 - 1) Tujuan Umum.

Discharge Planning di ruangan bisa terlaksana sesuai dengan kaidah pelaksanaan *discharge planning*.
 - 2) Tujuan Khusus.
 - a) Mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk *discharge planning*.
 - b) Mengidentifikasi masalah pasien dalam *discharge planning*.
 - c) Membuat perencanaan *discharge planning* pasien.
 - d) Mengajarkan pada pasien dan keluarga tentang perawatan pasien di rumah yang meliputi diet, aktivitas istirahat, waktu dan tempat kontrol.
 - e) Melakukan evaluasi kepada pasien atau keluarga selama pelaksanaan *discharge planning*.
 - f) Mendokumentasikan pelaksanaan *discharge planning*.
- d. Target.
 - 1) Semua perawat memahami alur, proses, dan *content* dalam pelaksanaan *discharge planning*.
 - 2) Adanya peningkatan target dari jumlah pasien yang akan dilakukan *discharge planning*.
 - 3) *Discharge planning* bisa terlaksana secara berkelanjutan.

Kriteria evaluasi.

 - 1) Evaluasi struktur.
 - a. Persiapan pasien, peralatan, status, kartu dan lingkungan.
 - b. Penyusunan struktur pelaksanaan *discharge planning*.
 - 2) Evaluasi proses.
 - a. *Discharge Planning* dilaksanakan pada semua pasien pulang.
 - b. Materi yang disampaikan sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - 3) Evaluasi hasil.
 - a. Terdokumentasinya pelaksanaan pasien pulang.
 - b. Klien dan keluarga dapat mengetahui perawatan di rumah tentang: aturan diet, obat yang harus diminum di rumah, aktivitas, yang harus dibawa pulang, rencana kontrol, yang perlu dibawa saat kontrol, prosedur kontrol, jadwal pesan khusus.
- e. Program Kerja.
 - 1) Rencana Strategi.
 - a) Menentukan penanggung jawab *discharge planning*.
 - b) Menentukan materi *discharge planning*.

- c) Menentukan pasien yang akan dijadikan subjek *discharge planning*.
- d) Menentukan jadwal pelaksanaan *discharge planning*.
- e) Melaksanakan *discharge planning*.

2) Pengorganisasian

- a) Penanggung jawab :
- b) PP :
- c) PA :
- d) Waktu :

3. Sentralisasi Obat Modifikasi *Unit Dose Dispensing* (UDD).

a. Latar Belakang.

Obat merupakan salah satu program terapi yang sangat menunjang proses kesembuhan pasien. Dalam pemberian obat diperlukan ketepatan waktu, dosis, cara dan tempat pemberian obat. Salah satu upaya untuk memastikan pemberian obat yang tepat dan efektif adalah sistem sentralisasi obat yang sekarang ini sudah dikembangkan di berbagai ruangan di Rumah Sakit Y. Pada sentralisasi obat perawat terlebih dahulu memberikan *informed consent* kepada pasien dan keluarga kemudian perawat mengelola obat dan memberikan obat kepada pasien.

Sentralisasi obat sudah dilaksanakan di Ruang Bedah X. Adapun alurnya alur sentralisasi obat dimulai saat obat diresepkan oleh dokter kemudian diserahkan kepada keluarga untuk menyerahkan resep ke depo farmasi tanpa melalui perawat, sehingga tidak ada penjelasan tentang sentralisasi obat dan penandatanganan *informed consent*. Setelah depo farmasi menerima resep yang diserahkan keluarga, keluarga menandatangani resep tanda serah terima obat. Setelah itu berdasarkan resep, obat diserahkan depo farmasi ke perawat dengan tanda bukti buku serah terima obat. Namun tidak terdapat format tanda serah terima obat dari perawat ke pasien saat selesai pemberian obat oral/injeksi ke pasien. Jumlah obat oral dan injeksi yang diserahkan adalah dosis obat untuk 2 atau 3 kali pemberian dalam waktu 24 jam berdasarkan kebutuhan pasien. Berdasarkan hasil observasi dengan bagian farmasi didapatkan data bahwa depo farmasi Ruang Bedah X RS Y telah terdapat buku yang berisikan daftar obat untuk injeksi dan oral dan di ruangan juga tersedia buku injeksi dan buku obat oral. Sementara itu untuk obat khusus (dengan harga yang mahal) misal obat kemoterapi setelah resep ditebus oleh keluarga maka obat tersebut dibawa oleh pasien dan hari itu juga langsung diberikan pada pasien. Sementara itu pasien biaya sendiri (umum) sentralisasi obat dilaksanakan berdasarkan persetujuan pasien, bila pasien tidak setuju maka obat dikelola oleh pasien.

Sentralisasi obat dapat meminimalkan risiko-risiko duplikasi obat, menghindari penggunaan obat yang salah sehingga sentralisasi obat perlu ditingkatkan agar obat semua pasien di Ruang Bedah X RS Y dapat dikontrol oleh perawat. Sentralisasi obat dapat optimal bila pasien dan keluarga percaya

penuh kepada perawat dan kepercayaan pasien dan keluarga dapat diperoleh jika perawat terbuka dan menjalin komunikasi baik dengan pasien dan keluarga.

b. Masalah.

Sentralisasi obat yang belum optimal, di mana belum ada penjelasan tentang sentralisasi obat, penandatanganan *informed consent*, dan format tanda serah terima setelah pemberian obat dari perawat kepada pasien membuat berkurangnya kepercayaan pasien terhadap sentralisasi obat.

c. Tujuan.

1) Tujuan Umum.

Mengaplikasikan peran perawat dalam pengelolaan sentralisasi obat dan mendokumentasikan hasil pengelolaan sentralisasi obat.

2) Tujuan Khusus.

- a) Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman perawat primer dan perawat *associate* dalam penerapan prinsip 6T + 1W (tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu, tepat cara pemberian, dan waspada efek samping obat).
- b) Mampu mengelola obat pasien: pemberian obat secara tepat dan benar sesuai dengan prinsip 6T + 1W (tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu, tepat cara pemberian, dan waspada efek samping obat).
- c) Meningkatkan kepatuhan pasien terhadap program terapi.
- d) Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga terhadap perawat dalam pengelolaan sentralisasi obat.

d. Target.

- 1) Seluruh obat pasien sudah tersentralisasi dengan baik.
- 2) Dokumentasi sentralisasi obat dapat terlaksana dengan optimal.

Kriteria Evaluasi.

1) Struktur.

- a) Menentukan penanggung jawab sentralisasi obat.
- b) Menyiapkan format sentralisasi obat.

2) Proses.

- a) Melaksanakan sentralisasi obat pasien bersama-sama dengan perawat, dokter dan bagian farmasi.
- b) Mendokumentasikan hasil pelaksanaan pengelolaan sentralisasi obat.

3) Hasil.

- a) Klien menerima sistem sentralisasi obat.
- b) Perawat mampu mengelola obat pasien.
- c) Mutu pelayanan kepada pasien terutama dalam pemberian obat meningkat.
- d) Dapat bertanggung jawab dan bertanggung gugat baik secara hukum maupun secara moral.
- e) Pengelolaan obat efektif dan efisien.

e. Program Kerja.

1) Rencana strategi.

- a) Menentukan penanggung jawab sentralisasi obat.
- b) Menyusun proposal sentralisasi obat.
- c) Melaksanakan sentralisasi obat pasien bekerja sama dengan perawat, dokter dan bagian farmasi.
- d) Mendokumentasikan hasil pelaksanaan pengelolaan sentralisasi obat. Melaksanakan sentralisasi obat pasien bekerja sama dengan perawat, dokter dan bagian farmasi.
- e) Mendokumentasikan hasil pelaksanaan pengelolaan sentralisasi obat.

2) Pengorganisasian.

- a) Penanggung jawab :
- b) PP :
- c) PA :
- d) Waktu : Pelaksanaan aplikasi sentralisasi obat modifikasi *Unit Dose Dispensing* (UDD).

4. Supervisi Keperawatan.

a. Latar Belakang.

Era globalisasi dapat memberikan dampak positif bagi setiap profesi kesehatan untuk terus berusaha meningkatkan kinerja di berbagai kebutuhan pelayanan kesehatan secara profesional. Sejalan dengan hal tersebut tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan juga makin meningkat. Dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional seharusnya didukung dengan adanya sumber daya manusia yang bermutu, standar pelayanan, termasuk pelayanan yang berkualitas, di samping fasilitas yang sesuai harapan masyarakat. Agar pelayanan keperawatan sesuai dengan harapan konsumen dan memenuhi standar yang berlaku maka perlu dilakukan pengawasan atau supervisi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan. Supervisi merupakan salah satu bentuk kegiatan dari manajemen keperawatan dan merupakan cara yang tepat untuk menjaga mutu pelayanan keperawatan. Supervisi adalah teknik pelayanan yang tujuan utamanya adalah mempelajari dan memperbaiki secara bersama-sama. Kunci sukses supervisi yaitu 3F, yaitu *Fair, Feedback, dan Follow Up*. Supervisi merupakan ujung tombak tercapainya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hasil angket kepada 7 perawat didapatkan 3 perawat menjawab supervisi tidak pernah dilakukan, 3 perawat menjawab supervisi sudah dilakukan namun secara informal, dan 1 perawat menjawab supervisi telah dilakukan sebagaimana mestinya. Dari hasil wawancara dengan kepala ruangan bedah X supervisi keperawatan sudah dilakukan secara informal

dan dilakukan setiap saat oleh kepala ruangan, wakil kepala ruangan dan perawat lainnya yang didelegasikan untuk mengawasi kinerja perawat. Kepala ruangan dan wakilnya pada saat tertentu ikut terjun secara langsung dalam tindakan keperawatan pada pasien. Selain itu kepala ruangan langsung atau pada saat *morning report* menyampaikan pada penanggung jawab untuk segera ditindaklanjuti hasil dari supervisi yang sudah dilakukan.

b. Masalah.

- 1) Supervisi sudah berjalan tapi hanya dilakukan secara informal. Supervisi dilakukan setiap saat oleh kepala ruangan dan perawat lainnya yang didelegasikan untuk mengawasi kinerja perawat. Kepala ruangan dan wakilnya pada saat tertentu ikut terjun secara langsung dalam tindakan keperawatan pada pasien.
- 2) Pendokumentasian hasil supervisi yang dilakukan hanya disampaikan secara lisan saat timbang terima dilakukan. Supervisi secara formal dengan pendokumentasian secara tertulis masih belum dapat dilakukan karena terkendalanya dengan beban kerja yang cukup tinggi dan perencanaan yang kurang tepat baik waktu maupun sarana dan prasarana. Kemauan yang rendah juga menjadi salah satu alasan tidak berjalannya supervisi secara formal. Sehingga untuk penilaian perkembangan kualitas perawat tidak dapat terpantau dengan baik.

c. Tujuan.

1) Tujuan Umum.

Mampu mengaplikasikan supervisi dalam lingkup tanggung jawab sebagai supervisor keperawatan, terutama dalam melakukan supervisi terhadap Perawat Primer dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

2) Tujuan Khusus.

- a) Mampu menyusun, melaksanakan atau menetapkan tujuan supervisi.
- b) Mampu mempersiapkan instrumen tindakan keperawatan.
- c) Mampu menilai kinerja perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan.
- d) Mampu memberikan masukan terhadap staf.
- e) Mampu memberikan *follow-up* terhadap hasil supervisi terhadap staf.
- f) Mampu melaksanakan dokumentasi hasil supervisi.

d. Target.

- 1) Supervisi dilakukan secara terorganisasi dan rutin dalam kurun waktu tertentu.
- 2) Supervisi dinyatakan melalui petunjuk, peraturan, uraian tugas dan standar.
- 3) Supervisi terdokumentasikan dengan baik dan benar.

Kriteria evaluasi.

- 1) Struktur.
 - a. Menentukan penanggung jawab supervisi keperawatan.
 - b. Menyusun konsep supervisi keperawatan.
 - c. Menentukan materi supervisi.
- 2) Proses.
 - a) Melaksanakan supervisi keperawatan bersama perawat ruangan dan supervisor.
 - b) Mendokumentasikan hasil pelaksanaan supervisi keperawatan.
- 3) Hasil.
 - a) Mahasiswa mampu melaksanakan supervisi secara optimal.
 - b) Supervisor mengevaluasi hasil supervisi.
 - c) Supervisor memberikan *reward/feed back* pada PP dan PA.
- e. Program Kerja.
 - 1) Rencana strategi.
 - a) Mengajukan proposal pelaksanaan supervisi.
 - b) Mendokumentasikan hasil pelaksanaan supervisi keperawatan. Merevisi konsep supervisi keperawatan.
 - c) Menentukan materi supervisi keperawatan.
 - d) Merevisi format supervisi.
 - e) Melaksanakan supervisi keperawatan bersama-sama perawat ruangan.
 - f) Mendokumentasikan hasil pelaksanaan supervisi keperawatan.
 - 2) Pengorganisasian.
 - a) Penanggung jawab :
 - b) PP :
 - c) PA :
 - d) Waktu :

5. Timbang Terima.

a. Latar Belakang.

Profesionalisme dalam pelayanan keperawatan dapat dicapai dengan mengoptimalkan peran dan fungsi perawat, terutama peran dan fungsi mandiri perawat. Hal ini dapat diwujudkan dengan baik melalui komunikasi yang efektif antar perawat, maupun dengan tim kesehatan yang lain. Salah satu bentuk komunikasi yang harus ditingkatkan efektivitasnya adalah saat pergantian sif, yaitu saat timbang terima pasien.

Timbang terima pasien (operan) merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima pasien harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat jelas dan komplit tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan/

belum dan perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Timbang terima dilakukan oleh perawat primer ke perawat penanggung jawab dinas sore atau dinas malam secara tulisan dan lisan. Timbang terima di Ruang X saat ini untuk sif malam ke sif pagi telah dilaksanakan. Sementara itu sif pagi ke sif siang dan sif sore ke malam timbang terima dilakukan hanya sebatas laporan jaga saja sambil berkeliling ke pasien. Kegiatan timbang terima dilakukan jika terdapat semua perawat berkumpul terutama saat pagi dipimpin oleh karu. Perawat pada sif malam melaporkan pasien yang menjadi tanggung jawabnya kepada sif pagi disertai pencatatan di buku operan. Setelah selesai, perawat langsung kembali ke pasien dan melaksanakan tugasnya, tidak ada evaluasi kembali.

Timbang terima perlu terus ditingkatkan baik teknik maupun alurnya. Hal ini dilakukan untuk perbaikan pada masa yang akan datang sehingga timbang terima menjadi bagian penting dalam menggali permasalahan pasien sehari-hari.

b. Masalah.

Timbang terima sudah dilakukan tetapi belum optimal.

- 1) Materi timbang terima tidak berfokus pada masalah keperawatan hanya menyebutkan nama, diagnosis medis, tindakan yang telah dan akan dilakukan.
- 2) Alur dan proses timbang terima sudah sesuai dengan prosedur.

c. Tujuan.

1) Tujuan umum.

Menjaga kesinambungan informasi keadaan pasien kepada setiap sif.

2) Tujuan Khusus.

- a) Menyampaikan kondisi dan keadaan penderita (data fokus).
- b) Menyampaikan hal-hal yang sudah/belum dilakukan dalam askep pada penderita.
- c) Menyampaikan hal-hal yang penting yang harus ditindak lanjuti oleh dinas berikutnya.
- d) Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.

d. Target.

Timbang terima dapat berjalan lebih optimal dengan perbaikan format *content* yang disampaikan serta mempertahankan alur dan proses timbang terima yang telah baik dalam pelaksanaannya.

e. Kriteria Evaluasi.

1) Struktur.

- a) Menentukan penanggung jawab timbang terima.
- b) Menyusun teknik timbang terima bersama-sama dengan staf keperawatan.

- c) Menentukan materi timbang terima.
 - d) Status pasien disiapkan.
 - e) Persiapan buku laporan dan buku pesanan khusus.
- 2) Proses.
- a) Melaksanakan timbang terima bersama dengan Karu dan staf keperawatan pada pergantian sif.
 - b) Timbang terima dipimpin oleh Perawat Primer sebagai penanggung jawab sif.
 - c) Timbang terima diikuti oleh perawat, mahasiswa yang berdinasi atau akan berdinasi.
 - d) Timbang terima dilaksanakan di *Nurse station* paling lama 15 menit dan 3 menit di setiap pasien dengan keadaan istimewa.
- 3) Hasil.
- a) Perawat mampu melaporkan timbang terima yang berisi (identitas, diagnosis medis, masalah keperawatan, intervensi yang sudah dan belum dilaksanakan, intervensi kolaboratif, rencana umum pasien).
 - b) Perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna.
 - c) Dapat meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat.
 - d) Menjalani hubungan kerja sama yang bertanggung jawab antarperawat.
 - e) Pelaksanaan asuhan keperawatan dapat berjalan berkesinambungan.
- e. Program Kerja.
- 1) Rencana strategi.
- a) Menentukan penanggung jawab timbang terima.
 - b) Menyusun format timbang terima serta petunjuk teknis pengisiannya.
 - c) Menyiapkan kasus kelolaan yang akan digunakan untuk timbang terima.
 - d) Menentukan jadwal pelaksanaan timbang terima.
 - e) Timbang terima dapat dilakukan secara lisan atau tertulis.
 - f) Melaksanakan timbang terima bersama dengan kepala ruangan dan staf keperawatan.
 - g) Dilaksanakan pada setiap pergantian sif.
 - h) Dipimpin oleh perawat primer sebagai penanggung jawab sif
 - i) Diikuti perawat, mahasiswa yang berdinasi atau akan berdinasi.
 - j) Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat sistematis atau menggambarkan kondisi saat ini dengan tetap menjaga kerahasiaan pasien.
 - k) Timbang terima harus berorientasi pada permasalahan keperawatan, rencana keperawatan, tindakan dan perkembangan kesehatan pasien.
 - l) Mendokumentasikan hasil timbang terima pasien.

- 2) Pengorganisasian.
 - a) Penanggung jawab :
 - b) PP :
 - c) PA :
 - d) Waktu :

6. Ronde Keperawatan.

a. Latar Belakang.

Ronde keperawatan sebagai salah satu bentuk dari pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan dengan metode Keperawatan Primer, merupakan salah satu metode pemberian pelayanan keperawatan yang harus ditingkatkan dan dimantapkan. Metode ini ditujukan untuk menggali dan membahas secara mendalam masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien sehingga dengan ronde keperawatan diharapkan didapatkan pemecahan masalah melalui cara berpikir kritis berdasarkan konsep asuhan keperawatan.

Ronde keperawatan merupakan suatu sarana bagi perawat untuk membahas masalah keperawatan dengan melibatkan pasien dan seluruh tim keperawatan, konsultan keperawatan, serta divisi terkait (medis, gizi, rehabilitasi medis, dan sebagainya). Ronde keperawatan juga merupakan suatu proses belajar bagi perawat dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Kepekaan dan cara berpikir kritis perawat akan tumbuh dan terlatih melalui suatu transfer pengetahuan dan pengaplikasian konsep teori secara langsung pada kasus nyata. Dengan pelaksanaan ronde keperawatan yang berkesinambungan, diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat ruangan untuk berpikir secara kritis dalam peningkatan perawatan secara professional. Dalam pelaksanaan ronde juga akan terlihat kemampuan perawat dalam melaksanakan kerja sama dengan tim kesehatan yang lain guna mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada pasien.

b. Masalah.

Ronde keperawatan belum dilaksanakan secara mandiri oleh ruangan dan kriteria pasien untuk dilakukan ronde jarang terdapat di ruangan.

c. Tujuan.

1) Tujuan Umum.

Menyelesaikan masalah-masalah pasien yang belum teratasi.

2) Tujuan Khusus.

a) Menjustifikasi masalah yang belum teratasi.

b) Mendiskusikan penyelesaian masalah dengan perawat primer lain.

d. Target.

Ronde keperawatan dapat berjalan sesuai dengan alur dan syarat dilaksanakannya ronde serta dapat terlaksana berkala.

Kriteria Evaluasi.

- 1) Struktur.
 - a) Menentukan penanggung jawab ronde keperawatan.
 - b) Menetapkan kasus yang akan di rondakan.
 - c) Memberikan *informed consent* kepada pasien dan keluarga.
 - 2) Proses.
 - a) Melaksanakan ronde keperawatan bersama-sama kepala ruangan dan staf keperawatan.
 - b) Penjelasan tentang pasien oleh perawat primer dalam hal ini penjelasan difokuskan pada masalah keperawatan dan intervensi yang telah dilaksanakan tetapi belum mampu mengatasi masalah pasien.
 - c) Diskusi antaranggota tim tentang kasus tersebut.
 - d) Pemberian masukan solusi tindakan yang lain yang mampu mengatasi masalah pasien tersebut.
 - 3) Hasil.
 - a) Dapat dirumuskan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah pasien.
 - b) Hasil diskusi yang disampaikan dapat ditindak lanjuti dan dilaksanakan.
 - e. Program Kerja.
 - 1) Rencana Strategi.
 - a) Menentukan penanggung jawab ronde keperawatan.
 - b) Menentukan pasien yang akan dijadikan subjek dalam ronde keperawatan.
 - c) Menyusun proposal kegiatan ronde keperawatan (strategi dan materi).
 - d) Menentukan strategi ronde keperawatan yang akan dilakukan.
 - e) Menentukan materi dalam pelaksanaan ronde keperawatan.
 - f) Menyiapkan petunjuk teknis pelaksanaan ronde keperawatan.
 - g) Melaksanakan ronde keperawatan bersama-sama kepala ruangan dan staf keperawatan.
 - 2) Pengorganisasian.
 - a. Penanggung jawab :
 - b. PP :
 - c. PA :
 - d. Waktu :
7. Dokumentasi Keperawatan.
- a. Latar Belakang.

Dokumentasi adalah catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Komponen dari dokumentasi mencakup aspek komunikasi, proses keperawatan, standar keperawatan. Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan terkadang sering terabaikan oleh

sebagian besar perawat. Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan antara lain dari segi hukum, karena semua catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum, oleh karena itu data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan atau perawat. Dalam hal ini perlu dicantumkan waktu dan sebaiknya dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah. Dari segi jaminan mutu (kualitas pelayanan), pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan perawat untuk menyelesaikan masalah pasien serta untuk mengetahui sejauh mana masalah dapat teratasi. Hal ini juga memungkinkan perawat untuk mengetahui adanya masalah baru secara dini. Selain itu dokumentasi keperawatan juga sebagai sarana komunikasi, acuan dalam menentukan biaya perawatan pasien, sebagai bahan riset untuk pengembangan ilmu keperawatan dan lain sebagainya.

Fenomena yang sering terjadi terkait dokumentasi keperawatan selain terabaikannya pelaksanaan dokumentasi keperawatan juga dalam pelaksanaannya sering tidak sesuai dengan standar atau kaidah-kaidah pembuatan dokumentasi keperawatan yang standar. Hal-hal sederhana seperti tidak boleh menghapus tulisan yang salah atau membiarkan catatan perawat kosong atau tidak adanya paraf perawat yang melakukan pendokumentasian masih sering terjadi. Hal ini menjadikan keotentikan dokumentasi keperawatan akan diragukan. Mengingat pentingnya dan besarnya manfaat dokumentasi keperawatan seharusnya senantiasa ada upaya untuk melakukan perbaikan terhadap kinerja perawat terutama dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

- b. Masalah.
Pelaksanaan dokumentasi keperawatan sering terabaikan dan pelaksanaannya tidak sesuai dengan kaidah-kaidah pembuatan dokumentasi keperawatan yang standar.
- c. Tujuan.
Melakukan evaluasi dan perencanaan terhadap proses dokumentasi keperawatan yang telah ada diruangan agar bisa terlaksana lebih optimal sesuai standar.
Tujuan Khusus.
 - a) Pengkajian dengan format SOR.
 - b) Mengidentifikasi tindakan dan perkembangan pasien dengan menggunakan sistem pendokumentasian model PIE modifikasi.
 - c) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan patologi.
 - d) Mendokumentasikan dan melakukan sentralisasi obat oral dan injeksi pada semua pasien kelolaan.
 - e) Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang dilakukan setiap hari di lembar observasi.
 - f) Melakukan timbang terima setiap pergantian sif.

- g) Melakukan *discharge planing* pada pasien yang akan pulang.
- h) Melakukan *resume* keperawatan pada pasien yang sudah pulang.
- d. Target.
 - 1) Semua perawat diruangan memahami pentingnya dokumentasi keperawatan yang dilakukan.
 - 2) Adanya upaya-upaya untuk memperbaiki proses dokumentasi yang telah ada mendekati proses dokumentasi yang standar.
- e. Kriteria Evaluasi.
 - 1) Struktur.
 - a) Menentukan penanggung jawab kegiatan.
 - b) Mendiskusikan format pengkajian dan pendokumentasian sesuai dengan kasus di ruang X.
 - c) Menyiapkan format pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - d) Menyiapkan format/pendokumentasian keperawatan.
 - 2) Proses.
 - a) Penggunaan standar terminologi (pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi).
 - b) Data yang relevan dan bermanfaat dikumpulkan kemudian dicatat sesuai dengan prosedur dalam catatan yang permanen.
 - c) Diagnosis keperawatan disusun berdasarkan klasifikasi dan analisis data yang akurat.
 - d) Rencana tindakan keperawatan ditulis dan dicatat sebagai bagian dari catatan yang permanen.
 - e) Observasi dicatat secara akurat, lengkap dan sesuai urutan waktu.
 - f) Evaluasi dicatat sesuai dengan urutan waktu meliputi selama dirawat, dirujuk, pulang ataupun perubahan status pasien, respons pasien terhadap tindakan.
 - g) Rencana tindakan yang direvisi, berdasarkan hasil yang diharapkan pasien.
 - 3) Hasil.

Mahasiswa mampu menerapkan pendokumentasian secara baik dan benar.
- e. Program Kerja.
 - 1) Rencana strategi.
 - a) Mendiskusikan format pengkajian dan pendokumentasian sesuai dengan kasus di ruang Bedah X.
 - b) Merevisi format pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - c) Menyiapkan format/pendokumentasian keperawatan.
 - d) Melaksanakan pendokumentasian bersama dengan perawat ruangan.

Tabel 10.19 Contoh Aplikasi Perencanaan Keperawatan Berdasarkan Metode BSC di Ruang X RS Y

PERENCANAAN (PLAN OF ACTION)

No	Masalah	Tujuan	Program/Kegiatan	Indikator / Target Keberhasilan	Penanggung Jawab	Waktu
1.	M1-Man. Sumber Daya Manusia: Pemberian insentif yang tidak sesuai dengan prestasi kerja.	Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM.	Mengusulkan: 1. Peningkatan jenjang pendidikan pegawai lebih tinggi. 2. Peningkatan skill pegawai melalui pendidikan dan pelatihan secara berkala. 3. Penyebaran ilmu keperawatan oleh tenaga yang berkompeten secara periodik. 4. Pemberian insentif tambahan atas suatu prestasi atau kerja ekstra. 5. Perbaikan fasilitas rumah sakit.	1. Rasio kecukupan antara perawat dan pasien menurut tingkat ketertantungan pasien terpenuhi. 2. Peningkatan jenjang pendidikan dan skill pegawai tercapai. 3. Beban kerja perawat sesuai dengan tugasnya. 4. Peningkatan kinerja perawat.		
2	M2. Fasilitas rumah sakit yang kurang mendukung.	Mengupayakan terpenuhinya kebutuhan fasilitas pelayanan.	1. Identifikasi kebutuhan sarana prasarana 2. Mengusulkan kebutuhan sesuai standar peralatan.	1. Terpenuhinya kebutuhan fasilitas sesuai standar. 2. Rasio alat kesehatan dengan pasien sesuai. 3. Tersedianya kebutuhan alat habis pakai.		
3	M3-Methodode MAKP. Belum terlaksananya MAKP secara optimal.	Mampu meningkatkan penerapan MAKP <i>primary nursing</i> pemula.	1. Mendiskusikan setiap hambatan yang dalam penerapan model <i>primary nursing</i> . 2. Sosialisasi hasil diseminasi. 3. Merencanakan kebutuhan tenaga perawat. 4. Melakukan pembagian peran perawat. 5. Menentukan deskripsi tugas dan tanggung jawab perawat. 6. Melakukan pembagian jadwal serta pembagian tenaga perawat. 7. Membantu penerapan model MAKP yang sudah ada.	MAKP <i>primary nursing</i> diterapkan secara baik.		

No	Masalah	Tujuan	Program/Kegiatan	Indikator / Target Keberhasilan	Penanggung Jawab	Waktu
	1. <i>Discharge planning</i> . Format pemulangan pasien sudah ada tapi belum dilakukan	Discharge planning dilaksanakan secara optimal dan terdokumentasi dengan baik.	<ol style="list-style-type: none"> Membuat alur pelaksanaan <i>discharge planning</i>. Menentukan penyakit terbanyak untuk dilakukan <i>discharge planning</i>. Melakukan sosialisasi dan simulasi <i>discharge planning</i> di ruangan. Membagikan media sosialisasi berupa buket dan leaflet bagi pasien. Pembuatan dan pemasangan poster alur <i>discharge planning</i> di ruangan Dokumentasi 	Setiap pasien mulai masuk sampai pulang sudah mendapatkan <i>discharge planning</i> dengan media buket dan leaflet.		
	2. M2-Material. Sarana dan Prasarana Belum tercukupi terutama mengenai alat kesehatan yang belum tersedia.	Sarana dan prasarana untuk tindakan perawatan sudah tersedia dan mencukupi.	<p>Mengusulkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perawatan sarana dan prasarana secara berkala dan lebih intensif. Meningkatkan proses inventarisasi. Penataan alat-alat <i>emergency</i> lebih rapi. 	<ol style="list-style-type: none"> Setiap tindakan keperawatan tersedia instrumen sesuai dengan protap. Ada perawatan sarana dan prasarana secara berkala. Apabila ada kerusakan alat segera ada gantinya. 		
	3. Timbang Terima belum efektif dalam prosesnya dan kurang sesuai dengan konten.	Timbang terima dilakukan secara efektif dan sesuai konten.	<ol style="list-style-type: none"> Menentukan penanggung jawab timbang terima. Menyusun format timbang terima pasien serta petunjuk teknis pengisiannya lebih menekankan pada aspek keperawatan. Melaksanakan timbang terima, setiap pergantian sif. Dokumentasi. 	<ol style="list-style-type: none"> Timbang terima dilakukan di nurse station dan di pasien. Isi timbang terima tentang masalah keperawatan yang sudah dan belum teratasi. Timbang terima terdokumen-tasi dengan baik. 		
	4. Ronde Keperawatan belum temukan kriteria kasus yang sesuai.	Ronde keperawatan terlaksanaan dengan optimal sesuai prosedur.	<ol style="list-style-type: none"> Menentukan pasien untuk ronde. Mempersiapkan ronde keperawatan. Melaksanakan ronde keperawatan (strategi dan materi). 	Ronde keperawatan sudah terlaksana bersama perawat ruangan.		

No	Masalah	Tujuan	Program/Kegiatan	Indikator / Target Keberhasilan	Penanggung Jawab	Waktu
	5. Supervisi sudah berjalan tetapi belum optimal dalam pendokumentasian.	Mampu menerapkan supervisi keperawatan dengan benar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan proposal pelaksanaan alur supervisi. 2. Melaksanakan supervisi keperawatan bersama-sama perawat dan kepala ruangan. 3. Mendokumentasikan hasil pelaksanaan supervisi keperawatan. 4. Membuat format supervisi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi terdokumentasikan dengan baik dan benar. 		
	6. Sentralisasi Obat sudah berjalan dengan baik.	Sentralisasi obat dilaksanakan secara optimal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengusulkan sentralisasi obat dengan menggunakan program <i>Unit Day Dose</i> (UDD). 2. Mengadakan <i>informed consent</i> untuk pasien atau keluarga dalam melaksanakan sentralisasi obat. 3. Melaksanakan sentralisasi obat pasien bekerja sama dengan perawat, dokter dan bagian farmasi. 	Seluruh obat pasien sudah tersentralisasi dengan baik.		
4.	M4- Money.					
5.	M5-Mutu Pelayanan dan keselamatan pasien. Mutu pelayanan sudah berjalan tapi pendokumentasian <i>patient safety</i> masih kurang.	Keselamatan pasien meningkat, kepuasan pasien meningkat, pendokumentasian mutu pelayanan teroptimalkan dan adanya pendokumentasian yang rapi untuk indikator mutu.	<p>Mengusulkan peningkatan mutu pelayanan terus-menerus sehingga memberi kesan yang baik pada pasien.</p> <p>Menyusun perencanaan keselamatan pasien sesuai standar akreditasi rumah sakit terbaru (6 sasaran utama).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. kepuasan pasien terpenuhi. 2. Tidak ada complain dari, pasien dan keluarga pasien terhadap pelayanan. 3. Mengupayakan adanya Information Center di Ners Station bagi keluarga pasien. 4. Keselamatan pasien terjaga. 		

- 2) Pengorganisasian.
 - a) Penanggung jawab :
 - b) Waktu :

Langkah 5: Pelaksanaan

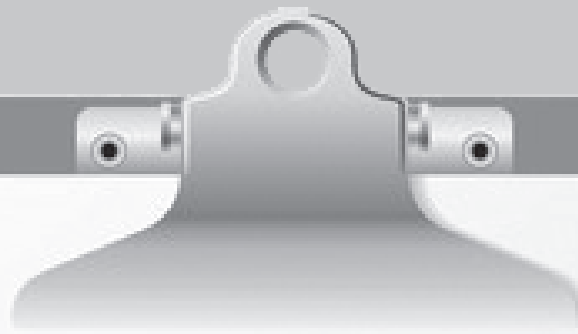
Penerapan MAKP sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebagaimana tertuang dalam GANN *chart*.

Langkah 6: Evaluasi

1. Evaluasi struktur.
2. Evaluasi proses.
3. Evaluasi hasil.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmarani, D.E. 2006. *Analisis Pengaruh Perencanaan Strategi terhadap Kinerja Perusahaan dalam Upaya Menciptakan Keunggulan Bersaing*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Hopkins dan Hopkins. 1997. "Strategic Planning Financial Performance Relation in Bank Causal Examination". *Strategic Management Journal*. Vol. 18, hlm. 635–55.
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Kemenkes RI. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Edisi 1. Jakarta: Kemenkes R.I
- Supriyanto s dan Damayanti, N.A. 2007. *Perencanaan dan Evaluasi*. Surabaya: Airlangga University Press.



Lampiran 10

**Pengukuran Rekapitulasi
Mutu Pelayanan
Keperawatan**

I. KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)

A. Kejadian Dekubitus

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah kejadian dekubitus}}{\text{Jumlah pasien berisiko terjadi dekubitus}} \times 100\%$
---------	---

17 Oktober–13 November

No	Variabel	Tanggal																								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	Jumlah kejadian dekubitus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jumlah pasien berisiko terjadi dekubitus	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Angka kejadian dekubitus = 0

B. Kejadian Flebitis

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah kejadian Flebitis}}{\text{Jumlah pasien berisiko terjadi Flebitis}} \times 100\%$
---------	---

17 Oktober–13 November

No	Variabel	Tanggal																								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	Jumlah kejadian flebitis a. Mechanical b. Bacterial c. Chemical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	Jumlah pasien berisiko terjadi Flebitis	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	

Angka kejadian Flebitis = $\frac{2}{9} \times 100\% = 22,2\%$

C. Kejadian Pasien Jatuh

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien jatuh}}{\text{Jumlah pasien yang berisiko jatuh}} \times 100\%$
---------	--

17 Oktober–13 November

No	Variabel	Tanggal														Total									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15		16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	Jumlah pasien jatuh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jumlah pasien yang berisiko jatuh	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Angka kejadian pasien jatuh = 0

D. Medication Error

Formula

Angka KTD dalam pemberian obat:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena kejadian tidak diharapkan dalam pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}} \times 100\%$$

Angka KNC dalam pemberian obat:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena kejadian nyaris cedera dalam pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}} \times 100\%$$

KTD 17 Oktober–13 November

No	Variabel	Tanggal														Total										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	Jumlah pasien yang terkena kejadian tidak diharapkan dalam pemberian obat (6 tepat). a. Tidak tepat pasien. b. Tidak tepat obat. c. Tidak tepat waktu pemberian. d. Tidak tepat dosis obat. e. Tidak tepat cara pemberian. f. Tidak tepat dokumentasi.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jumlah pasien pada hari tersebut	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Angka kejadian KTD = 0

KNC 17 Oktober–13 November

No	Variabel	Tanggal														Total										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	Jumlah pasien yang terkena kejadian nyaris cedera dalam pemberian obat a. Tidak tepat pasien. b. Tidak tepat obat. c. Tidak tepat waktu pemberian. d. Tidak tepat dosis obat. e. Tidak tepat cara pemberian. f. Tidak tepat dokumentasi.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jumlah pasien pada hari tersebut	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Angka kejadian KNC = 0

no. 1-nya
dikeatasin

III. KEPUASAN PASIEN

FORMULA	$\text{Angka kepuasan} = \frac{\text{Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap yankep}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan survei pada periode tertentu}} \times 100\%$
---------	---

Sebelum Dikelola-setelah dilakukan pengelolaan (Pendekatan R-A-T-E-R)

No	Elemen Indikator	Waktu	
		Pre	Post
1	Reliability	2	2
2	Assurance	2	0
3	Tangibles	0	1
4	Emphaty	0	3
5	Responsiveness	0	2
Total		4	8
Jumlah pasien		9	9

Angka Kepuasan

$$\text{Pre} = \frac{5}{9} \times 100\% = 44.4\%$$

$$\text{Post} = \frac{8}{9} \times 100\% = 95\%$$

IV. KENYAMANAN

A. Angka Tatalaksana Pasien Nyeri

FORMULA	Persentase pasien dengan nyeri yang terdokumentasi dalam asuhan keperawatan =
	$\frac{\text{Jumlah total pasien nyeri yang terdokumentasi}}{\text{Jumlah total pasien per periode waktu tertentu}} \times 100 \%$
	Persentase tatalaksana pasien nyeri =
	$\frac{\text{Jumlah total tindakan perawat sebagai respons nyeri}}{\text{Jumlah total pasien terdokumentasi nyeri skala } \geq 4 \text{ per periode waktu tertentu}} \times 100 \%$

17 Oktober-18 November

No	Variabel	Tanggal																	Total							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17	18		19	20	21	22	23	24	25
1	Jumlah pasien nyeri yang terdokumentasi	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6
2	Total pasien	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Persentase pasien dengan nyeri yang terdokumentasi = $\frac{6}{9} \times 100\% = 66,6\%$

7 Oktober-18 November

No	Variabel	Tanggal																	Total							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17	18		19	20	21	22	23	24	25
1	Jumlah tindakan perawat sebagai respons nyeri	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
2	Total pasien nyeri skala ≥ 4	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6

Persentase tatalaksana pasien nyeri = $\frac{6}{6} \times 100\% = 100\%$

B. Angka Kenyamanan Pasien

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol}}{\text{Jumlah pasien yang terdokumentasi nyeri per periode waktu tertentu}} \times 100\%$
---------	---

17 Oktober–18 November

No	Variabel	Tanggal																			Total						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23	24	25
1	Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
2	Total pasien yang nyeri	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6

Presentase pasien dengan nyeri terkontrol = $\frac{4}{6} \times 100\% = 66,7\%$

6

V. KECEMASAN : IDENTIFIKASI KECEMASAN PASIEN

FORMULA	$\text{Angka kejadian cemas pada ruang rawat umum} = \frac{\text{Jumlah pasien cemas}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}} \times 100\%$
---------	---

17 Oktober–18 November

No	Variabel	Tanggal	
		Pre	Post
1	Jumlah pasien Cemas ringan Cemas sedang	3 2	2
2	Jumlah pasien yang dirawat	9	9

Angka Kecemasan :

Pre: $\frac{5}{9} \times 100\% = 55,5\%$

Post: $\frac{2}{9} \times 100\% = 22,2\%$

VI. PENGETAHUAN

A. Pengetahuan tentang Perawatan Penyakitnya

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien yang kurang pengetahuan}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}} \times 100 \%$
---------	--

Sebelum dikelola–setelah dikelola

No	Variabel	Tanggal	
		Pre	Post
1	Jumlah pasien yang kurang pengetahuan	6	1
2	Total pasien	9	9

Angka Pengetahuan

$$\text{Pre} = \frac{4}{9} \times 100\% = 44,4\%$$

$$\text{Post} = \frac{1}{9} \times 100\% = 11,1\%$$

VII. ANGKA KEMATIAN KASAR

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}} \times 100 \%$
---------	--

17 Oktober–18 November

No	Variabel	Tanggal																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
1	Jumlah pasien yang meninggal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2	Total pasien yang nyeri	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

$$\text{Presentase angka kematian kasar} = \frac{1}{9} \times 100\% = 0,41\%$$

$$9 \times 27$$



Risiko Jatuh

- A. **Penilaian Risiko Jatuh Pasien Dewasa Skala *Morse Fall Scale***
- B. **Penilaian Risiko Jatuh Pasien Anak Skala *Humpty Dumpty***
- C. **Penilaian Risiko Jatuh pada Pasien Geriatri**

RISIKO JATUH
PASIE DEWASA

PENILAIAN RISIKO JATUH PASIE DEWASA SKALA MORSE FALL SCALE

No	Risiko	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-												
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl			
1.	Mempunyai riwayat jatuh, baru atau dalam 3 bulan terakhir <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 25													
2.	Diagnosis sekunder > 1 <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 25													
3.	Ambulasi berjalan <input type="checkbox"/> <i>Bedrest</i> /dibantu perawat <input type="checkbox"/> <i>Penyangga/tongkat/walker/threepot/</i> kursi roda <input type="checkbox"/> <i>Mencengkeram furniture</i>	0 15 30													
4.	Terpasang IV line/pemberian antikoagulan (<i>heparin</i>)/obat lain yang digunakan mempunyai <i>side effects</i> jatuh <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 20													
5.	Cara berjalan/berpindah <input type="checkbox"/> <i>Normal/bedrest/imobilisasi</i> <input type="checkbox"/> Kelelahan dan lemah <input type="checkbox"/> Keterbatasan/terganggu	0 10 20													
6.	Status mental <input type="checkbox"/> <i>Normal/sesuai kemampuan diri</i> <input type="checkbox"/> Lupa keterbatasan diri/penurunan kesadaran	0 15													
TOTAL SKOR															
Nama dan paraf petugas yang melakukan penilaian															

Keterangan:

Tingkat risiko:

1. skor > 51 risiko tinggi, lakukan intervensi jatuh risiko tinggi;
2. skor 25–50 risiko rendah, lakukan intervensi jatuh standar;
3. skor 0–24 tidak berisiko, perawatan yang baik.

KETERANGAN:**Tingkat Risiko dan Tindakan**

1. Skor 7–11 : Risiko Rendah untuk Jatuh
2. Skor ≥ 12 : Risiko Tinggi untuk Jatuh
3. Skor minimal : 7
4. Skor maksimal : 23

RISIKO JATUH PASIE GERIATRI

PENILAIAN RISIKO JATUH PADA PASIE GERIATRI

No	Risiko	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-											
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl		
1.	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4												
2.	Pusing/pingsan pada posisi tegak	3												
3.	Kebingungan setiap saat	3												
4.	Nokturia/inkontinen	3												
5.	Kebingungan intermitten	2												
6.	Kelemahan umum	2												
7.	Obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, antipsikotik, laksatif, vasodilator, antiangina, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptik, NSAID)	2												
8.	Riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya	2												
9.	Osteoporosis	1												
10.	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1												
11.	Usia >70 tahun	1												
	TOTAL SKOR													
	Nama dan paraf petugas yang melakukan penilaian													

Keterangan:

Tingkat risiko:

1. Risiko rendah bila skor 1-3 : lakukan intervensi risiko rendah
2. Risiko tinggi bila skor > 4 : lakukan intervensi risiko tinggi



Instrumen Nyeri

- A. **Pengkajian Nyeri pada Pasien Neonatus-Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)**
- B. **Pengkajian Nyeri pada Bayi Usia 0–1 Tahun FLACC Pain Scale**
- C. **Pengkajian Nyeri pada Pasien Dewasa (*Visual Aid Scale*)**
- D. **Pengkajian Nyeri pada Pasien Tidak Sadar (*Behavioural Pain Scale/BPS*)**

NYERI PADA
BAYI USIA 0–1 TH

**PENGAJIAN NYERI PADA PASIEN NEONATUS-NEONATAL
NEONATAL-INFANT PAIN SCALE (NIPS)**

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-											
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl		
1	Ekspresi Wajah <input type="checkbox"/> Wajah tenang, ekspresi netral <input type="checkbox"/> Otot wajah tegang, alis berkerut, dagu dan rahang tegang (ekspresi wajah negatif—hidung, mulut, dan alis)	0 1												
2	Menangis <input type="checkbox"/> Tenang, tidak menangis <input type="checkbox"/> Merengek ringan, kadang-kadang <input type="checkbox"/> Berteriak kencang, menarik, melengking terus-terusan (catatan: menangis lirih mungkin dinilai jika bayi diintubasi yang dibuktikan melalui gerakan mulut dan wajah yang jelas)	0 1 2												
3	Pola Pernapasan <input type="checkbox"/> Pola pernapasan bayi normal <input type="checkbox"/> Tidak teratur, lebih cepat dari biasanya, tersedak, nafas tertahan	0 1												
4	Lengan <input type="checkbox"/> Tidak ada kekakuan otot, gerakan tangan acak sekali-sekali <input type="checkbox"/> Tegang, lengan lurus, kaku, dan/atau ekstensi, cepat ekstensi, fleksi	0 1												
5	Kaki <input type="checkbox"/> Tidak ada kekakuan otot, gerakan kaki acak sekali-sekali <input type="checkbox"/> Tegang, kaki lurus, kaku, dan/atau ekstensi, ekstensi cepat, fleksi	0 1												
6	Kesadaran <input type="checkbox"/> Tenang, tidur damai atau gerakan kaki acak yang terjaga <input type="checkbox"/> Terjaga, gelisah, dan meronta-ronta	0 1												
	TOTAL SKOR													
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian													

Keterangan :

Skala Nyeri

1. 0–2 = Nyeri ringan–tidak nyeri
2. 3–4 = Nyeri sedang–nyeri ringan
3. > 4 = Nyeri hebat

Intervensi

1. Tidak ada
2. Intervensi tanpa obat, dievaluasi selama 30 menit.
3. Intervensi tanpa obat, bila masih nyeri bisa diberikan analgesik dan dievaluasi selama 30 menit.

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-											
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl		
5	Consolability???													
	<input type="checkbox"/> Tenang, santai, tidak perlu dihibur	0												
	<input type="checkbox"/> Perlu keyakinan dengan sekali-kali menyentuh, sekali-kali memeluk, atau berbicara. Perhatian mudah beralih	1												
	<input type="checkbox"/> Sulit untuk dibujuk atau dibuat nyaman	2												
	TOTAL SKOR													
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian													

Keterangan :

0 = Rileks dan nyaman (*relaxed and comfortable*)1-3 = Sedikit tidak nyaman (*mild discomfort*)4-6 = Nyeri sedang (*moderate pain*)7-10 = Nyeri/tidak nyaman yang parah (*severe discomfort/pain*)

NYERI PADA
PASIEN DEWASA

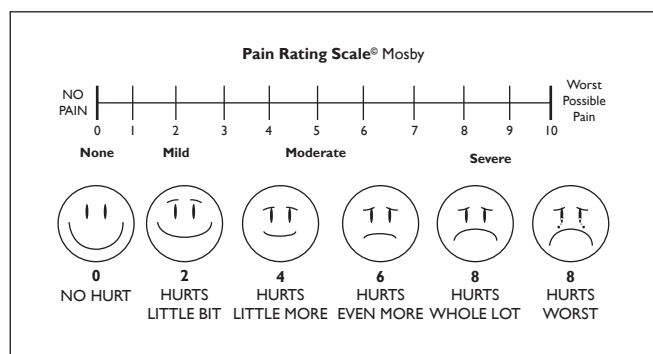
**INSTRUMEN PENILAIAN NYERI
VISUAL AID SCALE**

Pencetus (P)	Kualitas (Q)	Lokasi (R)	Skala (1-10) (S)	Waktu (T)	Penyebab nyeri hilang/berkurang

No	Skala Nyeri	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																	
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl								
1	Tidak Nyeri	0																		
2	Minor <input type="checkbox"/> Nyeri sangat ringan <input type="checkbox"/> Nyeri tidak nyaman <input type="checkbox"/> Nyeri dapat ditoleransi	1 2 3																		
3	Moderate <input type="checkbox"/> Menyusahkan <input type="checkbox"/> Sangat menyusahkan <input type="checkbox"/> Nyeri hebat	4 5 6																		
4	Severe <input type="checkbox"/> Sangat hebat <input type="checkbox"/> Sangat menyiksa <input type="checkbox"/> Tak tertahankan <input type="checkbox"/> Tak dapat diungkapkan	7 8 9 10																		
	TOTAL SKOR																			
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian																			

Keterangan :

- 0 = Rileks dan nyaman
 1-3 = Sedikit tidak nyaman
 4-6 = Nyeri sedang
 7-10 = Nyeri/tidak nyaman yang parah



NYERI PADA
PASIEN TIDAK SADAR

BEHAVIOURAL PAIN SCALE (BPS)

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-									
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl
1	Face (wajah)											
	<input type="checkbox"/> Tenang/rileks	1										
	<input type="checkbox"/> Mengerutkan alis	2										
	<input type="checkbox"/> Kelopak mata tertutup	3										
	<input type="checkbox"/> Meringis	4										
2	Anggota badan sebelah atas											
	<input type="checkbox"/> Tidak ada pergerakan	1										
	<input type="checkbox"/> Sebagian ditekuk	2										
	<input type="checkbox"/> Sepenuhnya ditekuk dengan fleksi jari-jari	3										
	<input type="checkbox"/> Retraksi permanen	4										
3	Ventilasi											
	<input type="checkbox"/> Pergerakan dapat ditoleransi	1										
	<input type="checkbox"/> Batuk dengan pergerakan	2										
	<input type="checkbox"/> Melawan ventilator	3										
	<input type="checkbox"/> Tidak dapat mengontrol ventilasi	4										
TOTAL SKOR												
Nama dan paraf yang melakukan penilaian												

Keterangan :

- 0 = Tidak ada nyeri (*no pain*)
- 1-3 = Nyeri ringan (*mild pain*)
- 4-6 = Nyeri sedang (*moderate pain*)
- ≥ 6 = Nyeri tak tertahankan (*uncontrolled pain*)



Instrumen PPI

- A. Flebitis**
- B. Dekubitus**
- C. Pneumonia**
- D. Infeksi Luka Operasi (ILO)**
- E. Infeksi Saluran Kemih (ISK)**

A. Flebitis

**Instrumen Penilaian Kejadian Flebitis Menggunakan VIP Score
(Visual Infusion Flebitis Score)**

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-											
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl		
1	Jalur IV tampak sehat	0												
2	Salah satu tanda-tanda berikut jelas <input type="checkbox"/> Sedikit nyeri dekat jalur IV atau <input type="checkbox"/> Sedikit kemerahan dekat jalur IV	1												
3	Dua dari tanda berikut <input type="checkbox"/> Nyeri pada jalur IV <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembengkakan	2												
4	Semua tanda-tanda berikut jelas <input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang kanul <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembengkakan	3												
5	Semua tanda-tanda berikut jelas <input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang kanul <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembengkakan <input type="checkbox"/> Vena teraba keras	4												
6	Semua tanda-tanda berikut jelas <input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang kanul <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembengkakan <input type="checkbox"/> Vena teraba keras <input type="checkbox"/> Pireksia	5												
	TOTAL SKOR	5												
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian													

Keterangan:

Skala Nyeri

1. 0 = Tidak ada tanda flebitis
2. 1-2 = Tahap awal flebitis
3. 3-4 = Awal tromboflebitis
4. 5 = Stadium lanjut tromboflebitis

Intervensi

1. Observasi kanul
2. *Resite* kanul
3. *Resite* kanul dan pertimbangkan perawatan
4. Memulai perawatan

B. DEKUBITUS

NORTON SCALE

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-									
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl
1	Kondisi Fisik											
	<input type="checkbox"/> Baik	4										
	<input type="checkbox"/> Cukup baik	3										
	<input type="checkbox"/> Buruk	2										
2	<input type="checkbox"/> Sangat buruk	1										
	Kondisi Mental											
	<input type="checkbox"/> Waspada	4										
	<input type="checkbox"/> Apatis	3										
3	<input type="checkbox"/> Bingung	2										
	<input type="checkbox"/> Pingsan/Tidak Sadar	1										
	Kegiatan											
	<input type="checkbox"/> Dapat berpindah	4										
4	<input type="checkbox"/> Berjalan dengan bantuan	3										
	<input type="checkbox"/> Terbatas kursi	2										
	<input type="checkbox"/> Terbatas di tempat tidur	1										
	Mobilitas											
5	<input type="checkbox"/> Penuh	4										
	<input type="checkbox"/> Agak terbatas	3										
	<input type="checkbox"/> Sangat terbatas	2										
	<input type="checkbox"/> Sulit bergerak	1										
5	Inkontinensia											
	<input type="checkbox"/> Tidak mengompol	4										
	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	3										
	<input type="checkbox"/> Biasanya yang keluar urine	2										
	<input type="checkbox"/> Biasanya yang keluar urine dan kotoran	1										
	TOTAL SKOR											
Nama dan paraf yang melakukan penilaian												

Interpretasi:

- Nilai maksimum 20
- Nilai minimum 5
- Pasien berisiko dekubitus jika nilai < 14

C. PNEUMONIA

CPIS (CLINICAL PULMONARY INFECTION SCORE)

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																	
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl								
1	Suhu: <input type="checkbox"/> $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$ dan $\leq 38,4^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ dan $\leq 38,9^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> $\geq 39^{\circ}\text{C}$ dan $\leq 36^{\circ}\text{C}$	0 1 2																		
2	Leukosit dalam darah: <input type="checkbox"/> ≥ 4.000 dan ≤ 11.000 <input type="checkbox"/> > 4.000 dan < 11.000 <input type="checkbox"/> > 4.000 dan < 11.000 + <i>band form</i> $\geq 50\%$	0 1 2																		
3	Sekret trakeal: <input type="checkbox"/> Tidak terdapat sekret <input type="checkbox"/> Terdapat sekret trakeal nonpurulen <input type="checkbox"/> Terdapat sekret trakeal purulen	0 1 2																		
4	Oksigenasi: $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2$, mmHg <input type="checkbox"/> > 240 atau ARDS ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 200$) <i>pulmonary arterial wedge pressure</i> <input type="checkbox"/> ≤ 18 dan adanya infiltrasi bilateral <input type="checkbox"/> ≤ 240 dan tidak terdapat ARDS	0 1 2																		
5	Gambaran radiologi paru: <input type="checkbox"/> Tidak terdapat infiltrasi <input type="checkbox"/> Adanya difusi infiltrat <input type="checkbox"/> Infiltrat di daerah lokal	0 1 2																		
6	Kultur dari cairan trakeal: <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif	0 2																		
	TOTAL SKOR																			
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian																			

Interpretasi: skor > 6 menandakan pneumonia

LAMPIRAN: SBAR (SKP 2)

SISTEM PENDOKUMENTASIAN DENGAN SBAR (Nursalam, 2013)

SBAR merupakan kerangka acuan dalam pelaporan kondisi pasien yang memerlukan perhatian atau tindakan segera.

S : *Situation* (kondisi terkini yang terjadi pada pasien)

- Sebutkan nama pasien, umur, tanggal masuk, dan hari perawatan serta dokter yang merawat.
- Sebutkan diagnosis medis dan masalah keperawatan yang belum atau sudah teratasi/keluhan utama.

B : *Background* (info penting yang berhubungan dengan kondisi pasien terkini)

- Jelaskan intervensi yang telah dilakukan dan respons pasien dari setiap diagnosis keperawatan
- Sebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat invasif dan obat-obatan termasuk cairan infus yang digunakan.
- Jelaskan pengetahuan pasien dan keluarga terhadap diagnosis medis.

A : *Assessment* (hasil pengkajian dari kondisi pasien saat ini)

- Jelaskan secara lengkap hasil pengkajian pasien terkini seperti tanda vital, *pain score*, tingkat kesadaran, *braden score*, status *restrain*, risiko jatuh, *pivas score*, status nutrisi, kemampuan eliminasi, dan lain-lain.
- Jelaskan informasi klinik lain yang mendukung.

R : *Recommendation*

- Rekomendasikan intervensi keperawatan yang sudah dan perlu dilanjutkan (*refer ke nursing care plan*) termasuk *discharge planning* serta edukasi pasien dan keluarga.

Sebelum serah terima pasien (contoh sesuai SBAR)

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

CONTOH PENGISIAN

Situation:

- Sebutkan nama pasien, umur, tanggal masuk, dan hari perawatan serta dokter yang merawat.
- Diagnosis medis: GGK
- Masalah keperawatan:
 1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
 2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan.
 3. Gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
 4. Risiko infeksi.
 5. Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.

Background:

Bedrest total, urine 50 cc/24 jam, balance cairan 1.000 cc/24 jam, mual tetap ada selama dirawat, terpasang dobel lumen di skapula kanan, pasien menjalani HD 2×/minggu, terpasang *restrain*, tidak ada alergi, IV stopper terpasang di tangan kiri. Dokter sudah menjelaskan penyakitnya tentang GGK. Diet rendah protein 1 gr.

Assessment:

- Kompos mentis; TD: 150/80 mmHg; N: 100×/menit; S: 37°C; RR: 20×/menit; *braden score*= 23; status *restrain*; risiko jatuh; *pivas score*; status nutrisi; kemampuan eliminasi; dan lain-lain.
- Hasil laboratorium terbaru, yaitu Hb: 8,1 mg/dL; albumin: 3,0; urea: 237 mg/dL; CK: 3,5.
- Jelaskan informasi klinik lain yang mendukung.

Recomendation:

- Rekomendasikan intervensi keperawatan yang sudah dan perlu dilanjutkan (*refer ke nursing care plan*) termasuk *discharge planning* serta edukasi pasien dan keluarga.
- Keseimbangan cairan ketat.
- Bantu pasien memenuhi kebutuhan dasar pasien.
- Jaga aseptik dan antiseptik setiap melaksanakan prosedur.

FORMAT TIMBANG TERIMA SBAR
(SITUATION, BACKGROUND, ASSESMENT, RECOMENDATION)
 oleh: Nursalam

SITUATION	Nama pasien : Umur : No. RM : Diagnosis Medis : Diagnosis Keperawatan : Lama hari rawat : Klasifikasi Pasien : <input type="checkbox"/> Total Care <input type="checkbox"/> Parsial Care <input type="checkbox"/> Minimal Care Keluhan Utama :
BACKGROUND	Riwayat penyakit sekarang/terdahulu/keluarga: Riwayat alergi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Obat : Makanan : Riwayat penyakit menular : Info penting yang berhubungan riwayat pasien selama dirawat:
ASSESSMENT	Tanda-tanda vital; GCS; Skala Nyeri; Skala Risiko Jatuh B1 (SISTEM PERNAPASAN) Keluhan : <input type="checkbox"/> Sesak <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Nyeri saat napas Irama Napas : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Suara Napas : <input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ronchi D/S <input type="checkbox"/> Wheezing D/S <input type="checkbox"/> Rales D/S <input type="checkbox"/> Oksigen:L/menit <input type="checkbox"/> Masker <input type="checkbox"/> Nasal B2 (SISTEM KARDIOVASKULAR) Keluhan nyeri dada : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Irama jantung : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur CRT : <input type="checkbox"/> < 3 detik <input type="checkbox"/> > 3 detik Konjungtiva pucat : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak B3 (SISTEM PERSARAFAN) Kesadaran : <input type="checkbox"/> Composmentis <input type="checkbox"/> Apatitis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma GCS: E=.....V=.....M=..... Keluhan Pusing : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor, Diameter:.....mm /mm. Nyeri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Skala nyeri :, Lokasi:..... B4 (SISTEM PERKEMIHAN) Keluhan : <input type="checkbox"/> Kencing menetes <input type="checkbox"/> Inkontinensia <input type="checkbox"/> Retensi urine <input type="checkbox"/> Gross hematuri <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Poliuri <input type="checkbox"/> Anuria <input type="checkbox"/> Oliguri Kandung Kemih : <input type="checkbox"/> Membesar <input type="checkbox"/> Tidak Nyeri tekan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Alat bantu : <input type="checkbox"/> Kateter Foley <input type="checkbox"/> Kateter kondom Intake cairan : <input type="checkbox"/> Oral :cc/hari, <input type="checkbox"/> Parenteral :cc/hari Produksi urine :ml/hr, Warna :, Bau : B5 (SISTEM PENCERNAAN) TB :cm, BB :kg, LLA :cm, Lingkar abdomen :cm Mukosa Mulut : <input type="checkbox"/> Lembap <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Merah <input type="checkbox"/> Stomatitis Tenggorokan : <input type="checkbox"/> Sulit menelan <input type="checkbox"/> Nyeri menelan Abdomen : <input type="checkbox"/> Supel <input type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Nyeri tekan, Lokasi : <input type="checkbox"/> Luka operasi <input type="checkbox"/> Jejas, Lokasi : Mual : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Muntah : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bising Usus:.....x/menit

	<p> Terpasang NGT : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Diet : <input type="checkbox"/> Padat <input type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Cair Frekuensi:x/hari, Jumlah :....., Jenis :..... BAB:x/hari, Konsistensi: <input type="checkbox"/> Padat <input type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Cair <input type="checkbox"/> Lendir/darah Konstipasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak B6 (MUSKULOSKLETAL DAN INTEGUMEN) Pergerakan Sendi : <input type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Terbatas Fraktur : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi :..... Traksi/spalk/gips : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi :..... Kompartemen sindrom: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi :..... Kulit : <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Hiperpigmentasi <input type="checkbox"/> Dekubitus Akral : <input type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Panas <input type="checkbox"/> Dingin <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Basah Turgor : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Jelek Luka : Jenis :....., Luas :..... <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor Tes diagnostik </p>
REKOMENDATION	<ul style="list-style-type: none"> • Rekomendasikan intervensi keperawatan yang sudah dan perlu dilanjutkan (<i>refer ke nursing care plan</i>) termasuk <i>discharge planning</i> serta edukasi pasien dan keluarga. • Dilanjutkan/stop/modifikasi/strategi baru
	<p>NIC shift : NIC Sif selanjutnya:</p> <p>Karu :</p>

Keterangan:

NIC: *Nurse in charge*



Bagian 6

Mutu Pelayanan

BAB 11

Mutu Pelayanan Keperawatan



PENDAHULUAN

Mutu pelayanan keperawatan sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. Hal ini terjadi karena keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, paling depan dan terdekat dengan penderitaan, kesakitan, serta kesengsaraan yang dialami pasien dan keluarganya. Salah satu indikator dari mutu pelayanan keperawatan itu adalah apakah pelayanan keperawatan yang diberikan itu memuaskan pasien atau tidak. Kepuasan merupakan perbandingan antara kualitas jasa pelayanan yang didapat dengan keinginan, kebutuhan, dan harapan (Tjiptono, 2004). Pasien sebagai pengguna jasa pelayanan keperawatan menuntut pelayanan keperawatan yang sesuai dengan haknya, yakni pelayanan keperawatan yang bermutu dan paripurna. Pasien akan mengeluh bila perilaku *caring* yang dirasakan tidak memberikan nilai kepuasan bagi dirinya.

Kualitas rumah sakit sebagai institusi yang menghasilkan produk teknologi jasa kesehatan sudah tentu tergantung juga pada kualitas pelayanan medis dan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Melihat fenomena di atas, pelayanan keperawatan yang memiliki kontribusi sangat besar terhadap citra sebuah rumah sakit dipandang perlu untuk melakukan evaluasi atas pelayanan yang

telah diberikan. Strategi untuk kegiatan jaminan mutu antara lain dengan baku mutu (*benchmarking*) dan manajemen kualitas total (*total quality management*) (Marquis dan Huston, 1998). Baku mutu atau penelitian praktik terbaik (*best practice research*) adalah kegiatan mengkaji kelemahan tertentu dari suatu institusi dan kemudian mengidentifikasi institusi lain yang memiliki keunggulan dalam aspek yang sama. Kegiatan dilanjutkan dengan berkomunikasi dalam menetapkan kesepakatan kerja sama untuk mendukung dan meningkatkan kelemahan tersebut (Marquis dan Huston, 1998).

Pelaksanaan kegiatan jaminan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit dapat pula dilakukan dalam bentuk kegiatan pengendalian mutu. Kegiatannya dapat dilaksanakan dalam dua tingkat yaitu tingkat rumah sakit dan tingkat ruang rawat. Tingkat rumah sakit dapat dilaksanakan dengan cara mengembangkan tim gugus kendali mutu yang memiliki program baik jangka pendek maupun jangka panjang. Kegiatan menilai mutu pada tingkat rumah sakit akan diawali dengan penetapan kriteria pengendalian, mengidentifikasi informasi yang relevan dengan kriteria, menetapkan cara mengumpulkan informasi/data. Kemudian melakukan pengumpulan dan menganalisis informasi/data, membandingkan informasi dengan kriteria yang telah ditetapkan, menetapkan keputusan tentang kualitas, serta memperbaiki situasi sesuai hasil yang diperoleh, lalu menetapkan kembali cara mengumpulkan informasi (Marquis dan Huston, 2000). Ada enam indikator utama kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, yaitu:

1. keselamatan pasien (*patient safety*), yang meliputi: angka infeksi nosokomial, angka kejadian pasien jatuh/kecelakaan, dekubitus, kesalahan dalam pemberian obat, dan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan;
2. pengelolaan nyeri dan kenyamanan;
3. tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan;
4. perawatan diri;
5. kecemasan pasien;
6. perilaku (pengetahuan, sikap, keterampilan) pasien.



KONSEP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN

Definisi

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

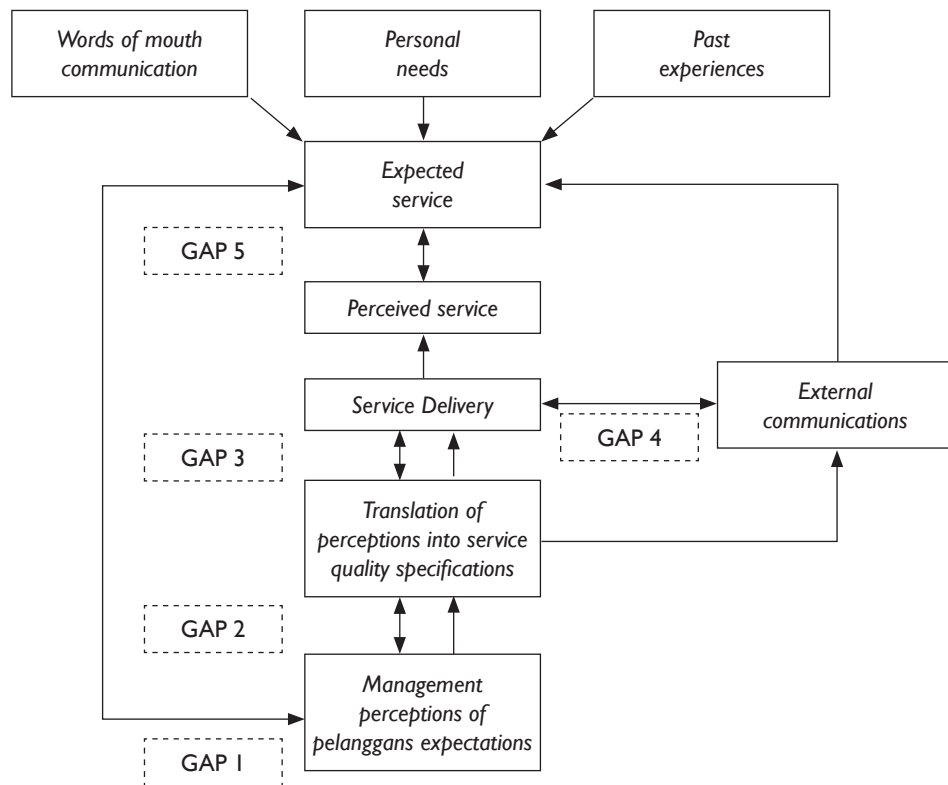
Pengukuran Mutu Pelayanan

Menurut Donabedian, mutu pelayanan dapat diukur dengan menggunakan tiga variabel, yaitu *input*, *proses*, dan *output/outcome*.

1. *Input* adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas peralatan, teknologi, organisasi, dan informasi.
2. Proses adalah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien dan masyarakat). Setiap tindakan medis/keperawatan harus selalu mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Setiap tindakan korektif dibuat dan meminimalkan risiko terulangnya keluhan atau ketidakpuasan pada pasien lainnya. Program keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan. Interaksi profesional yang lain adalah pengembangan akreditasi dalam meningkatkan mutu rumah sakit dengan indikator pemenuhan standar pelayanan yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI. ISO 9001:2000 adalah suatu standar internasional untuk sistem manajemen kualitas yang bertujuan menjamin kesesuaian dari suatu proses pelayanan terhadap kebutuhan persyaratan yang dispesifikasikan oleh pelanggan dan rumah sakit. Keilmuan selalu diperbarui untuk menjamin bahwa tindakan medis/keperawatan yang dilakukan telah didukung oleh bukti ilmiah yang mutakhir. Interaksi profesional selalu memperhatikan asas etika terhadap pasien, yaitu:
 - a. berbuat hal hal yang baik (*beneficence*) terhadap manusia khususnya pasien, staf klinis dan nonklinis, masyarakat dan pelanggan secara umum;
 - b. tidak menimbulkan kerugian (*nonmaleficence*) terhadap manusia;
 - c. menghormati manusia (*respect for persons*) menghormati hak otonomi, martabat, kerahasiaan, berlaku jujur, terbuka, empati;
 - d. berlaku adil (*justice*) dalam memberikan layanan.
3. *Output/outcome* adalah hasil pelayanan kesehatan atau pelayanan keperawatan, yaitu berupa perubahan yang terjadi pada konsumen termasuk kepuasan dari konsumen. Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit/keperawatan tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula.

Konsep Mutu berdasar SERVQUAL (Service Quality)

Tinjauan mengenai konsep kualitas layanan sangat ditentukan oleh berapa besar kesenjangan (*gap*) antara persepsi pelanggan atas kenyataan pelayanan yang diterima, dibandingkan dengan harapan pelanggan atas pelayanan yang harus diterima. Kelima kesenjangan (*gap*) tersebut disajikan dalam skema *grand theory* Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985) dan diuraikan berikut ini.



Figur 11.1 The Integrated Gaps Model of Service Quality (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985)

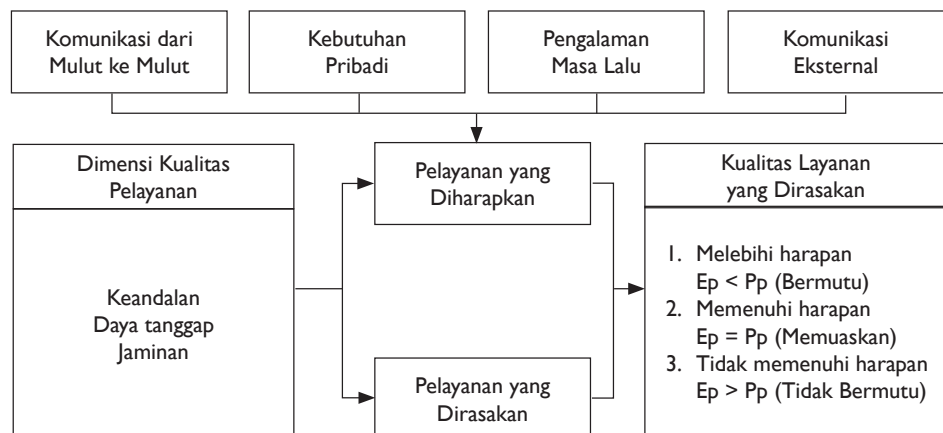
Grand teori yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry dalam Muninjaya (2011), penyampaian jasa oleh pihak penyedia jasa bisa terancam gagal kalau berbagai kesenjangan dibiarkan berkembang tanpa ada intervensi untuk mencegahnya, atau tidak ada upaya khusus untuk mengurangi dampaknya. Penjelasan mengenai kelima kesenjangan tersebut yaitu sebagai berikut.

1. Kesenjangan antara harapan pengguna jasa dan persepsi manajemen.
Manajemen institusi pelayanan kesehatan belum mampu secara tepat mengidentifikasi dan memahami harapan (ekspektasi) para pengguna jasa pelayanan kesehatan.
2. Kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi kualitas jasa.
Kesenjangan akan terjadi jika pemahaman manajemen RS (Puskesmas) tentang harapan pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak diterjemahkan menjadi aksi nyata yang spesifik. Misalnya, standar prosedur pelayanan atau pelaksanaan penyampaian jasa belum dikemas sesuai dengan harapan pengguna jasa yang semakin menuntut pelayanan yang bermutu (cepat, ramah, tepat, dan biaya terjangkau).
3. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaian.
Standar pelayanan dan cara penyampaian jasa sudah tersusun dengan baik, tetapi muncul kesenjangan karena staf pelaksana pelayanan di garis depan (*front line*

staff) seperti perawat, bidan dan dokter umum di sebuah rumah sakit belum mendapat pelatihan khusus tentang teknik penyampaian jasa pelayanan tersebut. Akibatnya, jasa pelayanan kesehatan yang ditawarkan kepada pasien tidak sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan oleh komite medik rumah sakit tersebut.

4. Kesenjangan antara penyampaian jasa dan harapan pihak eksternal.
Harapan pengguna jasa sangat dipengaruhi oleh cara staf dan manajemen rumah sakit berkomunikasi dengan masyarakat calon pengguna jasanya. Cara seperti ini akan memunculkan kesenjangan. Harapan pengguna jasa pelayanan kesehatan yang sudah mulai terbentuk melalui pemasaran tidak dapat terpenuhi karena pelayanan teknis medis dan kelengkapan mutu pelayanan berbeda dengan ekspektasi mereka.
5. Kesenjangan antara jasa yang diterima pengguna dan yang diharapkan.
Kesenjangan ini terjadi jika konsumen mengukur kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan cara yang berbeda, termasuk persepsi pengguna yang berbeda terhadap kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diharapkan.

Menurut Parasuraman (2001: 162) bahwa konsep kualitas layanan yang diharapkan dan dirasakan ditentukan oleh kualitas layanan. Kualitas layanan tersebut terdiri atas daya tanggap, jaminan, bukti fisik, empati dan keandalan. Selain itu, pelayanan yang diharapkan sangat dipengaruhi oleh berbagai persepsi komunikasi dari mulut ke mulut, kebutuhan pribadi, pengalaman masa lalu dan komunikasi eksternal, persepsi inilah yang memengaruhi pelayanan yang diharapkan ($E_p = Expectation$) dan pelayanan yang dirasakan ($P_p = Perception$) yang membentuk adanya konsep kualitas layanan. Lebih jelasnya dapat ditunjukkan pada gambar di bawah ini:



Figur 11.2 Penilaian Pelanggan terhadap Kualitas layanan (Parasuraman, 2001)

Parasuraman (2001: 165) menyatakan bahwa konsep kualitas layanan adalah suatu pengertian yang kompleks tentang mutu, tentang memuaskan atau tidak

memuaskan. Konsep kualitas layanan dikatakan bermutu apabila pelayanan yang diharapkan lebih kecil daripada pelayanan yang dirasakan (bermutu). Dikatakan konsep kualitas layanan memenuhi harapan, apabila pelayanan yang diharapkan sama dengan yang dirasakan (memuaskan). Demikian pula dikatakan persepsi tidak memenuhi harapan apabila pelayanan yang diharapkan lebih besar daripada pelayanan yang dirasakan (tidak bermutu).

Konsep kualitas layanan dari harapan yang diharapkan seperti dikemukakan di atas, ditentukan oleh empat faktor, yang saling terkait dalam memberikan suatu persepsi yang jelas dari harapan pelanggan dalam mendapatkan pelayanan. Keempat faktor tersebut antara lain sebagai berikut.

1. Komunikasi dari mulut ke mulut (*word of mouth communication*), faktor ini sangat menentukan dalam pembentukan harapan pelanggan atas suatu jasa/pelayanan. Pemilihan untuk mengonsumsi suatu jasa/pelayanan yang bermutu dalam banyak kasus dipengaruhi oleh informasi dari mulut ke mulut yang diperoleh dari pelanggan yang telah mengonsumsi jasa tersebut sebelumnya.

Promosi merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan suatu program pemasaran. Betapapun kualitasnya suatu produk ataupun jasa, bila konsumen belum pernah mendengarnya dan tidak yakin bahwa produk tersebut dapat berguna, maka konsumen tidak akan pernah membeli produk tersebut. Salah satu alat promosi yang paling ampuh adalah dengan sistem WOM (*Word of Mouth*) (Trarintya, 2011). WOM merupakan sebuah komunikasi informal di antara seorang pembicara yang tidak komersial dengan orang yang menerima informasi mengenai sebuah merek, produk, perusahaan atau jasa. WOM dapat diartikan sebagai aktivitas komunikasi dalam pemasaran yang mengindikasikan seberapa mungkin *pelanggan* akan bercerita kepada orang lain tentang pengalamannya dalam proses pembelian atau mengonsumsi suatu produk atau jasa. Pengalaman *pelanggan* tersebut dapat berupa pengalaman positif atau pengalaman negatif.

Sebenarnya hubungan dari mulut ke mulut berbentuk U, apabila seseorang puas maka ia akan menyebarkan berita positif dari mulut ke mulut, tapi apabila mengeluh tidak puas maka ia akan menyebarkan berita negatif dari mulut ke mulut. Pengalaman yang kurang memuaskan pada pelanggan dapat memunculkan berbagai respons kepada perusahaan. Perusahaan dapat menanggapi respons tersebut dengan berbagai cara yang dinamis. Peluang meningkatnya aktivitas WOM tersebut dapat memberikan pengaruh yang hebat.

Usaha WOM, memuaskan pelanggan adalah hal yang sangat wajib. Dalam sebuah studi oleh US Office of Consumer Affairs (Kantor Urusan Pelanggan Amerika Serikat) menunjukkan bahwa WOM memberikan efek yang signifikan terhadap penilaian pelanggan. Dalam studi tersebut disebutkan bahwa secara rata-rata, satu pelanggan tidak puas akan mengakibatkan sembilan calon pelanggan lain yang akan menyebabkan ketidakpuasan. Sementara itu pelanggan yang puas hanya akan mengabarkan kepada lima calon pelanggan lain.

2. Kebutuhan pribadi (*personal need*), yaitu harapan pelanggan bervariasi tergantung pada karakteristik dan keadaan individu yang memengaruhi kebutuhan pribadinya.
3. Pengalaman masa lalu (*past experience*), yaitu pengalaman pelanggan merasakan suatu pelayanan jasa tertentu di masa lalu yang memengaruhi tingkat harapannya untuk memperoleh pelayanan jasa yang sama di masa kini dan yang akan datang.
4. Komunikasi eksternal (*company's external communication*) yaitu komunikasi eksternal yang digunakan oleh organisasi jasa sebagai pemberi pelayanan melalui berbagai bentuk upaya promosi juga memegang peranan dalam pembentukan harapan pelanggan.

Berdasarkan pengertian di atas terdapat tiga tingkat konsep kualitas layanan yaitu:

1. Bermutu (*quality surprise*), bila kenyataan pelayanan yang diterima melebihi pelayanan yang diharapkan pelanggan.
2. Memuaskan (*satisfactory quality*), bila kenyataan pelayanan yang diterima sama dengan pelayanan yang diharapkan pelanggan.
3. Tidak bermutu (*unacceptable quality*), bila ternyata kenyataan pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan pelanggan.

Parasuraman (2001:26) mengemukakan konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan ditentukan oleh lima unsur yang biasa dikenal dengan istilah kualitas layanan "RATER" (*responsiveness, assurance, tangible, empathy* dan *reliability*). Konsep kualitas layanan RATER intinya adalah membentuk sikap dan perilaku dari pengembang pelayanan untuk memberikan bentuk pelayanan yang kuat dan mendasar, agar mendapat penilaian sesuai dengan kualitas layanan yang diterima.

Inti dari konsep kualitas layanan adalah menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan yang memuaskan orang-orang yang menerima pelayanan sesuai dengan daya tanggap (*responsiveness*), menumbuhkan adanya jaminan (*assurance*), menunjukkan bukti fisik (*tangible*) yang dapat dilihatnya, menurut empati (*empathy*) dari orang-orang yang memberikan pelayanan sesuai dengan keandalannya (*reliability*) menjalankan tugas pelayanan yang diberikan secara konsekuen untuk memuaskan yang menerima pelayanan.

Berdasarkan inti dari konsep kualitas layanan "RATER" kebanyakan organisasi kerja yang menjadikan konsep ini sebagai acuan dalam menerapkan aktualisasi layanan dalam organisasi kerjanya, dalam memecahkan berbagai bentuk kesenjangan (*gap*) atas berbagai pelayanan yang diberikan oleh pegawai dalam memenuhi tuntutan pelayanan masyarakat. Aktualisasi konsep "RATER" juga diterapkan dalam penerapan kualitas layanan pegawai baik pegawai pemerintah maupun nonpemerintah dalam meningkatkan prestasi kerjanya.

Lebih jelasnya dapat diuraikan mengenai bentuk-bentuk aplikasi kualitas layanan dengan menerapkan konsep “RATER” yang dikemukakan oleh Parasuraman (2001:32) sebagai berikut.

1. Daya tanggap (*responsiveness*).

Setiap pegawai dalam memberikan bentuk-bentuk pelayanan, mengutamakan aspek pelayanan yang sangat memengaruhi perilaku orang yang mendapat pelayanan, sehingga diperlukan kemampuan daya tanggap dari pegawai untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Hal ini memerlukan adanya penjelasan yang bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk agar menyikapi segala bentuk-bentuk prosedur dan mekanisme kerja yang berlaku dalam suatu organisasi, sehingga bentuk pelayanan mendapat respon positif (Parasuraman, 2001:52).

Tuntutan pelayanan yang menyikapi berbagai keluhan dari bentuk-bentuk pelayanan yang diberikan menjadi suatu respek positif dari daya tanggap pemberi pelayanan dan yang menerima pelayanan. Seyogyanya pihak yang memberikan pelayanan apabila menemukan orang yang dilayani kurang mengerti atas berbagai syarat prosedur atau mekanisme, maka perlu diberikan suatu pengertian dan pemahaman yang jelas secara bijaksana, berwibawa dan memberikan berbagai alternatif kemudahan untuk mengikuti syarat pelayanan yang benar, sehingga kesan dari orang yang mendapat pelayanan memahami atau tanggap terhadap keinginan orang yang dilayani.

Pada prinsipnya, inti dari bentuk pelayanan yang diterapkan dalam suatu instansi atau aktivitas pelayanan kerja yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan tingkat ketanggapan atas permasalahan pelayanan yang diberikan. Kurangnya ketanggapan tersebut dari orang yang menerima pelayanan, karena bentuk pelayanan tersebut baru dihadapi pertama kali, sehingga memerlukan banyak informasi mengenai syarat dan prosedur pelayanan yang cepat, mudah dan lancar, sehingga pihak pegawai atau pemberi pelayanan seyogyanya menuntun orang yang dilayani sesuai dengan penjelasan-penjelasan yang mendetail, singkat dan jelas yang tidak menimbulkan berbagai pertanyaan atau hal-hal yang menimbulkan keluhan kesah dari orang yang mendapat pelayanan. Apabila hal ini dilakukan dengan baik, berarti pegawai tersebut memiliki kemampuan daya tanggap terhadap pelayanan yang diberikan yang menjadi penyebab terjadinya pelayanan yang optimal sesuai dengan tingkat kecepatan, kemudahan dan kelancaran dari suatu pelayanan yang ditangani oleh pegawai (Parasuraman, 2001).

Suatu organisasi sangat menyadari pentingnya kualitas layanan daya tanggap atas pelayanan yang diberikan. Setiap orang yang mendapat pelayanan sangat membutuhkan penjelasan atas pelayanan yang diberikan agar pelayanan tersebut jelas dan dimengerti. Untuk mewujudkan dan merealisasikan hal tersebut, maka kualitas layanan daya tanggap mempunyai peranan penting atas

memenuhi berbagai penjelasan dalam kegiatan pelayanan kepada masyarakat. Apabila pelayanan daya tanggap diberikan dengan baik atas penjelasan yang bijaksana, penjelasan yang mendetail, penjelasan yang membina, penjelasan yang mengarahkan dan yang bersifat membujuk, apabila hal tersebut secara jelas dimengerti oleh individu yang mendapat pelayanan, maka secara langsung pelayanan daya tanggap dianggap berhasil, dan ini menjadi suatu bentuk keberhasilan prestasi kerja. Kualitas layanan daya tanggap adalah suatu bentuk pelayanan dalam memberikan penjelasan, agar orang yang diberi pelayanan tanggap dan menanggapi pelayanan yang diterima, sehingga diperlukan adanya unsur kualitas layanan daya tanggap sebagai berikut.

- a. Memberikan penjelasan secara bijaksana sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang dihadapinya. Penjelasan bijaksana tersebut mengantar individu yang mendapat pelayanan mampu mengerti dan menyetujui segala bentuk pelayanan yang diterima.
- b. Memberikan penjelasan yang mendetail yaitu bentuk penjelasan yang substantif dengan persoalan pelayanan yang dihadapi, yang bersifat jelas, transparan, singkat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- c. Memberikan pembinaan atas bentuk-bentuk pelayanan yang dianggap masih kurang atau belum sesuai dengan syarat-syarat atau prosedur pelayanan yang ditunjukkan.
- d. Mengarahkan setiap bentuk pelayanan dari individu yang dilayani untuk menyiapkan, melaksanakan dan mengikuti berbagai ketentuan pelayanan yang harus dipenuhi.
- e. Membujuk orang yang dilayani apabila menghadapi suatu permasalahan yang dianggap bertentangan, berlawanan atau tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Uraian-uraian di atas menjadi suatu interpretasi yang banyak dikembangkan dalam suatu organisasi kerja yang memberikan kualitas layanan yang sesuai dengan daya tanggap atas berbagai pelayanan yang ditunjukkan. Inti dari pelayanan daya tanggap dalam suatu organisasi berupa pemberian berbagai penjelasan dengan bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk. Apabila hal ini dapat diimplementasikan dengan baik, dengan sendirinya kualitas layanan daya tanggap akan menjadi cermin prestasi kerja pegawai yang ditunjukkan dalam pelayanannya.

2. Jaminan (*Assurance*).

Setiap bentuk pelayanan memerlukan adanya kepastian atas pelayanan yang diberikan. Bentuk kepastian dari suatu pelayanan sangat ditentukan oleh jaminan dari pegawai yang memberikan pelayanan, sehingga orang yang menerima pelayanan merasa puas dan yakin bahwa segala bentuk urusan pelayanan yang dilakukan atas tuntas dan selesai sesuai dengan kecepatan, ketepatan, kemudahan, kelancaran dan kualitas layanan yang diberikan (Parasuraman, 2001).

Jaminan atas pelayanan yang diberikan oleh pegawai sangat ditentukan oleh *performance* atau kinerja pelayanan, sehingga diyakini bahwa pegawai tersebut mampu memberikan pelayanan yang andal, mandiri dan profesional yang berdampak pada kepuasan pelayanan yang diterima. Selain dari *performance* tersebut, jaminan dari suatu pelayanan juga ditentukan dari adanya komitmen organisasi yang kuat, yang menganjurkan agar setiap pegawai memberikan pelayanan secara serius dan sungguh-sungguh untuk memuaskan orang yang dilayani. Bentuk jaminan yang lain yaitu jaminan terhadap pegawai yang memiliki perilaku kepribadian (*personality behavior*) yang baik dalam memberikan pelayanan, tentu akan berbeda pegawai yang memiliki watak atau karakter yang kurang baik dan yang kurang baik dalam memberikan pelayanan (Margaretha, 2003:201).

Inti dari bentuk pelayanan yang meyakinkan pada dasarnya bertumpu kepada kepuasan pelayanan yang ditunjukkan oleh setiap pegawai, komitmen organisasi yang menunjukkan pemberian pelayanan yang baik, dan perilaku dari pegawai dalam memberikan pelayanan, sehingga dampak yang ditimbulkan dari segala aktivitas pelayanan tersebut diyakini oleh orang-orang yang menerima pelayanan, akan dilayani dengan baik sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang dapat diyakini sesuai dengan kepastian pelayanan.

Melihat kenyataan kebanyakan organisasi modern dewasa ini dihadapkan oleh adanya berbagai bentuk penjaminan yang dapat meyakinkan atas berbagai bentuk pelayanan yang dapat diberikan oleh suatu organisasi sesuai dengan prestasi kerja yang ditunjukkannya. Suatu organisasi sangat membutuhkan adanya kepercayaan memberikan pelayanan kepada orang-orang yang dilayaninya. Untuk memperoleh suatu pelayanan yang meyakinkan, maka setiap pegawai berupaya untuk menunjukkan kualitas layanan yang meyakinkan sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang memuaskan yang diberikan, bentuk-bentuk pelayanan yang sesuai dengan komitmen organisasi yang ditunjukkan dan memberikan kepastian pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan. Suatu organisasi kerja sangat memerlukan adanya kepercayaan yang diyakini sesuai dengan kenyataan bahwa organisasi tersebut mampu memberikan kualitas layanan yang dapat dijamin sesuai dengan:

- a. mampu memberikan kepuasan dalam pelayanan yaitu setiap pegawai akan memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah, lancar dan berkualitas, dan hal tersebut menjadi bentuk konkret yang memuaskan orang yang mendapat pelayanan;
- b. mampu menunjukkan komitmen kerja yang tinggi sesuai dengan bentuk-bentuk integritas kerja, etos kerja dan budaya kerja yang sesuai dengan aplikasi dari visi, misi suatu organisasi dalam memberikan pelayanan;
- c. mampu memberikan kepastian atas pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan, agar orang yang mendapat pelayanan yakin sesuai dengan perilaku yang dilihatnya.

Uraian ini menjadi suatu penilaian bagi suatu organisasi dalam menunjukkan kualitas layanan asuransi (meyakinkan) kepada setiap orang yang diberi pelayanan sesuai dengan bentuk-bentuk kepuasan pelayanan yang dapat diberikan, memberikan pelayanan yang sesuai dengan komitmen kerja yang ditunjukkan dengan perilaku yang menarik, meyakinkan dan dapat dipercaya, sehingga segala bentuk kualitas layanan yang ditunjukkan dapat dipercaya dan menjadi aktualisasi pencerminan prestasi kerja yang dapat dicapai atas pelayanan kerja.

3. Bukti Fisik (*Tangible*).

Pengertian bukti fisik dalam kualitas layanan adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan membantu pelayanan yang diterima oleh orang yang menginginkan pelayanan, sehingga puas atas pelayanan yang dirasakan, yang sekaligus menunjukkan prestasi kerja atas pemberian pelayanan yang diberikan (Parasuraman, 2001).

Berarti dalam memberikan pelayanan, setiap orang yang menginginkan pelayanan dapat merasakan pentingnya bukti fisik yang ditunjukkan oleh pengembang pelayanan, sehingga pelayanan yang diberikan memberikan kepuasan. Bentuk pelayanan bukti fisik biasanya berupa sarana dan prasarana pelayanan yang tersedia, teknologi pelayanan yang digunakan, *performance* pemberi pelayanan yang sesuai dengan karakteristik pelayanan yang diberikan dalam menunjukkan prestasi kerja yang dapat diberikan dalam bentuk pelayanan fisik yang dapat dilihat. Bentuk-bentuk pelayanan fisik yang ditunjukkan sebagai kualitas layanan dalam rangka meningkatkan prestasi kerja, merupakan salah satu pertimbangan dalam manajemen organisasi.

Arisutha (2005:49) menyatakan prestasi kerja yang ditunjukkan oleh individu sumberdaya manusia, menjadi penilaian dalam mengaplikasikan aktivitas kerjanya yang dapat dinilai dari bentuk pelayanan fisik yang ditunjukkan. Biasanya bentuk pelayanan fisik tersebut berupa kemampuan menggunakan dan memanfaatkan segala fasilitas alat dan perlengkapan di dalam memberikan pelayanan, sesuai dengan kemampuan penguasaan teknologi yang ditunjukkan secara fisik dan bentuk tampilan dari pemberi pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan. Dalam banyak organisasi, kualitas layanan fisik terkadang menjadi hal penting dan utama, karena orang yang mendapat pelayanan dapat menilai dan merasakan kondisi fisik yang dilihat secara langsung dari pemberi pelayanan baik menggunakan, mengoperasikan dan menyikapi kondisi fisik suatu pelayanan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa dalam suatu organisasi modern dan maju, pertimbangan dari para pengembang pelayanan, senantiasa mengutamakan bentuk kualitas kondisi fisik yang dapat memberikan apresiasi terhadap orang yang memberi pelayanan.

Nursalam (2011) menyatakan bahwa kualitas layanan berupa kondisi fisik merupakan bentuk kualitas layanan nyata yang memberikan adanya apresiasi dan membentuk imej positif bagi setiap individu yang dilayaninya dan menjadi suatu penilaian dalam menentukan kemampuan dari pengembang pelayanan tersebut memanfaatkan segala kemampuannya untuk dilihat secara fisik, baik dalam menggunakan alat dan perlengkapan pelayanan, kemampuan menginovasi dan mengadopsi teknologi, dan menunjukkan suatu *performance* tampilan yang cakap, berwibawa dan memiliki integritas yang tinggi sebagai suatu wujud dari prestasi kerja yang ditunjukkan kepada orang yang mendapat pelayanan.

Selanjutnya, tinjauan Gibson, Ivancevich, Donnelly (2003) (yang melihat dinamika dunia kerja dewasa ini yang mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelayanan masyarakat maka, identifikasi kualitas layanan fisik mempunyai peranan penting dalam memperlihatkan kondisi-kondisi fisik pelayanan tersebut. Identifikasi kualitas layanan fisik (*tangible*) dapat tercermin dari aplikasi lingkungan kerja berikut.

- a. Kemampuan menunjukkan prestasi kerja pelayanan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja secara efisien dan efektif.
- b. Kemampuan menunjukkan penguasaan teknologi dalam berbagai akses data dan inventarisasi otomasi kerja sesuai dengan dinamika dan perkembangan dunia kerja yang dihadapinya.
- c. Kemampuan menunjukkan integritas diri sesuai dengan penampilan yang menunjukkan kecakapan, kewibawaan dan dedikasi kerja.

Uraian ini secara umum memberikan suatu indikator yang jelas bahwa kualitas layanan sangat ditentukan menurut kondisi fisik pelayanan, yang inti pelayanannya yaitu kemampuan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja yang dapat dilihat secara fisik, mampu menunjukkan kemampuan secara fisik dalam berbagai penguasaan teknologi kerja dan menunjukkan penampilan yang sesuai dengan kecakapan, kewibawaan dan dedikasi kerja.

4. Empati (*Empathy*).

Setiap kegiatan atau aktivitas pelayanan memerlukan adanya pemahaman dan pengertian dalam kebersamaan asumsi atau kepentingan terhadap suatu hal yang berkaitan dengan pelayanan. Pelayanan akan berjalan dengan lancar dan berkualitas apabila setiap pihak yang berkepentingan dengan pelayanan memiliki adanya rasa empati (*empathy*) dalam menyelesaikan atau mengurus atau memiliki komitmen yang sama terhadap pelayanan (Parasuraman, 2001).

Empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan untuk mengembangkan dan melakukan aktivitas pelayanan sesuai dengan tingkat pengertian dan pemahaman dari masing-masing pihak tersebut. Pihak yang memberi pelayanan harus memiliki empati memahami masalah dari pihak yang ingin dilayani. Pihak yang dilayani seyogyanya memahami

keterbatasan dan kemampuan orang yang melayani, sehingga keterpaduan antara pihak yang melayani dan mendapat pelayanan memiliki perasaan yang sama.

Artinya setiap bentuk pelayanan yang diberikan kepada orang yang dilayani diperlukan adanya empati terhadap berbagai masalah yang dihadapi orang yang membutuhkan pelayanan. Pihak yang menginginkan pelayanan membutuhkan adanya rasa kepedulian atas segala bentuk pengurusan pelayanan, dengan merasakan dan memahami kebutuhan tuntutan pelayanan yang cepat, mengerti berbagai bentuk perubahan pelayanan yang menyebabkan adanya keluhan kesah dari bentuk pelayanan yang harus dihindari, sehingga pelayanan tersebut berjalan sesuai dengan aktivitas yang diinginkan oleh pemberi pelayanan dan yang membutuhkan pelayanan.

Berarti empati dalam suatu organisasi kerja menjadi sangat penting dalam memberikan suatu kualitas layanan sesuai prestasi kerja yang ditunjukkan oleh seorang pegawai. Empati tersebut mempunyai inti yaitu mampu memahami orang yang dilayani dengan penuh perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan adanya keterlibatan dalam berbagai permasalahan yang dihadapi orang yang dilayani. Bentuk kualitas layanan dari empati orang-orang pemberi pelayanan terhadap yang mendapatkan pelayanan harus diwujudkan dalam lima hal berikut.

- a. Mampu memberikan perhatian terhadap berbagai bentuk pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani merasa menjadi orang yang penting.
- b. Mampu memberikan keseriusan atas aktivitas kerja pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani mempunyai kesan bahwa pemberi pelayanan menyikapi pelayanan yang diinginkan.
- c. Mampu menunjukkan rasa simpatik atas pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani merasa memiliki wibawa atas pelayanan yang dilakukan.
- d. Mampu menunjukkan pengertian yang mendalam atas berbagai hal yang diungkapkan, sehingga yang dilayani menjadi lega dalam menghadapi bentuk-bentuk pelayanan yang dirasakan.
- e. Mampu menunjukkan keterlibatannya dalam memberikan pelayanan atas berbagai hal yang dilakukan, sehingga yang dilayani menjadi tertolong menghadapi berbagai bentuk kesulitan pelayanan.

Bentuk-bentuk pelayanan ini menjadi suatu yang banyak dikembangkan oleh para pengembang organisasi, khususnya bagi pengembang pelayanan modern, yang bertujuan memberikan kualitas layanan yang sesuai dengan dimensi empati atas berbagai bentuk-bentuk permasalahan pelayanan yang dihadapi oleh yang membutuhkan pelayanan, sehingga dengan dimensi empati ini, seorang pegawai menunjukkan kualitas layanan sesuai dengan prestasi kerja yang ditunjukkan.

5. Keandalan (*Reliability*).

Setiap pelayanan memerlukan bentuk pelayanan yang andal, artinya dalam memberikan pelayanan, setiap pegawai diharapkan memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme kerja yang

tinggi, sehingga aktivitas kerja yang dikerjakan menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan, tanpa ada keluhan dan kesan yang berlebihan atas pelayanan yang diterima oleh masyarakat (Parasuraman, 2001).

Tuntutan keandalan pegawai dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah dan lancar menjadi syarat penilaian bagi orang yang dilayani dalam memperlihatkan aktualisasi kerja pegawai dalam memahami lingkup dan uraian kerja yang menjadi perhatian dan fokus dari setiap pegawai dalam memberikan pelayanannya.

Inti pelayanan keandalan adalah setiap pegawai memiliki kemampuan yang andal, mengetahui mengenai seluk beluk prosedur kerja, mekanisme kerja, memperbaiki berbagai kekurangan atau penyimpangan yang tidak sesuai dengan prosedur kerja dan mampu menunjukkan, mengarahkan dan memberikan arahan yang benar kepada setiap bentuk pelayanan yang belum dimengerti oleh masyarakat, sehingga memberi dampak positif atas pelayanan tersebut yaitu pegawai memahami, menguasai, andal, mandiri dan profesional atas uraian kerja yang ditekuninya (Parasuraman, Zeithamal, Berry, 1985 dan (Parasuraman, 2001).

Kaitan dimensi pelayanan *reliability* (keandalan) merupakan suatu yang sangat penting dalam dinamika kerja suatu organisasi. Keandalan merupakan bentuk ciri khas atau karakteristik dari pegawai yang memiliki prestasi kerja tinggi. Keandalan dalam pemberian pelayanan dapat terlihat dari keandalan memberikan pelayanan sesuai dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki, keandalan dalam terampil menguasai bidang kerja yang diterapkan, keandalan dalam penguasaan bidang kerja sesuai pengalaman kerja yang ditunjukkan dan keandalan menggunakan teknologi kerja.

Keandalan dari suatu individu organisasi dalam memberikan pelayanan sangat diperlukan untuk menghadapi gerak dinamika kerja yang terus bergulir menuntut kualitas layanan yang tinggi sesuai keandalan individu pegawai. Keandalan dari seorang pegawai yang berprestasi, dapat dilihat dari berikut.

- a. Keandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan tingkat pengetahuan terhadap uraian kerjanya.
- b. Keandalan dalam memberikan pelayanan yang terampil sesuai dengan tingkat keterampilan kerja yang dimilikinya dalam menjalankan aktivitas pelayanan yang efisien dan efektif.
- c. Keandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan pengalaman kerja yang dimilikinya, sehingga penguasaan tentang uraian kerja dapat dilakukan secara cepat, tepat, mudah dan berkualitas sesuai pengalamannya.
- d. Keandalan dalam mengaplikasikan penguasaan teknologi untuk memperoleh pelayanan yang akurat dan memuaskan sesuai hasil output penggunaan teknologi yang ditunjukkan.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka dapat dipahami bahwa kualitas layanan dari keandalan dalam suatu organisasi dapat ditunjukkan keandalan pemberi pelayanan sesuai dengan bentuk-bentuk karakteristik yang dimiliki oleh pegawai tersebut, sesuai dengan keberadaan organisasi tersebut. Seorang pegawai dapat andal apabila tingkat pengetahuannya digunakan dengan baik dalam memberikan pelayanan yang andal, kemampuan keterampilan yang dimilikinya diterapkan sesuai dengan penguasaan bakat yang terampil, pengalaman kerja mendukung setiap pegawai untuk melaksanakan aktivitas kerjanya secara andal dan penggunaan teknologi menjadi syarat dari setiap pegawai yang andal untuk melakukan berbagai bentuk kreasi kerja untuk memecahkan berbagai permasalahan kerja yang dihadapinya secara andal.

Upaya Peningkatan Mutu

Peningkatan mutu dilakukan dalam berbagai macam cara yang akan dijelaskan sebagai berikut.

1. Mengembangkan akreditasi dalam meningkatkan mutu rumah sakit dengan indikator pemenuhan standar pelayanan yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI.
2. ISO 9001:2000 yaitu suatu standar internasional untuk sistem manajemen kualitas yang bertujuan menjamin kesesuaian proses pelayanan terhadap kebutuhan persyaratan yang dispesifikasikan oleh pelanggan dan rumah sakit.
3. Memperbarui keilmuan untuk menjamin bahwa tindakan medis/keperawatan yang dilakukan telah didukung oleh bukti ilmiah yang mutakhir.
4. *Good corporate governance* yang mengatur aspek institusional dan aspek bisnis dalam penyelenggaraan sarana pelayanan kesehatan dengan memperhatikan transparansi dan akuntabilitas sehingga tercapai manajemen yang efisien dan efektif.
5. *Clinical governance* merupakan bagian dari *corporate governance*, yaitu sebuah kerangka kerja organisasi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab atas peningkatan mutu secara berkesinambungan. Tujuannya adalah tetap menjaga standar pelayanan yang tinggi dengan menciptakan lingkungan yang kondusif. *Clinical governance* menjelaskan hal hal penting yang harus dilakukan seorang dokter dalam menangani konsumennya (pasien dan keluarga).
6. Membangun aliansi strategis dengan rumah sakit lain baik di dalam atau luar negeri. Kerja sama lintas sektor dan lintas fungsi harus menjadi bagian dari budaya rumah sakit seperti halnya kerja sama tim yang baik. Budaya dikotomi pemerintah dengan swasta harus diubah menjadi falsafah “bauran pemerintah-swasta (*public-private mix*) yang saling mengisi dan konstruktif.
7. Melakukan evaluasi terhadap strategi pembiayaan, sehingga tarif pelayanan bisa bersaing secara global, misalnya *outsourcing* investasi, *contracting out* untuk fungsi tertentu seperti *cleaning service*, gizi, *laundry*, perparkiran.

8. Orientasi pelayanan. Sering terjadi benturan nilai, di satu pihak masih kuatnya nilai masyarakat secara umum bahwa rumah sakit adalah institusi yang mengutamakan fungsi sosial. Sementara itu di pihak lain, etos para pemodal/investor dalam dan luar negeri yang menganggap rumah sakit adalah industri dan bisnis jasa, sehingga orientasi mencari laba merupakan sesuatu yang absah.
9. Orientasi bisnis dapat besar dampak positifnya bila potensial negatif dapat dikendalikan. Misalnya, tindakan medis yang berlebihan dan sebenarnya tidak bermanfaat bagi pasien menciptakan peluang terjadinya manipulasi pasien demi keuntungan finansial bagi pemberi layanan kesehatan. Perlu mekanisme pembinaan etis yang mengimbangi dua sistem nilai yang dapat bertentangan, yaitu antara fungsi sosial dan fungsi bisnis.



INDIKATOR PENILAIAN MUTU ASUHAN KEPERAWATAN

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

1. Aspek struktur (*input*).

Struktur adalah semua *input* untuk sistem pelayanan sebuah RS yang meliputi M1 (tenaga), M2 (sarana prasarana), M3 (metode asuhan keperawatan), M4 (dana), M5 (pemasaran), dan lainnya. Ada sebuah asumsi yang menyatakan bahwa jika struktur sistem RS tertata dengan baik akan lebih menjamin mutu pelayanan. Kualitas struktur RS diukur dari tingkat kewajaran, kuantitas, biaya (efisiensi), dan mutu dari masing-masing komponen struktur.

2. Proses.

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

3. *Outcome*.

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

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

- angka infeksi nosokomial: 1–2%;
- angka kematian kasar: 3–4%;

- kematian pascabedah: 1–2%;
 - kematian ibu melahirkan: 1–2%;
 - kematian bayi baru lahir: 20/1.000;
 - NDR (*Net Death Rate*): 2,5%;
 - ADR (*Anesthesia Death Rate*) maksimal 1/5.000;
 - PODR (*Post-Operation Death Rate*): 1%;
 - POIR (*Post-Operative Infection Rate*): 1%.
- b. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS:
- biaya per unit untuk rawat jalan;
 - jumlah penderita yang mengalami dekubitus;
 - jumlah penderita yang jatuh dari tempat tidur;
 - BOR: 70–85%;
 - BTO (*Bed Turn Over*): 5–45 hari atau 40–50 kali per satu tempat tidur/tahun;
 - TOI (*Turn Over Interval*): 1–3 hari TT yang kosong;
 - LOS (*Length of Stay*): 7–10 hari (komplikasi, infeksi nosokomial; gawat darurat; tingkat kontaminasi dalam darah; tingkat kesalahan; dan kepuasan pasien);
 - *normal tissue removal rate*: 10%.
- c. Indikator mutu yang berkaitan dengan kepuasan pasien dapat diukur dengan jumlah keluhan dari pasien/keluarganya, surat pembaca di koran, surat kaleng, surat masuk di kotak saran, dan lainnya.
- d. Indikator cakupan pelayanan sebuah RS terdiri atas:
- jumlah dan persentase kunjungan rawat jalan/inap menurut jarak RS dengan asal pasien;
 - jumlah pelayanan dan tindakan seperti jumlah tindakan pembedahan dan jumlah kunjungan SMF spesialis;
 - Untuk mengukur mutu pelayanan sebuah RS, angka-angka standar tersebut di atas dibandingkan dengan standar (indikator) nasional. Jika bukan angka standar nasional, penilaian dapat dilakukan dengan menggunakan hasil pencatatan mutu pada tahun-tahun sebelumnya di rumah sakit yang sama, setelah dikembangkan kesepakatan pihak manajemen/direksi RS yang bersangkutan dengan masing-masing SMF dan staf lainnya yang terkait.
- e. Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien:
- pasien terjatuh dari tempat tidur/kamar mandi;
 - pasien diberi obat salah;
 - tidak ada obat/alat emergensi;
 - tidak ada oksigen;
 - tidak ada suction (penyedot lendir);
 - tidak tersedia alat pemadam kebakaran;

- pemakaian obat;
- pemakaian air, listrik, gas, dan lain-lain.

Indikator keselamatan pasien, sebagaimana dilaksanakan di SGH (Singapore General Hospital, 2006) meliputi:

- pasien jatuh disebabkan kelalaian perawat, kondisi kesadaran pasien, beban kerja perawat, model tempat tidur, tingkat perlukaan, dan keluhan keluarga;
- pasien melarikan diri atau pulang paksa, disebabkan kurangnya kepuasan pasien, tingkat ekonomi pasien, respons perawat terhadap pasien, dan peraturan rumah sakit;
- *clinical incident* di antaranya jumlah pasien flebitis, jumlah pasien ulkus dekubitus, jumlah pasien pneumonia; jumlah pasien tromboli, dan jumlah pasien edema paru karena pemberian cairan yang berlebih;
- *sharp injury*, meliputi bekas tusukan infus yang berkali-kali, kurangnya keterampilan perawat, dan komplain pasien;
- *medication incident*, meliputi lima tidak tepat (jenis obat, dosis, pasien, cara, waktu).

Tabel 11.1 Standar Nasional Indikator Mutu Pelayanan

Standar Nasional	
\sum BOR	75–80%
\sum ALOS	1–10 hari
\sum TOI (Turn Over Interval)	1–3 hari
\sum BTO (Bed Turn Over)	5–45 hari
\sum NDR (Net Death Rate)	< 2,5%
\sum GDR (Gross Death Rate)	< 3%
\sum ADR (Anesthesia Death Rate)	1,15000
\sum PODR (Post-Operative Death Rate)	< 1%
\sum POIR (Post-Operative Infection Rate)	< 1%
\sum NTRR (Normal Tissue Removal Rate)	< 10%
\sum MDR (Maternal Death Rate)	< 0,25%
\sum IDR (Infant Death Rate)	< 2%



AUDIT INTERNAL PELAYANAN KEPERAWATAN

Audit internal adalah suatu kegiatan penjagaan mutu (menilai kesesuaian antara fakta dengan kriterianya) dan konsultasi oleh tim independen serta objektif yang dirancang untuk memberikan nilai tambah sekaligus memajukan kegiatan organisasi dalam mencapai tujuannya. Auditor internal membantu manajemen dalam hal:

1. memonitor aktivitas yang tidak dapat dilakukan manajemen, ketika tim audit setiap tahun mengajukan jadwal audit ke manajemen eksekutif (contoh audit asuhan keperawatan, audit infeksi nosokomial);

2. mengidentifikasi dan meminimalkan risiko;
3. memvalidasi laporan untuk manajemen senior dengan melakukan tinjauan terhadap laporan untuk meyakinkan akurasi, ketepatan waktu dan maknanya, sehingga keputusan manajemen yang didasarkan pada laporan tersebut lebih valid;
4. meninjau kegiatan yang sudah berlalu dan sedang berjalan;
5. kegiatan audit program berupa penilaian kebijakan atau program pada saat masih dalam rancangan, pada saat diimplementasikan, dan hasil aktual yang dicapai oleh kebijakan atau program tersebut;
6. membantu manajer karena masalah dapat timbul bila manajer tidak cermat mengendalikan aktivitasnya—auditor internal pada umumnya dapat menemukan masalah tersebut dan memberikan rekomendasi perbaikannya.

Objektivitas Audit Internal

Audit internal harus memiliki kriteria tertentu, yaitu:

1. harus objektif dalam melaksanakan audit dan ini merupakan sikap mental independen yang harus dijaga dalam menjalankan audit;
2. memiliki kejujuran atas hasil produknya dan tidak melakukan kompromi atas kualitas audit;
3. menjaga agar tidak terjadi penugasan audit kepada auditor yang secara nyata atau potensial memiliki konflik kepentingan dengan penugasan auditnya;
4. tidak dibebani tanggung jawab operasional.

Pelaksanaan Audit di Keperawatan

1. Dilakukan oleh tim mutu pelayanan keperawatan yang bertugas menentukan masalah keperawatan yang perlu diperbaiki.
2. Menentukan kriteria untuk memperbaiki masalah serta menilai pelaksanaan perbaikan yang telah ditetapkan.
3. Merupakan bagian integral dari tim mutu rumah sakit dan bisa merupakan salah satu komponen dari komite keperawatan.
4. Menyampaikan hasil laporan secara periodik pada komite keperawatan untuk seterusnya disampaikan pada pimpinan rumah sakit sebagai bahan pertimbangan kebijakan lebih lanjut.
5. Diperlukan kerja sama dengan berbagai departemen yang ada di rumah sakit untuk dapat mengidentifikasi masalah, menentukan kriteria dan merencanakan perbaikan, seperti departemen farmasi, infeksi nosokomial, rekam medis, pelayanan medis, bagian pemasaran, dan lain-lain.



AUDIT PERSONALIA

Audit personalia adalah pemeriksaan dan penilaian data-data personalia. Audit personalia mengevaluasi kegiatan-kegiatan personalia yang dilakukan dalam suatu organisasi, baik bagian per bagian maupun organisasi secara keseluruhan. Hasil pemeriksaan dan penilaian menunjukkan atau mencerminkan hal-hal berikut.

1. Mengidentifikasi sumbangan departemen personalia kepada organisasi.
2. Meningkatkan kesan profesional terhadap departemen personalia.
3. Mendorong tanggung jawab dan profesionalisme lebih besar di antara karyawan departemen personalia.
4. Menstimulasi keseragaman kebijakan dan praktik personalia.
5. Memperjelas tugas dan tanggung jawab departemen personalia.
6. Menemukan masalah personalia secara kritis.
7. Mengurangi biaya sumber daya manusia melalui prosedur personalia yang lebih efektif.
8. Menyelesaikan keluhan lama dengan aturan legal.
9. Meningkatkan kesediaan untuk menerima perubahan yang diperlukan dalam departemen personalia.
10. Memberikan tinjauan terhadap sistem informasi departemen.

Pendekatan Teknis Audit Personalia

Ada lima pendekatan riset personalia yang dapat diterapkan untuk melakukan audit personalia dalam suatu organisasi.

1. Pendekatan komperatif.
Dilaksanakan dengan cara membandingkan organisasi/perusahaan lain, baik per bagian atau secara menyeluruh, untuk menemukan bidang pelaksanaan kerja yang tidak baik.
2. Pendekatan wewenang dari luar.
Bergantung pada penemuan-penemuan oleh para ahli atau konsultan dari luar organisasi/perusahaan, yang digunakan sebagai standar penilaian dalam audit personalia.
3. Pendekatan statistik.
Dengan memperhatikan dan/atau menggunakan data yang ada, standar disusun secara statistik dengan berbagai program dan kegiatan yang dievaluasi.
4. Pendekatan kepatuhan.
Dilaksanakan dengan cara mengambil sampel elemen-elemen. Selanjutnya, sistem informasi personalia diperiksa terhadap pelanggaran hukum/peraturan yang terjadi dengan maksud mengetahui kebenaran terjadinya pelanggaran tersebut.

5. Pendekatan MbO (*Management by Objective*).

Dilaksanakan dengan membandingkan hasil kegiatan personalia dengan tujuan yang telah ditetapkan. Bidang pelaksanaan kerja yang jelek dapat dideteksi dan dilaporkan.

Laporan Audit

Laporan audit umumnya disusun sebagai berikut.

1. Judul.
2. Daftar isi.
3. Ringkasan dan kesimpulan, terutama berguna untuk pimpinan eksekutif puncak.
4. Masalah pokok (tujuan audit, analisis, evaluasi, dan sebagainya).
5. Kesimpulan dan saran.
6. Tubuh (berisi: data, fakta, pandangan, serta alasan yang merupakan dasar kesimpulan dan saran).
7. Sumber data.
8. Lampiran yang dianggap penting.

Laporan tersebut harus jelas menerangkan ruang lingkup dan tujuan audit. Laporan juga harus lengkap tetapi cukup ringkas serta tidak memihak dengan disertai kesimpulan serta saran yang objektif. Data-data yang mendukung laporan harus kuat dan dapat dipertanggungjawabkan. Laporan audit yang baik dan objektif sangat bermanfaat untuk dapat dipakai sebagai pedoman pengambilan kebijakan tertentu.

Tabel 11.2 Indikator Audit Keperawatan

Indikator Audit keperawatan		
Bagian : Keperawatan		
Jabatan : Pelaksana Keperawatan		
Bidang Hasil Pokok Tugas Utama	Pengukuran	
	Outcome	Indikator
Mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah status kesehatan pasien yang lengkap. 2. Persentase ketepatan dan relevansi data yang terkumpul. 3. Mengandung unsur LARB (lengkap, akurat, relevan, dan baru). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah cara pengumpulan data. 2. Tingkat partisipasi pasien dalam proses pengumpulan data. 3. Fokus pengumpulan data.
Menganalisis data untuk memutuskan diagnosis keperawatan.	Persentase bebas kesalahan diagnosis.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan komponen diagnosis keperawatan (PES). 2. Tingkat keterlibatan pihak lain dalam proses menegakkan diagnosis.

bersambung

Indikator Audit keperawatan

Bagian : Keperawatan

Jabatan : Pelaksana Keperawatan

Bidang Hasil Pokok Tugas Utama	Pengukuran	
	Outcome	Indikator
Membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan pasien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersusunnya tujuan dan kriteria hasil NOC (<i>Nursing Outcome Criteria</i>). 2. Ketepatan rencana tindakan keperawatan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan komponen perencanaan secara tertulis. 2. Kesesuaian rencana dengan kondisi atau kebutuhan pasien.
Mengimplemantasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan partisipasi pasien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase penerimaan dan penolakan tindakan oleh pasien. 2. Persentase penilakan tindakan oleh pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 penyimpanan dari standar operasional prosedur (SOP).
Mengevaluasi perkembangan kesehatan pasien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan pelaksanaannya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya catatan tentang kegiatan revisi data, diagnosis, rencana tindakan berdasarkan hasil evaluasi. 2. Pemanfaatan hasil evaluasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 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.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya hasil pengendalian mutu 2. Adanya tindakan perbaikan terhadap kesenjangan yang diidentifikasi melalui program evaluasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 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.
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 pengetahuan dan teknologi mutakhir dalam praktik klinik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proposal inisiatif untuk belajar mandiri agar dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan. 2. Tingkat keterlibatan dalam proses pembelajaran yang tersedia di tempat kerja. 3. Tingkat keterlibatan dalam mengikuti pelatihan, seminar, atau pertemuan professional lainnya. 4. Tingkat keterlibatan dalam membantu sejawat untuk mengidentifikasi kebutuhan belajar.

bersambung

Indikator Audit keperawatan

Bagian : Keperawatan

Jabatan : Pelaksana Keperawatan

Bidang Hasil Pokok Tugas Utama	Pengukuran	
	Outcome	Indikator
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 mempertahankan kinerja.
Mengembangkan profesionalisme dari teman sejawat dan kolega.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya kesepakatan antarsejawat dalam kolaborasi interdisiplin melalui mekanisme <i>peer review</i>. 2. Adanya perbaikan tindakan berdasarkan hasil pertemuan kolaborasi dengan sejawat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase peran serta dalam kolaborasi antardisiplin melalui mekanisme <i>peer review</i>. 2. Persentase pemanfaatan hasil kolaborasi sejawat dalam melaksanakan askep.
Memberikan keputusan dan tindakan atas nama pasien dengan cara yang etis (sesuai dengan nilai, budaya, norma dan idealisme).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya bukti dalam catatan bahwa isu etis ditemukan dan telah dibahas dalam pertemuan tim. 2. Adanya pembinaan etika keperawatan sesuai kode etis keperawatan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi menghadiri pertemuan dan diskusi membahas isu-isu etis yang muncul dalam menjalankan praktik keperawatan. 2. Frekuensi menghadiri forum refleksi etis atas berbagai masalah etis yang muncul dalam praktik keperawatan. 3. Frekuensi mencari berbagai sumber yang tersedia untuk membantu membuat keputusan etis. 4. Frekuensi mendampingi pasien.
Berkolaborasi dengan pasien, keluarga dan semua pihak yang terkait peran serta tim multidisiplin kesehatan dalam memberikan perawatan pada pasien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah kelompok atau tim multidisiplin di mana seorang perawat pelaksana menjadi bagian di dalamnya, baik sebagai anggota maupun pengurus. 2. Frekuensi pelibatan pasien dalam rencana dan implementasi terapi. 3. Frekuensi pelibatan keluarga atau orang terdekat pasien dalam rencana implementasi terapi 4. Frekuensi pelibatan tenaga multidisiplin dalam rencana dan implementasi terapi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi menghadiri pertemuan atau diskusi atau forum yang melibatkan profesi lain (multidisiplin) untuk membicarakan pelayanan kepada orang sakit. 2. Frekuensi mengomunikasikan rencana askep kepada keluarga atau orang di sekitar pasien. 3. Frekuensi berkonsultasi dengan profesi lain yang sesuai dengan kebutuhan demi memberikan askep yang optimal kepada pasien. 4. Frekuensi memberikan pengakuan/penghormatan/penghargaan/ucapan terima kasih atas kontribusi sejawat dalam askep yang telah diberikan kepada pasien. 5. Frekuensi melibatkan diri dalam tim multidisiplin dalam kegiatan pendidikan, pengajaran, pembinaan, supervisi atau upaya-upaya penelitian.

bersambung

Indikator Audit keperawatan

Bagian : Keperawatan

Jabatan : Pelaksana Keperawatan

Bidang Hasil Pokok Tugas Utama	Pengukuran	
	Outcome	Indikator
Menggunakan hasil penelitian dalam praktik keperawatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Banyaknya masalah pasien yang diidentifikasi dan ditanggulangi melalui upaya riset. 2. Banyaknya praktik keperawatan dalam suatu periode tertentu yang mencerminkan hasil penelitian yang telah dibaca dalam jurnal atau laporan hasil penelitian keperawatan lainnya. 3. Banyaknya publikasi tertulis yang mencerminkan kontribusi perawat dalam pengembangan teori, riset, dan teknologi keperawatan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah masalah pasien yang diidentifikasi memerlukan pemecahan melalui riset. 2. Jumlah pemanfaatan standar riset yang dapat dipertanggungjawabkan dalam investigasi. 3. Banyaknya melaksanakan penelitian. 4. Banyaknya menggunakan hasil penelitian. 5. Banyaknya hasil penelitian yang didesiminasikan oleh perawat. 6. Banyaknya kerja sama dengan pakar untuk mendapatkan konsultasi dan atau supervisi penelitian. 7. Persentase persetujuan tertulis dari pasien yang dilibatkan dalam penelitian.
Mempertimbangkan faktor-faktor yang terkait dengan keamanan, efektivitas, dan efisiensi biaya dalam perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Banyaknya laporan anggaran yang tersedia bagi perawat untuk memberikan gambaran pola pengeluaran dan penyesuaian anggaran. 2. Banyaknya pelayanan asuhan keperawatan yang mempertimbangkan faktor keamanan. 3. Banyaknya pelayanan asuhan keperawatan yang mempertimbangkan efektivitas pelayanan. 4. Banyaknya pelayanan asuhan keperawatan yang mempertimbangkan faktor efisiensi biaya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi menghadiri pertemuan membahas penyiapan dan pengelolaan anggaran unit kerja. 2. Frekuensi pengecekan penggunaan sumber daya rumah sakit atau unit yang menjadi tanggung jawab keperawatan. 3. Frekuensi menganalisis laporan bulanan anggaran untuk mengevaluasi pola pengeluaran yang disesuaikan penggunaannya pada perubahan situasi. 4. Persentase peralatan keperawatan yang berfungsi baik. 5. Persentase kecukupan bahan dan alat habis pakai di tempat perawat pelaksana menjalankan tugas.

Sumber: Performance management, AGF *counseling* (2008)

Indikator klinik mutu pelayanan keperawatan di klinik meliputi keselamatan pasien, perawatan diri, kepuasan pasien, kenyamanan, kecemasan, dan pengetahuan.



KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan. Sejak malpraktik menggema di seluruh belahan bumi melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik hingga ke jurnal-jurnal ilmiah ternama, dunia kesehatan mulai menaruh kepedulian yang tinggi terhadap isu keselamatan pasien.

Program keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien itu sendiri maupun pihak rumah sakit. KTD bisa disebabkan oleh berbagai faktor antara lain beban kerja perawat yang tinggi, alur komunikasi yang kurang tepat, penggunaan sarana kurang tepat dan lain sebagainya.

Indikator keselamatan pasien (IPS) bermanfaat untuk mengidentifikasi area-area pelayanan yang memerlukan pengamatan dan perbaikan lebih lanjut, misalnya untuk menunjukkan:

1. adanya penurunan mutu pelayanan dari waktu ke waktu;
2. bahwa suatu area pelayanan ternyata tidak memenuhi standar klinik atau terapi sebagaimana yang diharapkan;
3. tingginya variasi antar rumah sakit dan antarpemberi pelayanan;
4. ketidaksepadanan antarunit pelayanan kesehatan (misalnya, pemerintah dengan swasta atau urban dengan rural).

Angka Kejadian Dekubitus

Luka tekan (*pressure ulcer*) atau dekubitus merupakan masalah serius yang sering terjadi pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas, seperti pasien stroke, cedera tulang belakang atau penyakit degeneratif. Adanya dekubitus yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan masa perawatan pasien menjadi panjang dan peningkatan biaya rumah sakit. Oleh karena itu perawat perlu memahami secara komprehensif tentang dekubitus agar dapat memberikan pencegahan dan intervensi keperawatan yang tepat untuk pasien yang berisiko.

1. Fisiologi dekubitus.

Dekubitus adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir yang disebabkan karena adanya kompresi jaringan yang lunak di atas tulang yang menonjol (*bony prominence*) dan adanya tekanan dari luar dalam jangka waktu yang lama. Kompresi jaringan akan menyebabkan gangguan pada suplai darah pada daerah yang tertekan. Apabila ini berlangsung lama, hal ini dapat menyebabkan insufisiensi aliran darah, anoksia atau iskemi jaringan dan akhirnya dapat mengakibatkan kematian sel. Area yang paling sering terjadi dekubitus adalah yang sering mengalami tekanan, yaitu:

- a. pada posisi terlentang, yaitu: daerah belakang kepala, sakrum dan tumit;
- b. pada posisi duduk, yaitu: daerah *ischium*;
- c. posisi lateral, yaitu pada daerah *trochanter* (trokanter).

2. Faktor risiko.

Faktor-faktor risiko untuk terjadinya dekubitus. Ada dua hal utama yang berhubungan dengan risiko terjadinya dekubitus, yaitu faktor tekanan dan

toleransi jaringan. Faktor yang memengaruhi durasi dan intensitas tekanan di atas tulang yang menonjol adalah imobilisasi, inaktivitas, dan penurunan sensoris persepsi. Sementara itu faktor yang memengaruhi toleransi jaringan dibedakan menjadi dua yaitu faktor ekstrinsik dan faktor intrinsik. Faktor intrinsik yaitu faktor yang berasal dari pasien. Sementara itu yang dimaksud dengan faktor ekstrinsik yaitu faktor-faktor dari luar yang mempunyai efek deteriorasi pada lapisan eksternal dari kulit. Di bawah ini adalah penjelasan dari masing masing faktor di atas.

a. Mobilitas dan aktivitas.

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktivitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien yang berbaring terus-menerus di tempat tidur tanpa mampu untuk mengubah posisi berisiko tinggi untuk terkena dekubitus. Imobilisasi adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian dekubitus.

b. Penurunan sensoris persepsi.

Pasien dengan penurunan sensoris persepsi akan mengalami penurunan kemampuan untuk merasakan sensasi nyeri akibat tekanan di atas tulang yang menonjol. Bila ini terjadi dalam durasi yang lama, pasien akan mudah terkena dekubitus.

c. Kelembapan.

Kelembapan yang disebabkan karena *inkontinensia* dapat mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu kelembapan juga mengakibatkan kulit mudah terkena gesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). *Inkontinensia alvi* lebih signifikan dalam perkembangan dekubitus daripada inkontinensia urine karena adanya bakteri dan enzim pada feses dapat merusak permukaan kulit.

d. Tenaga yang merobek (*shear*).

Merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah, serta struktur jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol. Contoh yang paling sering dari tenaga yang merobek ini adalah ketika pasien diposisikan dalam posisi semifowler yang melebihi 30 derajat. Pada posisi ini pasien bisa merosot kebawah, sehingga mengakibatkan tulangnya bergerak ke bawah namun kulitnya masih tertinggal. Ini dapat mengakibatkan impitan pada pembuluh darah kulit, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam seperti otot namun hanya menimbulkan sedikit kerusakan pada permukaan kulit.

e. Gesekan (*friction*).

Gesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dengan arah yang berlawanan. Gesekan dapat mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit. Gesekan bisa terjadi pada saat penggantian sprei pasien yang tidak berhati-hati.

f. Nutrisi.

Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya dekubitus. Stadium tiga dan empat dari dekubitus pada orang tua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan asupan makanan yang tidak mencukupi.

g. Usia.

Pasien yang sudah tua memiliki risiko yang tinggi untuk terkena dekubitus karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan. Penuaan mengakibatkan kehilangan otot, penurunan kadar serum albumin, penurunan respons inflamatori, penurunan elastisitas kulit, serta penurunan kohesi antara epidermis dan dermis. Perubahan ini beserta faktor penuaan lain akan membuat toleransi kulit terhadap tekanan, gesekan, dan tenaga yang merobek menjadi berkurang.

h. Tekanan arteriolar yang rendah.

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga dengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia. Tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan dekubitus.

i. Stres emosional.

Depresi dan stress emosional kronik, misalnya pada pasien psikiatrik, juga merupakan faktor risiko untuk perkembangan dari dekubitus.

j. Merokok.

Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah dan memiliki efek toksik terhadap endotelium pembuluh darah.

k. Temperatur kulit.

Peningkatan temperatur merupakan faktor yang signifikan dengan risiko terjadinya dekubitus.

Menurut hasil penelitian, faktor penting lain yang juga berpengaruh terhadap risiko terjadinya dekubitus adalah tekanan antarmuka (*interface pressure*). Tekanan antarmuka adalah kekuatan per unit area antara tubuh dengan permukaan matras. Apabila tekanan antarmuka lebih besar daripada tekanan kapiler rata-rata, maka pembuluh darah kapiler akan mudah kolaps atau mudah untuk terjadinya iskemia dan nekrotik. Tekanan kapiler rata-rata adalah sekitar 32 mmHg. Tekanan antarmuka yang tinggi merupakan faktor yang signifikan untuk perkembangan dekubitus. Tekanan antar muka diukur dengan menempatkan alat pengukur tekanan antarmuka (*pressure pad evaluator*) di antara area yang tertekan dengan matras.

3. Stadium dekubitus.

Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), dekubitus dibagi menjadi empat stadium.

- a. Stadium satu.
Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, akan tampak salah satu tanda. Tanda yang muncul adalah perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap. Sementara itu, pada orang berkulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru, atau ungu.
- b. Stadium dua.
Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis, dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial, abrasi, melempuh, atau membentuk lubang yang dangkal.
- c. Stadium tiga.
Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada *fascia*. Luka terlihat seperti lubang yang dalam.
- d. Stadium empat.
Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium IV dari dekubitus.

Menurut stadium dekubitus di atas, dekubitus berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*). Namun menurut hasil penelitian saat ini, dekubitus juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti *fascia* dan otot walaupun tanpa adanya kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal dengan istilah cedera jaringan bagian dalam (*deep tissue injury—DTI*). Hal ini disebabkan karena jaringan otot dan jaringan subkutan lebih sensitif terhadap iskemia daripada permukaan kulit. Kejadian DTI sering disebabkan karena immobilisasi dalam jangka waktu yang lama, misalnya karena periode operasi yang panjang. Penyebab lainnya adalah seringnya pasien mengalami tenaga yang merobek (*shear*).

4. Pencegahan dan intervensi awal pasien dengan dekubitus.
 - a. Kaji risiko individu terhadap kejadian dekubitus.
 - b. Kaji faktor risiko pada saat pasien memasuki RS dan diulang dengan pola yang teratur atau ketika ada perubahan yang signifikan pada pasien seperti pada pembedahan atau penurunan status kesehatan. Beberapa instrumen pengkajian risiko dapat digunakan untuk mengetahui skor risiko. Di antara skala yang sering digunakan adalah skala Braden dan Norton. Saat ini skala Braden telah diuji validitasnya di Indonesia, instrumen ini ternyata memiliki nilai validitas dan reliabilitas yang tinggi.

- c. Identifikasi kelompok-kelompok yang berisiko tinggi terhadap kejadian dekubitus. Orang tua dengan usia lebih dari 60 tahun, bayi dan neonatal, pasien injuri tulang belakang adalah kelompok yang mempunyai risiko tinggi terhadap kejadian dekubitus.
- d. Kaji keadaan kulit secara teratur setidaknya sehari sekali. Kaji semua daerah di atas tulang yang menonjol setidaknya sehari sekali. Kulit yang kemerahan dan daerah di atas tulang yang menonjol seharusnya tidak dipijat karena pijatan yang keras dapat mengganggu perfusi ke jaringan.
- e. Kaji status mobilitas. Untuk pasien yang lemah, lakukanlah perubahan posisi. Ketika menggunakan posisi lateral, hindari tekanan secara langsung pada daerah trokanter. Bila ingin memosisikan pasien pada posisi lateral, maka posisikanlah pasien pada posisi lateral inklin 30, posisi ini memungkinkan distribusi tekanan pada daerah yang lebih luas. Untuk menghindari dekubitus di daerah tumit, gunakanlah bantal yang diletakan di bawah kaki bawah. Bantal juga dapat digunakan pada daerah di antara lutut kanan dan lutut kiri, di antara mata kaki, di belakang punggung, dan di bawah kepala untuk mengurangi kejadian dekubitus:
- f. Minimalkan terjadinya tekanan. Hindari menggunakan kasa yang berbentuk donat di tumit. Perawat di rumah sakit di Indonesia masih sering menggunakan donat yang dibuat dari kasa atau balon untuk mencegah dekubitus. Menurut hasil penelitian Sanada (1998) ini justru dapat mengakibatkan region yang kontak dengan kasa donat menjadi iskemia. Rendahkan kepala tempat tidur satu jam setelah makan, bila tidak mungkin karena kondisi pasien, maka kajilah daerah sakral lebih sering. Tentukanlah jenis matras yang sesuai dengan kondisi pasien.
- g. Kaji dan minimalkan pergesekan (*friction*) dan tenaga yang merobek (*shear*). Kulit yang lembap mengakibatkan mudahnya terjadi pergeseran dan perobekan jaringan. Pertahankan kepala tempat tidur pada posisi 30 derajat atau di bawah 30 derajat untuk mencegah pasien merosot yang dapat mengakibatkan terjadinya perobekan jaringan.
- h. Kajilah inkontinensia. Kelembapan yang disebabkan oleh inkontinensia dapat menyebabkan maserasi. Lakukanlah latihan untuk melatih kandung kemih (*bladder training*) pada pasien yang mengalami inkontinesia. Hal lain yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya dekubitus adalah:
 - bersihkanlah setiap kali lembap dengan pembersih dengan pH seimbang, bersihkan dan keringkan kulit secepat mungkin setelah episode inkontinensia;
 - hindari menggosok kulit dengan keras karena dapat mengakibatkan trauma pada kulit;
 - pembersih perianal yang mengandung antimikroba topikal dapat digunakan untuk mengurangi jumlah mikroba di daerah kulit perianal;

- gunakanlah air yang hangat atau sabun yang lembut untuk mencegah kekeringan pada kulit—kulit orang tua lebih kecil toleransinya dari efek kekeringan karena sabun dan air panas;
 - berikanlah pelembap pada pasien setelah dimandikan untuk mengembalikan kelembapan kulit;
 - bila pasien menggunakan diaper, pilihlah diaper yang memiliki daya serap yang baik, untuk mengurangi kelembapan kulit akibat inkontinensia.
- i. Kaji status nutrisi. Pasien dengan dekubitus biasanya memiliki serum albumin dan hemoglobin yang lebih rendah bila dibandingkan dengan mereka yang tidak terkena dekubitus. Kaji status nutrisi yang meliputi berat badan pasien, asupan makanan, nafsu makan, masalah pencernaan, gangguan pada gigi, riwayat pembedahan atau intervensi keperawat/medis yang memengaruhi asupan makanan.
- j. Kaji faktor yang menunda status penyembuhan. Penyembuhan luka seringkali gagal karena adanya kondisi kondisi seperti malignansi, diabetes, gagal jantung, gagal ginjal, pneumonia. Obat-obatan seperti steroid, agen immunosupresif, atau obat antikanker juga akan mengganggu penyembuhan luka
- k. Evaluasi penyembuhan luka. Dekubitus stadium II seharusnya menunjukkan penyembuhan luka dalam waktu satu sampai dua minggu. Pengcilan ukuran luka setelah dua minggu juga dapat digunakan untuk memprediksi penyembuhan luka. Bila kondisi luka memburuk atau terjadi deteriorasi pada luka, evaluasilah luka secepat mungkin.
- Kaji dan monitor dekubitus pada setiap penggantian balutan luka meliputi:
- deskripsi dari dekubitus meliputi lokasi, tipe jaringan (granulasi, nekrosis, parut), ukuran luka, eksudat (jumlah, tipe, karakter, bau), serta ada tidaknya infeksi;
 - stadium dari dekubitus;
 - kondisi kulit sekeliling luka;
 - nyeri pada luka;

Parameter lain untuk penyembuhan luka adalah dimensi luka, eksudat, dan jaringan luka. Pantaulah perkembangan dari penyembuhan luka dengan menggunakan instrumen/skala. Contoh instrumen yang sering digunakan untuk mengkaji penyembuhan luka adalah *pressure sore status tool* (PSST), dan *pressure ulcer scale for healing* (PUSH). Kaji komplikasi yang potensial terjadi karena dekubitus seperti abses, osteomielitis, bakteremia, fistula. Jangan lupa untuk memberi edukasi kepada pasien berupa penyebab dan faktor risiko untuk dekubitus serta cara untuk meminimalkan dekubitus.

5. Penilaian angka kejadian dekubitus.

Skala Norton dapat digunakan untuk memprediksi apakah seorang pasien berisiko dekubitus atau tidak dengan lima indikator, yaitu kondisi fisik (*physical*

condition), kondisi mental (*mental condition*), kegiatan (*activity*), mobilitas (*mobility*), inkontinensia (*incontinence*).

Tabel 11.3 Penilaian Risiko Dekubitus Skala Norton

Indikator	Temuan	Nilai
Kondisi fisik	baik	4
	cukup baik	3
	buruk	2
	sangat buruk	1
Kondisi mental	waspada	4
	apatis	3
	bingung	2
	stupor/pingsan/tidak sadar	1
Kegiatan	dapat berpindah	4
	berjalan dengan bantuan	3
	terbatas di kursi	2
	terbatas di tempat tidur	1
Mobilitas	penuh	4
	agak terbatas	3
	sangat terbatas	2
	tidak/sulit bergerak	1
Inkontinensia	tidak ngompol	4
	kadang-kadang	3
	biasanya urine	2
	kencing dan kotoran	1

Total

Interpretasi:

- nilai maksimum 20.
- nilai minimum 5.
- pasien berisiko dekubitus jika nilai < 14.

Kesalahan Pemberian Obat oleh Perawat

Angka kejadian kesalahan pemberian obat oleh perawat dapat diketahui dari formula sebagai berikut.

1. Angka KTD dalam pemberian obat:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena KTD dalam pemberian obat} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}}$$

2. KNC dalam pemberian obat:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena KNC dalam pemberian obat} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}}$$

Indikator kesalahan pemberian obat:

- a. salah pasien:
- b. salah nama, tidak sesuai dengan *medical record*;
- c. salah waktu:

- terlambat pemberian obat (30 menit setelah jadwal);
- terlalu cepat (30 menit sebelum jadwal);
- obat stop tetap dilanjutkan;
- d. salah cara (*rute*): oral, iv, im, sc, supp, drip;
- e. salah dosis: dosis yang diberikan menjadi berlebih atau kurang dari yang di resepkan dokter;
- f. salah obat: obat yang diberikan tidak sesuai dengan resep dokter;
- g. salah dokumentasi:
- h. dokumentasi tidak sesuai dengan yang dilaksanakan.

Pasien Jatuh (Patient Fall)

Pasien dikategorikan berisiko jatuh pasien apabila mempunyai satu atau lebih faktor berisiko jatuh pada saat pengkajian:

1. Faktor risiko intrinsik, antara lain:
 - a. karakteristik pasien dan fungsi fisik umum;
 - b. diagnosis /perubahan fisik;
 - c. medikasi dan interaksi obat .
2. Faktor ekstrinsik (lingkungan), antara lain:
 - a. tingkat pencahayaan;
 - b. permukaan lantai;
 - c. furnitur;
 - d. ketinggian tempat tidur, kunci tempat tidur;
 - e. *call bell*;
 - f. penggunaan alat bantu;
 - g. lama dirawat.

Tabel 11.4 Skor Skala Mores Fall

Item	Scale	Scoring
1. <i>History of falling; immediate or within 3 months</i>	No 0 Yes 25	_____
2. <i>Secondary diagnosis</i>	No 0 Yes 15	_____
3. <i>Ambulatory aid</i>		
• <i>Bed rest/nurse assist</i>	0	_____
• <i>Crutches/cane/walker</i>	15	
• <i>Furniture</i>	30	
4. <i>IV/Heparin Lock</i>	No 0 Yes 20	_____
5. <i>Gait/Transferring</i>		
• <i>Normal/bedrest/immobile</i>	0	_____
• <i>Weak</i>	10	
• <i>Impaired</i>	20	
6. <i>Mental status</i>		
• <i>Oriented to own ability</i>	0	_____
• <i>Forgets limitations</i>	15	
<i>Morse Fall Scale Score</i>	<i>Total</i>	_____

Morse Fall Scale (MFS) adalah metode yang cepat dan sederhana untuk menilai kemungkinan pasien jatuh. Sebagian besar perawat (82,9%) menilai skala ini cepat dan mudah digunakan, dan 54% memperkirakan bahwa dibutuhkan kurang dari tiga menit untuk menilai seorang pasien. MFS terdiri atas enam variabel yang cepat dan mudah untuk penilaian, serta telah terbukti reliabel dan memiliki validitas prediktif. MFS digunakan secara luas pada pasien perawatan akut di rumah sakit dan rawat inap yang membutuhkan perawatan jangka panjang.

1. Riwayat jatuh (*history of falling*): dinilai 25 bila pasien pernah jatuh. Dinilai 0 bila pasien tidak pernah jatuh.
2. Diagnosis sekunder (*secondary diagnosis*): dinilai 15 bila masuk dalam kriteria diagnosis medis risiko jatuh, dan skor 0 bila tidak.
3. Pertolongan pada ambulatori (*ambulatory aids*): nilai 0 bila pasien berjalan tanpa bantuan (bahkan jika dibantu oleh seorang perawat), menggunakan kursi roda, atau istirahat di tempat tidur dan tidak bangun dari tempat tidur sama sekali. Pasien menggunakan kruk, tongkat, atau alat bantu jalan dinilai 15. Bila pasien mencengkeram ke furnitur sebagai dukungan bernilai 30.
4. Terapi intravena (*intravenous therapy*): dinilai 20 bila mendapat terapi intravena, jika tidak skor 0.
5. Gaya berjalan (*gait*): skor 0 bila gaya berjalan normal ditandai oleh pasien berjalan dengan kepala tegak, lengan terayun bebas di sisi, dan berjalan tanpa ragu-ragu. Skor 10 bila gaya berjalan lemah, pasien membungkuk tetapi mampu mengangkat kepala sambil berjalan tanpa kehilangan keseimbangan. Skor 20 bila pasien kesulitan bangkit dari kursi, mencoba untuk bangkit dengan mendorong di lengan kursi atau dengan menggunakan beberapa upaya untuk bangkit. Kepala melihat ke bawah. Pasien memegang perabotan, mencari bantuan orang, atau berjalan dengan alat bantu dan tidak dapat berjalan tanpa bantuan ini.
7. Status mental (*mental status*): skor 0 bila pasien mampu menilai kemampuannya sendiri dalam berpindah. Skor 15 bila respons pasien tidak konsisten dengan perintah atau jika respons pasien tidak realistis.

Total nilai pada skala Morse ini kemudian dihitung dan dicatat pada grafik pasien. Tingkat risiko dan merekomendasikan tindakan (misalnya tidak diperlukan intervensi, atau intervensi standar pencegahan jatuh), seperti tabel di bawah ini.

Tabel 11.5 Contoh Level Risiko Dekubitus

Risk Level	MFS Score	Action
No Risk	0–24	Good Basic Nursing Care
Low Risk	25–50	<ul style="list-style-type: none"> • Implement Standard Fall • Prevention Interventions
High Risk	≥ 51	<ul style="list-style-type: none"> • Implement High Risk Fall • Prevention Interventions

Cedera Akibat Restraint

Angka kejadian cedera akibat pengekang (*restraint*) dapat diketahui dari formula sebagai berikut.

$$\frac{\text{Jumlah pasien akibat cedera pengekang} \times 100\%}{\text{Jumlah total pasien yg dipasang pengekang}}$$

Perhatian pada pengekang:

1. sirkulasi ekstremitas adekuat atau tidak;
2. ada atau tidak gangguan ekstremitas;
3. keluarga mengerti tentang perlunya pengekang;
4. jangan berikan posisi *supine*;
5. cek posisi pengekang;
6. jangan dipasang pada ekstremitas yg tidak bisa bergerak;

Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial (inos) adalah Infeksi yang didapat atau timbul pada waktu pasien dirawat di rumah sakit. Rumah sakit merupakan suatu tempat orang sakit dirawat dan ditempatkan dalam jarak yang sangat dekat. Di tempat ini pasien mendapatkan terapi dan perawatan untuk agar mendapat kesembuhan. Akan tetapi, rumah sakit dapat juga merupakan depot bagi berbagai macam penyakit yang berasal dari penderita maupun dari pengunjung yang berstatus pembawa (*carier*). Kuman penyakit ini dapat hidup dan berkembang di lingkungan rumah sakit, seperti udara, air, lantai, makanan dan benda-benda medis maupun nonmedis. Mulai tahun 2001, Depkes RI telah memasukkan pengendalian infeksi nosokomial sebagai salah satu tolak ukur akreditasi rumah sakit.

Infeksi rumah sakit (nosokomial) merupakan masalah penting di seluruh dunia dan terus meningkat setiap tahunnya. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pihak tenaga kesehatan untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Salah satu upayanya adalah penerapan *universal precaution* (perlindungan diri). Akan tetapi peningkatan kejadian infeksi nosokomial tetap terjadi.

Angka kejadian infeksi nosokomial yang tinggi juga terjadi pada negara maju, misalnya, di Amerika Serikat terjadi 20 ribu kematian setiap tahun akibat infeksi nosokomial. Di seluruh dunia, 10% pasien rawat inap di rumah sakit mengalami infeksi yang baru selama dirawat atau sebesar 1,4 juta infeksi setiap tahun. Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di sebelas rumah sakit menunjukkan bahwa 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi yang baru selama dirawat. Sebesar 0,0% hingga 12,06%, dengan rata-rata keseluruhan 4,26%. Untuk lama perawatan berkisar 4,3–11,2 hari, dengan rata-rata keseluruhan 6,7 hari. Infeksi nosokomial dapat menyebabkan pasien dirawat lebih lama sehingga harus mengeluarkan biaya yang lebih banyak. Demikian pula dengan pihak rumah sakit karena harus mengeluarkan biaya lebih besar untuk

pelayanan. Kejadian infeksi nosokomial dapat berakibat kematian apabila tidak mendapat penanganan yang tepat. Menurut Dewan Penasihat Aliansi Dunia untuk Keselamatan Pasien, infeksi nosokomial menyebabkan 1,5 juta kematian setiap hari di seluruh dunia. Studi yang dilakukan WHO di 55 rumah sakit di 14 negara di seluruh dunia juga menunjukkan bahwa 8,7% pasien rumah sakit menderita infeksi selama menjalani perawatan di rumah sakit. Sementara di negara berkembang, diperkirakan lebih dari 40% pasien di rumah sakit terserang infeksi nosokomial.

Berbagai tindakan pelayanan medis dapat berisiko kepada terjadinya infeksi nosokomial, misalnya suntikan/pengambilan darah, tindakan bedah dan kedokteran gigi, persalinan, pembersihan cairan tubuh, dan lain-lain. Salah satu upaya pengendalian infeksi di rumah sakit dilakukan *universal precaution* yang telah dikembangkan sejak tahun 1980. *Universal precaution* merupakan upaya pencegahan infeksi yang mengalami perjalanan panjang, dimulai sejak dikenalnya infeksi nosokomial yang terus menjadi ancaman bagi petugas kesehatan dan pasien (Depkes, 2011). Unsur *universal precaution* meliputi cuci tangan, alat pelindung yang sesuai, pengelolaan alat tajam (disediakan tempat khusus untuk membuang jarum suntik, bekas botol ampul, dan sebagainya), dekontaminasi, sterilisasi, disinfeksi dan pengelolaan limbah.

Penerapan *universal precaution* merupakan bagian pengendalian infeksi yang tidak terlepas dari peran masing-masing pihak yang terlibat di dalamnya yaitu pimpinan rumah sakit beserta staf administrasi, staf medis dan nonmedis, serta para pengguna jasa rumah sakit, misalnya pasien dan pengunjung pasien. Pimpinan rumah sakit berkewajiban menyusun kebijakan mengenai kewaspadaan umum dengan membuat standar operasional prosedur pada setiap tindakan, memantau dan mengontrol pengendalian infeksi nosokomial melalui pembentukan tim pengendalian infeksi rumah sakit, dan lain-lain. Pimpinan juga bertanggung jawab atas perencanaan anggaran dan ketersediaan sarana untuk menunjang kelancaran pelaksanaan *universal precaution*. Tenaga kesehatan wajib menjaga kesehatan atau keselamatan dirinya dan orang lain serta bertanggung jawab sebagai pelaksana kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.

Tenaga kesehatan bertanggung jawab dalam menggunakan sarana yang disediakan dengan baik dan benar serta memelihara sarana agar selalu siap dipakai dan dapat dipakai selama mungkin (Kemenkes, 2011). Perawat adalah tenaga profesional yang perannya tidak dapat dikesampingkan dari baris terdepan pelayanan rumah sakit. Oleh karena perawat merupakan petugas kesehatan yang kontak paling lama dengan pasien bahkan sampai 24 jam penuh, maka perawat ikut mengambil peran yang cukup besar dalam memberikan kontribusi kejadian infeksi nosokomial. Tenaga keperawatan juga ikut berperan aktif dalam pengendalian infeksi nosokomial.

1. Konsep infeksi nosokomial.

Infeksi adalah adanya suatu organisme pada jaringan atau cairan tubuh yang disertai suatu gejala klinis baik lokal maupun sistemis. Infeksi nosokomial

adalah infeksi yang muncul selama seseorang tersebut dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama seseorang itu dirawat atau setelah selesai dirawat. Seorang pasien yang mengalami infeksi nosokomial baru akan menunjukkan gejala infeksi setelah 72 jam berada di RS, sedangkan pasien yang menunjukkan gejala infeksi kurang dari 72 jam setelah berada di RS belum dapat dikatakan mengalami infeksi nosokomial. Hal ini disebabkan karena masa inkubasi penyakit yang mungkin telah terjadi sebelum pasien masuk rumah sakit.

Infeksi nosokomial ini dapat berasal dari dalam tubuh penderita maupun luar tubuh. Infeksi endogen disebabkan oleh mikroorganisme yang semula memang sudah ada didalam tubuh dan berpindah ke tempat baru yang kita sebut dengan *self infection* atau *auto infection*, sementara infeksi eksogen (*cross infection*) disebabkan oleh mikroorganisme yang berasal dari rumah sakit dan dari satu pasien ke pasien lainnya. Sumber penularan dan cara penularan terutama melalui tangan personel kesehatan, jarum injeksi, kateter IV, kateter urine, kasa pembalut atau perban, dan cara yang keliru dalam menangani luka. Infeksi nosokomial ini pun tidak hanya terjadi pada pasien saja, tetapi juga dapat terjadi pada seluruh personel rumah sakit yang berhubungan langsung dengan pasien maupun penunggu dan para pengunjung pasien. Infeksi nosokomial banyak terjadi di seluruh dunia dengan kejadian terbanyak di negara miskin dan negara yang sedang berkembang, karena penyakit-penyakit infeksi masih menjadi penyebab utama. Suatu penelitian yang dilakukan oleh WHO menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit di 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik tetap menunjukkan terdapat infeksi nosokomial dengan Asia Tenggara sebanyak 10,0%.

Walaupun ilmu pengetahuan dan penelitian tentang mikrobiologi meningkat pesat pada tiga dekade terakhir dan sedikit demi sedikit risiko infeksi dapat dicegah, tetapi semakin meningkatnya pasien-pasien dengan penyakit penurunan daya imun, bakteri yang resistan antibiotik, super infeksi virus dan jamur, dan prosedur invasif, masih menyebabkan infeksi nosokomial yang menimbulkan kematian sebanyak 88.000 kasus setiap tahun. Selain itu, jika kita bandingkan kuman yang ada di masyarakat, mikroorganisme yang berada di rumah sakit lebih berbahaya dan lebih resistan terhadap obat, karena itu diperlukan antibiotik yang lebih paten atau suatu kombinasi antibiotik. Semua kondisi ini dapat meningkatkan risiko infeksi kepada pasien.

2. Faktor penyebab infeksi nosokomial.

Pasien akan terpapar berbagai macam mikroorganisme selama ia dirawat di rumah sakit. Kontak antara pasien dan berbagai macam mikroorganisme ini tidak selalu menimbulkan gejala klinis karena banyaknya faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial. Kemungkinan terjadinya infeksi

tergantung pada karakteristik mikroorganisme, resistansi terhadap zat-zat antibiotik, tingkat virulensi, dan banyaknya materi infeksius.

a. Agen.

Semua mikroorganisme termasuk bakteri, virus, jamur dan parasit dapat menyebabkan infeksi nosokomial. Infeksi ini dapat disebabkan oleh mikroorganisme yang didapat dari orang lain (*cross infection*) atau disebabkan oleh flora normal dari pasien itu sendiri (*endogenous infection*). Kebanyakan infeksi yang terjadi di rumah sakit ini lebih disebabkan karena faktor eksternal, yaitu penyakit yang penyebarannya melalui makanan dan udara dan benda atau bahan-bahan yang tidak steril. Penyakit yang didapat dari rumah sakit saat ini kebanyakan disebabkan oleh mikroorganisme yang umumnya selalu ada pada manusia yang sebelumnya tidak atau jarang menyebabkan penyakit pada orang normal.

- Bakteri.

Bakteri dapat ditemukan sebagai flora normal dalam tubuh manusia yang sehat. Keberadaan bakteri disini sangat penting dalam melindungi tubuh dari datangnya bakteri patogen. Tetapi pada beberapa kasus dapat menyebabkan infeksi jika manusia tersebut mempunyai toleransi yang rendah terhadap mikroorganisme. Contohnya *Escherichia coli paling banyak* dijumpai sebagai penyebab infeksi saluran kemih. Bakteri patogen lebih berbahaya dan menyebabkan infeksi baik secara sporadis maupun endemis. sebagai contoh adalah beberapa ciri berikut ini.

- 1) anaerobik gram positif, *Clostridium* yang dapat menyebabkan *gangren*;
- 2) bakteri gram positif, *Staphylococcus aureus* yang menjadi parasit di kulit dan hidung dapat menyebabkan gangguan pada paru, pulang, jantung dan infeksi pembuluh darah serta seringkali telah resistan terhadap antibiotik;
- 3) bakteri gram negatif, *Enterobacteriaceae*, contohnya *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, sering sekali ditemukan di air dan penampungan air yang menyebabkan infeksi di saluran pencernaan dan pasien yang dirawat. Bakteri gram negatif ini bertanggung jawab sekitar setengah dari semua infeksi di rumah sakit.
- 4) *Serratia marcescens* dapat menyebabkan infeksi serius pada luka bekas jahitan, paru, dan peritoneum.

- Virus.

Banyak kemungkinan infeksi nosokomial disebabkan oleh berbagai macam virus, termasuk virus hepatitis B dan C dengan media penularan dari transfusi, dialisis, suntikan dan endoskopi. *Respiratory syncytial virus* (RSV), rotavirus, dan enteroviruses yang ditularkan dari kontak tangan ke

mulut atau melalui rute fekal-oral. Hepatitis dan HIV ditularkan melalui pemakaian jarum suntik, dan transfusi darah. Rute penularan untuk virus sama seperti mikroorganisme lainnya. Infeksi gastrointestinal, infeksi traktus respiratorius, penyakit kulit dan dari darah. Virus lain yang sering menyebabkan infeksi nosokomial adalah *Cytomegalovirus*, Ebola, Influenza virus, Herpes simplex virus, dan Varicella-zoster virus.

- Parasit dan jamur.

Beberapa parasit seperti *Giardia lamblia* dapat menular dengan mudah ke orang dewasa maupun anak-anak. Banyak jamur dan parasit dapat timbul selama pemberian obat antibiotik bakteri dan obat immunosupresan, contohnya infeksi dari *Candida albicans*, *Aspergillus spp*, *Cryptococcus neoformans*, *Cryptosporidium*.

- b. Respons atau toleransi tubuh.

Faktor terpenting yang memengaruhi tingkat toleransi dan respons tubuh pasien terhadap infeksi adalah usia, status imunitas penderita, penyakit yang diderita, obesitas dan malnutrisi, penggunaan obat-obatan immunosupresi dan steroid, serta Intervensi yang dilakukan pada tubuh untuk melakukan dignosis dan terapi.

Usia muda dan usia tua berhubungan dengan penurunan resistansi tubuh terhadap infeksi. Kondisi ini diperberat bila disertai penyakit kronis seperti tumor, anemia, leukemia, diabetes mellitus, gagal ginjal, SLE dan AIDS. Keadaan-keadaan ini akan meningkatkan toleransi tubuh terhadap infeksi dari kuman yang semula oportunistis. Obat-obatan yang bersifat immunosupresi dapat menurunkan pertahanan tubuh terhadap infeksi. Banyaknya prosedur pemeriksaan penunjang dan terapi seperti biopsi, endoskopi, kateterisasi, intubasi dan tindakan pembedahan juga meningkatkan risiko infeksi.

- c. Resistansi terhadap agen antibiotik.

Banyak penyakit yang serius dan fatal dapat diterapi dan disembuhkan dengan penemuan dan penggunaan antibiotik penicillin di tahun 1950–1970. Namun, keberhasilan ini menyebabkan penggunaan berlebihan dari antibiotik. Banyak mikroorganisme yang kini menjadi lebih resistan. Meningkatnya resistansi bakteri dapat meningkatkan angka mortalitas terutama terhadap pasien yang rentan. Resistansi dari bakteri ditransmisikan antarpasien dan faktor resistansinya dipindahkan antara bakteri. Penggunaan antibiotik yang terus-menerus ini justru meningkatkan penyebaran dan resistansi. Penyebab utamanya karena penggunaan antibiotik yang tidak sesuai dan tidak terkontrol, pemakaian dosis antibiotik yang tidak optimal dan terlalu singkat, atau pun kesalahan dignosis.

Banyaknya pasien yang mendapat obat antibiotik dan perubahan dari gen yang resistan terhadap antibiotik mengakibatkan timbulnya multiresistensi kuman terhadap obat-obatan tersebut. Penggunaan antibiotik secara besar-

besaran untuk terapi dan profilaksis adalah faktor utama terjadinya resistansi. Banyak jenis dari *pneumococci*, *staphylococci*, *enterococci*, dan *tuberculosis* telah resistan terhadap banyak antibiotik, begitu juga *Klebsiella* dan *Pseudomonas aeruginosa* juga telah bersifat multiresistan. Keadaan ini sangat nyata terjadi terutama di negara-negara berkembang di mana antibiotik lini kedua belum ada atau tidak tersedia.

Infeksi nosokomial sangat memengaruhi angka morbiditas dan mortalitas di rumah sakit. Infeksi nosokomial menjadi sangat penting karena peningkatan jumlah penderita yang dirawat, seringnya imunitas tubuh melemah karena faktor-faktor yang memengaruhi imunitas menurun, terdapatnya mikroorganisme yang baru (mutasi), dan peningkatan resistansi bakteri terhadap antibiotik.

d. Faktor alat.

Dari suatu penelitian klinis infeksi nosokomial disebabkan infeksi saluran napas, infeksi kulit, infeksi dari luka operasi dan sepsis, serta terutama pada pemakaian infus dan kateter urine yang lama dan tidak diganti sesuai standar waktu pemakaian. Padahal di ruang penyakit dalam, 20–25% pasien diperkirakan memerlukan terapi infus. Komplikasi kanulasi intravena ini dapat berupa gangguan mekanis, fisik dan kimiawi. Komplikasi tersebut berupa:

- ekstrasvasasi infiltrat: cairan infus masuk ke jaringan sekitar insersi kanula;
- penyumbatan: infus tidak berfungsi sebagaimana mestinya tanpa dapat dideteksi melalui gangguan lain;
- flebitis: terdapat pembengkakan, kemerahan dan nyeri sepanjang vena;
- trombosis: terdapat pembengkakan di sepanjang pembuluh vena yang menghambat aliran infus;
- kolonisasi kanul: bila sudah dapat dibiakkan mikroorganisme dari bagian kanula yang ada dalam pembuluh darah;
- sepsis: bila kuman menyebar hematogen dari kanul.
- supurasi: bila telah terjadi bentukan pus di sekitar insersi kanul.

Beberapa faktor di bawah ini berperan dalam meningkatkan komplikasi kanula intravena yaitu jenis kateter, ukuran kateter, pemasangan melalui venaseksi, kateter yang terpasang lebih dari 72 jam, kateter yang dipasang pada tungkai bawah, pengabaian prinsip antisepsis, cairan infus yang hipertonik dan darah transfusi karena merupakan media pertumbuhan mikroorganisme, peralatan tambahan pada tempat infus untuk pengaturan tetes obat, manipulasi terlalu sering pada kanula. Kolonisasi kuman pada ujung kateter merupakan awal infeksi tempat infus dan bakteremia.

3. Penyakit akibat infeksi nosokomial.

a. Infeksi saluran kemih.

Infeksi ini merupakan kejadian tersering yaitu sekitar 40% dari infeksi nosokomial, 80% infeksiya berhubungan dengan penggunaan kateter urine. Walaupun tidak terlalu berbahaya, tetapi dapat menyebabkan terjadinya bakteremia dan mengakibatkan kematian. Organisme yang bisa menginfeksi biasanya *E.Coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, atau *Enterococcus*.

Infeksi yang terjadi lebih awal biasanya disebabkan oleh mikroorganisme endogen, sedangkan infeksi yang terjadi setelah beberapa waktu yang lama biasanya karena mikroorganisme eksogen. Sangat sulit untuk mencegah penyebaran mikroorganisme sepanjang uretra yang melekat dengan permukaan dari kateter. Kebanyakan pasien akan terinfeksi setelah 1–2 minggu pemasangan kateter. Penyebab paling utama adalah kontaminasi tangan atau sarung tangan ketika pemasangan kateter atau air yang digunakan untuk membesarkan balon kateter. Infeksi dapat juga terjadi karena sterilisasi dan teknik aseptis yang gagal.

b. Pneumonia nosokomial.

Pneumonia nosokomial dapat muncul pada pasien yang menggunakan ventilator, tindakan trakeostomi, intubasi, pemasangan NGT, dan terapi inhalasi. Kuman penyebab infeksi ini paling sering berasal dari gram negatif seperti *Klebsiella* dan *Pseudomonas*. Organisme ini sering berada di mulut, hidung, kerongkongan, dan perut. Keberadaan organisme ini dapat menyebabkan infeksi karena adanya aspirasi oleh organisme ke traktus respiratorius bagian bawah. Sementara itu dari kelompok virus, penyebab infeksi pneumonia adalah *cytomegalovirus*, *influenzavirus*, *adenovirus*, *parainfluenzavirus*, *enterovirus* dan *coronavirus*.

c. Bakteri nosokomial.

Infeksi ini hanya mewakili sekitar 5% dari total infeksi nosokomial, tetapi memiliki risiko kematian yang sangat tinggi terutama apabila disebabkan oleh bakteri yang resistan antibiotik seperti *Staphylococcus* dan *Candida*. Infeksi dapat muncul di tempat masuknya alat-alat seperti jarum suntik, kateter urine dan infus. Faktor utama penyebab infeksi ini adalah panjangnya kateter, suhu tubuh saat melakukan prosedur invasif, dan perawatan dari pemasangan kateter atau infus.

d. Infeksi pembuluh darah.

Infeksi ini sangat berkaitan erat dengan penggunaan infus, kateter jantung dan suntikan. Virus yang dapat menular dari cara ini adalah virus hepatitis B, virus hepatitis C, dan penyakit HIV. Infeksi ini dibagi menjadi dua kategori utama:

- 1) infeksi pembuluh darah primer, muncul tanpa adanya tanda infeksi sebelumnya, dan berbeda dengan organisme yang ditemukan di bagian tubuhnya yang lain;

- 2) infeksi sekunder, muncul sebagai akibat dari infeksi organisme yang sama dari sisi tubuh yang lain.
 - e. Infeksi jaringan kulit/luka operasi.

Infeksi kulit dan jaringan lunak. Luka terbuka seperti ulkus, bekas terbakar, dan luka bekas operasi memperbesar kemungkinan terinfeksi bakteri dan berakibat terjadinya infeksi sistemis. Dari golongan virus yaitu herpes simplex, varicella zoster, dan rubella. Organisme yang menginfeksi akan berbeda pada tiap populasi karena perbedaan pelayanan kesehatan yang diberikan, perbedaan fasilitas yang dimiliki, dan perbedaan negara yang didiami.
4. Pencegahan infeksi nosokomial.
- Pencegahan dari infeksi nosokomial ini memerlukan suatu rencana yang terintegrasi, monitoring dan program-program yang bertujuan membatasi penyebaran organisme, mengontrol dan membatasi risiko infeksi, serta melindungi pasien. Penyebaran organisme dibatasi dari atau antarpasien dengan cara mencuci tangan dan penggunaan sarung tangan, tindakan septic dan aseptis, sterilisasi dan disinfektan. Risiko infeksi endogen dibatasi dengan cara meminimalkan prosedur invasif. Perlindungan pasien diberikan dengan penggunaan antibiotik yang adekuat, nutrisi yang cukup, dan vaksinasi. Selain itu, program tersebut bertujuan sebagai pengawasan infeksi, identifikasi penyakit dan mengontrol penyebaran infeksi.
- a. Dekontaminasi.

Transmisi penyakit melalui tangan dapat diminimalisasi dengan menjaga kebersihan tangan. Tetapi pada kenyataannya, hal ini sulit dilakukan dengan benar karena banyaknya alasan seperti kurangnya peralatan, alergi produk pencuci tangan, kurangnya pengetahuan mengenai pentingnya hal ini, dan waktu mencuci tangan yang lama. Selain itu, penggunaan sarung tangan sangat dianjurkan bila akan melakukan tindakan atau pemeriksaan pada pasien dengan penyakit-penyakit infeksi. Hal yang perlu diingat adalah memakai sarung tangan ketika akan mengambil atau menyentuh darah, cairan tubuh, atau keringat, tinja, urine, membran mukosa dan bahan yang kita anggap telah terkontaminasi, dan segera mencuci tangan setelah melepas sarung tangan.
 - c. Instrumen yang sering digunakan rumah sakit.

Lebih dari 50% suntikan yang dilakukan di negara berkembang tidaklah aman (contohnya jarum, tabung atau keduanya yang dipakai berulang-ulang) dan banyaknya suntikan yang tidak penting (misalnya penyuntikan antibiotik). Orang yang berinteraksi dengan penderita infeksi saluran napas harus menggunakan masker saat keluar dari kamar penderita. Masker digunakan sebagai pelindung terhadap penyakit yang ditularkan melalui udara.

Sarung tangan sebaiknya digunakan terutama ketika menyentuh darah, cairan tubuh, feses maupun urine. Sarung tangan harus selalu diganti

untuk tiap pasiennya dan setelah membalut luka atau terkena benda yang kotor. Baju khusus juga harus dipakai untuk melindungi kulit dan pakaian selama kita melakukan suatu tindakan untuk mencegah percikan darah, cairan tubuh, urine dan feses.

d. Mencegah penularan dari lingkungan rumah sakit.

Pembersihan yang rutin sangat penting untuk memastikan bahwa rumah sakit benar-benar bersih dari debu, minyak dan kotoran. Perlu diingat bahwa sekitar 90% dari kotoran yang terlihat pasti mengandung kuman. Harus ada waktu yang teratur untuk membersihkan dinding, lantai, tempat tidur, pintu, jendela, tirai, kamar mandi, dan alat-alat medis yang telah dipakai berkali-kali.

Pengaturan udara yang baik sukar dilakukan di banyak fasilitas kesehatan. Usahakan adanya pemakaian penyaring udara terutama bagi penderita dengan status imun yang rendah atau bagi penderita yang dapat menyebarkan penyakit melalui udara. Kamar dengan pengaturan udara yang baik akan lebih banyak menurunkan risiko terjadinya penularan tuberkulosis. Selain itu, rumah sakit harus membangun suatu fasilitas penyaring air dan menjaga kebersihan pemrosesan serta untuk mencegah terjadinya pertumbuhan bakteri. Sterilisasi air pada rumah sakit dengan prasarana yang terbatas dapat menggunakan panas matahari.

Toilet rumah sakit juga harus dijaga, terutama pada unit perawatan pasien diare untuk mencegah terjadinya infeksi antarpasien. Permukaan toilet harus selalu bersih dan diberi disinfektan.

e. Perbaiki ketahanan tubuh.

Di dalam tubuh manusia, selain ada bakteri yang patogen oportunistik, ada pula bakteri yang secara mutualistik yang ikut membantu dalam proses fisiologis tubuh, dan membantu ketahanan tubuh melawan invasi jasad renik patogen serta menjaga keseimbangan di antara populasi jasad renik komensal pada umumnya, misalnya seperti apa yang terjadi di dalam saluran cerna manusia. Pengetahuan tentang mekanisme ketahanan tubuh orang sehat yang dapat mengendalikan jasad renik oportunistik perlu diidentifikasi secara tuntas, sehingga dapat dipakai dalam mempertahankan ketahanan tubuh tersebut pada penderita penyakit berat. Dengan demikian bahaya infeksi dengan bakteri oportunistik pada penderita penyakit berat dapat diatasi tanpa harus menggunakan antibiotik.

f. Ruangan isolasi.

Penyebaran dari infeksi nosokomial juga dapat dicegah dengan membuat pemisahan pasien. Ruang isolasi sangat diperlukan terutama untuk penyakit yang mengakibatkan kontaminasi berat, contohnya tuberkulosis dan SARS yang penularannya melalui udara, DHF dan HIV yang ditularkan oleh virus. Pasien yang mempunyai resistansi rendah seperti leukimia dan pengguna obat imunosupresi juga perlu diisolasi agar terhindar dari infeksi. Menjaga

kebersihan tangan, makanan, dan peralatan kesehatan di dalam ruang isolasi juga sangat penting. Ruang isolasi ini harus selalu tertutup dengan ventilasi udara selalu menuju keluar.

Sebaiknya satu pasien berada dalam satu ruang isolasi, tetapi bila sedang terjadi kejadian luar biasa dan penderita melebihi kapasitas, beberapa pasien dalam satu ruangan tidaklah apa-apa selama mereka menderita penyakit yang sama.

Flebitis

Flebitis (*flebitis*) didefinisikan sebagai peradangan akut lapisan internal vena yang ditandai oleh rasa sakit dan nyeri di sepanjang vena, kemerahan, bengkak dan hangat, serta dapat dirasakan di sekitar daerah penusukan. Flebitis adalah komplikasi yang sering dikaitkan dengan terapi IV. Ada sejumlah faktor yang dapat berkontribusi dan meningkatkan risiko flebitis. Faktor-faktor ini (M. McCaffery dan A. Beebe, 1993) antara lain:

1. trauma pada vena selama penusukan;
2. cairan infus bersifat asam atau alkali atau memiliki osmolaritas tinggi;
3. penusukan ke pembuluh darah yang terlalu kecil;
4. menggunakan jarum yang terlalu besar untuk vena;
5. jarum infus lama tidak diganti;
6. jenis bahan (kateter infus) yang digunakan;
7. riwayat pasien dan kondisi sekarang;
8. kondisi pembuluh darah;
9. stabilitas kanul;
10. pengendalian infeksi.

Penyebab flebitis dapat digolongkan ke dalam tiga kategori, yaitu secara mekanis, kimiawi, dan bakteri. Flebitis yang terjadi secara mekanis (*mechanical flebitis*) terjadi ketika ukuran kanul terlalu besar sehingga menyebabkan gesekan pada area internal pembuluh darah yang mengakibatkan radang. Semakin rendah atau tinggi pH dari obat atau larutan, semakin besar risiko radang pembuluh darah (*chemical flebitis*) terjadi. *Bacterial flebitis* dapat disebabkan oleh teknik aseptis yang tidak benar selama mencampurkan obat dan larutan atau saat penusukan serta saat perawatan.

Pencegahan meliputi:

1. mengikuti teknik aseptis selama penusukan dan saat pencampuran obat;
2. rotasi tempat pemasangan;
3. menggunakan jarum yang sesuai dengan ukuran vena;
4. pemantauan berkala area IV line;
5. pendidikan pasien tentang tanda dan gejala dari flebitis;
6. pilihan perangkat IV yang tepat;

7. mengikuti pedoman pengenceran obat, untuk mencegah partikel dan untuk memastikan bahwa obat atau solusi tidak terlalu tinggi atau terlalu rendah kadar pH atau kepekatannya.

Visual Infusion Phlebitis (VIP) adalah alat yang sangat populer untuk memantau area pemasangan infus. Alat ini direkomendasikan untuk memantau area infus. Pada tahun 2006 Paulette Gallant dan Alyce Schultz alat ini digunakan untuk memantau kapan penggantian jarum harus dilakukan (M. McCaffery dan A. Beebe, 1993).

Tabel 11.6 Penilaian Flebitis berdasarkan Skor VIP

IV line nampak sehat	0	Tidak ada tanda flebitis	Observasi kanul
Terdapat salah satu tanda-tanda berikut jelas: <ul style="list-style-type: none"> • sedikit nyeri dekat IV line • sedikit kemerahan dekat IV line 	1	Mungkin tanda-tanda pertama flebitis	Observasi kanul
Dua dari tanda berikut ialah: <ul style="list-style-type: none"> • nyeri pada IV line • kemerahan • pembengkakan 	2	Tahap awal flebitis	Pindahkan kanul
Semua tanda-tanda berikut jelas: <ul style="list-style-type: none"> • nyeri sepanjang kanul • kemerahan • pembengkakan 	3	Tahap menengah flebitis	Pindahkan kanul, Pertimbangkan perawatan infeksi
Semua tanda-tanda berikut adalah nyata: <ul style="list-style-type: none"> • nyeri sepanjang kanul • kemerahan • pembengkakan • vena teraba keras 	4	Tahap lanjut flebitis atau awal tromboflebitis	Pindahkan kanul, Pertimbangkan perawatan infeksi
Semua tanda-tanda berikut adalah nyata: <ul style="list-style-type: none"> • nyeri di sepanjang kanul • kemerahan • pembengkakan • vena teraba keras • pireksia 	5	Stadium lanjut tromboflebitis	Memulai perawatan infeksi



PERAWATAN DIRI

- Angka tidak terpenuhinya kebutuhan mandi, berpakaian, dan eliminasi yang disebabkan oleh keterbatasan diri.
- Angka tidak terpenuhi kebutuhan diri (mandi, toilet pada tingkat ketergantungan parsial dan total).

Persentase kebutuhan perawatan diri pasien:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang tidak terpenuhi kebutuhan diri}}{\text{Jumlah pasien dirawat}} \times 100\%$$

dengan tingkat ketergantungan parsial dan total

Terdapat enam aktivitas yang diperhatikan dalam perawatan diri hal makan, BAK/BAB, mengenakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi. Dari enam aktivitas tersebut penilai dapat mengategorikan pasien kedalam kelompok yang mana.

Tabel 11.7 Kategori Tingkat Kemandirian Pasien

A	Mandiri dalam hal makan, BAK/BAB, mengenakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi.
B	Mandiri semuanya, kecuali salah satu dari fungsi di atas.
C	Mandiri, kecuali mandi dan salah satu dari fungsi di atas.
D	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu dari fungsi di atas
E	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu dari fungsi di atas.
F	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu dari fungsi di atas.
G	Ketergantungan untuk semua fungsi di atas.

Keterangan: mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu.



KEPUASAN PASIEN

Pengukuran dan Analisis Kepuasan

Survei kepuasan harus mempertimbangkan aspek apa saja yang dinilai pasien. Ada empat aspek yang harus diukur, yaitu atribut jasa layanan kesehatan (kompetensi klinis, empati, kesediaan menjawab keluhan, responsif, keselamatan, perawatan (*caring*), komunikasi, dan lain-lain).

Teknik Pengukuran

Beberapa teknik pengukuran ialah teknik *rating*, pengukuran kesenjangan, dan indeks kepuasan.

1. Teknik *Rating (Rating Scale)*.

Teknik ini menggunakan *directly reported satisfaction, simple rating, semantic difference technique* (metode berpasangan).

2. Teknik pengukuran langsung (*directly reported satisfaction*).

Teknik pengukuran langsung menanyakan pasien atau pasien tentang kepuasan terhadap atribut. Teknik ini mengukur secara objektif dan subjektif. Objektif bila stimuli jelas, langsung bisa diamati, dan dapat diukur. Sebaliknya, subjektif bila rangsangan stimuli sifatnya *intangible* dan sulit ditentukan, sehingga lebih dikenal sebagai pengukuran persepsi. Asumsi dasar teknis ini ialah hasil telaah

tentang selisih manfaat dengan pengorbanan atau risiko yang diantisipasi. Hasil di sini memberikan informasi tentang mutu layanan.

Instrumen ini (*directly reported satisfaction*) meminta individu menilai 1) derajat kesukaan, 2) persetujuan, 3) penilaian, 4) tingkat kepuasan yang dapat dinyatakan dalam teknik skala. Skala penilaian bisa ganjil atau genap (*rating scale*).

Dalam penetapan banyaknya skala genap bisa 1 sampai 4, 6, 8 atau 10. Analisis hasil dengan skala dapat ditentukan atas nilai rerata dan simpangan bakunya. Dominan bila kurang dari nilai rerata (bila skala positif, bila skala negatif diambil lebih dari nilai reratanya). Teknik ini banyak dipakai pada teori kepuasan yang menggunakan *stimulo value judgement reaction*.

Prosedur metode untuk skala *directly reported satisfaction* melalui langkah awal pertama, yaitu tentukan skala standar. Skala ini bisa berdasarkan nilai skala tengah dari pengukuran dan bisa ditentukan oleh peneliti berdasarkan tujuannya. Langkah kedua adalah menghitung nilai rerata. Nilai rerata komposit adalah penjumlahan nilai skala dari individu yang diamati dibagi jumlah individu.

3. Metode berpasangan.

Metode berpasangan menyediakan beberapa objek yang harus dinilai, kemudian individu tersebut disuruh memilih pasangannya. Metode berpasangan sering dipakai karena lebih mudah menentukan pilihan antarkedua objek pada satu waktu yang bersamaan. Misal: tingkat tanggap (*response*) perawat terhadap keluhan pasien.

Aplikasi Model Woodruff dan Gardial, 2002

Performance Perception

Cara petugas menyampaikan pelayanan kepada pasien dalam hal (perhatian isi baris dalam tabel).

Tabel 11.8 Tabel Penilaian Performance Perception

	Sangat Baik					Sangat Jelek	
Empati	1	2	3	4	5	6	7
Responsiveness	1	2	3	4	5	6	7
Reliability	1	2	3	4	5	6	7

Disconfirmation Perception

Bandingkan apa yang Anda terima dengan apa yang Anda ketahui dengan rumah sakit lain atau harapan Anda? Tulislah harapan Anda terhadap pelayanan dalam hal tersebut.

Tabel 11.9 Tabel Penilaian Disconfirmation Perception

	Sangat Baik				Sangat Jelek			
Empati	1	2	3	4	5	6	7	
Responsiveness	1	2	3	4	5	6	7	
Reliability	1	2	3	4	5	6	7	

Satisfaction Feeling (Evaluation Overall)-A

1. Tidak Langsung.

Satisfaction Feeling yang berasal dari *disconfirmation perception* dapat berupa tidak puas, bila nilai harapan lebih besar dari *performance perception*: puas bila harapan sama dengan *performance perception*: dan sangat puas bila nilai harapan lebih besar nilai *performance perception*.

2. Langsung.

Dengan apa yang pernah Anda terima selama pelayanan ..., puaskah Anda akan pelayanan petugas ... (sebutkan nama produk/jasa yang diterima).

Tabel 11.10 Tabel Penilaian Satisfaction Feeling (Evaluation Overall)-A

Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Sedikit Tidak Puas	Netral	Sedikit Puas	Puas	Sangat Puas
1	2	3	4	5	6	7

Satisfaction Feeling (Emotional Feeling)-B

Bagaimana tentang pelayanan ... yang telah Anda terima? (nama produk/jasa).

Tabel 11.11 Tabel Penilaian Satisfaction Feeling (Emotional Feeling)-B

Sangat Menyenangkan	Sedikit Menyenangkan	Netral	Sedikit tidak senang	Tidak Senang	Buruk Sekali	
1	2	3	4	5	6	7

Satisfaction Outcome (Word of Mouth)-A

Maukah Anda merekomendasikan kepada orang lain, pengalaman apa yang telah Anda terima selama perawatan? Pilih yang sesuai dengan kesediaan Anda.

Tabel 11.11 Tabel Penilaian Satisfaction Outcome (Word of Mouth)-A

	Tidak				Pasti Akan			
Merekomendasikan positif ke teman/keluarga	1	2	3	4	5	6	7	
Merekomendasikan negatif ke teman/keluarga	1	2	3	4	5	6	7	

Satisfaction Outcome (intention)-B

Maukah Anda melakukannya kembali, bila di lain waktu membutuhkan pelayanan yang sama?

Tabel 11.12 Tabel Penilaian Satisfaction Outcome (Intention)-B

	Tidak				Pasti Akan		
Beli Lagi							
(nama produk/jasa) di kemudian hari	1	2	3	4	5	6	7

Nursalam (2003: 105) menyebutkan kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktivitas dan suatu produk dengan harapannya. Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya (Kotler, 2004: 42).

Kepuasan pasien berhubungan dengan mutu pelayanan rumah sakit. Dengan mengetahui tingkat kepuasan pasien, manajemen rumah sakit dapat melakukan peningkatan mutu pelayanan. Persentase pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan berdasarkan hasil survei dengan instrumen yang baku (Indikator Kinerja Rumah Sakit, Depkes RI Tahun 2005: 31).

Menurut Rangkuti (2003), ada enam faktor menyebabkan timbulnya rasa tidak puas pelanggan terhadap suatu produk yaitu:

1. tidak sesuai harapan dan kenyataan;
2. layanan selama proses menikmati jasa tidak memuaskan;
3. perilaku personel kurang memuaskan;
4. suasana dan kondisi fisik lingkungan yang tidak menunjang;
5. *cost* terlalu tinggi, karena jarak terlalu jauh, banyak waktu terbuang dan harga tidak sesuai;
6. promosi/iklan tidak sesuai dengan kenyataan.

Ada beberapa cara mengukur kepuasan pelanggan:

1. sistem keluhan dan saran;
2. survei kepuasan pelanggan;
3. pembeli bayangan;
4. analisis kehilangan pelanggan.

Menurut Leonard L. Barry dan pasuraman “*Marketing servis competin through quality*” (New york Freepress, 1991: 16) yang dikutip Parasuraman dan Zeithaml (2001) mengidentifikasi lima kelompok karakteristik yang digunakan oleh pelanggan dalam mengevaluasi kualitas jasa layanan, antara lain:

1. *tangible* (kenyataan), yaitu berupa penampilan fasilitas fisik, peralatan materi komunikasi yang menarik, dan lain-lain;

2. empati, yaitu kesediaan karyawan dan pengusaha untuk memberikan perhatian secara pribadi kepada konsumen;
3. cepat tanggap, yaitu kemauan dari karyawan dan pengusaha untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat serta mendengar dan mengatasi keluhan dari konsumen;
4. keandalan, yaitu kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang dijanjikan, terpercaya dan akurat dan konsisten;
5. kepastian, yaitu berupa kemampuan karyawan untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan terhadap janji yang telah dikemukakan kepada konsumen.

Tabel 11.13 adalah instrumen kepuasan berdasarkan lima karakteristik di atas (Nursalam, 2007).

Tabel 11.13 Instrumen Kepuasan Pasien Berdasarkan Lima Karakteristik (RATER)

No.	Karakteristik	1	2	3	4
1	TANGIBLES (KENYATAAN) a. Perawat memberi informasi tentang administrasi yang berlaku bagi pasien rawat inap di RS. b. Perawat selalu menjaga kebersihan dan kerapian ruangan yang Anda tempati. c. Perawat menjaga kebersihan dan kesiapan alat-alat kesehatan yang digunakan. d. Perawat menjaga kebersihan dan kelengkapan fasilitas kamar mandi dan toilet. e. Perawat selalu menjaga kerapian dan penampilannya.				
2	RELIABILITY (KEANDALAN) a. Perawat mampu menangani masalah perawatan Anda dengan tepat dan profesional. b. Perawat memberikan informasi tentang fasilitas yang tersedia, cara penggunaannya dan tata tertib yang berlaku di RS. c. Perawat memberitahu dengan jelas tentang hal-hal yang harus dipatuhi dalam perawatan Anda. d. Perawat memberitahu dengan jelas tentang hal-hal yang dilarang dalam perawatan Anda. e. Ketepatan waktu perawat tiba di ruangan ketika Anda membutuhkan.				
3	RESPONSIVENESS (TANGGUNG JAWAB) a. Perawat bersedia menawarkan bantuan kepada Anda ketika mengalami kesulitan walau tanpa diminta. b. Perawat segera menangani Anda ketika sampai di ruangan rawat inap. c. Perawat menyediakan waktu khusus untuk membantu Anda berjalan, BAB, BAK, ganti posisi tidur, dan lain-lain. d. Perawat membantu Anda untuk memperoleh obat. e. Perawat membantu Anda untuk pelaksanaan pelayanan foto dan laboratorium di RS ini.				
4	ASSURANCE (JAMINAN) a. Perawat memberi perhatian terhadap keluhan yang Anda rasakan. b. Perawat dapat menjawab pertanyaan tentang tindakan perawatan yang diberikan kepada Anda. c. Perawat jujur dalam memberikan informasi tentang keadaan Anda. d. Perawat selalu memberi salam dan senyum ketika bertemu dengan Anda. e. Perawat teliti dan terampil dalam melaksanakan tindakan keperawatan kepada Anda.				

bersambung

No.	Karakteristik	1	2	3	4
5	<p>EMPATHY (EMPATI)</p> <p>a. Perawat memberikan informasi kepada Anda tentang segala tindakan perawatan yang akan dilaksanakan.</p> <p>b. Perawat mudah ditemui dan dihubungi bila Anda membutuhkan.</p> <p>c. Perawat sering menengok dan memeriksa keadaan Anda seperti mengukur tensi, suhu, nadi, pernapasan dan cairan infus.</p> <p>d. Pelayanan yang diberikan perawat tidak memandang pangkat/status tapi berdasarkan kondisi Anda.</p> <p>e. Perawat perhatian dan memberi dukungan moril terhadap keadaan Anda (menanyakan dan berbincang-bincang tentang keadaan Anda).</p>				
<p>Keterangan:</p> <p>1 = Sangat tidak puas</p> <p>2 = Tidak Puas</p> <p>3 = Puas</p> <p>4 = Sangat Puas</p>					



KENYAMANAN

Fenomena nyeri timbul karena adanya kemampuan sistem saraf untuk mengubah berbagai stimulus mekanis, kimia, termal, listrik menjadi potensial aksi yang dialirkan ke sistem saraf pusat. Nyeri merupakan suatu mekanisme protektif bagi tubuh yang akan muncul bila jaringan tubuh rusak, sehingga individu akan bereaksi atau berespons untuk menghilangkan atau mengurangi rangsang nyeri. Nyeri adalah sensasi subjektif, rasa yang tidak nyaman biasanya berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial.

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Nyeri

1. Arti nyeri terhadap individu.
Persepsi adalah interpretasi pengalaman nyeri dimulai saat pertama pasien sadar adanya nyeri. Arti nyeri bagi setiap individu berbeda, bisa dianggap sebagai respons positif atau negatif.
2. Toleransi individu terhadap nyeri.
Toleransi nyeri adalah toleransi seseorang yang berhubungan dengan intensitas nyeri di mana individu dapat merespons nyeri lebih baik atau sebaliknya.
3. Ambang nyeri.
Ambang nyeri adalah intensitas rangsang terkecil yang akan menimbulkan rangsang nyeri, suatu batas kemampuan seseorang untuk mau beradaptasi serta berespons terhadap nyeri.
4. Pengalaman lampau.
Pengalaman sebelumnya dapat mengubah sensasi pasien terhadap nyeri.

5. Lingkungan.
Lingkungan yang ramai, dingin, panas, lembap meningkatkan intensitas nyeri individu.
6. Usia.
Makin dewasa seseorang maka semakin dapat mentoleransi rasa sakit.
7. Kebudayaan.
Norma/aturan dapat menumbuhkan perilaku seseorang dalam memandang dan berasumsi terhadap nyeri yang dirasakan.
8. Kepercayaan.
Ada keyakinan yang memandang bahwa nyeri merupakan suatu penyucian atau pembersihan dan hukuman atas dosa mereka terhadap Tuhan.
9. Kecemasan dan stres.
Stres dan kecemasan dapat menghambat keluarnya endorfin yang berfungsi menurunkan persepsi nyeri.

Angka tata laksana nyeri:

Persentase pasien nyeri yang terdokumentasi dalam askep:

$$\frac{\text{Jumlah total pasien nyeri yg terdokumentasi} \times 100\%}{\text{Jumlah total pasien per periode waktu tertentu}}$$

Persentase tata laksana pasien nyeri:

$$\frac{\text{Jumlah total tindakan per respons nyeri} \times 100\%}{\text{Jumlah total pasien terdokumentasi nyeri skala} \geq 4 \text{ per periode tertentu}}$$

Angka kenyamanan pasien:

$$\frac{\text{Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien yang terdokumentasi nyeri per periode tertentu}}$$

Instrumen Intensitas Nyeri

Indikasi: dewasa dan anak (berusia lebih dari sembilan tahun) atau pasien pada semua area perawatan yang mengerti tentang penggunaan angka untuk menentukan tingkat dari intensitas rasa nyeri yang dirasakan.

Instruksi:

1. menanyakan kepada pasien tentang berapa angka yang diberikan untuk menggambarkan rasa nyeri yang saat ini dirasakan.
What number on a 0 to 10 scale would you give your pain when it is the worst that it gets and when it is the best that it gets? At what number is the pain at an acceptable level for you?

2. berikan penjelasan tentang skala nyeri yang diberikan.

When the explanation suggested in #1 above is not sufficient for the patient, it is sometimes helpful to further explain or conceptualize the Numeric Rating Scale in the following manner:

0 = tidak nyeri.

1–3 = nyeri ringan, mengomel, sedikit mengganggu ADL.

4–6 = nyeri sedang, cukup mengganggu ADL.

7–10 = nyeri berat tidak mampu melakukan ADL.

3. *the interdisciplinary team in collaboration with the patient/family (if appropriate), can determine appropriate interventions in response to numeric pain ratings.*



KECEMASAN

Kecemasan merupakan reaksi pertama yang muncul atau dirasakan oleh pasien dan keluarganya di saat pasien harus dirawat mendadak atau tanpa terencana begitu mulai masuk rumah sakit. Kecemasan akan terus menyertai pasien dan keluarganya dalam setiap tindakan perawatan terhadap penyakit yang diderita pasien.

Cemas adalah emosi dan merupakan pengalaman subjektif individual, mempunyai kekuatan tersendiri dan sulit untuk diobservasi secara langsung. Perawat dapat mengidentifikasi cemas lewat perubahan tingkah laku pasien.

Cemas adalah emosi tanpa objek yang spesifik, penyebabnya tidak diketahui dan didahului oleh pengalaman baru. Takut mempunyai sumber yang jelas dan objeknya dapat didefinisikan. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam dan cemas merupakan respons emosi terhadap penilaian tersebut.

Kecemasan adalah suatu kondisi yang menandakan suatu keadaan yang mengancam keutuhan serta keberadaan dirinya dan dimanifestasikan dalam bentuk perilaku seperti rasa tidak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut, fobia tertentu.

Kecemasan muncul bila ada ancaman ketidakberdayaan, kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi-fungsi dan harga diri, kegagalan pertahanan, perasaan terisolasi.

Teori-Teori Penyebab Kecemasan

Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI (1995) mengembangkan teori-teori penyebab kecemasan sebagai berikut.

1. Teori psikoanalisis.

Kecemasan merupakan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan super ego. Id melambangkan dorongan insting dan impuls primitif, super ego mencerminkan hati nurani seseorang, sedangkan ego atau aku digambarkan sebagai mediator dari tuntutan id dan super ego. Kecemasan berfungsi untuk memperingatkan ego tentang suatu bahaya yang perlu diatasi.

2. Teori interpersonal.

Kecemasan terjadi dari ketakutan dan penolakan interpersonal, hal ini digabungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan seperti seperti kehilangan atau perpisahan yang menyebabkan seseorang tidak berdaya. Individu yang mempunyai harga diri rendah biasanya sangat mudah untuk mengalami kecemasan berat.

3. Teori perilaku.

Kecemasan merupakan hasil frustrasi segala sesuatu yang mengganggu kemampuan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Para ahli perilaku menganggap kecemasan merupakan suatu dorongan, yang mempelajari berdasarkan keinginan untuk menghindari rasa sakit.

Pakar teori meyakini bahwa bila pada awal kehidupan dihadapkan pada rasa takut yang berlebihan maka akan menunjukkan kecemasan yang berat pada masa dewasanya. Sementara para ahli teori konflik mengatakan bahwa kecemasan sebagai benturan-benturan keinginan yang bertentangan. Mereka percaya bahwa hubungan timbal balik antara konflik dan daya kecemasan yang kemudian menimbulkan konflik.

4. Teori keluarga.

Gangguan kecemasan dapat terjadi dan timbul secara nyata dalam keluarga, biasanya tumpang tindih antara gangguan cemas dan depresi.

5. Teori biologi.

Teori biologi menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor spesifik untuk benzodiazepin. Reseptor ini mungkin memengaruhi kecemasan.

Penilaian Tingkat Kecemasan

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W. K. Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Terdapat 20 pertanyaan, di mana setiap pertanyaan dinilai 1–4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan (*Zung Self-Rating Anxiety Scale*).

Lingkarilah untuk setiap item yang paling menggambarkan seberapa sering Anda merasa atau berperilaku seperti beberapa pernyataan pada Tabel 20.8.

Tabel 11.14 Skala Peringkat Kecemasan Diri Zung Self

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sebagian waktu	Hampir setiap waktu
1	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya.	1	2	3	4
2	Saya merasa takut tanpa alasan sama sekali.	1	2	3	4
3	Saya mudah marah atau merasa panik	1	2	3	4
4	Saya merasa seperti jatuh terpisah dan akan hancur berkeping-keping.	1	2	3	4
5	Saya merasa bahwa semuanya baik-baik saja dan tidak ada hal buruk akan terjadi.	4	3	2	1
6	Lengan dan kaki saya gemetar.	1	2	3	4
7	Saya terganggu oleh nyeri kepala leher dan nyeri punggung.	1	2	3	4
8	Saya merasa lemah dan mudah lelah.	1	2	3	4
9	Saya merasa tenang dan dapat duduk diam dengan mudah.	4	3	2	1
10	Saya merasakan jantung saya berdebar-debar.	1	2	3	4
11	Saya merasa pusing tujuh keliling	1	2	3	4
12	Saya telah pingsan atau merasa seperti itu.	1	2	3	4
13	Saya dapat bernapas dengan mudah.	4	3	2	1
14	Saya merasa jari-jari tangan dan kaki mati rasa dan kesemutan.	1	2	3	4
15	Saya terganggu oleh nyeri lambung atau gangguan pencernaan.	1	2	3	4
16	Saya sering buang air kecil.	1	2	3	4
17	Tangan saya biasanya kering dan hangat.	4	3	2	1
18	Wajah Saya terasa panas dan merah merona.	1	2	3	4
19	Saya mudah tertidur dan dapat istirahat malam dengan baik.	4	3	2	1
20	Saya mimpi buruk.	1	2	3	4

Rentang penilaian 20–80, dengan pengelompokan antara lain:

1. skor 20–44: normal/tidak cemas;
2. skor 45–59: kecemasan ringan;
3. skor 60–74: kecemasan sedang;
4. skor 75–80: kecemasan berat.



PENGETAHUAN

Menurut Notoatmodjo (2003: 121) pengetahuan merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Jadi pengetahuan ini diperoleh dari aktivitas pancaindra yaitu penglihatan, penciuman, peraba dan indra perasa, sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan/kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003: 121). Penelitian Rogers (1974) dalam buku pendidikan dan perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2003 dan Nursalam, 2007) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1. *awareness* (kesadaran) ketika seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek);
2. *interest* (tertarik), ketika seseorang mulai tertarik pada stimulus;
3. *evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut baginya;
4. *trial* (mencoba), ketika seseorang telah mencoba perilaku baru;
5. *adoption* (adaptasi), ketika seseorang telah berperilaku baru yang sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun, berdasarkan penelitian selanjutnya, Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahapan di atas. Jika penerima perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini yaitu dengan didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku itu akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, perilaku itu tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003: 121).

Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

Perencanaan pulang merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. Perencanaan pulang merupakan proses yang dinamis agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien melakukan perawatan mandiri di rumah. Perencanaan pulang didapatkan dari proses interaksi ketika perawat profesional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan. Perencanaan pulang diperlukan oleh pasien dan harus berpusat pada masalah pasien, yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta perawatan rutin yang sebenarnya.

Perencanaan pulang akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi yaitu antara perawatan yang diterima pada waktu di rumah sakit dengan perawatan yang diberikan setelah pasien pulang. Perawatan di rumah sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Namun, sampai saat ini perencanaan pulang bagi pasien yang dirawat belum optimal karena peran perawat masih terbatas pada pelaksanaan kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi tentang jadwal kontrol ulang (Nursalam, 2011).

Perencanaan pulang bertujuan:

1. menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial;
2. meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
3. meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien;
4. membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain;
5. membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien;
6. melaksanakan rentang perawatan antarrumah sakit dan masyarakat.

Perencanaan pulang bertujuan membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan dan upaya pencegahan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi risiko kambuh, serta menukar informasi antara pasien sebagai penerima pelayanan dengan perawat dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit.

Prinsip-prinsip dalam perencanaan pulang antara lain:

1. pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang sehingga nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi;
2. kebutuhan dari pasien diidentifikasi lalu dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi;
3. perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif karena merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
4. tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga/sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.
5. perencanaan pulang dilakukan pada setiap system atau tatanan pelayanan kesehatan.

Komponen perencanaan pulang terdiri atas:

1. perawatan di rumah meliputi pemberian pengajaran atau pendidikan kesehatan (*health education*) mengenai diet, mobilisasi, waktu kontrol dan tempat kontrol—pemberian pelajaran disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan keluarga mengenai perawatan selama selama pasien di rumah nanti;
2. obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya, meliputi dosis, cara pemberian dan waktu yang tepat minum obat;
3. obat-obat yang dihentikan, karena meskipun ada obat-obat tersebut sudah tidak diminum lagi oleh pasien, obat-obat tersebut tetap dibawa pulang pasien;
4. hasil pemeriksaan, termasuk hasil pemeriksaan luar sebelum MRS dan hasil pemeriksaan selama MRS, semua diberikan ke pasien saat pulang.
5. surat-surat seperti surat keterangan sakit, surat kontrol.

Faktor-faktor yang perlu dikaji dalam perencanaan pulang adalah:

1. pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, terapi dan perawatan yang diperlukan;
2. kebutuhan psikologis dan hubungan interpersonal di dalam keluarga;
3. keinginan keluarga dan pasien menerima bantuan dan kemampuan mereka memberi asuhan;
4. bantuan yang diperlukan pasien;
5. pemenuhan kebutuhan aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, minum, eliminasi, istirahat dan tidur, berpakaian, kebersihan diri, keamanan dari bahaya, komunikasi, keagamaan, rekreasi dan sekolah;
6. sumber dan sistem pendukung yang ada di masyarakat;

7. sumber finansial dan pekerjaan;
8. fasilitas yang ada di rumah dan harapan pasien setelah dirawat;
9. kebutuhan perawatan dan supervisi di rumah.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien sebelum pasien diperbolehkan pulang adalah sebagai berikut.

1. Pendidikan kesehatan: diharapkan bisa mengurangi angka kambuh atau komplikasi dan meningkatkan pengetahuan pasien serta keluarga tentang perawatan pascarawat.
2. Program pulang bertahan: berujuan untuk melatih pasien untuk kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Program ini meliputi apa yang harus dilakukan pasien di rumah sakit dan apa yang harus dilakukan oleh keluarga.
3. Rujukan: integritas pelayanan kesehatan harus mempunyai hubungan langsung antara perawat komunitas atau praktik mandiri perawat dengan rumah sakit sehingga dapat mengetahui perkembangan pasien di rumah.

Pengetahuan tentang perawatan penyakitnya:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang kurang pengetahuan} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}}$$

Perencanaan pasien pulang (*discharge planning*)

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang tidak dibuat pada periode tertentu} \times 100\%}{\text{Jml pasien yang dirawat pada periode tertentu}}$$

CONTOH KASUS

Saudara sebagai kepala ruang bedah akan mengadakan audit keperawatan tentang mutu pelayanan keperawatan tentang keselamatan pasien yang terjadi.

Pertanyaan:

1. Analisis kasus di atas, susun langkah-langkah dalam penilaian mutu pada keselamatan pasien!
2. Apa upaya untuk meningkatkan mutu keperawatan secara komprehensif?

DAFTAR PUSTAKA

- Davidow, Moshe 2003. "Have You Heard The Word? The Effect Of Word Of Mouth On Perceived Justice, Satisfied and Repurchase Intentions Following Complain Handling." *Journal of and Complaining Behavior*. Vol.16 hlm. 67.
- Depkes RI. 2005. *Indikator Kinerja Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- _____. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Gibson, J.L., J.M. Ivancevich, J.H. Donnelly, Jr. 2003. *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Bina Rupa Aksara, hlm 119–275.
- Marquis, B.L., dan C.J. Huston. 2000. *Leadership roles and management functions in nursing*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Nasution. 2001. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Manajemen)*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Nursalam. 2013. *Konsep dan Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, dan F. Efendi. 2008. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Parasuraman A, Zeithamal V, Berry L. 1985. "A conceptual model of service quality and its impact for future research." *Journal of Marketing* (Musim Gugur), hlm. 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. 1988. "Servequal: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality." *Journal of Retailing*.
- Parasuraman, A. Zeithaml, V. 2001. *Delivering Quality Service*. New York: The Free Press.
- Pohan, I. 2006. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC. Hlm 13–15.
- Ramanujam, P.G. 2011. "Service Quality in Health Care Organisations: A Study of Corporate Hospitals in Hyderabad." *Journal of Health Management*, 13, 2 (2011): 177–202.
- Rangkuti, F. 2003. *Konsep Pengukuran Kepuasan*. Jakarta: Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Tjiptono, F. 2004. *Kepuasan dalam Pelayanan*. Jakarta: Penerbit Salemba Empat.
- Trarintya, M. 2011. "Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan dan Word of Mouth (Studi Kasus Pasien Rawat Jalan Di Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar)". Tesis. Denpasar: Universitas Udayana.
- Zung, W.K. 1971. "Sebuah Instrumen Penilaian Gangguan Kecemasan". *Psychosomatics*. [www. Scrib.com](http://www.Scrib.com).

BAB 12

Penerapan Balance Scorecard dalam Perencanaan Strategi Keperawatan



Perencanaan pelayanan keperawatan merupakan salah satu pendekatan atau upaya yang sangat penting serta mendasar dalam memberikan layanan keperawatan kepada pasien di rumah sakit. Sebagai salah satu bagian layanan kesehatan yang profesional, kita harus selalu berupaya memberikan layanan keperawatan yang terbaik mutunya kepada semua pasien tanpa kecuali. Pemantauan jaminan kualitas pelayanan keperawatan merupakan salah satu perangkat yang sangat berguna bagi mereka yang mengelola atau merencanakan layanan keperawatan. Pendekatan itu juga merupakan bagian dari keterampilan yang sangat mendasar bagi setiap pemberi atau penyedia layanan kesehatan yang secara langsung melayani pasien.

Layanan keperawatan yang berkualitas adalah layanan keperawatan yang selalu berupaya memenuhi harapan pasien sehingga pasien akan selalu puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh seorang perawat. Pendekatan jaminan kualitas layanan keperawatan mengutamakan keluaran (*outcome*) layanan keperawatan atau apa yang akan dihasilkan dan diakibatkan oleh layanan keperawatan. Hasil

layanan keperawatan yang berkualitas hanya mungkin dihasilkan oleh pekerjaan yang benar. Pasien akan selalu berada dalam lingkungan organisasi layanan keperawatan yang terbaik mutunya karena segala kebutuhan kesehatan dan penyakit pasien sangat diperhatikan dan kemudian dilayani. Tidak mengherankan bahwa organisasi layanan keperawatan yang selalu memperhatikan kualitas akan dengan mudah mendapatkan akreditasi serta memperoleh kepercayaan dari organisasi lain serta konsumen pengguna layanan keperawatan.

Dunia kesehatan telah mengalami pergeseran yang sangat ekstrem. Persaingan abad industri telah bergeser menjadi persaingan abad informasi. Penyedia layanan kesehatan yang menguasai teknologi informasi secara baik akan mampu bertahan secara layak (*sustainable*) di tengah-tengah turbulensi dunia kesehatan. Selama abad industri, sistem pengendalian keuangan yang dikembangkan dalam perusahaan digunakan untuk memfasilitasi dan memantau alokasi modal finansial dan fisik secara efisien.

Namun, ukuran-ukuran yang dihasilkan dari alat-alat tersebut tidak cukup andal untuk mengimbangi perkembangan pada jaman teknologi informasi seperti sekarang ini. Untuk memasuki lingkungan bisnis yang kompetitif dan turbulen, organisasi memerlukan tipe perencanaan yang tidak sekadar untuk merespons perubahan yang diperkirakan akan terjadi di masa depan. Namun lebih dari itu, organisasi memerlukan tipe perencanaan untuk menciptakan masa depan organisasi melalui perubahan-perubahan yang dilaksanakan sejak sekarang. Kondisi ini kemudian membawa dunia layanan kesehatan kepada pemikiran-pemikiran baru yang lebih maju untuk mengimbangi laju informasi. Benturan antara keharusan membangun daya saing jangka panjang dengan tujuan yang tidak tergoyahkan dari model akuntansi keuangan biaya historis telah menciptakan sebuah sintesis yaitu *balanced scorecard*.

Balanced scorecard (BSC) merupakan suatu kerangka kerja baru yang mengintegrasikan berbagai ukuran yang diturunkan dari strategi suatu organisasi. Selain ukuran finansial masa lalu, *balanced scorecard* juga menggunakan pendorong kinerja masa depan. Pendorong kinerja yang meliputi perspektif pelanggan, proses bisnis internal, dan pembelajaran serta pertumbuhan, diturunkan dari proses penerjemahan strategi organisasi yang dilaksanakan secara eksplisit dan ketat ke dalam berbagai tujuan dan ukuran yang nyata. *Balanced scorecard* tetap mempertahankan berbagai ukuran finansial tradisional yang hanya menjelaskan berbagai peristiwa masa lalu dan tidak memadai untuk menuntun dan mengevaluasi perjalanan yang harus dilalui organisasi abad informasi dalam menciptakan nilai masa depan melalui investasi yang ditanamkan pada pelanggan, pemasok, pekerja, proses, teknologi, dan inovasi. *Balanced scorecard* melengkapi seperangkat ukuran finansial kinerja masa lalu dengan ukuran pendorong (*drivers*) kinerja masa depan (Suhendra, 2004).



SEJARAH PENGGUNAAN BSC

Pada awal tahun 1992, Robert Kaplan dan David Norton memublikasikan metode pengukuran mereka “The Balanced Scorecard—Measures That Drive Performance” dalam *Harvard Business Review*. BSC adalah alat yang menyediakan pengukuran komprehensif kepada para manajer mengenai bagaimana organisasi mencapai kemajuan lewat sasaran-sasaran strategisnya. Metode ini menjelaskan bagaimana aset tak nyata dimobilisasi dan dikombinasikan dengan aset *tak nyata* dan aset berwujud untuk menciptakan proposisi nilai pelanggan yang berbeda dan hasil finansial yang lebih unggul (Kaplan dan Norton, 1992).

Norton dan Kaplan menempatkan BSC sebagai alat bagi organisasi (termasuk yang berasal dari sektor publik dan nonprofit) untuk mengelola kebutuhan pemegang saham relevannya. Lebih jauh mereka menyarankan BSC sebagai alat untuk memperbaiki aliran informasi dan komunikasi antara top eksekutif dan manajemen menengah dalam perusahaan. BSC ingin memperbaiki sistem konvensional pengontrolan dan akuntansi dengan memperkenalkan fakta lebih kualitatif dan nonfinansial. Pertimbangan sasaran finansial serupa dengan sistem tradisional manajemen dan akuntansi. Satu perbaikan penting dari BSC terletak pada fokusnya mendorong nilai bagi keuntungan masa depan perusahaan. Perspektif pasar bertujuan mengidentifikasi segmen pelanggan dan pasar relevan yang berkontribusi pada sasaran finansial. Dalam istilah manajemen berbasis pasar dari perusahaan, dimensi ini membuat mampu mencapai proses-proses dan produk internal yang sejalan dengan keperluan pasar. Dalam dimensi internal proses, perusahaan harus mengidentifikasi dan menstrukturkan secara efisien proses-proses pendorong nilai internal yang vital terkait dengan sasaran pelanggan dan pemegang saham. Perspektif pengembangan organisasi akhirnya mencoba menggambarkan semua aspek terkait dengan staf dan bagian-bagian organisasi yang vital pada proses pembaruan organisasi.

Norton dan Kaplan (1992) merekomendasikan integrasi sistematis BSC ke dalam sistem manajemen perusahaan yang telah ada. Untuk hal ini, mereka mendiskusikan terutama fase-fase penataan (*set up*) dan implementasi strategi. BSC menjadi alat mentransformasi strategi ke dalam aksi pelaksanaan. Norton dan Kaplan menekankan pentingnya pelatihan teratur atau tambahan, komunikasi strategi internal (seperti dengan *leaflet*, majalah, intranet, dan seterusnya), ataupun pengukuran-pengukuran sasaran-sasaran terdefinisi di seluruh perusahaan. Penetapan definisi pengukuran-pengukuran strategis dan integrasi strategi jangka panjang ke dalam proses penganggaran tahunan. BSC akan memperbaiki sistem manajemen perusahaan yang ada saat ini melalui penataan sasaran yang lebih ambisius. Asumsi dasar penerapan BSC adalah semua kegiatan organisasi harus dapat menghasilkan tambahan kekayaan karena pada dasarnya organisasi merupakan institusi pencipta kekayaan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Konsep Umum

Balanced scorecard terdiri atas dua suku kata yaitu kartu nilai (*scorecard*) dan berimbang (*balanced*). Kartu nilai dimaksudkan untuk mengukur kinerja personel dibandingkan dengan kinerja yang direncanakan, serta dapat digunakan sebagai evaluasi. Berimbang artinya kinerja personel diukur secara berimbang antara dua aspek, yaitu keuangan dengan nonkeuangan, jangka pendek dengan jangka panjang, dan intern dengan ekstern. Oleh karena itu, jika kartu skor personel digunakan untuk merencanakan skor yang hendak diwujudkan di masa depan, maka personel tersebut harus memperhitungkan keseimbangan antara pencapaian kinerja keuangan dengan nonkeuangan, kinerja jangka pendek dengan jangka panjang, serta antara kinerja bersifat internal dengan kinerja eksternal (fokus komprehensif).

Pada awal perkembangannya, BSC hanya ditujukan untuk memperbaiki sistem pengukuran kinerja eksekutif. Sebelum tahun 1990-an, kinerja eksekutif hanya diukur dari perspektif keuangan, sehingga terdapat kecenderungan mengabaikan kinerja nonkeuangan seperti kepuasan pelanggan, produktivitas, keefektifan proses, serta pemberdayaan dan komitmen karyawan yang digunakan dalam menghasilkan produk dan jasa bagi kepuasan pelanggan.

BSC menerjemahkan visi dan strategi perusahaan ke dalam tujuan konkret terorganisasi di sepanjang jalur empat perspektif yang berbeda, yaitu finansial, pelanggan, proses internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan. Prinsip dasar BSC adalah memfokuskan pada pelanggan, proses internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan sekarang, sehingga perusahaan akan mengamankan posisi finansial masa depannya. Mengenali keseimbangan antara pengukuran jangka pendek dan menengah ini penting bagi perusahaan yang ingin kesuksesan finansial jangka pendek. Hal ini juga sering kali diinginkan oleh para pemegang saham.

Balanced scorecard secara singkat adalah suatu sistem manajemen untuk mengelola implementasi strategi, mengukur kinerja secara utuh, mengomunikasikan visi, strategi, dan sasaran kepada pemegang saham.

Balanced scorecard memberi manfaat bagi organisasi dalam beberapa cara, yaitu:

1. menjelaskan visi organisasi;
2. menyelaraskan organisasi untuk mencapai visi itu;
3. mengintegrasikan perencanaan strategis dan alokasi sumber daya;
4. meningkatkan efektivitas manajemen dengan menyediakan informasi yang tepat untuk mengarahkan perubahan.

Robert Kaplan dan David Norton mensyaratkan lima prinsip utama dalam menerapkan *balanced scorecard*, yaitu:

1. menerjemahkan sistem manajemen strategi berbasis *balanced scorecard* ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang dapat memahami;

2. menghubungkan dan menyelaraskan organisasi dengan strategi itu untuk memberikan arah dari eksekutif kepada staf garis depan;
3. membuat strategi merupakan pekerjaan bagi semua orang melalui kontribusi setiap orang dalam implementasi strategis;
4. membuat strategi suatu proses terus-menerus melalui pembelajaran dan adaptasi organisasi;
5. melaksanakan agenda perubahan oleh eksekutif guna memobilisasi perubahan.

Balanced scorecard memiliki empat komponen perspektif dalam pengukuran kinerja perusahaan yang dapat memberikan keseimbangan antara tujuan jangka pendek dengan tujuan jangka panjang, antara hasil yang diinginkan dengan faktor pendorong, serta antara ukuran objektif yang keras dengan ukuran subjektif yang lunak.

1. Perspektif finansial.

Penerapan *balanced scorecard* pada perspektif finansial membantu tujuan jangka panjang perusahaan dalam mencapai tingkat pengembalian modal investasi yang tinggi dari setiap unit bisnis. Ukuran kerja finansial dalam *balanced scorecard* dapat memberikan petunjuk apakah strategi perusahaan, implementasi serta pelaksanaannya akan memberikan kontribusi atau tidak kepada peningkatan laba perusahaan. Hal tersebut dikarenakan ukuran finansial dapat memberikan ringkasan konsekuensi tindakan ekonomis yang sudah diambil dalam mencapai tujuan perusahaan.

Tujuan keuangan yang merupakan penjabaran pertama dari strategi perusahaan, sangat bergantung pada posisi perusahaan saat itu. Beberapa tujuan keuangan tersebut di antaranya adalah:

- a. peningkatan nilai saham yang merupakan hasil dari strategi yang diterapkan dalam operasionalisasi usaha, biasanya diukur melalui *accounting profit*, dengan indikator di antaranya *return of investment (RoI)*, *return on capital employed (ROCE)*, dan *economic value added (EVA)* atau nilai tambah ekonomis;
- b. strategi pertumbuhan usaha melalui upaya pengembangan usaha baru dan program kerja sama dengan target mempertahankan pelanggan serta menambah pelanggan;
- c. strategi produktivitas, yaitu melalui pengurangan biaya-biaya produksi, pemakaian sumber daya secara bersama-sama dengan unit bisnis lain, serta pengurangan modal kerja dan aktiva tetap yang dipergunakan untuk mendukung tingkat operasional perusahaan.

Ada tahap-tahap siklus hidup usaha yang perlu diperhatikan dalam menerapkan hubungan antara tujuan finansial dengan strategi unit bisnis perusahaan.

- a. Tahap pertumbuhan (*growth*)

Perusahaan yang terletak pada tahap pertumbuhan, sasaran finansial secara

keseluruhan adalah peningkatan pertumbuhan pendapatan dan pertumbuhan penjualan pada segmen pasar, pelanggan, dan area yang ditargetkan.

b. Tahap bertahan (*sustain*)

Merupakan sasaran finansial pada perusahaan yang terletak di tahap bertahan. Laba usaha (*operating income*), laba kotor, *return on investment*, *return on capital employee* adalah ukuran-ukuran yang sering dipakai perusahaan-perusahaan pada tahap ini.

c. Tahap penuaian (*harvest*)

Pada perusahaan-perusahaan di tahap penuaian, sasaran finansialnya adalah arus kas (*cash flow*) dan pengurangan modal kerja yang diperlukan. Strategi dalam perspektif keuangan ini bertemakan antara lain:

- 1) pertumbuhan pendapatan (*revenue growth*), yaitu mengembangkan produk dan jasa untuk mencapai pasar dan pelanggan baru melalui penawaran nilai tambah yang tinggi dan harga baru;
- 2) *cost reduction/productivity improvement*, yaitu merendahkan biaya dan mengurangi *indirect cost* dan menggunakan sumber bersama-sama dengan unit bisnis lain;
- 3) *asset utilization/investment strategy*, yaitu mengurangi modal kerja (*working capital*) untuk mendukung volume dan *bisnis mix*, menggunakan sumber yang langka secara efisien, menciptakan bisnis baru untuk kapasitas yang tidak terpakai, menyempurnakan penggunaan aset.

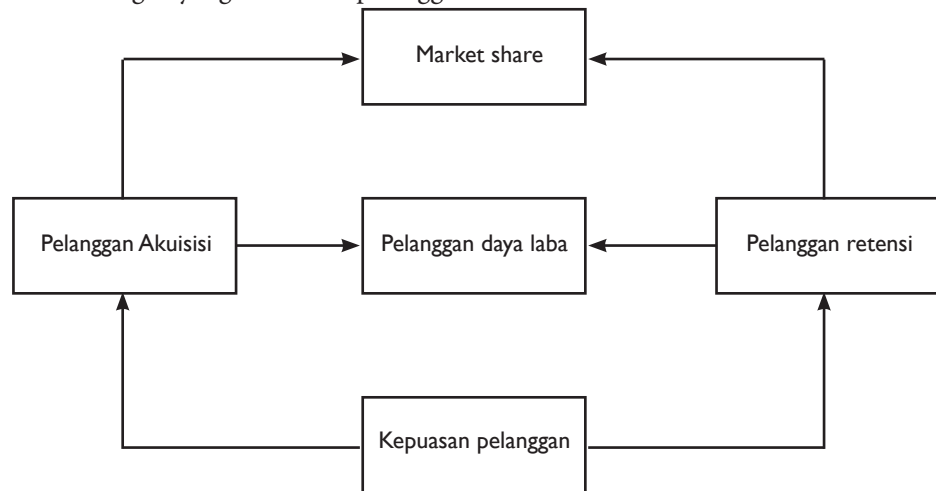
2. Perspektif pelanggan.

Pelanggan merupakan bagian utama bagi perusahaan karena sangat memengaruhi kelangsungan hidup perusahaan tersebut dalam pasar. Perspektif pelanggan dalam *balanced scorecard* mengharuskan perusahaan melakukan identifikasi pelanggan dan segmen pasar yang akan dimasuki. Segmen pasar merupakan sumber yang akan menjadi komponen pendorong tercapainya tujuan finansial perusahaan.

Perspektif pelanggan memungkinkan perusahaan menyelaraskan berbagai ukuran pelanggan ditinjau dari segi kepuasan, loyalitas, retensi, akuisisi, dan profitabilitasnya dengan sasaran segmen pasar beserta tipe pelanggan yang dikehendaki oleh perusahaan. Ada dua kelompok pengukuran dalam perspektif pelanggan, yang terdiri atas kelompok pengukuran pelanggan utama (pangsa pasar, retensi pelanggan, akuisisi pasar, kepuasan pelanggan, profitabilitas pelanggan) dan kelompok pengukuran proposisi nilai pelanggan (atribut produk dan jasa, hubungan pelanggan, reputasi, dan citra).

Ukuran pasar (*market share*) adalah kelompok pelanggan yang menjadi target atau segmen pasar yang terspesifikasi. Kelompok industri, statistik pemerintah, atau sumber publik lainnya sering menyediakan data mengenai total ukuran pasar. Selain mengukur segmen pasar, perusahaan diharapkan melakukan pengukuran pasar yang kedua, yaitu *account share* (*pelanggan wallet*).

Pengukuran yang dilakukan meliputi pengukuran dari segmen ke segmen, yaitu berapa segmen pasar yang telah dicapai atas produk yang ditawarkan kepada pelanggan, sedangkan “*share of wallet-nya*”, yaitu persentase atas total transaksi keuangan yang dilakukan pelanggan.



Figur 12.1 Perspektif Pelanggan

Retensi pelanggan (*pelanggan retention*), yaitu cara yang dapat ditempuh meningkatkan ukuran pasar dimulai dengan mempertahankan pelanggan yang ada, di samping itu perusahaan wajib melakukan pengukuran terhadap pelanggan yang setia. Pelanggan akuisisi (*pelanggan acquisition*) dapat diukur dengan berapa jumlah pelanggan baru atau total penjualan dibanding dengan pelanggan baru pada masing-masing segmen.

Kepuasan pelanggan (*pelanggan satisfaction*) merupakan ukuran menilai seberapa jauh perusahaan telah memberikan pelayanan yang baik kepada pelanggannya. Beberapa riset akhir-akhir ini memperlihatkan bahwa skor yang baik pada kepuasan pelanggan tidak cukup menjamin pencapaian yang tinggi terhadap loyalitas, retensi, dan profitabilitas. Namun, hanya dengan tingkat kepuasan yang tinggi akan memengaruhi perilaku pelanggan untuk membeli kembali. Oleh karena itu, survei perlu dilakukan untuk mengetahui berapa besar tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan yang telah diberikan.

Daya laba pelanggan (*pelanggan profitability*). Perusahaan perlu meningkatkan kepuasan pelanggannya, sehingga pelanggan tidak mempunyai pikiran untuk pindah ke perusahaan lain. Hal tersebut akan menciptakan laba pelanggan.

3. Perspektif proses pelayanan internal (bisnis).

Pada perspektif ini, para manajer mengidentifikasi berbagai proses penting yang harus dikuasai perusahaan dengan baik agar mampu memenuhi tujuan para pemegang saham dan segmen pelanggan yang menjadi tujuan perusahaan.

Pendekatan *balanced scorecard* ini memungkinkan tuntutan kinerja proses internal ditentukan berdasarkan harapan pihak eksternal tertentu, misalnya saja keinginan dan kepuasan pelanggan.

Dalam rangka pemenuhan kepuasan pelanggan, terdapat lima indikator mutu pelayanan yang berhubungan dengan pelayanan prima secara umum, yaitu:

- a. empati (*empathy*) berupa pemberian pelayanan dengan penuh perhatian dan sesuai kebutuhan pasien;
- b. keterandalan (*reliabilitas*), yang terdiri atas kemampuan provider untuk memberikan pelayanan yang diharapkan secara akurat;
- c. daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan untuk membantu dan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dengan segera;
- d. komunikasi (*communication*) berarti selalu memberikan informasi yang sebaik-baiknya dan mendengarkan segala apa yang disampaikan oleh pasien;
- e. *caring* yaitu mudah dihubungi dan selalu memberi perhatian kepada pasien.

Ada dua perbedaan yang mendasar antara pengukuran tradisional dengan pendekatan *balanced scorecard* pada perspektif ini. Pendekatan tradisional lebih menekankan pada pengawasan dan melakukan perbaikan terhadap proses yang ada dengan lebih memfokuskan pada *variance reports*, sebaliknya pada pendekatan *balanced scorecard*, penekanannya diletakkan pada penciptaan proses baru yang ditujukan pada pelanggan dan *financial objectives*. Penetapan sasaran dan ukuran dilakukan pada tiga tahapan proses bisnis perusahaan.

a. Inovasi

Proses inovasi dimulai dari mengidentifikasi keinginan pelanggan yang ada dan menciptakan produk atau jasa yang diinginkan pelanggan tersebut, kemudian identifikasi bentuk pasar baru, pelanggan baru dan menciptakan produk atau jasa yang diinginkan untuk memuaskan pelanggan baru. Dalam proses inovasi ini terdapat *long wave of value* yang terdiri atas identifikasi besar pasar, bentuk kesukaan pelanggan, serta target harga untuk produk dan jasa tersebut. Selanjutnya, perusahaan melakukan riset dan pengembangan yang radikal untuk produk atau jasa baru yang menghasilkan nilai bagi pelanggan dan menyajikan *applied research* untuk mengeksploitasikan teknologi bagi produk atau jasa yang baru serta mengadakan usaha pengembangan produk atau jasa baru ke pasar.

b. Operasi (*operation*)

Proses operasi merupakan *short wave* dari penciptaan nilai dalam perusahaan. Dimulai dengan menerima pesanan dari pelanggan dan menyelesaikannya dengan memberikan produk atau jasa kepada langganannya secara efisien, konsisten dan tepat waktu untuk produk atau jasa yang ada.

c. Layanan jual purna (*postsale service*)

Layanan jual purna yang meliputi garansi dan aktivitas perbaikan, perlakuan terhadap defect dan return, proses pembayaran seperti administrasi credit card serta proses collection and invoicing. Pada perusahaan dengan penjualan kredit yang besar akan memerlukan aplikasi dari ukuran biaya, waktu, dan kualitas, untuk billingnya yang merupakan solusi dari proses yang diperdebatkan.

4. Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan

Dalam persaingan global, perbaikan yang berkesinambungan atas produk, proses yang ada, dan kemampuan menciptakan produk baru perlu dilakukan perusahaan. Kemampuan untuk melakukan inovasi, perbaikan, dan belajar akan memengaruhi nilai bagi perusahaan. Melalui penciptaan produk baru, perusahaan dapat melakukan penetrasi ke dalam pasar yang lebih luas sehingga dapat meningkatkan pendapatan dan margin pertumbuhan. Selanjutnya akan meningkatkan value bagi pemegang saham. Ada tiga hal yang perlu diperhatikan dalam perspektif ini.

a. Kemampuan pekerja (*employee capabilities*)

Saat ini pemrosesan transaksi telah dilakukan secara otomatis (*computer-controlled*) di banyak perusahaan dalam menangani pekerjaan-pekerjaan rutin, sehingga untuk menilai kontribusi karyawan menjadi relatif lebih sulit. Namun hal-hal yang berkaitan dengan perbaikan atas proses dan peningkatan kepuasan pelanggan timbul dari *front time employee*. Ukuran-ukuran yang mungkin dapat dipakai untuk mengukur karyawan, yaitu kepuasan pekerja, retensi pekerja, dan produktivitas pekerja.

b. Kemampuan sistem informasi (*information system capabilities*)

Motivasi dan keahlian karyawan sangat diperlukan untuk mencapai sasaran kepuasan pelanggan dan proses bisnis internal (*internal-business-process*), di samping itu informasi yang akurat dan tepat waktu mengenai pelanggan, proses internal, dan finansial mutlak diperlukan.

c. Motivasi, penguatan, dan penyesuaian

Keahlian karyawan dan informasi yang diperlukan telah tersedia, namun jika tidak disertai dengan motivasi untuk mengambil langkah, maka kemampuan dan informasi tersebut tidak ada manfaatnya. Oleh karena itu, motivasi karyawan perlu dilakukan pengukuran. Ukuran yang dapat digunakan, antara lain sebagai berikut.

- *The number of suggestion per employee*, yaitu mengukur seberapa besar partisipasi tiap karyawan dalam pencapaian prestasi perusahaan.
- *The rate of improvement*, yaitu seberapa besar partisipasi tiap karyawan dalam melakukan perbaikan (melalui *Total Quality Management* atau *Total Quality Control*) untuk tujuan peningkatan efisiensi operasi perusahaan.

Penggunaan *Balanced Scorecard*

Balanced scorecard digunakan dalam hampir keseluruhan proses penyusunan rencana. Tahapan penyusunan rencana pada dasarnya meliputi enam kegiatan yang dikenal dengan sistem manajemen strategi. Sistem manajemen strategi dalam *balance scorecard* dijabarkan dalam tahapan-tahapan perumusan strategi, perencanaan strategis, penyusunan program, penyusunan anggaran, implementasi, dan pemantauan.

1. Perumusan strategi

Tahap ini ditujukan untuk menghasilkan misi, visi, keyakinan dan nilai dasar, dan tujuan institusi. Proses perumusan strategi dilakukan secara bertahap, yaitu: analisis eksternal, analisis internal, penentuan jati diri, dan perumusan strategi itu sendiri.

Analisis eksternal terdiri atas analisis lingkungan makro dan mikro. Analisis lingkungan makro bertujuan mengidentifikasi peluang dan ancaman makro yang berdampak terhadap nilai yang dihasilkan organisasi kepada pelanggan. Objek pengamatan dalam analisis ini adalah antara lain kekuatan politik dan hukum, kekuatan ekonomi, kekuatan teknologi, kekuatan sosial, serta faktor demografi. Analisis eksternal mikro diterapkan pada lingkungan yang lebih dekat dengan institusi yang bersangkutan. Dalam dunia perusahaan, lingkungan tersebut adalah industri di mana suatu perusahaan termasuk di dalamnya. Analisis yang dilakukan dapat menggunakan Teori Porter mengenai persaingan, yaitu kekuatan tawar pemasok, ancaman pendatang baru, kekuatan tawar pembeli, ancaman produk atau jasa pengganti.

Analisis internal ditujukan untuk merumuskan kekuatan dan kelemahan perusahaan. Kekuatan suatu perusahaan antara lain kompetensi yang unik, sumber daya keuangan yang memadai, keterampilan yang unggul, citra yang baik, keunggulan biaya, kemampuan inovasi tinggi, dan lain-lain. Sementara itu, kelemahan perusahaan antara lain tidak ada arah strategi yang jelas, posisi persaingan yang kurang baik, fasilitas yang 'usang', kesenjangan kemampuan manajerial, lini produk yang sempit, citra yang kurang baik, dan lain-lain.

Penentuan jati diri organisasi terdiri atas perumusan misi, visi, keyakinan dasar, nilai dasar, dan tujuan organisasi. Misi menjelaskan lingkup, maksud, atau batas bisnis organisasi, yaitu kebutuhan pelanggan apa yang akan dipenuhi oleh organisasi, siapa dan di mana, serta produk inti apa yang dihasilkan, dengan teknologi inti dan kompetensi inti apa. Misi ditulis sederhana, ringkas, dan fokus. Unsur-unsur misi meliputi produk inti, kompetensi inti, dan teknologi inti. Produk inti adalah barang atau jasa yang dipersepsikan bernilai tinggi oleh pelanggan, berupa komponen kunci yang dilindungi hak paten dan menghasilkan laba terbesar. Kompetensi inti adalah kemampuan kunci yang dimiliki organisasi dalam menghasilkan produk inti. Teknologi inti adalah *know-how*, perangkat

keras dan perangkat lunak yang menjadi basis kompetensi inti. Beberapa contoh misi adalah sebagai berikut.

“To engineer, produce, and market the world’s finest automobiles, known for uncompromised levels of distinctiveness, comfort, convenience, and refined performance” (Cadillac Motor Co.).

“To produce outstanding financial returns by providing totally reliable, competitively superior global air-ground transportation of high priority goods and document that require rapid, time-sensitive delivery” (FedEx).

Visi menggambarkan akan menjadi apa suatu organisasi di masa depan. Ia bersifat sederhana, menumbuhkan rasa wajib, memberikan tantangan, praktis dan realistis, dan ditulis dalam satu kalimat pendek. Contoh-contoh visi adalah sebagai berikut.

“We will be an outstanding company by exceeding customer expectations through empowered people, guided by shared values” (PepsiCo.)

“From managing a world-class port, we shall grow into world-class corporation with network of perts???, logistics and related businesses throughout the world. We shall be recognized everywhere for quality and value” (Otoritas Pelabuhan Singapore).

Visi perlu diperinci dalam berbagai perspektif. Dalam perspektif finansial, misalnya, “Kami akan menyerahkan nilai superior jangka panjang secara konsisten kepada pemegang saham”. Dalam perspektif pelanggan, “Kami akan memberikan nilai terbaik pada setiap penawaran yang memenuhi kebutuhan pelanggan dalam pasar yang dipilih untuk dilayani.” Dalam perspektif proses internal, “Kami akan meningkatkan nilai pelanggan melalui berpikir kembali, meningkatkan, dan memperlancar (mengefisienkan) proses bisnis kami.” Dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, “Kami akan selalu berpikir tentang pelanggan dan bangga sebagai orang yang bertanggung jawab terhadap pelanggan”.

Keyakinan dasar adalah pernyataan yang perlu dipegang direksi dan karyawan dalam menghadapi hambatan dan ketidakpastian. Pernyataan ini untuk mendorong semangat manajemen dan karyawan dalam menghadapi hambatan dan ketidakpastian. Contoh, *“We believe that pelanggan service and satisfaction are fundamental to any succesful long-term partnership. We shall provide our pelanggans with service of high quality and at the right price”* (PSA Co.).

Nilai dasar berguna untuk membimbing manajemen dan karyawan dalam memutuskan pilihan yang dapat muncul setiap saat. Sebagai contoh, nilai dasar Pepsi Co. adalah *Diversity, Integrity, Honesty, Teamwork*. *Diversity* yaitu menghargai perbedaan setiap orang. *Integrity* adalah melakukan apa yang dikatakan, dan *Honesty* yaitu berbicara terbuka dan bekerja keras memahami dan menyelesaikan masalah, *Teamwork*—bekerja untuk memenuhi kebutuhan pelanggan, *Accountability*—kesungguhan memenuhi harapan, *Balance*—

menghargai keputusan seseorang untuk mencapai keseimbangan dalam hidup.

Tujuan adalah pernyataan tentang apa yang akan diwujudkan sebagai penjabaran visi organisasi. Tujuan dijabarkan dalam empat perspektif pula, yaitu apa tujuan yang berkaitan dengan perspektif pelanggan? Apa tujuan yang berkaitan dengan perspektif finansial? Apa proses bisnis internal yang akan mendukung pencapaian tujuan pelanggan dan finansial? Apa tujuan yang berkaitan dengan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan?

2. Perumusan strategi

Strategi dibuat dalam beberapa tingkatan, yaitu tingkat organisasi, tingkat unit bisnis, dan tingkat fungsional. Dalam menentukan strategi perlu dikenali penghalang internal yang dihadapi, antara lain penghalang manajemen, penghalang visi, penghalang operasional, dan penghalang orang. Penghalang manajemen yaitu sistem manajemen didesain secara tradisional untuk pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan dan yang terkait dengan anggaran, bukan strategi. Penghalang visi yaitu keadaan strategi sering kali tidak dimengerti oleh mereka yang harus menerapkannya. Penghalang operasional yaitu suatu keadaan proses-proses penting tidak dibuat untuk menggerakkan strategi. Penghalang orang adalah tujuan orang per orang, serta peningkatan kemampuan dan pengetahuan karyawan tidak terkait dengan implementasi strategi organisasi.

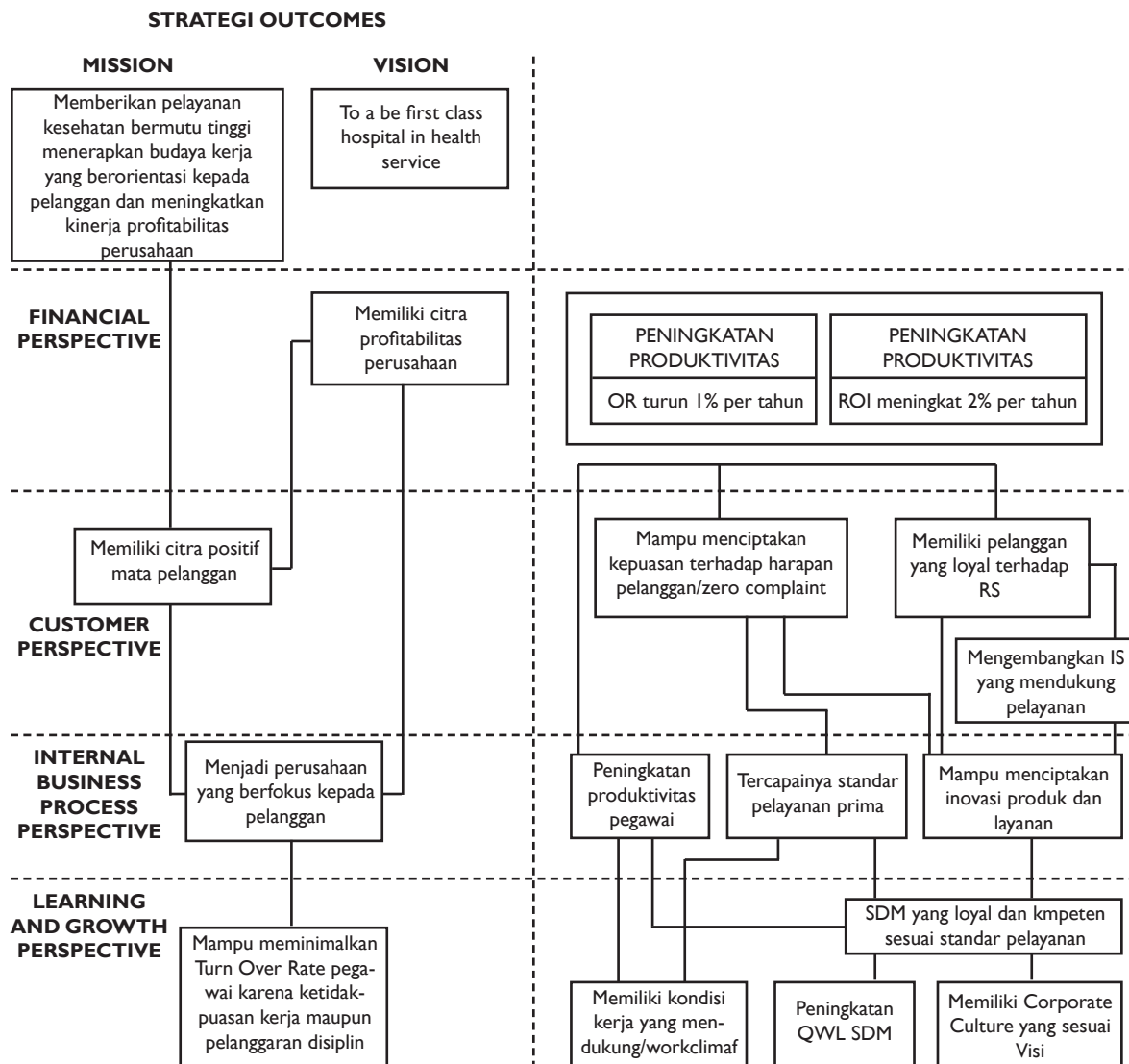
Strategi yang baik umumnya mengikuti kriteria, yaitu konsisten secara internal, realistis, berfokus pada pencarian peluang dan penyelesaian akar masalah, meningkatkan nilai pelanggan, menonjolkan keunggulan kompetitif, fleksibel, mudah dilaksanakan dalam perusahaan, serta tanggap terhadap lingkungan eksternal.

3. Perencanaan strategi

Perencanaan strategis meliputi proses penentuan sasaran, tolok ukur, target, dan inisiatif. Sasaran adalah kondisi masa depan yang dituju. Sasaran bersifat komprehensif yakni sesuai dengan tujuan dan strategi, merumuskan sasaran secara koheren, seimbang, dan saling mendukung. Beberapa pedoman dalam menentukan sasaran, yaitu sasaran harus menentukan hasil tunggal terukur yang harus dicapai; sasaran harus menentukan target tunggal atau rentang waktu untuk penyelesaian; sasaran harus menentukan faktor-faktor biaya maksimum; sasaran harus sedapat mungkin spesifik dan kuantitatif (sehingga, bisa diukur dan dapat diuji); sasaran harus menentukan hanya apa dan kapan; harus menghindari spekulasi kata mengapa dan bagaimana; sasaran harus dalam arah mendukung atau sesuai dengan rencana strategis organisasi dan rencana tingkat tinggi lainnya; dan sasaran harus realistis atau dapat dicapai, tetapi tetap menggambarkan tantangan yang berat. Alur logika antara visi, tujuan, dan sasaran harus saling terkait dan jelas.

Sasaran juga harus dijabarkan dalam berbagai perspektif. Contoh, perspektif

STRATEGI MAP RS



Figur 12.2 Peta Strategi Rumah Sakit

finansial, “Kami akan mencapai suatu hasil total yang secara konsisten akan menempatkan perusahaan kami di antara 125 organisasi puncak yang terdaftar pada the S dan P 500”; perspektif pelanggan, “Kami akan secara terus-menerus meningkatkan persepsi pelanggan tentang nilai-nilai yang ditawarkan perusahaan kami sehingga jumlah pelanggan yang tidak memberikan nilai ‘sangat baik’ akan menurun sebanyak 40% ketika melakukan survei pelanggan pada tahun 1998”; perspektif proses internal, “Pada tahun 1998, rasio biaya total operasional kami akan turun sepertiga (33,33%)”; perspektif pertumbuhan dan pembelajaran,

“Sasaran kami adalah peningkatan tahunan pada skor yang ditetapkan oleh survei *benchmark*. Selain itu, kami akan memantau kemajuan kami melalui pengumpulan opini karyawan, baik secara formal maupun informal, secara periodik”.

Tolok ukur adalah alat untuk mengukur kemajuan sasaran. Tolok ukur terdiri atas dua jenis, yaitu tolok ukur hasil (*lag indicator*) dan tolok ukur pemacu kinerja (*lead indicator*). Keduanya merupakan indikator kinerja kunci. Indikator kinerja kunci harus merupakan faktor-faktor yang bisa diukur, masuk secara logis dalam area hasil kunci tertentu yang sasarannya jelas, mengidentifikasi apa yang akan diukur, bukan berapa banyak atau ke arah mana, serta merupakan faktor-faktor yang dapat ditelusuri asalnya (*tracked*) secara terus-menerus sampai tingkat yang memungkinkan.

Jika indikator keluaran berfokus pada hasil-hasil kinerja pada akhir periode waktu atau aktivitas dan merefleksikan keberhasilan masa lalu atau aktivitas-aktivitas dan keputusan-keputusan yang telah dilaksanakan, maka indikator keluaran mengukur proses-proses dan aktivitas-aktivitas antara dan hipotesis dari strategi hubungan sebab-akibat. Contoh ukuran hasil dalam konteks peningkatan profit adalah pertumbuhan pendapatan, sedang ukuran pemacunya adalah *revenue mix*. Dalam konteks kepercayaan pelanggan, ukuran hasil adalah persentase pendapatan dari pelanggan baru, sedang ukuran pemacunya adalah pertumbuhan pelanggan baru.

Target berfungsi memberikan usaha tambahan tetapi tidak bersifat melemahkan semangat, berjangka waktu dua sampai lima tahun agar memberikan banyak waktu untuk melakukan terobosan, membatasi banyak target, berfokus pada terobosan dalam satu atau dua area kunci, bergantung pada nilai (*value*), kesenjangan (*gap*), ketepatan waktu (*timeliness*), hasrat/keinginan (*appetite*), dan keterampilan (*skill*). Target dapat ditentukan dengan menggunakan hasil *benchmarking*. *Benchmarking* adalah untuk mendapat informasi praktik terbaik untuk membangun suatu kasus yang jelas guna mengomunikasikan betapa pentingnya mencapai target-target itu.

Inisiatif adalah langkah-langkah jangka panjang untuk mencapai tujuan. Inisiatif tidak harus spesifik pada satu bagian, tetapi dapat bersifat lintas fungsi/bagian, mengidentifikasi hal-hal penting yang harus dilakukan oleh organisasi agar mencapai tujuan, harus jelas agar manajer dan karyawan dapat menentukan rencana yang diperlukan, dan memperkirakan sumber daya yang diperlukan untuk mendukung pencapaian strategi secara keseluruhan.

4. Penyusunan program

Proses penyusunan program adalah menjabarkan inisiatif menjadi beberapa program yang akan dilaksanakan beberapa tahun yang akan datang, memperkirakan investasi yang diperlukan untuk setiap program, menghitung perkiraan penerimaan yang dapat diperoleh, dan menghitung perkiraan laba/hasil yang akan diperoleh.

5. Penyusunan anggaran

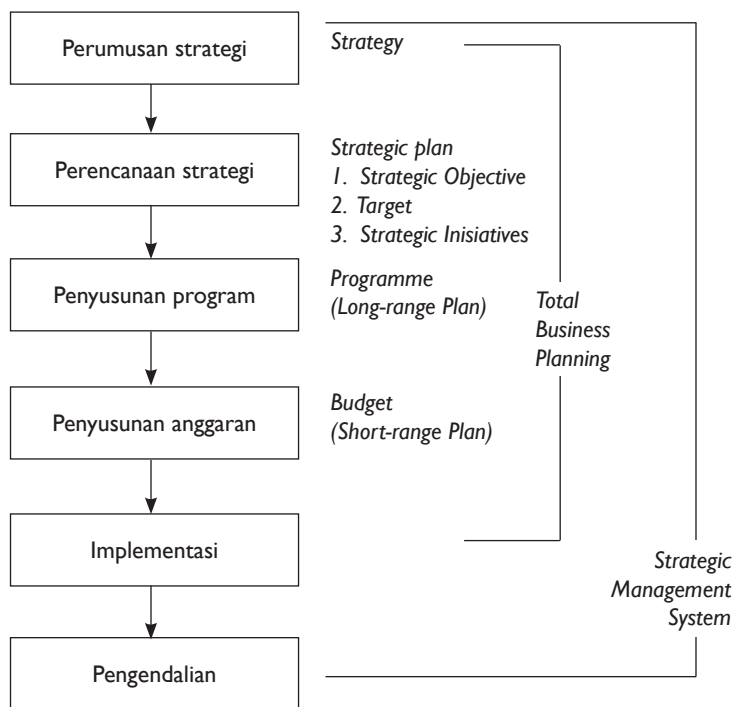
Penyusunan anggaran bertujuan untuk menentukan kegiatan tahun berikutnya dan sumber daya yang diperlukan. Anggaran disusun berdasarkan inisiatif yang telah dirumuskan. Anggaran yang baik berupa rencana tindakan terperinci, rencana satu sampai dua tahunan, menguraikan biaya yang diperlukan, mengidentifikasi pencapaian terpenting kegiatan tersebut, menyebutkan siapa yang akan bertanggung jawab, dapat digunakan sebagai referensi menyusun rencana kinerja individual, ditulis secara singkat namun lengkap, alat untuk memantau kinerja, dan diperbarui apabila terjadi perubahan-perubahan. Dengan demikian, *balanced scorecard* mendukung suatu sistem manajemen yang lengkap dengan mengaitkan strategi jangka panjang ke penganggaran tahunan.

6. Implementasi

Tahap ini melaksanakan kegiatan sesuai rencana.

7. Pemantauan dan pengendalian

Tahap ini membandingkan kinerja dengan target. Berbagai kemungkinan hasil adalah berhasil, gagal, dan variasi di antara keduanya. Prinsip umum dalam pemantauan adalah mengukur kinerja, membandingkan kinerja, melakukan



Figur 12.3 Strategi Manajemen Sistem dengan Pendekatan Balanced Scorecard (Muljadi, 1998)

tinjauan ulang, memberi penghargaan dan mengidentifikasi hasil yang dicapai, mempelajari pengalaman, menyesuaikan dan menyegarkan strategi, serta melakukan perbaikan. Pemantauan harus diikuti dengan pengendalian. Jenis-jenis pengendalian antara lain pengendalian premis/asumsi dasar, pengendalian implementasi, pengawasan strategis, dan pengendalian berdasarkan sinyal-sinyal khusus. Pengendalian dapat lebih mudah dilakukan dengan menggunakan *balanced scorecard* karena tolok ukurnya sudah diperjelas.

Dalam sistem manajemen strategi, pada saat proses pembuatan perencanaan strategi seluruh visi, misi, tujuan, hasil evaluasi kinerja, ide, dan gagasan yang telah dituangkan dalam perumusan strategi dijabarkan dalam penyusunan program serta penyusunan anggaran, dilengkapi dengan bagaimana mengimplementasikan dan melakukan pengendalian (Suhendro, 2004). Agar seluruh rumusan strategi dalam perencanaan strategi dapat terlaksana dengan baik, maka pada setiap program dan/atau aktivitas dibuat kartu kendali yang memuat *objectives*, *measures*, *targets*, dan *initiatives*.

Aplikasi BSC pada Pelayanan Keperawatan

Dalam memberikan layanan keperawatan, perawat dan organisasi bertanggung jawab terhadap nilai dari layanan yang diberikan. Untuk memenuhi tanggung jawab tersebut, mereka harus mengukur dan melaporkan kualitas serta keluaran finansial (*outcome financial*). Administrator serta perawat harus mengatur pasien dan lingkungan keperawatan sehingga memenuhi tujuan yang diharapkan. Metode BSC memerlukan pilihan yang realistis dan hati-hati dari empat indikator di tiap domain. Ketika BSC dibuat, hubungan dalam kartu skor dapat menunjukkan pengkajian serta prediksi dari kinerja organisasi. Setiap tingkat di atas harus berhubungan dengan tingkat bawah karena strategi objektif dari kompetensi dengan keberlangsungan finansial adalah jelas dan secara logis dikembangkan tingkat demi tingkat (Darsono, 2006).

1. Pengukuran pembelajaran dan pertumbuhan meliputi kompetensi profesional, kemampuan, keterampilan, dan ketersediaan. Hal ini dapat dicermati dari kecanggihan dan aksesibilitas dari sistem informasi dan menilai inisiatif inovasi.
2. Pengukuran proses internal berfokus pada fungsi *intermediate*, klinis, dan keluaran finansial seperti lama rawat (*length of stay*), morbiditas, komplikasi, efek samping, penggunaan *restrains*, waktu respons, dan biaya tiap unit pelayanan.
3. Contoh dari *outcome* klinis dan finansial meliputi pengukuran penyembuhan, mortalitas, dan harga tiap unit pelayanan.
4. Pengukuran pelanggan meliputi mereka yang berhubungan langsung dengan pasien, keluarga, pihak asuransi dan pekerja. Misalnya, kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup, tingkatan fungsional, kemampuan

melakukan ADL, kepuasan, loyalitas-akuisisi, dan penetrasi pasar.

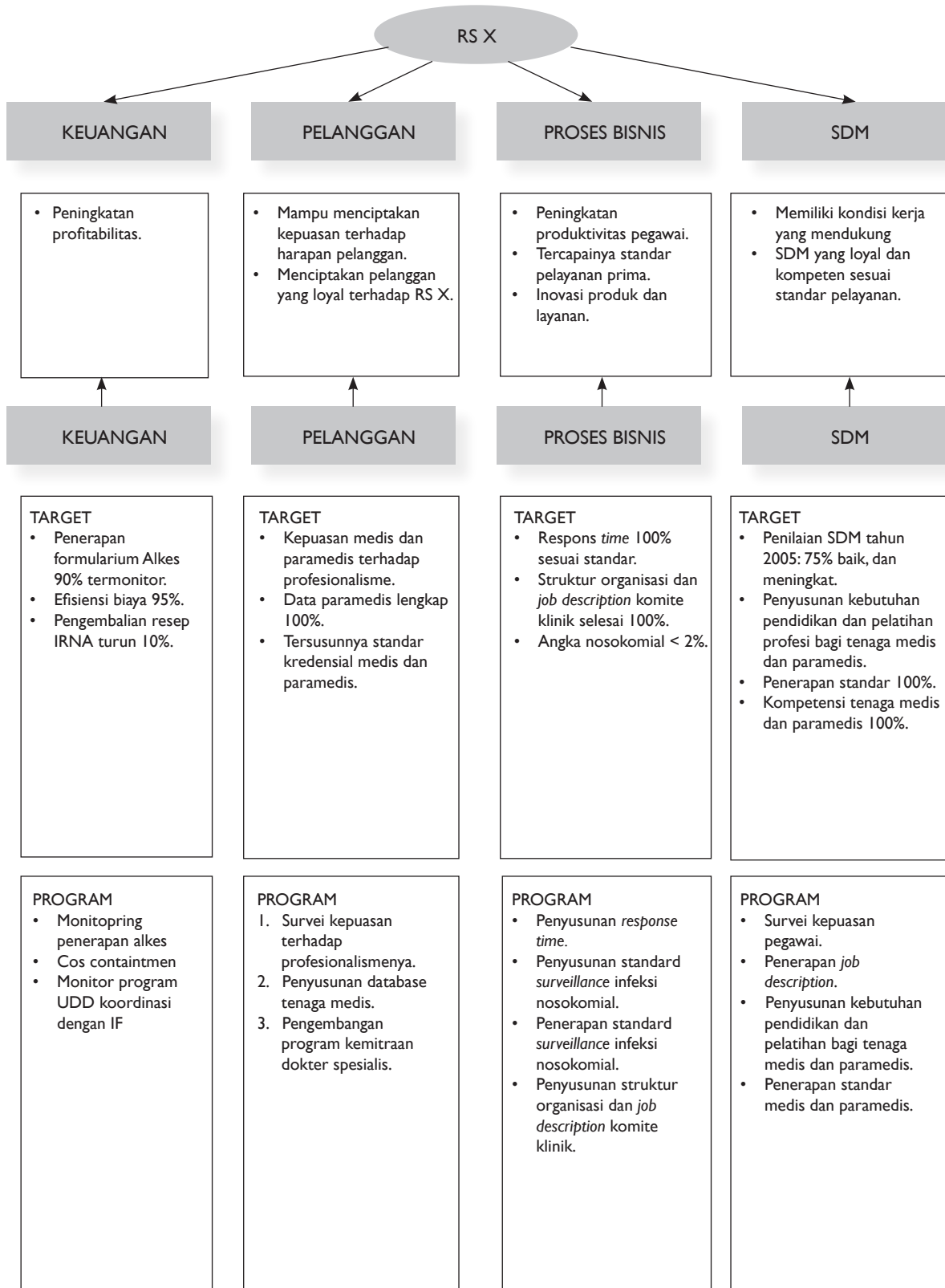
5. Pengukuran finansial meliputi pengembalian investasi dan nilai tambah ekonomis (*economic value added*).

Kesimpulan

Balanced scorecard adalah sebuah cara pandang baru tentang bagaimana suatu organisasi akan dapat dikelola lebih baik. *Balanced scorecard* merupakan bagian dari sistem manajemen strategis yang perlu dirumuskan oleh setiap organisasi agar dapat mencapai visi dan misinya secara efektif. *Balanced scorecard* memberikan prosedur bagaimana tujuan organisasi dirinci ke dalam sasaran-sasaran dalam berbagai perspektif secara lengkap dengan ukuran-ukuran yang jelas. *Balanced scorecard* merupakan mekanisme untuk membuat organisasi, termasuk organisasi pemerintah, yang berfokus pada strategi. Penerapan *balanced scorecard* memungkinkan semua unit dalam organisasi memberikan kontribusi secara terukur pada pelaksanaan strategi organisasi. Perumusan *balanced scorecard* bukan suatu pekerjaan yang sekali jadi, melainkan melalui yang terus-menerus dengan adanya proses penyempurnaan setiap saat. Hal yang terpenting adalah ia dimanfaatkan untuk mencapai visi dan misi organisasi.

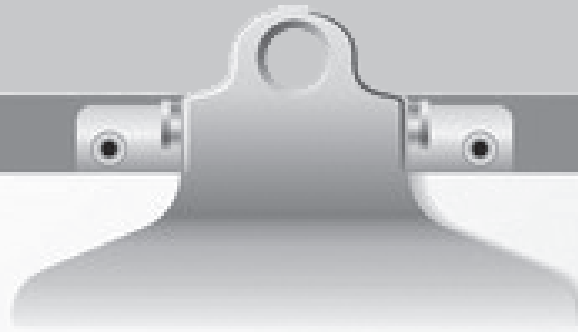
Penerapan BSC sebagai pemantauan jaminan kualitas pelayanan keperawatan sangat bermanfaat berdasarkan tiga pertimbangan. Pertama, penggunaan BSC memungkinkan pasien, pekerja, unit pemerintah, dan pihak asuransi untuk membuat keputusan mengenai kualitas layanan yang diberikan serta ketersediaan pilihan untuk membeli nilai (nilai merupakan kualitas dibagi dengan biaya). Mereka dapat meminta informasi spesifik mengenai *outcome* klinis, harga, dan kepuasan. Kedua, BSC memungkinkan organisasi dan praktisi untuk memasarkan pelayanannya dengan mempublikasi hasilnya. Publikasi tersebut memberikan informasi pada pasien, pekerja, dan pihak asuransi untuk membuat pilihan-pilihan berdasarkan kemampuan dan kompetensi penyedia pelayanan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan. Ketiga, BSC merupakan strategi perencanaan implementasi yang mengombinasikan dan menghubungkan sekumpulan indikator dalam rantai kejadian dan mengarahkan organisasi pada arah yang diinginkan. BSC juga memberikan alat yang efektif kepada praktisi klinis dan administrator untuk memonitor kinerja pada area-area yang penting.

CONTOH APLIKASI PERENCANAAN KEPERAWATAN BERDASAR METODE BSC LEVEL SBU – KEPERAWATAN KLINIK DI RS X



DAFTAR PUSTAKA

- Darsono. 2006. "Penerapan BSC". *Skripsi tidak dipublikasikan*. FKp. Unair.
- Kaplan, R. S., dan D.P. Norton. 1992. "The Balanced scorecard—Measures That Drive Performance." *Harvard Business Review* (Januari–Februari 1992).
- Kaplan, R. S., dan D.P. Norton. 1996. *The Balanced Scorecard*. Boston: Harvard Business School Press.
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Suhendra, M. 2004. "Evaluasi Atas Penerapan Balanced Scorecard sebagai Sistem Pengukuran Kinerja Perusahaan. *Studi Kasus PT X. Kajian Ekonomi dan Keuangan* Vol. 8 No. 2, 82–115.



Lampiran

**Program Pendidikan
Profesi Ners (P3N)
Praktik Profesi
Manajemen Keperawatan**

**CONTOH:
LAMPIRAN FORMAT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN
KEPERAWATAN KLINIK**

KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)

Kejadian Dekubitus

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah kejadian dekubitus}}{\text{Jumlah pasien berisiko terjadi dekubitus}} \times 100 \%$
---------	--

1-30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																														Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	Jumlah kejadian dekubitus.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jumlah pasien berisiko terjadi dekubitus.	0	1	2	1	1	0	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	17

Kejadian Flebitis

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah kejadian flebitis}}{\text{Jumlah pasien berisiko terjadi flebitis}} \times 100 \%$
---------	--

1–30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																													Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30
1	Jumlah kejadian Flebitis. a. <i>Mechanical</i> b. <i>Bacterial</i> c. <i>Chemical</i>			0		0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
2	Jumlah pasien berisiko terjadi Flebitis.	7	5	8	7	6	5	8	11	11	8	10	7	11	10	7	9	8	7	5	4	3	2	0	1	0	1	0	0	0	161	

$$\text{Angka kejadian flebitis} = \frac{6}{161} \times 100\% = 3,72\%$$

Kejadian Pasien Jatuh

FORMULA	Jumlah pasien jatuh x 100% Jumlah pasien yang berisiko jatuh
---------	--

1–30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
1	Jumlah pasien jatuh.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jumlah pasien berisiko jatuh.	3	4	4	2	3	2	3	2	3	1	3	2	2	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	46

$$\text{Angka kejadian jatuh} = \frac{0}{46} \times 100\% = 0\%$$

Medication Error

Formula

Angka KTD/Sentinel dalam pemberian obat:

$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena kejadian tidak diharapkan dalam pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}} \times 100\%$

Angka KNC dalam pemberian obat:

$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena kejadian nyaris cedera dalam pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}} \times 100\%$

KTD 1–30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																														Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	Jumlah pasien yang terkena kejadian tidak diharapkan dalam pemberian obat. a. Tidak tepat pasien. b. Tidak tepat obat. c. Tidak tepat waktu pemberian. d. Tidak tepat dosis obat. e. Tidak tepat cara pemberian. f. Tidak tepat dokumentasi.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jumlah pasien pada hari tersebut.	7	5	8	7	6	5	8	11	11	8	10	7	11	10	7	9	8	7	5	10	9	11	10	11	10	12	9	7	8	228	

Angka kejadian KTD = 0

KNC 1–30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																														Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	Jumlah pasien yang terkena kejadian tidak diharapkan dalam pemberian obat. a. Tidak tepat pasien. b. Tidak tepat obat c. Tidak tepat waktu pemberian. d. Tidak tepat dosis obat. e. Tidak tepat cara pemberian. f. Tidak tepat dokumentasi.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jumlah pasien pada hari tersebut.	7	5	8	7	6	5	8	11	8	10	7	11	10	7	9	7	8	7	5	10	9	11	10	11	10	12	9	7	8	228	

Angka kejadian KNC = 0

KEPUASAN PASIEN

FORMULA

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan keperawatan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan survei pada periode tertentu}} \times 100 \%$$

Sebelum dikelola–setelah dilakukan kelolaan

No	Elemen Indikator	Waktu	
		Pre	Post
1	Kelengkapan dan ketepatan informasi.	2	2
2	Penurunan kecemasan.	2	0
3	Perawat terampil profesional.	0	1
4	Pasien merasa nyaman.	0	3
5	Terhindar dari bahaya.	0	0
6	Perawat ramah dan empati.	0	2
	Total	4	8
	Jumlah pasien	9	9

Angka Kepuasan

$$\text{Pre} = \frac{5}{9} \times 100\% = 44.4\%$$

$$\text{Post} = \frac{8}{9} \times 100\% = 95\%$$

KENYAMANAN

Angka Tatalaksana Pasien Nyeri

FORMULA

$$\text{Persentase pasien dengan nyeri yang terdokumentasi dalam askep} = \frac{\text{Jumlah total pasien nyeri yang terdokumentasi}}{\text{Jumlah total pasien per periode waktu tertentu}} \times 100 \%$$

$$\text{Persentase tatalaksana pasien nyeri} = \frac{\text{Jumlah total tindakan perawat sebagai respons nyeri}}{\text{Jumlah total pasien terdokumentasi nyeri skala} \geq 4 \text{ periode waktu tertentu}} \times 100 \%$$

1–30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																														Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	Jumlah pasien nyeri yang terdokumentasi	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	5	5	5	166
2	Total pasien	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	270	

$$\text{Persentase pasien dengan nyeri yang terdokumentasi} = \frac{166}{270} \times 100\% = 61,5\%$$

1–30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																														Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1.	Jumlah tindakan perawat sebagai respons nyeri	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	5	5	5	166
2.	Total pasien nyeri skala ≥ 4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	5	5	5	166

$$\text{Persentase tatalaksana pasien nyeri} = \frac{166}{166} \times 100\% = 100\%$$

Angka Kenyamanan Pasien

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol}}{\text{Jumlah pasien yang terdokumentasi nyeri per periode waktu tertentu}} \times 100\%$
---------	---

1–30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																														Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1.	Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol	4	4	4	4	4	4	5	5	6	4	4	3	5	5	4	6	6	6	3	4	6	5	4	4	6	5	4	4	5	136	
2.	Total pasien yang nyeri	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	5	5	5	166

$$\text{Presentase pasien dengan nyeri terkontrol} = \frac{136}{166} \times 100\% = 81,9\%$$

KECEMASAN: IDENTIFIKASI KECEMASAN PASIEN

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien cemas}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}} \times 100 \%$
---------	--

1-30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal	
		Pre	Post
1	Jumlah pasien Cemas ringan Cemas sedang.	3 2	2
2	Jumlah pasien yang dirawat	9	9

Angka Kecemasan:

$$\text{Pre} : \frac{5}{9} \times 100\% = 55,5\%$$

$$\text{Post} : \frac{2}{9} \times 100\% = 22,2\%$$

PENGETAHUAN

Pengetahuan tentang Perawatan Penyakitnya

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien yang kurang pengetahuan}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}} \times 100 \%$
---------	--

Sebelum dikelola–setelah dikelola

No	Variabel	Tanggal	
		Pre	Post
1	Jumlah pasien yang kurang pengetahuan	6	1
2	Total pasien.	9	9

Angka Pengetahuan

$$\text{Pre} : \frac{4}{9} \times 100\% = 44,4\%$$

$$\text{Post} : \frac{1}{9} \times 100\% = 11,1\%$$

ANGKA KEMATIAN KASAR

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}} \times 100\%$
---------	---

1–30 Juni 2012

No	Variabel	Tanggal																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total
1.	Jumlah pasien yang meninggal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
2.	Total pasien yang nyeri	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	

$$\text{Presentase angka kematian kasar} = \frac{1}{9} \times 100\% = 0,37\%$$



Lampiran 1

**Metode Asuhan
Keperawatan Profesional
(MAKP)–Primary
Nursing di Ruang Bedah
X R S Y**

PENDAHULUAN

Manajemen merupakan pendekatan yang dinamis dan proaktif dalam menjalankan suatu kegiatan di organisasi. Dalam manajemen tersebut mencakup kegiatan koordinasi dan supervisi terhadap staf, sarana, dan prasarana dalam mencapai tujuan. Manajemen keperawatan sebagai proses bekerja melalui anggota staf untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Proses manajemen keperawatan sejalan dengan keperawatan sebagai salah satu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara profesional, sehingga diharapkan keduanya saling menopang.

Adanya tuntutan pengembangan pelayanan kesehatan oleh masyarakat umum, termasuk di dalamnya keperawatan, merupakan salah satu faktor yang harus dicermati dan diperhatikan oleh tenaga perawat, sehingga perawat mampu berkiprah secara nyata dan diterima dalam memberikan sumbangsih bagi kemanusiaan sesuai dengan ilmu dan kiat serta kewenangan yang dimiliki. Salah satu strategi untuk mengoptimalkan peran dan fungsi perawat dalam pelayanan keperawatan adalah membenahan dalam manajemen keperawatan dengan harapan adanya faktor kelola yang optimal sehingga mampu menjadi wahana peningkatan keefektifan pembagian pelayanan keperawatan sekaligus lebih menjamin kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Ruangan atau bangsal sebagai salah satu unit terkecil pelayanan kesehatan merupakan tempat yang memungkinkan bagi perawat untuk menerapkan ilmu dan kiatnya secara optimal. Namun perlu disadari bahwa tanpa adanya tata kelola yang memadai, kemauan, dan kemampuan yang kuat, serta peran aktif dari seluruh pihak, maka pelayanan keperawatan profesional hanyalah akan menjadi teori semata. Untuk itu, maka perlunya perawat mengupayakan kegiatan penyelenggaraan Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) khususnya di Ruang Bedah X di RS Y.

Dasar pertimbangan penerapan model sistem pemberian asuhan keperawatan adalah sebagai berikut.

1. Sesuai visi dan misi rumah sakit.
2. Ekonomis.
3. Menambah kepuasan pasien, keluarga, dan masyarakat.
4. Menambah kepuasan kerja perawat karena dapat melaksanakan perannya dengan baik.
5. Dapat diterapkannya proses keperawatan.
6. Terlaksananya komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lainnya.

Pada penerapan MAKP harus mampu memberikan asuhan keperawatan profesional, untuk itu diperlukan penataan tiga komponen utama yaitu sebagai berikut.

1. Ketenagaan keperawatan.
2. Metode pemberian asuhan keperawatan.
3. Dokumentasi keperawatan.

TUJUAN

Tujuan umum:

Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) dengan model keperawatan primer dapat diterapkan di ruang perawatan Bedah X RS Y.

Tujuan Khusus

Mengatur kebutuhan tenaga perawat.

1. Mengatur tugas dan kewenangan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan.
2. Melakukan sistem pendokumentasian.
3. Meningkatkan integritas perawat menuju profesionalisme.
4. Meningkatkan komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lain.

PELAKSANAAN

Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) dilaksanakan sesuai jadwal dinas dari minggu ke-1 (hari ke-4) sampai dengan minggu ke-5 praktik klinik manajemen keperawatan.

VISI DAN MISI RS Y

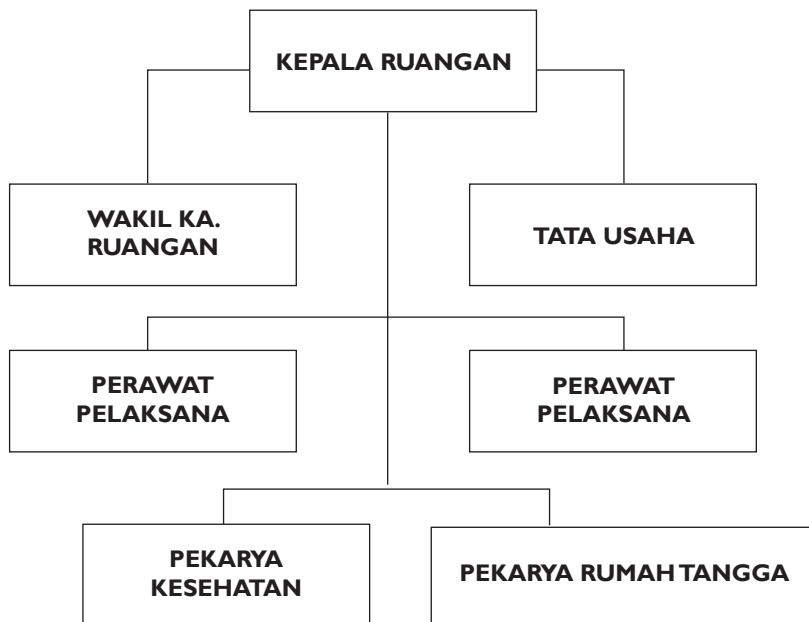
VISI

RS Y pemuka dalam pelayanan, pendidikan, penelitian menuju Indonesia sehat, serta pelaksana manajemen keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional menuju kemandirian pasien dan keluarga secara optimal.

MISI

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang aman, informatif, efektif, efisien, bermutu, manusiawi, dan memuaskan.

1. Menyelenggarakan pelayanan rujukan tertinggi.
2. Mendorong terwujudnya sumber daya manusia yang profesional, akuntabel, dan berorientasi pelanggan.
3. Melaksanakan pendidikan dan penelitian yang menunjang pelayanan kesehatan prima, baik dalam skala nasional maupun internasional.
4. Memberikan pelayanan dengan tahap memperhatikan aspek sosial ekonomi.

**STRUKTUR ORGANISASI KEPERAWATAN
RUANG IRNA BEDAH RS X SURABAYA****CONTOH****URAIAN TUGAS POKOK DAN FUNGSI
KELOMPOK PRAKTIK MANAJEMEN KEPERAWATAN****KETUA**

1. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan dan keberhasilan praktik klinik manajemen keperawatan.
2. Mengoordinasikan pelaksanaan program dalam manajemen keperawatan.
3. Mengembangkan hubungan antara organisasi ruangan dan pendidikan.
4. Menentukan berbagai kebijakan strategis dalam organisasi.
5. Memutuskan masalah yang berkaitan dengan organisasi.
6. Memimpin rapat organisasi.
7. Menandatangani surat keluar.
8. Mengupayakan penggalan dana.
9. Memeriksa dan menandatangani buku kas umum.
10. Menyetujui pengeluaran kas organisasi.
11. Bertanggung jawab penuh terhadap laporan pelaksanaan kegiatan.

WAKIL KETUA

1. Mengoordinasikan pelaksanaan program yang telah ditentukan.
2. Bertanggung jawab terhadap kesuksesan terhadap pelaksanaan program.
3. Memimpin rapat organisasi.
4. Memantau keadaan keuangan dan memeriksa buku bantu keuangan.
5. Memantau jalannya pelaksanaan kegiatan.

SEKRETARIS

1. Bertanggung jawab terhadap semua kegiatan administrasi organisasi (surat menyurat, dokumentasi kegiatan organisasi, dan lain-lain).
2. Merencanakan dan menyiapkan acara rapat pengurus.
3. Bertanggung jawab semua bentuk pelaporan.
4. Membuat surat untuk kepentingan keluar.
5. Membuka rapat, mendokumentasikan hasil rapat, dan menutup rapat.
6. Membuat laporan kegiatan organisasi.
7. Memantau keadaan keuangan dan memeriksa buku bantu keuangan.

BENDAHARA

1. Membukukan dan menyimpan uang organisasi secara keseluruhan.
2. Bertanggung jawab terhadap pembukuan anggaran belanja organisasi dan dipertanggungjawabkan kepada ketua.
3. Melaporkan keadaan keuangan organisasi secara berkala.
4. Mengeluarkan keuangan yang telah mendapat persetujuan dari ketua.
5. Membuat laporan keuangan.

BIDANG HUMAS

1. Bertanggung jawab terhadap kelancaran surat menyurat.
2. Bertanggung jawab terhadap kelancaran diskusi, seminar, ataupun desiminasi.
3. Melakukan sosialisasi seluruh program yang telah ditetapkan kepada anggota.
4. Menyebarkan seluruh informasi yang berkaitan dengan kegiatan pelayanan keperawatan.
5. Membantu semua kegiatan yang berhubungan dengan orang lain.

DAFTAR URAIAN TUGAS POKOK DAN FUNGSI (TUPOKSI)

Tanggung Jawab Kepala Ruangan (POAC)

Perencanaan

1. Menunjuk perawat primer dan tugas masing-masing.
2. Mengikuti serah terima pasien di sif sebelumnya.
3. Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien dibantu perawat primer.
4. Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan tingkat ketergantungan pasien dibantu oleh perawat primer.
5. Merencanakan strategi pelaksanaan perawatan.
6. Mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologi, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan, dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien.
7. Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan.
 - a. Membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan.
 - b. Membimbing penerapan proses keperawatan.
 - c. Menilai asuhan keperawatan.
 - d. Mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah.
 - e. Memberikan informasi kepada pasien atau keluarga yang baru masuk.
8. Membantu mengembangkan niat pendidikan dan latihan diri.
9. Membantu membimbing terhadap peserta didik keperawatan.
10. Menjaga terwujudnya visi dan misi keperawatan dan rumah sakit.

Pengorganisasian

1. Merumuskan metode penugasan/MAKP yang digunakan.
2. Merumuskan tujuan metode penugasan.
3. Membuat rincian tugas perawat primer dan perawat asosiet secara jelas.
4. Membuat rencana kendali kepala ruangan membawahi dua perawat primer dan perawat primer membawahi dua perawat asosiet.
5. Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan, membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari, dan lain-lain.
6. Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan.
7. Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik.
8. Mendelegasikan tugas saat kepala ruang tidak berada di tempat kepada perawat primer.
9. Mengetahui kondisi pasien, menilai tingkat kebutuhan pasien.
10. Mengembangkan kemampuan anggota.
11. Menyelenggarakan konferensi.

Pengarahan/Pelaksanaan

1. Memberi pengarahan tentang penugasan kepada perawat primer.
2. Memberikan *reinforcement* kepada perawat yang mengerjakan tugas dengan baik.
3. Memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap.
4. Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan akseptasi pasien.
5. Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya.
6. Meningkatkan kolaborasi.

Pengawasan

1. Melalui komunikasi (lisan maupun dokumentasi).
Mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan perawat primer mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.
2. Melalui supervisi/observasi.
 - a. Pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri, atau melalui laporan langsung secara lisan dan memperbaiki/mengawasi kelemahan-kelemahan yang ada saat ini.
 - b. Pengawasan tidak langsung yaitu mengecek daftar hadir, membaca, dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan (didokumentasikan), mendengar laporan dari perawat primer.
3. Evaluasi.
 - a. Mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun bersama.
 - b. Audit keperawatan.

Tugas Perawat Primer

1. Menerima pasien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif.
2. Menyusun tujuan dan rencana keperawatan.
3. Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama praktik.
4. Mengomunikasikan dan mengoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain ataupun perawat lain.
5. Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai.
6. Menerima dan menyesuaikan rencana.
7. Melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat.
8. Membuat jadwal perjanjian klinik.
9. Mengadakan kunjungan rumah.

Perawat Pelaksana (PA)

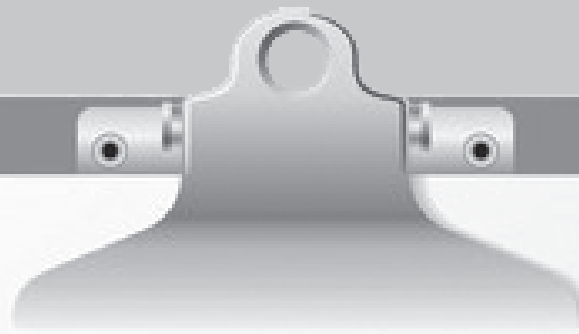
Seorang perawat yang diberi wewenang dan ditugaskan untuk memberikan pelayanan perawatan langsung kepada pasien.

Uraian tugas perawat asosiet:

1. Memberikan pelayanan keperawatan secara langsung berdasarkan proses keperawatan dengan sentuhan kasih sayang:
 - a. menyusun rencana perawatan sesuai dengan masalah pasien;
 - b. melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana;
 - c. mengevaluasi tindakan perawatan yang telah diberikan;
 - d. mencatat atau melaporkan semua tindakan perawatan dan respons pasien pada catatan perawatan.
2. Melaksanakan program medis dengan penuh tanggung jawab.
 - a. Pemberian obat.
 - b. Pemeriksaan laboratorium.
 - c. Persiapan pasien yang akan operasi.
3. Memperhatikan keseimbangan kebutuhan fisik, mental, sosial, dan spiritual dari pasien.
 - a. Memelihara kebersihan pasien dan lingkungan.
 - b. Mengurangi penderitaan pasien dengan memberi rasa aman, nyaman, dan ketenangan.
 - c. Pendekatan dan komunikasi terapeutik.
4. Mempersiapkan pasien secara fisik dan mental untuk menghadapi tindakan keperawatan dan pengobatan atau diagnosis.
5. Melatih pasien untuk menolong dirinya sendiri sesuai dengan kemampuannya.
6. Memberikan pertolongan segera pada pasien gawat atau sakaratul maut.
7. Membantu kepala ruangan dalam penatalaksanaan ruangan secara administratif.
 - a. Menyiapkan data pasien baru, pulang, atau meninggal.
 - b. Sensus harian atau formulir.
 - c. Rujukan harian atau formulir.
8. Mengatur dan menyiapkan alat-alat yang ada di ruangan menurut fungsinya supaya siap pakai.
9. Menciptakan dan memelihara kebersihan, keamanan, kenyamanan, dan keindahan ruangan.
10. Melaksanakan tugas dinas pagi, sore, malam, atau hari libur secara bergantian sesuai jadwal tugas.
11. Memberi penyuluhan kesehatan sehubungan dengan penyakitnya (PKMRS).
12. Melaporkan segala sesuatu mengenai keadaan pasien baik secara lisan maupun tulisan.
13. Membuat laporan harian pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2007. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.



Lampiran 2
Timbang Terima
(Shift/Hand Over)

LATAR BELAKANG

Profesionalisme dalam pelayanan keperawatan dapat dicapai dengan mengoptimalkan peran dan fungsi perawat, terutama peran dan fungsi mandiri perawat. Hal ini dapat diwujudkan dengan baik melalui komunikasi yang efektif antarperawat, maupun dengan tim kesehatan yang lain. Salah satu bentuk komunikasi yang harus ditingkatkan keefektifitasannya adalah saat pergantian sif (timbang terima pasien).

Timbang terima pasien (operan) merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima pasien harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas, dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan/belum, dan perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Timbang terima dilakukan oleh perawat primer keperawatan kepada perawat primer (penanggung jawab) dinas sore atau dinas malam secara tertulis dan lisan.

TUJUAN

Tujuan Umum

Mengomunikasikan keadaan pasien dan menyampaikan informasi yang penting.

Tujuan Khusus

1. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien (data fokus).
2. Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien.
3. Menyampaikan hal yang penting yang harus ditindaklanjuti oleh perawat dinas berikutnya.
4. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.

MANFAAT

Bagi Perawat

1. Meningkatkan kemampuan komunikasi antarperawat.
2. Menjalinkan hubungan kerjasama dan bertanggung jawab antarperawat.
3. Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan.
4. Perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna.

Bagi Pasien

Pasien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap.

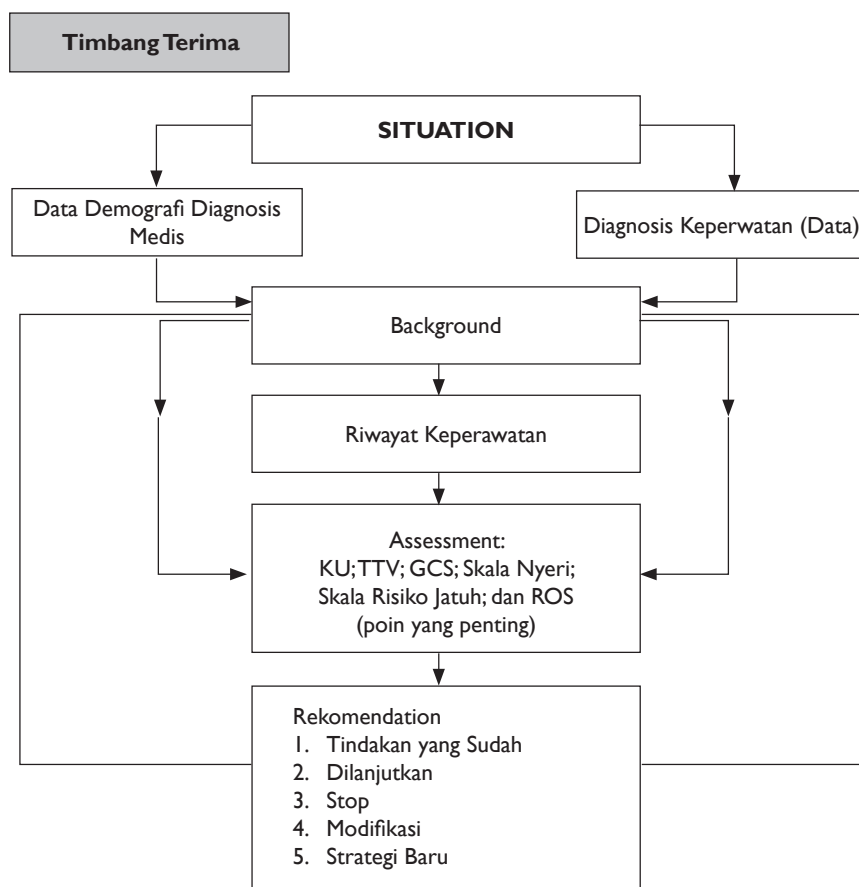
PROSEDUR TIMBANG TERIMA

TAHAP	KEGIATAN	WAKTU	TEMPAT	PELAKSANA
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> a. aspek umum yang meliputi: M1 s/d M5; 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). 	... MENIT	NURSE STATION	PP, PA
Pelaksanaan	<p><i>Nurse Station</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p><i>Di Bed Pasien</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kepala ruang menyampaikan salam dan PP menanyakan kebutuhan dasar pasien. 7. Perawat jaga selanjutnya mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan, dan tindakan yang telah/belum dilaksanakan, serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan. 8. Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya. 	...MENIT	NURSE STATION	KARU, PP, PA
Post-timbang terima	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	.. MENIT	NURSE STATION	KARU, PP, PA

HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Dilaksanakan tepat pada waktu pergantian sif.
2. Dipimpin oleh kepala ruang atau penanggung jawab pasien (PP).
3. Diikuti oleh semua perawat yang telah dan yang akan dinas.
4. Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat, sistematis, dan menggambarkan kondisi pasien saat ini serta menjaga kerahasiaan pasien.
5. Timbang terima harus berorientasi pada permasalahan pasien.
6. Pada saat timbang terima di kamar pasien, menggunakan volume suara yang cukup sehingga pasien di sebelahnya tidak mendengar sesuatu yang rahasia bagi pasien. Sesuatu yang dianggap rahasia sebaiknya tidak dibicarakan secara langsung di dekat pasien.
7. Sesuatu yang mungkin membuat pasien terkejut dan *shock* sebaiknya dibicarakan di *nurse station*.

ALUR TIMBANG TERIMA



RENSTRA TIMBANG TERIMA

Pelaksanaan Timbang Terima

Hari/tanggal :
Pukul :
Topik :
Tempat :

Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

Media

1. Status pasien
2. Buku timbang terima
3. Alat tulis
4. Leaflet
5. Sarana dan prasarana perawatan

Pengorganisasian

Kepala Ruang :
Perawat Primer (pagi) :
Perawat Primer (sore) :
Perawat *Associate* (pagi) :
Perawat *Associate* (sore) :
Perawat *Associate* (malam) :
Perawat *Associate* (libur) :
Pembimbing/Supervisor :

Uraian Kegiatan

1. Prolog
Pada hari jam seluruh perawat (PP dan PA) sif pagi dan sore serta kepala ruang berkumpul di *nurse station* untuk melakukan timbang terima.
2. *Session I di Nurse Station*
Kepala ruang memimpin dan membuka acara yang didahului dengan doa dan kemudian mempersilakan PP dinas pagi untuk melaporkan keadaan dan perkembangan pasien selama bertugas kepada PP yang akan berdinasi selanjutnya (sore). PP dan PA sif sore memberikan klarifikasi keluhan,

intervensi keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum), intervensi kolaboratif dan dependen, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang, dan lain-lain), serta hal yang belum jelas atas laporan yang telah disampaikan. Setelah melakukan timbang terima di *nurse station* berupa laporan tertulis dan lisan, kemudian diteruskan di ruang perawatan pasien.

3. *Session II* di ruang perawatan/*bed* pasien

Seluruh perawat dan kepala ruang bersama-sama melihat ke *bed* pasien. PP dinas selanjutnya mengklarifikasi dan memvalidasi data langsung kepada pasien atau keluarga yang mengalami masalah khusus. Untuk pasien yang tidak mengalami masalah khusus, kunjungan tetap dilaksanakan. Bila terdapat hal-hal yang bersifat rahasia bagi pasien dan keluarga perlu diklarifikasi, maka dapat dilakukan di *nurse station* setelah kunjungan ke pasien berakhir.

4. Epilog

Kembali ke *Nurse Station*. Diskusi tentang keadaan pasien yang bersifat rahasia. Setelah proses timbang terima selesai dilakukan, maka kedua PP menandatangani laporan timbang terima dengan diketahui oleh kepala ruang.

Evaluasi

1. Struktur (*Input*)

Pada timbang terima, sarana dan prasarana yang menunjang telah tersedia antara lain: catatan timbang terima, status pasien dan kelompok sif timbang terima. Kepala ruang/*Nurse in charge* (NIC) memimpin kegiatan timbang terima yang dilaksanakan pada pergantian sif yaitu malam ke pagi, pagi ke sore. Kegiatan timbang terima pada sif sore ke malam dipimpin oleh perawat primer yang bertugas saat itu.

2. Proses

Proses timbang terima dipimpin oleh kepala ruang dan dilaksanakan oleh seluruh perawat yang bertugas maupun yang akan mengganti sif. Perawat primer *mengoperkan* ke perawat primer berikutnya yang akan mengganti sif. Timbang terima pertama dilakukan di *nurse station* kemudian ke ruang perawatan pasien dan kemabali lagi ke *nurse station*. Isi timbang terima mencakup jumlah pasien, diagnosis keperawatan, intervensi yang belum/sudah dilakukan.

3. Hasil

Timbang terima dapat dilaksanakan setiap pergantian sif. Setiap perawat dapat mengetahui perkembangan pasien. Komunikasi antarperawat berjalan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2007. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran Format Timbang Terima

FORMAT TIMBANG TERIMA PENDERITA

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

Asuhan Keperawatan	Timbang Terima		
	Sif Pagi	Sif Sore	Sif Malam
Masalah Keperawatan			
Data Fokus (Subjektif dan Objektif)	S: O: A: P:	S: O: A: P:	S: O: A: P:
Intervensi yang sudah dilakukan			
Intervensi yang belum dilakukan			
Hal-hal yang perlu diperhatikan (Laboratorium, obat, advis medis)			
Tanda tangan PP	PP Pagi: PP Sore:	PP Sore: PP Malam:	PP Malam: PP Pagi:
	Karu :		Karu :

Lampiran Format Timbang Terima (Model 2)–SBAR

Sistem Pendokumentasian dengan SBAR (Nursalam, 2013)

SBAR merupakan kerangka acuan dalam pelaporan kondisi pasien yang memerlukan perhatian atau tindakan segera.

S: Situation (Kondisi Terkini yang Terjadi pada Pasien)

- Sebutkan nama pasien, umur, tanggal masuk, dan hari perawatan, serta dokter yang merawat.
- Sebutkan diagnosis medis dan masalah keperawatan yang belum atau sudah teratasi/keluhan utama.

B: Background (Info Penting yang Berhubungan dengan Kondisi Pasien Terkini)

- Jelaskan intervensi yang telah dilakukan dan respons pasien dari setiap diagnosis keperawatan.
- Sebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat invasif, dan obat-obatan termasuk cairan infus yang digunakan.
- Jelaskan pengetahuan pasien dan keluarga terhadap diagnosis medis.

A: Assessment (Hasil Pengkajian dari Kondisi Pasien Saat Ini)

- Jelaskan secara lengkap hasil pengkajian pasien terkini seperti tanda vital, skor nyeri, tingkat kesadaran, *braden score*, status *restrain*, risiko jatuh, *pivas score*, status nutrisi, kemampuan eliminasi, dan lain-lain.
- Jelaskan informasi klinik lain yang mendukung.

R: Recommendation

- Rekomendasikan intervensi keperawatan yang telah dan perlu dilanjutkan (*refer to nursing care plan*) termasuk *discharge planning* dan edukasi pasien dan keluarga.

Sebelum Serah Terima Pasien (Contoh Sesuai SBAR)

1. Dapatkan pengkajian kondisi pasien terkini.
2. Kumpulkan data-data yang diperlukan yang berhubungan dengan kondisi pasien yang akan dilaporkan.
3. Pastikan diagnosis medis pasien dan prioritas masalah keperawatan yang harus dilanjutkan.
4. Baca dan pahami catatan perkembangan terkini dan hasil pengkajian perawat sif sebelumnya.
5. Siapkan *medical record* pasien termasuk rencana perawatan hariannya.

Contoh Pengisian

Situation

1. Sebutkan nama pasien, umur, tanggal masuk dan hari perawatan serta dokter yang merawat.
2. Diagnosis medis: **GGK**
3. Masalah keperawatan:
 - a. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
 - b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan.
 - c. Gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
 - d. Risiko infeksi.
 - e. Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.

Background

Bedrest total, urine 50 cc/24 jam, *balance* cairan 1.000 cc/24 jam, mual tetap ada selama dirawat, terpasang dobel lumen di skapula kanan, pasien menjalani HD 2 x/minggu, terpasang *restrain*, tidak ada alergi, IV *stopper* terpasang di tangan kiri. Dokter sudah menjelaskan penyakitnya tentang GGK. Diet rendah protein 1 gr.

Assessment

1. Kompos mentis; TD: 150/80 mmHg; N: 100 x/menit; S: 37°C; RR: 20 x/menit; *braden score* = 23; status *restrain*; risiko jatuh; *pivas score*; status nutrisi; kemampuan eliminasi; dan lain-lain.
2. Hasil laboratorium terbaru, yaitu Hb: 8,1 mg/dL; albumin: 3,0; urea: 237 mg/dl; CK: 3,5.
3. Jelaskan informasi klinik lain yang mendukung.

Recomendation

1. Rekomendasikan intervensi keperawatan yang sudah dan perlu dilanjutkan (*refer ke nursing care plan*) termasuk *discharge planning* dan edukasi pasien dan keluarga.
2. Keseimbangan cairan ketat.
3. Bantu pasien memenuhi kebutuhan dasar pasien.
4. Jaga aseptik dan antiseptik setiap melaksanakan prosedur.

**FORMAT TIMBANG TERIMA SBAR
(SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMENDATION)**

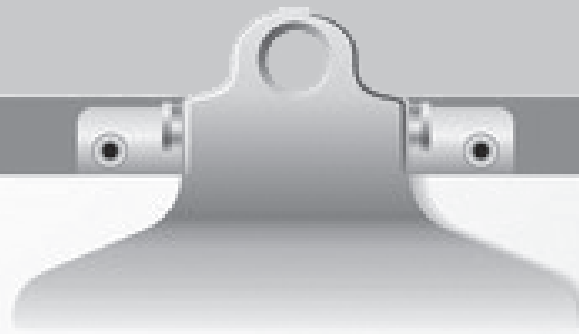
SITUATION	Nama pasien : Umur : No RM : Diagnosis Medis : Diagnosis Keperawatan : Lama hari rawat : Klasifikasi Pasien : <input type="checkbox"/> Total Care <input type="checkbox"/> Parsial Care <input type="checkbox"/> Minimal Care Keluhan Utama :
BACKGROUND	Riwayat penyakit sekarang : Riwayat alergi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Obat: Makanan: Riwayat penyakit menular : Laboratorium : Foto torax/USG : EKG :
ASSESSMENT	Tanda-tanda vital, GCS, Skala Nyeri, Skala Pasien Jatuh B1 (SISTEM PERNAPASAN) Keluhan : <input type="checkbox"/> Sesak <input type="checkbox"/> Batuk Nyeri saat napas Irama Napas : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Suara Napas : <input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ronchi D/S <input type="checkbox"/> Wheezing D/S <input type="checkbox"/> Rales D/S Oksigen :L/menit <input type="checkbox"/> Masker <input type="checkbox"/> Nasal
	B2 (SISTEM KARDIOVASKULAR) Keluhan nyeri dada : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Irama Jantung : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur CRT : <input type="checkbox"/> < 3 detik <input type="checkbox"/> > 3 detik Konjungtiva Pucat : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	B3 (SISTEM PERSARAFAN) Kesadaran : <input type="checkbox"/> Composmentis <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma GCS : E=..... V=..... M=..... Keluhan Pusing : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor, Diameter:.....mm/.....mm. Nyeri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Skala nyeri :....., Lokasi:.....
	B4 (SISTEM PERKEMIHAN) Keluhan : <input type="checkbox"/> Kencing menetes <input type="checkbox"/> Inkontinensia <input type="checkbox"/> Retensi urine <input type="checkbox"/> Anuria <input type="checkbox"/> Gross hematuri <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Poliuri <input type="checkbox"/> Oliguri Kandung Kemih: <input type="checkbox"/> Membesar <input type="checkbox"/> Tidak Nyeri tekan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Alat bantu : <input type="checkbox"/> Kateter Foley <input type="checkbox"/> Kateter kondom Intake cairan : <input type="checkbox"/> Oral :.....cc/jam, <input type="checkbox"/> Parenteral :.....cc/jam Produksi urine :ml/jam, Warna :....., Bau :.....

	<p>B5 (SISTEM PENCERNAAN) TB :.....cm, BB :.....kg, LLA :.....cm, Lingkar abdomen :.....cm Mukosa Mulut : <input type="checkbox"/> Lembap <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Merah <input type="checkbox"/> Stomatitis Tenggorokan : <input type="checkbox"/> Sulit menelan <input type="checkbox"/> Nyeri menelan Abdomen : <input type="checkbox"/> Supel <input type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Nyeri tekan, Lokasi :..... <input type="checkbox"/> Luka operasi <input type="checkbox"/> Jejas, Lokasi :..... Mua : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Muntah : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bising Usus :.....x/menit Terpasang NGT: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Diet : <input type="checkbox"/> Padat <input type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Cair Frekuensi :..... x/hari, Jumlah :....., Jenis :..... BAB :..... x/hari, Konsistensi : <input type="checkbox"/> Padat <input type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Cair <input type="checkbox"/> Lendir/darah Konstipasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
REKOMENDATION	<p>Tindakan yang sudah dilakukan Rencana tindak lanjut</p> <p>NIC sif: NIC sif selanjutnya:</p> <p>Karu :</p>

NIC: Nurse in Charge

CONTOH CATATAN TERINTEGRASI

SUMBER (PROFESI)	WAKTU	CATATAN TERINTEGRASI
dr.A Ns. X Ns. X	07.00 08.00 09.00 : : 14.00	<ul style="list-style-type: none"> • Cek DL • Infus RL • ... • Mengambil sampel darah • Memasang infus • TTV= TD: 110/70mmHg, N: 80x/mnt, S: 38,2°C, RR: 20x/mnt • Injeksi... <p>S= B= A= R=</p>
Ns.Y	14.30	•...



Lampiran 3

Ronde Keperawatan (Nursing Rounds)– Data Rekap Harian Perkembangan Masalah

PENDAHULUAN

Peningkatan mutu asuhan keperawatan sesuai dengan tuntutan masyarakat dan perkembangan iptek maka perlu pengembangan dan pelaksanaan suatu model asuhan keperawatan profesional yang efektif dan efisien.

Metode keperawatan primer merupakan salah satu metode pemberian pelayanan keperawatan di mana salah satu kegiatannya adalah ronde keperawatan, yaitu suatu metode untuk menggali dan membahas secara mendalam masalah keperawatan yang terjadi pada pasien dan kebutuhan pasien akan keperawatan yang dilakukan oleh perawat primer/*associate*, konselor, kepala ruangan, dan seluruh tim keperawatan dengan melibatkan pasien secara langsung sebagai fokus kegiatan.

Ronde keperawatan akan memberikan media bagi perawat untuk membahas lebih dalam masalah dan kebutuhan pasien serta merupakan suatu proses belajar bagi perawat dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor. Kepekaan dan cara berpikir kritis perawat akan tumbuh dan terlatih melalui suatu transfer pengetahuan dan pengaplikasian konsep teori ke dalam praktik keperawatan.

PENGERTIAN

Ronde keperawatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien yang dilaksanakan oleh perawat di samping melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan. Pada kasus tertentu harus dilakukan oleh perawat primer dan/atau konselor, kepala ruangan, dan perawat *associate* yang perlu juga melibatkan seluruh anggota tim kesehatan (Nursalam, 2002).

Karakteristik antara lain sebagai berikut.

1. Pasien dilibatkan secara langsung.
2. Pasien merupakan fokus kegiatan.
3. PA, PP, dan konselor melakukan diskusi bersama.
4. Konselor memfasilitasi kreativitas.
5. Konselor membantu mengembangkan kemampuan PA, PP dalam meningkatkan kemampuan mengatasi masalah.

TUJUAN

Tujuan Umum

Menyelesaikan masalah pasien melalui pendekatan berpikir kritis dan diskusi.

Tujuan Khusus

1. Menumbuhkan cara berpikir kritis dan sistematis.
2. Meningkatkan kemampuan validasi data pasien.
3. Meningkatkan kemampuan menentukan diagnosis keperawatan.
4. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berorientasi pada masalah pasien.
5. Meningkatkan kemampuan memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
6. Meningkatkan kemampuan justifikasi.
7. Meningkatkan kemampuan menilai hasil kerja.

MANFAAT

1. Masalah pasien dapat teratasi.
2. Kebutuhan pasien dapat terpenuhi.
3. Terciptanya komunitas keperawatan yang profesional.
4. Terjalannya kerja sama antartim kesehatan.
5. Perawat dapat melaksanakan model asuhan keperawatan dengan tepat dan benar.

KRITERIA PASIEN

Pasien yang dipilih untuk dilakukan ronde keperawatan adalah pasien yang memiliki kriteria sbb:

1. Mempunyai masalah keperawatan yang belum teratasi meskipun sudah dilakukan tindakan keperawatan.
2. Pasien dengan kasus baru atau langka.

METODE

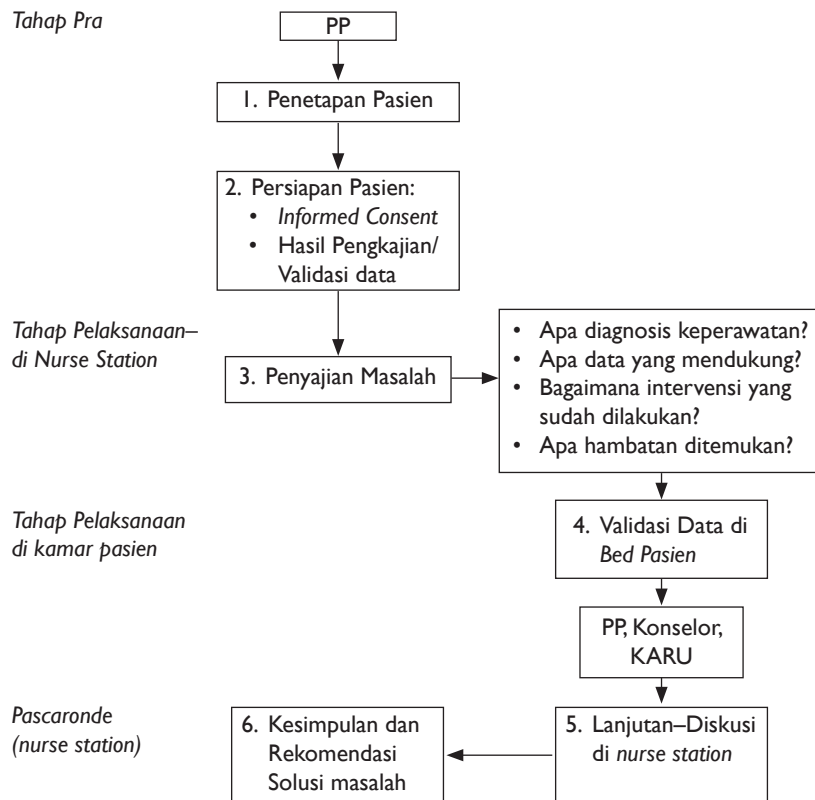
Diskusi

ALAT BANTU

1. Sarana diskusi: buku, pulpen.
2. Status/dokumentasi keperawatan pasien.
3. Materi yang disampaikan secara lisan.

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN RONDE KEPERAWATAN

Langkah-langkah dalam ronde keperawatan adalah sebagai berikut.



Keterangan

1. Praronde

- Menentukan kasus dan topik (masalah yang tidak teratasi dan masalah yang langka).
- Menentukan tim ronde.
- Mencari sumber atau literatur.
- Membuat proposal.
- Mempersiapkan pasien: *informed consent* dan pengkajian.
- Diskusi: Apa diagnosis keperawatan? Apa data yg mendukung? Bagaimana intervensi yang sudah dilakukan? Apa hambatan yang ditemukan selama perawatan?

2. Pelaksanaan Ronde

- Penjelasan tentang pasien oleh perawat primer yang difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan dan atau telah dilaksanakan serta memilih prioritas yang perlu didiskusikan.
- Diskusi antaranggota tim tentang kasus tersebut.

- c. Pemberian justifikasi oleh perawat primer atau konselor atau kepala ruangan tentang masalah pasien serta rencana tindakan yang akan dilakukan.
3. Pascaronde
 - a. Evaluasi, revisi, dan perbaikan.
 - b. Kesimpulan dan rekomendasi penegakkan diagnosis; intervensi keperawatan selanjutnya.

PERAN MASING-MASING ANGGOTA TIM

Peran Perawat Primer dan Perawat Associate

1. Menjelaskan data pasien yang mendukung masalah pasien.
2. Menjelaskan diagnosis keperawatan.
3. Menjelaskan intervensi yang dilakukan.
4. Menjelaskan hasil yang didapat.
5. Menjelaskan rasional (alasan ilmiah) tindakan yang diambil.
6. Menggali masalah-masalah pasien yang belum terkaji.

Peran Perawat Konselor dan Tenaga Kesehatan Lainnya

1. Memberikan justifikasi.
2. Memberikan *reinforcement*.
3. Memvalidasi kebenaran dari masalah dan intervensi keperawatan serta rasional tindakan.
4. Mengarahkan dan koreksi.
5. Mengintegrasikan konsep dan teori yang telah di pelajari.

KRITERIA EVALUASI

Struktur

1. Persyaratan administratif (*informed consent*, alat, dan lainnya).
2. Tim ronde keperawatan hadir di tempat pelaksanaan ronde keperawatan.
3. Persiapan dilakukan sebelumnya.

Proses

1. Peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir.
2. Seluruh peserta berperan aktif dalam kegiatan ronde sesuai peran yang telah ditentukan.

Hasil

1. Pasien merasa puas dengan hasil pelayanan.
2. Masalah pasien dapat teratasi.

3. Perawat dapat:
 - a. Menumbuhkan cara berpikir yang kritis.
 - b. Meningkatkan cara berpikir yang sistematis.
 - c. Meningkatkan kemampuan validitas data pasien.
 - d. Meningkatkan kemampuan menentukan diagnosis keperawatan.
 - e. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berorientasi pada masalah pasien.
 - f. Meningkatkan kemampuan memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
 - g. Meningkatkan kemampuan justifikasi.
 - h. Meningkatkan kemampuan menilai hasil kerja.

Lampiran Contoh Proposal

RENCANA PELAKSANAAN RONDE KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH PADA DIAGNOSIS MEDIS PPOK, DM, DAN HIPERTENSI (DI RUANG X RS Y)

Topik : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Keperawatan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada Diagnosis Medis PPOK, DM, dan Hipertensi.
Sasaran : Pasien Ny. S/68 tahun.
Hari/tanggal : Selasa/30 Agustus 2005.
Waktu : 60 menit. (Pkl. 11.00–12.00 WIB).

I. Tujuan :

1. Tujuan Umum
Menyelesaikan masalah pasien yang belum teratasi, yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
2. Tujuan Khusus:
 - a. menjustifikasi masalah yang belum teratasi;
 - b. mendiskusikan penyelesaian masalah dengan perawat primer, tim kesehatan lain;
 - c. menemukan alasan ilmiah terhadap masalah pasien;
 - d. merumuskan intervensi keperawatan yang tepat sesuai masalah pasien.

II. Sasaran

Pasien Ny. S umur 68 tahun yang dirawat di kelas II no. tempat tidur 4 Ruang Paru RS X.

III. Materi

1. Teori asuhan keperawatan pasien dengan PPOK, DM, dan hipertensi.
2. Masalah-masalah yang muncul pada pasien dengan PPOK, DM, dan hipertensi serta intervensi keperawatan pada pasien dengan PPOK, DM, dan Hipertensi dengan masalah keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

IV. Metode

Diskusi

V. Media

1. Dokumen/status pasien.
2. Sarana diskusi: kertas, bulpen.
3. Materi yang disampaikan secara lisan.

VI. Kegiatan ronde keperawatan.

Waktu	Tahap	Kegiatan	Pelaksana	Keg. Pasien	Tempat
1 hari sebelum ronde	Praronde	Praronde 1. Menentukan kasus dan topik. 2. Menentukan Tim ronde. 3. Menentukan literatur. 4. Membuat proposal. 5. Mempersiapkan pasien dengan pemberian <i>informed consent</i> .	Penanggung Jawab: -		Ruang Paru RS X
5 menit	Ronde (Nurse Station)	Pembukaan 1. Salam pembuka. 2. Memperkenalkan tim ronde. 3. Menjelaskan tujuan ronde. 4. Mengenalkan masalah pasien secara spintas.	Kepala Ruangan	-	Nurse Station
30 menit		Penyajian masalah 1. Memberi salam dan memperkenalkan pasien dan keluarga kepada tim ronde. 2. Menjelaskan riwayat penyakit dan keperawatan pasien. 3. Menjelaskan masalah pasien dan rencana tindakan yang telah dilaksanakan dan serta menetapkan prioritas yang perlu didiskusikan. Validasi data (<i>bed</i> pasien): 4. Mencocokkan dan menjelaskan kembali data yang telah disampaikan dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan keadaan pasien secara langsung, dan melihat dokumentasi. 5. Diskusi antar anggota tim dan pasien tentang masalah keperawatan tersebut di <i>bed</i> pasien. 6. Pemberian justifikasi oleh perawat primer atau konselor atau kepala ruang tentang masalah pasien.	PP Karu, PP, Perawat Konselor. Karu, PP, Perawat Konselor Karu	Mendengarkan Memberikan respons dan menjawab pertanyaan	Nurse station R. Perawatan

Waktu	Tahap	Kegiatan	Pelaksana	Keg. Pasien	Tempat
10 menit	Pascaronde (Nurse Station)	1. Melanjutkan diskusi dan masukan dari tim. 2. Menyimpulkan untuk menentukan tindakan keperawatan pada masalah prioritas yang telah ditetapkan. 3. Merekomendasikan intervensi keperawatan 4. Penutup.	Karu, Supervisor, Perawat Konselor, Pembimbing.	-	Nurse Station

VII. Kriteria evaluasi:

1. Struktur:
 - a. Ronde keperawatan dilaksanakan di Ruang Paru RS X.
 - b. Peserta ronde keperawatan hadir di tempat pelaksanaan ronde keperawatan.
 - c. Persiapan dilakukan sebelumnya.
2. Proses:
 - a. Peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir.
 - b. Seluruh peserta berperan aktif dalam kegiatan ronde sesuai peran yang telah ditentukan.
3. Hasil:
 - a. Pasien puas dengan hasil kegiatan.
 - b. Masalah pasien dapat teratasi.
 - c. Perawat dapat:
 - 1) Menumbuhkan cara berpikir yang kritis dan sistematis.
 - 2) Meningkatkan kemampuan validitas data pasien.
 - 3) Meningkatkan kemampuan menentukan diagnosis keperawatan. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berorientasi pada masalah pasien.
 - 4) Meningkatkan kemampuan memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
 - 5) Meningkatkan kemampuan justifikasi.
 - 6) Meningkatkan kemampuan menilai hasil kerja.

VIII. Pengorganisasian:

1. Kepala ruangan :
2. PP I :
- PP II :
3. PA I :
- PA II :
4. Konselor : dr.
 Ahli gizi
5. Pembimbing :
6. Supervisor :

Lampiran: Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN DILAKUKAN RONDE KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Alamat :
.....

adalah suami/istri/orang tua/anak dari pasien:

Nama :
Umur :
Alamat :
.....

Ruang :
No. RM. :

Dengan ini menyatakan **setuju** untuk dilakukan ronde keperawatan.

Surabaya,

Perawat yang menerangkan

Penanggung jawab

.....

.....

Saksi-saksi:

Tanda tangan:

1.

.....

2.

.....

Lampiran: Resume Pasien–Pelaksanaan Ronde

A. IDENTITAS

Nama : Ny. S
Umur : 68 tahun
Status : kawin
Pendidikan : SGB
Pekerjaan : Pensiunan guru
Alamat : Blitar
MRS :

B. DIAGNOSIS: PPOK + DM + HIPERTENSI

C. KELUHAN UTAMA

Mual, muntah.

D. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Tanggal 3 Juli 2005, pasien jatuh dan terjadi retak pada pergelangan tangan kiri. Sejak saat itu pasien merasa berdebar-debar, gula darah naik. Pasien merasa sesak 14 hari sebelum MRS, kumat-kumatan terutama pada malam hari, batuk berdahak tetapi dahak tidak dapat dikeluarkan. Nafsu makan menurun, badan lemah. Pasien memeriksakan diri ke IRD RS X, dan disarankan MRS di R. Paru. Pasien MRS tanggal 23-8-2005.

Sampai dengan 25-8-2005 keluhan sesak dan batuk berkurang, nafsu makan membaik. Pasien sudah dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan, duduk di kursi. Tanggal 26-8-2005 pasien mengeluh sesak kembali setelah pasien buang air besar di kamar mandi. Tanggal 27 pasien mengeluh mual. Tanggal 28-0-2005, pasien muntah air warna hijau kekuningan 3× @75 ml. Badan pasien terasa lemah, pasien merasa pusing. Nafsu makan menurun, pasien hanya mampu menghabiskan ½ porsi makan yang disediakan. Tanggal 29-8-2005 pasien muntah air 4× @75 cc.

E. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Pasien menderita DM dan hipertensi sejak 1995. Untuk pengobatan DM pasien mendapatkan terapi Mixtrad 18 iu untuk hipertensi pasien mendapatkan terapi Noperten 5 mg. Pasien pernah MRS tahun 1999 di RS X dengan DM, tahun 2000 MRS dengan *flek* paru.

F. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

Ada anggota keluarga yang menderita diabetes melitus.

G. PEMERIKSAAN FISIK TANGGAL 29 AGUSTUS

Tanda- tanda vital :
Tekanan Darah : 110/60 mmHg
Nadi : 80 ×/menit Suhu : 37,5°C RR : 18 ×/menit

Sistem Pernapasan (B1–Breath)

Tidak ada keluhan sesak, tidak batuk, pola napas teratur, tidak ada penggunaan otot bantu napas, *ronchi* + halus, RR: 18 ×/menit.

Sistem kardiovaskular (B2–Bleed)

Irama jantung reguler, bunyi jantung 1 dan 2 tunggal, CRT < 3 detik, akral hangat, tidak terdapat sianosis.

Sistem persarafan (B3–Brain)

Kesadaran *composmentis*, keluhan rasa panas pada ulu hati, pergelangan tangan kiri masih terasa sedikit nyeri tetapi tidak mengganggu, pasien merasa mengantuk tetapi tidak dapat tidur, pasien dapat istirahat tidur ± 5 jam.

Sistem pencernaan (B4–Bladder)

Pasien mengeluh mual, nafsu makan menurun, pasien hanya mampu menghabiskan 1/3 porsi makan yang disediakan, muntah air warna kuning kehijauan 4 × @75 ml. Bising usus + 10 ×/menit, BB sebelum sakit 42 kg, saat ini BB 40 g, turgor kulit sedang, lemak subkutan tipis, konjungtiva anemis, tanggal 25-8-2005 Hb: 13,00 g/dl (N: 11,4–15,1), albumin: 3,6 g/dl (N: 3,2–4,5), GD puasa: 303 g/dl (70–110), gula 2 jam PP: 296 g/dl (N: <125), protein total: 69 g/dl (N: 6,3–8,8). Pasien mendapatkan diet DM 6B1 2.100 kkal bubur. Pasien minum ± 2.000 ml/hari air putih.

Sistem perkemihan (B5–Bowel)

Pasien BAK 5–6× sehari di kamar mandi, warna kuning jernih, jumlah tidak terukur. Laboratorium 25-8-2005 BUN: 16,3 mg/dl (N: 10–20), serum kreatinin: 0,9 mg/dl (N: <1,2).

Sistem muskuloskeletal dan integumen (B6–Bone)

Kemampuan pergerakan sendi bebas, pasien merasa lemah, kekuatan otot, warna kulit tidak anemis, turgor kulit sedang, tidak ada edema, pasien memakai infus pada tangan kanan. Tidak terdapat luka.

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$
Sistem endokrin:

Tiroid tidak membesar, hiperglikemia.

Kebersihan pribadi:

Pasien mampu mandi seka di tempat tidur 2× sehari, gosok gigi 2× sehari, dan ganti pakaian 2× sehari. Pasien tampak kusut, rambut acak-acakan, penampilan tidak rapi.

Psikososial spiritual:

Pasien tidak dapat menjalankan salat karena badan lemah, pasien mempunyai motivasi tinggi untuk sembuh, tetapi pasien juga berkeluh kesah karena keadaannya tidak segera membaik.

H. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Laboratorium tanggal 25-8-2005

Hb	: 13,0 mg/dl
LED	: 3 mm/j
Leukosit	: $3.220 \times 10^9/\text{dl}$
Hematokrit	: 39,48
Trombosit	: $183.000 \times 10^9/\text{L}$ (150–350)
GDP	: 303 mg/dl (70–110)
GD 2 j PP	: 296 mg/dl (<125)
Kolesterol total	: 153 mg/dl (100–240)
Kreatinin serum	: 0,9 mg/dl (<1,2)
BUN	: 16,3 mg/dl (10–20)
Bilirubin total	: 0,43(<0,1)
SGOT	: 32U/l (<38)
SGPT	: 22 U/l (<41)
Fosfatase alkali	: 192 U/l (73–270)
Protein total	: 6,9 g/dl (6,3–8,8)
Albumin	: 3,6 g/dl (3,2–4,5)

I. TERAPI

Terapi tanggal 27 Agustus 2005

Cefotaxim 3 × 1 gr
Atracid 3 × 4 U SC
Lisinopril 5 mg -0-0
ASA 1 × 100 mg
ISDN 3 × 5 mg
Levofloxacin 1 × 500 mg tab
Nebulizer combivent 4×
Asam mefenamat 3 × 1 kp
Deit B1 2.100 kal

Terapi tanggal 29 Agustus 2005

Lisinopril 5 mg -0-0
ASA 1 × 100 mg
ISDN 3 × 5 mg
Levofloxacin 3 × 500 mg
Roborantia 1 × 1
Ranitidin 2 × 1 amp
Metoclorpamid 2 × 1 amp
Parasetamol 3 × 500 mg kp
Diet B1 2.100 kal
Atrapid 3 × 4 U SC

J. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Tanggal 23 Agustus

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan akumulasi sekret.
Masalah teratasi tanggal 27 Agustus.
2. Gangguan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri berhubungan dengan kelemahan anggota tubuh.
Masalah teratasi tanggal 26 Agustus.
3. Risiko pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.
Masalah teratasi tanggal 28 Agustus.
4. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah, *intake* kurang.
5. Risiko hipoglikemi.

Tanggal 23 Agustus

1. Risiko pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.
Tujuan: setelah dilakukan perawatan selama 3 × 24 jam tidak terjadi gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi.
Kriteria Hasil (*Nursing Outcome Criteria*—NOC)
 - a. A (antropometri): BB stabil, KU baik.
 - b. B (*biomchemical data*): tidak terjadi penurunan Hb (N: 11,4–15,1 g/dl), albumin 3,2–4,5 g.
 - c. C (*clinical signs*): konjungtiva tidak anemis; turgor baik.
 - d. D (diet): nafsu makan baik; pasien mampu menghabiskan porsi makan yang disediakan.

K. RENCANA TINDAKAN:

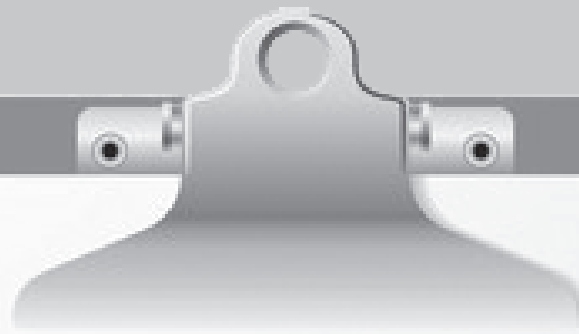
1. Jelaskan tentang pentingnya nutrisi dan kepatuhan diet.
2. Berikan motivasi kepada pasien untuk menghabiskan makanan yang disediakan sesuai diit yang ditentukan .
3. Timbang berat badan tiap 3–4 hari.
4. Berikan makanan dalam keadaan hangat.
5. Anjurkan pasien makan 15 menit sesudah pemberian suntikan insulin.
6. Monitor Hb, albumin, gula darah.
7. Kolaborasi dengan bagian gizi untuk pemberian diit .
8. Observasi *intake* setiap hari.

L. EVALUASI:

Kebutuhan nutrisi belum terpenuhi.

DAFTAR PUSTAKA

- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2007. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.



Lampiran 4

**Pengelolaan Obat
(Sentralisasi Obat)**

PENGERTIAN

Sentralisasi obat adalah pengelolaan obat di mana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya oleh perawat (Nursalam, 2011).

TUJUAN PENGELOLAAN OBAT

Tujuan pengelolaan obat adalah menggunakan obat secara bijaksana dan menghindari pemborosan, sehingga kebutuhan asuhan keperawatan pasien dapat terpenuhi.

Hal-hal berikut ini adalah beberapa alasan yang paling sering mengapa obat perlu di sentralisasi.

1. Memberikan bermacam-macam obat untuk satu pasien.
2. Menggunakan obat yang mahal dan bermerek, padahal obat standar yang lebih murah dengan mutu yang terjamin memiliki efektivitas dan keamanan yang sama.
3. Meresepkan obat sebelum diagnosis pasti dibuat “hanya untuk mencoba”.
4. Menggunakan dosis yang lebih besar daripada yang diperlukan.
5. Memberikan obat kepada pasien yang tidak memercayainya, dan yang akan membuang atau lupa untuk minum.
6. Memesan obat lebih daripada yang dibutuhkan, sehingga banyak yang tersisa sesudah batas kadaluarsa.
7. Tidak menyediakan lemari es, sehingga vaksin dan obat menjadi tidak efektif.
8. Meletakkan obat di tempat yang lembap, terkena cahaya, atau panas
9. Mengeluarkan obat (dari tempat penyimpanan) terlalu banyak pada suatu waktu sehingga dipakai berlebihan atau dicuri.

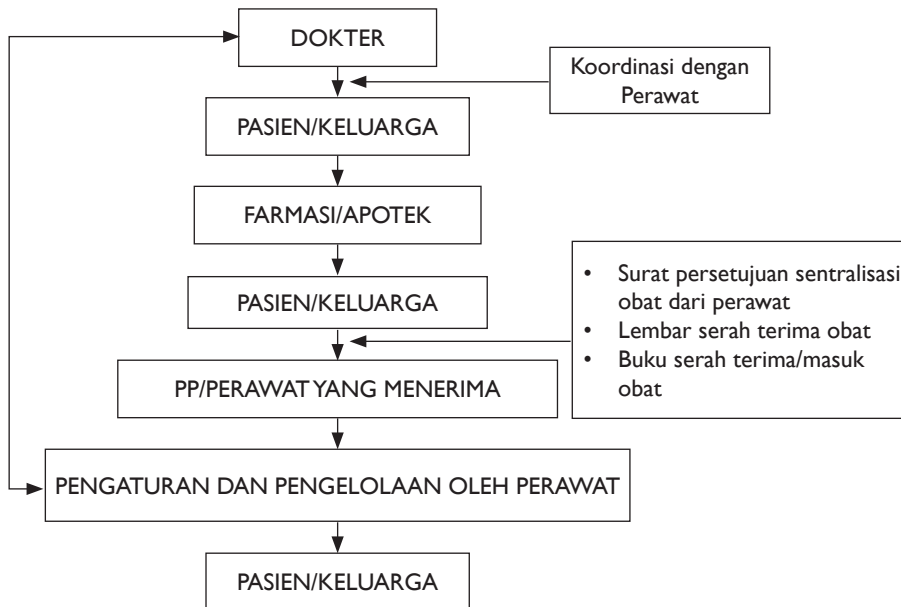
TEKNIK PENGELOLAAN OBAT (SENTRALISASI)

Pengeluaran dan pembagian obat sepenuhnya dilakukan oleh perawat.

1. Penanggung jawab pengelolaan obat adalah kepala ruangan yang secara operasional dapat didelegasikan kepada staf yang ditunjuk.
2. Keluarga wajib mengetahui dan ikut serta mengontrol penggunaan obat.
3. Penerimaan obat.
 - a. Obat yang telah diresepkan ditunjukkan kepada perawat dan obat yang telah diambil oleh keluarga diserahkan kepada perawat dengan menerima lembar terima obat.
 - b. Perawat menuliskan nama pasien, register, jenis obat, jumlah dan sediaan (bila perlu) dalam kartu kontrol, serta diketahui (ditandatangani) oleh keluarga atau pasien dalam buku masuk obat. Keluarga atau pasien selanjutnya mendapatkan penjelasan kapan atau bilaman obat tersebut akan habis, serta penjelasan tentang 5T (jenis, dosis, waktu, pasien, dan cara pemberian).
 - c. Pasien atau keluarga selanjutnya mendapatkan salinan obat yang harus diminum beserta kartu sediaan obat.

- d. Obat yang telah diserahkan selanjutnya disimpan oleh perawat dalam kotak obat (Nursalam, 2007).
4. Pembagian obat.
 - a. Obat yang telah diterima untuk selanjutnya disalin dalam buku daftar pemberian obat.
 - b. Obat yang telah disimpan untuk selanjutnya diberikan oleh perawat dengan memperhatikan alur yang tercantum dalam buku daftar pemberian obat; dengan terlebih dahulu dicocokkan dengan terapi yang diinstruksi dokter dan kartu obat yang ada pada pasien.
 - c. Pada saat pemberian obat, perawat menjelaskan macam obat, kegunaan obat, jumlah obat, dan efek samping. Usahakan tempat/wadah obat kembali ke perawat setelah obat dikonsumsi. Pantau efek samping pada pasien.
 - d. Sediaan obat yang ada selanjutnya diperiksa setiap pagi oleh kepala ruang atau petugas yang ditunjuk dan didokumentasikan dalam buku masuk obat.
 - e. Obat-obatan yang hampir habis akan diinformasikan kepada keluarga dan kemudian dimintakan resep (jika masih perlu dilanjutkan) kepada dokter penanggung jawab pasien (Nursalam, 2007).
 5. Penambahan obat baru.
 - a. Bilamana terdapat penambahan atau perubahan jenis, dosis atau perubahan alur pemberian obat, maka informasi ini akan dimasukkan dalam buku masuk obat dan sekaligus dilakukan perubahan dalam kartu sediaan obat.
 - b. Pada pemberian obat yang bersifat tidak rutin (sewaktu saja) maka dokumentasi hanya dilakukan pada buku masuk obat dan selanjutnya diinformasikan kepada keluarga dengan kartu khusus obat (Nursalam, 2007).
 6. Obat khusus.
 - a. Obat dikategorikan khusus apabila sediaan memiliki harga yang cukup mahal, menggunakan alur pemberian yang cukup sulit, memiliki efek samping yang cukup besar atau hanya diberikan dalam waktu tertentu/sewaktu saja.
 - b. Pemberian obat khusus dilakukan menggunakan kartu khusus obat, dilaksanakan oleh perawat primer.
 - c. Informasi yang diberikan kepada pasien atau keluarga; nama obat, kegunaan obat, waktu pemberian, efek samping, penanggung jawab pemberian, dan wadah obat sebaiknya diserahkan atau ditunjukkan kepada keluarga setelah pemberian. Usahakan terdapat saksi dari keluarga saat pemberian obat (Nursalam, 2007). Seorang manajer keperawatan kesehatan dapat mendidik staf mengenai obat dengan cara-cara berikut ini.
 - 1) Membuat catatan mengenai obat-obatan yang sering dipakai, jelaskan penggunaan, dan efek samping, kemudian berikan salinan kepada semua staf.
 - 2) Tuliskan dosis yang tepat obat-obatan yang sering digunakan dan gantungkan di dinding.
 - 3) Adakan pertemuan staf untuk membahas penyebab pemborosan obat.
 - 4) Beritahu kepada semua staf mengenai harga bermacam-macam obat.
 - 5) Aturlah kuliah atau program diskusi dan bahaslah mengenai satu jenis obat setiap minggu pada waktu pertemuan staf.
 - 6) Taruhlah satu atau lebih eksemplar buku farmakologi sederhana di perpustakaan (Mc Mahon, 1999).

DIAGRAM ALUR PELAKSANAAN SENTRALISASI OBAT (NURSALAM, 2002)



MENYIMPAN PERSEDIAAN OBAT

1. Memeriksa ulang atas kebenaran obat dan jenis obat, jumlah obat, serta menulis etiket dan alamat pasien. Penyimpanan stok (persediaan) yang teratur dengan baik merupakan bagian penting dari manajemen obat. Obat yang diterima dicatat dalam buku besar persediaan atau dalam kartu persediaan (Mc Mahon, 1999).
2. Sistem kartu persediaan
Sebuah kartu persediaan (kartu stok) kadang-kadang digunakan untuk menggantikan buku besar persediaan. Kartu ini berfungsi seperti buku besar persediaan, yakni neraca diseimbangkan dengan menambahkan barang yang diterima dan mengurangi dengan jumlah barang yang dikeluarkan. Dalam buku besar persediaan, masing-masing barang ditempatkan pada halaman yang terpisah, tetapi dalam sistem kartu persediaan, masing-masing barang dituliskan dalam kartu yang terpisah.
3. Lemari obat
Periksa keamanan mekanisme kunci dan penerangan lemari obat serta lemari pendingin. Periksa persediaan obat, pemisahan antara obat untuk penggunaan oral (untuk diminum), dan obat luar. Perlu disediakan tempat khusus untuk obat-obatan yang mempunyai risiko salah, misalnya 1) *LASA (look alike sound alike)*; 2) elektrolit konsentrasi tinggi, dan 3) obat sejenis narkotika.

Manajemen rumah sakit perlu dilengkapi dengan manajemen farmasi yang sistematis karena obat sebagai salah satu bahan yang dapat menyembuhkan penyakit tidak dapat diadakan tanpa sistematis

perencanaan tertentu. Obat harus ada dalam persediaan setiap rumah sakit sebagai bahan utama dalam rangka mencapai misi utamanya sebagai penyedia layanan kesehatan (*health provider*). Manajemen farmasi rumah sakit adalah seluruh upaya dan kegiatan yang dilaksanakan di bidang farmasi sebagai salah satu penunjang untuk tercapainya tujuan serta sasaran didirikannya suatu rumah sakit. Upaya dan kegiatan ini meliputi penetapan standar obat, perencanaan pengadaan obat, penyimpanan, pendistribusian/saran/informasi tentang obat, dan pemantauan efek samping obat.

Faktor kunci yang perlu diperhatikan dalam pelayanan kepada pasien meliputi pelayanan yang cepat, ramah, disertai jaminan tersedianya obat dengan kualitas yang baik (Yoga, 2003). Obat yang baik akan memberi manfaat kepada para pengguna dan juga bermanfaat dalam pengendalian biaya rumah sakit. Persediaan obat, baik dari segi jenis maupun volume, harus selalu mencukupi kebutuhan tanpa ada efek samping seperti kadaluarsa dan rusak. Tujuan sistem manajemen obat adalah penggunaan obat yang tepat untuk pasien yang memerlukan pengobatan. Obat-obatan dikeluarkan dari tempat penyimpanan yang terkunci atau dari lemari penyimpanan oleh orang yang bertugas menangani persediaan obat kepada bagian yang menggunakan obat itu. Obat digunakan secara teratur dan dalam jumlah yang diketahui, sehingga memungkinkan pemantauan (observasi) dan pengawasan penggunaan obat. Kegiatan yang dilakukan dalam mengawasi pengeluaran obat akan memungkinkan perawat mengetahui kapan melakukan pemesanan ulang, mencocokkan pemakaian obat dengan pengobatan pasien, segera sadar akan ketidakcocokan dalam pemberian obat, memeriksa perubahan pemakaian obat (Mc Mahon, 1999).

Lampiran: Proposal Pelaksanaan Sentralisasi Obat

PENDAHULUAN

Tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan keperawatan dirasakan sebagai suatu fenomena yang harus direspons oleh perawat. Respons yang ada harus bersifat kondusif dengan belajar banyak langkah-langkah konkret dalam pelaksanaannya (Nursalam, 2002), salah satunya adalah pengelolaan sentralisasi obat. Pengecekan terhadap penggunaan dan konsumsi obat, sebagai salah satu peran perawat, perlu dilakukan dalam suatu pola atau alur yang sistematis sehingga risiko kerugian baik secara materi maupun secara nonmateri dapat dieliminasi. Kegiatan sentralisasi obat meliputi pembuatan strategi persiapan sentralisasi obat, persiapan sarana yang dibutuhkan, dan membuat petunjuk teknis penyelenggaraan sentralisasi obat serta pendokumentasian hasil pelaksanaan sentralisasi obat. Pengelolaan sentralisasi yang optimal merupakan salah satu usaha untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

TUJUAN

Tujuan Umum

Mengaplikasikan peran perawat primer dalam pengelolaan sentralisasi obat dan mendokumentasikan hasil pengelolaan sentralisasi obat.

Tujuan Khusus

1. Mengelola obat pasien: pemberian obat secara tepat dan benar sesuai dengan Prinsip 6 T + 1 W dan mendokumentasikan hasil pengelolaan.
2. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman perawat primer dan perawat associate dalam penerapan Prinsip 6 T + 1 W.
3. Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga atas asuhan keperawatan yang diberikan.
4. Meningkatkan kepercayaan pasien dan keluarga terhadap perawat dalam pengelolaan sentralisasi obat.
5. Meningkatkan kepatuhan pasien terhadap program terapi.

PERAN

Perawat Primer dan Perawat Associate

1. Menjelaskan tujuan dilaksanakannya sentralisasi obat.
2. Menjelaskan manfaat dilaksanakannya sentralisasi obat.
3. Memfasilitasi surat persetujuan pengelolaan dan pencatatan obat.
4. Melakukan pencatatan dan kontrol terhadap pemakaian obat selama pasien dirawat.
5. Melakukan tindakan kolaboratif dalam pelaksanaan program terapi.

Perawat Primer Lain dan Supervisor

1. Memberikan perlindungan terhadap pasien terhadap tindakan kelalaian (*negligence*) dan malpraktik.
2. Menilai kepatuhan pasien terhadap program terapi.
3. Memotivasi pasien untuk mematuhi program terapi.

PELAKSANAAN

Kegiatan sentralisasi obat akan dilaksanakan pada minggu pertama dan kedua untuk uji coba dan aplikasi pada minggu ketiga sampai dengan minggu keempat selama mahasiswa praktik di ruang paru wanita. Metode yang digunakan adalah pendekatan secara langsung dengan pasien dengan komunikasi terapeutik untuk meyakinkan pasien agar bersedia mengikuti pengelolaan sentralisasi obat dan menggunakan format pengelolaan sentralisasi obat.

METODE

1. Pengawasan nama obat, jumlah, rencana pemakaian, penerima dan pemberi obat sesuai dengan identitas pasien dan dicatat dalam buku serah terima obat.
2. Pengawasan dan pencatatan nama obat, dosis, frekuensi, jadwal dan jam pemberian obat, jenis pemberian obat oral atau injeksi, serta sesuai dengan identitas pasien pada format kontrol dan pemakaian obat.

INSTRUMEN

1. *Informed consent* pengelolaan sentralisasi obat.
2. Format kontrol dan pemakaian obat.
3. Buku sentralisasi obat (buku serah terima obat).
4. Lemari obat dan kotak sentralisasi obat.
5. Leaflet.

PENGGORGANISASIAN

1. Kepala Ruangan :
2. Perawat Primer :
3. Perawat *Associate* :

KRITERIA EVALUASI

Struktur (Input)

1. Pelaksanaan sentralisasi obat dilaksanakan di Ruang Paru.
2. Persiapan dilakukan sebelumnya.
3. Perawat yang bertugas.

Proses

1. Pelaksanaan sentralisasi obat dilakukan sesuai dengan ruangan yang telah ditentukan dan pasien yang telah menyetujui *informed consent* untuk dilakukan sentralisasi obat.
2. Pelaksanaan sentralisasi obat sesuai dengan alur yang telah ditentukan.

Hasil

1. Pasien puas dengan hasil pelaksanaan sentralisasi obat.
2. Obat dapat diberikan secara tepat dan benar 6T dan 1W
3. Perawat mudah mengontrol pemberian obat.
4. Pendokumentasian pemberian obat dapat dilakukan dengan benar.

DAFTAR PUSTAKA

- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2007. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran: Petunjuk Pengisian

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT SURAT PERSETUJUAN SENTRALISASI OBAT

1. Nama, umur, jenis kelamin, alamat dapat diisi dengan nama pasien sendiri, anak, istri, suami, orang tua, dan lain-lain.
2. Nama pasien, umur, jenis kelamin, alamat, nomor register diisi sesuai dengan data pasien yang bersangkutan.
3. Ruangan diisi sesuai tempat pasien dirawat.
4. Pengisian tanggal sesuai dengan tanggal pelaksanaan *informed consent*.
5. Format ditandatangani oleh perawat yang menerangkan dan pasien yang menyetujui dilakukan tindakan sentralisasi obat, disertai para saksi-saksi.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PEMBERIAN OBAT ORAL DAN OBAT SUNTIK

1. Pengisian nama pasien, nomor register, umur, ruangan.
2. Kolom nama obat diisi sesuai dengan obat yang diberikan sesuai dosis dan nama dokter yang merawat.
3. Kolom tanggal diisi tanggal penerimaan obat, secara vertikal begitu juga pada kolom terima yaitu jumlah obat yang diterima dan frekuensi obat diberikan.
4. Kolom pemakaian obat diisi sesuai sif, jam berapa obat diberikan beserta paraf perawat.
5. Kolom sisa obat diisi oleh perawat pada setiap sif pagi, siang, dan malam yaitu jumlah obat beserta paraf perawat pada akhir dinas.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT SERAH TERIMA OBAT

1. Pengisian nama pasien, umur, nomor register, ruangan.
2. Kolom tanggal diisi sesuai dengan tanggal serah terima obat.
3. Kolom nama obat dan jumlah diisi sesuai dengan nama obat dan jumlah yang diterima.
4. Kolom TT>Nama terang yang menyerahkan diisi oleh keluarga/pasien atau oleh perawat pada saat pasien pulang.
5. Kolom TT>Nama terang yang diserahkan diisi oleh perawat atau keluarga yang menerima.
6. Kolom keterangan diisi bila ada hal-hal yang berkaitan dengan serah terima obat.

Lampiran: Surat Persetujuan Sentralisasi Obat

SURAT PERSETUJUAN DILAKUKAN SENTRALISASI OBAT

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Alamat :
 Untuk : () Diri Sendiri () Istri () Suami
 () Anak () Orang Tua () Lainnya

Nama Pasien :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Alamat :
 Ruang :
 No.reg :

Menyatakan (**setuju/tidak setuju***) untuk dilakukan sentralisasi obat, setelah mendapatkan penjelasan tentang sentralisasi obat yaitu pengaturan pemakaian obat yang diatur/dikoordinasikan oleh perawat sesuai ketentuan dosis yang diberikan dokter.

Sentralisasi obat ini dilakukan dengan prosedur sebagai berikut.

1. Pasien/keluarga mengisi surat persetujuan untuk kerja sama dalam pengelolaan sentralisasi obat.
2. Setiap ada resep dari dokter diserahkan dahulu kepada perawat yang bertugas saat itu.
3. Obat dari apotik diserahkan kepada perawat.
4. Nama obat, dosis, jumlah yang diterima akan dicatat dalam buku serah terima dan ditandatangani oleh keluarga/pasien dan perawat yang menerima.
5. Obat akan disimpan di lemari obat di kantor perawatan.
6. Setiap hari perawat memberikan obat sesuai dengan program terapi dari dokter yang merawat.
7. Bila pasien pulang dan obat masih ada atau belum habis sisa obat akan diberikan kepada pasien/keluarga.

Dengan demikian saya menyatakan bertanggung jawab atas pernyataan yang dibuat dan tidak akan melakukan tuntutan/gugatan di kemudian hari atas tindakan tersebut.

Demikian persetujuan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Perawat yang Menerangkan
 (.....)
 Saksi 1 :.....(.....)
 Saksi 2 :.....(.....)

Surabaya,.....
 Menyetujui
 (.....)

NB: Harap diisi dengan nama jelas dan tanda tangan

*) Coret yang tidak perlu

LAMPIRAN: FORMAT SERAH TERIMA OBAT

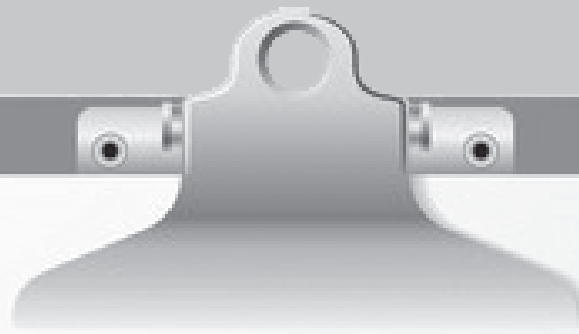
Nama Pasien :
Umur :

Ruangan :
No.Reg :

No	Nama Obat	Dosis	Jumlah	Keterangan (Diterima/ Diserahkan)	TT>Nama Terang yang Menyerahkan	TT>Nama Terang yang Diserahi	Keterangan

NAMA OBAT	TGL																
Dosis : Nama Dr:	Terima																
	Frek																
	Pagi	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf
	Sisa																
	Sore	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf
	Sisa																
	Malam	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf
	Sisa																
	Ekstra																
	Sisa																
	Dosis : Nama Dr:	Terima															
Frek																	
Pagi		Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf
Sisa																	
Sore		Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf
Sisa																	
Malam		Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf	Jam	Pf
Sisa																	
Ekstra																	
Sisa																	

- Keterangan :
1. Tidak ada persediaan (TAP)
 2. Pasien tidak mau minum
 3. Obat dihentikan
 4. Pasien tidak diperbolehkan minum obat



Lampiran 5

**Supervisi Kinerja
Perawat dalam Asuhan
Keperawatan**

PENGERTIAN

Supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang disupervisi agar mereka dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif (Huber, 2000). Supervisi keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan dan peralatan agar pasien mendapat pelayanan yang bermutu setiap saat.

UNSUR POKOK

Dalam melaksanakan supervisi terdapat beberapa unsur pokok. Unsur-unsur pokok yang dimaksud adalah pelaksana; sasaran; frekuensi; tujuan dan teknik.

Pelaksana

Pelaksana atau yang bertanggung jawab melaksanakan supervisi adalah atasan, yakni mereka yang memiliki kelebihan dalam organisasi. Kelebihan yang dimaksud sering dikaitkan dengan status yang lebih tinggi (supervisor) dan karena itu fungsi supervisi memang dimiliki oleh atasan. Namun untuk keberhasilan supervisi, yang lebih diutamakan adalah kelebihan pengetahuan atau keterampilan.

Menurut Ali Zaidin, dalam bukunya yang berjudul *Dasar-Dasar Kepemimpin dalam Keperawatan*, membagi tingkatan atas kelas manajer dalam melakukan supervisi, yaitu sebagai berikut.

1. Manajer puncak (*Top Manager*)

Manajer puncak bertanggung jawab atas seluruh kegiatan dari hasil kegiatan serta proses manajemen organisasi. Tugas utamanya menetapkan kebijaksanaan (*policy*), memberi petunjuk atau pengarahan umum berkaitan dengan tujuan, misalnya, Kakanwil Depkes Provinsi, Kadinkes Daerah, Direktur RS, dan sebagainya.

2. Manajer Menengah (*Middle Manager*)

Manajer menengah ini memimpin sebagian manajer tingkat pertama. Tugasnya menjabarkan kebijaksanaan *top* manajer ke dalam program-program. Misalnya, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang, Kasubdin Propinsi, dan Kasubbag Dati II.

3. Manajer Tingkat Pertama (*First Line, First Level Manager, Supervisor Manager*)

Manajer tingkat bawah yang bertugas memimpin langsung para pelaksana atau pekerja, yaitu melaksanakan supervisi sebagai mandor atau supervisor. Misalnya, Kepala Seksi, Kepala Urusan.

Syarat

Untuk dapat melaksanakan supervisi dengan baik diperlukan beberapa syarat atau karakteristik yang harus dimiliki oleh pelaksana supervisi atau supervisor (Azwar, 1996) adalah sebagai berikut.

1. Sebaiknya pelaksana supervisi adalah atasan langsung dari yang disupervisi, atau apabila tidak mungkin, dapat ditunjuk staf khusus dengan batas-batas wewenang dan tanggung jawab yang jelas.
2. Pelaksana supervisi harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk jenis pekerjaan yang disupervisi.

3. Pelaksana supervisi harus memiliki keterampilan melakukan supervisi, artinya memahami prinsip-prinsip pokok serta teknik supervisi.
4. Pelaksana supervisi harus mempunyai sifat edukatif, suportif, dan bukan otoriter.
5. Pelaksana harus mempunyai waktu yang cukup, tidak tergesa-gesa, dan secara sabar berupaya meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap bawahan yang disupervisi.

Pelaksana supervisi yang baik memerlukan bekal kemampuan yang banyak. Selain lima syarat atau karakteristik tersebut, juga dibutuhkan kemampuan melakukan komunikasi, motivasi, pengarahan, bimbingan, dan kepemimpinan.

Dalam pelaksanaan supervisi akan terdapat dua pihak yang melakukan hubungan kegiatan yaitu pihak supervisor dan pihak yang disupervisi. Supervisor melakukan kegiatan pelayanan profesional untuk membantu atau membimbing pihak yang dilayani. Pihak yang disupervisi inilah yang menerima layanan profesional berupa bantuan dan bimbingan agar mereka dapat meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan kegiatan secara efisien dan efektif (Sudjana, 2004).

Menurut WHO (1999) dalam buku *Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer*, proses pengawasan pegawai yang baik harus meliputi hal berikut.

1. Tepat waktu, artinya untuk mempertahankan standar kerja, tindakan pengawasan harus dilakukan pada saat yang tepat.
2. Sederhana, artinya tindakan pengawasan harus sederhana, bila tidak akan memerlukan waktu lama untuk menerapkan dan menghasilkan efek yang diinginkan.
3. Minimal, artinya pengawasan harus disediakan sedikit mungkin, yakni sedikit yang diperlukan untuk menjamin pekerjaan akan diselesaikan dan standar dipertahankan.
4. Luwes, artinya pengawasan yang selalu kaku dapat menjadi seperti senjata makan tuan, para pekerja akan mencoba menghindarinya.

Sasaran

Sasaran atau objek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan yang melakukan pekerjaan. Sasaran yang dilakukan oleh bawahan disebut sebagai sasaran langsung.

Frekuensi

Supervisi harus dilakukan dengan frekuensi yang berbeda. Supervisi yang dilakukan hanya sekali, bukan supervisi yang baik. Tidak ada pedoman yang pasti seberapa sering supervisi dilakukan. Pegangan umum yang digunakan bergantung pada derajat kesulitan pekerjaan yang dilakukan serta sifat penyesuaian yang akan dilakukan.

Menurut Nursalam (2002), melakukan supervisi yang tepat harus bisa menentukan kapan dan apa yang perlu dilakukan supervisi dan bantuan. Sepanjang kontrol/supervisi penting bergantung bagaimana staf melihatnya.

1. *Overcontrol*. Kontrol yang terlalu berlebihan akan merusak delegasi yang diberikan. Staf tidak akan dapat memikul tanggung jawabnya.
2. *Undercontrol*. Kontrol yang kurang juga akan berdampak buruk terhadap delegasi, di mana staf akan

tidak produktif melaksanakan tugas limpah dan berdampak secara signifikan terhadap hasil yang diharapkan. Hal ini akan berdampak terhadap pemborosan waktu dan anggaran yang sebenarnya dapat dihindarkan. Berikan kesempatan waktu yang cukup kepada staf untuk berpikir dan melaksanakan tugas tersebut.

Tujuan

Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung, sehingga bawahan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik.

Tujuan dari pengawasan adalah sebagai berikut.

1. Menjamin bahwa pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam tempo yang diberikan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia.
2. Memungkinkan pengawas menyadari kekurangan-kekurangan para petugas kesehatan dalam hal kemampuan, pengetahuan, dan pemahaman, serta mengatur pelatihan yang sesuai.
3. Memungkinkan para pengawas mengenali dan memberi penghargaan atas pekerjaan yang baik dan mengenali staf yang layak diberikan kenaikan jabatan dan pelatihan lebih lanjut.
4. Memungkinkan manajemen bahwa sumber yang disediakan bagi petugas telah cukup dan dipergunakan dengan baik.
5. Memungkinkan manajemen menentukan penyebab kekurangan pada kinerja tersebut.

Teknik

Kegiatan pokok pada supervisi pada dasarnya mencakup empat hal yang bersifat pokok, yaitu (1) menetapkan masalah dan prioritas; (2) menetapkan penyebab masalah, prioritas, dan jalan keluarnya; (3) melaksanakan jalan keluar; dan (4) menilai hasil yang dicapai untuk tindak lanjut berikutnya.

Untuk dapat melaksanakan supervisi yang baik ada dua teknik.

1. Pengamatan langsung

Pengamatan yang langsung dilaksanakan supervisi dan harus memperhatikan hal berikut.

a. Sasaran pengamatan

Pengamatan langsung yang tidak jelas sasarannya dapat menimbulkan kebingungan. Untuk mencegah keadaan ini, maka pengamatan langsung ditujukan pada sesuatu yang bersifat pokok dan strategis saja.

b. Objektivitas pengamatan

Pengamatan langsung yang tidak terstandarisasi dapat mengganggu objektivitas. Untuk mencegah keadaan seperti ini, maka diperlukan suatu daftar isian atau *check list* yang telah dipersiapkan.

c. Pendekatan pengamatan

Pengamatan langsung sering menimbulkan berbagai dampak dan kesan negatif, misal, rasa takut, tidak senang, atau kesan mengganggu pekerjaan. Dianjurkan pendekatan pengamatan dilakukan secara edukatif dan suportif, bukan kekuasaan atau otoriter.

Kerja Sama

Keberhasilan pemberian bantuan dalam upaya meningkatkan penampilan bawahan di dalam supervisi perlu terjalin kerjasama antara supervisor dengan yang disupervisi. Kerja sama tersebut akan terwujud bila ada komunikasi yang baik, sehingga mereka yang disupervisi merasakan masalah yang dihadapi adalah juga masalah mereka sendiri (Azwar, 1996).

LANGKAH SUPERVISI

Menurut Ali Zaidin, teknik atau metode dalam melaksanakan pengawasan adalah bertahap dengan langkah-langkah sebagai berikut.

Langkah I : Mengadakan Persiapan Pengawasan

1. Menentukan tujuan.
2. Menentukan metode pengawasan yang tepat.
3. Menentukan standar/kriteria pengukuran.

Langkah II : Menjalankan Pengawasan

Terdiri atas tiga tahap, yaitu sebagai berikut.

1. Membuat dan menentukan rencana pengawasan, di mana rencana pengawasan harus memuat sistem pengawasan, standar yang dipakai, dan cara pelaksanaan.
2. Pelaksanaan pengawasan dapat dilakukan dengan berbagai sistem, yaitu:
 - a. sistem *preventif*, yang dilaksanakan sebelum suatu usaha dilakukan;
 - b. sistem *represif*, yang dilaksanakan setelah suatu usaha dilakukan, misalnya memberikan laporan-laporan kegiatan;
 - c. sistem *verifikatif*, yaitu pemeriksaan secara terperinci dengan memberikan laporan-laporan perincian dan analisis dari segala hal yang terjadi dalam pelaksanaan rencana;
 - d. sistem *inspektif*, yaitu suatu sistem pengawasan dengan mengadakan pemeriksaan setempat secara langsung dengan tujuan mengetahui sendiri keadaan yang sebenarnya;
 - e. sistem *investigatif* yaitu suatu pengawasan dengan jalan mengadakan penelitian, penyelidikan untuk mengetahui kesalahan dan membongkar adanya penyelewengan. Sistem ini terdiri atas *inspektif* dan *verifikatif*;
 - f. kombinasi sistem *preventif* dan *represif* yaitu suatu sistem pengawasan dari suatu usaha yang dilakukan baik sebelum maupun sesudah usaha tersebut berjalan.
3. Penilaian dari pelaksanaan pengawasan.

Penilaian adalah proses penetapan secara sistematis tentang nilai, tujuan, efektivitas, atau kecocokan sesuatu sesuai dengan kriteria dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Penilaian sebagai kegiatan sistematis untuk mengumpulkan, mengolah, menganalisis, mendeskripsikan, dan menyajikan data atau informasi yang diperlukan sebagai masukan untuk pengambilan keputusan (Huber, 2000). Menurut Huber (2000), evaluasi dilakukan sejak perencanaan program berkaitan dengan dimensi kualitatif tentang efektivitas program, mengarah pada upaya menyiapkan bahan masukan untuk

pengambilan keputusan tentang ketepatan, perbaikan perluasan, atau pengembangan program terkait dengan pengambilan keputusan tentang penyusunan rancangan dan isi program.

Langkah III : Memperbaiki Penyimpangan

Tujuan dari hal ini adalah mengadakan perbaikan dari hasil kerja yang kurang atau salah untuk memperoleh hasil yang lebih besar dan lebih efisien. Setelah data melalui pengawas diperoleh, maka dianalisis dan masalah yang timbul dicarikan pemecahannya serta mencegah membuat masalah pada waktu mendatang. Pembinaan yang efektif dapat digambarkan melalui lima langkah pokok yang berurutan. Kelima langkah itu adalah sebagai berikut.

1. Mengumpulkan informasi

Informasi yang dihimpun meliputi kenyataan atau peristiwa yang benar-benar terjadi dalam kegiatan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan. Pengumpulan informasi yang dianggap efektif adalah yang dilakukan secara berkala dan berkelanjutan dengan menggunakan pemantauan dan penelaahan laporan kegiatan.

2. Mengidentifikasi masalah

Masalah ini diangkat dari informasi yang telah dikumpulkan dalam langkah pertama. Masalah akan muncul apabila terjadi ketidaksesuaian dengan atau penyimpangan dari kegiatan yang telah direncanakan. Ketidaksesuaian atau penyimpangan menyebabkan adanya jarak (perbedaan) antara kegiatan yang seharusnya terlaksana dengan dengan kegiatan yang benar-benar terjadi. Jarak atau perbedaan antara kegiatan inilah yang disebut masalah.

3. Menganalisis masalah

Kegiatan analisis adalah untuk mengetahui berberapa jenis masalah dan faktor-faktor penyebab timbulnya masalah tersebut. Faktor-faktor itu mungkin datang dari para pelaksana kegiatan, sasaran kegiatan, fasilitas, biaya, proses, waktu, dan kondisi lingkungan. Di samping faktor penyebab, diidentifikasi pula sumber-sumber dan potensi yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah yang timbul. Hasil analisis ini penting untuk diperhatikan dalam upaya pemecahan masalah.

4. Mencari dan menetapkan alternatif pemecahan masalah

Kegiatan pertama yang perlu dilakukan adalah mengidentifikasi alternatif upaya yang dapat dipertimbangkan untuk memecahkan masalah. Alternatif ini disusun setelah memperhatikan sumber-sumber pendukung dan kemungkinan hambatan yang akan ditemui dalam upaya pemecahan masalah. Kegiatan selanjutnya adalah menetapkan prioritas upaya pemecahan masalah yang dipilih dari alternatif yang tersedia.

5. Melaksanakan upaya pemecahan masalah

Pelaksanaan upaya ini dapat dilakukan pembina baik secara langsung maupun secara tidak langsung. Pembinaan secara langsung dapat dibagi dua macam, yaitu *pertama*, pembinaan individual (perorangan), yaitu pembinaan yang dilakukan terhadap seseorang pelaksana kegiatan. Pihak pembina memberikan dorongan, bantuan, dan bimbingan langsung pada pelaksana kegiatan. Cara ini tepat dilakukan apabila pihak yang dibina mempunyai kegiatan beraneka ragam atau memerlukan pembinaan bervariasi. Teknik-teknik yang dapat digunakan antara lain adalah dialog, diskusi, bimbingan individual, dan peragaan. *Kedua*, pembinaan kelompok. Pihak supervisor melayani para pelaksana kegiatan secara kelompok. Pembinaan ini dapat digunakan apabila para pelaksana kegiatan

atau pihak yang dibina memiliki kesamaan kegiatan atau kesamaan permasalahan yang dihadapi. Pembinaan kelompok dapat menghemat biaya, waktu, dan tenaga. Teknik- teknik yang dapat digunakan dalam pembinaan kelompok antara lain diskusi, penataran, rapat kerja, demonstrasi, dan lokakarya. Secara tidak langsung upaya pemecahan masalah yang diputuskan oleh pihak pembina itu dilakukan melalui pihak lain, seperti melalui orang lain atau media tertulis.

Melalui orang lain adalah pembinaan yang dilakukan oleh pejabat dari organisasi yang lebih tinggi atau melalui tenaga khusus yang diberi tugas pembinaan. Sementara itu, yang melalui media tertulis antara lain ialah pembinaan yang dilakukan dalam bentuk pedoman, petunjuk pelaksanaan, dan korespondensi. Teknik-teknik pembinaan tidak langsung mencakup kegiatan memberikan petunjuk, pedoman, dan informasi kepada pihak yang dibina tentang kegiatan yang harus dikerjakan. Alat atau media yang digunakan mencakup media tertulis, seperti surat-menyurat atau media cetak (lembaran pedoman, brosur, dan buletin).

MANFAAT SUPERVISI

Manfaat yang dimaksud apabila ditinjau dari sudut manajemen dapat dibedakan atas dua macam.

1. Meningkatkan efektivitas kerja

Peningkatan efektivitas kerja ini erat hubungannya dengan makin meningkatnya pengetahuan dan keterampilan “bawahan”, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara “atasan” dengan “bawahan”.

2. Meningkatkan efisiensi kerja

Peningkatan efisiensi kerja ini erat hubungannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan oleh “bawahan”, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, dana, dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah.

Supervisi mempunyai tiga kegunaan. *Pertama*, supervisi berguna untuk meningkatkan kemampuan supervisor dalam memberikan layanan kepada para pelaksana kegiatan (perawat). Kemantapan kemampuan akan dialami apabila supervisor sering melakukan supervisi. *Kedua*, supervisi bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan para pelaksana kegiatan. *Ketiga*, hasil supervisi berguna untuk menyusun pedoman atau petunjuk pelaksanaan layanan profesional kepada pelaksana kegiatan. Proses memberikan layanan, format-format yang digunakan, catatan dan laporan supervisi, serta interaksi melalui hubungan kemanusiaan antara supervisor dan yang disupervisi merupakan informasi yang bermanfaat untuk menyusun patokan-patokan supervisi berdasarkan pengalaman lapangan. Dengan demikian, supervisi berguna untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap para pelaksana kegiatan agar program itu dapat dilaksanakan dengan baik

sesuai dengan yang telah direncanakan.

Supervisi akan mencapai tingkat kegunaan yang tinggi apabila kegiatannya dilakukan melalui tiga prinsip hubungan kemanusiaan, yaitu *pengakuan dan penghargaan, objektivitas, serta kesejawatan*. Hubungan kemanusiaan mengisyaratkan bahwa supervisi dilakukan secara wajar, terbuka, dan partisipatif. Pengakuan dan penghargaan berkaitan dengan sikap supervisor untuk mengakui potensi dan penampilan pihak yang disupervisi dan menghargai bahwa pihak yang disupervisi dapat dan harus mengembangkan diri. Objektivitas berkaitan dengan informasi dan permasalahan yang telah ditemukan yang diperlakukan oleh supervisor sebagaimana adanya, sedangkan upaya pemecahan permasalahan dilakukan secara rasional. Kesejawatan memberi corak bahwa kegiatan pelayanan dilangsungkan dalam suasana akrab dan kekerabatan. Hubungan kemanusiaan mendasari pelayanan profesional. Titik berat hubungan kemanusiaan ialah sikap dan ekspresi yang menunjukkan pengakuan, pujian, dan penghargaan, bukan sebaliknya yaitu mencerminkan pengabaian, penentangan, dan makian terhadap aktivitas yang dilakukan oleh pihak yang disupervisi.

Penerapan Supervisi Keperawatan pada Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKAP)

PENGERTIAN

Supervisi adalah suatu teknik pelayanan yang tujuan utamanya adalah mempelajari dan memperbaiki secara bersama-sama (Huber, 2000). Supervisi keperawatan adalah suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas dalam rangka mencapai tujuan.

TUJUAN SUPERVISI

Tujuan supervisi adalah pemenuhan dan peningkatan pelayanan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, keterampilan, dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas.

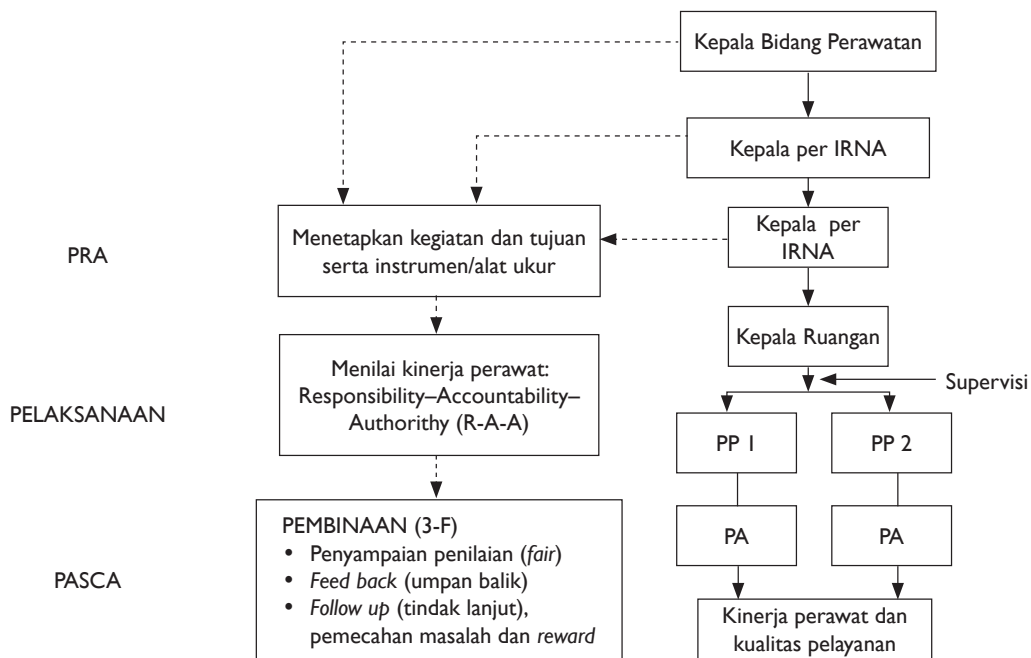
PRINSIP SUPERVISI

1. Supervisi dilakukan sesuai dengan struktur organisasi.
2. Supervisi memerlukan pengetahuan dasar manajemen, keterampilan hubungan antarmanusia dan kemampuan menerapkan prinsip manajemen dan kepemimpinan.
3. Fungsi supervisi diuraikan dengan jelas, terorganisir dan dinyatakan melalui petunjuk, peraturan, uraian tugas, dan standar.
4. Supervisi merupakan proses kerja sama yang demokratis antara supervisor dan perawat pelaksana.
5. Supervisi merupakan visi, misi, falsafah, tujuan, dan rencana yang spesifik.
6. Supervisi menciptakan lingkungan yang kondusif, komunikasi efektif, kreativitas, dan motivasi.
7. Supervisi mempunyai tujuan yang berhasil dan berdaya guna dalam pelayanan keperawatan yang memberi kepuasan klien, perawat, dan manajer.

PELAKSANA SUPERVISI

1. Kepala Ruang:
 - a. bertanggung jawab dalam supervisi pelayanan keperawatan pada klien di ruang perawatan;
 - b. merupakan ujung tombak penentu tercapai atau tidaknya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit;
 - c. mengawasi perawat pelaksana dalam melaksanakan praktik keperawatan di ruang perawatan sesuai dengan yang didelegasikan.
2. Pengawas keperawatan, bertanggung jawab dalam supervisi pelayanan kepada kepala ruangan yang ada di instalasinya.
3. Kepala seksi keperawatan, mengawasi instalasi dalam melaksanakan tugas secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung.

ALUR SUPERVISI



LANGKAH SUPERVISI

Prasupervisi

1. Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi.
2. Supervisor menetapkan tujuan dan kompetensi yang akan dinilai.

Pelaksanaan Supervisi

1. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrumen yang telah disiapkan.
2. Supervisor mendapat beberapa hal yang memerlukan pembinaan.
3. Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan.
4. Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara, dan memvalidasi data sekunder.
 - a. Supervisor mengklarifikasi permasalahan yang ada.
 - b. Supervisor melakukan tanya jawab dengan perawat.

Pascasupervisi-3F

1. Supervisor memberikan penilaian supervisi (*F-Fair*).
2. Supervisor memberikan *feedback* dan klarifikasi (sesuai hasil laporan supervisi).
3. Supervisor memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan.

PERAN SUPERVISOR DAN FUNGSI SUPERVISI KEPERAWATAN

Peran dan fungsi supervisor dalam supervisi adalah mempertahankan keseimbangan pelayanan keperawatan dan manajemen sumber daya yang tersedia.

1. Manajemen pelayanan keperawatan.
Tanggung jawab supervisor adalah sebagai berikut.
 - a. Menetapkan dan mempertahankan standar praktik keperawatan.
 - b. Menilai kualitas asuhan keperawatan dan pelayanan yang diberikan.
 - c. Mengembangkan peraturan dan prosedur yang mengatur pelayanan keperawatan, kerja sama dengan tenaga kesehatan lain yang terkait.
2. Manajemen anggaran.
Manajemen keperawatan berperan aktif dalam membantu perencanaan dan pengembangan. Supervisor berperan dalam hal berikut.
 - a. Membantu menilai rencana keseluruhan dikaitkan dengan dana tahunan yang tersedia dan mengembangkan tujuan unit yang dapat dicapai sesuai tujuan RS.
 - b. Membantu mendapatkan informasi statistik untuk merencanakan anggaran keperawatan.
 - c. Memberi justifikasi proyeksi anggaran unit yang dikelola.

Supervisi yang berhasil guna dan berdaya guna tidak dapat terjadi begitu saja, tetapi memerlukan praktik dan evaluasi penampilan agar dapat dijalankan dengan tepat. Kegagalan supervisi dapat menimbulkan kesenjangan dalam pelayanan keperawatan.

TEKNIK SUPERVISI MELIPUTI

1. Proses supervisi keperawatan terdiri atas tiga elemen kelompok, yaitu:
 - a. mengacu pada standar asuhan keperawatan;

- b. fakta pelaksanaan praktik keperawatan sebagai pembanding untuk menetapkan pencapaian;
 - c. tindak lanjut dalam upaya memperbaiki dan mempertahankan kualitas asuhan.
2. Area supervisi.
- a. Pengetahuan dan pengertian tentang asuhan keperawatan kepada klien.
 - b. Keterampilan yang dilakukan disesuaikan dengan standar.
 - c. Sikap penghargaan terhadap pekerjaan misalnya kejujuran dan empati.
- Area supervisi keperawatan mencakup aspek kognitif, sikap dan perilaku, yang meliputi:
- a. kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien;
 - b. pendokumentasian asuhan keperawatan;
 - c. penerimaan pasien baru;
 - d. pendidikan kesehatan melalui perencanaan pulang;
 - e. pengelolaan logistik dan obat;
 - f. penerapan metode ronde keperawatan dalam menyelesaikan masalah keperawatan klien;
 - g. pelaksanaan timbang terima.

3. Cara supervisi.

Supervisi dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu sebagai berikut.

a. Langsung

Supervisi dilakukan secara langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung, yaitu supervisor dapat terlibat dalam kegiatan, umpan balik, dan perbaikan. Proses supervisi meliputi:

- 1) perawat pelaksana melakukan secara mandiri suatu tindakan keperawatan didampingi oleh supervisor;
- 2) selama proses, supervisor dapat memberi dukungan, *reinforcement*, dan petunjuk;
- 3) setelah selesai, supervisor dan perawat pelaksana melakukan diskusi yang bertujuan untuk menguatkan yang telah sesuai dan memperbaiki yang masih kurang. *Reinforcement* pada aspek yang positif sangat penting dilakukan oleh supervisor.

b. Supervisi secara tidak langsung

Supervisi dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan. Supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi di lapangan sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta. Umpan balik dapat diberikan secara tertulis.

PERAN KEPALA RUANGAN, PP DAN PA DALAM METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL PRIMER (MAKP-PRIMER)

1. Peran kepala ruang

- a. Sebagai konsultan dan pengendali mutu perawat primer.
- b. Mengorientasi dan merencanakan karyawan baru.
- c. Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan kepada PP.
- d. Evaluasi kerja.
- e. Merencanakan atau menyelenggarakan pengembangan staf.

2. Peran perawat/ners primer (PP)
 - a. Menerima klien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komperhensif.
 - b. Membuat tujuan dan merencanakan keperawatan.
 - c. Melaksanakan rencana yang telah dibuat.
 - d. Mengomunikasikan dan mengoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain atau perawat.
 - e. Menerima dan menyesuaikan rencana asuhan.
 - f. Menyiapkan penyuluhan untuk pasien pulang.
 - g. Menyiapkan rujukan kepada tim pelayanan kesehatan terkait
 - h. Mengadakan kunjungan rumah bila perlu.

3. Peran perawat/ners *associate* (PA)

Peran PA adalah melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun oleh PP.

DELEGASI/PENDELEGASIAN

Delegasi adalah pendelegasian penyelesaian pekerjaan yang dikerjakan melalui orang lain untuk menyelesaikan tujuan organisasi (Nursalam, 2002). Unsur-unsur dalam proses delegasi meliputi **R-A-A**, yaitu:

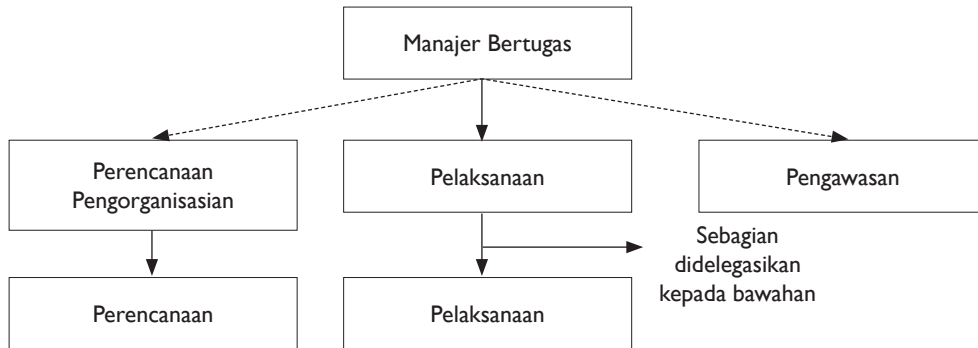
1. Tanggung Jawab (*responsibility*), adalah pekerjaan-pekerjaan yang harus diselesaikan oleh seseorang pada jabatan tertentu.
2. Kemampuan (*accountability*), adalah kompeten dalam memberikan pertanggungjawaban atas pelimpahan yang diberikan kepadanya.
3. Kewenangan (*authority*), adalah hak atau wewenang untuk memutuskan segala sesuatu yang berhubungan dengan fungsinya.

Dari uraian ketiga unsur di atas, jelas bahwa *authority* (kekuasaan) dan *responsibility* (tugas) dapat didelegasikan, sedangkan *accountability* (kemampuan) tidak dapat didelegasikan. Ini berarti bahwa seseorang pemimpin yang mendelegasikan tugas dan kekuasaannya kepada bawahannya tidak berarti mendelegasikan pertanggungjawabannya, tetapi ia tetap bertanggung jawab terhadap pelaksanaan tugas yang didelegasikan kepada bawahannya.

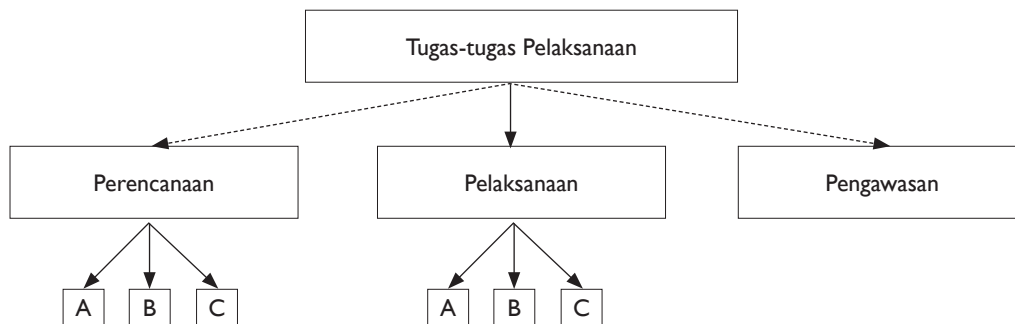
TUGAS-TUGAS YANG DIDELEGASIKAN

Tugas yang dapat didelegasikan dari atasan kepada bawahan, dapat dibedakan menjadi dua, yang dapat ditinjau dari aspek berikut.

1. Ditinjau dari tugas proses (Manullang, 2001: 113–114)



Pada Figur 1 di atas, terlihat bahwa fungsi manajer (supervisor) disederhanakan menjadi tiga fungsi, yaitu perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan.



Pada Figur 2 di atas, terlihat bahwa para bawahan yang menerima delegasi tugas dan kekuasaan, selanjutnya mendelegasikan tugas dan kekuasaan kepada bawahannya. Pada keadaan ini manajer terdahulu lebih banyak lagi mendelegasikan perencanaan dan pelaksanaan dan semakin banyak ia memusatkan perhatian dalam pengawasan. Kalau diperhatikan, kedua gambar di atas tampak bahwa tugas-tugas perencanaan dan pelaksanaan sebagian besar dapat didelegasikan, sedangkan tugas pengawasan tidak dapat didelegasikan (hanya sebagian kecil saja).

2. Ditinjau dari aspek bidang (spesialisasi).

Pendelegasian dari aspek ini sesuai dengan struktur organisasi karena masing-masing bidang mempunyai uraian tugas sesuai fungsi masing-masing bidang. Delegasi yang efektif memiliki beberapa ciri-ciri, yaitu:

- a. unsur delegasi harus lengkap dan jelas;
- b. harus mendelegasikan kepada orang yang tepat;
- c. pemberi delegasi harus memberikan peralatan yang cukup dan mengusahakan keadaan lingkungan yang efisien;
- d. yang memberi delegasi harus memberikan insentif atau rangsangan materi atau nonmateri.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S. 2000. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, edisi ke 3. Jakarta: Bina Rupa Aksara, hlm 287–321.
- Huber, D. L. *Leadership and Nursing Care Management*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2007. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Marquis, B.L. dan C.J. Huston .1998. *Management Decision Making for Nurses*, 124. Case Studies. Edisi 3. Philadelphia: JB. Lippincott.

Contoh: Lampiran

INSTRUMEN SUPERVISI INJEKSI INTRAVENA

Hari/Tanggal : Supervisor :

Yang disupervisi : Ruangan :

Aspek Penilaian	Parameter	Bobot	Dilakukan		Keterangan
			Ya	Tidak	
Persiapan	A. Menyiapkan alat steril				
	1. Kapas steril	1			
	2. Bak injeksi	1			
	3. S spuit sesuai kebutuhan	1			
	B. Menyiapkan alat nonsteril				
	1. Sarung tangan	1			
	2. Alkohol 70%	1			
	3. Pengalas	1			
	4. Bengkok	1			
	5. Alat tulis	1			
	6. Buku injeksi	1			
	7. Jam tangan dengan detikan	1			
	C. Menyiapkan bahan-bahan				
1. Obat.	3				
D. Menyiapkan pasien					
1. Memberi penjelasan kepada pasien tentang prosedur yang akan dilakukan.	2				
2. Mengatur posisi pasien yang nyaman.	1				
Pelaksanaan	Pelaksanaan injeksi intravena:				
	1. Cuci tangan kemudian menggunakan sarung tangan.	3			
	2. Memasukkan obat dalam spuit.	3			
	3. Pastikan infus dalam keadaan menetes lancar tidak ada tanda-tanda flebitis, kemudian klem atau pengatur tetesan dimatikan.	2			
	4. Melakukan desinfeksi dengan alkohol 70% pada daerah yang akan diinjeksi.	3			
	5. Obat dimasukkan.	3			
	6. Lihat ekspresi wajah wajah pasien.	2			
	7. Pengatur tetesan dibuka kembali, kemudian tetesan diatur sesuai dengan kebutuhan yang sudah ditentukan.	2			
	8. Pasien dirapikan, alat-alat dibereskan.	1			

Aspek Penilaian	Parameter	Bobot	Dilakukan		Keterangan
			Ya	Tidak	
	9. Melepas sarung tangan dan cuci tangan.	1			
	10. Mencatat dan memberi tanda pada format pemberian injeksi dan buku injeksi.	2			
Sikap	Sikap perawat pada waktu injeksi:	1			
	1. Komunikasi	1			
	2. Kerja sama	3			
	3. Tanggung jawab	3			
	4. Kewaspadaan				
Evaluasi	Evaluasi:	2			
	1. Mengevaluasi lokasi penyuntikan dan kelancaran tetesan.	1			
	2. Mengevaluasi kenyamanan posisi.	1			
	3. Mengobservasi kemungkinan flebitis.				
	Total Nilai	40			

Kriteria:

Baik : 35–40

Cukup : 30–35

Kurang : < 30

Surabaya,

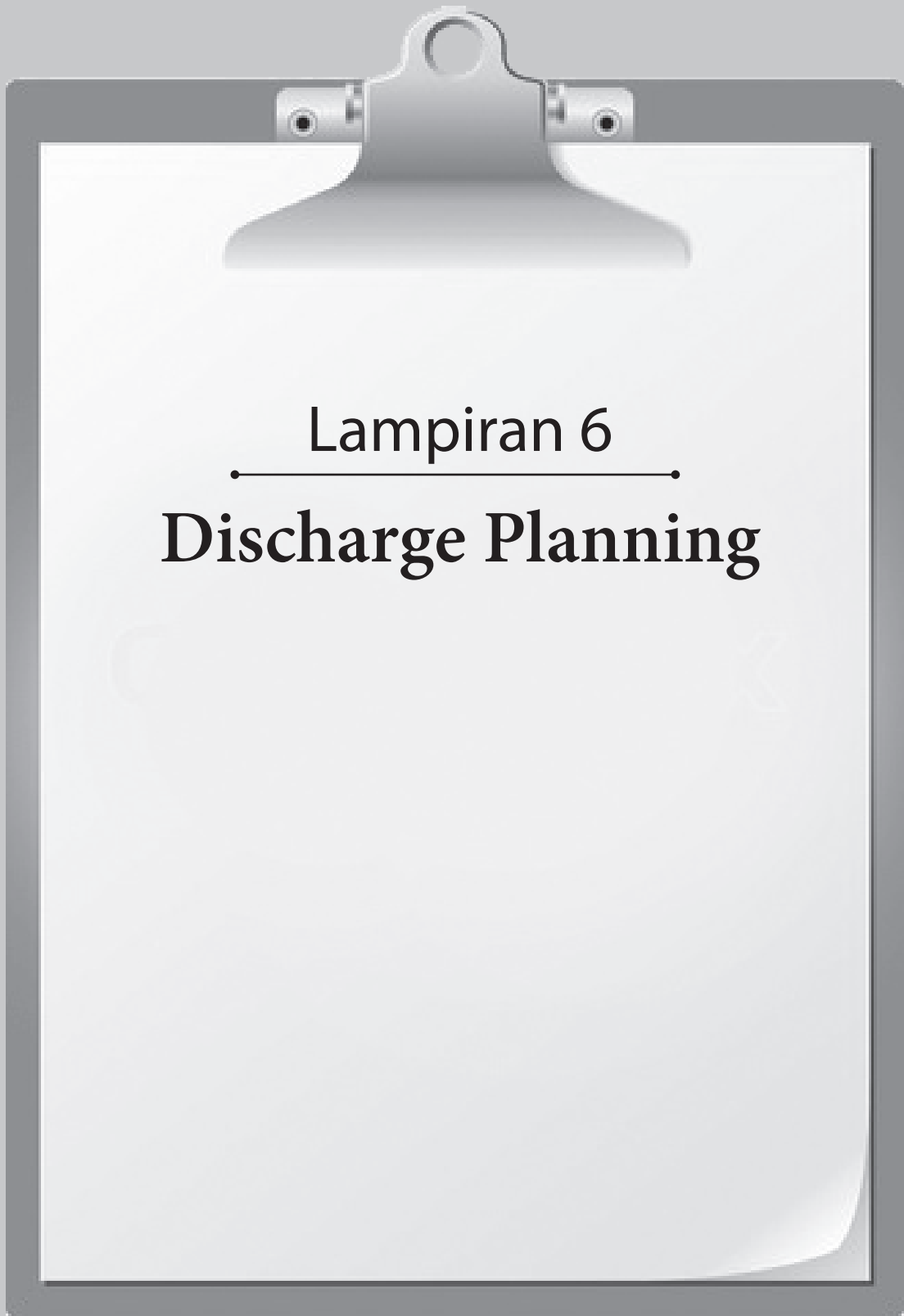
Kepala ruangan

CONTOH FORMAT LAPORAN SUPERVISI

MASALAH YANG DITEMUKAN	PENYEBAB	REKOMENDASI/SARAN

Tanda Tangan Ners yang Disupervisi

Tanggal,
Tanda Tangan Supervisor



Lampiran 6
Discharge Planning

Penerimaan Pasien Baru

PENGERTIAN

Penerimaan pasien baru adalah metode dalam menerima kedatangan pasien baru (pasien dan/atau keluarga) di ruang pelayanan keperawatan, khususnya pada rawat inap atau keperawatan intensif. Dalam penerimaan pasien baru, maka sampaikan beberapa hal mengenai orientasi ruang, pengenalan ketenagaan *ners*-medis, dan tata tertib ruang, serta penyakit.

TUJUAN

1. Menerima dan menyambut kedatangan pasien dengan hangat dan terapeutik.
2. Meningkatkan komunikasi antara perawat dengan pasien.
3. Mengetahui kondisi dan keadaan pasien secara umum.
4. Menurunkan tingkat kecemasan pasien saat MRS.

TAHAPAN PENERIMAAN PASIEN BARU

Tahap Prapenerimaan Pasien Baru

1. Menyiapkan kelengkapan administrasi.
2. Menyiapkan kelengkapan kamar sesuai pesanan.
3. Menyiapkan format penerimaan pasien baru.
4. Menyiapkan buku status pasien dan format pengkajian keperawatan.
5. Menyiapkan *informed consent* sentralisasi obat.
6. Menyiapkan *nursing kit*.
7. Menyiapkan lembar tata tertib pasien, keluarga, dan pengunjung ruang

Tahap Pelaksanaan Penerimaan Pasien Baru

1. Pasien datang di ruang diterima oleh kepala ruang/*ners* primer/*ners* yang diberi delegasi.
2. *Ners* memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarganya.
3. *Ners* menunjukkan kamar/tempat tidur pasien dan mengantar ke tempat yang telah ditetapkan.

4. Ners bersama karyawan lain memindahkan pasien ke tempat tidur (apabila pasien datang dengan *branchard*/kursi roda) dan diberikan posisi yang nyaman.
5. Perkenalkan pasien baru dengan pasien baru yang sekamar.
6. Setelah pasien tenang dan situasi sudah memungkinkan, ners memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang orientasi ruang, keperawatan (termasuk ners yang bertanggung jawab dan sentralisasi obat), medis (dokter yang bertanggung jawab dan jadwal *visite*), dan tata tertib ruang serta penyakit.
7. Ners menanyakan kembali tentang kejelasan informasi yang telah disampaikan.
8. Apabila pasien atau keluarga sudah jelas, maka diminta untuk menandatangani *informed consent* sentralisasi obat.
9. Ners menyerahkan kepada pasien lembar kuesioner tingkat kepuasan pasien.
10. Ners mulai melakukan pengkajian terhadap pasien sesuai dengan format.

Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan

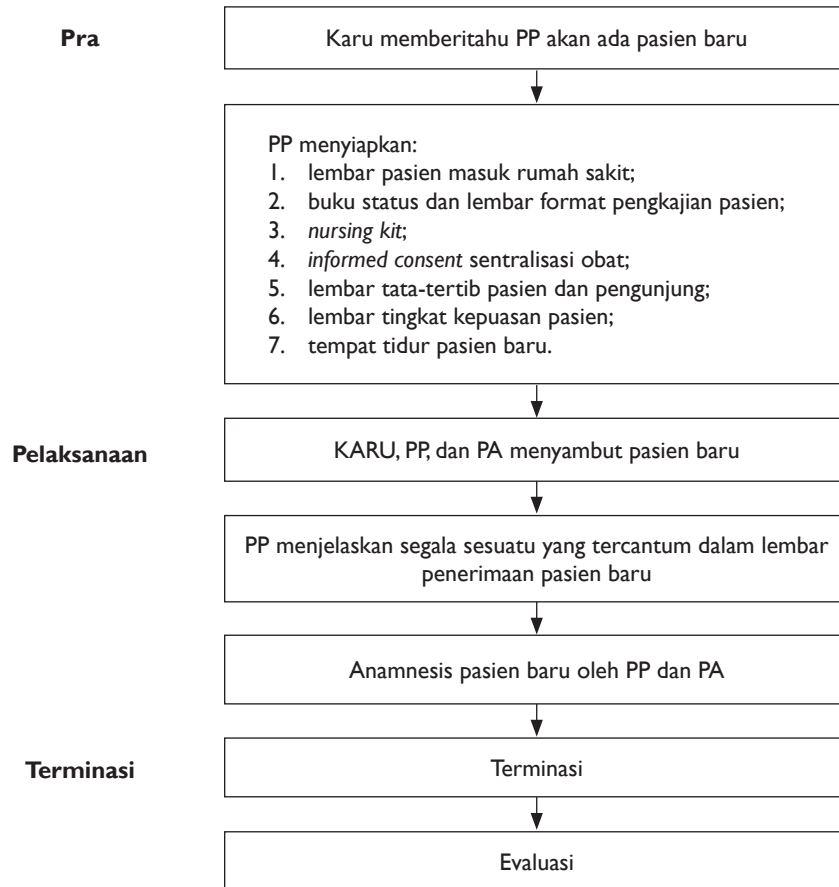
1. Pelaksanaan secara efektif dan efisien.
2. Dilakukan oleh kepala ruang atau ners primer dan/atau ners associate yang telah diberi wewenang/delegasi.
3. Saat pelaksanaan tetap menjaga privasi pasien.
4. Ajak pasien komunikasi yang baik dan beri sentuhan terapeutik.

Peran Ners dalam Penerimaan Pasien Baru

1. Kepala ruang (Karu)
 - a. Menerima pasien baru.
 - b. Memeriksa kelengkapan yang diperlukan untuk persiapan pasien baru.
2. Ners primer/ketua tim (PP)
 - a. Menyiapkan lembar penerimaan pasien baru.
 - b. Menandatangani lembar penerimaan pasien baru.
 - c. Mengorientasikan pasien pada ruang.
 - d. Memberi penjelasan tentang ners dan dokter yang bertanggung jawab.
 - e. Mendelegasikan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada pasien baru kepada ners associate.
 - f. Mendokumentasikan penerimaan pasien baru.
3. Ners associate (PA)

Membantu ners primer dalam pelaksanaan penerimaan pasien baru, pengkajian, dan pemeriksaan fisik pada pasien baru.

Alur Penerimaan Pasien Baru



Mekanisme Penerimaan Pasien Baru

TAHAP	KEGIATAN	TEMPAT	WAKTU	PELAKSANA
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. KARU memberitahu PP bahwa akan ada pasien baru. 2. PP menyiapkan hal-hal yang diperlukan dalam penerimaan pasien baru, di antaranya lembar pasien masuk RS, lembar pengkajian, lembar <i>informed consent</i>, status pasien, <i>nursing kit</i>, lembar tata tertib pasien, dan lembar kepuasan pasien. PP meminta bantuan PA untuk mempersiapkan tempat tidur pasien baru. 3. Karu menanyakan kembali pada PP tentang kelengkapan untuk penerimaan pasien baru dan memeriksa kelengkapan dokumen yang telah disiapkan. 4. PP menyebutkan hal-hal yang telah dipersiapkan. 	<i>Nurse Station</i>	5 menit	KARU PP

TAHAP	KEGIATAN	TEMPAT	WAKTU	PELAKSANA
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karu dan PP mendatangi pasien dan keluarga dengan memberi salam serta memperkenalkan diri, PP, dan PA pada pasien/keluarga. 2. PP mengisi lembar pasien masuk serta menjelaskan mengenai beberapa hal yang tercantum dalam lembar penerimaan pasien baru. PP menjelaskan tentang penyakit yang diderita pasien, terapi yang akan dijalani, menjelaskan dokter yang menangani pasien dan jadwal kunjungan, menjelaskan fasilitas yang ada, serta aturan yang ada di rumah sakit. PP mengorientasikan pasien pada ruang/lingkungan rumah sakit. PP dibantu PA untuk melakukan pengkajian keenersan dan pemeriksaan fisik pada pasien. Penjelasan yang terkait dengan penyakit oleh dokter yang merawat dan/atau bisa didelegasikan kepada ners. 3. PP menanyakan kembali pada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang belum dimengerti. 4. PP, pasien, dan keluarga menandatangani lembar penerimaan pasien baru. 5. Karu, PP, dan PA kembali ke <i>Nurse Station</i>. 	Kamar Pasien	20 menit	KARU PP PA Pasien dan keluarga
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karu memeriksa kembali kelengkapan pengisian dokumen penerimaan pasien baru. 2. Karu memberikan penghargaan pada PP dan PA. 3. PP merencanakan intervensi keenersan. 	<i>Nurse Station</i>	5 menit	KARU PP PA

KRITERIA EVALUASI

Evaluasi Struktur

1. Sarana dan prasarana yang menunjang antara lain lembar penerimaan pasien baru, *informed consent* sentralisasi obat, format pengkajian, *nursing kit*, buku status pasien, lembar kuesioner tingkat kepuasan pasien, serta lembar tata tertib pasien dan pengunjung.
2. Penerimaan pasien baru pada sif pagi dilakukan oleh KARU, PP, dan PA. Sementara, pada sif sore dilakukan oleh PP dan PA.

Evaluasi Proses

1. Pasien baru disambut oleh Karu, PP, dan PA.
2. Pasien baru diberi penjelasan tentang orientasi ruang, nersan??? (termasuk sentralisasi obat), medis, serta tata tertib ruang.

3. PP dibantu PA melakukan pengkajian kecernaan dan pemeriksaan fisik kepada pasien baru.
4. Ners melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien dan keluarga.
5. KARU menemani PP dan PA dalam melaksanakan kegiatan penerimaan pasien baru.

Evaluasi Hasil

1. Hasil penerimaan pasien baru didokumentasikan dengan benar.
2. Pasien mengetahui tentang fasilitas ruang, nersan, medis, serta tata tertib ruang.
3. Pasien sudah menandatangani *informed consent* penerimaan pasien baru.

DAFTAR PUSTAKA

- Gillies. 1989. *Manajemen Keperawatan Suatu Pendekatan Sistem*. Alih Bahasa: Dika Sukmana. Jakarta.
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

LEMBAR PENERIMAAN PASIEN BARU

Nama/Umur :
No. RM :
Dx. Medis :

Alamat/No. Tlp. :
Tgl. MRS/Jam :

Penjelasan tentang 3P**P1: PERKENALAN (ORIENTASI RUANG, SARANA LAIN, DAN ORANG)**

1. Perkenalan diri
2. Perkenalan ners yang bertanggung jawab, yaitu Kepala Ruang; Ners Primer; Ners Associate
3. Perkenalkan dokter yang bertanggung jawab dan tenaga nonkeperawatan (administrasi, ahli gizi, dan lain-lain.)
4. Perkenalan ruang/lingkungan
 - a. Dapur
 - b. Kamar mandi
 - c. Ruang dokter
 - d. Ruang ners.
 - e. Depo farmasi
5. Perkenalkan pasien baru dengan pasien lain yang sekamar (bila ada)

P2: PERATURAN RUMAH SAKIT

6. Penjelasan tentang aturan rumah sakit/peraturan
 - a. Fasilitas
 - b. Jam berkunjung
 - c. Penunggu pasien
 - 1) Penunggu adalah keluarga terdekat pasien
 - 2) Masing-masing pasien hanya boleh ditunggu satu penunggu
 - 3) Setiap penunggu akan mendapatkan kartu penunggu
 - d. Waktu makan
 - e. Tata cara pembayaran jasa rumah sakit
 - f. Penjelasan akan sistem sentralisasi obat
 - g. Anjuran untuk tidak membawa barang berharga

P3: PENYAKIT/DIAGNOSIS

1. Pengertian
1. Etiologi
2. Tanda dan gejala
3. Pemeriksaan
4. Pengobatan—rencana sentralisasi obat
5. Prognosis

Menanyakan kembali tentang kejelasan informasi yang telah disampaikan

* Keterangan : Isi dengan “√” jika sudah dilakukan

Ners Primer,

()

Surabaya,
Pasien/keluarga,

()

Perencanaan Pulang dalam Persiapan Keperawatan di Rumah

PENDAHULUAN

Perencanaan pulang (*discharge planning*) merupakan komponen yang terkait dengan rentang ners. Rentang keperawatan sering pula disebut dengan keperawatan yang berkelanjutan yang artinya keperawatan yang selalu dibutuhkan pasien di mana pun pasien berada. Rentang keperawatan kontinu (*continuum of care*) adalah integrasi sistem keperawatan yang berfokus pada pasien terdiri atas mekanisme pelayanan keperawatan yang membimbing, mengarahkan pasien sepanjang waktu (Chesca, 1982).

Perencanaan pulang merupakan bagian penting dari program keperawatan pasien yang dimulai segera setelah pasien masuk rumah sakit. Hal ini merupakan suatu proses yang menggambarkan usaha kerja sama antara tim kesehatan, keluarga, pasien, dan orang yang penting bagi pasien.

PENGERTIAN

Perencanaan pulang merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. Perencanaan pulang merupakan proses yang dinamis, agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien melakukan keperawatan mandiri di rumah. Perencanaan pulang didapatkan dari proses interaksi ketika keperawatan profesional, pasien, dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien saat perencanaan harus berpusat pada masalah pasien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta keperawatan rutin yang sebenarnya (Swenberg, 2000).

TUJUAN

Tujuan perencanaan pulang adalah:

1. menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial;
2. meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
3. meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien;

4. membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain;
5. membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien;
6. melaksanakan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

Rorden dan Nursalam (2011) mengungkapkan bahwa perencanaan pulang bertujuan untuk:

1. membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan, pencegahan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi angka kambuh dan penerimaan kembali di rumah sakit; dan
2. terjadi pertukaran informasi antara pasien sebagai penerima pelayanan dengan keperawatan dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit.

MANFAAT

Perencanaan pulang mempunyai manfaat antara lain sebagai berikut (Nursalam, 2002, 2007, 2011).

1. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat penjaran selama di rumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu di rumah.
2. Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas keperawatan pasien.
3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru.
4. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan rumah.

PRINSIP-PRINSIP

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi. Kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi.
3. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
4. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia atau fasilitas yang tersedia di masyarakat.
5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaan pulang harus dilakukan.

JENIS-JENIS

Chesca (1982) mengklasifikasikan jenis pemulangan pasien sebagai berikut.

1. *Conditioning discharge* (pulang sementara atau cuti), keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi

pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat

2. *Absolute discharge* (pulang mutlak atau selamanya), cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit. Namun apabila pasien perlu dirawat kembali maka prosedur keperawatan dapat dilakukan kembali.
3. *Judicial discharge* (pulang paksa), kondisi ini pasien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi pasien harus dipantau dengan melakukan kerja sama dengan keperawatan puskesmas terdekat.

HAL-HAL YANG HARUS DIKETAHUI PASIEN SEBELUM PULANG

1. Instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan, serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi.
2. Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus dilakukan di rumah.
3. Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan.
4. Jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengantisipasi.
5. Pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga maupun pasien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi, dan lain-lain.
6. Informasi tentang nomor telepon layanan keperawatan, medis, dan kunjungan rumah apabila pasien memerlukan.

FAKTOR-FAKTOR YANG PERLU DIKAJI DALAM PERENCANAAN PULANG PASIEN DENGAN POSTLAPARATOMI

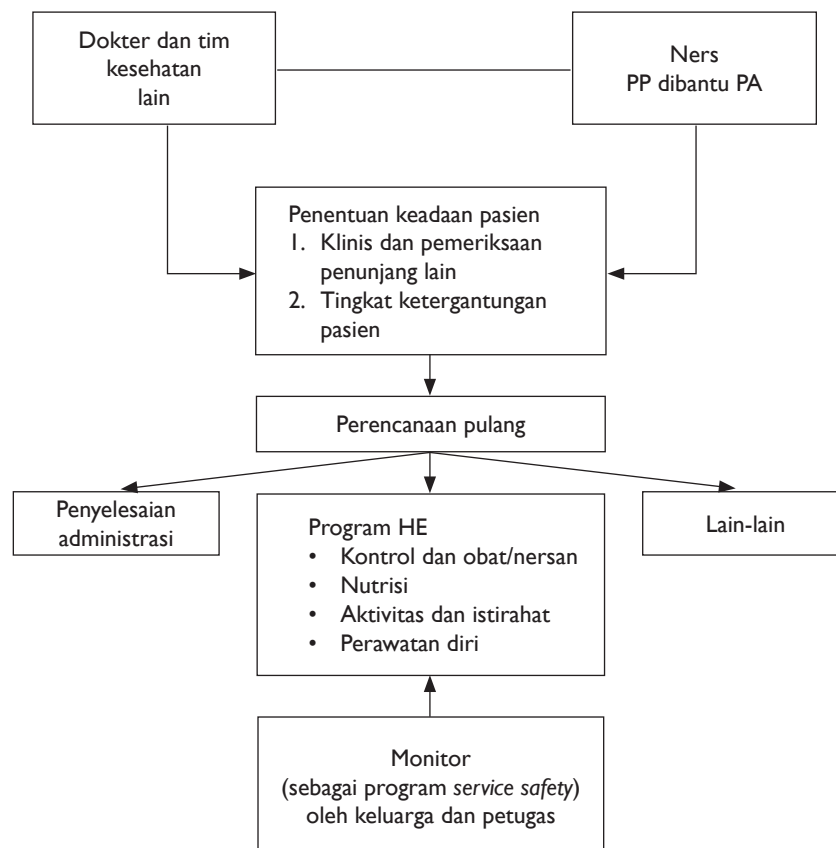
Pada pasien dengan postlaparatomi beberapa faktor yang perlu dikaji dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut.

1. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, terapi, dan keperawatan yang diperlukan.
2. Kebutuhan psikologis dan hubungan interpersonal di dalam keluarga.
3. Keinginan keluarga dan pasien menerima bantuan dan kemampuan mereka memberi asuhan.
4. Bantuan yang diperlukan pasien.
5. Pemenuhan kebutuhan aktivitas hidup sehari-hari, seperti makan, minum, eliminasi, istirahat dan tidur, berpakaian, kebersihan diri, keamanan dari bahaya, komunikasi, keagamaan, rekreasi, serta sekolah.
6. Sumber dan sistem pendukung yang ada di masyarakat.
7. Sumber finansial dan pekerjaan.
8. Fasilitas yang ada di rumah dan harapan pasien setelah dirawat.
9. Kebutuhan keperawatan dan supervisi di rumah.

Beberapa tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien sebelum pasien diperbolehkan pulang antara lain sebagai berikut.

1. **Pendidikan kesehatan**, diharapkan bisa mengurangi angka kambuh atau komplikasi dan meningkatkan pengetahuan pasien serta keluarga tentang keperawatan postlaparatomi. Pendidikan kesehatan terkait dengan keperawatan postoperatif yang perlu diberikan pada pasien dengan postlaparatomi meliputi (Long, 1996):
 - a. kontrol (waktu dan tempat);
 - b. lanjutan keperawatan (luka operasi, pemasangan gift, dan tindakan lainnya);
 - c. diet/nutrisi yang harus dikonsumsi;
 - d. aktivitas dan istirahat, kontrol;
 - e. keperawatan diri (kebersihan dan mandi).
2. **Program pulang bertahap** bertujuan untuk melatih pasien untuk kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat antara lain apa yang harus dilakukan pasien di rumah sakit dan apa yang harus dilakukan oleh keluarga.
3. **Rujukan** integritas pelayanan kesehatan harus mempunyai hubungan langsung antara keperawatan komunitas atau praktik mandiri keperawatan dengan rumah sakit, sehingga dapat mengetahui perkembangan pasien di rumah.

ALUR DISCHARGE PLANNING



Keterangan:

1. Tugas Keperawatan Primer
 - a. Membuat rencana *discharge planning*.
 - b. Membuat leaflet.
 - c. Memberikan konseling.
 - d. Memberikan pendidikan kesehatan.
 - e. Menyediakan format *discharge planning*.
 - f. Mendokumentasikan *discharge planning*.
2. Tugas Keperawatan *Associate*

Melaksanakan agenda *discharge planning* (pada saat keperawatan dan diakhiri ners).

Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

PENDAHULUAN

Perencanaan pulang (*discharge planning*) akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi yaitu antara keperawatan yang diterima pada waktu di rumah sakit dengan keperawatan yang diberikan setelah pasien pulang. Keperawatan di rumah sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan ners di rumah. Namun sampai dengan saat ini, perencanaan pulang bagi pasien yang dirawat di rumah sakit belum optimal dilaksanakan, di mana peran keperawatan terbatas pada kegiatan rutinitas saja yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang. Pasien yang memerlukan keperawatan kesehatan di rumah, konseling kesehatan atau penyuluhan, dan pelayanan komunitas tetapi tidak dibantu dalam upaya memperoleh pelayanan sebelum pemulangan sering kembali ke ruang kedaruratan dengan masalah minor, sering kali diterima kembali dalam waktu 24 jam sampai 48 jam, dan kemudian pulang kembali.

Discharge planning keperawatan merupakan komponen yang terkait dengan rentang keners. Rentang keperawatan sering pula disebut dengan keperawatan berkelanjutan yang artinya keperawatan yang dibutuhkan oleh pasien di mana pun pasien berada. Kegagalan untuk memberikan dan mendokumentasikan perencanaan pulang akan berisiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup, dan disfungsi fisik. Dalam perencanaan pulang diperlukan komunikasi yang baik terarah, sehingga apa yang disampaikan dapat dimengerti dan berguna untuk keperawatan di rumah.

TUJUAN

Tujuan Umum

Setelah dilaksanakan praktik manajemen keperawatan diharapkan Ruang Y mampu menerapkan *discharge planning*.

Tujuan Khusus

1. Mengkaji kebutuhan rencana pemulangan.
2. Mengidentifikasi masalah pasien.

3. Memprioritaskan masalah pasien yang utama.
4. Membuat perencanaan pasien pulang, yaitu mengajarkan pada pasien yang harus dilakukan dan dihindari selama di rumah.
5. Melakukan evaluasi pada pasien selama diberikan penyuluhan.
6. Mendokumentasikan.

MANFAAT

1. Bagi pasien
 - a. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan keperawatan di rumah.
 - b. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien.
 - c. Membantu pasien memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memperbaiki, serta mempertahankan status kesehatan pasien.
2. Bagi mahasiswa
 - a. Terjadi pertukaran informasi antara mahasiswa dengan pasien sebagai penerimaan pelayanan.
 - b. Mengevaluasi pengaruh intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien.
 - c. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan di rumah.

PENGORGANISASIAN

Kepala ruangan	:
PP1	:
PA1	:
PA2	:
PP2	:
Supervisor/Pembimbing	:

MEKANISME KEGIATAN

1. Topik : *Discharge planing* pada Ny. Kdt dengan diagnosis medis TB paru dan efusi pleura.
2. Sasaran : Ny. Kdt
3. Hari/tanggal :
4. Waktu :
5. Materi :
 - a. Asuhan keperawatan pada pasien dengan TB paru dan efusi pleura.
 - b. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan TB paru dan efusi pleura.
 - c. Perencanaan pulang pada pasien dengan TB paru dan efusi pleura.

METODE

1. Diskusi
2. Tanya jawab

MEDIA

1. Status pasien
2. Sarana dan prasarana ners
3. Leaflet

PELAKSANAAN KEGIATAN

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. PP I sudah siap dengan status pasien dan format <i>discharge planning</i>. 2. Menyebutkan masalah pasien. 3. Menyebutkan hal-hal yang perlu diajarkan pada pasien dan keluarga. 4. KARU memeriksa kelengkapan administrasi. 	10 menit	<i>Nurse station</i>	PPI KARU
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. PP I menyampaikan pendidikan kesehatan, melakukan demonstrasi dan redemonstrasi: <ol style="list-style-type: none"> a. diet, b. aktivitas dan istirahat, c. minum obat teratur, d. keperawatan diri. 2. PPI menanyakan kembali pada pasien tentang materi yang telah disampaikan, 3. PPI mengucapkan terima kasih. 4. Pendokumentasian. 	30 menit	<i>Bed pasien</i>	PPI

EVALUASI

1. Struktur.
 - a. Persiapan dilakukan pada saat pasien masuk Ruang Paru.
 - b. Koordinasi dengan pembimbing klinik dan akademik.
 - c. Penyusunan proposal.
 - d. Menetapkan kasus.
2. Proses.
 - a. Kelancaran kegiatan.
 - b. Peran serta keperawatanyang bertugas.
3. Hasil.
 - a. Informasi yang disampaikan dapat diterima oleh pasien dan keluarga.

Lampiran: Format Discharge Planning

PASIENT PULANG

DISCHARGE PLANNING	No. Reg. : Nama : Jenis Kelamin :
Tanggal MRS : Bagian :	Tanggal KRS : Bagian :
Dipulangkan dari RSY dengan keadaan	
<input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan <input type="checkbox"/> Lari <input type="checkbox"/> Pindah ke RS lain <input type="checkbox"/> Meninggal	
A. Kontrol:	
a. Waktu: b. Tempat:	
B. Lanjutan keperawatan di rumah (luka operasi, pemasangan <i>gift</i>, pengobatan, dan lain-lain)	
C. Aturan diet/nutrisi:	
D. Obat-Obat yang masih diminum dan jumlahnya:	
E. Aktivitas dan istirahat:	
Hal yang dibawa pulang (hasil laboratorium, foto, EKG, obat, lainnya):	
Lain-lain:	
Pasien/Keluarga	Surabaya, Ners
()	()

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN DISCHARGE PLANNING

1. No. Reg :
Diisi sesuai nomer register pasien.
1. Nama:
Diisi sesuai nama pasien.
2. Jenis kelamin:
Diisi laki laki/perempuan.
3. Tanggal MRS:
Sesuai pasien masuk RS
4. Diagnosis MRS:
Diisi oleh dokter berdasarkan pemeriksaan klinis.
5. Tanggal MRS:
Tanggal ditetapkan pasien pulang oleh dokter.
6. Diagnosis KRS:
Diagnosis pasien berdasarkan pemeriksaan klinis setelah pasien diperbolehkan pulang.
7. Dipulangkan dari RS Y dengan keadaan:
Diisi berdasar kondisi pasien pulang.
8. Tanggal/tempat kontrol:
Diisi sesuai tempat dan kontrol ketika pasien kontrol.
9. Lanjutan keperawatan di rumah:
Diisi keperawatan lanjutan sesuai diagnosis sewaktu pulang (keperawatan luka, gift, dan lain-lain).
10. Aturan diet:
Diisi berdasarkan anjuran dari ahli gizi.
11. Obat-obat yang diminum dan jumlahnya:
Diisi sesuai obat yang dibawa pulang aturannya, dosisnya, jumlahnya.
12. Aktivitas dan istirahat:
Diisi sesuai advis dokter tentang kegiatannya, dan istirahatnya di rumah.
13. Hal yang dibawa pulang (hasil laboratorium, foto, EKG):
Hasil dari pemeriksaan pasien yang diperbolehkan dibawa pulang.
14. Lain-lain:
Diisi hal di luar ketentuan di atas misal: obat obat yang di-stop/dihentikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Chesca. 1990. "Perencanaan Pulang Pasien". Makalah Kuliah untuk Ners. Jakarta.
- Keliat, BA. 1995. *Peran serta Keluarga dalam Keperawatan Pasien di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Long, B. 1996. *Keperawatan Medikal Bedah III*. Pajajaran. Bandung
- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2007. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Swenberg. 2000. *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Keperawatan Klinis*. Jakarta: EGC.



Lampiran 7

**Dokumentasi
Keperawatan**

Dokumentasi Keperawatan

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional. Ners profesional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan.

Komponen penting dalam pendokumentasian adalah komunikasi, proses keperawatan, dan standar asuhan keperawatan. Efektivitas dan efisiensi sangat bermanfaat dalam mengumpulkan informasi yang relevan serta akan meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan.

Salah satu bentuk kegiatan keperawatan adalah dokumentasi keperawatan profesional yang akan tercapai dengan baik apabila sistem pendokumentasian dapat dilakukan dengan benar. Kegiatan pendokumentasian meliputi keterampilan berkomunikasi dan keterampilan mendokumentasikan proses keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

Konsep solusi terhadap masalah di atas, perlu disusun standar dokumentasi keperawatan agar dapat digunakan sebagai pedoman bagi ners dengan harapan asuhan keperawatan yang dihasilkan mempunyai efektivitas dan efisiensi.

Tujuan

Tujuan Umum

Menerapkan sistem dokumentasi keperawatan dengan benar di Ruang X RSUD Y.

Tujuan Khusus

1. Mendokumentasikan asuhan keperawatan (pendekatan proses keperawatan).
 - a. Mendokumentasikan pengkajian keperawatan.
 - b. Mendokumentasikan diagnosis keperawatan.
 - c. Mendokumentasikan perencanaan keperawatan.
 - d. Mendokumentasikan pelaksanaan keperawatan.
 - e. Mendokumentasikan evaluasi keperawatan.
2. Mendokumentasikan pengelolaan logistik dan obat.
3. Mendokumentasikan HE (*health education*) melalui kegiatan perencanaan pulang.
4. Mendokumentasikan timbang terima (pergantian sif/jaga).
5. Mendokumentasikan kegiatan supervisi.
6. Mendokumentasikan kegiatan penyelesaian kasus melalui ronde keperawatan.

Manfaat

1. Sebagai alat komunikasi antarners dan dengan tenaga kesehatan lain.
2. Sebagai dokumentasi legal dan mempunyai nilai hukum.
3. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
4. Sebagai referensi pembelajaran dalam peningkatan ilmu keperawatan.
5. Mempunyai nilai riset penelitian dan pengembangan keperawatan.

Pengkajian Keperawatan

1. Pengumpulan data, kriteria, yaitu **LLARB: (1) Legal, (2) Lengkap, (3) Akurat, (4) Relevan, dan (5) Baru.**
2. Pengelompokan data, kriterianya adalah sebagai berikut.
 - a. Data biologis: hasil dari (1) observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik melalui IPPA (inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi); (2) pemeriksaan diagnostik/penunjang, yaitu laboratorium dan rontgen.
 - b. Data psikologis, sosial, dan spiritual melalui wawancara.
 - c. Format pengkajian data awal menggunakan model ROS (*review of sistem*) yang meliputi data demografi pasien, riwayat keperawatan, observasi dan pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang/diagnostik. Keterangan lengkap seperti pada lampiran

Diagnosis Keperawatan

Kriteria antara lain sebagai berikut.

1. Status kesehatan dibandingkan dengan standar untuk menentukan kesenjangan.
2. Diagnosis keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
3. Diagnosis keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang ners.
4. Komponen diagnosis terdiri atas P-E-S.

Perencanaan

Komponen perencanaan keperawatan terdiri atas:

1. Prioritas masalah
Kriteria antara lain sebagai berikut.
 - a. Masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas utama.
 - b. Masalah yang mengancam kesehatan seseorang merupakan prioritas kedua.
 - c. Masalah yang memengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.
2. Tujuan asuhan keperawatan, memenuhi syarat SMART (*Specific Measurable Achievable Reasonable Time*)

Kriteria (NOC—*Nursing Outcome Criteria*) disesuaikan standar pencapaian, antara lain sebagai berikut.

- a. Tujuan dirumuskan secara singkat.
 - b. Disusun berdasarkan diagnosis keperawatan.
 - c. Spesifik pada diagnosis keperawatan.
 - d. Dapat diukur.
 - e. Dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.
 - f. Ada target waktu pencapaian.
3. Rencana tindakan didasarkan pada NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang telah ditetapkan oleh instansi pelayanan setempat. Jenis rencana tindakan keperawatan mengandung tiga komponen, meliputi DET tindakan keperawatan, yaitu sebagai berikut.
- a. Diagnosis/Observasi.
 - b. Edukasi (HE).
 - c. Tindakan independen, dependen, dan interdependen.
Kriteria meliputi hal sebagai berikut.
 - a. Berdasarkan tujuan asuhan keperawatan.
 - b. Merupakan alternatif tindakan secara tepat.
 - c. Melibatkan pasien/keluarga.
 - d. Mempertimbangkan latar belakang sosial budaya pasien/keluarga.
 - e. Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku.
 - f. Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien.
 - g. Disusun dengan mempertimbangkan lingkungan, sumber daya, dan fasilitas yang ada.
 - h. Harus berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas, dan penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.
 - i. Menggunakan formulir yang baku.

Intervensi/Implementasi Keperawatan (NIC: Nursing Intervention Classification)

Intervensi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarga.

Intervensi keperawatan berorientasi pada 15 komponen dasar keperawatan yang dikembangkan dengan prosedur teknis nersa. Kriteria meliputi:

1. dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan;
2. mengamati keadaan bio–psiko–sosio spiritual pasien;
3. menjelaskan setiap tindakan keperawatan kepada pasien/keluarga;
4. sesuai dengan waktu yang telah ditentukan;
5. menggunakan sumber daya yang ada;
6. menunjukkan sikap sabar dan ramah dalam berinteraksi dengan pasien/keluarga;
7. mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan keperawatan;

8. menerapkan prinsip-prinsip aseptik dan antiseptik;
9. menerapkan etika keperawatan;
10. menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, *privacy*, dan mengutamakan keselamatan pasien;
11. melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respons pasien;
12. merujuk dengan segera terhadap masalah yang mengancam keselamatan pasien;
13. mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan;
14. merapikan pasien dan alat setiap selesai melakukan tindakan;
15. melaksanakan tindakan keperawatan pada prosedur teknis yang telah ditentukan;
16. prosedur keperawatan umum maupun khusus dilaksanakan sesuai dengan prosedur tetap yang telah disusun.

Evaluasi

Dilakukan secara periodik, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien setelah tindakan keperawatan. Kriteria meliputi:

1. setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi;
2. evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien;
3. hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan untuk diambil tindakan selanjutnya;
4. evaluasi melibatkan klien dan tim kesehatan lain;
5. evaluasi dilakukan dengan standar (tujuan yang ingin dicapai dan standar praktik keperawatan).

Komponen evaluasi, mencakup aspek K-A-P-P (Kognitif–Afektif–Psikomotor–Perubahan biologis), yaitu sebagai berikut.

1. Kognitif (pengetahuan klien tentang penyakit dan tindakan).
2. Afektif (sikap) klien terhadap tindakan yang dilakukan.
3. Psikomotor (tindakan/perilaku) klien dalam upaya penyembuhan.
4. Perubahan biologis (tanda vital, sistem, dan imunologis).

Keputusan dalam evaluasi adalah sebagai berikut.

1. Masalah teratasi.
2. Masalah tidak teratasi, harus dilakukan pengkajian dan perencanaan tindakan ulang.
3. Masalah teratasi sebagian, perlu modifikasi dari rencana tindakan.
4. Timbul masalah baru.

DAFTAR PUSTAKA

- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2007. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam???. 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Dokumen Asuhan Keperawatan Rawat Inap

1. MEDIKAL-BEDAH

PENGKAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP

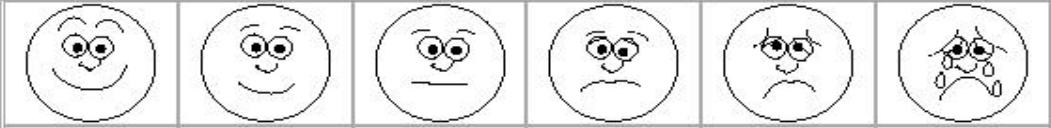
RM

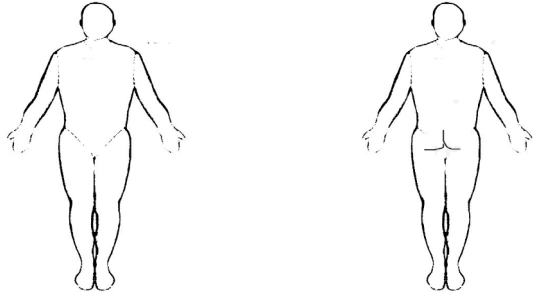
Informasi didapat dari : Pasien, Keluarga, Hubungan : Orang lain

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">STICKER</div>	<p>Tanggal MRS/jam :</p> <p>Pengkajian tgl/jam :</p> <p>Diagnosis medis :</p> <p>Asal masuk : <input type="radio"/> UGD <input type="radio"/> URJ <input type="radio"/> OK ICU <input type="radio"/> lainnya.....</p> <p>Cara tiba di ruangan : <input type="radio"/> Jalan sendiri <input type="radio"/> Kursi roda <input type="radio"/> Kereta dorong <input type="radio"/> Lainnya...</p>																								
<p>Suku :</p> <p>Agama :</p> <p>Pendidikan :</p> <p>Pekerjaan :</p>	<p>Keluhan utama :</p> <p>Riwayat penyakit saat ini :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Penyakit yang pernah diderita :</p> <p>.....</p> <p>Riwayat Pengobatan :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nama obat</th> <th style="width: 30%;">Cara pemberian</th> <th style="width: 20%;">Frekuensi</th> <th style="width: 20%;">Waktu terakhir diberikan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Riwayat penyakit keluarga :</p> <p>Alergi : <input type="radio"/> Obat (jenis :) <input type="radio"/> Tidak tahu <input type="radio"/> Makanan (jenis :) <input type="radio"/> Lain-lain <input type="radio"/> Debu Reaksi berupa :</p> <p>Riwayat transfusi darah : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Reaksi :</p> <p>Riwayat merokok : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>Riwayat minuman keras : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>Riwayat operasi : <input type="radio"/> Ya, sebutkan <input type="radio"/> Tidak Kapan :</p> <p>Komplikasi :</p>	Nama obat	Cara pemberian	Frekuensi	Waktu terakhir diberikan																				
Nama obat	Cara pemberian	Frekuensi	Waktu terakhir diberikan																						

Riwayat Keperawatan (Nursing History)

	<p>Pemeriksaan Fisik</p> <p>Keadaan Umum : <input type="radio"/> Baik <input type="radio"/> Sedang <input type="radio"/> Lemah Kesadaran : <input type="radio"/> Compos mentis <input type="radio"/> Apatis <input type="radio"/> Somnolen <input type="radio"/> Sopor <input type="radio"/> Koma GCS : Eye : Verbal:..... Motorik:..... Total: Tanda vital TD :mmHg Nadi :x/mnt, Lokasi :, Pulsasi : Suhu :°C RR :x/mnt BB : kg TB :cm LLA: cm</p>
BI – Breathing: Pernapasan	<p>Pola napas : Irama : <input type="radio"/> Teratur <input type="radio"/> Tidak teratur Jenis : <input type="radio"/> Dispnea <input type="radio"/> Kusmaul <input type="radio"/> Cheyne stokes <input type="radio"/> Lain-lain: Bunyi napas : <input type="radio"/> Vesikuler <input type="radio"/> Kanan <input type="radio"/> Kiri <input type="radio"/> Wheezing <input type="radio"/> Kanan <input type="radio"/> Kiri <input type="radio"/> Ronchi <input type="radio"/> Kanan <input type="radio"/> Kiri <input type="radio"/> Melemah <input type="radio"/> Kanan <input type="radio"/> Kiri <input type="radio"/> Menghilang <input type="radio"/> Kanan <input type="radio"/> Kiri Sesak napas : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Otot bantu napas : <input type="radio"/> Ya, jenis : <input type="radio"/> Tidak Batuk : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Produksi sputum : <input type="radio"/> Ya, Warna : Konsistensi : <input type="radio"/> Tidak Pergerakan dada : <input type="radio"/> Simetris <input type="radio"/> Asimetris Terpasang WSD : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Lokasi:..... Produksi :Warna : Alat bantu napas : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Jenis : Flow lpm Lain-lain :</p>
B2- Bleeding: Kardiovaskular	<p>Irama jantung : <input type="radio"/> Reguler <input type="radio"/> Ireguler S1/S2 tunggal : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak, ket : ... Nyeri dada : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Suara jantung : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Murmur <input type="radio"/> Gallop <input type="radio"/> Lain-lain CRT : <input type="radio"/> < 2 dt <input type="radio"/> > 2 dt Akral : <input type="radio"/> Hangat <input type="radio"/> Panas <input type="radio"/> Dingin kering <input type="radio"/> Dingin basah Distensi vena jugular : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Cyanosis : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Lain-lain :</p>
B3 – Brain: Persarafan	<p>Refleks fisiologis : <input type="radio"/> Patella <input type="radio"/> Triseps <input type="radio"/> Biseps <input type="radio"/> Lain-lain: Refleks patologis : <input type="radio"/> Babinsky <input type="radio"/> Brudzinsky <input type="radio"/> Kernig <input type="radio"/> Lain-lain: Keluhan pusing : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak</p> <p>Penglihatan (mata) Pupil : <input type="radio"/> Isokor <input type="radio"/> Anisokor Ukuran:.....mm Refleks cahaya (ka/ki) :/..... Diameter (ka/ki) :mm/.....mm Sklera/Konjungtiva : <input type="radio"/> Anemis <input type="radio"/> Ikterus <input type="radio"/> Lain-lain: Penglihatan : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Kabur <input type="radio"/> Kacamata <input type="radio"/> Lensa kontak</p> <p>Pendengaran (telinga): <input type="radio"/> Bersih <input type="radio"/> Kotor ka/ki <input type="radio"/> Tinitus ka/ki <input type="radio"/> Otitis media ka/ki Gangguan pendengaran : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Jelaskan:</p> <p>Penciuman (hidung): <input type="radio"/> Tidak bermasalah <input type="radio"/> Tersumbat <input type="radio"/> Sekret <input type="radio"/> Epistaksis Bentuk : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Tidak Jelaskan: Gangguan penciuman : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Jelaskan:</p> <p>Pola tidur : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sulit tidur <input type="radio"/> Sering terbangun Istirahat/tidur : jam/hari Lain-lain :</p>

B3— Brain: Persarafan	Pengkajian Nyeri					
	Pencetus	Kualitas	Lokasi/Radiasi	Skala (1-10)	Waktu	Penyebab nyeri hilang/berkurang
	Universal Pain Tool					
						
	0	2	4	6	8	10
	tidak sakit	Sedikit sakit	Agak mengganggu	Mengganggu aktivitas	Sangat mengganggu	Tak tertahankan
	Nyeri memengaruhi : <input type="radio"/> Dapat diabaikan <input type="radio"/> Tugas <input type="radio"/> Konsentrasi <input type="radio"/> Tidur <input type="radio"/> Aktivitas fisik <input type="radio"/> Nafsu makan Lain-lain :					
B4 – Bladder: Perkemihan	Kebersihan : <input type="radio"/> Bersih <input type="radio"/> Kotor Urine : Jumlah: cc/hari Warna:..... Bau: Kateter : Jenis : Mulai: Kandung kencing : Membesar <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Nyeri tekan <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Gangguan : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anuria <input type="radio"/> Oliguri <input type="radio"/> Retensi <input type="radio"/> Nokturia <input type="radio"/> Inkontinensia <input type="radio"/> Hematuri <input type="radio"/> Lain-lain..... Intake cairan oral :cc/hari Lain-lain :					
B5 – Bowel: Pencernaan	Nafsu makan : <input type="radio"/> Baik <input type="radio"/> Menurun <input type="radio"/> Frekuensi: x/hari <input type="radio"/> Mau <input type="radio"/> Muntah Porsi makan : <input type="radio"/> Habis <input type="radio"/> Tidak Ket: Diet saat ini : Makanan kesukaan : Perubahan BB : <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Iya, kira-kira.....kg/bulan/minggu Alat bantu makan : <input type="radio"/> Tidak ada <input type="radio"/> NGT, mulai..... Minum : cc/hari Jenis: Mulut dan Tenggorokan Mulut : <input type="radio"/> Bersih <input type="radio"/> Kotor <input type="radio"/> Berbau <input type="radio"/> Lembab <input type="radio"/> Kering <input type="radio"/> Stomatitis Tenggorokan : <input type="radio"/> Nyeri telan <input type="radio"/> Kesulitan menelan <input type="radio"/> Pembesaran tonsil <input type="radio"/> Lain-lain: Abdomen : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Tegang <input type="radio"/> Kembung <input type="radio"/> Asites <input type="radio"/> Nyeri tekan, lokasi:..... Peristaltik : x/mnt Pembesaran hepar : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Pembesaran limpa : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak BAB : x/hari Teratur: <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Terakhir tgl:..... <input type="radio"/> Hemoroid <input type="radio"/> Melena Konsistensi : Bau: Warna:..... Lain-lain:					

B6 – Bone and Musculoskeletal/Integumen	Kemampuan pergerakan sendi : <input type="radio"/> Bebas <input type="radio"/> Terbatas Kekuatan otot :
	Fraktur : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Lokasi:..... Dekubitus : <input type="radio"/> Tidak Ada <input type="radio"/> Ada, Lokasi....., derajat Luka : <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Ya, lokasi Pus : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Luka bakar : <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Ya
	
Kulit : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Luka <input type="radio"/> Memar <input type="radio"/> Kering <input type="radio"/> Gatal-gatal <input type="radio"/> Bersisik Warna kulit : <input type="radio"/> Ikterus <input type="radio"/> Sianotik <input type="radio"/> Kemerahan <input type="radio"/> Pucat <input type="radio"/> Hiperpigmentasi <input type="radio"/> Peteki Akral : <input type="radio"/> Hangat <input type="radio"/> Dingin merah <input type="radio"/> Kering <input type="radio"/> Lembap/basah <input type="radio"/> Pucat Turgor : <input type="radio"/> Baik <input type="radio"/> Sedang <input type="radio"/> Jelek Odema : <input type="radio"/> Tidak ada <input type="radio"/> Ada, Lokasi.....	
Pemakaian Alat Bantu : <input type="radio"/> Traksi <input type="radio"/> Gips Lokasi:..... Lain-lain :	
Endokrin	Pembesaran kelenjar tiroid : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Pembesaran kelenjar getah bening : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Luka gangren : <input type="radio"/> Ya, lokasi : <input type="radio"/> Tidak Lain –lain :
Psiko-sosio-spiritual	Persepsi pasien terhadap penyakitnya : <input type="radio"/> Cobaan Tuhan <input type="radio"/> Hukuman <input type="radio"/> Lainnya, sebutkan Ekspresi pasien terhadap penyakitnya : <input type="radio"/> Rendah diri <input type="radio"/> Gelisah <input type="radio"/> Marah/menangis <input type="radio"/> Tenang Orang yang paling dekat: Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar: Kegiatan ibadah Sebelum sakit <input type="radio"/> Sering <input type="radio"/> Kadang-kadang <input type="radio"/> Jarang Selama sakit <input type="radio"/> Sering <input type="radio"/> Kadang-kadang <input type="radio"/> Jarang Lain-lain :

Pemeriksaan Penunjang dan Terapi	Laboratorium	Foto/Radiologi	USG	Lain-lain
Terapi/tindakan medis :				

Surabaya,,.....,

Perawat

(_____)

2. MATERNITAS

PENGAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP

Informasi didapat dari : Pasien Keluarga, hubungan: Orang lain

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto; text-align: center;">STICKER</div>		Tanggal MRS/jam : Pengkajian tgl/jam : Diagnosis medis : Asal masuk : <input type="radio"/> UGD <input type="radio"/> URJ <input type="radio"/> OK ICU <input type="radio"/> Lainnya..... Cara tiba di ruangan : <input type="radio"/> Jalan sendiri <input type="radio"/> Kursi roda <input type="radio"/> Kereta dorong <input type="radio"/> Lainnya...						
Suku : Agama : Pendidikan : Pekerjaan :								
Riwayat sakit dan kesehatan	Keluhan utama :							
	Riwayat penyakit saat ini :							
	Penyakit yang pernah diderita :							
	Penyakit yang pernah diderita keluarga :							
	Riwayat Alergi : Lain-lain :							
Riwayat Menstruasi	Menarke usia : Banyaknya : HPHT : Siklus : Lamanya :		Dismenorea : Usia kehamilan : Taksiran partus :					
	Masalah :							
Genogram	Hamil ke-	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Penyulit	BB/PB	Usia anak saat ini	KB/Jenis/Lama
Pemeriksaan Fisik	Keadaan umum : <input type="radio"/> Baik <input type="radio"/> Sedang <input type="radio"/> lemah							
	Kesadaran :		GCS :					
	BB	: kg	TB	: cm				
	Tanda vital	: TD :	Nadi	:	Suhu badan	:	RR	:
	Lain-lain	:	CRT	:	Akral	:		

Kepapa dan Leher	Rambut : Penglihatan (mata) Pupil : <input type="radio"/> Isokor <input type="radio"/> Anisokor Ukuran:.....mm Refleksi cahaya (ka/ki) :/..... Diameter (ka/ki) :mm/.....mm Sklera/Konjungtiva : <input type="radio"/> Anemis <input type="radio"/> Ikterus <input type="radio"/> Lain-lain: Penglihatan : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Kabur <input type="radio"/> Kacamata <input type="radio"/> Lensa kontak
	Pendengaran(Telinga) : <input type="radio"/> Bersih <input type="radio"/> Kotor ka/ki <input type="radio"/> Tinitus ka/ki <input type="radio"/> titis media ka/ki Gangguan pendengaran : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Jelaskan:
Dada (toraks)	Penciuman (Hidung) : <input type="radio"/> Tidak bermasalah <input type="radio"/> Tersumbat <input type="radio"/> Sekret <input type="radio"/> Epistaksis Bentuk : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Tidak Jelaskan: Gangguan penciuman : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Jelaskan:
	Mulut : Mukosa bibir : Lidah : Gigi : Higiene : Lain-lain : Nyeri telan : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Cloasma : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Pembesaran kelenjar tyroid : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Vena Jugularis : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Lain-lain :
	Masalah :
	Irama Jantung : <input type="radio"/> Reguler <input type="radio"/> Ireguler S1/S2 tunggal : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Bunyi Jantung : <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Murmur <input type="radio"/> Gallop Nyeri Dada : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Irama napas : <input type="radio"/> Teratur <input type="radio"/> Tidak teratur Jenis : <input type="radio"/> Dispnea <input type="radio"/> Kusmaul <input type="radio"/> Cheyne stokes <input type="radio"/> lain-lain: Suara napas : <input type="radio"/> Vesikuler <input type="radio"/> Stridor <input type="radio"/> Wheezing <input type="radio"/> Ronchi <input type="radio"/> lain-lain: Sesak napas : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Payudara : <input type="radio"/> Simetris <input type="radio"/> Asimetris Konsistensi : Areola : Papilla : Produksi ASI : Nyeri : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Lain-lain :
	Masalah :

Perut (Abdomen)	Ginekologi Pembesaran : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Area : Asites : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Nyeri tekan : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Benjolan : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak																														
	Obstetri Prenatal Linea : Striae : Letak janin : TFU : Denominator : Presentasi : Konvergen/divergen/sejajar : DJJ : Lain-lain : Intranatal (terlampir) Postpartum TFU : Kontraksi uterus : Luka : Lain-lain :																														
	Masalah :																														
Genitalia	Keputihan : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Ket : Laserasi : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Ket : Perdarahan : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Ket : VT : Miksi : Defekasi : Lain-lain :																														
	Masalah :																														
Tangan dan kaki	Kemampuan pergerakan : <input type="radio"/> Bebas <input type="radio"/> Terbatas Ket : Kekuatan otot : Refleksi : <input type="radio"/> Patella <input type="radio"/> Trisept <input type="radio"/> Biceps <input type="radio"/> Babinsky <input type="radio"/> Brudzinsky <input type="radio"/> Kernig Edema : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Luka : <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Lain-lain :																														
	Masalah :																														
Prubahan Pola Sebelum dan Sesudah Sakit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Aspek</th> <th>Sebelum MRS</th> <th>Saat MRS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Nutrisi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Eliminasi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Istirahat/tidur</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aktivitas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Seksual</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Kebersihan diri</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Koping</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ibadah</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Konsep diri</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Aspek	Sebelum MRS	Saat MRS	Nutrisi			Eliminasi			Istirahat/tidur			Aktivitas			Seksual			Kebersihan diri			Koping			Ibadah			Konsep diri		
	Aspek	Sebelum MRS	Saat MRS																												
	Nutrisi																														
	Eliminasi																														
	Istirahat/tidur																														
	Aktivitas																														
	Seksual																														
	Kebersihan diri																														
	Koping																														
	Ibadah																														
	Konsep diri																														

Pengetahuan dan Perilaku Kesehatan	Kontrasepsi : Perawatan bayi/diri : Merokok : Obat-obatan/jamu : Lain-lain :			
	Masalah :			
Pemeriksaan Penunjang dan Terapi	Laboratorium	Foto/Radiologi	USG	Lain-lain
Terapi/tindakan medis :				
Surabaya,.....				
(NERS)				

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Perawat Primer

Surabaya,

Pengambil Data

**MODEL DOKUMENTASI—PIE
(PROBLEM-INTERVENTION-EVALUATION)**

Nama/Umur :
Ruangan :

No. Register :
No. Kamar :

No	Tgl/Jam	PROBLEM	INTERVENSI	EVALUASI			TTD
				PAGI	SORE	MALAM	
			NOC NIC				

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN LEMBAR REGISTRASI (DMK 1)

1. Nama: diisi nama pasien lengkap dan jelas.
2. No RM: diisi nomor rekam medis pasien.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN LEMBAR MASUK DAN KELUAR RUMAH SAKIT (DMK 2)

1. Pengisian nomor register, nomor RM, nama pasien, jenis kelamin, umur, alamat, status perkawinan, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, nama orang tua/suami diisi sesuai pada waktu pengkajian.
2. Pengisian alamat yang dapat dihubungi, nama, alamat/telepon, hubungan diisi sesuai pada waktu pengkajian.
3. Pengisian tanggal, jam MRS, KRS, diagnosis medis, dokter yang merawat, dan kelengkapan dokumen diisi sesuai pada waktu pengkajian.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN (DMK 3)

1. Pengisian tanggal pengkajian dan MRS, jam masuk ruangan, nomor register, diagnosis medis, serta ruang kelas.
2. Identitas diisi sesuai identitas klien, informasi identitas klien, atau keterangan lainnya berdasarkan keterangan dari klien/keluarga/catatan lain.
3. Riwayat penyakit saat ini.
Keluhan utama: keluhan saat pertama kali mengkaji (data baru). Klien MRS, tanyakan keluhan/hal yang menjadi sebab utama klien atau alasan klien datang ke rumah sakit.
4. Riwayat penyakit yang pernah diderita.
Ditanyakan tentang riwayat penyakit yang pernah dialami, seperti penyakit kronis, menular, riwayat alergi.
5. Riwayat penyakit keluarga.
Dikaji tentang riwayat penyakit yang pernah dialami oleh keluarga.
6. Pengkajian fisik, pendekatan ROS (*review of system*).
 - a. **Keadaan umum dan tanda vital**
Observasi tanda vital meliputi: suhu, nadi, pernapasan, tekanan darah.
 - b. **Sistem pernapasan (B1-Breath)**
Dikaji tentang keluhan sesak, batuk, nyeri, keteraturan irama napas, jenis pernapasan, penggunaan alat bantu pernapasan (oksigen). Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.

- c. **Sistem kardiovaskular (B2-Blood)**

Dikaji adanya keluhan nyeri dada, suara jantung (S1/S2, irama, bunyi jantung bawaan), pengukuran *capillary refill time*/CRT (CRT normal < 3 detik, tidak normal > 3 detik). Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - d. **Sistem persarafan (B3-Brain)**

Dikaji jumlah GCS, refleks fisiologis dan patologis, istirahat/tidur. Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - e. **Sistem pengindraan**
 - 1) Mata: dikaji pupil isokor/anisokor, sklera ikterus/tidak, konjungtiva anemis/tidak. Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain.
 - 2) Pendengaran/telinga: dikaji apakah ada gangguan pendengaran/tidak. Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain.
 - 3) Penciuman/hidung: dikaji bentuk, apa ada gangguan penciuman/tidak. Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - f. **Sistem perkemihan (B4-Bladder)**

Dikaji kebersihan, jumlah, warna, bau, penggunaan kateter, kandung kemih membesar/tidak, nyeri tekan/tidak, adakah gangguan dalam berkemih. Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - g. **Sistem pencernaan (B5-Bowel)**

Dikaji tentang nafsu makan, frekuensi, porsi, jumlah, jenis, serta dikaji juga mulut dan tenggorokan. Pada abdomen dikaji ketegangan, nyeri tekan, lokasi, kembung, asites, peristaltik usus, pembesaran hepar, lien, konsistensi BAB, frekuensi, bau, dan warna. Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - h. **Sistem muskulokeletal dan integumen (B6-Bone)**

Dikaji tentang kemampuan pergerakan sendi, kekuatan otot, warna kulit, turgor, edema. Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - i. **Sistem endokrin**

Dikaji kelenjar tiroid membesar/tidak, hiperglikemi, hipoglikemi, luka ganggren, ada pus/tidak, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - j. **Kebersihan pribadi**

Ditanyakan frekuensi mandi, keramas, ganti pakaian, sikat gigi, dan memotong kuku, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
7. Pengkajian psikososial spiritual

Dikaji orang yang paling dekat, hubungan dengan teman, serta lingkungan sekitar dan kegiatan ibadah. Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain-lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 8. Data penunjang

Didokumentasikan tentang hasil dari pemeriksaan penunjang (laboratorium, hasil foto USG, dan

lain-lain).

9. Terapi

Diisi nama obat yang didapat, dosis, dan cara pemberian.

10. Daftar diagnosis keperawatan

Diisi masalah keperawatan yang ditemukan pada pengkajian.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT CATATAN KEPERAWATAN – MODEL PIE (DMK 6)

1. Pengisian nama, umur, nomor register, hari/tanggal diisi sesuai pada waktu pengkajian.
2. Problem: diisi diagnosis keperawatan, tujuan, dan kriteria hasil.
3. Intervensi: diisi rencana tindakan keperawatan.
4. Evaluasi meliputi:
 - a. Jam: diisi pada saat melakukan tindakan keperawatan.
 - b. Dinas pagi, sore, dan malam: diisi SOAPI.
 - c. Paraf: diisi oleh perawat yang dinas pada saat itu.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT GRAFIK TANDA-TANDA VITAL (DMK 7)

1. Pengisian tanggal, nadi, suhu: diisi berbentuk grafik dengan nadi berwarna merah, dan suhu berwarna biru.
2. BAB: diisi frekuensi, konsistensi, dan jumlah.
3. Jumlah urine: diisi dalam mililiter.
4. *Balance*: diisi jumlah masukan cairan dalam mililiter.
5. *Drain*: diisi jumlah cairan (darah, pus) yang ke luar.
6. Berat badan: jelas.
7. Tensi basal: diisi tekanan darah pada saat pagi hari jam 05.00 WIB.
8. Tensi sore: diisi tekanan darah pada saat sore hari jam 18.00 WIB.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT TINDAKAN KEPERAWATAN (DMK 8)

Penulisan tindakan keperawatan ditulis secara singkat (tanpa menambahkan jenis tindakan, misalkan mengajarkan, melakukan, dan lain-lain).

1. Pengisian nama, nomor RM, ruangan, kamar, dan tanggal: jelas.
2. Pengisian jam, nadi, suhu aksila/rektal, tekanan darah, dan respirasi: jelas.
3. CVP: diisi hasil dari tekanan vena sentral.
4. GCS: diisi tingkat kuantitas kesadaran.

5. Pupil/RC: diisi refleks pupil terhadap cahaya.
6. Urea: diisi hasil dari urine reduksi.
7. Infus: diisi jenis infus yang dipakai.
8. Cairan masuk meliputi hal sebagai berikut.
 - a. Parenteral:
 - 1) Infus: diisi jumlah cairan yang masuk.
 - 2) Injeksi: diisi jumlah cairan yang masuk.
 - b. Oral: diisi jumlah minuman yang masuk.
9. Cairan ke luar meliputi, hal sebagai berikut.
 - a. Muntah: diisi jumlah yang dimuntahkan.
 - b. NGT: diisi jumlah cairan lambung yang ke luar.
 - c. BAK dan BAB: jelas.
 - d. WSD/Drain: diisi jumlah cairan toraks yang ke luar.
10. Jam: jelas.
11. Keistimewaan/tindakan: diisi tindakan khusus mandiri perawat dan kolaborasi.
12. Nama: diisi nama perawat yang melakukan tindakan.

Dokumen Rawat Jalan

RUMAH SAKIT

Stiker Identitas

BAGIAN PENYAKIT DALAM-BEDAH

Keluhan utama:

.....

Riwayat penyakit saat ini:

.....

Penyakit yang pernah diderita:

.....

TD: Suhu: RR: N: BB: TB:

Riwayat penyakit dalam keluarga: Hubungan keluarga:

Riwayat pengobatan :

Nama obat	Cara pemberian	Dosis	Frekuensi	Waktu terakhir diberikan

Riwayat alergi: Reaksi:

Faktor risiko :

Merokok : Ya TidakMinuman keras : Ya TidakObat-obatan terlarang : Ya TidakKafein : Ya Tidak

Lainnya :

Hasil Pemeriksaan:

B1 :

.....

B2 :

.....

B3 :

.....

B4 :

.....

B5 :

.....

B6 :

.....

Terapi:

Dokumen Rawat Darurat

RUMAH SAKIT									
REKAM MEDIS INSTALASI GAWAT DARURAT									
DATANG: TGL:...../...../..... JAM:.....:.....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Triage</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Retriage</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Visum at repertum:</td> <td style="text-align: center;">Visum at repertum:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ya</td> <td style="text-align: center;">Ya</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tidak</td> <td style="text-align: center;">Tidak</td> </tr> </table>	Triage	Retriage	Visum at repertum:	Visum at repertum:	Ya	Ya	Tidak	Tidak
Triage	Retriage								
Visum at repertum:	Visum at repertum:								
Ya	Ya								
Tidak	Tidak								
DATANG DENGAN BERJALAN KURSI RODA	DIANTAR POLISI/MASY AMBULANS								
IDENTITAS/BARCODE:									
PENANGGUNG JAWAB BIAYA:									
UMUM ASKES	ASTEK JASA RAHARJA JPKTH PKS (PERUSAHAAN) JPS/JAMKESMAS LAIN-LAIN								
IDENTITAS									
SMF: SMF DOKTER UMUM SMF I.BEDAH UMUM DIV.I.BEDAH KL DIV.I.BEDAH ONKO DIV.I.BEDAH ANAK DIV.I.BEDAH DIGESTIV DIV.I.BEDAH T.K.V SMF.I.BEDAH ORTHO SMF.I.BEDAH URO	SMF.I.BEDAH SARAF SMF.I.BEDAH SARAF SMF.I.BEDAH PLASTIK SMF.I.KES.ANAK SMF.I.PENY.DALAM SMF.I.PENY.JATUNG SMF.I.PENY.PARU SMF.I.OBSTdanGINECOLOGY SMF.I.PENY.THT SMF.I.PENY.MATA SMF.I.PENY SARAF SMF.I.PENY JIWA SMF.I.PENY KULIT dan KELAMIN SMF.I.ANESTESI SMF.I.KEDOKTERAN FISIK DAN REHABILITASI LABORATORIUM RADIOLOGI ENDOSCOPY ECHOCARDIOGRAPHY								
RIWAYAT PENYAKIT DAN KESEHATAN :									
ANAMNESA:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">DATANG (JAM)</td> <td style="width: 50%;">DITANGANI (JAM)</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	DATANG (JAM)	DITANGANI (JAM)				
DATANG (JAM)	DITANGANI (JAM)								
.....								
KELUHAN UTAMA:								

Riwayat Penyakit Sekarang:		Makanan:		Lain:	
Riwayat Penyakit Dahulu/Keluarga:		Obat			
Alergi :YA/TIDAK					
PRIMARY SURVEY					
AIRWAY/OBSTRUKSI:		TOTAL:		LETAK:	
BENDA ASING	<input type="checkbox"/>	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CROWING
SUARA NAFAS:	<input type="checkbox"/>	SNOWRING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple fraktur
Curiga Fraktur servikal	<input type="checkbox"/>	Fraktur klavikula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Brill hematoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bloody Otorrhoe
	<input type="checkbox"/>	Batle sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Bloody Rinorrhoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terpasang alat:	<input type="checkbox"/>	Oropharingeal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETT
BREATHING:					
BERNAFAS	<input type="checkbox"/>	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADA
FREKUENSI:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JENIS:	<input type="checkbox"/>	Dispnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheyne stoke
PERNAPASAN CUPING HIDUNG	<input type="checkbox"/>	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YA
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YA
OKSIGEN:	<input type="checkbox"/>	Lpm Alat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERGERAKAN DADA:	<input type="checkbox"/>	SIMETRIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASIMETRIS

SUARA NAFAS:	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>CIRCULATION:</p> <p>NADI CAROTIS <input type="checkbox"/> TERABA</p> <p>NADI PERIFER FREKUENSI:X/MENIT</p> <p>TD: mmHg</p> <p>PERDARAHAN :.....CC</p> <p>SUARA JANTUNG <input type="checkbox"/> NORMAL</p> <p>AKRAL: LAIN-LAIN: <input type="checkbox"/> DETIK</p> <p>IRAMA JANTUNG <input type="checkbox"/> TERATUR</p> <p>NYERI DADA: JENIS: <input type="checkbox"/> TERATUR</p> <p>CAIRAN YANG TERPASANG: <input type="checkbox"/> JUMLAH: <input type="checkbox"/></p> </div>
PENGKAJIAN	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>TIDAK TERABA <input type="checkbox"/></p> <p>KUAT <input type="checkbox"/></p> <p>TIDAK TERABA <input type="checkbox"/></p> <p>LEMAH <input type="checkbox"/></p> <p>LOKASI: <input type="checkbox"/></p> <p>GALLOP <input type="checkbox"/></p> <p>MURMUR <input type="checkbox"/></p> <p>LOKASI: <input type="checkbox"/></p> <p>TIDAK TERATUR <input type="checkbox"/></p> <p>LOKASI: <input type="checkbox"/></p> <p>CC <input type="checkbox"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>RESUSCITATION/CPR:</p> <p>CPR : Menit</p> <p>OBAT RESUSITASI:</p> <p>DEFIBRILASI :KALI</p> <p>SYNCRONIZE :KALI</p> </div>
PEMERIKSAAN FISIK:		
B1 :		
B2 :		
B3 :		

<p>B4 :</p> <p>B5 :</p> <p>B6 :</p>	<p style="text-align: center;">PENGKAJIAN</p> <p>PEMERIKSAAN PENUNJANG:</p> <p>RAD : <input type="text"/> X-RAY/RONTGEN : <input type="text"/> CT-SCAN : <input type="text"/> USG : LAB: <input type="text"/> DARAH LENGKAP : <input type="text"/> SE : <input type="text"/> RFT : LAIN-LAIN:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </div> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>LFT</p> <p>FH</p> <p>.....</p> </div> </div>														
<p style="text-align: center;">DIAGNOSIS</p>	<p>Diagnosis:</p> <p>PRIMER :</p> <p>SEKUNDER :</p> <p>BANDING :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%; text-align: center;"> <p>(df.....)</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>(Ns.....)</p> </div> </div>														
<p style="text-align: center;">MASALAH KEPERAWATAN:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">1</td><td style="width: 95%;">.....</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>.....</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>.....</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>.....</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>.....</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>.....</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>.....</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

TINDAKAN/TERAPI:		INTERVENSI KEPERAWATAN		TTD	
PROGRAM DIAGNOSTIK/TERAPI DOKTER		TTD	INTERVENSI KEPERAWATAN	TTD	TTD
INTERVENSI/TERAPI					
TINDAK LANJUT:					
MRS	RUANG:.....	KLS:.....			
KRS/KONTROL POLI					
DIRUJUK KE					
PULANG PAKSA	NAMA/TTD:...../...../.....				
ALIH RAWAT ATAS					
PERMINTAAN					
MENINGGAL					
MELARIKAN DIRI					
KEMATIAN:					
HARI/TANGGAL/PUKUL	:				
SEBAB KEMATIAN	:				
MENINGGAL DI RUANG	:				
SURAT KEMATIAN	:				
<p style="text-align: right;">Surabaya,...../...../2011 Kasir/petugas IT</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

MAP	
IBP	
Perdarahan	
Urine	

Keseimbangan Cairan	
Cairan Masuk	Cairan Keluar
Kristaloid :	Urine :
Koloid :	Darah :
Darah :	C. Lambung :
Lain-lain :	Lain-lain :
Total :	Total :
Balance Cairan :	

Infus					
Terapi oksigen					
Pembalut luka					
Perdarahan					
Drainase					
Urine					
Obat yang Diberikan di Recovery Room					
No	Obat-obatan	Dosis	Jam	Tanda Tangan	Hal Khusus

Keluar Rec. Room Ke
(Jam:.....)

- Ruang
 ICU
 Pulang

Dibawakan Waktu Pulang:

- Hasil Tindakan
 Resep
 Surat Kontrol

Dokumen ICCU

TERM
 HR
 RR
 BP
 O₂SAT
 CVP
 ICP
 IAP

RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR MULYOREJO SURABAYA		DOKTER UTAMA : KONSULTAN :		HARI/TANGGAL : TANGGAL MIS : HARI RAWAT KE : BB/TT : GOJONGAN DARAH/IRH :		APACHE II SCORE : BRADEN SCORE :		STICKER IDENTITAS	
RUMAH SAKIT		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
DIAGNOSA : Wena Line : Zwen Line : CVC : PA Catheter : ETT/Tracheostomi : CPX/ENT/DRAINASE : ILEUS : KATETER URINE :		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
JENIS OPERASI :		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
CVP (IC/PI/PA) K/CVP BP/HR T O ₂ SAT/RR/SpO ₂		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
22 50 50 200 40 100 30 45 40 180 39 90 16 40 30 160 38 80 14 35 20 140 37 70 16 35 0 160 35 80 16 35 0 160 35 80 8 20 0 80 34 40 6 15 0 60 33 30 4 10 0 40 32 20 4 10 0 40 32 20 6 0 0 60 30 0		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
PACE MAKER Pace maker (V) Pace width (ms) Sensitivity (mV) Mode Pace Sensitivity (mV) Atrial Electrode (unipolar) Atrial Electrode (unipolar) Vena Electrode (unipolar)		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
OBAT ENTERAL : I. INTAKE 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
OBAT PARENTERAL : I. 2. 3. 4. 5. 6. 7.		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
CAIRAN : I. 2. 3. 4.		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
NUTRISI NGT : I. 2. 3. 4. 5.		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			
TOTAL INTAKE OUTPUT		TANGGAL : POSISI : UKURAN :		ALERGI : ANTI BIOTIK : KULTUR :		PESAN			

SAK Penyakit Paru

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EFUSI PLEURA

Efusi pleura adalah kumpulan cairan dalam rongga pleura yaitu pleura parietalis dengan pleura viseralis, berupa transudat/eksudat.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kurangnya pengembangan paru, adanya cairan dalam rongga pleura.	<p>Tujuan: Pola napas efektif setelah dilakukan perawatan × 24 jam.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. irama dan kedalaman pernapasan menjadi normal; 2. sesak hilang; 3. analisis gas darah normal; 4. tidak menggunakan otot bantu napas. <p>Rencana Tindakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tidur fowler/semifowler; 2. Berikan O₂ sesuai program dokter; 3. Kolaborasi dengan tim medis: <ol style="list-style-type: none"> a. pungsi aspirasi pleura, b. analgesik. 4. Observasi gejala-gejala kardinal. 5. Lakukan analisis gas darah. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					
Potensial terjadi infeksi berhubungan dengan tindakan medis terkait.	<p>Tujuan: Tidak terjadi infeksi.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. suhu tubuh tidak meningkat; 2. tanda infeksi tidak ada (rubor, dolor, calor, tumor; fungsi laesa). <p>Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat daerah bekas tindakan secara aseptik. 	<p><input type="checkbox"/></p>					

bersambung..

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	2. Observasi daerah bekas tusukan adanya tanda-tanda radang. 3. Laksanakan program dokter: a. antibiotika; b. antipiretik. 4. Berikan minum yang cukup $\frac{1}{2} \times 2$ liter/24 jam. 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. 6. Jaga kebersihan daerah luka.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.	Tujuan : Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi. Kriteria: 1. nafsu makan meningkat; 2. menghabiskan porsi makan yang disediakan; 3. berat badan naik > 10 %. Intervensi 1. Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein dalam porsi kecil tapi sering. 2. Berikan ekstra makanan. 3. Hindari makanan yang merangsang dan mengandung alkohol. 4. Catat intake dan output, kontrol berat badan tiap 1 minggu sekali. 5. Berikan penyuluhan tentang pentingnya nutrisi dalam tubuh kepada pasien dan keluarga. 6. Laksanakan program dokter.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Ketidakefektifan bersih jalan napas berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan paru, akumulasi sekret.	Tujuan: Jalan napas bersih. Kriteria: 1. irama dan kedalaman napas menjadi normal;						

bersambung..

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	<p>2. sesak hilang; 3. tidak ada ronchi; 4. RR: 16–20 ×/menit.</p> <p>Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tidur Fowler/Semi Fowler. 2. Berikan O₂ sesuai program dokter. 3. Berikan nebulizer. 4. Berikan fisioterapi dada. 5. Latih napas dalam dan batuk efektif. 6. Observasi tanda tanda vital. 7. Kolaborasi dengan tim medis: <ol style="list-style-type: none"> a. pungsi pleura; b. analgesik. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						
<p>Kurang pengetahuan (proses penyakit) berhubungan dengan terbatasnya informasi.</p>	<p>Tujuan: Pasien mengetahui tentang penyakit, pengobatan dan perawatannya.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dapat menjelaskan tentang penyakitnya; 2. mengerti tentang pengobatan dan perawatan dirinya. <p>Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri penjelasan kepada pasien tentang sebab penyakit dan perjalanan penyakitnya. 2. Adakan umpan balik dengan pasien. 3. Berikan motivasi pentingnya perawatan setelah pasien pulang. 4. Terangkan perlunya minum obat dan kontrol secara teratur. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PNEUMONIA

Pengertian:

Pneumonia adalah radang dari parenkim paru di mana asinus terisi oleh cairan radang dengan atau tanpa disertai infiltrasi dari sel radang ke dalam dinding alveoli dan rongga interstitium.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Gangguan bersih jalan napas berhubungan dengan infeksi parenkim paru, akumulasi sekret.</p>	<p>Tujuan: Jalan napas bersih.</p> <p>Kriteria hasil: 1. suara napas vesikuler; 2. frekuensi napas 16–20x/menit; 3. batuk hilang, sekret tidak ada.</p> <p>Intervensi 1. Berikan posisi tidur Fowler/semifowler. 2. Berikan oksigen. 3. Berikan minum hangat. 4. Berikan nebulizer. 5. Berikan fisioterapi dada. 6. Ajarkan batuk yang efektif. 7. Observasi tanda-tanda vital. 8. Observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						
<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.</p>	<p>Tujuan: Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.</p> <p>Kriteria: 1. nafsu makan meningkat; 2. menghabiskan porsi; 3. makan yang disediakan; 4. berat badan naik > 10%.</p> <p>Intervensi : 1. Berikan diet TKTP dalam porsi kecil tapi sering.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>						

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	2. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan kontrol BB. 3. Berikan ektra makanan dan makanan kesukaan pasien. 4. Hindari makanan yang merangsang dan mengandung alkohol. 5. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> makanan dan minuman pasien.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan energi kelemahan dan kekurangan pasokan O ₂ .	Tujuan: Pasien dapat melakukan aktivitas bertahap sesuai toleransi. Kriteria: 1. penderita dapat melakukan aktivitas bertahap sesuai toleransi; 2. penderita dapat mendemonstrasikan aktivitas yang efektif dan menghemat energi. Intervensi 1. Jelaskan pentingnya istirahat dan keseimbangan antaraktivitas dan istirahat. 2. Anjurkan kepada penderita untuk memilih posisi yang enak pada saat tidur. 3. Anjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi. 4. Evaluasi tingkat aktivitas penderita, adanya peningkatan RR, tensi, dan nadi, serta peningkatan kelemahan.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Nyeri berhubungan dengan radang pada parenkim paru.	Tujuan: Nyeri berkurang atau hilang							

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	<p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none">1. rasa nyeri berkurang/hilang;2. pasien tampak tenang;3. T: 90/60–120/90 mmHg, nadi: 60–100 x/menit, RR: 16–20 x/ menit. <p>Intervensi.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ajarikan kepada pasien cara mengatasi rasa nyeri dengan menggosok/mengompres pada daerah nyeri.2. Ajarikan dan anjurkan pasien menggunakan teknik relaksasi dan distraksi3. Kolaborasi dengan tim medis memberikan obat-obat analgesik.4. Evaluasi tingkat nyeri dan TTV.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Risiko gangguan keseimbangan volume cairan tubuh berhubungan dengan banyaknya cairan yang hilang (panas, pernapasan mulut, muntah, kurangnya masukan lewat mulut).	<p>Tujuan: Tidak terjadi gangguan keseimbangan volume cairan tubuh.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none">1. <i>input</i> dan <i>output</i> seimbang, turgor kulit baik, membran mukosa tidak kering;2. tanda tanda vital normal. <p>Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang risiko terjadinya gangguan keseimbangan volume cairan tubuh.2. Jelaskan pentingnya cairan untuk tubuh.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	3. Anjurkan dan berikan cairan \pm 2.500 ml/hari atau menurut kebutuhan individu. 4. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> . 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan intravena jika diperlukan. 6. Monitor tanda-tanda vital, kenaikan temperatur; turgor kulit; kelembapan, dan mukosa mulut terutama bibir.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PPOM (PENYAKIT PARU OBSTRUKSI MENAHUN)

PPOM adalah kumpulan dari beberapa penyakit antara lain sebagai berikut.

1. Asma bronkiale
2. Bronkhitis kronis
3. Emfisema
4. Bronkiektasis

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI			
			PAGI	PRF	SORE	PRF
<p>Gangguan kebersihan jalan napas berhubungan dengan adanya penumpukan sekret.</p>	<p>Tujuan: Jalan napas bersih.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pemapasan kembali normal; 2. frekuensi napas 16–20 x/menit; 3. batuk hilang, sekret tidak ada, suara napas vesikuler. <p>Intervensi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penyuluhan tentang sebab dan akibat terjadinya penumpukan sekret dan perawatannya. 2. Berikan posisi tidur fowler/semifowler. 3. Berikan oksigen sesuai hasil analisis gas darah. 4. Berikan minum air hangat 1,5–2 liter/hari. 5. Lakukan nebulizer dan fisioterapi napas. 6. Ajarikan cara batuk yang benar. 7. Obersevasi tanda vital. 8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian ekspektoran. 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>				

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	<p>3. Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sendiri secara bertahap sesuai kemampuan.</p> <p>4. Observasi tingkat aktivitas pasien dan TTV.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.</p>	<p>Tujuan: Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.</p> <p>Kriteria: 1. nafsu makan meningkat; 2. menghabiskan porsi makan yang disediakan; 3. berat badan naik > 10%.</p> <p>Intervensi 1. Berikan diet TKTP dalam porsi kecil tapi sering. 2. Berikan ekstra makanan dan makanan kesukaan pasien. 3. Hindari makanan yang merangsang dan mengandung alkohol. 4. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> makanan dan minuman pasien. 5. Kontrol BB setiap minggu.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan diri ke arah kemandirian; 2. dekatkan alat dan keperluan pasien agar mudah dijangkau; 3. latih pasien sedini mungkin; 4. jelaskan bahaya yang terjadi bila banyak aktivitas; 5. kontrol BB setiap minggu. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<p>Kecemasan berhubungan dengan batuk darah.</p>	<p>Tujuan: Kecemasan berkurang atau hilang.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak tenang, dapat istirahat cukup; 2. TTV normal T : 90/60–120/90 mmHg, N: 60–100 ×/menit, RR: 16–20 ×/menit; 3. pasien tidak mengeluh cemas. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang penyebab batuk darah, pengobatan dan perawatannya; 2. anjurkan pasien tetap tenang saat batuk darah; 3. berikan dukungan kepada pasien dan keluarga; 4. libatkan keluarga dalam perawatan; 5. observasi tingkat kecemasan dan TTV pasien. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Gangguan keseimbangan volume cairan tubuh berhubungan dengan batuk darah yang banyak.</p>	<p>Tujuan: tidak terjadi gangguan keseimbangan volume cairan tubuh.</p> <p>Kriteria hasil: 1. <i>input</i> dan <i>output</i> seimbang, turgor kulit baik, membran mukosa tidak kering; 2. tanda tanda vital normal.</p> <p>Intervensi: 1. jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang risiko terjadinya gangguan keseimbangan volume cairan tubuh; 2. jelaskan penyebab batuk darah dan perawatannya; 3. jelaskan pentingnya cairan untuk tubuh; 4. anjurkan dan berikan cairan \pm 2.500 ml/hari atau menurut kebutuhan individu; 5. monitor <i>intake</i> dan <i>output</i>; 6. kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan intravena jika diperlukan; 7. monitor tanda-tanda vital, kenaikan temperatur; turgor kulit; kelembapan, dan mukosa mulut terutama bibir.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						

bersambung..

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PNEUMOTORAKS

Pengertian
Pneumotoraks adalah adanya udara daam rongga pleura.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan adanya udara dalam rongga pleura.</p>	<p>Tujuan: Pola napas efektif.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ekspansi tulang iga dan gerakan dada simetris; 2. frekuensi napas 16–20 x/menit; 3. tidak ada nyeri dada; 4. pasien tidak gelisah; 5. hasil evaluasi toraks foto/fluorocopy paru mengembang. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan posisi tidur fowler/ semifowler; 2. berikan oksigen; 3. berikan penjelasan tentang penyebab sesak napas dan perawatannya; 4. bila memakai WSD rawat luka dan observasi kelancaran WSD; 5. ajarkan <i>breathing exercise</i>; 6. observasi tanda-tanda vital; 7. observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						
<p>Nyeri berhubungan dengan pemasangan WSD</p>	<p>Tujuan: Nyeri berkurang atau hilang.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rasa nyeri berkurang/hilang; 2. pasien tampak tenang; 							

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	<p>3. T: 90/60–120/90 mmHg, Nadi: 60–100 \times/menit, RR: 16–20 \times/menit.</p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ajarkan dan anjurkan pasien menggunakan teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi nyeri; 2. ajarkan cara napas yang efektif; 3. kolaborasi dengan tim medis memberikan obat-obat analgesik; 4. evaluasi tingkat nyeri dan TTV. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
<p>Kecemasan berhubungan dengan sesak dan nyeri.</p>	<p>Tujuan: Kecemasan berkurang atau hilang.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak tenang, dapat istirahat cukup; 2. TTV normal T: 90/60–120/90 mmHg, N: 60–100 \times/menit, RR: 16–20 \times/menit; 3. pasien tidak mengeluh cemas; 4. pasien kooperatif terhadap tindakan yang perawatan. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang penyebab sesak, pengobatan, dan perawatannya; 2. anjurkan pasien tetap tenang saat sesak; 3. berikan dukungan kepada pasien dan keluarga; 4. libatkan keluarga dalam perawatan; 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

bersambung

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	5. ciptakan suasana tenang dan terapeutik; 6. observasi tingkat kecemasan dan TTV pasien.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN TB PARU

Pengertian TB Paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI						
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF	
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan adanya kerusakan parenkim paru.	<p>Tujuan: Pertukaran gas efektif.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ekspansi tulang iga dan gerakan dada simetris; 2. frekuensi napas 16–20x/menit; 3. pasien tidak gelisah; 4. hasil analisis gas darah normal. <p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan posisi tidur fowler/ semifowler; 2. berikan oksigen; 3. berikan penjelasan tentang penyebab sesak napas dan perawatannya; 4. berikan nebulizer dan fisioterapi napas; 5. ajarkan <i>breathing exercise</i>; 6. observasi tanda-tanda vital; 7. observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.	<p>Tujuan: Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nafsu makan meningkat; 2. menghabiskan porsi makan yang disediakan; 								

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	3. berat badan naik; 4. pasien tampak segar. Intervensi: 1. berikan penjelasan tentang pentingnya makanan bagi kesembuhan pasien; 2. berikan diet TKTP dalam porsi kecil tapi sering 3. berikan ekstra makanan dan makanan kesukaan pasien; 4. hindari makanan yang merangsang dan mengandung alkohol; 5. catat <i>intake</i> dan <i>output</i> makanan dan minuman pasien; 6. Kontrol BB setiap minggu.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EMPIEMA

Pengertian empiema adalah penumpukan pus dalam rongga pleura.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan adanya pus dalam rongga pleura.	<p>Tujuan: Pola napas efektif.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ekspansi tulang iga dan gerakan dada simetris; 2. frekuensi napas 16–20 x/menit; 3. tidak ada nyeri dada; 4. pasien tidak gelisah; 5. hasil evaluasi toraks foto/fluorocopy paru mengembang; 6. produksi WSD minimal (± 50 cc/24 jam); 7. leukosit dalam batas normal. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan posisi tidur fowler/semifowler; 2. berikan oksigen; 3. berikan penjelasan tentang penyebab sesak napas dan perawatannya; 4. bila memakai WSD rawat luka dan observasi kelancaran WSD; 5. ajarkan breathing exercise; 6. observasi tanda- tanda vital; 7. observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada; 8. observasi produksi pus dari WSD; 9. observasi kadar leukosit. 	<p style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □ □</p>					

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
Risiko terjadinya infeksi berhubungan dengan pemasangan WSD.	<p>Tujuan: tidak terjadi infeksi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> tidak terdapat tanda-tanda infeksi (rubor, calor, tumor, dolor, functio laesa); T : 90/60–120/90 mmHg, N: 60–100 x/menit, RR: 16–20 x/menit, S: 36–37,5 C); tidak ada nyeri dada; luka WSD bersih dan kering; hasil evaluasi leukosit normal; produksi WSD minimal (± 50 cc/24 jam); leukosit dalam batas normal. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> berikan posisi tidur fowler/ semifowler; berikan oksigen; berikan penjelasan tentang penyebab sesak napas dan perawatannya; bila memakai WSD rawat luka dan observasi kelancaran WSD; ajarkan <i>breathing exercise</i>; observasi tanda-tanda vital; observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada; observasi produksi pus dari WSD; observasi kadar leukosit. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri pada luka pemasangan WSD.</p>	<p>Tujuan: Rasa nyaman terpenuhi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tidak mengeluh nyeri; • raut wajah tidak meringis kesakitan; • pasien mau menerima tindakan yang diberikan; • pasien lebih tenang; • T : 90/60–120/90 mmHg; N: 60–100 x/menit; RR: 16–20 x/menit. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan tentang akibat pemasangan WSD; 2. ajarkan untuk latihan napas secara efektif; 3. observasi frekuensi/tingkat nyeri; 4. alihkan perhatian dari rasa nyeri dengan membaca atau diajak komunikasi; 5. kolaborasi dalam pemberian analgesik; 6. observasi tanda-tanda vital. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						

bersambung...

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STATUS ASMATIKUS.

Pengertian Status Asmatikus

Serangan asma yang berat yang tidak respons terhadap terapi yang lain dipakai.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan bronkhospasme dan peningkatan produksi sekret.	<p>Tujuan: Jalan napas efektif.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mampu batuk efektif; 2. sekret tidak ada; 3. wheezing tidak ada; 4. RR norma 16–20 x/menit. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan tentang sebab dari penyempitan jalan napas. serta cara mengatasinya; 2. berikan posisi Fowler/Semi Fowler. 3. ajarkan batuk yang efektif; 4. berikan nebulizer; 5. berikan minum air hangat 2–3 liter/hari; 6. observasi tanda-tanda vital; 7. berikan terapi ekspektoran sesuai petunjuk dokter. 	<input type="checkbox"/> 						
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan napas pendek.	<p>Tujuan: Perbaiki pola napas.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien bebas dari kesulitan bernapas; 2. sianosis tidak ada; 3. pernapasan lebih efektif. 							

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	<p>Intervensi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ajarkan bernapas dengan diafragma dan menghembuskan napas melalui mulut secara pelan; 2. bantu pasien untuk mengambil posisi yang nyaman atau mudah bernapas; 3. hindarkan dari zat-zat yang dapat menimbulkan serangan; 4. monitor warna kulit ujung kuku dan membran mukosa; 5. ajarkan kilen untuk mengeluarkan sekret; 6. berikan bronkhodilator sesuai petunjuk dan observasi adanya efek samping; 7. observasi tanda-tanda vital. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<p>Terjadinya kecemasan berhubungan dengan serangan sesak napas.</p>	<p>Tujuan: Rasa cemas hilang atau berkurang.</p> <p>Kriteria hasil: pasien dapat mengungkapkan perasaannya, ekspresi wajah tidak murung, mudah diajak berkomunikasi dapat beristirahat dengan tenang.</p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan dorongan spiritual; 2. ciptakan suasana tenang; 3. temailah pasien saat senggang; 4. alihkan perhatian dengan memberikan kegiatan ringan. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Berkurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan menurunnya status kesehatan.</p>	<p>Tujuan: Pasien mampu merawat diri.</p> <p>Kriteria hasil: 1. pasien dapat menjelaskan pentingnya perawatan diri; 2. pasien mampu bergaul sesuai kebutuhan; 3. pasien mampu melakukan perawatan diri tanpa bantuan.</p> <p>Intervensi: 1. berikan penjelasan tentang pentingnya merawat diri; 2. bimbing pasien dalam memenuhi kebutuhannya; 3. ajarkan pasien dalam melakukan aktivitas merawat diri; 4. observasi gejala kardinal.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						

bersambung...

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN TUMOR PARU.

Pengertian tumor paru adalah adanya benjolan pada paru.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
<p>Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan pendesakan tumor paru pada saluran napas.</p>	<p>Tujuan: Pola napas efektif.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tidak sesak (RR= 16–20x/menit); • tidak menggunakan otot bantu napas; • pasien mampu tidak menggunakan oksigen; • pasien lebih tenang; • analisis gas darah dalam batas normal. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan tentang sebab sebab terjadinya sesak napas; 2. atur posisi semifowler sesuai kebutuhan pasien; 3. lakukan observasi gejala kardinal; 4. berikan dorongan moral dan anjurkan untuk bersabar serta lebih mendekatkan diri kepada Tuhan YME; 5. kolaborasi dalam pemberian oksigen. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					
<p>Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.</p>	<p>Tujuan: Kecemasan dapat teratasi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dapat memahami dan menyadari tentang penyakitnya; 2. pasien lebih taat beribadah; 						

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	<p>3. pasien kooperatif terhadap pemeriksaan DNA tindakan yang diberikan;</p> <p>4. tanda-tanda vital dalam batas normal;</p> <p>5. pasien lebih tenang.</p> <p>Intervensi:</p> <p>1. berikan penjelasan tentang keadaan penyakit dan tindakan yang diberikan;</p> <p>2. berikan dorongan moral dan anjurkan agar lebih mendekatkan diri kepada Tuhan YME;</p> <p>3. laksanakan obsrvasi tanda-tanda vital;</p> <p>4. kaji tingkat kecemasan pasien.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

bersambung...

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN ABSSES PARU

Pengertian abses paru yaitu lesi paru yang berupa supurasi dan nekrose jaringan.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan meningkatnya suhu tubuh.</p>	<p>Tujuan: Rasa nyaman terpenuhi.</p> <p>Kriteria hasil: 1. suhu tubuh normal (36–37° C); 2. pasien lebih tenang; 3. raut wajah tidak kemerahan dan lebih segar.</p> <p>intervensi: 1. berikan penjelasan tentang sebab dari peningkatan suhu tubuh; 2. berikan kompres dingin; 3. laksanakan obsevasi tanda-tanda vital; 4. anjurkan untuk minum ± 1.500–2.000 ml/24 jam; 5. kolaborasi dalam pemberian antibiotik dan antipiretik.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						
<p>Kurangnya kebutuhan istirahat berhubungan dengan bauk yang terus-menerus.</p>	<p>Tujuan: Kebutuhan istirahat terpenuhi.</p> <p>Kriteria hasil: 1. pasien dapat tidur 6–8 jam/24jam; 2. batuk berkurang; 3. tanda-tanda vital dalam batas normal; 4. pasien lebih tenang.</p> <p>Intervensi: 1. berikan penjelasan tentang sebab dari timbulnya batuk.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>						

bersambung...

Contoh – NOC dan NIC (Model Dokumentasi – P-I-E)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EFUSI PLEURA

Efusi pleura adalah kumpulan cairan dalam rongga pleura yaitu pleura parietalis dengan pleura visceralis, berupa transudat/eksudat.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kurangnya pengembangan paru, adanya cairan dalam rongga pleura.	<p>Tujuan: pola napas efektif setelah dilakukan perawatan 24 jam.</p> <p>Kriteria Hasil (NOC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irama dan kedalaman pernapasan normal. 2. Sesak hilang. 3. Analisis gas darah normal. 4. Tidak menggunakan otot bantu napas. <p>Rencana Tindakan (NIC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi tidur fowler/semifowler. 2. Oksigen sesuai program dokter. 3. Kolaborasi (kp). <ol style="list-style-type: none"> a. Aspirasi pleura. b. Analgesik. 4. Observasi tanda vital. 5. Analisis gas darah. 			S O A P I		S O A P I	
Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan tindakan medis terkait.	<p>Tujuan: Tidak terjadi infeksi.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. suhu tubuh tidak meningkat; 2. tanda infeksi tidak ada (rubor , dolor, calor, tumor, fungsi/laesa). 			S O A P I		S O A P I	

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI						
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF	
	<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rawat luka-aseptik; 2. observasi daerah bekas tusukan adanya tanda-tanda infeksi dan TTV; 3. laksanakan program dokter. <ol style="list-style-type: none"> a. antibiotik; b. antipiretik; c. lainnya, p.r.n. 4. berikan minum yang cukup 1/2-2 liter/24 jam. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<p>Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.</p>	<p>Tujuan: kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nafsu makan meningkat; 2. menghabiskan porsi makan yang disediakan; 3. berat badan naik > 10 %. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan makanan tinggi kalori tinggi protein dalam porsi kecil tapi sering; 2. berikan ekstra makanan. 3. hindari makanan yang merangsang dan mengandung alkohol; 4. catat <i>intake</i> dan <i>output</i>, kontrol berat badan tiap seminggu sekali; 5. berikan penyuluhan tentang pentingnya nutrisi dalam tubuh kepada pasien dan keluarga; 6. laksanakan program dokter. <p>Tujuan: Jalan napas bersih.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<p>Ketidakefektifan bersih jalan napas berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan paru, akumulasi sekret.</p>									

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	<p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. irama dan kedalaman napas menjadi normal; 2. sesak hilang; 3. tidak ada ronchi; 4. RR: 16–20 ×/menit. <p>Intervensi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan posisi tidur fowler/ semifowler; <input type="checkbox"/> 2. berikan O₂ sesuai program dokter. <input type="checkbox"/> 3. berikan nebulizer; <input type="checkbox"/> 4. berikan fisioterapi dada; <input type="checkbox"/> 5. latih napas dalam dan batuk efektif; <input type="checkbox"/> 6. observasi tanda tanda vital; <input type="checkbox"/> 7. kolaborasi dengan tim medis: <ol style="list-style-type: none"> a. pungsi pleura; <input type="checkbox"/> b. analgesik. <input type="checkbox"/> 						
<p>Kurang pengetahuan (proses penyakit) berhubungan dengan terbatasnya informasi</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Pasien mengetahui tentang penyakit, pengobatan dan perawatannya.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dapat menjelaskan tentang penyakitnya; 2. mengerti tentang pengobatan dan perawatan dirinya. <p>Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. beri penjelasan kepada pasien tentang sebab penyakit dan perjalanan penyakitnya; <input type="checkbox"/> 2. adakan umpan balik dengan pasien; 3. berikan motivasi pentingnya perawatan setelah pasien pulang; <input type="checkbox"/> 4. terangkan perlunya minum obat dan kontrol secara teratur. <input type="checkbox"/> 						

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PNEUMONIA

Pengertian

Pneumonia adalah radang dari parenkim paru di mana asinus terisi oleh cairan radang dengan atau tanpa disertai infiltrasi dari sel radang ke dalam dinding alveoli dan rongga intstinum.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Gangguan bersih jalan napas berhubungan dengan infeksi parenkim paru, akumulasi sekret.</p>	<p>Tujuan: Jalan napas bersih.</p> <p>Kriteria hasil: 1. suara napas vesikuler; 2. frekuensi napas 16–20 x/menit; 3. batuk hilang, sekret tidak ada.</p> <p>Intervensi: 1. berikan posisi tidur Fowler/semifowler; 2. berikan oksigen. 3. berikan minum hangat; 4. berikan nebulizer; 5. berikan fisioterapi dada; 6. ajarkan batuk yang efektif; 7. observasi tanda-tanda vital; 8. observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						
<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.</p>	<p>Tujuan: Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.</p> <p>Kriteria: 1. nafsu makan meningkat; 2. menghabiskan porsi makan yang disediakan; 3. berat badan naik > 10%.</p> <p>Intervensi: 1. berikan diet TKTP dalam porsi kecil tapi sering;</p>	<p><input type="checkbox"/></p>						

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	2. catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan kontrol BB; 3. berikan ekstra makanan dan makanan kesukaan pasien; 4. hindari makanan yang merangsang dan mengandung alkohol; 5. catat <i>intake</i> dan <i>output</i> makanan dan minuman pasien.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan energi kelemahan dan kekurangan suplai O ₂ .	Tujuan: pasien dapat melakukan aktivitas bertahap sesuai toleransi. Kriteria: 1. penderita dapat melakukan aktivitas bertahap sesuai toleransi; 2. penderita dapat mendemonstrasikan aktivitas yang efektif dan menghemat energi. Intervensi: 1. jelaskan pentingnya istirahat dan keseimbangan antaraktivitas dan istirahat; 2. anjurkan kepada penderita untuk memilih posisi yang enak pada saat tidur; 3. anjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi; 4. evaluasi tingkat aktivitas penderita, adanya peningkatan RR, tekanan darah dan nadi, peningkatan kelemahan.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Nyeri berhubungan dengan radang pada parenkim paru.	Tujuan: Nyeri berkurang atau hilang.						

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	<p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> rasa nyeri berkurang/hilang; pasien tampak tenang; T: 90/60–120/90 mmHg, Nadi: 60–100 x/menit, RR: 16–20 x/ menit. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> ajarkan kepada pasien cara mengatasi rasa nyeri dengan menggosok/mengompres pada daerah nyeri; ajarkan dan anjurkan pasien menggunakan teknik relaksasi dan distraksi; kolaborasi dengan tim medis memberikan obat-obat analgesik; evaluasi tingkat nyeri dan TTV. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					
<p>Risiko gangguan keseimbangan volume cairan tubuh berhubungan dengan banyaknya cairan yang hilang (panas, pemapasan mulut, muntah, kurangnya masukan lewat mulut)</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Tidak terjadi gangguan keseimbangan volume cairan tubuh.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> input dan output seimbang, turgor kulit baik, membran mukosa tidak kering; tanda tanda vital normal. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang risiko terjadinya gangguan keseimbangan volume cairan tubuh; jelaskan pentingnya cairan untuk tubuh; 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	3. anjurkan dan berikan cairan \pm 2.500 ml/hari atau menurut kebutuhan individu; 4. monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> ; 5. kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan intravena jika diperlukan; 6. monitor tanda-tanda vital, kenaikan temperatur; turgor kulit, kelembapan, dan mukosa mulut terutama bibir.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PPOM (PENYAKIT PARU OBSTRUKSI MENAHUN)

PPOM adalah penyakit paru obstruksi menahun adalah kumpulan dari beberapa penyakit antara lain sebagai berikut.

1. Asma bronkiale;
2. Bronkhitis kronis;
3. Emfisema;
4. Bronkiektasis;

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
<p>Gangguan kebersihan jalan napas berhubungan dengan adanya penumpukan sekret.</p>	<p>Tujuan: Jalan napas bersih.</p> <p>Kriteria hasil: 1. pernapasan kembali normal; 2. frekuensi napas 16–20 x/menit; 3. batuk hilang, sekret tidak ada, suara napas vesikuler.</p> <p>Intervensi: 1. berikan penyuluhan tentang sebab –akibat terjadinya penumpukan sekret dan perawatannya; 2. berikan posisi tidur <i>fowler/semi-fowler</i>; 3. berikan oksigen sesuai hasil analisis gas darah; 4. berikan minum air hangat 1,5–2 liter/hari; 5. lakukan nebulizer dan fisioterapi napas; 6. ajarkan cara batuk yang benar; 7. observeasi tanda vital; 8. kolaborasi dengan dokter untuk pemberian ekspektoran.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
<p>Gangguan rasa nyaman (cemas) berhubungan dengan keadaan penyakitnya yang tidak sembuh.</p>	<p>Tujuan: Cemas berkurang atau hilang.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tidak ada keluhan cemas; 2. pasien tampak tenang; 3. pasien dapat beristirahat cukup; 4. T: 90/60–120/90 mmHg, N:60–100 x/menit, RR: 16–20 x/menit. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga tentang penyakitnya, pengobatan, dan perawatannya; 2. berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas; 3. dampingi dan berikan dukungan kepada pasien; 4. libatkan keluarga dalam perawatan. 5. observasi tanda-anda vital dan keemasannya. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					
<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan diri berhubungan dengan penurunan energi kelemahan dan sesak.</p>	<p>Tujuan: Kebutuhan cairan terpenuhi.</p> <p>Kriteria hasil: pasien dapat memenuhi kebutuhan diri secara bertahap.</p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan pentingnya aktivitas dan istirahat; 2. anjurkan pasien mengonsumsi makanan dan minuman yang cukup; 3. anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sendiri secara bertahap sesuai kemampuan; 4. observasi tingkat aktivitas pasien dan TTV. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					

ASUHAN KEPERAWATAN PAD PASIEN DENGAN HEMOPTOE DAN TB

Pengertian hemoptoe adalah batuk berhadak bercampur dengan darah.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
Risiko obstruksi jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret dan gumpalan darah.	<p>Tujuan: Tidak terjadi obstruksi jalan napas.</p> <p>Kriteria: 1. pasien tidak sesak; 2. menghabiskan porsi makan yang disediakan; 3. berat badan naik > 10%.</p> <p>Intervensi: 1. berikan diet TKTP dalam porsi kecil tapi sering; 2. berikan ekstra makanan dan makanan kesukaan pasien; 3. hindari makanan yang merangsang dan mengandung alkohol; 4. catat <i>intake</i> dan <i>output</i> makanan dan minuman pasien; 5. kontrol BB setiap minggu.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					
Ketertantungan pemenuhan kebutuhan diri berhubungan dengan istirahat total.	<p>Tujuan: Kebutuhan diri dapat terpenuhi.</p> <p>Kriteria: 1. pasien dapat memenuhi kebutuhan diri sendiri secara bertahap sesuai dnegan kemampuan; 2. pasien dapat mobilisasi secara bertahap.</p>						

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dalam pemenuhan kebutuhan diri ke arah kemandirian; 2. dekatkan alat dan keperluan pasien agar mudah dijangkau; 3. latih pasien sedini mungkin; 4. jelaskan bahaya yang terjadi bila banyak aktivitas; 5. kontrol BB setiap minggu. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<p>Gangguan keseimbangan volume cairan tubuh berhubungan dengan batuk darah yang banyak.</p>	<p>Tujuan: Tidak terjadi gangguan keseimbangan volume cairan tubuh.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>input</i> dan <i>output</i> seimbang, turgor kulit baik, membran mukosa tidak kering; 2. tanda tanda vital normal. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang risiko terjadinya gangguan keseimbangan volume cairan tubuh; 2. jelaskan penyebab batuk darah dan perawatannya; 3. jelaskan pentingnya cairan untuk tubuh; 4. anjurkan dan berikan cairan \pm 2.500 ml/hari atau menurut kebutuhan individu; 5. monitor <i>intake</i> dan <i>output</i>; 6. kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan intravena jika diperlukan; 7. monitor tanda-tanda vital, kenaikan temperatur, turgor kulit, kelembapan, dan mukosa mulut terutama bibir. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

bersambung...

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PNEUMOTORAKS

Pengertian

Pneumotoraks adalah adanya udara dalam rongga pleura.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
Ketidakefektif-an pola napas berhubungan dengan adanya udara dalam rongga pleura.	<p>Tujuan: Pola napas efektif.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ekspansi tulang iga dan gerakan dada simetris; • frekuensi napas 16–20 x/menit; • tidak ada nyeri dada; • pasien tidak gelisah; • hasil evaluasi foto toraks/<i>fluorocopy</i> paru mengembang <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan posisi tidur <i>fowler/semifowler</i>; 2. berikan oksigen; 3. berikan penjelasan tentang penyebab sesak napas dan perawatannya; 4. bila memakai WSD rawat luka dan observasi kelancaran WSD; 5. ajarkan <i>breathing exercise</i>; 6. observasi tanda-tanda vital; 7. observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Nyeri berhubungan dengan pemasangan WSD	<p>Tujuan: Nyeri berkurang atau hilang.</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rasa nyeri berkurang/hilang; 2. pasien tampak tenang; 							

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	<p>3. T: 90/60–120/90 mmHg, nadi: 60–100 x/menit, RR: 16–20 x/menit.</p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ajarkan dan anjurkan pasien menggunakan teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi nyeri; 2. ajarkan cara napas yang efektif; 3. kolaborasi dengan tim medis memberikan obat-obat analgesik; 4. evaluasi tingkat nyeri dan TTV. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
<p>Kecemasan berhubungan dengan sesak dan nyeri.</p>	<p>Tujuan: Kecemasan berkurang atau hilang</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak tenang dapat istirahat cukup. 2. TTV normal T : 90/60–120/90 mmHg , N: 60–00 x/menit, RR: 16–20 x/menit; 3. pasien tidak mengeluh cemas; 4. pasien kooperatif terhadap tindakan yang perawatan. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang penyebab sesak, pengobatan dan perawatannya; 2. anjurkan pasien tetap tenang saat sesak; 3. berikan dukungan kepada pasien dan keluarga; 4. libatkan keluarga dalam perawatan; 5. ciptakan suasana tenang dan terapeutik; 6. observasi tingkat kecemasan dan TTV pasien. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

bersambung...

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN TB PARU

Pengertian TB paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan adanya kerusakan parenkim paru.</p>	<p>Tujuan : Pertukaran gas efektif.</p> <p>Kriteria hasil: 1. ekspansi tulang iga dan gerakan dada simetris; 2. frekuensi napas 16–20x/menit; 3. pasien tidak gelisah; 4. hasil analisis gas darah normal.</p> <p>Intervensi; 1. berikan posisi tidur <i> Fowler/ semi Fowler</i>; 2. berikan oksigen; 3. berikan penjelasan tentang penyebab sesak napas dan perawatannya; 4. berikan nebulizer dan fisioterapi napas; 5. ajarkan <i>breathing exercise</i>; 6. observasi tanda-tanda vital; 7. observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EMPIEMA

Pengertian
Empiema adalah penumpukan pus dalam rongga pleura.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan adanya pus dalam rongga pleura.	<p>Tujuan:</p> <p>Pola napas efektif.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ekspansi tulang iga dan gerakan dada simetris; 2. frekuensi napas 16–20 x/menit; 3. tidak ada nyeri dada; 4. pasien tidak gelisah; 5. hasil evaluasi toraks foto/fluorocopy paru mengembang; 6. produksi WSD minimal (\pm 50 cc/24 jam); 7. leukosit dalam batas normal. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan posisi tidur <i>fowler/semifowler</i>; 2. berikan oksigen; 3. berikan penjelasan tentang penyebab sesak napas dan perawatannya; 4. bila memakai WSD rawat luka dan observasi kelancaran WSD; 5. ajarkan <i>breathing exercise</i>; 6. observasi tanda-tanda vital; 7. observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada; 8. observasi produksi pus dari WSD; 9. observasi kadar leukosit. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 						

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
Risiko terjadinya infeksi berhubungan dengan pemasangan WSD.	<p>Tujuan: tidak terjadi infeksi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tidak terdapat tanda-tanda infeksi (rubor, calor, tumor, dolor; fungsi laesa); 2. T : 90/60–120/90 mmHg, N: 60–100x/menit, RR: 16–20x/menit, S: 36–37,5°C); 3. tidak ada nyeri dada; 4. luka WSD bersih dan kering; 5. hasil evaluasi leukosit normal; 6. produksi WSD minimal (\pm 50 cc/24 jam); 7. leukosit dalam batas normal. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan posisi tidur <i>fowler/semifowler</i>; 2. berikan oksigen; 3. berikan penjelasan tentang penyebab sesak napas dan perawatannya; 4. bila memakai WSD rawat luka dan observasi kelancaran WSD; 5. ajarkan <i>breathing exercise</i>; 6. observasi tanda-tanda vital; 7. observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada; 8. observasi produksi pus dari WSD; 9. observasi kadar leukosit. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri pada luka pemasangan WSD.	<p>Tujuan: Rasa nyaman terpenuhi.</p>						bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	<p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none">1. tidak mengeluh nyeri;2. raut wajah tidak meringis kesakitan;3. pasien mau menerima tindakan yang diberikan;4. pasien lebih tenang;5. T : 90/60–20/90 mmHg, N: 60–100 x/menit, RR: 16–20 x/menit. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. berikan penjelasan tentang akibat pemasangan WSD;2. ajarkan untuk latihan napas secara efektif;3. observasi frekuensi/tingkat nyeri;4. alihkan perhatian dari rasa nyeri dengan membaca atau diajak komunikasi;5. kolaborasi dalam pemberian analgesik;6. observasi tanda-tanda vital.	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STATUS ASMATIKUS.

Pengertian status asmatikus adalah serangan asma yang berat yang tidak respons terhadap terapi yang lain dipakai.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan bronkhospasme dan peningkatan produksi sekret.	<p>Tujuan: jalan napas efektif.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> mampu batuk efektif; sekret tidak ada; wheezing tidak ada; RR normal 16–20 x/menit. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> berikan penjelasan tentang sebab dari penyempitan jalan napas, serta cara mengatasinya; <input type="checkbox"/> berikan posisi <i>fowler/semifowler</i>; <input type="checkbox"/> ajarkan batuk yang efektif; <input type="checkbox"/> berikan nebulizer; <input type="checkbox"/> berikan minum air hangat 2–3 liter/hari; <input type="checkbox"/> observasi tanda-tanda vital; <input type="checkbox"/> berikan terapi ekspektoran sesuai petunjuk dokter. <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>						
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan napas pendek	<p>Tujuan: Perbaiki pola napas.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> pasien bebas dari kesulitan bernapas; sianosis tidak ada; pernapasan lebih efektif. 							

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	EVALUASI							
		IMPLEMENTASI	PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF	
	<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ajarkan bernapas dengan diafragma dan menghembuskan napas melalui mulut secara pelan; 2. bantu pasien untuk mengambil posisi yang nyaman atau mudah bernapas; 3. hindarkan dari zat-zat yang dapat menimbulkan serangan; 4. monitor warna kulit ujung kuku dan membran mukosa; 5. ajarkan klien untuk mengeluarkan sekret; 6. berikan bronkodilator sesuai petunjuk dan observasi adanya efek samping; 7. observasi tanda-tanda vital. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Terjadinya keceemasan berhubungan dengan serangan sesak napas.	<p>Tujuan:</p> <p>Rasa cemas hilang atau berkurang.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>pasien dapat mengungkapkan perasaannya, ekspresi wajah tidak urung, mudah diajak berkomunikasi dapat beristirahat dengan tenang.</p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan dorongan spiritual; 2. ciptakan suasana tenang; 3. temani pasien saat senggang; 4. alihkan perhatian dengan memberikan kegiatan ringan. <p>Tujuan:</p> <p>Pola tidur dan istirahat terpenuhi.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Terganggunya pola tidur dan istirahat berhubungan dengan serangan sesak napas.									

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien dapat menjelaskan faktor yang menghambat tidur; • pasien dapat tidur/istirahat 6–8 jam; • RR normal 16–20 x/menit. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan kepada pasien tentang semua pengobatan; 2. ciptakan suasana tenang, jangan gaduh; 3. temani/ah pasien dan tunjukkan sikap tenang kepada pasien; 4. dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan ketakutannya; 5. berikan posisi setengah duduk. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Berkurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan menurunnya status kesehatan.	<p>Tujuan: Pasien mampu merawat diri.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dapat menjelaskan pentingnya perawatan diri; 2. pasien mampu bergaul sesuai kebutuhan; 3. pasien mampu melakukan perawatan diri tanpa bantuan. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan tentang pentingnya merawat diri; 2. bimbing pasien dalam memenuhi kebutuhannya; 3. ajarkan pasien dalam melakukan aktivitas merawat diri; 4. observasi gejala kardinal; 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN TUMOR PARU.

Pengertian Tumor Paru adalah adanya benjolan pada paru.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI					
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM	PRF
<p>Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan pendesakan tumor paru pada saluran napas.</p>	<p>Tujuan: Pola napas efektif.</p> <p>Kriteria hasil: 1. tidak sesak (RR = 16-20x/menit); 2. tidak menggunakan otot bantu napas; 3. pasien mampu tidak menggunakan oksigen; 4. pasien lebih tenang; 5. analisis gas darah dalam batas normal.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>						
<p>Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.</p>	<p>Tujuan: Kecemasan dapat teratasi.</p> <p>Kriteria hasil: 1. pasien dapat memahami dan menyadari tentang penyakitnya; 2. pasien lebih taat beribadah;</p>							

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	<p>3. pasien kooperatif terhadap pemeriksaan dan tindakan yang diberikan;</p> <p>4. tanda-tanda vital dalam batas normal;</p> <p>5. pasien lebih tenang.</p> <p>Intervensi.</p> <p>1. berikan penjelasan tentang keadaan penyakit dan tindakan yang diberikan;</p> <p>2. berikan dorongan moral dan anjurkan agar lebih mendekati diri kepada Tuhan YME;</p> <p>3. laksanakan observasi tanda-tanda vital;</p> <p>4. kaji tingkat kecemasan pasien.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN ABSSES PARU

Pengertian Abses Paru yaitu lesi paru yang berupa supurasi dan nekrose jaringan.

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan meningkatnya suhu tubuh.	<p>Tujuan: Rasa nyaman terpenuhi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. suhu tubuh normal (36–37° C); 2. pasien lebih tenang; 3. raut wajah tidak kemerahan dan lebih segar. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan tentang sebab dari peningkatan suhu tubuh; 2. berikan kompres dingin; 3. laksanakan observasi tanda-tanda vital. 4. anjurkan untuk minum ± 1.500–2.000 ml/24 jam; 5. kolaborasi dalam pemberian antibiotik dan antipiretik. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					
Kurangnya kebutuhan istirahat berhubungan dengan baik yang terus-menerus.	<p>Tujuan: Kebutuhan istirahat terpenuhi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dapat tidur 6–8 jam/24jam; 2. batuk berkurang; 3. tanda-tanda vital dalam batas normal; 4. pasien lebih tenang. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan tentang sebab dari timbulnya batuk; 	<p><input type="checkbox"/></p>					

bersambung...

PROBLEM	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI				
			PAGI	PRF	SORE	PRF	MALAM
	<p>2. ajarkan batuk yang efektif;</p> <p>3. laksanakan fisioterapi dengan postural drainase;</p> <p>4. laksanakan observasi tanda vital dan produksi sputum;</p> <p>5. Kkolaborasi dengan medis.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<p>Gangguan pola makan berhubungan dengan nafsu makan menurun ditandai dengan bila makan mual kadang-kadang muntah.</p>	<p>Tujuan: Gangguan pola makan teratasi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengerti tentang pentingnya makan bagi kesehatan tubuh; 2. pasien dapat menghabiskan makanan yang disediakan; 3. pasien mau makan secara teratur; 4. porsi kecil tapi sering. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan penjelasan tentang pentingnya makanan bagi kesehatan tubuh; 2. anjurkan agar mengonsumsi makanan; 3. sediakan tempat penampungan sputum dan ajarkan cara menampung yang benar; 4. ajarkan cara batuk yang efektif dan produksi sputum; 5. kolaborasi dalam pemberian antibiotika dan pemeriksaan laboratorium. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					