



Poltekkes Jogja Press
email; poltekkes.press@gmail.com
ISBN: 978-623-93323-9-6

— MODUL PRAKTIK —
**MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN
DALAM KEPERAWATAN**

PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN

PENYUSUN

**Sari Candra Dewi, SKM., M.Kep.
Rr. Arini Rinawati, SKM., M.Kep.
Ns. Maryana, S.SiT., S.Psi., S.Kep., M.Kep.**

**MODUL PRAKTIK
MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN
DALAM KEPERAWATAN
PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN**

ISBN: 978-623-93323-9-6

Penyusun:

Sari Candra Dewi, SKM., M.Kep.
Rr. Arini Rinawati, SKM., M.Kep.
Ns. Maryana, S.SiT., S.Psi.,S.Kep.,M.Kep.

Cover & Setting :

Poltekkes Jogja Press

Layout:

Poltekkes Jogja Press

Penerbit:

Poltekkes Jogja Press
Jl. Tatabumi no. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman.
DI Yogyakarta - 55293
email; poltekkes.press@gmail.com



POLTEKES JOGJA PRESS

14.5 x 20.5 cm
vi + 57 hlm

Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala berkah, rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan modul skill Praktik Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan ini dapat diselesaikan dengan baik. Modul ini berisi ketrampilan-ketrampilan yang berkaitan dengan mata kuliah Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan berdasarkan Kurikulum Inti Pendidikan Ners Indonesia (KIPNI) tahun 2015 oleh Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI). Materi dan skill laboratorium yang tercantum dalam modul ini disusun dari berbagai literatur baik *text book*, *e-book*, maupun jurnal-jurnal keperawatan dan kedokteran

Masing-masing keterampilan diajarkan selama 100 menit pada sekelompok mahasiswa yang terbagi dalam beberapa kelompok kecil dan dipandu oleh satu (1) instruktur. Setelah diajarkan selama 100 menit (termasuk di dalamnya adalah pemberian kesempatan bagi mahasiswa untuk mempraktikkan prosedur tersebut dengan didampingi oleh instruktur), akan dijadwalkan waktu untuk responsi dan selanjutnya dilakukan evaluasi dengan OSCE. Penyusunan Modul Praktik Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan dan panduan bagi mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Keperawatan dalam proses pembelajaran skill laboratorium khususnya dan mengembangkan kemampuan dalam Manajemen keperawatan.

Kami menyadari masih banyak aspek yang perlu ditambahkan demi kesempurnaan modul praktik Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan ini, oleh karena itu masukan dari berbagai pihak sangat diharapkan. Akhir kata, semoga modul ini dapat bermanfaat bagi dosen dan mahasiswa

Yogyakarta, 14 Juli 2019

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi	iii
Pendahuluan	iv
Modul I. Serah Terima Jaga (<i>Hand Over</i>)	1
Modul II. <i>Pre Dan Post Conference</i>	6
Modul III. Ronde Keperawatan	10
Modul IV. <i>Discharge Planning</i>	14
Modul V. Analisa SWOT.....	18
Modul VI. Metode TIM	21
Modul VII. MPKP.....	26
Modul IX. Bedside Teaching	31
Modul X. <i>Meeting Morning</i>	34
Modul XII. Orientasi Pasien Baru.....	36
Modul XIII. Supervisi Keperawatan	39
Modul XIV. Perencanaan tenaga perawat.....	44
Modul XV. Mutu pelayanan keperawatan	49

PENDAHULUAN

VISI, MISI DAN TUJUAN PENDIDIKAN PROGRAM STUDI PROFESI NERS POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA

A. VISI

Menghasilkan Ners yang unggul di bidang keperawatan medikal bedah pada tahun 2023

B. MISI

1. Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Ners yang unggul di bidang keperawatan medikal bedah
2. Melaksanakan penelitian keperawatan yang inovatif dengan keunggulan keperawatan medikal bedah
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berbasis bukti ilmiah
4. Mengembangkan kemitraan dan jejaring kerja sama dalam pendayagunaan SDM dan lulusan

A. TUJUAN

1. Tujuan yang harus dicapai untuk mewujudkan Misi 1: "Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Ners yang unggul di bidang keperawatan medikal bedah", adalah :
 - 1.1. Menghasilkan tenaga Ners yang kompeten dan unggul di bidang keperawatan medikal bedah
 - 1.2. Menyelenggarakan pembelajaran efektif dan efisien untuk menghasilkan Ners yang unggul di bidang keperawatan medikal bedah, melalui pengembangan pendidikan berwawasan internasional dengan berbasis kearifan lokal.
 - 1.3. Mengembangkan kurikulum sesuai ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan medikal bedah
 - 1.4. Menciptakan kehidupan kampus yang demokratis dengan suasana akademik kondusif, inovatif, berbudaya, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa
2. Tujuan yang harus dicapai untuk mewujudkan Misi 2: "Melaksanakan penelitian keperawatan yang inovatif dengan keunggulan keperawatan medikal bedah", adalah :
 - 2.1. Meningkatkan budaya ilmiah dalam kehidupan kampus
 - 2.2. Menghasilkan penelitian dan teknologi kesehatan di bidang keperawatan medikal bedah yang inovatif dan dapat dimanfaatkan bagi pengembangan pelayanan keperawatan
 - 2.3. Meningkatkan publikasi ilmiah dosen pada jurnal terakreditasi
 - 2.4. Meningkatkan jejaring kerjasama penelitian dan publikasi ilmiah
3. Tujuan yang harus dicapai untuk mewujudkan Misi 3: "Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berbasis bukti ilmiah", adalah :
 - 3.1. Melaksanakan pengabdian masyarakat berbasis bukti ilmiah dengan keunggulan keperawatan medikal bedah
 - 3.2. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan keperawatan dengan keunggulan keperawatan medikal bedah kepada masyarakat

- 3.3. Mengembangkan jejaring kerjasama dalam melaksanakan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan dengan keunggulankeperawatan medikal bedah.
4. Tujuan yang harus dicapai untuk mewujudkan Misi 4:”Mengembangkan kemitraan dan jejaring kerja sama dalam pendayagunaan SDM dan lulusan”, adalah
 - 4.1. Membina jejaring kemitraan/kerjasama dalam kegiatan Tri Dharma PT dan pendayagunaan lulusan di lingkup nasional dan rintisan kemitraan/*net working*dengan luar negeri.
 - 4.2. Meningkatkan jejaring alumni dalam promosi institusi danpendayagunaan lulusan
 - 4.3. Mengembangkan kualitas sumber daya manusia dan etos kerja yang tinggi seluruh civitas akademika yang kondusif

MODUL I

SERAH TERIMA JAGA (*HAND OVER*)

A. DESKRIPSI

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.

B. TUJUAN UMUM

Mengomunikasikan keadaan pasien dan menyampaikan informasi yang penting.

C. 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.

D. LANDASAN TEORI

1. Pengertian

Handover adalah proses pengalihan wewenang dan tanggung jawab utama untuk memberikan perawatan klinis kepada pasien dari satu pengasuh ke salah satu pengasuh yang lain. Pengasuh termasuk dokter jaga, dokter terap ruang rawat, asisten dokter, praktisi perawat, perawat terdaftar, dan perawat

praktisi berlisensi (The Joint Commission Journal o Quality and Patient Safety, 2010).

The Royal College Of Surgeons Of England (2007) mendefinisikan Handover adalah proses dua arah untuk memberikan dan menerima informasi, dan memberikan kesempatan untuk bertanya kepada pelayan kesehatan dan harus fokus dan terstruktur-satu pembicara pada suatu waktu. Sedangkan *AustralianMedical Assosiation* (2006) dan *National Patient Safety Agency* (2004) mendefinisikan handover sebagai transfer tanggung jawab profesional dan akuntabilitas untuk beberapa atau semua aspek perawatan untuk pasien atau kelompok pasien, kepada orang lain atau kelompok profesional secara sementara atau permanen.

2. Tahapan dan Tujuan Menurut Lardner et.all (1996) handover memiliki tiga tahapan, yaitu :
 - a. Persiapan yang dilakukan oleh perawat yang akan melimpahkan tanggung jawab, meliputi informasi yang akan disampaikan oleh perawat jaga sebelumnya.
 - b. Pertukaran shift jaga dimana antara perawat yang sebelumnya dengan perawat yang menggantikan serta melakukan pertukaran informasi.
 - c. Pengecekan ulang informasi oleh perawat pengganti tentang tanggung jawab dan tugas yang dilimpahkan.

3. Prinsip Handover

Australian Resource Centre for Healthcare Innovation (2009); Friesen, White, dan Byers memperkenalkan enam standar prinsip serah terima pasien, yaitu :

- a. Kepemimpinan dalam serah terima pasien
 - 1) Pemimpin dapat membimbing dan mengelola dalam pengambilan keputusan klinis selama proses penyerahan
 - 2) Pemimpin untuk serah terima harus memiliki pemahaman yang komprehensif dari proses serah terima dan peran mereka sebagai pemimpin.
 - 3) Pemimpin menghadiri dan memimpin serah terima untuk mengelola masalah klinis awal dan mengurangi tenaga medis lainnya

- 4) Menggunakan serah terima sebagai kesempatan mengajar
 - 5) Senior perawat memfasilitasi proses serah terima.
 - 6) Pemimpin memastikan bahwa semua peserta hadir dan didengar.
- b. Pemahaman tentang serah terima pasien
- Memahami apa yang dikatakan dan berkomunikasi dengan jelas dengan perawat lain akan mencegah berbagai masalah bagi Anda dan pasien Anda.
- c. Peserta yang mengikuti serah terima pasien
- 1) Identifikasi dan orientasi serah terima peserta. Libatkan mereka dalam tinjauan berkala dari proses serah terima klinis. Jika memungkinkan, pasien dan keluarga harus diakui dan dilibatkan dalam serah terima peserta.
 - 2) Mengidentifikasi staf yang harus hadir untuk klinis serah terima terjadi.
 - 3) Dalam tim Multidisiplin, serah terima harus terstruktur dan relevan
4. Waktu serah terima pasien
- a. Mengatur waktu yang disepakati, durasi dan frekuensi untuk klinis serah terima terjadi. Sangat direkomendasikan bahwa, di mana strategi yang mungkin didefinisikan untuk memperkuat ketepatan waktu.
 - b. Klinis serah terima bukan hanya pada perubahan shift, tapi setiap kali perubahan akuntabilitas dan tanggung jawab terjadi. Misalnya dipertimbangkan ketika pasien diangkut dari bangsal untuk tes laboratorium.
 - c. Ketepatan waktu serah terima sangat penting untuk menjamin proses yang berkelanjutan dan efektif.
5. Tempat serah terima pasien
- a. Menetapkan lokasi khusus untuk klinis serah terima terjadi. Sebaiknya, klinis serah terima terjadi tatap muka dan di hadapan pasien
 - b. Jika serah terima tidak dapat terjadi tatap muka, maka pilihan lain harus dipertimbangkan untuk memastikan efektif dan aman klinis serah terima
 - c. Pastikan bahwa tempat penyerahan adalah bebas dari gangguan misalnya kebisingan, telepon dan kebisingan bangsal umum.

E. PROSEDUR

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:

Persiapan:

- 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).

Pelaksanaan:

- a) Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.
- b) Kepala ruang membuka acara timbang terima.
- c) Penyampaian yang jelas, singkat dan padat oleh perawat jaga (NIC).
- d) 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.

Di Bed Pasien:

- a) Kepala ruang menyampaikan salam dan PP menanyakan kebutuhan dasar pasien.

- b) Perawat jaga selanjutnya mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan, dan tindakan yang telah/belum dilaksanakan, serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan.
- c) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya.

Diskusi:

- a) 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.
- b) Ditutup oleh KARU.

F. REFERENSI

- Gillies (1998). *Nursingmanagement: A systemapproach*. (third edition). Philadelphia: WB.Saunders.
- Hariyati, RT (2014). *Perencanaan, utilisasi, dan pengembangan tenaga keperawatan*. Jakarta: Raja Grafindo
- Huber, D. (2014). *Leadership & Nursing Care Management*. 5 th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Huston, C.J.(2000). *Leadership roles & management function in nursing: theory and application*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott

MODUL II

PRE DAN POST CONFERENCE

A. DESKRIPSI

Konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. Konferensi dilakukan sebelum atau setelah melakukan operan dinas, sore atau malam sesuai dengan jadwal dinas perawatan pelaksanaan. conference sebaiknya dilakukan di tempat tersendiri sehingga dapat mengurangi gangguan dari luar.

B. TUJUAN UMUM

Meningkatkan dan mempertahankan kualitas asuhan keperawatan pada pasien selama 24 jam terus menerus selama pasien dirawat.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Mengenali masalah pasien.
2. Membuat rencana asuhan keperawatan.
3. Pembagian tugas perawat pelaksana.
4. Mengetahui perkembangan pasien.
5. Mengetahui pencapaian tujuan Askep.
6. Mengetahui kendala yang dihadapi selama pemberian Askep.
7. Mengetahui kejadian - kejadian lain yang ditemukan selama pemberian askep

D. LANDASAN TEORI

Pre conference adalah komunikasi katim dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh ketua tim atau penanggung jawab tim. Jika yang dinas pada tim tersebut hanya satu orang, maka pre conference ditiadakan. Isi pre conference adalah rencana tiap perawat (rencana harian), dan tambahan rencana dari katim dan PJ tim (Modul MPKP, 2006). Pre-konferens merupakan tahapan sebelum melakukan konferens yang akan dilakukan oleh para instruktur klinis dimana akan dijelaskan apa yang akan dilakukan oleh setiap mahasiswa sebelum melakukan tindakan keperawatan.

Sedangkan dalam Pre-konferens para instruktur klinis harus sudah menyiapkan apa yang akan dibahas dalam konferens sehingga tidak banyak waktu yang terbuang. Post conference adalah komunikasi katim dan perawat pelaksana tentang hasil kegiatan sepanjang shift dan sebelum operan kepada shift berikut. Isi post conference adalah hasil askep tiap perawatan dan hal penting untuk operan (tindak lanjut). Post conference dipimpin oleh katim atau Pj tim (Modul MPKP, 2006).

Pos konferens adalah fase dimana dari hasil pembahasan di buat evaluasi. Setiap mahasiswa harus mampu melakukan evaluasi dari setiap konferens yang sudah dilaksanakan sehingga mahasiswa tahu apa yang harus dilakukan berikutnya. Pembahasan yang sudah dibuat akan menjadi acuan untuk bisa berpartisipasi dalam menyelesaikan masalah yang timbul dari setiap tindakan selama berpraktek.

Pos konference merupakan kesempatan dari mahasiswa untuk bertanya dan menyelesaikan masalah saat berdiskusi. Setiap mahasiswa mempunyai masalah selama berpraktek dan instruktur klinis memberikan arahan setelah berdiskusi bersama untuk mencari penyelesaian dari setiap masalah tersebut. Para instruktur klinis memberikan pembahasan yang bisa mahasiswa diskusikan bersama masalah dan membuat evaluasi dari setiap diskusi.

Syarat Pre dan Post Conference

1. Pre conference dilaksanakan sebelum pemberian asuhan keperawatan dan post conference dilakukan sesudah pemberian asuhan keperawatan
2. Waktu efektif yang diperlukan 10 atau 15 menit.
3. Topik yang dibicarakan harus dibatasi, umumnya tentang keadaan pasien, perencanaan tindakan rencana dan data-data yang perlu ditambahkan.
4. Yang terlibat conference adalah kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim

Tuntutan yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan pre dan post konferens adalah sebagai berikut :

1. Tujuan yang telah di buat dalam konferens seharusnya di konfirmasi terlebih dahulu.

2. Diskusikan yang di lakukan seharusnya merefleksikan prinsip-prinsip kelompok yang dinamis.
3. Instruktur klinis memiliki peran dalam kelangsungan diskusi dengan berpegang kepada fokus yang di bicarakan, tanpa mendomisilinya dan memberikan umpan balik yang di perlukan secara tepat.
4. Instruktur klinis harus memberikan penekanan-penekanan pada poin-poin penting selama diskusi berlangsung.
5. Atmosfer diskusi seharusnya mendukung bagi partisipasi kelompok, mengandung keinginan anggota diskusi untuk memberikan responsnya dan menerima pendapat atau pandangan yang berbeda untuk selanjutnya mencari persamaannya.
6. Besar kelompok seharusnya di batasi 10-12 orang untuk memelihara pertukaran ide-ide pemikiran yang ade kuat di antara mereka.
7. Usahakan antara anggota kelompok dapat bertatapan langsung (face to face).
8. Pada kesimpulan akhir dari konferens, ringkasan dan kesimpulan seharusnya berikan oleh instruktur klinis atau siswa dengan mengacu pada tujuan pembelajaran dan sifat applicability pada situasi dan kondisi yang lain.

E. PROSEDUR

1. Pre conference

- a) PN Menyiapkan ruangan/tempat
- b) PN Menyiapkan rekam medik pasien yang menjadi tanggung jawabnya
- c) PN Menjelaskan tujuan dilakukannya pre conference
- d) PN memandu pelaksanaan pre conference
- e) PN Menjelaskan masalah keperawatan pasien, keperawatan dan rencana keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya
- f) PN membagi tugas kepada AN sesuai kemampuan yang dimiliki dengan memperhatikan keseimbangan kerja
- g) PN Mendiskusikan cara dan strategi pelaksanaan asuhan pasien/tindakan
- h) PN memotivasi untuk memberikan tanggapan dan penyelesaian masalah yang sedang didiskusikan

- i) PN mengklarifikasi kesiapan AN untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya
- j) PN Memberikan reinforcement positif pada AN
- k) PN Menyimpulkan hasil pre conference

2. *Post-conference*

- a) Menyiapkan ruang/tempat
- b) Menyiapkan rekam medik pasien yang menjadi tanggungjawabnya
- c) Menerima penjelasan dari PA tentang hasil tindakan /hasil asuhan
- d) keperawatan yang telah dilakukan PA
- e) Mendiskusikan masalah yang ditemukan dalam memberikan askep pasien dan mencari upaya penyelesaian masalahnya
- f) Memberikan reinforcement pada PA
- g) Menyimpulkan hasil post conference
- h) Mengklarifikasi pasien sebelum melakukan operan tugas jaga berikutnya (melakukan rondde keperawatan)

F. REFERENSI

- Gillies (1998). Nursingmanagement: A systemapproach. (third edition).Philadelphia: WB.Saunders.
- Hariyati, RT (2014). Perencanaan, utilisasi, dan pengembangan tenaga keperawatan. Jakarta: Raja Grafindo
- Huber, D. (2014). Leadership & Nursing Care Management. 5 th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Huston, C.J.(2000). Leadership roles & management function in nursing: theory and application. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott

MODUL III

RONDE KEPERAWATAN

A. DESKRIPSI

Suatu kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat, melibatkan klien dan keluarga untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan akan tetapi pada kasus tertentu harus dilakukan oleh perawat primer atau konselor, kepala ruangan, perawat associate yang perlu juga melibatkan seluruh anggota tim.

B. TUJUAN UMUM

Mengkomunikasikan masalah keperawatan pada seluruh anggota tim kesehatan yang melaksanakan asuhan pada klien dan keluargayang bertujuan menetapkan jenis tindakan selanjutnya dana tau modifikasi tindakan keperawatan berdasarkan masalah yang di tetapkan.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Menumbuhkan cara berpikir secara kritis.
2. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berasal dari masalah klien.
3. Meningkatkan validitas data klien.
4. Menilai kemampuan justifikasi.
5. Meningkatkan kemampuan dalam menilai hasil kerja.
6. Meningkatkan kemampuan untuk memodifikasi rencana perawatan.
7. Meningkatkan kemampuan dalam IPE dan IPC

D. LANDASAN TEORI

Ronde keperawatan Adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat ,disamping klien dilibatkan untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan pada kasus tertentu yang dilakukan oleh kepala tim (KATIM), kepala ruangan, PA, serta melibatkan seluruh tim kesehatan lain (Dokter, fisioterapis, ahli

Gizi) .

Karakteristik ronde keperawatan adalah sebagai berikut:

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

Peran dalam Ronde Keperawatan

1. Peran Ketua Tim dan Anggota Tim
 - a) Menjelaskan keadaan dan data demografi klien.
 - b) Menjelaskan masalah keperawata utama.
 - c) Menjelaskan intervensi yang belum dan yang akan dilakukan.
 - d) Menjelaskan tindakan selanjutnya.
 - e) Menjelaskan alasan ilmiah tindakan yang akan diambil.
2. Peran Ketua Tim Lain dan/Konselor
 - a) Menjelaskan keadaan dan data demografi klien
 - b) Menjelaskan masalah keperawatan utama
 - c) Menjelaskan intervensi yang belum dan yang akan dilakukan
 - d) Menjelaskan tindakan selanjtunya
 - e) Menjelaskan alasan ilmiah tindakan yang akan diambil
3. Peran perawat primer (ketua tim) lain dan atau konsuler
 - a) Memberikan justifikasi
 - b) Memberikan reinforcement
 - c) Menilai kebenaran dari suatu masalah, intervensi keperawatan serta tindakan yang rasional
 - d) Mengarahkan dan koreksi
 - e) Mengintegrasikan teori dan konsep yang telah dipelajari

E. PROSEDUR

1. Pra-ronde
 - a) Menentukan kasus dan topik (masalah yang tidak teratasi dan masalah yang langka)
 - b) Menentukan tim ronde
 - c) Mencari sumber atau literature
 - d) Membuat proposal
 - e) Mempersiapkan pasien: informed consent dan pengkajian
 - f) Diskusi: apa diagnosis keperawatan?, apa data yang mendukung?, bagaimana intervensi yang sudah dilakukan?, dan apa hambatan yang ditemukan selama perawatan?
2. Pelaksanaan ronde
 - a) 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.
 - b) Diskusi antar anggota 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. Pasca-ronde
 - a) Evaluasi, revisi dan perbaikan
 - b) Kesimpulan dan rekomendasi penegakan diagnosis, intervensi keperawatan selanjutnya.

F. REFERENSI

- Gillies. 1989. Managemen Keperawatan suatu pendekatan Sistem. EGC. Jakarta
- Nursalam. 2002. Manajemen keperawatan. salemba medika. Jakarta
- Tappen, R., Weiss, S. and Whitehead, D. (2008). Essential of Nursing Leadership and Management, Philadelphia: WB. Saunders Company.

Sullivan, J. E., et. all. (2001).Effective leadership andmanagement in nursing. NewJersey: Prentice-Hall

MODUL IV

DISCHARGE PLANNING

A. DESKRIPSI

Discharge planning merupakan suatu proses terintegrasi yang terdiri dari fase-fase yang ditujukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkesinambungan. Perencanaan pasien pulang bertujuan untuk memandirikan pasien di rumah sehingga pelaksanaan dan pendokumentasian perencanaan pulang diperlukan komunikasi yang efektif dan tepat yang diharapkan tercapainya tujuan.

B. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu menerapkan discharge planning dengan baik dan benar.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk discharge planning.
2. Mengidentifikasi masalah pasien dalam discharge planning
3. Memprioritaskan masalah untuk discharge planning
4. Membuat jadwal pelaksanaan untuk pasien discharge planning.
5. Melaksanakan discharge planning
6. Membuat evaluasi pada pasien selama pelaksanaan discharge planning
7. Pendokumentasian discharge planning

D. LANDASAN TEORI

Discharge planning (perencanaan pulang) adalah serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitasnya yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi ketika pasien dipulangkan dari lembaga pelayanan kesehatan (Potter & Perry, 2005).

Program discharge planning (perencanaan pulang) pada dasarnya merupakan program pemberian informasi atau pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktifitas/latihan, obat-obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit pasien (Potter & Perry, 2005 dalam Herniyatun

dkk, 2009:128). Informasi diberikan kepada pasien agar mampu mengenali tanda bahaya untuk dilaporkan kepada tenaga medis. Sebelum pemulangan, pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan di dalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah kesehatan (tidak siap menghadapi pemulangan) dapat menyebabkan meningkatnya komplikasi yang terjadi pada pasien (Potter & Perry, 2006).

Seorang discharge planners bertugas membuat rencana, mengkoordinasikan, memonitor dan memberikan tindakan dan proses kelanjutan perawatan. Discharge planning ini menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses perawatan pasien dan dalam tim discharge planner rumah sakit, karena pengetahuan dan kemampuan perawat dalam proses keperawatan sangat berpengaruh dalam memberikan kontinuitas perawatan melalui proses discharge planning (Caroll & Dowling, 2007).

Menurut Potter & Perry (2005), setiap pasien yang dirawat di rumah sakit memerlukan discharge planning atau rencana pemulangan. Pasien dan seluruh anggota keluarga harus mendapatkan informasi tentang semua rencana pemulangan (Medical Mutual of Ohio, 2008). Discharge planning atau rencana pemulangan tidak hanya melibatkan pasien tapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (Siahaan, 2009).

Jenis Discharge Planning

Menurut Chesca (1982) dalam Nursalam & Efendi (2008:229), discharge planning dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu:

- a. Pulang sementara atau cuti (conditioning discharge). Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau Puskesmas terdekat.
- b. Pulang mutlak atau selamanya (absolute discharge). Cara ini merupakan

akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.

- c. Pulang paksa (judicial discharge). Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

Prinsip Discharge Planning

Ketika melakukan discharge planning dari suatu lingkungan ke lingkungan yang lain, ada beberapa prinsip yang harus diikuti/diperhatikan. Menurut Nursalam & Efendi (2008:229), prinsip-prinsip yang diterapkan dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

- a. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
- b. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi, kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin muncul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang muncul di rumah dapat segera diantisipasi.
- c. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
- d. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada.

E. ALAT DAN BAHAN

1. Status klien
2. Lembar discharge planning (terlampir)
3. Leaflet (terlampir)
4. Obat-obatan, hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang.

F. PROSEDUR

Kepala ruangan

1. Membuka acara discharge planning kepada pasien
2. Menyetujui dan menandatangani format discharge planning

Ketua Tim

1. Membuat rencana discharge planning
2. Membuat leaflet dan kartu discharge planning
3. Memberikan konseling
4. Memberikan pendidikan kesehatan
5. Menyediakan format discharge planning
6. Mendokumentasikan discharge planning
7. Melakukan agenda discharge planning (pada awal perawatan sampai akhir perawatan)

Perawat Pelaksana

Ikut membantu dalam melaksanakan discharge planning yang sudah direncanakan oleh Ketua Tim.

G. REFERENSI

- Hariyati, RT (2014). Perencanaan, utilisasi, dan pengembangan tenaga keperawatan. Jakarta: RajaGrafindo
- Huber, D. (2014). Leadership & Nursing Care Management. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Huston, C.J.(2000). Leadership roles & management function in nursing: theory and application. (3rd ed). Philadelphia: Lippincott
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Jakarta: EGC
- Tappen, R., Weiss, S. and Whitehead, D. (2008). Essential of Nursing Leadership and Management, Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Sullivan, J. E., et. all. (2001). Effective leadership and management in nursing. New Jersey: Prentice-Hall

MODUL V

ANALISA SWOT

A. DESKRIPSI

SWOT adalah teknik yang sudah sederhana, mudah dipahami, dan juga bisa digunakan dalam merumuskan strategi-strategi dan kebijakan-kebijakan untuk pengelolaan administrasi (administrator). Sehingga, SWOT di sini tidak mempunyai akhir, artinya akan selalu berubah sesuai dengan tuntutan jaman.

B. TUJUAN UMUM

Menyusun berbagai kebijakan strategis terkait rencana dan pelaksanaan di masa akan datang yang lebih baik.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Mengetahui faktor-faktor dalam Analisis SWOT.
2. Menjadi bentuk bahan evaluasi kebijakan strategis dan sistem perencanaan sebuah instansi.
3. Memberikan informasi mengenai kondisi instansi
4. Memberikan tantangan ide-ide baru bagi pihak manajemen perusahaan

D. LANDASAN TEORI

Analisis SWOT adalah identifikasi berbagai faktor secara sistematis untuk merumuskan strategi, berdasarkan logik yang dapat memaksimalkan kekuatan (Strengths) dan peluang (Opportunities), dan secara bersamaandapat meminimalkan kelemahan (Weaknesses) dan ancaman (Threats). Jadi, analisis SWOT membandingkan antara faktor luaran (Peluang dan Ancaman) dengan faktor dalaman (Kekuatan dan Kelemahan).

Secara umum, analisis SWOT pada tiap media massa dapat dilakukan, seperti yang diterangkan dibawah ini:

Matriks SWOT

IFAS EFAS	S (Strength) Tentukan faktor2 kekuatan internal	W (Weakness) Tentukan faktor2 kelemahan internal
O (Opportunity) Tentukan faktor2 peluang eksternal	Strategi SO: Ciptakan strategi yang menggunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang	Strategi WO: Ciptakan strategi yang meminimalkan kelemahan untuk memanfaatkan peluang
T (Threat) Tentukan faktor2 ancaman eksternal	Strategi ST: Ciptakan strategi yang menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman	Strategi WT: Ciptakan strategi yang meminimalkan kelemahan dan menghindari ancaman

- a. *Strengths (Kekuatan / Kelebihan)*
 - Tersedianya dan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.
 - Tersedianya undang-undang pers.
 - Tersedianya fasilitas sarana dan prasarana media massa.
 - Adanya promosi yang dapat dilakukan.
- b. *Weaknesses (Kelemahan/Kekurangan)*
 - Pelayanan terhadap masyarakat
 - Mutu/ kualitas sebagian Sumber Daya Manusia (SDM).
 - Belum optimalnya fungsi pers.
 - Kurangnya kepedulian pihak swasta terhadap pers.
- c. *Opportunities (Peluang /Kesempatan)*
 - Adanya partisipasi dan dukungan masyarakat.
 - Adanya dukungan pemerintah
 - Adanya dunia usaha/industri yang bersedia bekerjasama.
 - Kebutuhan masyarakat terhadap informasi.
- d. *Threats (Ancaman)*
 - Perilaku dan budaya masyarakat yang kurang mendukung kerja media.
 - Masih adanya krisis ekonomi yang melemahkan kemampuan masyarakat secara finansial.
 - Belum mempunyai dukungan dari pemerintahan yang otoriter

- Image sebagian Masyarakat bahwa media tidak menjanjikan masa depan yang lebih baik.

E. PROSEDUR

Untuk mengalalisa SWOT para manajer menggunakan Empat Langkah Strategi. Empat strategi itu meliputi:

1. Pertama, strategi SO (*Strengths-Opportunities*) adalah strategi yang digunakan perusahaan dengan memanfaatkan atau mengoptimalkan kekuatan yang dimiliki untuk memanfaatkan berbagai peluang.
2. Kedua, strategi WO (*Weaknesses-Opportunities*) adalah strategi yang digunakan dengan seoptimal mungkin meminimalisir kelemahan yang ada untuk memanfaatkan berbagai peluang.
3. Ketiga ST (*Strengths-Threats*) adalah strategi yang digunakan perusahaan dengan memanfaatkan atau mengoptimalkan kekuatan untuk mengurangi berbagai ancaman.
4. Keempat, strategi WT (*Weaknesses-Threats*) adalah strategi yang digunakan untuk mengurangi kelemahan dalam rangka meminimalisir atau menghindari ancaman.

F. REFERENSI

- Marquis, BL & Huston, Cj (1998), Management Decision Making For Nurses, 124
Cases Studies, 3 Ed. Philadelphia : JB Lippincott
- Nursalam (2007), Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktek Keperawatan
Profesional. Jakarta: Salemba Medika
- Tappen, R.M., (1 995). Nursing Leadership and Management. Concepts and Practice. (3 rd edition). Philadelpia: F.A. Davis Company.

MODUL VI

METODE TIM

A. DESKRIPSI

Metode tim adalah pengorganisasian pelayanan keperawatan dengan menggunakan tim yang terdiri atas kelompok klien dan perawat. Kelompok ini dipimpin oleh perawat yang berijazah dan berpengalaman kerja sertamemiliki pengetahuan dibidangnya.

B. TUJUAN UMUM

Untuk meningkatkan kerja sama dan koordinasi perawat dalam melaksanakan tugas, memungkinkan adanya *transfer of knowledge dan transfer of experiences* diantara perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Untuk mengetahui definisi metode tim
2. Untuk mengetahui tujuan metode tim
3. Untuk mengetahui kelebihan dan kelemahan metode tim
4. Untuk mengetahui tugas dan tanggung jawab dalam metode tim

D. LANDASAN TEORI

Keperawatan Tim berkembang pada awal tahun 1950-an, saat berbagai pemimpin keperawatan memutuskan bahwa pendekatan tim dapat menyatukan perbedaan kategori perawat pelaksana dan sebagai upaya untuk menurunkan masalah yang timbul akibat penggunaan model fungsional. Pada model tim, perawat bekerja sama memberikan asuhan keperawatan untuk sekelompok pasien di bawah arahan/pimpinan seorang perawat profesional (Marquis & Huston, 2000).

Dibawah pimpinan perawat profesional, kelompok perawat akan dapat bekerja bersama untuk memenuhi sebagai perawat fungsional. Penugasan terhadap pasien dibuat untuk tim yang terdiri dari ketua tim dan anggota tim. Model tim

didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga timbul motivasi dan rasa tanggung jawab perawat yang tinggi. Setiap anggota tim akan merasakan kepuasan karena diakuikontribusinya di dalam mencapai tujuan bersama yaitu mencapai kualitas asuhan keperawatan yang bermutu. Potensi setiap anggota tim saling melengkapi menjadi suatu kekuatan yang dapat meningkatkan kemampuan kepemimpinan serta menimbulkan rasa kebersamaan dalam setiap upaya dalam pemberian asuhan keperawatan.

Pelaksanaan konsep tim sangat tergantung pada filosofi ketua tim apakah berorientasi pada tugas atau pada klien. Perawat yang berperan sebagai ketua tim bertanggung jawab untuk mengetahui kondisi dan kebutuhan semua pasien yang ada di dalam timnya dan merencanakan perawatan klien. Tugas ketua tim meliputi: mengkaji anggota tim, memberiarahan perawatan untuk klien, melakukan pendidikan kesehatan, mengkoordinasikan aktivitas klien.

Menurut Tappen (1995), ada beberapa elemen penting yang harus diperhatikan:

1. Pemimpin tim didelegasikan/diberi otoritas untuk membuat penugasan bagi anggota tim dan mengarahkan pekerjaan timnya.
2. Pemimpin diharapkan menggunakan gaya kepemimpinan demokratis atau partisipatif dalam berinteraksi dengan anggota tim.
3. Tim bertanggung jawab terhadap perawatan total yang diberikan kepada kelompok pasien.
4. Komunikasi di antara anggota tim adalah penting agar dapat sukses.

Kelebihan :

1. Dapat memfasilitasi pelayanan keperawatan secara komprehensif.
2. Memungkinkan pelaksanaan proses keperawatan.
3. Konflik antar staf dapat dikendalikan melalui rapat dan efektif untuk belajar.
4. Memberi kepuasan anggota tim dalam berhubungan interpersonal.
5. Memungkinkan meningkatkan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda secara efektif.
6. Peningkatan kerja sama dan komunikasi di antara anggota tim

dapat menghasilkan sikap moral yang tinggi, memperbaiki fungsi staf secara keseluruhan, memberikan anggota tim perasaan bahwa ia mempunyai kontribusi terhadap hasil asuhan keperawatan yang diberikan

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

Kelemahan :

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

E. PROSEDUR

Tanggung jawab Kepala Ruang

1. Menetapkan standar kinerja yang diharapkan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
2. Mengorganisir pembagian tim dan pasien
3. Memberi kesempatan pada ketua tim untuk mengembangkan kepemimpinan.
4. Menjadi nara sumber bagi ketua tim.
5. Mengorientasikan tenaga keperawatan yang baru tentang metode/model tim dalam pemberian asuhan keperawatan.
6. Memberi pengarahan kepada seluruh kegiatan yang ada di ruangnya,
7. Melakukan pengawasan terhadap seluruh kegiatan yang ada di ruangnya,

8. Memfasilitasi kolaborasi tim dengan anggota tim kesehatan yang lainnya,
9. Melakukan audit asuhan dan pelayanan keperawatan di ruangannya, kemudian menindak lanjutinya,
10. Memotivasi staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan.
11. Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka dengan semua staf.

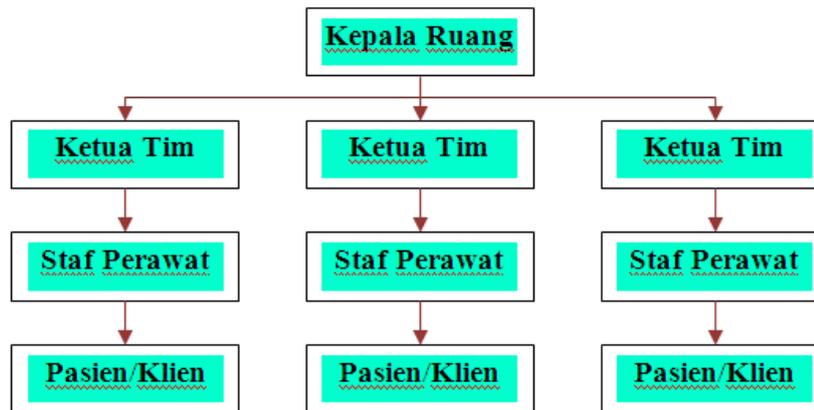
Tanggung jawab ketua tim:

1. Mengatur jadwal dinas timnya yang dikoordinasikan dengan kepalaruangan,
2. Membuat perencanaan berdasarkan tugas dan kewenangannya yang didelegasikan oleh kepala ruangan.
3. Melakukan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi asuhan keperawatan bersama-sama anggota timnya
4. Mengkoordinasikan rencana keperawatan dengan tindakan medik.
5. Membuat penugasan kepada setiap anggota tim dan memberikan bimbingan melalui konferens.
6. Mengevaluasi asuhan keperawatan baik proses ataupun hasil yang diharapkan serta mendokumentasikannya.
7. Memberi pengarahan pada perawat pelaksana tentang pelaksanaan asuhan keperawatan,
8. Menyelenggarakan konferensi
9. Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan,
10. Melakukan audit asuhan keperawatan yang menjadi tanggung jawab timnya,
11. Melakukan perbaikan pemberian asuhan keperawatan

Tanggung jawab anggota tim:

1. Melaksanakan tugas berdasarkan rencana asuhan keperawatan.
2. Mencatat dengan jelas dan tepat asuhan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan respon klien.
3. Berpartisipasi dalam setiap memberikan masukan untuk meningkatkan asuhan keperawatan.
4. Menghargai bantuan dan bimbingan dan ketua tim.
5. Melaporkan perkembangan kondisi pasien kepada ketua tim.

6. Memberikan laporan



F. REFERENSI

Gillies (1998). Nursingmanagement: A systemapproach. (third edition).Philadelphia: WB. Saunders.

Hariyati, RT (2014).Perencanaan, utilisasi, danpengembangan tenagakeperawatan. Jakarta: RajaGrafindo

Huber, D. (2014).Leadership & Nursing CareManagement. 5 th edition.Saunders: Elsevier Inc.

Huston, C.J.(2000). Leadershipproles & management function innursing: theory and application.(3rd ed.). Philadelphia:Lippincott

Tappen, R., Weiss, S. andWhitehead, D. (2008). Essentialof Nursing Leadership andManagement, Philadelphia: WB.Saunders Company.

MODUL VII
MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL
(MPKP)

A. DESKRIPSI

Model praktik keperawatan adalah deskripsi atau gambaran dari praktik keperawatan yang nyata dan akurat berdasarkan kepada filosofi, konsep dan teori keperawatan. Era globalisasi dan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan menuntut perawat, sebagai suatu profesi, memberi pelayanan kesehatan yang optimal. Indonesia juga berupaya mengembangkan model praktik keperawatan profesional (MPKP).

B. TUJUAN UMUM

Mampu menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan
2. Mengurangi konflik, tumpang tindih dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
3. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
4. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.

D. LANDASAN TEORI

Model praktik keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang dapat mendukung asuhan keperawatan. Pada aspek struktur ditetapkan jumlah tenaga keperawatan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien.

Jenis tenaga di suatu ruang rawat yaitu kepala ruang, clinical care manager (CCM), perawat primer (*primary nurse*) dan perawat pelaksana (*assosiet*) serta

standart rencana perawatan. Pada aspek proses ditetapkan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer. Metode modifikasi perawatan merupakan kombinasi dari metode tim dan primer. Konsep ini diharapkan akan terjadi kontinuitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas asuhan keperawatan. Metode modifikasi adalah penggunaan metode asuhan keperawatan dengan modifikasi antara tim dan primer.

Menurut Ratna S. Sudarsono (2000), bahwa penetapan sistem model MAKPD didasarkan pada beberapa alasan, yaitu :

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

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

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

Kegiatan yang ditetapkan pada tiap pilar merupakan kegiatan dasar MPKP yang dapat dikembangkan jika tenaga keperawatan yang bekerja berkualitas. Menurut Sudarsono (2000), MPKP dikembangkan beberapa jenis sesuai dengan kondisi sumber daya manusia yang ada, antara lain adalah:

1. Model Praktek Keperawatan Profesional III

Melalui pengembangan model PKP III dapat berikan asuhan keperawatan profesional tingkat III. Pada ketenagaan terdapat tenaga perawat dengan kemampuan doktor dalam keperawatan klinik yang berfungsi untuk melakukan riset dan membimbing para perawat melakukan riset serta

memanfaatkan hasil-hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan

2. Model Praktek Keperawatan Profesional II

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

3. Model Praktek Keperawatan Profesional I.

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

4. Model Praktek Keperawatan Profesional Pemula

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

E. PROSEDUR

Tahap persiapan :

1. Pembentukan team

Terdiri dari coordinator departemen, kepala ruang rawat, perawat ruangan, ketua MPKP.

2. Rancangan penilaian mutu

Kelompok kerja yang membuat rencana asuhan keperawatan yang meliputi kepuasan klien.

3. Presentasi MPKP

Untuk mendapatkan nilai dukungan dari semua yang terlibat pada saat presentasi.

4. Penetapan tempat implementasi

Dalam menentukan tempat implementasi perlu memperhatikan : mayoritas tenaga perawat apakah ada staf baru.

5. Identifikasi jumlah klien

Kelompok klien terdiri dari 3 kriteria, yaitu : minimal, parsial, dan total)

6. Penetapan tenaga keperawatan

Penetapan jenis tenaga:

- a) kepala ruang rawat
- b) clinical care manager
- c) perawat primer
- d) perawat associate

7. Pengembangan standar asuhan keperawatan

Bertujuan untuk mengurangi waktu perawat untuk menulis, sehingga waktunya habis untuk melakukan tindakan keperawatan

8. Penetapan format dokumentasi keperawatan

Identifikasi fasilitas:

- a) Badge atau kartu nama tim
- b) Papan nama
- c) Papan MPKP

Tahap pelaksanaan:

1. Pelatihan MPKP

2. Memberikan bimbingan kepada PP dalam melakukan konferensi

3. Memberi bimbingan kepada PP dalam melakukan ronde PA

4. Memberi bimbingan kepada PP dalam memanfaatkan standar Renpra

5. Member bimbingan kepada PP dalam membuat kontrak dengan klien

6. Member bimbingan dalam melakukan presentasi dalam tim

7. Memberikan bimbingan kepada CCM dalam bimbingan PP dan PA

8. Memberi bimbingan tentang dokumentasi keperawatan

Tahap evaluasi :

1. Memberikan instrument evaluasi kepuasan klien / keluarga untuk setiap klien pulang.
2. Mengevaluasi kepatuhan perawat terhadap standar penilaian
3. Penilaian infeksi nasokominal di ruang rawat
4. Penilaian rata-rata lama hari rawat

F. REFERENSI

- Gillies (1998). Nursingmanagement: A systemapproach. (third edition).Philadelphia: WB. Saunders.
- Hariyati, RT (2014).Perencanaan, utilisasi, danpengembangan tenagakeperawatan. Jakarta: RajaGrafindo
- Huber, D. (2014).Leadership & Nursing CareManagement. 5 th edition.Saunders: Elsevier Inc.
- Huston, C.J.(2000). Leadershiproles & management function innursing: theory and application.(3rd ed.). Philadelphia:Lippincott
- Tappen, R., Weiss, S. andWhitehead, D. (2008). Essentialof Nursing Leadership andManagement, Philadelphia: WB.Saunders Company.

MODUL IX

BEDSIDE TEACHING

A. DISKIRPSI

Bedside teaching adalah metode pengajaran berbasis pasien di mana peserta mempraktekan kemampuan klinis dengan melihat dan mempelajari suatu kasus secara langsung. Kegiatan ini adalah bagian integral dari pendidikan keperawatan dasar dan berkelanjutan.

Bedside teaching merupakan salah satu metode pembelajaran yang telah lama diterapkan pada pendidikan kesehatan di samping metode-metode pembelajaran klinik lainnya.

Bedside teaching adalah salah satu metode pembelajaran klinik yang sering dipakai di Indonesia.. Komponen *bedside teaching* terdiri dari pasien, mahasiswa, dan instruktur, yang dikenal dengan istilah *leaning triad* dalam pendidikan klinik. Pelaksanaan *bedside teaching* dimulai dari fase persiapan, briefing, interaksi dengan pasien, debriefing, dan persiapan untuk pasien berikutnya, yang disebut siklus pengalaman. Instruktur harus menguasai keterampilan *microskills* atau peran instruktur sebagai *one minute perceptor* untuk membantu agar lebih efektif dalam menilai, menginstruksi, dan memberi *feedback*. Keterampilan klinis dicapai oleh mahasiswa melalui 4 fase, yaitu fase kognitif, fase pencapaian secara tertutup, fase pencapaian secara terbuka, lalu fase otomatisasi.

B. TUJUAN UMUM

metode bedside teaching meningkatkan ketrampilan pada mahasiswa keperawatan.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Mengumpulkan dan merekam semua informasi tentang pasien secara Kompleks
2. Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap dan teratur
3. Melakukan prosedur keterampilan
4. Menginterpretasikan data

5. Memecahkan masalah secara ilmiah dan profesional
6. Memberikan informasi yang terpercaya
7. Mengembangkan keakraban dengan tim kesehatan lainnya
8. Mengembangkan sikap yang tepat untuk pasien dan petugas kesehatan yang lain
9. Mengumpulkan pengetahuan kesehatan yang faktual
10. Memperoleh sikap positif untuk belajar mandiri

D. LANDASAN TEORI

Bedside teaching merupakan suatu metode pembelajaran yang dilakukan di samping tempat tidur klien, yang terdiri dari mengkaji kondisi klien dan pemenuhan asuhan keperawatan (Efendi 2008). Menurut Snell (2008) bedside teaching merupakan sebuah pembelajaran yang aktif yang melibatkan pasien.

Dapat disimpulkan bahwa bedside teaching merupakan metode pembelajaran yang dilakukan disamping tempat tidur yang melibatkan pasien secara aktif. Prinsip pelaksanaan Bedside Teaching antara lain sebagai berikut Ramani, S.(2003) :

1. Sikap fisik maupun psikologis dari pembimbing klinik, keluarga dan pasien
2. Jumlah pasien dan keluarga dibatasi, yakni 5-6 orang
3. Diskusi pada awal dan pascademonstrasi didepan klien dilakukanseminimal mungkin lanjutkan dengan demonstrasi ulang
4. Evaluasi pemahaman pasien dan keluarga sesegera mungkin terhadap apayang didapatkan saat itu
5. Kegiatan yang didemonstrasikan adalah sesuatu yang belum pernahdiperoleh pasien dan keluarga sebelumnya

Menurut McKimm (2010) keuntungan bedside teaching adalah:

1. Dapat melakukan pengamatan kepada role model secara langsung
2. Waktu yang tepat untuk melakukan anamnesis atau pemeriksaan fisik pasien
3. Meningkatkan keterampilan komunikasi
4. Meningkatkan kerjasama tim
5. Meningkatkan pemahaman terhadap konteks yang dikaji

Beside teaching merupakan pembelajaran kontekstual dan interaktif yang mendekatkan pembelajar pada real clinical setting. Beside teaching merupakan

metode pembelajaran di mana pembelajar mengaplikasikan kemampuan kognitif, psikomotor dan afektif secara terintegrasi.

Sementara itu, dosen bertindak sebagai fasilitator dan mitra pembelajaran yang siap untuk memberikan bimbingan dan umpan balik kepada pembelajar. Di dalam proses *beside teaching* diperlukan kearifan fasilitator tentang kemungkinan timbulnya hal-hal yang tidak diinginkan sebagai akibat dari interaksi antara pembelajar dan pasien.

E. PROSEDUR

NO	KEGIATAN
	Sebelum masuk ruang perawatan
1	Menentukan satu kasus sesuai dengan tujuan pembelajaran.
2	Memeriksa laporan pendahuluan oleh peserta didik dengan seksama.
3	Melakukan pra-konferen dengan peserta didik dengan benar.
	Masuk ruang perawatan
4	Mengucapkan salam terapeutik dengan benar.
5	Memberitahu klien untuk minta waktu sejenak kurang lebih 15 menit.
6	Mengkaji klien dengan mengidentifikasi data obyektif dan data subyektif.
7	Menganalisa data dengan benar
8	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan benar (P-E-S)
9	Menetapkan rencana intervensi keperawatan dengan benar
10	Mengevaluasi respon klien dengan benar.
11	Memodifikasi rencana keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien saat itu.
12	Mengucapkan salam terapeutik sebelum meninggalkan ruang perawatan.
	Keluar ruang perawatan
13	Melakukan pos konferen dengan peserta didik dengan benar
14	Memberi <i>re-informant</i> kepada peserta didik.

F. REFERENSI

McKimm, J., & Swanwick, T. (2010). Web-based faculty development: e-learning for clinical teachers in the London Deanery. *The clinical teacher*, 7(1), 58-62.

Nursalam & Ferry Efendi. (2008). Pendidikan dalam keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Ramani, S. (2003). Twelve tips to improve bedside teaching. *Medical teacher*, 25(2), 112-115.

MODUL IX

MEETING MORNING

A. DISKIRPSI

Adalah komunikasi katim dan perawat pelaksana pada pagi hari yang dipimpin oleh ketua tim atau penanggung jawab tim untuk membahas permasalahan yang bersifat manajerial staf, seperti sarana prasarana, dll.

B. TUJUAN UMUM

Koordinasi intern ruang perawatan sebagai media informasi dan komunikasi

C. TUJUAN KHUSUS

1. Menyampaikan materi dan informasi di ruangan
2. Menjadi komunikasi penyambung petugas antar shift
3. Menjadi media komunikasi antara perawat, administrasi ruang, pramusaji, atau petugas lain yang terlibat.

D. LANDASAN TEORI

Salah satu aktifitas pengorganisasian di sebuah bangsal adalah adanya Meeting Morning yaitu suatu pertemuan yang dilakukan di pagi hari sebelum dimulainya operan tugas jaga antara shift malam ke shift pagi. Tujuan dari pelaksanaan kegiatan ini adalah koordinasi intern ruang perawatan sebagai wahana informasi dan komunikasi. Banyak hal yang dapat disampaikan dalam forum itu tapi waktu dibatasi hanya 15 menit.

E. PROSEDUR

a. Persiapan

- 1) Kepala ruang mempersiapkan materi dan informasi mengenai kegiatan-kegiatan non keperawatan di ruangan tersebut
- 2) Kepala ruang menyiapkan tempat untuk melakukan morning meeting.
- 3) Mempersiapkan salah satu staf untuk menjadi notulen
- 4) Morning meeting diikuti oleh seluruh staff yang jaga pagi dan malam, ditambah dengan tenaga administrasi ruang.

b. Pelaksanaan

- 1) Kepala ruang membuka meeting morning dilanjutkan dengan do'a bersama
- 2) Kepala ruang memberikan informasi dan arahan kepada staf dengan materi yang telah disiapkan sebelumnya
- 3) Kepala ruang melakukan klarifikasi apa yang telah disampaikan kepada staf
- 4) Memberikan kesempatan kepada staf untuk mengungkapkan permasalahan yang muncul di ruangan
- 5) Bersama-sama staf mendiskusikan pemecahan masalah yang dapat ditempuh
- 6) Kepala ruang memberi motivasi dan reinforcement kepada staf

c. Penutup

- 1) Kepala ruang menutup morning meeting
- 2) Kepala ruang dan peserta morning meeting menandatangani notulensi
- 3) Morning meeting dilanjutkan dengan operan jaga

MODUL X

ORIENTASI PASIEN BARU

A. DISKIRPSI

Orientasi 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.

B. TUJUAN UMUM

Penyambutan pasien baru agar pasien merasa nyaman dengan menggunakan komunikasi terapeutik yang hangat dan efektif, dan membentuk komunikasi yang baik antara pasien dengan perawat.

C. TUJUAN KHUSUS

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 masuk rumah sakit.

D. LANDASAN TEORI

Orientasi terhadap pasien baru adalah pemberian informasi kepada pasien baru berkaitan dengan proses keperawatan yang akan dilakukan oleh rumah sakit. Informasi adalah pesan atau isi berita yang ingin disampaikan oleh seseorang kepada orang lain dengan harapan orang tersebut mengetahui dan mengerti akan maksud dan tujuan dari isi pesan atau berita yang disampaikan. Orientasi terhadap pasien baru merupakan usaha memberikan informasi/sosialisasi kepada pasien dan keluarga tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan pelayanan selama di rumah sakit (Ragusti, 2008).

Tahapan pertama perawat di saat menerima pasien baru adalah melakukan orientasi, dimana perawat dan pasien bertemu sebagai dua orang asing. Pasien dan atau keluarga memiliki “rasa butuh” maka mencari penolong

professional. Tetapi kebutuhan ini belumlah diidentifikasi atau dimengerti oleh individu-individu yang terlibat. Sebagai contoh seorang gadis 16 tahun menelpon komunitas pusat kesehatan jiwa hanya karena ia merasa "tertekan". Inilah tahap bahwa perawat perlu menolong pasien dan keluarga untuk memahami sesungguhnya apa yang terjadi dengan pasien (Bowhuizen, 1986). Orientasi perawat merupakan hal yang sangat penting bahwa perawat bekerjasama dengan pasien dan keluarga untuk menganalisa keadaan, sehingga mereka bersama-sama dapat memahami, menjelaskan dan menyimpulkan masalah yang ada. Tahapan orientasi ini dapat menyebabkan pasien langsung mampu menambah energy dari rasa keragu-raguan memenuhi kebutuhannya untuk lebih berani menghadapi permasalahannya. Hubungan telah dibentuk dan berlanjut lebih erat lagi sementara masalah telah identifikasi. Sementara pasien dan keluarga berdiskusi dengan perawat keputusan bersama dibuat tentang bentuk bantuan professional apa yang akan dilakukan. Perawat yang menjadi sumber yang dapat bekerja dengan pasien dan keluarga. Pada tahap orientasi perawat, pasien dan keluarga merencanakan jenis pelayanan apa yang dibutuhkan (Ragusti, 2008).

Tahap orientasi secara langsung dipengaruhi oleh sikap pasien dan perawat dalam memberi dan menerima pertolongan secara timbal balik. Berkaitan dengan hal ini adalah tahap pertama maka perawat perlu menyadari tindakan pribadinya dengan pasien. Budaya, agama, ras, latar belakang pendidikan, pengalaman masa lalu, pemikiran yang berbeda dan harapan antara perawat dan pasien memainkan peran bagaimana tindakan perawat terhadap pasien. Faktor-faktor pengaruh yang sama memainkan peran dalam reaksi pasien terhadap perawat (Bowhuizen, 1986).

Hal – hal yang perlu diperhatikan:

- d. Orientasi dilakukan saat pertama kali pasien datang (24 jam pertama) dan kondisi pasien sudah tenang.
- e. Orientasi dilakukan oleh PP (perawat primer). Bila PP tidak ada PA (Perawat asosiet) dapat memberikan orientasi untuk pasien dan keluarga, selanjutnya orientasi harus dilengkapi kembali oleh PP sesegera mungkin.

Hal ini penting karena PP yang bertanggung jawab terhadap semua kontrak atau orientasi yang dilakukan.

- f. Orientasi diberikan pada pasien dan didampingi anggota keluarga yang dilakukan di kamar pasien dengan menggunakan format orientasi. Selanjutnya pasien diinformasikan untuk membaca lebih lengkap format orientasi yang ditempelkan di kamar pasien
- g. Setelah orientasi, berikan daftar nama tim atau badge kepada pasien dan keluarga kemudian gantungkan daftar nama tersebut pada laci pasien.
- h. Orientasi ini diulang kembali minimal setiap dua hari oleh PP atau yang mewakili, terutama tentang daftar nama tim yang sudah diberikan , sekaligus menginformasikan perkembangan kondisi keperawatan pasien dengan mengidentifikasi kebutuhan pasien.
- i. Pada saat penggantian dinas (di kamar pasien), ingatkan pasien nama perawat yang bertugas saat itu, bila perlu anjurkan pasien atau keluarga melihat pada daftar nama tim.

F. PROSEDUR

ELEMEN	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI
Melakukan pengkajian kondisi ruang perawatan.	Melihat jumlah pasien baru saat itu. Memperhatikan jumlah pasien baru yang ada di ruangan.
Melaksanakan persiapan orientasi pasien baru	2.1. Perawat sudah siap. 2.2. Pasien dan keluarga sudah siap di ruang perawatan 2.3. Buku catatan dan lembar balik disiapkan.
Melaksanakan orientasi pasien baru.	3.1. Salam terapeutik diucapkan dengan benar. 3.2. Perawat memperkenalkan diri. 3.3. Struktur perawat pendamping yang akan merawat selama perawatan diberitahu dengan benar. 3.4. Peraturan rumah sakit dan ruang perawatan diberitahukan dengan seksama. 3.5. Ruang perawatan dan ruangan lain diorientasikan oleh perawat dengan benar. 3.5. Pasien dan keluarga diberi kesempatan untuk bertanya. 3.6. Rangkuman Informasi disampaikan kepada pasien dan keluarga dengan cermat. 3.6 Salam terapeutik diucapkan dengan benar.
Melakukan evaluasi dan tindak lanjut.	4.1 Upaya tindak lanjut dirumuskan sesuai kondisi klien. 4.2 Tugas dilanjutkan kepada tim perawat berikutnya.
Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	5.1. Semua tindakan keperawatan terdokumentasi dengan jelas. 5.2. Adanya paraf/tanda tangan dan nama terang penyusun rencana perawatan.

G. REFERENSI

Bouwhuizen, (1986). Ilmu keperawatan (Verpleegkunde ZV) Bagian 1, Alih

bahasa Moelia-Radja Siregar. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
Ragusti. (2008). Orientasi pasien baru : pemberi informasi

<http://www.scribd.com/Standar-2/d/> diakses pada tanggal 9 Juni 2020

MODUL XII

SUPERVISI KEPERAWATAN

A. DISKIRPSI

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

B. TUJUAN UMUM

Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada anggota secara langsung, sehingga anggota memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Menjamin bahwa pekerjaan dilaksanakan perawat sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam tempo yang diberikan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia.
2. Memungkinkan Karu/katim menyadari kekurangan-kekurangan para perawat dalam hal kemampuan, pengetahuan, dan pemahaman, serta mengatur pelatihan yang sesuai.
3. Memungkinkan para Karu/katim mengenali dan memberi penghargaan atas pekerjaan yang baik dan mengenali staf yang layak diberikan kenaikan jabatan dan pelatihan lebih lanjut.
4. Memungkinkan Karu/katim bahwa sumber yang disediakan bagi perawat telah cukup dan dipergunakan dengan baik.
5. Memungkinkan Karu/katim menentukan penyebab kekurangan pada kinerja tersebut.

D. LANDASAN TEORI

Pitman (2011) mendefinisikan supervisi sebagai suatu kegiatan yang digunakan untuk memfasilitasi refleksi yang lebih mendalam dari praktek yang sudah

dilakukan, refleksi ini memungkinkan staf mencapai, mempertahankan, dan kreatif dalam meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan melalui sarana pendukung yang ada. Supervisi menurut Rowe, dkk (2006) adalah kegiatan yang menjadi tanggung jawab manajer untuk memberikan dukungan, mengembangkan pengetahuan dan keterampilan serta nilai-nilai kelompok, individu atau tim. Dalam supervisi keperawatan dapat dilakukan oleh pemangku jabatan dalam berbagai level seperti ketua tim, kepala ruangan, pengawas, kepala seksi, kepala bidang perawatan atau pun wakil direktur keperawatan. Sistem supervisi akan memberikan kejelasan tugas, feedback dan kesempatan perawat pelaksana mendapatkan promosi. Supervisi menurut Nursalam (2015) merupakan suatu bentuk dari kegiatan manajemen keperawatan yang bertujuan pada pemenuhan dan peningkatan pelayanan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, keterampilan,an kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas. Kunci supervisi menurut Nursalam (2015) meliputi pra (menetapkan kegiatan, menetapkan tujuan dan menetapkan kompetensi yang akan di nilai), pelaksanaan (menilai kinerja, mengklarifikasi permasalahan, melakukan Tanya jawab, dan pembinaan), serta pascasupervisi 3F (F-fair yaitu memberikan penilaian, feedback atau memberikan umpan balik dan klarifikasi, reinforcement yaitu memberikan penghargaan dan follow up perbaikan). Supervisi klinik tidak diartikan sebagai pemeriksaan atau mencari kesalahan, tetapi lebih kepada pengawasan partisipatif, mendahulukan penghargaan terhadap pencapaian hasil positif dan memberikan jalan keluar terhadap hal yang masih belum dapat dilakukan. Perawat tidak sekedar merasa dinilai akan tetapi dibimbing untuk melakukan pekerjaannya secara benar (Keliat, 2006). Supervisi keperawatan berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan sebagai suatu proses berkesinambungan yang dilakukan oleh manajer keperawatan atau pemimpin untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan seseorang, sehingga hal ini dapat meningkatkan kualitas kinerja melalui pengarahan, observasi dan bimbingan yang pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan.

Peran Kepala Ruang Keperawatan

Menurut Kron, (1987 dalam Mua, 2011) peran supervisor adalah sebagai perencana, pengarah, pelatih dan penilai yaitu :

1. Peran sebagai perencana
Seorang supervisor dituntut mampu membuat perencanaan sebelum melaksanakan supervisi.
2. Peran sebagai pengarah
Seorang supervisor harus mampu memberikan arahan yang baik saat supervise.
3. Peran sebagai pelatih
Seorang supervisor dalam memberikan supervisi harus dapat berperan sebagai pelatih dalam pemberian asuhan keperawatan pasien. Prinsip dari pengajaran dan pelatihan harus menghasilkan perubahan perilaku, yang meliputi mental, emosional, aktivitas fisik atau mengubah perilaku, gagasan, sikap dan cara mengerjakan sesuatu.
4. Peran sebagai penilai
Seorang supervisor dalam melakukan supervisi dapat memberikan penilaian yang baik. Penilaian akan berarti dan dapat dikerjakan apabila tujuannya spesifik dan jelas, terdapat standar penampilan kerja dan observasinya akurat

Fungsi Supervisi dan Peran Supervisor

Rowe, dkk (2007) menyebutkan empat fungsi supervisi , keempat fungsi tersebut saling berhubungan, apabila ada salah satu fungsi yang tidak dilakukan dengan baik akan mempengaruhi fungsi yang lain, keempat fungsi tersebut yaitu:

a) Manajemen (Pengelolaan)

Fungsi ini bertujuan memastikan bahwa pekerjaan staf yang supervisi dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan standar yang ada, akuntabilitas untuk melakkan pekerjaan yang ada dan meningkatkan kualitas layanan.

b) Pembelajaran dan pengembangan

Fungsi ini membantu staf merefleksikan kinerja mereka sendiri, mengidentifikasi proses pembelajaran, kebutuhan pengembangan, dan mengembangkan rencana atau mengidentifikasi peluang untuk memenuhi peluang tersebut. Pembelajaran dan fungsi pengembangan dapat dicapai dengan cara :

- 1) Membantu staf yang disupervisi mengidentifikasi gaya belajar dan hambatan belajar.
 - 2) Menilai kebutuhan pengembangan dan mengidentifikasi kesempatan belajar
 - 3) Memberi dan menerima umpan balik yang konstruktif mengenai pekerjaan yang sudah dilakukan oleh staf
 - 4) Mendorong staf yang disupervisi untuk merefleksikan kesempatan belajar yang dilakukan
- c) Memberi dukungan Fungsi memberi dukungan dapat membantu staf yang disupervisi untuk meningkatkan peran staf dari waktu ke waktu. Pemberian dukungan dalam hal ini meliputi :
- 1) Menciptakan lingkungan yang aman pada saat supervisi dimana kepercayaan dan kerahasiaan dibuat untuk mengklarifikasi batas-batas antara dukungan dan konseling.
 - 2) Memberikan kesempatan staf yang disupervisi untuk mengekspresikan perasaan dan ide-ide yang berhubungan dengan pekerjaan.
 - 3) Memantau kesehatan staf yang mengacu pada kesehatan kerja atau konseling (Pitman, 2011).
- d) Negosiasi (memberikan kesempatan) Fungsi ini dapat meningkatkan hubungan antara staf yang disupervisi, tim, organisasi dan lembaga lain dengan siapa mereka bekerja.

E. PROSEDUR

Langkah 1	Prasupervisi
	Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi. Supervisor menetapkan tujuan dan kompetensi yang akan dinilai.
Langkah 2	Pelaksanaan Supervisi
	<ol style="list-style-type: none"> a. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrumen yang telah disiapkan. b. Supervisor mendapat beberapa hal yang memerlukan pembinaan.

	<ul style="list-style-type: none"> c. Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan. d. Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara, dan memvalidasi data sekunder. <ul style="list-style-type: none"> 1) Supervisor mengklarifikasi permasalahan yang ada. 2) Supervisor melakukan tanya jawab dengan perawat.
Langkah 3	Pascasupervisi – 3F
	<ul style="list-style-type: none"> a. Supervisor memberikan penilaian supervisi (F-Fair). b. Supervisor memberikan feedback dan klarifikasi (sesuai hasil laporan supervisi). c. Supervisor memberikan reinforcement dan follow up perbaikan.

F. REFERENSI

- Rowe, R.C. et Al. (2006). Handbook Of Pharmaceutical Excipients, 5th Ed, The Pharmaceutical Press, London.
- Mua, E.L. (2011). *Pengaruh pelatihan supervise klinik kepala ruangan terhadap kepuasan kerja dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Woodward Palu*. FIK Universitas Indonesia. Diakses 9 Juni 2020 <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20280828-T%20Estelle%20Lilian%20Mua.pdf>
- Pitman, S. 2011. Handbook for clinical supervisor: nursing post graduate programme. Dublin: Royal Collage of surgeon in Ireland

MODUL XIV

PERENCANAAN TENAGA KEPERAWATAN

A. DISKIRPSI

Perencanaan tenaga (staffing) keperawatan merupakan salah satu fungsi utama pimpinan organisasi dalam keperawatan. Keberhasilan pimpinan organisasi dalam merencanakan perawat ditentukan oleh kualitas SDM (Arwani & Suprianto, 2006).

B. TUJUAN UMUM

Perencanaan yang ditujukan untuk mencapai target pelayanan rumah sakit berdasarkan kebutuhan yang akan membantu pencapaian target kesehatan.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Menciptakan rencana tujuan yang jelas, rasional, obyektif
2. Menciptakan rencana yang dapat dikerjakan oleh semua orang, bersifat fleksibel dan berkesinambungan
3. Menjadi acuan dalam mengambil langkah-langkah kebijakan agar berorientasi pada rencana dasar.

D. LANDASAN TEORI

Perencanaan tenaga kesehatan adalah proses memperkirakan jumlah tenaga dan jenis pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk mencapai target pelayanan kesehatan yang telah ditentukan dan mencapai tujuan kesehatan. Perencanaan ini mencakup persiapan: siapa yang berbuat apa, kapan, dimana, bagaimana, dengan sumber daya apa dan untuk populasi mana. Perencanaan tenaga rumah sakit adalah sebagai perencanaan tenaga kesehatan untuk mencapai target pelayanan rumah sakit yang dibutuhkan yang akan membantu pencapaian target kesehatan. Langkah-langkah perencanaan tenaga rumah sakit secara garis besar sama dengan langkah-langkah perencanaan tenaga pada umumnya. Memang ada beberapa kekhususan-kekhususan sesuai dengan fungsi rumah sakit (Junaidi, 1988 dalam Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Di Instalasi Rawat Inap RSUD Karimun oleh Liza

Sri, 2011). Menurut Ilyas (2004) dalam menentukan kebutuhan SDM rumah sakit harus memperhatikan beberapa faktor seperti ukuran dan tipe rumah sakit; fasilitas dan tipe pelayanan yang ditawarkan; jenis dan jumlah peralatan dan frekuensi pemakaiannya; kompleksitas penyakit; usia pasien dan lamanya waktu tinggal di rumah sakit; pemberian cuti, seperti melahirkan, liburan, sakit, dan tugas belajar; keterbatasan anggaran; turn over (mengundurkan diri) personel dan tingkat ketidak hadirannya; pelayanan dan perawatan kesehatan 24 jam dan lain-lain

Unsur Perencanaan

1. Rasional (dibuat dengan pemikiran yang rasional; tidak secara khayalan/angan-angan; harus dapat dilaksanakan);
2. Estimasi (dibuat berdasarkan analisa fakta dan perkiraan yang mendekati/estimate; untuk pelaksanaan yang akan segera dikerjakan);
3. Preparasi (dibuat sebagai persiapan/pre-parasi; pedoman/patokan tindakan yang akan dilakukan/bukan untuk yang telah lalu);
4. Operasional (dibuat untuk dilaksanakan; untuk keperluan tindakan-tindakan kemudian dan seterusnya; bukan yang telah lalu).

Sifat Perencanaan

1. Faktual (dibuat berdasarkan fakta/data; memperkirakan kejadian yang akan datang dalam tindakan pelaksanaan kelak);
2. Rasional (masuk akal, ilmiah dan dapat dipertanggung jawabkan, bukan angan-angan),
3. Fleksibel (dapat mengikuti perkembangan kemajuan masyarakat, perubahan situasi dan kondisi; dapat diubah /disempurnakan sesuai keadaan/tidak merubah tujuan),
4. Kontiniu/berkesinambungan (dipersiapkan untuk tindakan yang terus menerus dan berkelanjutan; tidak untuk sekali tetapi untuk selamanya),
5. Dialektis (memperkirakan peningkatan dan perbaikan untuk kesempurnaan masa yang akan datang)

Fungsi Perencanaan

1. Interpretasi (dapat menjelaskan, menguraikan dan menjabarkan kebijakan umum (general policy) dari bentuk kerjasama (manajemen));
2. Forecasting (dapat memperhitungkan keadaan dan situasi dimasa yang akan datang);
3. Koordinasi (sebagai alat koordinasi seluruh kegiatan manajemen);
4. Ekonomis (mengandung prinsip ekonomis/hemat, agar kegiatan manajemen efisien);
5. Pedoman (jadi pedoman, patokan atau pegangan pelaksanaan perencanaan dimaksud);
6. Kepastian (menetapkan dimuka hal-hal yang akan dikerjakan kemudian secara pasti – tidak coba-coba);
7. Preventive control (alat pengontrol dan penilaian agar terhindar dari penyelewengan dan pemborosan, baik waktu, tenaga, biaya maupun fasilitas manajemen).

Prinsip Perencanaan

1. Contributor (membantu tercapainya tujuan manajemen);
2. Primary activity (kegiatan pertama dari seluruh kegiatan manajemen);
3. Pervasivitas (mencakupi seluruh kegiatan manajemen, menyeluruh dalam setiap level);
4. Alternative (adanya alternatif/pilihan – bahan, waktu, tenaga, biaya, dsb);
5. Efficiency (nilai efisiensi – penghematan dan kerapian);
6. Limiting factor (factor yang urgen, terang, jelas, tegas dan tidak bertele-tele);
7. Fleksibilitas (mudah disempurnakan, diperbaiki – disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang berubah-ubah);
8. Strategis (punya siasat/strategi agar diterima atasan, masyarakat maupun anggota untuk dilaksanakan);

E. PROSEDUR

Langkah 1	Proses Perencanaan
	<ol style="list-style-type: none">1. Menentukan tujuan perencanaan2. Menentukan tindakan untuk mencapai tujuan3. Mengembangkn dasar pemikiran kondisi mendatang4. Mengidentifikasi cara untuk mencapai tujuan5. Mengimplementasi rencana tindakan dan mengevaluasi hasilnya
Langkah 2	Pokok Perencanaan
	<ol style="list-style-type: none">1. Menentukan masalah, tugas, tujuan dan kebutuhan secara jelas;2. Mencari informasi secara lengkap yang berhubungan dengan berbagai kegiatan;3. Mengorbservasi, meneliti, menganalisis dan mengklasifikasi informasi yang sudah terkumpul;4. Melaksanakan metode perencanaan yang telah dibuat dengan menetapkan pelaksanaan rencana (memilih rencana yang diajukan / memantapkan perencanaan dan mempertimbangkan hambatan-hambatan dengan berbagai kegiatan;5. Menetapkan planning alternatif;6. Memilih dan memeriksa rencana yang diajukan;7. Membuat sintesis (metode/alternatif penyelesaian);8. Mengatur urutan dan waktu rencana secara terperinci;9. Mengadakan evaluasi (penilaian).

Didalam penerapan kebutuhan ketenagakerjaan harus diperhatikan adanya faktor yang terkait beban kerja perawat, diantaranya seperti berikut :

1. Jumlah klien yang dirawat/hari/bulan/tahun dalam suatu unit

2. Kondisi atau tingkat ketergantungan klien
3. Rata-rata hari perawatan klien
4. Pengukuran perawatan langsung dan tidak langsung
5. Frekuensi tindakan yang dibutuhkan
6. Rata-rata waktu keperawatan langsung dan tidak langsung
7. Pemberian cuti

Menurut Suyanto (2008), perhitungan tenaga kerja perawat perlu diperhatikan hal-hal, sebagai berikut :

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga keperawatan.
 - a. Faktor klien, meliputi : tingkat kompleksitas perawat, kondisi pasien sesuai dengan jenis penyakit dan usianya, jumlah pasien dan fluktuasinya, keadaan sosial ekonomi dan harapan pasien dan keluarga.
 - b. Faktor tenaga, meliputi : jumlah dan komposisi tenaga keperawatan, kebijakan pengaturan dinas, uraian tugas perawat, kebijakan personalia, tingkat pendidikan dan pengalaman kerja, tenaga perawat spesialis dan sikap ethis professional.
 - b. Faktor lingkungan, meliputi : tipe dan lokasi rumah sakit, *lay out* keperawatan, fasilitas dan jenis pelayanan yang diberikan, kelengkapan peralatan medik atau diagnostik, pelayanan penunjang dari instalasi lain dan macam kegiatan yang dilaksanakan.
 - c. Faktor organisasi, meliputi : mutu pelayanan yang ditetapkan dan kebijakan pembinaan dan pengembangan.
2. Rumusan perhitungan tenaga perawat

- a. Menggunakan sistem klasifikasi pasien berdasarkan perhitungan kebutuhan tenaga.

Klasifikasi Klien Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Menurut Douglas (1984, dalam Swansburg & Swansburg, 1999) membagi klasifikasi klien berdasarkan tingkat ketergantungan klien dengan menggunakan standar sebagai berikut :

Kategori I : *self care*/perawatan mandiri, memerlukan waktu 1-2 jam/hari

- 1) kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
- 2) makanan dan minum dilakukan sendiri

- 3) ambulasi dengan pengawasan
 - 4) observasi tanda-tanda vital setiap pergantian shift
 - 5) minimal dengan status psikologi stabil
 - 6) perawatan luka sederhana.
- b) Kategori II : *Intermediate care*/perawatan partial, memerlukan waktu 3-4 jam/hari
- kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu
 - observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
 - ambulasi dibantu
 - pengobatan dengan injeksi
 - klien dengan kateter urin, pemasukan dan pengeluaran dicatat
 - klien dengan infus, dan klien dengan pleura pungsi.
- c) Kategori III : *Total care/Intensif care*, memerlukan waktu 5-6 jam/hari
- semua kebutuhan klien dibantu
 - perubahan posisi setiap 2 jam dengan bantuan
 - observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam
 - makan dan minum melalui selang lambung
 - pengobatan intravena “perdrip”
 - dilakukan suction
 - gelisah / disorientasi
 - perawatan luka kompleks

D. Metode – metode Cara Perhitungan Ketenagakerjaan

Tingkat ketergantungan perhitungan tenaga perawat ada beberapa metode, antara lain yaitu

- ü Metode Douglas
- ü Metode Sistem Akuitas
- ü Metode Gillies
- ü Metode Swanburg

Penjelasan dari metode-metode cara perhitungan ketenagakerjaan adalah sebagai berikut :

1) Metode Douglas

Douglas (1984, dalam Swansburg & Swansburg, 1999) menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien, dimana masing-masing kategori mempunyai nilai standar per shift nya, yaitu sebagai berikut :

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

2) Metode Sistem Akuitas

Kelas I : 2 jam/hari

Kelas II : 3 jam/hari

Kelas III : 4,5 jam/hari

Kelas IV : 6 jam/hari

Untuk tiga kali pergantian shift • " Pagi : Sore : Malam = 35% : 35 % : 30%

3) Metode Gillies

Gillies (1994) menjelaskan rumus kebutuhan tenaga keperawatan di suatu unit perawatan

adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah jam keperawatan yang dibutuhkan klien/hari} \times \text{rata rata klien/hari} \times \text{jumlah hari/tahun}}{\text{Jumlah hari/tahun} - \text{hari libur} \times \text{Masing2 Perawat} \times \text{jmlh jam kerja tiap perawat}}$$

jumlah keperawatan yang dibutuhkan /tahun

= jumlah jam keperawatan yang di berikan perawat/tahun

= jumlah perawat di satu unit

Prinsip perhitungan rumus Gillies :

Jumlah Jam keperawatan yang dibutuhkan klien perhari adalah :

1. waktu keperawatan langsung (rata rata 4-5 jam/klien/hari) dengan spesifikasi

pembagian adalah : keperawatan mandiri (*self care*) = $\frac{1}{4} \times 4 = 1 \text{ jam}$,
 keperawatan partial (*partial care*) = $\frac{3}{4} \times 4 = 3 \text{ jam}$, keperawatan total (*total care*) = $1-1.5 \times 4 = 4-6 \text{ jam}$ dan keperawatan intensif (*intensive care*) = $2 \times 4 \text{ jam} = 8 \text{ jam}$.

2. Waktu keperawatan tidak langsung

- menurut RS Detroit (Gillies, 1994) = 38 menit/klien/hari
- menurut Wolfe & Young (Gillies, 1994) = 60 menit/klien/hari = 1 jam/klien/hari

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

4. Rata rata klien per hari adalah jumlah klien yang dirawat di suatu unit berdasarkan rata - rata biaya atau menurut *Bed Occupancy Rate (BOR)* dengan rumus :

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan RS dalam waktu tertentu} \times 100 \%}{\text{Jumlah tempat tidur} \times 365 \text{ hari}}$$

5. Jumlah hari pertahun yaitu : 365 hari.

6. Hari libur masing-masing perawat per tahun, yaitu : 73 hari (hari minggu/libur = 52 hari (untuk hari sabtu tergantung kebijakan rumah sakit setempat, kalau ini merupakan hari libur maka harus diperhitungkan , begitu juga sebaliknya), hari libur nasional = 13 hari, dan cuti tahunan = 8 hari).

7. Jumlah jam kerja tiap perawat adalah 40 jam per minggu (kalau hari kerja efektif 6 hari maka $40/6 = 6.6 = 7 \text{ jam}$ per hari, kalau hari kerja efektif 5 hari maka $40/5 = 8 \text{ jam}$ per hari)

8. Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan disatu unit harus ditambah 20% (untuk antisipasi kekurangan /cadangan).

9. Perbandingan profesional berbanding dengan vocational = 55% : 45 %

4) Metode Swansburg

Contoh:

Pada suatu unit dengan 24 tempat tidur dan 17 klien rata rata perhari .
 Jumlah jam kontak langsung perawat – klien = 5 jam /klien/hari.

1) total jam perawat /hari : $17 \times 5 \text{ jam} = 85 \text{ jam}$ jumlah perawat yang dibutuhkan : $85 / 7 = 12,143$ (12 orang) perawat/hari

2) Total jam kerja /minggu = 40 jam jumlah shift perminggu = 12×7 (1 minggu) = 84

shift/minggu jumlah staf yang dibutuhkan perhari = $84/6 = 14$ orang (jumlah staf sama bekerja setiap hari dengan 6 hari kerja perminggu dan 7 jam/shift)

Menurut **Warstler dalam Swansburg dan Swansburg (1999)**, merekomendasikan untuk

pembagian proporsi dinas dalam satu hari • " pagi : siang : malam = 47 % : 36 % : 17 %

F. REFERENSI

Arwani & Supriyanto. (2006). *Manajemen Keperawatan di Bangsal*. Jakarta: EGC

Sri, Liza. 2010. *Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Karimun*. Tesis. Universitas Indonesia.

Ilyas. (2004). Skripsi. Persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi, hubungannya dengan kinerja di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Depok : FIK Universitas Indonesia

MODUL XV

MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN

A. DISKIRPSI

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.

B. TUJUAN UMUM

Penyusunan mutu pelayanan keperawatan bertujuan untuk menjadi landasan dalam memberikan perawatan yang holistic melalui 5 dimensi yaitu *realibility, tangibles, assurance, responsiveness, empathy*.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Memberikan pelayanan yang *intangibility* (tidak berwujud) yang dapat menimbulkan kenyamanan bagi pasien
2. Memberikan pelayanan *inseparability* yang berkualitas dan berorientasi tujuan

D. LANDASAN TEORI

Mutu Pelayanan keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Suarli dan Bahtiar, 2012).

Mutu pelayanan keperawatan adalah asuhan keperawatan professional yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu, (*reability, tangibles, assurance, responsiveness, dan empathy*) (Bauk et al, 2013).

Mutu pelayanan keperawatan merupakan suatu pelayanan yang menggambarkan produk dari pelayanan keperawatan itu sendiri yang meliputi secara biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pada individu sakit maupun yang sehat dan dilakukan sesuai standar keperawatan (Asmuji, 2012).

Berdasarkan pernyataan ketiga teori diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan keperawatan merupakan kegiatan atau upaya pelayanan yang dapat dilakukan secara mandiri atau bersama-sama dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara holistik.

Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Nursalam cit Triwibowo (2013) tujuan mutu pelayanan keperawatan terdapat 5 tahap yaitu:

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

Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Triwibowo (2013) kualitas mutu pelayanan keperawatan terdiri atas beberapa faktor yaitu:

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

pelayanan keperawatan berdasarkan pengalaman yang tidak mengenakan.

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

E. PROSEDUR

1. Tahap pertama : penyusunan standar atau kriteria.
Dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat.
2. Tahap kedua : mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria.
Informasi disini diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan.
3. Tahap ketiga : identifikasi sumber informasi.
Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyeleksian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri.
4. Tahap keempat : mengumpulkan dan menganalisa data.
Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satu-persatu.
5. Tahap kelima : evaluasi ulang.
Dihahap ini berfungsi untuk meminimalkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan dan tindakan keperawatan.

F. REFERENSI

Suarli, S dan Bahtiar. (2009). Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis. Jakarta: Erlangga

Bauk, Kadir, Saleh, (2013). Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kualitas Pelayanan: Persepsi Pasien Pelayanan Rawat Inap RSUD Majene.

Asmuji. 2012. Manajemen Keperawatan: Konsep dan Aplikasi. Jogjakarta: Arruzz Media

Triwibowo. (2013). Manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit. Jakarta: TIM