

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini penulis akan menguraikan teori dan konsep sebagai dasar penelitian dan menjadi bahan rujukan saat melakukan pembahasan terkait.

2.1 Konsep Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)

Sistem Model Asuhan Keperawatan Professional (MAKP) adalah suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur yakni : 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.



Gambar 2.1 Empat Unsur Dalam Sistem MAKP

Setiap unsur dalam sistem MAKP akan dijelaskan secara terperinci sehingga terlaksana dan tercapai dengan baik.

2.1.1 Pengertian

Model asuhan keperawatan profesional (MAKP) adalah sebuah sistem yang meliputi struktur, proses, dan nilai profesional yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan dan mengatur lingkungan untuk menunjang asuhan keperawatan sebagai suatu model berarti sebuah ruang rawat dapat menjadi contoh dalam praktik keperawatan profesional di Rumah Sakit (Sitorus, 2006). Model asuhan keperawatan professional adalah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai) yang memungkinkan perawat professional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut (Nursalam, 2011).

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

2.1.2 Faktor-faktor yang berhubungan dalam perubahan MAKP menurut Nursalam, 2011

(1) Kualitas Pelayanan Keperawatan

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

- a. Meningkatkan asuhan keperawatn kepada pasien
- b. Menghasilkan keuntungan
- c. Mempertahankan eksistensi institusi
- d. Meningkatkan kepuasan kerja
- e. Meningkatkan kepercayaan konsumen
- f. Menjalankan kegiatan sesuai aturan atau standar

(2) Standar Kebijakan Nasional atau Institusi

Standar praktik keperawatan di Indonesia yang disusun oleh Depkes RI terdiri atas beberapa standar antara lain:

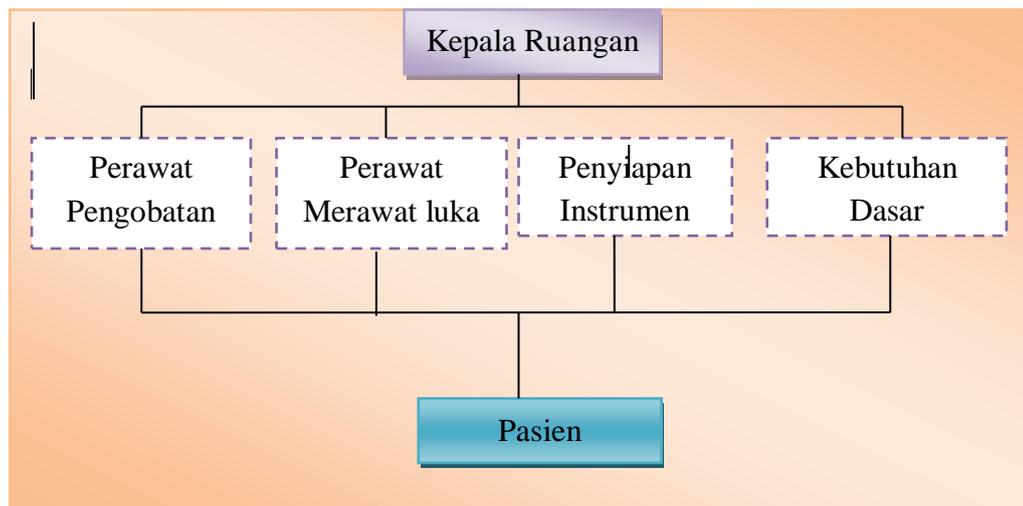
- a. Menghargai hak-hak pasien
- b. Penerimaan sewaktu pasien masuk rumah sakit
- c. Observasi keadaan pasien
- d. Pemenuhan kebutuhan nutrisi
- e. Asuhan pada tindakan non operatif dan administratif
- f. Asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif
- g. Pendidikan kepada pasien dan keluarga
- h. Pemberian asuhan secara terus menerus dan berkesinambungan

2.1.3 Metode MAKP

Beberapa metode dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yaitu:

- (1) Fungsional (bukan model MAKP)

Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang kedua dunia. 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.



Gambar 2.2 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Metode Fungsional

Kelebihan dalam metode asuhan keperawatan fungsional adalah:

- a. Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik
- b. Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga
- c. Perawat senior menyibukkan diri dengan tugas manajerial, sedangkan merawat pasien diberikan kepada perawat junior atau yang belum berpengalaman.

Kelemahan dalam metode fungsional adalah:

- a. Tidak memberikan kepuasan kepada pasien maupun perawat

- b. Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan
- c. Persepsi perawat cenderung pada tindakan yang berkaitan dengan ketrampilan saja.

(2) Tim

Metode ini menggunakan tim yang terdiri dari 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 kelompok kecil yang saling membantu. Metode ini biasa digunakan pada pelayanan keperawatan di ruang rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Konsep metode tim adalah:

- 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 ruangan penting dalam metode tim, dan akan berhasil bila didukung oleh kepala ruangan.

Kelebihan menggunakan metode tim:

1. Memungkinkan pelayanan yang menyeluruh
2. Mendukung pelaksanaan proses keperawatan

3. Memungkinkan komunikasi antar tim, sehingga konflik mudah di atasi dan member kepuasan kepada anggota tim

Kelebihan menggunakan metode tim adalah dalam hal komunikasi terbentuk dalam konferensi tim, yang biasanya membutuhkan banyak waktu yang sulit dilaksanakan dalam waktu-waktu sibuk.

Tanggung jawab dalam metode tim dibagi menjadi:

1. Kepala ruangan
 - a. Perencanaan
 - (1) Menunjuk ketua tim yang akan bertugas di ruangan masing-masing
 - (2) Mengikuti serah terima pasien pada shiftt sebelumnya
 - (3) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan kebutuhan pasien bersama ketua tim
 - (4) Mengatur penugasan atau penjadwalan
 - (5) Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan
 - (6) Mengikuti visite dokter
 - (7) Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan
 - (8) Menjaga terwujudnya visi dan misi keperawatan dan rumah sakit
 - b. Pengorganisasian
 - (1) Merumuskan metode penugasan yang akan digunakan
 - (2) Merumuskan tujuan metode penugasan
 - (3) Membuat rincian tugas ketua dan anggota tim dengan jelas
 - (4) Membuat rentang kendali, kepala ruangan membawahi 2 ketua tim, dan ketua tim membawahi 2-3 perawat

- (5) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan
- (6) Mengatur dan mengendalikan situasi ruangan
- (7) Identifikasi masalah dan cara penanganannya
- (8) Mendelegasikan tugas, saat kepala ruang tidak berada di tempat

c. Pengarahan

- (1) Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim
- (2) Memberi pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik
- (3) Memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan sikap
- (4) Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dalam melaksanakan tugasnya
- (5) Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lainnya

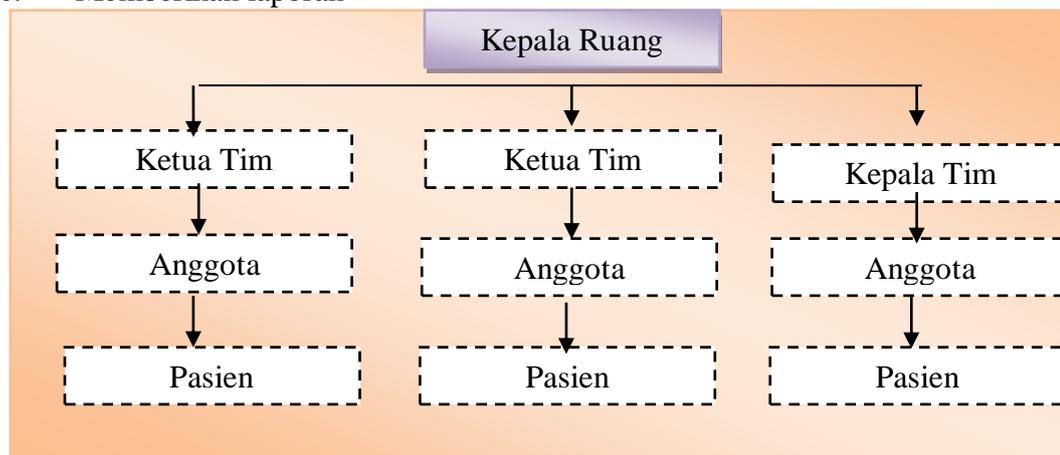
d. Pengawasan

- (1) Dapat berkomunikasi secara baik kepada ketua tim dan anggota tim lainnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien
- (2) Sebagai supervisi secara langsung maupun tidak langsung
- (3) Evaluasi
- (4) Audit keperawatan

2. Ketua tim

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
3. Anggota tim
- a. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggung jawabnya
 - b. Kerja sama dengan anggota tim dan antar tim
 - c. Memberikan laporan

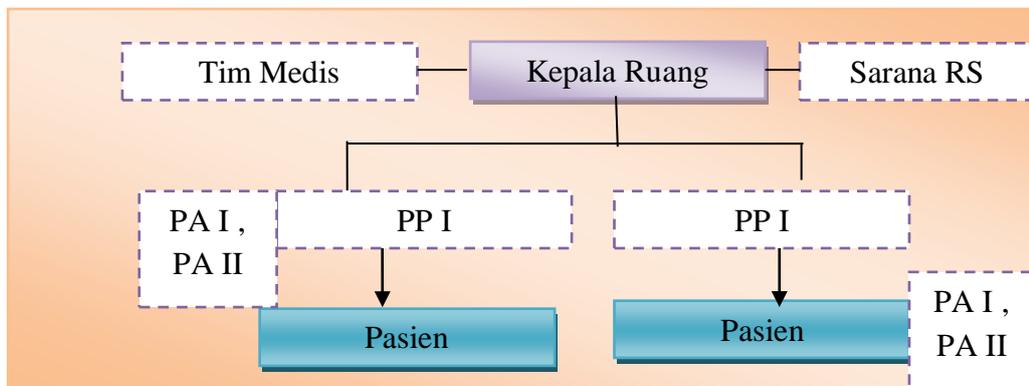


Gambar 2.3 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Metode Tim

(3) Primer

Metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksanaan. 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.



Gambar 2.4 Pengembangan MAKP (Nursalam, 2009)

Kelebihan dalam pelaksanaan Metode Primer:

1. Bersifat kontinuitas dan komprehensif
2. Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil, dan memungkinkan pengembangan diri
3. Keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter dan rumah sakit

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

Kekurangan dalam pelaksanaan metode primer:

Hanya dapat dilakukan perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dengan memiliki kriteria yaitu asertif, dapat

mengambil keputusan secara tepat, menguasai keperawatan klinis, dapat berkolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu dengan baik.

Konsep dasar metode primer:

1. Ada tanggung jawab dan tanggung gugat
2. Ada otonomi
3. Ketertiban pasien dan keluarga

Tugas perawat primer:

1. Mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif
2. Membuat tujuan dan rencana keperawatan
3. Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin ilmu lain atau perawat yang lain
4. Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai
5. Menerima dan menyesuaikan rencana
6. Menyiapkan penyuluhan untuk pulang
7. Melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dan lembaga sosial di masyarakat
8. Membuat jadwal perjanjian klinis
9. Mengadakan kunjungan rumah

Peran kepala ruang dalam metode primer:

1. Sebagai konultan dan pengendali mutu perawat primer
2. Orientasi dan merencanakan karyawan baru

3. Menyusun jadwal dinas dan memberikan penugasan kepada perawat asisten
4. Evaluasi kerja
5. Merencanakan/menyelenggarakan pengembangan staf

Ketenagaan metode primer:

1. Setiap perawat primer adalah perawat yang dekat dengan pasien
2. Beban kasus 4-6 orang untuk satu perawat primer
3. Penugasan ditentukan oleh kepala bangsal
4. Perawat primer dibantu oleh perawat professional yang lain

(4) Kasus

Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat berdinis. Pasien akan dirawat berbeda oleh tiap shift jaga, dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan biasanya diterapkan satu pasien satu perawat, dan dilaksanakan untuk perawat pribadi dalam memberikan asuhan keperawatan khusus seperti kasus isolasi dan perawatan intensif.

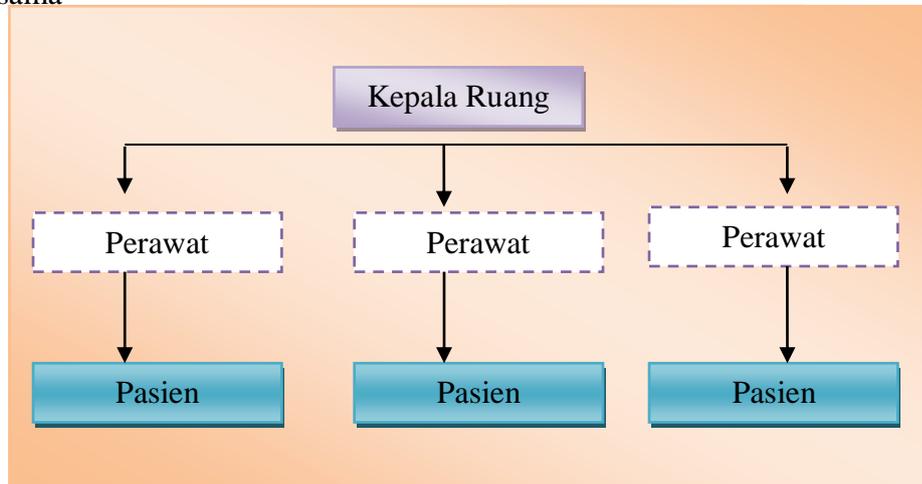
Kelebihan metode kasus:

1. Perawat lebih memahami kasus per kasus
2. Sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah

Kekurangan metode kasus:

1. Belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab

2. Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama



Gambar 2.5 Sistem Asuhan Keperawatan Dengan Metode Kasus

- (5) Modifikasi (MAKP Tim dan Primer)

Digunakan secara kombinasi dari kedua sistem, penerapannya didasarkan pada beberapa alasan berikut:

1. Keperawatan primer tidak dilakukan secara murni karena perawatan primer harus murni sarjana keperawatan atau setara dalam bidang pendidikan.
2. Keperawatan tim tidak dilakukan karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada bagian tim
3. Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas keperawatan terdapat pada perawat primer karena sebagian besar adalah lulusan D3.

Menurut Sitorus, jika di ruangan memerlukan 26 perawat. Dengan metode modifikasi keperawatan primer diperlukan 4 perawat primer (PP), dengan kualifikasi Ners, disamping seorang kepala ruang rawat yang kualifikasi Ners.

Perawat pelaksana (PA) 21 orang, kualifikasi pendidikan perawat pelaksana terdiri atas lulusan D3.

Dasar-dasar pertimbangan pemilihan metode asuhan keperawatan (MAKP) adalah:

1. Sesuai dengan visi dan misi

Dasar utama penentuan metode asuhan keperawatan harus didasarkan pada visi dan misi

2. Dapat diterapkan 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 metode tanpa ditunjang oleh biaya yang memadai, maka tidak akan didapatkan hasil yang sempurna.

4. Terpenuhi kepuasan pasien, keluarga

Tujuan akhir asuhan keperawatan adalah kepuasan pelanggan atau pasien terhadap asuhan yang diberikan oleh perawat. Oleh karena ini, metode yang baik adalah metode asuhan keperawatan yang dapat menunjang kepuasan pelanggan.

5. Kepuasan dan kinerja perawat

Keberhasilan sangat tergantung oleh motivasi dan kinerja perawat. Metode yang dipilih harus dapat meningkatkan kepuasan perawat, bukan menambah beban kerja dalam pelaksanaannya.

6. Terlaksananya komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lainnya

Komunikasi secara professional sesuai dengan lingkup tanggung jawab atas dasar pemilihan dan penentuan metode. Metode asuhan keperawatan diharapkan akan dapat meningkatkan hubungan interpersonal yang baik antara perawat dan tenaga kesehatan lainnya

2.1.4 Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah alat bagi perawat dalam melaksanakan tugas, wewenang dan tanggung jawab kepada pasien. Tujuan umum pelaksanaan proses keperawatan adalah untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga berbagai masalah kebutuhan pasien dapat teratasi.

Beberapa tahapan dalam pelaksanaan proses keperawatan adalah:

- (1) Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan meliputi kegiatan pengumpulan data atau peroleh data yang akurat dari pasien untuk mengetahui berbagai permasalahan yang ada. Beberapa tahapan dalam pengkajian adalah sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data

Merupakan upaya untuk mendapatkan data sebagai informasi tentang pasien. Data yang dibutuhkan mencakup data tentang biopsikososial dan spiritual atau data yang berhubungan dengan masalah pasien serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan pasien.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara:

- (1) Wawancara, yaitu melalui komunikasi untuk mendapatkan respons dari pasien dengan tatap muka
- (2) Observasi, dengan mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung kepada pasien
- (3) Konsultasi
- (4) Pemeriksaan yaitu pemeriksaan fisik dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

b. Validasi data

Validasi data merupakan upaya untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subyektif dan objektif.

c. Identifikasi masalah

Merupakan tahapan terakhir dalam tahap pengakajian setelah dilakukan validasi data.

(2) Penentuan diagnosa keperawatan

Menurut NANDA diagnosa keperawatan aktual terdiri atas:

a) Aktual

(1) Menentukan masalah (P)

(2) Menentukan etiologi (E)

Faktor yang berhubungan yang dapat digunakan dalam etiologi terdiri dari empat komponen, yaitu:

(a) Patofisiologi (biologi/psikologi)

(b) Tindakan yang berhubungan

(c) Situasional (lingkungan, pribadi)

(d) Maturasional

(3) Menentukan gejala (S)

b) Risiko

(1) Menentukan masalah

(2) Menentukan etiologi

(3) Perencanaan

Merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menghilangkan, atau mengurangi masalah-masalah pasien. Tahap perencanaan dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan antara lain:

a. Penentuan prioritas diagnosis

Terdapat beberapa pendapat urutan dalam memprioritaskan masalah antara lain:

1. Berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa)

(a) Prioritas tinggi

Prioritas tinggi mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan sehingga perlu dilakukan tindakan terlebih dahulu seperti masalah bersihan jalan napas.

(b) Prioritas sedang

Prioritas ini menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup pasien.

(c) Prioritas rendah

Menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung dengan prognosis dari suatu penyakit secara spesifik.

2. Berdasarkan piramida kebutuhan Maslow

Untuk prioritas diagnosa yang direncanakan membagi urutan berdasarkan kebutuhan dasar manusia:

(a) Kebutuhan fisiologis

(b) Meliputi masalah respirasi, sirkulasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan, mobilisasi, eliminasi.

(c) Kebutuhan keamanan dan keselamatan

(d) Meliputi masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian, bebas dari infeksi dan rasa takut.

(e) Kebutuhan mencintai dan dicintai

(f) Meliputin masalah kasih sayang, seksualitas, hubungan antar manusia.

(g) Kebutuhan harga diri

(h) Meliputi masalah respek dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri.

- (i) Kebutuhan aktualisasi diri
- (j) Meliputi masalah kepuasan terhadap lingkungan.

b. Penentuan tujuan dan hasil yang diharapkan

Tujuan untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan. Kriteria dari tujuan dan hasil yang diharapkan antara lain:

- (a) S (Subjek) : perilaku pasien yang diamati
- (b) P (Predikat) : kondisi yang melengkapi pasien
- (c) Kr (Kriteria) : kata kerja yang dapat diukur untuk menentukan tercapainya tujuan
- (d) Kd (Kondisi) : sesuatu yang menyebabkan pemberian asuhan
- (e) W (Waktu) : waktu yang ingin dicapai

c. Penentuan rencana tindakan

d. Jenis intruksi perawatan dalam rencana tindakan

Dalam memberikan instruksi keperawatan ada empat jenis intruksi yaitu:

- (a) Diagnostik
- (b) Terapeutik
- (c) Penyuluhan
- (d) Rujukan

(4) Intervensi

Standar intervensi keperawatan yang merupakan lingkup tindakan keperawatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (14 kebutuhan dasar manusia menurut 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

(5) Implementasi

Implementasi tindakan dilakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan yang telah dibuat. Dalam implementasi tindakan keperawatan perlu memperhatikan status bio psiko sosial spiritual pasien dengan baik, tindakan dilakukan sesuai dengan waktu yang ditentukan, menerapkan etika keperawatan yang baik, menjaga kebersihan alat dan lingkungan serta mengutamakan keselamatan pasien. Kriteria proses implementasi yaitu bekerja sama bersama pasien dan tim kesehatan lain pada setiap tindakan keperawatan yang diimplementasikan, membantu dan memberikan pendidikan mengenai konsep

keterampilan diri dan membantu memodifikasi lingkungan yang akan digunakan untuk tindakan keperawatan, melakukan evaluasi, mengkaji dan merubah setiap tindakan keperawatan sesuai dengan respon pasien serta setiap tindakan keperawatan mempunyai tujuan untuk mengatasi kesehatan pasien.

(6) Evaluasi

a. Evaluasi formatif

Evaluasi yang dilakukan saat memberikan intervensi dengan respon segera.

b. Evaluasi sumatif

Merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

2.1.5 Pendidikan Keperawatan

(1) Pencegahan penyakit

(2) Mempertahankan kesehatan

(3) *Informed consent*

(4) Rencana pulang

2.1.6 Konsep Aplikasi MAKP

Pelayanan asuhan keperawatan yang optimal akan terus menerus menjadi tuntutan bagi organisasi pelayanan kesehatan. Untuk mengubah sistem pemberian pelayanan kesehatan ke sistem desentralisasi dengan meningkatkan pendidikan

bagi perawat untuk memberikan pelayanan keperawatan yang optimal. Beberapa tahapan proses untuk mengaplikasikan manajemen keperawatan meliputi:

(a) Pengumpulan Data

1. Sumber Daya Manusia (*M1-Man*)

a) Ketenagaan

- 1) Pembentukan struktur organisasi
- 2) Visi dan misi rumah sakit
- 3) Uraian tugas perawat

b) Kebutuhan tenaga

Kebutuhan tenaga keperawatan ditetapkan berdasarkan karakteristik pasien, model penugasan dan kompetensi yang dipersyaratkan untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan.

1. Ada beberapa kriteria dalam menganalisa kebutuhan ketenagaan dalam bidang keperawatan meliputi:

a. Kriteria struktur

- (1) Adanya kebijakan rumah sakit tentang tenaga keperawatan
- (2) Adanya tenaga perawat
- (3) Adanya pola ketenagaan
- (4) Tersediannya data dan informasi rumah sakit tentang beban kerja dan fungsi rumah sakit, kapasitas tempat tidur, BOR dan tata ruang
- (5) Adanya mekanisme rekrutmen dan seleksi tenaga
- (6) Adanya SPO tentang ketenagaan
- (7) Adanya pedoman cara perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan

b. Kriteria proses

- (1) Mengelompokkan pasien berdasarkan karakteristik
- (2) Menetapkan model penugasan keperawatan
- (3) Menetapkan cara perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan
- (4) Menyusun kualifikasi yang dipersyaratkan
- (5) Menyusun rencana kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan cara perhitungan yang ditetapkan

c. Kriteria hasil

- (1) Adanya dokumen pola ketenagaan keperawatan di rumah sakit
- (2) Adanya dokumen tenaga keperawatan yang bertugas di unit kerja sesuai dengan kompetensi yang dipersyaratkan

2. Perhitungan beban kerja

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat antara lain:

- (a) Jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulantahun di unit tersebut
- (b) Kondisi atau tingkat ketergantungan pasien
- (c) Rata-rata hari perawatan
- (d) Pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan
- (e) Frekuensi tindakan perawatan yang dibutuhkan pasien
- (f) Rata-rata waktu perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Ada tiga cara yang dapat digunakan untuk menghitung beban kerja secara personel antara lain:

a 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 ini dapat diamati hal-hal spesifik tentang pekerjaan antara lain:

- 1) Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja
- 2) Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja
- 3) Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif
- 4) Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja

Untuk mengetahui hal-hal tersebut perlu dikaitkan *survey* tentang kerja personel dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (a) Menentukan jenis personel yang akan disurvei
- (b) Bila jumlah personel banyak perlu dikaitkan pemilihan sampel sebagai subyek personel yang akan diamati dengan menggunakan metode simple random sampling untuk mendapatkan sampel yang representatif
- (c) Membuat formulir kegiatan perawat yang diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif dan tidak produktif dapat juga dikategorikan sebagai kegiatan langsung dan tidak langsung

- (d) Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja menggunakan work sampling
- (e) Pengamatan kegiatan personel dilakukan dengan interval 2-15 menit tergantung karakteristik pekerjaan yang dilakukan.

b Time and motion study

Pada teknik ini mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang diamati. Melalui teknik ini akan didapatkan beban kerja personel dan kualitas kerjanya. Melalui teknik ini akan didapatkan beban kerja personel dan kualitas kerjanya. Langkah-langkah untuk melakukan teknik ini yaitu:

- 1) Menentukan personel yang akan diamati untuk menjadi sampel dengan metode *purposive sampling*
- 2) Membuat formulir daftar kegiatan yang dilakukan oleh setiap personel
- 3) Daftar kegiatan tersebut kemudian diklasifikasikan seberapa banyak personel yang melakukan kegiatan tersebut secara baik dan rutin selama dilakukan pengamatan
- 4) Membuat klasifikasi atas kegiatan yang telah dilakukan menjadi kegiatan medis, kegiatan keperawatan dan kegiatan administrasi. 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 instalasi seperti rumah sakit.

c Daily log

Pencatatan kegiatan sendiri merupakan bentuk sederhana dari *work sampling* yaitu pencatatan dilakukan sendiri oleh yang mengamati. 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 relative lebih sederhana dan biaya yang murah. Peneliti biasa membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari sendiri oleh informan.

3. Penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan

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

a Metode Rasio (SK Menkes RI No 262 Tahun 1979)

Metode perhitungan dengan cara rasio menggunakan jumlah tempat tidur sebagai pembanding dari kebutuhan perawat yang diperlukan. Metode ini 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 semua unit di rumah sakit. Metode ini bisa digunakan jika kemampuan dan sumber daya untuk perencanaan tenaga terbatas, sedangkan jenis, tepi dan volume pelayanan kesehatan relative stabil.

Tabel 2.1 Rasio Jumlah Tempat Tidur dan Kebutuhan Perawat

Tipe Rumah Sakit	Perbandingan
Kelas A dan B	Tempat Tidur:Tenaga Medis = (4-7):1

	Tempat Tidur:Tenaga Keperawatan = 1:1 Tempat Tidur:Non Keperawatan = 3:1 Tempat Tidur:Tenaga Non Medis = 1:1
Kelas C	Tempat Tidur:Tenaga Medis = 9:1 Tempat Tidur:Tenaga Keperawatan = (3-4):2 Tempat Tidur:Non Keperawatan = 5:1 Tempat Tidur:Tenaga Non Medis = 3:4
Kelas D	Tempat Tidur:Tenaga Medis = 15:1 Tempat Tidur:Tenaga Keperawatan = 2:1 Tempat Tidur:Tenaga Non Medis = 6:1
Khusus	Disesuaikan

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

b 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. Kemudian dihitung standar waktu yang diperlukan agar pelayanan itu berjalan dengan baik. Cara perhitungan menurut Douglas tentang standart waktu pelayanan pasien rawat inap sebagai berikut:

- (a) Perawatan minimal memerlukan waktu 1-2 jam/24 jam

Kriteria perawatan minimal adalah:

1. Pasien mandiri atau hamper tidak memerlukan bantuan perawat
 2. Kebersihan diri:mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri/dengan bantuan minimal
 3. Makan dan minum dilakukan sendiri
 4. Ambulasi:dapat naik.turun tempat tidur, jalan sendiri tanpa bantuan dengan pengawasan
 5. Observasi TTV dilakukan setiap pergantian dinas
 6. Pengobatan minimal, status sosial stabil
 7. Pasien di rawat untuk prosedur diagnostik, operasi ringan/perawatan luka sederhana
- (b) Perawatan intermidiet memerlukan waktu 3-4 jam/24 jam

Kriteria perawatan intermidiet adalah:

1. Pasien memerlukan bantuan perawat tetapi tidak sepenuhnya
2. Kebersihan diri:perlu bantuan dalam menyiapkan air mandi, kebersihan mulut, membersihkan genetalia/anus setelah eliminasi
3. Makan dan minum butuh bantuan
4. Ambulasi:membutuhkan bantuan untuk merubah posisi, naik/turun tempat tidur, berjalan
5. Pasien 24 jam post operasi minor, lewat feses akut operasi mayor, fase awal penyembuhan
6. Pasien menggunakan infuse, kateter urine, pengobatan dengan injeksi tetapi masih bisa beraktivitas dengan bantuan minimal

7. Observasi TTV setiap 4 jam

(c) Perawatan total memerlukan waktu 5-6 jam/24 jam

Kriteria perawatan total:

1. Pasien tergantung sepenuhnya/hampir sepenuhnya, semua kebutuhan dibantu
2. Kebersihan diri : mandi, oral hygiene, urogenetal/anal hygiene dibantu oleh perawat
3. Ambulasi : pasien membutuhkan 2 atau lebih perawat untuk membantu, merubah posisi tempat tidur, naik/turun tempat tidur, kursi roda, bantuan untuk latihan pasif
4. Kebutuhan nutrisi dipenuhi melalui terapi intravena/infuse atau pipa lambung
5. Pengobatan intravena/per drip yang tidak mampu beraktivitas
6. Pasien yang memerlukan suction
7. Pasien dengan perawatan luka kompleks/memerlukan tindakan keperawatan khusus (perawatan luka dekubitus, luka bakar, traksi,dll)
8. Memerlukan waktu perawatan yang lama (pasien tidak sadar, kondisi tidak stabil, 24 post operasi mayor, bingung, disorientasi, gangguan emosional berat)
9. Observasi TTV setiap 2 jam

Douglas menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi pasien, dimana masing-masing kategori memiliki nilai standar per shiftt.

Tabel 2.2 Nilai Standar Jumlah Perawat Per shift Berdasarkan Klasifikasi Pasien

Jumlah Pasien	Klasifikasi Pasien								
	Minimal			Parsial			Total		
	Pagi	Sore	Malam	Pagi	Sore	Malam	Pagi	Sore	Malam
1	0.17	0.14	0.07	0.27	0.15	0.10	0.36	0.30	0.20
2	0.34	0.28	0.20	0.54	0.30	0.14	0.72	0.60	0.40
3	0.51	0.42	0.30	0.82	0.45	0.21	1.08	0.90	0.60
Dst									

c 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 (BOR x jumlah tempat tidur)

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 kerja efektif per tahun

H = jumlah perawat yang dibutuhkan untuk unit tersebut

(b) Jumlah tenaga yang bertugas tiap 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% x jumlah hari cuti hamil x 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 jam tak kerja/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 perminggu perawat adalah 40 jam
4. Cuti hamil = 12x6 = 72 hari
5. Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan di satu unit harus ditambah 20% untuk tenaga antisipasi kekurangan/cadangan
6. Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan per shift, yaitu dengan ketentuan proporsi dinas pagi 47%, sore 36%, malam 17%

Dalam memberikan pelayanan keperawatan ada tiga jenis bentuk pelayanan, yaitu sebagai berikut:

- (a) Perawatan langsung

Perawatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pasien baik fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien pada perawat dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok:

1. *Self care* dibutuhkan $\frac{1}{2} \times 4 \text{ jam} = 2 \text{ jam}$
2. *Partial care* dibutuhkan $\frac{3}{4} \times 4 \text{ jam} = 3 \text{ jam}$
3. *Total care* dibutuhkan $1-1\frac{1}{2} \times 4 \text{ jam} = 4-6 \text{ jam}$
4. *Intensive care* dibutuhkan $2 \times 4 \text{ jam} = 8 \text{ jam}$

(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 = 60menit/pasien/hari.

(c) Pendidikan kesehatan

Meliputi aktivitas pengobatan serta tindak lanjut pengobatan, dibutuhkan waktu untuk pendidikan kesehatan adalah 15 menit/pasien/hari.

d Metode Formulasi Nina

Dalam metode ini ada lima tahapan dalam penghitungan kebutuhan tenaga:

(a) Tahap I

Dihitung A = jumlah jam perawatan pasien dalam 24 jam per pasien

(b) Tahap II

Dihitung B = jumlah rata-rata jam perawatan untuk seluruh pasien dalam 1 hari. $B = A \times \text{tempat tidur}$

(c) Tahap III

Dihitung C = jumlah jam perawatan seluruh pasien dalam satu tahun. $C = B \times 365 \text{ hari}$

(d) 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

(e) Tahap V

Didapatkan E = jumlah tenaga perawat yang diperlukan/ $E = D/1878$, angka 1878 didapatkan dari hasil efektif per tahun (365-52 hari minggu = 313 hari) dan dikalikan dengan jam kerja efektif per hari (6 jam)

e Metode Hasil Lokakarya Keperawatan

Penentuan kebutuhan tenaga perawat dengan mengubahsatuan hari dengan minggu. Rumus adalah sebagai berikut:

$\frac{\text{Jam perawatan } 24 \text{ jam} \times 7 (\text{tempat tidur} \times \text{BOR}) + 25\%}{\text{Hari kerja efektif} \times 40 \text{ jam}}$
--

Formula ini memperhitungkan hari kerja efektif yaitu 41 minggu yang dihitung dari: $365 - (52 \text{ hari minggu} + 12 \text{ hari libur nasional} + 12 \text{ hari cuti tahunan}) = 289 \text{ hari}$ 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.

f Berdasarkan pengelompokkan unit kerja di rumah sakit (Depkes, 2011)

Kebutuhan tenaga keperawatan harus memperhatikan unit di rawat inap pengelompokkan, berdasarkan klarifikasi pasien:

1. Tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus
2. Jumlah perawatan yang diperlukan/hari/pasien
3. Jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari
4. Jam kerja efektif tiap perawat 7 hari per hari

Jumlah tenaga keperawatan yang diperlukan adalah:

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan}}{\text{Jam kerja efektif per shift}}$$

Untuk perhitungan jumlah tenaga perlu ditambahkan dengan hari libur/cuti/hari besar

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{Jam hari kerja efektif}} \times \text{jumlah perawat}$$

c) Indikator pelayanan rumah sakit

1) BOR (*Bed occupancy Rate*)

BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Rumus BOR:

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam satu periode}} \times 100\%$$

2) AVLOS (*Average Length Of Stay*)

AVLOS adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tiap efisien, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Secara umum nilai yang ideal antara 6-9 hari.

$$\frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati)}}$$

3) TOI (*Turn Over Internal*)

TOI adalah rata-rata hari dimana tempat tidur ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari. Rumus TOI:

$$\frac{(\text{Jumlah tempat tidur x periode}) - \text{Hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati)}}$$

4) BTO (*Bed Turn Over*)

BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada suatu periode, berapa kali tempat tidur tersebut dipakai dalam satu satuan tertentu. Idealnya satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Rumus BTO:

$$\frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

5) GDR (*Gross Death Rate*)

GDR adalah angka kematian umum untuk 1000 penderita keluar.

Rumus GDR:

$$\frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati)}} \times 1000 \text{ permil}$$

6) NDR (*Net Death Rate*)

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

$$\frac{\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati)}} \times 1000 \text{ permil}$$

d) Diagnosa penyakit terbanyak

e) Penghitungan beban kerja

2. Sarana Dan Prasarana (*M2-Material*)

- a. Gambaran umum ruangan
- b. Lokasi dan denah
- c. Fasilitas pasien
- d. Fasilitas petugas
- e. Peralatan atau instrument medis dan keperawatan SAK/SOP
- f. Buku panduan MAKP
- g. Format dokumentasi

3. Metode Asuhan Keperawatan (*M3-Method*)

a. Penerapan MAKP

Menurut Marquis & Huston perlu mempertimbangkan 5 unsur utama dalam penentuan pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan yaitu:

1. Sesuai dengan visi dan misi institusi
2. Dapat diterapkan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan.

3. Efisien dan efektif penggunaan biaya.
4. Terpenuhinya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat.
5. Kepuasan kinerja perawat

b. Penerimaan pasien baru

Penerimaan pasien baru adalah suatu cara dalam menerima kedatangan pasien baru pada suatu ruangan. Dalam penerimaan pasien baru disampaikan beberapa hal mengenai orientasi ruangan, perawatan, medis dan tata tertib ruangan.

Tujuan dalam penerimaan pasien baru adalah:

- 1). Meningkatkan komunikasi antara perawat dan pasien
- 2). Mengsetahui kondisi pasien secara umum
- 3). Menurunkan tingkat kecemasan pasien

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

- 1). Pelaksanaan secara efektif dan efisien
- 2). Saat pelaksanaan tetap menjaga privasi
- 3). Komunikasi yang baik kepada pasien dan keluarga
- 4). Dilaksanakan oleh perawat primer

c. Sentralisasi obat

Sentralisasi obat adalah pengelolaan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya oleh perawat (Nursalam, 2016).

Menurut Nursalam, 2016 ada beberapa alasan yang paling sering kenapa obat perlu disentralisasi yaitu:

1. Memberikan bermacam-macam obat ada 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 mempercayainya, 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 lebih efektif
8. Meletakkan obat di tempat yang lembab, terkena cahaya dan panas
9. Mengeluarkan obat dari tempat penyimpanan terlalu banyak pada suatu waktu sehingga dipakai berlebihan atau dicuri

Pengeluaran dan pembagian obat sepenuhnya dilakukan oleh perawat, ada beberapa yang harus dilaksanakan yaitu:

1. Penanggung jawab pengelolaan obat adalah kepala pelayanan 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 dan telah diambil oleh keluarga diserahkan kepada perawat dengan menerima lembar serah terima obat
- b) Perawat menuliskan nama pasien, register, jenis obat, jumlah dan sediaan dan kartu control, dan diketahui oleh keluarga atau pasien dalam buku masuk obat. Keluarga atau pasien selanjutnya mendapatkan penjelasan kapan atau bilamana obat tersebut akan habis
- c) Pasien atau keluarga selanjutnya mendapatkan salinan obat yang harus diminum beserta sediaan obat
- d) Obat yang telah diserahkan selanjutnya disimpan oleh perawat dalam kotak obat

4. Pemberian obat

- a) Obat yang diterima untuk selanjutnya dipindah dalam buku daftar pemberian obat
- b) Obat-obatan yang telah disiapkan untuk selanjutnya diberikan oleh perawat dengan memperhatikan alur yang tercantum dalam buku daftar pemberian

d. Timbang terima

Menurut Nursalam (2016), timbang terima adalah suatu cara dalam menyampaikan sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Tujuan timbang terima adalah:

1. Menyampaikan masalah, kondisi dan keadaan pasien (data fokus)

2. Menyampaikan hal-hal yang sudah atau belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien
3. Menyampaikan hal-hal penting yang perlu segera ditindaklanjuti oleh dinas berikutnya
4. Menyusun rencana kerja untuk dinas

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

- 1) Identitas klien dan diagnosa medis
- 2) Masalah keperawatan yang kemungkinan masih muncul
- 3) Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan
- 4) Intervensi kolaborasi dan dependen
- 5) Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya, misalnya operasi, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan penunjang lainnya, persiapan untuk konsultasi atau prosedur lainnya yang tidak dilaksanakan secara rutin.

Lama timbang terima untuk setiap klien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci. Pelaporan untuk timbang terima dituliskan secara langsung pada buku laporan ruangan oleh perawat. (Nursalam, 2002) Timbang terima memiliki 3 tahapan yaitu:

- a. Persiapan yang dilakukan oleh perawat yang akan melimpahkan tanggung jawab. Meliputi faktor informasi yang akan disampaikan oleh perawat jaga sebelumnya

- b. Pertukaran shiftt jaga, dimana antara perawat yang akan pulang dan datang melakukan pertukaran informasi. Waktu terjadinya operan itu sendiri yang berupa pertukaran informasi yang memungkinkan adanya komunikasi dua arah antara perawat yang shiftt sebelumnya kepada perawat shiftt yang datang.
- c. Pengecekan ulang informasi oleh perawat yang datang tentang tanggung jawab dan tugas yang dilimpahkan. Merupakan aktivitas dari perawat yang menerima operan untuk melakukan pengecekan data informasi pada medical record atau pada pasien langsung.

Timbang terima memiliki beberapa metode pelaksanaan diantaranya:

1. Menggunakan *Tape recorder*
Melakukan perekaman data tentang pasien kemudian diperdengarkan kembali saat perawat jaga selanjutnya telah datang. Metode itu berupa *one way communication*.
2. Menggunakan komunikasi
Oral atau spoken Melakukan pertukaran informasi dengan berdiskusi.
3. Menggunakan komunikasi tertulis
Written Melakukan pertukaran informasi dengan melihat pada *medical record* saja atau media tertulis lain.

Faktor-faktor dalam timbang terima yaitu:

1. Komunikasi yang objective antara sesama petugas kesehatan

2. Pemahaman dalam penggunaan terminology keperawatan
3. Kemampuan menginterpretasi *medical record*
4. Kemampuan mengobservasi dan menganalisa pasien
5. Pemahaman tentang prosedur klinik

Evaluasi dalam timbang terima yaitu:

1. Evaluasi Struktur

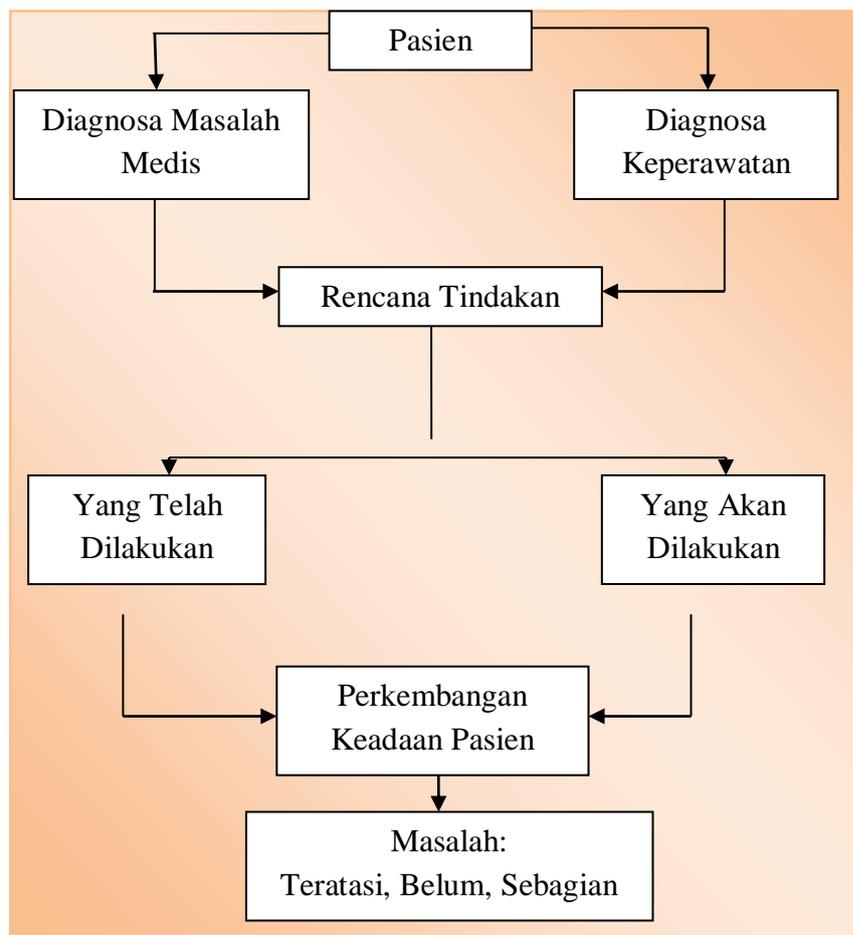
Ada timbang terima, sarana dan prasarana yang menunjang telah tersedia antara lain : Catatan timbang terima, status klien dan kelompok shift timbang terima. Kepala ruangan memimpin kegiatan timbang terima yang dilaksanakan pada pergantian shift yaitu pagi ke sore. Sedangkan kegiatan timbang terima pada shift sore ke malam dipimpin oleh perawat primer.

2. Evaluasi Proses

Proses timbang terima dipimpin oleh kepala ruangan dan dilaksanakan oleh seluruh perawat yang bertugas maupun yang akan mengganti shift. Perawat primer malam menyerahkan ke perawat primer berikutnya yang akan mengganti shift. Timbang terima pertama dilakukan di *nurse station* kemudian ke bed klien dan kembali lagi ke nurse station. Isi timbang terima mencakup jumlah pasien, masalah keperawatan, intervensi yang sudah dilakukan dan yang belum dilakukan serta pesan khusus bila ada. Setiap pasien dilakukan timbang terima tidak lebih dari 5 menit saat klarifikasi ke pasien.

3. Evaluasi Hasil

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



Gambar 2.6 Skema Timbang Terima

e. *Discharge planning*

Discharge planning atau perencanaan pulang adalah suatu proses dimulainya pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatan sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya Kozier (2004). *Discharge planning* yang efektif seharusnya

mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004).

Discharge planning dilakukan sejak pasien diterima pada suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek. Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin yang mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien (Potter & Perry, 2005). *Discharge planning* menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses perawatan pasien dan dalam tim *discharge planning* rumah sakit karena pengetahuan dan kemampuan perawat dalam proses keperawatan sangat berpengaruh dalam memberikan pelayanan kontinuitas melalui *discharge planning* tersebut.

Seorang *discharge planners* memiliki tugas membuat rencana, mengkoordinasikan, memonitor dan memberikan tindakan dalam proses keperawatan yang berkelanjutan (Bangsbo, 2014). Manfaat dari pelaksanaan *discharge planning* menurut Kozier (2016) dalam penelitiannya adalah sebagai berikut:

- a. Mengurangi pelayanan yang tidak terencana (*unplanned admission*)
- b. Mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan setelah kembali kerumah
- c. Mengurangi LOS (*Length Of Stay*) pasien di rumah sakit
- d. Meningkatkan kepuasan individu dan pemberi layanan.

- e. Menghemat biaya selama proses perawatan
- f. Menghemat biaya ketika pelaksanaan perawatan di luar rumah sakit atau di masyarakat karena perencanaan yang matang. Hasil kesehatan yang dicapai menjadi optimal.

Prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan perawat dalam membuat *discharge planning* (perencanaan pulang) menurut Departemen Kesehatan R.I (2008) sebagai berikut:

- a. Dibuat pada saat pasien masuk
Pengkajian pada saat pasien masuk akan mempermudah proses pengidentifikasian kebutuhan pasien. Merencanakan pulang pasien sejak awal juga akan menurunkan lama waktu rawat yang pada akhirnya akan menurunkan biaya perawatan
- b. Berfokus pada kebutuhan pasien
Perencanaan pulang tidak berfokus pada kebutuhan perawat atau tenaga kesehatan atau hanya pada kebutuhan fisik pasien. Lebih luas, perencanaan pulang berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga secara komprehensif
- c. Melibatkan berbagai pihak yang terkait
Pasien, keluarga, dan *care giver* dilibatkan dalam membuat perencanaan. Hal ini memungkinkan optimalnya sumber-sumber pelayanan kesehatan yang sesuai untuk pasien setelah pasien pulang
- d. Dokumentasi pelaksanaan *discharge planning*

Pelaksanaan discharge planning harus didokumentasikan dan dikomunikasikan kepada pasien dan pendamping minimal 24 jam sebelum pasien dipulangkan

Menurut Notoadmodjo (2012) faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan sebagai berikut:

a. Sikap

Sikap yang baik yang dimiliki seorang perawat akan mempengaruhi penyampaian informasi yang diberikan kepada pasien dan keluarga sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti oleh pasien dan keluarga

b. Pengendalian emosi

Pengendalian emosi yang dimiliki oleh perawat merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan (health education). Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, sopan, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan akan lebih mudah diterima oleh pasien maupun keluarga

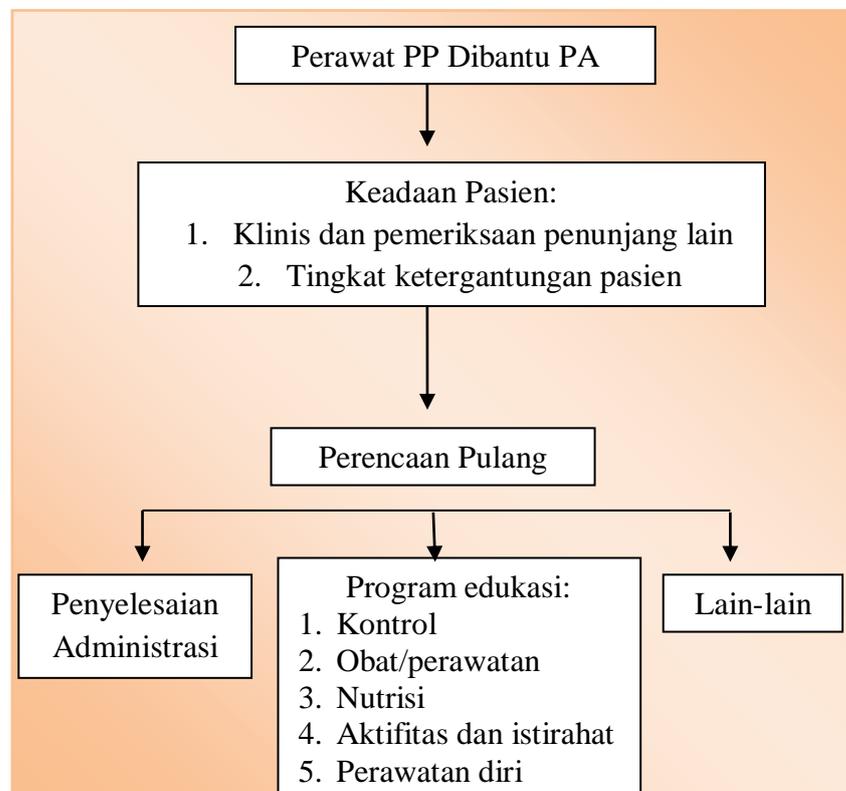
c. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang baik untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien maupun keluarga. Pengetahuan yang baik akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien dan

pasien maupun keluarga akan banyak menerima informasi sesuai dengan kebutuhan

d. Pengalaman masa lalu

Pengalaman masa lalu perawat akan berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga dapat lebih membaca situasi dan keadaan pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.



Gambar 2.7 Alur Pelaksanaan Pasien Pulang

f. Supervisi kinerja klinik

Supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian

apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Azwar, 2006).

Manfaat tersebut diantaranya adalah sebagai berikut (Suarli&Bachtiat, 2009) :

1. Supervisi dapat meningkatkan efektifitas kerja

Efektifitas berhubungan dengan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan bawahan serta semakin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.

2. Supervisi dapat lebih meningkatkan efesiensi kerja

Peningkatan efesiensi kerja berhubungan dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan.

g. Ronde Keperawatan

Ronde keperawatan adalah suatu kegiatan yang bertujuan unruk mengatasi masalah keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat, disamping pasien dilibatkan untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan, akan tetapi pada kasus tertentu harus dilakukan oleh perawat, yang melibatkan seluruh anggota tim.

Karakteristik dalam pelaksanaan ronde keperawatan adalah:

1. Pasien dilibatkan secara langsung
2. Pasien merupakan fokus kegiatan
3. Perawat *associate*, perawat primer dan konsuler melakukan diskusi bersama
4. Konsuler memfasilitasi kreatifitas

5. Konsuler membantu mengembangkan kemampuan perawat *associate* dan perawat primer untuk meningkatkan kemampuan dalam mengatasi masalah

Tujuan ronde keperawatan adalah:

1. Menumbuhkan cara berfikir secara khas
2. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berasal dari masalah klien
3. Meningkatkan validitasi data klien
4. Menilai kemampuan justifikasi
5. Meningkatkan kemampuan dalam menilai hasil kerja
6. Meningkatkan kemampuan untuk memodifikasi rencana keperawatan

h. Dokumentasi asuhan keperawatan

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat setelah memberi asuhan kepada pasien.

Kategori informasi yang masuk dalam status pasien adalah:

- 1) Data demografi
- 2) Riwayat kesehatann dan pemeriksaan fisik
- 3) Formulir persetujuan
- 4) Diagnosa
- 5) Pengobatan
- 6) Catatan perkembangan
- 7) Catatan secara berkesinambungan

- 8) Catatan labotarium
- 9) Ringkasan pasien pulang

Tujuan pedokumentasian adalah:

1. Sebagai sarana komunikasi

Dokumentasi yang dikomunikasi secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk:

- a. Membantu koordinasi asuhan keperawatan/ yang diberikan oleh tim kesehatan
- b. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan
- c. Mengurangi kesalahan
- d. Meningkatkan ketelitian dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien

2. Sebagai tanggung gugat dan tanggung jawab

Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya.

3. Sebagai informasi statistik

Data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan dimasa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.

4. Sebagai sarana pendidikan

5. Sebagai sumber data penelitian

6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
7. Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan

Dengan pendokumentasian akan didapatkan data aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan. Manfaat dokumentasi keperawatan adalah:

- a) Mencegah pengabaian dan pengulangan yang tidak perlu
- b) Mempermudah komunikasi
- c) Member fleksibilitas dalam member asuhan keperawatan
- d) Mendorong partisipasi pasien
- e) Member kepuasan kepada perawat
- f) Tersedia metode yang terorganisasi dalam asuhan keperawatan

4. *Money* (M4)

- a. Tarif pelayanan
- b. Pendapatan dan pengeluaran
- c. Dana atau anggaran

5. *Mutu* (M5)

- a. BOR
- b. Pemasaran
- c. 10 penyakit terbanyak
- d. Mutu pelayanan

2.2 Konsep Kinerja Perawat

Kinerja berasal dari terjemahan kata *performance* (bahasa Inggris) yang berarti hasil pekerjaan. Namun sebenarnya kinerja ini mempunyai arti yang lebih luas, bukan hanya hasil kerja (prestasi kerja), tetapi termasuk bagaimana proses pekerjaan itu berlangsung. Makalah ini akan menjelaskan tentang kinerja dengan dasar teori Gibson.

2.2.1 Pengertian Kinerja Secara Umum

Kinerja adalah melakukan pekerjaan dan hasil yang dicapai pekerjaan tersebut juga bisa dipahami kinerja itu berkenaan dengan apa yang dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya (Abdullah, 2014). Menurut Prawirosentono, kinerja atau *performance* adalah usaha yang dilakukan dari hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka mencapai tujuan organisasi bersangkutan secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral maupun etika (Usman, 2011).

Kinerja adalah penampilan hasil kerja baik kualitas pada masing-masing tugasnya maupun seberapa banyak tugas yang mampu diselesaikan yang dicapai seorang pegawai (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Terkait dalam bidang keperawatan, kinerja perawat dapat diartikan sebagai penampilan hasil kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Kinerja perawat pada dasarnya adalah hasil kerja seorang perawat selama periode tertentu dibandingkan berbagai kemungkinan, misalnya standar, target atau sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama

(Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997).

Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kinerja perawat adalah keseluruhan perilaku dan kemampuan yang dimiliki perawat yang ditampilkan dalam memberikan asuhan keperawatan. Sedangkan hasil kerja perawat dapat dilihat dari proses akhir pemberian asuhan keperawatan, yang salah satunya adalah pendokumentasian asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien yang meliputi: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.2.2 Tujuan Kinerja

Menurut Abdullah, 2014, tujuan kinerja adalah:

- 1) Memperoleh peningkatan kinerja yang berkelanjutan.
- 2) Mendorong perubahan yang lebih berorientasi kinerja.
- 3) Meningkatkan motivasi dan komitmen karyawan.
- 4) Mendorong untuk mengembangkan kemampuan.
- 5) Membangun hubungan yang terbuka.

2.2.3 Manfaat Kinerja

Menurut Nursalam manfaat kinerja (2008) yaitu:

- a. Meningkatkan prestasi kerja staf secara individu atau kelompok dengan memberikan kesempatan pada mereka untuk memenuhi kebutuhan aktualisasi diri dalam kerangka pencapaian tujuan pelayanan di rumah sakit.
- b. Peningkatan yang terjadi pada prestasi staf secara perorangan pada

gilirannya akan mempengaruhi atau mendorong sumber daya manusia secara keseluruhannya.

- c. Merangsang minat dalam pengembangan pribadi dengan tujuan meningkatkan hasil karya dan prestasi dengan cara memberikan umpan balik kepada mereka tentang prestasinya.
- d. Membantu rumah sakit untuk dapat menyusun program pengembangan dan pelatihan staf yang lebih tepat guna, sehingga rumah sakit akan mempunyai tenaga yang cakap dan tampil untuk pengembangan pelayanan keperawatan dimasa depan.
- e. Menyediakan alat dan sarana untuk membandingkan prestasi kerja dengan meningkatkan gajinya atau sistem imbalan yang baik.
- f. Memberikan kesempatan kepada pegawai atau staf untuk mengeluarkan perasaannya tentang pekerjaannya atau hal lain yang ada kaitannya melalui jalur komunikasi dan dialog, sehingga dapat mempererat hubungan antara atasan dan bawahan.

2.2.4 Dimensi Kinerja

Dimensi atau kriteria kinerja merupakan unsur-unsur dalam pekerjaan yang dijadikan dasar melakukan penilaian kinerja. Kriteria kinerja terdiri dari:

- 1) Hasil kerja

Merupakan keluaran kerja dalam bentuk barang atau jasa yang dapat dihitung dan diukur kuantitas dan kualitas.

- 2) Perilaku kerja

Perilaku karyawan yang ada hubungannya dengan pekerjaan seperti kerja keras, dan ramah terhadap pelanggan.

3) Sifat Pribadi

Sifat individu yang ada hubungannya dengan pekerjaan atau sifat yang diperukan dalam melaksanakan pekerjaan (Fried, Fottler dan Johnson, 2005; Robbins, 2003/2006; Rivai, 2005; Wirawan, 2009).

Instrumen evaluasi kinerja disusun berdasarkan dimensi kinerja yang dikembangkan menjadi indikator kinerja. Wirawan (2009) menyebutkan contoh indikator kinerja yang dikembangkan dari dimensi-dimensi kinerja yaitu:

1). Indikator dimensi hasil kerja

Kuantitas hasil produksi, kualitas hasil produksi, ketepatan dalam melaksanakan pekerjaan, kecepatan dalam melaksanakan pekerjaan, jumlah kecelakaan kerja, kepuasan pelanggan, efisiensi penggunaan sumber, dan efektivitas melaksanakan tugas.

2) Indikator dimensi perilaku kerja

Ramah kepada pelanggan, perilaku sesuai prosedur kerja, perilaku sesuai kode etik, perilaku sesuai prosedur kerja, perilaku sesuai kode etik, perilaku sesuai peraturan organisasi, disiplin, ketelitian, profesionalisme, kerja sama, kepemimpinan dalam tim dan manfaat waktu.

3). Indikator dimensi sifat pribadi yang ada hubungannya dengan pekerjaan, pengetahuan, keterampilan, kejujuran, kebersihan, keberanian, kemampuan beradaptasi, inisiatif, integritas, kecerdasan, kerajinan, kesabaran dan semangat kerja.

2.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Mangkunegara (2000) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja antara lain :

a. Faktor kemampuan

Secara psikologis kemampuan (ability) pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan realita (pendidikan). Oleh karena itu pegawai perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya

b. Faktor motivasi

Motivasi terbentuk dari sikap (attitude) seorang pegawai dalam menghadapi situasi (situation) kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai terarah untuk mencapai tujuan kerja.

Menurut Gibson ada tiga variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu yaitu: variabel individu, organisasi dan variabel psikologis, yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja pegawai. Gibson memberikan model teori kinerja serta menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu yaitu :

1. Variabel individu

Terdiri dari sub variabel yaitu:

(a) Kemampuan dan ketrampilan

Kemampuan memungkinkan seseorang melakukan sesuatu yang bersifat mental atau fisik. Keterampilan merupakan kecakapan tentang tugas yang diemban oleh karyawan dalam hal ini adalah seorang perawat. Hal yang termasuk kemampuan adalah kecerdasan, kemahiran berhitung,

pemahaman verbal, kecepatan persepsi, penalaran deduktif, visualisasi ruang dan ingatan/memori berikutnya (Robbins, 2006).

(b) Latar belakang dan demografis.

Mempengaruhi tingkat kinerja seorang karyawan adalah usia, jenis kelamin, status pernikahan, etnis, pendidikan, pengalaman kerja, kondisi keluarga, dan status sosial. Pengaruh yang kuat terhadap kinerja adalah status pernikahan, pendidikan, dan pengalaman kerja (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Sagian (2010) menegaskan semakin tinggi usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin dapat berpikir rasional, bijaksana, mampu mengendalikan emosi, pengalaman yang banyak dan pengetahuan yang tinggi, dan terbuka terhadap pandangan orang lain. Umur dapat mempengaruhi kinerja dan pada puncaknya ketika karyawan berusia 30 tahun (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Penelitian yang lain menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara umur perawat dengan kinerja proses keperawatan (Netty, 2002). Usia kerja produktif dibagi berdasarkan kelompok umur pekerja yaitu pekerja muda madya (20-24 tahun), pekerja prima awal (25-29 tahun), pekerja prima madya (30-34 tahun), dan pekerja prima (35-40 tahun).

Sub variabel dari latar belakang yang lain adalah jenis kelamin. Jenis kelamin secara tidak langsung mempengaruhi produktivitas kinerja dari masing-masing individu (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Penelitian yang lain menunjukkan bahwa antara laki-laki dan perempuan tidak

seberapa jauh perbedaannya dalam mempengaruhi kinerja individu (Robbins, 2006).

Pengaruh latar belakang yang mempengaruhi kinerja paling banyak adalah tingkat pendidikan dan masa kerja. Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang perawat maka akan semakin tinggi pula sifat berpikir kritis, logika yang matang, sistematis dalam berpikir dan semakin meningkat pula kualitas kinerja perawat. Seorang ners akan bekerja lebih profesional dibandingkan dengan perawat lulusan diploma karena berpikir kritis seorang ners jauh lebih matang bila dibandingkan dengan perawat lulusan diploma. Selain itu, terdapat faktor lain yaitu masa kerja perawat atau lama kerja. Menurut Robbins (2006) tingkat senioritas dari seorang karyawan berbanding lurus dengan produktivitas kerja karyawan. Teori ini menyatakan bahwa kinerja perawat akan bernilai positif apabila lama kerja dan pengalaman kerja perawat juga lebih lama.

2. Variabel psikologis

Variabel ini terdiri atas subvariabel persepsi, sikap, kepribadian, pola belajar, dan motivasi. Faktor ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman, dan karakteristik demografis. Sub variabel yang paling kuat mempengaruhi kinerja seorang anggota organisasi adalah motivasi kerja (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Setiap orang cenderung mengembangkan pola motivasi tertentu. Motivasi adalah kekuatan yang dimiliki seseorang yang melahirkan intensitas dan ketekunan yang dilakukan secara sukarela (Sopiah, 2009). Variabel psikologis ini bersifat

kompleks dan sulit diukur.

- a. Persepsi merupakan proses kognitif yang digunakan untuk menafsirkan dan memahami lingkungan sekelilingnya (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Cara seorang perawat dalam mengamati dan menafsirkan sesuai dengan apa yang dipikirkan jauh lebih bermakna daripada pandangan yang diberikan oleh seorang manajer. Persepsi seseorang tidak bisa dikatakan salah karena setiap orang mempunyai sudut pandang yang berbeda dalam melihat situasi yang ada. Sehingga pendekatan yang harus dilakukan seorang manajer kepada karyawan dalam hal ini perawat adalah bukan menyamakan persepsi antara perawat dan atasan, tetapi melalui pendekatan persepsi dan perundingan bersama. Dengan pendekatan yang baik, manajer organisasi atau perusahaan (rumah sakit) dapat meningkatkan perilaku dan prestasi kerja (kinerja) karyawan (perawat) (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997).
- b. Sikap merupakan kesiapan mental yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman, dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya. Sikap dapat dipelajari dan menentukan kecenderungan orang terhadap segi tertentu. Sikap memberikan dasar emosional bagi hubungan antarpribadi seseorang dan pengenalannya terhadap orang lain (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Sikap ditentukan oleh afeksi, kognisi, dan perilaku. Komponen afeksi

dipelajari dari orang terdekat berupa sikap dan tingkat emosionalnya. Komponen kognitif terdiri atas persepsi, pendapat, dan keyakinan seseorang. Unsur penting dari kognitif adalah keyakinan evaluatif yang diwujudkan dalam bentuk kesan yang baik atau tidak baik yang dimiliki terhadap orang atau obyek. Komponen perilaku berhubungan dengan kecenderungan seseorang untuk bertindak terhadap seseorang atau sesuatu dengan cara yang ramah, hangat, agresif, bermusuhan, apatis, atau dengan cara lain.

- c. Kepribadian merupakan pola perilaku dan proses mental yang unik, yang mencirikan seseorang. Prinsip-prinsip dari kepribadian adalah (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997):
- 1) Kepribadian adalah suatu keseluruhan yang teroganisir.
 - 2) Kepribadian dapat diorganisasi dengan pola tertentu. Pola ini dapat diamati dan dapat diukur.
 - 3) Kepribadian berasal dari hasil lingkungan sosial dan kebudayaan.
 - 4) Kepribadian mempunyai berbagai segi mengenai wewenang atau etik.
 - 5) Kepribadian mencakup cirri-ciri umum dan khas dengan perbedaan setiap orang.
 - 6) Kepribadian seseorang terbentuk melalui proses yang panjang dan rumit. Hal itu terbentuk melalui kekuatan faktor keturunan, faktor hubungan keluarga, faktor budaya, dan faktor sosial-ekonomi. Seorang manajer tidak diperbolehkan mengabaikan faktor

kepribadian dalam penyelenggaraan organisasi meskipun kepribadian merupakan hal yang sukar untuk diubah. Peran manajer adalah melakukan pengendalian kepemimpinan dengan pendekatan kepribadian bawahan karena bawahan yang bekerja sesuai dengan kepribadiannya maka tingkat kinerja dan prestasi karyawan akan meningkat.

- d. Pola belajar merupakan proses fundamental yang mendasari perilaku yang dilakukan oleh seseorang dengan terjadinya perubahan setiap saat akibat pengalaman atau pembelajaran melalui pendidikan formal atau non formal (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Pola belajar seorang karyawan (perawat) dapat dikondisikan melalui pendekatan empat konsep dasar (Skinner, 1971 dalam Gibson, 1997):
- 1) Perangsang atau rangsangan dalam diri untuk meningkatkan kinerja.
 - 2) Stimulus atau rangsangan yang berasal dari luar. Stimulus biasanya diberikan oleh manajer untuk meningkatkan prestasi perawat.
 - 3) Tanggapan adalah hasil aktivasi dari stimulus, bersifat tertulis, lisan, petunjuk, atau pendirian.
 - 4) Unsur yang terakhir adalah adanya penguat. Penguat merupakan obyek atau kejadian yang mempertahankan dan meningkatkan tanggapan yang diberikan.
- e. Motivasi

Motivasi merupakan konsep yang digunakan untuk mendeskripsikan baik kondisi-kondisi ekstrinsik yang merangsang timbulnya suatu perilaku tertentu maupun respons-respons intrinsik yang menunjukkan perilaku seorang manusia. Respons intrinsik didukung oleh sumber-sumber energi, yang dinamai motif. Motif seringkali digambarkan sebagai kebutuhan, keinginan, atau tuntutan. Motivasi diukur dari perilaku yang dapat diobservasi dan dicatat. Defisiensi dalam kebutuhan merangsang orang untuk mencari dan mencapai tujuan untuk memenuhi kebutuhan mereka (Swansburg, 2001).

3. Variabel organisasi

Faktor struktur organisasi manajemen rumah sakit akan bertanggung jawab untuk mengukur kinerja pekerjaan perawat, evaluasi, menangani variabel organisasi yang menunjukkan perbedaan untuk meningkatkan kinerja pekerjaan perawat dan mengelolanya untuk meningkatkan kinerja kerja. Faktor organisasi yang turut mempengaruhi kinerja perawat adalah sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, dan beban kerja perawat (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 2008).

Sumber daya merupakan unsur-unsur yang turut mendukung tingkat kinerja seseorang atau organisasi. Sumber daya meliputi sarana dan prasarana, bangunan fisik dan fasilitas, dan juga penunjang lainnya baik berupa fisik maupun keadaan sosial dalam organisasi rumah sakit. Kepemimpinan adalah kegiatan yang mempengaruhi bawahan melalui proses komunikasi untuk mencapai tujuan tertentu. Kepemimpinan

melibatkan penggunaan pengaruh dan adanya upaya kepemimpinan yang diwujudkan melalui hubungan antara pemimpin dan bawahan atau pengikutnya. Kepemimpinan yang efektif dilihat dari ketepatan komunikasi dan fokus pencapaian tujuan yang jelas (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 2008).

Sub variabel yang lain adalah struktur organisasi. Struktur organisasi merupakan bagan organisasi yang di dalamnya memuat susunan posisi, tugas, dan wewenang masing-masing anggota dalam organisasi. Struktur yang efektif akan memunculkan keefektifan perilaku dan prestasi kerja dari individu yang terlibat dalam organisasi itu dan kinerja organisasi juga akan berjalan dengan maksimal (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 2008).

Sub variabel dari faktor organisasi yang paling kuat mempengaruhi kinerja dari seorang karyawan adalah imbalan dan beban kerja. Imbalan merupakan materiil atau tunjangan yang dipertahankan oleh pimpinan untuk menarik dan memotivasi kinerja dan prestasi seorang karyawan untuk mencapai tujuan pribadi pimpinan ataupun tujuan organisasi. Imbalan terdiri dari dua hal yaitu imbalan intrinsik dan imbalan ekstrinsik. Imbalan intrinsik atau imbalan yang muncul dari dalam diri karyawan terdiri atas penyelesaian, pencapaian, otonomi, dan pertumbuhan. Sedangkan imbalan ekstrinsik atau imbalan yang berasal dari luar pegawai terdiri dari finansial, antarpribadi, dan promosi (Gibson, Ivancevich, & Donnely 2008). Imbalan penyelesaian merupakan kemampuan untuk memulai dan mengakhiri tugas yang diembannya. Imbalan pencapaian merupakan kepuasan dari individu

yang telah menyelesaikan tugas yang menantang atau tugas yang baginya merupakan tugas baru dan sulit. Imbalan otonomi merupakan hak kebebasan seorang karyawan dalam bekerja dan membuat keputusan tanpa pengawasan yang ketat. Imbalan pertumbuhan merupakan kesempatan setiap individu untuk mengembangkan keahliannya di dalam pekerjaannya (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 2008). Imbalan finansial adalah imbalan yang berupa uang dan tunjangan yang diberikan oleh pimpinan kepada karyawan berupa program bonus dan program pengupahan (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 2008). Program bonus lebih efektif diterapkan daripada program pengupahan untuk mencapai prestasi dan kinerja dari karyawan (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 2008). Imbalan finansial yang bisa mempengaruhi tingkat kinerja adalah gaji pokok, tunjangan hari tua, tunjangan makan, tunjangan transportasi, tunjangan kesehatan dan keselamatan kerja, dan program rekreasi.

Sub variabel imbalan ekstrinsik yang lain adalah imbalan antar pribadi. Imbalan antar pribadi merupakan imbalan psikologis yang diberikan oleh pimpinan atau rekan kerja, berupa status dan pengakuan atau penghargaan. Pengakuan dari seorang manajer dapat mencakup pujian di depan umum, pernyataan tentang pekerjaan yang telah dikerjakan dengan baik, atau perhatian khusus. Imbalan yang di terima oleh karyawan menentukan kepuasan dan perilaku karyawan untuk lebih baik dalam kinerjanya (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Imbalan yang khusus dari pimpinan adalah promosi atau jenjang karir. Kriteria yang sering

digunakan untuk mencapai keputusan promosi adalah prestasi dan senioritas. Jika prestasi dapat secara tepat dinilai, maka prestasi sering dinilai lebih dalam menentukan imbalan promosi yang didapatkan dan turut mengubah perilaku karyawan untuk meningkatkan kinerjanya. Namun, bagi kebanyakan karyawan, promosi jarang dilakukan oleh seorang manajer untuk mempertahankan motivasi karyawan (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 2008).

Salah satu hak perawat yang harus dipenuhi oleh rumah sakit sesuai dengan UU No.36 tahun 2009 Tentang Kesehatan pasal 27 ayat 1 adalah imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan etik profesi keperawatan. Beban kerja adalah jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh kelompok/seseorang dalam waktu tertentu. Beban kerja dapat dilihat dalam dua sudut pandang, yaitu secara obyektif dan secara subyektif. Beban kerja secara obyektif adalah keseluruhan waktu yang dipakai/jumlah aktifitas yang dilakukan. Beban kerja secara subyektif adalah ukuran yang dipakai seseorang terhadap pertanyaan tentang beban kerja yang diajukan, tentang perasaan kelebihan beban kerja, ukuran dari tekanan pekerjaan dan kepuasan kerja (Gronewegen, 1991). Beban kerja juga dipengaruhi oleh kondisi dan suasana dari tempat bekerja seperti kebisingan, pekerjaan yang monoton, lingkungan yang tidak nyaman, dan kondisi rekan kerja yang tidak mendukung untuk menyelesaikan pekerjaan (Carayon & Gurses, 2005). Menurut Carayon & Alvarado (2007), dimensi beban kerja perawat terdiri dari 6 aspek yaitu: beban kerja fisik, kognitif,

tekanan waktu, emosional, kuantitatif, dan kualitatif. Beban kerja fisik merupakan tindakan fisik perawat dan kondisi fisik lingkungan yang menjadikan beban bagi perawat. Beban kerja fisik seperti mengantar klien ke ruang operasi, ruangan yang sempit, bunyi monitong, AC, dll. Beban kerja kognitif merupakan kebutuhan seorang perawat untuk memproses informasi yang terjadi dalam waktu yang singkat seperti penggunaan baju dinas, jadwal shift yang berubah-ubah, mengangkat telepon, dan lain-lain. Beban kerja tekanan waktu merupakan tindakan keperawatan yang harus dilakukan sesuai dengan waktu yang telah ditargetkan, seperti: melakukan tugas limpahan, mengkaji kebutuhan klien, dokumentasi, dan lain-lain. Beban kerja emosional merupakan beban emosi yang ditimbulkan dari kondisi keparahan penyakit dan akuitas klien seperti kondisi klien yang semakin memburuk, ketidakpuasan dari keluarga klien, tuntutan keluarga agar klien cepat sembuh, dll. Beban kerja kuantitatif merupakan jumlah pekerjaan yang dilakukan oleh seorang perawat. Sedangkan beban kerja kualitatif adalah tingkat kesulitan dari pekerjaan yang diembannya.

Berikut ini adalah faktor-faktor individu yang berhubungan dengan kinerja:

1. Umur

Hubungan kinerja dengan umur sangat erat kaitannya, alasannya adalah adanya keyakinan yang meluas bahwa kinerja merosot dengan meningkatnya usia. Pada karyawan yang berumur tua juga dianggap kurang luwes dan menolak teknologi baru. Namun di lain pihak ada sejumlah kualitas positif yang ada pada karyawan yang lebih tua, meliputi

pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap mutu.

2. Jenis Kelamin

Tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, sosiabilitas, atau kemampuan belajar. Namun studi-studi psikologi telah menemukan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang, dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses. Masih terdapat debat soal perbedaan pria dan wanita mengenai prestasi dalam pekerjaan, absensi, dan tingkat pergantian. Tidak ada data pendukung yang menyatakan bahwa pria atau wanita adalah pekerja yang lebih baik. Hanya dalam bidang absensi perbedaan sering ditemukan. Wanita mempunyai tingkat absensi yang lebih tinggi.

3. Masa kerja

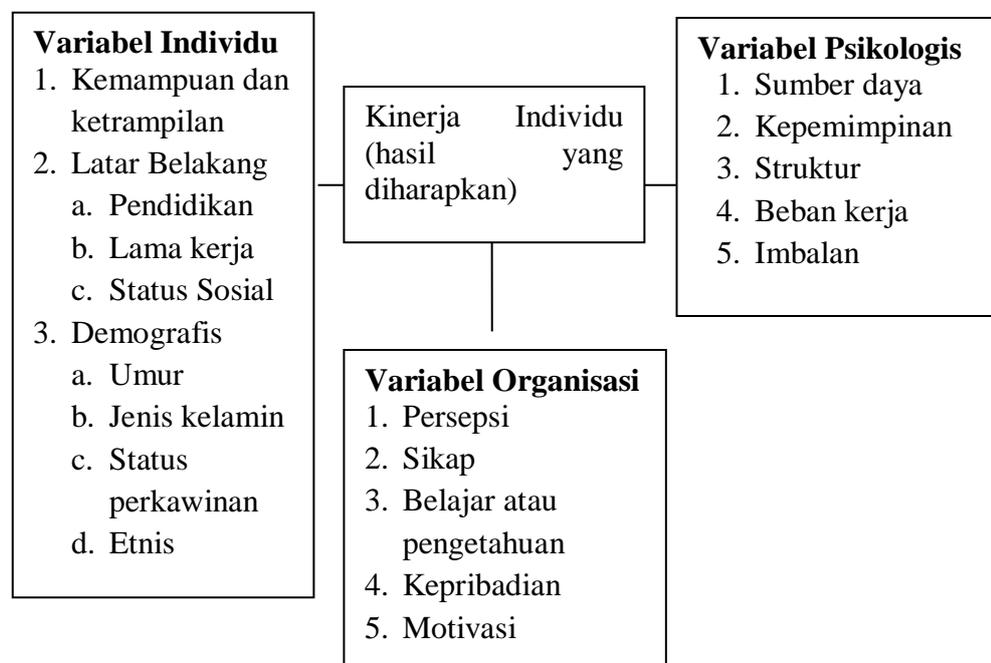
Masa kerja ternyata berhubungan secara negatif dengan keluar masuknya karyawan dan kemangkiran, namun memiliki hubungan yang positif terhadap produktifitas kerja. Masa kerja yang lama akan cenderung membuat seorang karyawan merasa betah dalam suatu organisasi, hal ini disebabkan diantaranya karena telah beradaptasi dengan lingkungannya yang cukup lama sehingga seseorang karyawan akan merasa nyaman dengan pekerjaannya.

4. Tingkat Pendidikan

Dengan bertambahnya tingkat pendidikan atau jenjang pendidikan maka akan meningkat pula kemampuan dan ketrampilan seseorang. Banyak penelitian menemukan hubungan yang negatif antara tingkat pendidikan dengan kinerja. Hal tersebut lebih disebabkan karena perbedaan harapan pekerja yang berpendidikan tinggi cenderung berpengharapan mendapatkan penghasilan yang lebih tinggi.

5. Status Perkawinan

Seorang tenaga kerja yang menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaan mereka dari pada rekan sekerjanya yang masih bujangan. Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting.



Bagan 2.8 Variable yang berhubungan dengan kinerja menurut Gibbson.

2.2.6 Faktor-faktor yang Membangun Kinerja

Ada sejumlah faktor apabila diperhatikan dan dilaksanakan dengan sungguh-sungguh akan memberikan kontribusi dalam membangun kinerja. Dari sekian banyak faktor tersebut ada empat faktor yang paling dominan. Keempat faktor dimaksud adalah sebagai berikut :

- a. Kompetensi
- b. Pemberdayaan
- c. Kompensasi
- d. Penghargaan (Abdullah, 2014).

2.2.7 Pengukuran Kinerja

Pengukuran kinerja adalah tindakan pengukuran yang dilakukan terhadap berbagai aktivitas dalam rantai nilai yang ada pada perusahaan. Pengukuran kinerja merupakan salah satu faktor yang amat penting bagi suatu organisasi, pengukuran kinerja bermanfaat untuk :

- a. Menelusuri kinerja terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat pada pelanggannya dan membuat seluruh orang dalam organisasi terlibat dalam upaya memberi kepuasan kepada pelanggan.
- b. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai bagian dari mata rantai pelanggan dan pemasok internal.
- c. Mengidentifikasi berbagai pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan tersebut.
- d. Membuat suatu tujuan strategis yang biasanya masih kabur menjadi lebih

konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi.

- e. Membangun konsensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberi "reward" atas perilaku yang diharapkan tersebut.

2.2.8 Model dan Metode Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja perawat merupakan mengevaluasi kinerja perawat sesuai dengan standar praktik professional dan peraturan yang berlaku. Penilaian kinerja perawat merupakan suatu cara untuk menjamin tercapainya standar praktek keperawatan. Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitas. Proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai, dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Perawat manajer dapat menggunakan proses operasional kinerja untuk mengatur arah kerja dalam memilih, melatih, membimbing perencanaan karier serta memberi penghargaan kepada perawat yang berkompeten (Nursalam, 2008).

Menurut Ilyas (2001), penilaian kinerja mencakup faktor-faktor antara lain :

- a. Pengamatan

Merupakan proses menilai dan memiliki perilaku yang ditentukan oleh sistem pekerjaan

- b. Ukuran

Untuk mengukur prestasi kerja seorang petugas dibandingkan dengan uraian pekerjaan yang telah ditetapkan untuk personel tersebut.

c. Pengembangan

Bertujuan untuk memotivasi personel mengatasi kekurangannya dan mendorong yang bersangkutan untuk mengembangkan kemampuan dan potensi yang ada pada dirinya.

Menurut Ilyas (2001), pada dasarnya metode penilaian kinerja dapat dibedakan atas beberapa metode yaitu

a. Penilaian Teknik Essai

Pada metode ini, penilai menuliskan deskripsi tentang kelebihan dan kekurangan seorang personel yang meliputi prestasi, kerjasama, dan pengetahuan personel tentang pekerjaannya. Dalam penilaian ini atasan melakukan penilaian secara menyeluruh atas hasil kerja bawahan.

b. Metode penilaian komparasi

Penilaian ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil pelaksanaan pekerjaan seorang personel yang lain yang melakukan pekerjaan sejenis. Dengan membandingkan hasil pelaksanaan pekerjaan seperti ini akan mudah menentukan personel mana yang terbaik prestasinya sehingga mendapat bobot tinggi, yang dapat dijadikan dasar untuk menentukan kriteria pemberian tingkat kompensasi, pemberian tanggung jawab yang lebih tinggi dan sebagainya.

c. Metode Penggunaan Daftar Periksa

Penilaian dilakukan dengan menggunakan daftar periksa (*check list*) yang telah disediakan sebelumnya. Daftar ini berisi komponen-komponen yang

dikerjakan seorang personel yang dapat diberi bobot “ya”, atau “tidak”, “selesai” atau “belum”, atau dengan bobot prosentase penyelesaian pekerjaan yang bersangkutan. Setiap personel perlu disediakan daftar *check list* sesuai dengan bidang pekerjaannya masing-masing. Sehingga personel yang bekerja di bidang operasi tentu berbeda daftarnya dengan personel yang bekerja di bidang administrasi.

d. Metode Penilaian Langsung

Penilaian dilakukan dengan melihat langsung pelaksanaan pekerjaan di lapangan. Petugas yang melakukan penilaian ini adalah orang yang mengetahui apa yang harus dilihat dan dinilai.

e. Metode Penilaian Berdasarkan Perilaku

Penilaian kinerja ini didasarkan pada uraian pekerjaan yang disusun sebelumnya. Biasanya uraian pekerjaan tersebut menentukan perilaku apa yang diperlukan oleh seorang personel yang dinilai untuk melaksanakan pekerjaan itu. Melalui metode ini akan jelas terlihat apa yang menyebabkan tidak memuaskannya pelaksanaan pekerjaan tersebut. Apakah faktor kekurangmampuan, faktor kurang motivasi, kurang disiplin atau faktor lainnya.

f. Metode Penilaian Berdasarkan Kejadian Kritis

Penerapan penilaian berdasarkan insiden kritis itu dilaksanakan oleh atasan melalui pencatatan atau perekaman peristiwa-peristiwa yang berkaitan dengan perilaku personel yang dinilai dalam melaksanakan pekerjaan. Penilaian berdasarkan insiden kritis ini, menghendaki kerajinan seorang

atasan untuk selalu mencatat peristiwa perilaku yang terjadi baik positif ataupun yang negatif.

g. Metode Penilaian Berdasarkan Efektifitas

Penilaian berdasarkan efektifitas dengan menggunakan sasaran perusahaan sebagai indikasi penilaian kinerja. Metode ini cukup rumit, karena dalam penilaian yang diukur adalah kontribusi personel, bukan kegiatan atau perilaku seperti pada yang dilakukan dalam metode-metode penilaian lainnya.

h. Metode Penilaian Berdasarkan Peringkat

Metode penilaian peringkat berdasarkan pembawaan yang ditampilkan oleh personel. Penilaian berdasarkan metode ini dianggap lebih baik, karena keberhasilan pekerjaan yang dilaksanakan seorang personel sangat ditentukan oleh beberapa unsur yang bersangkutan. Oleh sebab itu dalam metode ini yang dinilai adalah unsur-unsur kesetiaan, tanggung jawab, ketataatan, prakarsa, kerja sama, kepemimpinan dan sebagainya.

Menurut Lumbanraja dan Nizma, (2010), metode penilaian prestasi dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

a. Metode yang berorientasi pada masa lalu

- 1) *Rating Scale*: Pengukuran dilakukan berdasarkan skala prestasi (kuantitatif dan kualitatif) yang sudah baku.
- 2) *Checklist*: metode ini memerlukan penilaian untuk menyeleksi pernyataan yang menjelaskan karakteristik karyawan.
- 3) *Critical Incident Method*: pengukuran dilakukan berdasarkan catatan

aktivitas seorang karyawan dalam periode waktu tertentu yang dinyatakan dalam perilaku positif dan negatif.

- 4) *Field Review Method*: pengukuran dilakukan dengan langsung meninjau lapangan.
 - 5) *Performance Test and Observation*: penilaian prestasi kerja dapat dilaksanakan didasarkan pada suatu test keahlian.
 - 6) *Comparative Evaluation Approach*: pengukuran dilakukan dengan membandingkan prestasi kerja seorang karyawan dengan karyawan lain.
- b. Metode yang berorientasi pada masa depan
- 1) *Self appraisal*: Teknik evaluasi ini berguna bila tujuan evaluasi diri adalah untuk melanjutkan pengembangan diri.
 - 2) *Psychological appraisal*: penilaian ini biasanya dilakukan oleh seorang psikolog, terutama digunakan untuk menilai potensi karyawan.
 - 3) *Management By Objectives*: Pengukuran berdasarkan pada tujuan2 pekerjaan yang terukur dan disepakati bersama antara karyawan dan atasannya.
 - 4) *Assesment Center*: bentuk penilaian yang di standarisasi, tergantung pada tipe berbagai penilai.

2.2.9 Standar Penilaian Kinerja Perawat

Nursalam, (2008) standar pelayanan keperawatan adalah pernyataan deskriptif mengenai kualitas pelayanan yang diinginkan untuk menilai pelayanan keperawatan yang telah diberikan pada pasien. Tujuan standar keperawatan adalah

meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, mengurangi biaya asuhan keperawatan, dan melindungi perawat dari kelalaian dalam melaksanakan tugas dan melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik. Dalam menilai kualitas pelayanan keperawatan kepada klien digunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.