

**TESIS**

**MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN  
MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)  
DENGAN PENDEKATAN *THEORY OF CONSTRAINT* (TOC)  
DI RUANG FLAMBOYAN RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG**

***PENELITIAN RESEARCH OPERATIONAL***



**Oleh:**

**WIWID YULIASTUTI  
NIM: 131414153010**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
2017**

**MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN  
MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)  
DENGAN PENDEKATAN *THEORY OF CONSTRAINT* (TOC)  
DI RUANG FLAMBOYAN RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)  
Dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:  
WIWID YULIASTUTI  
NIM. 131414153010

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
2017**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : WIWID YULIASTUTI

NIM : 131414153010

Tanda tangan :

Tanggal : 27 DESEMBER 2016



**LEMBAR PERSETUJUAN**

TESIS

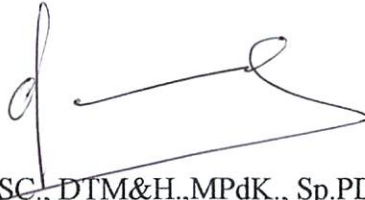
MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN  
MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) DENGAN PENDEKATAN  
*THEORY OF CONSTRAINT* DI RUANG FLAMBOYAN RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG

WIWID YULIASTUTI  
131414153010

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL JANUARI 2016

Oleh :

Pembimbing I



Prof. Dr. Suharto, dr., MSC., DTM&H., MPdK., Sp.PD., K-PTI., FINASIM  
NIP: 194708121974121001

Pembimbing II



Purwaningsih, SKp., M.Kes.  
NIP: 196611212000032001

Mengetahui  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes  
NIP: 197212172000032001

## LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Wiwid Yulastuti  
NIM : 131414153010  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul : Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Dengan Pendekatan *Theory Of Constraint* (TOC)

Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji  
Program Studi Magister Keperawatan  
pada tanggal 27 Desember 2016

Panitia Penguji,

1. Ketua : Dr.Rr.Soenarnatalina Melaniani  
Ir., M. Kes
2. Penguji 1 : Prof. Dr. Suharto, dr. M.Sc., M.Pdk.,  
DTM&H., Sp.PD-KTI
3. Penguji 2 : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
4. Penguji 3 : Dr. Tri Johan Agus Y, S.Kp.,M.Kep
5. Penguji 4 : Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns, M.Kep

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



  
Dr. Tintin Sukartini, S.Kp.,M.Kes  
NIP. 197212172000032001

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga tesis dengan judul “Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesioal (MPKP) dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung telah diselesaikan. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M. Kep) pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam penulisan tesis ini penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Moh. Nasih, SE., MT., Ak., CMA, selaku rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami.
2. Prof. Dr. Nursalam, M Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan dan motivasi.
3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Program Studi yang telah memberikan arahan dan motivasi.
4. Prof. Dr. Suharto, dr. M.Sc., M.Pdk., DTM&H., Sp.PD-KTI, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan arahan dan petunjuk dari awal sampai akhir pembuatan tesis ini.
5. Ibu Purwaningsih ,S.Kp.,M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan pengarahan dan masukan kepada peneliti hingga akhirnya tesis ini terselesaikan.
6. Dr. Tri Johan Agus Y, S.Kp. M.Kep, selaku penguji yang telah memberikan pengarahan dan masukan
7. Dr.Rr.,Soenarnatalina Melaniani, Ir., M.Kes, selaku penguji yang telah memberikan pengarahan dan masukan
8. Ibu Erna DwiWahyuni, S.Kep., Ns. M.Kep, selaku penguji yang telah memberikan pengarahan dan masukan
9. Seluruh direksi RSUD Dr. Iskak Tulungagung yang telah memberikan ijin, kesempatan dan fasilitas dalam pengambilan data penelitian.
10. Seluruh responden/ partisipan yang telah bersedia membantu jalannya penelitian
11. Seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
12. Keluarga besar yaitu suami, ananda, ayah, ibu, adik, kakak yang telah memberikan motivasi, dukungan spiritual dan material sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
13. Teman-teman Magister angkatan 2014 yang selalu memberikan dukungan kepada peneliti dalam menyelesaikan tesis ini.
14. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, tetapi peneliti berharap tesis ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan

Surabaya, 27 Desember 2016

**Penulis**

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai aktivis akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Wiwid Yuliasuti  
NIM : 131414153010  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Departemen : Manajemen Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul “Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung)” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya  
Pada tanggal : 27 Desember 2016

Yang menyatakan



(Wiwid Yuliasuti)



## RINGKASAN

### **MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) DENGAN PENDEKATAN *THEORY OF CONSTRAINT* (TOC) DI RUANG FLAMBOYAN RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG**

Oleh: WIWID YULIASTUTI

Keperawatan sebagai profesi mengharuskan pelayanan keperawatan diberikan secara profesional oleh perawat dengan kompetensi yang memenuhi standar dan memperhatikan kaidah etik dan moral sehingga masyarakat menerima pelayanan dan asuhan keperawatan yang bermutu. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan salah satu sistem pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mewujudkan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan profesional.

Tujuan dari penelitian ini adalah memonitoring dan mengevaluasi pelaksanaan MPKP dengan pendekatan *Theory Of Constraint* (TOC) di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung. Monitoring dan evaluasi ini bertujuan: mengidentifikasi kendala dari pendekatan manajemen, sistem kompensasi dan penghargaan, hubungan profesional, dan sistem pemberian asuhan keperawatan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung serta pemecahan masalah hasil *Theory of Constraint* (TOC) terhadap kendala yang ditemukan.

Penelitian ini menggunakan desain *operatioanal reserch* yang dilaksanakan dalam 1 tahap yaitu melakukan observasi untuk mengetahui kendala pada tiap pilar manajemen dan pemecahan solusi TOC melalui *Focus Group Discussion* (FGD).

Populasi dipilih berdasarkan teknik *purposive sampling* untuk kegiatan observasi terdiri dari kepala ruangan, dua ketua tim, dan tujuh perawat pelaksana. Partisipan dalam FGD dipilih berdasarkan teknik *purposive sampling* juga. Partisipan dalam FGD berjumlah 10 orang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa: 1) nilai observasi pendekatan manajemen kepala ruangnya cukup, kendala yang ada belum ada supervisi, nilai observasi ketua tim juga cukup, kendala yang dihadapi sama, yaitu ketua tim belum pernah melakukan supervisi, nilai observasi pendekatan manajemen perawat pelaksana kurang, kendalanya yaitu karena belum pernah disupervisi jadi kinerja perawat pelaksana belum maksimal; 2) nilai observasi sistem kompensasi dan penghargaan untuk kepala ruang adalah kurang ketua tim cukup, kendala keduanya sama yaitu belum pernah memberikan *rewards* dan *support* kepada perawat pelaksana, 3) nilai observasi hubungan profesional kepala ruang adalah kurang, ketua tim baik, perawat pelaksana cukup, kendala yang dihadapi adalah belum pernah dilakukan ronde keperawatan 4) nilai observasi sistem pemberian asuhan keperawatan kepala ruang, ketua tim, dan perawat pelaksana adalah baik, hanya perlu penambahan jadwal pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga; 5) hasil FGD yang dilakukan bersama narasumber menyimpulkan untuk pendekatan manajemen perlu dibuat SPO untuk supervisi dan pelaksanaan rutusnya, sistem kompensasi dan penghargaan dibudayakan untuk memberikan

*rewards* dan *support* kepada perawat pelaksana, untuk hubungan profesional perlu diadakan ronde keperawatan secara rutin selain untuk mengatasi masalah pasien juga untuk mempererat hubungan antar tenaga medis.

Kesimpulan penelitian ini adalah kendala pada pilar pendekatan manajemen adalah belum ada supervisi MPKP secara rutin. Kendala pada pilar hubungan profesional kendala yang paling berpengaruh adalah belum terlaksananya ronde keperawatan. Kendala pada pilar sistem kompensasi dan penghargaan kendala yang paling berpengaruh adalah kurangnya *reward* yang berupa pujian dan support dari kepala ruang dan ketua tim kepada perawat pelaksana. Pada pilar sistem asuhan keperawatan tidak ditemukan kendala yang mempengaruhi MPKP

## SUMMARY

### MONITORING AND EVALUATION OF PROFESIONAL NURSING PRACTICE MODEL (PNPM) WITH APPROACH *THEORY OF CONSTRAINT* (TOC) AT FLAMBOYAN WARD IN Dr. ISKAK HOSPITAL TULUNGAGUNG

By: WIWID YULIASTUTI

Nursing as a profession requires profesional nursing care given by nurses with the competencies that meet the standards and pay attention to the rules of ethics and morals so that people receive nursing care service and quality. Profesional Nursing Practice Model (PNPM) is a system of comprehensive nursing care to realize the nursing care services of high quality and profesional.

The purpose of this research is to monitor and evaluate the implementation of the PNPM with approach *Theory Of Constraint* (TOC) at Flamboyan ward in Dr. Iskak Hospital Tulungagung. Monitoring and evaluation aims: to identify constraints on the management approach, the compensation and rewards system, professional relationships, and nursing care delivery system in the implementation of PNPM at Flamboyan ward in Dr. Iskak Hospital Tulungagung and problem solving results *Theory of Constraint* (TOC) of the problems were found.

The design of this research is operatioanal reserch conducted in the one phase that observation to determine the constraints on each pillar manajemen and solving with Theory of Constraint (TOC) solutions.

The population selected based on purposive sampling technique for observation activities consist of the Num, two team leaders, and seven associate nurses. Participants in the focus group were selected based on purposive sampling technique as well. Participants in the focus group of 10 people.

The results showed that: 1) the value of observational management approach of Num is enough, there are obstacles there is no supervision, the value of the observation team leader well enough, the constraints faced by the same, that the team leader has not been doing supervision, observed values management approach associate nurses are less, barriers that because it had never survision so associate nurse performance is not maximized; 2) the value of the observation system of compensation and rewards system for the Num less space team leader enough, the constraints they are the same that had never given reward and support to associate nurse, 3) value observed profesional relationship Num is less, the chairman of either team, associate nurses are enough, obstacles facing is not done nursing rounds 4) the value of the observation of nursing care delivery system Num, team leader, and associate nurses is good, just need additional the schedule of health education to patients and families; 5) FGD conducted with speakers concluded on management approach needs to be made SPO for the implementation supervision have to routine, the system of compensation and rewards cultivated to provide rewards and support to nurses, for the profesional relationship should be held rounds of nursing on a regular basis in addition to solve the patient's problems as well to strengthen the relationship between medical personnel.

At the conclusion of this research are constraint of management approach constraints is no supervision regularly. Constraint of profesional relationship is no implementation of nursing rounds. Constraint of system of compensation and rewards is the lack of reward and support from the Num and the team leader for associate nurse. And the last On the nursing care delivery system not found constraints affecting PNPM,

**ABSTRAK**

**MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN  
MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)  
DENGAN PENDEKATAN *THEORY OF CONSTRAINT* (TOC)  
DI RUANG FLAMBOYAN RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG**

Oleh: WIWID YULIASTUTI

**Pendahuluan:** Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan salah satu sistem pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mewujudkan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan profesional. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Memonitoring dan mengevaluasi pelaksanaan MPKP dengan pendekatan *Theory Of Constraint* (TOC) di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung.

**Metode:** Penelitian ini adalah *Operasional reserach* yang dilakukan dalam satu tahap. Populasi untuk pengamatan adalah seluruh perawat Flamboyan. Teknik sampling yang digunakan adalah purposive sampling sehingga terpilih 10 orang perawat. Peserta FGD juga 10 orang terdiri dari kepala bidang keperawatan, kepala seksie keperawatan, kepala ruang, ketua tim, perawat pelaksana ruang Flamboyan dan beberapa perwakilan dari ruang lain. Variabel dalam penelitian ini adalah monitoring dan evaluasi pelaksanaan Model Praktik Keperawatan (MPKP) dengan pendekatan *theory of constraint*. Analisis data yang digunakan untuk lembar observasi adalah dengan deskriptif, kemudian analisis data untuk FGD didapatkan berdasarkan hasil rekaman audiovisual percakapan/catatan lapangan (*field notes*) selama diskusi FGD berlangsung.

**Hasil:** 1) pendekatan manajemen nilai rerata observasi untuk kepala ruang adalah cukup (64%), ketua tim cukup (75%), sementara perawat pelaksana kurang; 2) nilai rerata observasi sistem kompensasi dan penghargaan untuk kepala ruang kurang (25%), dan ketua tim yang cukup (70,84%), 3) nilai rerata observasi hubungan profesional kepala ruang kurang (41,67%), ketua tim baik (93,75%), dan perawat pelaksana cukup (70%). 4) nilai rerata observasi sistem pemberian asuhan keperawatan untuk kepala ruang, ketua tim, dan perawat pelaksana adalah baik.

**Kesimpulan:** Kendala pilar pendekatan manajemen adalah belum ada supervisi pelaksanaan MPKP, Kendala pilar sistem kompensasi dan penghargaan adalah kurangnya *reward* yang berupa pujian dan motivasi dari kepala ruang dan ketua tim untuk perawat pelaksana, Kendala pilar hubungan professional adalah belum terlaksananya ronde keperawatan.

**Kata kunci:** Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), *theory of constraint* (TOC)

**ABSTRAK**

**MONITORING AND EVALUATION OF  
PROFESIONAL NURSING PRACTICE MODEL (PNPM)  
WITH APPROACH *THEORY OF CONSTRAINT* (TOC)  
AT FLAMBOYAN WARD IN Dr. ISKAK HOSPITAL TULUNGAGUNG**

By: WIWID YULIASTUTI

**Introduction:** Nursing as a profession requires professional nursing care provided by nurses with the competencies that meet the standards and observance of the rules of ethics and morals so that people receive quality care services. Professional Nursing Practice Model (PNPM) was a system of comprehensive nursing care to realized the nursing care services of high quality and professional. The purpose of this study was to Monitoring and evaluating the implementation of the PNPM approached with Theory Of Constraint (TOC) at Flamboyan ward in Dr. Iskak Hospital Tulungagung.

**Methods:** This study was the Operational reserach done in one stage. The population for observation were all nurses in Flamboyan ward, the sampling technique used was purposive sampling that was selected 10 nurses. The participants were also 10 people, including heads of nursing, num, team leader, associate nurse in Flamboyan ward and some representatives from the other room. The variable in this study was the monitoring and evaluation of the implementation of Nursing Practice Model (PNPM) approached to theory of constraints. Analysis of the data used for the observation sheet was descriptive, then analyzes the data to be obtained based on the FGD audiovisual recording conversations / record field (field notes) during a focus group discussion took place.

**Results:** 1) average value of manajemen approach observation for head num was sufficient (64%), team leader is sufficient (75%), while associate nurses are less ,2) the average value of the observation system compensatoty and rewards for the num was less (25%), and a team leader is enough (70.84%), 3) the average value of professional relationships observations num was less (41.67%), team leader is good (93.75%) and associate nurses were enough (70%). 4) The average value of the observation of nursing care delevry to num, the team leader, and associate nurses were good.

**Conclusion:** Constraints of management approach was no supervision of the implementation of the PNPM, constraints system compensatory and rewards was the lack of reward in the form of praise and motivation of num and team leader for associate nurses, constraint of professional relationship was not the implementation of nursing rounds.

**Keywords:** Professional Nursing Practice Model (PNPM), Theory of Constraint (TOC)

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas .....	iv
Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis .....	v
Lembar Penetapan Penguji .....	vi
Kata Pengantar .....	vii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi .....	ix
Ringkasan .....	x
<i>Summary</i> .....	xii
Abstrak .....	xiv
<i>Abstract</i> .....	xv
Daftar Isi .....	xvi
Daftar Tabel .....	xix
Daftar Gambar .....	xx
Daftar Lampiran .....	xxi
Daftar Singkatan .....	xxii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	6
1.3 Rumusan Masalah .....	7
1.4 Tujuan Penelitian .....	8
1.4.1 Tujuan umum .....	8
1.4.2 Tujuan khusus .....	8
1.5 Manfaat Penelitian .....	9
1.5.1 Manfaat teoritis .....	9
1.5.2 Manfaat praktis .....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Konsep MPKP .....	10
2.1.1 Pilar I Pendekatan manajemen keperawatan .....	11
2.1.2 Pilar II Sistem Kompensasi dan Penghargaan .....	26
2.1.3 Pilar III Hubungan Profesional .....	33
2.1.4 Pilar IV Manajemen Asuhan Keperawatan .....	38
2.1.5 Syarat Ruang MPKP .....	38
2.1.6 Tingkatan dan spesifikasi Ruang MPKP .....	39
2.1.7 Peran dan Fungsi Perawat dalam MPKP .....	41
2.1.8 Jenis Metode Pemberian Askep dalam MPKP .....	46
2.2 <i>Theory of Constraint</i> (TOC) .....	59
2.2.1 Konsep TOC .....	59
2.2.2 Sejarah TOC .....	63
2.2.3 Proses Berpikir TOC .....	64
2.2.4 Aplikasi TOC pada Pelayanan Kesehatan .....	71
2.3 Monitoring dan Evaluasi .....	73
2.3.1 Pengertian Monev .....	73
2.3.2 Tujuan dan Manfaat Monev .....	74
2.3.3 Hakekat Monev .....	74

2.3.4 Prinsip Dasar Money .....	76
2.4 Keaslian Penelitian .....	76
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>80</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....	80
3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual.....	81
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>82</b>
4.1 Desain Penelitian .....	82
4.2 Populasi, Sampel dan <i>Sampling</i> .....	83
4.2.1 Populasi.....	83
4.2.2 Sampel.....	83
4.2.3 <i>Sampling</i> .....	84
4.3 Variabel Penelitian.....	84
4.3.1 Definisi Operasional .....	85
4.4 Instrumen Penelitian .....	91
4.4.1 Lembar observasi .....	91
4.4.2 Panduan FGD.....	93
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	93
4.6 Prosedur Pengumpulan Data .....	93
4.6.1 Prosedur Administrasi.....	94
4.6.2 prosedur pelaksanaan mengisi lembar observasi .....	94
4.6.3 prosedur pelaksanaan FGD bersama pakar.....	94
4.7 Analisis Data.....	95
4.8 Kerangka Operasional.....	97
4.9 Etika Penelitian.....	98
<b>BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN.....</b>	<b>99</b>
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	99
5.1.1 Profil RSUD Dr. Iskak Tulungagung.....	99
5.1.2 Profil ruang Flamboyan.....	104
5.1.3 Karakteristik Demografi Subjek.....	105
5.2 Kendala pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan.....	106
5.2.1 Kendala Pelaksanaan MPKP berdasarkan hasil observasi	106
5.2.2 Pemecahan Masalah hasil TOC dengan FGD Pakar.....	108
5.2.3 Pemecahan Masalah TOC dengan <i>five focusing steps</i> .....	112
<b>BAB 6 PEMBASAN .....</b>	<b>115</b>
6.1 kendala pada pendekatan manajemen.....	115
6.2 kendala dari sistem kompensasi.....	117
6.3 kendala hubungan professional .....	120
6.4 kendala sistem pemberian asuhan keperawatan.....	122
6.5 pemecahan masalah TOC melalui Five focusing steps.....	123
6.6 keterbatasan penelitian.....	129
<b>BAB 7 PENUTUP .....</b>	<b>130</b>
7.1 Kesimpulan .....	130



7.2 Saran ..... 131

**DAFTAR PUSTAKA.....132**  
**LAMPIRAN.....**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 rencana harian kepala ruangan .....	14
Tabel 2.2 Rencana Harian Ketua Tim.....	15
Tabel 2.3 Rencana Harian Perawat pelaksana.....	16
Tabel 2.4 Rencana Bulanan Kepala Ruangan.....	17
Tabel 2.5 Rencana Bulanan Ketua Tim.....	18
Tabel 4.1 Variabel Penelitian.....	84
Tabel 4.2 Definisi Operasional .....	84
Tabel 4.3 Jadwal Kegiatan Penelitian.....	90
Tabel 5.1 karakteristik subjek penelitian .....	105
Tabel 5.2 nilai observasi pendekatan manajemen.....	107
Tabel 5.3 nilai observasi sistem kompensasi dan penghargaan.....	107
Tabel 5.4 nilai observasi hubungan profesional .....	107
Tabel 5.5 nilai observasi sistem pemberian asuhan keperawatan.....	108
Tabel 5.6 hasil FGD pemecahan masalah TOC dalam pelaksanaan MPKP....	111

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Bagan Identifikasi Masalah .....	6
Gambar 2.1 Subsistem Dalam MPKP .....	11
Gambar 2.2 Struktur Organisasi Ruang MPKP .....	21
Gambar 2.3 Model Keperawatan Tim Primer.....	56
Gambar 2.4 <i>Exhibit Schematic of TOC Management System</i> .....	60
Gambar 2.5 Rantai Aktivitas di Dalam Pelayanan Kesehatan.....	71
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	82
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian.....	94
Gambar 5.1 Susunan Organisasi RSUD Dr Iskak Tulungagung.....	101

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden .....	132
Lampiran 2. Lembar Persetujuan sebagai responden.....	133
Lampiran 3. Lembar penjelasan penelitian.....	134
Lampiran 4. Lembar Data Demografi.....	137
Lampiran 5. Panduan <i>Focus Group Discussion</i> .....	139
Lampiran 6. SAK FGD .....	141
Lampiran 7. Lembar observasi kepala ruangan .....	144
Lampiran 8. Lembar Observasi Ketua Tim .....	147
Lampiran 9. Lembar observasi perawat pelaksana .....	149
Lampiran 10. Tabulasi hasil observasi Kepala Ruang.....	151
Lampiran 11. Tabulasi hasil observasi ketua tim A.....	152
Lampiran 12. Tabulasi hasil observasi ketua tim B.....	153
Lampiran 13. Tabulasi hasil observasi perawat pelaksana A .....	154
Lampiran 14. Tabulasi hasil observasi perawat pelaksana B .....	155
Lampiran 15. Tabulasi hasil observasi perawat pelaksana C .....	156
Lampiran 16. Tabulasi hasil observasi perawat pelaksana D .....	157
lampiran 17. Tabulasi hasil observasi perawat pelaksana E.....	158
lampiran 18. Tabulasi hasil observasi perawat pelaksana F .....	159
lampiran 19. Tabulasi hasil observasi perawat pelaksana G.....	160

## DAFTAR SINGKATAN

MPKP	= Model Praktik Keperawatan Profesional
Karu	= Kepala Ruangan
Katim	= Ketua Tim
PP	= Perawat Primer
PA	= Perawat <i>Assosiate</i>
TOC	= <i>Theory of Constraint</i>
CCM	= <i>Clinical Care Manager</i>
SPK	= Sekolah Perawat Kesehatan
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
Monev	= Monitoring dan Evaluasi

# BAB 1

## PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keperawatan sebagai profesi mengharuskan pelayanan keperawatan diberikan secara profesional oleh perawat dengan kompetensi yang memenuhi standar dan memperhatikan kaidah etik dan moral sehingga masyarakat menerima pelayanan dan asuhan keperawatan yang bermutu. Standar praktik keperawatan merupakan salah satu karakteristik profesi yang diperlukan untuk menjamin mutu praktik keperawatan sehingga mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada masyarakat dapat dipertahankan pada tingkat optimal (Hamid 2000). Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan salah satu sistem pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mewujudkan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan profesional (Marquis & Huston 2000). MPKP juga berdampak terhadap kepuasan kerja profesi lain, yaitu dokter lebih puas bekerjasama dengan perawat pada ruang yang menerapkan model praktik keperawatan profesional daripada yang tidak menerapkan (Arum 2008).

MPKP di ruang Flamboyan sudah berjalan sejak bulan Maret 2012 dengan pemateri Prof. Budi Anna Keliat dan tim dari UI. Setelah pelatihan, dilakukan pendampingan di beberapa ruangan. Flamboyant menjalankan MPKP modular atau modifikasi tim primer. Studi pendahuluan tanggal 5 Januari 2016 yang dilakukan peneliti dengan menyebar kuesioner tentang MPKP yang berisi aktivitas harian perawat yang terdiri dari *Manajemen Approach* (pendekatan manajemen), *Compensatory Rewards* (sistem kompensasi dan penghargaan), *Professional Relationship* (hubungan profesional) *Patient Care Delivery* (sistem



pemberian asuhan keperawatan) di ruang Flamboyan menghasilkan evaluasi sementara penilaian MPKP di ruang Flamboyan adalah 51,73%. Padahal nilai standar penilaian MPKP yang bagus menurut Prof. Budi A. K adalah 75%-100% (Keliat 2007).

Hasil wawancara dengan tujuh orang perawat pada bulan Januari 2016, 57,14% perawat mengatakan kegiatan pendekatan manajemen pada proses pengendalian khususnya supervisi belum pernah dilakukan, dari kepala ruang ke ketua tim atau dari ketua tim ke perawat pelaksana. Perawat pelaksana hanya melaksanakan tugasnya tanpa mengetahui tindakan yang dilakukan sudah benar atau masih perlu perbaikan, sedangkan hasil wawancara dengan tim PMKP pada waktu simulasi survey akreditasi KARS RSUD Dr. Iskak pada tanggal 28 April – 30 April 2015 mendapatkan hasil sebagai berikut, dari 15 bab yang dilakukan survey, tiga bab mencapai  $\geq 60\%$  dan  $< 80\%$  dan 12 bab mencapai  $\geq 80\%$ , berdasarkan hasil survei tersebut RSUD Dr. Iskak Tulungagung mendapatkan status akreditasi tingkat utama, atau mengajukan re-survei (remedial) untuk bab sebagai berikut: pendidikan pasien dan keluarga, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta manajemen fasilitas dan keselamatan.

Pendidikan pasien/keluarga dan peningkatan mutu keselamatan pasien merupakan hal yang berhubungan erat dengan MPKP. Hal ini menunjukkan pelaksanaan MPKP di ruang Flamboyan masih belum optimal, dikarenakan banyak faktor. Aspek ketidakpatuhan beberapa peran dalam menjalankan tugas dan fungsi di dalam MPKP merupakan salah satu aspek yang dianalisis dalam studi pendahuluan sehingga alur kerja tim tidak berjalan sesuai konsep yang ada. Kondisi tersebut berjalan cukup lama sehingga yang terjadi adalah hubungan

profesional yang seharusnya terbangun dengan baik menjadi kurang optimal. Salah satu penyebab ketidakefektifan tersebut dikarenakan belum adanya monitoring dan evaluasi program yang sudah diadakan sejak bulan Januari 2012 tersebut.

Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung merupakan ruangan untuk kasus penyakit dalam wanita, tetapi juga menerima pasien jantung, syaraf dan kulit jika ruangan untuk kasus-kasus tersebut sedang penuh. Jadi bisa dipastikan kalau ruang Flamboyan merupakan ruang yang padat dengan BOR mencapai 80% serta berbagai aktivitas asuhan keperawatan (askep) yang tidak hanya dikhususkan askep penyakit dalam saja. Peneliti memilih hanya satu ruangan di RSUD Dr. Iskak untuk dijadikan tempat penelitian karena sebagai *role model* ruangan lain.

Hasil survey tahun 2015 untuk unsur kemampuan, kesopanan, keramahan petugas dan kesesuaian waktu periksa khususnya untuk perawat masih dirasa kurang oleh responden. Sedangkan berdasarkan hasil kuesioner tentang kepuasan pasien di ruang Flamboyan yang dilakukan mahasiswa manajemen praktik S1 Keperawatan bulan Juli 2015 diperoleh nilai 29% responden menyatakan puas dan 71% menyatakan tidak puas terhadap pelayanan keperawatan yang dilakukan di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung. karena perawat tidak memperkenalkan diri dan tidak mengorientasikan ruang rawat pada pasien yang baru masuk, hal ini terkait salah satu sistem dalam MPKP yaitu sistem pemberian asuhan keperawatan di mana seorang kepala tim harus mengorientasikan ruangan ketika ada pasien yang baru masuk.

Monitoring dan evaluasi merupakan langkah pemantauan terhadap aktivitas organisasi agar organisasi dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan, standar pelaksanaan monitoring dan evaluasi berbeda-beda sesuai kebutuhan. Untuk monitoring dan evaluasi MPKP bisa dilakukan setelah program tersebut berjalan (Budi A.K 2006). Langkah monitoring dan evaluasi diterapkan dalam bentuk supervisi agar MPKP dapat benar-benar menunjukkan kinerja profesional. Monitoring dan evaluasi diterapkan di MPKP dalam bentuk penilaian yang dilakukan terhadap perawat, pasien dan keluarga.

Data yang ditemukan peneliti bulan April 2016 di RSUD Dr. Iskak Tulungagung, menunjukkan peneliti dapat memperoleh suatu permasalahan tentang komunikasi yang belum efektif antara sesama staf perawat di ruang Flamboyan hal tersebut bila dibiarkan makan akan menjadi konflik yang akan mengganggu prokduktivitas dan kinerja perawat di Flamboyan. Komunikasi yang kurang efektif masuk ke dalam pilar MPKP yaitu nilai hubungan profesional. Permasalahan yang ada harus segera diselesaikan oleh pihak yang bertanggung jawab supaya bisa mengetahui solusi dan segera dilakukan penyelesaian.

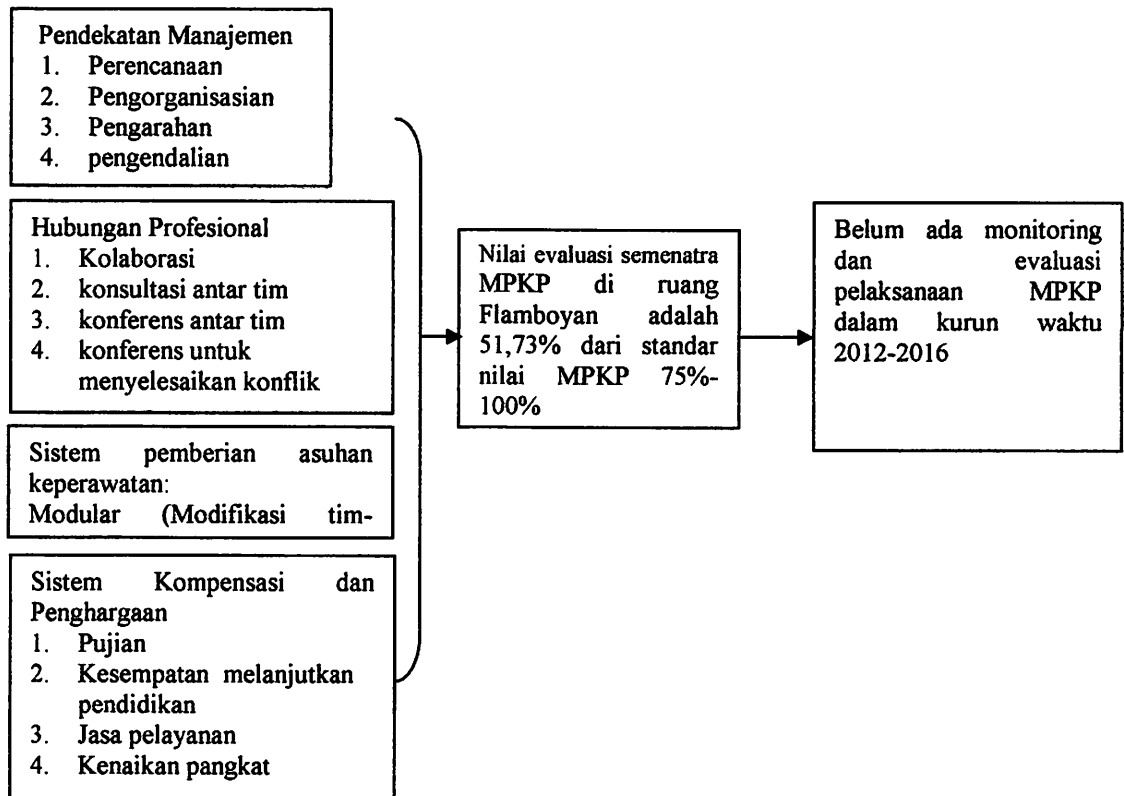
*Theory of Constraint* (TOC) adalah teori yang relatif baru yang menekankan pada pentingnya perbaikan organisasi melalui pemanfaatan sumber daya yang sudah ada, terutama dengan melakukan eksploitasi kendala yang ada sebelum meningkatkan kapasitas organisasi. TOC terdapat 5 *steps focus* yang bisa diaplikasikan untuk mengevaluasi MPKP di ruang Flamboyan. Beberapa langkah dari 5 *steps focus* dalam TOC antara lain: 1) mengidentifikasi kendala yang mungkin terjadi di setiap pilar MPKP, 2) mengetahui faktor-faktor penyebab kendala yang ada, 3) menyusun dan menyamakan hal yang terkait terhadap

keputusan di atas dan melakukan prioritas terhadap keputusan di atas dengan cara meletakkan hal-hal lain pada urutan di bawah keputusan itu, 4) kendala yang tidak dapat diatasi dengan langkah kedua dan ketiga harus diangkat ke forum agar para pemangku kebijakan dapat melakukan perubahan besar dalam sistem seperti reorganisasi, perbaikan modal, atau modifikasi (Palumbai 2013), 5) memulai dari langkah pertama lagi, seperti suatu siklus karena monitoring dan evaluasi harus dilakukan secara terus menerus (Knight 2011).

Melalui penelitian ini dapat dikembangkan salah satu cara untuk memonitoring dan mengevaluasi MPKP dengan pendekatan yang baru. MPKP di RSUD Dr. Iskak Tulungagung diharapkan dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional dan komprehensif. Model MPKP ini memberikan beberapa keuntungan yaitu pembagian tugas perawat jelas dan terdistribusi dengan baik, pemberian asuhan keperawatan pada pasien menyeluruh, dan kesempatan untuk mengembangkan riset juga akan lebih baik.

## 1.2 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah akan didasarkan pada pendekatan *Theory of Constraints* (teori kendala). Berdasarkan masalah tersebut, maka dapat dilakukan identifikasi faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya masalah MPKP. Berbagai faktor dapat menyebabkan masalah pada MPKP.



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Penelitian Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Pratik Keperawatan (MPKP) Dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung

Berdasarkan *Theory of Constraint* (TOC) dengan modifikasi, di dalam MPKP terdapat empat pilar yang terdiri dari pendekatan manajemen, sistem kompensasi dan penghargaan, hubungan profesional, selain itu ada juga sistem pemberian asuhan keperawatan yang masing-masing pilar mempunyai kendala. Kendala yang terjadi salah satunya disebabkan oleh karena belum adanya monitoring dan evaluasi program MPKP. Kendala yang ada di pendekatan

manajemen yang bisa terjadi adalah pada perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian oleh kepala ruang atau katim yang kurang optimal.

Kendala yang terjadi pada sistem kompensasi dan penghargaan yaitu, kepala ruang atau ketua tim jarang atau bahkan tidak pernah memberikan *reward* misal berupa pujian kepada anak buah yang dapat menyelesaikan tugas dengan baik. Pada sistem pemberian asuhan keperawatan yang ada di ruang Flamboyan menggunakan tim-primer atau modular. Hubungan profesional yang bisa menjadi kendala belum pernah diadakan ronde keperawatan. Bila ada masalah yang berkaitan dengan pasien misal ada pasien yang LOS nya memanjang dan belum diketahui sebabnya, kepala ruangan hanya membahas masalah tersebut internal dengan tim yang menangani pasien tersebut.

### 1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah penelitian, maka dapat diajukan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Apa saja *constraint* (kendala) dari pendekatan manajemen dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
2. Apa saja *constraint* (kendala) dari sistem kompensasi dan penghargaan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
3. Apa saja *constraint* (kendala) dari hubungan profesional dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?

4. Apa saja *constraint* (kendala) dari sistem pemberian asuhan keperawatan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
5. Apa rekomendasi yang dapat diberikan dalam hal penyelesaian kendala dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?

## 1.4 Tujuan Penelitian

### 1.4.1 Tujuan Umum

Memonitoring dan mengevaluasi pelaksanaan MPKP dengan pendekatan *Theory Of Constraint* (TOC) di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung

### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *constraint* (kendala) pada pendekatan manajemen dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung..
2. Mengidentifikasi *constraint* (kendala) dari sistem kompensasi dan penghargaan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung
3. Mengidentifikasi *constraint* (kendala) dari hubungan profesional dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
4. Mengidentifikasi *constraint* (kendala) dari sistem pemberian asuhan keperawatan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung
5. Pemecahan masalah hasil TOC dengan *Focus Group Discussion* (FGD) tentang kendala yang ditemukan.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

Memberikan masukan bagi perkembangan ilmu manajemen keperawatan khususnya yang berhubungan dengan penerapan MPKP guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

### **1.5.2 Manfaat Praktis**

- 1. Memberikan rekomendasi pelaksanaan monitoring dan evaluasi MPKP di Rumah Sakit dengan tetap mempertahankan model MPKP yang berkualitas**
- 2. Hasil penelitian dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi para pengambil kebijakan di rumah sakit dalam merencanakan, melaksanakan, menghasilkan, dan mengevaluasi pelayanan keperawatan terutama dalam penerapan MPKP guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Iskak Tulungagung**
- 3. Memberikan bahan informasi bagi peneliti lain yang berminat mengembangkan penelitian lebih lanjut.**



## BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

BAB 5

TINJAUAN PUSTAKA

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

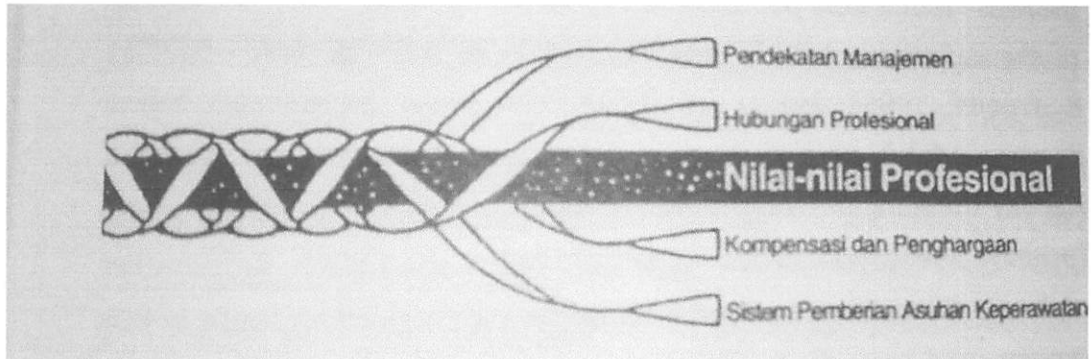
#### **2.1 Konsep Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)**

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah sebagai suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk membantu pemberian asuhan tersebut (Hoffart & Woods 1996). Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah suatu sistem yang memfasilitasi perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan (Sitorus & Yulia 2006).

Subsistem pada MPKP yaitu:

1. Nilai-nilai profesional meliputi ekonomi, kesinambungan asuhan, dan belajar sepanjang hayat untuk menopang praktik ilmu yang bermutu.
2. Pendekatan manajemen menunjukkan bahwa pada MPKP, pembuat keputusan untuk pasien ada pada manajer asuhan klinik atau perawat primer. Kepala ruang rawat berperan sebagai fasilitator atau mentor
3. Hubungan profesional memungkinkan adanya hubungan kolaborasi, konsultasi antar tim, dan konferens antar tim serta konferens untuk penyelesaian konflik
4. Sistem kompensasi dan penghargaan memungkinkan perawat mendapatkan kompensasi dan penghargaan sesuai dengan sifat layanannya yang profesional. Penghargaan dapat juga berupa keberadaan perawat sebagai ahli atau spesialis.

5. Pemberian asuhan keperawatan pada umumnya menggunakan metode keperawatan primer



Gambar 2.1 subsistem dalam MPKP yang terdiri dari empat pilar (Sitorus, R 2011)

Pilar-pilar dalam Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP):

Pilar-pilar dalam metode praktik keperawatan profesional menurut Keliat, B (2007) terdiri dari empat pilar diantaranya adalah:

#### 2.1.1 Pilar 1: pendekatan manajemen keperawatan

Pendekatan manajemen sebagai pilar praktik keperawatan profesional yang pertama. Pada pilar I yaitu pendekatan manajemen terdiri dari fungsi manajemen itu sendiri. Pendekatan manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, dan pengendalian.

- 1) Perencanaan adalah keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan di masa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan (Siagian 1990). Perencanaan juga dapat diartikan sebagai suatu rencana kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan itu dilaksanakan, dan kapan kegiatan itu dilakukan. Perencanaan yang matang akan memberi petunjuk dan mempermudah pelaksanaan suatu kegiatan. Suatu organisasi ada perencanaan

yang merupakan pola pikir yang dapat menentukan keberhasilan suatu kegiatan dan merupakan titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan selanjutnya.

Kegiatan perencanaan dalam praktik keperawatan profesional merupakan upaya peningkatan profesionalisme dalam pelayanan keperawatan sehingga mutu pelayanan bukan saja dapat dipertahankan tetapi dapat terus meningkat sampai tercapai derajat kepuasan tertinggi bagi penerima jasa pelayanan keperawatan dan pelaksana pelayanan itu sendiri.

Jenis perencanaan terdiri dari rencana jangka panjang, jangka menengah, dan jangka pendek. Rencana jangka panjang adalah perencanaan strategis yang disusun untuk 5 sampai 10 tahun. Rencana jangka menengah disusun untuk 1 sampai 5 tahun sedangkan rencana jangka pendek disusun untuk satu jam sampai satu tahun. Hierarki dalam perencanaan terdiri dari perumusan visi, misi, filosofi, peraturan, prosedur, dan kebijakan (Marquis & Houston 1998). Kegiatan perencanaan yang digunakan di ruang MPKP meliputi perumusan visi, misi, filosofi, dan kebijakan dan untuk jenis perencanaan yang diterapkan adalah rencana jangka pendek yang meliputi rencana kegiatan harian, bulanan, dan tahunan.

#### (1) Visi

Visi merupakan pernyataan singkat yang menyatakan alasan dan tujuan organisasi tersebut dibentuk. Visi harus dirumuskan sebagai landasan perencanaan organisasi.

#### (2) Misi

Misi adalah pernyataan yang menjelaskan tujuan organisasi dalam mencapai visi yang telah ditetapkan.

### (3) Filosofi

Filosofi adalah seperangkat nilai yang mengakar dan menjadi rujukan semua kegiatan dalam semua organisasi dan menjadi landasan serta arahan seluruh rencana jangka panjang. Nilai-nilai dalam filosofi dapat lebih dari satu.

### (4) Kebijakan

Kebijakan adalah pernyataan yang menjadi acuan organisasi dalam pengambilan keputusan. Contoh kebijakan di ruang MPKP RSMM Bogor: kepala ruangan MPKP dipilih melalui *fit* dan *proper test*.

### (5) Rencana jangka pendek

Rencana jangka pendek yang diterapkan di ruang MPKP terdiri dari rencana harian, bulanan, dan tahunan.

#### 1. Rencana harian

Rencana harian adalah kegiatan yang akan dilaksanakan oleh perawat (kepala ruangan, kepala tim, dan perawat primer) sesuai perannya masing-masing, yang dibuat untuk setiap shift. Isi kegiatan disesuaikan dengan peran dan fungsi perawat. Rencana harian dibuat sebelum operan dilakukan dan dilengkapi saat operan dan *pre conference*.

#### 1) Rencana harian kepala ruangan meliputi:

- (1) asuhan keperawatan
- (2) supervisi Ketua Tim dan perawat primer
- (3) supervisi tenaga selain perawat dan kerja sama dengan unit lain yang terkait

Contoh Rencana Harian Kepala Ruangan dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Rencana Harian Kepala Ruangan

Nama	:	Ruangan	:	Tanggal:
Jumlah perawat	:	Jumlah pasien	:	
Waktu	Kegiatan			Keterangan
07.00	Operan <i>Pre conference</i> (jika jumlah tim lebih dari 1), mengecek SDM dan sarana prasarana.			
08.00	Mengecek kebutuhan PAsien (pemeriksaan, kondisi dll)			
09.00	Melakukan interaksi dengan pasien baru atau PAsien yang memerlukan perhatian khusus			
10.00	Melakukan supervisi PAda ketua tim/perawat primer Perawat 1 :.....(nama) .....(tindakan) Perawat 2 :.....(nama) .....(tindakan) Perawat 3 :.....(nama) .....(tindakan)			
11.00	Hubungan dengan bagian lain terkait rapat-rapat terstruktur/insidentil			
12.00	Mengecek ulang keadaan pasien, perawat, lingkungan yang belum teratasi Ishoma			
13.00	Mempersiapkan dan merencanakan kegiatan asuhan keperawatan untuk sore, malam dan esok hari sesuai tingkat ketergantungan pasien Mengobservasi <i>post conference</i>			
14.00	Operan			

2) Rencana harian ketua tim meliputi:

- (1) penyelenggaraan asuhan keperawatan pasien oleh tim yang menjadi tanggung jawabnya
- (2) melakukan supervisi perawat primer
- (3) kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain
- (4) alokasi pasien sesuai perawat yang dinas

Contoh rencana harian ketua tim:

Tabel 2.2. Rencana Harian Ketua Tim

Nama Perawat :	Ruangan:	Tanggal:
Nama Pasien :		
1. _____		4. _____
2. _____		5. _____
3. _____		6. _____
Waktu	Kegiatan	Keterangan
07.00	Operan <i>Pre conference</i> (jika jumlah anggota tim lebih dari 1 orang)	
08.00	pasien 1.....(tindakan) pasien 2.....(tindakan) pasien 3.....(tindakan)	
09.00	Supervisi perawat (dapat diatur sesuai kondisi dan kebutuhan) Perawat 1.....(nama) .....(tindakan) Perawat 2.....(nama) .....(tindakan)	
10.00	Memimpin pendidikan kesehatan	
11.00	pasien 1.....(tindakan) pasien 2.....(tindakan) pasien 3.....(tindakan)	
12.00	Ishoma	
13.00	<i>Post conference</i> dan menulis dokumentasi Memeriksa kelengkapan dokumentasi askep Alokasi pasien sesuai dengan perawat yang dinas	
14.00	Operan	

### 3) Rencana harian perawat primer

Rencana harian perawat primer berisikan tindakan keperawatan untuk sejumlah pasien yang dirawat pada shift dinasnya. Rencana harian perawat primer shift sore dan malam agak berbeda, yaitu jika hanya satu orang dalam satu tim, perawat tersebut berperan sebagai ketua tim dan perawat primer sehingga tidak ada kegiatan *pre* dan *post conference*.



Contoh rencana harian perawat primer:

Tabel 2.3. Rencana Harian Perawat primer

Nama perawat :	Ruangan :	Tanggal:	
Nama pasien :			
1. _____	4. _____		
2. _____	5. _____		
3. _____	6. _____		
Waktu		Kegiatan	Ket
07.00	14.00	21.00	
			Operan <i>Pre conference</i> (jika 1 tim lebih dari 1 orang)
			Membimbing makan dan memberikan obat (dinas pagi)
08.00	15.00	22.00	
			pasien 1..... (tindakan)
			pasien 2..... (tindakan)
			pasien 3..... (tindakan)
09.00	16.00	23.00	
			pasien 4..... (tindakan)
			pasien 5..... (tindakan)
			pasien 6..... (tindakan)
10.00	17.00	24.00	
			pasien 1..... (tindakan)
			pasien 2..... (tindakan)
			pasien 3..... (tindakan)
11.00	18.00	05.00	
			pasien 4..... (tindakan)
			pasien 5..... (tindakan)
			pasien 6..... (tindakan)
12.00	19.00		
			Membimbing makan dan memberi obat pasien
			Istirahat
13.00	20.00	06.00	
			<i>Post Conference</i> (jika tim lebih dari satu orang) dan dokumentasi askep
14.00	21.00	07.00	
			Operan

## 2. Rencana Bulanan

Rencana bulanan merupakan tindak lanjut yang dibuat oleh kepala ruangan dan ketua tim.

### 1) rencana bulanan kepala ruang

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

(1) Membuat jadwal dan memimpin *case conference*

- (2) Membuat jadual dan memimpin pendidikan kesehatan kelompok keluarga
- (3) Membuat jadual dinas
- (4) Membuat jadual petugas pendidikan kesehatan
- (5) Membuat jadual dan memimpin rapat bulanan perawat
- (6) membuat jadual dan memimpin rapat tim kesehatan
- (7) Membuat jadual supervisi dan penilaian kinerja ketua tim dan perawat pelaksana
- (8) Melakukan audit dokumentasi
- (9) Membuat laporan bulanan

Contoh rencana bulanan kepala ruangan:

Tabel 2.4 rencana bulanan kepala ruangan

<b>RENCANA KEGIATAN BULANAN KEPALA RUANGAN MPKP</b>						
Bulan :						
<b>Senin</b>	<b>Selasa</b>	<b>Rabu</b>	<b>Kamis</b>	<b>Jumat</b>	<b>Sabtu</b>	<b>Minggu</b>
1 Rapat Rgn LapBul	2 Supervisi Ketua Tim	3 Audit dok	4 Supervisi PA	5 Audit dok	6 Pendidikan kesehatan Klp Klg	7
8 Rapat koord	9 Supervisi Ketua Tim	10 Audit dok	11 Supervisi Perawat pelaksana	12 Audit dok	13 <i>Case Conference</i>	14
15	16 Supervisi Ketua Tim	17 Audit dok	18 Supervisi Perawat pelaksana	19 Audit dok	20 Pendidikan kesehatan Klp Klg	21
22 Menyusun jadwal Dinas	23 Supervisi Ketua Tim	24 Audit dok	25 Supervisi PA	26 Audit dok	27 <i>Case Conference</i>	28
29 Rapat Koord	30 Supervisi Ketua Tim	31 Audit dok				

**RENCANA KEGIATAN BULANAN KEPALA RUANGAN MPKP**

Bulan :

Mengetahui  
Kepala Ruangan

(.....)

## 2) Rencana bulanan ketua tim

Setiap akhir bulan ketua tim melakukan evaluasi tentang keberhasilan kegiatan yang dilakukan di timnya. Kegiatan-kegiatan yang mencakup rencana bulanan Ketua Tim adalah:

- (1) Mempresentasikan kasus dalam *case conference*
- (2) Memimpin pendidikan kesehatan kelompok keluarga
- (3) Melakukan supervisi perawat primer

Contoh Rencana Bulanan Ketua Tim dapat dilihat pada Tabel 2.5

Tabel 2.5 rencana bulanan ketua tim

<b>RENCANA KEGIATAN BULANAN KETUA TIM MPKP</b>						
Bulan :						
<b>Senin</b>	<b>Selasa</b>	<b>Rabu</b>	<b>Kamis</b>	<b>Jumat</b>	<b>Sabtu</b>	<b>Minggu</b>
1 Rapat Ruangan	2 Supervisi Perawat pelaksana	3 Supervisi Perawat pelaksana	4 Supervisi Perawat pelaksana	5 Supervisi Perawat pelaksana	6 Case Conf Penkes Klg	7
8 Alokasi pasien	9 Supervisi Perawat pelaksana	10 Supervisi Perawat pelaksana	11 Supervisi Perawat pelaksana	12 Supervisi Perawat pelaksana	13 Case Conf Penkes Klg	14
15 Alokasi pasien	16 Supervisi Perawat pelaksana	17 Supervisi Perawat pelaksana	18 Supervisi Perawat pelaksana	19 Supervisi Perawat pelaksana	20 Case Conf Penkes Klg	21
22 Menyusun jadwal dinas Tim	23 Supervisi Perawat pelaksana	24 Supervisi Perawat pelaksana	25 Supervisi Perawat pelaksana	26 Supervisi Perawat pelaksana	27 Case Conf Penkes Klg	28
29 Menyusun Laporan Tim	30 Koordinasi dg Ketua Tim menyusun Lap Bln	31 Menyusun Laporan Bulanan				

---

**RENCANA KEGIATAN BULANAN KETUA TIM MPKP**

---

Bulan : \_\_\_\_\_

---

Ketua Tim

(.....)

Kepala Ruangan

(.....)

---

**3. Rencana tahunan**

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

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

## 2) Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan, penugasan suatu kelompok tenaga keperawatan, menentukan cara dari pengkoordinasian aktivitas yang tepat, baik vertikal maupun horizontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan organisasi

Pengorganisasian kegiatan dan tenaga perawat di ruang MPKP menggunakan pendekatan sistem penugasan modifikasi keperawatan tim-primer. Secara vertikal ada kepala ruangan, ketua tim, dan perawat primer. Setiap tim bertanggung jawab terhadap sejumlah pasien. Pengorganisasian di Ruang MPKP terdiri dari:

### (1) Struktur Organisasi

Struktur organisasi adalah susunan komponen-komponen dalam suatu organisasi (Sutopo, 2006). Pada pengertian struktur organisasi menunjukkan adanya pembagian kerja dan menunjukkan bagaimana fungsi-fungsi atau kegiatan yang berbeda-beda diintegrasikan atau dikoordinasikan. Struktur organisasi juga menunjukkan spesialisasi pekerjaan

### (2) Daftar Dinas Ruangan

Daftar yang berisi jadwal dinas, perawat yang bertugas, penanggung jawab dinas/shift.

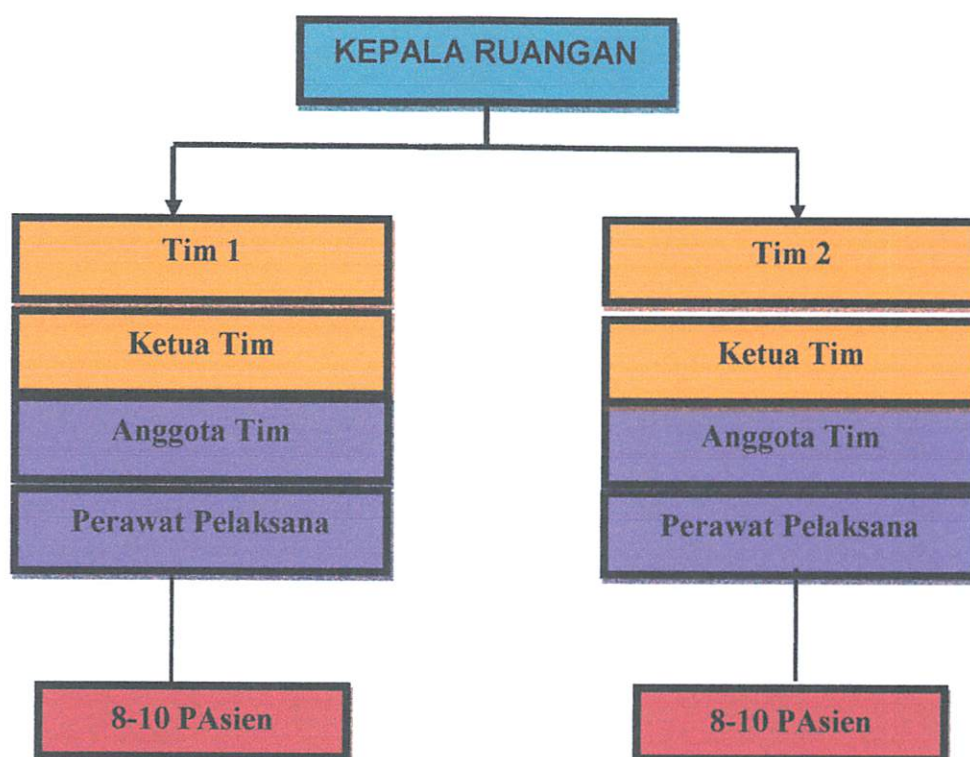
### (3) Daftar pasien

daftar pasien adalah daftar yang berisi nama pasien, nama dokter, nama perawat dalam tim, penanggung jawab pasien, dan alokasi perawat saat menjalankan dinas di tiap shift.

### 1. Struktur organisasi ruang MPKP

Struktur organisasi Ruang MPKP menggunakan sistem penugasan Tim-primer keperawatan. Ruang MPKP dipimpin oleh kepala ruangan yang membawahi dua atau lebih ketua tim. ketua tim berperan sebagai perawat primer membawahi beberapa perawat primer yang memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada sekelompok pasien. Struktur organisasi tersebut dapat digambarkan dalam bentuk bagan

Gambar 2.2. Struktur Organisasi Ruangan MPKP



Keterangan gambar

Mekanisme Pelaksanaan Pengorganisasian di Ruang MPKP

1. Kepala ruangan membagi perawat yang ada menjadi 2 tim dan tiap tim diketuai masing-masing oleh seorang ketua tim yang terpilih melalui test.

2. Kepala ruangan bekerja sama dengan ketua tim mengatur jadwal dinas (pagi, sore, malam)
3. Kepala ruangan membagi pasien untuk masing-masing tim.
4. Apabila suatu ketika satu tim kekurangan perawat pelaksana karena kondisi tertentu, kepala ruangan dapat memindahkan perawat pelaksana dari tim lain ke tim yang mengalami kekurangan anggota
5. Ketua tim menunjuk penanggung jawab shift sore, malam, dan pagi apabila karena sesuatu hal kepala ruangan sedang tidak bertugas. Untuk itu yang dipilih adalah perawat yang paling kompeten dari perawat yang ada. Sebagai pengganti kepala ruangan adalah ketua tim, sedangkan jika ketua tim berhalangan, tugasnya digantikan oleh anggota tim (perawat pelaksana) yang paling kompeten di antara anggota tim.
6. Ketua tim menetapkan perawat pelaksana untuk masing-masing pasien.
7. Ketua tim mengendalikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien baik yang diterapkan oleh dirinya maupun oleh perawat pelaksana anggota timnya
8. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain dilakukan oleh ketua tim. Bila Ketua Tim karena suatu hal tidak sedang bertugas maka tanggung jawabnya didelegasikan kepada perawat paling *ekspert* yang ada di dalam tim
9. Masing-masing tim memiliki buku komunikasi
10. Perawat pelaksana melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya

### 3) Pengarahan

Pengarahan adalah langkah ketiga dari fungsi manajemen, yaitu penerapan perencanaan dalam bentuk tindakan dalam rangka mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Pengkoordinasian dan pengaktifan adalah istilah lain yang digunakan sebagai padanan pengarahan atau pada akhirnya akan bermuara pada “melaksanakan” kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya. (Marquis & Houston, 1998)

Pekerjaan diuraikan dalam tugas-tugas yang mampu dikelola, jika perlu dilakukan pendelegasian. Seorang manajer harus melakukan upaya-upaya untuk memaksimalkan pelaksanaan pekerjaan oleh staf, (Marquis & Houston, 1998) sebagai berikut:

- (1) Menciptakan iklim motivasi
- (2) Mengelola waktu secara efisien
- (3) Mendemonstrasikan keterampilan komunikasi yang terbaik
- (4) Mengelola konflik dan memfasilitasi kolaborasi
- (5) Melaksanakan sistem pendelegasian dan supervisi
- (6) Negosiasi

Di ruangan MPKP pengarahan diterapkan dalam bentuk kegiatan- kegiatan sebagai berikut:

1. Menciptakan budaya motivasi
2. Manajemen waktu: Rencana Harian
3. Komunikasi efektif, melalui kegiatan:
  - 1) Operan antar shift
  - 2) *Pre conference* tim



3) *Post conference* tim

4. Manajemen konflik

5. Pendelegasian dan supervisi

1) Menciptakan Budaya Motivasi

Motivasi berpangkal dari kata “motif” yang diartikan daya penggerak yang ada dalam diri seseorang untuk melakukan aktivitas-aktivitas tertentu demi tercapainya suatu tujuan (Sardiman 2011). Iklim motivasi dapat ditumbuhkan melalui kegiatan berikut (Marquis & Houston, 1998):

- (1) Memberikan harapan yang jelas kepada staf dan mengkomunikasikan harapan tersebut secara efektif
- (2) Bersikap fair dan konsisten terhadap semua staf
- (3) Membuat keputusan yang bijaksana
- (4) Mengembangkan konsep kerja kelompok
- (5) Mengintegrasikan kebutuhan dan keinginan staf dengan kebutuhan dan tujuan organisasi
- (6) Mengenali staf secara pribadi dan membiarkan staf mengetahui bahwa pimpinan mengetahui keunikan dirinya
- (7) Menghilangkan blok tradisionil antara staf dengan pekerjaan yang telah dikerjakan
- (8) Memberikan tantangan kerja sebagai kesempatan untuk mengembangkan diri
- (9) Melibatkan staf dalam pengambilan semua keputusan
- (10) Memastikan bahwa staf mengetahui alasan di belakang semua keputusan dan tindakan

- (11) Memberikan kesempatan kepada staf untuk membuat penilaian sesering mungkin
- (12) Menciptakan hubungan saling percaya dan saling tolong dengan staf
- (13) Memberi kesempatan staf untuk mengontrol lingkungan kerjanya
- (14) Menjadi *role model* bagi staf
- (15) Memberikan *reinforcement* sesering mungkin

Penciptaan iklim motivasi di ruang MPKP diterapkan dengan cara sebagai berikut:

1. Budaya pemberian *reinforcement* positif

*Reinforcement* positif adalah upaya menguatkan perilaku positif dengan memberikan *reward*. *Reward* yang diberikan di MPKP adalah pemberian pujian yang tulus. Masing-masing staf dibudayakan untuk memberikan pujian yang tulus di antara mereka terhadap kinerja dan penampilan.

2. Doa bersama sebelum memulai kegiatan.

Doa bersama dilakukan setiap pergantian dinas. Setelah selesai operan semua staf berkumpul untuk melakukan doa bersama sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing. Dengan berdoa diharapkan timbul *self awareness* dan dorongan spiritual.

3. Memanggil staf secara periodik untuk mengenal masalah setiap personil secara mendalam dan membantu penyelesaiannya.

4. Kepala ruangan perlu berkomunikasi secara intensif dengan semua staf baik ketua tim maupun perawat primer untuk mempererat hubungan dengan semua staf, memahami problematika masing-masing sehingga pendekatan kepada staf disesuaikan dengan kepribadian masing-masing.

Hal ini diharapkan dapat memacu motivasi staf perawat yang bekerja di ruang MPKP.

5. Manajemen sumber daya Manusia melalui penerapan pengembangan jenjang karir dan kompetensi
6. Sistem *reward* yang fair sesuai dengan kinerja

### 2.1.2 Sistem Kompensasi dan Penghargaan

Kompensasi dan penghargaan ini menjelaskan manajemen keperawatan khususnya manajemen sumber daya manusia (SDM) keperawatan. Fokus utama manajemen keperawatan adalah pengelolaan tenaga keperawatan agar dapat produktif sehingga misi dan tujuan organisasi dapat tercapai. Perawat merupakan SDM kesehatan yang mempunyai kesempatan paling banyak melakukan praktek profesional pada pasien yang dirawat di rumah sakit. Seorang perawat akan mampu memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan yang profesional apabila perawat tersebut sejak awal bekerja diberikan program pengembangan staf yang terstruktur. Metoda dalam menyusun tenaga keperawatan seharusnya teratur, sistematis, rasional, yang digunakan untuk menentukan jumlah dan jenis tenaga keperawatan yang dibutuhkan agar dapat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan *setting* tertentu.

Fungsi manajemen SDM meliputi: analisis pekerjaan, pengembangan organisasi, *staffing*, hubungan pekerja, dan evaluasi. Fungsi dan proses manajemen sumber daya manusia secara bersama-sama akan membentuk suatu elemen yang dibutuhkan untuk mengelola dan memaksimalkan talen/bakat dan potensi seseorang dalam organisasi.

Kemampuan perawat melakukan praktek profesional perlu dipertahankan, dikembangkan, dan ditingkatkan melalui manajemen SDM perawat yang konsisten dan disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pengembangan SDM di rumah sakit adalah untuk menciptakan iklim kerja yang menyenangkan dan memberikan kepuasan bagi staf dan pasien. Pengembangan SDM digambarkan sebagai suatu proses pengelolaan motivasi staf sehingga dapat bekerja secara produktif. Hal ini juga merupakan penghargaan bagi profesi keperawatan karena melalui manajemen SDM yang baik maka perawat mendapatkan kompensasi berupa penghargaan (*compensatory reward*) sesuai dengan apa yang telah dikerjakan.

Manajemen SDM di ruang MPKP berfokus pada proses rekrutmen, seleksi, kontrak kerja, orientasi, penilaian kinerja, dan pengembangan staf perawat. Proses ini selalu dilakukan sebelum membuka ruang MPKP dan setiap ada penambahan perawat baru. Modul ini juga disertai dengan berbagai formulir yang dapat digunakan untuk proses rekrutmen, seleksi, orientasi, dan penilaian kinerja.

#### 1. Proses Rekrutmen Tenaga Perawat di Ruang MPKP

Rekrutmen di ruang MPKP berfokus pada rekrutmen perawat yang ada di rumah sakit bukan mencari tenaga perawat baru dari luar rumah sakit. Perawat yang diperlukan di ruang MPKP perlu diketahui kategori Ruang MPKP yang akan dikembangkan. Ruang MPKP dikategorikan menjadi tiga level, yaitu level profesional I,II,III, pemula, dan transisi. Level MPKP Profesional I diharapkan kepala ruang dan ketua tim mempunyai latar belakang pendidikan Ners, Sarjana Keperawatan dengan jenjang karir minimal Perawat Klinik 3 (PK 3), serta seluruh

perawat profesional minimal mempunyai latar belakang pendidikan D III Keperawatan dengan jenjang karir minimal Perawat Klinik 2 (PK 2). MPKP profesional II adalah MPKP yang tenaga perawatnya mayoritas Ners. Pada tingkat ini diharapkan sudah ada tenaga perawat spesialis keperawatan yang berada di ruang MPKP. MPKP profesional III yaitu semua tenaga perawat berlatar belakang pendidikan ners, beberapa perawat spesialis keperawatan, dan bahkan ada doktor keperawatan yang bekerja di area MPKP ini. MPKP Pemula diharapkan Kepala Ruang dan Ketua Tim mempunyai latar belakang pendidikan minimal D III Keperawatan dengan jenjang karir minimal PK 3, serta seluruh perawat primer minimal mempunyai latar belakang pendidikan D III Keperawatan dan PK 1 (telah lulus orientasi). Level MPKP Transisi diharapkan kondisinya sama dengan level pemula, tetapi latar belakang pendidikan perawat primer dapat SPK dengan jenjang karir minimal PK2.

## 2. Proses rekrutmen perawat di ruang MPKP:

- 1) Seluruh perawat di rumah sakit harus menyepakati level MPKP yang akan dipilih, disesuaikan dengan sumber daya keperawatan yang ada di rumah sakit tersebut, diharapkan minimal memilih MPKP level pemula.
- 2) Setelah level disepakati, maka kepala bidang perawatan melakukan sosialisasi pembentukan ruang MPKP kepada pimpinan dan para pejabat struktural yang ada di rumah sakit untuk mendapatkan komitmen dan dukungan.
- 3) Kepala ruangan melakukan sosialisasi kepada semua perawat yang ada di ruangan tentang pembentukan ruang MPKP disertai kriteria perawat yang dibutuhkan dengan tujuan merekrut perawat yang memenuhi kriteria.

Kepala ruangan memotivasi perawat di ruangnya yang memenuhi kriteria untuk mendaftarkan diri dengan mengisi formulir pendaftaran dan biodata.

Sebelum menetapkan proses rekrutmen perlu ditetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan. Jenis tenaga perawat terdiri dari kepala ruangan (Kepala Ruang), perawat primer sebagai ketua tim, dan perawat pelaksana. Pengalaman pada pengembangan MPKP di RSMM Bogor maka perbandingan pasien dengan perawat adalah 1:1 atau 1,7:1, ditambah Kepala Ruang. Kriteria dari tiap tenaga perawat ditetapkan, dan secara umum perawat berlatar belakang pendidikan minimal D III Keperawatan.

### 3. Proses seleksi tenaga perawat di ruang MPKP

Proses seleksi perawat di ruang MPKP:

- 1) Proses seleksi dimulai dari telaah dokumen untuk menetapkan perawat yang memenuhi syarat menjadi kepala ruangan, perawat primer/ketua tim, dan perawat pelaksana/asosiet.
- 2) Semua perawat yang memenuhi kriteria dipanggil untuk tes tulis. Hasil tes tulis menetapkan perawat pelaksana, ketua tim dan kepala ruangan yang memenuhi kriteria.
- 3) Perawat yang lulus tes tulis mengikuti tes wawancara.
- 4) Tahap seleksi selanjutnya adalah presentasi yang diikuti oleh perawat yang memenuhi kriteria kepala ruang dan ketua tim untuk memilih kepala ruangan.

Tes tulis dilakukan oleh orang yang independen. Materi untuk tes tulis adalah pengetahuan perawat terkait dengan konsep MPKP. Tes ini dilakukan

dengan tujuan untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan perawat tentang konsep MPKP. Jumlah perawat yang lulus disesuaikan dengan kebutuhan perawat di ruang MPKP dengan nilai yang tertinggi.

Wawancara dilakukan oleh tim rumah sakit yang terdiri dari bagian administrasi dan bidang keperawatan dengan menggunakan panduan wawancara. Tes wawancara ditujukan pada bakal calon kepala ruang, perawat primer, dan perawat pelaksana. Tujuan wawancara kepada calon kepala ruang dan ketua tim untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan mereka terhadap konsep manajemen, asuhan keperawatan, kemampuan menyelesaikan konflik, motivasi, dan disiplin. Wawancara kepada calon perawat pelaksana dilakukan untuk mengetahui sejauh mana pengetahuannya terhadap pengelolaan asuhan keperawatan, motivasi, dan disiplin.

Persentasi dilakukan oleh calon kepala ruang dan ketua tim. Tim penilai terdiri dari konsultan, bidang perawatan, bagian personalia (HRD/PSDM), pimpinan rumah sakit. Presentasi berisi visi, misi, dan program kerja sesuai standar MPKP yang akan dijalankan jika terpilih sebagai kepala ruang, kemudian semua nilai direkapitulasi dan hasilnya dikonsulkan pada pimpinan rumah sakit untuk menetapkan kepala ruangan. Jika nama dan jumlah perawat telah ditetapkan sesuai dengan hasil tes maka pimpinan rumah sakit membuat Surat Keputusan (SK) penempatan perawat yang bekerja di ruang MPKP.

Perawat yang akan bekerja di ruang MPKP, mereka diminta untuk membuat pernyataan akan kesediaannya bekerja dan mengembangkan ruang MPKP dan menandatangani. Perawat diberikan penjelasan tentang lingkup kerja dan pengembangan karir.

#### 4. Proses orientasi tenaga perawat di ruang MPKP

Setiap perawat yang akan bekerja di ruang MPKP harus melalui masa orientasi yang sering disebut pelatihan awal sebelum seseorang bekerja pada unit kerja tertentu. Orientasi berupa pelatihan tentang informasi budaya kerja MPKP dan informasi umum tentang rumah sakit (visi, misi, program jangka pendek dan jangka panjang, program mutu, kebijakan dan peraturan). Kegiatan orientasi menggunakan metode klasikal, praktik lapangan, dan praktik kerja (implementasi). Metode klasikal berlangsung selama 3 hari, praktik lapangan berlangsung selama 3 hari yang diakhiri dengan presentasi hasil praktik. Praktik kerja (implementasi) di ruang MPKP dilakukan selama 6 bulan. Kepala Bidang Perawatan, fasilitator lokal, dan fasilitator nasional membimbing dan mensupervisi implementasi konsep MPKP.

Kegiatan orientasi dilakukan pada perawat baru yang akan bekerja di ruang MPKP. Kepala ruang dan ketua tim membuat rencana orientasi dengan menggunakan metoda *on the job training* untuk semua kegiatan MPKP.

#### 5. Pengembangan tenaga perawat

Pengembangan tenaga perawat merupakan salah satu proses yang berhubungan dengan manajemen SDM. Tujuan pengembangan tenaga perawat adalah membantu masing-masing perawat mencapai kinerja sesuai dengan posisinya dan untuk pengakuan/penghargaan terhadap kemampuan profesional tenaga perawat yang akan memaksimalkan pencapaian jenjang karir. Bentuk pengembangan tenaga perawat di ruang MPKP adalah Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan (PKB) dan program pengembangan jenjang karir.



Pengembangan jenjang karir adalah pengembangan peran dan tanggung jawab. Seorang Kepala Ruang yang telah sukses mengembangkan ruang MPKP merupakan aset keperawatan untuk pengembangan MPKP di ruang rawat lain, artinya menjadi pembaharu. Ia dapat pula berperan sebagai nara sumber bagi rumah sakit lain yang ingin mengembangkan MPKP. Perawat primer/Ketua Tim dapat berkembang menjadi kepala ruangan, dan perawat pelaksana dapat berkembang menjadi perawat primer/Ketua Tim. Sesuai dengan jenjang karir yang dikembangkan oleh perawat primer dan Direktorat Keperawatan Depkes RI maka program pengembangan karir di rumah sakit direncanakan sebagai berikut:

1. Perawat lulusan DIII keperawatan hanya dapat berkembang mencapai jenjang perawat klinis 2 (PK 2) dan perawat manajer 1 (PM 1)
2. Perawat lulusan S1 Ners keperawatan dapat berkembang sampai jenjang perawat klinis 3 (PK 3), perawat manajer 2 (PM 2), dan perawat pendidik 1 (perawat primer 1)
3. Perawat lulusan S2/Spesialis keperawatan dapat berkembang sampai jenjang PK 5, PM 5, perawat primer 4, dan perawat riset 3 (PR 3)
4. Perawat lulusan S3 keperawatan/kesehatan dapat berkembang sampai jenjang PK 5, PM 5, perawat primer 5, PR 5 dengan syarat pendidikan sebelumnya adalah bidang keperawatan

Seiring dengan jenjang karir maka ditetapkan pula kriteria perawat yang dapat menduduki struktur keperawatan, sebagai berikut:

1. Perawat primer dapat dari PK 1 – PK 5
2. Ketua tim dapat dari PK 2 –PK 5 dan diharapkan mempunyai kemampuan minimal PM 1 dan perawat primer 1. Ketua tim diharapkan mempunyai

kemampuan PM 1 karena Ketua Tim akan berperan sebagai pembimbing klinik bagi mahasiswa yang ditempatkan pada timnya

3. Kepala ruang dapat dari PK 3 –PK 5 dan diharapkan mempunyai kemampuan minimal PM 2 dan perawat primer 2
4. Kepala seksi keperawatan dapat dari PK 4 –PK 5 dan diharapkan mempunyai kemampuan minimal PM 4, perawat primer 4, dan PR 2
5. Kepala Bidang Perawatan dapat dari PK 4 – PK 5 dan diharapkan mempunyai kemampuan minimal PM 4, perawat primer 4, dan PR 2
6. Direktur keperawatan dapat dari PK 4 – PK 5 dan diharapkan mempunyai kemampuan minimal PM 5, perawat primer 4, dan PR 2

### 2.1.3 Hubungan Profesional

Berkomunikasi merupakan salah satu fungsi pokok manajemen khususnya pengarahan. Setiap orang berkomunikasi dalam suatu organisasi. Komunikasi yang kurang baik dapat mengganggu kelancaran organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Komunikasi adalah proses tukar-menukar pikiran, perasaan, pendapat, dan saran yang terjadi antara dua manusia atau lebih yang bekerjasama.

Penerapan komunikasi di ruang MPKP

Beberapa bentuk komunikasi di ruang MPKP.

1. Operan, yaitu komunikasi dan serah terima pekerjaan antara shift pagi, sore, dan malam. Operan dari shift malam ke shift pagi dan shift pagi ke shift sore dipimpin oleh kepala ruangan, sedangkan operan dari shift sore ke shift malam dipimpin oleh penanggung jawab shift sore.
2. *Pre conference*, yaitu komunikasi ketua tim dan perawat primer setelah selesai operan mengenai rencana kegiatan pada shift tersebut .

3. *Post conference*, yaitu komunikasi Ketua Tim dan perawat primer tentang hasil kegiatan sepanjang shift dan dilakukan sebelum operan kepada shift berikut.

#### 1) Manajemen Waktu

Manajemen waktu adalah penggunaan secara optimal waktu yang dipunyai. Tahapan manajemen waktu meliputi tiga tahapan yaitu:

- (1) Membuat perencanaan waktu dan membuat prioritas
- (2) Melengkapi prioritas tertinggi kapan saja memungkinkan, menyelesaikan tugas sebelum memulai tugas yang lain
- (3) Membuat prioritas ulang berdasarkan informasi yang diterima

#### 2) Penerapan Manajemen Waktu di MPKP

Dalam MPKP manajemen waktu diterapkan dalam bentuk penerapan rencana kerja harian yaitu suatu bentuk perencanaan kerja melalui jadwal kerja yang disusun secara berurutan yang disusun sebelum pekerjaan tersebut dilaksanakan.

#### 3) Pendelegasian

Pendelegasian adalah melakukan pekerjaan melalui orang lain. Pendelegasian dalam organisasi dilakukan agar aktivitas organisasi tetap berjalan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan

Pendelegasian dilaksanakan melalui proses:

- (1) Buat rencana tugas yang perlu dituntaskan
- (2) Identifikasi keterampilan dan tingkat pendidikan yang diperlukan untuk melaksanakan tugas
- (3) Pilih orang yang mampu melaksanakan tugas yang didelegasikan

- (4) Komunikasikan dengan jelas apa yang akan dikerjakan dan apa tujuannya.
- (5) Buat batasan waktu dan monitor penyelesaian tugas
1. Jika bawahan tidak mampu melaksanakan tugas karena menghadapi masalah tertentu, manajer harus bisa menjadi model peran dan menjadi nara sumber untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi
  2. Evaluasi kinerja setelah tugas selesai
  3. Pendelegasian terdiri dari tugas dan kewenangan
- 4) Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang MPKP

Proses terakhir dari manajemen adalah pengendalian atau pengontrolan. Fayol (1998) mendefinisikan kontrol sebagai “Pemeriksaan apakah segala sesuatunya terjadi sesuai dengan rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, serta prinsip-prinsip yang ditentukan, yang bertujuan untuk menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat diperbaiki dan tidak terjadi lagi “Pengontrolan penting dilakukan untuk mengetahui fakta yang ada, sehingga jika muncul isue dapat segera direspon dengan cara duduk bersama.

Mockler berpendapat (1984), pengendalian manajemen adalah usaha sistematis untuk menetapkan standar prestasi kerja dengan tujuan perencanaan, untuk mendesain sistem umpan balik informasi, untuk membandingkan prestasi yang sesungguhnya dengan standar yang telah ditetapkan, untuk menetapkan apakah ada deviasi dan untuk mengukur signifikansinya, serta mengambil tindakan yang diperlukan untuk

memastikan bahwa sumber daya digunakan dengan cara yang efektif dan efisien mungkin untuk mencapai tujuan.

Pengendalian manajemen adalah proses untuk memastikan bahwa aktivitas sebenarnya sesuai dengan aktivitas yang direncanakan dan berfungsi untuk menjamin kualitas serta pengevaluasian penampilan. Langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian / pengontrolan meliputi :

1. Menetapkan standar dan menetapkan metode mengukur prestasi kerja
2. Melakukan pengukuran prestasi kerja
3. Menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar
4. Mengambil tindakan korektif

Peralatan atau instrumen dipilih untuk mengumpulkan bukti dan untuk menunjukkan standar yang telah ditetapkan atau tersedia. Audit merupakan penilaian pekerjaan yang telah dilakukan. Terdapat tiga kategori audit keperawatan yaitu :

1. Audit struktur
2. Audit proses
3. Audit hasil

Audit Struktur berfokus pada sumber daya manusia; lingkungan perawatan, termasuk fasilitas fisik, peralatan, organisasi, kebijakan, prosedur, standar, SOP dan rekam medik; pelanggan (internal maupun eksternal). Standar dan indikator diukur dengan menggunakan cek list.

Audit proses merupakan pengukuran pelaksanaan pelayanan keperawatan untuk menentukan apakah standar keperawatan tercapai. Pemeriksaan dapat bersifat restropektif, *concurrent*, atau *peer review*.

Restropektif adalah audit dengan menelaah dokumen pelaksanaan asuhan keperawatan melalui pemeriksaan dokumentasi asuhan keperawatan. *Concurrent* adalah mengobservasi saat kegiatan keperawatan sedang berlangsung. *Peer review* adalah umpan balik sesama anggota tim terhadap pelaksanaan kegiatan.

Audit hasil adalah audit produk kerja yang dapat berupa kondisi pasien, kondisi SDM, atau indikator mutu. Kondisi pasien dapat berupa keberhasilan pasien dan kepuasan. Kondisi SDM dapat berupa efektivitas dan efisiensi serta kepuasan. Untuk indikator mutu umum dapat berupa BOR, aLOS, TOI, Angka infeksi nosokomial (NI) dan angka dekubitus.

Pada Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) Jiwa kegiatan pengendalian diterapkan dalam bentuk kegiatan pengukuran

1. Indikator mutu umum :

- 1) Penghitungan lama hari rawat ( BOR )
- 2) Penghitungan rata-rata lama di rawat ( ALOS )
- 3) Penghitungan lama pat tempat tidur tidak terisi ( TOI )

2. Indikator mutu rumah sakit :

- 1) Penghitungan kasus lari
- 2) Penghitungan isolasi
- 3) Kasus cedera/jatuh
- 4) Infeksi nosokomial

3. Kondisi pasien:

- 1) Audit dokumentasi asuhan keperawatan
- 2) Survey masalah baru

- 3) Kepuasan pasien dan keluarga
- 4) Penilaian kemampuan pasien dan keluarga

#### 4. Kondisi SDM

- 1) Kepuasan tenaga kesehatan: perawat, dokter
- 2) Penilaian kinerja perawat

#### 2.1.4 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang MPKP

Manajemen asuhan keperawatan yang baik sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara sistematis dan terorganisasi. Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam kegiatan keperawatan.

#### 2.1.5 Syarat Ruang MPKP

MPKP merupakan pengelolaan proses keperawatan secara berkesinambungan, untuk menjadi sebuah ruang MPKP diperlukan beberapa persyaratan dibawah ini:

##### 1. Ada SK direktur Rumah Sakit

SK direktur mutlak diperlukan sebagai pengakuan atau pengesahan bahwa ruang tersebut layak untuk menjadi ruang MPKP

##### 2. Pelatihan atau pembekalan MPKP

Pelatihan dan pembekalan dilakukan setelah ada SK dari direktur. Pelatihan ini sebagai bekal untuk mengelola ruangan supaya bisa berjalan dengan baik dan optimal. Pelatihan ini diikuti oleh seluruh perawat di ruangan tersebut.

##### 3. Pembentukan Tim

Jika MPKP akan diimplementasikan di rumah sakit yang digunakan sebagai tempat proses belajar bagi mahasiswa keperawatan, sebaiknya kelompok kerja

ini melibatkan staf dari institusi yang berkaitan. Sehingga kegiatan ini merupakan kegiatan kolaborasi antara pelayanan/rumah sakit dan institusi pendidikan. Tim ini bisa terdiri dari seorang koordinator departemen, seorang penyelia, dan kepala ruang rawat serta tenaga dari institusi pendidikan.

#### 4. Persentasi MPKP

Selanjutnya dilakukan presentasi tentang MPKP dan hasil penilaian mutu asuhan kepada pimpinan rumah sakit, departemen, staf keperawatan, dan staf lain yang terlibat. Pada presentasi ini juga, sudah dapat ditetapkan ruang rawat tempat implementasi MPKP akan dilaksanakan. (Sitorus, 2006).

#### 2.1.6 Tingkatan dan Spesifikasi MPKP

##### 1. MPKP Pemula

Model Praktek Keperawatan Profesional Pemula (MPKP) merupakan tahap awal untuk menuju model PKP (Praktek Keperawatan Profesional). Model ini mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat pemula. Pada model ini terdapat 3 komponen utama yaitu: ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan dan dokumentasi asuhan keperawatan (Ratna S. Sudarsono 2000).

- 1) Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat pemula
- 2) Metode pemberian Askep: Modifikasi keperawatan primer
- 3) Ketenagaan: Jumlah tenaga sesuai kebutuhan, SKp/Ners (1:25-30 Pasien) sebagai CCM, DIII Keperawatan sebagai perawat primer pemula, SPK/DIII Keperawatan sebagai PA
- 4) Dokumentasi: standar renpra (masalah aktual)



## 2. MPKP tingkat 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.

- 1) Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat 1
- 2) Modifikasi keperawatan primer
- 3) Jumlah tenaga sesuai kebutuhan, ners spesialis (1:25-30) PAsien) sebagai CCM, SKp/Ners sebagai perawat primer, DIII Keperawatan sebagai PA
- 4) Dokumentasi: Standar Renpra (masalah aktual dan masalah resiko)
- 5) Aspek penelitian: penelitian deskriptif oleh PN, identifikasi masalah penelitian, pemanfaatan hasil penelitian

## 3. MPKP tingkat II

- 1) Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat II
- 2) Metode pemberian Askep: manajemen kasus dan modifikasi keperawatan primer
- 3) Ketenagaan: Jumlah tenaga sesuai kebutuhan, spesialis Ners (1:1 perawat primer) sebagai CCM, SKp/Ners sebagai perawat primer, DIII Keperawatan sebagai PA
- 4) Dokumentasi: *clinical pathway*/ standar renpra
- 5) aspek penelitian: penelitian eksperimen oleh Ners spesialis, identifikasi masalah penelitian, pemanfaatan hasil

#### 4. MPKP tingkat III

- 1) Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat III
- 2) Metode pemberian Askep: manajemen kasus dan modifikasi keperawatan primer
- 3) Ketenagaan: Jumlah tenaga sesuai kebutuhan, Doktor keperawatan klinik (konsultan), spesialis Ners (1:1 perawat primer) sebagai CCM, SKp/Ners sebagai perawat primer, DIII Keperawatan sebagai PA
- 4) Dokumentasi: *clinical pathway*/ standar renpra
- 5) Aspek penelitian: penelitian eksperimen lebih banyak , identifikasi masalah penelitian, pemanfaatan hasil.

##### 2.1.7 Peran Dan Fungsi Perawat pada MPKP

Pada MPKP tugas dan tanggung jawab di dalam melaksanakan asuhan keperawatan dibedakan atas tugas dan tanggung jawab Kepala ruangan, *Clinical Care Manager* (CCM), perawat primer dan PA. di samping itu terdapat pembantu keperawatan yang membantu pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan.

##### 1. Kepala ruangan

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, kepala ruangan adalah perawat dengan kemampuan DIII Keperawatan dengan pengalaman dan pada MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan SKp/ Ners dengan pengalaman. Kepala ruangan bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat adalah:

- 1) Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadual dinas)
- 2) Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan

- 3) Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan
- 4) Memonitor kegiatan perawat primer dan PA sesuai jadwal kegiatan
- 5) Mengorientasikan pegawai baru, residen, mahasiswa kedokteran dan mahasiswa keperawatan yang akan melakukan praktek di ruangan, anjurkan membaca format orientasi ruang MPKP
- 6) Melakukan kegiatan administrasi dan surat menyurat
- 7) Bekerjasama dengan CCM (pembimbing klinik) membimbing siswa/mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan, dengan mengikuti sistem MPKP
- 8) Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain, antara lain kepala Ruang bersama CCM dan perawat primer mengingatkan kembali pasien dan keluarga tentang perawat/tim yang bertanggung jawab terhadap mereka di ruangan yang bersangkutan
- 9) Mengecek kelengkapan persediaan status keperawatan minimal 5 (lima) set setiap hari
- 10) Bersama CCM melakukan pembinaan terhadap perawat primer dan perawat pelaksana dalam hal penerapan MPKP termasuk sikap tingkah laku profesional
- 11) Bila perawat primer cuti, tugas dan tanggung jawab perawat primer tersebut diambil alih oleh kepala ruang/CCM, dan dapat didelegasikan kepada pa senior (wakil perawat primer pemula yang ditunjuk) tetapi tetap di bawah pengawasan kepala ruangan

- 12) Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan
  - 13) Bersama CCM memonitor dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada di ruangan dan membuat DP3 dan usulan kenaikan pangkat
  - 14) Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan ruangan
  - 15) Bersama CCM merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan
2. *Clinical Care Manager (CCM)*

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, CCM adalah SKp/Ners dengan pengalaman dan pada MPKP tingkat I adalah seorang Ners Spesialis. Pada MPKP tingkat II, jumlah Ners Spesialis lebih dari satu orang tetapi disesuaikan dengan kekhususan (majoring) sesuai kasus yang ada. CCM bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab CCM adalah:

- 1) Melakukan bimbingan dan evaluasi tentang implementasi MPKP (ronde keperawatan). Pada saat CCM melakukan ronde keperawatan, kegiatan diawali dengan menetapkan secara acak minimal 2 (status) yang akan dievaluasi untuk setiap tim. Bersama dengan perawat primer mengevaluasi status meliputi:
  - (1) apakah diagnosa yang ditetapkan sesuai dengan kondisi pasien, apakah diperlukan pengkajian lanjut? CCM melakukan pengkajian lanjut sesuai kebutuhan

- (2) Apakah diagnosa yang ditetapkan masih menjadi masalah pasien atau sudah teratasi. Bila sudah teratasi apakah sudah didokumentasikan?
- (3) apakah semua tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada renpra sudah dilakukan dan didokumentasikan pada format “implementasi tindakan keperawatan” (baca setiap tindakan pada renpra dan lihat dokumentasinya pada format)
- (4) apakah masalah psikososial sudah diidentifikasi? Masalah psikososial diidentifikasi bila pasien sudah dirawat lebih dari 4 hari atau sesuai kondisi pasien
- (5) apakah masalah kurang pengetahuan sudah diidentifikasi? Masalah kurang pengetahuan diidentifikasi minimal 4 hari sebelum pasien pulang
- (6) apakah pengisian hal-hal istimewa sudah dilakukan sesuai panduan?
- (7) apakah laporan pergantian dinas diisi sesuai panduan?
- (8) Apakah laporan perkembangan pasien diisi sesuai panduan?
- (9) Mengidentifikasi masalah yang dihadapi oleh perawat primer dan tim
- (10) Mendokumentasikan semua kegiatan tersebut pada “buku komunikasi CCM” dengan format berikut:
  - a. Tuliskan hari dan tanggal bimbingan dan evaluasi
  - b. Tim 1  
kelengkapan status 100%

pasien mengetahui nama perawat primer 100% (tanyakan pada semua pasien)

perawat pelaksana mendapat bimbingan dari perawat primer 100 % (Tanyakan pada semua perawat pelaksana)

### 3. Perawat primer

- 1) Menerima dan mengorientasikan pasien baru yang masuk ke ruangan
- 2) Mengkaji secara komprehensif dan merumuskan diagnosa keperawatan
- 3) Membuat rencana keperawatan (tujuan, kriteria hasil, rencana tindakan, rasional)
- 4) Mengadakan komunikasi dan koordinasi dengan perawat lain dan tenaga kesehatan yang lain atas rencana yang telah dibuat
- 5) Melakukan evaluasi terhadap hasil yang telah dicapai
- 6) Membuat rencana pulang pasien
- 7) Melakukan rujukan kepada pekerja sosial
- 8) Mengadakan kunjungan rumah

### 4. Perawat pelaksana/asosiet

- 1) Mengikuti konferens untuk menerima penjelasan tentang asuhan yang direncanakan oleh perawat primer
- 2) Melaksanakan asuhan keperawatan yang telah dibuat oleh perawat primer

- 3) Memberikan informasi atau masukan yang diperlukan kepada perawat primer tentang pasien untuk keperluan asuhan keperawatan selanjutnya
- 4) Mencatat tindakan keperawatan yang telah dilakukan dalam catatan tindakan keperawatan

### 2.1.8 Jenis-jenis Metode Pemberian Asuhan Keperawatan dalam MPKP

Terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu metode kasus, metode fungsional, metode tim, dan metode keperawatan primer.

#### 1. Metode Kasus

Metode kasus merupakan metode pemberian asuhan yang pertama kali digunakan sampai perang dunia II dan metode tersebut merupakan metode pemberian asuhan keperawatan yang paling banyak digunakan. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan pada seorang pasien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah pasien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksnya kebutuhan pasien. Jumlah pendidikan keperawatan dari berbagai jenis program meningkat dan banyak lulusan bekerja di rumah sakit, setelah perang dunia II. Pemanfaatan tenaga yang bervariasi tersebut daPAat, maksimal dan juga tuntutan peran yang diharapkan dari perawat sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran, maka dikembangkan metode fungsional.

#### 2. Metode Fungsional

Metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan pada semua pasien di suatu ruangan. Seorang perawat dapat

bertanggung jawab dalam pemberian obat, mengganti balutan, memantau infus dll. Prioritas utama yang dikerjakan adalah kebutuhan fisik dan kurang menekankan pada pemenuhan kebutuhan secara holistik. Mutu asuhan sering terabaikan karena pemberian asuhan terfragmentasi. Komunikasi antar perawat sangat terbatas sehingga tidak ada satu perawat yang mengetahui tentang satu pasien secara komprehensif, kecuali mungkin kepala ruangan. Keterbatasan itu sering menyebabkan pasien merasa kurang puas terhadap layanan atau asuhan yang diberikan karena seringkali pasien tidak mendapatkan jawaban yang tepat tentang hal-hal yang ditanyakan. Pasien kurang merasakan adanya hubungan saling percaya dengan perawat.

Metode ini, kepala ruangan menentukan tugas setiap perawat dalam suatu ruangan. Perawat akan melaporkan tugas yang dikerjakannya kepada kepala ruangan dan kepala ruangan tersebut bertanggung jawab dalam membuat laporan pasien. Hal ini menyebabkan kepala ruangan kurang mempunyai waktu untuk membantu stafnya mempelajari cara terbaik dalam memenuhi kebutuhan pasien. Metode fungsional mungkin efisien dalam menyelesaikan tugas-tugas apabila jumlah perawat sedikit, tetapi pasien tidak mendapatkan kepuasan asuhan yang diterimanya.

Setelah beberapa tahun menggunakan metode fungsional, beberapa perawat pemimpin (*nurse leader*) mulai mempertanyakan keefektifan metode tersebut dalam memberikan asuhan profesional. kemudian pada tahun 1950 metode tim digunakan untuk menjawab hal tersebut.



### 3. Metode Tim

Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Douglas 1992 dalam Sitorus 2006). Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga pada perawat timbul motivasi dan rasa tanggung jawab yang tinggi. Dengan demikian diharapkan mutu asuhan keperawatan meningkat. Pelaksanaan metode tim harus berlandaskan konsep berikut:

- 1) Ketua Tim, sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang prioritas perencanaan, supervisi, dan evaluasi asuhan keperawatan. Pelaksanaan konsep tim sangat bergantung pada filosofi ketua tim, yakni apakah berorientasi pada tugas atau pada pasien. Tanggung jawab ketua tim adalah:
  - (1) Mengkaji setiap pasien dan menetapkan renpra (rencana asuhan keperawatan)
  - (2) Mengoordinasikan renpra dengan tindakan medis
  - (3) Membagi tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota kelompok dan memberikan bimbingan melalui konferensi
  - (4) Mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan dan hasil yang dicapai serta mendokumentasikannya

- 2) Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas renpra terjamin. Komunikasi yang terbuka dapat dilakukan melalui berbagai cara, terutama melalui renpra tertulis yang merupakan pedoman pelaksanaan asuhan, supervisi, dan evaluasi.
- 3) Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. ketua tim membantu anggotanya untuk memahami dan melakukan tugas sesuai dengan kemampuan mereka.
- 4) Peran kepala ruangan penting dalam metode tim. metode tim akan berhasil baik, apabila didukung oleh kepala ruangan. Untuk itu, kepala ruangan diharapkan telah:
  - (1) Menetapkan standar kinerja yang diharapkan dari staf
  - (2) Membantu staf menetapkan sasaran dari unit/ruangan
  - (3) Member kesempatan pada ketua tim untuk pengembangan kepemimpinan
  - (4) Mengorientasikan tenaga yang baru tentang fungsi metode tim keperawatan
  - (5) Menjadi narasumber bagi ketua tim
  - (6) Mendorong staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan
  - (7) Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka

Hasil penelitian Lambertson dalam Douglas (1992) menunjukkan bahwa metode tim jika dilakukan dengan benar merupakan metode pemberian asuhan yang tePAAt untuk meningkatkan pemanfaatan tenaga keperawatan yang bervariasi kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan. Namun pada metode ini,

kesinambungan pada asuhan keperawatan belum optimal sehingga para pakar mengembangkan metode keperawatan primer.

#### 4. Metode Keperawatan Primer

Gillies (1989) dalam bukunya “Keperawatan primer merupakan suatu metoda pemberian asuhan keperawatan, dimana terdapat hubungan yang dekat dan berkesinambungan antara pasien dan seorang perawat tertentu yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pemberian, dan koordinasi asuhan keperawatan pasien, selama pasien dirawat.” (*Primary nursing is method of nursing care delivery that is characterized by a strong and continuing bond between the patient and one particular nurse who is responsible for planning, administering and coordinating the patient's nursing care through out an entire episode illness*).

Pada metode keperawatan primer, perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (*primary nurse*) yang disingkat dengan perawat primer. Metode keperawatan primer dikenal dengan cirri yaitu, akuntabilitas, otonomi, otoritas, advokasi, ketegasan, dan 5K yaitu kontinuitas, komunikasi, kolaborasi, koordinasi, dan komitmen. Pada metode keperawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan dan bersifat komprehensif serta dapat dipertanggungjawabkan. Setiap perawat primer biasanya merawat 4-6 pasien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama pasien tersebut dirawat di rumah sakit atau di suatu unit. Perawat akan melakukan wawancara, mengkaji secara komprehensif, dan merencanakan asuhan keperawatan. Perawatlah yang paling mengetahui keadaan pasien dengan sebaik-baiknya. Demikian juga pasien, keluarga, staf medis, dan staf keperawatan akan

mengetahui bahwa pasien tertentu merupakan tanggung jawab perawat primer tertentu.

Perawat primer bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan juga akan membuat rencana pulang pasien jika diperlukan. Jika perawat primer sedang tidak bertugas, kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (*associate nurse*). perawat primer bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan pasien dan menginformasikan keadaan pasien kepada kepala ruangan, dokter dan staf keperawatan. seorang perawat primer bukan hanya mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan, tetapi juga mempunyai kewenangan untuk melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik, mengadakan kunjungan rumah dan lain-lain. Dengan diberikannya kewenangan tersebut, dituntut akuntabilitas perawat terhadap hasil pelayanan yang diberikan. Metode keperawatan primer memberikan beberapa keuntungan terhadap hasil pelayanan yang diberikan. Metode keperawatan primer memberikan beberapa keuntungan terhadap pasien, perawat, dokter, dan rumah sakit (Gillies 1989).

Keuntungan yang dirasakan pasien ialah mereka merasa lebih dihargai sebagai manusia karena terpenuhi kebutuhannya secara individu, asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan tercapainya pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi, dan advokasi. Metode ini dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan karena:

1. Hanya ada satu perawat yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan koordinasi asuhan keperawatan

2. Jangkauan observasi setiap perawat hanya 4-6 pasien
3. perawat primer bertanggung jawab selama 24 jam
4. Rencana pulang pasien dapat diberikan lebih awal
5. Rencana asuhan keperawatan dan rencana medik dapat berjalan paralel

Keuntungan yang dirasakan oleh perawat primer adalah memungkinkan bagi perawat primer untuk pengembangan diri melalui implementasi ilmu pengetahuan. Hal ini dimungkinkan karena adanya otonomi dalam membuat keputusan tentang asuhan keperawatan pasien. Staf medis juga merasakan kepuasannya dengan metode ini karena senantiasa mendapat informasi tentang kondisi pasien yang mutakhir dan komprehensif.

Informasi dapat diperoleh dari satu perawat yang benar-benar mengetahui keadaan pasiennya. Keuntungan yang diperoleh dari rumah sakit adalah rumah sakit tidak harus memperkerjakan terlalu banyak tenaga keperawatan, tetapi harus merupakan perawat yang bermutu tinggi.

Huber (1996 dalam Sitorus 2006) menjelaskan bahwa pada keperawatan primer dengan asuhan berfokus pada kebutuhan pasien, terdapat otonomi perawat dan kesinambungan asuhan yang tinggi. Hasil penelitian Gardner (1991 dalam Sitorus 1996) dan Lee (1993 dalam Huber 1996 dalam Sitorus 2006) mengatakan bahwa mutu asuhan keperawatan lebih tinggi dengan keperawatan primer daripada dengan metode tim. Dalam menetapkan seseorang menjadi perawat primer perlu berhati-hati karena memerlukan beberapa kriteria, yaitu perawat yang menunjukkan kemampuan asertif, perawat yang mandiri, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akuntabel, bertanggung jawab serta mampu berkolaborasi dengan baik dengan berbagai

disiplin ilmu. Di Negara maju pada umumnya perawat yang ditunjuk sebagai perawat primer adalah seorang spesialis perawat klinis (*clinical nurse specialist*) dengan kualifikasi master keperawatan.

#### 5. Modifikasi Tim-Primer

Model ini merupakan kombinasi dari dua sistem, yaitu keperawatan tim dan keperawatan primer. Ratna S. Sudarsono (2000) berpendapat bahwa penetaPAn model ini didasarkan pada beberapa alasan sebagai berikut.

- 1) Metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni, karena perawat primer memerlukan latar belakang pendidikan S1 Keperawatan atau yang setara.
- 2) Metode keperawatan tim tidak digunakan secara murni, karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim.
- 3) Melalui kombinasi kedua model tersebut, diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas asuhan keperawatan terdaPAt PAda perawat primer.

Tugas masing-masing komponen antara lain:

- 1) Kepala ruangan:
  - (1) menerima pasien baru
  - (2) memimpin rapat
  - (3) mengevaluasi kinerja perawat
  - (4) membuat daftar dinas
  - (5) Menyediakan material
  - (6) melakukan perencanaan dan pengawasan

(7) melakukan pengarahan dan pengawasan

2) Perawat Primer (ketua tim)

(1) membuat perencanaan Askep

(2) mengadakan tindakan kolaborasi

(3) mmimpin timbangan terima

(4) mendelegasikan tugas

(5) memimpin ronde keperawatan

(6) mengevaluasi pemberian Askep

(7) bertanggung jawab terhadap pasien

(8) memberi petunjuk bila pasien akan pulang

(9) mengisi resume keperawatan

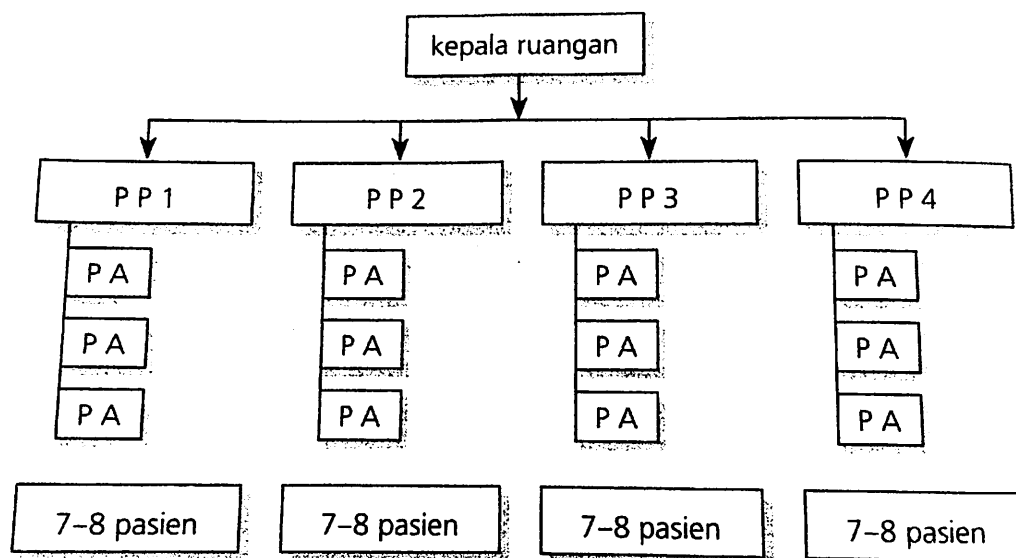
3) PA (Perawat *associate*)

(1) memberikan Askep

(2) mengikuti timbangan terima

(3) melaksanakan tugas yang didelegasikan

(4) mendokumentasikan tindakan keperawatan (Bahtiar & Suarli 2002)



Catatan: jadwal diatur pada pagi, sore, malam, dan libur/cuti.

Gambar 2.2 model keperawatan tim-primer (Sitorus, R 2011)

#### 6. *Differentiated Practice*

*National League for Nursing (NLN)* dalam dalam Kozier et al (1995) menjelaskan bahwa *differentiated practice* merupakan suatu pendekatan yang bertujuan menjamin mutu asuhan melalui pemanfaatan sumber-sumber keperawatan yang tepat. Terdapat dua model yaitu model kompetensi dan model pendidikan. Pada model kompetensi, perawat terdaftar (*registered nurse*) diberi tugas berdasarkan tanggung jawab dan struktur peran yang sesuai dengan kemampuannya. Kemampuan dapat diukur melalui ketrampilan, pengetahuan, dan sikap. Untuk itu, perlu dikembangkan alat ukur kemampuan yang didemonstrasikan kepada setiap perawat terdaftar (RN). Model tersebut didasarkan pada lima tingkat praktik, yaitu perawat baru (*novice*), pemula maju (*advanced beginner*), kompeten (*competence*), cakap (*proficient*), dan ahli (*expert*) (Benner dalam Marquis & Huston 2000). Pada model pendidikan, penetapan tugas keperawatan didasarkan pada tingkat pendidikan perawat. Berdasarkan pendidikan, perawat akan ditetapkan apa yang menjadi tanggung jawab setiap perawat dan bagaimana hubungan antar-tenaga tersebut diatur karena pada masa yang akan datang pemanfaatan berbagai jenis tenaga ini menjadi penting. Pembagian tanggung jawab yang berbeda-beda itu perlu dilakukan sehingga perawat dengan latar belakang pendidikan yang berbeda akan dinilai berdasarkan apa yang menjadi harapan terhadap lulusan tersebut. Hal ini juga perlu bagi institusi pendidikan karena mutu institusi pendidikan akan dinilai berdasarkan apa yang dapat dilakukan oleh lulusannya. Metode ini masih baru



dan masih diperlukan hasil penelitian yang dapat menunjukkan manfaat metode tersebut sebelum digunakan lebih luas lagi (Baker dalam Marquis, & Huston 2000).

### 7. *Case manager*

Metode ini berkembang pada tahun 1990, yang dipicu oleh implementasi sistem pembiayaan yang makin tinggi. Manajer kasus merupakan sistem pemberian asuhan kesehatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan kesehatan yang optimal. Penggunaan istilah manajemen kasus masih bervariasi dalam literatur. Namun, ANA dalam Marquis dan Huston (2000) mengatakan manajer kasus merupakan proses pemberian asuhan kesehatan yang bertujuan mengurangi fragmentasi, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan efisiensi pembiayaan. Fokus utama manajemen kasus adalah integrasi, koordinasi dan advokasi pasien, keluarga, serta masyarakat yang memerlukan layanan ekstensif. Tujuan utamanya ialah untuk mencapai hasil akhir asuhan kesehatan yang sudah ditetapkan dengan mengoptimalkan layanan yang dibutuhkan.

Metode manajer kasus meliputi beberapa elemen utama berikut:

- 1) Pendekatan berfokus pada pasien. Fokus layanan adalah kebutuhan pasien, bukan kebutuhan institusi atau kebutuhan profesi
- 2) Koordinasi asuhan dan layanan antar-institusi. Kebutuhan pasien dipenuhi oleh berbagai institusi atau bagian. Peran manajer kasus adalah untuk mengoordinasi, mengomunikasi, dan mengelola hubungan antar-institusi.

- 3) Berorientasi pada hasil. Fokus dari metode ini adalah bagaimana agar hasil yang sudah ditetapkan dapat dicapai selangkah demi selangkah, selalu memantau hasil yang telah ditetapkan apakah sudah tercapai, dan melakukan evaluasi secara terus menerus. Pada metode ini terdapat motivasi yang tinggi untuk mengidentifikasi dan mengatasi hambatan yang dialami dalam memberikan asuhan kesehatan. Upaya pencegahan dan deteksi dini sangat diperhatikan Karena dapat mempengaruhi hasil yang diharapkan dan menguntungkan peningkatan status kesehatan.
- 4) Efisiensi sumber. Karena tingginya koordinasi dan perhatian untuk mencapai hasil yang ditetapkan, terdapat komitmen yang tinggi untuk mencegah hal yang tidak diperlukan dan hal yang mungkin menghambat pencapaian hasil. Terdapat komitmen yang tinggi untuk mencapai hasil dengan biaya atau sumber yang paling efisien.
- 5) Kolaborasi. Kolaborasi atau adanya sikap saling menghargai ketrampilan dan kemampuan berbagai anggota profesi, merupakan factor penting dalam metode manajemen kasus.

Pada manajer kasus, rencana asuhan kesehatan terdapat di *clinical pathway*, yakni rencana tertulis yang mengidentifikasi insiden utama, kritis, dan dapat diprediksi yang harus dilakukan pada pasien dalam upaya mencapai hasil yang dapat ditetapkan berdasarkan lama waktu tertentu untuk dirawat di rumah sakit (Huber 1996; Cohen 1996).

*critical pathway* atau *clinical pathway* merupakan suatu metode pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi efektifitas pembiayaan suhan pasien. *clinical pathway* memberikan standarisasi asuhan medik untuk diagnosis medic

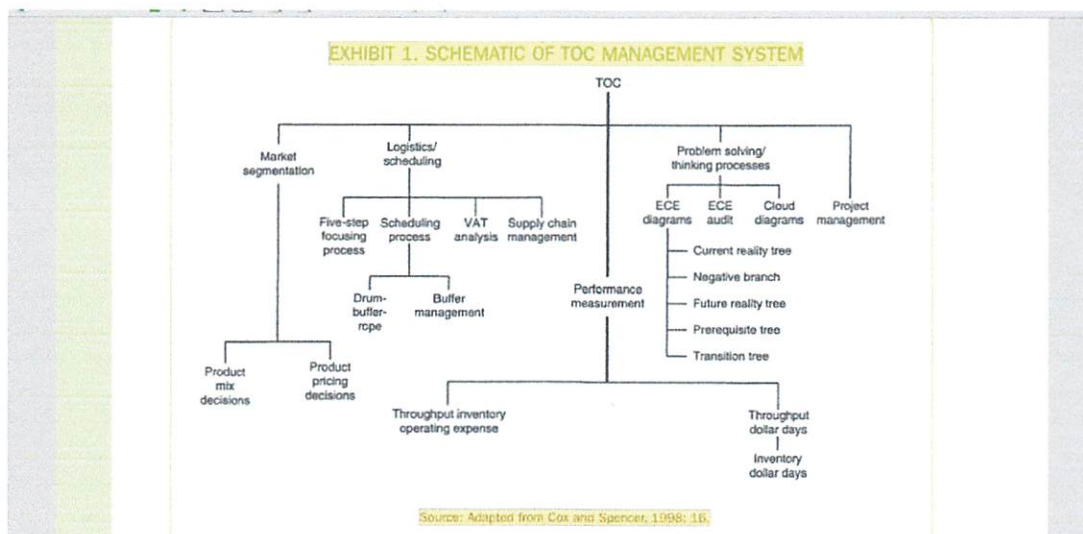
tertentu. Implementasi manajemen kasus masih berbeda-beda pada berbagai rumah sakit, namun intinya terdapat seorang profesional dan biasanya perawat menjadi manajer kasus yang bertanggung jawab dalam pemberian asuhan keperawatan. Perbedaan ini juga terlihat dari perbedaan jenis *pathways* yang digunakan. Pada *clinical pathways* ditentukan lama hari rawat. Apabila lama hari rawat yang ditetapkan tidak bisa dipenuhi pasien, hal itu dianggap sebagai suatu variasi yang memerlukan analisis sehingga dapat dipertimbangkan tindakan selanjutnya. Pada manajemen kasus kadang-kadang juga digunakan *multidisciplinary action plan* (MAPs) yang merupakan kombinasi *clinical pathways* dengan *renpra* (Marquis & Huston 2000). Penetapan *clinical pathways* sebagai suatu cara meningkatkan mutu asuhan dengan biaya yang terjangkau dapat menyebabkan hilangnya mutu asuhan keperawatan jika ditinjau dari hubungan perawat-pasien. Hal ini dapat terjadi karena keperawatan lebih dilibatkan pada pelaksanaan tugas, Karena perencanaan dalam *clinical pathways* lebih menekankan pada faktor ekonomi, bukan pada individu pasien. Manajemen kasus mirip dengan keperawatan primer. Artinya seorang profesional bertanggung jawab untuk mengordinasikan kegiatan asuhan pada seorang pasien. Perbedaannya adalah manajer kasus mengordinasikan asuhan pada berbagai disiplin dan fokusnya ialah perencanaan, koordinasi serta evaluasi asuhan, sedangkan pada keperawatan primer, perawat primer mengordinasikan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dari awal hingga pulang/pindah dari suatu ruang rawat.

## 2.2 *Theory of Constraints* (TOC)

### 2.2.1 Konsep TOC

*Theory of Constraints* (TOC) adalah filosofi manajemen yang berfokus pada sumber daya alam sebuah organisasi dalam memperbaiki kendala yang secara langsung akan berefek pada laba dan rugi (*Rockford Consulting Group* 1999). *Theory Of Constraints* merupakan suatu proses perbaikan yang dilakukan terus menerus (Goldratt 1990). Proses ini dikerjakan dengan berfokus pada sesuatu hal. Fokus adalah melakukan apa yang seharusnya dilakukan. Suatu sistem terdapat banyak kegiatan yang berkontribusi terhadap kinerja suatu sistem. Kinerja suatu sistem akan tercapai jika memiliki waktu, uang, dan sumber daya manusia yang cukup. Organisasi kadang tidak dapat melakukan seluruh kegiatan, disaat itulah perlunya dilakukan pemfokusan terhadap hal-hal yang kita pilih. Organisasi terdapat komponen yang saling ketergantungan yang secara relatif memiliki variabilitas yang tinggi. Oleh karenanya jumlah elemen yang akan mempengaruhi kinerja sistem, yaitu jumlah *constraints*, sangat kecil (Cox 2010).

*Theory Of Constraints* juga dikenal dengan sebutan *management by constraints* atau *constraints management*. Teori ini merupakan teori yang relatif baru yang menekankan pada pentingnya perbaikan sistem melalui utilisasi sumber daya yang sudah ada, terutama dengan melakukan eksploitasi terhadap kebuntuan sistem (*bottleneck*), sebelum meningkatkan kapasitas sistem. Prinsip dasar TOC adalah bahwa setiap sistem memiliki paling tidak satu buah *constraints* yang membatasi kinerja sistem tersebut. TOC menekankan bahwa perbaikan performa *constraints* akan langsung menghasilkan perbaikan performa sistem secara menyeluruh.



Gambar 2.4 Exhibit Schematic of TOC Management System

Teori kendala (TOC) adalah sebuah konsep yang menekankan peran kendala dalam membatasi kinerja organisasi. TOC membantu manajer untuk mengatasi kendala demi tercapai tujuan perusahaan yang utama yaitu menghasilkan uang. Dengan desain dan konsep yang elegan, TOC memfokuskan pada faktor-faktor pada manajemen yang menghambat kinerja sistem.

TOC menekankan optimalisasi kinerja dalam proses kendala pada penawaran produk. TOC memberikan kerangka kegiatan yang menggabungkan kegiatan manajer sekitar beberapa yang sangat elemen sistem terlihat.

TOC merupakan perubahan besar dalam fokus dan arah manajemen. Ini adalah transisi yang dibentuk oleh beberapa konsep dasar yang dapat digunakan untuk membangun landasan yang menguntungkan bagi setiap organisasi. Konsep-konsep ini meliputi:

1. sistem pengukuran baru;
2. perbaikan proses yang berkesinambungan;
3. proses keputusan mendasar yang berfokus pada isi-isu global daripada isu-isu

lokal;

4. metode baru untuk menganalisis hubungan antara sumber daya dan proses dan menentukan bagaimana upaya untuk memfokuskan perusahaan;
5. metode baru menganalisis masalah kebijakan untuk mendatangkan solusi yang lebih sederhana; dan
6. pendekatan manajemen baru untuk menyediakan arah strategis dan taktis.

TOC menggabungkan gagasan bahwa tujuan atau misi dari sebuah organisasi adalah alasan organisasi ada. Meskipun pemilik organisasi dapat menentukan sasaran atau misinya. Untuk publik diadakan, "nirlaba" organisasi, tujuan untuk memaksimalkan keuntungan hari ini dan besok, karena itulah mengapa pemegang saham memiliki diinvestasikan.

Sistem manajemen TOC biasanya terdiri dari unsur-unsur berikut:

1. Logistik / penjadwalan. Metodologi penjadwalan *drum-buffer-rope*, manajemen buffer, V-A-T analisis struktur logis, *the five steps focusing process*, dan penyediaan rantai manajemen yang digunakan untuk membangun dan mengontrol keluar masuknya bahan untuk produk final dalam lingkungan TOC.
2. Pengukuran kinerja. Dibangun disekitar metrik inti dari *throughput*, persediaan, dan biaya operasi, TOC mengembangkan dan menggunakan seri pengukuran yang secara langsung menghubungkan kinerja keuangan dengan kinerja non keuangan.
3. Pemecahan masalah / proses berpikir. Proses ini terdiri dari diagram efek-sebab-akibat (ECE) dan komponen-komponennya, audit proses ECE, dan metodologi "*evaporating cloud*" untuk menyelesaikan konflik. Inti dari ECE

adalah metode ilmiah, yang menyarankan bahwa jika efek mengkonfirmasi sekunder ditemukan ketika penyebab atau peristiwa terjadi, maka dapat berpendapat bahwa penyebab yang benar-benar mengarah ke efek hipotesis. Dengan kata lain, dua atau lebih kejadian yang sama sebab-and effect hubungan yang diperlukan untuk mengungkap penyebab utama dari sebagian besar masalah yang terdeteksi dalam sistem.

4. Project manajemen. Konsep standar dalam penjadwalan dan proyek manajemen telah memiliki metode jalur kritis (*CPM*) dan program teknik evaluasi (*PERT*).

Konsep penting rantai TOC ini menghilangkan asumsi implisit dari kapasitas tak terbatas dari domain manajemen proyek, seperti TOC *drum-buffer-rope* menghapusnya dari wilayah pabrik.

5. Segmentasi pasar. Sementara TOC berasal dari teknik penjadwalan produksi, yang memiliki perkembangan lebih jauh. TOC menawarkan wawasan untuk semua manajer, dan terutama untuk manajer keuangan, di bidang bauran produk dan produk keputusan harga. Unsur-unsur ini dibawa bersama dalam *exhibit*, yang menghasilkan skema TOC sistem manajemen.

### 2.2.2 Sejarah TOC

TOC diperkenalkan oleh Dr. Eliyahu M. Goldratt pada tahun 1984 melalui bukunya yang berjudul *The Goal: A Process of Ongoing Improvement*. Buku tersebut merupakan salah satu buku terlaris pada masanya. Dalam buku tersebut diperkenalkan metode baru mengenai pengembangan suatu metode revolusioner terkait penjadwalan produksi yang pada saat itu sama sekali bertentangan dengan metode lainnya (TCI 2013).

Filosofi utama TOC adalah bahwa suatu organisasi memiliki sejumlah kecil *constraint* yang mendominasi seluruh sistem. Rahasia sukses terletak pada bagaimana mengelola *constraints* dan sistem yang berinteraksi dengan *constraints* ini untuk mendapatkan hasil terbaik (Balderstone dan Mabin 2000). Dr. Eliyahu M. Goldratt membuat buku terkait *Theory Of Constraints* yang dapat memperjelas lebih dalam tentang teori tersebut. Pada tanggal 11 Juni 2011, Dr. Goldratt meninggal dunia dan tepat pada tanggal yang sama di tahun 2012 didirikanlah *Theory Of Connstraints Institute* (TCI 2013).

TOC merupakan metode manufaktur, saat ini TOC telah berkembang menjadi sebuah teori mengenai manajemen. TOC menjadi sebuah proses strukturisasi problem secara sistematis dan metodologi pemecahan masalah yang dapat digunakan untuk mengembangkan solusi baik dengan kekuatan intuisi maupun dengan analitik logis. TOC secara cepat digunakan di luar konteks manufaktur, antara lain pada distribusi, marketing, manajemen proyek, akunting dan pada setiap situasi yang terkait perubahan sistem (Balderstone dan Mabin 2000).

### 2.2.3 Proses Berpikir TOC

Proses berpikir TOC adalah sebuah set cara atau alat dan proses dimana seorang individu atau kelompok dapat memecahkan suatu persoalan dan/atau mengembangkan sebuah strategi yang terintegrasi menggunakan sebab akibat yang logis dan kaku, dimulai dari gejala dan diakhiri dengan rencana kerja yang rinci yang merangkaikan aktivitas dari semua hal yang terkait dalam mengimplementasikan solusi. TOC mengaplikasikan proses berpikir sebab-akibat



untuk memperbaiki sistem dalam organisasi. Dalam TOC, proses berpikir didefinisikan dalam tiga terminologi yaitu:

### 1. *What to Change*

Dari daftar gejala yang dapat diobservasi, sebab-akibat dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab umum yang melatarbelakangi (penyebab utama) untuk seluruh gejala. Dalam organisasi, masalah utama yang seringkali tidak terelakkan adalah adanya konflik yang tidak terselesaikan yang mengakibatkan suatu organisasi terjebak dan tidak dapat melakukan aktivitasnya. Konflik ini disebut *core conflict*. Karena *core conflict* sering menyebabkan efek buruk, maka organisasi akan membuat kebijakan, ukuran, dan perilaku untuk mengatasi negatif efeknya.

### 2. *What to Change to*

Dengan melakukan *challenge* terhadap asumsi logis di belakang *core conflict*, maka solusi terhadap *core conflict* dapat lebih diidentifikasi. Ini adalah langkah awal pengembangan solusi yang total, yaitu sebuah strategi untuk mengatasi semua gejala awal. Strategi tersebut harus mengandung unsur perubahan untuk memastikan bahwa solusi tersebut bekerja sehingga terciptalah suatu organisasi yang sehat. Strategi tersebut tidak utuh sampai semua efek negatif dapat diidentifikasi.

### 3. *How to Cause the Change*

Setiap organisasi mempunyai budaya yang unik, maka harus dibuat suatu rencana untuk menjembatani transisi dari keadaan organisasi yang ada sekarang kepada realisasi strategi. Rencana diciptakan untuk membuat suatu perubahan, yang menjelaskan kapan, dan oleh siapa rencana tersebut akan

dilaksanakan. Hal yang penting untuk diperhatikan adalah ada keadaan *resistance to change* yang harus diwaspadai, sehingga amat krusial untuk membangun konsensus aktif dan kolaborasi (Avraham 2009).

Tiga pertanyaan tersebut di atas merupakan kerangka berfikir dari proses TOC. TOC telah mengembangkan proses berdasarkan psikologi perubahan yang secara sistematis membawa orang untuk menanyakan pertanyaan secara intuitif ketika mereka mengevaluasi perubahan.

Pertanyaan tersebut adalah:

- (1) Apakah masalah yang sebenarnya telah dirumuskan (masalah saya)?
- (2) Apakah penyelesaian permasalahan secara umum telah menuju kepada solusi yang benar:
- (3) Apakah solusi yang dirumuskan nanti akan benar-benar bekerja untuk menyelesaikan permasalahan dan apa hasilnya untuk saya?
- (4) Kejadian buruk apa yang dapat terjadi? siapa yang dapat terluka atau tersakiti?
- (5) Bagaimana kita akan mengimplementasikan hal ini?
- (6) Apakah kita benar-benar berjuang untuk perubahan ini? apakah kita mempunyai kepemimpinan dan komitmen yang kuat untuk mensukseskan hal ini?

Jika pertanyaan di atas tidak dijawab dengan jujur dan efektif baik oleh orang yang harus mengimplemantasikan perubahan maupun oleh mereka yang akan terpengaruh oleh perubahan itu, maka tujuam perubahan tersebut tidak tercapai.

Di dalam *Theory of Constraints*, yang juga harus diukur adalah:

1. Hal-hal yang berhubungan dengan nilai uang yaitu:

a. *Troughput*

*Troughput* adalah suatu ukuran dimana suatu perusahaan menghasilkan uang melalui penjualan (palumbai 2013). *Troughput* merupakan angka dimana suatu sistem memproduksi 'unit tujuan'. Tujuan sistem adalah memproduksi uang, dalam pelayanan kesehatan, tujuan tersebut adalah untuk menyediakan pelayanan yang dapat dijangkau, berkualitas tinggi, dan tepat waktu (Knight 2011). *Constraint* pada area *troughput* terutama adalah *sistem constraint*. Hal ini mendukung tujuan dari *Theory of Constraints* yaitu untuk meningkatkan *troughput* (*optimizing troughput*) dengan berfokus pada *constraint* utama di dalam sistem (Ryan 2013).

Sebagai contoh, *troughput* pada pasien rawat inap adalah siklus pasien melewati sumber daya fisik rumah sakit (*the cycling of patients trough a hospital's physical resource base*). Optimalisasi *inpatient troughput* dapat meningkatkan kapasitas tempat tidur sebanyak 5-12%, yang dapat meningkatkan investasi capital dan pertumbuhan pendapatan. Dampaknya adalah meningkatkan akses pasien, mengurangi *unit cost*, dan memperbaiki level pelayanan.

b. *Inventory or Investmen*

Persediaan adalah semua dana yang dikeluarkan perusahaan untuk mengubah bahan baku mentah melalui *troughput*. Bahan persediaan dalam TOC adalah semua aktiva yang dimiliki dan tersedia secara

potensial untuk penjualan (palumbai 2013). *Investment* adalah seluruh nilai uang yang terdapat di dalam sistem (Knight 2011).

c. *Operating Expense*

*Operating Expense* adalah seluruh uang yang dikeluarkan oleh organisasi untuk mendapatkan 'unit tujuan' (Knight 2011). Kebijakan penganggaran harus diatur sedemikian rupa agar tujuan yang diinginkan rumah sakit tercapai. Biaya operasional yang dikeluarkan perusahaan, yaitu untuk mengubah persediaan menjadi *throughput*, dilakukan untuk mendukung dan mengoptimalkan *throughput* dalam *Theory of Constraint* (palumbai 2013).

2. *Link in the sistem*

Apapun yang ditawarkan oleh sebuah organisasi (produk atau pelayanan), metode untuk mengatur proses dan sumber-sumber secara efektif dan efisien pada dasarnya adalah sama. Rangkaian proses tersebut dapat dianalogikan sebagai sebuah rantai. Kekuatan suatu rantai dapat diketahui dari cincin atau sambungan yang terlemah. Artinya adalah bahwa kerentanan suatu proses atau organisasi ditentukan oleh orang yang paling lemah atau bagian terlemah yang selalu dapat merusak/menghancurkan mereka dan dapat mempengaruhi hasilnya. Performa setiap *value-chain* dapat diketahui dari *constraint* yang ada padanya. Dalam hubungannya dengan hal tersebut, langkah-langkah untuk memaksimalkan performa rantai nilai adalah:

a. Mengidentifikasi *constraint*

Langkah pertama adalah mengenali bahwa setiap sistem dibangun untuk suatu tujuan. Organisasi tersebut tidak dibentuk hanya supaya organisasi itu ada. Orang yang mengambil tindakan di organisasi tersebut harus dinilai berdasarkan implikasi kepada tujuan organisasi itu. Hal ini sesuai dengan kenyataan bahwa sebelum kita dapat memperbaiki bagian manapun dalam suatu sistem, kita harus mendefinisikan tujuan global sistem dan pengukuran yang akan digunakan untuk menilai efek dari setiap subsistem dan keputusan lokal terhadap hal umum tadi (Goldratt 1990). Identifikasi dilakukan untuk melihat pada bagian sistem mana yang paling lemah untuk kemudian lebih ditelaah apakah kelemahan sistem tersebut berupa kelemahan fisik atau kebijakan (palumbai 2013). proses identifikasi pada langkah yang pertama ini tidak perlu terlalu lama ditelaah karena akan menghabiskan waktu. proses identifikasi harus segera dilakukan dan segera menuju pada langkah berikutnya (Knight 2011).

b. Exploitasi *constraint*

Exploitasi *constraint* yaitu mengetahui faktor penyebab *constraint* sebagai dasar untuk mencari cara menghilangkan *constraint* tersebut. Langkah ini dilakukan untuk menentukan cara menghilangkan atau mengelola *constraint* dengan biaya yang paling rendah (palumbai 2013). Hal ini dapat dilakukan melalui dua cara yang berbeda. Cara pertama adalah dengan menggunakan terminologi dari sistem yang akan kita coba untuk perbaiki. Cara kedua adalah dengan menggunakan terminologi dari proses-proses itu sendiri. Kedua cara

ini jika dilakukn secara bersama-sama dapat sangat membantu sistem tersebut. Dalam melakukan *exploitasi constraint* harus diketahui faktor-faktor apa saja yang dapat menjadi penyebab timbulnya *constraint* tersebut.

c. Subordinasi *constraint*

Melakukan subordinasi *constraint* berarti menyusun dan menyamakan hal-hal yang terkait terhadap keputusan di atas dan melakukan prioritas terhadap keputusan di atas dengan cara meletakkan hal-hal lain pada urutan di bawah keputusan itu (Knight 2011). Kunci utama untuk melakukan pemilihan prioritas adalah terletak pada pengenalan terhadap peran penting *constraint* tersebut dalam sistem *constraint* diketahui sebagai segala sesuatu yang membatasi sebuah sistem dari pencapaian performa yang lebih tinggi dibanding tujuannya. Setelah menemukan *constraint* dan memutuskan bagaimana mengelola *constraint* tersebut maka organisasi harus mengevaluasi, apakah *constraint* tersebut masih menjadi *constraint* pada performa sistem atau tidak. Jika iya, akan menuju langkah keempat, jika tidak, maka langkah kelimalah yang harus diambil (palumbai 2013).

Untuk memperbaiki kinerja dari rantai nilai yang sama, lanjutkan langkah berikut:

d. Mengangkat permasalahan *constraint* ke permukaan

Permasalahan *constraint* yang tidak dapat diatasi dengan langkah kedua dan ketiga harus diangkat ke permukaan agar para pemangku

kebijakan dapat melakukan perubahan besar dalam sistem seperti reorganisasi, perbaikan modal, atau modifikasi (palumbai, 2013). Mengangkat permasalahan *constraint* diperlukan agar seluruh pemangku kebijakan dapat mencari solusi yang terbaik dari setiap *constraint* yang ada.

e. Mengulang proses keseluruhan (*repeating the process*)

Jika di dalam salah satu/beberapa langkah di atas terdapat pergeseran *constraint*, maka harus memulai dari langkah pertama lagi (Knight 2011). Langkah ini dilakukan jika organisasi telah berhasil melakukan langkah ketiga dan keempat. Perlakuan pada tahap ini adalah dengan mengulang lagi proses ini dari langkah pertama karena suatu organisasi harus meningkatkan kewaspadaan bahwa suatu solusi dapat menimbulkan *constraint* baru. Proses ini akan berputar sebagai suatu siklus (palumbai 2013). Jadi proses pengulangan ini dilakukan selain untuk mencari *constrain* baru, hal tersebut juga dilakukan untuk mengantisipasi atau menghindari timbulnya *constraint* baru dari solusi yang direncanakan.

Langkah-langkah di atas yang secara umum disebut sebagai *The 5 Steps Of TOC* atau *The Five Focusing Steps*, jika dijalankan dengan baik, maka dapat menghasilkan solusi umum terhadap proses manajamen, inventori, rantai persediaan, pengembangan produk dan proyek, personel, dan pembuatan keputusan (Avraham 2009; Knight 2011). *The Five Focusing Steps* juga diperlukan agar organisasi dapat melakukan

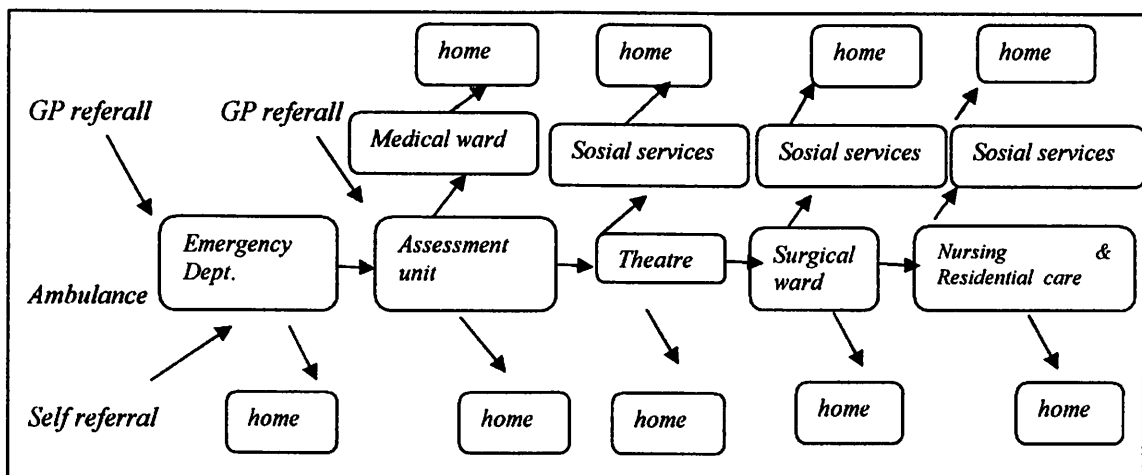
verbalisasi terhadap kemungkinan hal-hal yang dapat menyebabkan kelemahan dalam sistem organisasi (Goldratt 1990).

*The 5 Steps of TOC* dapat diaplikasikan pada setiap proses di seluruh jenjang dalam organisasi, namun kekuatan dan hasil sebenarnya teretak pada:

- Pengertian adanya keterkaitan proses 'inter dan antar' yang berkontribusi untuk menyediakan produk atau jasa
- Pengertian mengenai dampak yang ada, yaitu bahwa ketergantungan tersebut dan variabilitas normal memiliki kombinasi dan performa secara keseluruhan.
- Adanya penyangga yang tepat terhadap keadaan saling ketergantungan dan variabilitas normal sehingga performanya dapat diprediksi dan terus menerus tinggi (Avraham 2009).

#### 2.2.4 Aplikasi TOC Pada Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit merupakan organisasi yang terdiri atas berbagai macam sistem dan alur yang secara sistematis dapat digambarkan seperti pada gambar



Gambar 2.5 contoh rantai aktivitas di dalam pelayanan kesehatan (Knight 2011)



Gambar 2.2 memperlihatkan bahwa terdapat banyak sekali alur sistematis seorang pasien saat berada di rumah sakit dan terdapat kombinasi baik antara admisi terencana dan yang tidak terencana maupun antara tatalaksana pasien rawat jalan dan rawat inap. Hal ini pulalah yang menyebabkan lama rawat inap seorang pasien amat bervariasi. Dalam hal ini terdapat penyebab varian yang dominan yang dapat menyebabkan perpanjangan dan pemendekan masa perawatan. Faktor penyebab dominan tersebut dapat terletak di awal, sepanjang, dan di akhir perawatan.

Alur yang rumit dengan variansnya dapat berpengaruh pada kualitas pelayanan dan seringkali menyebabkan tekanan pada staf pelaksana. Beban sataf yang terlalu banyak menyebabkan kalitas dan kecepatan pelayanan akan menurun. Pada kondisi inilah maka akan terjadi kegagalan pelayanan yang mengakibatkan terjadinya kasus MPKP.

Di lain pihak, penambahan sumber daya akan mengakibatkan financial karena akan meningkatkan pengeluaran operasional (*operating expense*) sehingga terjadi *zero growth*. Sehingga pada saat terjadi masalah yang sering dilakukan adalah menunjuk jari dan persangkaan kepada pelaksana.

Hipotesis dr. Goldratt adalah bahwa dalam suatu rantai hanya terdapat satu sambungan terlemah dan sebagai hasilnya akan terdapat factor-faktor lain yang timbul (disebut sebagai *constraint*). Hal ini dapat diatasi dengan melakukan ke lima langkah dalam *The 5 Focusing Steps*. Pada pelayanan kesehatan, terdapat 3 strategi untuk dapat melaksanakan *The Five Focusing Steps*, yaitu:

- a. Strategi pertama: pelayanan kesehatan harus memiliki sistem prioritas berbasis pasien yang kuat dan terpercaya

- b. Strategi kedua: pengelolaan pelayanan berdasarkan prioritas pasien
- c. Strategi ketiga: implementasi terobosan yang mendukung kinerja.

## **2.3 Monitoring dan Evaluasi**

### **2.3.1 Pengertian Monitoring dan Evaluasi**

Pemantauan (*monitoring*) adalah prosedur penilaian yang secara deskriptif dimaksudkan untuk mengidentifikasi dan/ atau mengukur pengaruh dari kegiatan yang sedang berjalan (*on going*) tanpa mempertanyakan hubungan kausalitas (Wollman 2003). Pemantauan adalah kegiatan mengamati perkembangan pelaksanaan rencana pembangunan, mengidentifikasi serta mengantisipasi permasalahan yang timbul untuk dapat diambil tindakan sedini mungkin (perawat primer No.39/2006 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan).

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan dan pengungkapan masalah kinerja program/proyek untuk memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja program/proyek.

### **2.3.2 Tujuan dan Manfaat Monev**

Tujuan pembahasan teknik monitoring dan evaluasi (monev) ini adalah memberi pemahaman tentang langkah-langkah persiapan, perencanaan, pelaksanaan dan pelaporan hasil evaluasi program. Hasil monev merupakan informasi berharga yang dapat dijadikan pedoman bagi pimpinan untuk mengambil keputusan pengembangan organisasi yang dipimpinnya.

Manfaat ini menjadi acuan untuk meningkatkan keterampilan petugas monev dalam mengumpulkan data akurat tentang pelaksanaan program yang dimonitoring dan dievaluasi sehingga hasil analisisnya dapat dijadikan bahan penyusunan rekomendasi yang mendasari suatu kebijakan pimpinan.

### 2.3.3 Hakekat Monev

Monev adalah kegiatan monitoring dan evaluasi yang ditujukan pada suatu program yang sedang atau sudah berlangsung. Monitoring sendiri merupakan aktivitas yang dilakukan pimpinan untuk melihat, memantau jalannya organisasi selama kegiatan berlangsung, dan menilai ketercapaian tujuan, melihat factor pendukung dan penghambat pelaksanaan program. Dalam monitoring (pemantauan) dikumpulkan data dan dianalisis, hasil analisis diinterpretasikan dan dimaknakan sebagai masukan bagi pimpinan untuk mengadakan perbaikan.

Evaluasi adalah proses untuk mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data dan menganalisis data, menyimpulkan hasil yang telah dicapai, menginterpretasikan hasil menjadi rumusan kebijakan, dan menyajikan informasi (rekomendasi) untuk pembuatan keputusan berdasarkan pada aspek kebenaran hasil evaluasi. Evaluasi program merupakan satu metode untuk mengetahui dan menilai efektivitas suatu program dengan membandingkan kriteria yang telah ditentukan atau tujuan yang ingin dicapai dengan hasil yang dicapai. Hasil yang dicapai dalam bentuk informasi digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk pembuatan keputusan dan penentuan kebijakan. Jenis evaluasi yang akan digunakan sangat tergantung dari tujuan yang ingin dicapai lembaga, tahapan program yang akan dievaluasi dan jenis keputusan yang akan diambil. Dengan demikian Evaluasi Program adalah proses untuk mengidentifikasi, mengumpulkan

fakta, menganalisis data dan menginterpretasikan, serta menyajikan informasi untuk pembuatan keputusan bagi pimpinan. Evaluasi program dilaksanakan secara sistematis seiring dengan tahapan (waktu pelaksanaan) program untuk mengetahui ketercapaian tujuan, dan memberikan umpan balik untuk memperbaiki program.

Perbedaan antara monitoring dan evaluasi adalah monitoring dilakukan pada saat program masih berjalan sedangkan evaluasi dapat dilakukan baik sewaktu program itu masih berjalan ataupun program itu sudah selesai. Atau dapat juga bila dilihat dari pelakunya, monitoring biasanya dilakukan oleh pihak internal sedangkan evaluasi dilakukan oleh pihak internal maupun eksternal. Evaluasi dilaksanakan untuk memperoleh fakta atau kebenaran dari suatu program beserta dampaknya, sedangkan monitoring hanya melihat keterlaksanaan program, faktor pendukung, penghambatnya. Bila dilihat secara keseluruhan, kegiatan monitoring dan evaluasi ditujukan untuk pembinaan suatu program (Moerdiono 2008).

#### 2.3.4 Prinsip Dasar Monitoring dan Evaluasi

Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia (Kemendikbud RI) (2013) menjelaskan prinsip dasar monitoring dan evaluasi adalah:

1. Sistem monitoring dan evaluasi dibuat sederhana disesuaikan dengan kapasitas dan sumber daya yang tersedia. Hal ini untuk menghindari kesulitan implementasi di lapangan.
2. Tujuan yang jelas, kegiatan monev difokuskan pada hal-hal yang relevan dengan tujuan dari monitoring itu sendiri yang dikaitkan dengan aktivitas dan tujuan program.

3. Dilakukan tepat waktu; ini merupakan esensi monitoring karena ketersediaan data *on time* diperlakukan bagi pihak manajemen atau pengguna untuk menyelesaikan masalah secara tepat waktu
4. Informasi hasil monev harus akurat dan obyektif
5. Sistem monev bersifat partisipatif dan transparan
6. Sistem monev dibuat fleksibel hanya bertugas mengumpulkan data tetapi juga melakukan analisa masalah dan memberikan rekomendasi pemecahan masalah secara praktis. (Kemendikbud 2013).
7. Bersifat *action-oriented*
8. Kegiatan monev dilakukan secara *cost-effective*
9. Unit monev terdiri dari para *specialist* yang tidak

#### 2.4 Keaslian Penelitian

Hasil pemetaan analisis monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP didapatkan beberapa jurnal penelitian yang mendukung, dan tidak terdapat kesamaan. .

No.	Judul Karya Ilmiah Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1.	Perbandingan Penerapan Mpkp Dengan Non-Mpkp Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rsud H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukuumba.	Variabel independen: Penerapan MPKP Variabel dependen: Mutu	Deskriptif	Ada perbedaan antara mutu pelayanan pada dimensi kehandalan, daya tanggap, jaminan pelayanan, empati, dan wujud asuhan keperawatan di ruang rawat inap MPKP dan Non-MPKP RSUD H. Andi Sulthan Dg.

No.	Judul Karya Ilmiah Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
	(Atrib Firmanto, Akmal, Adriani Kadir)			Radja Bulukumba.
2.	Perbandingan Penerapan Mpkp Dengan Non-Mpkp Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rsud H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukuumba. (Atrib Firmanto, Akmal, Adriani Kadir)	Variabel independen: Penerapan MPKP Variabel dependen: Mutu	Deskriptif	Ada perbedaan antara mutu pelayanan pada dimensi kehandalan, daya tanggap, jaminan pelayanan, empati, dan wujud asuhan keperawatan di ruang rawat inap MPKP dan Non-MPKP RSUD H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukumba.
3.	Perbandingan Penerapan Mpkp Dengan Non-Mpkp Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rsud H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukuumba. (Atrib Firmanto, Akmal, Adriani Kadir)	Variabel independen: Penerapan MPKP Variabel dependen: Mutu	Deskriptif	Ada perbedaan antara mutu pelayanan pada dimensi kehandalan, daya tanggap, jaminan pelayanan, empati, dan wujud asuhan keperawatan di ruang rawat inap MPKP dan Non-MPKP RSUD H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukumba.
4.	Perbandingan Penerapan Mpkp Dengan Non-Mpkp Terhadap	Variabel independen: Penerapan MPKP Variabel dependen:	Deskriptif	Ada perbedaan antara mutu pelayanan pada dimensi

No.	Judul Karya Ilmiah Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
	Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rsud H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukuumba. (Astri Firmanto, Akmal, Adriani Kadir)	Mutu		kehandalan, daya tanggap, jaminan pelayanan, empati, dan wujud asuhan keperawatan di ruang rawat inap MPKP dan Non-MPKP RSUD H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukumba.
5.	Perbandingan Penerapan Mpkp Dengan Non-Mpkp Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rsud H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukuumba. (Astri Firmanto, Akmal, Adriani Kadir)	Variabel independen: Penerapan MPKP Variabel dependen: Mutu	Deskriptif	Ada perbedaan antara mutu pelayanan pada dimensi kehandalan, daya tanggap, jaminan pelayanan, empati, dan wujud asuhan keperawatan di ruang rawat inap MPKP dan Non-MPKP RSUD H. Andi Sulthan Dg. Radja Bulukumba.
6.	Job Characteristics Model To Redesign Nursing Care Delivery System In General Surgical Units (Hala Gabr, Neamat Mohamed)	-Job Characteristics Model -Nursing Care Delivery System	Deskriptif	the results of the present study were no significant relationship between nurses' job characteristic and their job satisfaction
7.	Studi Fenomenologi:	- Pengalaman perawat	Kualitatif	Perawat memiliki pengetahuan yang

No.	Judul Karya Ilmiah Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
	Pengalaman Perawat Dalam Menerapkan MPKP Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondhohutomo Semarang. ( Ana Rohmiyati)	- MPKP		baik, yang menyenangkan sekaligus tidak menyenangkan tentang MPKP. Tugas kepala ruang untuk bangsal MPKP yaitu mengontrol, mengawasi, memenejemen, Membuat perencanaan ruangan: tahunan, bulanan, mingguan, harian dan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien



## BAB 3

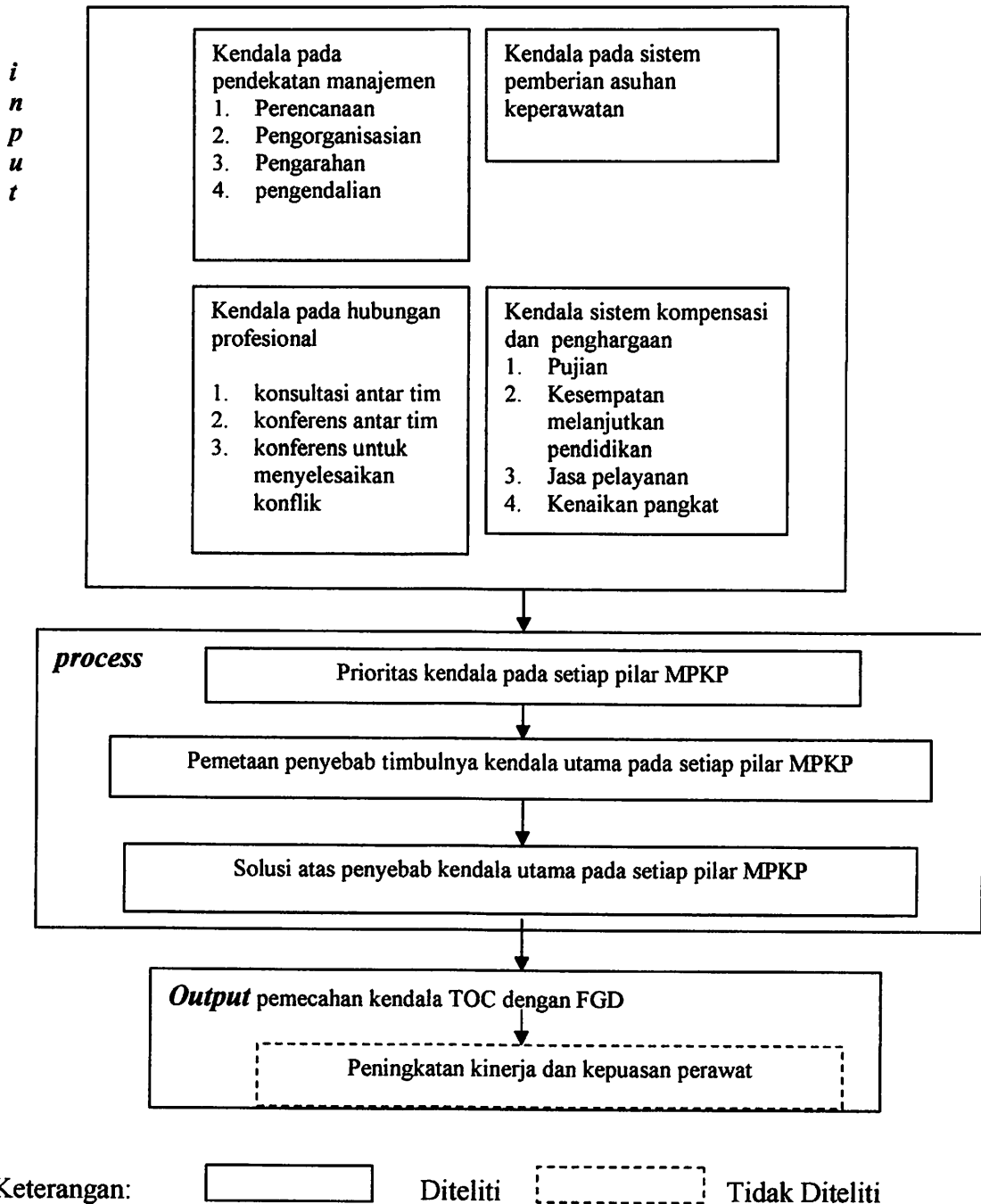
# KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN**

**3.1 KerangkaKonseptual**



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan MPKP dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) (Goldratt 1990)

### 3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual

*Theory Of Constraint* (TOC) menjelaskan pentingnya perbaikan sistem melalui utilisasi sumber daya yang sudah ada, terutama dengan melakukan eksploitasi terhadap kebuntuan sistem (*bottleneck*), sebelum meningkatkan kapasitas sistem. Pada penelitian ini sistem yang diperbaiki adalah mencari kendala dari pilar MPKP yang terdiri dari pendekatan manajemen, sistem kompensasi dan penghargaan, hubungan profesional, dan sistem pemberian asuhan keperawatan. Kendala yang sudah ditemukan kemudian diprioritaskan dan dicari penyebab kendala tersebut. Bila sudah diketahui penyebab kendala yang ada akan dibuat solusi untuk mengatasi kendala tersebut. Melalui proses ini, peneliti berharap dapat menggali lebih dalam hal apa saja yang dapat dilakukan untuk mengatasi kendala untuk dijadikan bahan dalam menyusun rekomendasi bagi monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP sehingga kinerja dan kepuasan perawat di irna Flamboyan dapat tercapai.

## BAB 4

# METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah riset operasional. Yuwono (2007) menyatakan riset operasi adalah metode untuk memformulasikan dan merumuskan permasalahan sehari-hari baik mengenai bisnis, ekonomi, sosial maupun bidang lainnya ke dalam pemodelan matematis untuk mendapatkan solusi yang optimal. Bagian terpenting dari Riset Operasi adalah bagaimana menerjemahkan permasalahan sehari-hari ke dalam model matematis. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi permodelan harus disederhanakan dan apabila ada data yang kurang, kekurangan tersebut dapat diasumsikan atau diisi dengan pendekatan yang bersifat rasional maka dari itu riset operasi memerlukan ketajaman berpikir dan logika.

Riset Operasional mencakup dua kata yaitu riset yang harus menggunakan metode ilmiah dan operasional yang berhubungan dengan proses atau berlangsungnya suatu kegiatan (proses produksi, proses pengiriman barang, proses pemberian pelayanan melalui suatu antrian yang panjang). Dalam perkembangannya sekarang ini, *Operation Research* (OR) banyak diterapkan dalam menyelesaikan masalah-masalah manajemen untuk meningkatkan produktivitas atau efisiensi.

## **4.2 Populasi, Sampel, dan *Sampling***

### **4.2.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah ruang Flamboyan di RSUD Dr. Iskak Tulungagung dengan jumlah populasi 17 orang perawat.

### **4.2.2 Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung dengan responden adalah perawat yang berdinasi di shift pagi pada saat penelitian dilakukan. Sampel terbagi menjadi tiga yaitu: kepala ruang 1 (satu) orang, ketua tim 2 (dua) orang, dan perawat pelaksana 7 (tujuh) orang. Total jumlah sampel ada 10 orang

Dalam pemilihan sampel penelitian, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi sampel:
  - 1) Perawat kontrak, yaitu perawat yang telah melewati masa orientasi pegawai baru dan memiliki masa kerja >2 tahun.
  - 2) Perawat Pegawai Negeri Sipil (PNS) dengan masa kerja >2 tahun
2. Kriteria eksklusi sampel:
  - 1) Perawat yang sedang ikut pelatihan/tugas belajar
  - 2) Perawat yang sedang sakit/ ijin tidak masuk selama satu minggu

Partisipan untuk kegiatan FGD berjumlah 10 partisipan yaitu kepala bidang keperawatan 1 (satu) orang, kepala seksie keperawatan 1 (satu) orang, kepala ruangan 1 (satu) orang, ketua tim 3 (tiga) orang dan perwakilan perawat dari ruang lain 4 (empat) orang. Partisipan FGD ini diharapkan mampu memberikan saran dan masukan mengenai monitoring dan evaluasi MPKP yang



diharapkan oleh perawat dan yang akan dikembangkan oleh peneliti disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan.

#### .4.2.3 Sampling

Pengambilan sampel harus dapat mewakili populasi. Penelitian ini menggunakan *purposive* sampling. Oleh karena sampel yang dipilih merupakan keinginan peneliti.

### 4.3 Variabel Penelitian

Variabel independen dalam penelitian ini adalah X; monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP

Tabel 4.1 Variabel Penelitian analisis monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP dengan pendekatan *Theory of Constrains* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung

Variabel	Keterangan	Sub Variabel
X	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan pendekatan <i>Theory of Constraint</i> (TOC)	X1.1 Pendekatan Manajemen X1.2 Sistem kompensasi dan penghargaan X1.3 Hubungan profesional X1.4 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan

## 4.3.1 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Variable Penelitian Monitoring Dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Professional (MPKP) Dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung.

variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan pendekatan <i>Theory of Constraint</i> (TOC)		Pemantauan proses pelaksanaan MPKP dan tahapannya yang dilakukan dengan pendekatan <i>Theory of Constraint</i> (TOC)	Tupoksi kegiatan perawat yang berhubungan dengan MPKP	Lembar observasi		
	Pendekatan manajemen	Proses manajemen berbasis MPKP yang harus dilakukan seorang kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana di ruang Flamboyan	a. kegiatan kepala ruangan: Perencanaan: 1. sesuai visi misi, kebijakan 2. ada rencana harian, bulanan, tahunan Pengorganisasian 1. ada struktur organisasi 2. menyusun jadwal dinas 3. membuat daftar alokasi pasien	Lembar observasi	Ordinal	Skor: Selalu=4 Sering=3 Kadang-kadang=2 Tidak pernah=1

variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
			Pengarahan: 1. memimpin operan 2. memimpin <i>preconference</i> 3. memimpin <i>conference</i> 4. menciptakan iklim motivasi a. mengatur pendelegasian b. melakukan supervisi Pengendalian: 1. mengevaluasi indikator mutu 2. melakukan survey kepuasan pasien 3. melakukan survey masalah kesehatan  b. kegiatan ketua tim perencanaan: 1. menyusun rencana jangka pendek (rencana harian, rencana bulanan) Pengorganisasian: 1. menyusun jadwal dinas bersama kepala ruangan 2. membagi alokasi pasien kepada perawat pelaksana Pengarahan: 1. memimpin <i>preconference</i> mini 2. memimpin <i>postconference</i> mini 3. menciptakan iklim motivasi pada			1. baik bila skor >75% 2. cukup bila skor 56-75% 3. kurang bila skor <56%

variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
			timnya 4. mengatur pendelegasian dalam timnya 5. melakukan supervisi pada timnya c. kegiatan perawat pelaksana perencanaan: 1. menyusun rencana jangka pendek (rencana harian)			
	Sistem kompensasi dan penghargaan	Segala sesuatu yang diterima oleh perawat berupa pujian sebagai balas jasa atas kerja atau pengabdianya	a. Kegiatan Kepala ruangan 1. Melakukan penilaian kinerja ketua tim dan perawat pelaksana 2. Merencanakan dan melaksanakan pengembangan staf 3. Memberikan pujian kepada bawahan setelah selesai melakukan pekerjaan 4. Memberikan motivasi kepada bawahan saat mengalami masalah b. Kegiatan ketua tim 1. Melakukan penilaian kinerja perawat pelaksana 2. Memberikan pujian kepada bawahan setelah selesai melakukan pekerjaan	Lembar observasi	ordinal	Skor: Selalu=4 Sering=3 Kadang-kadang=2 Tidak pernah=1  1. baik bila skor>75% 2. cukup bila skor 56-75% 3. kurang bila skor <56%

variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
			3. Memberikan motivasi kepada bawahan saat mengalami masalah			
	Hubungan profesional	Standar hubungan antara pemberi pelayanan keperawatan (tim kesehatan) dan penerima pelayanan kesehatan (keluarga dan pasien)	a. Kegiatan kepala ruangan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengadakan diskusi keperawatan secara periodik</li> <li>2. Melakukan ronde keperawatan</li> <li>3. Melakukan kolaborasi dengan dokter</li> </ol> b. Kegiatan ketua tim <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaksanakan ronde keprawatan</li> <li>2. Melakukan kolaborasi dengan dokter</li> </ol> c. Kegiatan perawat pelaksana <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan Strategi komunikasi</li> <li>2. Melaksanakan ronde keperawatan</li> </ol>	Lem bar obser vasi	ordinal	Skor: Selalu=4 Sering=3 Kadang-kadang=2 Tidak pernah=1  1. baik bila skor>75% 2. cukup bila skor 56-75% 3. kurang bila skor <56%
	Sistem pemberian asuhan keperawatan	Metode yang digunakan oleh perawat profesional untuk merawat pasien secara keseluruhan	a. Kegiatan Kepala ruangan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memutuskan model asuhan keperawatan yang diterapkan di Flamboyan</li> </ol>	Lembar observasi	ordinal	Skor: Selalu=4 Sering=3 Kadang-

variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		mulai dari bio, psiko, sosio, cultural	2. Mendampingi ketua tim/perawat pelaksana saat pendidikan kesehatan 3. Mengelompokan pasien dan mengatur penempatannya di ruang rawat menurut tingkat kegawatannya, infeksi dan non infeksi untuk memudahkan pemberian asuhan keperawatan Kegiatan ketua tim  b. Kegiatan ketua tim 1. Mendukung kepala ruang dalam pelaksanaan model keperawatan yang telah disepakati 2. Mendampingi perawat pelaksana melakukan pendidikan kesehatan 3. membantu kepala ruangan mengelompokan pasien dan mengatur penempatannya di ruang rawat menurut tingkat kegawatannya, infeksi dan non infeksi untuk memudahkan pemberian asuhan keperawatan perawat pelaksana			kadang=2 Tidak pernah=1  1. baik bila skor >75% 2. cukup bila skor 56-75% 3. kurang bila skor <56%

variabel	Sub variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
			c. kegiatan perawat pelaksana			
			1. Perawat pelaksana berperan serta dalam setiap pendidikan kesehatan yang diadakan di ruang Flamboyan			
			2. Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakseimbangan elektrolit			
			3. Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan nyaman nyeri			
			4. Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakseimbangan nutrisi			
			5. Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perdarahan			
			6. Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pertukaran gas			

#### 4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan ada 2 macam yaitu lembar observasi dan panduan FGD

##### 4.4.1 Lembar observasi

Lembar observasi berisi kegiatan perawat di ruang Flamboyan selama lima hari disusun oleh peneliti berdasarkan standar kegiatan MPKP menurut Keliat (2007) terbagi menjadi tiga item yang pertama untuk kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana. Lembar observasi terdiri dari komponen kegiatan keperawatan berdasarkan pilar MPKP yang dilakukan rutin di ruangan. Kegiatan MPKP yang akan diobservasi termasuk ke dalam pilar MPKP yaitu pendekatan manajemen untuk kepala ruangan terdiri dari 19 nomor observasi yaitu nomor 1 sampai nomor 19, terbagi menjadi kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian dari kepala ruangan, sistem kompensasi dan penghargaan terdiri dari 3 observasi yaitu nomor 20, 21 dan 22 berisi tentang sikap kepala ruangan terhadap *reward* yang berupa pujian untuk perawat pelaksana, hubungan profesional terdiri dari 3 observasi yaitu observasi nomor 23, 24, dan 25 berisi tentang kegiatan kolaborasi yang dilakukan kepala ruangan, sistem pemberian asuhan keperawatan terdiri dari 3 kegiatan yang diobservasi yaitu nomor 26, 27 dan 28 berisi tentang peran kepala ruangan dalam menjalankan model tim-primer di ruangan.

Lembar observasi untuk ketua tim juga terdiri dari pendekatan manajemen ada 9 kegiatan dengan nomor 1 sampai 9 terbagi menjadi kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian dari ketua tim, sistem kompensasi dan penghargaan ada 3 kegiatan yaitu nomor 10,11, dan 12 yang



berisi sikap ketua tim dalam memberikan pujian kepada perawat pelaksana, hubungan profesional terdiri dari 4 kegiatan mulai nomor 13, 14, 15, dan 16 yang berisi ronde keperawatan dan kemampuan ketua tim menemani visite dokter, sistem pemberian asuhan keperawatan terdiri dari 5 kegiatan yaitu nomor 17, 18, 19, 20, dan 21 yang berisi dukungan ketua tim untuk model asuhan keperawatan yang telah disepakati serta kepedulian ketua tim mendampingi perawat pelaksana dalam melaksanakan pendidikan kesehatan.

Lembar observasi perawat pelaksana terdiri dari 19 kegiatan yang diobservasi, dengan rincian sebagai berikut pendekatan manajemen 8 kegiatan nomor 1 sampai 8 terdiri dari perencanaan dalam menulis rencana harian, pelaksanaan tindakan ke pasien yang sudah sesuai SPO, untuk pengorganisasian isinya perawat pelaksana mempunyai jadwal rutin untuk melatih kemampuan pasien, untuk pengarahan perawat pelaksana menyiapkan keluarga untuk persiapan merawat pasien di rumah, untuk pengendalian perawat pelaksana mengevaluasi keluarga dalam merawat pasien di rumah, kemudian setiap tindakan yang telah dilakukan perawat pelaksana harus terdokumentasi dengan baik dan benar, hubungan profesional terdiri dari 5 kegiatan nomor 9 sampai 13 terdiri dari keikutsertaan perawat pelaksana dalam ronde keperawatan, kemampuan komunikasi perawat pelaksana dengan pasien, keluarga, dan teman sejawat, dan yang terakhir adalah sistem pemberian asuhan keperawatan terdiri 6 kegiatan nomor 14-19 berisi keikutsertaan perawat pelaksana dalam pendidikan kesehatan dan kemampuan perawat pelaksana dalam menjalankan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

#### 4.4.2 Panduan FGD

Panduan FGD ini disusun oleh peneliti dengan tujuan untuk pemecahan masalah TOC yang dibicarakan bersama partisipan dan pakar selain itu FGD ini akan mengeksplorasi pendapat bidang keperawatan, kepala seksie keperawatan, komite keperawatan, kepala ruang Flamboyan, ketua tim Flamboyan, dan perwakilan perawat dari ruangan lain tentang kendala pada pelaksanaan MPKP dan pemecahan kendala tersebut. FGD ini akan dilakukan selama 60 menit.

#### 4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Dr. Iskak Tulungagung karena penulis menemukan permasalahan yang menjadi latar belakang dari penelitian ini. Tempat penelitian ini dilakukan di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung. Waktu pelaksanaan penelitian pada bulan Juni 2016 sampai dengan Juli 2016 seperti yang ada pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.3 Jadwal kegiatan penelitian

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (tahun 2015-2016)									
		Mar 16	Apr 16	Mei 16	Jun 16	Jul 16	Agt 16	Sep 16	Okt 16	Nov 16	
1	Penyusunan proposal dan ujian praproposal										
2	Ujian proposal tesis										
3	Uji etik										
4	Pelaksanaan penelitian										
5	Ujian pra tesis										
6	Ujian tesis										

#### 4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan data di lapangan. Prosedur pengumpulan data

primer dilakukan dengan memberikan kepada responden dengan dipandu oleh peneliti. Setiap responden diminta mengisi lembar kesediaan menjadi dengan

#### 4.6.1 Prosedur administrasi

1. Setelah mendapatkan izin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, dilanjutkan perizinan ke RSUD Dr. Iskak
2. Melakukan sosialisasi rencana penelitian kepala ruangan, dan perawat ruangan.

#### 4.6.2 Prosedur Pelaksanaan mengisi lembar observasi

Observasi dilakukan selama lima hari berturut-turut dalam satu bulan, tetapi tidak berurutan. Observer adalah peneliti sendiri yang akan dibantu oleh asisten peneliti. Cara pengisian lembar observasi adalah dengan memberikan checklist untuk hari pertama sampai hari kelima observasi. Di atas kolom ada petunjuk angka 1-4, diisi 4 bila kegiatan yang diobservasi sudah membudaya untuk dilakukan, diisi 3 bila kegiatan tersebut belum membudaya tetapi responden sudah mampu melakukan, diisi 2 bila kegiatan tersebut hanya sewaktu-waktu dilakukan, dan diisi 1 bila jika kegiatan yang diobservasi tidak pernah dilakukan. Peneliti dan asisten peneliti sebelumnya sudah membuat komitmen dan persamaan persepsi tentang nilai hasil observasi.

#### 4.6.3 Prosedur Pelaksanaan FGD bersama pakar

FGD dilaksanakan pada pagi hari, dengan jumlah peserta 10 orang terdiri dari kepala bidang keperawatan, kepala seksi keperawatan, komite keperawatan, kepala ruangan, ketua tim, dan perawat perawat pelaksana. Supaya tidak mengganggu kegiatan rutin ruangan, peneliti meminta tolong perawat yang

sedang lepas dinas untuk menggantikan sementara rekan perawat yang menjadi peserta FGD.

#### 4.7 Analisis Data

Analisa data dari lembar observasi dilakukan secara deskriptif untuk mengetahui distribusi frekuensi kategori masing-masing sub variabel yaitu data untuk lembar observasi tentang kegiatan MPKP dan kendala yang dihadapi dan menentukan kendala prioritas. Nilai dari lembar observasi kemudian diskoring sesuai dengan skala data. Skoring lembar observasi dilakukan agar hasil tabulasi dapat dikelompokkan dalam kategori yang telah ditetapkan sebelumnya. digunakan. Ketika prioritas kendala sudah tampak kemudian dilakukan FGD bersama pakar untuk mencari solusi pemecahan masalah. Analisis data untuk kegiatan FGD didapatkan berdasarkan hasil rekaman audiovisual percakapan/catatan lapangan (*field notes*) selama diskusi FGD berlangsung. Hasil selama diskusi disalin dan dianalisis menurut tema-tema. Peneliti juga meningkatkan ketekunan pengamatan dengan mengulang rekaman audiovisual untuk menganalisis konteks.

Uji validitas dan reliabilitas untuk kegiatan FGD dilakukan dengan:

- (1) Uji *credibility* (validitas internal) dengan triangulasi sumber, metoda dan *member check* dari pemberi data. Triangulasi sumber diperoleh dari jajaran bidang keperawatan pada saat FGD. Triangulasi metode, yaitu pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan observasi dan diskusi kelompok. *Member check* akan dilakukan pada saat FGD berkaitan dengan hal-hal yang ditemukan dalam identifikasi menggunakan lembar observasi. Partisipan akan memberikan opini

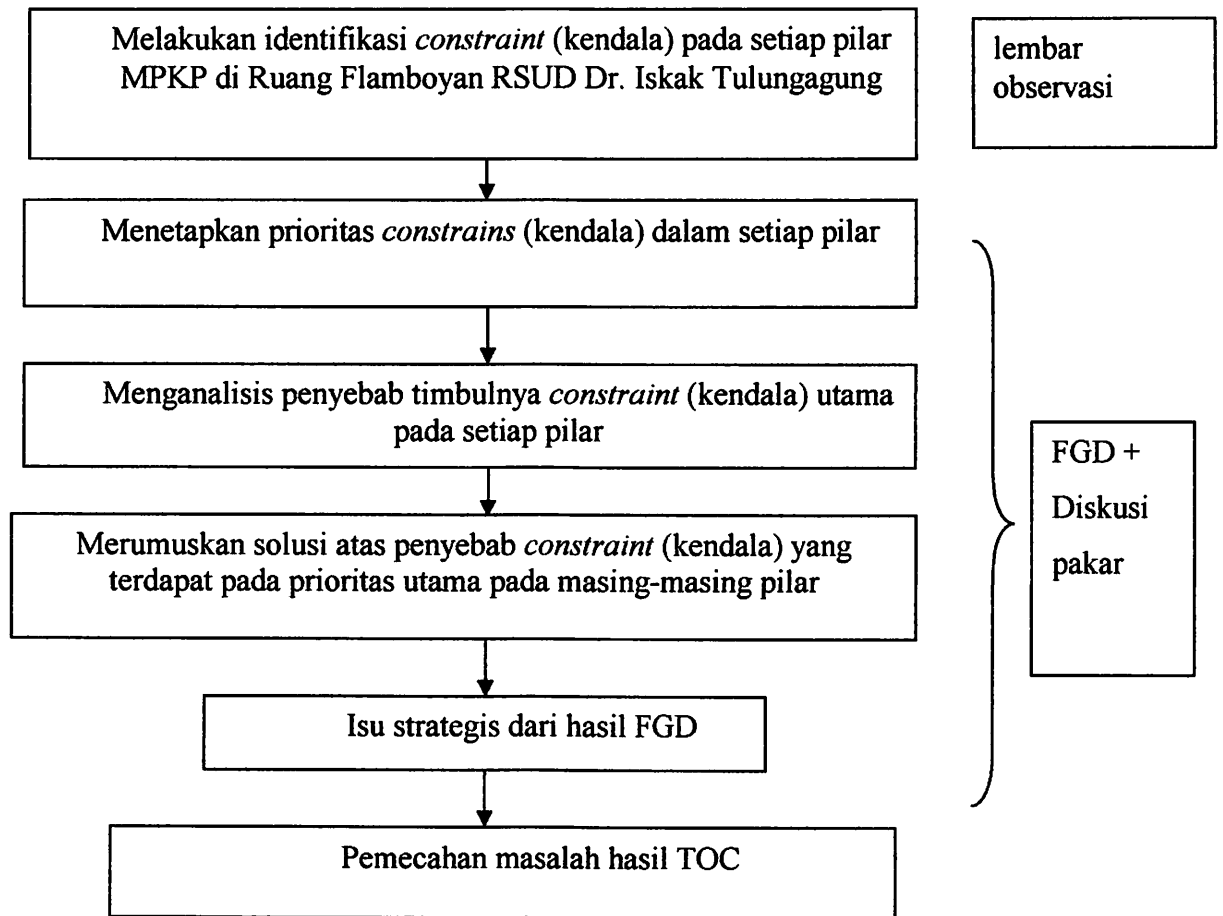
dan klarifikasi masalah yang diangkat sebagai *issue strategis*. Peningkatan ketekunan pengamatan selama proses diskusi. Diskusi dilakukan dengan bantuan alat bantu perekam suara maupun audiovisual pada saat FGD berlangsung.

(2) *Transferability* (validitas eksternal) dilakukan dengan cara memberikan deskripsi yang mendalam pada setiap kategori tema-tema hasil penelitian.

(3) *Dependability* (reliabilitas) dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian, mulai dari data mentah, data yang direduksi, rekonstruksi data, catatan proses penyelenggaraan, bahan yang berkaitan dengan proses dan tujuan, informasi tentang pengembangan instrumen

(4) *Confirmability* (obyektivitas) untuk menghilangkan subyektifitas dan ketertarikan dari peneliti dengan cara meminta evaluasi atau umpan balik dari pihak responden/ partisipan tentang hasil penelitian.

#### 4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan MPKP dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung.

#### 4.9 Etika Penelitian

Penelitian memiliki beberapa prinsip etika, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak responden, dan prinsip keadilan. Dengan landasan tersebut, sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Dr. Iskak Tulungagung karena penelitian ini menggunakan responden perawat yang bertugas Rumah Sakit Umum Dr. Iskak Tulungagung. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti menemui subyek yang akan dijadikan responden. Peneliti memulai penelitian dengan memperhatikan beberapa prosedur tentang masalah etik yang meliputi :

1) *Informed councsent*

*Informed councsent* merupakan lembar persetujuan diberikan pada responden penelitian. Peneliti memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian untuk memudahkan penelitian yang akan dilakukan serta menjelaskan akibat- akibat yang akan terjadi bila perawat bersedia menjadi subyek penelitian. Perawat bersedia maka subyek harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bersedia. Apabila subyek tidak bersedia maka peneliti akan menghormati hak-hak responden untuk menolak.

2) *Anonimity* (tanpa nama)

Nama responden penelitian tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikutsertaannya. Peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data

### 3) *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang didapat oleh peneliti dari responden akan dijamin kerahasiaannya. Data tersebut hanya akan dilaporkan pada pihak yang terkait dengan penelitian.

### 4) *Potential Benefit*

Penelitian yang dilakukan harus membawa manfaat bagi perawat dan pasien. Sebelum pelaksanaan pengambilan data, peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan dan manfaat penelitian.



## BAB 5

# HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

## BAB 2

# HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

## BAB 5

### HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan Pendekatan *Theory Of Constraint* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung yang selama ini belum diterapkan secara reguler di RSUD Dr. Iskak Tulungagung. Penelitian dilaksanakan mulai tanggal 6 Juni 2016 sampai dengan 2 Juli 2016.

Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi 1) Data umum: gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi subjek penelitian, 2) data khusus: kendala pelaksanaan MPKP di RSUD Dr. Iskak.

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### 5.1.1 Profil RSUD Dr. Iskak Tulungagung

Rumah Sakit di Tulungagung awalnya merupakan klinik pengobatan yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan pengobatan kepada masyarakat, yang berlokasi di Jalan Pahlawan Nomor 1 Tulungagung. Pelayanan kesehatan yang semakin berkembang pada tahun 1999 rumah sakit berubah status menjadi Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung dan ditetapkan menjadi Rumah Sakit Unit Swadana berdasarkan Keputusan Menteri Dalam Negeri No: 445.35/1047/1999 tentang Pengesahan Perda Kabupaten Tulungagung No. 3 Tahun 1999 dan pada tahun 2005, RSUD Dr. Iskak Tulungagung telah menjadi RSUD Kelas B Non Pendidikan berdasarkan Keputusan Menkes RI Nomor: 522/Menkes/SK/IV/2005

dan Keputusan Bupati Tulungagung No: 395 tahun 2005.

## 1. Dana

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat didukung dengan dana yang cukup memadai, baik dalam jumlah maupun kelancaran pencairannya. Dana tersebut antara lain bersumber dari: 1) Pendapatan rumah sakit terdiri dari: Pendapatan operasional yaitu pendapatan yang berasal dari kegiatan pokok/ pelayanan kesehatan dari unit-unit pelayanan dan pendapatan non operasional yaitu pendapatan yang berasal dari pendapatan diluar pelayanan kesehatan, meliputi ; sewa, pendapatan jasa giro, parkir, diklat, dll, 2) Pendapatan APBD Kabupaten yang termasuk dalam pendapatan APBD antara lain Dana Alokasi Umum (DAU) Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) dan pajak rokok. Dimana semua sumber dana tersebut dipergunakan sesuai dengan rencana kerja yang telah ditentukan.

## 2. Ketenagaan

Aktivitas pelayanan kesehatan di rumah sakit membutuhkan tenaga dari berbagai disiplin ilmu baik tenaga medis, paramedis maupun tenaga non medis. Sampai dengan tanggal 31 Desember 2015 keadaan tenaga di RSUD Dr. Iskak Tulungagung sebanyak 1.187 orang (492 orang PNS, 657 orang Non PNS, dan 38 orang tenaga harian lepas), terdiri dari :

- |                       |             |
|-----------------------|-------------|
| 1) Tenaga Medis       | : 65 orang  |
| 2) Tenaga Keperawatan | : 478 orang |
| 3) Tenaga Kebidanan   | : 43 orang  |
| 4) Tenaga Kefarmasian | : 72 orang  |

- 5) Tenaga Kesehatan Masyarakat : 14 orang
- 6) Tenaga Gizi : 19 orang
- 7) Tenaga Keterampilan Fisik : 8 orang
- 8) Tenaga Keteknisian Medis : 62 orang
- 9) Tenaga Non Kesehatan : 426 orang

RSUD Dr. Iskak Tulungagung merupakan RS Umum tipe B non pendidikan yang satu-satunya milik pemerintah kabupaten Tulungagung dengan status akreditasi paripurna. RSUD Dr. Iskak Tulungagung memiliki visi Terwujudnya rumah sakit rujukan yang handal dan terjangkau dalam pelayanan. Guna mewujudkan Visi yang telah ditetapkan maka perlu penetapan Misi yaitu sebagai berikut:

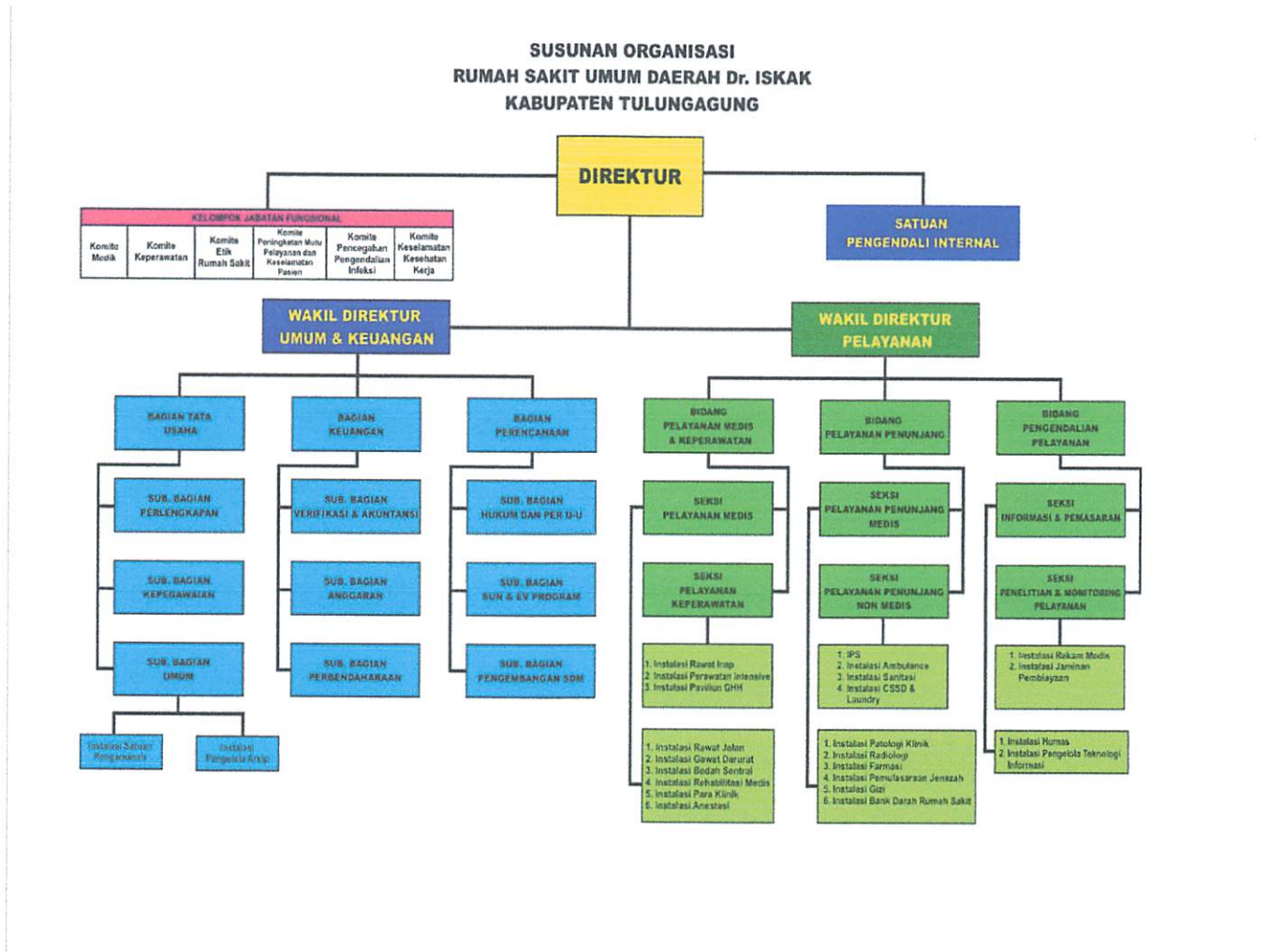
1. Meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan;
2. Menyelenggarakan pendidikan dan penelitian yang bermutu dibidang kesehatan dan kedokteran;

Tujuan yang hendak dicapai oleh RSUD Dr. Iskak Tulungagung adalah mewujudkan kesehatan masyarakat melalui pengembangan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan. Sedangkan untuk mewujudkan misi dan tujuan RSUD Dr. Iskak Tulungagung menetapkan motto yaitu, kesembuhan, keselamatan dan kenyamanan pasien tujuanku. Pelayanan yang dimiliki oleh RSUD Dr. Iskak Tulungagung adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan rawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan tindakan medik

5. Pelayanan persalinan
6. Pelayanan perawatan intensif
7. Pelayanan onkologi
8. Pelayanan penunjang medis
9. Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)
10. Pelayanan jenazah
11. Pelayanan ambulans
12. Pelayanan pengelolaan limbah
13. Pelayanan sterilisasi alat
14. Pelayanan gas medik
15. Pelayanan farmasi rumah sakit
16. Pelayanan gizi

Susunan organisasi RSUD Dr. Iskak Tulungagung berdasarkan peraturan Bupati Tulungagung nomor 78 tahun 2014, Struktur Organisasi RSUD Dr. Iskak Tulungagung tahun 2015 – 2017 adalah sebagai berikut :



Gambar 5.1 susunan organisasi RSUD Dr. Iskak Kabupaten Tulungagung

### 5.1.2 Profil Ruang Flamboyan

Ruang Flamboyan merupakan ruang penyakit dalam wanita, tetapi juga menerima pasien laki-laki atau pasien lain dengan kasus selain penyakit dalam bila ruangan yang bersangkutan sedang penuh. BOR ruang Flamboyan berkisar 70%-80% dengan jumlah tempat tidur 30 bed dan total perawat 17 orang termasuk kepala ruangan dan wakil kepala ruangan. Ada tiga kelas di ruang Flamboyan yaitu terdiri dari kelas III, kelas II, dan kelas I. Ruang Flamboyan memiliki visi pelayanan prima, untuk mendukung visi tersebut ruang Flamboyan memiliki misi 1) selalu mengedapankan salam, senyum, sapa, sopan dan santun, 2) siap, cepat, tepat, dan tanggap kepada pasien, 3) menjaga kebersihan, kenyamanan, dan keamanan pasien, 4) mengembangkan sumber daya manusia.

MPKP di ruang Flamboyan menggunakan menggunakan model asuhan keperawatan modular yaitu gabungan antara model keperawatan tim dan primer. Ada tiga tim di ruang Flamboyan. Masing-masing tim beranggotakan satu atau dua orang perawat pelaksana dan setiap tim mengelola sepuluh pasien. Model asuhan keperawatan yang dipakai sebelum ada MPKP adalah fungsional yaitu perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada. Pada saat itu karena masih terbatas jumlah dan kemampuan perawat maka setiap perawat melakukan 1-2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien di ruangan (Marquis dan Huston 2010). Kegiatan MPKP yang sudah berlangsung di Flamboyan meliputi operan yang terdiri dari *pre conference*, pendelegasian yang sudah terarah, sudah ada laporan tentang survey kepuasan pasien setiap akhir bulan, dan sebagainya. Pelaksanaan MPKP di RSUD Dr. Iskak Tulungagung dilaksanakan mulai tahun 2012 dan dilaksanakan pelatihan selama tiga hari



dengan pemateri dari Universitas Indonesia. Pelatihan ini dihadiri oleh kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana dari setiap ruangan. Setiap ruangan mengirimkan 3-4 perawat untuk mengikuti pelatihan. Tetapi dalam kurun waktu 2012 sampai tahun 2016 belum ada monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP di RSUD Dr. Iskak. Padahal untuk mengetahui program tersebut berhasil, bermanfaat atau tidak harus ada kegiatan evaluasinya. Idealnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan enam bulan sampai satu tahun sekali.

### 5.1.3 Karakteristik Demografi Subjek

Pada bagian ini akan diuraikan karakteristik demografi subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin, umur, status perkawinan, status kepegawaian, pendidikan terakhir, dan lama bekerja.

Tabel 5.1 Karakteristik subjek penelitian monitoring dan evaluasi pelaksanaan model praktik keperawatan profesional (MPKP) dengan pendekatan *Theory Of Constraint* (TOC)

No	Karakteristik Subjek penelitian	Parameter	$\Sigma$	%
1	Jenis Kelamin	Laki-laki	3	30
		Perempuan	7	70
<b>Total</b>			<b>10</b>	<b>100</b>
2	Umur	21-30	6	60
		31-40	3	30
		>40	1	10
<b>Total</b>			<b>10</b>	<b>100</b>
3	Status Kepegawaian	Pegawai negeri sipil	2	20
		Pegawai kontrak	8	80
<b>Total</b>			<b>10</b>	<b>100</b>
4	Pendidikan terakhir	DIII Keperawatan	7	70
		S1 Keperawatan+Ns	3	30
<b>Total</b>			<b>10</b>	<b>100</b>
5	Lama bekerja	1 - < 5 tahun	6	60
		5 tahun - <10 tahun	3	30
		>10	1	10
<b>Total</b>			<b>10</b>	<b>100</b>

Tabel 5.1 menginformasikan tentang karakteristik responden dilihat dari segi jenis kelamin, umur, status perkawinan, status kepegawaian, pendidikan terakhir dan lama kerja perawat yang mana didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden (70%) jenis kelamin perempuan, (60%) berusia 21-30 tahun, sebagian besar (80%) berstatus pegawai kontrak, (70%) berpendidikan DIII Keperawatan, (60%) memiliki pengalaman kerja 1-<5 tahun. Hal tersebut menunjukkan bahwa responden termasuk dalam kategori usia produktif.

## **5.2 Kendala Pelaksanaan MPKP Di Ruang Flamboyan**

### **5.2.1 Kendala pelaksanaan MPKP berdasarkan hasil dari lembar observasi**

Identifikasi kendala pada pilar MPKP yang pertama dilakukan dengan menggunakan lembar observasi. Observasi dilakukan mulai tanggal 6 Juni 2016 sampai 2 Juli 2016. Setiap responden diobservasi sebanyak lima kali tidak berurutan dalam kurun waktu satu bulan. Peneliti mengobservasi tindakan keperawatan kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana yang berhubungan dengan pilar-pilar pada MPKP mulai pendekatan manajemen, sistem kompensasi dan penghargaan, hubungan profesional, dan sistem pemberian asuhan keperawatan dalam satu shift, yaitu shift pagi supaya karakteristik tindakan ataupun kesibukannya sama. Perawat yang diobservasi tidak mengetahui kalau dirinya sedang diobservasi sehingga hasil dari observasi tersebut sesuai dengan tindakan mereka sehari-hari tanpa ada rekayasa.

### 1. Pendekatan Manajemen

Tabel 5.2 nilai rerata observasi pendekatan manajemen dalam pelaksanaan MPKP di ruang Flamboyan pada hari pertama sampai kelima observasi.

Yang dinilai	Nilai observasi (%)					Rerata (%)	Kategori
	Hr ke 1	Hr ke 2	Hr ke 3	Hr ke 4	Hr ke 5		
Kepala ruang	66,25	62,50	66,25	62,50	62,50	64,00	Cukup
Ketua tim	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	Cukup
Perawat pelaksana	57,14	55,95	66,16	55,16	54,37	55,71	Kurang

Nilai rerata observasi pendekatan manajemen dari kepala ruang Flamboyan adalah 64% (cukup), nilai rerata dari ketua tim 75% (cukup), sedangkan perawat pelaksana memperoleh nilai 55,71% (kurang)

### 2. Sistem Kompensasi Dan Penghargaan

Tabel 5.3 nilai rerata observasi sistem kompensasi dan penghargaan dalam pelaksanaan MPKP di ruang Flamboyan pada hari pertama sampai kelima observasi.

Yang dinilai	Nilai observasi (%)					Rerata (%)	Kategori
	Hr ke 1	Hr ke 2	Hr ke 3	Hr ke 4	Hr ke 5		
Kepala ruang	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	Kurang
Ketua tim	70,84	70,84	70,84	70,84	70,84	70,84	Cukup

Nilai rerata observasi sistem kompensasi dan penghargaan kepala ruang dalam pelaksanaan MPKP adalah kurang (25%), sedangkan nilai rerata observasi ketua tim cukup (70,84%).

### 3. Hubungan Profesional

Tabel 5.4 nilai rerata observasi hubungan profesional dalam pelaksanaan MPKP di ruang Flamboyan pada hari pertama sampai kelima observasi.

Yang dinilai	Nilai observasi (%)					Rerata (%)	Kategori
	Hr ke 1	Hr ke 2	Hr ke 3	Hr ke 4	Hr ke 5		
Kepala ruang	41,67	41,67	41,67	41,67	41,67	41,67	Kurang
Ketua tim	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	Baik
Perawat pelaksana	62,14	60,00	60,71	60,71	61,42	60,71	Cukup

Nilai rerata observasi hubungan profesional kepala ruang adalah kurang (41,67%), ketua tim nilai rerata observasinya baik (93,75%), sedangkan perawat pelaksana nilai rerata observasinya cukup (70%)

#### 4. sistem pemberian asuhan keperawatan

Tabel 5.5 nilai rerata observasi sistem pemberian asuhan keperawatan dalam pelaksanaan MPKP di ruang Flamboyan pada hari pertama sampai kelima observasi

Yang dinilai	Nilai observasi (%)					Rerata (%)	Kategori
	Hr ke 1	Hr ke 2	Hr ke 3	Hr ke 4	Hr ke 5		
Kepala ruang	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Baik
Ketua tim	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Baik
Perawat pelaksana	82,44	86,90	82,01	87,50	85,27	85,27	Baik

Nilai rerata observasi sistem pemberian asuhan keperawatan kepala ruang dan ketua tim adalah baik (100%), sedangkan untuk perawat pelaksana juga baik (85,27%)

5.2.2 Pemecahan masalah hasil TOC dengan *Focus Group Discussion* (FGD) bersama pakar tentang kendala yang ditemukan.

FGD (*Focus Group Discussion*) untuk pemecahan masalah hasil TOC dilakukan tanggal 2 Juli 2016 pukul 09.00 WIB di ruang Sunaryo Sadikin. Jumlah peserta yang mengikuti FGD adalah 10 orang terdiri dari Kepala bidang Keperawatan, Kepala seksie keperawatan, Komite keperawatan, Kepala ruangan Flamboyan, Ketua tim Flamboyan 3 orang, Perawat pelaksana Flamboyan 2 orang. Ada beberapa subjek penelitian yang tidak dapat hadir dalam FGD dikarenakan kepentingan persiapan TKHI di Surabaya.

Pemecahan masalah hasil TOC terdiri dari : 1) identifikasi kendala pada pendekatan manajemen, sistem kompensasi & penghargaan, hubungan profesional, dan sistem pemberian asuhan keperawatan, 2) penetapan prioritas

kendala pada masing-masing pilar MPKP, 3) Merumuskan solusi atas penyebab *constraint* (kendala) yang terdapat pada prioritas utama pada masing-masing pilar

- 1) Identifikasi kendala pada pendekatan manajemen, sistem kompensasi & penghargaan, hubungan profesional, dan sistem pemberian asuhan keperawatan

Partisipan mengungkapkan bahwa kendala pada pendekatan manajemen, sistem kompensasi & penghargaan, hubungan profesional, dan sistem pemberian asuhan keperawatan adalah salah satunya dari sikap pimpinan di ruang Flamboyan sendiri yaitu kepala ruangan.

Pengertian ini sesuai dengan pernyataan partisipan seperti pada kutipan berikut ini:

*“sebenarnya kendala utama pada pilar MPKP di suatu ruangan bisa diakibatkan pimpinan di ruangan tersebut dalam hal ini adalah kepala ruang Flamboyan.”.k.b.k*

*“kepala ruang yang belum siap dengan MPKP akan menimbulkan masalah dalam pelaksanaannya” k.k*

- 2) penetapan prioritas kendala pada masing-masing pilar MPKP,

Partisipan mengungkapkan bahwa prioritas kendala pada masing-masing pilar MPKP adalah .

*“kalau menurut saya prioritas kendala pada pilar I pendekatan manajemen adalah kepala ruang dan ketua tim belum pernah melakukan supervisi ke ketua tim, sebaliknya ketua tim belum pernah supervisi ke perawat pelaksana sehingga tugas yang dikerjakan ketua tim dan perawat pelaksana tidak ada yang mengarahka , pilar ke II sistem kompensasi dan penghargaan adalah belum ada kata-kata reward misal good job bila ketua tim dan perawat pelaksana melakukan tugas dengan baik ataupun kata-kata support misalnya ayo terus semangat, kamu pasti bisa bila ada anak buah yang sedang mengalami masalah. Untuk pilar ke III yaitu hubungan profesional yaitu belum ada ronde keperawatan di Flamboyan, selama ini bila ada kasus pasien yang baru atau lama Cuma dibahas intern saja, untuk pilar ke IV alhamdulillah sudah bagus Cuma perlu dijadwal rutin tentang pendidikan kesehatan ke pasien dan keluarga.”k.t.l*

- 3) Merumuskan solusi atas penyebab *constraint* (kendala) yang terdapat pada prioritas utama pada masing-masing pilar

*“pada pilar I segera disusun SPO untuk supervisi, pada pilar ke II dibudayakan untuk memberika reward ataupun support kepada anak buah, pilar ke III bila ada kasus-kasus pasien yang menarik perlu adanya ronde keperawatan yang rutin, pada pilar IV saya rasa tinggal mengagendakan jadwal pendidikan kesehatan ke pasien dan keluarga paling tidak seminggu sekali.”k.12*

Narasumber pada diskusi pakar monitoring dan evaluasi MPKP ini adalah dosen di Stikes Karya Husada Kediri yang juga merupakan tim pemateri MPKP di RSUD Iskak tahun 2012 yang lalu. Diskusi pakar diikuti oleh 10 orang terdiri dari subjek penelitian dan beberapa tambahan peserta dari tenaga perawat di unit lain. Tambahan peserta dikarenakan keinginan kepala bidang keperawatan agar unit lain ikut serta dalam diskusi pakar ini.

Diskusi pakar bertujuan untuk menyamakan persepsi tentang kendala-kendala yang ditemukan di MPKP RSUD Dr. Iskak, dan bagaimana cara menyelesaikan kendala tersebut.

Kendala yang utama dari pendekatan manajemen yaitu belum ada supervisi terjadwal dari kepala ruangan dan ketua tim disebabkan jadwal ruangan yang sibuk, namun supervisi ini diperlukan untuk mengetahui kinerja ketua tim dan perawat pelaksana di ruang Flamboyan. Jadi mulai bulan depan seharusnya kepala ruang dan ketua tim segera membuat SPO supervisi untuk ruangan dan menjadwal supervisi ke anak buahnya

Kendala utama pada sistem kompensasi dan penghargaan baik kepala ruang atau ketua tim jarang memberikan *reward* dalam hal ini pujian atau *support* ketika anak buah selesai mengerjakan tugas dengan baik ataupun bila ada anak buah yang sedang dalam masalah. Sebaiknya mulai diberlakukan budaya untuk

memberikan *reward* dan *support* ke anak buah meskipun terkesan sepele kata-kata *rewards* dan *support* tersebut dapat memberikan semangat kerja dan perasaan dihargai oleh pimpinan.

Kendala utama pada hubungan profesional yaitu ronde keperawatan belum pernah dilakukan, sebelumnya bila ada kasus pasien yang menarik hanya dibahas intern saja, hal ini dilakukan karena kesibukan dokter spesialis yang merawat pasien serta kesibukan di ruangan sendiri. Sebenarnya hal ini dapat diatasi dengan cara memilih hari dimana kegiatan yang bersifat non rutin tidak dilakukan misalnya di hari itu tidak kegiatan ruangan seperti pendidikan kesehatan atau supervisi ketua tim dan sebagainya. Untuk dokter spesialis yang merawat bisa diwakili oleh dokter penanggung jawab di ruangan asal dokter tersebut sudah mempelajari kasus pasien nanti bila ada kesulitan bisa dikonsultasikan ke seniorinya. Kegiatan ronde keperawatan bagus untuk dilakukan, selain masalah pasien yang unik bisa teratasi juga membina hubungan baik antara petugas medis, baik itu perawat, dokter, ahli gizi, analis kesehatan, dll.

Sistem pemberian asuhan keperawatan tidak ditemukan kendala .

Tabel 5.6 Hasil FGD Pemecahan masalah hasil TOC dalam pelaksanaan MPKP di RSUD Dr. Iskak Tulungagung

No	Isu strategis	Penyebab	Hasil FGD	Telaah Peneliti
1.	Belum ada supervisi	1. Belum ada SPO supervisi di RSUD Dr. Iskak Tulungagung 2. Kesibukan ruangan	1. Perlu dibentuk tim untuk penyusunan SPO supervisi. 2. supervisi perlu dilakukan secara rutin untuk mengetahui	Supervisi yang dilakukan secara terjadwal akan bermanfaat bagi kepala ruangan karena bisa mengetahui seberapa jauh tindakan dan pengetahuan ketua tim serta perawat pelaksana dalam

No	Isu strategis	Penyebab	Hasil FGD	Telaah Peneliti
			kinerja bawahan	melakukan asuhan keperawatan.
2.	Tidak ada <i>rewards</i> berupa pujian dan motivasi	Budaya saling memberikan <i>reward</i> berupa pujian belum terlaksana	<i>Rewards</i> yang berupa pujian dan motivasi diperlukan dalam bekerja untuk menghargai sesama rekan kerja dan mempererat hubungan	<i>Rewards</i> bukan hanya berupa materi tetapi bisa juga berupa pujiandengan saling memberikan <i>reward</i> akan tercipta budaya saling menghargai.
3.	Belum dilakukan ronde keperawatan	1. Belum ada SPO ronde keperawatan di RSUD Dr. Iskak Tulungagung 2. Kesibukan ruangan	Ronde keperawatan sebaiknya dilakukan untuk mengatasi kasus pasien serta dapat mempererat hubungan antar tenaga medis	Di Flamboyan belum pernah dilakukan ronde keperawatan, ketika ada kasus pasien yang menarik hanya dibahas intern perawat saja

### 5.2.3 Pemecahan Masalah TOC Dengan *five focusing steps Theory of Constraint* (TOC)

Untuk mengevaluasi pelaksanaan MPKP, penulis menggunakan pendekatan *Theory of Constraint* (TOC), berikut lima langkah yang digunakan untuk menyelesaikan masalah yang ada:

1) *identify the constraint*: Penulis telah melakukan identifikasi kendala pada pelaksanaan MPKP di ruang Flamboyan. Kendala yang ditemukan antara lain:

(1) Pendekatan manajemen:

Pengarahan yang merupakan salah satu fungsi manajemen. Kegiatan pengarahan yang belum dilakukan oleh kepala ruang adalah supervisi. Kegiatan yang belum dilaksanakan pada pengendalian adalah survey



kepuasan perawat.

(2) Sistem kompensasi dan penghargaan

budaya memberikan pujian dan motivasi masih rendah

(3) Hubungan profesional

Kegiatan hubungan profesional yang belum dilaksanakan di Flamboyan adalah ronde keperawatan

(4) Sistem pemberian asuhan keperawatan

Kepala ruangan sudah menetapkan model asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi ruang Flamboyan yaitu model tim-primer modifikasi atau modular. Selain itu ketua tim dan perawat pelaksana juga turut menjalankan model asuhan keperawatan yang dibentuk kepala ruang.

Jadi kendala-kendala yang ditemukan dalam pelaksanaan MPKP adalah belum ada kegiatan supervisi, belum ada survey kepuasan perawat, budaya memberikan *rewards* yang berupa pujian yang masih rendah, belum terlaksana ronde keperawatan.

- 2) *Exploit the system's constraint*: Semua kendala yang ditemukan adalah kendala internal, sebaiknya hal tersebut dibuat laporan untuk didiskusikan kepada kepala seksie keperawatan atau kepala bidang keperawatan. Kepala seksie atau kepala bidang keperawatan akan menindaklanjuti laporan yang dibuat penulis. FGD yang sudah dilakukan melibatkan orang struktural yang terdiri dari kepala seksie keperawatan dan komite keperawatan kemudian dari pelayanan ada kepala ruang Flamboyan, ketua tim, perawat pelaksana, perwakilan perawat dari ruang lain beserta pakar yang diundang yaitu tim pemateri MPKP. Hasil FGD adalah membahas kendala dan penyelesaiannya.

Kendala yang pertama yaitu supervisi. Kepala ruangan maupun ketua tim di ruang Flamboyan belum pernah melakukan supervisi. Padahal tupoksi kepala ruang sudah jelas salah satunya melakukan pengendalian berupa supervisi begitupun juga dengan ketua tim. Ronde keperawatan juga belum pernah dilakukan di Flamboyan. Kendala yang ketiga yaitu budaya saling memberikan *rewards* atau motivasi yang masih kurang. Hal ini bisa diatasi dengan komitmen bersama teman-teman Flamboyan untuk saling menghargai dan kompak di ruangan, tentunya hal ini tidak lepas dari peran kepala ruangan untuk senantiasa memotivasi rekan-rekan sejawat.

- 3) *Subordinate everything else to the above decision*: Setelah menemukan kendala di langkah kedua dan telah diputuskan bagaimana mengelola kendala tersebut maka harus dievaluasi apakah kendala tersebut masih menjadi kendala pada pelaksanaan MPKP atau tidak. Jika tidak maka akan menuju langkah kelima, tetapi jika iya maka akan menuju ke langkah keempat. Pada langkah ketiga ini, kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana ruang Flamboyan bekerjasama dalam menyelesaikan kendala dibantu pihak manajerial sebagai konsultan atau supervisor.
- 4) Langkah keempat tidak perlu dilakukan karena kendala yang ditemukan sudah bisa dicari penyelesaiannya.
- 5) *Repeating the process*: Mengulangi proses keseluruhan. Proses TOC ini akan diulang seperti sebuah siklus sama artinya dengan monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP ini juga dilakukan secara terus menerus karena bisa saja terjadi solusi yang ditetapkan bisa berubah menjadi kendala di suatu hari.

## BAB 6

## PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 *Constraint* (kendala) pada pendekatan manajemen dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung

Hasil penelitian yang terlihat pada tabel 5.2 pada halaman 107 menunjukkan bahwa nilai rerata observasi pendekatan manajemen kepala ruangan adalah cukup (64%), target yang harus didapat adalah kategori harus baik. Jika dilihat hasil observasi secara keseluruhan pada lampiran 10 halaman 156 kepala ruangan sudah melakukan fungsi manajemen dengan baik tetapi pada observasi hari ke 2 nilai observasi kepala ruang 62,5% lebih rendah dari observasi sebelumnya dikarenakan setiap hari jumat ada visite bersama, baik itu dari dokter spesialis penyakit dalam dan dari dokter disiplin ilmu lainnya.

Pelaksanaan visite bersama membuat kepala ruang ikut membantu ketua tim untuk mendampingi visite sampai selesai sehingga ada beberapa tugas dari kepala ruang yang belum terselesaikan. Observasi hari ke 4 dan ke 5, didapatkan nilai 62,5%, dikarenakan ada pelatihan pengembangan sumber daya alam untuk ketua tim, dimana kedua ketua tim yang bertugas pada hari itu diwajibkan ikut pelatihan. Kepala ruang dan satu ketua tim lagi menghandle tugas rekan yang ikut pelatihan tadi.

Kedewasaan seorang kepala ruang dilihat dari umurnya, semakin dewasa atau tua seseorang maka semakin tinggi kemampuan, pengetahuan, persepsi, tanggung jawab dalam bertindak, berfikir serta mengambil

keputusan sehubungan dengan pekerjaan sebagai kepala ruang. Awal karir seorang individu mulai bekerja biasanya sampai usia 25 tahun. Umur 25-40 tahun merupakan puncak karir seseorang, dan pada umur 40 tahun adalah masa oenurunan karir. Peningkatan umur akan berpengaruh kepada kondisi fisik, namun di sisi lain karyawan akan bekerja ulet, memiliki tanggung jawab besar, absensi dan *turn overnya* rendah (Robbins 2006; Simanjutak 2011).

Hasil penelitian Achmad S (2012), terdapat hubungan antara umur dengan kinerja kepala ruang rawat inap RS Tugu Ibu Depok. Hubungan umur dengan kinerja harian kepala ruang bepola negatif artinya semakin tinggi umur maka nilai kinerja harian semakin rendah.

Fungsi manajemen kepala ruang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian. Perencanaan disini merupakan suatu proses pemikiran dan penentuan tentang hal-hal yang akan dilaksanakan di masa yang akan datang meliputi penggunaan sumber daya dan kebijakan yang dirumuskan dalam rencana yang mencakup pengaturan tenaga sehingga perencanaan harus dibuat secara akurat dan tepat. Kepala ruang Flamboyan sudah membuat visi, misi, rencana harian, bulanan, dan tahunan, memimpin operan *pre conference* tepat waktu, membuat uraian tugas berdasarkan tim Fungsi manajemen kepala ruangan yang berupa pengorganisasian adalah sudah ada struktur organisasi, jadwal dinas, dan daftar pasien.

Parmin (2010) berpendapat bahwa pelaksanaan fungsi manajemen pengorganisasian kepala ruangan berupaya untuk mencapai tujuan secara

sistematik, sehingga ada pembagian tugas yang jelas, ada koordinasi yang baik, ada satu kesatuan komando, terdapat pembagian tanggung jawab dan wewenang yang sesuai dengan kemampuan serta ketrampilan dari perawat pelaksana serta terjalin hubungan antara perawat pelaksana dan kepala ruangan. Fungsi pengorganisasian yang dilaksanakan dengan baik diharapkan dapat meningkatkan motivasi perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Fungsi manajemen berupa pengarahan yang sudah dilakukan kepala ruangan adalah melakukan operan dan *pre conference* secara rutin setiap hari, kalau kepala ruangan berhalangan digantikan oleh ketua tim sedangkan *post conference* tidak dilakukan, berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruang Flamboyan. Pengarahan yang belum dilakukan oleh kepala ruangan adalah supervisi ke ketua tim maupun supervisi ke perawat pelaksana. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Pribadi (2009) yang menyatakan bahwa perawat mempunyai persepsi yang baik tentang supevisi kepala ruang. Supervisi merupakan bagian penting dari manajemen keperawatan, karena dengan supervise dapat mengatasi masalah organisasi dengan cepat. Pelaksanaan supervisi bukan hanya untuk mengawasi apakah seluruh staf keperawatan menjalankan tugas dengan baik, sesuai dengan aturan yang telah digariskan, tetapi supervisi juga melihat bagaimana memperbaiki proses keperawatan yang sedang berlangsung.

Alasan kepala ruang belum melakukan supervisi adalah karena belum ada SPO supervisi di RSUD Dr. Iskak Tulungagung selain itu juga

kondisi ruangan yang sibuk. Supervisi tetap harus dilakukan karena akan diperoleh banyak manfaat antara lain: dapat meningkatkan efektifitas kerja, peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan ketrampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis. Manfaat berikutnya adalah meningkatkan efisiensi kerja, peningkatan efisiensi kerja ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta, dan sarana) yang sia-sia dapat dicegah. Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan sama artinya dengan tercapainya suatu tujuan organisasi. Fungsi manajemen kepala ruangan yang terakhir adalah pengendalian atau pengontrolan.

Fayol (1998) mendefinisikan kontrol sebagai pemeriksaan apakah segala sesuatunya terjadi sesuai dengan rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, serat prinsip-prinsip yang ditentukan, yang bertujuan untuk menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat diperbaiki dan tidak terjadi lagi. Kepala ruang Flamboyan sudah membuat laporan BOR, TOI, AVLOS, INOS setiap bulannya tetapi kepala ruang belum melakukan survey kepuasan untuk perawat.

Ketua tim mendapatkan nilai rerata observasi pendekatan manajemen cukup. Ketua tim yang diobservasi terdiri dari dua orang yaitu perempuan dan laki-laki dengan rentang usia 31-40 tahun. Dessler (1997) menyatakan pada usia tersebut seseorang berada pada tahap pematangan pilihan karir untuk mencapai tujuan dan puncak karir. Usia dapat



mendukung kinerja perawat, karena usia biasanya berkaitan dengan masa kerja. Namun demikian, orang yang berusia muda juga dapat menunjukkan kinerja yang baik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kinerja perawat.

Perencanaan yang sudah dibuat oleh ketua tim yaitu semua ketua tim yang diobservasi sudah membuat rencana harian dan bulanan, menkoordinir jadwal dinas tim masing-masing, melengkapi daftar pasien dengan nama perawat. Namun ketua tim belum pernah memimpin *pre conference* dan *post conference* mini. Berdasarkan hasil observasi pada lampiran 11 dan 12 di halaman 149 dan 150 tampak pada poin 8 dan 9 yang bernilai 1 dikarenakan kedua ketua tim belum pernah melakukan supervisi kepada perawat pelaksana. Supervisi memungkinkan seorang ketua tim keperawatan dapat menemukan berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang yang bersangkutan melalui analisis yang secara komprehensif bersama-sama dengan anggota perawat secara efektif dan efisien (Arwani, 2006).

Nilai rerata observasi perawat pelaksana pada pendekatan manajemen adalah kurang (55,71%). Perawat pelaksana yang diobservasi adalah sebanyak tujuh orang, terdiri dari tiga orang perawat perempuan dan tiga orang perawat laki-laki, yang berusia sebagian besar adalah 21-30 tahun (85,71%). Mulyaningsih (2013) berpendapat tidak ada hubungan antara jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan masa kerja dengan kinerja perawat. Penelitian Mulyaningsih sejalan dengan penelitian Rivai dan Mulyadi (2010) bahwa usia tidak selalu mempengaruhi kinerja. Orang

yang sudah tua terkadang lebih menikmati pekerjaan, menyebabkan orang tersebut orang tersebut serius dalam melakukan pekerjaan. Jenis kelamin perempuan mendominasi perawat pelaksana di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung. Seorang perempuan memiliki sifat atau naluri keibuan yang sangat dibutuhkan bagi seorang perawat. Perawat perempuan diharapkan dengan sifat dan naluri yang dimiliki tersebut bisa memberikan perhatian ke pasien. Hasil penelitian Mulyaningsih (2013) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan kinerja.

## **6.2 *Constraint* (kendala) dari sistem kompensasi dan penghargaan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung**

Pada tabel 5.3 halaman 108 dapat diketahui nilai observasi sistem kompensasi dan penghargaan dalam pelaksanaan MPKP kepala ruangan adalah kurang (25%), untuk lebih jelasnya bisa dilihat pada lampiran 10 halaman 148 poin 21 dan 22 yang isinya kepala ruangan tidak pernah memberikan *rewards* berupa pujian kepada ketua tim atau perawat pelaksana yang bisa menyelesaikan tugas dengan baik, selain itu kepala ruangan juga belum pernah memberikan motivasi/semangat kepada bawahannya saat bawahan sedang mengalami masalah baik itu masalah di ruangan atau masalah pribadi. Ketika dilakukan wawancara dengan kepala ruangan pada bulan Februari 2016, memang di Flamboyan belum terbiasa untuk melakukan budaya saling memberikan pujian, hal ini yang membuat

kepala ruang enggan untuk memberikan pujian saat perawat pelaksana bisa melakukan tugasnya dengan baik.

Berdasarkan hasil observasi pada bulan Juni 2016, saat melaksanakan operan pagi, ada salah satu perawat pelaksana yang salah dalam menyebutkan nama terapi yang diberikan ke pasien, hal tersebut menjadi bahan tertawaan perawat lainnya, seharusnya kepala ruangan sebagai pimpinan di ruangan tersebut mampu mengendalikan situasi dan segera mengembalikan suasana operan. Hal tersebut bisa disimpulkan bahwa peran kepala ruang untuk memberikan motivasi dan arahan masih sangat kurang sesuai penelitian Wibowo (2012) salah satu motivator yang dapat digunakan adalah manajer untuk menciptakan motivasi dan meningkatkan produktivitas, namun sering terabaikan dan kurang dimanfaatkan adalah sistem penghargaan. Untuk pengembangan staf kepala ruangan sudah mempunyai data perawat yang akan mengikuti seminar atau perawat yang akan melanjutkan pendidikan ke tingkat selanjutnya.

Pada tabel 5.3 di halaman 108 juga bisa diketahui nilai observasi sistem kompensasi dan penghargaan dari ketua tim adalah cukup (70,84%) untuk lebih jelasnya bisa dilihat pada lampiran 11 dan 12 di halaman 149 dan 150 di poin 10, 11 dan 12. Pada poin 10 ketua tim B sudah menerapkan memberikan *reward* berupa pujian kepada perawat pelaksana setelah melakukan tugas yang didelegasikan. Ketua tim A juga sudah memberikan pujian meski tidak dilakukan setiap hari. Pada poin 11 dan 12 kedua ketua tim memiliki nilai 1, di poin 11 kedua ketua tim tidak pernah

memberikan dukungan kepada perawat pelaksana ketika mengalami kesulitan atau masalah dan poin 12 kedua ketua tim sama-sama belum pernah melakukan penilaian kinerja.

Evaluasi kinerja perawat dimaksudkan sebagai umpan balik kepada perawat itu sendiri mengenai pandangan terhadap organisasi terhadap kinerja perawat sebagai dasar alokasi *reward* dan menetapkan keputusan (Rivai & Mulyadi 2010). Kinerja perawat dipengaruhi oleh beberapa faktor baik faktor internal maupun eksternal. Hasil penelitian Syah (2014) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam pemberian pelayanan antara lain umur, pendidikan, status kepegawaian, motivasi, kompensasi, dan iklim kerja.

Penilaian kinerja penting dilakukan karena berpengaruh pada *reward* yang akan diterima dari rumah sakit. Seharusnya ketua tim secara rutin melakukan evaluasi kinerja supaya bisa mengetahui pola kerja bawahannya, bisa juga digunakan untuk masukan kepada kepala ruang untuk penilaian SPK nya. Nilai dari kinerja yang rendah bisa diketahui penyebabnya kemudian segera ditindaklanjuti. Penindak lanjutan tersebut sebelumnya dirapatkan kepada kepala seksie keperawatan dan kepala bidang keperawatan.

Lembar observasi sistem kompensasi dan penghargaan untuk perawat pelaksana memang tidak tersedia, karena penulis fokus untuk mengobservasi tindakan memberikan *reward* yang berupa pujian dari kepala ruang dan ketua tim untuk bawahan.

### **6.3 Constraint (kendala) pada hubungan profesional dalam pelaksanaan MPKP di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung**

Nilai observasi kepala ruangan pada hubungan profesional adalah kurang yaitu sekitar 41,67% untuk lebih jelas dapat dilihat pada lampiran 10 halaman 148, pada poin 23 yaitu kepala ruangan jarang melakukan pertemuan periodik atau rapat di ruangan. Rapat dilakukan bila ada suatu kejadian atau masalah yang membutuhkan pembahasan bersama, pada poin 24 nilai observasi nya 1 karena di Flamboyan belum pernah diadakan ronde keperawatan. Ronde keperawatan merupakan suatu metode dalam pelayanan keperawatan yang berguna untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien dan memberikan masukan kepada perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada kepala ruang pada bulan Februari 2016, memang di Flamboyan belum pernah dilakukan ronde keperawatan, jika ada kasus pasien yang menarik biasanya hanya dibahas internal antar perawat saja. SPO tentang ronde keperawatan juga belum ada, selain itu kesibukan ruangan juga menjadi faktor belum dilakukannya ronde keperawatan. Padahal suasana yang memotivasi, membina komunikasi, serta memfasilitasi kerjasama dapat dilakukan pada saat ronde keperawatan yang dilakukan oleh seorang manajer keperawatan dengan perawat. Salah satu strategi yang memungkinkan perawat mengembangkan proses dan ketrampilan untuk memfasilitasi ekonomi, pengambilan keputusan, hubungan tim yang efektif, serta status profesional adalah ronde keperawatan (Aitken, et al 2010). Ronde

keperawatan sebenarnya memiliki tujuan dan manfaat antara lain: 1) melihat kemampuan staf dalam manajemen, 2) menyediakan kesempatan pada staf perawat untuk belajar meningkatkan penilaian ketrampilan klinis, sedangkan manfaatnya meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan pada perawat, 2) melalui kegiatan ronde keperawatan dapat mengevaluasi kegiatan yang telah diberikan pada pasien berhasil atau tidak.

Nilai rerata observasi hubungan profesional ketua tim baik (93,75%), para ketua tim di Flamboyan sudah membina hubungan baik antartenenaga medis. Mereka secara cekatan dan bertanggung jawab mendampingi dokter untuk visit ke pasien.

Perawat pelaksana nilai rerata observasinya cukup (70%). Perawat pelaksana di Flamboyan belum pernah melaksanakan ronde keperawatan hanya diskusi kasus antar sejawat saja. Namun, diantara tujuh perawat pelaksana yang diobservasi hanya empat perawat (57,14%) yang sudah melakukan strategi komunikasi dengan baik. Pelayanan keperawatan bisa diberikan secara optimal dengan membutuhkan komunikasi yang efektif. Kegiatan komunikasi yang kurang efektif menyebabkan menurunnya intensitas dan durasi pemberian pelayanan kepada pasien, sehingga pemberia pelayanan menjadi monoton dan tidak holistic (Sugiharto, Keliat, Sri, 2012). Hasil penelitian Chaboyer, Mc Murray, dan Wallis (2007) di Australia dan sejumlah Negara lain menunjukkan bahwa kurang lebih 30% aktivitas keperawatan bergantung dari komunikasi. Apabila komunikasi dan pengetahuan perawat baik, maka pelayanan yang

diberikan efisien dan efektif, sebaliknya, apabila komunikasi dari tim kerja perawat buruk, maka hasil yang dicapai pun akan buruk.

#### **6.4 *Constraint* (kendala) dari sistem pemberian asuhan keperawatan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung**

Berdasarkan tabel 5.5 di halaman 108 dapat dilihat nilai rerata observasi kepala ruang, ketua tim, dan perawat pelaksana sudah baik namun ternyata di Flamboyan kegiatan pendidikan kesehatan masih belum rutin dilaksanakan. Kepala ruang sebenarnya sudah memiliki jadwal penyuluhan, tetapi kadang pelaksanaan belum sesuai dengan jadwal. Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi/teori dari seseorang ke orang lain dan seperangkat prosedur, tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok, atau masyarakat sendiri (Wahid Iqbal & Nurul C 2009) sedangkan tujuan penkes menurut Rusli Lutan dkk (2000) adalah meningkatkan perilaku sehat yang meliputi pilihan, tindakan, kebiasaan yang positif bagi perkembangan gaya hidup yang sehat, adapun fungsi pendidikan kesehatan adalah menanamkan pengertian dan pemahaman terhadap beberapa aspek yang terkait dengan pencapaian derajat sehat. Ketika dikonfirmasi kepada kepala ruangan, BOR ruangan yang tinggi, membuat para perawat menghabiskan waktu dengan asuhan keperawatan

sesuai kasus masing-masing pasien, biasanya pendidikan dilakukan per pasien sambil melakukan tindakan.

#### 6.5 Pemecahan masalah hasil TOC melalui *five focusing steps*

Untuk mengevaluasi pelaksanaan MPKP, penulis menggunakan pendekatan *Theory of Constraint* (TOC), berikut lima langkah yang digunakan untuk menyelesaikan masalah yang ada:

- 1) *identify the constraint*: RSUD Dr. Iskak Tulungagung sebenarnya sudah menjalankan MPKP selama empat tahun ini (2012-2016), namun dalam kurun waktu tersebut belum pernah ada kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh pihak manajerial. Penulis telah melakukan identifikasi kendala pada pelaksanaan MPKP. Kendala yang ditemukan antara lain:

##### (1) Pendekatan manajemen:

Hasil dari observasi pendekatan manajemen di Flamboyan terdapat empat kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruang secara garis besar terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian. Perencanaan yang dilakukan kepala ruangan sudah terlaksana dengan baik, Kepala ruangan sudah mempunyai rencana jangka pendek, jangka menengah, dan jangka panjang selain itu di ruang Flamboyan juga sudah mempunyai visi, misi, dan kebijakan sendiri. Pengorganisasian di ruang Flamboyan terdiri dari: ada struktur organisasi, daftar dinas ruangan, dan daftar pasien. Pengarahan yang sudah dilakukan di ruang Flamboyan antara lain kepala ruang sudah mampu menciptakan iklim motivasi, tapi kegiatan supervisi yang termasuk pengarahan belum dilaksanakan.



Kegiatan pendekatan manajemen yang terakhir adalah pengendalian. Kegiatan yang belum dilaksanakan pada pengendalian adalah survey kepuasan perawat.

(2) Sistem kompensasi dan penghargaan

Sistem kompensasi dan penghargaan yang sudah berjalan di Flamboyan antara lain kepala ruangan melakukan penilaian kinerja ketua tim dan perawat pelaksana, kepala ruangan juga sudah melaksanakan pengembangan staf, namun budaya memberikan pujian dan motivasi masih rendah

(3) Hubungan profesional

Kegiatan hubungan profesional yang sudah dilaksanakan di Flamboyan adalah rapat periodik sesama perawat, sedangkan ronde keperawatan yang membahas kasus-kasus menarik di Flamboyan belum dilaksanakan.

(4) Sistem pemberian asuhan keperawatan

Kepala ruangan sudah menetapkan model asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi ruang Flamboyan yaitu model tim-primer modifikasi atau modular. Selain itu ketua tim dan perawat pelaksana juga turut menjalankan model asuhan keperawatan yang dibentuk kepala ruang.

Jadi kendala-kendala yang ditemukan dalam pelaksanaan MPKP adalah belum ada kegiatan supervisi, belum ada survey kepuasan perawat, budaya memberikan *rewards* yang berupa pujian yang masih rendah, belum terlaksana ronde keperawatan.

2) *Exploit the system's constraint*: memanfaatkan sistem yang ada, mengatur

sumber daya yang dimiliki untuk meminimalkan kendala. Semua kendala yang ditemukan adalah kendala internal, sebaiknya hal tersebut dibuat laporan untuk didiskusikan kepada kepala seksie keperawatan atau kepala bidang keperawatan. Kepala seksie atau kepala bidang keperawatan akan menindaklanjuti laporan yang dibuat penulis. FGD yang sudah dilakukan melibatkan orang struktural yang terdiri dari kepala seksie keperawatan dan komite keperawatan kemudian dari pelayanan ada kepala ruang Flamboyan, ketua tim, perawat pelaksana, perwakilan perawat dari ruang lain beserta pakar yang diundang yaitu tim pemateri MPKP.

Hasil FGD adalah membahas kendala dan penyelesaiannya. Kendala yang pertama yaitu supervisi. Kepala ruangan maupun ketua tim di ruang Flamboyan belum pernah melakukan supervisi. Padahal tupoksi kepala ruang sudah jelas salah satunya melakukan pengendalian berupa supervisi begitupun juga dengan ketua tim. Ronde keperawatan juga belum pernah dilakukan di Flamboyan. Wawancara yang pernah dilakukan pada bulan Januari 2016 kepada kepala ruangan berkaitan dengan ronde keperawatan adalah sebenarnya kepala ruang mengetahui bila ronde keperawatan harus dilakukan, mengingat banyak kasus menarik yang terjadi di Flamboyan tetapi karena kesibukan ruangan maka ronde tersebut sampai sekarang belum bisa terlaksana. Kendala yang ketiga yaitu budaya saling memberikan *rewards* atau motivasi yang masih kurang. Hal ini bisa diatasi dengan komitmen bersama teman-teman Flamboyan untuk saling menghargai dan kompak di ruangan, tentunya hal ini tidak lepas dari peran kepala ruangan untuk senantiasa memotivasi rekan-rekan sejawat.

- 3) *Subordinate everything else to the above decision*: Setelah menemukan kendala di langkah kedua dan telah diputuskan bagaimana mengelola kendala tersebut maka harus dievaluasi apakah kendala tersebut masih menjadi kendala pada pelaksanaan MPKP atau tidak. Jika tidak maka akan menuju langkah kelima, tetapi jika iya maka akan menuju ke langkah keempat. Pada langkah ketiga ini, kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana ruang Flamboyan bekerjasama dalam menyelesaikan kendala dibantu pihak manajerial sebagai konsultan atau supervisor.
- 4) Langkah keempat tidak perlu dilakukan karena kendala yang ditemukan sudah bisa dicari penyelesaiannya.
- 5) *Repeating the process*: Mengulangi proses keseluruhan. Proses TOC ini akan diulang seperti sebuah siklus sama artinya dengan monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP ini juga dilakukan secara terus menerus karena bisa saja terjadi solusi yang ditetapkan bisa berubah menjadi kendala di suatu hari.

Penjabaran hasil nilai rerata observasi kemudian dibahas melalui FGD. Partisipan FGD terdiri dari 10 orang yang terdiri dari kepala bidang keperawatan, kepala seksie keperawatan, komite keperawatan, kepala ruang Flamboyan, ketua tim Flamboyan, perawat pelaksana Flamboyan, serta beberapa perawat perwakilan ruangan lain. FGD ini dibimbing oleh narasumber sekaligus pakar dari Stiker Karya Husada yang juga merupakan tim pemateri MPKP di RSUD Iskak tahun 2012 yang lalu. Diskusi pakar bertujuan untuk menyamakan persepsi tentang kendala-kendala yang ditemukan di MPKP RSUD Dr. Iskak, dan bagaimana cara menyelesaikan kendala tersebut.

Kendala yang utama dari pendekatan manajemen yaitu belum ada supervisi terjadwal dari kepala ruangan dan ketua tim disebabkan jadwal ruangan yang sibuk, namun supervisi ini diperlukan untuk mengetahui kinerja ketua tim dan perawat pelaksana di ruang Flamboyan. Manfaat dari supervisi antara lain 1) dapat meningkatkan efektifitas kerja, peningkatan efektifitas kerja ini erat kaitannya dengan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antar atasan dan bawahan, 2) supervisi dapat meningkatkan efisiensi kerja, peningkatan efisiensi kerja erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta, sarana) yang terbuang sia-sia akan bisa dicegah. Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, sama artinya dengan telah tercapainya tujuan suatu organisasi. Tujuan pokok dari supervisi ialah menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat, dalam arti lebih efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan memuaskan (Suarli & Bahtiar 2009). Jadi mulai bulan depan seharusnya kepala ruang dan ketua tim segera membuat SPO supervisi untuk ruangan dan menjadwalkan supervisi ke anak buahnya

Kendala utama pada sistem kompensasi dan penghargaan baik kepala ruang atau ketua tim jarang memberikan *reward* dalam hal ini pujian atau *support* ketika anak buah selesai mengerjakan tugas dengan baik ataupun bila ada anak buah yang sedang dalam masalah. Padahal sumber daya manusia sangat penting artinya didalam menentukan

kelangsungan hidup suatu perusahaan, oleh karena itu selalu diperhatikan agar kelancaran tindakan keperawatan tetap terpelihara dan semakin meningkat. Unsur terpenting dari perusahaan dalam hal ini rumah sakit adalah tenaga kerja. Tenaga kerja merupakan bagian yang integral dari suatu perkumpulan faktor-faktor produksi dan memegang peranan penting disbanding faktor-faktor lain. Mengingat sedemikian pentingnya faktor tenaga kerja, maka perusahaan perlu memberikan reward dan motivasi kepada bawahan dalam menjalankan tugas-tugas keperawatan (Widayanti 2009). Bekerjanya seseorang dalam suatu organisasi atau perusahaan tersebut tidak hanya untuk memperoleh upah atau gaji akan tetapi juga imbalan. Imbalan yang dimaksudkan untuk memenuhi berbagai kebutuhan, untuk maksud tersebut manajemen diharapkan mampu menerapkan suatu imbalan yang efisien. *Rewards* yang dirancang suatu perusahaan harus mampu memacu kinerja karyawan agar berprestasi pada tingkat yang tinggi. Sebaiknya mulai diberlakukan budaya untuk memberikan *reward* dan *support* ke anak buah meskipun terkesan sepele kata-kata *rewards* dan *support* tersebut dapat memberikan semangat kerja dan perasaan dihargai oleh pimpinan.

Kendala utama pada hubungan profesional yaitu ronde keperawatan belum pernah dilakukan, sebelumnya bila ada kasus pasien yang menarik hanya dibahas intern saja, hal ini dilakukan karena kesibukan dokter spesialis yang merawat pasien serta kesibukan di ruangan sendiri. Sebenarnya hal ini dapat disiasati dengan cara memilih hari dimana kegiatan yang bersifat non rutin tidak dilakukan misalnya di

hari itu tidak kegiatan ruangan seperti pendidikan kesehatan atau supervisi ketua tim dan sebagainya. Untuk dokter spesialis yang merawat bisa diwakili oleh dokter penanggung jawab di ruangan asal dokter tersebut sudah mempelajari kasus pasien nanti bila ada kesulitan bisa dikonsultasikan ke seniornya. Kegiatan ronde keperawatan bagus untuk dilakukan, selain masalah pasien yang unik bisa teratasi juga membina hubungan baik antara petugas medis, baik itu perawat, dokter, ahli gizi, analis kesehatan, dll.

Sistem pemberian asuhan keperawatan tidak ditemukan kendala, namun perlu membuat jadwal pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga

## **6.6 Keterbatasan Penelitian**

1. Lembar observasi untuk perawat pelaksana pada sistem kompensasi dan penghargaan belum ada

## BAB 7

## PENUTUP

## BAB 7

### KESIMPULAN

#### 7.1 Kesimpulan

1. Kendala pilar pendekatan manajemen adalah belum ada supervisi pelaksanaan MPKP.
2. Kendala pilar sistem kompensasi dan penghargaan adalah kurangnya *reward* yang berupa pujian dan motivasi dari kepala ruang dan ketua tim untuk perawat pelaksana.
3. Kendala pilar hubungan professional adalah belum terlaksananya ronde keperawatan
4. Tidak ditemukan kendala pada pilar sistem pemberian asuhan keperawatan
5. Pemecahan masalah berdasarkan *five focusing steps* TOC antara lain:
  - 1) kendala yang ada pada pelaksanaan MPKP antara lain: belum ada supervisi, belum ada budaya saling memberikan *rewards* dalam bentuk pujian, belum terlaksana ronde keperawatan.
  - 2) Semua kendala yang ditemukan adalah kendala internal, sebaiknya hal tersebut dibuat laporan untuk didiskusikan kepada kepala seksie keperawatan atau kepala bidang keperawatan. Kepala seksie atau kepala bidang keperawatan akan menindaklanjuti laporan yang dibuat penulis.,
  - 3) mengelola kendala tersebut maka harus dievaluasi apakah kendala tersebut masih menjadi kendala pada pelaksanaan MPKP atau tidak
  - 4) Langkah keempat tidak perlu dilakukan karena kendala yang ditemukan sudah bisa dicari penyelesaiannya



## 5) Mengulangi proses keseluruhan

### 7.2 Saran

#### 1. Bagi RSUD Dr. Iskak Tulungagung

- 1) Kepala ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung melalui kepala bidang keperawatan mengajukan permohonan kepada direktur rumah sakit untuk membentuk tim yang akan menyusun SPO supervisi dan ronde keperawatan.
- 2) Kepala ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung mengadakan pertemuan bersama ketua tim yang isinya membuat peraturan untuk membiasakan budaya saling memberikan pujian dan motivasi kepada perawat pelaksana
- 3) Seluruh staf *baik* itu dokter, perawat, *cleaning service* Flamboyan untuk mempertahankan asuhan keperawatan yang holistik kepada seluruh pasien dengan cara menjaga mutu kualitas pelayanan.
- 4) Berdasarkan *five focusing steps* TOC
  - (1) Kepala bidang keperawatan mengajukan permohonan ke direktur untuk membentuk tim yang ditugaskan untuk membuat SPO supervisi dan ronde keperawatan.
  - (2) Penulis bersama kepala seksie atau kepala bidang keperawatan melaksanakan FGD untuk menindak lanjuti kendala yang ada
  - (3) Kepala seksie keperawatan bekerjasama dengan kepala ruang mengevaluasi solusi TOC yang diberikan saat FGD

- (4) Kepala seksi dan kepala bidang keperawatan diharapkan rutin melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP dengan pendekatan TOC, karena solusi yang diberikan saat pemecahan masalah TOC bisa menjadi kendala di waktu tertentu
2. Bagi penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian tentang efektivitas monitoring dan evaluasi pelaksanaan MPKP dengan pendekatan *Theori of Constraint* (TOC).

# DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

**DAFTAR PUSTAKA**

- Achmad S (2012). Efektifitas Perencanaan Harian Terhadap Kinerja Harian Kepala Ruang Di Ruang Rawat Inap RS Tugu Ibu Depok. *Tesis keperawatan*
- Aitken, L.M., Burmeister E., Clayton S., Dalais C., dan Gardner G (2010). The Impact Of Nursing Rounds On The Practice Environment & Nurse Satisfaction in Intensive Care: Pre-test Post-test comparative study. *International Journal of Nursing Studies* 48(2011) 918-925
- Alligood, M. R. dan Tomey. A. M. (2010). *Nursing theorist and their work*. Seventh Edition. St Louis, Missouri: Elseiver Mosby.
- Arwani dan Heru Supriatno (2006). *Manajemen Bangsal Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Arikunto, Suharsimi (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta. Rineka Cipta
- Avraham, J., dan Reddy, M.C. (2009) Challenges to Inter-departmental Coordination of Patient Transfers: a Workflow Perspective. *Int. J. of Medical Informtics* 79:112-122
- Bahtiar, Yanyan dan Suarli, S. (2002). *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga
- Balderstone, SJ. Dan Mabin, VJ. (2000) *A Review Of Goldratt's Theory of Constraints* (TOC). Lessons from the International Literature. <http://orsnz.org.nz/conf33/papers/p79.pdf> (sitasi 12 Desember 2015)
- Curtis Elizabeth A, Jan de Vries, Sheerin F.K. (2011). Developing Leadership in Nursing: Exploring Core Factors. *British Journal of Nursing*. Vol. 20, no. 5, Februari 2011, hal. 306-309
- Deni K dan Agus S, (2013). Hubungan Pemberian *Reward* Ucapan Terima Kasih Dengan Kedisiplinan Waktu Saat Mengikuti Timbang Terima Perawat Ruang Bedah Pada RS Negeri Di Semarang. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, Vol. 1, no. 2, November 2013. Hal. 95-99
- Dhinarmita N, Inge H, dan Agus S, (2013). Pengaruh Motivasi Perawat dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Pada Rumah Sakit Pemerintah Di Semarang. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, Vol. 1, No.2, November 2013. Hal. 138-145

- Direktoral Jenderal PP dan PL Kemenkes RI (2012). *Panduan Riset Operasional TB Edisi 2. Kelompok Kerja Riset Operasional TB*. Jakarta
- Cox J.F., dan S, J. (2010). *Theory Of Connstraints Handbook*. New York: The MacGraw Hill Companies
- Gabr, Hala dan Neamad, Mohammed(2011). *Academic Research International: Job Characteristics Model To Redesign Nursing CareDelivery System In General Surgical Unit*
- Goldratt, E.M. (1990) *What is This Think Called Theory of Contraints and How Should it Be Implemented? North River Press. University of Indiana. En.Bookfi.org* (sitasi 27 Januari 2015)
- Hamid, A. (2000). *Peran Profesi Keperawatan*. Jakarta. Bina Sehat.
- Indah, S. (2010). *Gambaran Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Menurut Persepsi Perawat Pelaksana di Irna B RSUP Fatmawati Jakarta.Skripsi. FIK Universitas Indonesia*
- Institute of Management Accountant (1999). *Theory of Constraint (TOC) Management System of Fundamental*. United State of America
- Keliat, Budi A dan Akemat 2007. *Model Praktik Keperawatan Jiwa*. Jakarta. EGC
- Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia (Kemendikbud RI 2013). *Modul Pelatihan: Pengembangan Sistem Monitoring dan Evaluasi Program-program Pendidikan*. Jakarta
- Lupiah (2008), *Hubungan faktor-faktor motivasi dengan kinerja perawat dalam melaksanakanasuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Malang*, diakses 12 Agustus 2016, [http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/11096476\\_2085-9341.pdf](http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/11096476_2085-9341.pdf)
- Mabin, Victoria (2000). *Goldratt's "Theory of Constraints" Thinking Processes: A Systems Methodology linking Soft with Hard*. School of Business and Public Management Victoria University of Wellington. <https://core.ac.uk/download/files/379/11710999.pdf>. Diakses tanggal 9 Maret 2016
- Marquis dan Huston (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan. Teori dan Aplikasi*. Alih bahasa: Widyawati dan Handayani. Jakarta. Edisi 4. EGC.
- Moerdiyanto (2008). *Teknik Monitoring dan Evaluasi (Monev) dalam Rangka Memperoleh Informasi untuk Pengambilan Keputusan Manajemen*.

[staff.uny.ac.id/sites/default/files/penelitian/Drs...%20M.../ARTIKEL%20MONEV.pdf](http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/penelitian/Drs...%20M.../ARTIKEL%20MONEV.pdf) (diakses tanggal 20 Maret 2016)

- Mulan, Michel, M (2008). Peran Penerapan Model Praktik Keperawatan Professional Terhadap Kinerja Perawat Di Rumah Sakit Jiwa DR. Soeharto Heerdijan. *Tesis keperawatan*
- Mulyaningsih, (2013). Peningkatan Kinerja Perawat Dalam Penerapan MPKP Dengan Supervisi Oleh Kepala Ruang Di RSJD Surakarta, *Jurnal Manajemen Keperawatan* vol. 10 No. 1 Februari 2013
- Nave, Dave (2002). How To Compare Six Sigma, Lean and the Theory of Constraints: A framework for choosing what's best for your organization. <http://leaninstituut.nl/publications/ASQ%20story%20quality,sigma%20and%20lean.pdf> diakses 12 Januari 2016
- Nungky, NK (2014). Kajian Implementasi Program Keselamatan Pasien berdasarkan *Theory of Constraint (TOC)* di Rumah Sakit Orthopedi dan Traumatologi Surabaya, *tesis*. FKM Unair, Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 5. Jakarta : Salemba Medika.
- Nurul dan Mubarak, Wahid Iqbal (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Parmin, (2010). Hubungan Pelaksanaan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Dengan Motivasi Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RSUP Undata Palu, *tesis*. FIK UI, Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia.
- Peraturan pemerintah no. 39 tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan
- Potter & Perry. (2009). *Fundamental of nursing*. Edisi Ke 7. Buku 1. Jakarta : EGC.
- Rahayu, Puji. (2011). Penerapan model asuhan keperawatan professional (MAKP) Tim dan Tim Primer dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Haji Surabaya. *Tesis Keperawatan..*
- Rivai, V., Mulyadi, D (2010), *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Jakarta.PT Raja Grafindo Persada
- Robbins, SP dan Judge , TA (2008), *Perilaku Organisasi*, edisi 10, PT Indeks Gramedia

- Rusli Lutan (2000), *Asas-asas Pendidikan Jasmani Pendekatan Pendidikan Gerak di Sekolah Dasar*. Jakarta: Direktorat Jenderal Olah raga, Depdiknas
- Ryan, E. A. (2013)/STEPS:Lean Thinking, Theory of Constraints and Identifying Bottleneck in an Emergency Department. <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/281738/1/Article6736.pdf> (sitasi 20 November 2015)
- Saarnio R, Suhonen M, Isola Arja. (2016). Nurse Managers' Visions Of Future Challenges in Health Care Organizations, *Journal of Nursing*, Vol.3, No.5, p. 1-8
- Sardiman, AM. (2011). *Interaksi Dan Motivasi Belajar Mengajar*. PT Rajagrafindo: Jakarta
- Siagian P, Sondang (2000). *Peranan Staf dalam Manajemen*. Jakarta : Gumi Aksara.  
\_\_\_\_\_. *Fungsi-fungsi Manajerial*. Jakarta : Bumi Aksara
- Simanjutak, (2011). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta. FE Universitas Indonesia
- Sitorus, R (2011), *Manajemen Keperawatan: Manajemen Keperawatan di Ruang Rawat*, Sagung Seto, Jakarta.
- Suarli & Bahtiar (2009), *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktik*. Jakarta :Erlangga
- Sugiharto, Keliat, Sri (2012). *Manajemen Keperawatan Aplikasi MPKP di Rumah Sakit*. Jakarta :EGC
- Suparman (2003). Analisis Tingkat Kepuasan Pasien di Paviliun Melati dan Ruang Rawat Model Praktik Keperawatan Perjan Rumah Sakit DR. Cipto Mangunkusomo. *Tesis Kesehatan Masyarakat*
- Suratmi (2011). Pengaruh Pelatihan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MPKP) Tim Terhadap Penerapan MAKP Tim Perawat Di RSUD Soegiri Lamongan, *tesis Fakultas Keperawatan Unair*
- Sutopo, H.B (2006). *Penelitian Kualitatif : Dasar Teori dan Terapannya Dalam Penelitian*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Syah, N (2004) Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat dalam Pemberian Pelayanan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Pekanbaru Tahun 2004, *Tesis Universitas Diponegoro*



- TCI (2013). *History of Theory of Constraint*. Theory of Constraint Institute:  
<http://www.tocinstitute.org/history-of-toc.html> (sitasi 10 Desember 2015).
- Wibowo (2012). *Manajemen Kinerja*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Wijaya, Andi. (2013). *Pengantar Riset Operasi*. Jakarta : Mitra Wacana Media
- Wollman N Dunn.(2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik* (terjemahan).  
Yogyakarta, Gajahmada University Press.
- Zaenuddin, Saleh(2012). Pengaruh Ronde Keperawatan Terhadap Tingkat Kepuasan Kerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, *tesis*, FIK UI

# LAMPIRAN

**Lampiran 1****LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Wiwid Yuliasuti

NIM : 131414153010

adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

**“Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung”**

Untuk maksud di atas, saya mohon kesediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut. Adapun hal-hal yang perlu Anda ketahui adalah:

1. Tujuan penelitian ini adalah memonitoring dan mengevaluasi pelaksanaan MPKP di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
2. Identitas Anda akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti.
3. Penelitian ini tidak akan memungut biaya apapun dari Anda.
4. Kerahasiaan informasi Anda berikan akan dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.
5. Jika Anda bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang telah saya siapkan. Apabila Anda tidak bersedia, peneliti tidak akan memaksa untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas perhatian dan partisipasi Anda saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Wiwid Yuliasuti

**Lampiran 2****Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian****(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia menjadi peserta / responden penelitian yang dilakukan oleh Wiwid Yuliasuti mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul :

**“ Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung”**

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kode Responden (diisi oleh peneliti):
--

Tulungagung,.....2016

Yang menyetujui,

(.....)

**Lampiran 3****LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN  
BAGI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya sebagai peneliti,

Nama : Wiwid Yuliasuti  
NIM : 131414153010  
Prodi : Magister Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Universitas : Airlangga

Saya bermaksud melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan tugas akhir.

**Judul Penelitian :**

MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) DENGAN PENDEKATAN *THEORY OF CONSTRAINT* (TOC) DI RUANG FLAMBOYAN RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG

**Tujuan Penelitian****Tujuan Umum**

Memonitoring dan mengevaluasi pelaksanaan MPKP dengan pendekatan *theory of constraint* (TOC) di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung

**Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi *constraint* (kendala) pada pendekatan manajemen dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?.
2. Mengidentifikasi *constraint* (kendala) dari hubungan profesional dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung
3. Mengidentifikasi *constraint* (kendala) dari sistem kompensasi dan penghargaan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
4. Mengidentifikasi *constraint* (kendala) dari sistem asuhan keperawatan dalam pelaksanaan MPKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
5. Merekomendasikan pelaksanaan monitoring dan evaluasi MPKP di ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung

**Perlakuan yang diterapkan pada subyek**

Peneliti membagikan kuesioner dan melakukan wawancara pada responden untuk melihat bagaimana pelaksanaan MPKP di ruang Flamboyan. Pengisian kuesioner dapat dikerjakan di rumah supaya tidak mengganggu aktivitas kerja. Hasil dari kuesioner dan wawancara dirangkum oleh peneliti untuk dijadikan bahan FGD. Tujuan dari FGD adalah untuk mencari kendala yang dapat mengganggu pelaksanaan MPKP. Setelah pelaksanaan FGD hasilnya akan dibahas pada diskusi pakar yang akan mengundang tim dari alumni Universitas Indonesia yang dulu menjadi pemateri awal MPKP di RSUD Dr. Iskak Tulungagung. Hasil dari diskusi pakar merupakan rekomendasi monev MPKP yang akan dilaksanakan di RSUD Dr. Iskak Tulungagung.

**Manfaat**

Responden yang ikut akan mendapatkan tambahan pengetahuan tentang model praktik keperawatan (MPKP)

**Bahaya potensial**

Bahaya potensial yang mungkin muncul akibat keterlibatan dalam penelitian ini adalah waktu yang dipakai untuk mengisi kuesioner dan mengikuti FGD di sela-sela pekerjaannya, sehingga akan menambah kesibukan para responden. Cara menghindarinya adalah dengan menjelaskan kepada responden bahwa kuesioner yang dibagikan dipersilahkan untuk dibawa pulang untuk menghindari saling mencontek, meminta bantuan orang lain untuk mengisi dan tidak mengganggu waktu pelayanan. Kerahasiaan data diperoleh dengan tidak mencantumkan nama responden pada kuesioner yang dibagikan. Data yang didapat disimpan di laptop peneliti dan hanya dapat diakses oleh peneliti. Data tersebut dimusnahkan saat peneliti selesai menyusun tesis.

**Hak untuk undur diri**

Keikutsertaan subyek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

**Adanya insentif untuk subyek**

Oleh karena keikutsertaan subyek bersifat sukarela, tidak ada insentif berupa uang yang akan diberikan kepada responden. Responden hanya akan diberikan snack sebagai ucapan terima kasih

**Lampiran 4****LEMBAR DATA DEMOGRAFI**

Judul Penelitian : **“ Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan Pendekatan *Theory of Constraint* (TOC) di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung”**

Tanggal Pengisian :

---

Petunjuk: Jawablah pertanyaan berikut ini dengan mengisi tempat kosong yang tersedia dan memberi tanda cek (√) pada pilihan yang mewakili jawaban Anda.

Kode responden [    ]

Kode diisi peneliti

**DATA RESPONDEN**

- |  |        |
|--|--------|
| 1. Jenis Kelamin .....                         | [    ] |
| 2. Umur ..... tahun                            | [    ] |
| 3. Status Perkawinan                           | [    ] |
| <input type="checkbox"/> Kawin                 |        |
| <input type="checkbox"/> Belum kawin           |        |
| 4. Status kepegawaian :                        |        |
| <input type="checkbox"/> Pegawai negeri sipil  | [    ] |
| <input type="checkbox"/> Pegawai kontrak       |        |
| 5. Pendidikan terakhir :                       |        |
| <input type="checkbox"/> Diploma (D3)          | [    ] |
| <input type="checkbox"/> Sarjana (S1)          |        |
| <input type="checkbox"/> Magister (S2)         |        |
| <input type="checkbox"/> Lainnya .....         |        |
| 6. Lama bekerja                                | [    ] |
| <input type="checkbox"/> 1 – < 5 tahun         |        |
| <input type="checkbox"/> 5 tahun – < 10 tahun  |        |
| <input type="checkbox"/> 10 tahun – < 15 tahun |        |
| <input type="checkbox"/> >15 tahun             |        |



## 7. Jabatan :

- Stakeholder* internal
- Perawat Pelaksana
- Penanggung jawab unit
- Kepala bidang Keperawatan
- Ka IRNA
- Lainnya .....

[ ]

**Lampiran 5****PANDUAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)  
IDENTIFIKASI KENDALA PADA PILAR MPKP**

Hari/ Tanggal :

Waktu :

Tempat :

Jumlah Peserta :

Kegiatan selama dilakukan FGD :

- a. Memperkenalkan moderator dan narasumber kepada partisipan
- b. Menyampaikan topik penelitian :

Saya tertarik untuk melakukan penelitian yang berhubungan dengan evaluasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). Oleh karena itu saya meminta kepada Anda untuk menjawab beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan. FGD ini akan berlangsung selama 60 menit. Saya berharap hasil FGD ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi penelitian saya dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Adapun pertanyaan yang akan saya ajukan yaitu :

- 1) Menurut Anda, apa yang dimaksud dengan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)?
- 2) Menurut Anda, apa tujuan dan manfaat dari Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)?
- 3) Menurut Anda, Hambatan apa yang Anda rasakan dalam Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)?
- 4) Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)
- 5) Menurut Anda, Apa saja faktor pendukung Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)?
- 6) Menurut Anda, Bagaimana Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) yang telah berjalan selama ini?
- 7) Masalah Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

- 8) Harapan dalam pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)
  - 9) Memaparkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti
  - 10) Membahas hasil penelitian bersama pakar
- c. Persetujuan partisipan terhadap kerahasiaan jawaban dan aturan selama proses FGD
  - d. Menutup FGD
- Terima kasih atas waktu dan ide yang diberikan. Atas kerja sama, saya ucapkan terima kasih.

**Lampiran 6****SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)*****FOCUS GROUP DISCUSSION* IDENTIFIKASI KENDALA PADA PILAR****MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)**

Tempat : RSUD Dr. Iskak Tulungagung

Sasaran : Kepala bidang keperawatan, Kepala seksie keperawatan dan  
Kepala ruang, ketua tim, dan Perawat Pelaksana

Tanggal : Disesuaikan

Alokasi waktu : 60 menit

---

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilaksanakan *Focus Group Discussion* selama 60 menit, dapat mengidentifikasi masalah Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP).

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilaksanakan *focus group discussion*, didapatkan informasi tentang:

1) Kendala Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

2) Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

3) Harapan dalam pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

3. Metode

1) Diskusi

## 4. Alat dan media

- 1) *LCD Projector*
- 2) Laptop
- 3) Lembar observasi

5. Kegiatan *focus group discussion*

No.	Tahap dan Waktu	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Peserta
1.	Pendahuluan 5 menit	Mengucapkan salam	Menjawab salam
		Memperkenalkan diri	Memperhatikan atau bertanya
		Menyebutkan tujuan yang ingin dicapai	Memperhatikan atau bertanya
		Menyebutkan aturan dalam <i>focus group discussion</i>	Memperhatikan atau bertanya
		Memperkenalkan peserta dalam <i>focus group discussion</i>	Masing – masing peserta memperkenalkan diri
2.	Kegiatan inti 50 menit	Mempersilahkan peserta untuk mengutarakan informasi terkait dengan topik pertemuan	Mengutrakan informasi terkait dengan topik pertemuan
		Membuka diskusi sesuai dengan aturan <i>focus group discussion</i>	Melakukan diskusi sesuai dengan aturan <i>focus group discussion</i>
		Memberikan kesempatan kepada setiap peserta untuk mengeluarkan ide atau gagasan sesuai dengan topik diskusi	Mengeluarkan ide atau gagasan sesuai dengan topik diskusi
		Mengendalikan pembicaraan ke arah topik diskusi	Memperhatikan atau bertanya apabila kurang jelas
3.	Penutup 5 menit	Melaksanakan <i>follow up</i>	Meninjau ulang dan mereview jalannya diskusi
		Membuat kesimpulan	Menyampaikan kesimpulan hasil diskusi

## 6. Evaluasi

### 1) Kriteria Struktur

- (1) Peserta hadir di tempat *focus group discussion* diadakan
- (2) Pengorganisasian penyelenggaraan *focus group discussion* dilakukan sebelum dan sesudah kegiatan.

### 2) Kriteria Proses

- (1) Fasilitator berdiskusi secara direktif pada peserta tentang identifikasi kendala pada pilar MPKP..
- (2) Peserta secara aktif menyampaikan informasi, gagasan atau ide tentang berbagai kendala pada MPKP ..

### 3) Kriteria Hasil

- (1) Identifikasi kendala MPKP.
- (2) Jumlah peserta yang hadir dalam *focus group discussion* sesuai dengan jumlah sampel yang ditetapkan.

**Lampiran 7****LEMBAR OBSERVASI AKTIVITAS HARIAN KEPALA RUANG  
(diisi oleh peneliti/ asisten peneliti)**

Nama : .....

Ruangan :

.....

Tanggal : .....

RS :

.....

**Petunjuk**

Berikan tanda checklist (V) pada masing-masing kolom hari 1-5, tuliskan keterangan seperti dibawah ini:

4. Sl = selalu, jika kegiatan tersebut telah membudaya saudara lakukan

3. Sr = sering, jika kegiatan tersebut belum membudaya tetapi saudara sudah mampu melakukannya

2. Kd = kadang-kadang, jika kegiatan tersebut hanya sewaktu-waktu dilakukan

1. Tp = tidak pernah, jika kegiatan tidak pernah dilakukan

No.	Kegiatan	Hari					Ket
		1	2	3	4	5	
<b>Pendekatan manajemen</b>							
1	Kepala ruangan melakukan kegiatan sesuai dengan visi, misi ruangan						
2	Kepala ruangan membagi perawat berdasarkan jumlah pasien						
3	Kepala ruangan membuat rencana kerja harian						
4	Kepala ruangan membuat uraian tugas berdasarkan tim						
5	Kepala ruangan membuat daftar alokasi pasien						
6	Kepala ruangan memimpin operan, <i>pre conference, post conference</i> tepat waktu,						
7	Kepala ruangan mendelegasikan tugasnya kepada katim jika berhalangan hadir						
8	Kepala ruangan memeriksa kembali tugas yang didelegasikan kepada katim						
9	Kepala ruangan memiliki jadwal supervisi katim						
10	Kepala ruangan membuat laporan indikator mutu BOR setiap hari						
11	Kepala ruangan membuat laporan indikator mutu TOI setiap akhir bulan						
12	Kepala ruangan membuat laporan indikator mutu AVLOS setiap akhir bulan						
13	Kepala ruangan membuat laporan indikator						

	mutu umum angka isolasi setiap akhir bulan							
14	Kepala ruangan membuat laporan indikator mutu umum angka lari setiap akhir bulan							
15	Kepala ruangan membuat laporan indikator mutu umum angka cidera setiap akhir bulan							
16	Kepala ruangan membuat laporan indikator mutu umum angka INOS setiap akhir bulan							
17	Kepala ruangan membuat survey kepuasan pasien pada akhir bulan							
18	Kepala ruangan membuat survey kepuasan perawat pada akhir bulan							
19	Kepala ruangan melakukan audit dokumentasi keperawatan kepada pasien pulang							
<b>Sistem Kompensasi dan Penghargaan</b>								
20	Kepala ruangan memberikan pujian kepada perawat yang melakukan tugas dengan baik atau semangat/motivasi kepada perawat yang malas/putus asa/salah							
21	Kepala ruangan melakukan penilaian kinerja katim dan PP (perawat pelaksana)							
22	Kepala ruangan membuat rencana pengembangan staf							
<b>Hubungan Profesional</b>								
23	Kepala ruangan mengadakan diskusi keperawatan secara periodik							
24	Kepala ruangan mempunyai jadwal ronde keperawatan							
25	Kepala ruangan menemani visit dokter jika katim tidak ditempat							
<b>Sistem pemberian asuhan keperawatan</b>								
26	Kepala ruangan memutuskan model keperawatan yang diterapkan di ruang Flamboyan							
27	Kepala ruangan mendampingi ketua tim/perawat pelaksana saat pelaksanaan pendidikan kesehatan							
28	Mengelompokan pasien dan mengatur penempatannya di ruang rawat menurut tingkat kegawatannya, infeksi dan non infeksi untuk memudahkan pemberian asuhan keperawatan.							
	TOTAL							



Skor :

4. Sl = selalu, jika kegiatan tersebut telah membudaya saudara lakukan
3. Sr = sering, jika kegiatan tersebut belum membudaya tetapi saudara sudah mampu melakukannya
2. Kd = kadang-kadang, jika kegiatan tersebut hanya sewaktu-waktu dilakukan
1. Tp = tidak pernah, jika kegiatan tidak pernah dilakukan

Kemampuan Karu

$$\frac{\sum \text{skore yang diperoleh}}{28 \times 4} \times 100 \%$$

**Lampiran 8**

**LEMBAR OBSERVASI UNTUK KEPALA TIM (KATIM)**  
(diisi oleh peneliti/asisten peneliti)

Nama : .....

Ruangan :

Tanggal : .....

RS :

Petunjuk

Berikan tanda checklist (V) pada masing-masing kolom hari 1-5, tuliskan keterangan seperti dibawah ini:

4. Sl = selalu, jika kegiatan tersebut telah membudaya saudara lakukan
3. Sr = sering, jika kegiatan tersebut belum membudaya tetapi saudara sudah mampu melakukannya
2. Kd = kadang-kadang, jika kegiatan tersebut hanya sewaktu-waktu dilakukan
1. Tp = tidak pernah, jika kegiatan tidak pernah dilakukan

No.	Kegiatan	Hari					Keterangan
		1	2	3	4	5	
<b>Pendekatan manajemen</b>							
1	Ketua tim (katim) membuat rencana kerja harian						
2	Ketua tim mengkoordinir jadual dinas Tim masing-masing						
3	Ketua tim melengkapi daftar pasien dengan nama perawat yang bertanggung jawab pada tiap shift						
4	Ketua tim memimpin pre conference						
5	Ketua tim memimpin post conference						
6	Ketua tim mendelegasikan tugas kepada salah satu perawat pelaksana, jika berhalangan hadir						
7	Ketua tim memeriksa hasil kerja yang didelegasikan kepada perawat ruangan						
8	Ketua tim membuat jadual supervisi terhadap perawat pelaksana di Tim masing-masing						
9	Ketua tim mendiskusikan hasil supervisi dengan perawat yang disupervisi						
<b>Sistem kompensasi dan penghargaan</b>							
10	Ketua tim memberikan pujian kepada perawat timnya atas aspek positif yang dimiliki						

11	Ketua tim memberikan semangat kepada perawat pelaksana yang malas/putus asa/salah						
12	Ketua tim melakukan penilaian kinerja perawat pelaksana di Timnya						
<b>Hubungan Profesional</b>							
13	Ketua tim menyiapkan resume kasus untuk ronde keperawatan						
14	Ketua tim hadir pada ronde keperawatan						
15	Ketua tim menyampaikan kondisi pasien saat visit dokter						
16	Ketua tim menyampaikan kemampuan pasien dan keluarga yang telah dicapai kepada dokter						
<b>Sistem pemberian asuhan keperawatan</b>							
17	Ketua tim Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakseimbangan elektrolit						
18	Ketua tim Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan nyaman nyeri						
19	Ketua tim Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakseimbangan nutrisi						
20	Ketua tim Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perdarahan						
21	Ketua tim Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pertukaran gas						
	<b>TOTAL</b>						

Skor :

4. Sl = selalu, jika kegiatan tersebut telah membudaya saudara lakukan

3. Sr = sering, jika kegiatan tersebut belum membudaya tetapi saudara sudah mampu melakukannya

2. Kd = kadang-kadang, jika kegiatan tersebut hanya sewaktu-waktu dilakukan

1. Tp = tidak pernah, jika kegiatan tidak pernah dilakukan

**Kemampuan KATIM =**

$$\frac{\sum \text{skore yang diperoleh}}{21 \times 4} \times 100 \%$$

**Lampiran 9****LEMBAR OBSERVASI PERAWAT PELAKSANA (PP)  
(diisi oleh peneliti dan asisten peneliti)**

Nama : .....

Ruangan :

Tanggal : .....

RS :

**Petunjuk**

Berikan tanda checklist (V) pada masing-masing kolom hari 1-6, tuliskan keterangan lembarseperti dibawah ini:

4. Sl = selalu, jika kegiatan tersebut telah membudaya saudara lakukan
3. Sr = sering, jika kegiatan tersebut belum membudaya tetapi saudara sudah mampu melakukannya
2. Kd = kadang-kadang, jika kegiatan tersebut hanya sewaktu-waktu dilakukan
1. Tp = tidak pernah, jika kegiatan tidak pernah dilakukan

No.	Kegiatan	Hari					Keterangan
		1	2	3	4	5	
<b>Pendekatan manajemen</b>							
1	Perawat pelaksana (PP) membuat rencana kerja harian						
2	Perawat pelaksana menyapa pasien sebelum melakukan perawatan						
3	Perawat pelaksana melakukan tindakan keperawatan ke pasien dengan teliti sesuai SPO						
4	Perawat pelaksana mengevaluasi kemampuan pasien						
5	Perawat pelaksana mempunyai jadwal harian untuk melatih kemampuan pasien						
6	Perawat pelaksana mengevaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien						
7	Perawat pelaksana menyiapkan keluarga merawat pasien di rumah						
8	Perawat mendokumentasikan semua tindakan keperawatan						
<b>Hubungan profesional</b>							
9	Perawat pelaksana berperan aktif pada pelaksanaan ronde keperawatan						
10	Perawat pelaksana menggunakan SP (strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan) saat interaksi						

	dengan pasien						
11	Perawat pelaksana aktif bertukar pikiran kepada Katim masing-masing bila menemukan hambatan/kasus yang unik dalam merawat pasien						
12	Perawat pelaksana mempunyai kemampuan komunikasi yang baik antar teman sejawat, pasien, serta keluarga pasien						
13	Perawat pelaksana mempunyai respon tanggap saat ada pasien/keluarga pasien yang memerlukan pertolongan						
<b>Sistem pemberian asuhan keperawatan</b>							
14	Perawat pelaksana berperan serta dalam setiap penkes yang diadakan di ruang Flamboyan						
15	Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakseimbangan elektrolit						
16	Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan nyaman nyeri						
17	Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakseimbangan nutrisi						
18	Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perdarahan						
19	Perawat pelaksana mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pertukaran gas						

Skor

▪ **Kemampuan PP (Perawat Pelaksana) =**

$$\frac{\sum \text{skore yang diperoleh}}{19 \times 4} \times 100 \%$$

## Lampiran 10

## Tabulasi Hasil Observasi Kepala Ruangan

No. Keg	Hari Observasi				
	1 (6 Juni)	2 (10Juni)	3 (25Juni)	4 (30Juni)	5 (2 Juli)
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	3	3	3	3	3
2	4	3	4	3	3
3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3
5	2	2	2	2	2
6	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3
8	4	3	4	3	3
9	2	2	2	2	2
10	1	1	1	1	1
11	3	3	3	3	3
12	3	2	3	2	2
13	1	1	1	1	1
14	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3
18	2	2	2	2	2
19	1	1	1	1	1
20	3	3	3	3	3
<b>Sistem kompensasi dan penghargaan</b>					
21	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1
<b>Hubungan profesional</b>					
23	2	2	2	2	2
24	1	1	1	1	1
25	2	2	2	2	2
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
26	4	4	4	4	4
27	4	4	4	4	4
28	4	4	4	4	4
tot	65%	62,5%	65%	62,5%%	62,5%%

Lampiran 11  
hasil observasi Katim A

No. keg	Hari Observasi				
	1 (6 Juni)	2 (10Juni)	3 (25Juni)	4 (30Juni)	5 (2 Juli)
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	4	4	4	4	4
2	1	1	1	1	1
3	2	2	2	2	2
4	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1
7	2	2	2	2	2
8	2	2	2	2	2
9	3	3	3	3	3
<b>Sistem kompensasi dan penghargaan</b>					
10	2	2	2	2	2
11	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1
<b>Hubungan professional</b>					
13	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1
16	4	4	4	4	4
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
20	4	4	4	4	4
21	4	4	4	4	4
22	4	4	4	4	4
<b>Tot</b>	<b>59,09%</b>	<b>59,09%</b>	<b>59,09%</b>	<b>59,09%</b>	<b>59,09%</b>

## Lampiran 12

## hasil observasi Katim B

No. keg	Hari Observasi				
	1 (6 Juni)	2 (10Juni)	3 (25Juni)	4 (30Juni)	5 (2 Juli)
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	2	2
4	1	1	1	1	1
5	2	2	2	2	2
6	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2
8	2	2	2	2	2
9	4	4	4	4	4
<b>Sistem kompensasi dan penghargaan</b>					
10	4	4	4	4	4
11	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1
<b>Hubungan profesional</b>					
13	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1
16	4	4	4	4	4
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
20	4	4	4	4	4
21	4	4	4	4	4
22	4	4	4	4	4
Tot	57	57	57	57	57



## Lampiran 13

## Hasil Observasi PP A

No. keg	Hari Observasi				
	1 (9 Juni)	2(16Ju ni)	3(20 Juni)	4(30 Juni)	5 (1Juli)
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	4	4	4	4	4
2	4	4	4	4	4
3	4	4	4	4	4
4	3	3	3	3	3
5	1	1	1	1	1
6	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2
8	4	4	4	4	4
<b>Hubungan professional</b>					
9	1	1	1	1	1
10	3	3	3	3	3
11	3	3	3	4	4
12	4	4	4	4	4
13	4	4	4	4	4
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
14	3	2	2	4	2
15	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
<b>Tot</b>	<b>76,32</b>	<b>72,37</b>	<b>73,68</b>	<b>76,32</b>	<b>75</b>

## Lampiran 14

Tabel 5.6 Hasil Observasi PP B

No. keg	Hari Observasi				
	1(9Juni)	2(16Juni)	3(18Juni)	4(30Juni)	5(1Juli)
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	4	4	4	4	4
2	4	3	3	3	3
3	4	4	4	4	4
4	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1
6	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2
8	2	2	2	2	1
<b>Hubungan professional</b>					
9	3	2	3	2	3
10	3	2	2	2	2
11	3	2	2	2	2
12	4	4	4	4	4
13	2	2	2	2	2
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
14	2	2	2	2	2
15	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
tot	75	69,73	71,05	69,73	69,73

## Lampiran 15

## Hasil Observasi PP C

No. keg	Hari Observasi				
	1 (16Juni)	2(18Juni)	3(20Juni)	4 (30Juni)	5 (1Juli)
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	4	4	4	4	4
2	2	2	2	1	1
3	2	2	2	2	2
4	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1
6	1	2	2	1	1
7	2	2	2	2	2
8	1	1	1	1	1
<b>Hubungan professional</b>					
9	1	1	1	1	1
10	2	2	2	2	2
11	1	1	1	1	1
12	4	4	4	4	4
13	2	2	2	2	2
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
14	3	2	2	2	2
15	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
tot	63,16	61,84	63,16	60,52	60,52

## Lampiran 16

## Hasil Observasi PP D

No. keg	Hari Observasi				
	1(9Juni)	2(18Juni)	3(20Juni)	4(30Juni)	5(1Juli)
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	4	4	4	4	4
2	4	3	4	4	3
3	2	2	2	2	2
4	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1
6	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2
8	1	1	1	1	1
<b>Sistem kompensasi dan penghargaan</b>					
9	1	1	1	1	1
10	2	2	2	2	2
11	2	2	2	2	2
12	4	4	4	4	4
13	4	4	4	4	4
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
14	3	3	3	3	3
15	3	2	3	2	2
16	2	3	2	2	2
17	4	4	4	4	4
18	2	2	4	2	4
19	4	4	4	4	4
tot	61,84%	59,21%	63,16%	61,84%	60,52%

## Lampiran 17

## Hasil observasi Katim E

No. keg	Hari Observasi				
	1(9juni )	2 (16Juni )	3(18Juni )	4 (30Juni )	5 (1Juli)
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	4	4	4	4	4
2	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3
4	2	2	2	2	2
5	1	1	1	1	1
6	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2
8	3	3	3	3	3
<b>Ubungan professional</b>					
9	1	1	1	1	1
10	2	2	2	2	2
11	2	2	2	2	2
12	2	2	2	2	2
13	4	4	4	4	4
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
14	2	4	2	2	2
15	2	4	2	2	2
16	2	4	2	2	2
17	4	4	4	4	4
18	2	4	2	2	2
19	2	4	2	2	2
tot	46,68%	50%	48,68%	46,06%	46,05%

## Lampiran 18

Tabel 5.10 Hasil observasi PP F

No. keg	Hari Observasi				
	1	2	3	4	5
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	4	4	4	4	4
2	4	4	4	4	4
3	4	4	4	4	4
4	2	2	2	2	2
5	1	1	1	1	1
6	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2
8	4	4	4	4	4
<b>Hubungan professional</b>					
9	1	1	1	1	1
10	2	2	2	2	2
11	2	2	2	2	2
12	3	3	3	3	3
13	4	4	4	4	4
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
14	4	4	4	4	4
15	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
tot	57	40	40	40	40
%	75	52,63	52,63	52,63	52,63

## Lampiran 19

Tabel 5.11 Hasil Observasi PP G

No. keg	Hari Observasi				
	1	2	3	4	5
<b>Pendekatan manajemen</b>					
1	4	4	4	4	4
2	4	3	2	2	2
3	4	4	4	4	4
4	2	2	2	2	2
5	1	1	1	1	1
6	2	1	1	1	1
7	2	2	2	2	2
8	4	4	4	4	4
<b>Hubungan professional</b>					
9	1	1	1	1	1
10	2	2	2	2	2
11	2	2	2	2	2
12	2	2	2	2	2
13	4	4	4	4	4
<b>Sistem asuhan keperawatan</b>					
14	3	4	4	4	4
15	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
tot	57	45	44	43	43
%	75	59,02	57,89	56,57	56,57



UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752  
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : [dekan@fkip.unair.ac.id](mailto:dekan@fkip.unair.ac.id)

Nomor : 209 /UN3.1.13/PPd/S2/2016 15 Juni 2016  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.  
Direktur RSUD Dr Iskak  
Tulungagung

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Wiwid Yuliasuti, S.Kep.,Ns.  
NIM : 131314153010  
Judul Proposal : Analisis Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan Pendekatan *Teori of Constraint (TOC)* di Ruang Flamboyan RSUD Dr Iskak Tulungagung

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan  
Wakil Dekan I

Dr. Kusuma, S.Kp., M.Kes.  
NIP. : 196408291989031002

Tembusan :  
1. Kepala Diklat RSUD Dr Iskak Tulungagung





PEMERINTAH KABUPATEN TULUNGAGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ISKAK**  
Jl. Dr. Wahidin Sudiro Husodo Telp. (0355) 322609 fax. (0355) 322165  
e mail : rsu\_iskak\_ta@yahoo.com  
TULUNGAGUNG Kode Pos 66224

Tulungagung, 12 Februari 2016

Nomor : 423.4/323/407.206/2016      Kepada :  
Sifat : Penting      Yth. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan Program  
Lampiran : -      Studi Magister Keperawatan Universitas  
Perihal : Ijin Penelitian      Airlangga  
DI  
SURABAYA

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor 023/UN3.1.13/PPd/s2/2016 tanggal 19 Januari 2016 Perihal Ijin Penelitian, maka dengan ini kami informasikan dengan hormat bahwa :

Nama : WIWID YULIASTUTI, S.Kep.Ns.  
NIM : 131414153010  
Judul Penelitian : Analisis Monitoring dan Evaluasi Penerapan MAKP di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung.

Setelah selesai penyusunan penelitian, yang bersangkutan diwajibkan untuk mempresentasikan hasil penelitian dan mengirimkan copy laporan penelitian kepada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung melalui Sub Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia ( PSDM ) yang dibuktikan dengan surat keterangan telah mempresentasikan hasil penelitian di RSUD Dr. Iskak Tulungagung.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
Dr. ISKAK TULUNGAGUNG  
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

  
**Drs. YUDI BAHMAWAN, MM.**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19650223 199403 1 003

Tembusan Yth. Sdr. :

1. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan
2. Kepala Ruang Flamboyan



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

**"ETHICAL APPROVAL"**

No : 194-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN MODEL PRAKTIK  
KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) DENGAN PENDEKATAN  
THEORY OF NURSING (TOC)".**

Peneliti utama : Wiwid Yuliasuti  
*Principal Investigator*

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
*Name of the Institution*

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Ruang Flamboyan RSUD Dr. Iskak Tulungagung  
*Setting of research*

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.  
*And approved the above-mentioned protocol*

Tulungagung, 30 Juni 2016  
Ketua (CHAIRMAN)  
  
Joni Haryanto, S.Kp.,M.Si.,Dr Kep  
NIP. 1963 0608 1991 03 1002