1. NURSING CARE
2. NURSING SERVICE, HOSPITAL

KK
TKA 56/03
Mar
m

TESIS

MODIFIKASI MODEL PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANGAN RAWAT INAP RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG DALAM RANGKA PENINGKATAN MUTU ASUHAN KEPERAWATAN

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

RABIAH MARHABANG

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2002

MODIFIKASI MODEL PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANGAN RAWAT INAP RSUD DR.HARYOTO LUMAJANG DALAM RANGKA PENINGKATAN MUTU ASUHAN KEPERAWATAN

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister
dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat Studi Magister Manajemen Kesehatan
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Oleh:

RABIAH MARHABANG
NIM.099913534 M

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
Tanggal 9 Agustus 2002

Lembar Pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 9 AGUSTUS 2002

Oleh

Pembimbing Ketua

Dra.Ec.Thinni Nurul R, M.Kes

NIP. 131 949 829

Pembimbing

Dra.M.R.Emma Pesik Adam, MARS

Telah dilaksanakan ujian
Pada tanggal 9 Agustus 2002
PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Drs. M. Bagus Qomarudin, M.Sc.

Anggota : 1.Dra. Ec. Thinni Nurul R, M.Kes

2. Dra.M.R.Emma Pesik Adam, MARS.

3. Dr. Widorini Sunaryo, MARS.

4. Dr.Paul Sahetapy Engel, Sp.A.,M.Kes.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tiada kata yang lebih pantas saya ucapkan selain ungkapan rasa syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rakhmat karuniaNya yang telah dilimpahkan kepada saya, sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Saya menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan tesis ini saya banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sehingga sudah sepatutnyalah jika pada kesempatan ini saya menghaturkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tinginya kepada beliau.

Dengan segala kerendahan hati saya haturkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada pembimbing utama Dra.Thinni Nurul R, M.Kes dan dosen pembimbing Dra.MR.Emma Pesik Adam, MARS serta instruktur Drg.Setya Haksama,M.Kes, atas segala bimbingan, perhatian serta dorongan yang diberikan dalam penyusunan tesis ini.

Terima kasih saya haturkan pula kepada, Drs.M.Bagus Qomaruddin, M.Sc., Dr.Paul Sahetapy Engel, Sp.A., M.Kes. serta Dr. Widorini S, MARS., selaku dosen penguji, atas segala bimbingan dan dorongan yang diberikan dalam menyelesaikan tesis ini.

Ucapan terima kasih saya sampaikan pula kepada:

1. Rektor Universitas Airlangga, Prof.DR.dr.Puruhito, Sp.B. atas kesempatan yang diberikan untuk mengikuti pendidikan Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Prof.Dr.Muhammad Amin, atas segala kesempatan yang diberikan untuk menjadi mahasiswa Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
3. Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Dr.Widodo J.P., MS.,MPH., atassegala bimbingan dan dorongan yang diberikan selama mngikuti pendidikan.

4. Ketua Minat Studi Magister Manajemen Kesehatan Drg.Nyoman Anita Damayanti, DR.,MS., atas segala bimbingan dan dorongan yang diberikan selama mengikuti pendidikan dan menyelesaikan tesis ini.
5. Seluruh Pengelola dan Dosen Minat Studi Magister Manajemen Kesehatan, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan memberikan banyak kemudahan dan bantuan dalam proses belajar mengajar sampai selesainya tesis ini.
6. Kepala Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan di Jakarta yang telah memberikan kesempatan mengikuti pendidikan ini serta memberikan bantuan dana untuk menyelesaikan pendidikan.
7. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Dr.H.Tarbinu Kasmono, MPH, yang telah memberikan kesempatan dan kemudahan serta dorongan untuk menyelesaikan pendidikan.
8. Direktur RSUD Dr.Haryoto Lumajang Dr.H.Gunawan Lambar, beserta segenap jajarannya atas perkenannya melaksanakan penelitian di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang.
9. Teman-teman senasib di Minat Studi Magister Manajemen Kesehatan, angkatan 1999/2000 atas kerjasama dan dorongan yang diberikan sehingga selesainya tesis ini.
10. Teman-teman sekerja di Akademi Keperawatan Soetomo Surabaya, atas segala toleransi dan dorongan moril yang diberikan sehingga tesis ini selesai.
11. Almarhum ayahanda yang saya hormati Marhaban DaEng NgEwa dan Almarhumah Ibunda yang saya sayangi Siti Zubaedah DaEng Ngagi, atas segala kasih sayang dan doa yang diberikan selama hidup beliau, sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan ini.
12. Yang terakhir, namun yang tidak kalah pentingnya adalah suami tercinta Drs.H.Muhammad Akib Natsir, anak-anakku tersayang: Muhammad Ady Pratama, Muhammad Arief Budiman dan Muhammad Akbar Kurniawan, atas segala toleransi dan dorongan moril yang tiada terhingga, serta bantuan doa, sehingga pada akhirnya tesis ini dapat diselesaikan.

RINGKASAN

Masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan seringkali mengeluh kurang puas dengan pelayanan keperawatan yang diterima. Latar belakang penelitian ini adalah adanya ketidak puasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang. Salah satu faktor yang diidentifikasi sebagai kemungkinan penyebab timbulnya masalah, adalah model pemberian asuhan keperawatan yang digunakan. Sedangkan model pemberian asuhan keperawatan, dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor perawat dan manajemen keperawatan. Penelitian ini bertujuan memodifikasi model pemberian asuhan keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, guna peningkatan mutu asuhan keperawatan. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif *cross sectional,* yaitu suatu jenis penelitian yang mempelajari dinamika antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara observasi sekaligus pada suatu saat, artinya setiap subyek diobservasi sekali saja dan pengukuran dilaksanakan terhadap semua variabel pada saat yang sama.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dasar pendidikan perawat sebagian besar (55,84%) adalah SPK +, sisanya (18,18%) lulusan SPK dan 25,98% sudah lulusan Akper. Masa kerja perawat di ruangan antara 3-10 tahun sebanyak 54,55%,dan telah bekerja selama kurang dari 3 tahun sebanyak 28,57% dan sisanya 16,88% sudah >10 tahun.Hanya 16,88% dari perawat yang telah mengikuti pelatihan proses keperawatan, sisanya (83,12%) belum pernah pelatihan. Sebagian besar dari perawat berpengetahuan memadai tentang proses keperawatan (81,95%). Bila dilihat secara umum hanya sebagian kecil perawat yang trampil menggunakan proses keperawatan (5,55%) dan 27,77% yang cukup trampil, sisanya 65,27% kurang trampil. Tetapi kalau diperinci, ada 62,49% perawat yang trampil melakukan pengkajian keperawatan, 76,39% yang trampil merumuskan diagnosis keperawatan, tetapi hanya 22,22% yang trampil membuat perencanaan keperawatan dan 52,78% yang trampil melaksanakan tindakan keperawatan. Selain itu hanya 20,83% perawat yang melakukan evaluasi, yang dibuktikan dengan dokumen evaluasi dan sebanyak 57,78% perawat yang pendekatan dan sikapnya baik dalam memberikan asuhan keperawatan. Secara umum manajemen keperawatan mempunyai kemandirian dalam mengatur dan mengelola asuhan keperawatan, tetapi belum didukung tersedianya sarana, berupa format untuk terlaksananya asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, hal mana terungkap pada saat FGD. .

Kesimpulan penelitian ini bahwa model asuhan keperawatan yang sesuai di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang adalah model tim-fungsional. Sehingga disarankan model tersebut dapat dipakai di awal tahun 2003, dengan mempersiapkan format yang diperlukan . Selain itu perawat yang belum mengetahui proses keperawatan diberi kesempatan mengikuti pelatihan. Perlu penelitian lebih lanjut untuk membuktikan bahwa model tim-fungsional dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan, serta mempelajari pengaruh motivasi dan suasana lungkungan kerja terhadap mutu asuhan keperawatan.

ABSTRACT

Nursing service as a integrated part of medical service today is not felt by the people yet as professional service. The prove is the intensity of complaining or unsatisfactory upon the service. Several factors are identified as the possible factor of low quality in nursing care i.e the model of nursing care is unsuitable. Where as the model of nursing care is also influenced by several factors, they are nurse characteristic and nursing management.

The purpose of this study was modify the model of nursing service in the hospitalization room RSUD Dr.Haryoto Lumajang in order to improve the quality of nursing care. A cross sectional study was done in RSUD Dr.Haryoto Lumajang , that learned the model of nursing service applied in the time of the hospitalization room RSUD Dr.Haryoto Lumajang, identify nurse characteristic (educational basic, working perode, training, knowledge and skill), and nuring management. Then it gave recommendation about the model of nursing service that appropriately implemented in hospitalization room RSUD Dr.Haryoto Lumajang.

The result of the study showed that nurse in RSUD Dr.Haryoto Lumajang as the moment is dominated by SPK + graduate (55,84%), meant they was studying in Nursing Academy of Special Class Program RSUD Dr.Haryoto Lumajang, without leaving the duty as the nurse and would finish on October 2002. Amount 25,98% was Nursing Academy graduate, remain 18,18% of SPK graduate. The most working periode of the nurse in hospitalization room was 3-10 years (54,55%). Just a little number (16,88%) of the nurse that had followed the training of nursing process, however most of the nurses had the appropriate knowledge about nursing process in nursing care and 27,77% had enough skill. Remain (65,27%) was less skill. Nursing management had the independence to manage the nursing care and arrange the nursing staff, but it was not supported yet by the available of medium to do the nursing care with the approach of nursing process.

The conclusion of this study was that the modification of model in nursing service that was offered to apply in hospitalization room RSUD Dr.Haryoto Lumajang was functional team model. Therefore it was suggested to change in this model in year of 2003 and prepare needed format i.e. assessment format, planning format and nursing intervention, evaluating format (SOAP). The suggestion for the next observer was that needed the following up observasion after this functional team model was implemented to evaluate, did it success to develop the quality of nursing service.

Key Word: The functional team models.

DAFTAR ISI

Halaman

Sampul Depan.....i
Sampul Dalam.....ii
Prasyarat Gelar.....iii
Persetujuan.....iv
Penetapan Panitia.....v
Ucapan terima kasih.....vi
Ringkasan.....viii
Abstrak..... ix
DAFTAR ISI..... x
DAFTAR TABEL.....xii
DAFTAR GAMBAR.....xiii
DAFTAR LAMPIRAN..... xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....1
1.1 Latar Belakang Masalah.....1
1.2 Identifikasi Masalah 10
1.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah..... 16
1.4.Tujuan Penelitian 16
..... 1.5 Manfaat Penelitian..... 17

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... 18
2.1 Kosep Keperawatan dan Perawat..... 18
2.1.1 Konsep Keperawatan..... 18
2.1.2 Konsep Perawat 20
2.2 Manajemen Keperawatan.....21
2.3 Model Pemberian Asuhan Keperawatan.....24
2.3.1 Model Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional . 25
2.3.2 Model Pemberian Asuhan Keperawatan Kasus 27
2.3.3 Model Pemberian Asuhan Keperawatan Tim 28
2.3.4 Model Pemberian Asuhan Keperawatan Primer 31
2.4 Mutu Asuhan Keperawatan.....34
2.4.1 Standar Praktek Keperawatan.....34
.. 2.4.2 Standar Asuhan Keperawatan.....36
2.5 Ciri Mutu.....44
2.6 Dimensi Mutu.....45
2.7 Motivasi..... 45
2.8 Pengetahuan dan Ketrampilan 51

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL.....52
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....52

BAB 4 METODA PENELITIAN 54
4.1 Rancangan Penelitian.....54

4.2 Populasi dan Sampel.....54
4.3 Variabel Penelitian.....55
4.4 Definisi Operasional dan Cara PengukuranVariabel 56
4.5 Instrumen Penelitian..... 60
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....61
4.7 Prosedur Pengumpulan Data 62
4.8 Analisis Data 62

BAB 5 HASIL DAB ANALISIS PENELITIAN..... 63
5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Dr.Haryoto Lumajang 63
1. Gambaran Umum RSUD Dr Haryoto Lumajang 63
2. Struktur Organisasi RSUD Dr.Haryoto Lumajang 65
5.2 Model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan pada saat ini ... .67
5.2 Karakteristik Perawat..... 67
5.3.1 Dasar pendidikan.....68
5.3.2 Masa kerja..... 69
5.3.3 Pelatihan..... 70
5.3.4 Pengetahuan..... 71
5.3.5 Ketrampilan..... 73
5.3 Manajemen.keperawatan.....77
5.4 Isu Strategis 78
5.5 Hasil Focus Group Discussion.....82
5.6 Modifikasi model pemberian asuhan keperatawatan.....84

BAB 6 PEMBAHASAN.....88
6.1 Model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan pada saat ini di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang..... .80
6.2 Karakteristik Perawat 90
6.3 Manajemen Keperawatan .96
6.4 Pembahasan Hasil Focus Group Discussion.....98
6.5 Modifikasi model pemberian asuhan keperawatan di ruangan Rawat inap RSUD DR.Haryoto Lumajang, guna peningkatan mutu Mutu asuhan keperawatan .99

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....102
7.1 Kesimpulan 102
7.2 Saran.....103

DAFTAR PUSTAKA.....106
LAMPIRAN.....109-138

DAFTAR TABEL

Halaman

1. Tabel 1.1 Distribusi tenaga keperawatan di ruangan keperawatan RSUD Dr.Haryoto Lumajang Tahun 2000.....6
2. Tabel 1.2 Rekapitulasi evaluasi pelayanan keperawatan pada masing-masing ruang rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang Tahun2000.....8
3. Tabel 1.3 Rekapitulasi evaluasi pelayanan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang dari masing-masing unsur yang dinilai bulan November tahun 2000..... 9
4. Tabel 5.1 Distribusi tenaga keperawatan yang bekerja di R.Rawat Inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang 64
5. Tabel 5.2 Model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, tahun 2000... .67
6. Tabel 5.3 Dasar pendidikan perawat yang bekerja di r.rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, tahun 2002..... 68
7. Tabel 5.4 Masa kerja perawat yang berugas di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, tahun 2002.....69
8. Tabel 5.5 Distribusi perawat berdasarkan pernah atau tidaknya mengikuti pelatihan proses keperawatan 70
9. Tabel 5.6 Pengetahuan perawat di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang tentang proses keperawatan, tahun 2002.....72
10 Tabel 5.7 Pengetahuan perawat di R.Rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang tentang proses keperawatan, berdasarkan dasar-pendidikannya, tahun 2002..... 73
11.Tabel 5.8 Ketrampilan perawat melaksanakan asuhan keperawatan menggunakan proses keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, tahun 2002..... 74

DAFTAR GAMBAR

Halaman

1. Gambar 1.1 Beberapa faktor yang mempengaruhi mutu asuhan keperawatan..... 10

2. Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian 52

3. Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian.....54

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

1. Lampiran 1 Kuesioner Untuk Perawat Pelaksana.....109 - 116
2. Lampiran 2 Kuesioner untuk manajemen keperawatan.....117 -119
3. Lampiran 3 Panduan Observasi.....120 - 122
4. Lampiran 4 Bahan FGD.....123 - 130
5. Lampiran 5 Notulen FGD.....131 - 136

BAB 1
PENDAHULUAN

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Perkembangan keperawatan menjadi suatu profesi di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1983, yakni pada saat Lokakarya Nasional Keperawatan di Semarang, ditetapkan bahwa keperawatan adalah suatu profesi. Hal tersebut kemudian diikuti dengan suatu langkah konkrit, yakni dibukanya Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran di Universitas Indonesia Jakarta pada tahun 1985, yang kini telah menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan sejak tahun 1995.Selanjutnya diperkuat dengan dicantumkannya di dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996, bahwa keperawatan adalah salah satu di antara tujuh kategori profesi di bidang kesehatan yang diakui di Indonesia (Sitorus, R, 1999).

Pelayanan keperawatan adalah merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Menurut Huber (1996), menyatakan bahwa 90% dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit adalah pelayanan keperawatan. Ini berarti bahwa mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh mutu pelayanan atau asuhan keperawatan. Sehingga dapat dikatakan bahwa peningkatan mutu pelayanan kesehatan tidak mungkin terjadi tanpa diiringi dengan upaya peningkatan mutu pelayanan atau asuhan keperawatan.

Namun demikian beberapa kenyataan menunjukkan bahwa sampai saat ini pelayanan keperawatan yang diberikan di berbagai institusi pelayanan

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

kesehatan, belum merupakan pelayanan profesional. Penelitian yang pernah dilakukan di dua rumah sakit pemerintah di Jakarta, menunjukkan bahwa ternyata tingkat profesionalisme pelayanan keperawatan di Rumah Sakit tersebut adalah 23,17% (Sitorus, R, 1999).

Penelitian lain yang telah dilakukan oleh Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia di Surabaya, terhadap beberapa rumah sakit kelas C dan setara di Jawa Timur, diperoleh kenyataan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan 57,5% adalah kategori sedang dan hanya 35% yang tergolong baik, sedangkan sisanya 7,5% tergolong kurang baik (Rahanto, S dkk, 1991).

Selain itu penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 1993, diketahui pula bahwa ada 34,6% pasien menyatakan tidak puas terhadap pelaksanaan tugas dari tenaga keperawatan (Chairuddin, Y, 1993).

Berbagai upaya yang bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan telah dilakukan oleh Departemen Kesehatan melalui berbagai kegiatan, antara lain dengan akrediatasi rumah sakit, penerapan standar asuhan keperawatan dan pendidikan berkelanjutan bagi para perawat. Demikian pula di berbagai rumah sakit telah dilakukan beberapa kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan, misalnya dengan membentuk gugus kendali mutu dan kelompok pengendalian infeksi nosokomial. Tetapi dari hasil observasi yang dilakukan pada saat melaksanakan bimbingan praktek kepada mahasiuswa Akademi Keperawatan Soetomo Surabaya di Rumah Sakit Umum

Daerah Dr.Sutomo Surabaya dan Rumah Sakit Umum Daerah Dr Haryoto Lumajang, diketahui bahwa meskipun asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan telah diterapkan sejak tahun 1985, namun kenyataan menunjukkan bahwa tidak semua pasien diasuh dengan pendekatan proses keperawatan.

Ada beberapa macam model pemberian asuhan keperawatan yang dapat diterapkan, diantaranya adalah model fungsional. Model ini mempunyai kelebihan yakni tidak memerlukan perawat dengan ketrampilan khusus dan biaya untuk jasa pelayanan keperawatan lebih murah.

Tetapi kelemahan dari model fungsional adalah klien merasa tidak puas, karena tindakan keperawatan dilakukan oleh perawat yang berbeda, dengan menekankan pada prosedur (*prosedure oriented*) dan bukan pada kebutuhan klien. Sehingga tidak seorangpun dari perawat tersebut yang mengetahui kondisi klien secara keseluruhan, sebab pada model fungsional ini asuhan terfragmentasi dan tidak holistik, unsur "*nursing care*" kurang diperhatikan, karena yang diutamakan adalah penyelesaian tugas dan bukan kepuasan klien (Marquis, B,L & Huston, C,J, 1996).

Model kedua adalah model kasus (*total patient care*), yaitu suatu model pemberian asuhan keperawatan dengan cara memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada semua klien yang berada di unitnya. Kelebihan dari model ini adalah adanya otonomi dan akuntabilitas yang tinggi dari perawat, serta asuhan keperawatan yang menyeluruh sehingga tidak terfragmentasi atau terpotong-potong sewaktu perawat masih bertugas. Akan tetapi model ini juga

mempunyai kelemahan yakni jika perawat kurang terlatih atau kurang dipersiapkan untuk melaksanakan pelayanan keperawatan secara total kepada klien, maka akan berpotensi menyediakan pelayanan keperawatan yang kurang aman.Di samping itu karena terdapat tiga *shift* dalam dua puluh empat jam maka klien bisa memperoleh tiga pendekatan pemberian asuhan keperawatan yang berbeda, sehingga klien potensial menjadi bingung. Akibatnya klien menjadi kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan (Marquis, B.L & Huston, C.J, 1996).

Model ketiga adalah model keperawatam tim (*team nursing*), yaitu suatu model pemberian asuhan keperawatan melalui suatu tim yang terdiri dari tiga sampai empat orang perawat dari berbagai tingkatan pendidikan dan kemampuan, yang melayanai sekelompok klien yang berjumlah sekitar delapan sampai dua belas orang.

Dan sebagai ketua tim adalah seorang perawat profesional (minimal lulusan Diploma III Keperawatan) dengan beberapa orang perawat vokasional, yang pendidikannya setingkat SMU yakni SPK atau SPR. Kelebihan dari model ini adalah bahwa klien merasa puas karena dilayani oleh satu tim dengan berbagai keahlian. Namun demikian model ini mempunyai kelemahan, yakni tidak jelasnya garis tanggung jawab Perawat dan pelayanan keperawatan kepada pasien terfragmentasi. Tetapi kalau ketua timnya adalah seorang ahli komunikasi yang efektif serta mempunyai kemampuan kepemimpinan yang baik, maka pemberian asuhan keperawatan dengan model tim ini akan sukses (Marquis, B.L & Huston, C.J, 1996).

Model keempat adalah model primer (*primary nursing*), adalah suatu model pemberian asuhan keperawatan dengan perawat primer yang merupakan perawat terdaftaro atau *register nurse* yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan klien selama dua puluh empat jam, sejak dari klien masuk rumah sakit sampai klien tersebut pulang atau meninggalkan rumah sakit. Dalam hal ini perawat primer memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara holistik.

Di Indonesia kategori tenaga seperti ini adalah minimal lulusan S-I Keperawatan yang telah menyelesaikan pendidikan keprofesiannya yakni Ners. Apabila tidak ada perawat primer maka asuhan keperawatan diberikan oleh perawat assosiet atau *associate nurse* (perawat pembantu), berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun oleh perawat primer. Kelebihan dari model ini adalah memberikan kepuasan yang tinggi kepada klien, mengingat kebutuhan klien dipenuhi secara individual oleh perawat primer tertentu, yang kompeten dan mempunyai akuntabilitas serta mampu melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain, misalnya dokter. Sedangkan kelemahannya adalah sulit diterapkan di rumah sakit dengan tenaga keperawatan yang pendidikannya kurang memadai, sebab model ini memerlukan banyak perawat primer dengan dasar pendidikan setara S-1 dan Ners Spesialis (Marquis, B.L & Huston, C.J, 1996).

Pada studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Dr.Haryoto Lumajang, diketahui bahwa perawat di dalam memberikan asuhan keperawatan masih menggunakan model fungsional. Setiap tindakan keperawatan dilakukan oleh perawat yang berbeda, dengan menggunakan pendekatan prosedur atau "*procedure oriented*". Padahal dengan menggunakan model pemberian asuhan

keperawatan fungsional, Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Haryoto Lumajang berkali-kali mendapat komplain dari masyarakat karena merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan.

Sedangkan gambaran tentang tenaga keperawatan yang ada di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Haryoto Lumajang berdasarkan dasar pendidikan dan ruangan di mana mereka bertugas adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1 Distribusi Tenaga Keperawatan Di Ruangan Rawat Inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang Tahun 2000

Ruangan	Dasar Pendidikan								Jumlah	
	SPK/SPR		SPK/SPR +		Akper		Jumlah			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
R.Kls I	1	8,33	6	50,00	7	58,33	5	41,67	12	100,00
R.Bersalin	0	0,00	4	66,67	4	66,67	2	33,33	6	100,00
R.Anak	1	7,69	8	61,54	9	69,23	4	30,77	13	100,00
R.Bedah	2	15,38	8	61,54	10	76,92	3	23,08	13	100,00
R.Int.Wnt.	0	0,00	6	66,67	6	66,67	3	33,33	9	100,00
R.Int. Laki	0	0,00	7	63,64	7	63,64	4	36,36	11	100,00
R.Utama	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	100,00	5	100,00
Jumlah	4	5,80	39	56,52	43	62,32	26	37,68	69	100,00

Sumber : Laporan tahunan RSUD Dr. Haryoto Lumajang 2000

Keterangan:

SPK/SPR + : adalah lulusan SPK/SPR yang pada saat ini sedang menyelesaikan Pendidikan lanjutan pada D-III Keperawatan Kelas Khusus RSUD Dr.Haryoto Lumajang dan akan selesai pada April tahun 2002.

Dari data pada tabel 1.1 di atas tadi dapat diketahui bahwa kondisi tenaga keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Haryoto Lumajang didominasi oleh tenaga keperawatan dengan dasar pendidikan SPK/SPR, yakni 43 orang (42,32 %) dan sisanya ada 26 orang (37,68 %) perawat dengan dasar pendidikan

Diploma III Keperawatan (Akper). Namun dari 43 orang perawat dengan dasar pendidikan SPK/SPR tersebut terdapat 39 orang (90,69%) dengan dasar pendidikannya sudah SPK/SPR +, maksudnya saat ini sedang menyelesaikan pendidikannya pada Akper Program Kelas Khusus RSUD Dr.Haryoto Lumajang yang akan selesai pada bulan Agustus tahun 2002 dan hanya 4 orang (5,8 %) yang tidak meneruskan ke Akper dengan alasan sudah tua dan hampir pensiun.

Selanjutnya pada studi dokumentasi yang dilakukan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang di ketahui bahwa setiap pasien dilayani oleh lebih dari seorang perawat, karena setiap tindakan dilakukan oleh perawat yang berbeda. Dari hasil wawancara yang dilakukan terhadap beberapa orang dokter di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, diperoleh kesan bahwa dokter sebagai mitra kerja perawat ternyata juga tidak puas dengan kinerja perawat, sebab seorang perawat ternyata tidak menguasai keadaan pasiennya secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di rumah sakit tersebut adalah model fungsional, yang seharusnya sudah bisa ditinggalkan karena tidak memungkinkan perawat mengenal dan memahami keadaan pasien secara holistik.

Berdasarkan studi dokumentasi yang dilakukan terhadap rekapitulasi hasil evaluasi pelayanan keperawatan pada masing-masing ruangan rawat inap di RSUD Dr. Haryoto Lumajang, diperoleh data seperti pada tabel 1.2 berikut.

Tabel 1.2 Rekapitulasi evaluasi pelayanan keperawatan pada masing-masing ruang rawat inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2000

No.	Unit Penilaian	Hasil Penilaian		
		Memuaskan %	Sedang %	Kurang %
1.	Ruang Utama	45, 96	39,86	14,18
2.	Ruang Bedah	19,56	66,87	13,57
3.	Ruang Anak	12,72	57,19	30,09
4.	Ruang Bersalin	17,27	66,16	16,57
5.	Ruang P.Dalam	8,95	67,66	23,39
6.	Ruang Perinatologi	7,09	50,48	42,43

Sumber : Laporan evaluasi pelayanan pasien di R. Rawat Inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang bulan November tahun 2000

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa sebagian pasien menilai pelayanan keperawatan yang diberikan di ruang rawat inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang masih kurang memuaskan. Dan yang terbanyak dinilai kurang adalah di ruangan Penyakit Dalam, ruangan Anak dan Ruangan Perinatologi. Sedangkan aspek yang dinilai terhadap pelayanan perawat tersebut meliputi: mutu pelayanan keperawatan, tanggap/tidaknya terhadap kebutuhan pasien dan kesopanan dan keramah tamahan perawat.

Selain itu dari hasil rekapitulasi evaluasi penilaian pasien terhadap pelayanan ruang rawat inap dari masing-masing unsur yang dinilai di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, yang dihimpun dari angket yang disebarkan kepada 250 orang pasien ruang rawat inap selama bulan November tahun 2000, diperoleh gambaran seperti pada tabel 1.3 berikut ini.

Tabel 1.3 Rekapitulasi evaluasi pelayanan rawat inap dari masing-masing unsur yang dinilai bulan November tahun 2000

No.	Unsur yang dinilai	Hasil Penilaian Pasien						Jumlah	
		Memuaskan		Sedang		Kurang			
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Fasilitas R.Rawat	24	9,60	100	40,00	126	50,40	250	100,00
2	Administrasi/Keu	15	6,00	150	66,00	70	28,00	250	100,00
3	Farmasi	29	11,60	160	64,00	61	24,40	250	100,00
4	Penerimaan Pasien	39	15,60	153	61,20	58	23,20	250	100,00
5	IGD	34	13,60	172	61,20	44	17,60	250	100,00
6	Dokter	44	17,60	162	64,80	44	17,60	250	100,00
7	Perawat	47	18,80	150	60,00	53	21,20	250	100,00
8	Mutu Makanan	161	64,40	160	64,00	41	16,40	250	100,00
9	Radiologi	129	51,60	99	39,60	22	8,80	250	100,00
10	Laboratorium	163	65,20	172	68,88	44	17,60	250	100,00

Sumber : Laporan evaluasi pelayanan pasien ruang rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, bulan November tahun 2002.

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa penilaian pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat berada pada peringkat ke 7, yakni ada 40 orang atau 18,80% dari 250 orang pasien yang menyatakan puas, sementara ada sebanyak 150 orang atau 60,00% yang menilai sedang dan sebanyak 53 orang atau 21,20% yang menyatakan kurang puas terhadap pelayanan perawat.

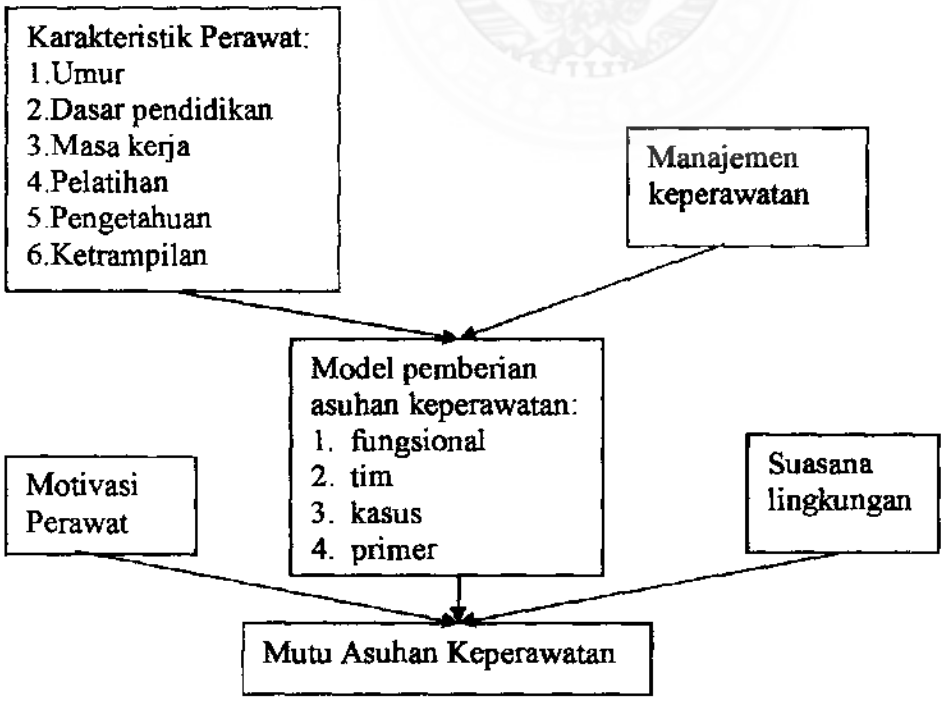
Sebenarnya rasio perawat dibandingkan dengan jumlah tempat tidur di RSUD Dr.Haryoto Lumajang sudah bagus, yakni 101 : 172 atau tidak sampai 1 : 2 atau 2 : 3, di mana 2 orang perawat menangani 3 orang klien kalau rumah sakit tersebut penuh. Namun BOR RSUD Dr.Haryoto Lumajang berkisar 60 – 70 % pertahun. Sedangkan kalau dibandingkan dengan jumlah perawat yang bertugas di Ruangan Rawat Inap ada 69 : 172 , atau 1 : 3 artinya satu orang perawat melayani dua sampai tiga orang klien apabila klien yang dirawat penuh (100 %).

Penilaian kurang tersebut tidak hanya ditujukan terhadap perawat, namun mengingat perawat berada di samping kliennya selama 24 jam, maka keadaan ini tentunya perlu mendapat perhatian dan introspeksi diri dari perawat. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Keperawatan tentang bagaimana tanggapannya terhadap hasil evaluasi pada tabel 1.3 tadi, dijelaskan bahwa mereka tidak puas dengan hasil tersebut meskipun yang menilai kurang puas terhadap pelayanan perawat hanya 21,20%, mereka bertekad untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Dari uraian di atas, dapat ditarik suatu simpulan bahwa masalahnya adalah: mutu asuhan keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang dinilai rendah.

1.2 Identifikasi Masalah

Beberapa faktor yang diidentifikasi sebagai kemungkinan penyebab timbulnya masalah, seperti digambarkan pada skema berikut :



Gambar 1.1 Beberapa Faktor Yang Kemungkinan Mempengaruhi Pemilihan Model Asuhan Keperawatan

Dari skema di atas dapat dijelaskan bahwa pemilihan model asuhan keperawatan dipengaruhi oleh dua faktor, yakni faktor karakteristik perawat dan manajemen keperawatan, sebagai berikut:

1.2.1 Karakteristik perawat, yang meliputi:

1. Umur

Gillies (1996) menyatakan bahwa umur perawat mempengaruhi pemilihan model asuhan keperawatan yang diterapkan di suatu rumah sakit, dijelaskan bahwa usia yang sesuai untuk model tim, kasus dan primer minimal perawat yang usianya lebih dari 30 tahun. Untuk menjadi ketua tim pada model tim, diperlukan perawat yang usianya antara 40 sampai 50 tahun. Sebab di usia tersebut perawat dianggap sudah mempunyai banyak pengalaman dan sudah cukup matang untuk menjadi ketua tim, sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat bagi tim yang dipimpinnya, tetapi sebagai anggota tim bisa memakai perawat dengan berbagai tingkatan usia. Sedangkan pada model kasus diperlukan perawat dengan usia rata-rata di atas 35- 45 tahun sebab di usia tersebut perawat dianggap sudah cukup berpengalaman menangani berbagai kasus. Demikian pula dengan model primer, memerlukan perawat yang usianya sudah lebih dari 30 tahun ke atas, sebab perawat pada usia tersebut jelas pendidikannya juga sudah cukup, yakni minimal sudah lulusan D III Keperawatan ditambah S-1 Keperawatan, bahkan sudah Spesialis di bidangnya.

2 Masa Kerja

Semakin lama seseorang bekerja di sebuah ruangan di rumah sakit, maka semakin banyak pengalaman yang dimiliknya, sehingga dengan demikian

pemahamannya terhadap berbagai kasus yang ada di ruangan tersebut juga semakin baik. Namun demikian dikatakan pula bahwa sebaiknya seorang perawat paling lama bekerja di suatu bagian atau ruangan adalah antara 5 – 10 tahun, sebab lebih dari itu akan terjadi kejenuhan dan tidak lagi memberikan kontribusi positif terhadap mutu asuhan keperawatan. Sehingga seorang manajer keperawatan mulai berpikir untuk melakukan mutasi terhadap perawat bersangkutan ke ruangan lain, apabila tanda-tanda adanya kejenuhan mulai nampak. Jadi masa kerja mempengaruhi pemilihan model pemberian asuhan keperawatan.

Pada model fungsional masa kerja tidak banyak pengaruhnya, tetapi untuk model tim, kasus dan primer masa kerja berpengaruh. Misalnya akan memilih model tim, maka yang menjadi ketua tim tidak mungkin mereka yang masa kerjanya baru satu atau dua tahun di ruangan tersebut, tetapi memilih perawat dengan masa kerja minimal 5 tahun, meskipun sebagai anggota tim bisa menggunakan perawat dengan masa kerja kurang dari 5 tahun. Sedangkan untuk model kasus tenaga perawat yang dibutuhkan adalah perawat yang sudah berpengalaman di ruangan tersebut minimal 5 tahun. Demikian pula untuk model primer, membutuhkan perawat yang sudah berpengalaman (Sitorus, R,1999).

3. Dasar Pendidikan

Menurut Ratna Sitorus (1999), menyatakan bahwa seorang manajer keperawatan perlu memperhatikan dasar pendidikan perawat pelaksana yang ada di sebuah ruangan sebelum memutuskan model asuhan keperawatan tertentu yang akan diterapkan. Hal ini disebabkan karena masing-masing model pemberian

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

asuhan keperawatan memerlukan perawat dengan dasar pendidikan tertentu. Misalnya untuk model primer, diperlukan perawat profesional dengan dasar pendidikan minimal Starata-1, atau setara misalnya Diploma IV.

Sedangkan untuk model tim, maka sebagai ketua tim diperlukan seorang perawat dengan dasar pendidikan minimal Diploma III Keperawatan yang sudah berpengalaman di bagian atau ruangan tersebut, dengan beberapa anggota tim yang terdiri dari perawat dengan dasar pendidikan Diploma III Keperawatan dan perawat lulusan SPK.

Kenyataan menunjukkan bahwa rumah sakit yang tenaga keperawatannya sudah terdapat perawat primer (perawat dengan dasar pendidikan S-1 Keperawatan dan Spesialisasi di bidang Keperawatan), atau minimal lulusan Diploma III Keperawatan, mereka sudah meninggalkan model fungsional, sekaligus mutu asuhan keperawatannya juga baik. Sebab rumah sakit dengan kategori tenaga keperawatan seperti itu dapat menerapkan model pemberian asuhan keperawatan primer, kasus dan tim yang dapat memberikan kepuasan, baik tehadap pasien/klien maupun terhadap perawat itu (Sitorus, R, 1999)

4. Pengetahuan

Mengingat pendekatan yang digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan adalah pendekatan atau metoda proses keperawatan, maka pengetahuan perawat tentang proses keperawatan berpengaruh terhadap pemilihan model pemberian asuhan keperawatan yang akan digunakan. Hanya perawat dengan dasar pendidikan minimal Diploma III Keperawatan yang sudah dibekali dengan pengetahuan tentang metoda proses keperawatan. Sehingga

untuk model pemberian asuhan keperawatan tim, kasus dan primer maka aspek pengetahuan khususnya pengetahuan tentang proses keperawatan tersebut mutlak dipertimbangkan dalam pemilihan model pemberian asuhan keperawatan (Sitorus, R, 1999).

5. Ketrampilan

Terutama ketrampilan menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan ketrampilan melakukan berbagai tindakan keperawatan dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien/klien perlu dipertimbangkan dalam pemilihan model pemberian asuhan keperawatan.

Apabila menggunakan model tim, maka seorang ketua tim haruslah seseorang yang menguasai berbagai macam ketrampilan tindakan keperawatan, termasuk ketrampilan berkomunikasi baik komunikasi dengan pasien dan keluarganya, komunikasi dengan anggota timnya maupun dengan tim yang lain di ruangannya. Jadi ketrampilan juga mempengaruhi pemilihan model pemberian asuhan keperawatan yang akan diterapkan di suatu bagian/ruangan.

6. Pelatihan

Pernah atau tidaknya mendapat pelatihan dan jenis pelatihan yang pernah diikuti oleh perawat, juga berpengaruh terhadap pemilihan model pemberian asuhan keperawatan yang akan diterapkan. Selain itu pernah atau tidaknya perawat mengikuti pelatihan, terutama pelatihan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan berpengaruh pula terhadap mutu asuhan keperawatan dan peningkatan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Nurachmah, E, 2001).

1.2.2 Manajemen Keperawatan

Menurut Gillies (1996), menjelaskan bahwa manajemen keperawatan merupakan kunci keberhasilan dari pencapaian tujuan organisasi secara efisien dan efektif. Manajemen keperawatan terdiri dari manajemen pelayanan keperawatan dan manajemen asuhan keperawatan. Suatu organisasi rumah sakit yang struktur organisasinya mendorong terlaksananya manajemen keperawatan yang memungkinkan perawat mempunyai otonomi untuk melaksanakan manajemen keperawatan secara mandiri, memberikan kontribusi positif terhadap kemampuan mereka menerapkan model pemberian asuhan keperawatan yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Selanjutnya mutu asuhan keperawatan selain dipengaruhi oleh model asuhan keperawatan yang digunakan, juga dipengaruhi oleh:

1. Suasana lingkungan

Suasana lingkungan kerja dipengaruhi oleh lingkungan kerja itu sendiri. Misalnya kebersihan ruangan, ventilasi yang cukup, termasuk ketersediaan alat dan bahan untuk melaksanakan kegiatan pemberian asuhan keperawatan, seperti kelengkapan format pengumpulan data dasar pasien, termasuk pola hubungan perawat dengan perawat, perawat dengan dokter atau tim kesehatan lain yang kondusif. Keadaan ini membantu menciptakan suasana lingkungan kerja yang menyenangkan dan kondusif bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan, sehingga mutu asuhan keperawatan meningkat.

2. Motivasi

Menurut Robbin S (1996), menyatakan bahwa motivasi adalah kemauan seseorang untuk berjuang atau berusaha ke tingkat yang lebih tinggi menuju ke tercapainya apa yang menjadi tujuan organisasi, tanpa mengabaikan kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan pribadinya.Apabila motivasi perawat tergolong tinggi, maka akan berpengaruh positif terhadap kinerja perawat yang pada akhirnya tercapai apa yang menjadi tujuan organisasi, yakni memberikan pelayanan yang terbaik, dengan demikian maka mutu asuhan keperawatan akan meningkat pula.

1.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah

Dari identifikasi masalah yang telah diuraikan di atas, maka masalahnya dibatasi pada model pemberian asuhan keperawatan, sehingga masalahnya dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Model asuhan keperawatan yang bagaimanakah yang pada saat ini diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang?
2. Bagaimanakah karakteristik perawat di RSUD Dr Haryoto Lumajang?
3. Bagaimanakah manajemen keperawatan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang?
4. Modifikasi model pemberian asuhan keperawatan yang bagaimanakah yang dapat diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, guna meningkatkan mutu asuhan keperawatan?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Memodifikasi model pemberian asuhan keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, berdasarkan karakteristik perawat dan

manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, guna peningkatan mutu asuhan keperawatan.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mempelajari model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang pada saat ini.
2. Mengidentifikasi karakteristik perawat (dasar pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan dan ketrampilan) di RSUD Dr.Haryoto Lumajang
3. Mempelajari manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang.
4. Merumuskan modifikasi model pemberian asuhan keperawatan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini merupakan masukan bagi rumah sakit untuk memilih dan menerapkan model asuhan keperawatan yang sesuai, dalam rangka peningkatan mutu asuhan keperawatan.

1.5.2 Bagi peneliti

Merupakan pengalaman yang sangat berharga dalam pengembangan tri dharma perguruan tinggi, khususnya kemampuan melakukan penelitian serta menambah wawasan dalam melaksanakan proses belajar mengajar di tempat tugas.

1.5.3 Bagi perawat

Merupakan masukan untuk memperbaiki mutu asuhan keperawatan dan meningkatkan profesionalisme keperawatan, sekaligus sebagai acuan untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keperawatan dan Perawat

2.1.1 Konsep Keperawatan

Menurut Dorothea Orem (1971), menyatakan bahwa keperawatan adalah pelayanan manusiawi yang berpusat pada kebutuhan manusia untuk mengurus diri dan bagaimana mengaturnya, secara terus menerus untuk dapat menunjang kehidupan dan kesehatan, serta sembuh dari penyakit atau kecelakaan dan menanggulangi akibatnya.

Internatinal Council Of Nurses (ICN, 1973), menyatakan bahwa keperawatan adalah fungsi yang unik dalam membantu individu yang sakit atau sehat dengan penampilan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan atau meninggal dunia dengan damai, sehingga individu tersebut dapat merawat kesehatannya sendiri apabila memiliki kekuatan dan pengetahuan.

Virginia Henderson (1978) mendefinisikan keperawatan sebagai bantuan yang diberikan kepada seseorang yang sakit maupun yang sehat dalam melaksanakan kegiatan yang menunjang kesehatan atau penyembuhannya atau meninggal dunia dengan damai, yang dilakukan tanpa bantuan apabila ia memiliki kekuatan, kemauan atau pengetahuan yang diperlukan.

Menurut Kelompok Kerja Keperawatan Konsorsium Ilmu-Ilmu Kesehatan Indonesia (1983), menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional, yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan,

didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan adalah berupa bantuan, yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari–hari secara mandiri

Sedangkan praktek keperawatan merupakan tindakan mandiri perawat professional melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif dengan klien dan tenaga kesehatan yang lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya.

Pokja Keperawatan (1996) menyatakan bahwa asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman kepada standar keperawatan, dengan dilandasi etik dan etiket profesi keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan

Apabila asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan diterapkan oleh perawat terhadap semua klien di rumah sakit, maka mutu asuhan keperawatan di rumah sakit tersebut diharapkan akan meningkat, karena klien dirawat secara holistik, yang pada akhirnya memberikan kepuasan kepada klien dan keluarganya (Sitorus, R, 1999).

Sedangkan Ilmu Keperawatan adalah ilmu terapan yang merupakan sintesis dari beberapa ilmu dasar dan ilmu keperawatan, terdiri atas Ilmu Keperawatan Dasar, Ilmu Keperawatan Klinik dan Ilmu Keperawatan Komunitas.

2.1.2 Konsep perawat

Tenaga keperawatan di Indonesia terdiri dari dua kategori yaitu perawat profesional dan perawat vokasional. Perawat professional adalah Perawat Ahli Madya, Perawat Ahli atau Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan yang pendidikan keperawatannya diperoleh pada jenjang pendidikan tinggi keperawatan.

Perawat Ahli Madya adalah seseorang yang berijazah Pendidikan Ahli Madya Keperawatan atau Perawat Profesional Pemula, yang program pendidikannya telah disyahkan oleh pemerintah dan diberi tugas secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan praktek keperawatan generalis.

Ners adalah seseorang yang berijazah program pendidikan profesi keperawatan , yang telah disyahkan oleh pemerintah dan telah diberi tugas secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan praktek keperawatan generalis. Ners spesialis adalah seseorang yang berijazah program pendidikan spesialis satu keperawatan, yang telah disyahkan oleh pemerintah dan telah diberi tugas secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan praktik keperawatan super spesialis.

Ners konsultan adalah seseorang yang berijazah program pendidikan spesialis dua keperawatan, yang telah disyahkan oleh pemerintah dan telah diberi

tugas secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan praktek keperawatan super spesialis.

Sedangkan praktek keperawatan profesional adalah tindakan mandiri perawat Ahli Madya Keperawatan, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan melalui kerja sama bersifat kolaboratif dengan klien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya.

Perawat vokasional adalah seseorang yang berijazah sekolah perawat setara sekolah menengah tingkat atas yang diakui pemerintah dan diberi tugas secara penuh oleh pejabat yang berwenang. Praktek keperawatan vokasional adalah tindakan keperawatan yang didelegasikan dan disupervisi oleh perawat profesional serta sesuai dengan peran bantuan keperawatan. Perawat vokasional dapat menjadi perawat profesional setelah memenuhi persyaratan yang berlaku pada jenjang perawat profesional (PPNI, DPP,2000).

2.2 Manajemen Keperawatan

Menurut Gillies (1994), menyatakan bahwa manajemen merupakan proses penatalaksanaan kegiatan organisasi melalui upaya dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan yang ditetapkan bersama. Sedangkan manajemen keperawatan merupakan upaya pengelolaan aktivitas keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat dalam upaya memberikan pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang ditujukan kepada klien baik sebagai individu, keluarga, kelompok dan komunitas.

Dalam pelayanan keperawatan, manajemen keperawatan merupakan kunci keberhasilan dari pencapaian tujuan organisasi keperawatan secara efisien dan efektif. Perkembangan pelayanan keperawatan dipengaruhi oleh perubahan yang terjadi pada pelayanan kesehatan.

Manajemen keperawatan terdiri dari manajemen pelayanan keperawatan dan manajemen asuhan keperawatan. Manajemen pelayanan keperawatan terkait dengan pengelolaan sumber daya keperawatan, meliputi tenaga keperawatan, metoda pemberian pelayanan keperawatan, fasilitas pendukung pelayanan keperawatan dan pembiayaan keperawatan.

Sedangkan manajemen asuhan keperawatan merupakan asuhan langsung terkait dengan hubungan profesional antara perawat dengan klien, baik klien sebagai individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yang meliputi kegiatan pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Gillies, D.A, 1996).

Manajemen pelayanan keperawatan berfokus pada mutu, efisiensi dan efektivitas, penghematan biaya pelayanan kesehatan serta dengan memperhatikan kontinuitas pelayanan kesehatan (Gillies, D.A, 1996).

Beberapa faktor yang dapat berpengaruh terhadap keberhasilan manajemen keperawatan adalah:

1. Sistem pelayanan atau asuhan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan klien secara menyeluruh, sehingga perlu didukung oleh:

a. Metoda pemberian asuhan keperawatan yang tepat, maksudnya yang dapat memenuhi kebutuhan klien secara menyeluruh dan kualifikasi tenaga keperawatan yang tersedia. Metoda pemberian asuhan keperawatan tersebut adalah: metoda fungsional, metoda kasus, metode tim dan metoda primer. Metoda mana yang dipilih disesuaikan dengan tingkat perkembangan institusi pelayanan kesehatan tersebut.

Agar pelayanan kesehatan bermutu, maka alternatif metode yang dapat dipilih adalah metoda tim atau metoda primer, karena metoda ini dapat memfasilitasi pengembangan pelayanan keperawatan profesional. Sedangkan metoda fungsional tidak tepat untuk dipilih sebab pemenuhan kebutuhan klien terpilah–pilah. Metoda kasus lebih baik dari pada metoda fungsional karena dapat memenuhi kebutuhan klien secara menyeluruh, tentu saja dengan catatan bahwa tingkat perkembangan institusi dipandang belum dapat menggunakan metoda tim dan primer.

b. Fasilitas pendukung pelayanan keperawatan, yang meliputi desain ruangan, yang dapat memudahkan pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan yang nyaman, aman, sedangkan peralatan yang tersedia sesuai dengan standar keperawatan.

2. Sistem ketenagaan

Untuk mencapai pelayanan keperawatan yang bermutu, maka perlu ditunjang oleh adanya tenaga keperawatan professional. Tenaga yang dimaksud terdiri dari perawat umum atau Ners Generalis dan perawat spesialis atau Ners Spesialis, yang mampu memberikan asuhan keperawatan yang mandiri dan atau

berkolaborasi dengan profesi kesehatan yang lain. Artinya perawat yang memiliki sikap profesional keperawatan, menguasai Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Keperawatan, memiliki ketrampilan professional keperawatan, sehingga dapat diberi wewenang serta mampu bertanggung jawab dan bertanggung gugat dalam melaksanakan asuhan keperawatan profesional.

3. Sistem administrasi atau pengelolaan yang terkait dengan mekanisme pelayanan keperawatan yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan yang adekuat sehingga asuhan keperawatan bermutu dapat dicapai. Di dalam pengelolaan dan pengorganisasian keperawatan, meliputi juga penempatan tenaga keperawatan pada posisi dan jabatan yang tepat serta adanya kesatuan komando dan koordinasi dalam hirarki organisasi. Hal tersebut memberikan otonomi kepada profesi keperawatan dalam melaksanakan manajemen keperawatan secara optimal.

Dengan didukung oleh struktur organisasi yang mantap maka memungkinkan perawat untuk melakukan pengelolaan pelayanan keperawatan secara berjenjang, yaitu adanya garis komando yang dimulai dari wakil direktur bidang keperawatan sampai ke ruang rawat. Keadaan ini memudahkan terlaksananya pelayanan keperawatan yang bermutu (Sitorus, R, 2000).

2.3 Model Pemberian Asuhan Keperawatan

Di berbagai negara telah dikembangkan model praktek keperawatan profesional (Model PKP), yang bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit.

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Menurut Ratna Sitorus, mengutip Hoffart & Woods (1996) mengatakan bahwa di IOWA Veterans Hospital pernah dikembangkan "*Professional Practice Models*" yang didasarkan pada suatu pandangan bahwa perawat adalah profesi yang mandiri atau "*autonomous professionals*". Dengan model ini memungkinkan perawat berperan sebagai pembela utama atau "*primary advocates*".

Di John Hopkins Hospital juga pernah dikembangkan model praktek keperawatan pada tahun 1981, yang dimulai pada 11 ruang rawat dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Model ini menekankan pada penghayatan nilai-nilai profesional serta konsep manajemen yang mandiri pada tingkat ruang rawat atau "*unit level self management model*" (Sitorus, R, 1999).

Dikenal beberapa model pemberian asuhan keperawatan yang dapat diterapkan di rumah sakit, antara lain:

2.3.1 Model pemberian asuhan keperawatan fungsional atau *Functional Nursing Care Delivery Model* atau dikenal sebagai model fungsional.

1. Pengertian

Model fungsional adalah suatu model pemberian asuhan keperawatan, dimana pengorganisasian tugas pelayanan keperawatan klien didasarkan pada pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan. Misalnya: Perawat A bertugas menyuntik, perawat B bertugas mengukur tanda-tanda vital klien. Seorang perawat dapat melakukan dua jenis tugas atau lebih untuk semua klien yang ada di unit tersebut. Dan kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas tersebut serta menerima laporan tentang semua klien dan

menjawab semua pertanyaan tentang klien di unitnya. Jadi dengan model ini seorang perawat tidak menguasai keadaan pasiennya secara keseluruhan.

2. Keuntungan model fungsional

a. Perawat trampil untuk tugas atau pekerjaan tertentu

b. Mudah memperoleh kepuasan kerja bagi perawat setelah menyelesaikan tugasnya

c. Kekurangan tenaga ahli dapat diganti dengan tenaga yang kurang berpengalaman untuk satu tugas sederhana

d. Memudahkan kepala ruangan mengawasi staf atau peserta didik yang melaksanakan praktek klinik keperawatan untuk ketrampilan tertentu

3. Kelemahan model fungsional

a. Pelayanan keperawatan terpilah-pilah dan tidak total, sehingga proses keperawatan sulit untuk diterapkan

b. Apabila pekerjaan selesai perawat cenderung meninggalkan klien dan melakukan tugas lain, yang bukan tugas keperawatan

c. Sulit dicapai kepuasan kerja secara keseluruhan dan sulit diidentifikasi kontribusinya terhadap pelayanan atau asuhan keperawatan

d. Perawat melihat asuhan keperawatan hanya sebagai ketrampilan saja

(Marquis, B.L & Huston, C.J, 1996).

4. Kriteria tenaga perawat yang diperlukan untuk model fungsional, adalah:

Kriterianya relatif mudah, karena dapat memanfaatkan semua jenis tenaga keperawatan dengan berbagai jenis pendidikan , baik lulusan Diploma III Keperawatan atau perawat profesional pemula, maupun perawat lulusan SPK/SPR

atau perawat assosiet, tidak menjadi masalah. Bahkan seluruhnya menngunakan perawat assosiet juga bisa, yang penting masa kerjanya bervariasi. Maksdudnya sudah ada perawat dengan masa kerja cukup lama di bagian tersebut, meski hanya perawat assosiet. Sebab pada model ini perawat bekerja berdasarkan fungsi dan tugasnya masing-masing (Sitorus, R, 2000).

2.3.2 Model pemberian asuhan keperawatan kasus atau atau *Case Nursing Care Delivery Model* atau model kasus.

1 Pengertian

Model pemberian asuhan keperawatan kasus adalah pengorganisasian asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa orang klien oleh satu orang perawat pada saat bertugas atau jaga selama periode waktu tertentu atau sampai klien pulang. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima semua laporan tentang pelayanan keperawatan klien. Pada model ini dibutuhkan perawat profesional yang lebih banyak, minimal lulusan Diploma III Keperawatan.

2. Keuntungan model kasus, adalah:

a. Fokus pelayanan keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan klien.

b. Asuhan keperawatan dilakukan secara komprehensif

c. Perawat termotivasi untuk selalu bersama klien selama bertugas, sedangkan tugas non keperawatan dapat dilakukan oleh tenaga lain yang bukan perawat.

d. Mendukung dilaksanakannya asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan kepada setiap klien yang dirawat

e. Kepuasan klien dan perawat dapat dicapai secara keseluruhan

3 Kelemahan model kasus

a. Beban kerja perawat tinggi terutama bila jumlah klien banyak, sehingga tugas rutin yang sederhana seringkali terlewatkan

b. Pendelegasian tugas terbatas

c. Peserta didik yang sedang melaksanakan praktek klinik keperawatan sulit untuk melatih ketrampilan keperawatan dasar, seperti menyuntik, mengukur tanda-tanda vital

d. Sulit untuk diterapkan pada rumah sakit dengan tenaga keperawatan yang tingkat pendidikannya mayoritas lulusan SPK, sebab dibutuhkan tenaga keperawatan dengan tingkat pendidikan minimal lulusan Diploma III Keperawatan dalam jumlah yang banyak (Sitorus, R, 2000).

4. Kriteria tenaga perawat yang dibutuhkan pada model kasus, adalah:

a. Membutuhkan perawat profesional, minimal professional pemula yakni lulusan Diploma III Keperawatan dalam jumlah banyak dan tidak memerlukan perawat lulusan SPK atau perawat assosiet

b. Masa kerja perawat minimal 5 tahun, sehingga telah cukup berpengalaman menangani kasus –kasus yang ada di bagian tersebut.

c. Dibutuhkan juga perawat lulusan S-1 Keperawatan dan beberapa perawat Spesialis tertentu sesuai kaus yang ada dan dirawat di bagian tersebut

d. Ada dukungan dari manajemen keperawatan

2.3.3 Model pemberian asuhan keperawatan tim atau *Team Nursing Care Delivery Model* atau model tim

1. Pengertian

Model pemberian asuhan keperawatan tim adalah suatu model pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan oleh sekelompok perawat terhadap sekelompok klien. Kelompok yang terdiri dari tiga sampai empat orang perawat dipimpin oleh perawat teregistrasi dan berpengalaman serta memiliki pengetahuan yang memadai dalam bidangnya. Pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh ketua tim yang merupakan perawat terregistrasi, yang memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompk pasien yang terdiri dari delapan sampai dua belas orang pasien secara keseluruhan (holistik). Selain itu sebagai ketua tim, maka ia bertanggung jawab dalam mengarahkan anggota timnya sebelum memulai tugasnya dan menerima laporan kemajuan pelayanan atau asuhan keperawatan klien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugasnya apabila menemui kesulitan.

Konsep utama dari model tim adalah kepemimpinan dan perlunya terjalin komunikasi yang efektif. Dalam kepemimpinan, ketua tim bertanggung jawab terhadap sekelompok klien, antara lain merencanakan asuhan keperawatan, merencanakan penugasan bagi anggota timnya serta melakukan supervisi dan evaluasi (Minarik, Pamela A, 1997: 59-62).

Komunikasi yang efektif disini diperlukan agar tercapai kontinuitas asuhan keperawatan, sehingga pemenuhan kebutuhan klien secara individual dapat tercapai karena adanya kesinambungan dalam asuhan keperawatan klien.

Ketua tim melakukan komunikasi terbuka dan aktif melalui laporan dan pada saat melakukan *nursing conference* dalam rangka merencanakan asuhan keperawatan (Minarik, Pamela A, 1997: 56-62)

2. Keuntungan model tim, adalah:

a. Memfasilitasi asuhan keperawatan yang komprehensif

b. Memungkinkan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, yang memberikan kepuasan kepada klien

c. Konflik akibat perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim dan cara ini efektif untuk belajar

d. Memberikan kepuasan kepada anggota tim dalam hubungan interpersonal

e. Memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda secara aman dan efektif.

3. Kelemahan model tim, adalah:

a. Perawat yang belum trampil atau belum berpengalaman seringkali bergantung atau berlindung kepada anggota tim yang mampu atau sudah berpengalaman, ataupun kepada ketua timnya

b. Rapat tim memerlukan waktu sehingga pada situasi sibuk rapat tim sulit dilaksanakan, bahkan seringkali ditiadakan, akibatnya koordinasi dan komunikasi antar anggota tim kadang-kadang terganggu.

c. Karena pada model ini digunakan pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan, maka sebaiknya semua perawat telah menguasai pendekatan proses keperawatan

d. Akontabilitas dalam tim seringkali kabur (Sitorus, R, 2000).

Pada model tim ini salah seorang perawat yang memiliki pendidikan dan kemampuan lebih tinggi menjadi ketua tim, di mana klien juga mengetahui siapa ketua timnya. Jadi yang bertindak selaku ketua tim harus perawat profesional, sedangkan anggotanya dari perawat profesional dan beberapa orang pembantu perawat atau perawat assosiet. Di sini peran ners manajer di ruangan adalah koordinasi dan dapat melakukan pendelegasian tugas kepada ketua tim atau menganut azas desentralisasi.

4. Kriteria tenaga perawat yang dibutuhkan pada model tim:

a. Dibutuhkan perawat profesional minimal lulusan Diploma III Keperawatan atau perawat profesional pemula dan perawat assosiet yakni lulusan SPK.

b. Sebagai ketua tim harus perawat dengan dasar pendidikan lebih tinggi dari anggota timnya, minimal lulusan Diploma III Keperawatan atau perawat profesional pemula dan kalau ada sebaiknya lulusan S-1 Keperawatan atau perawat profesional

c. Masa kerja dari ketua tim harus yang lebih lama di bagian tersebut dibandingkan dengan anggota timnya, lebih baik kalau sudah lebih dari 5 tahun.

d. Sebagai anggota tim bisa beberapa orang perawat profesional pemula dan perawat assosiet.

e. Sebaiknya anggota tim pernah belajar tentang proses keperawatan atau minimal mengikuti pelatihan tentang itu (bagi lulusan SPK).

2.3.4 Model pemberian asuhan keperawatan primer atau *Primary Nursing Care Delivery Model* atau model primer.

1. Pengertian

Model pemberian asuhan keperawatan primer adalah suatu model pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan yang dilakukan oleh seorang *"registered nurse"* Sebagai perawat primer, ia bertanggung jawab dalam asuhan keperawatan di mana perawat terregistrasi yang merupakan perawat primer tersebut bertanggung jawab selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan klien yang menjadi tanggung jawabnya dengan dibantu oleh beberapa orang perawat assosiet, mulai dari klien tersebut masuk rumah sakit sampai pulang dari rumah sakit.

Dengan model primer ini klien dirawat secara individual dan holistik. Dan apabila perawat primer libur atau cuti, maka tanggung jawab dalam asuhan keperawatan diserahkan kepada teman kerjanya yang satu level atau satu tingkat pengalaman dan ketrampilannya (Sitorus, R, 2000).

2. Keuntungan model primer:

a. Klien merasa sangat puas mengingat klien dirawat secara individual oleh "*primary nurse*" tertentu, sementara pendekatan yang digunakan juga adalah pendekatan holistik dan komprehensif.

b. Memberikan kepuasan kerja bagi perawat.

c. Memungkinkasn penerapan pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

d. Akuntabilitas tenaga keperawatan yang tinggi, serta mampu berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain, terutama dengan dokter.

3 Kelemahan model primer adalah:

a. Tidak dapat diterapkan di rumah sakit yang tidak mempunyai tenaga perawat profesional, atau perawat dengan tingkat pendidikan minimal Strata-1.

b. Biaya relatif tinggi dibandingkan model yang lain (Sitorus, R, 2000).

Pada model primer ini, tenaga keperawatan yang merupakan perawat primer adalah perawat profesional atau *"Clinical Nurse* ", dengan kriteria asertif, di mana pengambilan keputusannya tepat, kompeten di klinik, akuntabel dan mampu melakukan kolaborasi baik dengan klien maupun dengan profesi kesehatan lain. Peran ners manajer di ruangan adalah koordinasi, sehingga tidak perlu memeriksa setiap individu kliennya (Ingersol at al, 1996: 52–60).

4. Kriteria tenaga perawat yang dibutuhkan pada model primer:

a. Perawat lulusan S-1 keperawatan atau perawat profesional, perawat spesialis dan perawat professional pemula yang teregistrasi

b. Masa kerja perawat yang relatif sudah lama atau lebih dari 5 tahun

c. Mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang baik tentang asuhan keperawatan klien di bagian tersebut, menggunakan proses keperawatan

d. Mendapat dukungan penuh dari manajemen keperawatan

(Sitorus, R, 2000).

Model praktek keperawatan profesional (PKP) di atas terdiri dari lima sub sistem, yakni:

1. Nilai-nilai profesional, yang merupakan inti dari model PKP.

2. Hubungan antar profesional.

3. Metoda pemberian asuhan keperawatan

4. Pendekatan manajemen, terutama dalam perubahan pengambilan keputusan.

5. Sistem kompensasi dan penghargaan.

Sesuai dengan tingkat perkembangan keperawatan di Indonesia, maka untuk dapatnya menerapkan kelima sub sistem dari model PKP tadi, maka model PKP yang pernah dikembangkan di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta adalah meliputi tiga aspek, yaitu:

1. Aspek ketenagaan keperawatan.

2. Aspek metoda pemberian asuhan keperawatan

3. Aspek dokumentasi keperawatan (Sitorus, R, 1999).

Kesimpulan dari uraian tentang model pemberian asuhan keperawatan di atas adalah bahwa model yang paling baik yakni model primer, sebab dengan model tersebut klien dirawat secara individu, dengan pendekatan yang holistik dan komfrehensif. Tetapi mengingat tenaga keperawatan yang dibutuhkan untuk dapat menerapkan model primer di beberapa rumah sakit masih sulit dipenuhi, apalagi untuk rumah sakit di daerah kabupaten, maka diharapkan bahwa tiap rumah sakit minimal dapat menerapkan model tim atau kasus (PPNI, DPP, 2000).

2.4 Mutu Asuhan Keperawatan

Untuk mengukur mutu asuhan keperawatan maka ada dua standar yang dapat dipakai sebagai acuan yaitu: standar praktek keperawatan dan standar asuhan keperawatan.

2.4.1 Standar Praktek Keperawatan

1. Pengertian standar praktek keperawatan

Menurut Gillies dalam bukunya Nursing Process (1989), standar praktek keperawatan atau "***nursing practice standard***" adalah merupakan pernyataan deskriptif kualitas yang diinginkan terhadap penilaian keperawatan yang diberikan kepada klien. Untuk menilai apakah asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat di berbagai tatanan pelayanan kesehatan bermutu, maka harus dibandingkan dengan standar praktek keperawatan edan standar asuhan keperawatan.

Menurut Dewan Pimpinan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (1999), standar praktek keperawatan adalah ekspektasi minimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis.

Standar praktek keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktek yang dilakukan oleh anggota profesi, supaya masyarakat senantiasa mendapatkan pelayanan keperawatan yang aman, manusiawi dan nyaman serta etis.

2. Tujuan standar praktek keperawatan

Adapun tujuan diterbitkannya standar praktek keperawatan adalah:

a. Melindungi publik atau masyarakat yang telah memberikan kepercayaan kepada profesi keperawatan, dengan demikian maka profesi keperawatan berkewajiban untuk melaksanakan prakteknya secara profesional.

b. Merupakan regulasi bagi perawat untuk melaksanakan praktek.

c. Dapat digunakan untuk memberikan orientasi bagi perawat baru tentang uraian tugas yang akan diberikan oleh pimpinan institusi pelayanan kesehatan.

d. Merupakan acuan dalam menyelesaikan masalah legal.

3. Lingkup standar praktek keperawatan (PPNI, DPP, 1999)

Lingkup standar praktek keperawatan bagi perawat profesional meliputi:

a. Standar I: Ilmu Keperawatan.

b. Standar II: Akontabilitas profesional

c. Standar III: Pengkajian

d. Standar IV: Perencanaan

e. Standar V: Pelaksanaan

f. Standar VI: Evaluasi

2.4.2 Standar Asuhan Keperawatan

Standar asuhan keperawatan identik dengan standar profesi keperawatan, bertujuan untuk mengukur keberhasilan dan mutu asuhan keperawatan. Sehingga selain standar praktek keperawatan, maka standar asuhan keperawatan berguna sebagai kriteria untuk mengukur mutu serta keberhasilan asuhan keperawatan.

Karena asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat menggunakan pendekatan proses keperawatan, maka pada dasarnya standar asuhan keperawatan merupakan penjabaran dari proses keperawatan, yang meliputi pengkajian keperawatan, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan atau implementasi keperawatan dan evaluasi.

Beberapa standar yang ditetapkan dalam standar asuhan keperawatan dimaksud terdiri dari :

1. Standar I : Pengkajian Keperawatan

Agar asuhan keperawatan paripurna maka diperlukan data yang lengkap dan akurat, yang dikumpulkan terus menerus, tentang keadaan pasien

untuk menentukan kebutuhan pasien akan asuhan keperawatan. Data tersebut bermanfaat bagi semua anggota tim kesehatan.

Komponen pengkajian keperawatan meliputi:

1.1 Pengumpulan data, dengan kriteria:

a. Menggunakan format yang baku

b. Sistematis

c. Diisi sesuai item yang tersedia

d. Aktual (baru)

e. Absah (valid)

1.2 Pengelompokan data, dengan kriteria:

a. Data biologis

b. Data psikologis

c. Data sosial

d. Data spiritual

1.3 Perumusan masalah, dengan kriteria:

a. Kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan

b. Perumusan masalah ditunjang oleh data yang telah dikumpulkan

2. Standar II : Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan pasien, dibandingkan dengan norma fungsi kehidupan pasien, dengan beberapa kriteria sebagai berikut:

1. Diagnosis keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien

2. Dibuat sesuai wewenang perawat

3. Komponen diagnosis keperawatan meliputi : masalah, penyebab dan gejala atau tanda (Problem, Etiologi dan Simptoom = PES) atau terdiri dari masalah dan penyebab (Problem dan Etiologi = PE)

4. Bersifat aktual apabila masalah kesehatan pasien sudah nyata terjadi

5. Bersifat potensial apabila masalah kesehatan pasien kemungkinan besar akan terjadi

6. Dapat ditanggulangi oleh perawat

3. Standar III : Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan. Sedangkan komponen perencanaan keperawatan, meliputi:

3.1 Prioritas masalah, dengan kriteria:

a. Masalah yang mengancam jiwa atau kehidupan manusia merupakan prioritas pertama

b. Masalah yang mengancam kesehatan seseorang menjadi prioritas kedua

c. Masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga

3.2 Tujuan Asuhan Keperawatan, dengan kriteria:

a. Spesifik

b. Bisa diukur

c. Bisa dicapai

d. Realistik

e. Ada batas waktu

3.3 Rencana tindakan, dengan kriteria:

a. Disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan

b. Melibatkan pasien dan atau keluarganya

c. Mempertimbangkan latar belakang budaya pasien atau keluarganya

d. Menentukan alternatif tindakan yang tepat

e. Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku,

f. Lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada

g. Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien

h. Mengandung kalimat instruksi, ringkas, tegas, dengan bahasa yang mudah dimengerti

4. Standar IV : Intervensi Keperawatan, yang meliputi :

4.1 Memenuhi kebutuhan oksigen, dengan kriteria:

a. Menyiapkan alat sesuai dengan jenis tindakan dan umur pasien

b. Mengatur posisi pasien

c. Memberikan obat atau oksigen dengan prinsip 5 tepat dan 1 W, yaitu: tepat klien, tepat obat, tepat dosis, tepat cara, tepat waktu dan waspada terhadap reaksi yang terjadi akibat pemberian obat.

4.2 Memenuhi kebutuhan nutrisi serta keseimbangan cairan dan elektrolit, dengan kriteria :

a. Menyiapkan alat sesuai dengan jenis tindakan dan umur pasien

b Mengatur posisi pasien sesuai jenis tindakan

c. Memberikan cairan dan makanan sesuai program

d. Menetapkan jenis cairan dan mengobservasi tetesan cairan infus

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

e. Memeriksa kondisi darah dan golongan darah sebelum pemberian transfusi darah

f. Mengobservasi reaksi pasien, tanda-tanda vital selama pasien mendapat transfusi darah

4.3 Memenuhi kebutuhan eliminasi, dengan kriteria:

a. Menyiapkan alat sesuai jenis tindakan dan umur pasien

b. Memperhatikan suhu cairan (pada pemberian huknah)

c. Menjaga privacy pasien

d. Mengobservasi dan mencatat konsisitensi faeces dan keadaan urine

e. Mengobservasi reaksi pasien dan keberhasilan huknah

4.4. Memenuhi kebutuhan keamanan, dengan kriteria :

a.. Menerapkan pelaksanaan aseptik dan anti septik dalam setiap tindakan

b. Memasang alat pengaman pada pasien yang tidak sadar, gelisah, anak dan pasien usia lanjut

c. Memberi label ibu dan bayi, sidik jari bayi pada kaki kanan dan kiri

d. Menyimpan alat dan obat berbahaya di tempat yang telah disediakan

e. Menyiapkan lingkungan yang aman, lantai tidak licin, cukup penerangan atau cahaya

f. Menyediakan alat dalam keadaan siap pakai.

4.5 Memenuhi kebutuhan kebersihan dan kenyamanan fisik, dengan kriteria:

a. Memperhatikan privacy pasien

b. Memperhatikan kebersihan perseorangan

c. Mengganti alat-alat tenun sesuai kebutuhan

4.6 Memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur, dengan kriteria :

a. Mengatur posisi yang tepat

b. Mengatur ventilasi dan penerangan atau cahaya

c. Mencegah kebisingan suara

d. Memperhatikan kebersihan lingkungan

e. Mengatur pelaksanaan pengobatan atau sebagai tim dalam keperawatan

f. Mengatur kunjungan atau visite dokter

g Mencegah tamu di luar jam kunjungan

h. Mengobservasi respons pasien

4.7 Memenuhi kebutuhan gerak dan kegiatan jasmani, dengan kriteria:

a. Mengatur posisi sesuai kebutuhan pasien

b. Memperhatikan reaksi paien

4.8 Memenuhi kebutuhan spiritual, kriterianya:

a. Menyediakan sarana ibadah sesuai kebutuhan pasien

b. Membantu pasien beribadah

c, Mendampingi pasien saat mendapat bimbingan ibadah

4.9. Memenuhi kebutuhan emosional, dengan kriteria:

a. Memperhatikan kebutuhan pasien

b. Mendengarkan keluhan pasien

c. Memberikan penjelasan tentang tindakan dan pengobatan yang akan dilakukan

d. Melaksanakan program orientasi kepada pasien dan keluarganya

4.10 Memenuhi kebutuhan komunikasi, kriterianya :

a. Menggunakan bahasa sederhana dan mudah dimengerti

b. Memberi penjelasan dengan singkat dan jelas

c. Memperhatikan intonasi suara

d. Memperhatikan pesan-pesan pasien

e..Membantu dan memberi kemudahan kepada pasien dan keluarganya untuk berkomunikasi.

4.11 Mencegah dan mengatasai reaksi fisiologis, dengan kriteria:

a. Mengobservasi tanda-tanda vital sesuai kebutuhan dan kondisi pasien

b. Melakukan tes alergi pada setiap pemberian obat tertentu dan dicatat hasilnya

c. Mengobservasi reaksi pasien

4.12 Memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses penyembuhan, dengan kriteria: melaksanakan tindakan keperawatan dan program pengobatan dengan memperhatikan prinsip 5 tepat dan 1 W, yakni : tepat pasien, tepat obat, tepat waktu, tepat dosis, tepat cara dan waspada terhadap reaksi, ekonomis dan aman bagi pasien.

4.13 Memenuhi kebutuhan penyuluhan, kriterianya :

a. Mengidentifikasi kebutuhan penyuluhan

b. Melaksanakan penyuluhan sesuai kebutuhan

c. Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti

4.14 Memenuhi kebutuhan rehabilitasi, kriterianya :

a. Menyiapkan alat sesuai kebutuhan

b. Melatih pergerakan mobilisasi pasien sedini mungkin kondisi pasien, baik secara aktif maupun pasif

c. Membantu dan melatih pasien menggunakan alat bantu sesuai kondisi

d. Mengobservasi reaksi pasien

5. Standar V : Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sitematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien, dengan kriteria:

a. Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi

b. Evaluasi hasil menggunakan indikator yang ada pada rumusan tujuan

c. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan

d. Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan

e. Evaluasi dilakukan sesuai standar

6. Standar VI : Catatan Asuhan Keperawatan

Catatan asuhan keperawatan dilakukan secara individual, dengan kriteria:

a. Dilakukan selama pasien dirawat inap dan rawat jalan

b. Dapat digunakan sebagai bahan informasi, komunikasi dan laporan

c. Dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan

d. Penulisannya harus jelas dan ringkas serta menggunakan istilah yang baku

e. Sesuai dengan pelaksanaan proses keperawatan

f. Setiap pencatatan harus mencantumkan inisial, paraf dan nama perawat yang melaksanakan tindakan dan waktunya

g. Menggunakan formulir yang baku

h. Disimpan sesuai dengan peraturan yang berlaku (Dirjen Yanmed, Depkes RI, 1998).

2.5 Ciri Mutu

Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Medis Departemen Kesehatan (1998), bahwa ada beberapa ciri mutu asuhan keperawatan yang baik, yaitu:

1. Memenuhi standar profesi yang ditetapkan
2. Sumber daya untuk pelayanan asuhan keperawatan dimanfaatkan secara wajar, efisien dan efektif
3. Aman bagi pasien dan tenaga keperawatan sebagai pemberi jasa pelayanan.
4. Memuaskan bagi pasien dan tenaga keperawatan
5. Aspek sosial, ekonomi, budaya, agama, etika dan tata nilai masyarakat diperhatikan dan dihormati.

Menurut Supriyanto (2000), mutu itu subyektif dan abstrak, tetapi mutu dapat dilihat dari :

1. Aspek profesi, yaitu kecanggihan teknologi, kelengkapan peralatan serta prosedur diagnosis, terapi dan tindakan.
2. Aspek manajer, meliputi: efisiensi dan efektivitas.
3. Aspek pelanggan: kesembuhan penyakit, meningkatnya derajat kesehatan, kecepatan pelayanan, kepuasan terhadap tarif, lingkungan fisik dan perilaku petugas dalam pelayanan.
4. Aspek keselamatan, terhindar dari infeksi nosokomial, kecelakaan dan keamanan yang terjamin.

Sehingga untuk mengukur mutu, maka yang diukur adalah aspek mutu, yang meliputi :

1. Aspek manajemen

2. Aspek profesi

3. Aspek kepuasan pelanggan baik internal maupun eksternal

4. Aspek lingkungan, yaitu lingkungan fisik dan lingkungan social (Zeithaml, Valarie A and Bitner, Mary Jo,1996)

2.6 Dimensi Mutu

Dimensi mutu pelayanan atau ''*Service Quality Dimension*'' adalah sebagai berikut:

1. *Reliability* , artinya keajegan

2. *Responsiveness,* artinya tanggap terhadap situasi atau keluhan dan kebutuhan pelanggan.

3. *Assurance,* artinya ada jaminan, menyangkut jaminan keamanan, kenyamanan dan keselamatan

4. *Empathy*, artinya ikut merasakan apa yang dirasakan oleh pelanggan

5. *Tangibles*, artinya ketersediaan tempat (fasilitas fisik), termasuk adanya petunjuk arah (Zeithaml, Valerie A, dan Bitner, Mary Jo, 1996: 118-119).

2.7 Motivasi

2.7.1 Pengertian Motivasi

Asrul Azwar (1994), menjelaskan bahwa motivasi berasal dari kata motif yang berarti rangsangan, dorongan atau pembangkit tenaga yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut menunjukkan suatu perilaku.

Sedangkan yang dimaksud dengan motivasi adalah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan ataupun pembangkit tenaga seseorang dan atau sekelompok orang supaya mau berbuat dan bekerja secara optimal dalam

melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Menurut Wahjosumidjo (1994), menjelaskan bahwa motivasi adalah merupakan suatu proses psikologis yang mencerminkan interaksi antara sikap, kebutuhan, persepsi dan keputusan yang terjadi pada diri seseorang. Motivasi sebagai proses psikologis timbul sebagai akibat dari faktor yang terdapat di dalam diri seseorang, yang dinamakan faktor intrinsik atau faktor yang berasal dari luar diri seseorang yang disebut faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik berupa kepribadian, sikap, pengalaman dan pendidikan, harapan dan cita-cita.

Sedangkan faktor ekstrinsik berupa pengaruh pemimpin, kolega, atau faktor-faktor lain yang sangat kompleks.

Terlepas dari kepentingannya yang nyata, motivasi sulit untuk didefinisikan dan dianalisis . Namun motivasi berkaitan dengan arah dari perilaku, kekuatan, tanggapan yaitu upaya pada saat seorang pekerja memilih suatu arah tindakan dan keteguhan perilaku atau berapa lama seseorang secara terus menerus berperilaku tertentu. Maka disini motivasi didefinisikan sebagai suatu kekuatan yang mendorong seseorang yang menimbulkan dan mengarahkan perilaku (Gibson et al, 1995).

2.7.2 Beberapa Teori Motivasi

1. Teori Kebutuhan dari Abraham H Maslow

Abraham H.Maslow, seorang psikolog yang mengembangkan teori umum tentang motivasi manusia, mengungkapkan bahwa kebutuhan manusia dapat dikategorikan dalam lima jenjang, dimulai dari jenjang yang paling rendah

sampai ke jenjang yang paling tinggi. Sedangkan asumsi yang mendasari teori tersebut adalah bahwa :

1. Kebutuhan seseorang tergantung dari apa yang telah dimilikinya
2. Kebutuhan merupakan hirarki dilihat dari segi kepentingannya

Kebutuhan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Kebutuhan fisiologis, meliputi kebutuhan sandang, pangan, papan dan kesehatan

b. Kebutuhan rasa aman meliputi keamanan, kebebasan dan perlindungan

c. Kebutuhan sosial, meliputi kebutuhan akan cinta, teman, afiliasi, interaksi

d. Kebutuhan harga diri, meliputi kebutuhan penghargaan, pengakuan dan kepercayaan

e. Kebutuhan aktualisasi diri, yakni kebutuhan untuk mengembangkan potensi yang dimilkinya secara optimal (Nimran, U, 1997)

Maslow mengasumsikan bahwa seseorang itu akan berusaha untuk memenuhi kebutuhan yang lebih pokok lebih dahulu, yakni kebutuhan fisiologis, sebelum berusaha memenuhi kebutuhan yang tertinggi yakni aktualisasi diri. Jadi kebutuhan yang lebih rendah harus depenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan yang lebih tinggi mulai mengendalikan perilaku seseorang. Dan manusia termotivasi oleh kebutuhan yang tidak terpuaskan, bukan oleh kebutuhan yang sudah terpuaskan.Dikatakan pula bahwa pada dasarnya manusia itu tidak pernah puas sepenuhnya pada tingkat kebutuhan yang manapun, namun harus cukup dipenuhi lebih dahulu kebutuhan yang merupakan prioritasnya yang pertama, lalu terasa adanya kebutuhan prioritas selanjutnya (Gibson, et al, 1995).

2. Teori Kebutuhan ERG Alderfer

Clayton Alderfer mengemukakan teori ini sebagai penajaman dari teori Maslow, di mana lima tingkat kebutuhan menurut teori Maslow disingkat menjadi tiga kelompok kebutuhan oleh Clayton Alderfer, sebagai berikut:

a. *Existence Needs* atau kebutuhan akan keberadaan

Menurut Clayton Alderfer yang termasuk dalam kelompok kebutuhan ini adalah apa yang dapat terpuaskan oleh sejumlah kondisi material, sehingga kebutuhan ini dekat dengan kebutuhan fisiologis dan keamanan, yang lebih terpuaskan oleh kondisi material daripada oleh hubungan antar pribadi.

b. *Relatedness needs* atau kebutuhan akan keterhubungan

Kebutuhan ini menurut Clayton akan terpuaskan oleh adanya komunikasi terbuka dan adanya pertukaran pendapat antara orang-orang yang saling berhubungan, misalnya dalam suatu organisasi.Hal ini berhubungan dengan kebutuhan sosial dan harga diri dalam teori tingkat kebutuhannya Maslow

c. *Growth needs* atau kebutuhan akan pertumbuhan

Menurut Clayton kebutuhan ini akan terpenuhi melalui adanya keterlibatan yang kuat di dalam lingkungan kerja, yang di dalamnya menggambarkan adanya pemanfaatan secara penuh keahlian dan kemampuan serta pengembangan secara kreatif keahlian dan kemampuan yang baru. Kebutuhan ini sangat dekat dengan kebutuhan aktualisasi diri dan sebagian dari kebutuhan harga diri seperti dalam teori tingkat kebutuhannya Maslow (Gibson et al, 1996).

3. Teori Motivasi Herzberg

Frederick Herzberg mengembangkan teori motivasi dua faktor kepuasan, yang menjelaskan bahwa terdapat dua faktor penting yang memberikan kepuasan dan ketidak puasan kepada karyawan. Kedua faktor itu adalah:

3.1 *Hygiene factors*, adalah faktor yang apabila tidak terpenuhi dapat menimbulkan ketidak puasan bagi para pegawai. Faktor tersebut adalah sebagai berikut:

a. Kebijakan perusahaan dan administrasi

b. Supervisi

c. Kondisi kerja

d. Hubungan antar pribadi

e. Gaji

f. Keamanan kerja

3.2 Faktor pemuas atau *motivators*, adalah faktor yang apabila dipenuhi akan menimbulkan kepuasan kerja dan motivasi. Tetapi tanpa faktor tersebut tidak akan menimbulkan ketidak puasan kerja pegawai.

Adapun faktor tersebut adalah sebagai berikut:

a. Prestasi (*achievement*)

b. Pengakuan (*recognition*)

c. Pertumbuhan (*growth*)

d. Kerja itu sendiri (*the work it self*)

e. Kemajuan (*advancement*)

f. Tanggung jawab (*responsibility*)

Menurut Herzberg bahwa kepuasan dan ketidak puasan bukan merupakan dua titik ekstrim dari suatu kontinum, tetapi merupakan dua hal yang independen satu sama lain (Nimran, U, 1997)

4. Teori Proses Motivasi

Berbeda dan berlawanan dengan teori kebutuhan yang diuraikan di atas, maka teori proses motivasi memusatkan perhatian pada bagaimana motivasi terjadi.

Ada dua teori proses motivasi yang penting disini, yakni:

4.1 .Teori ekspektansi (Teori Vroom)

Teori ini berpandangan bahwa motivasi ditentukan oleh hasil yang diharapkan oleh seseorang untuk dicapai sebagai buah atau hasil dari kerja atau tindakan mereka. Ada tiga unsur penting yang turut menentukan tercapainya suatu hasil menurut teori ini, yakni:

1. *Instrumentally*, adalah keyakinan bahwa suatu perbuatan atau *performance* merupakan hal penting untuk memperoleh imbalan atau *reward*, atau keluaran tingkat pertama misalnya produktivitas yang tinggi akan diikuti dengan keluaran tingkat kedua misalnya gaji.

2. *Valance*, adalah nilai yang diharapkan atas hasil, yaitu keadaan di mana hasil cukup menarik atau tidak bagi seseorang. Jadi *valance* ini menunjukkkan kuatnya keinginan seseorang memperoleh hasil tingkat pertama.

Valance akan bernilai positif apabila seseorang berkeinginan mencapai hasil tingkat pertama dan akan bernilai nol apabila seseorang acuh tak acuh tehadap

hasil tertentu. Selanjutnya *valance* akan bernilai negatif apabila seseorang lebih suka tidak mencapai hasil tersebut.

3. *Expectancy*, adalah kemungkinan bahwa pegawai dapat mencapai keluaran atau hasil tingkat pertama tertentu, jadi kemungkinan atau probabilitasnya adalah 1,0

4.2 Teori Keadilan (Stacy Adams)

Stacy Adams sebagai seorang psikolog yang mengembangkan teori ini menjelaskan bahwa individu-individu hendaknya dimotivasi untuk menjamin hubungan timbal balik yang seimbang atau adil dan bahwa ketidak adilan adalah tidak baik, mengahasilkan tekanan batin dan orang perlu mengorbankan energinya untuk mengurangi ketidak adilan dan mencapai keadilan. Sebab itu untuk memotivasi karyawan maka keadilan perlu diperhatikan (Nirman, U, 1997).

2.8 Pengetahuan dan Keterampilan

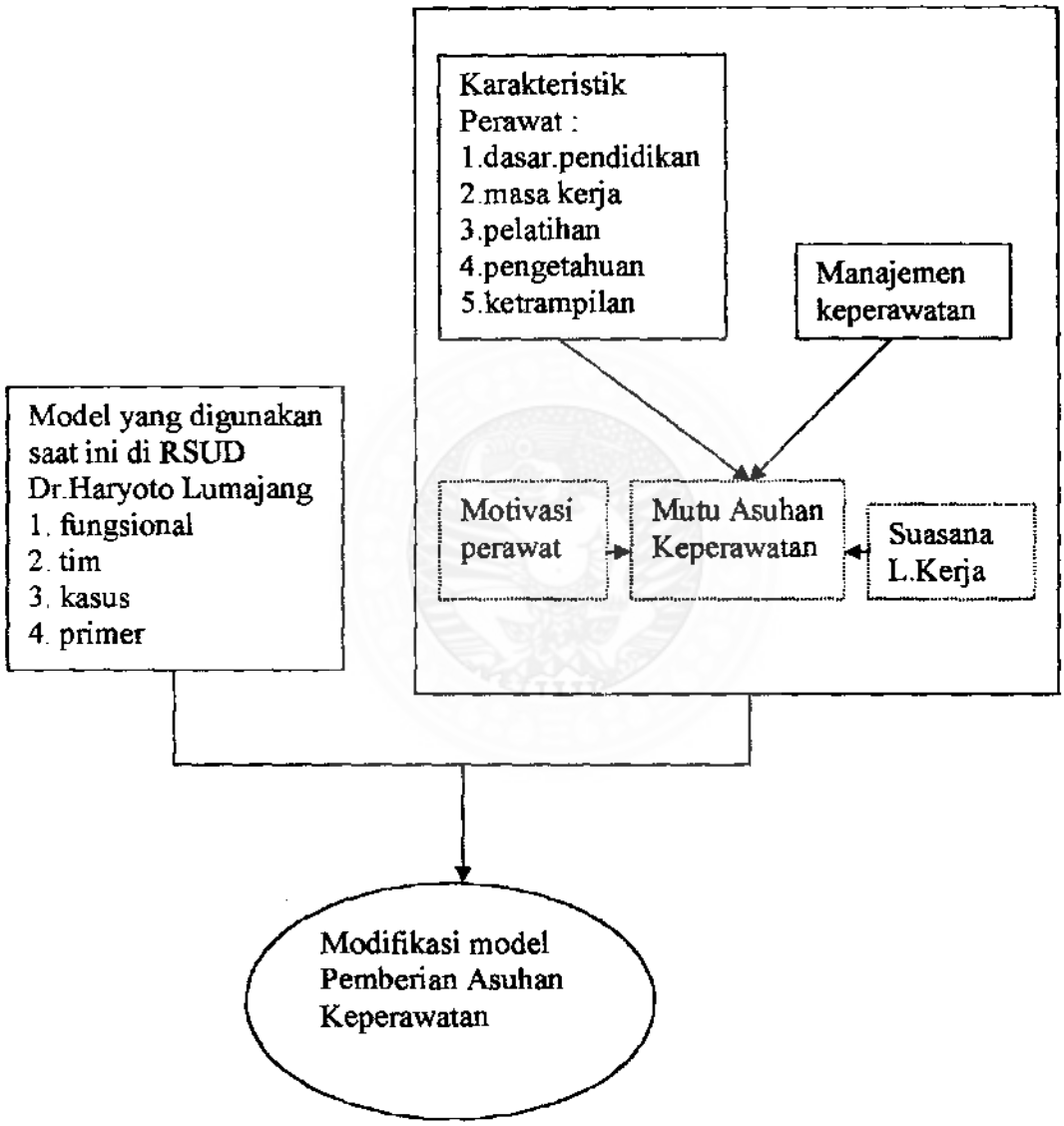
Pengetahuan dan keterampilan merupakan dua bentuk tingkah laku dalam diri manusia. Menurut Cece Wijaya (1987), mengemukakan bahwa pengetahuan meliputi enam jenis tingkah laku, yaitu: mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, melakukan sintesis dan mengevaluasi. Sedangkan beberapa jenis tingkah laku dalam bentuk keterampilan secara berurutan adalah meniru, memanipulasi, meneliti, menyeimbangkan dan membuat keaslian gerak yang wajar.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian (Marquis, B.L & Huston C.J. 1996)

Keterangan : ---------- tidak diteliti

———————— diteliti

Dari skema di atas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Mutu asuhan keperawatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni karakteristik perawat (meliputi dasar pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan dan ketrampilan perawat), manajemen keperawatan, motivasi perawat dan suasana lingkungan kerja. Pada penelitian ini mutu asuhan keperawatan, motivasi perawat dan suasana lingkungan kerja tidak diteliti, tetapi yang diteliti adalah karakteristik perawat dan manajemen keperawatan. serta model pemberian asuhan keperawatan yang digunakan pada saat ini di RSUD Dr.Haryoto Lumajang.

Selanjutnya modifikasi model pemberian asuhan keperawatan akan disusun didasarkan pada model pemberian asuhan keperawatan yang pada saat ini diterapkan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, serta karakteristik perawat (dasar pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan, ketrampilan) dan manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu jenis penelitian yang mempelajari dinamika antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat, artinya setiap subyek diobservasi sekali saja dan pengukuran dilaksanakan terhadap semua variabel pada saat yang sama (Notoatmodjo, S, 1993).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

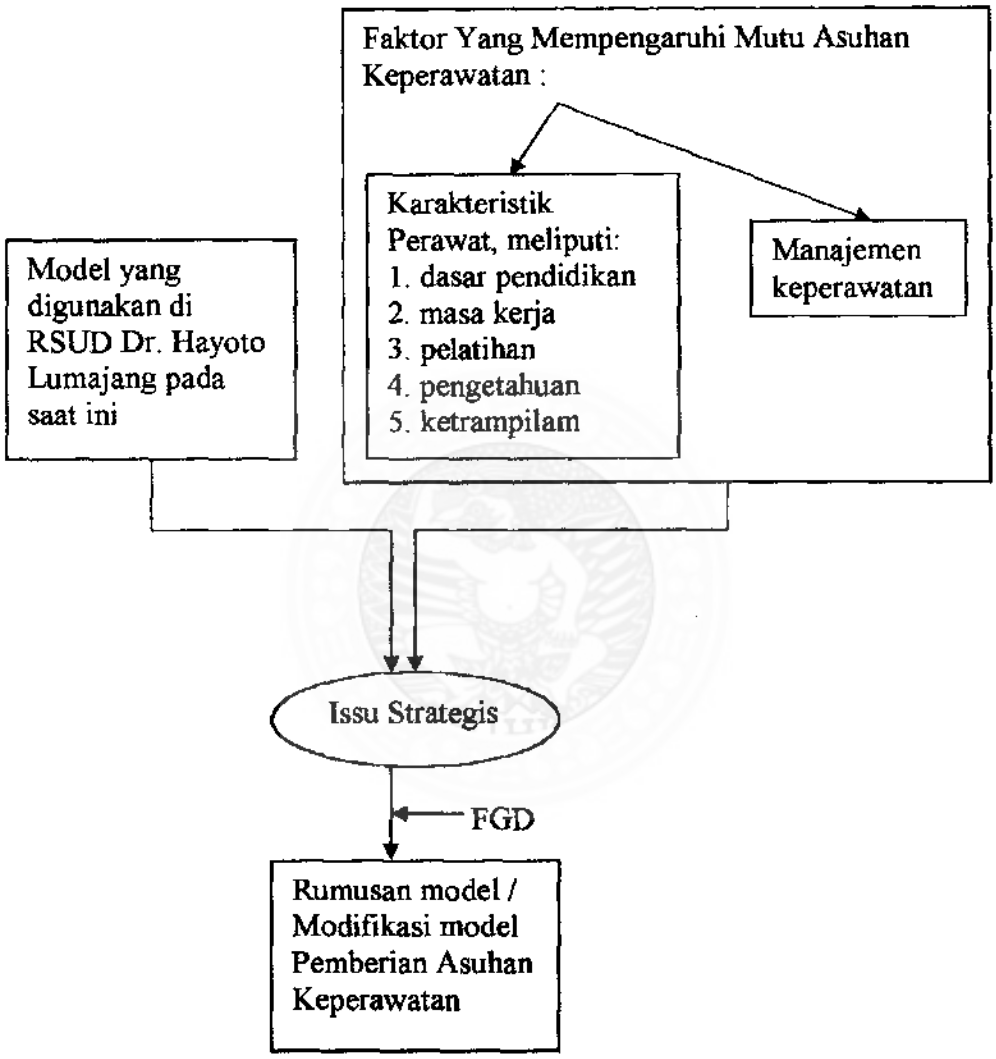
Sebagai populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat yang bertugas di ruangan rawat inap RSUD DR. Haryoto Lumajang, meliputi perawat pelaksana maupun kepala ruangan dan Kepala Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan serta Kepala Sub Bidang Pendidikan dan Latihan.

4.2.2 Sampel (besar sampel)

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total populasi dengan pertimbangan bahwa jumlahnya relatif kecil, yaitu semua perawat yang berjumlah 77 orang (perawat pelaksana), termasuk kepala ruangan yang bekerja di ruangan rawat inap ditambah 6 (enam) orang perawat yang menduduki jabatan struktural di Sub Bidang Keperawatan dan Sub Bidang Pendidikan dan Latihan. (perawat struktural).

4.3. Variabel Penelitian

Variabel penelitian digambarkan dalam kerangka operasional penelitian sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian

Sebagai variabel penelitian dapat dijelaskan dari skema di atas sebagai berikut:

4.3.1 Variabel bebas, meliputi:

1. Model yang diterapkan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang saat ini

2. Faktor yang mempengaruhi pemilihan model asuhan keperawatan, antara lain:

a. Karakteristik perawat, meliputi: dasar pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan dan ketrampilan

b. Manajemen keperawatan

4.3.2 Variabel tergantung, yakni: Modifikasi model pemberian asuhan keperawatan.

4.4 Definisi Operasional dan Cara pengukuran Variabel

1. Dasar pendidikan adalah pendidikan keperawatan yang telah ditempuh yang merupakan dasar untuk melaksanakan tugas sebagai perawat di rumah sakit itu (SPK, SPR, P2B, D III Keperawatan, D III Kebidanan D IV Perawat Pendidik, atau S-1 Keperawatan), diperoleh dari data sekunder.
2. Masa kerja perawat adalah lamanya perawat tersebut bekerja sebagai perawat di ruangan perawatan rumah sakit yang dinyatakan dalam tahun (menggunakan data sekunder), dengan mengikuti penggolongan masa kerja di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, yaitu:

   Masa kerja < 3 tahun, 3 – 5 tahun, > 5 – 10 tahun , > 10 tahun
3. Pelatihan adalah pendidikan tambahan tentang proses keperawatan yang pernah diperoleh selama bekerja sebagai perawat, diperoleh dari data sekunder
4. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui perawat tentang asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yang diperoleh melalui kuesioner yang ada pada lampiran 1, nomor II, III:pada instrumen nomor 1 – 29.

Cara penilaian pengetahuan mengacu pada Pedoman Umum Penyelenggaraan Pendidikan Diploma III Kesehatan 1997, dengan rentangan nilai sebagai berikut:

Nilai Absolut	Nilai lambang
0 – 40	E
41 – 55	D
56 – 70	C
71 – 85	B
86 -100	A

Selanjutnya hasil penilaian pengetahuan perawat tersebut disederhanakan menjadi: pengetahuan perawat dinilai :

a. Baik, bila mendapat nilai antara 71 - 100

b. Cukup, bila mendapat nilai antara 56 - 70,

c. Kurang, bila mendapat nilai kurang dari 55

Cara penilaiannya adalah: jumlah soal yang benar dibagi jumlah semua soal yakni 29, kemudian dikalikan 100.

5.Ketrampilan adalah aspek pengetahuan yang menyangkut ketrampilan (skill) yakni penerapan pengetahuan tentang asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam bentuk tingkah laku, yang terdiri dari ketrampilan melakukan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

Merupakan data primer dan diperoleh melalui observasi terhadap perawat pelaksana, dengan menggunakan panduan observasi pada lampiran 3.

Cara penilaian ada pada pedoman observasi (mengacu pada Pedoman Penilaian Ketrampilam/Praktek pada Akademi Keperawatan Soetomo Surabaya)..

Perawat dinilai :

a. Trampil, bila memperoleh nilai...: 3,00 – 4,00

b. Cukup, bila memperoleh nilai....: 2,75 - < 3,00

c. Kurang, bila memperoleh nilai ...: kurang dari 2,75

Penilaian tersebut ditujukan pada masing-masing tahapan proses keperawatan, yakni:

a. Pengkajian

b. Diagnosis keperawatan

c. Perencanan

d. Pelaksanaan

e. Evaluasi

6. Manajemen keperawatan adalah manajemen pelayanan keperawatan, yang meliputi adanya otonomi dalam pengaturan staf, pembagian tugas dan tanggung jawab atas terlaksananya asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan terhadap semua klien yang dirawat. Diukur dengan memakai kuesioner pada lampiran 2 (nomor IV yakni instrumen nomor 1-10), kepada perawat struktural (pihak manajemen keperawatan).

Cara penilaian terhadap manajemen keperawatan adalah sebagai berikut: yakni manajemen keperawatan diberi nilai:

a. Baik, bila mencapai skor antara 71 - 100

b. Cukup, bila mendapat skor antara 56 - 70

c. Kurang, bila mendapat skor antara kurang dari 56

Skor untuk setiap pernyataan, adalah nilai yang diperoleh dikalikan bobot tertinggi yakni 4, kemudian dikalikan 10

7. Modifikasi model pemberian asuhan keperawatan adalah suatu model pemberian asuhan keperawatan yang merupakan modifikasi dari model normatif yang ada, yakni tim-fungsional, tim kasus atau tim primer.

8. Model pemberian asuhan keperawatan normatif adalah meliputi: model fungsional, model tim, model kasus dan model primer.

9. Model asuhan keperawatan fungsional adalah suatu model pemberian asuhan keperawatan, di mana seorang perawat mengasuh semua klien yang ada di bagiannya sesuai tugas dan fungsi atau jenis pekerjaan yang dibebankan kepadanya.

10..Model pemberian asuhan keperawatan tim adalah suatu model pemberian asuhan keperawatan, di mana 3-4 orang perawat yang terdiri dari perawat profesional dan perawat vokasional merawat 8-12 orang klien secara menyeluruh di bawah pimpinan dan koordinasi seorang ketua tim yang merupakan perawat profesional yang sudah teregistrasi.

11 Perawat profesional adalah perawat dengan dasar pendidikan minimal lulusan pendidikan ahli madya keperawatan (Akper).

12. Perawat vokasional adalah perawat dengan dasar pendidikan SPK, SPR atau P2B (pendidikan perawat dan bidan setingkat SMA).

13. Model pemberian asuhan keperawatan kasus adalah suatu metoda pemberian asuhan keperawatan, di mana setiap klien dirawat oleh perawat tertentu secara

menyeluruh dan semua perawat yang memberikan asuhan keperawatan adalah perawat profesional.

14. Model pemberian asuhan keperawatan primer adalah suatu metoda pemberian asuhan keperawatan di mana pasien dirawat secara individual oleh perawat profesional, di sini tidak ada perawat vokasional.

15. *Focus Group Discussion* adalah suatu diskusi kelompok dengan pihak manajemen keperawatan untuk membahas hasil yang diperoleh dari penelitian guna memperoleh informasi tentang model pemberian asuhan keperawatan yang mereka pilih, dalam rangka peningkatan mutu asuhan keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr Haryoto Lumajang. Hasil *Focus Group Discussion* akan digunakan oleh peneliti menyusun rekomendasi.

Sedangkan cara menyusun model adalah dengan mempertimbangkan model asuhan keperawatan yang diterapkan pada saat ini, karakteristik perawat, yakni: dasar pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan, ketrampilan perawat dan manajemen keperawatan serta hasil *FGD*.

4.5 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini data diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner, dengan menggunakan pertanyaan tertutup.

Digunakan beberapa buah kuesioner, yaitu:

1. Kuesioner untuk perawat pelaksana
2. Kuesioner untuk manajemen

Sebelum mulai mengumpulkan data dilakukan uji coba instrumen penelitian guna mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen tersebut, yakni uji coba dilakukan kepada 10 orang perawat di RSUD Dr.Soetomo Surabaya.

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan koefisien korelasi *product moment*. Item yang valid adalah item yang memiliki koefisien korelasi lebih kecil atau sama dengan koefisien korelasi kritis, sedangkan item yang tidak valid adalah item yang koefisien korelasinya lebih besar dari koefisien kritis (Singarimbun, 1989).

Selanjutnya untuk mengetahui reliabilitas atau keajegan alat ukur, maka dilakukan pengukuran ulang. Dan uji reliabilitas menggunakan teknik belah dua Spearman–Brown, ternyata hasilnya reliabel untuk semua item. Sedangkan pada uji validitas ditemukan ada 6 item yang tidak valid, kemudian setelah dilakukan perbaikan baru kuesioner tersebut digunakan.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Haryoto Lumajang, di semua ruangan rawat inap.

2. Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan menyimpang dari rencana semula, di mana semula direncanakan akan dilaksanakan pada minggu kedua atau minggu ketiga bulan Juni tahun 2001, tapi ternyata baru dilaksanakan pada minggu ketiga bulan Mei tahun 2002.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan berupa data sekunder, yaitu data tentang karakteristik perawat (dasar pendidikan, masa kerja, pelatihan) serta data tentang model pemberian asuhan keperawatan yang digunakan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang pada saat ini.

Sedangkan data primer berupa data tentang pengetahuan dan ketrampilan perawat serta data tentang manajemen keperawatan

Data tentang model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan pada saat ini berupa data sekunder, diperoleh dengan mempelajari dokumen asuhan keperawatan di ruangan rawat inap.Kesimpulan tentang hasil studi dokumentasi adalah berupa model apa yang diterapkan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang.

4.8 Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif dari hasil identifikasi terhadap karakteristik perawat dan manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, yang mempengaruhi penentuan model pemberian asuhan keperawatan.

Selanjutnya penyusunan modifikasi model didasarkan pada hasil identifikasi terhadap model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan pada saat ini serta karaktreristik perawat dan manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, kemudian melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dengan pihak manajemen keperawatan, ditawarkan suatu modifikasi model pemberian asuhan keperawatan.

BAB 5
HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Haryoto Lumajang

1. Gambnaran Umum Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Haryoto Lumajang adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Lumajang, merupakan rumah sakit kelas C dengan kapasitas tempat tidur 172 dan jumlah perawat seluruhnya 101. Di antara 101 perawat tersebut, 77 0rang perawat bekerja di ruang rawat inap sedangkan sisanya tersebar di beberapa ruang rawat jalan dan Unit Gawat Darurat, serta kamar operasi. Jadi rasio perawat di ruang rawat inap bila dibandingkan dengan kapasitas ruang rawat inap adalah 77:172 atau 2:3. Sedangkan 6 orang perawat menduduki jabatan Struktural, yakni 3 orang pada Sub Bidang Diklat dan 3 orang pada Sub Bidang Keperawatan. Sedangkan tenaga medis yang ada berjumlah 23 orang, yang terdiri dari :

1. Dokter umum ..... 8 orang,
2. Dokter gigi ..... 2 orang
3. Spesialis anak ..... 2 orang
4. Spesialis bedah .....1 orang
5. Spesialis Kebidanan dan Kandungan ..... 2 orang
6. Spesialis THT, Mata, Syaraf, Radiologi, Paru dan Spesialis Kulit dan Kelamin masing-masing 1 orang.

interna laki, ruangan anak, ruangan bedah, ruangan bersalin, ruangan kelas I dan ruangan kelas utama, dengan distribusi tenaga sebagaimana pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1 Distribusi tenaga keperawatan yang bekerja di R. Rawat Inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, Tahun 2002

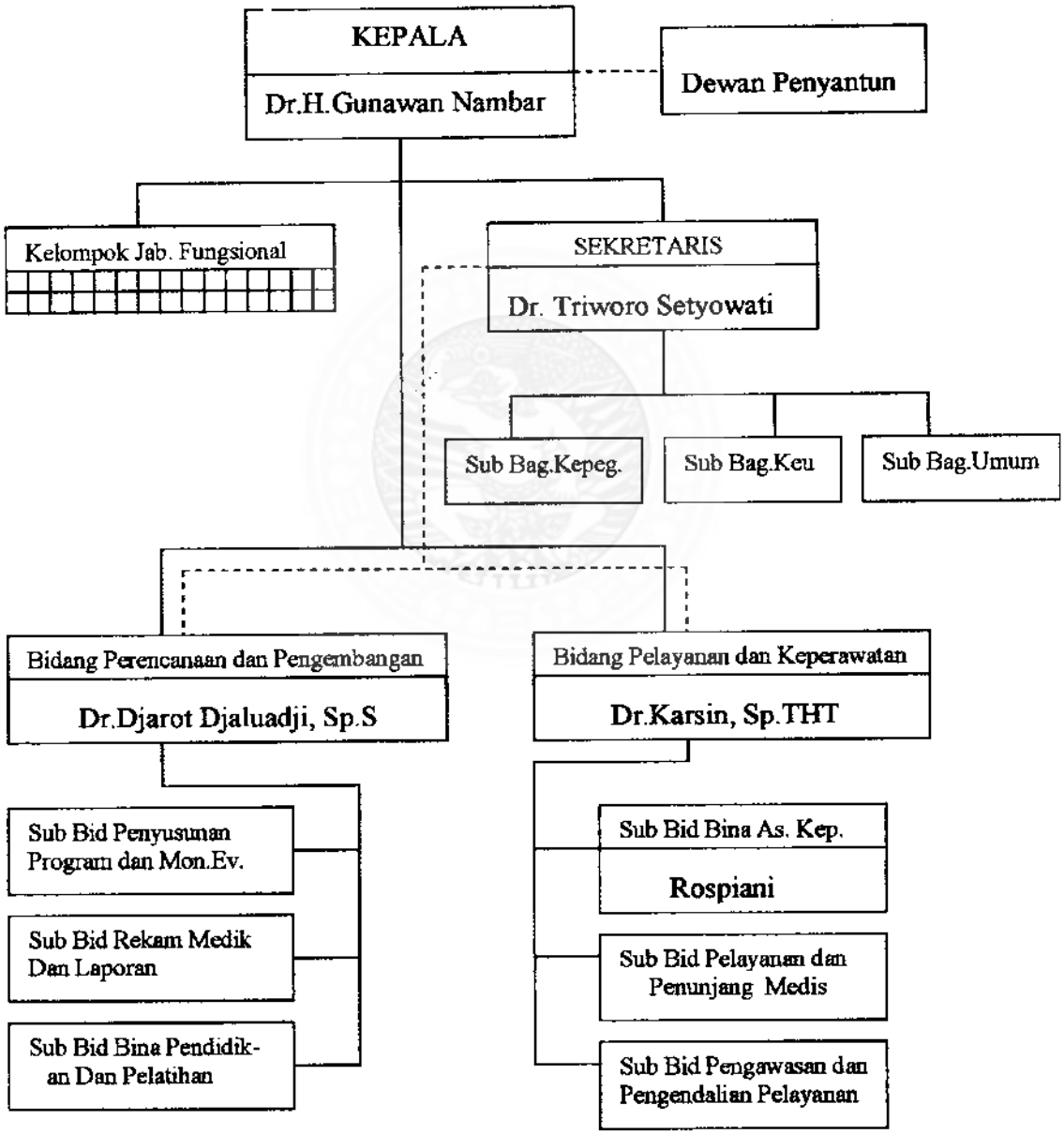
Ruangan	Jumlah perawat	Kapasitas T.T	Rasio	Persentase
R. Kelas I	10	16	2 : 3	14,28 %
R. Kelas Utama	10	6	2 : 1	12,99 %
R. Anak	12	23	1 : 2	15,58 %
R. Bedah	13	38	1 : 3	15,58 %
R. Obgyn	13	24	1 : 2	16,88 %
R.Interna Wanita	8	24	1 : 3	10,39 %
R. Interna Laki	11	24	1 : 2	14,30 %
J u m l a h	77	155	1 : 2	100,00 %

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Dr. Haryoto Lumajang, Tahun 2001

Dari tabel di atas terlihat bahwa jumlah perawat yang bekerja di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang berjumlah 77 orang, ditambah 6 orang perawat yang menduduki jabatan struktural atau merupakan manajer keperawatan, yang tidak memberikan asuhan atau pelayanan keperawatan langsung kepada klien. Di ruangan kelas I rasio perawat dibandingkan dengan jumlah pasien adalah 2:3, sedangkan di ruangan kelas utama 2:1 dan di ruangan interna wanita 1:3. Sedangkan untuk ruangan lainnya rata-rata rasio perawat pasien adalah kira-kira 1:2. Artinya rata-rata seorang perawat melayani dua orang pasien, tetapi keadaan ini tidak merata, misalnya di ruangan kelas utama jumlah perawatnya 10 orang, sedangkan kapasitas

tempat tidur hanya 6 orang. Sehingga kira-kira 2 orang perawat mengasuh 1 orang pasien.

2. Struktur Organisasi RSUD Dr.Haryoto Lumajang.



Sumber: Bag.Kepegawaian RSUD Dr.Haryoto Lumajang, 2002.

Dari struktur organisasi di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

Ada dua bidang yang berada langsung di bawah Kepala RS Dr.Haryoto Lumajang, yang pada saat ini sejak Juli 2002 bernama Badan Pelayanan RS "Dr.Haryoto" Lumajang, yakni Bidang Perencanaan dan Pengembangan dan Bidang Pelayanan dan Keperawatan. Masing-masing bidang tersebut mempunyai tiga Sub Bidang, yakni:

1. Bidang Perencanaan dan Pengembangan, yang mempunyai tiga Sub Bidang, yakni:
   a. Sub Bidang Penyusunan Program, Monitoring dan Evaluasi
   b. Sub Bidang Rekam Medik dan Laporan
   c. Sub Bidang Bina Pendidikan dan Pelatihan
2. Bidang Pelayanan dan Keperawatan, dengan tiga Sub Bidang, yaitu:
   a. Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan
   b. Sub Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis
   c. Sub Bidang Pengawasan dan Penunjang Medis

Dari struktur di atas ada dua Sub Bidang yang dijabat oleh perawat, yakni Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan dan Sub Bidang Bina Pendidikan dan Pelatihan. Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan berada di bawah Bidang Pelayanan dan Keperawatan, sedangkan Sub Bidang Bina Pendidikan dan Pelatihan berada di bawah Bidang Perencanaan dan Pengembangan.

5.2 Model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan pada saat ini

Model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang pada saat ini dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2 Model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di Ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, Tahun 2002

Ruangan	Model Asuhan Keperawatan			
	Fungsional	Tim	Kasus	Primer
Kelas I	100 %	-	-	-
Kelas Utama	100 %	-	-	-
Anak	100 %	-	-	-
Obgyn	100 %	-	-	-
Bedah	100 %	-	-	-
Interna Wanita	100 %	-	-	-
Interna Laki-laki	100 %	-	-	-
Total	100 %	-	-	-

Sumber : Data sekunder tahun 2002

Dari tabel di atas diketahui bahwa di semua ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang menggunakan model fungsional dalam memberikan asuhan keperawatan, jadi belum ada perubahan sejak studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Mei tahun 2001.

5.3 Karakteristik Perawat

Karakteristik perawat, yang meliputi: dasar pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan dan ketrampilan adalah sebagai berikut:

5.3.1 Dasar pendidikan

Dasar pendidikan perawat yang bekerja di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3. Dasar pendidikan perawat yang bekerja di R.Rawat inap RSUD Dr Haryoto Lumajang, tahun 2002

Ruangan	Dasar pendidikan						Total	
	SPK/SPR/Bidan		SPK/SPR/Bidan+		Akper/Akbid			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Kelas I	1	10,00	7	70,00	2	20,00	10	100,00
Kelas Utama	0	0,00	6	60,00	4	40,00	10	100,00
Anak	3	25,00	6	50,00	3	25,00	12	100,00
Bedah	3	23,08	7	53,84	3	23,08	13	100,00
Obgyn	4	30,76	6	46,16	3	23,08	13	100,00
Interna Wanita	1	12,50	5	62,50	2	25,00	8	100,00
Interna Laki	2	18,18	6	54,55	3	27,27	11	100,00
Total	14	18,18	43	55, 84	20	25,98	77	100,00

Sumber: Data sekunder, tahun 2002

Dari data yang ada pada tabel di atas diketahui bahwa 55,84% dari sejumlah 77 orang perawat yang bekerja di ruangan rawat inap adalah SPK +, artinya pada saat ini sedang bekerja sambil menempuh pendidikan pada Akademi Keperawatan Soetomo Surabaya, dengan mengikuti Program Diploma III Keperawatan Kelas Khusus RSUD Dr.Haryoto Lumajang. Sedangkan sisanya ada sebanyak 18,18% yang tidak melanjutkan pendidikan, sementara itu perawat dengan dasar pendidikan Akper (Diploma III Keperawatan) sebanyak 25,98%.

Khusus untuk kelas utama, tidak ada lagi perawat yang hanya lulusan SPK/SPR, karena dari 10 orang tenaga perawatnya, 4 orang diantaranya (40%) adalah lulusan Diploma III Keperawatan (Akper). Sedangkan sisanya yakni sebanyak 6 orang (60%) pada saat ini sedang mengikuti pendidikan pada Akper Soetomo Surabaya, Program Kelas Khusus RSUD Dr.Haryoto Lumajang, yang akan berakhir pada bulan Oktober 2002.

5.3.2 Masa kerja

Masa kerja perawat yang bertugas di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, dapat dilihat pada tabel 5.4 di bawah ini.

Tabel 5.4 Masa kerja perawat yang bertugas di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, tahun 2002

Ruangan	Masa kerja (dalam tahun)								Total	
	< 3		3 - 5		> 5 -10		> 10			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Kelas I	3	30,00	4	40,00	2	20,00	1	10,00	10	100,00
Kelas Utama	5	50,00	4	40,00	1	10,00	0	0,00	10	100,00
Anak	1	8,33	6	50,00	3	25,00	2	16,66	12	100,00
Bedah	4	30,76	3	23,08	2	1 4,38	4	30,76	13	100,00
Obgyn	3	23,08	3	23,08	2	15.38	5	38,46	13	100,00
Interna Wanita	3	7,50	3	37,50	2	25,00	0	0,00	8	100,00
Interna Laki	3	27,27	3	27,27	4	36,36	1	9,09	11	100,00
Jumlah	22	28,57	26	33,77	16	20,78	13	16,88	77	100,00

Sumber : Data sekunder, tahun 2002

Dari tabel di atas nampak bahwa masa kerja terbanyak dari para perawat di ruangan rawat inap adalah masa kerja 3–5 tahun yakni 33,06% dan apabila

dijumlahkan dengan perawat yang mempunyai masa kerja lebih dari 5–10 tahun, maka jumlah seluruhnya menjadi sebesar 54,55%. Artinya lebih dari separuh perawat mempunyai masa kerja yang cukup lama di ruangan rawat inap RSUD DR.Haryoto Lumajang pada saat ini. Dan hanya sebesar 28,57% dari perawat yang ada mempunyai masa kerja kurang dari 3 tahun, jadi relatif masih baru. Sedangkan ada 16,88% yang masa kerjanya sudah lebih dari 10 tahun, berarti sudah sangat berpengalaman di bagian tersebut.

5.3.3. Pelatihan

Berdasarkan pernah atau tidaknya mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan, bagi para perawat yang bekerja di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.5 Distribusi perawat di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, berdasarkan pernah atau tidaknya mengikuti pelatihan proses keperawatan, 2002

Ruangan	Pelatihan				Total	
	Pernah		tidak pernah			
	f	%	f	%	f	%
Kelas I	2	20,00	8	80,00	11	100,00
Kelas Utama	4	40,00	6	60,00	10	100,00
Anak	2	16,67	10	83,33	12	100,00
Bedah	1	7,69	12	92,31	13	100,00
Obgyn	2	15,38	11	84,62	13	100,00
Interna Wanita	1	12,50	7	87,50	8	100,00
Interna Laki-laki	0	0,00	11	100,00	11	100,00
Total	13	16,88	64	83,12	77	100,00

Sumber: Data sekunder, tahun 2002

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa hanya sebagian kecil dari perawat yang bekerja di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang yang pernah mengikuti pelatihan tentang pendekatan proses keperawatan, yakni sebanyak 15,78%. Di antara perawat yang pernah mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan tersebut, hanya 1 orang perawat yang mempunyai dasar pendidikan SPK (7,69%), selebihnya yakni 12 orang atau sebesar 92,31% dari perawat tersebut adalah perawat yang sudah lulus dari Akper, atau minimal pada saat ini sedang mengikuti pendidikan pada Akper Kelas Khusus RSUD Dr.Haryoto Lumajang. Ini berarti secara otomatis mereka sudah mendapatkan pengetahuan tentang proses keperawatan. Sisanya, yakni sebanyak 64 orang atau 83,12% belum pernah mengikuti pelatihan Namun dari 64 orang tersebut 51 orang diantaranya atau sebesar 79,6% telah memperoleh pengetahuan tentang proses keperawatan melalui pendidikan Diploma III Keperawatan, baik yang saat ini sedang kuliah maupun mereka yang sudah lulusan Akper. Sedangkan perawat lulusan SPK yang tidak pernah mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan, mereka juga tidak pernah mendapat pelajaran tentang proses keperawatan, sebab dalam kurikulum SPK tidak ada mata pelajaran mengenai proses keperawatan.

5.3.4 Pengetahuan

Pengetahuan perawat yang bekerja di ruangan rawat inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang tentang proses keperawatan, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.6 Pengetahuan perawat di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, tentang proses keperawatan, tahun 2002

Ruangan	Pengetahuan perawat						Total	
	Baik		Cukup		Kurang			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Kelas I	8	80,00	1	10,00	1	10,00	10	100,00
Kls Utama	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	100,00
Anak	8	72,73	0	0,00	3	27,27	11	100,00
Bedah	7	53,54	3	23,07	3	23,07	13	100,00
Obgyn	6	54,55	1	9,09	4	36,36	11	100,00
Interna W	4	50,00	3	37,50	1	12,50	8	100,00
Interna Laki	7	63,64	2	18,18	2	18,18	11	100,00
Total	48	66,67	11	15,28	14	18,05	72	100,00

Sumber: Data primer, tahun 2002.
Keterangan : Baik, dengan nilai antara 71 – 100
Cukup, dengan nilai antara 56 – 70
Kurang, bila memperoleh nilai kurang dari 56

Dari tabel di atas diketahui bahwa diantara 72 orang perawat yang dinilai, maka ada sebesar 66,67% mempunyai pengetahuan yang baik tentang proses keperawatan, sementara itu 15,28% mempunyai pengetahuan yang cukup tentang proses keperawatan. Jadi kalau dijumlahkan maka terdapat sebanyak 81,95% dari perawat yang ada mempunyai pengetahuan yang cukup sampai baik tentang proses keperawatan..Namun demikian masih ditemukan sebanyak 14 orang (18,05%) dari perawat tersebut yang pengetahuannya tentang proses keperawatan kurang dan ternyata mereka adalah perawat lulusan SPK, yang lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.7 Pengetahuan perawat di R. Rawat Inap RSUD Dr .Haryoto Lumajang tentang proses keperawatan, berdasarkan dasar pendidikannya, tahun 2002.

Dasar Pendidikan Perawat	Pengetahuan Perawat						Total	
	Baik		Cukup		Kurang			
	f	%	f	%	f	%	f	%
SPK	0	0,00	0	0,00	14	100,00	14	100,00
SPK/SPR +	29	74,36	10	25,64	0	0,00	39	100,00
Akper	18	94,74	1	5,26	0	0,00	19	100,00
Total	48	66,67	11	15,28	14	18,05	72	100,00

Sumber: Data primer 2002
Keterangan : Baik, dengan nilai antara 71 – 100
Cukup, dengan nilai antara 56 – 70
Kurang, dengan nilai kurang dari 56

Dari tabel di atas terlihat bahwa pengetahuan perawat lulusan SPK tentang proses keperawatan memang ternyata kurang, apabila dibandingkan dengan perawat lulusaan Akper maupun lulusan SPK yang pada saat ini sedang menyelesaikan pendidikan pada Akper Kelas Khusus RSUD Lumajang. Karena dari 14 orang perawat lulusan SPK yang diteliti ternyata semua memperoleh nilai yang kurang.

5.3.5 Ketrampilan

Ketrampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan menggunakan proses keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang, adalah seperti terlihat pada tabel 5.8 berikut ini.

Tabel 5.8 Ketrampilan perawat melaksanakan asuhan keperawatan menggunakan Proses keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr Haryoto Lumajang, tahun 2002

Ruangan	Ketrampilan						Total	
	Trampil		Cukup		Kurang			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Kelas I	0	0,00	1	0,00	9	90,00	10	100,00
Kls Utama	2	25,00	1	12,50	5	62,50	8	100,00
Anak	1	9,09	2	18,18	8	72,72	11	100,00
Bedah	0	0,00	5	38,46	8	61,54	13	100,00
Obgyn	1	9,09	8	72,73	2	18,18	11	100,00
Interna W	0	0,00	1	12,50	7	87,50	8	100,00
Interna L	0	0,00	2	18,18	9	81,82	11	100,00
Total	4	5,55	20	27,77	7	65,27	72	100,00

Sumber: Data primer 2002

Keterangan: Trampil, bila memperoleh nilai > 3,00 – 4,00
Cukup, bila memperoleh nilai > 2,75 – 3.00
Kurang, bila memperoleh nilai < 2,75

Dari data yang ada pada tabel di atas nampak bahwa hanya sebesar 5,55% (4 orang) yang trampil dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yakni 2 orang dari kelas utama dan masing-masing 1 orang dari ruangan anak dan ruangan bersalin (obgyn). Sedangkan perawat yang ketrampilannya cukup dalam memberikan asuhan keperawatan menggunakan proses keperawatan sebanyak 27,77% (20 orang), di mana 8 orang di antaranya atau sebesar 72,73% berasal dari ruangan bersalin atau obgyn dan 5 orang perawat atau sebesar 38, 46% yang berasal dari ruangan bedah serta masing-masing 2 orang atau sebesar 18,18% yang berasal dari ruangan anak dan ruangan interna laki

dan masing-masing 1 orang dari ruangan kelas I, kelas utama dan kelas interna wanita.

Selebihnya ada sebanyak 65,27% (47 orang) dari 77 orang perawat yang diobservasi kurang trampil dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.Jadi sebagian besar dari perawat yang ada ternyata kurang trampil menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien.

Apabila diperinci satu demi satu dari tahapan proses keperawatan, maka terdapat sebanyak 18,05 % (13 orang) dari perawat yang ada trampil melakukan pengkajian dan sebanyak 44,44% (32 orang) perawat yang cukup trampil melakukan pengkajian keperawatan, jadi kalau dijumlahkan maka terdapat sebanyak 62,49% (45 orang) perawat yang cukup trampil sampai trampil dalam melaksanakan pengkajian keperawatan dan sisanya sebanyak 37,51% (27 orang) dari perawat kurang trampil melakukan pengkajian keperawatan.

Sedangkan ketrampilan merumuskan diagnosis keperawatan, maka terdapat 20,83% (15 orang) dari perawat yang trampil merumuskan diagnosis keperawatan dan 55,56% (40 orang) dari perawat yang cukup trampil merumuskan diagnosis keperawatan, jadi kalau dijumlahkan maka terdapat sebanyak 76,39% (55 orang) dari perawat yang ada sudah cukup trampil sampai trampil dalam merumuskan diagnosis keperawatan, sedangkan sisanya terdapat sebanyak 23,61% (17 orang) dari perawat yang masih kurang trampil dalam merumuskan diagnosis keperawatan.

Ketrampilan dalam merencanakan tindakan keperawatan, ternyata hanya terdapat 5,55% (4 orang) dari perawat yang sudah trampil membuat perencanaan keperawatan dan sebanyak 16,67% (12 orang) dari perawat yang ada cukup trampil membuat perencanaan keperawatan, jadi apabila dijumlahkan maka hanya terdapat 22,22% (16 orang) dari perawat yang cukup trampil sampai trampil dalam membuat perencanaan keperawatan, sedangkan sisanya terdapat sebanyak 77,78% (56 orang) dari perawat yang masih kurang trampil atau tidak membuat perencanaan keperawatan.

Ketrampilan melaksanakan tindakan keperawatan, terdapat sebayak 6,94 % (5 orang) dari perawat yang ada trampil melaksanakan tindakan keperawatan sesuai standar yang seharusnya dilakukan dan terdapat 40,28% (29 orang) dari perawat yang sudah cukup trampil melaksanakan tindakan keperawatan sesuai standar, jadi terdapat sebanyak 47,22% (34 orang) dari perawat yang telah cukup trampil sampai trampil dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai standar, sedangkan sisanya sebanyak 52,78% (38 orang) perawat kurang trampil melaksanakan tindakan keperawatan sesuai standar.

Sebanyak 20,83% (15 orang) dari perawat yang diobservasi cukup trampil dalam melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan, yang dibuktikan dengan adanya catatan atau dokumentasi dari hasil evaluasi yang telah dilakukannya dan sebanyak 79,17% (57 orang) dari perawat kurang trampil dalam melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan, karena tidak ditemukan adanya catatan atau dokumen tentang evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakannya.

Dalam hal pendekatan dan sikap perawat pada saat melaksanakan asuhan keperawatan secara keseluruhan, maka lebih dari separuh atau sebesar 57,78% (38 orang)dari perawat yang ada cukup trampil dalam melaksanakan pendekatan dan sikapnya cukup baik dan 47,27% (34 orang) dari perawat dinilai pendekatan dan sikapnya kurang baik dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5.4 Manajemen keperawatan

Manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang dapat dijelaskan bahwa sebagian besar yakni 9 dari 13 orang (69,23%) perawat yang menduduki jabatan struktural merasa mempunyai otonomi dan kewenangan dalam pengelolaan sumber daya keperawatan, termasuk dalam menentukan metoda atau model asuhan keperawatan yang akan diterapkan di ruangan dalam pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan.

Dan terdapat hanya 23,08% dari pihak manajemen keperawatan yang mempunyai kemampuan mengelola para perawat yang menjadi stafnya, selebihnya 76,92% kurang mempunyai kemampuan dalam mengelola staf keperawatan. Sebagian besar perawat yang menduduki jabatan struktural (53,85%) menyatakan sudah memberikan dorongan kepada staf keperawatan untuk selalu menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Di RSUD Dr.Haryoto Lumajang terdapat Sub Bidang Diklat, di mana kepala Sib Bidang Diklat tersebut adalah perawat, yang sebelumnya menduduki Kepala Seksi Keperawatan pada struktur organisasi rumah sakit yang lama.

Hampir semua kepala ruangan rawat inap RSUD DR.Haryoto Lumajang yang menjadi lokasi penelitian ini adalah perawat lulusan Akper (85,71%), kecuali ruangan anak yang masih dijabat oleh perawat lulusan SPR. Sehingga sebenarnya dilihat dari aspek sumber daya manajemen keperawatan sudah sangat mendukung terlaksananya asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Hanya saja terlaksananya pelayanan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan perlu didukung oleh tersedianya sarana yang mendukung, misalnya tersedianya beberapa format untuk pendokumentasian asuhan keperawatan, yang pada saat ini tidak tersedia, sehingga perawat tidak dapat menuliskan setiap tinadakan yang telah dilaksanakan.

5.5 Isu Strategis

1. Sampai saat ini, sejak dilakukannya studi pendahuluan pada Mei tahun 2001, di semua ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang masih digunakan model fungsional, yang mempunyai banyak sekali kelemahan, antara lain:

a. Asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat terpilah-pilah dan tidak holistik, sebab masing-masing perawat melaksanakan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi yang diberikan kepadanya dan tidak menggunakan pendekatan proses keperawatan.

b. Perawat cenderung meninggalkan klien apabila telah selesai melaksanakan tugasnya, untuk melakukan tugas lain yang bukan pekerjaan keperawatan.

c. Perawat melihat asuhan keperawatan hanya sebagai sekumpulan ketrampilan saja, sehingga timbul kesan bahwa perawat yang baik adalah perawat yang trampil

melaksanakan berbagai jenis ketrampilan, yang kadang-kadang ketrampilan tersebut sebenarnya adalah milik profesi lain (dokter).

d. Perawat sulit untuk menguasai dan mengetahui keadaan klien secara keseluruhan, sehingga kalau mereka ditanya tentang hal tersebut tidak akan diperoleh jawaban secara spontan, sebab setiap perawat mempunyai kecenderungan melaksanakan tindakan sesuai tugasnya saja.

e. Perawat seolah-olah tidak mempunyai otonomi dalam memberikan asuhan keperawatan dan memenuhi kebutuhan dasar klien, yang sebenarnya hal itu adalah tugasnya, sebab terkondisi oleh situasi yang sebenarnya diciptakan sendiri melalui model asuhan keperawatan yang diterapkan.

2. Dasar pendidikan dari perawat di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang sebagian besar (55,58%) adalah lulusan SPK +, artinya bahwa pada saat ini sedang menyelesaikan pendidikan pada Akademi Keperawatan tanpa meninggalkan tugasnya sebagai perawat, yang akan selesai bulan Oktober 2002 nanti. Dan 25,98% perawat adalah lulusan Akper, sehingga hanya 18,18% saja yang lulusan SPK. Keadaan ini sangat memungkinkan untuk beralih dari model fungsional ke model lain (misalnya tim). Mengingat bahwa di RSUD DR.Haryoto Lumajang belum ada perawat lulusan S-1 dan perawat Spesilis, maka tidak mungkin memilih model kasus, apalagi model primer. Dan karena proses berubah memerlukan waktu maka perlu masa adaptasi dalam masa transisi, sehingga di masa transisi tersebut dapat dipakai model tim-fungsional selama satu tahun, sambil mempersiapkan untuk spenuhnya beralih ke model tim murni

3. Hanya 28,57% dari perawat yang ada mempunyai masa kerjan yang kurang dari tiga tahun dan sebagian besar (54,55%) masa kerjanya antara 3-10 tahun, ini berarti sudah mereka sudah cukup mempunyai pengalaman di bagiannya. Keadaan ini menguntungkan bila akan dipakai model tim, atau tim-fungsional yang membutuhkan perawat yang sudah cukup berpengalaman untuk dijadikan sebagai ketua tim.

4. Meskipun hanya sebagian kecil saja dari perawat yang ada telah mengikuti pelatihan proses keperawatan (16,88%), namun mengingat bahwa sebagian besar perawat yang lulusan SPK pada saat ini sedang kuliah pada Akademi Keperawatan, jadi materi tentang pendekatan proses keperawatan sudah mereka ketahui lebih dari sekedar mengikuti pelatihan. Keadaan ini menguntungkan apabila akan beralih ke model selain fungsional, yang menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa sebagian besar perawat (68,05%) mempunyai pengetahuan cukup sampai baik tentang proses keperawatan, jadi memungkinkan untuk beralih dari model yang sekarang diterapkan yakni model fungsional ke model lain yang menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien.

6. Secara umum ketrampilan menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan memang masih kurang, sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya. Apabila dirinci tahap demi tahap dari proses keperawatan tersebut, ternyata .62,49% dari perawat sudah cukup trampil sampai trampil melakukan pengkajian keperawatan dan 76,39% dari perawat yang sudah cukup

trampil sampai trampil merumuskan diagnosis keperawatan. Meskipun terdapat 77,78% dari perawat yang dinilai kurang trampil membuat perencanan keperawatan (tidak ditemukan dokumen perencanaan keperawatan), karena hanya sebagian kecil yang membuat perencanaan, itupun ditulis di kertas resep, atau kertas buram yang ada sebab tidak ada format untuk membuat catatan rencana keperawatan secara khusus. Keadaan ini potensial menimbulkan kesalahan dalam memberikan tindakan selanjutnya Selain itu hanya 47,22% perawat yang cukup trampil sampai trampil melaksanakan tindakan keperawatan sesuai standar, sisanya dinilai kurang trampil, dengan alasan alat yang ada terbatas. Terdapat 79,17% perawat yang dinilai kurang trampil dalam melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (tidak ditemukan dokumen evaluasi), dengan alasan sama dengan di atas tidak tersedia format SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Problem, sebagai format baku untuk evaluasi). Sedangkan untuk pendekatan dan sikap sebagian besar (57,78%) perawat dinilai cukup baik sampai baik dalam pendekatan dan sikapnya kepada klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan, meskipun keadaan tersebut sebenarnya masih kurang memadai tetapi mengingat model yang diterapkan adalah model fungsional, di mana dengan model fungsional tersebut tidak menunjang untuk melaksanakan pendekatan dan sikap yang lebih terapeutik, sebab asuhan yang diberikan tidak holistik.

7. Manajemen keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr,Haryoto Lumajang, sebenarnya cukup mendukung untuk diterapkannya pendekatan proses keperawatan,

sebab pihak manajemen keperawatan merasa cukup mempunyai otonomi untuk mengatur staf keperawatan dan menentukan model asuhan yang akan diterapkan.

Selain itu kenyataan bahwa dari semua ruangan rawat inap yang ada hanya ruangan anak yang kepala ruangannya lulusan SPK, selebihnya adalah lulusan Akper dan hal tersebut adalah merupakan faktor pendorong yang cukup kuat untuk beralih ke model asuhan keperawatan selain fungsional.

5.6 Hasil Focus Group Discussion (FGD)

FGD yang dilakukan pada tanggal 12 Juli tahun 2002 di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, dimulai pada pukul 10.00 dan berakhir pada pukul 11.30.

1 Tujuan FGD

Setelah mendapatkan masukan tentang hasil penelitian yang telah dilaksanakan, diharapkan peserta FGD dapat memberikan masukan tentang model pemberian asuhan keperawatan apa yang mereka pilih berdasarkan situasi dan kondisi rumah sakit. Masukan tersebut bagi peneliti akan menjadi suatu bahan pertimbangan dalam menyusun model.

2. Peserta FGD

FGD ini diikuti oleh 9 (sembilan) orang perawat yang menduduki jabatan sebagai manajemer keperawatan, antara lain Kepala Sub Kepala Bidang Diklat RSUD Dr.Haryoto Lumajang.yang pada saat ini merangkap sebagai PJs Kepala Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan dan semua kepala ruangan rawat inap, yaitu:

1. Kepala ruangan obgyn
2. Kepala ruangan Interna Wanita

3. Kepala ruangan kelas utama
4. Kepala ruanagn kelas I
5. Kepala ruangan Interna Laki
6. Kepala ruangan anak
7. Kepala ruangan Bedah
8. Kepala ruangan IGD

3. Sebagai moderator dalam FGD ini adalah Ibu Dra.MR.Emma Pesik Adam, MARS (pakar keperawatan).

4. Bahan FGD.

Sebagai bahan yang dipakai dalam pelaksanaan FGD adalah informasi tentang hasil penelitian yang telah dilaksanakan, antara lain mengenai model pemberian asuhan keperawatan yang digunakan di ruangan rawat inap pada saat ini, yakni model fungsional dengan segala kelemahannya, serta karakteristik perawat yang meliputi : dasar pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan dan ketrampilan perawat.(bahan lengkap terlampir di halaman 114 - 120).

5. Proses *Focus Group Discussion*.

FGD dimulai pada pukul 10.00 WIB dengan menyajikan hasil penelitian oleh peneliti, selanjutnya FGD dipimpin oleh moderator, dengan menyampaikan pertanyaan bahwa setelah mendengarkan penyajian hasil penelitian, bagaimana pendapat peserta FGD tentang model yang sesuai diterapkan disini, yang dijawab secara spontan oleh seorang peserta yakni: "fungsional". Tapi jawaban tadi kemudian disanggah oleh peserta lainnya, bahwa"……..apakah kita akan terus dengan

model fungsional, apa kita tidak ingin maju dan mengusulkan untuk memakai model tim, atau kasus.dan seterusnya.

Selanjutnya diteruskan dengan proses diskusi, di mana semua peserta FGD mendapat kesempatan untuk mengutarakan pendapatnya. Setelah semua peserta menyampaikan pendapatnya, maka moderator menyimpulkan hasil FGD. Diskusi ini berlangsung selama 90 menit dan ditutup oleh moderator pada pukul 11.30 WIB (Notulen lengkap pada Lampiran 5 di halaman 122).

6. Hasil FGD

Berdasarkan masukan yang diberikan oleh para peserta dapat ditarik kesimpulan bahwa:

a. Sebagian besar peserta FGD menghendaki adanya perubahan dari model fungsional ke model lain yang lebih baik dan sesuai, yakni model tim tetapi di masa transisi agar tidak langsung meninggalkan model fungsional, maka sambil mempersiapkan segala sesuatunya, sementara digunakan model tim dikombinasi dengan fungsional.
b. Sebelum model ini dilaksanakan oleh rumah sakit, diusulkan agar format-format yang dibutuhkan untuk itu dipersiapkan, misalnya fotmat SOAP.
c. Format pengkajian keperawatan yang dulu pernah ada agar diadakan kembali tetapi disederhanakan, agar perawat tidak kesulitan menggunakannya.

5.6 Modifikasi model pemberian asuhan keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian dan hasil dari FGD, maka modifikasi model pemberian asuhan keperawatan yang diusulkan untuk diterapkan di ruangan rawat

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

inap RSUD Dr.Haryoro Lumajang adalah model tim, tetapi untuk sepenuhnya berubah ke model tim perlu persiapan, sehingga diusulkan agar pada masa transisi yang sekaligus merupakan tahap persiapan, maka disusulkan menggunakan model tim-fungsional, yang akan berlangsung paling lama 1 (satu) tahun. Dan setelah masa adaptasi terlampaui dengan baik, kemudian diterapkan model tim murni.

Dengan modifikasi model seperti ini, maka asuhan keperawatan klien secara holistik dapat diterapkan dan dilaksanakan oleh tim secara keseluruhan di bawah koordinasi seorang ketua tim. Sedangkan untuk pelaksanaan kegiatan pengkajian, penyusunan diagnosis keperawatan, sampai penyusunan rencana tindakan keperawatan dilaksanakan oleh perawat lulusan Akper (perawat profesional pemula) yang ada. Pelaksanaan tindakan keperawatan berupa beberapa ketrampilan keperawatan dasar, dapat dilaksanakan oleh perawat lulusan SPK, sesuai fungsi/tugas yang diberikan (model fungsional) oleh ketua tim. Misalnya mengukur tanda-tanda vital (suhu tubuh, nadi, pernafasan dan tekanan darah) dalam rangka observasi, memberikan obat-obatan peroral, memandikan klien, menurunkan suhu tubuh dengan kompres dingin atau kompres hangat dan berbagai ketrampilan dasar keperawatan lainnya. Demikian pula untuk evaluasi, yakni dengan cara melakukan observasi tehadap respon klien yang timbul setelah tindakan keperawatan, maupun setelah pengobatan dapt didelegasikan kepada perrawat vokasional (lulusan SPK). Sedangkan pendokumentasian asuhan keperawatan meskipun merupakan tanggung jawab perawat profesional, namun dapat didelegasikan kepada perawat assosiet (lulusan SPK). Tetapi terlaksananya asuhan keperawatan menggunakan pendekatan

proses keperawatan secara keseluruhan menjadi tanggung jawab perawat profesional (minimal lulusan Akper). Unntuk lebih jelasnya dapat dilihat pada skema berikut ini.

Tabel 5.9 Tugas perawat pada masing-masing model pemberian asuhan keperawatan untuk setiap tahapan proses keperawatan

No.	Tahap Proses Keperawatan	Tugas Perawat Pada Model Asuhan Keperawatan		
		Fungsional	Tim-Fungsional	Tim
1.	Pengkajian a. Pengumpulan data 1. pemeriksaan fisik 2. anamnesis 3. pengukuran tanda vital b. Analisis data c. Diagnosis keperawatan	-menerima pasien baru : mengukur tanda vital, melakukan pemeriksaan fisik, anamnesis.(dapat dilakukan perawat lulusan SPK, sesuai tugasnya).	Idem pada model fungsional, tetapi pemeriksaan fisik, anamnesis dan analisis data menjadi tanggung jawab perawat profesional (minimal lulusan Akper), termasuk diagnosis kep.	Idem pada model tim-fungsional, tetapi sudah menyadari peran dan tugasnya sebagai satu tim sebab sudah tumbuh kesadaran akan peran dan fungsinya.
2.	Perencanan a. Penetapan tujuan b. Kriteria hasil c. Rencana tindakan d. Rasional	tidak jelas siapa yang melakukan karena model ini tidak menggunakan proses kep.	tanggung jawab perawat profesional	Idem pada model tim - fungsional
3.	Pelaksanaan a. Tindakan keperawatan dasar b. Tindakan keperawatan lanjutan (*advance*)	-memandikan, mengukur tanda vital, memberikan obat, menurunkan suhu tubuh, sesuai tugasnya	Idem, untuk tindakan keperawatan dasar, tetapi tindakan kep. lanjut menjadi tanggung jawab perawat profesional (tim).	Idem model tim fungsional
4.	Evaluasi a. Observasi respon klien b. Pengukuran c. Mendokumentasikan hasilnya.	mengobservasi respon klien, mengukur tanda vital, sesuai tugasnya.	Idem bagi perawat assosiet, sedangkan pendokumentasian hasil evaluasi tanggung jawab tim	Idem model tim fungsional

Pada masa transisi ini model fungsional masih dipakai, jadi tidak langsung dihapuskan untuk mempersiapkan para perawat untuk memulai suatu perubahan dan secara bertahap model fungsional akan mulai ditinggalkan, sambil memacu motivasi perawat agar mereka tidak merasa asing dan mulai terbiasa bekerja secara tim dan melakukan beberapa persiapan baik fisik maupun mental para perawat. Sedangkan untuk terlaksananya asuhan keperawatan secara holistik menggunakan proses keperawatan, sudah mulai dikondisikan untuk menjadi tanggung jawab dari tim secara keseluruhanm mengingat selama ini perawat telah terbiasa bekerja berdasarkan tugas yang diberikan kepadanya..

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang pada saat ini.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa di semua ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, model asuhan keperawatan yang diterapkan adalah model fungsional. Model ini mempunyai keuntungan yaitu bahwa perawat trampil dalam melaksanakan tugas atau ketrampilan tertentu. Selain itu memudahkan kepala ruangan mengawasi stafnya dan model ini dapat diterapkan di rumah sakit yang hanya mempunyai tenaga keperawatan dengan dasar pendidikan lulusan SPK/SPR (Marquis, B.L & Huston, C.J, 1996).

Tetapi kelemahan dari model ini adalah: asuhan keperawatan terpilah-pilah dan tidak holistik, sehingga asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan sulit diterapkan (Sitorus, R, 2000). Selain itu perawat melihat asuhan keperawatan hanya sebagai sekumpulan ketrampilan saja, sehingga timbul kesan bahwa perawat yang baik adalah perawat yang trampil melaksanakan berbagai jenis ketrampilan yang ada di bagiannya, yang kadang-kadang ketrampilan itu sebenarnya adalah milik profesi lain yakni dokter. Perawat juga mempunyai kecenderungan meninggalkan pasien apabila telah selesai melaksanakan tugasnya, guna melakukan tugas lain yang sebenarnya dapat dilakukan oleh siapapun tanpa mendapatkan pendidikan formal keperawatan dan bukan merupakan tugas keperawatan.

Dengan model fungsional ini dokter yang seharusnya menjadi mitra kerja perawat sulit berdiskusi dengan perawat tentang klien, sebab perawat tidak menguasai kondisi kliennya secara keseluruhan, karena perawat hanya melaksanakan tugas tertentu pada klien tersebut. Pada model fungsional, profesi lain khususnya dokter akan melihat perawat sebagai pembantunya, karena perawat kurang mempunyai inisiatif melaksanakan asuhan keperawatan sesuai peran dan fungsinya sebagai perawat dan ketergantungan perawat kepada profesi lain sangat tinggi. Karena itu sebenarnya oleh DPP PPNI (Dewan Pimpinan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia) menghendaki agar di semua rumah sakit model fungsional sudah ditinggalkan (DPP PPNI, 1999).

Bertolak dari kenyataan di atas maka sudah seharusnya bila pihak manajemen di RSUD Dr.Haryoto Lumajang sudah memikirkan untuk beranjak dari model lama (fungsional) tadi ke model lain yang lebih meningkatkan kemandirian perawat, sehingga menghasilkan juga asuhan keperawatan yang profesional dan dapat dipertanggung jawabkan. Dalam hal ini model yang ditawarkan adalah model tim, namun untuk masa transisi ditawarkan model tim fungsional, sambil mempersiapkan segala sesuatunya seperti beberapa format yang diperlukan guna terlaksananya asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Masa transisi ini bisa berlangsung 1-2 tahun atau bahkan 3 tahun, agar proses berubah dari model fungsional ke model tim tidak menimbulkan gejolak.

6.2 Karakteristik Perawat

Pada penelitian ini ditemukan bahwa sebanyak 25,98% dari perawat yang bekerja di ruangan rawat inap RSUD DR.Haryoto Lumajang adalah perawat dengan dasar pendidikan Diploma III Keperawatan (Akper), jadi merupakan perawat dengan kategori profesional pemula. Sementara itu sebagian besar perawat lulusan SPK yang ada di RSUD Dr.Haryoto Lumajang pada saat ini sedang menyelesaikan kuliah di Akper Soetomo Surabaya, Program Kelas Khusus RSUD DR.Haryoto Lumajang (75,44%), dari perawat lulusan SPK/SPR yang ada (57 orang). Mereka ini akan menyelesaikan pendidikannya pada bulan Oktober tahun 2002 yang akan datang. Ini berarti bahwa pada tahun 2003 kondisi tenaga keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang sudah didominasi oleh perawat dengan dasar pendidikan Diploma III Keperawatan, atau perawat profesional pemula. Dan sisanya (24,56%) tidak melanjutkan pendidikan karena alasan usia, jadi tetap sebagai perawat vokasional.dan adapula yang karena alasan terlambat sebab pada saat mereka mulai bekerja di RSUD Dr. Haryoto Lumajang, sedang berlangsung pendidikan Akper Soetomo Program kelas khusus RSUD Dr.Haryoto Lumajang.

Dengan dasar pendidikan Diploma III Keperawatan, maka para perawat ini mempunyai peluang untuk melanjutkan pendidikannya ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi, misalnya ke S-1 Keperawatan, agar menjadi perawat profesional atau ners, dan seterusnya ke jenjang yang lebih tinggi lagi sesuai kemauan dan kemampuan mereka. Dengan demikian memberikan peluang bagi rumah sakit untuk berubah, dari model fungsional yang selama ini diterapkan dalam memberikan asuhan

keperawatan ke model lain yang lebih menjanjikan kepuasan, baik bagi klien maupun bagi perawat. Bila dasar pendidikan perawat lebih tinggi, maka asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mudah untuk diterapkan. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Sitorus, R (1999) bahwa kalau asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan diterapkan oleh perawat terhadap semua klien yang dirawat, maka mutu asuhan keperawatan di rumah sakit tersebut akan meningkat, sebab pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan profesional dan klien juga dirawat secara holistik, sehingga memberikan kepuasan kepada klien dan keluarganya.

Masa kerja terlama bagi perawat yang bekerja di ruangan rawat inap RSUD DR.Haryoto Lumajang adalah lebih dari sepuluh tahun, yakni sebanyak 16,88%. Dan sebanyak 28,5% masa kerjanya kurang dari lima tahun. Yang terbanyak perawat mempunyai masa kerja antara tiga sampai lima tahun, yaitu sebesar 33,77%. Hal ini mungkin disebabkan karena telah diadakan mutasi bagi beberapa orang perawat di beberapa ruangan.Dengan masa kerja yang demikian maka di RSUD Dr.Haryoto Lumajang bisa diterapkan model tim, sebab didominasi oleh perawat dengan masa kerja di bagiannya masing-masing selama tiga sampai sepuluh tahun (54,55%). Jadi relatif sudah lebih menguasai kasus-kasus yang dirawat di bagian tersebut.(Sitorus,R, 2000)

Bila dilihat dari pernah atau tidaknya mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan, maka sebagian besar perawat di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, belum pernah mengikuti pelatihan proses keperawatan (83,12%) dan

hanya sebagian kecil saja yang telah mengikuti pelatihan proses keperawatan (16,88%). Mengingat bahwa sebagian besar perawat sedang mengikuti pendidikan pada Akper Soetomo Surabaya Program Kelas Khusus RSUD DR.Haryoto Lumajang, maka materi tentang proses keperawatan yang telah diperoleh sudah lebih dari sekadar mengikuti pelatihan, sebab Proses Keperawatan bobotnya sebesar 11 SKS, telah didapatkan di semester I dan II. Meskipun demikian untuk perawat yang belum mengikuti pelatihan dan belum pernah mendapatkan materi tentang proses keperawatan, kiranya perlu dipikirkan untuk mengikuti pelatihan dimaksud, bila rumah sakit bertekad untuk berubah. Sebab model asuhan keperawatan selain model fungsional, menggunakan pendekatan proses keperawatan. dalam melaksanakan asuhan keperawatan klien.

Ternyata sebagian besar dari perawat yang ada (81,95%) mempunyai pengetahuan yang cukup sampai baik tentang proses keperawatan, meskipun masih ditemukan perawat yang berpengetahuan kurang tentang proses keperawatan (18,05%). Dan ternyata perawat yang mempunyai pengetahuan kurang tersebut adalah perawat lulusan SPK.

Menurut Sitorus, R (2000) perawat yang diperlukan untuk model tim, kasus dan primer adalah perawat yang mempunyai pengetahuan yang memadai tentang pendekatan proses keperawatan, sebab untuk berbagai model tersebut menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Sehingga kalau bertekad untuk menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, maka sebenarnya dengan kondisi yang ada

yakni perawat yang pengetahuannya memadai tentang proses keperawatan bisa membantu perawat yang pengetahuannya kurang, dan hal ini baik untuk model tim.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa secara umum hanya sebagian kecil saja (5,55%) dari perawat yang ada sudah trampil dalam menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Sementara itu sebanyak 27,77% dari perawat yang ada sudah cukup trampil dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan. Jadi kalau dijumlahkan maka secara keseluruhan terdapat 33,32% dari perawat yang sudah cukup trampil sampai trampil dalam menerapkan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini berarti bahwa secara umum sebagian besar perawat masih kurang trampil menerapkan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Sedangkan apabila dilihat secara rinci pada setiap tahapan dari proses keperawatan, ternyata sebagian besar dari perawat yang ada (62,49%) sudah cukup trampil sampai trampil dalam melaksanakan pengkajian keperawatan dan hanya 37,51% dari perawat yang ada masih kurang trampil dalam melaksanakan pengkajian keperawatan.

Ketrampilan merumuskan diagnosis keperawatan, maka sebanyak 76,39% perawat sudah cukup trampil sampai trampil merumuskan diagnosis keperawatan. Namun demikian untuk tahapan proses keperawatan berikutnya yakni penyusunan rencana keperawatan, diketahui bahwa hanya sebagian kecil dari perawat (22,22%) yang sudah cukup trampil sampai trampil dalam membuat perencanaan keperawatan.

Hal ini didukung oleh adanya bukti fisik berupa dokumen perencanaan keperawatan meskipun hanya dituliskan pada selembar kertas resep atau pada format renpra (rencana keperawatan) yang diperoleh dari pendidikan (Akper), dalam hubungannya tugas yang berkaitan dengan mata kuliah. Jadi sebagian besar perawat tidak membuat perencanaan keperawatan (77,78%), dengan alasan tidak tersedia format untuk kegiatan tersebut, ataukah motivasi dari sebagian besar perawat yang rendah? Sehingga mereka enggan untuk berusaha membuat perencanaan tersebut.

Sebagian besar dari perawat yang ada (52,78%) masih kurang trampil dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai standar. Jadi sebagian besar dari perawat di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang pada saat melaksanakan tindakan keperawatan, tidak mengikuti ketentuan persediaan alat dan prosedur yang standar, tetapi dengan peralatan seadanya (standar minimum), misalnya pada saat melakukan injeksi kepada pasien hanya membawa spuit yang sudah terisi obat dan kapas alkohol di tangan, tanpa membawa baki. Dan pada saat ditanyakan mengapa demikian, alasannya adalah peralatan terbatas, atau sedang dipakai oleh perawat lain dan sebagainya.

Dalam hal ketrampilan melakukan evaluasi terhadap hasil tindakan keperawatan, ternyata sebagian besar perawat (79,17%) yang kurang trampil dalam melakukan evaluasi terhadap hasil tidakan keperawatan yang telah dilaksaanakan. Tetapi setelah ditanyakan sebenarnya mereka telah melakukan evaluasi, hanya saja tidak semua menuangkan hasilnya dalam tulisan (tidak didokumentasikan), dengan alasan yang sama dengan sebelumnya bahwa formatnya tidak tersedia. Dan setelah

diklarifikasi dengan status pasien, ternyata tidak tersedia format catatan perawat, apalagi format renpra (rencana keperawatan), yang biasanya terdapat pada kolom untuk evaluasi tidakan keperawatan. Hanya sebagian kecil dari perawat yang ada membuat evaluasi dan didokumentasikan pada format yang tersedia dari pendidikan (Akper), dalam kaitannya melaksanakan tugas sebagai mahasiswa Akper.

Dalam hal pendekatan dan sikap, maka lebih dari separuh (57,78%) dari perawat yang ada sudah cukup baik sampai baik dalam pendekatan dan sikapnya terhadap klien selama memberikan asuhan keperawatan. Namun masih terdapat sebanyak 47,27% dari perawat yang diteliti pendekatan dan sikapnya masih kurang baik. Hal ini tentu saja perlu mendapatkan perhatian, sebab sekecil apapun kekurangan itu dapat merusak citra perawat di mata klien dan keluarganya. Apalagi pada saat ini masyarakat penerima jasa pelayanan keperawatan semakin kritis dan menuntut pelayanan yang baik, manusiawi dan bermutu dari para perawat. Sebab pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Apalagi kalau diingat bahwa perawat berada disamping klien selama 24 jam, di mana mereka dituntut untuk selalu tampil prima dalam situasi dan kondisi yang bagaimanapun, sehingga seharusnya senantiasa menjaga sikapnya di hadapan klien.

Sebenarnya tentang tidak tersedianya format di atas, kalau perawat mau berusaha, mereka dapat menggunakan kertas kosong untuk mendokumentasikan apa yang direncanakan atau apa yang telah dilaksanakan, serta mendokumentasikan hasil evaluasi dari tidakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Sebab beberapa orang perawat ternyata ada juga yang menggunakan kertas kosong untuk membuat rencana keperawatan dan mendokumentasikan tindakan yang dilaksanakan, termasuk menokumentasikan evaluasi hasil tidakan keperawatan yang telah dilaksanakannya. Mereka yang tidak melaksanakan hal seperti tu apakah penyebab lainnya karena motivasi yang rendah, sehingga dengan alasan formatnya tidak tersedia, mereka tidak membuat rencana keperawatan, maupun mendokumentasikan hasil evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Untuk menjawab hal ini tentu saja perlu penelitian lebih lanjut.

6.3 Manajemen keperawatan

Manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang sebenarnya sangat kondusif untuk perkembangan keperawatan. Hal ini terlihat dari struktur organisasi rumah sakit, di mana terdapat dua Sub Bidang yakni Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan, yang dijabat oleh perawat (Bidan) lulusan Sekolah Perawat Bidan dan Sub Bidang Diklat (keperawatan), yang dijabat oleh perawat lulusaan Akper, yang semula pada struktur yang lama adalah Kepala Seksi Keperawatan. Dengan struktur organisasi seperti sekarang ini (di halaman) sebenarnya tidak memungkinkan adanya garis komando mulai dari Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan ke ruang rawat inap. Tetapi menurut Kepala Sub Bina Asuhan Keperawatan tidak ada masalah bila ingin menerapkan model asuhan keperawatan yang mana saja, pihak manajemen rumah sakit juga tidak ada hambatan, apalagi dari pihak manajemen keperawatan..

Sebagian besar ruangan rawat inap kecuali ruangan anak, kepala ruangannya sudah dijabat oleh perawat lulusan Akper, di mana dari pengamatan yang dilakukan selama penelitian, terlihat bahwa sebenarnya dari aspek manajemen keperawatan tidak ada masalah bila di ruangan rawat inap mau mengadakan perubahan dalam model asuhan keperawatan. Sebab pihak manajemen keperawatan merasa cukup mempunyai otonomi dalam pengaturan staf keperawatan di bagiannya, termasuk model asuhan yang mana yang akan diterapkan. Tetapi mengapa mereka masih memakai model fungsional ? Hal ini disebabkan karena pada saat ini lebih dari separuh perawat yang ada sedang kuliah sambil bekerja. Dan mereka ini tidak dapat ditugaskan untuk jaga sore, sebab mereka kuliahnya pada sore hari, sehingga di sore hari tenaga perawat yang bertugas jumlahnya terbatas.

Penyebab yang lain adalah karena tidak tersedianya format yang diperlukan untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, sebagaimana diungkapkan pada saat FGD, bahwa dulu sebelum tahun 2000 pernah ada format tersebut, tetapi kemudian dihapuskan, dengan alas an jarang diisi oleh perawat, lebih sering kosong jadi dianggap pemborosan kertas. Sehingga pihak manajemen mengusulkan agar beberapa format yang diperlukan disiapkan lagi, sperti format pengkajian, tetapi perlu disederhanakan agar perawat tidak merasa terlalu terbebani oleh format tersebut. Jadi dengan format yang sederhana akan memudahkan perawat mengisinya tanpa merasakannya sebagai suatu beban, seperti format untuk perencanaan dan tindakan keperawatan serta fomat untuk melakukan evaluasi (dikenal sebagai SOAP).

6.4 Pembahasan Hasil FGD.

Pada pelaksanaan FGD banyak hal yang selama penelitian tidak terungkap ternyata dikemukakan pada saat FGD, antara lain beberapa hal yang menyebabkan tidak sesuainya antara pengetahuan perawat tentang proses keperawatan dengan ketrampilan menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Ternyata alas an mereka sebagai penyebabnya adalah tidak tersedianya format yang diperlukan untuk itu, sehingga salah satu aspek yang dinilai dalam ketrampilan adalah catatan asuhan keperawatan yang dilaksanakan, tidak ditemukan karena memang perawat tidak membuat catatan. Kalaupun mereka menulis hanya ditulis di buku laporan, atau beberapa yang membuat menggunakan format dari pendidikan (Akper), kaitannya dalam melaksanakan tugas sebagai mahasiswa, bahkan adapula yang menuliskan pada kertas resep. Atau karena motivasi perawat yang rendah, tetapi dalam penelitian ini tidak diteliti, sehingga sulit mengatakan itu sebagai penyebabnya.

Pihak manajemen keperawatan sebenarnya sudah menyatakan siap dan sanggup untuk berubah dari model fungsional ke model lain yang lebih meningkatkan mutu asuhan keperawatan, serta memberikan kepuasan bagi perawat. Sebab sesungguhnya pihak manajemen keperawatan juga merasa tidak puas dengan pelayanan yang mereka berikan dengan menggunakan model fungsional selama ini. Dan bila dikaitkan antara hasil penelitian dengan informasi yang diperoleh pada saat FGD, maka model yang paling sesuai untuk diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang pada tahun 2003 nanti adalah model tim, tetapi untuk masa

awal (transisi), sebaiknya menggunakan model tim dikombinasi atau dipadukan dengan model fungsional, sehingga menjadi model tim-fungsional. Mengapa tahun 2003, karena pada saat itu tenaga perawat di RSUD Dr.Haryoto Lumajang sudah didominasi oleh perawat lulusan Diploma III Keperawatan, meskipun masih ada beberapa orang lulusan SPK/SPR.

6.5 Modifikasi model pemberian asuhan keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, guna peningktanan mutu asuhan keperawatan.

Sesuai dengan apa yang telah diuraikan di atas dan berdasarkan masukan dan informasi yang diperoleh pada saat FGD, maka modifikasi model asuhan keperawatan yang sesuai untuk diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, adalah model tim-fungsional. Model ini diusulkan dengan alasan yang didasarkan pada pertimbangan karakteristik perawat dan manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang serta masukan pihak manajemen keperawatan pada saat FGD. Dalam hal ini tidak diusulkan menggunakan model tim murni, sebab pada awal perubahan ini adalah merupakan masa transisi, agar perawat yang sudah terbiasa dengan model fungsional tidak kaget dengan perubahan yang tiba-tiba. Jadi di masa transisi ini para perawat dipersiapkan mentalnya untuk beradaptasi dan mengawali terjadinya suatu perubahan.

Meskipun ada kepala ruangan yang mengusulkan model tim primer, tetapi mengingat bahwa di rumah sakit Dr.Haryoto Lumajang belum ada perawat lulusan S-1 Keperawatan (ners), apalagi perawat spesialis, maka tidak memungkinkan untuk menerapkan model tim-primer. Model tim-primer pernah diterapkan oleh Ratna

Sitorus dalam penelitian untuk Disertasinya di RS Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta (Sitorus, R, 1998), tetapi kondisi RS Cipto berbeda jauh dengan RSUD Dr.Haryoto Lumajang, demikian pula karakteristik tenaga keperawatannya sangat berbeda. Jadi di RSUD Dr.Haryoto Lumajang lebih sesuai menggunakan model tim-fungsional.Pada model tim fungsional ini, yang berperan sebagai ketua timnya adalah perawat profesional pemula atau lulusan Diploma III Keperawatan yang sudah berpengalaman minimal tiga sampai lima tahun di ruangan tersebut. Sedangkan sebagai anggota tim adalah merupakan gabungan antara perawat profesional pemula dan perawat assosiet atau perawat vokasional yang masih ada (lulusan SPK/SPR).

Model ini diusulkan untuk mulai bisa diterapkan awal tahun 2003, sebab pada akhir bulan Oktober 2002 ini semua perawat yang sedang kuliah telah menyelesaikan pendidikannya. Karena pada model tim–fungsional ini dibutuhkan lebih banyak perawat profesional pemula, selain masih dapat memanfaatkan perawat vokasional sebagai anggota tim.

Pada awal tahun 2003 nanti, maka para perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan, terutama perawat lulusan SPK yang tidak/belum melanjutkan pendidikannya ke Akper. Atau pelatihan tersebut bisa juga diselenggarakan sendiri oleh rumah sakit, jadi semacam program pendidikan berkelanjutan, yang diadakan sendiri oleh perawat yang sudah mempunyai kemampuan untuk itu. Pihak rumah sakit juga bisa berupaya menambah tenaga perawat yang masih kurang, khususnya di ruangan tertentu yang masih kurang, misalnya di ruangan bedah dan ruangan anak,

karena menurut kepala ruangan bahwa di ruangan tersebut jumlah pasiennya selalu melebihi kapasitas. Misalnya dengan menerima tenaga kontrak apabila belum ada formasi pegawai, tetapi yang diterima untuk dikontrak minimal adalah lulusan Akper, kalau memungkinkan menerima perawat lulusan S-1 Keperawatan. Sedangkan perawat yang sudah lulusan Akper yang mempunyai kemauan dan kemampuan akademik (lulus tes masuk), secara bertahap dan berkesinambungan dapat diprogram untuk melanjutkan pendidikannya ke S-1 Keperawatan.

Dalam tahun pertama perubahan ini tidak diusulkan tim murni, agar perawat dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi. Tidak bisa juga diusulkan model kasus, atau tim-kasus sebab RSUD Dr.Haryoto Lumajang belum memiliki perawat lulusan S-1 Keperawatan dan perawat spesialis. Apalagi untuk model tim-primer atau model primer, sangat tidak memungkinkan untuk diterapkan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, karena kriteria yang dibutuhkan untuk penerapan model tersebut tidak terpenuhi.

Menurut Marquis, B.L & Huston, C.J (1996) untuk model primer dibutuhkan perawat primer dengan kualifikasi minimal lulusan S-1 Keperawatan atau Ners dan perawat spesialis tertentu dalam jumlah yang banyak. Sehingga dengan karakteristik perawat dan manajemen keperawatan yang dimiliki oleh RSUD Dr Haryoto Lumajang pada saat ini, maka model yang paling sesuai untuk masa transisi ini adalah model tim-fungsional. Model ini dapat dipergunakan paling lama 1 (satu) tahun, dengan alasan: Dan kalau proses adaptasi ini sudah berlangsung dengan baik, maka pada tahun berikutnya (2004) disarankan untuk beralih ke model tim murni.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Model pemberian asuhan keperawatan yang digunakan pada saat ini di semua ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang adalah model fungsional dengan segala kelemahannya.

2. Karakteristik perawat

   a. Pada saat ini sebagian besar perawat di ruangan rawat inap RSUD DR.Haryoto Lumajang mempunyai dasar pendidikan adalah SPK+, artinya sedang kuliah pada Akper, yang akan selesai nanti akhir Oktober 2002

   b. Masa kerja terlama dari perawat di ruangan rawat inap adalah antara 3 sampai 10 tahun, jadi sudah cukup berpengalaman di bagiannya.

   c. Hanya sebagian kecil saja perawat yang pernah mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan Namun di antara yang belum pernah pelatihan itu, sebagian besar telah mendapatkan pengetahuan tentang proses keperawatan melalui pendidikan (Akper) yang sedang dijalaninya.

   d. Sebagian besar perawat mempunyai pengetahuan yang cukup sampai baik tentang proses keperawatan.

e. Hanya sebagian kecil saja perawat yang sudah cukup trampil sampai trampil dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan

3. Manajemen keperawatan.

Manajemen keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang sudah baik, di mana struktur organisasi Rumah Sakit memberikan peluang bagi pihak manajemen keperawatan untuk mengatur dan mengelola pelayanan atau asuhan keperawatan, hanya saja belum didukung oleh sarana yang memadai untuk dapat menerapkan manajemen asuhan keperawatan.

4 Modifikasi model pemberian asuhan keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, guna peningkatan mutu asuhan keperawatan, adalah menggunakan model tim-fungsional.

7.1 Saran

7.1.1 Bagi rumah sakit

1. Model pemberian asuhan keperawatan yang sesuai diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang pada saat ini adalah model tim-fungsional.
2. Untuk berubah dari model fungsional ke model tim-fungsional, agar disediakan sarana pendukung berupa format pengkajian keperawatan yang disederhanakan, format perencanaan dan tindakan keperawatan, serta format untuk evaluasi atau SOAP. .

3. Berikan kesempatan kepada Perawat yang belum pernah mendapatkan materi proses keperawatan untuk mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan.
4. Menyelenggarakan sendiri pelatihan tentang proses keperawatan, dengan mengundang nara sumber dari Akper.
5. Memberikan kesempatan dan biaya bagi para perawat lulusan Diploma III Keperawatan yang masih mau dan mampu (lulus tes masuk), untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi (ke S-1 Keperawatan).

7.1.2 Bagi perawat

1. Para lulusan Diploma III Keperawatan yang mau dan mampu agar memacu diri untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi (S-1 Keperawatan dan seterusnya).
2. Para perawat yang tidak mempunyai kesempatan melanjutkan pendidikan agar mengkondisikan dirinya gemar membaca sebagai suatu upaya untuk meningkatkan pengetahuan, terutama tentang asuhan keperawatan.
3. Mulai mempersiapkan diri untuk berubah menggunakan model tim-fungsional dalam memberikan asuhan keperawatan, guna peningkatan profesionalisme keperawatan.

7.1.3 Bagi peneliti selanjutnya

1. Perlu penelitian lebih lanjut untuk membuktikan bahwa model tim-fungsional dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan, setelah model tersebut diterapkan dan dievaluasi hasilnya.

2. Perlu penelitian lanjutan untuk melihat pengaruh faktor motivasi dan suasana lingkungan kerja, sebagai faktor yang diidentifikasi sebagai kemungkinan penyebab lain rendahnya mutu asuhan keperawatan

7.1.4 Bagi organisasi profesi (PPNI)

1. Melalui Badan pekerja pelayanan keperawatan, supaya membuat beberapa format sederhana yang diperlukan guna memudahkan perawat melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan.
2. Melalui badan pekerja riset, menindak lanjuti penelitian ini, setelah diterapkan model yang direkomendasikan di atas untuk mengevaluasi hasilnya.
3. Menyelenggarakan suatu pelatihan yang mampu mendorong para anggotanya untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya menggunakan proses keperawatan, seperti pelatihan penerapan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan di semua tatanan pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Chia, C, K, 1996. Dilemmas for nursing evaluatin researchers. **Jounal of professional nursing, Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable**, W.B. Sounders Company Alih bahasa Sukmana dan Rika Widia Sukmana, edisi kedua

Gibson, I, D, 1996. Alih Bahasa Oleh: Andriani, N. **Organisasi, Perilaku, Struktur dan Proses,** Binarupa Aksara, Jakarta, Edisi 8.

Gillies, D A, 1996. **Manajemen keperawatan, Suatu pendekatan sistem**, Philadelphia: W.B. Sounders Company

Hamid, A Y S, 2001. **Rencana strategik nasional pengembangan sistem ketenagaan keperawatan**, Disampaikan pada seminar nasional keperawatan Surabaya

Hoffart, N & Woods, CQ, 1996. Elements of nursing professional practice model **Journal of professional nursing** , volume 12 No. 6, pp 354 – 364

Husin, M . 2000 . **Pengembangan keperawatan sebagai profesi di Indonesia**. disampaikan pada Musyawarah Nasional PPNI ke VI, Bandung, 13 April 2000.

Ingersoll, E 1996. **The effect of professional practice model on staff nurse administration**, May, 26 (5) : 52 – 60.

Kelompok Kerja Keperawatan, CHS, 1992. **Pengembangan pelayanan keperawatan profesional** , Jakarta

Kelompok Kerja Keperawatan, Komisi Disiplin Ilmu - Ilmu Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, 1999. **Model praktek keperawatan Indonesia dalam kontek legislasi keperawatan**, Jakarta

Kelompok Kerja Keperawatan, Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan, Depdiknas, 1999 **Model praktek keperawatan Indonesia dalam konteks legislasi keperawatan,** Jakarta

Kotler, P, 1995. **Manajemen pemasaran: analisis, perencanaan, implementasi dan pengendalian**, edisi kedelapan, Jakarta, Salemba Empat Prentice Hall.

Kotler, P, 1997. Alih Bahasa Molan, B, Iskandarsyah, K. **Dampak budaya perusahaan terhadap kinerja,** PT Prenhallindo, Simons & Schuster (Asia) Pte Ltd, The Free Press.

Marquis, B.L & Huston, CJ, 1996. **Management decision making for nurses** 124 case studies, third edition, Philadelphia, JB Lippincott, page 135 – 153

Minarik, P A, 1997. Clinical nursing specialist recognition and prescriptive authority: **The journal for advanced nursing practice**, vol 11 No. 2, page 77 – 83.

Ndraha, T, 1997. **Budaya Organisasi**, PT. Rineka Cipta, Jakarta, Cetakan Pertama.

Robbins, S. P, 1996. **Perilaku organisasi: Konsep, Kontroversi, Aplikasi**. Alih Bahasa oleh Pujaatmaka, H. penyunting: Molan, B. jilid II, Prenhalindo, Jakarta

Seybolt, J W: Pavett, C and Wolker, D.D, 1998. Nursing Turn over can be managed : **Journal of professional nursing administration**.

Sitorus, R 1999.**Model praktek keperawatan sebagai upaya meningkatkan Profesionalisme dalam pelayanan keperawatan**, disampaikan pada seminar "Model Praktek Keperawatan Profesional RS .Jiwa Lawang, Murnajati Lawang, 12 Mei

Sitorus, R, 2000. **Pengembangan model praktek keperawatan professional dan hasil yang dicapai**, disampaikan pada Musyawarah Nasional Persatuan Perawat Nasional Indonesia IV , Bandung 13 April.

Singarimbun, M.dan Efendi, S, 1995. **Metode penelitian survei**, Jakarta, PT Pustaka LP3ES Indonesia

Sampson & Mercier, 1998. The professional transition workshop; Cornerstone of practice : **Journal of nursing administration**, vol 28 No. 1

Tappen, R M, 1989. **Nursing leadership and management; Concepts and practice**, second edition, Philadelphia : F.A Davis Company

Wiyono, D, 1997. **Manajemen kepemimpinan dan organisasi kesehatan**, Surabaya Airlangga University Press

Wiyono, D. 1997. **Manajemen mutu pelayanan kesehatan**, Surabaya, Airlangga University Press

Zainudin, M. 1998 . **Metodologi Penelitian** Diklat perkuliahan Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

Zeitaml, V A & Bitner, M J, 1996. **Service marketing**, The Mc Graw Hill Companies, Inc

Zelauskas, B & Howes, D 1992 The effects of implementing a professional practice model. **The journal of nursing administration**, Agustus 1992.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Kuesioner untuk Perawat Pelaksana

Bapak/Ibu/Saudara(i) Yth:

Dalam rangka penyusunan tesis, maka saya bermaksud melakukan penelitian yang berjudul "Modifikasi Model Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruangan Rawat Inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang Dalam Rangka Peningkatan Mutu Asuhan Keperawatan", karena itu saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara(i) untuk mengisi kuesioner yang telah saya persiapkan ini.

Kuesioner ini adalah formulir isian biasa, yang tidak bertujuan untuk menilai saudara. Jadi saudara tidak perlu mencantumkan nama, cukup mencantumkan ruangan di mana saudara bertugas. Maka dengan mengisi kuesioner ini berarti saudara telah ikut berpartisipasi dalam upaya peningkatan mutu asuhan keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang. Saudara tidak perlu ragu untuk mengisinya, karena kuesioner ini tidak berhubungan dengan DP3 dan tidak ada pengaruhnya terhadap kenaikan pangkat saudara.

Dengan menjawab dan mengisi kuesioner ini apa adanya berarti saudara telah ikut berpartisipasi dalam menentukan model pemberian asuhan keperawatan yang paling sesuai dilaksanakan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang.

Untuk itu disampaikan terima kasih bahwa saudara telah bersedia untuk mengisi dan menjawab kuesioner ini.

Peneliti,

Rabiah Marhabang

Nomor Responden (dikosongkan) .....

Ruangan .....(diisi ruangan di mana saudara bertugas saat ini).

Petunjuk Pengisian:

I. Jawablah pertanyaan di bawah ini sesuai pilihan saudara, dengan cara memberi tanda silang di depan jawaban yang saudara pilih, atau mengisi titik-titik yang ada dengan jawaban yang benar.

1. Umur saudara saat ini ..... tahun

2. Jenis kelamin : ☐ laki-laki ☐ perempuan

3. Dasar pendidikan keperawatan:

☐ SPK/SPR/Sekolah Bidan ☐ S-1 Keperawatan

☐ SPK/ /Sekolah bidan + Akper ☐ D-IV Kep.

☐ SPK/ /Sekolah Bidan + Akbid

☐ Akper

4. Apakah saudara pernah mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan?

☐ Pernah ☐ Tidak pernah

5. Kalau pernah, kapan atau tahun .....
Dan berapa lama .....minggu?
Atau berapa hari.....?

6. Sudah berapa lama saudara bekerja di RSUD Dr.Haryoto Lumajang?

☐ .....Tahun.

7. Sudah berapa lama saudara bertugas di ruangan ini?

☐ ..... Tahun

II. Berilah tanda silang pada: A,B,C.D atau E yang menurut saudara paling benar.

1. Proses keperawatan sebagai suatu metode, menggunakan 5 (lima) tahapan kegiatan, meliputi:
   A Pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
   B.Pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi proses keperawatan
   C.Pengumpulan data, analisis data, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
   D.Pengumpulan data, analisis dan sintesis data, perencanaan dan evaluasi
   E.Pengkajian, analisis data, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

2. Proses keperawatan dengan menggunakan 4 (empat) tahapan, maka diagnosis keperawatan berada pada tahap:
   A.Pengkajian
   B.Perencanan
   C.Pelaksanaan
   D.Evaluasi
   E.Dokumentasi

3. Pada pengumpulan data klien, kriterianya adalah:
   A Menggunakan format yang baku
   B. Secara sistematis
   C. Sesuai item yang tersedia
   D.Aktual dan absah
   E. Semua di atas benar

4. Setelah itu data dikelompokkan menjadi:
   A. Data biologis
   B. Data psikologis
   C. Data sosial
   D Data spiritu
   E. Obyektif dan subyektif

5. Masalah keperawatan adalah:
   A. Sama dengan diagnosis medis
   B. Menunjukkan tidak terpenuhinya kebutuhan klien
   C. Menunjukkan penyakit yang diderita klien
   D. Menunjukkan respon klien terhadap penyakit yang dideritanya
   E. Semua di atas salah

6. Di bawah ini adalah kriteria yang harus dipenuhi dalam membuat diagnosis keperawatan:
   A. Dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan klien
   B. Sesuai dengan wewenang perawat
   C. Dapat ditanggulangi perawat secara mandiri
   D. Bersifat actual maupun potensial
   E. Semua di atas benar

7..Rumusan diagnosis keperawatan harus:
   A. Mencakup problem, etiologi dan symptom (tanda/gejala)
   B. Relevan dengan data, baik subyektif maupun obyektif
   C. Memberi arah pada tindakan keperawatan
   D. Semua di atas benar
   E Semua di atas salah

8.. Cara menentukan prioritas diagnosis keperawatan adalah:
   A. Sesuai dengan tingkat kesehatan klien
   B. Dapat diatasi oleh perawat secara mandiri
   C. Merupakan masalah yang aktual
   D. Semua di atas salah
   E. Semua jawaban di atas betul

9. Pada perencanaan asuhan keperawatan juga memuat tujuan asuhan keperawatan, dengan kriteria sebagai berikut:
   A. Spesifik dan dan dapat diukur
   B. Bisa dicapai
   C. Mempunyai batas waktu
   D. Semua di atas benar
   E. Semua di atas salah

10. Rencana tindakan keperawatan disusun sesuai kriteria:
   A. Berdasarkan asuhan keperawatan
   B. Melibatkan klien dan keluarganya
   C. Mempertimbangkan latar belakang klien
   D. Menjamin rasa aman dan nyaman klien
   E. Semua di atas benar

11. Intervensi keperawatan meliputi:
   A. Memenuhi kebutuhan oksigen klien
   B. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan keseimbangan cairan dan elektolit klien
   C. Memenuhi kebutuhan eliminasi
   D. Semua di atas salah
   E. Semua di atas benar

12. Di bawah ini termasuk memenuhi kebutuhan akan istirahat dan tidur klien, yakni:
    A. Mengatur posisi klien yang tepat
    B. Mengatur ventilasi dan penerangan (cahaya)
    C. Mencegah kebisingan suara
    D. Semua di atas salah
    E. Semua di atas benar

13. Yang tidak termasuk dalan kriteria memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah:
    A. Memperhatikan kebersihan perorangan
    B. Menyediakan alat dalam keadaan siap pakai
    C. Mencegah adanya tamu di luar jam kunjungan
    D. Mengatur kunjungan atau visite dokter
    E. Mengobservasi respon klien

14. Di bawah ini tidak termasuk upaya pemenuhan kebutuhan keamanan klien:
    A. Mengobservasi reaksi klien
    B. Melaksanakan prinsip aseptik dan anti septik
    C. Memberi label pada ibu danb bayi di setiap kelahiran
    D. Menyimpan alat dan obat berbahaya pada tempatnya
    E. Menyediakan alat dalam keadaan siap pakai

15. Kebutuhan di bawah ini bukan merupakan criteria pemenuhan kebutuhan oksigen klien:
    A. Menyiapkan alat sesuai jenis tindakan dan umur klien
    B. Mengatur posisi klien
    C. Memberikan oksigen dengan prinsip 5 tepat dan 1 W
    D. Memberikan cairan sesuai program
    E. Mengganti baju klien setelah dimandikan

16. Di bawah ini tidak termasuk memenuhi kebutuhan spiritual klien:
    A. Menyediakan sarana ibadah sesuai agama yang dianut klien
    B. Membantu klien melaksanakan ibadahnya meski agamanya berbeda dengan perawat, dengan cara memanggilkan pemuka agama yang bersangkutan
    C. Mendampingi klien saat mendapat bimbingan ibadah meski agamanya tidak sama dengan agama perawat
    D. Menyerahkan kepada ayah bayi baru lahir untuk diazankan bila beragama islam
    E. Mendampingi klien saat menjelang ajal

17. Memenuhi kebutuhan klien di bawah ini juga merupakan bagian dari intervensi keperawatan:
    A. Memenuhi kebutuhan emosional klien
    B. Memenuhi kebutuhan komunikasi klien
    C. Mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis klien
    D. Memenuhi kebutuhan klien akan penyuluhan kesehatan
    E. Menuliskan resep untuk pasien

18. Adapun kriteria evaluasi keperawatan adalah:
    A. Semua tindakan keperawatan harus dievaluasi
    B. Evaluasi hasil mengacu pada indikator yang tertera pada tujuan
    C. Hasil evaluasi harus segera dicatat dan dikomunikasikan
    D. Semua di atas salah
    E. Semua di atas benar

19. Dokumentasi hasil asuhan keperawatan dilakukan secara individu, dengan kriteria; kecuali:
    A. Dilaksanakan selama klien dirawat ianapdan rawat jalan
    B. Dilakukan segera setelah dilakukan tindakan keperawatan
    C. Ditulis secara jelas dan ringkas
    D. Tidak perlu ditanda tangani, cukup nama terang
    E. Memakai istilah yang sudah baku

III. Jawablah :
    A. Bila jawaban 1,2,3 betul
    B. Bila jawaban 1 dan 3 betul
    C. Bila jawaban 2 dan 4 betul
    D. Bila hanya jawaban 4 yang betul
    E. Bila semua jawaban betul

20. Bila menggunakan proses keperawatan dengan 4 (empat) tahapan, maka dalam perencanaan keperawatan harus mencakup:
    1. Prioritas diagnosis keperawatan
    2. Unsur tujuan
    3. Unsur rencana tindakan
    4. Rasional dari tindakan

21. Unsur tujuan pada perencanaan , harus:
    1. Sesuai atau relevan dengan diagnosis keperawatan
    2. Realistis dan menggambarkan keterbatasan kemampuan klien
    3. Mencakup indikator kriteria keberhasilam
    4. Tidak sejalan dengan terapi medis

22. Rencana tindakan yang disusun pada tahap perencanaan, seharusnya:
    1. Relevan dengan tujuan keperawatan
    2. Sesuai fasilitas yang tersedia
    3. Sesuai kebutuhan klien dan peraturan setempat
    4. Bersifat komunikatif

23. Dalam merasionalkan rencana keperawatan yang disusun, hendaklah:
    1. Bekaitan dengan diagnosis keperawatan
    2. Sesuai tujuan dan rencana tindakan keperawatan yang disusun
    3. Berdasarkan hasil penelitian
    4. Sesuai literatur yang relevan

24. Di dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, apabila melakukan suatu prosedur keperawatan, maka:
    1. Jenis dan jumlah alat yang disediakan lengkap sesuai kebutuhan
    2. Kondisi alat harus sterili, aseptik/antiseptik sesuai kebutuhan
    3. Menempatkan dan menggunakan alat secara tepat sesuai kebutuhan
    4. Bekerja secara sistematis

25. Selain itu, perlu pula diperhatikan:
    1. Reaksi klien
    2. Waktu yang dipergunakan
    3. Prinsip septik dan aseptik, ataukah sterilitas
    4. Kondisi ruangan

26. Apabila melakukan penyuluhan kesehatan dalam rangka pelaksanaan tindakan keperawatan, maka perawat harus:
    1. Membuat rencana penyuluhan
    2. Memikirkan kesesuaian topik penyuluhan dengan masalah atau diagnosis keperawatan
    3. Menyiapkan klien dan keluarganya
    4. Mengisolasi klien

27.. Pada tahap evaluasi, maka perawat harus:
    1. Memantau respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan
    2. Mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan
    3. Memantau perubahan yang terjadi berkaitan dengan masalah klien
    4. Menilai kondisi klien sesuai tolok ukur yang telah ditentukan

28. Dalam rangka evaluasi, perawat:
    1. Tidak harus mencatat semua perubahan yang terjadi pada klien
    2. Mencatat hasil evaluasi guna menentukan tindak lanjut
    3. Tidak melakukan apapun tanpa sepengetahuan dokter
    4. Merevisi rencana keperawatan, bila tujuan tidak tercapai

29. Pada tahap pelaksanaan, maka mencatat semua tindakan yang telah dilakukan dan membubuhkan tanda tangan dan nama terang perawat yang melaksanakan tindakan, bertujuan:
    1. Dokumentasi proses keperawatan
    2. Memperhatikan aspek legal
    3. Sebagai alat komunikasi dengan semua tim kesehatan
    4. Agar perawat yang bersangkutan dikenal

Lampiran 2: Kuesioner untuk Manajemen Keperawatan (Perawat Struktural)

Bapak/Ibu Saudara(I), Yth:

Dalam rangka menyusun tesis sebagai tugas akhir dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Pascasarjana UNAIR Surabaya, Jurusan Administrasi dan Analisis Kebijakan, Minat Studi Magister Manajemen Kesehatan (MMK), maka saya bermaksud melaksanakan penelitian di RSUD Dr.Haryoto Lumajang, dengan judul "Modofikasi Model Pemberian Asuhan Keperawatan Di Ruangan Rawat Inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang, Dalam rangka Peningkatan Mutu Asuhan Keperawatan.

Untuk itu saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara(i) Perawat yang berada pada jajaran manajemen keperawatan, kiranya berkenan mengisi kuesioner ini sesuai dengan apa yang diketahui dan dilaksanakan sebagai manajer di bidang keperawatan. Kesediaan untuk mengisi kuesioner ini apa adanya, akan sangat membantu peneliti untuk bersama-sama menyusun model pemberian asuhan keperawatan yang kelak dapat dipilih untuk diterapkan guna peningkatan mutu asuhan keperawatan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang

Atas kerjasama dan kesediaanya, peneliti menyampaikan banyak terima kasih. Semoga amal kebaikannya mendapat imbalan yang berlimpah dari Yang Maha Kuasa. Terima kasih.

Surabaya, ……..

Peneliti,

Rabiah Marhabang

Petunjuk Pengisian:

Berilah tanda silang (X) pada kolom jawaban yang tersedia sesuai pilihan saudara (1,2,3 atau 4), yakni:
1. Bila saudara tidak setuju
2. Bila saudara kurang setuju
3. Bila saudara setuju
4. Bila saudara sangat setuju

No.	Pernyataan	4	3	2	1
1.	Saya mempunyai otonomi untuk mengatur staf keperawatan dan sumber daya keperawatan yang ada				
2.	Dalam pembagian tugas (shift) kepada tenaga pelaksana keperawatan, selalu ada seorang penanggung jawab				
3.	Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat selalu menggunakan pendekatan proses keperawatan				
4.	Untuk penempatan tenaga keperawatan termasuk mutasi, saya mempunyai kewenangan penuh untuk mengaturnya sesuai kemampuan perawat tersebut				
5.	Untuk kenaikan pangkat perawat, sebagai Kasi Keperawatan saya turut berperan menilai angka kredit perawat yang menjadi bawahan saya				
6.	Setiap malam saya tugaskan seorang perawat senior sebagai perawat piket, yang mensupervisi kegiatan perawat di malam hari				

7.	Setiap pagi saya mendapat laporan tertulis maupun laporan lisan tentang kondisi klien di ruangan rawat inap malam itu, serta laporan tertulis dari perawat jaga dari ruangan rawat inap tentang keadaan klien di ruangannya				
8.	Selanjutnya saya mengunjungi ruangan rawat inap guna mengkonfirmasi laporan tersebut dengan kondisi di ruangan				
9.	Secara insidentil saya juga mengadakan kunjungan tiba-tiba (sidak) ke ruangan rawat inap dan IRD guna memantau kondisi di ruangan secara langsung				
10.	Apabila saya tidak sempat datang ke ruangan maka saya berusaha kontak ke ruangan melalui telepon menanyakan keadaan klien di ruangan rawat inap				

Panduan Observasi

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

No	Komponen yg diobservasi	Aspek yg diobservasi	Kriteria observasi	Skala Penilaian 1	2	3	4	Bobot	Nilai x Bobot	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Penerapan Proses Keperawatan	1. Pengkajian 1.1. Pengumpulan data	1. Konprehensif mencakup aspek bio - psiko - sosial dan spiritual 2. Data fokus sesuai dengan kondisi klien saat itu 3. Bersifat obyektif dan valid 4. Menggunakan berbagai macam sumber data 5. Menggunakan metode yang sesuai jenis data					1,5		4 = 5 kriteria terpenuhi 3 = 4 kriteria terpenuhi 2 = 3 kriteria terpenuhi 1 = <3 kriteria terpenuhi
		2. Merumuskan diagnosis keperawatan	1. Mencakup problem , etiologi dan sympton 2. Relevan dengan data baik subyektif maupun obyektif 3. Meliput masalah aktual dan potensial 4. Memberi arah pada tindakan keperawatan					1,5		4 = 4 kriteria terpenuhi 3 = 3 kriteria terpenuhi 2 = 2 kriteria terpenuhi 1 = 1 kriteria terpenuhi
		3. Perencanaan 3.1. Prioritas	1. Sesuai dgn tingkat kesehatan klien 2. Dapat diatasi oleh perawat dengan tidakan independent (mandiri) 3. Sesuai dgn situasi dan kondisi klien					0,5		4 = 3 kriteria terpenuhi 1 = 3 kriteria tidak ter - penuhi
		3.2. Tujuan	1. Sesuai dgn diagnosis keperawatan 2. Realistis, menggambarkan keter-batasan kemampuan klien 3. Mencakup indikator / kriteria keberhasilan 4. Sejalan dengan terapi medik					1,0		4 = 4 kriteria terpenuhi 3 = 3 kriteria terpenuhi 2 = 2 kriteria terpenuhi 1 = 1 kriteria terpenuhi
		3.3. Rencana Tindakan	1. Relevan dgn tujuan keperawatan 2. Sesuai dgn fasilitas dan peralatan yang tersedia 3. Mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif 4. Sesuai dgn kebutuhan klien dan peraturan instansi setempat 5. Bersifat komunikatif 6. Bersifat operasional					0,5		4 = 6 kriteria terpenuhi 3 = 5 kriteria terpenuhi 2 = 4 kriteria terpenuhi 1 = <4 kriteria terpenuhi

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		3.4. Rasional	1. Berkaitan dgn diagnosis keperawatan 2. Sesuai dgn tujuan dan intervensi keperawatan 3. Berdasarkan hasil penelitian dan literatur yang sesuai					1		4 = 3 kriteria terpenuhi 1 = 3 kriteria tidak ter - penuhi
		4. Pelaksanaan								
		4.1. Jika melakukan prosedur keperawatan	1. Jenis alat yang disediakan lengkap sesuai kebutuhan 2. Kondisi alat (sterilitas, aseptik, keber-sihan) sesuai kebutuhan 3. Menempatkan dan menggunakan alat secara tepat sesuai dgn kebutuhan 4. Bekerja secara sistematis 5. Memperhatikan dan tanggap terhadap reaksi klien 6. Memperhatikan prinsip septik & aseptik					2		4 = 6 kriteria terpenuhi 3 = 5 kriteria terpenuhi 2 = 4 kriteria terpenuhi 1 = <4 kriteria terpenuhi
		4.2. Jika melakukan pe - nyuluhan kesehatan	1. Menyusun rencana penyuluhan kesehatan 2. Menyiapkan klien dan keluarga 3. Kesesuaian topik dan masalah 4. Menyiapkan alat bantu & alat peraga 5. Penyesuaian materi 6. Melaksanakan evaluasi hasil pe - nyuluhan kesehatan							4 = 6 kriteria terpenuhi 1 = <6 kriteria terpenuhi
		5. Evaluasi	1. Menuliskan semua tindakan yang telah dilakukan 2. Menilai keadaan yang menggunakan tolak ukur yang telah ditentukan 3. Mencatat hasil evaluasi untuk me - nentukan tindak lanjut 4. Melakukan revisi renc. Keperawatan bila tujuan tudak tercapai 5. Memonitor perubahan-perubahan yg berkaitan dengan masalah klien					2		4 = 5 kriteria terpenuhi 3 = 4 kriteria terpenuhi 2 = 3 kriteria terpenuhi 1 = <3 kriteria terpenuhi
				JUMLAH				10		

Nilai rata-rata komponen asuhan keperawatan =

$$(nk1) = \frac{\text{Jumlah Nilai x Bobot}}{\text{Jumlah Bobot}} = \frac{\quad}{10}$$

No	Komponen Observasi	Aspek yang dioservasi	Kriteria observasi	Skala penilaian				Bobot	Nilai x Bobot	Keterangan
				1	2	3	4			
2	Pendekatan dan Sikap	2.1. Pendekatan dan sikap pd waktu melaksanakan asuhan keperawatan mulai pengkajian sampai dengan evaluasi	1. Mengenalkan diri 2. Memberitahukan maksud dan tujuan 3. Pendekatan yang dilakukan berurutan dari kepala ke kaki (head to toe) 4. Penuh perhatian dalam berkomunikasi 5. Menjaga privacy klien					1		4 = 6 kriteria terpenuhi 3 = 5 kriteria terpenuhi 2 = 4 kriteria terpenuhi 1 = <4 kriteria terpenuhi
			Nilai rata-rata komponen dan sikap (nk3) =							

Nilai akhir penerapan asuhan keperawatan =
70 % (nk1) + 30 % (nk2) =

Lumajang , ...
Observer ,

Lampiran 4

BAHAN

DISKUSI KELOMPOK TERFOKUS
(FOCUS GROUP DISCUSSION = FGD)

TOPIK:

MODIFIKASI MODEL PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANGAN RAWAT INAP RSUD Dr.HARYOTO LUMAJANG, DALAM RANGKA PENINGKATAN MUTU ASUHAN KEPERAWATAN

PERNYATAAN JAMINAN KERAHASIAAN

DENGAN INI KAMI MENYATAKAN KEPADA SEMUA PESERTA FGD BAHWA POKOK-POKOK PIKIRAN YANG DISAMPAIKAN DIJAMIN KERAHASIAANNYA DAN TIDAK AKAN DIKETAHUI OLEH PIHAK LAIN

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

B A H A N

DISKUSI KELOMPOK TERFOKUS
(FOCUS GROUP DISCUSSION = FGD)

I. Pendahuluan

Pada studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD DR.Haryoto Lumajang pada tahun 2000, diketahui bahwa model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang adalah model fungsional. Model ini mempunyai banyak kelemahan, di antaranya tidak memberikan kepuasan bagi klien karena pelayanan yang diberikan terfragmentasi dan tidak holistik. Seorang perawat tidak mengetahui keadaan klien secara keseluruhan, sebab klien dirawat oleh beberapa orang perawat sesuai tugas yang diberikan kepadanya. Karena itu PPNI (Persatuan Perawat Nasiopnal Indonesia) sebagai organisasi profesi dari perawat, merekomendasi agar di berbagai tatanan pelayanan kesehatan model ini sudah ditinggalkan.

Hasil penelitian selanjutnya menunjukkan bahwa ternyata model fungsional ini memang masih digunakan di semua ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, padahal sebenarnya di beberapa ruangan rawat inap sudah bisa mulai bergeser dari model fungsional mengingat bahwa beberapa kriteria yang diperlukan untuk itu sudah dimiliki oleh rumah sakit ini, dengan sedikit modifikasi. Namun model apa yang sesuai, masukan dari pihak manajemen, khususnya manajemen keperawatan diperlukan sebagai rekomendasi guna menyusun model tersebut.

II. Tujuan FGD

Setelah mendapatkan informasi tentang hasil penelitian yang telah dilaksanakan, diharapkan peserta FGD dapat memberikan masukan tentang metoda apa yang mereka pilih berdasarkan situasi dan kondisi setempat (sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan).

III. Peserta FGD

Direncanakan peserta FGD sebanyak 9 (sembilan) orang, yang terdiri dari:

1. Kepala Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan: Roespiani
2. Kepala Sub Bidang Bina Pendidikan dan Pelatihan.
3. Semua Kepala Ruangan Rawat Inap RSUD DR.Harhoto Lumajang, berjumlah 7 (tujuh) orang, yakni:

a. Kepala ruangan kelas I
b. Kepala ruangan kelas utama
c. Kepala ruangan anak
d. Kepala ruangan bedah
e. Kepala ruangan obgyn
f. Kepala ruangan interna wanita
g. Kepala ruangan interna laki

IV. Bahan Diskusi Kelompok Terfokus (Focus Group Discussion = FGD)

4.1. Hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh keadaan sebagai berikut:

4.1.1 Karakteristik perawat

1. Dasar pendidikan

Sebanyak 20 orang dari 77 orang perawat yang bertugas di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang adalah lulusan Akper atau sebesar 25,98%. Dan sebanyak 43 orang di antara 77 orang perawat tersebut sedang mengikuti pendidikan Akper Kelas Khusus RSUD Dr.Haryoto Lumajang, yang akan selesai pada bulan Oktober tahun 2002, atau sebesar 55,84%. Sisanya sebanyak 14 orang atau sebesar 18,18% perawat mempunyai dasar pendidikan SPK/SPR.

2 Masa kerja

Sebanyak 42 orang, atau sebesar 54,55% dari 77 orang perawat yang ada mempunyai masa kerja di ruangan rawat inap tersebut antara 10 tahun dan sebanyak 22 orang, atau sebesar 28,57% di antara 77 orang perawat tersebut mempunyai masa kerja kurang dari 3 tahun.Sedangkan sisanya sebanyak 13 orang atau sebesar 16,88% mempunyai masa kerja sudah lebih dari 10 tahun.

3 Pelatihan

Dari sejumlah 77 orang perawat yang bekerja di ruangan rawat inap, hanya 13 orang atau sebesar 16,88% perawat yang pernah mengikuti pelatihan tentang proses keperawatan.

Tetapi bila dikaitkan dengan dasar pendidikan, di mana 20 orang perawat adalah lulusan Akper dan sebanyak 43 orang sedang mengikuti kuliah pada Akper Soetomo

Surabaya Program Kelas Khusus RSUD Dr.Haryoto Lumajang, berarti sebanyak 63 orang atau sebesar 81,82% sisanya tersebut sudah memperoleh pengetahuan tentang proses keperawatan.

4 Pengetahuan

Sebanyak 32 orang atau sebesar 44,44% dari 70 orang perawat yang diteliti mempunyai pengetahuan yang baik tentang proses keperawatan. Sementara itu terdapat 17 orang atau sebesar 23,61% dari ke 77 orang perawat yang ada mempunyai pengetahuan yang cukup tentang proses keperawatan. Sedangkan sisanya sebanyak 23 orang atau sebesar 31,95% dari perawat tersebut mempunyai pengetahuan yang kurang tentang proses keperawatan Hal ini berarti bahwa sebagian besar di antara perawat yang ada sudah mempunyai pengetahuan yang cukup sampai baik tentang proses keperawatan dan hanya sebagian kecil saja yang berpengetahuan kurang tentang proses keperawatan .

Dan kalau dilihat di setiap ruangan rawat inap yang ada, maka di ruangan kelas I diketahui bahwa dari 10 orang perawat yang ada, maka sebanyak 6 orang di antaranya mempunyai pengetahuan yang baik tentang proses keperawatan dan 3 orang mempunyai pengetahuan cukup, sedangkan sisanya hanya 1 orang yang berpengetahuan kurang. Sedangkan di ruangan kelas utama, dari 8 orang perawat yang ada seluruhnya berpengetahuan cukup sampai baik tentang proses keperawatan.

5 Ketrampilan

Sebanyak 4 orang atau sebesar 5,55% dari 70 perawat yang ada mempunyai ketrampilan yang baik dalam memberikan asuhan keperawatan

menggunakan pendekatan proses keperawatan. Dan ada sebanyak 20 orang atau sebesar 27,77% dari perawat yang diobservasi cukup trampil melaksanakan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Sedangkan sisanya sebanyak 47 orang atau sebesar 65,27% dari perawat yang diobservasi kurang trampil melaksanakan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

4.1.2 Manajemen keperawatan

Dalam penelitian ini diketahui bahwa sebenarnya manajemen keperawatan di ruangan rawat inap RSUD DR.Haryoto Lumajang sudah baik. Kepala Sub Bidang Bina Asuhan Keperawatan dan Kepala Sub Bidang Diklat Keperawatan RSUD Dr.Haryoto Lumajang serta semua kepala ruangan rawat inap adalah perawat dan lulusan Akper, kecuali kepala ruangan anak, adalah perawat lulusan SPR jadi sebenarnya manajemen asuhan keperawatan dengan mudah dapat diterapkan, karena mendapat dukungan dari manajemen keperawatan.Para perawat yang duduk di jajaran manajemen keperawatan juga mempunyai otonomi untuk mengatur dan mengelola perawat yang bertugas di bagiannya, termasuk pengelolaan asuhan keperawatan.

4.1.3 Model pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan saat ini di RSUD Dr.Haryoto Lumajang.

Pada penelitian ini ditemukan bahwa model yang digunakan pada saat ini di ruangan rawat inap adalah model fungsional. Model ini mempunyai banyak kelemahan, antara lain:

1. Pelayanan yang diberikan oleh perawat terpilah-pilah dan tidak holistik, sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan sulit menerapkan pendekatan proses keperawatan.
2. Perawat cenderung meninggalkan klien apabila telah menyelesaikan tugasnya, untuk melakukan tugas lain yang non keperawatan.
3. Perawat melihat asuhan keperawatan hanya sebagai sekumpulan ketrampilan saja, sehingga ada kesan bahwa perawat yang baik adalah perawat yang trampil melakukan berbagai jenis ketrampilan, yang kadang-kadang sebenarnya ketrampilan tersebut adalah milik profesi lain (dokter).
4. Sulit dicapai kepuasan oleh klien, sehingga rumah sakit seringkali mendapat sorotan dari masyarakat.
5. Dokter sebagai mitra kerja perawat juga mengeluh bahwa perawat sulit diajak berdiskusi tentang klien. Hal ini disebabkan karena perawat tidak menguasai kondisi klien secara keseluruhan, karena pelayanan yang diberikan juga tidak holistik.
6. Profesi lain (khususnya dokter) melihat perawat sebagai pembantunya, sebab perawat kurang mempunyai inisiatif melaksanakan asuhan keperawatan sesuai peran dan fungsinya sebagai perawat.
7. Perawat seolah-olah tidak mempunyai otonomi dalam memberikan asuhan keperawatan, sebab terkondisi oleh situasi yang sebenarnya diciptakan sendiri, melalui model asuhan keperawatan yang diterapkan.

Dari apa yang diuraikan di atas tentang beberapa kelemahan dari penerapan model pemberian asuhan keperawatan fungsioanl, yang diterapkan di semua ruangan rawat inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang., maka timbul pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana pendapat pihak manajemen keperawatan tentang temuan di atas?
2. Menurut pihak manajemen keperawatan, berdasarkan karakteristik perawat dan manajemen keperawatan yang dimiliki, modifikasi model pemberian asuhan keperawatan yang bagaimanakah yang sesuai diterapkan di ruangan rawat inap RSUD Dr Haryoto Lumajang?

Perihal : Undangan Diskusi Kelompk Terfokus
(Focus Group Discussion = FGD)

Kepada Yth :
Bapak/Ibu
Kepala Ruangan
RSUD Dr.Haryoto Lumajang
Di
Lumajang.

Sehubungan dengan penelitian yang kami laksanakan di ruangan rawat inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang dengan judul "Modifikasi Model Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruangan Rawat Inap RSUD Dr.Haryoto Lumajang, Dalam Rangka Peningkatan Mutu Asuhan Keperawatan", maka untuk keperluan penyusunan modifikasi model tersebut, kami membutuhkan informasi dari Bapak/Ibu sekalian tentang model yang dipilih.

Untuk itu kami merencanakan untuk menyelenggarakan suatu diskusi kelompok terfokus (Focus Group Discussion = FGD), dengan topik sesuai judul penelitian kami, sehingga kehadiran Bapak/Ibu sekalian sangat kami harapkan. Adapun diskusi tersebut akan diadakan pada:

Hari/Tanggal : Jum,at / 12 Juli 2002
W a k t u : Pukul 13.00 WIB - selesai (kurang lebih 60m – 90 menit).
Tempat : Ruang
RSUD Dr.Haryoto Lumajang

Atas kehadiran Bapak/Ibu sekalian dihaturkan terima kasih

Surabaya, 10 Juli 2002
Hormat saya,

Rabiah Marhabang

Lampiran 5

NOTULEN

FOCUS GROUP DISCUSSION
PENELITIAN RABIAH MARHABANG
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR.HARYOTO LUMAJANG
HARI/TANGGAL: JUM,AT 12 JULI 2002

Peserta:

1. Ka Sub Bidang Diklat merangkap Pjs. Ka Sub Bidang Keperawatan, disingkat Widi
2. Karu Kelas Utama,disingkat Erna
3. Karu Kelas I, disingkat Sahe
4. Karu Anak, disingkat Harti
5. Karu Obgyn, disingkat Lastri
6. Karu Interna Wanita, disingkat Made
7. Karu Bedah, disingnkat Tikno
8. Karu Interna Laki, disingkat Syaikhu
9. Karu IGD, disingkat Untung

Sehari sebelum FGD ini telah diberikan masukan kepada peserta FGD tentang berbagai model pemberian asuhan keperawatan (normatif) yang ada. FGD dilaksanakan pada hari Jum,at tanggal 12 Juli tahun 2002, dimulai pukul 10.00 WIB bertempat di ruangan rapat RSUD Dr.Haryoto Lumajang dan berakhir pukul 11.30 WIB.

FGD diawali dengan penjelasan tentang topik FGD dan tujuan dilaksanakannya FGD serta uraian singkat tentang hasil penelitian Ibu Rabiah Marhabang.

Selanjutnya FGD dipimpin oleh Ibu Ema selaku moderator.(pakar keperawatan)

Dan sebagai notulis Bapak S

Jalannya diskusi sebagai berikut:

Moderator: Bapak/Ibu sekalian , selamat pagi selamat bertemu dalam acara diskusi kelompok terfokus atau Focus Group Discussion ini, yang merupakan rangkaian pengumpulan data dari penelitian Ibu Rabiah di RSUD Dr Haryoto Lumajang.

Senang sekali dapat bertemu dengan Bapak dan Ibu sekalian, semoga semuanya berada dalam keadaan sehat. Baiklah Bapak/Ibu sekalian, topik diskusi kita pada hari ini adalah:

"Modifikasi model pemberian asuhan keperawatan, guna peningkatan mutu asuhan keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang". Setelah mendapat informasi tentang hasil penelitian Ibu Rabiah, bagaimana pendapat Bapak dan Ibu tentang model pemberian asuhan keperawatan yang kira-kira sesuai untuk diterapkan disini.? Perlu bapak/ibu ketahui bahwa informasi dan usulan-usulan yang diberikan pada diskusi ini juga untuk kemajuan RSUDDr.Haryoto Lumajang.

Made : fungsional

Sahe : Ruang kelas I selama ini menggunakan model fungsional, terfokus pada tindakan yang kita lakukan.

Erna :Bagaimana menurut Pak Sahe, apakah kita akan tetap pada model fungsional saja, padahal kita tahu banyak sekali kelemahannya.

Sahe :Untuk model kasus, kita kesulitan karena teman-teman masih kuliah.

Moderator :Yang lain bagaimana?

Widi :Memang selama ini di semua ruangan rawat inap menggunakan model fungsional, apa kita teruskan?

Syaikhu :Saya telah mencoba model tim dan primer di ruangan saya, tapi kesulitan sebab keterbatasan perawat primer tidak ada. Tapi dalam sebulan ini saya mencoba dengan membuat SOAP (catatan perkembangan). Ingin seperti dulu, di mana ada lembar catatan harian

perawat, sebab selama ini orientasinya pada laporan dan agak kesulitan. Sekarang ini kan SOAP dihapus.

Moderator :Kalau Pak Syaikhu menganggap betapa pentingnya membuat SOAP, maka sebaiknya memakai model apa?

Erna Dalam kondisi seperti sekarang ini, di mana tenaga perawat yang ada masih banyak yang sedang kuliah, maka kalau pagi hari kemungkinan bisa dipakai model tim .sebab kalau pagi tenaganya banyak, sedangkan sore dan malam tetap model fungsional, sebab tenaga perawatnya hanya satu orang dibantu oleh pembantu perawat.

Untuk model primer, menurut saya tidak memungkinkan sebab tidak ada perawat dengan dasar pendidikan S-1,apalagi perawat spesialis.

Moderator Bagaimana kalau pendapat Bu Erna disederhanakan, jadi dengan model tim pada pagi hari diteruskan sore dan malam harinya dengan menggunakan SOAP.

Erna :Di ruangan alat kurang, sehingga tim sepenuhnya juga sulit. Sebab kalau misalnya mau merawat luka, harus menunggu yang lain.

Sebenarnya di ruangan kelas utama perawat lulusan Diploma III sudah banyak dan jumlah perawatnyapun lebih banyak dari pasiennya, jadi bisa dicoba model tim.

Moderator Bila masalahnya karena alat kurang, tidak usah murni tim tapi kalau malam dan sore digunakan SOAP.

Widi Mungkin bisa digabungkan antara model tim dan SOAP, sehingga asuhan keperawatan menggunakan proses keperawatan tidak terputus.

Tikno Menurut saya sebenarnya model tim ini yang paling pas, tapi tenaga di ruangan saya kurang. Hanya 13 orang dengan kapasitas tempat tidur 20.

Moderator :Jadi karena tenaga kurang, sementara saat ini murni fungsional. Apa tidak mempunyai rencana untuk merubah?

Lastri :Ruang bersalin sebenarnya secara tidak sengaja telah menggunakan model fungsional, kombinasi dengan kasus dan tim, tidak hanya satu

model saja, tapi merupakan gabungan dari dua model. Dan kadang kadang ada pasien yang memerlukan tindakan cepat dan pasiennya juga cepat pulang kalau di ruangan bersalin.

Moderator: Jadi menurut Bu Lastri ada beberapa tindakan yang perlu cepat dan pasiennya juga cepat pulang. Ada kesulitan tidak bila lebih banyak menggunakan model fungsional?

Lastri Ya, perawat tidak mengetahui kondisi pasien secara keseluruhan

Moderator Kalau demikian sebaiknya menggunakan model apa, biar pas?

Untung Kalau saya lebih cenderung menggunakan model tim dan fungsional, sebab di samping tenaga perawat lulusan Akper sudah ada dan sebentar lagi banyak yang menyelesaikan kuliahnya, kita juga masih punya lulusan SPK beberapa orang dan sudah tua.

Harti Di ruangan saya kebanyakan pasien atau melebihi kapasitas, sehingga lebih cocok menggunakan model fungsional, belum bisa ke model yang lain. Jumlah tempat tidur 24, tapi lebih sering pasiennya 26, sehingga tidak bisa lain selain fungsional.

Syaikhu Saya melihat ke depan, bahwa kita harus maju. Sehingga saya cenderung ke model tim atau kasus. Kalau kita masih tetap menggunakan model fungsional, tidak bisa maju, sehingga kalau diajak diskusi oleh dokter tidak bisa nyambung. Bagaimana bisa maju? Memang kita belum ada S-1 tapi kan bisa baca buku, makanya di ruangan saya sediakan buku.

Moderator Jadi menurut Bapak Syaikhu kita harus melihat secara global, bahwa kita harus maju, lalu bagamana?

Widi Saya sependapat dengan Bapak Syaikhu bahwa kita harus maju, harus berubah, jangan statis. Tetapi bagaimana?

Made :Di rungan Interna Wanita saya juga sudah mencoba mencontoh apa yang dilakukan oleh ruangan interna laki. Memang teman-teman di ruangan ada yang mau, ada yang tidak mau.Kami ingin mencoba model tim, tapi kesulitan kami sementara ini karena masih banyak teman perawat yang sedang kuliah di kelas khusus, yang tidak dapat ditugaskan sore, tapi nanti kalau sudah selesai (bulan Oktober), barangkali sudah bisa.

Moderator :Kira-kira nanti bisa dibuat renpra (rencana keperawatan) untuk nanti dilaksanakan oleh perawat yang dinas sore.

Made Tergantung teman-teman kalau mereka mau belajar

Lastri : Untuk menghemat waktu dan tenaga, tidak usah lihat buku laporan kalau operan, tapi melihat ke status pasien.

Syaikhu : Mestinya diaktifkan lagi catatan perawat, kalau masalahnya karena format belum ada, maka ditulis di buku laporan. Tapi itu menyulitkan.

Moderator::Jadi kalau demikian sangat sesuai dengan usulan Bu Lastri, tidak usah lagi membuat laporan, tapi membuat catatan perawat, seperti catatan harian dokter itu. Bisa saja nanti dari hasil penelitian Bu Rabiah ini memberikan rekomendasi untuk membuat format catatan perawat lagi.

Widi : Saya tadi sudah ngomong-ngomong dengan Bu Erna tentang pentingnya SOAP. Mungkin tahun depan akan dibuat format, dengan pertimbangan membuat itu bahwa pada tahun ini (tepatnya Oktober) teman-teman yang

kuliah sudah selesai, sehingga mereka sudah lebih memahami.

Untung Dulu itu sebenarnya sudah ada catatan perawat, tapi entah bagaimana kemudian dihapus. Jadi menurut hemat saya bila ingin berubah yang cocok adalah model tim dan fungsional digabung, atau dimodifikasi bagaimanalah begitu.

Widi :Iya, dulu itu kan perawat lulusan Akper hanya 2 atau 3 orang. Dan teman teman perawat masih kurang kesadarannya untuk mau menulis setiap kegiatan yang dilakukan, sehingga format catatan harian perawat pada waktu itu lebih banyak kosong, tidak terisi. Jadi akhirnya dihapuskan .

Moderator :Jadi selama ini data pasien, tindakan perawat ditulis di mana?

Made :Tidak ada, di status pasien tidak ada. Hanya ditulis di laporan saja, sebab formatnya tidak ada..Kalau bisa sebaiknya dibuatkan satu lembar pengkajian keperawatan yang disederhanakan saja.

Untung : Betul, karena yang sulit bagi perawat sebenarnya adalah pekerjaan menulis.

Erna :Sehingga banyak yang dikerjakan tapi sedikit yang terdokumentasikan.

Lastri Begini saja, sementara belum tersedia formatnya cukup ditulis di kertas kosong saja, lalu dijepret di status pasien.

Made : Betul itu, perawat malas menulis di status. Jadi bagaimana kalau tidak usah membuat laporan di buku, tetapi cukup menulis di status pasien saja.

Moderator: Baiklah bapak/ibu sekalian saya rasa sudah banyak masukan yang diberikan, kalau bisa saya simpulkan bahwa pada dasarnya bapak/ibu sekalian ingin ada perubahan dari model yang ada sekarang yakni

fungsional ke model yang lebih baik, biar nanti Bu Rabiah yang mengolah dari berbagai masukan yang telah diberikan dalam diskusi ini. Terima kasih, selamat bertugas dan sampai jumpa.Selamat siang, semoga sukses.

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA