

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Model Praktek Keperawatan Profesional

a. Pengertian Model Praktik Keperawatan Profesional

Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) adalah suatu sistem (Struktur, Proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan, yang dapat menopang pemberian asuhan tersebut (Murwani & Herlambang, 2012). Model praktik keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional), yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan (Sitorus, 2006).

b. Tujuan Model Praktik Keperawatan Profesional

- a) Meningkatkan mutu askep melalui penataan sistem pemberian asuhan keperawatan.
- b) Memberikan kesempatan kepada perawat untuk belajar melaksanakan praktik keperawatan profesional.
- c) Menyediakan kesempatan kepada perawat untuk mengembangkan penelitian keperawatan (Murwani & Herlambang, 2012).

c. Tingkatan dan Spesifikasi MPKP

Menurut Sitorus (2006) terdapat beberapa tingkatan MPKP yang tertuang dalam tabel berikut:

Tabel 2.1 Tingkatan dan Spesifikasi MPKP

Tingkat	Praktik keperawatan	Metode Pemberian Askep	Ketenagaan	Dokumentasi	Aspek Penelitian
MPKP Pemula	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat pemula	Modifikasi keperawatan primer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah sesuai kebutuhan 2. Skp/Ners (1:25-30 klien) sebagai clinical care manajemen (CCM) 3. D III keperawatan sebagai perawat primer pemula 4. SPK/D III keperawatan sebagai PA 	Standar renpra (masalah aktual)	

Tabel 2.1 Tingkatan dan Spesifikasi MPKP

Tingkat	Praktik keperawatan	Metode Pemberian Askep	Ketenagaan	Dokumentasi	Aspek Penelitian
MPKP I	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat I	Modifikasi keperawatan primer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah sesuai kebutuhan 2. Ners spesialis (1:25-30 klien) sebagai CCM 3. Skp/Ners sebagai PP 4. D III Keperawatan sebagai PA 	Standar renpra (masalah aktual dan masalah resiko)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian deskriptif oleh PN (primary nurse) 2. Identifikasi masalah penelitian 3. Pemanfaatan hasil penelitian
MPKP II	Mampu memberikan modifikasi keperawatan primer/asuhan keperawatan profesional tingkat II	Manajemen kasus dan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah sesuai kebutuhan 2. Spesialis Ners (1:1 PP) sebagai CCM 3. Skp/Ners sebagai PP 4. D III Keperawatan sebagai PA 	Clinical pathway standar renpra	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian eksperimen oleh Ners spesialis 2. Identifikasi masalah penelitian 3. Pemanfaatan hasil

Tabel 2.1 Tingkatan dan Spesifikasi MPKP

Tingkat	Praktik keperawatan	Metode Pemberian Askep	Ketenagaan	Dokumentasi	Aspek Penelitian
MPKP III	Mampu memberikan modifikasi tingkat primer/asuhan keperawatan profesional tingkat III	Manajemen kasus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah sesuai kebutuhan 2. Dokter keperawatan klinik (konsultansi) 3. Ners spesialis (1:1 PP) sebagai CCM 4. Skp/Ners sebagai PP 5. D III Keperawatan sebagai PA 	Clinical pathway/standar renpra	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian eksperimen lebih banyak 2. Identifikasi masalah 3. Pemanfaatan hasil

1) Praktik keperawatan

Praktik keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan lingkungan wewenang dan tanggung jawabnya (Nursalam, 2011). Praktik keperawatan diberikan melalui asuhan keperawatan untuk klien individu, keluarga, masyarakat dan kelompok khusus dalam menyelesaikan

masalah kesehatan sederhana sampai kompleks baik sehat maupun sakit sepanjang rentang kehidupan manusia (Dikti, 2012).

Standar praktik keperawatan menurut American Nursing Association (ANA):

Standar I: Perawat mengumpulkan data tentang kesehatan klien

Standar II: Perawat menetapkan diagnosa keperawatan

Standar III: Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk setiap klien

Standar IV: Perawat mengembangkan rencana asuhan keperawatan yang berisi rencana tindakan untuk mencapai hasil yang diharapkan

Standar V: Perawat mengimplementasikan tindakan yang sudah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan

Standar VI Perawat mengevaluasi perkembangan klien dalam mencapai hasil akhir yang sudah ditetapkan (Sitorus, 2006).

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem klien di sarana dan tatanan kesehatan lainnya, dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan. Asuhan keperawatan langsung merupakan tindakan yang ditetapkan dan dilakukan oleh perawat secara mandiri atas dasar justifikasi ilmiah keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar klien maupun tindakan kolaborasi yang merupakan tindakan dari hasil konsultasi dengan profesi kesehatan lain dan atau didasarkan pada

keputusan pengobatan oleh tim medik. Asuhan keperawatan tidak langsung merupakan kegiatan yang menunjang dan memfasilitasi keterlaksanaan asuhan keperawatan (Dikti, 2012).

Tahapan proses keperawatan menurut (Ilyas, 2009):

- a) Pengkajian. Tahap ini merupakan awal dari proses keperawatan tahap pengkajian memerlukan kecermatan dan ketelitian untuk mengenal masalah. Keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat bergantung pada tahap ini. Pengumpulan data merupakan kegiatan menghimpun dan mencatat data untuk menentuksn kebutuhan dan masalah kesehatan/keperawatan.
- b) Pengelompokan data atau analisa data. Setelah data pasien terkumpul, selanjutnya data dipisah-pisahkan ke dalam kelompok-kelompok tertentu.setelah pengelompokan data, langkah selanjutnya adalah menentukan masalah yang terjadi pada pasien.
- c) Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat, dan pasti, tentang masalah pasien serta pengembangan yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan.
- d) Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan, untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan.
- e) Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal.

- f) Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan.

Catatan keperawatan merupakan dokumen yang penting bagi asuhan keperawatan di rumah sakit. Jadi, perlu diingat perawat bahwa dokumen asuhan keperawatan merupakan:

- a) Bukti dari pelaksanaan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan
- b) Catatan tentang tanggapan/respons pasien terhadap tindakan medis, tindakan keperawatan, atau reaksi pasien terhadap penyakit

2) Metode Pemberian Askep

Penerapan sistem pemberian asuhan keperawatan. Merupakan metode penugasan yang dipilih dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi yang ada di Rumah Sakit. Sistem pemberian asuhan keperawatan harus merefleksikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan karakteristik populasi pasien yang dilayani.

Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) menurut Nursalam (2011) ada lima metode pemberian asuhan keperawatan profesional yang sudah ada dan akan terus dikembangkan di masa depan dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan.

- a) Fungsional (bukan metode MAKP).

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

Pada saat itu, karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka setiap perawat hanya melakukan satu atau dua jenis intervensi keperawatan saja (misalnya, merawat luka) kepada semua pasien di bangsal.

b) MAKP tim.

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

c) MAKP primer.

Metode penugasan di mana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Medorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus-menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat.

d) MAKP kasus.

Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap sif, dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh

orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini umumnya dilaksanakan untuk perawat privat/pribadi dalam memberikan asuhan keperawatan khusus seperti kasus isolasi dan intensive care.

e) Modifikasi: MAKP tim-primer.

Model MAKP tim dan Primer digunakan secara kombinasi dari kedua sistem.

3) Ketenagaan

Ketenagaan layanan keperawatan profesional Menurut Sitorus (2006), untuk dapat melakukan praktik keperawatan profesional, faktor ketenagaan keperawatan harus dipertimbangkan, yang meliputi jenis tenaga berdasarkan kemampuan dan jumlah tenaga keperawatan.

a) Jenis tenaga keperawatan

Jenis tenaga keperawatan yang ada di Indonesia saat ini terdapat tiga jenis tenaga yang melakukan praktik keperawatan, yaitu lulusan sekolah perawat kesehatan (SPK), lulusan DIII keperawatan, dan sarjana keperawatan/Ners. Agar pemberian asuhan keperawatan optimal, perlu dilakukan manajemen tenaga keperawatan. Manajemen keperawatan perlu menetapkan manajer asuhan keperawatan. Manajer asuhan keperawatan adalah perawat yang memiliki kemampuan sarjaan keperawatan/ners dengan landasan

ilmu yang kukuh dan landasan profesi yang mantap untuk memberikan asuhan keperawatan.

b) Jumlah tenaga keperawatan

Pada suatu layanan profesional, jumlah tenaga yang diperlukan bergantung pada jumlah klien dan derajat ketergantungan klien terhadap keperawatan. Untuk mengetahui jumlah tenaga keperawatan diperlukan beberapa formula diantaranya yaitu (Ilyas, 2012):

1) Formula Gillies

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - C) \times \text{jam kerja/hari}}$$

A : jumlah jam perawatan/24 jam (waktu perawatan yang dibutuhkan pasien)

B : jumlah pasien (BOR x jumlah tempat tidur)

C : jumlah hari libur

365: jumlah hari kerja setahun, jam kerja perhari = 6 jam

2) Formula Douglas

Perhitungan jumlah tenaga tergantung dari jumlah pasien dan derajat ketergantungan yang terbagi dalam 3 kategori yaitu :

a) Perawatan minimal hanya memerlukan waktu 1-2 jam/24 jam, pasien masih bisa melakukan kegiatan pribadi sendiri, kecuali makan obat harus tetap ditunggu agar tidak salah obat. Pasien

masih bisa mandi sendiri, mandi sendiri atau memenuhi kebutuhan pribadi lainnya sehingga tidak dibutuhkan banyak waktu untuk melayani.

- b) Perawatan partial diperlukan waktu 3-4 jam/24 jam, pasien masih dapat melakukan kegiatan pribadi tetapi membutuhkan pelayanan asuhan keperawatan untuk kegiatan yang membutuhkan kemampuan fisik karena pasien relatif lemah atau tidak diperbolehkan meninggalkan tempat tidur sehingga membutuhkan keahlian keperawatan.
- c) Perawatan total memerlukan waktu 5-6 jam/24 jam, pasien membutuhkan asuhan keperawatan dan personel lainnya total bergantung kepada perawat.

Gambaran kebutuhan perawat berdasarkan klasifikasi pasien dalam ruang rawat dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.2 Kebutuhan Perawat Berdasarkan Klasifikasi Pasien

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

3) Metode Lokakarya keperawatan

Metode ini menghitung rata-rata jumlah jam perawatan yang diterima oleh seorang penderita dalam waktu 24 jam kali 52 kali

kali 7 kali tempat tidur kali BOR dibagi 41 minggu kali 40 jam lalu ditambah 25%

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times 52 \times 7 \times \text{TT} \times \text{BOR}}{41 \text{ minggu} \times 40 \text{ jam}} + 25\%$$

A : Rata-rata jumlah jam perawatan yang diterima oleh seorang penderita atau pasien dalam waktu 24 jam

BOR : Bad Occupational Rate

TT : Tempat Tidur

4) Formula Ilyas

$$\text{Tenaga Perawat (TP)} = \frac{A \times B \times 365}{255 \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan:

A = Jam Perawatan/24 jam

B = Sensus Harian (BOR x jumlah tempat tidur)

Jam kerja/hari = 6 jam per hari

365 = jumlah hari kerja selama setahun

255 = hari kerja efektif perawat/tahun

$(365 - (12 \text{ hari libur nasional} + 12 \text{ hari libur cuti tahunan})) \times \frac{3}{4} = 255$
hari

5) Departemen Kesehatan (Metode WISN)

Metode perhitungan kebutuhan sumber daya manusia berdasarkan beban kerja yakni *Workload Indicator of Staff Need* (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang

dilaksanakan oleh tiap kategori sumber daya manusia kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Adapun langkah perhitungan kebutuhan sumber daya manusia berdasarkan wisn ini meliputi 5 langkah, yaitu :

a) Menetapkan waktu kerja tersedia

Menetapkan waktu kerja tersedia tujuannya adalah diperolehnya waktu kerja tersedia. Masing-masing kategori sumber daya manusia yang bekerja di rumah sakit selama kurun waktu satu tahun.

$$\text{Waktu kerja tersedia} = \{A - (B+C+D+E)\} \times F$$

Keterangan :

A = hari kerja

B = cuti tahunan

C = pendidikan dan pelatihan

D = hari libur nasional

E = ketidak hadiran kerja

F = waktu kerja

b) Menetapkan unit kerja dan kategori sumber daya manusia

Tujuan menetapkan unit kerja dan kategori sumber daya manusia adalah diperolehnya unit kerja dan kategori sumber daya manusia yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan perorangan pada pasien, keluarga dan masyarakat di dalam dan diluar rumah

sakit. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk penetapan unit kerja dan kategori sumber daya manusia adalah sebagai berikut :

- 1) Bagan struktur organisasi rs dan uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing unit dan sub-unit kerja.
- 2) Data pegawai berdasarkan pendidikan yang bekerja pada tiap unit kerja di RS.
- 3) Standar profesi, standar pelayanan dan standar operasional prosedur pada tiap unit kerja RS.

c) Menyusun standar beban kerja

Penyusunan standar beban kerja adalah diperolehnya volume/kuantitas beban kerja selmama 1 tahun perkategori sumber daya manusia. Standar beban kerja merupakan hasil pembagian waktu rata-rata yang dibutuhkan tiap kegiatan pokok dengan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori sumber daya manusia. Adapun rumus perhitungan standar beban kerja adalah sebagai berikut:

$$\text{Standar beban kerja} = \frac{\text{waktu kerja tersedia}}{\text{rata - rata waktu per - kegiatan pokok}}$$

Rata-rata waktu adalah satuan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu kegiatan pokok oleh masing-masing kategori sumber daya manusia. Rata-rata waktu di tetapkan berdasarkan pengamatan dan pengalaman selama bekerja dan kesepakatan bersama. Agar diperoleh rata-rata waktu yang

cukup akurat dan dapat dijadikan acuan, sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok oleh sumber daya manusia yang memiliki kompetensi.

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menyusun standar beban kerja masing-masing kategori sumber daya manusia utamanya adalah sebagai berikut :

- a) Waktu kerja tersedia yang sudah ditetapkan
- b) Kategori sumber daya manusia yang bekerja pada tiap unit kerja rumah sakit
- c) Kegiatan pokok (jenis dan kuantitas) pada tiap unit kerja rs
- d) Rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori sumber daya manusia untuk menyelesaikan tiap unit kegiatan pokok
- e) Standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional yang berlaku di RS

Kegiatan pokok adalah kumpulan atau gabungan kegiatan yang dilakukan oleh sumber daya manusia kesehatan sesuai kompetensi, kewenangan yang dimilikinya dan mengacu pada standar pelayanan, standar prosedur operasional yang berlaku di rumah sakit.

- d) Menyusun standar kelonggaran

Penyusunan standar kelonggaran tujuannya adalah diperolehnya kebutuhan waktu masing-masing kategori

sumber daya manusia untuk menyelesaikan tiap faktor kelonggaran atau kegiatan-kegiatan yang kurang terkait langsung atau tidak dipengaruhi tinggi rendahnya kuantitas atau jumlah kegiatan pokok/pelayanan.

Penyusunan standar kelonggaran dibutuhkan data dan informasi tentang faktor kelonggaran masing-masing kategori sumber daya manusia yaitu:

- 1) Kegiatan-kegiatan yang tidak/kurang terkait langsung dengan kompetensi dan kewenangan pokok pelayanan pada pasien
- 2) Frekuensi tiap faktor kelonggaran dalam satu hari, minggu, bulan
- 3) Waktu rata-rata yang dibutuhkan untuk menyelesaikan faktor kelonggaran

Adapun rumus perhitungan standar kelonggaran yang dimiliki oleh masing-masing kategori sumber daya manusia adalah :

$$\text{Standar kelonggaran} = \frac{\text{Jumlah rata – rata waktu perfaktor kelonggaran}}{\text{waktu kerja tersedia}}$$

- e) Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

Langkah ini tujuannya adalah diperolehnya jumlah masing-masing kategori sumber daya manusia yang dibutuhkan untuk mengerjakan seluruh beban kegiatan pada tiap unit kerja rumah sakit selama kurun waktu 1 tahun. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan sumber daya manusia

masing-masing kategori sumber daya manusia per unit kerja utamanya adalah :

- 1) Waktu kerja tersedia
- 2) Standar beban kerja masing-masing kategori sumber daya manusia
- 3) Standar kelonggaran masing-masing kategori sumber daya manusia
- 4) Kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahun

Penghitungan kebutuhan sumber daya manusia pada setiap unit kerja dapat diperoleh dengan rumus :

$$\text{Kebutuhan SDM} = \sum \frac{\text{kuantitas kegiatan pokok}}{\text{standar beban kerja}} + \text{standar kelonggaran}$$

4) Dokumentasi

a) Pengertian

Catatan keperawatan merupakan dokumen yang penting bagi asuhan keperawatan di rumah sakit. Jadi, perlu diingat perawat bahwa dokumen asuhan keperawatan merupakan:

- 1) Bukti dari pelaksanaan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan, dan
- 2) Catatan tentang tanggapan/respons pasien terhadap tindakan medis, tindakan keperawatan, atau reaksi pasien terhadap penyakit (Suarli, 2009).

b) Tujuan pencatatan

Tujuan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan (Suarli, 2009):

- a) Komunikasi; alat komunikasi antartim agar kesinambungan pelayanan kesehatan yang diberikan dapat tercapai, dan tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan pelayanan dan pemulangan.
- b) Pendidikan; informasi tentang gejala-gejala penyakit, diagnosis, tindakan keperawatan, respons klien, dan evaluasi tindakan keperawatan, sehingga dapat menjadi media belajar bagi anggota tim keperawatan, siswa/mahasiswa keperawatan, dan tim kesehatan lainnya.
- c) Pengalokasian dana berharga untuk dapat merencanakan tindakan yang tepat sesuai dengan dana yang tersedia.
- d) Evaluasi; merupakan dasar untuk melakukan evaluasi terhadap hasil implementasi asuhan keperawatan, menjamin kelanjutan asuhan keperawatan bagi klien, dan menilai prestasi kerja staf keperawatan.
- e) Jaminan mutu; memberi jaminan pada masyarakat akan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.
- f) Dokumen yang sah; merupakan bukti nyata yang dapat digunakan bila didapatkan penyimpangan atau apabila diperlukan di pengadilan.

- g) Penelitian; catatan klien merupakan sumber data yang berharga yang dapat digunakan untuk penelitian.

Jadi, secara umum catatan pasien digunakan untuk memantau mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan kompetensi (kemampuan dan ketrampilan) tenaga perawat yang memberikan pelayanan tersebut.

- c) Sistem pencatatan

Dokumentasi keperawatan dalam pencatatan terbagi menjadi dua (Suarli 2009), yaitu:

- 1) Pencatatan tradisional

Pencatatan tradisional adalah pencatatan tentang pasien yang berorientasi pada pemberi pelayanan. Artinya, setiap tenaga yang memberi pelayanan kesehatan harus membuat catatan sendiri. Informasi tentang masalah tertentu dari pasien ditulis oleh semua tenaga perawat yang memberi pelayanan. Catatan pasien secara tradisional terdiri atas enam bagian, yaitu:

- a) Lembar penerimaan
- b) Lembar muka
- c) Lembar instruksi/pesanan dokter
- d) Lembar riwayat penyakit
- e) Lembar catatan perawat
- f) Lembar catatan untuk hal lain-lain.

Keuntungan dari penggunaan sistem ini adalah pencatatan dapat dilakukan secara sederhana, sedangkan kerugiannya, data tentang pasien tidak menyeluruh, koordinasi antartim kesehatan tidak ada, dan pelayanan yang tuntas sulit dilakukan.

2) Pencatatan nontradisional

Pencatatan nontradisional adalah pencatatan yang berorientasi pada masalah (*problem oriented record*, POR). Pada sistem ini, kerja sama tim kesehatan diutamakan untuk menunjang pembenahan asuhan keperawatan, dengan menggunakan sistem pendekatan proses keperawatan. Jadi, setiap anggota tim melakukan tugas yang mengacu pada masalah dan kebutuhan pasien secara terarah dan terkoordinasi.

Komponen POR ini meliputi data dasar, masalah, rencana tindakan, dan pencatatan perkembangan pasien. Masing-masing isi komponen ini dijelaskan sebagai berikut.

- a) Data dasar berisi informasi tentang klien yang diperoleh dari pengkajian langsung atau tidak langsung terhadap klien.
- b) Masalah yang didapat dari data dasar tersebut lalu dianalisis dan ditentukan diagnosis keperawatannya, yang mencakup kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual bagi pasien. Masalah yang ditemui diurutkan sesuai dengan prioritas atau berdasarkan berat ringan masalah, dan diatasi dengan tindakan keperawatan, dan ketersediaan sumber daya.

- c) Rencana tindakan ditulis sesuai dengan masalah yang ditemukan dan dalam batas kewenangan perawat yang melakukan tindakan tersebut.
- d) Pencatatan perkembangan pasien berisi semua informasi tentang respons dan perilaku pasien sebelum, selama, dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

5) Aspek Penelitian

Pengembangan model dilandasi keinginan sejumlah perawat peneliti untuk menata praktik keperawatan sehingga memungkinkan perawat profesional untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal. Jenis penelitian yang dilakukan dan tenaga kesehatan yang melakukan penelitian tersebut tergantung dari tingkatan MPKP (Sitorus, 2006), yaitu:

- a) MPKP pemula dalam aspek penelitian belum berkembang.
- b) MPKP I penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif oleh perawat primer yang meliputi identifikasi masalah penelitian dan pemanfaatan hasil penelitian.
- c) MPKP II penelitian yang dilakukan adalah penelitian eksperimen oleh Ners spesialis yang meliputi identifikasi masalah penelitian dan pemanfaatan hasil penelitian.
- d) MPKP III penelitian yang dilakukan adalah penelitian eksperimen lebih banyak yang meliputi identifikasi masalah penelitian dan pemanfaatan hasil penelitian.

d. Model praktik keperawatan profesional di berbagai negara

Model praktik keperawatan profesional di berbagai negara (Sitorus, 2006), yaitu:

1) Professional Practice Model

Pengembangan model praktik profesional, Iowa Veterans Home pada tahun 1967 disebut *nursing professionalization and self governance: a model from long term care*. Model ini didasarkan pada pandangan bahwa perawat merupakan profesi yang mandiri. Hal tersebut memungkinkan perawat berperan sebagai pembela utama dalam memenuhi kebutuhan klien.

Pada model tersebut diperlukan prakondisi (*antecedents condition*), yaitu perawat secara kolektif diberi kesempatan untuk bertanggung jawab selama 24 jam serta terdapat desentralisasi pengambilan keputusan terhadap klien secara langsung. Model ini menekankan adanya otonomi dan akuntabilitas profesi dalam memberikan asuhan keperawatan. metode pemberian asuhan yang digunakan adalah manajemen kasus keperawatan primer. PP diarahkan untuk spesialisasi berdasarkan kerangka diagnosis keperawatan dan sekaligus melakukan pengembangan ilmu melalui kegiatan penelitian.

Berdasarkan evaluasi. Model ini dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang dinilai dari penurunan infeksi pada kateter urine, penurunan angka dekubitus, dan dilaporkan juga bahwa angka

perpindahan perawat menurun (Meyer et al, 1990, as cited in Sitorus, 2006).

2) Professional Nursing Practice Model

Model ini dikembangkan di Brth Israel Hospital (BIH) pada tahun 1973 (Clifford & Horvath, 1990; Hoffard & Woods, 1996, as cited in Sitorus, 2006). Model ini berfokus pada hubungan *caring* antara klien/keluarga dan perawat. Hubungan klien/keluarga dan perawat dipengaruhi oleh tiga konstruk model, yaitu sistem praktik keperawatan, lingkungan organisasi, dan layanan pendukung pengembangan.

Sistem praktik keperawatan menekankan akuntabilitas, kesinambungan, dan kolaborasi. Akuntabilitas berarti memberikan otonomi kepada kewenangan perawat profesional sebagai orang yang paling tepat untuk merencanakan, melakukan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan. asuhan bersinambungan berarti asuhan klien merupakan suatu kesatuan dari seluruh perubahan, kemajuan, dan penyatuan berbagai tindakan oleh perawat yang mengelola asuhan kmesehatan. Kolaborasi berarti kerja sama antarperawat dan antara perawat serta anggota disiplin lain yang memberikan asuhan.

Akuntabilitas, kesinambungan dan kolaborasi dalam praktik keperawatan dilakukan dengan menggunakan metode keperawatan primer. Ini berarti bahwa sistem asuhan didesain agar setiap klien memiliki hubungan khusus dengan seorang PP. Pada model ini,

asuhan langsung diberikan oleh perawat beregister dan dibantu oleh asisten keperawatan. PP juga berperan sebagai manager kasus bagi klien, karena PP tidak hanya bertanggung jawab kepada klien selama tinggal di rumah sakit, tetapi juga setelah klien pulang dari rumah sakit. Oleh karena itu PP sangat mengetahui perkembangan klien sehingga ia dapat memberikan respons terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan. dengan demikian, terdapat hubungan kolaborasi yang kuat (*strong collaborative relationship*) antara PP dan dokter primer.

Keberhasilan model ini membutuhkan perubahan pada lingkungan organisasi asuhan kesehatan, seperti pada sistem praktik keperawatan. perubahan pada lingkungan organisasi meliputi perubahan aspek kepaduan desentralisasi, pemajuan (*advancement*), pengakuan dan kompensasi. Salah satu elemen utama pada lingkungan organisasi adalah kewenangan mengambil keputusan secara desentralisasi pada tingkat unit (ruangan). Evaluasi model menunjukkan peningkatan kepuasan perawat dan kepuasan klien (Cifford & Horvath, 1990).

3) Unit Level Self Management Model

Pengembangan model di John Hopkins Hospital dimulai pada tahun 1981. Model ini dikembangkan berdasarkan falsafah bahwa perawat adalah profesional, dan oleh karena itu harus diberikan kesempatan untuk mengatur lingkungan praktik keperawatan. model

ini bertujuan untuk meningkatkan peran perawat dengan memberikan kesempatan mengatur dan mengendalikan lingkungan keperawatan. selain itu, model ini juga bertujuan meningkatkan kepuasan perawat, menurunkan angka perpindahan perawat, dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Komponen utamanya adalah desentralisasi pengambilan keputusan pada tingkat ruang rawat oleh suatu panitia. Oleh karena itu, pada tingkat ruang rawat terdapat beberapa panitia yang meliputi manajemen klinik, pengaturan staf dan penjadwalan, eligibilitas, jaminan kualitas/telaah sejawat, dan pengembangan staf.

Panitia manajemen klinik (*clinical management committee*) bertanggung jawab atas kegiatan klinik di unit tersebut serta bertanggung jawab atas terlaksananya kebijakan dan prosedur yang terkait dengan pelaksanaan model ini (Mayer et al, 1990). Tanggung jawab yang lain adalah memastikan tercapainya standar asuhan dengan mengembangkan berbagai kebijakan dan prosedur, termasuk mengembangkan standar asuhan keperawatan. panitia pengaturan jadwal bertanggung jawab dalam menetapkan tenaga yang dibutuhkan, memantau, dan mengevaluasi disiplin staf terhadap kebijakan yang ada. Panitia eligibilitas bertanggung jawab terhadap kriteria evaluasi perawat yang akan bekerja di ruang model tersebut. Panitia kendali mutu telaah sejawat memantau mutu asuhan yang diberikan dengan cara membandingkannya dengan standar asuhan

yang disepakati. Hasil tersebut digunakan sebagai bahan untuk telaah sejawat. Panitia pengembangan staf bertanggung jawab terhadap pengkajian kebutuhan belajar perawat klinik dan pengembangan program pendidikan berkelanjutan.

Model ini lebih menekankan pembentukan kepanitiaan pada berbagai kegiatan keperawatan. Evaluasi kegiatan kepanitiaan yang dilakukan secara reguler diharapkan dapat memberdayakan keperawatan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

4) Nursing Development Units

Nursing development units (NDU) pertama kali diadopsi oleh sekelompok perawat rumah sakit di Burford, England (Pearson & Baker, 1992; Pearson, 1997). Pengembangan NDU bertujuan untuk menilai, meningkatkan, menghargai pekerjaan perawat, dan menciptakan suatu lingkungan yang menopang kontribusi unik dari keperawatan pada asuhan klien. Sekelompok perawat memulai pengembangan NDU di beberapa rumah sakit dan mendapatkan bantuan dari Kings' Fund Centre (KFC). Berdasarkan evaluasi KFC, kriteria NDU adalah:

- a) Menggunakan pengorganisasian keperawatan baru, umumnya keperawatan primer
- b) Memperkenalkan hal baru, antara lain kelompok, dan sistem tentang rencana pemulangan klien
- c) Menjalankan kepemimpinan demokratis

- d) Memiliki jenjang pengembangan karier
- e) Menyertakan klien dan keluarganya dalam asuhan.

Berdasarkan evaluasi KFC diperoleh empat kesimpulan berikut:

- a) NDU bertujuan memberikan peluang kepada perawat yang pakar dan berpengalaman untuk memberikan asuhan yang berfokus pada klien
- b) NDU memberiksn kebebasan kepada perawat untuk melatih kemampuan intelektualnya dalam budaya kepemimpinan klinik yang efektif dan dalam kesempatan melakukan pembaruan
- c) NDU bertujuan menyediakan lingkungan yang dinamis sehingga memfasilitasi ide-ide baru, inisiatif, dan rasa ingin tahu sistematis pada proses dan hasil asuhan keperawatan
- d) Performa NDU yang tinggi telah menimbulkan banyak pemicu yang perlu dipertimbangkan agar manfaat NDU ynag optimal dapat dicapai.

Dengan demikian, NDU memberikan lingkungan yang mendukung otonomi dan akuntabilitas perawat dalam memberikan asuhan profesional. Melalui penelitian dengan desain kuasi eksperimen, pengembangan NDU ternyata efektif untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. keberhasilan terlihat pada tingginya tingkat kepuasan klien pada ruang rawat yang mengimplementasikan NDU.

Selain itu, dokumentasi keperawatan pada NDU lebih lengkap dibandingkan dengan dokumentasi di ruang rawat biasa.

5) Professionally Advanced Care Team Model

Model ini dikembangkan pada tahun 1987 di Robert Wood Johnson Hospital, yang bertujuan untuk memberikan asuhan yang bermutu tinggi dengan biaya efektif melalui penataan peran layanan keperawatan dan layanan pendukungnya.

Beberapa prinsip utamanya adalah:

- a) Terdapat dua peran RN yaitu, perawat primer dan manajer asuhan klinik (CCM)
- b) Peran sebagai manajer asuhan klinik dapat meningkatkan mutu asuhan melalui pengelolaan sumber yang ada
- c) Supervisi pemanfaatan perawat praktik berlisensi (LPN, *License Practical Nurse*) dan pembantu keperawatan (*Nursing Aucillary*) dalam memberikan asuhan keperawatan
- d) Meningkatkan peran layanan pendukung keperawatan pada tingkat ruang rawat sehingga memberikan kesempatan kepada perawat primer untuk melakukan tugas keperawatan.

Kualifikasi dan peran perawat pada *model professionally advance care team* (ProACT) adalah sebagai berikut:

- a) Manajer asuhan klinik (CCM, *clirical care manager*)
 - 1) Kualifikasi manajer asuhan klinik

Manajer asuhan klinik adalah seorang bergelar sarjana keperawatan/ners dan lebih diutamakan bergelar master. Kemampuan CCM meliputi kemampuan sebagai PP disertai kemampuan manajemen dan kepemimpinan serta pengetahuan keperawatan klinik tingkat lanjut.

2) Peran manajer asuhan klinik

- a) Mengelola layanan sejumlah klien (10-20 klien) melalui koordinasi dengan dokter, staf keperawatan, dan anggota tim lainnya.
- b) Meyakinkan bahwa hasil asuhan klien dicapai sesuai dengan kerangka waktu
- c) Melengkapi pengkajian kebutuhan klien/keluarga secara lebih detail
- d) Menjadi model peran (*role model*) dan memberikan bimbingan kepada PP
- e) Menilai perkembangan kondisi klien, mengelola pemanfaatan sumber-sumber
- f) Bertanggung jawab selama 24 jam untuk sejumlah klien yang menjadi tanggung jawabnya
- g) Merencanakan dan memfasilitasi pendidikan untuk rencana pemulangan klien.

b) Perawat primer

1) Kualifikasi perawat primer

Perawat primer adalah seorang perawat beregister.

2) Peran perawat primer

a) Mengelola asuhan keperawatan klien yang menjadi tanggungjawabnya (\pm 5 klien) selama dirawat disuatu ruang rawat.

b) Mengkaji, merencanakan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan klien yang menjadi tanggung jawabnya dan berpartisipasi dalam pemberian asuhan langsung maupun tidak langsung

c) Melakukan konsultasi dengan manajer asuhan klinik (CCM) tentang kondisi klien

d) Mendelegasikan beberapa tugas kepada LPN atau NA dengan tepat

e) Mempersiapkan klien/keluarga apabila klien akan pulang.

c) LPN (License Practical Nurse)

1) Kualifikasi LPN

LPN adalah lulusan dari program LPN.

2) Peran LPN

a) Sebagai perawat asosiet dibawah pengawasan RN dalam melakukan tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung apabila PP tidak ada

- b) Memberikan masukan kepada PP tentang rencana asuhan keperawatan.

Pelaksanaan model ini memerlukan beberapa pedoman pelaksanaan yang dikembangkan oleh kelompok kerja, yaitu:

- a) Rekrutmen, seleksi, dan orientasi CCM, PP
- b) Rekrutmen LPN
- c) Pengembangan pedoman operasional untuk tingkat ruang rawat
- d) Pengembangan protokol asuhan klinik untuk 3 diagnosis utama di ruang model
- e) Pengembangan program orientasi untuk semua perawat yang akan bekerja di ruang model
- f) Pengembangan format pengkajian klien yang digunakan CCM.

Evaluasi model tentang kepuasan klien dan kepuasan perawat pada tingkat ruang rawat dengan desain pre- dan post-test tidak menunjukkan perbedaan. Namun, dokter memberikan respons yang positif tentang model tersebut, dan lama hari rawat serta angka infeksi nosokomial menurun (Tonges, 1990; Hoffart & Woods, 1996, as cited in Sitorus, 2006).

6) Shared Governance

Pemimpin keperawatan (nursing leaders) dari St. Lukes's Hospital mengembangkan MPKP sebagai suatu visi keperawatan. salah satu landasan dari model ini adalah implementasi *shared*

governance. Pada *shared governance*, perawat klinik diberdayakan dalam membuat keputusan dan manajer lebih dituntut memiliki keterampilan dalam membimbing, mengarahkan, dan memfasilitasi mereka.

Model ini mengadopsi model dewan (*councilor model*) yang terdiri atas 2 tingkatan yaitu struktur konsil foemal untuk pengambilan keputusan pada tingkat divisi dan panitia berbasis unit untuk mengambil keputusan pada tingkat unit (Westrope, Vaughn, Boot, & Taunton, 1995, as cited in Sitorus, 2006). Model konsil dikembangkan sebagai suatu proses integrasi dari berbagai komponen organisasi dalam melakukan komunikasi, penyelesaian masalah, sehingga sistem dapat berfungsi secara efektif. Pada tahap awal disepakati untuk membentuk konsil tentang praktik, manajemen, mutu, dan edukasi. Anggota konsil merupakan perwakilan dari semua unit. Ketua konsil ini akan bertanggung jawab dalam implementasi *share governance*. Selanjutnya semua ketua konsil dan ketua perawat eksekutif membentuk dewan koordinasi keperawatan untuk mengkoordinasikan dan mengintegrasikan seluruh aktivitas konsil.

Selanjutnya dibentuk *unit based share governance* pada beberapa unit. Setiap unit menetapkan ketentuan yang terkait dengan praktik, mutu, dan edukasi. Rencana setiap unit dibahas oleh koordinasi keperawatan. Perubahan lain yang terjadi pada organisasi adalah terdapat organisasi keperawatan yang bersifat desentralisasi

dengan menggunakan keperawatan primer sebagai metode pemberian asuhan keperawatan dan mulai mengimplementasikan metode manajemen kasus. Perawat klinik juga diikutsertakan sebagai anggota penentu kebijakan rumah sakit. Perawat klinik yang berperan adalah ketua konsil, melakukan beberapa presentasi kepada dewan pemimpin rumah sakit tentang rencana dan pencapaian kerja mereka. Akhirnya, pada tingkat organisasi terdapat sejumlah dana penelitian yang digunakan perawat untuk melakukan penelitian klinik.

Berdasarkan evaluasi secara longitudinal dengan menyertakan ± 300 perawat klinik, implementasi *shared governance* memberikan dampak positif terhadap kepuasan kerja perawat, komitmen terhadap organisasi, dan penurunan angka perpindahan perawat (Westrope et al, 1995, as cited in Sitorus, 2006). Model ini merupakan penataan pada tingkat organisasi, yang dilakukan dengan membentuk beberapa konsil pada tingkat divisi yang akan melakukan perencanaan, pembimbingan, dan pemantauan terhadap performa keperawatan pada tingkat unit.

7) Transformational Model for the Practice of Professional Nursing

Model ini dikembangkan di Shadyside Hospital pada tahun 1993 (Wolf, Boland, & Aukerman, 1994). Model tersebut dibagi dalam empat komponen. Pada komponen praktik profesional, dilakukan pengkajian dan hubungan antarprofesional ditingkatkan. Pada komponen proses, berpikir kritis diperlukan dalam melakukan

negosiasi dan menetapkan keputusan tentang kebutuhan yang spesifikasi bagi masing-masing klien dengan mempertimbangkan keterbatasan sumber yang ada. Hasil yang dicapai adalah peningkatan mutu asuhan serta kepuasan perawat dan kepuasan klien, yang merupakan hasil primer dan hasil sekundernya adalah tercapainya keinginan konsumen, tujuan organisasi, dan pengembangan profesi tenaga kesehatan.

Bagian utama model ini ada pada bagian komponen praktik profesional. Bagian tersebut merupakan hubungan antara perawat, klien, dokter, dan tenaga kesehatan yang lain. Komponen praktik profesional dibagi dalam empat kuadran yang menggambarkan hubungan faktor yang mendukung praktik profesional, yaitu kepemimpinan transformasional, metode pemberian asuhan, pengembangan keprofesian, dan praktik kolaborasi.

Kepemimpinan transformasional dibutuhkan untuk melakukan perubahan paradigma organisasi. Metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan memfasilitasi klien melakukan negosiasi tentang asuhan keperawatan, termasuk pemanfaatan berbagai sumber secara bijaksana. Untuk itu, digunakan metode keperawatan primer, yang menempatkan satu orang perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan klien selama klien tersebut dirawat di rumah sakit. Model ini melakukan pengembangan keprofesian sehingga kemampuan perawat secara berencana ditingkatkan. Praktik

kolaborasi menekankan ekspektasi, nilai profesional, dan hubungan interpersonal anggotanya diarahkan untuk mencapai visi organisasi. Model ini menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam merencanakan, mengorganisasi, mengimplementasi, dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien.

Hasil primer model ini merupakan hasil yang diharapkan dari praktik profesional, yaitu mutu asuhan, kepuasan perawat, dan kepuasan klien. Hasil sekundernya adalah konsumen, organisasi, dan tenaga kesehatan lain. Apabila klien puas terhadap asuhan yang diberikan, reputasi pemberi asuhan dan institusi terkait akan meningkat dan akan memberikan dampak terhadap peningkatan penampilan kerja rumah sakit.

8) Clinical Development Units (Nursing)

Clinical development units (nursing), disingkat CDU(N) di *Western Sydney Area Health Service* (WSAHS) dimulai pada tahun 1996. Pengembangan CDU(N) dilandasi pandangan perawat WSAHS bahwa walaupun perawat merupakan kelompok tenaga kesehatan yang paling banyak, tetapi perawat merupakan kelompok yang paling kurang pengaruhnya. Layanan kesehatan akan lebih berfokus pada klien dan lebih manusiawi lagi jika keperawatan diberi kesempatan untuk memberikan kontribusi yang tepat dalam agenda layanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan pengembangan CDU(N), yaitu

lingkungan tempat perawat yang dapat memberikan asuhan keperawatan terbaik.

Pengembangan model diawali dengan memberikan pelatihan bagi perawat klinik tentang program kepemimpinan, yaitu 2 hari/minggu selama 6 bulan. Melalui kemampuan kepemimpinan, pemimpin unit/ruangan akan mampu mengembangkan rencana strategis untuk setiap ruangan, termasuk mengembangkan staf dan kegiatan penelitian. Agar kemampuan perawat melaksanakan CDU(N) ini meningkat, dikembangkan jaringan kerja antar-institusi yang mengembangkan CDU(N) untuk melakukan telaah sejawat. Berdasarkan evaluasi, CDU(N) dapat meningkatkan kepuasan klien dan kepuasan perawat, menurunkan angka perpindahan perawat, serta memperpendek lama rawat.

2. Patient Safety

a. Pengertian patient safety

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat

melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (DepKes, 2006).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (PerMenKes RI Nomor 1691/MenKes/Per/VIII/2011).

b. Tujuan patient safety

Tujuan penanganan patient safety menurut *Joint Commission Internasional* dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit (2011) adalah:

- 1) Ketepatan identifikasi pasien.
- 2) Meningkatkan komunikasi yang efektif.
- 3) Meningkatkan keamanan dari obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*).
- 4) Memastikan benar tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi.
- 5) Mengurangi resiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan.
- 6) Mengurangi resiko pasien jatuh.

Segala upaya dilakukan agar tidak terjadi kejadian yang tidak diinginkan dan terbebas dari kesalahan sehingga tidak berdampak bagi pasien.

Rekomendasi dari *Institute of Medicine* (IOM) berupa empat rangkaian pendekatan dalam mencapai keselamatan pasien diantaranya yaitu:

- 1) Meningkatkan kemampuan *leadership*, penelitian, protokol untuk meningkatkan pengetahuan dasar tentang *safety*.
- 2) Mengidentifikasi dan belajar dari kesalahan yang terjadi dengan mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan pada setiap kejadian yang ada.
- 3) Meningkatkan standar kerja dan standar harapan untuk meningkatkan keselamatan melalui pembelajaran dari kesalahan.
- 4) Mengimplementasikan sistem keselamatan pada organisasi untuk menjamin praktik yang aman pada setiap tingkatan pelayanan.

c. Standar keselamatan pasien

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit atau KKP-RS (2008) Standar keselamatan pasien rumah sakit meliputi:

- 1) Hak pasien, dengan memperhatikan pemberian informasi terkait rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya cedera.
- 2) Mendidik pasien dan keluarga, tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan.
- 3) Jaminan keselamatan dan kesinambungan pelayanan, rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan koordinasi antar tenaga dan unit pelayanan.

- 4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- 7) Peningkatkan komunikasi bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien.

d. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008) langkah menuju keselamatan pasien bagi staf rumah sakit dilakukan dengan tujuh cara meliputi:

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dengan membuat kebijakan rumah sakit terkait peran dan tanggung jawab individu bila terjadi insiden.
- 2) Membangun komitmen yang kuat tentang keselamatan pasien dengan memasukkan keselamatan pasien sebagai agenda kerja dan program pelatihan staf.
- 3) Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko dengan menetapkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan resiko dan penilaian resiko.
- 4) Mengembangkan sistem pelaporan insiden.
- 5) Mengembangkan cara berkomunikasi dengan pasien bila terjadi insiden.
- 6) Mengembangkan sistem analisis terhadap akar penyebab masalah.

7) Mengimplementasikan sistem keselamatan pasien yang sudah dibuat.

e. Sembilan solusi keselamatan pasien

World Health Organization (WHO) dan *The Joint Commission* (TJC) bekerja sama merumuskan sembilan solusi keselamatan untuk menyelamatkan jiwa pasien yaitu:

- 1) Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike, and medication names*).
- 2) Memastikan identifikasi pasien.
- 3) Berkomunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien.
- 4) Memastikan tindakan yang benar dan letak anggota tubuh yang benar saat dilakukan terapi.
- 5) Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrate*).
- 6) Memastikan kebenaran pemberian obat pada pengalihan layanan.
- 7) Menghindari salah kateter dan salah sambung selang (*tube*).
- 8) Menggunakan alat injeksi sekali pakai.
- 9) Meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Tercapainya keselamatan pasien juga didukung oleh beberapa komponen yang dapat menentukan keberhasilan keselamatan pasien, komponen ini meliputi:

- 1) Lingkungan eksternal : dalam konteks organisasi kesehatan, tekanan eksternal dapat bersumber dari tuntutan penerapan mutu keselamatan

pasien (akreditasi), kompetisi dalam pelayanan, meningkatnya kesadaran masyarakat.

- 2) Kepemimpinan : pimpinan adalah pemegang kunci perubahan karena pimpinan memiliki tanggung jawab untuk memimpin perubahan, tanpa dukungan pimpinan yang kuat maka tidak akan pernah terjadi perubahan dalam organisasi.
- 3) Budaya organisasi : budaya keselamatan pasien merupakan pondasi keselamatan pasien, mengubah budaya keselamatan pasien dari *blaming culture* menjadi *safety of culture* merupakan kata kunci dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 4) Praktik manajemen : mencakup perencanaan, pendanaan, organisasi, staf, pengendalian dan pemecahan masalah serta evaluasi.
- 5) Struktur dan sistem : dengan merancang sistem agar setiap kali kesalahan dapat dilihat (*making errors visible*), agar kesalahan dapat dikurangi (*mitigating the effects of errors*), agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*).
- 6) Tugas dan ketrampilan individu terkait keselamatan pasien.
- 7) Lingkungan kerja, kebutuhan individu, dan motivasi : lingkungan kerja yang kondusif dapat menumbuhkan motivasi kerja dan akan mempermudah implementasi keselamatan pasien (Cahyono, 2008).

f. Insiden keselamatan pasien

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera (PerMenKes RI Nomor 1691/MenKes/Per/VIII/2011).

- 1) Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
- 2) Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- 3) Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- 4) Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- 5) Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

g. Langkah-langkah patient safety

Tujuh langkah dalam penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit (Triwibowo, 2013) yaitu:

- 1) Pertama dengan membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

Menurut *Natioal Patient Safety Agency* atau NPSA (2009) dengan melakukan audit tentang pemahaman staf tentang budaya keselamatan pasien, membudayakan pelaporan insiden, komplain, perlindungan staf.

- 2) Memimpin dan mendukung staf, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Membicarakan arti penting dan usaha untuk meningkatkannya dengan pertemuan, menyediakan pendidikan / pelatihan tentang keselamatan pasien.
- 3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan pengkajian hal yang berpotensi menjadi masalah. Mengecek status penyakit pasien dan mengidentifikasi terapi yang sudah diberikan.
- 4) Mengembangkan sistem pelaporan, memastikan staf agar dengan mudah melaporkan kejadian atau insiden, serta pelaporan Rumah Sakit kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Sosialisasikan sistem dan alat pelaporan kejadian.
- 5) Melibatkan pasien dalam berkomunikasi serta mengembangkan cara-cara berkomunikasi yang terbuka dengan pasien.
- 6) Melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

h. Indikator patient safety

Menurut Nursalam (2011) Indikator Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IPS) bermanfaat untuk mengidentifikasi area-area pelayanan yang memerlukan pengamatan dan perbaikan lebih lanjut, misalnya untuk menunjukkan:

- 1) Adanya penurunan mutu pelayanan dari waktu ke waktu.
- 2) Bahwa suatu pelayanan ternyata tidak memenuhi standar klinik atau terapi sebagaimana yang diharapkan.
- 3) Tingginya variasi antar rumah sakit dan antar pemberi pelayanan.
- 4) Ketidaksepadanan antar unit pelayanan kesehatan (misalnya pemerintah dengan swasta atau urban dengan rural).

B. Penelitian Terdahulu

Penelitian yang dilakukan oleh (Bimo, 2007) dengan judul “Evaluasi Penerapan Model Praktek Keperawatan Primer di Ruang Maranata I Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus”, membahas tentang penerapan model praktek keperawatan primer dengan hasil penelitian tentang dampak penerapan MPKP di ruang Maranata I sebagai ruang yang menerapkan MPKP, penerapan SAK dari 38 responden diperoleh hasil 35 (92,1%) sudah baik dan 3 (7,9%) dengan hasil sedang. Untuk tingkat kepuasan pasien, masih 47,4% responden masih

tidak puas dengan pelayanan keperawatan yang diberikan. Kejadian INOS diperoleh 1 (2,6%) responden yang mengalami Infeksi Nosokomial.

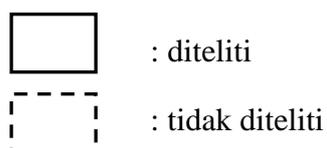
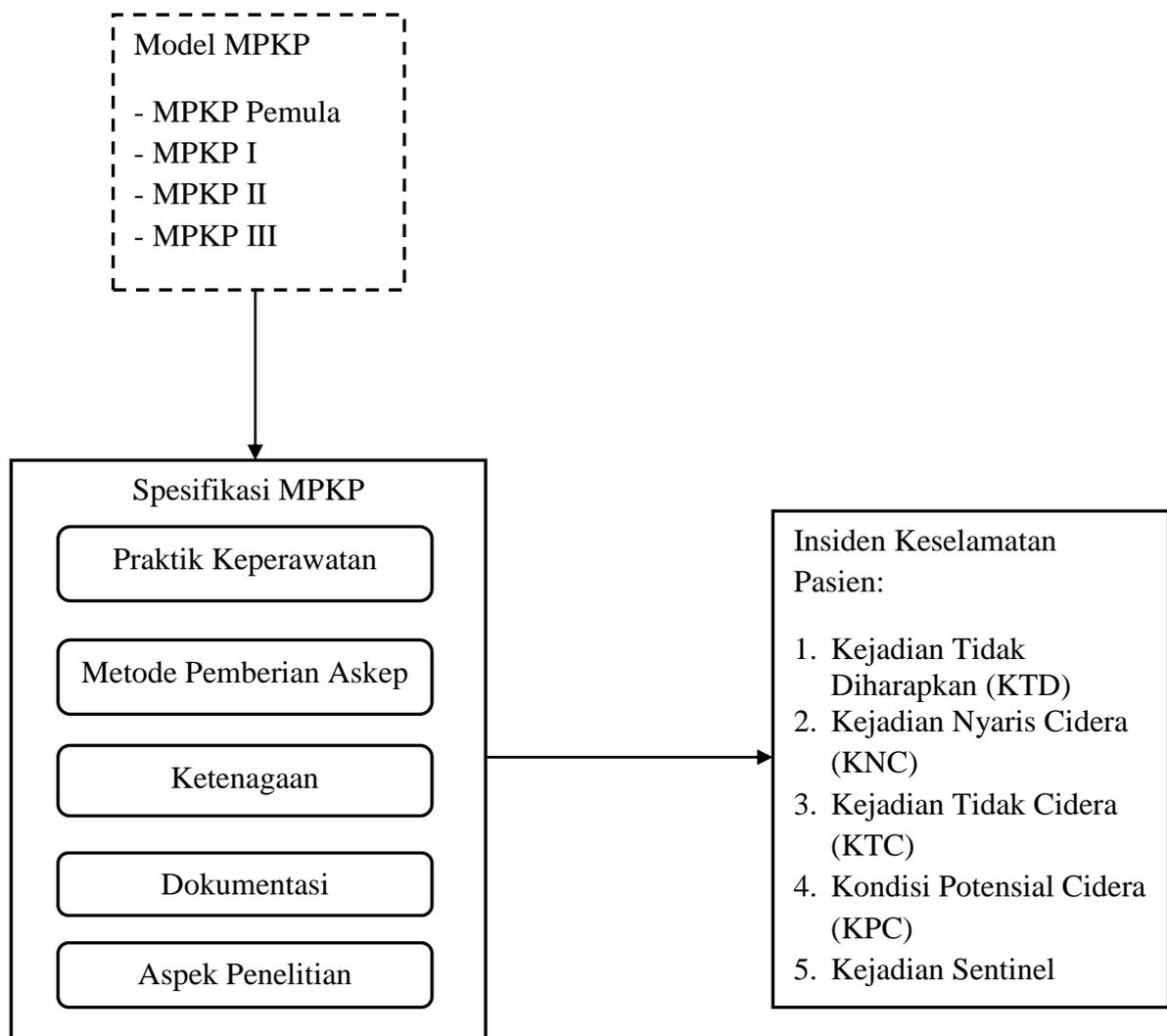
Penelitian yang dilakukan oleh (Tukimin, 2005) dengan judul “Analisis Tingkat Kepuasan Pasien dalam Implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon”, membahas tentang perbedaan tingkat kepuasan pasien rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon yang mendapatkan implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) dengan tingkat kepuasan pasien tanpa implementasi MPKP dengan hasil pasien pada kelompok kasus yang mendapat implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional memiliki rata-rata tingkat kepuasan yang lebih baik (122%) dari pada pasien dengan kelompok kontrol (114%) yang tidak mendapatkan implementasi MPKP. Terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien yang mendapat implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) dengan pasien tanpa implementasi MPKP.

Penelitian yang dilakukan oleh (Mulyaningsih, 2013) dengan judul “Peningkatan Kinerja Perawat dalam Penerapan MPKP Dengan Supervisi oleh Kepala Ruang di RSJD Surakarta”, membahas tentang hubungan antara supervisi dengan kinerja perawat dalam penerapan MPKP dengan hasil analisis menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruang dengan kinerja perawat dalam penerapan MPKP.

C. Landasan Teori

Kualitas rumah sakit sebagai institusi yang menghasilkan produk teknologi jasa kesehatan tentu tergantung juga pada kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Nursalam, 2011). Model praktik keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional), yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan (Sitorus, 2006). Keselamatan pasien (patient safety) merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan (Nursalam, 2011).

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian