

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

2.1.1 Pengertian MPKP

MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional) merupakan suatu metode praktik keperawatan dengan ciri praktik yang didasari oleh keterampilan intelektual dan teknikal interpersonal. Hal ini dilakukan dengan metode asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. MPKP merupakan suatu sistem yang memungkinkan perawat profesional untuk mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan untuk menunjang pemberian asuhan tersebut (Suni A, 2018).

Penerapan model asuhan keperawatan profesional merupakan salah satu cara untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan dalam manajemen asuhan/pelayanan keperawatan. Penerapan model asuhan harus sesuai dengan situasi dan kondisi pelayanan keperawatan yang ada, karena hal ini akan mendorong perawat untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya secara optimal, dapat memfasilitasi interaksi antara perawat dengan pasien lebih baik, serta dapat memberikan kepuasan yang lebih baik dari pasien sebagai pengguna jasa pelayanan keperawatan maupun perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan (Mugianti, 2016).

(Sitorus & Panjaitan, 2011) menyatakan bahwa MPKP merupakan penataan struktur dan proses sistem pemberian asuhan keperawatan pada tingkat ruang rawat, sehingga memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional. Sementara itu, Hoffart dan Woods (1996) dalam (Suni A, 2018) menyatakan bahwa MPKP adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai

profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut yang terdiri dari 5 subsistem berikut:

- 2.1.1.1 Nilai-nilai profesional yang meliputi ekonomi, kesinambungan asuhan, dan belajar sepanjang hayat untuk menopang praktik ilmu yang bermutu
- 2.1.1.2 Pendekatan manajemen menunjukkan bahwa pada MPKP, pembuat keputusan untuk klien adalah pada manager asuhan klinik atau perawat primer (PP). Kepala ruang rawat berperan sebagai fasilitator atau mentor
- 2.1.1.3 Pemberian asuhan keperawatan pada umumnya menggunakan metode keperawatan primer
- 2.1.1.4 Hubungan profesional memungkinkan hubungan kolaborasi, konsultasi antartim, dan konferensi antartim untuk menyelesaikan konflik
- 2.1.1.5 Sistem kompensasi dan penghargaan memungkinkan perawat mendapatkan kompensasi dan penghargaan sesuai dengan sifat layanan yang profesional. Penghargaan dapat juga berupa keberadaan perawat sebagai seorang ahli atau spesialis.

2.1.2 Manfaat MPKP

Hoffart dan Woods (1996) dalam (Suni A, 2018) menyatakan bahwa penerapan MPKP dikembangkan berdasarkan kegiatan keperawatan yang terdiri dari 5 pilar utama, yaitu *management approach*, *compensatory reward*, *professional relationship*, *professional value*, dan *patient care delivery system*. Pemanfaatan MPKP melalui pendekatan 5 pilar tersebut akan mampu mendukung pengaturan dan

keteraturan pelayanan keperawatan yang tepat, mencakup 4 aspek yaitu :

- 2.1.2.1 Bermanfaat bagi orang yang mendalami ilmu keperawatan dengan bertambahnya pengetahuan, pemahaman dan kesadaran atas realita pelayanan keperawatan
- 2.1.2.2 Bermanfaat bagi ilmu keperawatan itu sendiri
- 2.1.2.3 Bermanfaat bagi skala ruang yang lebih luas untuk masyarakat
- 2.1.2.4 Bermanfaat bagi skala waktu yang lebih panjang

Pada dasarnya, MPKP bermanfaat untuk memperbaiki mutu pelayanan keperawatan. Hal ini tidak lepas dari nilai etika, estetika, dan moral para praktisi keperawatan dalam memperkirakan kemungkinan-kemungkinan yang dapat terjadi, serta hal-hal yang akan terjadi bila pengaturan dan keteraturan pelayanan keperawatan tidak diperbaiki dan dikembangkan. Adapun beberapa komponen penting yang perlu diperbaiki dan dikembangkan untuk menunjang keteraturan pelayanan keperawatan yang berkualitas antara lain:

- 2.1.2.1 Mutu asuhan keperawatan
- 2.1.2.2 Manajemen sumber daya manusia (SDM) keperawatan
- 2.1.2.3 Tersedia lingkungan mendidik tenaga keperawatan
- 2.1.2.4 Daya tarik untuk bekerja secara profesional
- 2.1.2.5 Pemanfaatan tenaga keperawatan

2.1.3 Pendekatan Manajemen Di Ruang MPKP

MPKP praktik keperawatan mensyaratkan pendekatan manajemen sebagai pilar praktik profesional. Proses manajemen harus dilaksanakan dengan disiplin untuk menjamin pelayanan yang diberikan kepada klien atau keluarga secara profesional. Di ruang MPKP pendekatan manajemen diterapkan dalam bentuk proses

manajemen terdiri dari perencanaan (*palnning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*directing*), dan pengendalian (*controlling*) (Suni A, 2018).

2.1.4 Peran dan Fungsi Perawat MPKP

Pengembangan MPKP merupakan upaya untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan dan lingkungan kerja perawat secara profesional. Pengembangan MPKP ini berawal dari sebuah keyakinan bahwa kesinambungan asuhan keperawatan yang prima hanya dapat dicapai jika direncanakan dan dievaluasi oleh seorang perawat profesional. Hal tersebut bergantung pada peran dan fungsi perawat MPKP itu sendiri yang meliputi kepala ruangan (Karu), perawat primer dan perawat *associate* (Suni A, 2018).

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, Sitorus (2006) dalam (Suni A, 2018) menyebutkan tugas dan tanggung jawab kepala ruangan, perawat primer dan perawat *associate* sebagai berikut:

2.1.4.1 Kepala Ruangan

Kepala ruangan adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi tanggung jawab dan wewenang untuk mengelola kegiatan pelayanan keperawatan di suatu ruang rawat. Dalam pengelolaan pelayanan keperawatan di suatu rumah sakit, kepala ruang adalah , manajer tingkat lini yang bertanggung jawab untuk meletakkan konsep praktik, prinsip dan teori manajemen keperawatan, serta mengelola lingkungan organisasi untuk menciptakan iklim yang optimal dan menjamin kesiapan asuhan keperawatan oleh perawat klinik.

Depkes RI (2005) dalam (Suni A, 2018) telah menetapkan standar tugas pokok kepala ruang meliputi kegiatan menyusun rencana kegiatan tahunan, yang meliputi kebutuhan sumber daya (tenaga, fasilitas, alat dan dana), menyusun jadwal dinas dan cuti, menyusun rencana pengembangan staf, kegiatan pengendalian mutu, membimbing dan pembinaan staf, koordinasi pelayanan, melaksanakan program orientasi, mengelola praktik klinik, serta melakukan penilaian kinerja dan mutu pelayanan keperawatan. Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, kepala ruangan adalah perawat yang memiliki pendidikan D-3 keperawatan dengan pengalaman. Sementara itu, pada MPKP tingkat I, kepala ruangan adalah perawat dengan kualifikasi pendidikan Ners dengan pengalaman.

2.1.4.2 Perawat Primer

Perawat primer adalah seorang perawat dengan kualifikasi pendidikan minimal Ners. Perawat primer bertanggungjawab 24 jam kepada kliennya selama klien tersebut dirawat di rumah sakit atau suatu unit pelayanan kesehatan. tanggungjawab yang dimaksud adalah tanggungjawab dalam pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif yang dimulai dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi dan komunikasi (Suni A, 2018).

Perawat primer bertanggung jawab menjalankan perannya untuk melakukan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan, termasuk membuat perencanaan klien pulang (*discharge planning*). Jika PP

berhalangan atau tidak bertugas maka kelanjutan asuhan keperawatan dapat dilimpahkan kepada perawat *associate* (PA). Meskipun demikian, PP tetap bertanggung jawab terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan klien dengan sepengetahuan kepala ruangan (Suni A, 2018).

Kewenangan PP tidak sebatas pemberian asuhan keperawatan. PP juga berkewenangan dalam berkolaborasi dengan lintas terkait dan masyarakat, seperti melakukan kontak dengan lembaga sosial atau melakukan rujukan kepada pekerjaan sosial di masyarakat, maupun *home visit* (kunjungan rumah). Dengan demikian, PP dituntut untuk memiliki akuntabilitas yang tinggi terhadap pemberian pelayanan keperawatan (Suni A, 2018).

2.1.4.3 Perawat Associate

Perawat *Associate* (PA) adalah seorang perawat dengan kualifikasi pendidikan minimal diploma keperawatan. PA selalu berperan sebagai perawat pelaksana untuk melaksanakan berbagai rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan oleh PP. Seorang PA harus bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas segala bentuk pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap klien selama di rumah sakit atau suatu unit pelayanan kesehatan. Tanggung jawab yang dimaksud adalah tanggung jawab menjaga privasi klien selama dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan, dengan tetap menjunjung tinggi nilai-nilai yang telah digariskan dalam kode etik dan etika keperawatan (Suni A, 2018).

Perawat *associate* atau perawat pelaksana juga memiliki kewenangan untuk menerima pelimpahan tugas dari seorang PP yang berhalangan atau tidak bertugas karena suatu alasan. Dengan demikian, harus disadari bahwa tanggung jawab profesional tetap menjadi tanggungjawab PP terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan, di samping itu, peran perawat *associate* sangat penting dalam memberikan masukan kepada PP tentang rencana asuhan keperawatan (Suni A, 2018).

2.2 Konsep Metode Tim

2.2.1 Pengertian Metode Tim

Metode tim adalah metode penugasan asuhan keperawatan yang diberikan oleh sekelompok perawat. Metode tim dikembangkan dalam rangka peningkatan mutu pemberian asuhan keperawatan yang lebih baik dengan menggunakan staf yang tersedia. Tujuan pemberian metode tim dalam asuhan keperawatan adalah untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan objektif pasien sehingga pasien merasa puas. Selain itu metode tim dapat meningkatkan kerjasama dan koordinasi perawat dalam melaksanakan tugas, memungkinkan *adanya trsansfer of knowledge dan transfer of experiences* di antara perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dan motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Kuntoro, 2010).

2.2.2 Elemen Metode Tim

Metode tim mempunyai beberapa elemen yang diperlukan agar pelaksanaan keperawatan tim secara efektif dan efisien. Menurut

Marquis dan Huston (2016) dalam (Suni A, 2018). Elemen metode tim meliputi kepemimpinan, komunikasi, koordinasi, dan penugasan. Pelaksanaan metode tim secara optimal tidak terlepas dari peran dan fungsi kepala ruangan, ketua tim, dan anggota tim.

2.2.2.1 Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah hubungan yang tercipta dari adanya pengaruh yang dimiliki seseorang terhadap orang lain sehingga orang lain tersebut secara sukarela mau dan bersedia bekerja sama untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Tando, 2013). Menurut (Kuntoro, 2010) kepemimpinan merupakan aspek penting bagi seorang pemimpin sebab dia harus mampu melakukan berbagai aktivitas dan peran kepemimpinan untuk merencanakan, menggerakkan, memotivasi, dan mengendalikan anggota kelompok mencapai tujuan yang telah menjadi kesepakatan bersama. Sedangkan menurut Asmuji (2012) kepemimpinan adalah suatu proses pengarahan dan pemberian pengaruh pada kegiatan-kegiatan dari sekelompok anggota yang saling berhubungan tugasnya. Marquis dan Huston (2016) menjelaskan tentang peran pemimpin yang meliputi pengambilan keputusan, komunikator, evaluator, fasilitator, pengambilan resiko, penasihat, penambah semangat, instruktur, konselor, dan pengajar. Lebih lanjut Marquis dan Huston menambahkan peran pemimpin adalah pemikiran kritis, penengah, advokat, berpandangan kedepan, mampu meramal, berpengaruh, penyelesaian masalah yang kreatif, agens pengubah, diplomat, dan model peran.

Berdasarkan pengertian diatas maka kepemimpinan merupakan elemen yang penting dalam metode tim. Gaya kepemimpinan seseorang memiliki pengaruh yang besar pada iklim dan hasil kerja kelompok. Pada keperawatan tim biasanya diasosiasikan dengan kepemimpinan demokratis. Anggota kelompok diberikan otonomi sebanyak mungkin saat mengerjakan tugas yang diberikan, meskipun tim tersebut berbagi tanggung jawab secara bersamaan. Dalam pelaksanaan metode tim, ketua tim dapat memperoleh pengalaman praktek melakukan kepemimpinan yang demokratis dalam mengarahkan dan membina anggotanya. pimpinan juga akan belajar bagaimana mempertahankan hubungan antar manusia dengan baik dan bagaimana mengkoordinasikan berbagai kegiatan yang dilakukan dengan beberapa anggota tim secara bersama-sama. Untuk mencapai kepemimpinan yang efektif setiap anggota tim harus mengetahui prinsip dasar supervisi, bimbingan, tehnik mengajar agar dapat dilakukannya dalam kerjasama dengan anggota tim. Ketua tim juga harus mampu mengimplementasikan prinsip dasar kepemimpinan.

2.2.2.2 Koordinasi

Koordinasi adalah fungsi yang harus dilakukan oleh seorang manajer agar terdapat suatu komunikasi atau kesesuaian dari berbagai kepentingan dan perbedaan kepentingan sehingga tujuan dapat tercapai (Putra, DMA, 2019). Koordinasi merupakan hubungan kerjasama antara anggota tim dalam memberikan asuhan kesehatan. Koordinasi dalam penerapan

metode tim sangat diperlukan agar pemberian asuhan keperawatan kepada pasien efektif dan efisien (Sitorus & Panjaitan, 2011). Kepala ruangan sebagai koordinator kegiatan perlu menciptakan kerjasama yang selaras satu sama lain dan saling menunjang, untuk menciptakan suasana kerja yang menyenangkan. Pada metode tim dalam satu ruangan tidak lebih dari 3 sampai 7 dalam satu tim. Selain itu kepala ruangan perlu mendelegasikan kegiatan asuhan keperawatan langsung kepada ketua tim, kecuali tugas pokok, harus dilakukan kepala ruangan. Selain itu, kepala ruangan harus mendelegasikan kepada orang yang tepat, mendengarkan saran orang yang didelegasikan dan penerima delegasi harus bertanggung jawab (Triwibowo, 2013).

2.2.2.3 Penugasan

Metode tim merupakan pengorganisasian pelayanan keperawatan oleh sekelompok perawat dan sekelompok pasien. Kelompok ini dipimpin oleh perawat berijazah dan berpengalaman serta memiliki pengetahuan dalam bidangnya. Pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh pimpinan kelompok/ketua tim. Selain itu ketua tim bertanggung jawab dalam mengatur anggotanya sebelum tugas dan menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan pasien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila mengalami kesulitan. Pembagian tugas dalam tim keperawatan dapat didasarkan pada tempat/kamar pasien, tingkat penyakit pasien, jenis penyakit pasien, dan jumlah pasien yang dirawat (Kuntoro, 2010).

Saat pasien baru masuk di ruang rawat, pasien dan keluarga akan diterima oleh ketua tim dan diperkenalkan kepada anggota tim yang ada. Kemudian ketua tim memberikan orientasi tentang ruang, peraturan ruangan, perawat bertanggung jawab (ketua tim) dan anggota tim. Ketua tim (dapat dibantu anggota tim) melakukan pengkajian, kemudian membuat rencana keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang sudah ada setelah terlebih dahulu melakukan analisa dan modifikasi terhadap rencana keperawatan tersebut sesuai dengan kondisi pasien. Setelah menganalisa dan memodifikasi rencana keperawatan, ketua tim menjelaskan rencana keperawatan tersebut kepada anggota tim, selanjutnya anggota tim akan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan dan rencana tindakan medis yang dituliskan di format tersendiri. Tindakan yang telah dilakukan anggota tim kemudian didokumentasikan pada format yang tersedia (Suni A, 2018).

Bila anggota tim menerima pasien pada sore dan malam hari atau pada hari libur, pengkajian awal dilakukan oleh anggota tim terutama yang terkait dengan masalah kesehatan utama pasien, anggota tim membuat masalah keperawatan utama dan melakukan tindakan keperawatan dengan terlebih dahulu mendiskusikannya dengan penanggung jawab sore / malam / hari libur. Saat ketua tim ada, pengkajian dilengkapi oleh ketua tim kemudian membuat rencana yang lengkap dan selanjutnya akan menjadi panduan bagi anggota tim dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Pada dinas pagi ketua tim

bersama anggota tim melakukan operan dari dinas malam (hanya pasien yang dirawat oleh tim yang bersangkutan), selanjutnya dengan anggota tim pagi melakukan konferensi tentang permasalahan pasien untuk tiap anggota tim dan mengkoordinasikan tugas tiap anggota tim. Selain dengan dokter anggota tim, ketua tim juga melakukan komunikasi langsung dengan dokter, ahli gizi dan tim kesehatan lain untuk membahas perkembangan pasien dan perencanaan baru yang perlu dibuat. Selain itu mengidentifikasi pemeriksaan penunjang yang telah ada dan yang perlu dilakukan selanjutnya.

Bila terdapat rencana baru atau tindakan yang perlu dilakukan, maka ketua tim akan mengkomunikasikan kepada anggota tim untuk melaksanakannya. Jika terdapat tindakan spesifik yang mungkin tidak dapat dilakukan oleh anggota tim maka ketua tim yang akan melakukan langsung tindakan tersebut. Terutama melakukan intervensi pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga akan dilakukan oleh ketua tim yang didasarkan atas hasil pengkajian pada kebutuhan peningkatan pengetahuan. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan mandiri oleh ketua tim atau kolaborasi, misalnya ahli gizi untuk penjelasan mengenai diet pasien yang benar. Selama anggota tim melakukan asuhan keperawatan kepada pasien, ketua tim akan memonitor tindakan yang akan dilakukan dan memberi bimbingan pada anggota tim. Anggota tim selama melakukan asuhan keperawatan harus mendokumentasikan seluruh tindakan yang dilakukan pada format-format yang terdapat pada papan dokumentasi. Kemudian ketua tim akan memonitor

dan mengevaluasi dokumentasi yang dibuat oleh anggota tim. Setiap hari ketua tim mengevaluasi perkembangan pasien dengan mendokumentasikan pada catatan perkembangan dengan metode SOAP, catatan perkembangan pasien ini bagi anggota tim juga menjadi panutan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Bila ada pasien yang akan pulang atau pindah ke unit perawatan lain, ketua tim akan membuat resume keperawatan, sebagai informasi tentang asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien selama dirawat yang berisi masalah-masalah pasien yang timbul dan masalah yang sudah teratasi, tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan pendidikan kesehatan yang telah diberikan (Triwibowo, 2013).

2.2.2.4 Komunikasi

Proses komunikasi harus dilaksanakan untuk memastikan adanya kesinambungan asuhan keperawatan yang diberikan dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien secara individual dan membantu pasien dalam mengatasi masalah. Proses komunikasi harus dilakukan secara terbuka dan aktif melalui laporan, *pre conference* atau *post conference* atau pembahasan dalam penugasan, pembahasan dalam merencanakan dan menuliskan asuhan keperawatan dan mengevaluasi hasil yang telah dicapai (Triwibowo, 2013).

a. operan/*handover*

Operan/*handover* atau timbang terima pasien dalam tugas keperawatan merupakan kegiatan yang rutin dilakukan sebelum dan sesudah perawat melaksanakan tugasnya. Dengan melakukan *handover* akan dapat diketahui lebih

cermat tentang kondisi terkini pasien, dapat diketahui tindakan yang akan dan telah dilakukan, serta dapat memberikan suatu kejelasan yang lebih luas, yang tidak dapat diuraikan secara tertulis dalam kegiatan penulisan laporan. Kegiatan *handover* sebaiknya dilakukan setelah perawat membaca laporan umum atau resume laporan. Sehingga saat kegiatan *handover* perawat yang akan menerima gambaran awal situasi pelayanan yang ada. Kegiatan *handover* pasien dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab langsung dalam memberikan asuhan keperawatan kepada perawat yang akan bertanggung jawab memberikan asuhan pada *shift* selanjutnya. Hal ini dimaksud untuk menghindari kealpaan atau kekeliruan dalam kegiatan layanan yang akan diberikan pada pasien. Dalam metode tim *handover* dapat dilakukan oleh ketua tim kepada ketua tim yang dinas berikutnya. Kegiatan operan sebaiknya diikuti kepala ruangan, ketua tim serta seluruh perawat yang bertugas saat itu dan yang akan bertugas. Agar dapat memberikan informasi umum tentang situasi dan kondisi pasien yang ada diruangan, memudahkan menerima limpahan tugas bila perawat berhalangan dalam melaksanakan tugasnya, serta sebagai bahan masukan saat melakukan *preconference*.

b. *pre-Conference*

Pre-Conference merupakan suatu kegiatan untuk mempersiapkan aktifitas yang akan dilakukan secara umum pada setiap shift. Setelah mendapatkan gambaran melalui

kegiatan *handover*, maka dilakukan pembahasan terhadap rencana kegiatan yang telah dilaporkan. Kegiatan ini sebaiknya dilakukan secara singkat sehingga tidak mengganggu kelancaran pelayanan keperawatan. Kegiatan ini dibawah tanggung jawab kepala ruangan atau ketua tim yang telah ditentukan.

c. *post-Conference*

Post-Conference, kegiatan berfokus pada pembahasan dari tindakan yang telah dilaksanakan serta rencana program selanjutnya. Kegiatan ini dilakukan sebelum kegiatan *handover* pada *shift* berikutnya dan diikuti oleh seluruh perawat dan kepala ruangan sebagai penanggungjawab.

2.2.3 Kekurangan dan Kelebihan Metode TIM

Menurut (Mugianti, 2016) metode tim tidak terlepas dari kekurangan dan kelebihan. Adapun kekurangan dan kelebihan dalam penerapan metode keperawatan ini diuraikan sebagai berikut:

2.2.3.1 Kekurangan

- a. ketua tim menghabiskan banyak waktu untuk melakukan koordinasi dan supervisi anggota tim, serta harus memiliki keterampilan yang tinggi baik sebagai perawat manajer maupun perawat klinik
- b. keperawatan tim menumbulkan fragmentasi keperawatan bila konsepnya tidak diimplementasikan dengan total
- c. rapat tim membutuhkan waktu sehingga pada situasi sibuk rapat tim ditiadakan, sehingga komunikasi antaranggota tim terganggu

- d. perawat yang belum terampil dan belum berpengalaman selalu tergantung atau berlindung kepada anggota tim yang mampu
- e. akuntabilitas dari tim menjadi kabur
- f. tidak efisien bila dibandingkan dengan model fungsional karena membutuhkan tenaga yang memiliki keterampilan yang tinggi

2.2.3.2 Kelebihan

- a. dapat memfasilitasi pelayanan keperawatan secara komprehensif
- b. memungkinkan pelaksanaan proses keperawatan
- c. konflik antarstaf dapat dikendalikan melalui rapat dan efektif untuk belajar
- d. memberi kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal
- e. memungkinkan peningkatan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda secara efektif
- f. peningkatan kerja sama dan komunikasi di antara anggota tim dapat menghasilkan sikap moral yang tinggi, memperbaiki fungsi staf secara keseluruhan, serta memberikan anggota tim perasaan bahwa ia memiliki kontribusi terhadap hasil asuhan keperawatan yang diberikan
- g. menghasilkan kualitas asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan
- h. memberikan motivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas

2.2.4 Tanggungjawab Pada Metode TIM

Menurut (Mugianti, 2016) secara ringkas, tanggung jawab dari tiap komponen yang terlibat dalam metode keperawatan tim yang meliputi tanggungjawab kepala ruang, ketua tim dan anggota tim diuraikan sebagai berikut:

2.2.4.1 Kepala Ruang

- a. menetapkan standar kinerja yang diharapkan sesuai standar asuhan keperawatan
- b. mengkoordinasikan pembagian tim dan klien
- c. memberikan kesempatan pada ketua tim untuk mengembangkan kepemimpinan
- d. menjadi narasumber bagi ketua tim
- e. mengorientasikan tenaga keperawatan yang baru tentang metode/ model tim dalam pemberian asuhan keperawatan
- f. memberi pengarahan mengenai seluruh kegiatan yang ada di ruangannya
- g. melakukan pengawasan terhadap seluruh kegiatan yang ada di ruangannya
- h. memfasilitasi kolaborasi tim dengan anggota tim kesehatan yang lainnya
- i. melakukan audit asuhan dan pelayanan keperawatan di ruangannya lalu melakukan tindak lanjut
- j. memotivasi staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan
- k. menciptakan iklim komunikasi yang terbuka dengan semua staf

2.2.4.2 Ketua Tim

- a. berkoordinasi dengan kepala ruangan dalam pengauran jadwal dinas timnya
- b. membuat perencanaan berdasarkan tugas dan kewenangan yang didelegasikan oleh kepala ruangan
- c. melakukan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan bersama anggota timnya
- d. mengkoordinasikan rencana keperawatan dengan tindakan medis
- e. membuat penugasan kepada seetiap anggota tim dan memmberikan bimbingan melalui konferensi
- f. mengevaluasi asuhan keperawatan baik proses ataupun hasil yang diharapkan danmendokumentasikannya
- g. memberi pengarahan kepada perawat pelaksana tentang pelaksanaan asuhan keperawatan
- h. menyelenggarakan konferensi
- i. melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
- j. melakukan audit atau supervisi pelaksanaan asuhan keperawatan yang menjadi tanggungjaawab timnya
- k. melakukan perbaikan pemberi asuhan keperawatan

2.2.4.3 Anggota Tim

- a. melaksanakan tugas berdasarkan rencana auhan keperawatan
- b. mencatat dengan jelas dan tepat asuhan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan respons klien
- c. berpartisipasi dalam memberikan masukan untuk meningkatkan asuhan keperawatan
- d. menghargai bantuan dan bimbingan ketua tim

- e. melaporkan perkembangan kondisi klien kepada ketua tim
- f. memberikan laporan

2.3 Konsep *Handover*

2.3.1 Definisi *Handover*

Handover memiliki beberapa istilah lain. Beberapa istilah itu diantaranya timbang terima, operan, *handoffs*, *shift repot*, *signover* dan *cross coverage*. *Handover* adalah komunikasi oral dari informasi tentang pasien yang dilakukan perawat pada pergantian shift jaga. *Handover* adalah transfer tentang informasi (termasuk tanggung jawab dan tanggung gugat) selama perpindahan perawat yang berkelanjutan yang mencakup tentang pertanyaan, klarifikasi dan konfirmasi tentang pasien (Suni A, 2018).

Timbang terima atau operan merupakan kegiatan yang rutin sebagai bentuk serah terima pasien kelolaan antara satu shif dengan shif lainnya sebelum dan sesudah perawat melaksanakan tugasnya. Timbang terima dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dengan cermat sesuai kondisi pasien terkini. Dalam operan akan disampaikan beberapa informasi penting tentang tindakan yang akan dan telah dilakukan, serta dapat memberikan suatu kejelasan yang lebih luas yang tak dapat diuraikan secara tertulis dalam kegiatan penulisan laporan (Mugianti, 2016).

Handover juga meliputi mekanisme transfer informasi yang dilakukan, tanggung jawab utama dan kewenangan perawat dari perawat sebelumnya ke perawat yang akan melanjutkan perawatannya. (Nursalam, 2015) menyatakan timbang terima adalah suatu cara dalam menyampaikan sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan

keadaan klien. *Handover* adalah waktu dimana perpindahan atau transfer tanggung jawab tentang pasien dari perawat yang satu dengan perawat yang lain (Suni A, 2018).

Kegiatan *handover* sebaiknya dilakukan setelah perawat membaca laporan shift jaga sebelumnya atau resume laporan, sehingga saat kegiatan *handover* dilakukan perawat telah mempunyai gambaran tentang kondisi pasien yang *handover*. Kegiatan *handover* pasien sebaiknya dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab langsung dalam memberikan asuhan keperawatan kepada perawat yang akan bertanggung jawab memberikan asuhan pada shift selanjutnya. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari kealpaan atau kekeliruan dalam kegiatan layanan yang akan diberikan pada pasien. Dalam metode penugasan tim, operan dapat juga dilakukan oleh ketua tim kepada ketua tim yang dinas berikutnya (Mugianti, 2016).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait dengan *handover* (Suni A, 2018), yaitu:

2.3.1.1 *Handover* dilaksanakan tepat pada waktu pergantian *shift*

2.3.1.2 *Handover* dipimpin oleh kepala ruangan atau penanggung jawab klien (PP)

2.3.1.3 *Handover* diikuti oleh semua perawat yang telah dinas dan perawat yang akan dinas

2.3.1.4 Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat, sistematis dan menggambarkan kondisi klien saat ini, serta menjaga kerahasiaan klien

2.3.1.5 *Handover* harus berorientasi pada permasalahan klien

2.3.1.6 Pada saat melakukan *Handover* di kamar klien, sebaiknya menggunakan volume suara yang cukup sehingga klien di

sebelahnya tidak mendengar sesuatu yang bersifat rahasia bagi klien. Sesuatu yang dianggap rahasia sebaiknya tidak dibicarakan secara langsung di dekat klien

2.3.1.7 Sesuatu yang mungkin membuat klien terkejut dan syok sebaiknya dibicarakan di *nurse station*

2.3.2 Tujuan dan Manfaat *Handover*

Handover memiliki tujuan antara lain:

- 2.3.2.1 Mengkomunikasikan keadaan klien dan menyampaikan informasi yang penting
- 2.3.2.2 Menyampaikan kondisi dan keadaan klien (data fokus)
- 2.3.2.3 Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada klien
- 2.3.2.4 Menyampaikan hal yang penting yang harus ditindaklanjuti oleh perawat dinas berikutnya
- 2.3.2.5 Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya

Sementara itu, *Handover* juga memiliki beberapa manfaat antara lain:

- 2.3.2.1 Meningkatkan kemampuan komunikasi
- 2.3.2.2 Menjalin hubungan kerjasama dan rasa tanggung jawab antar perawat
- 2.3.2.3 Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap klien yang berkesinambungan
- 2.3.2.4 Perawat dapat mengikuti perkembangan klien secara paripurna
- 2.3.2.5 Klien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap

2.3.3 Mekanisme *Handover*

Mekanisme *handover* memiliki prosedur (Suni A, 2018) sebagai berikut:

2.3.3.1 Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan dilakukan selama 5 menit oleh perawat primer dan perawat *associate* di *nurse station*. Adapun kegiatan pada tahap persiapan antara lain:

- a. *handover* dilaksanakansetiao pergantian *shift*
- b. prinsip *handover*, terutama pada semua pasien yang dilakukan *handover* khususnya pasien yag memiliki permasalahan yang belum/dapat teratasi, serta yang membutuhkan observasi lebih lanjut.
- c. perawat primer menyampaikan *handover* pada perawat primer berikutnya mengenai hal-hal yang perlu disampaikan dalam *handover* antara lain:
 - 1) jumlah pasien
 - 2) identitas pasien
 - 3) diagnosis medis
 - 4) data (keluhan/subjektif dan objektif)
 - 5) masalah keperawatan yang muncul
 - 6) intervens keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum)
 - 7) intervensi kolaborasi dan dependen
 - 8) rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang, dan lain-lain)

2.3.3.2 Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan dilakukan selama 20 menit oleh kepala ruangan, perawat primer dan perawat *associate* di *nurse station* (Suni A, 2018). Adapun kegiatan pada tahap persiapan antara lain:

- a. kedua kelompok dinas sudah siap

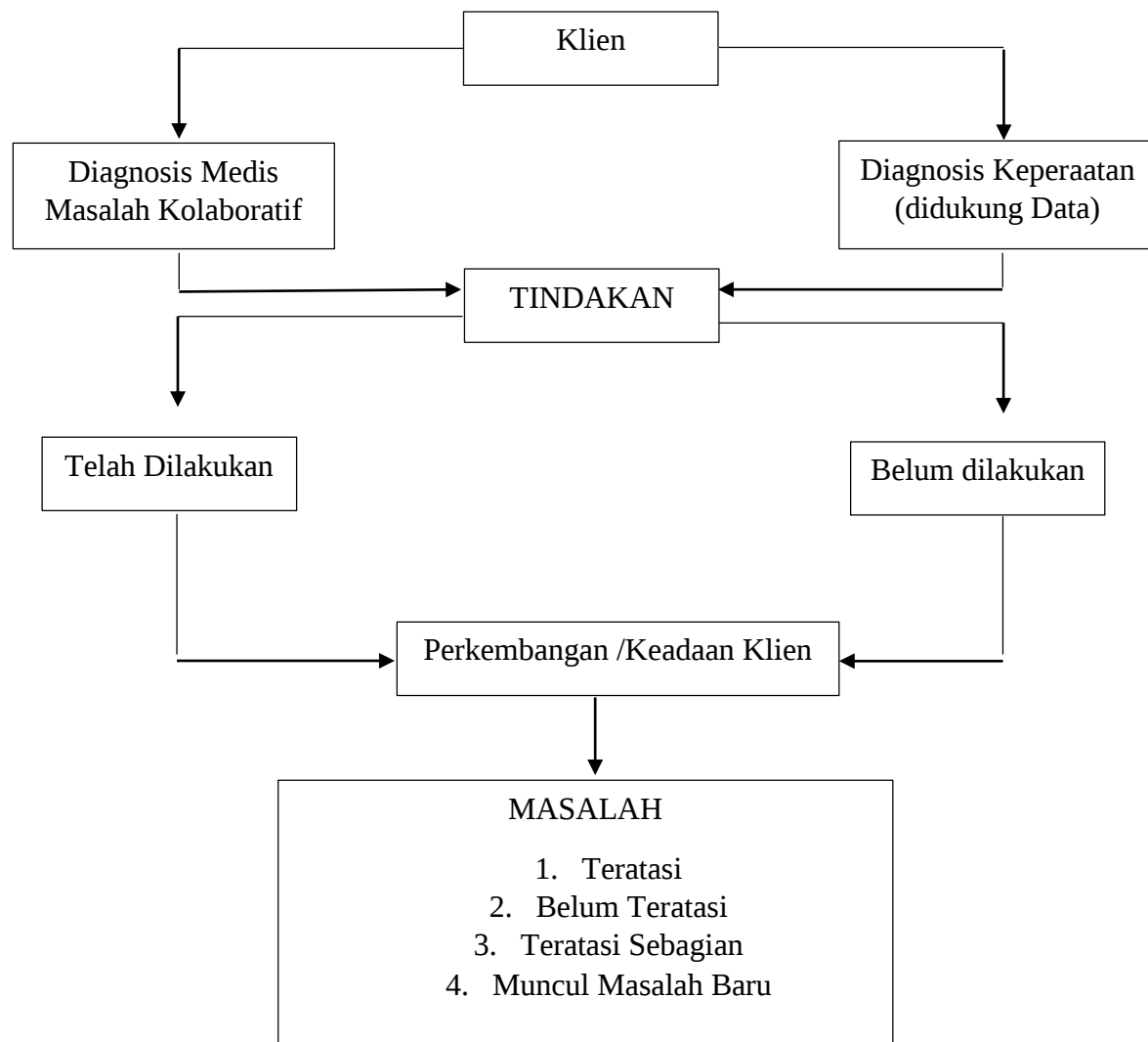
- b. kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan
- c. kepala ruangan membuka acara *handover*
- d. perawat yang mendapat *handover* dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab, dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah disampaikan dan berhak menanyakan hal-hal yang kurang jelas
- e. kepala ruangan atau perawat primer menanyakan kebutuhan dasar klien
- f. penyampaian yang jelas, singkat dan padat
- g. perawat yang melaksanakan *handover* mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan, dan tindakan yang telah/belum dilaksanakan, serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang, sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya.
- h. lama *handover* untuk tiap klien tidak lebih dari 5 menit, kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan keterangan yang rumit.

2.3.3.3 Post *Handover*

Pada tahap *post handover* dilakukan selama 5 menit oleh kepala ruangan, perawat primer atau katim, perawat *associate* di nurse station (Suni A, 2018). Adapun kegiatan pada tahap persiapan antara lain:

- a. diskusi
- b. pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format *handover* yang ditandatangani oleh PP yang jaga saat itu dan PP yang jaga berikutnya, serta diketahui oleh kepala ruang

c. ditutup oleh karu



Skema 2.1 Alur Pelaksanaan *Handover*

2.3.4 Metode dalam *Handover*

2.3.4.1 *Handover* metode Tradisional

Handover dengan metode tradisional Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Kassean dan Jagoo, 2012) disebutkan bahwa operan jaga (*Handover*) yang masih tradisional adalah hanya dilakukan di meja perawat dengan mekanisme:

- a. menggunakan satu arah komunikasi sehingga tidak memungkinkan munculnya pertanyaan atau diskusi.
- b. jika ada pengecekan ke pasien hanya sekedar memastikan kondisi secara umum
- c. tidak ada kontribusi atau *feedback* dari pasien dan keluarga, sehingga proses informasi dibutuhkan oleh pasien terkait status kesehatannya tidak *up to date*

2.3.4.2 *Handover* dengan metode *bedside Handover*

Menurut (Kassean dan Jagoo, 2012) *Handover* yang dilakukan sekarang sudah menggunakan model *bedside Handover* yaitu *Handover* yang dilakukan di samping tempat tidur pasien dengan melibatkan pasien atau keluarga pasien secara langsung untuk mendapatkan *feedback*. Secara umum materi yang disampaikan dalam proses operan jaga baik secara tradisional maupun *bedside Handover* tidak jauh berbeda, hanya pada *Handover* memiliki beberapa kelebihan diantaranya :

- a. mengingatkan keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan terkait kondisi penyakit secara *up to date*

- b. mengingatkan hubungan *caring* dan komunikasi antara pasien dengan perawat.
- c. mengurangi waktu untuk melakukan klarifikasi ulang pada kondisi pasien secara khusus

Bedside Handover juga tetap diperhatikan aspek kerahasiaan pasien jika ada informasi yang ditunda terkait adanya komplikasi penyakit atau persepsi medis yang lain.

2.3.4.3 *Handover* memiliki beberapa metode pelaksanaan diantaranya:

- a. menggunakan *tape recorder*, melakukan perekaman data tentang pasien kemudian diperdengarkan saat jaga selanjutnya datang. Metode itu berupa *one way communication* (komunikasi satu arah) menggunakan komunikasi oral atau *spoken* (lisan) dan melakukan pertukaran informasi dengan berdiskusi.
- b. menggunakan komunikasi tertulis, melakukan pertukaran informasi dengan melihat pada *medical record* (rekam medis) saja atau media tertulis lain. Berbagai metode yang digunakan tersebut masih relevan untuk dilakukan bahkan beberapa rumah sakit menggunakan ketiga metode untuk di kombinasikan.

2.3.5 Dokumentasi *Handover*

Dokumentasi adalah salah satu alat yang sering digunakan dalam komunikasi keperawatan. Hal ini digunakan untuk memvalidasi asuhan keperawatan, sarana komunikasi antar tim kesehatan, dan merupakan dokumen pasien dalam pemberian asuhan keperawatan. Ketrampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga kesehatan lainnya dan menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan akan dikerjakan

oleh perawat. Yang perlu di dokumentasikan dalam timbang terima antara lain

2.3.5.1 Identitas pasien.

2.3.5.2 Dokter yang menangani

2.3.5.3 Kondisi umum pasien saat ini

- a. masalah keperawatan
- b. intervensi yang sudah dilakukan
- c. intervensi yang belum dilakukan
- d. tindakan kolaborasi
- e. rencana umum dan persiapan lain
- f. tanda tangan dan nama terang

2.3.6 Evaluasi *Handover*

Dalam (Suni A, 2018) evaluasi *handover* dapat dilakukan sepanjang proses *handover*, dengan melakukan pemeriksaan pada komponen berikut:

2.3.6.1 Evaluasi Struktur

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

2.3.6.2 Evaluasi Proses

Proses timbang terima dipimpin oleh kepala ruangan dan dilaksanakan oleh seluruh perawat yang bertugas maupun yang akan mengganti *shift*. Perawat primer malam menyerahkan ke perawat primer berikutnya yang akan mengganti *shift*. Timbang

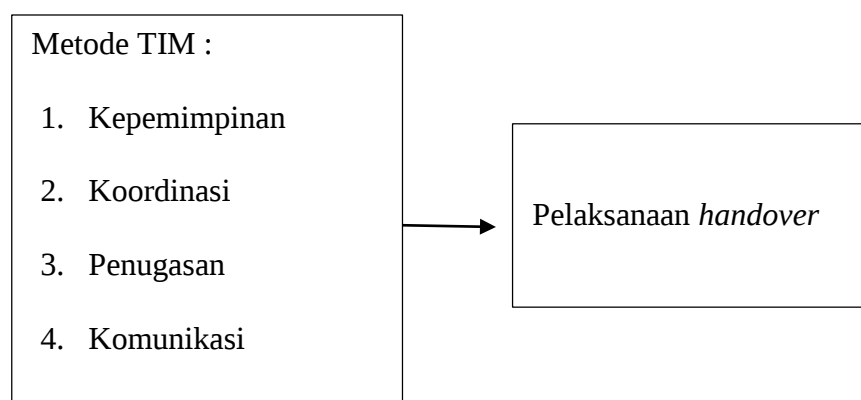
terima pertama dilakukan di *nurse station* kemudian ke *bed* klien dan kembali lagi ke *nurse station*. Isi timbang terima mencakup jumlah klien, masalah keperawatan, intervensi yang sudah dilakukan dan yang belum dilakukan serta pesan khusus bila ada. Setiap klien dilakukan timbang terima tidak lebih dari 5 menit saat klarifikasi ke klien.

2.3.6.3 Evaluasi Hasil

Handover dapat dilaksanakan setiap pergantian *shift*. Setiap perawat dapat mengetahui perkembangan klien. Komunikasi antar perawat berjalan dengan baik.

2.4 Kerangka Teori

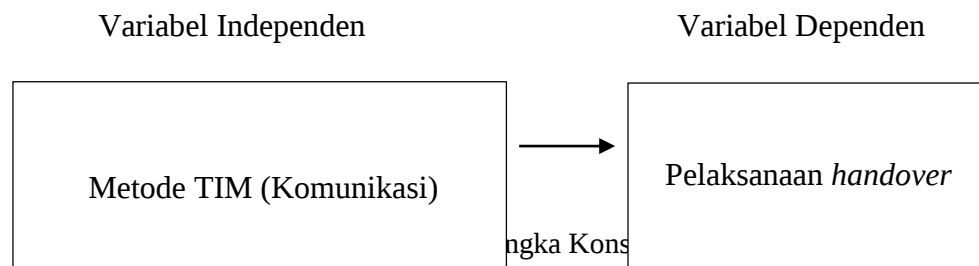
Kerangka teori adalah batasan-batasan teori yang dijadikan atau digunakan sebagai landasan berpikir untuk melaksanakan suatu penelitian atau untuk mengkaji permasalahan (Notoatmojo, 2012). Adapun kerangka teori dalam penelitian ini diuraikan sebagai berikut:



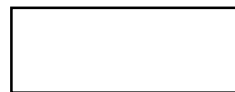
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian

2.5 Kerangka Konsep

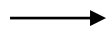
Kerangka konsep penelitian pada dasarnya merupakan kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati dan diukur melalui penelitian-penelitian yang dilakukan (Notoatmojo, 2012). Berikut ini adalah bagan kerangka konsep penelitian yang akan peneliti teliti.



Keterangan :



: Diteliti



: Berhubungan

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada Hubungan Penerapan Metode TIM dengan Pelaksanaan Handover di Ruang Rawat Inap RSUD DR. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin