

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Mutu Pelayanan Keperawatan

a. Pengertian Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu Pelayanan Keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial, dan spriritual pasien (Suarli dan Bahtiar, 2012). Mutu Pelayanan Keperawatan adalah asuhan keperawatan profesional yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu, (Reliability, tangibles, assurance, responsiveness, dan empathy) (Bauk et al, 2013). Mutu Pelayanan Keperawatan merupakan suatu pelayanan yang menggambarkan produk dari pelayanan keperawatan itu sendiri yang meliputi secara biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pada individu sakit maupun yang sehat dan dilakukan sesuai standar keperawatan (Asmuji, 2012).

Berdasarkan pernyataan ketiga teori diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan keperawatan merupakan kegiatan atau upaya pelayanan yang dapat dilakukan secaramandiri atau bersama-sama dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara holistik.

b. Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Triwibowo dalam Nursalam (2013) tujuan mutu pelayanan keperawatan terdapat 5 tahap yaitu :

- 1) Tahap pertama adalah penyusunan standar atau kriteria. Dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing masing perawat.
- 2) Tahap kedua adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria informasi di sini diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan.
- 3) Tahap ketiga adalah identifikasi sumber informasi. Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyeleksian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri.
- 4) Tahap keempat adalah mengumpulkan dan menganalisa data. Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satu persatu.
- 5) Tahap kelima adalah evaluasi ulang. Di tahap ini berfungsi untuk meminimkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan dan tindakan keperawatan.

c. Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) kualitas mutu keperawatan terdiri atas beberapa faktor yaitu :

- 1) Komunikasi dari mulut ke mulut (*word of mouth communication*), biasanya komunikasi dari mulut ke mulut sering dilakukan oleh masyarakat awam yang telah mendapatkan perawatan dari sebuah instansi. Yang nantinya akan menyebarkan berita positif apabila mereka mendapatkan perlakuan yang baik selama di rawat atau menyampaikan berita negatif tentang mutu pelayanan keperawatan berdasarkan pengalaman yang tidak menyenangkan.
- 2) Kebutuhan pribadi (*personal need*), kebutuhan dari masing-masing pasien bervariasi maka mutu pelayanan keperawatan juga harus menyesuaikan berdasarkan kebutuhan pribadi pasien.
- 3) Pengalaman masa lalu (*past experience*), seorang pasien akan cenderung menilai sesuatu berdasarkan pengalaman yang penuh mereka alami. Di dalam mutu pelayanan keperawatan yang baik akan memberikan pengalaman yang baik kepada setiap pasien, namun sebaliknya jika seseorang pernah mengalami hal kurang baik terhadap mutu pelayanan keperawatan

maka akan melekat sampai dia mendapatkan perawatan kembali di suatu instansi.

- 4) Komunikasi eksternal (*company's external communication*), sebagai pemberi mutu pelayanan keperawatan juga dapat melakukan promosi sehingga pasien akan mempercayai penuh terhadap mutu pelayanan keperawatan di instansi tersebut.

Menurut Triwibowo dalam Nursalam (2013) faktor faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan meliputi 7 kriteria yaitu :

- 1) Mengetahui kemampuan diri, seorang perawat sebelum melakukan sebuah tindakan keperawatan kepada pasien harus mengetahui kelemahan dan kekuatan yang ada pada diri perawat sendiri. Karena introspeksi diri yang baik akan menghasilkan atau meminimalisir kejadian yang tidak diinginkan.
- 2) Meningkatkan kerja sama, perawat harus bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan baik dengan tim medis, teman sejawat perawat dan keluarga pasien.
- 3) Pengetahuan keterampilan masa kini, dimaksudkan agar perawat lebih memiliki pengetahuan yang luas dan berfungsi dalam penyelesaian keluhan pasien dengan cermat dan baik.

- 4) Penyelesaian tugas, perawat merupakan anggota tim medis yang paling dekat dengan pasien. Maka dari itu perawat dituntut untuk mengetahui keluhan pasien dengan mendetail dan melakukan pendokumentasian teliti setelah melakukan asuhan.
- 5) Pertimbangan prioritas keperawatan, seorang perawat harus mampu melakukan penilaian dan tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas utama pasien.
- 6) Evaluasi berkelanjutan, setelah melakukan perencanaan perawat juga harus melakukan evaluasi pasien agar tindakan perawatan berjalan dengan baik, dan perawat mampu melakukan pemantauan evaluasi secara berkelanjutan.

d. Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan

Suatu pelayanan keperawatan dapat dikatakan baik apabila dalam pemenuhan kebutuhan pasien berjalan dengan sesuai. Dari pelayanan yang baik tersebut maka akan menimbulkan budaya penanganan yang baik kepada semua pasien. Dan akan tercapainya tingkat kepuasan pasien pada standar yang setinggi-tingginya.

Mutu pelayanan keperawatan sebagai alat ukur dari kualitas pelayanan keperawatan dan menjadi salah satu faktor penentu citra instansi pelayanan kesehatan di masyarakat. Dikarenakan keperawatan merupakan salah

satu profesi dengan jumlah terbanyak dan yang paling dekat dengan pasien. Mutu pelayanan keperawatannya sendiri dilihat dari kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan puas atau tidak puas (Nursalam, 2011).

Menurut Nursalam (2013) suatu pelayanan keperawatan harus memiliki mutu yang baik dalam pelaksanaannya. Diantaranya adalah:

- 1) *Caring* adalah sikap peduli yang ditunjukkan oleh perawat kepada pasiennya. Perawat akan senantiasa memberikan asuhan dengan sikap yang siap tanggap dan perawat mudah dihubungi pada saat pasien membutuhkan perawatan.
- 2) Kolaborasi adalah tindakan kerja sama antara perawat dengan anggota medis lain, pasien, keluarga pasien, dan tim sejawat keperawatan dalam menyelesaikan prioritas perencanaan pasien. Disini perawat juga bertanggung jawab penuh dalam kesembuhan dan memotivasi pasien.
- 3) Kecepatan, suatu sikap perawat yang cepat dan tepat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dimana perawat menunjukkan sikap yang tidak acuh tak acuh, tetapi akan memberikan sikap baik kepada pasien.
- 4) Empati adalah sikap yang harus ada pada semua perawat. Perawat akan selalu memperhatikan dan

mendengarkan keluh kesah yang dialami pasien. Tetapi perawat tidak bersikap simpati, sehingga perawat dapat membimbing kepercayaan pasien.

- 5) *Courtesy* adalah sopan santun yang ada pada diri perawat sendiri. Perawat tidak akan cenderung membela satu pihak, tetapi perawat akan bersikap netral kepada siapapun pasien mereka. Perawat juga akan menghargai pendapat pasien, keluarga pasien, dan tim medis lain dalam hal kebaikan dan kemajuan pasien.
- 6) *Sincerity* adalah kejujuran dalam diri perawat. Jujur juga merupakan salah satu kunci keberhasilan perawat dalam hal perawatan kepada pasien. Perawat akan bertanggung jawab atas kesembuhan dan keluhan yang dialami pasien.
- 7) Komunikasi teraupetik merupakan salah satu cara yang paling mudah untuk dilakukan perawat dalam memberikan asuhan. Karena komunikasi teraupetik sendiri merupakan cara efektif agar pasien merasa nyaman dan lebih terbuka dengan perawat.

e. Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan keperawatan adalah kualitas yang berkaitan dengan pemberian perawatan yang harus

tersedia, dapat diterima, menyeluruh, berkelanjutan dan didokumentasikan (Heather, 1962 dalam Budiastuti, 2012).

Pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan (Depkes, 2008).

Kualitas pelayanan keperawatan adalah pelayanan keperawatan yang dilakukan perawat sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan berdasarkan indikator pelayanan keperawatan yang menunjukkan tingkat kemampuan pelayanan keperawatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Kualitas pelayanan keperawatan yang baik berarti pasien mendapat layanan yang cepat, diagnosis dan terapi yang tepat, keramahan yang cukup, pelayanan administrasi yang cepat dan biaya yang terjangkau. Dengan demikian pelayanan yang diberikan adalah untuk memenuhi keinginan pelanggan (Sedarmayanti, 2010).

f. Dimensi Mutu Pelayanan Keperawatan

Lebih jelasnya dapat diuraikan mengenai bentuk bentuk aplikasi kualitas layanan dengan menerapkan konsep

“RATER” yang dikemukakan oleh Parasuraman, (2001;32) dalam Nursalam, (2015) sebagai berikut :

1) *Responsiveness* (Ketanggapan)

Suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsive*) dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan. Menurut Tjiptono (2012) berkenaan dengan kesediaan dan kemampuan penyedia layanan untuk membantu para pelanggan dan merespon permintaan mereka dengan segera.

Setiap pegawai dalam memberikan bentuk-bentuk pelayanan, mengutamakan aspek pelayanan yang sangat mempengaruhi perilaku orang yang mendapatkan pelayanan, sehingga diperlukan kemampuan daya tanggap dari pegawai untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Menurut Kotler dalam Fandy Tjiptono (2016) daya tanggap (*responsiveness*), yaitu kemauan dari pegawai untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat serta mendengar dan mengatasi keluhan pelanggan. Dengan cara keinginan para pegawai dalam

membantu memberikan pelayanan dengan tanggap, kemampuan memberikan pelayanan dengan cepat dan benar, kesigapan para pegawai untuk ramah pada setiap pelanggan, kesigapan para pegawai untuk bekerja sama dengan pelanggan.

Dalam Hardiyansyah (2011) untuk dimensi *responsiveness* (respon/tanggapan), terdiri atas indikator :

- a) Merespon setiap pelanggan/pemohon yang ingin mendapatkan pelayanan
- b) Petugas/aparatur melakukan pelayanan dengan cepat
- c) Petugas/aparatur melakukan pelayanan dengan tepat
- d) Petugas/aparatur melakukan pelayanan dengan cermat
- e) Petugas/aparatur melakukan pelayanan dengan waktu yang tepat
- f) Semua keluhan pelanggan direspon oleh petugas

g. Peningkatan Mutu

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan

pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit.

Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan.

Rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik. Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan. Pendekatan ini mencakup :

- 1) Setiap unit terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 2) Rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakan, dan validasi datanya.
- 3) Menggunakan data secara efektif dan fokus pada tolok ukur program.
- 4) Bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan.

- 5) Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik, Direktur Rumah Sakit, para kepala bidang/divisi, serta kepala unit dan departemen di rumah sakit.
- 6) Wajib mendorong pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP).
- 7) Berupaya mendorong pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*).
- 8) Secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi.
- 9) Menggunakan data agar fokus kepada prioritas isu.
- 10) Berupaya menunjukkan perbaikan yang berkelanjutan.

Mutu dan keselamatan sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan seperti staf klinis melakukan asesmen kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan. Standar PMKP ini membantu mereka untuk memahami bagaimana melakukan peningkatan nyata dalam memberikan asuhan pasien dan menurunkan risiko. Demikian pula staf nonklinis dapat memasukkan standar dalam pekerjaan sehari-hari mereka untuk memahami bagaimana suatu proses dapat lebih efisien, sumber daya dapat digunakan dengan lebih bijaksana, dan risiko fisik dapat dikurangi.

Standar PMKP ini mempunyai kegiatan dengan spektrum yang sangat luas pada rumah sakit termasuk kerangka untuk meningkatkan kegiatan dan menurunkan risiko yang terkait dengan munculnya variasi (ketidakseragaman) dalam proses pelayanan. Dengan demikian, kerangka yang ada dalam standar ini sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu serta keselamatan pasien.

Kerangka standar ini juga dapat terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan seperti hal-hal yang terkait dengan kejadian yang tidak diantisipasi (manajemen risiko) dan pemanfaatan sumberdaya (manajemen utilisasi). Seiring berjalannya waktu maka rumah sakit yang mengikuti kerangka ini akan mengembangkan dukungan Direktur dan Kepala Bidang/Divisi serta Kepala Unit/Instalasi pelayanan terhadap program keseluruhan rumah sakit :

- 1) Melatih dan melibatkan lebih banyak staf.
- 2) Menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur dan dievaluasi.
- 3) Membuat keputusan berdasar atas pengukuran data.

- 4) Melakukan perbaikan berdasar atas perbandingan dengan rumah sakit lainnya, baik nasional dan internasional.

Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah :

- 1) Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 2) Pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu.
- 3) Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
- 4) Pencapaian dan mempertahankan perbaikan.
- 5) Manajemen risiko.

2. Kinerja Perawat

a. Pengertian

Kinerja adalah singkatan dari energi kerja, dalam bahasa Inggris adalah *performance*. Pengertian kinerja adalah hasil atau keluaran yang dihasilkan oleh fungsi-fungsi atau indikator-indikator suatu pekerjaan atau suatu profesi dalam kurun waktu tertentu (Kurniadi, 2013).

Menurut Sutrisno (2016) dalam Aditya Satria Nanda (2017), Kinerja adalah kesuksesan seseorang dalam melaksanakan tugas, hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-

masing atau tentang bagaimana seseorang diharapkan dapat berfungsi dan berperilaku sesuai dengan tugas yang telah dibebankan kepadanya serta kuantitas dan waktu yang digunakan dalam menjalankan tugas.

Robbins S (1996) dalam Nursalam (2018), mendefinisikan kinerja sebagai fungsi interaksi antara kemampuan, motivasi dan kesempatan. Jadi kinerja merupakan gambaran pencapaian pelaksanaan (*achievement*) suatu program kegiatan perencanaan strategi dan operasional organisasi (*efforts*) oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi baik secara kuantitas dan kualitas, sesuai dengan kewenangan dan tugas tanggung jawabnya, legal dan tidak melanggar hukum, etika dan moral. Kinerja sendiri merupakan penjabaran visi, misi, tujuan dan strategi organisasi.

b. Pengertian Perawat

Perawat adalah seorang yang memberikan jasanya kepada pasien, keluarga pasien, dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Perawat sebagai petugas yang selalu berhubungan dengan pasien harus memiliki banyak keterampilan, salah satunya adalah keterampilan interpersonal yaitu keterampilan dalam komunikasi dengan pasien, komunikasi adalah proses kompleks yang

melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya.

Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, mencegah terjadinya masalah illegal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Nugroho & Aryati, 2013 dalam Chichi Hafifa Transyah dkk, 2018).

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan di rumah sakit memegang peranan penting dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Keberhasilan pelayanan kesehatan bergantung pada partisipasi perawat dalam memberikan perawatan yang berkualitas bagi pasien. (Potter & Perry, 2005 dalam Abdul Hakim dkk, 2014)

c. Pengertian Kinerja Perawat

Menurut Sulistyowati (2012), penilaian kinerja perawat harus dilakukan sesuai dengan tingkat ilmu dan kompetensi yang dimiliki dengan mengacu pada standar praktek keperawatan dimana hasil dari penilaian kinerja disesuaikan dengan visi dari rumah sakit yang berdampak pada kinerja rumah sakit.

Kinerja perawat berfungsi sebagai tolak ukur pelayanan kesehatan maka perlu untuk mengkaji tentang kinerja guna

mempertahankan bahkan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang sehat maupun sakit (Mulyono dkk, 2013 dalam Glady dkk, 2018).

Kinerja keperawatan adalah prestasi kerja yang ditunjukkan oleh perawat pelaksana dalam melaksanakan tugas dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga menghasilkan output yang baik kepada customer (organisasi, klien, perawat itu sendiri) dalam kurun waktu tertentu. Tanda-tanda kinerja perawat yang baik adalah tingkat kepuasan klien dan perawat tinggi, *zero complaint* dari pelanggan (Kurniadi, 2013).

Menurut Nursalam (2014), jika kinerja perawat sebagai pemberi layanan melebihi harapan pasien sebagai penerima layanan keperawatan, berarti pelayanan yang diberikan perawat sudah sesuai dengan yang diharapkan pasien.

d. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Kurniadi (2013), ada tiga hal yang mempengaruhi kinerja yaitu faktor individu, organisasi, dan psikologis.

1) Faktor Individu

Faktor individu adalah faktor internal dalam diri pekerja, termasuk dalam faktor ini adalah yang dibawa sejak lahir dan faktor yang didapat saat tumbuh kembang.

Faktor-faktor bawaan seperti sifat pribadi, bakat, juga kondisi jasmani dan faktor kejiwaan. Sementara itu, beberapa faktor yang didapat seperti pengetahuan, etos kerja, keterampilan dan pengalaman kerja. Faktor internal pegawai inilah yang nantinya besar pengaruhnya terhadap penentuan kinerja pegawai.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis meliputi sikap, kepribadian, belajar motivasi dan persepsi pegawai terhadap pekerjaannya. Faktor ini merupakan peristiwa, situasi atau keadaan di lingkungan luar institusi yang berpengaruh kepada kinerja pegawai.

3) Faktor organisasi

Dukungan organisasi sangat diperlukan oleh pegawai dalam melaksanakan tugasnya, hal ini sangat berpengaruh terhadap kinerja pegawai. Seperti halnya juga sistem penghargaan dan suasana kerja institusi yang buruk, maka dapat diasumsikan bahwa kinerja pegawai pun menjadi tidak baik. Selain faktor tersebut, faktor organisasi lainnya yang berhubungan dengan kinerja adalah strategi, dukungan sumber daya, dan sistem manajemen serta kompensasi.

Faktor-faktor dalam dan luar organisasi ini bersinergi dalam mempengaruhi suasana dan perilaku

pegawai dalam bekerja, kemudian mempengaruhi kinerja pegawai, yang kemudian situasi ini sangat menentukan kinerja pegawai dalam menyelesaikan pekerjaannya, untuk mencapai sasaran kerja yang diamanatkan (Kurniadi, 2013).

e. Penilaian Kinerja Perawat

Pada umumnya untuk mengetahui seberapa jauh kinerja individu, tim, maupun organisasi telah mencapai kemajuan maka dapat dilakukan penilaian atau *appraisal*. Penilaian kinerja sesungguhnya merupakan penilaian atas perilaku manusia dalam melaksanakan peran yang mereka mainkan di dalam organisasi (Wibowo, 2016).

Menurut Fried dan Follter (2008 dalam Yulistina Rudianti dkk, 2013) menyebutkan penilaian kinerja merupakan unsur kunci dari pelaksanaan manajemen. Hasil penilaian individu dapat memberikan gambaran pelaksanaan sistem manajemen oleh suatu organisasi untuk mencapai tujuan organisasi, salah satunya adalah organisasi rumah sakit.

Penilaian kinerja perawat merupakan proses kontrol kualitas pelayanan komunikasi dalam pelayanan keperawatan diperlukan sebagai pertimbangan untuk perbaikan kualitas pelayanan keperawatan agar tetap

optimal (Swansburg, 1999 dalam Yulistina Rudianti dkk, 2013)

Menurut Nursalam (2011), proses kegiatan penilaian kerja terdiri dari :

- 1) Merumuskan tanggung jawab dan tugas yang harus dicapai oleh staf keperawatan, rumusan tersebut telah disepakati oleh atasannya sehingga langkah perumusan tersebut dapat memberikan kontribusi berupa hasil.
- 2) Menyepakati sasaran kerja dalam hasil yang harus dicapai oleh karyawan dalam kurun waktu tertentu dengan penempatan standar prestasi dan tolak ukur yang telah ditetapkan
- 3) Melakukan monitoring, koreksi, dan memberikan kesempatan serta bantuan yang diperlukan oleh stafnya.
- 4) Menilai prestasi kerja staf melalui perbandingan antar prestasi yang dicapai dengan standar yang telah ditetapkan.
- 5) Memberikan umpan baik kepada staf atau karyawan yang dinilai dalam proses pemberian umpan balik ini, atasan dan bawahan perlu membicarakan cara memperbaiki kelemahan yang telah diketahui untuk meningkatkan prestasi pada periode berikutnya.

f. Standar Instrumen Penilaian Kinerja Keperawatan

Standar praktik keperawatan merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien, menurut PPNI (2000, dalam Maria, 2017) menjelaskan 5 standar praktik keperawatan sebagai berikut:

1) Pengkajian Keperawatan

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Kriteria pengkajian keperawatan yaitu :

- a) Pengumpulan data melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
- b) Sumber data yang didapat dari pasien, keluarga pasien atau orang terdekat dengan pasien, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lainnya.
- c) Data yang dikumpulkan digunakan untuk mengidentifikasi :
 - (1) Status kesehatan pasien di masa lalu.
 - (2) Status kesehatan pasien saat ini.
 - (3) Status biologis-psikologis-sosio-spiritual.
 - (4) Respon terhadap terapi.

(5) Harapan terhadap tingkat kesehatan optimal.

(6) Risiko risiko tinggi.

2) Diagnosis Keperawatan

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Kriteria prosesnya adalah sebagai berikut;

- a) Proses diagnosis yang terdiri dari analisis, interpretasi data, indentifikasi masalah pasien, dan perumusan diagnosis keperawatan.
- b) Diagnosis keperawatan yang terdiri dari masalah (P), penyebab (E), dan tanda atau gejala (S), atau dapat berupa masalah dan penyebab (PE).
- c) Kerja sama dengan pasien dan petugas kesehatan lain untuk melakukan validasi diagnosis keperawatan.
- d) Pengkajian ulang dan revisi terhadap diagnosis berdasarkan data terbaru.

3) Perencanaan Keperawatan

Perawat menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Kriteria prosesnya adalah :

- a) Perencanaan yang terdiri dari penetapan prioritas masalah tujuan, dan rencana tindakan keperawatan.

- b) Kerja sama dengan pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.
- c) Perencanaan yang bersifat individual, sesuai dengan kondisi atau kebutuhan pasien.
- d) Dokumentasi rencana keperawatan.

4) Implementasi

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.

Kriteria pengkajian meliputi :

- a) Kerja sama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- b) Kolaborasi dengan tim kesehatan lain.
- c) Tindakan keperawatan untuk menjaga kesehatan pasien.
- d) Pendidikan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai konsep keterampilan asuhan diri, serta bantuan modifikasi lingkungan yang digunakan pasien.
- e) Pengkajian ulang dan revisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien.

5) Evaluasi Keperawatan

Perawat mengevaluasi kemajuan pasien terhadap tindakan keperawatan, serta merevisi data dasar dan perencanaan. Kriteria pengkajian antara lain :

- a) Penyusunan rencana evaluasi hasil berdasarkan intervensi secara komprehensif, tepat waktu, dan berkelanjutan.
- b) Penggunaan data dasar dan respon pasien untuk mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan.
- c) Validasi dan analisis data baru menggunakan data rekan sejawat.
- d) Kerja sama dengan keluarga pasien untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- e) Dokumentasi hasil evaluasi dan modifikasi rencana.

3. Asuhan Keperawatan

a. Pengertian Asuhan Keperawatan

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dinyatakan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014).

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem klien di sarana atau 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 (PPNI, 2013).

Asuhan keperawatan yang bermutu adalah pelayanan keperawatan yang dapat memuaskan pasien (Asmuji, 2012 dalam jurnal Krisnawati dkk, 2017). Dengan semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan dan tuntutan perkembangan IPTEK, maka metode sistem pemberian asuhan keperawatan harus efektif dan efisien (Nursalam, 2013).

Model ilmu keperawatan dari adaptasi Roy memberikan pedoman kepada perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. (Nursalam, 2008 dalam buku Nursalam 2017).

1) Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data primer dan sekunder terfokus tentang status kesehatan pasien di rumah sakit secara sistematis, akurat, dan berkesinambungan (Depkes, 2010 dalam Tilman, dkk. 2019).

Pengkajian pertama meliputi pengumpulan data tentang perilaku klien sebagai suatu sistem adaptif yang berhubungan dengan masing-masing model adaptasi : fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan ketergantungan. Oleh karena itu, pengkajian pertama diartikan sebagai pengkajian perilaku, yaitu pengkajian terhadap masing-masing model adaptasi secara sistematis dan holistik. Pelaksanaan pengkajian dan pencatatan pada 4 model adaptif tersebut akan memberikan gambaran keadaan klien kepada tim kesehatan lainnya.

Setelah pengkajian pertama, perawat menganalisis pola perubahan perilaku klien tentang ketidakefektifan respons (maladaptif), perawat melaksanakan pengkajian tahap kedua. Pada tahap ini perawat mengumpulkan data tentang stimulus fokal, kontekstual dan residual yang berdampak terhadap klien. Proses ini bertujuan untuk mengklarifikasi penyebab dari masalah

dan mengidentifikasi faktor kontekstual dan residual yang sesuai. Menurut Martinez, faktor yang mempengaruhi respons adaptif meliputi genetik, jenis kelamin, tahap perkembangan, obat-obatan, alkohol, merokok, konsep diri, fungsi peran, ketergantungan dan pola interaksi sosial, mekanisme koping, dan gaya, stres fisik dan emosi, budaya serta lingkungan fisik (Nursalam, 2017).

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis perawat tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan aktual maupun resiko yang mengancam jiwa (Depkes, 2011 dalam Tilman dkk, 2019). Diagnosis keperawatan adalah respons individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar (lingkungan). Sifat diagnosis keperawatan menurut Nursalam (2001 dalam Nursalam, 2017) :

- a) Berorientasi terhadap kebutuhan dasar manusia.
- b) Menggambarkan respons individu terhadap proses, kondisi dan situasi sakit.
- c) Berubah jika respons individu juga berubah.

Unsur dalam diagnosis keperawatan meliputi *problem* atau respon (P); etiologi (E); dan *signs* atau

symptom (S), dengan rumus diagnosis = P + E + S.

Diagnosis keperawatan dan diagnosis medis mempunyai beberapa perbedaan seperti yang tertera dibawah ini :

a) Diagnosis Medis

- (1) Fokus: faktor-faktor pengobatan penyakit.
- (2) Orientasi: keadaan patologis.
- (3) Cenderung tetap mulai masuk sampai pulang.
- (4) Mengarah tindakan medis (pengobatan) yang sebagian dilimpahkan kepada perawat.
- (5) Diagnosis medis melengkapi diagnosis keperawatan.

b) Diagnosis Keperawatan

- (1) Fokus: respons klien, tindakan medis dan faktor lain.
- (2) Orientasi: kebutuhan dasar manusia.
- (3) Berubah sesuai perubahan respons klien.
- (4) Mengarah pada fungsi mandiri perawat.
- (5) Diagnosis keperawatan melengkapi diagnosis medis.

3) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan mengubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual. Pelaksanaannya juga ditujukan kepada kemampuan klien dalam menggunakan coping secara luas, supaya stimulus secara keseluruhan dapat terjadi pada klien. (Nursalam, 2017).

Tujuan intervensi keperawatan adalah mencapai kondisi yang optimal dengan menggunakan coping yang konstruktif. Tujuan jangka panjang harus dapat menggambarkan penyelesaian masalah adaptif dan ketersediaan energi untuk memenuhi kebutuhan tersebut (mempertahankan, pertumbuhan dan reproduksi). Tujuan jangka pendek mengidentifikasi harapan perilaku klien setelah manipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual (Nursalam, 2017).

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, melakukan tindakan keperawatan mengacu pada standar prosedur

operasional yang telah ditentukan sesuai dengan tingkat kegawatan pasien, berdasarkan prioritas tindakan. (Depkes, 2011 dalam Tilman, dkk, 2019)

5) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui hasil dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui hasil yang diharapkan telah tercapai atau belum. Hasil akan dicapai jika semua kegiatan proses asuhan keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi dilakukan dengan benar dan tepat. (Tilman, dkk. 2019).

B. Penelitian Terkait

Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Khamida dan Mastiah (2015)

Penelitian tersebut tentang Jenis penelitian ini menggunakan metode survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh pasien yang dirawat di ruang Multazam Rumah Sakit Islam Surabaya. Pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling*. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian pasien yang dirawat di ruang Multazam Rumah Sakit Islam Surabaya sebesar 39 responden.

Hasil penelitian menunjukkan, dari 39 reponden sebagian besar (51,3%) pasien menyatakan kinerja perawat kurang baik dan sebagian besar (56,4%) pasien menyatakan tidak puas. Berdasarkan hasil analisis uji *Chi-Square* menyatakan ada hubungan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan kepuasan pasien rawat inap diruang Multazam Rumah Sakit Islam Surabaya (ρ -Value=0,038).

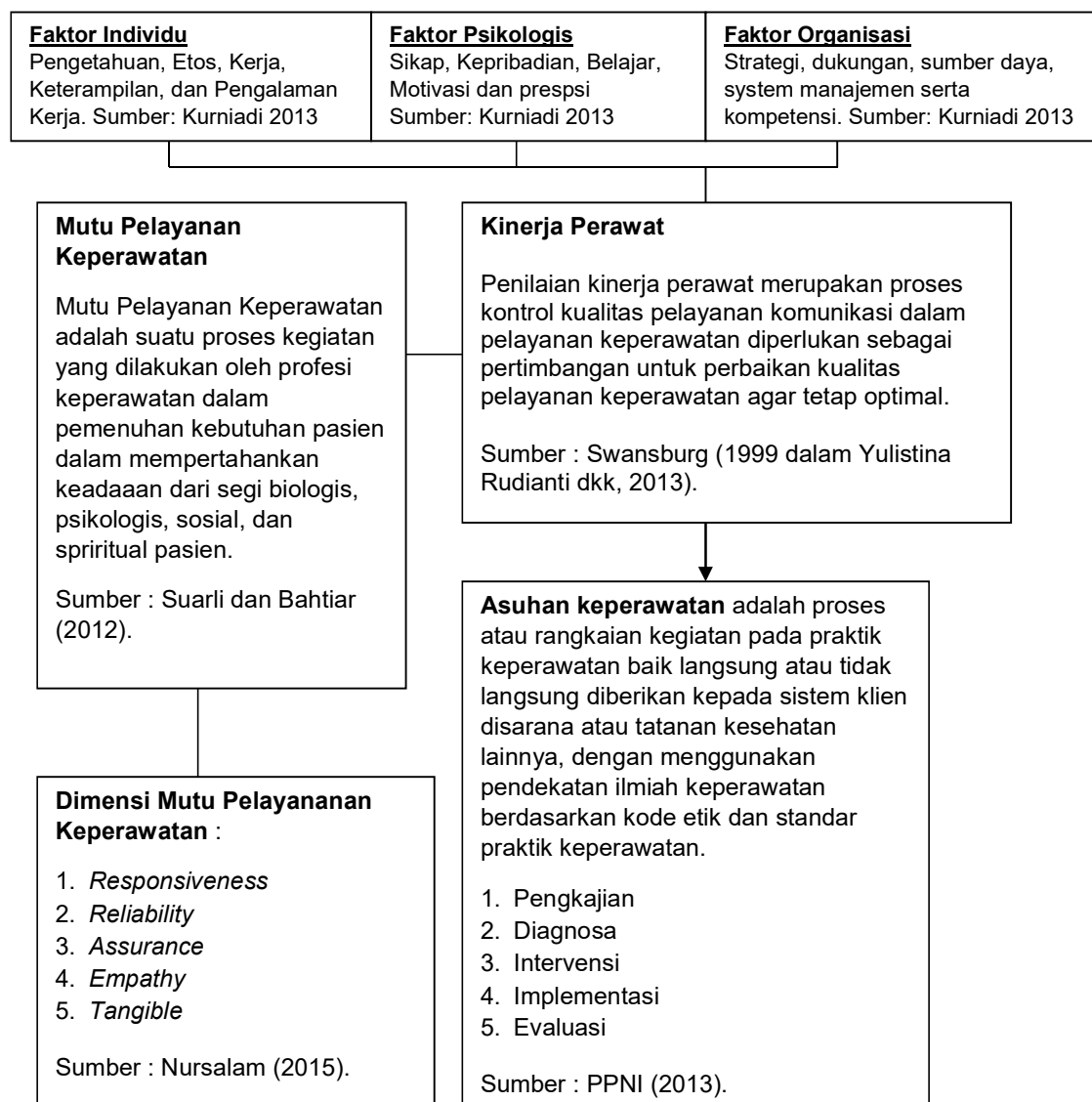
2. Ajenk Saprilla Nanda (2018)

Penelitian tersebut tentang “Pengaruh Responsiveness Perawat Dalam Praktik Komunikasi Terapeutik Terhadap Kepuasan Pasien Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Surabaya”. Analisis data terdiri dari 3 tahap analisis yaitu analisis deskriptif yang dilakukan untuk mendeskripsikan faktor terkait karakteristik individu, analisis kedua yaitu analisis inferensial yang dilakukan karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen sehingga dilakukan analisis uji statistik. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan pada Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Surabaya pada tahun 2017. Sampel yang didapatkan dengan menggunakan teknik *simple random sampling* adalah sejumlah 69 pasien sesuai dengan kriteria inklusi.

Dari hasil penelitian didapatkan sebanyak 17,39% responden menyatakan responsiveness atau daya tanggap perawat di rumah sakit umum Haji Surabaya masih kurang. Berdasarkan hasil uji statistik pengaruh responsiveness perawat terhadap kepuasan pasien menunjukkan nilai signifikan (p) adalah sebesar 0,032 sehingga lebih kecil dari $\alpha = 0,05$.

C. Kerangka Teori

Menurut Donsu (2017), kerangka yang diperoleh atas dasar pemikiran teori akan dipergunakan sebagai peneliti. Dasar teori melalui buku, jurnal atau sumber data lainnya. Dalam bentuk kerangka teori tidak selalu berupa kalimat, bisa juga berupa diagram maupun tabel.

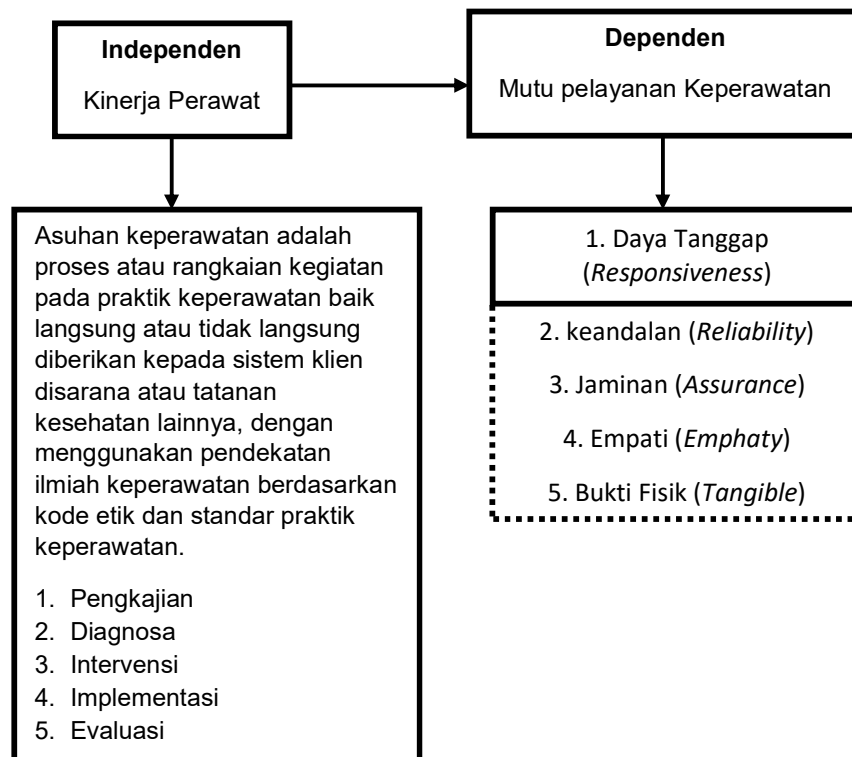


Tabel 2.1 Kerangka Teori Penelitian

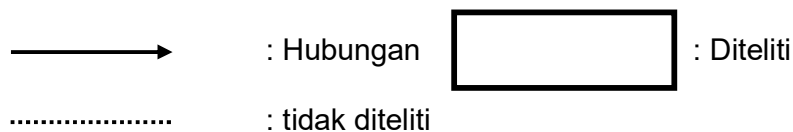
D. Kerangka Konsep

Kerangka berpikir yang baik, mampu menjelaskan secara runtut dan teoritis. Hal penting dalam poin ini adalah menghubungkan antara variabel independen dan variabel dependen (Donsu, 2017).

Tabel 2.2 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :



E. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Nursalam, 2017). Berdasarkan bentuk rumusannya, hipotesis digolongkan menjadi dua yakni hipotesa alternative (H_a) yang menyatakan ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dan hipotesa nol (H_0) yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

Berdasarkan kerangka konsep di atas maka hipotesis penelitian ini adalah :

1. Hipotesa Alternative (H_a)
 - a. Ada hubungan kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap daya tanggap pelayanan keperawatan pasien di RSIA Qurrata A'yun Samarinda.
2. Hipotesa Nol (H_0)
 - a. Tidak ada hubungan kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap daya tanggap pelayanan keperawatan pasien di RSIA Qurrata A'yun Samarinda.