

BERBAGAI METODE PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN

✓
Tgl Menerima : 9-00-04
Revisi/Sumbangan : Sumb Dose
Nomor Induk : 122/04
Klasifikasi : MA 207 Per 04 B

Oleh

DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Juli, 2004

BERBAGAI METODE PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh : DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc

Terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu metode kasus (total), metode fungsional, metode tim, dan metode keperawatan primer (Gillies, 1989). Akhir-akhir ini terdapat metode pemberian asuhan *differentiated practice* dan *manajemen kasus* (Loveridge and Cummings, 1996; Marquis and Huston, 2000).

A. Metode kasus

Metode kasus merupakan metode pemberian asuhan yang pertama digunakan. Sampai Perang Dunia II metode tersebut merupakan metode pemberian asuhan keperawatan yang paling banyak digunakan. Pada metode itu satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat itu dan kompleksnya kebutuhan klien.

Setelah Perang Dunia II, jumlah pendidikan keperawatan dari berbagai jenis program meningkat dan banyak lulusan berkerja di rumah sakit. Agar pemanfaatan tenaga yang bervariasi tersebut dapat maksimal dan juga tuntutan peran yang diharapkan dari perawat agar sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran, metode fungsional perlu dikembangkan.

B. Metode Fungsional

Pada metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien di suatu ruangan. Seorang perawat dapat bertanggung jawab dalam pemberian obat, mengganti balutan, memonitor infus dll. Prioritas utama yang dikerjakan ialah kebutuhan fisik dan kurang menekankan pada pemenuhan kebutuhan secara holistik. Mutu asuhan sering terabaikan karena pemberian asuhan terfragmentasi. Komunikasi antarperawat sangat terbatas sehingga tidak ada satu perawat yang

mengetahui tentang satu klien secara komprehensif, kecuali mungkin kepala ruangan. Keterbatasan itu sering menyebabkan klien kurang puas dengan layanan atau asuhan yang diberikan karena seringkali klien tidak mendapat jawaban yang tepat tentang hal-hal yang ditanyakan. Klien kurang merasakan adanya hubungan saling percaya dengan perawat.

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

Setelah bertahun-tahun menggunakan metode fungsional, beberapa perawat pemimpin (*nurse leader*) mulai mempertanyakan keefektifan metode tersebut dalam memberikan asuhan profesional. Di samping itu, karena pemberian asuhan keperawatan dilakukan oleh beberapa jenis tenaga keperawatan, diperlukan adanya supervisi yang adekuat dan akhirnya, pada tahun 1950 metode tim digunakan.

C. Metode Tim

Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Douglas, 1984). Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga pada perawat timbul motivasi dan rasa tanggung jawab yang tinggi. Dengan demikian, diharapkan mutu asuhan keperawatan meningkat. Menurut Kron and Gray (1987), pelaksanaan metode tim harus berlandaskan konsep berikut

1. Ketua tim, sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang prioritas

perencanaan, supervisi dan evaluasi asuhan keperawatan. Pelaksanaan konsep tim sangat bergantung pada filosofi ketua tim, yakni apakah berorientasi pada tugas atau pada klien. Tanggung jawab ketua tim adalah:

- a. mengkaji setiap klien dan menetapkan renpra;
 - b. mengkoordinasikan renpra dengan tindakan medis;
 - c. membagi tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota kelompok dan memberikan bimbingan melalui konferensi;
 - d. mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan dan hasil yang dicapai serta mendokumentasikannya
2. Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas renpra terjamin. Terdapat komunikasi yang terbuka melalui berbagai cara, terutama melalui rencana keperawatan tertulis yang merupakan pedoman pelaksanaan asuhan, supervisi, dan evaluasi.
 3. Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. Ketua tim membantu anggotanya untuk memahami dan melakukan tugas sesuai dengan kemampuan mereka
 4. Peran kepala ruangan penting dalam metode tim. Metode tim akan berhasil baik apabila didukung oleh kepala ruangan. Untuk itu, kepala ruangan diharapkan telah:
 - a. menetapkan standar kinerja yang diharapkan dari staf;
 - b. membantu staf menetapkan sasaran dari unit / ruangan;
 - c. memberi kesempatan pada ketua tim untuk pengembangan kepemimpinan;
 - d. mengorientasikan tenaga yang baru tentang fungsi metode tim keperawatan;
 - e. menjadi narasumber bagi ketua tim;
 - f. mendorong staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan;
 - g. menciptakan iklim komunikasi yang terbuka.

Hasil penelitian Lambertson dalam Douglas (1984) menunjukkan bahwa metode tim jika dilakukan dengan benar merupakan metode pemberian asuhan yang tepat untuk meningkatkan pemanfaatan tenaga keperawatan yang bervariasi kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan. Namun, pada metode itu kesinambungan asuhan

keperawatan belum optimal sehingga para pakar mengembangkan metode keperawatan primer.

D. Metode Keperawatan Primer

Menurut Gillies (1989) *Primary nursing is a method of nursing care delivery that is characterized by a strong and continuing bond between the patient and one particular nurse who is responsible for planning, administering and coordinating the patient's nursing care through out an entire episode illness.* Pada metode itu perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (*primary nurse*) yang disingkat dengan PP. Metode keperawatan primer dikenal dengan ciri 5a dan 5c, yaitu akuntabilitas (*accountability*), otonomi (*autonomy*), otoritas (*authority*), advokasi (*advocacy*), ketegasan (*assertiveness*), dan kontinuitas (*continuity*), komunikasi (*communication*), kolaborasi (*collaboration*), koordinasi (*coordination*), komitmen (*commitment*) (Webb and Pontin, 1996). Pada metode keperawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan dan perawatan bersifat komprehensif serta dapat dipertanggungjawabkan. Setiap PP biasanya merawat 4-6 klien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama klien itu dirawat di rumah sakit atau di suatu unit. Perawat akan melakukan wawancara, mengkaji secara komprehensif, dan merencanakan asuhan keperawatan. Dialah perawat yang paling mengetahui keadaan klien dengan sebaik-baiknya. Demikian juga klien, keluarga, staf medis, dan staf keperawatan akan mengetahui bahwa klien tertentu merupakan tanggung jawab PP tertentu.

PP bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan juga akan membuat rencana pulang klien jika diperlukan. Jika PP sedang tidak bertugas, kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (*associate nurse*). PP bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan klien dan menginformasikan keadaan klien kepada kepala ruangan, dokter, dan staf keperawatan. Seorang PP bukan hanya mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan, tetapi juga mempunyai kewenangan untuk melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik, mengadakan kunjungan rumah dan lain-lain. Dengan diberikannya

kewenangan tersebut, dituntut akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil pelayanan yang diberikan. Metode keperawatan primer memberikan beberapa keuntungan terhadap, klien, perawat, dokter, dan rumah sakit. (Gillies, 1989).

Keuntungan yang dirasakan klien ialah mereka dimanusiakan karena terpenuhi kebutuhannya secara individu, asuhan keperawatan bermutu tinggi dan tercapai pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi, dan advokasi. Metode itu dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan karena:

1. hanya ada satu perawat yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan koordinasi asuhan keperawatan;
2. jangkauan observasi setiap perawat hanya 4 - 6 klien;
3. PP bertanggung jawab selama 24 jam;
4. rencana pulang klien dapat diberikan lebih awal;
5. rencana keperawatan dan rencana medik dapat berjalan paralel.

Keuntungan yang dirasakan oleh PP ialah memungkinkan pengembangan diri melalui penerapan ilmu pengetahuan. Hal itu dimungkinkan karena adanya otonomi dalam membuat keputusan tentang asuhan keperawatan klien. Staf medis juga merasakan kepuasannya dengan metode itu karena senantiasa informasi tentang kondisi klien selalu mutakhir dan komprehensif serta informasi dapat diperoleh dari satu perawat yang benar-benar mengetahui keadaan kliennya. Keuntungan yang diperoleh oleh rumah sakit ialah rumah sakit tidak harus memperkerjakan terlalu banyak tenaga keperawatan, tetapi harus perawat bermutu tinggi. Di samping itu, Huber (1996) menjelaskan bahwa pada keperawatan primer dengan asuhan berfokus pada kebutuhan klien, terdapat otonomi perawat dan kesinambungan asuhan tinggi. Hasil penelitian Gardner (1991) dan Lee (1993) dalam Huber (1996) mengatakan bahwa mutu asuhan keperawatan lebih tinggi dengan keperawatan primer daripada dengan metode tim.

Dalam menetapkan seseorang menjadi PP perlu berhati-hati karena memerlukan beberapa kriteria, yaitu perawat yang menunjukkan kemampuan yang asertif, *self-direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik,

akountabel, bertanggung jawab serta mampu berkolaborasi dengan baik dengan berbagai disiplin. Di negara maju pada umumnya perawat yang ditunjuk sebagai PP ialah seorang spesialis perawat klinis (*clinical nurse specialist*) yang berkualifikasi master keperawatan. Menurut Ellis and Hartley (1995); Kozier, et al (1997), seorang PP bertanggung jawab untuk membuat keputusan yang terkait dengan asuhan keperawatan klien oleh karena itu, kualifikasi kemampuan PP minimal adalah *bachelor in nursing*.

Menurut Cobell (1992) metode keperawatan primer suatu hal yang penting apabila perawat ingin berperan sebagai pembela klien karena metode itu, memungkinkan perawat menumbuhkan hubungan saling percaya dengan baik. Dengan demikian, perawat dapat mempengaruhi klien dalam merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan. Sebagai pembela klien, PP akan menginformasikan hal-hal yang perlu diketahui klien tentang masalahnya sehingga klien dapat membuat keputusan yang tepat bagi dirinya. Jika diperlukan PP akan berperan sebagai pembela klien terhadap birokrasi rumah sakit. Namun, pada perkembangannya, kadang-kadang PP kurang mampu melakukan perannya secara baik sehingga esensi keperawatan primer tidak tercapai. Loveridge (1997) menyatakan bahwa pada metode itu PP melakukan semua tugas untuk beberapa klien walaupun tugas tersebut kurang memerlukan analisis yang tinggi. Dengan demikian kemampuan PP tidak dimanfaatkan secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, dikembangkan metode *differentiated practice*.

D. Differentiated Practice

National League for Nursing (NLN) dalam Kozier, et al (1995), menjelaskan bahwa *differentiated practice* merupakan suatu pendekatan yang bertujuan menjamin mutu asuhan melalui pemanfaatan sumber-sumber keperawatan yang tepat. Terdapat dua model yaitu model kompetensi (*competency model*) dan model pendidikan (*educational model*). Pada model kompetensi, perawat terdaftar (*registered nurse*) diberi tugas berdasarkan tanggung jawab dan struktur peran yang sesuai dengan kemampuannya. Kemampuan dapat diukur melalui keterampilan, pengetahuan, dan sikap. Untuk itu, perlu dikembangkan alat ukur kemampuan yang didemonstrasikan kepada setiap perawat terdaftar. Model itu didasarkan pada lima tingkat praktik, yaitu : orang baru (*novice*),

pemula maju (*advanced beginner*), mampu (*competent*), cakap (*proficient*), dan ahli (*expert*) (Benner dalam Marquis & Huston, 2000). Pada model pendidikan, penetapan tugas keperawatan didasarkan pada tingkat pendidikan perawat.

Menurut Cydelotte dalam Kozier, et al (1997), pemanfaatan beberapa jenis tenaga keperawatan dapat menguntungkan berbagai pihak. Perbedaan pendidikan perawat akan menetapkan apa yang menjadi tanggung jawab setiap perawat dan bagaimana hubungan antart tenaga tersebut diatur. Dengan demikian, pada masa yang akan datang pemanfaatan berbagai jenis tenaga itu menjadi penting. Pembagian tanggung jawab yang berbeda-beda itu perlu dilakukan sehingga perawat dengan latar belakang pendidikan yang berbeda akan dinilai berdasarkan apa yang menjadi harapan pada lulusan tersebut. Hal itu juga perlu bagi institusi pendidikan karena mutu institusi pendidikan akan dinilai berdasarkan apa yang dapat dilakukan oleh lulusannya. (Kozier, et al 1997).

Metode ini masih baru. Berdasarkan hasil tinjauan berbagai literatur, masih diperlukan hasil penelitian yang dapat menunjukkan manfaat metode itu sebelum digunakan lebih luas lagi (Baker dalam Marquis and Huston, 2000).

F. Manajemen Kasus

Metode itu berkembang kira-kira pada tahun 1990 yang dipicu oleh penerapan sistem pembiayaan yang makin tinggi. Manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan kesehatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan kesehatan yang optimal (Loveridge and Cummings, 1996). Penggunaan istilah manajemen kasus masih bervariasi dalam literatur. Namun, ANA dalam Marquis and Huston (2000) mengatakan manajemen kasus merupakan proses pemberian asuhan kesehatan yang bertujuan memberikan asuhan kesehatan, mengurangi fragmentasi, meningkatkan kualitas hidup klien, dan efisiensi pembiayaan. Menurut Bower dalam Cohen (1996), fokus utama manajemen kasus ialah integrasi, koordinasi dan advokasi klien, keluarga dan masyarakat yang memerlukan layanan yang ekstensif. Tujuan

utamanya ialah untuk mencapai hasil akhir asuhan kesehatan yang sudah ditetapkan dengan mengoptimalkan layanan yang dibutuhkan.

Metode manajemen kasus meliputi elemen utama berikut :

1. Pendekatan berfokus pada klien.

Fokus layanan ialah kebutuhan klien, bukan kebutuhan institusi atau kebutuhan profesi.

2. Koordinasi asuhan dan layanan antar institusi.

Kebutuhan klien dipenuhi oleh berbagai institusi atau bagian. Peran manajer kasus ialah untuk mengkoordinasi, mengomunikasi, dan mengelola hubungan antarbagian atau antarinststitusi.

3. Berorientasi pada hasil

Fokus metode itu ialah bagaimana agar hasil yang sudah ditetapkan dapat dicapai langkah demi langkah, selalu memonitor hasil yang ditetapkan apakah sudah tercapai, dan melakukan evaluasi secara terus menerus. Pada metode itu terdapat motivasi yang tinggi untuk mengidentifikasi dan mengatasi hambatan yang dialami dalam memberikan asuhan kesehatan. Upaya pencegahan dan deteksi dini sangat diperhatikan karena dapat mempengaruhi hasil yang diharapkan dan menguntungkan peningkatan status kesehatan.

4. Efisiensi sumber

Karena tingginya koordinasi dan perhatian untuk mencapai hasil yang ditetapkan, terdapat komitmen yang tinggi untuk mencegah hal yang tidak diperlukan dan hal yang mungkin menghalangi pencapaian hasil. Terdapat komitmen yang tinggi untuk mencapai hasil dengan biaya atau sumber yang paling efisien.

5. Kolaborasi

Kolaborasi atau adanya saling menghargai ketrampilan dan kemampuan berbagai anggota profesi, merupakan faktor penting pada metode manajemen kasus

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

Critical pathways atau *clinical pathways* merupakan suatu metode pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi efektivitas pembiayaan asuhan klien. *Critical pathways* memberikan standarisasi asuhan medik untuk diagnosis medik tertentu. Pada *critical pathways* ditentukan lama hari rawat. Apabila lama hari rawat yang ditetapkan tidak bisa dipenuhi klien, hal itu dianggap sebagai suatu variasi yang memerlukan analisis (*variance analysis*) sehingga dapat dipertimbangkan tindakan selanjutnya. Di samping itu, terdapat *multidisciplinary action plans* (MAPs) yang merupakan kombinasi *critical pathways* dengan renpra (Marquis and Huston, 2000). Namun, adanya *critical pathways* sebagai suatu cara meningkatkan mutu asuhan dengan biaya yang terjangkau menyebabkan hilangnya mutu asuhan jika ditinjau dari hubungan perawat klien. Keperawatan dilibatkan lebih pada pelaksanaan tugas karena perencanaan pada *critical pathway* lebih pada faktor ekonomi, bukan pada individu klien. (Vezlau, 1999).

Manajemen kasus mirip dengan keperawatan primer. Artinya satu perawat bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan kegiatan asuhan pada seorang klien. Perbedaannya ialah case manager mengkoordinasikan asuhan pada berbagai disiplin dan fokusnya ialah perencanaan, koordinasi dan evaluasi asuhan. Pada manajemen kasus, berbagai metode pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan, yaitu keperawatan primer, tim, fungsional, atau total (Komplin dalam Marquis and Huston, 2000).

G. Penutup

Metoda pemberian asuhan keperawatan yang digunakan pada suatu rumah sakit, menjadi salah satu penilaian tentang tingkat profesionalisme keperawatan. Bila suatu rumah sakit masih menggunakan metoda tim dan fungsional dapat diasumsikan bahwa pelayanan/asuhan keperawatan yang diberikan belum profesional. Salah satu langkah awal menuju pemberian asuhan keperawatan profesional adalah penggunaan esensi metoda keperawatan primer.

DAFTAR RUJUKAN

- Cobell, C, 1992 : The Efficacy of Primary Nursing as a Foundation for Patient Advocacy. *Nursing Practice*. 5 (3): 2-5.
- Cohen, E.L, 1996 : *Nurse Case Management in the 21st Century*. St. Louis: Mosby-year Book, Inc.
- Douglas, L.M, 1984 : *The Effective Nurse, Leader and Manager*, St. Louis The C.V. Mosby Company.
- Ellis, J.R, dan Hartley, C.L 1995 : *Managing and Coordinating Nursing Care*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Gillies, D, 1989 : *Nursing Mmanagement a System Approach*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Huber, D 1996 : *Leadership and Nursing Care Management*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kozier, B; Erb, G, and Blais, K, 1997 : *Profesional Nursing Practice, Concepts and Perspective*. California: Addison Wesley Longman, Inc.
- Loveridge, C. E, and Cummings S. H, 1996 : *Nursing Management in the New Paradigm*. Maryland: An Aspen Publication.
- Marquis, B.L, and Huston, C.J, 2000 : *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Vezeu, T.M, 1999 : *Quality of Care and Critical Pathways: Brave new world ?*
- Welb, C. and Pontin, D, 1996 : Introducing Primary Nursing: Nurses opituons. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 5. no. 6 November.