

Peranan Perawat dalam Efisiensi Penggunaan Sumberdaya

Mariani Situmorang, SKM, MHA

Staf Direktur Pengembangan dan Pembinaan Sumber Daya Manusia (PPSDM),
Yayasan Kesehatan PG! Cikini, Jakarta.

PENDAHULUAN

Mutu pelayanan kesehatan senantiasa dituntut peningkatannya baik oleh konsumen kesehatan (*health consumers*), oleh pemberi pelayanan kesehatan (*health providers*) dan oleh pihak lain, misalnya pihak yang membiayai pelayanan kesehatan (*payers*). Konsumen senantiasa mengharapkan peningkatan mutu pelayanan seperti kemudahan memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, kecepatan dan ketepatan pelayanan, serta biaya yang terjangkau. Tuntutan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, kemajuan di bidang komunikasi dan informasi; meningkatnya tingkat pendidikan dan pendapatan; serta meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan.

Dalam situasi tersebut di atas dan dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti : kesulitan ekonomi, perkembangan teknologi kedokteran (*proliferation of medical technology*), biaya kesehatan yang senantiasa meningkat (*spiralling health costs*), dan keterbatasan sumber daya, maka salah satu *issue* penting yang menjadi kepedulian pelayanan kesehatan saat ini adalah efisiensi. *World Health Organisation* menyatakan bahwa untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan, maka perhatian yang besar harus diberikan kepada peningkatan efisiensi dalam pengalokasian dan penggunaan sumberdaya yang terbatas (¹). Kepedulian akan efisiensi pelayanan kesehatan dirasakan juga oleh semua negara maju yang tergabung dalam *Organization for Economic Cooperation and Development*(²). Dinyatakan oleh pengamat lain bahwa "*... throughout the industrialized world, the main policy*

issue currently facing health care delivery systems appear to be their efficiency" (³). Suatu studi yang belum lama dilakukan di Amerika menunjukkan bahwa, antara saat ini dan tahun 2000, administrator pelayanan kesehatan harus mampu menghadapi sembilan hal pokok yang sangat penting; dan hal terpenting pertama adalah *cost/finance*(⁴) (Hudak et al, 1993). Di Indonesia, dikemukakan bahwa beberapa masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan adalah keterbatasan biaya, dan penggunaan biaya yang kurang efisien(⁵).

Salah satu bagian integral dari pelayanan kesehatan dan yang sampai saat ini masih mengkonsumsi sebagian besar anggaran pelayanan kesehatan adalah pelayanan rumah sakit. Efisiensi pengelolaan rumah sakit akan memberi dampak besar terhadap efisiensi pelayanan kesehatan. Rumah sakit perlu dikelola secara efisien dan efektif dengan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi kesehatan.

Pelayanan rumah sakit, yang kegiatan pelayanannya dilaksanakan di berbagai divisi dan dibedakan oleh berbagai jenis tenaga kesehatan dan non kesehatan dari latar belakang profesi yang berbeda, bersifat majemuk dan kompleks. Oleh karena itu, pengelolaan rumah sakit merupakan suatu manajemen yang sangat kompleks, majemuk dan luas yang terdiri dari berbagai divisi atau subsistem yang masing-masing memerlukan pengelolaan secara efektif dan efisien.

Drucker mengemukakan bahwa "*... health service administration is one of the most difficult and complex management challenges*"(⁶). Untuk senantiasa dapat memelihara dan meningkatkan mutu manajemen dan pelayanan rumah sakit maka setiap subsistem dalam sistem manajemen rumah sakit

Makalah ini disajikan pada Kongres VI PERSI & Hospital Expo, Jakarta, 21 — 25 November 1993.

perlu dikelola secara profesional. Salah satu subsistem pelayanan rumah sakit adalah subsistem pelayanan keperawatan.

Dan literatur diketahui bahwa divisi pelayanan keperawatan adalah subsistem terbesar yang bertugas memberikan asuhan atau pelayanan yang merupakan fungsi inti pelayanan rumah sakit dan berada di jajaran pelayanan terdepan. Di samping itu, sebagai suatu subsistem yang besar, maka untuk penyelenggaraan kegiatannya divisi keperawatan memerlukan dan menggunakan biaya, *supplies and equipment*, serta sumber daya manusia—tenaga keperawatan dan jumlah yang besar. Keadaan tersebut menyebabkan divisi perawatan sebagai pusat biaya (*cost centre*) yang perlu dikelola secara efisien dan profesional⁽⁷⁾.

Tenaga keperawatan, di divisi pelayanan keperawatan, yang berperan, berfungsi dan bertanggung jawab dalam keseluruhan kegiatan pelayanan keperawatan mempunyai peranan yang besar dalam efisiensi penggunaan sumber daya di divisi pelayanan keperawatan. Dalam makalah ini akan dikemukakan peran perawat dalam efisiensi penggunaan sumber daya. Namun, mengingat beragamnya jenis dan tingkat asuhan keperawatan maupun jenis dan tingkatan tenaga keperawatan maka tulisan akan dibatasi pada peran perawat eksekutif—administrator dan manajer keperawatan—sebagai penanggung jawab pengelolaan divisi pelayanan keperawatan.

Uraian dalam tulisan ini, yang meliputi ruang lingkup *nursing administration*, dan peran perawat eksekutif dalam efisiensi penggunaan sumber daya) disajikan berdasarkan bacaan dari literatur. Tujuan penulisan adalah memberikan sedikit masukan khususnya bagi rekan-rekan perawat peserta Kongres PERSI VI. Kiranya uraian dalam garis besar ini dapat dikembangkan dalam upaya meningkatkan manajemen pelayanan keperawatan untuk meneapai peningkatan mutu pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari mutu pelayanan rumah sakit.

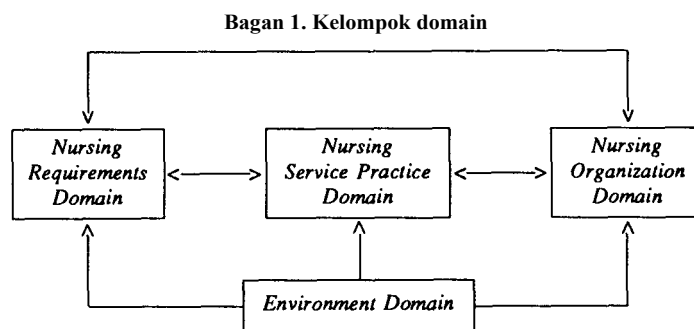
RUANG LINGKUP NURSING ADMINISTRATION

Sebelum mengemukakan peran perawat eksekutif dalam efisiensi penggunaan sumber daya, terlebih dahulu, akan diuraikan secara ringkas pengertian dan ruang lingkup *nursing administration* yang merupakan tanggung jawab perawat eksekutif.

Nursing administration diberi batasan sebagai suatu bidang studi dalam keperawatan yang berfokus pada penyelenggaraan pelayanan keperawatan yang berfokus pada pengelolaan pelayanan keperawatan yang terorganisir (*administration of organized nursing services*). Pengembangan pengetahuan *nursing administration* untuk dipraktekkan sebagai suatu bidang studi terapan harus bersandar pada dua perspektif yang independen yaitu keperawatan dan manajemen. Namun *nursing administration* sebagai suatu bidang studi memerlukan lebih banyak teori yang bersifat manajerial dari pada klinik. Perawat administrator bukanlah seorang

praktisi klinik yang orientasi utamanya adalah pasien secara perorangan. *Nursing administration* pada dasarnya berkepedulian pada pengelolaan tiga macam *clients* yaitu : 1) *patients as aggregates*; 2) *the nurses in practice within the system of organized nursing services*; dan 3) *the organization of nursing service delivery*.

Ada empat kelompok *domain* pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan di dalam *nursing administration*. Keempat domain tersebut dapat dilihat pada **Bagan I(10)**.



Dijabarkan lebih lanjut bahwa fokus studi **Nursing Requirements Domain** adalah klien secara keseluruhan (*client aggregates*) dalam konteks pelayanan keperawatan yang diorganisir (*organized nursing services*). *Client aggregates* merupakan fenomena yang spesifik dalam *nursing administration* sebab pelayanan keperawatan bertanggung jawab atas **distribusi dan alokasi sumberdaya**, serta pengawasan mutu. *Domain* ini memberi penekanan pada pengembangan pengetahuan yang menjelaskan, menguraikan dan memprediksi fenomena pada klien secara keseluruhan dan bukan klien secara perorangan. Konsep-konsep yang berhubungan dengan *domain* ini, antara lain, sistem pengklasifikasian pasien (*patient classification systems*), tingkatan asuhan (*levels of care*), mutu asuhan (*quality of care*), dan *Diagnostic Related Groups* (DRGs). Pertanyaan (*research questions*) yang menjadi kepedulian (*concern*) *domain* ini, antara lain :

- 1) Adakah hubungan antara *patient acuity* dengan *cost of care*, dengan *nursing resource needs*, dan dengan *nursing judgement of acuity*?
- 2) Apakah alternatif pendekatan untuk menentukan *nursing intensity* dan kebutuhan pasien akan pelayanan perawatan?
- 3) Bagaimana hubungan antara intensitas asuhan keperawatan, karakteristik pasien tertentu dan biaya pelayanan perawatan.

Fokus studi **Nursing Service Practice Domain** adalah paradigma praktek keperawatan. *Domain* ini menekankan distribusi pelayanan keperawatan dalam suatu organisasi tertentu. Oleh karena itu konsep yang dibahas di sini adalah model praktek keperawatan, pengawasan dan pemeliharaan mutu (*quality control*), pengelolaan staf (*staffing*), penugasan asuhan pasien (*patient-care assignment*) dan lain-lain. Tiga

pertanyaan yang menjadi kepedulian *domain* ini adalah :

- 1) Komponen-komponen apakah yang paling *cost effective* untuk memberikan kepuasan, menurunkan komplikasi dan mengurangi *length of stay* bagi kelompok pasien tertentu?
- 2) Tingkat pendidikan dan ketrampilan apa yang harus dimiliki oleh para perawat agar mereka mampu memberikan asuhan yang *the highest quality but the most cost effective*?
- 3) Bagaimanakah pola pengaturan staf (*staffing patterns*) yang paling *cost effective* and efisien di unit-unit perawatan tertentu (*in acute, intermediate, and long-term care unit*)?

Sementara dua *domain* tersebut di atas lebih memfokuskan pada praktek klinik keperawatan, *domain* yang ketiga, Nursing Organization Domain berfokus pada model manajemen dan struktur organisasi. *Domain* meliputi pengembangan organisasi pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari organisasi rumah sakit yang bersifat kompleks. Dalam memenuhi keperluan keperawatan pasien secara keseluruhan, *nursing administration* harus dapat memelihara dan menjamin bahwa pelayanan keperawatan dilaksanakan secara efektif dan efisien. Konsep yang termasuk dalam *domain* ini adalah pengetahuan umum tentang teori administrasi, organisasi serta manajemen yang kompleks, dan sistem manajemen keperawatan. Dalam *domain* ini dapat dilihat bahwa *nursing management* adalah bagian dari *nursing administration*. Pertanyaan yang menjadi kepedulian *domain* ini, antara lain :

- 1) Adakah hubungan antara struktur organisasi divisi keperawatan dengan produktivitas staf keperawatan dalam memberikan asuhan kepada pasien?
- 2) Bagaimana cara mengukur dan meningkatkan produktivitas keperawatan?
- 3) *Level* atau tingkat partisipasi bagaimana yang diperlukan oleh perawat eksekutif, agar ia dapat berperan aktif dalam pembuatan kebijakan yang bersifat *institution-wide*, dan selanjutnya agar ia mampu membuat perencanaan, pengorganisasian dayanan keperawatan secara efisien dan efektif mungkin?

Domain yang ke-empat, Environment Domain menyajikan *framework* untuk mengidentifikasi fenomena dan konsep di lingkungan divisi pelayanan keperawatan. Hal ini sangat diperlukan untuk memahami keseluruhan fenomena di tiga *domain* lainnya *Nursing Requirements, Nursing Service Practice* dan *Nursing Organization*. Pertanyaan yang menjadi kepedulian *domain* ini adalah :

- 1) Apakah pengaruh atau dampak pengendalian biaya (*cost containment*) terhadap perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan keperawatan?
- 2) Apakah efek atau dampak suatu sistem tertentu, misalnya DRGs, terhadap fungsi manajer keperawatan dan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit?
- 3) Apakah dampak sistem pembayaran rumah sakit terhadap fungsi manajer keperawatan dalam mengarahkan, mengelola dan mengawasi staf?

Dapat dilihat pada rincian di atas bahwa produk *nursing administration* meliputi produk keperawatan dan manajemen. Teori ini sejalan dengan pemikiran Anderson (1989) yang menyatakan bahwa sebagai akibat meningkatnya kompleksitas manajemen pelayanan kesehatan maka *nursing administration* harus mengikuti perkembangan tersebut dan *outcome nursing administration* harus mencakup *high-quality nursing product* dan *high-quality management product.*(¹¹)

PERAN PERAWAT EKSEKUTIF DALAM EFISIENSI SUMBER DAYA

Menghadapi situasi dan kondisi seperti telah diuraikan pada bagian Pendahuluan, dan merujuk kepada luasnya lingkup *nursing administration* seperti diuraikan di atas, maka peran perawat eksekutif berkembang menjadi luas, lebih kompleks dan lebih sukar. Dapat dianalisis bahwa perawat eksekutif mempunyai berbagai fungsi seperti *planning, organizing, staffing, directing, dan controlling* sumber daya yang diperlukan bagi terselenggaranya keseluruhan kegiatan pelayanan keperawatan yang tersebar di keempat *domain* dan meliputi kegiatan asuhan keperawatan langsung (*direct nursing care*) dan asuhan keperawatan tidak langsung (*indirect nursing care*).

Sejalan dengan perluasan dan perkembangan perannya serta guna pencapaian tujuan organisasi maka dituntut pula peningkatan pengetahuan dan ketrampilan para perawat eksekutif baik di bidang keperawatan maupun di bidang manajemen yang meliputi manajemen sumber daya manusia, finansial, materi dan waktu. Dalam pengelolaan dan untuk pencapaian misi organisasi (rumah sakit dan khususnya divisi keperawatan), perawat eksekutif diharapkan mempunyai visi ke depan dan senantiasa mampu mengikuti, mengantisipasi, dan mengadaptasi perubahan dan pergeseran dalam industri pelayanan kesehatan (*health care industries*) yang serba tidak pasti (*uncertain*) dan terus berubah mengikuti kemajuan iptek dan peningkatan demand masyarakat.

Fralic (1992) menyatakan bahwa keberhasilan divisi keperawatan sangat tergantung pada kompetensi dan ketrampilan perawat eksekutif⁽¹²⁾. Decher dan Sullivan (1992), menegaskan bahwa perawat eksekutif harus responsif terhadap meningkatnya *demand* akan asuhan keperawatan yang *higher quality but lower cost.*⁽¹³⁾ Ahli lain, mengemukakan bahwa keberhasilan pengelolaan keperawatan akan sangat tergantung kepada perhatian dan kemampuan perawat eksekutif menghadapi, mengatasi, dan mengantisipasi serta mengadaptasi kesulitan (*constraints*) dan peluang (*opportunities*) yang timbul⁽¹⁴⁾. Dijabarkan lebih lanjut bahwa di masa yang akan datang *nursing administration* akan sangat tergantung pada empat hal utama, yaitu :

- 1) Kemampuan memahami dan mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan di bidang ekonomi dan keuangan ke dalam realitas pelaksanaan pelayanan keperawatan;
- 2) Ketrampilan mengembangkan dan mengelola sistem

desentralisasi unit-unit pelayanan keperawatan dengan kerangka kerja yang lebih profesional;

3) Visi dalam memimpin kontinuitas pelayanan keperawatan dengan konteks kedewasaan profesi keperawatan (*maturing nursing profession*) dalam sistem pelayanan kesehatan yang terus berubah dan sumber daya yang terbatas; dan

4) Meningkatkan pengaruh teknologi terhadap peran dan pengetahuan staf keperawatan dan fungsi perawat eksekutif dalam sistem pelayanan kesehatan.

Salah satu kriteria pemimpin pelayanan keperawatan adalah seorang perawat yang cakap, mempunyai kualifikasi manajer dan mempunyai kewenangan serta bertanggung jawab bagi berfungsinya pelayanan keperawatan⁽¹⁵⁾

Dengan memiliki pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan seperti terlihat dalam uraian-uraian tersebut di atas maka diharapkan penjawantahan peran perawat eksekutif dapat terlihat di semua *domain nursing administration*. Dalam efisiensi penggunaan sumber daya, perawat eksekutif dapat berperan melalui dan/atau dalam beberapa fungsi serta tugasnya sebagai pengelola divisi pelayanan keperawatan. Efisiensi, dalam tulisan ini, diartikan sebagai komponen produktivitas yang membandingkan *input* dengan *output*, dan dapat dihitung dengan rumus di bawah ini⁽¹⁶⁾

Some Measure of Output (production)

Some measure of Input (labor, wages, or other resources)

Dalam tulisan ini peran perawat eksekutif dalam efisiensi penggunaan sumber daya (*resources*) di divisi pelayanan keperawatan akan dilihat dari dua sudut pandang, yaitu, 1) pertama sebagai pemrakarsa atau konseptor berbagai ide, kebijakan, strategi dan keputusan dalam lingkup tanggung jawabnya yang diperlukan untuk menentukan pola sistem pengelolaan pelayanan keperawatan; dan 2) sebagai pengelola (perencanaan, pengorganisasian, pengarahan serta evaluasi) pengimplementasian kebijakan, strategi dan keputusan-keputusan dalam lingkup manajemen keperawatan sebagai bagian integral dari manajemen rumah sakit.

Melalui kerjasama perawat eksekutif dengan para eksekutif subsistem lainnya di rumah sakit, maka diharapkan pengimplementasian kebijakan, strategi dan keputusan yang dibuat berdasarkan visi serta analisis situasi yang komprehensif akan memberi dampak terhadap peningkatan mutu asuhan dan manajemen keperawatan yang dikelola secara efisien.

Berbagai studi dan penelitian di bidang manajemen keperawatan menunjukkan bahwa sistem pelayanan keperawatan — struktur organisasi keperawatan, bentuk penugasan asuhan pasien dan pendekatan proses keperawatan beserta diagnosis keperawatan (*nursing diagnosis*) — yang dikelola secara profesional akan meningkatkan profesionalisme tenaga dan

profesi keperawatan, mutu asuhan keperawatan, dan meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya. Perawat eksekutif berperan sangat besar dalam memilih dan menentukan model yang sesuai dengan situasi dan kondisi divisi pelayanan keperawatan yang dikelolanya. Sebagai contoh, berikut ini akan disajikan secara ringkas uraian penugasan asuhan pasien dan pendekatan proses keperawatan serta hubungannya dengan peningkatan profesionalisme keperawatan, peningkatan mutu asuhan keperawatan, kepuasan pasien, dan efisiensi penggunaan sumber daya.

Penugasan Asuhan Pasien

Beberapa model penugasan asuhan pasien telah dikenal dalam manajemen keperawatan. Namun disebutkan bahwa ada tiga model utama penugasan asuhan pasien, yaitu *Functional Nursing*, *Team Nursing* dan *Primary Nursing*⁽¹⁷⁾. Perbedaan yang mendasar pada ketiga model ini terletak pada sistem atau pola pengaturan fungsi, tugas dan tanggung jawab yang diemban oleh perawat dalam pengorganisir dan melaksanakan aktifitas yang diperlukan untuk pemenuhan kebutuhan pasien.

Pada model *Functional Nursing* tanggung jawab dan tugas keperawatan dibagi kepada dan dikerjakan oleh berbagai tingkatan tenaga keperawatan. Semua pemberi asuhan keperawatan (*care-givers*) terlibat dalam perawatan pasien, tetapi setiap perawat hanya ditugaskan untuk melakukan satu jenis tugas tertentu, misalnya *me-monitor* tanda-tanda vital, membagikan obat, memberikan penyuluhan dan lain-lain. Penugasan pada model ini mengakibatkan adanya fragmentasi tugas. Di samping itu, dari segi tenaga keperawatan bisa menyebabkan *inefficient* dan

Tidak seperti *Functional Nursing*, *Team Nursing* adalah suatu sistem pemberian asuhan keperawatan dengan membentuk tim-tim keperawatan yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan kepada sejumlah pasien tertentu. Setiap tim terdiri dari beberapa orang tenaga keperawatan profesional dan non profesional. Pada sistem ini masih terjadi fragmentasi tugas, tetapi tidak sebesar fragmentasi pada sistem *Functional*. Di dalam praktek, sistem ini mudah sekali menjadi duplikasi sistem fungsional.

Pada model yang ketiga, *Primary nursing*, penekanannya terletak pada penugasan seorang perawat profesional atau *registered nurse*, yang disebut sebagai *Primary Nurse* sebagai penanggung jawab utama pemberi asuhan keperawatan kepada pasien tertentu. *Primary nurse* tersebut bertanggung jawab (*responsible* dan *accountable*) untuk seluruh kegiatan proses keperawatan — yang meliputi pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan, pengimplementasian, dan evaluasi tindakan keperawatan — mulai dari pasien masuk sampai pasien pulang. Perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam. Di dalam praktek, pada saat ketidakhadirannya maka *primary nurse* (yang dibantu) **la temp** keperawatan dari tingkat yang lebih rendah (misalnya LPNs dan *nursing assistants*), dapat mendelegasikan pelaksanaan asuhan keperawatan kepada para perawat yang membantu-

nya. Dengan sistim ini maka: tidak terjadi fragmentasi tugas; *primary nurse* akan mengelola asuhan keperawatan secara komprehensif dan profesional; terjadi peningkatan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien, semua hal tersebut dapat memberi dampak terhadap peningkatan profesionalisme, peningkatan autonomi profesi dan kepuasan bekerja bagi perawat, peningkatan kepuasan pasien akan mutu layanan dan asuhan keperawatan, dan efisiensi penggunaan sumberdaya.

Masing-masing model mempunyai kelebihan dan kelemahan. Meskipun ada perbedaan pendapat di antara para peneliti, namun bila dilihat dari segi peneapain peningkatan kualitas profesi keperawatan, peningkatan mutu asuhan keperawatan, peningkatan efektifitas dan efisiensi sumberdaya maka *Primary Nursing* merupakan model yang relatif paling tepat.^(17, 8, 19) Hasil studi menunjukkan bahwa model *primary nursing* dapat menghemat biaya sebesar \$1.30 per pasien per hari⁽²⁰⁾. Beberapa alasan yang dikemukakan dapat dilihat dalam kutipan berikut⁽¹⁷⁾

Functional	Team	Functional
<p><i>Not cost-effective because :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Product (nursing care) is of poor quality owing to fragmentation; this results in many complaints from clients.</i> <i>Nursing staff easily becomes frustrated, and turnover rate is usually high, thus increasing cost of orientation and of staff development.</i> <i>Output from professional nurses is low since they are not required to perform the full job the total nursing process for which they are being paid.</i> 	<p><i>Not cost-effective because :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Product is of only moderate quality, since expertise in judgement and communication cannot be delegated from the care-planners (team leaders) to the care-givers (team members).</i> <i>Turnover of nursing staff is moderate but variable.</i> <i>Same as for functional nursing.</i> 	<p><i>Most likely to be cost effective because :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Product is of high quality since the person most prepared and best equipped to perform does so on a continuing basis for the same clients.</i> <i>Turnover of nursing staff is minimal because of higher level of satisfaction experienced by nurses.</i> <i>Professional nurses do the job for which they are being paid; "unproductive" time decreases dramatically.</i>

Proses Keperawatan dan Diagnosis Keperawatan

Proses keperawatan (terdiri dari seperangkat kegiatan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, intervensi, dan evaluasi) memberikan cara yang logik dan rasional bagi para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara tepat, efisien dan efektif sesuai dengan kebutuhan pasien.^(17, 21)

Mengikuti pendekatan sistematik proses keperawatan,; maka perawat profesional menetapkan diagnosis keperawatan berdasarkan data hasil pengkajian yang komprehensif akan masalah kesehatan pasien (aktual dan potensial) serta pengkajian akan sumberdaya dimiliki pasien yang akan bekerjasama dengan perawat untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan, Selanjutnya pereneanaan tindakan asuhan keperawatan dibuat berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan. Oleh sebab itu, apabila pendekatan ini diaplikasikan secara benar maka efisiensi penggunaan sumberdaya dapat ditingkatkan. Berdasarkan hasil studi dilaporkan bahwa penerapan diagnosis keperawatan dapat menjadi dasar bagi pecapaian efisiensi dan efektifitas *nursing administration*⁽²²⁾. Di samping itu, diagnosis keperawatan meningkatkan otonomi, tanggung jawab, *accountability*, serta peranserta perawat dalam pencapaian tujuan asuhan keperawatan dan tujuan divisi pelayanan keperawatan.

Saya berpendapat pengaplikasian proses keperawatan dengan diagnosis keperawatan dalam memberikan pelayanan, kepada pasien akan mendukung dan sejalan dengan kebijaksanaan pembangunan Pelita VI, yang menyatakan: pengembangan sumber daya manusia diarahkan pada pembentukan tenaga profesional yang mandiri dan beretos kerja tinggi, produktif, berkualitas, efisien, efektif dan berjiwa wiraswasta (dikutip dari GBHN 1993).

Melanjutkan uraian pada paragraf-paragraf sebelumnya, dalam peran sebagai pengelola pengimplementasian penugasan asuhan pasien dan penerapan proses keperawatan, maka peran perawat e ksekutif dapat terlihat dalam fungsi dan tugasnya merencanakan sumber daya manusia (tenaga keperawatan dan non keperawatan), materi (*supplies and equipment*), dan finansial sesuai dengan kebutuhan. Kemampuan seeara profesional membuat prediksi dan pendistribusian jumlah tenaga yang dibutuhkan serta pengalokasian sumber daya materi dan finansial sesuai dengan keperluan pelayanan akan memberi dampak terhadap efisiensi penggunaan sumber daya. Ketidakmampuan melakukan pereneanaan yang baik dapat terlihat dari beberapa fenomena seperti tidak tepatnya dan tidak meratanya distribusi tenaga di unit-unit keperawatan, menumpuknya *supplies* di unit-unit keperawatan karena jumlah yang dipesan (dari tempat penyimpanan) jauh melebihi keperluan dan akhirnya tidak terpakai karena kadaluarsa, rusak atau hilang. Berdasarkan hasil studi diketahui bahwa rumah sakit kehilangan 1%/dollar/bulan untuk *supplies* yang tidak terpakai (*turn over*)⁽²³⁾.

Dalam konteks manajemen yang lebih luas, perawat eksekutif dapat berperan aktif dalam pengembangan *strategic management* yang terdiri dari tiga strategi utama: *operation, control, performance monitoring, and staff development*.⁽²⁴⁾ Dalam hal *operational control*, antara lain perawat eksekutif dapat mengembangkan cara pendokumentasian yang dapat menjamin bahwa biaya pelayanan keperawatan telah terhitung dengan akurat. Mereka juga diharapkan berperan aktif dan kreatif menciptakan sistim pemeliharaan/pemantauan *supplies* dan *equipments* keperawatan, serta meningkatkan kesadaran staf

keperawatan agar efisien dan efektif dalam penggunaan sumber daya yang terbatas. Selanjutnya, perawat eksekutif diharapkan berperan aktif dalam mengidentifikasi bidang yang mungkin dapat diteliti untuk meningkatkan efisiensi pelayanan keperawatan.

Dalam *performance monitoring*, dan *staffing*, kemampuan perawat eksekutif merekrut, mengembangkan dan menempatkan tenaga keperawatan profesional sesuai dengan keadaan dan tingkat kebutuhan pasien akan asuhan keperawatan (yang dapat diketahui melalui penetapan diagnosis keperawatan) akan meningkatkan efisiensi pendayagunaan tenaga keperawatan dan meningkatkan produktivitasnya. (Produktivitas diartikan sebagai persentase waktu yang digunakan dalam memberikan *direct care*, *indirect care*, dan *unit-related activities* dibandingkan dengan waktu yang digunakan untuk *personal activities*.) Penelitian membuktikan bahwa apabila dikelola dengan bet-tar maka perawat profesional akan lebih produktif daripada tenaga keperawatan non profesional. Dikemukakan lebih jauh, apabila produktivitasnya diperhitungkan maka perawat profesional dinilai lebih *cost-effective* daripada tenaga keperawatan non profesional¹

Penempatan perawat profesional di unit yang tidak sesuai dengan kemampuan dan keterampilannya adalah tidak efisien dan akan merugikan institusi. Demikian juga halnya dengan penempatan yang tidak tepat bagi tenaga keperawatan yang tidak atau kurang mampu melakukan suatu tugas keperawatan tertentu akan tidak efisien dan dapat merugikan institusi. Perawat eksekutif, dalam menghadapi perkembangan dan perubahan profesi keperawatan dan pelayanan kesehatan, perlu merevisi atau merumuskan kembali (*redefine*) peran, fungsi dan tanggung jawab anggota tim keperawatan. Sejalan dengan hal ini dan untuk peningkatan efisiensi, perlu disusun dan dikembangkan standar pelayanan dan praktek keperawatan.

Hal lain yang perlu mendapat perhatian perawat eksekutif adalah pengefisienan penggunaan waktu pertemuan atau rapat dengan staf keperawatan. Mempersiapkan rapat dan menentukan sebelumnya tujuan, topik bahasan rapat serta mode pencapaian tujuan rapat tersebut akan sangat membantu perawat eksekutif dalam memimpin rapat secara efisien. Di samping hal-hal yang tersebut di atas, perawat eksekutif diharapkan dapat mengelola divisi pelayanan keperawatan sedemikian rupa agar tercipta suasana yang menyenangkan sehingga rumah sakit menjadi tempat kerja yang menyenangkan. Selanjutnya diharapkan tidak terjadi angka *turn over* yang tinggi sebab *turn over* yang tinggi akan meningkatkan biaya pengelolaan staf dan tidak efisien.

KESIMPULAN

Pada saat ini, dipengaruhi oleh berbagai faktor, institusi pelayanan kesehatan dan berupaya untuk meningkatkan efisiensi pelayanan tanpa mengorbankan mutu pelayanan. Dalam sistem pelayanan rumah sakit, peningkatan mutu manajemen dan pengelolaan secara efisien diperlukan oleh

setiap unsur atau subsistem pelayanan rumah sakit. Divisi pelayanan keperawatan, merupakan salah satu subsistem terbesar dan berfungsi memberikan asuhan keperawatan yang merupakan fungsi inti pelayanan rumah sakit.

Telah disampaikan secara ringkas bahwa untuk peneapaian peningkatan mutu pelayanan keperawatan, kepuasan pasien, maka divisi pelayanan keperawatan perlu dikelola secara profesional oleh perawat eksekutif yang peran dan tanggungjawabnya menjadi semakin berkembang, semakin luas dan kompleks mengikuti peningkatan kompleksitas sistem manajemen pelayanan kesehatan. Agar perawat eksekutif dapat berperan aktif dan mampu menghadapi, mengantisipasi dan mengadaptasi perkembangan serta perubahan di pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, khususnya di bidang kesehatan, maka perkembangan dan perluasan peran tersebut menuntut pula pengembangan dan peningkatan pengetahuan, kemampuan, serta ketrampilan perawat eksekutif di bidang keperawatan dan manajemen.

Dengan perkembangan dan perluasan peran yang diikuti dengan peningkatan pengetahuan, kemampuan serta ketrampilannya, diharapkan perawat eksekutif dapat berperan aktif dan kreatif di semua *domain nursing administration*. Termasuk di dalamnya adalah peran dalam efisiensi penggunaan sumber daya. Di dalam makalah ini disajikan secara ringkas dan dalam garis besar peran perawat eksekutif dalam efisiensi penggunaan sumber daya. Diuraikan peran perawat eksekutif sebagai pemrakarsa gagasan atau konseptor berbagai kebijakan, strategi dan keputusan-keputusan yang dibuat untuk peningkatan mutu manajemen keperawatan sebagai bagian integral dari manajemen rumah sakit. Kemampuan perawat eksekutif membuat kebijakan dan keputusan dalam menentukan sistem atau pola pelayanan keperawatan, dan disertai dengan kemampuan mengelola akan memberi dampak yang besar terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan peningkatan efisiensi penggunaan sumber daya.

KEPUSTAKAAN

1. World Health Organization, Economic Support for National Health for All Strategies, Geneva: WHO, 1988.
2. Organization for Economic Co-operation and Development Health Care Systems in Transition : The Search for Efficiency, Paris: OECD. 1991
3. Parkin D. Comparing Health Service Efficiency Across Countries, in A. Mc Guire et al (Eds), Providing Health Care: The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery, New York: Oxford University Press, 1991
4. Hundak RP et al. Health Care Administration in the Year 2000: Practitioners Views of Future Issues and Job Requirements, Hospital and Health Service Administration, 23; 2 : 181-196.
5. Wasisto B. Kebijaksanaan Pemerintah dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Keperawatan, Makalah pada Simposium Keperawatan dalam rangka Lustrum VI Akper St. Carolus, Jakarta, 21 September 1993.
6. Quick JC. et al. Health Administration can be Stresful but not Necessarily Disstresful, Hospital and Health Services Administration, 1986; 101-111.
7. Hoffman FM, Financial Management for Nurse Managers, East Norwalk, CT: Appleton Century, 1984.

8. Mintzberg H. The Structuring of Organizations, New Jersey: Prentice Hall, 1979.
9. Strassen L. Designing Health Delivery Systems, J. Am. Nurs 1988; 18 (9): 3-5
10. Kim HS. Nursing Knowledge and Theory: Implication for Nursing Administration. In : HB. Heyden, B. Richardson (Eds) International Administration of Nursing Services, Philadelphia: Charles Press, 1989
11. Anderson R. A Theory Development Role for Nurse Administrators J. Am. Nurs. 1989; 19(5) : 23 - 9
12. Fralic MAF. Nursing Administration: The Next Decade. In : Decher PJ, Sullivan EJ (Eds), Nursing Administration: A Micro/Macro Approach for Effective Nurse Executive, Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.
13. Decher PJ, Sullivan EJ. Nursing Administration: A Micro/Macro Approach for Effective Nurse Executive, Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.
14. Porter-O'Grady T. The Future of Nursing Administration. In : Decher, P.J, Sullivan E.J. (Eds). Nursing Administration: A Micro/Macro Approach for effective Nurse Executive, Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992
15. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Standar Pelayanan Rumah Sakit, Jakarta: Depkes RI.
16. Ehrat KS. (1987) The Cost Quality Balance: An Analysis of Quality, Effectiveness, Efficiency, and Cost. J. Am. Nurs. 1987; 17 (5) : 6-14
17. Iyer PW et al, Nursing Process and Nursing Diagnosis, Philadelphia: WB Saunders Co. 1986.
18. Marram G. The Comparative Costs of Operating a Team and Primary Nursing, J. Am. Nurs 1976; 5 (5) : 21-4.
19. Gillies DE, Nursing Management: A System Approach, Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1982.
20. Wolf GA. et al. Primary Nursing: The Impact on Nursing Costs within DRGS", J. Am. Nurs. 1986; 16 (3): 9-11.
21. Leddy S, Papper JM. Conceptual Basis of Professional Nursing, Philadelphia: JB. Lippincott Co. 1985.
22. Maas ML. Nursing Diagnoses in a Professional Model of Nursing: Key-stone for Effective Nursing Administration, J.Am Nurs. 1986; 16(12): 29-42.
23. Cookston B. et al, A Comprehensive Charge System for Unit Supplies J. Am. Nurs. 1986; 16(4) : 31 - 4.
24. Do novan M.I Lewis G. Increasing Productivity and Decreasing Costs: The Value of RNs J. Am. Nurs. 1987; 17(9) : 16-8.
25. Minyard K. et al. RNs may Cost Less than You Think, J. Am Nurs, 1986; 16(5) : 28-36.
26. Smith HL. et al. Nursing Departement Strategy, Planning, and Performance in Rural Hospital, J. Am. Nurs: 1993; 23(4): 23-34.

