

litrus.

Buku Ajar

MANAJEMEN KEPERAWATAN

Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep., Ph.D

Dr. Ns. Dodi Wijaya, M.Kep

Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D

Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep



Buku Ajar

MANAJEMEN KEPERAWATAN

Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep., Ph.D

Dr. Ns. Dodi Wijaya, M.Kep

Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D

Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep

Penerbit
litrus.

Buku Ajar
MANAJEMEN KEPERAWATAN

Ditulis oleh:

Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep., Ph.D
Dr. Ns. Dodi Wijaya, M.Kep
Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D
Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep

Diterbitkan, dicetak, dan didistribusikan oleh
PT. Literasi Nusantara Abadi Grup
Perumahan Puncak Joyo Agung Residence Kav. B11 Merjosari
Kecamatan Lowokwaru Kota Malang 65144
Telp : +6285887254603, +6285841411519
Email: literasinusantaraofficial@gmail.com
Web: www.penerbitlitnus.co.id
Anggota IKAPI No. 340/JTI/2022



Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang mengutip atau memperbanyak baik sebagian ataupun keseluruhan isi buku dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I, Desember 2023

Perancang sampul: An Nuha Zarkasyi
Penata letak: Bagus Aji Saputra

ISBN : 978-623-114-158-3

xx + 256 hlm. ; 15,5x23 cm.

©Oktober 2023



Kata Pengantar

Buku ajar ini dibuat berdasarkan pengalaman penulis selama mengajar mata kuliah manajemen, penelitian yang terkait dan berbagai sumber yang relevan. Buku ajar ini penulis buat untuk memudahkan mahasiswa dan praktisi dalam memahami ilmu manajemen keperawatan sehingga mampu diaplikasikan di lapangan.

Perawat harus memiliki kemampuan manajerial yang baik agar dapat mengelola pasien dan ruang dengan baik serta mendapatkan jenjang karir yang jelas. Manajemen dapat dikuasai bila dipelajari dan diaplikasikan dalam organisasi sehingga akan dapat diketahui keberhasilannya. Masa depan perawat dan peluang untuk menjadi seorang manajer sangatlah luas. Tinggal bagaimana perawat dapat menangkap peluang tersebut. Dengan membaca buku ini akan memberikan deskripsi dan juga meningkatkan pengetahuan dalam pengelolaan organisasi khususnya bagi perawat. Majulah terus perawat! Mari kita ukir sejarah untuk meningkatkan derajat kesehatan bangsa.

Proses penyusunan buku ini memerlukan waktu yang panjang. Walaupun menghadapi berbagai kendala dan keterbatasan penulis

berusaha semaksimal mungkin untuk menyelesaikan buku ajar ini. Penulis ucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penulisan buku ajar ini. Terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu demi kelancaran penyusunan buku ajar ini. Terima kasih kepada rekan-rekan dosen dan staf di Fakultas Keperawatan Universitas Jember atas doa dan dukungannya. Penulis berharap semoga buku ajar ini memberikan manfaat pada profesi dan penulis sampaikan terima kasih atas saran dan kritikan dari berbagai pihak.

Jember, Juni 2023

Penulis



Prakata

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala berkah, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ajar yang berjudul “Buku Ajar Mata Kuliah Manajemen Keperawatan”. Buku Ajar Mata Kuliah Manajemen Keperawatan berisi tentang aspek kemampuan pengetahuan, sikap serta tindakan dalam manajemen keperawatan. Buku ajar ini mengupas kemampuan mahasiswa keperawatan dalam menguasai Konsep Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Perencanaan dalam Keperawatan, Pengorganisasian dalam Layanan Keperawatan, Pengembangan Staf, Konsep MAK, Konsep Berubah dan Manajemen Konflik, Komunikasi Efektif dan *Hand Over, Standing Order*, Kolaborasi, Delegasi, Penerapan DRK, *Patient Safety*, Indikator Klinik, Supervisi, Jenjang Karir, Kompetensi Perawat Klinik, PCC, serta Fungsi Pengawasan dalam Keperawatan. Di dalam buku ajar ini, akan memfasilitasi tentang penjelasan teori, pemahaman mahasiswa dalam bahan diskusi dan latihan soal, serta memfasilitasi keterampilan mahasiswa dalam bermain peran.

Bagian awal buku ini memuat konsep-konsep dasar kepemimpinan dan manajemen keperawatan. Mahasiswa diberi penjelasan tentang konsep dasar kepemimpinan dalam keperawatan hingga gaya kepemimpinan. Selanjutnya mahasiswa diberikan penjelasan mengenai perencanaan, dimana mahasiswa akan berlatih untuk menganalisis dan membuat visi misi hingga penetapan anggaran yang dianalogikan dalam ruang perawatan. Mahasiswa juga akan berlatih membuat analisis SWOT, hingga analisis *fish bone*. Dalam bab pengorganisasian, mahasiswa diharapkan mampu untuk memahami konsep pengorganisasian. Selain itu dalam bab ajar lain juga dijelaskan bahwa mahasiswa difasilitasi dalam penghitungan kebutuhan perawat, menyusun model asuhan keperawatan, serta bagaimana melakukan komunikasi efektif (*pre-conference, post conference, timbang terima*).

Pada bagian akhir buku ajar ini, mahasiswa belajar tentang fungsi pengawasan dalam keperawatan. Mahasiswa diminta untuk memahami konsep pengawasan, hingga bagaimana cara melakukan pengawasan dalam keperawatan. Mahasiswa akan belajar tentang pengertian pengawasan, tujuan pengawasan, manfaat pengawasan, karakteristik pengawasan, hingga proses pengawasan dalam keperawatan.

Setelah membaca buku ajar ini, diharapkan mahasiswa mendapatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan proses manajemen keperawatan. Kami selaku penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh tim yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ajar ini. Semoga buku ajar mata kuliah manajemen keperawatan ini mampu memfasilitasi mahasiswa dalam belajar khususnya ruang lingkup manajemen keperawatan baik klinis maupun lapangan.



Tinjauan Mata Kuliah

Mata kuliah ini menguraikan tentang konsep kepemimpinan dan manajemen keperawatan, manajemen pelayanan keperawatan dan manajemen asuhan keperawatan. Fokusnya pada penggunaan keterampilan manajemen dan kepemimpinan pada asuhan klien secara menyeluruh melalui manajemen pelayanan keperawatan dan memprakarsai perubahan secara efektif dalam sistem asuhan keperawatan. Peranan ilmu ini dalam keperawatan berfokus pada konsep-konsep dasar dalam kepemimpinan dan manajemen, serta penerapan fungsi-fungsi manajemen dalam keperawatan.



Daftar Isi

Kata Pengantar.....	iii
Prakata	v
Tinjauan Mata Kuliah.....	vii
Daftar Isi.....	v
Daftar Tabel.....	xvii
Daftar Gambar.....	xix

BAB I

KONSEP DASAR KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN

<i>KEPERAWATAN</i>	1
Pengantar/Pendahuluan	1
Teori Manajemen Keperawatan	3
Teori Kepemimpinan.....	10
Gaya Kepemimpinan	14

Rangkuman	15
Latihan Soal-Soal.....	15
Bahan Diskusi	17
Daftar Rujukan	18

BAB II

<i>PERENCANAAN DALAM KEPERAWATAN</i>	21
Pengantar/Pendahuluan	22
Pengertian Perencanaan	23
Tujuan Perencanaan.....	24
Unsur-Unsur dalam Perencanaan.....	24
Jenis-Jenis Perencanaan dalam Manajemen Keperawatan.....	27
Analisis SWOT	29
Analisis <i>Fish Bone</i>	30
Rangkuman	31
Latihan Soal-Soal.....	32
Bahan Diskusi	33
Daftar Rujukan	34

BAB III

<i>PENGORGANISASIAN DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN MAUPUN ASUHAN KEPERAWATAN</i>	35
Pengantar/Pendahuluan	36
Konsep Pengorganisasian.....	36
Langkah-Langkah Pengorganisasian.....	42
Prinsip-Prinsip Pengorganisasian	43
Pengorganisasian Kegiatan Keperawatan di Ruang Rawat	44

Rangkuman	48
Latihan Soal-Soal.....	49
Bahan Diskusi	50
Daftar Rujukan	51

BAB IV

PENGEMBANGAN STAF (*STAFFING*) DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN MAUPUN ASUHAN

KEPERAWATAN	53
Pengantar/Pendahuluan	54
Kebutuhan/Perhitungan Tenaga Keperawatan	55
Rekrutmen Tenaga Keperawatan.....	62
Seleksi Tenaga Keperawatan	63
Orientasi Kerja bagi Perawat Muda.....	66
Pengembangan Kemampuan Keperawatan.....	69
Penilaian Prestasi Kerja	71
Kompensasi	74
Rangkuman	78
Latihan Soal-Soal.....	79
Bahan Diskusi	81
Daftar Rujukan	81

BAB V

KONSEP SISTEM MODEL PEMBERIAN ASUHAN

KEPERAWATAN	83
Pengantar/Pendahuluan	84
Konsep Sistem Model Pemberian Asuhan Keperawatan Profesional.....	84

Model Penugasan Asuhan Keperawatan.....	86
Rangkuman	99
Latihan Soal-Soal.....	100
Bahan Diskusi	102
Daftar Rujukan	102

BAB VI

KONSEP BERUBAH DAN MANAJEMEN KONFLIK

<i>DALAM KEPERAWATAN</i>	105
Pengantar/Pendahuluan	106
Konsep Berubah	107
Teori Berubah	108
Konsep Manajemen Konflik.....	113
Proses Konflik.....	114
Jenis-Jenis Konflik.....	116
Strategi Penyelesaian Konflik.....	117
Rangkuman	120
Latihan Soal-Soal.....	121
Bahan Diskusi	123
Daftar Rujukan	124

BAB VII

KOMUNIKASI EFEKTIF DALAM *HAND OVER*

<i>KEPERAWATAN</i>	127
Pengantar/Pendahuluan	128
Pengertian Komunikasi Efektif Keperawatan	128
Komunikasi Efektif Perawat-Pasien.....	129

Bentuk Komunikasi Efektif.....	130
Teknik Komunikasi Efektif Perawat-Pasien	130
Prinsip Komunikasi Efektif Perawat-Pasien.....	133
Masalah dan Hambatan dalam Komunikasi Efektif	134
Metode Komunikasi Efektif.....	134
Rangkuman	136
Latihan Soal-Soal.....	137
Bahan Diskusi	138
Daftar Rujukan	138

BAB VIII

STANDING ORDER, KOLABORASI DAN DELEGASI

DALAM KEPERAWATAN.....	141
Pengantar/Pendahuluan	142
<i>Standing Order</i> dalam Keperawatan	143
Kolaborasi dalam Keperawatan.....	145
Delegasi dalam Keperawatan.....	148
Rangkuman	150
Latihan Soal-Soal.....	151
Bahan Diskusi	152
Daftar Rujukan	153

BAB IX

<i>PENERAPAN DISKUSI REFLEKSI KASUS (DRK)</i>	155
Pengantar/Pendahuluan	156
Konsep Diskusi Refleksi Kasus.....	156
Posisi DRK dalam Standar Akreditasi 2012	158

Komponen Diskusi Refleksi Kasus	160
Proses DRK	160
Rangkuman	165
Latihan Soal-Soal.....	165
Bahan Diskusi	167
Daftar Rujukan	167

BAB X

<i>PATIENT SAFETY</i> DALAM ASUHAN KEPERAWATAN.....	169
Pengantar/Pendahuluan	170
Konsep <i>Patient Safety</i>	170
Asuhan Pasien yang <i>Safe</i>	172
Rangkuman	177
Latihan Soal-Soal.....	178
Bahan Diskusi	179
Daftar Rujukan	179

BAB XI

<i>INDIKATOR KLINIK</i> ASUHAN KEPERAWATAN	181
Pengantar/Pendahuluan	182
Tata Kelola RS dan Tata Kelola Klinis dalam Perspektif Standar Akreditasi 2012	183
Indikator Mutu Klinik	187
Kepuasan Pasien	189
Implementasi Pelayanan Mutu Keperawatan.....	192
Rangkuman	193
Latihan Soal-Soal.....	194

Bahan Diskusi	195
Daftar Rujukan	196

BAB XII

SUPERVISI KEPERAWATAN, JENJANG KARIR

<i>KEPERAWATAN DAN KOMPETENSI PERAWAT KLINIK</i>	199
Pengantar/Pendahuluan	200
Konsep Supervisi Keperawatan	200
Jenis-Jenis Supervisi Keperawatan	201
Proses Supervisi Keperawatan	202
Jenjang Karir Keperawatan	203
Kompetensi Perawat Klinik	205
Rangkuman	207
Latihan Soal-Soal	208
Bahan Diskusi	210
Daftar Rujukan	210

BAB XIII

PATIENT CENTERED CARE DALAM ASUHAN

<i>KEPERAWATAN</i>	211
Pengantar/Pendahuluan	212
Konsep Patient Centered Care	213
Aspek Patient Centered Care	214
Dimensi Patient Centered Care	214
Hambatan Pelaksanaan Patient Centered Care	215
Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan <i>Patient Centered Care</i>	215
Rangkuman	216

Latihan Soal-Soal.....	216
Bahan Diskusi	217
Daftar Rujukan	217

BAB XIV

<i>FUNGSI PENGAWASAN</i>	219
Pengantar/Pendahuluan	220
Pengertian Fungsi Pengawasan	221
Tujuan Pengawasan Pelayanan Kesehatan.....	221
Manfaat Pengawasan Pelayanan Kesehatan	222
Karakteristik Pengawasan	222
Prinsip Pengawasan Pelayanan Kesehatan	223
Cara-Cara Pengawasan.....	223
Proses Pengawasan Pelayanan Kesehatan.....	224
Rangkuman	226
Latihan Soal-Soal.....	227
Bahan Diskusi	229
Daftar Rujukan	229
Daftar Pustaka	231
Glosarium.....	243
Indeks.....	251
Biografi Penulis.....	253



Daftar Tabel

Tabel 1.1 Perbandingan Karakteristik Pemimpin.....	12
Tabel 3.1 Kelebihan dan Kekurangan Organisasi Lini.....	38
Tabel 3.2 Kelebihan dan Kekurangan Organisasi Staf.....	39
Tabel 3.3 Kelebihan dan Kekurangan Organisasi Matriks.....	41
Tabel 4.1 Jumlah Perawat Berdasarkan Klasifikasi Pasien.....	56
Tabel 4.2 Standarisasi Tenaga di Rumah Sakit.....	56
Tabel 5.1 Perbedaan Metode Penugasan Asuhan Keperawatan.....	97



Daftar Gambar

Gambar 1.1 Tingkat Manajerial	6
Gambar 1.2 Alur Proses Manajemen Keperawatan	7
Gambar 2.1 Proses Perencanaan dengan Pendekatan yang Menguntungkan.....	28
Gambar 2.2 Analisis SWOT menurut Marquis dan Huston, 2017.....	30
Gambar 2.3 Diagram <i>Fish Bone</i>	31
Gambar 3.1 Diagram Organisasi Matriks	40
Gambar 5.1 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (Nursalam, 2014)	86
Gambar 5.2 Model Primer (Marquis & Huston, 1998).	87
Gambar 5.3 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Model Tim	91
Gambar 5.4 Model Kasus	94
Gambar 5.5 Model Modifikasi (Nursalam, 2014).	95



BAB I

KONSEP DASAR KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep manajemen keperawatan;
2. Mendeskripsikan teori kepemimpinan;
3. Memahami gaya kepemimpinan;
4. Mendeskripsikan dan mengaplikasikan perbedaan kepemimpinan dan manajemen (manajer).

Pengantar/Pendahuluan

Manajemen memiliki beberapa arti, diantaranya yaitu mengemudikan, mengurus, memerintah, mengatur, melaksanakan, dan mengelola (Dewi dan Mashar, 2019). Sedangkan untuk definisi dari manajemen

keperawatan adalah suatu proses dalam rangka menyelesaikan suatu pekerjaan melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan dengan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif, efisien, dan rasional. Pada proses tersebut dilakukan dengan memberikan pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif pada individu, keluarga, dan masyarakat, baik yang sakit maupun yang sehat melalui proses keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmuji, 2014).

Dalam melaksanakan manajemen keperawatan, maka dibutuhkan suatu prinsip-prinsip manajemen antara lain perencanaan, penggunaan waktu yang efektif, pengambilan keputusan, pengelola/pemimpin, tujuan sosial, pengorganisasian, dan perubahan (Supinganto dkk, 2020). Selain itu juga dibutuhkan suatu proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu: pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi (Mugianti, 2016). Manajemen keperawatan dapat dilakukan dengan kecenderungan relevansi di seluruh tatanan layanan kesehatan. Manajemen keperawatan dalam tatanan rumah sakit, puskesmas, klinik maupun instansi layanan kesehatan yang lain juga memiliki berbagai macam karakter dan model kepemimpinan yang berbeda-beda.

Keberadaan pemimpin di tengah-tengah karyawan seperti perawat sangat diperlukan. Kepemimpinan yang ideal terbentuk jika tujuan dan keputusan sesuai dengan misi dan visi yang dicapai secara bersama dalam kelompok dan kemampuan untuk mengelola konflik atau *conflict management* (Julianto, 2016). Dalam manajerial keperawatan, perawat memiliki peran dan tanggung jawab dalam layanan asuhan keperawatan. Tanggung jawab manager keperawatan berfokus untuk memecahkan masalah mengenai pemeliharaan kesehatan seperti hal-hal yang menyebabkan penyakit, struktur organisasional, pemberian perawatan, komunikasi antar perseorangan, distribusi bahan dan pegawai, hubungan masyarakat dengan lembaga, dengan demikian manajer dalam suatu organisasi lebih dituntut memiliki *human skills* dari keterampilan teknis.

Teori Manajemen Keperawatan

1. Pengertian Manajemen

Manajemen berasal dari kata *manage* yang memiliki arti mengatur atau mengelola atau mengurus. Manajemen secara umum diartikan bahwa suatu proses untuk melaksanakan kegiatan melalui orang lain dengan menggunakan pendekatan fungsi-fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengontrolan (pengawasan dan evaluasi) (Mugianti, 2016). Manajemen adalah suatu proses untuk melaksanakan pekerjaan melalui orang lain, berfungsi untuk melakukan semua kegiatan yang perlu dilakukan dalam rangka mencapai tujuan dalam batas-batas yang telah ditentukan pada tingkat administrasi (Gillies, 1996).

Manajemen keperawatan adalah proses penyelesaian sebuah pekerjaan melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan dengan menggunakan sumber daya secara efektif, efisien, dan rasional dalam memberikan pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif pada individu, keluarga, dan masyarakat, baik yang sakit maupun yang sehat melalui proses keperawatan untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan (Asmuji, 2014).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah proses yang dinamis dan senantiasa berubah seiring adanya tuntutan perkembangan. Manajemen keperawatan merupakan suatu tugas pengelolaan keperawatan dalam sumber-sumber yang sudah ada, baik sumber daya maupun dana sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif kepada pasien, keluarga, dan masyarakat yang sehat ataupun sakit untuk mencapai tujuan yang disesuaikan dengan visi dan misi.

2. Prinsip-Prinsip yang Mendasari Manajemen Keperawatan

Menurut Supinganto dkk. (2020) bahwa ada 10 prinsip yang mendasari manajemen keperawatan, antara lain yaitu:

- a. Manajemen keperawatan selayaknya berlandaskan pada suatu perencanaan.
- 1) Manajemen keperawatan dilaksanakan pada waktu yang efektif.
 - 2) Manajemen keperawatan dalam mengambil keputusan akan melibatkan berbagai situasi dan kondisi dan permasalahan yang terjadi, serta dikelola dalam berbagai tingkat manajerial.
 - 3) Manajer keperawatan dalam memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan berfokus pada pasien dengan memperhatikan apa yang dilihat, dipikirkan, diyakini dan diinginkan oleh pasien. Poin utama dari seluruh tujuan keperawatan yaitu kepuasan dari pasien.
 - 4) Manajer keperawatan harus terorganisir dengan baik.
 - 5) Dalam kegiatan manajemen keperawatan perlunya dilakukan pengarahan dengan meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi serta pengendalian pelaksanaan yang telah diorganisasikan.
 - 6) Manajer keperawatan yang baik dapat memotivasi karyawan dalam memperlihatkan penampilan kerja yang baik.
 - 7) Manajemen keperawatan dapat menggunakan komunikasi yang efektif.
 - 8) Pengembangan karyawan penting untuk dilakukan sebagai upaya persiapan perawat pelaksana dalam menduduki posisi lebih tinggi atau upaya dalam meningkatkan pengetahuan karyawan.
 - 9) Pengendalian termasuk dalam elemen manajemen keperawatan yang mencakup penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian intruksi, menetapkan prinsip-prinsip melalui standar,

membandingkan penampilan sesuai standar dan memperbaiki kekurangan.

3. Prinsip-prinsip Manajemen Keperawatan

Menurut Supinganto dkk. (2020) ada 7 macam prinsip manajemen keperawatan. Berikut merupakan penjelasan dari prinsip-prinsip manajemen keperawatan:

- a. Perencanaan (*Planning*)
- b. Perencanaan merupakan fungsi dasar utama dalam manajemen (*the first function of management*)
- c. Penggunaan Waktu Efektif (*Effective Utilization of Time*)
- d. Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)
- e. Pengelola/Pemimpin (*Manager/Leader*)
- f. Tujuan Sosial (*Social Goal*)
- g. Pengorganisasian (*Organizing*)
- h. Perubahan (*Change*)

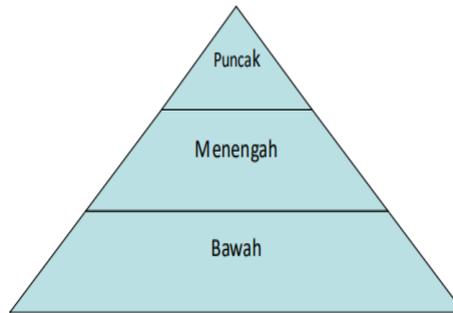
4. Ruang Lingkup Manajemen Keperawatan

Mempertahankan kesehatan perlu melibatkan berbagai aspek upaya kesehatan. Pelayanan kesehatan sudah menjadi hak dasar bagi setiap orang dan memberikan pelayanan kesehatan yang memadai akan membutuhkan upaya perbaikan menyeluruh dari sistem yang ada. Pelayanan kesehatan yang memadai sangat dipengaruhi oleh pelayanan keperawatan yang ada di dalamnya.

Manager keperawatan yang efektif perlu memahami dan memfasilitasi beberapa aspek pekerjaan perawat pelaksana meliputi: menggunakan proses keperawatan dalam setiap aktivitas keperawatannya, melaksanakan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditetapkan, menerima akuntabilitas kegiatan keperawatan dan hasil-hasil keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat, serta mampu mengendalikan lingkungan praktek keperawatan. Seluruh pelaksanaan kegiatan ini senantiasa di inisiasi oleh para manajer keperawatan melalui partisipasi dalam proses manajemen keperawatan dengan melibatkan para perawat pelaksana.

Berdasarkan gambaran diatas maka lingkup manajemen keperawatan terdiri dari:

- a. Manajemen Layanan / Operasional
Pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang perawatan yang terdiri dari tiga tingkatan manajerial dan setiap tingkatan dipimpin oleh seseorang yang mempunyai kompetensi yang relevan. Tingkat manajerial tersebut yaitu :\

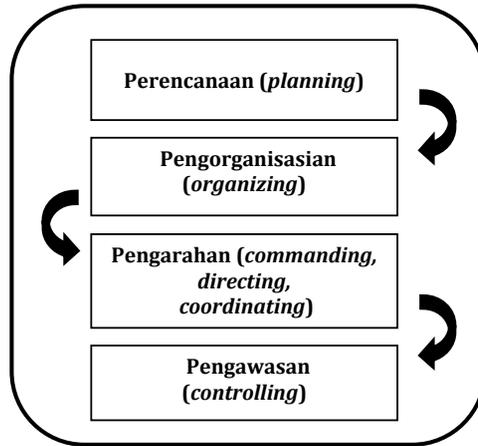


Gambar 1.1 Tingkat Manajerial

Agar mencapai hasil yang baik, ada beberapa faktor yang perlu dimiliki oleh pemimpin dalam tiap level manajerial tersebut. Faktor-faktor tersebut adalah kemampuan menerapkan pengetahuan, keterampilan kepemimpinan, kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin, dan kemampuan melaksanakan fungsi manajemen (Mugianti, 2016).

- b. Manajemen Asuhan Keperawatan
Adalah suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep-konsep manajemen di dalamnya seperti perencanaan, pengorganisasian, implementasi, pengendalian dan evaluasi. Manajemen asuhan keperawatan ini menekankan pada penggunaan proses keperawatan dan hal ini melekat pada diri seorang perawat. Setiap perawat dalam melaksanakan tugasnya harus menggunakan proses keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan pasien (Mugianti, 2016).

5. Proses Manajemen Keperawatan



Gambar 1.2 Alur Proses Manajemen Keperawatan

- a. Perencanaan (*planning*)
Perencanaan adalah suatu proses menentukan cara terbaik agar dapat mencapai tujuan organisasi. Dalam perencanaan melibatkan suatu pengambilan keputusan untuk mengambil suatu tindakan dari alternatif lainnya. Perencanaan suatu proses awal yang dimulai dengan merumuskan suatu tujuan organisasi kemudian menyusun dan menetapkan serangkaian aktivitas untuk dicapainya (H. Fayol, 1925; Setyawan dan S. Supriyanto, 2019).
- b. Pengorganisasian (*organizing*)
Pengorganisasian adalah suatu proses dalam mengelompokkan aktivitas dan pengelompokan sumber daya. Dalam menentukan organisasi pentingnya untuk memanfaatkan efisien aktivitas agar dapat mencapai tujuan organisasi (H. Fayol, 1925; Setyawan dan S. Supriyanto, 2019).
- c. Pengarahan (*commanding, directing, coordinating*)
Pengarahan adalah serangkaian proses bimbingan kepada anggota organisasi supaya mampu bekerjasama dengan baik dan mampu bekerja secara optimal dengan melakukan tugasnya sesuai dengan

kemampuan dan keterampilan yang dimiliki demi kepentingan organisasi (H. Fayol, 1925; Setyawan dan S. Supriyanto, 2019).

d. Pengawasan (*controlling*)

Pengawasan adalah suatu proses untuk mengamati pelaksanaan rencana kerja yang telah disusun dan mengevaluasi adanya penyimpangan yang terjadi (H. Fayol, 1925; Setyawan dan S. Supriyanto, 2019).

6. Tujuan Manajemen

Dalam melaksanakan kegiatan manajemen tentu adanya tujuan. Tujuan dari manajemen yaitu, sebagai berikut :

- a. Mengarahkan seluruh kegiatan yang direncanakan
- b. Mencegah/mengatasi permasalahan manajerial
- c. Mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien dengan melibatkan seluruh komponen yang ada
- d. Meningkatkan metode kerja keperawatan sehingga staf perawatan bekerja lebih efektif dan efisien.

Hasil akhir (*outcome*) yang diharapkan dari manajemen keperawatan adalah:

- a. Terselenggaranya pelayanan
- b. Asuhan keperawatan yang berkualitas
- c. Pengembangan staf
- d. Budaya riset bidang keperawatan

Manajemen Keperawatan lebih ditekankan pada bagaimana manajer keperawatan (secara struktural) mengatur anggota staf keperawatan dan sumber daya yang lain untuk dapat menyelesaikan tugas, sedangkan manajemen asuhan keperawatan digunakan oleh perawat dalam menyelesaikan masalah pasien. Atau bisa dikatakan bahwa perawat adalah manajer asuhan keperawatan.

7. Fungsi Manajemen

Fungsi manajemen secara umum yaitu untuk memberikan suatu sistem yang jelas agar suatu tujuan dapat dicapai dengan pendekatan

secara sistematis. Ada 4 fungsi manajemen dibidangny, antara lain (Julianto, 2016; Mamik, 2014):

- a. Fungsi manajemen dalam kegiatan perencanaan :
 - 1) Menetapkan sumber daya yang dibutuhkan
 - 2) Menentukan target
 - 3) Merancang strategi yang akan dilakukan
 - 4) Membuat indikator keberhasilan disetiap kegiatan yang dilakukan
- b. Fungsi manajemen dalam kegiatan pengorganisasian :
 - 1) Penentuan sumber daya dan kegiatan yang dibutuhkan
 - 2) Membuat struktur organisasi
 - 3) Pengelompokan dan penugasan tanggung jawab sesuai dengan keterampilan anggota organisasi
 - 4) Pendelegasian wewenang yang dibutuhkan pada setiap anggota untuk menjalankan tugasnya
- c. Fungsi manajemen dalam kegiatan pengarahan :
 - 1) Memberikan arahan, motivasi, dan bimbingan pada anggota organisasi
 - 2) Memberikan penjelasan secara sistematis/rutin mengenai tugas dan tanggung jawab yang harus dilakukan
- d. Fungsi manajemen dalam kegiatan pengawasan :
 - 1) Menilai dan mengevaluasi hasil kerja yang telah dicapai
 - 2) Mengambil suatu tindakan atas pencapaian yang telah dilakukan
 - 3) Memberikan solusi atas kekurangan dalam pencapaian target yang telah direncanakan

Fungsi manajemen dalam mendukung proses keperawatan :

- a. Pengkajian : Manajemen pengumpulan data
- b. Diagnosis : Perencanaan dan pengorganisasian
- c. Perencanaan : Pengorganisasian dan ketenagaan

- d. Implementasi : Ketenagaan dan pengarahan
- e. Evaluasi : Pengawasan

Teori Kepemimpinan

1. Pengertian Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan suatu keterampilan atau penggunaan keterampilan yang dapat mempengaruhi orang lain atau orang sekitar untuk melakukan sesuatu dengan maksimal dan sebaik-baiknya sesuai dengan kemampuan yang dimiliki (Sullivan & Declaur, 1989). Sedangkan pengertian kepemimpinan ada juga dianggap sebagai kemampuan seseorang untuk membuat seseorang tersebut ingin mengerjakan apa yang tidak ingin mereka lakukan dan ingin melakukan apa yang mereka sukai (Truman dalam Gillies, 1996).

Sedangkan pemimpin sendiri merupakan seseorang yang berada di depan, mengambil resiko, berusaha mencapai tujuan pertama, dan memberi inspirasi orang lain untuk bertindak. Pemimpin menggunakan perilaku interpersonal untuk memotivasi anggota agar berkomitmen dan memberikan upaya terbaik mereka untuk berkontribusi untuk mencapai tujuan grup (Marquis, 2015).

2. Karakteristik Pemimpin

Menurut Mamik (2015) karakteristik pemimpin meliputi:

a. Otoriter

Biasanya disebut juga kepemimpinan *authoritarian* yaitu pemimpin sebagai diktator terhadap anggota kelompoknya, sehingga pemimpin berpikir bahwa memimpin merupakan memaksa dan menggerakkan kelompok serta menganggap bahwa bawahan hanya bersifat sebagai pembantu serta hanya mengikuti dan menjalankan perintah yang dilakukan oleh pemimpin dan batasan kekuasaan oleh undang-undang (Mamik, 2015).

b. *Laissez-faire*

Karakteristik kepemimpinan ini tidak memberikan kepemimpinannya hanya saja membiarkan bawahannya sesuai

dengan kehendaknya karena pemimpin akan menggunakan sedikit kekuasaannya untuk melakukan tugas sehingga sebagian besar keputusan diambil oleh anak buahnya karena pemimpin dengan tipe ini sangat tergantung dengan bawahannya dalam membuat tujuan tertentu (Mamik, 2015).

c. Demokratis

Tipe demokratis ini biasanya pemimpin berbaur di tengah anggota kelompoknya karena itu gaya pimpinan demokratis memimpin bukan sebagai majikan dengan bawahan melainkan seperti saudara dan juga dalam segala tindakannya semua berasal dari kepentingan dan kebutuhan bersama serta mempertimbangkan kemampuan kelompoknya (Mamik, 2015).

d. Pseudo-demokratis

Disebut juga semi demokratis atau memanipulasi diplomatik, pemimpin ini biasanya bersikap otokratis walaupun tampaknya bersikap demokratis. Pemimpin ini biasanya menganut demokrasi semu dan mengarah pada kegiatan pemimpin yang lebih otoriter namun secara samar-samar sehingga tidak disadari (Mamik, 2015).

e. Kharismatik

Biasanya memiliki karakteristik yang khas yaitu dapat memikat dengan mudah sehingga memperoleh pengikut yang cukup besar dan membuat pengikutnya kesulitan untuk menjelaskan alasan secara konkret mengapa orang tersebut dikagumi dan biasanya pengikutnya tidak mempermasalahkan nilai yang dianut, perilaku maupun gaya dari pimpinan maupun sikapnya (Mamik, 2015).

Berikut merupakan perbandingan karakter autokratik, demokratik, dan Laissez-Faire (Weiss dkk., 2023):

Tabel 1.1 Perbandingan Karakteristik Pemimpin

	Autokratik	Demokratis	Laissez-Faire
Tingkat Kebebasan	Sedikit kebebasan	Kebebasan sedang	Banyak kebebasan
Tingkat Kendali	Kontrol tinggi	Kontrol sedang	Sedikit kontrol
Pengambilan Keputusan	Oleh pemimpin	Pemimpin dan bersama kelompok	Oleh kelompok
Tingkat Aktifitas Pemimpin	Tinggi	Tinggi	Minimal
Asumsi Tanggung Jawab	Pemimpin	Berbagi bersama	Lepas tanggung jawab
Keluaran Kelompok	Kuantitas tinggi, kualitas baik	Kreatif, kualitas tinggi	Variabel, kemungkinan kualitas buruk
Efisiensi	Sangat efisien	Kurang efisien dibandingkan gaya otokratis	Tidak efisien

3. Azas-Azas Kepemimpinan

Menurut Mugianti (2016), azas-azas kepemimpinan meliputi:

- a. Azas Kemanusiaan
Pemimpin memandang bawahan sebagai manusia dan juga memperhatikan bawahan
- b. Azas Efisiensi
Pemimpin dapat mengefisienkan sumber daya yang terbatas untuk kepentingan kelompoknya
- c. Azas kesejahteraan yang lebih merata
Pemimpin berusaha mengurangi kesenjangan dan konflik yang dapat mengganggu jalannya organisasi.

4. Teori Kepemimpinan

- a. Teori Sifat (*Trait Theory*)
Teori yang mengidentifikasi karakteristik khas berupa fisik, mental, kepribadian yang berhubungan dengan keberhasilan

kepemimpinan, yang mana teori ini menekankan pada atribut-atribut pribadi dari pemimpin (Mamik, 2015).

b. Great Man Theory

Dalam teori ini seorang pemimpin besar terlahir dengan memiliki ciri-ciri yang istimewa yang mencakup karisma, kecerdasan, kebijaksanaan, dan memberikan dampak besar (Mamik, 2015).

c. Big Bang Theory

Menurut teori ini suatu peristiwa besar yang menciptakan seseorang menjadi pemimpin. Seorang pemimpin mampu mengintegrasikan antara situasi dan pengikut. Situasi ini dapat berupa revolusi, kekacauan/kerusuhan, dll. Sedangkan untuk pengikut sendiri merupakan orang yang bersedia patuh dan taat pada seseorang yang ditokohkan (Mamik, 2015).

d. Behavior Theory

Dalam teori ini berfokus pada bagaimana cara pemimpin berperilaku dalam mempengaruhi orang lain ke arah pencapaian tujuan dan hal ini dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan masing-masing. Teori ini memandang bahwa kepemimpinan dapat dipelajari dari pola tingkah laku dan bukan dari sifat-sifat seorang pemimpin karena sifat seseorang lebih sulit untuk diidentifikasi (Mamik, 2015).

e. Situational Theory

Teori yang lebih mengarah pada pendekatan terhadap kepemimpinan yang mana pemimpin dianjurkan memahami perilaku bawahan dan situasi sebelum menggunakan perilaku kepemimpinan tertentu. Teori ini menitikberatkan pada berbagai gaya kepemimpinan yang paling efektif diterapkan dalam situasi tertentu. Dalam teori ini keefektifan kepemimpinan bergantung pada ketepatan pemimpin dalam berperilaku sesuai dengan situasi (Mamik, 2015).

f. Contingency Theory

Kepemimpinan dipengaruhi oleh variabel-variabel lingkungan yang menentukan gaya kepemimpinan. Keberhasilan kepemimpinan tergantung pada sejumlah variabel diantaranya gaya kepemimpinan, kualitas para pengikut, dan aspek lingkungan. Teori ini masih mengandung dua sudut pandang keberhasilan, di satu sisi pemimpin harus fleksibel dengan situasi, disisi lain ada variabel lain yang menentukan keberhasilan (Mamik, 2015).

Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan merupakan sebuah perilaku yang dapat ditunjukkan oleh seseorang (pemimpin) ketika orang tersebut dapat membuat orang lain terpengaruh. Gaya kepemimpinan merupakan seorang (pemimpin) yang melihat persepsi orang lain dengan perilaku pemimpin tersebut untuk mempengaruhi kegiatan orang lain. Orang lain yang melihat perilaku tersebut bisa dari atasan dari pemimpin, teman sejawat, atau bawahan. Dimana ini untuk mengetahui gaya kepemimpinan seorang pemimpin dengan menggunakan persepsi orang lain atau orang itu sendiri (Mamik, 2015). Menurut Ismainar (2018) bahwa gaya kepemimpinan terdapat 4 macam yaitu:

1. Otokratis merupakan sebuah pendekatan kekuasaan untuk mencapai sebuah keputusan dan pengembangan sebuah struktur. Kepemimpinan ini menggunakan metode pendekatan kekuasaan untuk mencapai sebuah keputusan dan pengembangan sebuah struktur.
2. Partisipatif merupakan sebuah tindakan yang lebih banyak mengambil keputusan dengan mengajak bawahan atau anggota lainnya untuk membahas wewenang tersebut yang dimana ini membuat keputusan yang diambil tidak terkesan sepihak.
3. Demokratif merupakan pendekatan yang dimana pemimpin mengambil keputusan secara kooperatif dan pemimpin yang kooperatif ini memiliki moral yang tinggi dalam bekerjasama.

4. Kendali bebas merupakan sebuah pemimpin yang memberikan kekuasaan penuh kepada bawahan, struktur organisasi yang longgar dan pemimpin bersifat pasif. Dimana pemimpin menghindari dari kuasa dan tanggung jawab.

Rangkuman

Manajemen Keperawatan merupakan suatu proses bekerja dengan melibatkan staf keperawatan untuk memberikan perawatan, pengobatan dan bantuan terhadap pasien. Sedangkan proses manajemen keperawatan merupakan rangkaian pelaksanaan yang saling berhubungan, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan, dalam setiap sistem terdiri atas lima unsur antara lain: input, proses, output, kontrol, dan mekanisme umpan balik. Proses manajerial keperawatan dalam lingkup keperawatan dipimpin oleh kepala ruang dan akan memberi komando kepada tatanan di bawahnya seperti perawat pelaksana. Dalam setiap manajerial keperawatan harus memiliki perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan, karena dari proses itu dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi bersama dari setiap pelaksanaan kegiatan.

Kepemimpinan merupakan suatu keterampilan atau penggunaan keterampilan yang dapat mempengaruhi orang lain atau orang sekitar untuk melakukan sesuatu dengan maksimal sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Dalam kepemimpinannya biasanya pemimpin akan menerapkan beberapa gaya kepemimpinan yang membantunya untuk mencapai suatu tujuan organisasi, gaya kepemimpinan yang dapat diterapkan yaitu gaya kepemimpinan otokratis, partisipatif, demokratis dan kendali bebas.

Latihan Soal-Soal

1. Ns. Rika sedang mendapatkan *shift* pagi diruang rawat inap Anggrek. Ns. Rika sebagai perawat pelaksana yang sedang menyusun tugas

harian yang akan dilakukan. Dari kegiatan perawat tersebut telah masuk kedalam manajemen keperawatan yaitu...

- a. Controlling
 - b. **Planning**
 - c. *Evaluating*
 - d. *Organizing*
2. Ns. Nur merupakan kepala ruang rawat inap. Dalam menjalankan fungsi manajemen yang dilakukan Ns. Nur pada tahap kegiatan pengawasan adalah...
- a. Mengambil suatu tindakan atas pencapaian yang telah dilakukan.
 - b. Memberikan solusi atas kekurangan dalam pencapaian target yang telah direncanakan.
 - c. Menilai dan mengevaluasi hasil kerja yang telah dicapai.
 - d. **Jawaban salah/benar semua**
3. Ns. Dika sedang bertugas di RS. Medika. Tanggung jawab Ns. Dika yaitu menetapkan rencana kegiatan pelayanan medis, menetapkan rencana pengembangan pelayanan medis, menetapkan standar prosedur kerja bidang pelayanan medis. Kedudukan Ns. Dika saat ini masuk dalam tingkatan level...
- a. *First line manager*
 - b. **Middle manager**
 - c. *Top manager*
 - d. Jawaban salah/benar semua
4. Ners. Andi yang merupakan kepala ruangan dari ruang rawat inap mawar. Menurut anggotanya ia merupakan sosok pemimpin yang baik dan memiliki kinerja yang mapan. Dalam setiap keputusannya ia selalu mengambil keputusan berdasarkan musyawarah bersama atau menampung pendapat dari bawahannya. Hal tersebut membuat anggotanya menyeganinya sebagai pemimpin dan selalu mengikuti segala perintahnya. Dari ilustrasi diatas teori kepemimpinan yang cocok adalah...
- a. Big Bang Theory

- b. *Contingency Theory*
 - c. *Trait Theory*
 - d. ***Behavior Theory***
5. Pemimpin sebagai diktator terhadap anggota kelompoknya sehingga pemimpin berpikir bahwa memimpin merupakan memaksa dan menggerakkan kelompok serta menganggap bahwa bawahan hanya bersifat sebagai pembantu serta hanya mengikuti dan menjalankan perintah yang dilakukan oleh pemimpin. Penjelasan diatas merupakan karakteristik pemimpin...
- a. Demokratis
 - b. *Laissez Faire*
 - c. Kharismatik
 - d. **Otoriter**
6. Seorang pemimpin yang memiliki jabatan atas keinginan anggotanya dan memiliki hubungan baik dengan anggotanya sehingga anggotanya dapat bekerja dengan senang merupakan pemimpin yang berada di level...
- a. Positional Leader Felt konflik
 - b. *Personhood Leader Resolusi konflik*
 - c. **Permission Leader**
 - d. *People development leader*

Bahan Diskusi

1. Bandingkan kelebihan dan kelemahan dari setiap gaya kepemimpinan!
2. Diskusikan, jenis gaya kepemimpinan apa yang akan Anda terapkan jika ruang perawatan yang Anda pimpin mengalami banyak kejadian tidak diharapkan?

Daftar Rujukan

- Cummings, G. G. K. Tate, S. Lee, C. A. Wong, T. Paananen, S. P. M. Micaroni, G. E. Chatterjee. Leadership Style and Outcome Patterns For The Nursing Workforce and WorkEnvironment: A Systematic Review. *International Journal Of Nursing Studies*. 85: 19-60
- Depkes. R. I. 2005. *Pedoman Pengembangan Jenjang karir profesional perawat*. Direktorat Bina Keperawatan, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan R.I.
- Gillies, D.A. (1996). *Nursing Management A System Approach*. Phyladelphia: W. B. Saunders Company.
- Gillies, DA. (2000) *Nursing Management A system Approach*. Philadelphia: WB. Sauders Company.
- Ismaniar, H. 2018. *Manajemen Unit Kerja: Untuk Perekam Medis dan Informatika Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat Keperawatan dan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Julianto, M. 2016. Peran dan Fungsi Manajemen dalam Manajemen Konflik. *Jurnal.fatmawatihospital.com*.
- Kuncoro, Agus. 2010. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta. Nuha medika.
- Mamik. 2014. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Edisi Pertama. Sidoarjo: Zifatama Jawaara.
- Mamik. 2015. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Sidoarjo : Zifatama Publisher.
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Naicker, V dan Hoque. 2017. Leadership Effectiveness Within The Function of Nursing Management. *Journal of Contemporary Management*. Vol. 14(3): 291-329.
- Setyawan, F. E. dan S. Supriyanto. 2019. *Manajemen Rumah Sakit*. Edisi Pertama. Sidoarjo: Zifatama Jawaara.

Supinganto, A., I. Hadi., H. P. Rusiana, Zuliardi, H. Istianah, R. A. Utami, dan M. R. Rahmana. 2020. *Praktik Manajemen Keperawatan: Teori dan Aplikasinya*. Surabaya : Pantera Publishing.

Weiss, S., Tappen R., dan Grimley, K. 2023. *Essentials of Nursing Leadership & Management*. Eight edition. Philadelphia: Davis Company.



BAB II

PERENCANAAN DALAM KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendeskripsikan unsur-unsur dalam perencanaan;
2. Mendeskripsikan jenis perencanaan dalam manajemen keperawatan;
3. Memahami analisis SWOT;
4. Menyusun analisis situasi dalam SWOT;
5. Menyusun Plan of Action dalam analisis SWOT;
6. Menyusun analisis fish bone.

Pengantar/Pendahuluan

Manajemen pada dasarnya berfokus pada perilaku manusia untuk mencapai tingkat tertinggi dari produktivitas pada pelayanan di suatu kegiatan. Pada suatu instansi membutuhkan seorang manajer yang terdidik dalam pengetahuan dan keterampilan tentang perilaku manusia untuk mengelola kegiatan. Manajemen merupakan serangkaian aktivitas (perencanaan, pengambilan keputusan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengendalian) yang diarahkan pada sumber daya organisasi (manusia, financial, fisik dan informasi) untuk mencapai tujuan organisasi secara efisien dan efektif (Phillips et al., 2018)

Pengorganisasian dalam manajemen keperawatan mempunyai banyak aktifitas penting, yaitu bagaimana asuhan keperawatan dikelola secara efektif dan efisien untuk sejumlah pasien di rumah sakit dengan jumlah staf keperawatan dan fasilitas yang ada. Untuk diperlukan pembagian tugas, kerja sama dan koordinasi sehingga semua pasien mendapatkan pelayanan yang optimal. Oleh karena itu manajer keperawatan perlu menetapkan kerangka kerja, yaitu dengan cara mengelompokan dan membagi kegiatan yang harus dilakukan, menentukan jalinan hubungan kerja antara tenaga dan menciptakan hubungan antara kepala-staf melalui penugasan, delegasi dan wewenang (Phillips et al., 2018)

Perencanaan dapat dikatakan sebagai proses pengambilan keputusan manajerial yang mencakup penelitian lingkungan, penggambaran sistem organisasi secara keseluruhan, memperjelas visi, misi dan filosofi organisasi, memperkirakan sumber daya organisasi, mengidentifikasi dan memilih langkah-langkah tindakan, memperkirakan efektifitas tindakan dan menyiapkan karyawan untuk melaksanakannya. Sehingga perencanaan (*planning*) merupakan fungsi dasar dari manajemen dan semua fungsi dalam manajemen tergantung dari fungsi perencanaan. Maksudnya fungsi-fungsi yang lain dari manajemen tidak akan berjalan secara efektif tanpa adanya perencanaan yang baik sehingga manajemen juga akan mengalami hambatan dalam prosesnya dan akan berdampak pada tujuan yang akan dicapai di masa depan nanti (Mugianti, 2016).

Pengertian Perencanaan

Mondy & Premeaux (1995) dalam (Wijaya & Rifa'i, 2016), menjelaskan "*planning is the procces of determining in advance what should be accomplished and how it should be realized*" yang berarti dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan diperlukan adanya sebuah rencana dan cara-cara untuk melaksanakan rencana tersebut. Perencanaan adalah upaya manusia secara sadar memilih alternatif masa depan yang dikehendaki dan kemudian mengarahkan sumber daya untuk mewujudkan tujuan. Perencanaan adalah proses pengambilan keputusan manajerial yang mencakup penelitian lingkungan, penggambaran sistem organisasi secara keseluruhan memperjelas visi, misi dan filosofi organisasi, memperkirakan sumber daya organisasi, mengidentifikasi dan memilih langkah-langkah tindakan, memperkirakan efektifitas tindakan dan menyiapkan karyawan untuk melaksanakannya (Mugianti, 2016).

Perencanaan (*planning*) merupakan fungsi dasar dari manajemen dan semua fungsi dalam manajemen tergantung dari fungsi perencanaan. Maksudnya fungsi-fungsi yang lain dari manajemen tidak akan berjalan secara efektif tanpa adanya perencanaan yang baik. Hal ini sesuai dengan definisi perencanaan dari Swansburg dan Swansburg (1999, dalam Mugianti, 2016), bahwa perencanaan adalah proses berkelanjutan yang diawali dengan menetapkan tujuan, dan kemudian melaksanakannya sesuai dengan proses, memberikan umpan balik dan melakukan modifikasi rencana jika diperlukan. Lebih lanjut Swansburg dan Swansburg (1999) menjelaskan bahwa perencanaan merupakan proses berfikir atau proses mental dalam membuat keputusan dan peramalan yang berorientasi pada masa yang akan datang (Mugianti, 2016). Perencanaan tersebut merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan yang berorientasi pada masa depan. Perencanaan harus mengandung unsur-unsur 5W+1H (*What, Why, Where, When, Who, dan How*) karena langkah-langkah yang ditentukan untuk mencapai tujuan dapat dilakukan secara maksimal (Wijaya & Rifa'i, 2016).

Tujuan Perencanaan

Perencanaan diawali dengan identifikasi tujuan. Tujuan ini terdiri dari tujuan umum (*goal*) dan sasaran (*objective*). Tujuan umum merupakan pernyataan suatu keinginan yang tergolong dalam refleksi dari misi atau tujuan unit kerja atau organisasi (Asmara, 2020).

Perencanaan dibuat bertujuan untuk merumuskan apa yang sesungguhnya ingin dicapai oleh sebuah organisasi serta bagaimana sesuatu yang ingin dicapai tersebut dapat diwujudkan melalui serangkaian rumusan rencana kegiatan tertentu (Mamik, 2015). Menurut Mugianti (2016) tujuan dalam penyusunan perencanaan dalam manajemen keperawatan, sebagai berikut:

1. Meningkatkan peluang untuk sukses
2. Menstimulasi berfikir analisis
3. Mencegah terjadinya krisis manajemen
4. Memfasilitasi berfikir kritis dan membuat keputusan secara fleksibel
5. Meningkatkan keterlibatan staf dan komunikasi
6. Menjamin biaya yang efektif

Unsur-Unsur dalam Perencanaan

Perencanaan manajemen keperawatan dimulai dengan merumuskan tujuan organisasi yang akan dijelaskan dalam visi, misi, filosofi dan tujuan sebagai arah kebijakan organisasi (Mugianti, 2016). Berikut yang termasuk dalam unsur-unsur perencanaan (Kurniawan, 2017):

1. Perumusan Visi

Visi merupakan dasar untuk membuat suatu perencanaan sehingga disusun secara singkat, jelas, dan mendasar serta ada batasan waktu untuk pencapaian. Visi merupakan pernyataan yang disusun secara singkat, jelas, dan mendasar yang berisi tentang mengapa organisasi dibentuk serta ada batasan waktu untuk pencapaiannya.

Contoh rumusan visi:

“Menjadi ruang perawatan bedah yang melakukan perawatan profesional dan unggul dalam manajemen perawatan luka modern di tahun 2018”.

2. Perumusan Misi

Misi adalah uraian yang berisi pernyataan operasional guna mencapai visi yang telah ditetapkan (Mugianti, 2016). Contoh misi ruang perawatan bedah yang mengacu pada visi tersebut di atas, antara lain:

- a. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien bedah secara holistik bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual.
- b. Melakukan tindakan perawatan luka dengan menggunakan manajemen perawatan luka modern.
- c. Menyediakan sarana prasarana untuk menunjang manajemen perawatan luka modern.
- d. Melakukan penelitian tindakan bedah berdasarkan perkembangan dan trend perawatan bedah.

3. Perumusan Filosofi

Filosofi adalah nilai-nilai dan keyakinan yang menyangkut keyakinan dan praktik keperawatan dalam suatu organisasi (Mugianti, 2016).

Contoh :

- a. Pasien adalah manusia yang merupakan makhluk holistik (bio-psiko-sosial-spiritual)
- b. Pasien adalah individu yang unik dan bermartabat.

4. Perumusan Tujuan

Tujuan merupakan sesuatu yang ingin dicapai sebagai arah kebijakan bagi organisasi untuk menentukan apa yang harus dilakukan dan bagaimana cara mencapainya. Tujuan mutlak harus ada dalam organisasi pelayanan keperawatan. Untuk merumuskan tujuan yang baik harus memenuhi syarat antara lain (Mugianti, 2016):

- a. Tujuan harus dapat menjelaskan arah
- b. Tujuan harus memungkinkan untuk dicapai

- c. Terukur artinya tujuan berisi ketentuan kuantitatif
- d. Terdapat batasan waktu untuk pencapaian target
- e. Pencapaian akhir setiap tujuan dapat diterima semua anggota organisasi
- f. Kriteria dibuat untuk melihat seberapa besar tujuan tercapai
- g. Setiap tujuan mendukung sasaran organisasi

Contoh :

Meningkatkan kualifikasi tenaga perawatan yang handal dan kompeten dalam keperawatan bedah melalui pendidikan dan pelatihan

5. Perumusan Sasaran

Sasaran dalam manajemen merupakan target yang terukur sebagai indikator tingkat keberhasilan dari tujuan yang telah ditetapkan.

6. Perumusan Kebijakan

Perumusan kebijakan merupakan sebuah instruksi yang dibuat organisasi dalam hal pengambilan keputusan. Hal ini bertujuan untuk mengatur perilaku individu dalam organisasi agar misi dapat tercapai. Kebijakan dapat berbentuk tersirat atau tersurat. Pada umumnya organisasi menyusun kebijakan tersurat dikarenakan agar pekerja dapat konsisten dalam perilaku dan perbuatan (Marquis dan Huston, 2017).

7. Perumusan Prosedur

Prosedur adalah sebuah perencanaan yang berbentuk susunan langkah-langkah untuk deskripsi pekerjaan tertentu. Tujuan prosedur adalah mengefisiensikan kerja, menghemat waktu, meningkatkan produktifitas, mengurangi biaya. Pada umumnya prosedur dapat ditemukan dalam unit level tertentu dalam organisasi (Marquis dan Huston, 2017).

8. Penetapan Biaya/Anggaran

Anggaran bisa dikatakan sebagai penerjemahan program ke dalam satuan angka (mata uang). Jika perusahaan tidak memiliki program yang jelas, maka anggaran sangat sulit untuk disusun

Jenis-Jenis Perencanaan dalam Manajemen Keperawatan

Perencanaan dalam manajemen keperawatan berdasarkan jangka waktunya dibagi menjadi 3 jenis, yaitu perencanaan jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang. Perencanaan jangka pendek atau yang disebut sebagai perencanaan operasional adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan dengan kurun waktu satu jam sampai dengan satu tahun. Perencanaan jangka menengah adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan dengan kurun waktu antara satu tahun sampai lima tahun, sedangkan perencanaan jangka panjang atau sering disebut perencanaan strategis adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan tiga sampai 20 tahun (Mugianti, 2016).

1. Rencana Harian: rencana yang berisikan setiap kegiatan perawat setiap harinya yang telah dibuat oleh kepala ruang, ketua tim atau perawat primer dan perawat pelaksana
2. Rencana Bulanan: rencana yang berisikan kegiatan perawat selama 1 bulan dan harus sinkron dengan rencana harian, biasanya dibuat oleh kepala ruang dan ketua tim atau perawat primer
3. Rencana Tahunan: rencana yang dibuat setiap tahun sekali berdasarkan evaluasi kegiatan tahun sebelumnya, biasanya dibuat oleh kepala ruang saja.

Menurut waktu pembuatan perencanaan dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu perencanaan reaktif dan perencanaan proaktif. Perencanaan reaktif yaitu perencanaan yang disusun ketika adanya masalah aktual yang dihadapi saat ini. Sedangkan perencanaan proaktif yaitu perencanaan yang disusun sebelum masalah timbul, antisipasi

terhadap perubahan kebutuhan dan meningkatkan kemampuan organisasi (Mugianti, 2016).

Proses penyusunan perencanaan juga diklasifikasikan berdasarkan bagaimana pendekatan yang dilakukan, yaitu: pendekatan perkembangan yang menguntungkan (*Profitable Growth Approach*) dan pendekatan analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity dan Treat*) (Mugianti, 2016).

1. Pendekatan perkembangan yang menguntungkan (*Profitable Growth Approach*)

Dilakukan dengan menganalisa sarana produksi yang dimiliki dan dihubungkan dengan kebutuhan yang ada di lingkungan (Mugianti, 2016). Outputnya adalah antara sarana yang dimiliki dengan kebutuhan lingkungan harus seimbang. Dengan kata lain ‘SALING BANGUN’, yang berarti “SA” (Sarana Produksi), “LING” (Lingkungan masyarakat), dan “BANGUN” (Perkembangan yang menguntungkan).



Gambar 2.1 Proses Perencanaan dengan Pendekatan yang Menguntungkan

2. Pendekatan analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity dan Treat*) Disusun melalui proses perencanaan, yang diawali dengan menganalisa faktor internal yang berhubungan dengan kekuatan (*Strength*) dan kelemahan (*Weakness*), yang selanjutnya melakukan analisa faktor eksternal yang berhubungan dengan peluang (*opportunity*) dan tekanan/ancaman (*Threat*) (Mugianti, 2016).

Analisis SWOT

Analisis SWOT adalah metode perencanaan yang digunakan untuk mengkaji faktor internal dan faktor eksternal dalam organisasi. Faktor internal adalah hal-hal yang berasal dari dalam organisasi yang dapat mempengaruhi kinerja dan pencapaian tujuan organisasi, yakni kekuatan (*strenghts*) dan kelemahan (*weakness*). Sedangkan faktor eksternal adalah hal-hal yang berasal dari luar organisasi yang dapat mempengaruhi kinerja dan pencapaian tujuan organisasi, yakni peluang (*opportunities*) dan ancaman (*threats*) (Pertiwi dkk., 2018).

Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan analisis SWOT:

1. Tentukanlah tujuan yang ingin dicapai oleh organisasi. Tujuan yang dibuat harus realistis, yaitu tujuan yang sangat mungkin dicapai organisasi.
2. Temukanlah setiap komponen (faktor internal dan eksternal) organisasi melalui analisa. Tuliskan secara ringkas.
3. Apabila tujuan tidak dapat dicapai dengan metode SWOT, lakukan perubahan terhadap tujuan yang ingin dicapai dan ulang kembali proses dari awal.

Berikut adalah contoh analisis SWOT ringkas (Marquis dan Huston, 2017):

Desired End State or Objective: Hospital Z wishes to increase the number of nurses with baccalaureate and graduate degrees in the staffing mix.

Strengths

1. Local schools of nursing offer online baccalaureate and master's degrees at affordable costs for working nurses.
2. Hospital Z offers generous professional development funding opportunities for staff.
3. This objective is in alignment with recommendations cited in the Institute of Medicine's report, *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*, that 80% of RNs should have baccalaureate or higher degrees by 2020.

Weaknesses

1. Recent high turnover rates have resulted in tight staffing and requests by nurses for reduced workloads to return to school would be difficult to honor.
2. At present, there is no role differentiation for nurses at Hospital Z based on a nurse's educational level.
3. At present, Hospital Z does not offer a salary differential to nurses with baccalaureate or higher degrees, but another hospital in the immediate area does.

Opportunities

1. Current research evidence suggests that increasing the number of nurses with baccalaureate or higher degrees in the staffing mix would positively impact quality of care.
2. Hospital Z could consider application for Magnet status if more nurses held higher degrees.
3. Increasing the number of nurses with baccalaureate and graduate degrees better prepares them to assume new and emerging professional roles in an increasingly complex health-care environment.
4. A review of the literature suggests that nurses with graduate degrees are more likely to report being extremely satisfied with their jobs compared with nurses who hold associate's degrees.

Threats

1. Local schools of nursing have impacted enrollments, so not all nurses who want to return to school can be accepted.
2. An impending national nursing shortage could further exacerbate current staffing shortages.
3. Not all nurses are inherently motivated to return to school.

Gambar 2.2 Analisis SWOT menurut Marquis dan Huston, 2017.

Analisis Fish Bone

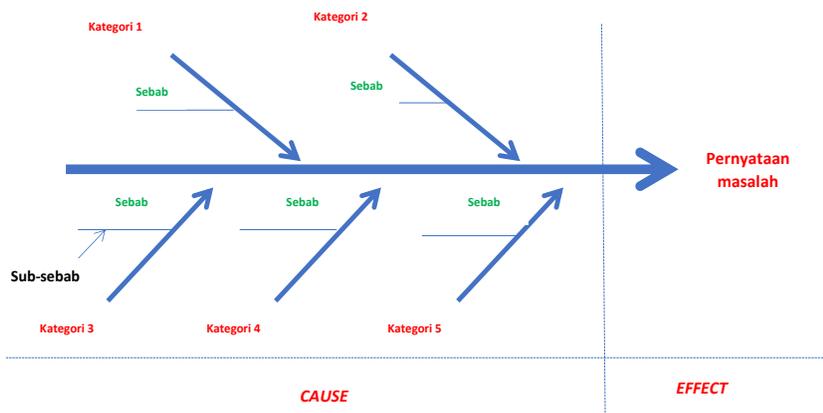
Diagram *fish bone* digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah dan akar penyebab suatu masalah. Berikut merupakan tahap pembuatan *fish bone*:

Langkah 1: Kesepakatan pernyataan masalah

Langkah 2: Identifikasi kategori menggunakan 5M

Langkah 3: Temukan sebab potensial

Langkah 4: Mengkaji dan menyepakati sebab yang paling mungkin



Gambar 2.3 Diagram *Fish Bone*.

Rangkuman

Perencanaan dalam manajemen keperawatan diawali dengan perumusan tujuan institusi atau organisasi yang dijelaskan dalam visi, misi, filosofi, memperkirakan sumber daya organisasi, mengidentifikasi dan memilih langkah-langkah tindakan, memperkirakan efektifitas tindakan dan menyiapkan sumber daya manusia untuk melaksanakannya dan sebagai arah kebijakan organisasi atau institusi dalam menentukan standar yang akan digunakan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi atau institusi (Jakri dkk, 2019).

Perencanaan dalam manajemen keperawatan sangat diperlukan terutama dalam menghadapi lingkungan eksternal yang berubah secara dinamis. Di suatu instansi pelayanan kesehatan, perencanaan harus lebih mengandalkan prosedur yang rasional dan sistematis bukan hanya pada intuisi dan firasat atau dugaan (Purba, 2019). Proses penyusunan perencanaan dalam manajemen keperawatan dapat dilakukan melalui dua pendekatan yang terdiri dari, perkembangan yang menguntungkan (*profitable growth approach*) dan pendekatan analisis SWOT (*strength, weakness, opportunity, dan treat*) yang dilakukan pada masing-masing unit atau ruangan di suatu instansi pelayanan kesehatan (Mugianti, 2016).

Latihan Soal-Soal

1. Setiap perawat harus mengetahui dan memahami visi, misi organisasi yang ditetapkan oleh manager keperawatan agar secara bersama-sama dapat mencapai tujuan organisasi. Apakah fungsi manajemen yang dilakukan perawat manager dalam menetapkan visi dan misi organisasi ?
 - a. Penggerakan
 - b. **Perencanaan**
 - c. Pengorganisasian
 - d. Pengontrolan
 - e. Pengawasan
2. Seorang perawat profesional mendapat peran mengelola manajemen keperawatan dan menjalankan fungsi manajemen perencanaan (planning). Di bawah ini yang harus disusun dalam perencanaan manajemen keperawatan, kecuali...
 - a. Visi
 - b. Misi
 - c. Filosofi
 - d. Tujuan
 - e. **Supervisi**
3. Ns. Dea merupakan seorang manager di RS Medika Utama. Ns. Dea hendak melakukan fungsi perencanaan dalam manajemen keperawatan di RS tersebut dalam kurun waktu satu tahun sampai lima tahun. Berdasarkan jangka waktu, maka perencanaan yang dibuat Ns. Dea termasuk dalam jenis perencanaan...
 - a. Jangka pendek
 - b. **Jangka menengah**
 - c. Jangka panjang
 - d. Operasional
 - e. Strategis
4. Perhatikan beberapa kriteria berikut
 - 1) Singkat, tidak lebih dari 3-4 kalimat

- 2) Jelas, memberikan gambaran tentang masa depan organisasi
- 3) Bisa dicapai dengan sumber daya, energi, dan waktu
- 4) Mampu menggugah emosi positif anggota
- 5) Dapat diukur

Berdasarkan beberapa kriteria di atas, yang termasuk ke dalam kriteria visi adalah...

- a. 1), 2), 4), dan 5)
 - b. 1), 2), 3), dan 4)
 - c. 2), 3), 4), dan 5)
 - d. 1), 3), 4), dan 5)
 - e. Benar semua**
5. Perhatikan jenis perencanaan di bawah ini
- 1) Perencanaan jangka pendek
 - 2) Perencanaan reaktif
 - 3) Perencanaan jangka menengah
 - 4) Perencanaan proaktif
 - 5) Perencanaan jangka panjang

Berdasarkan jenis perencanaan di atas, yang termasuk jenis perencanaan dalam manajemen keperawatan berdasarkan jangka waktunya yaitu...

- a. 2) dan 4)
- b. 1), 3), dan 5)**
- c. 1), 2), dan 3)
- d. 3), 4), dan 5)
- e. 2), 4), dan 5)

Bahan Diskusi

1. Buatlah diagram analisis SWOT terhadap fakultas Anda
2. Bagaimana jika dalam analisis SWOT poin kelemahan lebih banyak?

Daftar Rujukan

- Asmara, R. 2020. *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Edisi 1. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Kurniawan, R. (2017). Unsur Perencanaan Strategi dalam Organisasi. *Sintesa STIE Sebelas April*, 1, 74–79.
- Mamik. 2015. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Edisi Edisi 1. Sidoarjo: Zifatama Publisher.
- Marquis, B. L., Carol J. H. 2017. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 9th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Mugianti, S. 2016. *Manajemen dan Kepemimpinan dalam Praktek Keperawatan*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pery, A. K., Slamet I. 2018. Establishment of Tunas Harapan Islamic Hospitals at Salatiga, Central Java, Indonesia: A SWOT Analysis. *Advances in Research*. 15(4): 1-9.
- Pertiwi B., Rr. Tutik S. H., Siti A. 2018. Swot Analysis Of Nursing Clinic Profesional Career Laddersystem (SJKP2K) In Military Hospital Jakarta. *International Journal of Nursing and Health Services*. 1(1): 60-67.
- Wijaya, C., & Rifa'i, M. (2016). *Dasar Dasar Manajemen: Mengoptimalkan Pengelolaan Organisasi Secara Efektif dan Efisien*. [http://repository.uinsu.ac.id/2836/1/Dasar-Dasar Manajemen.pdf](http://repository.uinsu.ac.id/2836/1/Dasar-Dasar%20Manajemen.pdf).



BAB III

PENGGORGANISASIAN DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN MAUPUN ASUHAN KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep pengorganisasian dalam pelayanan keperawatan;
2. Memahami langkah-langkah pengorganisasian;
3. Memahami prinsip-prinsip pengorganisasian;
4. Mendeskripsikan bentuk-bentuk metode pengorganisasian dalam pelayanan keperawatan;
5. Menyusun struktur organisasi dalam setting ruang perawatan.

Pengantar/Pendahuluan

Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti halnya fungsi perencanaan. Pengorganisasian merupakan serangkaian kegiatan manajemen yang menghimpun semua sumber daya yang dimiliki serta memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuan suatu organisasi. Seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan sesuai dengan yang telah ditetapkan (Munijaya, 2004). Pengorganisasian terbagi menjadi tiga struktur organisasi, yaitu: Organisasi lini, organisasi staf, serta organisasi lini dan staf. Melalui interaksi antar individu menjadi kunci kelancaran organisasi pelayanan keperawatan karena adanya komunikasi antar anggota yang dapat dijadikan alat untuk menyampaikan informasi, instruksi, perintah, teguran, berbagai pengalaman, koordinasi, kerjasama dan lain lain (Mugianti, 2016).

Pengorganisasian pelayanan keperawatan merupakan proses pengelompokan kegiatan terhadap tugas, wewenang, tanggung jawab dan koordinasi kegiatan baik secara vertikal maupun horizontal oleh tenaga keperawatan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Peran pengorganisasian keperawatan merupakan tindakan yang melibatkan penyelesaian berbagai ketegangan terkait otoritas profesional, prioritas tugas, penyalarsan kepentingan intra dan interprofesional, dan persyaratan internal dan eksternal. Peran pengorganisasian keperawatan dimainkan pada empat tingkatan: tingkat pasien individu, tingkat kelompok pasien, tingkat organisasi level, dan level kebijakan. Perawat memiliki peran penting dalam pengorganisasian, merawat dan membimbing pasien melalui perawatan kesehatan (Roekel dkk, 2020).

Konsep Pengorganisasian

1. Pengertian Pengorganisasian

Organisasi berasal dari istilah Yunani yaitu *organom* dan istilah latin *organum* yang artinya alat, bagian, anggota atau badan. Organisasi adalah proses mengatur sumber daya manusia dan sumber daya

lainnya dalam menjalankan strategi untuk mencapai tujuan organisasi. Pengorganisasian adalah keseluruhan pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas, tugas, kewenangan dan tanggung jawab sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kegiatan kesatuan yang telah ditetapkan sehingga mencapai tujuan melalui penataan pola struktur, tugas, otoritas, tenaga kerja dan komunikasi (Juniati, 2014). Pengorganisasian adalah pengelompokan dengan pengaturan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi, melalui supervisi, komunikasi dan koordinasi dengan unit kerja lain secara vertikal dan horizontal (KEMENKES RI, 2016). Pengorganisasian pelayanan keperawatan adalah proses pengelompokan kegiatan terhadap tugas, wewenang, tanggung jawab dan koordinasi kegiatan secara vertikal maupun horizontal oleh tenaga keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2. Tujuan Pengorganisasian

Menurut Mugianti (2016), tujuan pengorganisasian dalam manajemen keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Pencapaian tujuan organisasi
- b. Pengorganisasian sumber daya secara efektif dan efisien
- c. Melakukan pembagian tugas dan pertanggungjawaban yang efektif antara perorangan dan kelompok.
- d. Menentukan jalur komunikasi dan koordinasi yang efektif melalui penyusunan struktur organisasi yang baik
- e. Melakukan pengambilan keputusan secara tepat
- f. Melakukan pengawasan kegiatan-kegiatan organisasi secara efektif melalui supervisi
- g. Melakukan antisipasi terhadap berbagai perubahan yang mungkin terjadi melalui penyesuaian-penyesuaian yang penting (Mugianti, 2016).

3. Fungsi Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti halnya fungsi perencanaan.

Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (manusia dan yang bukan manusia) akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Berikut ini merupakan beberapa fungsi dari pengorganisasian, antara lain (Mugiarti, 2016):

- a. Pencapaian tujuan organisasi
 - b. Pengorganisasian sumber daya secara efektif dan efisien
 - c. Melakukan pembagian tugas dan pertanggungjawaban yang efektif antara perorangan dan kelompok
 - d. Menentukan jalur komunikasi dan koordinasi yang efektif melalui penyusunan struktur organisasi yang baik
 - e. Melakukan pengambilan keputusan secara tepat
 - f. Melakukan pengawasan kegiatan-kegiatan organisasi secara efektif melalui supervisi
 - g. Melakukan antisipasi terhadap berbagai perubahan yang mungkin terjadi dengan melalui penyesuaian-penyesuaian yang penting
4. Model Pengorganisasian

- a. Organisasi Lini
Bentuk organisasi lini merupakan yang tertua di dunia, organisasi lini mencirikan bahwa pembagian tugas dan wewenang terdapat perbedaan yang nyata antara satuan organisasi pimpinan dan satuan organisasi pelaksana. Peran pimpinan sangat dominan, segala kendali ada di tangan pimpinan dan dalam melaksanakan kegiatan yang diutamakan adalah wewenang dan perintah. Organisasi lini lebih cocok digunakan untuk organisasi dengan jumlah karyawan sedikit, sarana dan prasarana terbatas, serta tujuan dan kegiatan organisasi yang sederhana.

Tabel 3.1 Kelebihan dan Kekurangan Organisasi Lini.

No.	Kelebihan	Kekurangan
1	Keputusan dapat diambil secara tepat	Dibutuhkan pemimpin yang benar-benar berwibawa

2	Kesatuan arah dan perintah lebih terjamin	Keputusan sering kurang matang
3	Koordinasi dan pengawasan lebih mudah	Hak-hak individu kadang terabaikan

b. Organisasi Staf

Organisasi staf merupakan pengembangan dari organisasi lini. Organisasi staf dicirikan bahwa dalam organisasi dikembangkan satuan organisasi staf yang berperan sebagai pembantu pimpinan. Orang yang duduk dalam organisasi staf adalah individu ahli sesuai dengan kebutuhan organisasi. Pengambilan keputusan berada di tangan pimpinan.

Tabel 3.2 Kelebihan dan Kekurangan Organisasi Staf

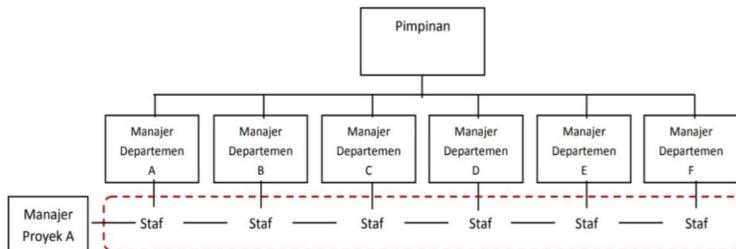
No.	Kelebihan	Kekurangan
1	Kualitas pengambilan keputusan yang lebih baik	Pengambilan keputusan membutuhkan waktu yang lebih lama

c. Organisasi Matriks

Matriks adalah salah satu struktur organisasi yang muncul pada era setelah birokrasi atau disebut era *post-bureaucratical organization*. Bentuk organisasi matriks digambarkan sebagai koordinasi antar departemen atau bidang atau yang ada di dalam suatu organisasi. Bentuk organisasi matriks adalah pendekatan yang dilahirkan untuk *clean up* pendekatan yang sebelumnya tidak memberi kemudahan dan fleksibilitas dalam menangani kegiatan yang kompleks dan melibatkan keahlian atau *skill* dari berbagai bidang multifungsional organisasi. Organisasi matriks adalah sebuah struktur organisasi, dimana setiap karyawan bertanggung jawab kepada manajer fungsional atau manajer

divisi dan manajer proyek atau manajer kelompok (Wulandari dan Wildani, 2019).

Organisasi matriks meliputi cara penggabungan manajer organisasi dengan berbagai spesialisasi untuk menyelesaikan suatu tugas. Pada organisasi matriks, para karyawan pada dasarnya memiliki dua orang pemimpin (dibawah dua kepemimpinan atau *under dual authority*). Struktur organisasinya terbagi dalam beberapa divisi dibawah direktur utama, dimana setiap divisi memiliki wewenang dan tanggung jawab tersendiri. Dengan adanya pembagian divisi maka tugas dan pekerjaan menjadi lebih mudah dan fleksibel sehingga mendorong adanya kerjasama antar divisi. Adanya pembagian divisi pada setiap bagian maka harus terlaksana koordinasi dan komunikasi yang baik untuk menghindari konflik secara horisontal maupun vertikal akibat adanya kesalahan tanggung jawab ganda (Winarti, 2020).



Gambar 3.1 Diagram Organisasi Matriks

Konsep organisasi matriks berkembang dan banyak diadopsi pada organisasi yang bekerja dengan banyak proyek yang di dalamnya memerlukan koordinasi dan prestasi teknis yang tinggi, serta membutuhkan banyak keterampilan atau keahlian khusus. Contoh organisasi menurut Winardi (2017) yang menggunakan jenis matriks seperti agen-agen periklanan, laboratorium penelitian dan pengembangan, perusahaan konstruksi, lembaga pemerintah, universitas dan rumah sakit.

Kelebihan dan kelemahan penggunaan pengorganisasian secara matriks sebagai berikut:

Tabel 3.3 Kelebihan dan Kekurangan Organisasi Matriks

Kelebihan Matriks	Kelemahan Matriks
1. Memaksimalkan efektivitas penggunaan tenaga fungsional dan struktural.	1. Adanya pertanggung jawaban ganda sehingga menciptakan kebingungan dan adanya kebijakan yang kontradiktif.
2. Memberikan fleksibilitas kepada organisasi dan membantu perkembangan kreativitas serta pelipatgandaan pemanfaatan sumber yang beraneka ragam.	2. Sangat dibutuhkan koordinasi secara horisontal dan vertikal
3. Menstimulasi kerja sama antar disiplin dan mempermudah kegiatan perusahaan yang bermacam-macam dengan orientasi proyek.	3. Dibutuhkan lebih banyak keterampilan yang dimiliki perorangan
4. Membebaskan manajemen puncak dari perencanaan.	4. Mendorong timbulnya pertentangan kekuasaan
5. Melibatkan dan memberi tantangan kepada anggota.	5. Mengandung resiko timbulnya anarkhi.
6. Mengembangkan keterampilan para karyawan.	6. Dapat menyebabkan timbulnya lebih banyak diskusi daripada tindakan
7. Memotivasi orang lain untuk memperhatikan produk akhir.	7. Dibutuhkan biaya besar untuk implementasi
8. Memungkinkan pemindahan tenaga ahli sesuai bidang yang dibutuhkan.	8. Timbulnya resiko duplikasi upaya oleh tim-tim proyek yang ada

Langkah-Langkah Pengorganisasian

1. Penetapan dan pengembangan aktivitas, pembagian, penggolongan, dan penyusunan aktivitas-aktivitas yang akan dilaksanakan sehingga menjadi kelompok-kelompok yang teratur berdasarkan kesamaan sifat dalam pelaksanaan.
2. Penyusunan struktur, langkah ini dimaksudkan untuk membuat suatu struktur organisasi yang teratur yang diperlukan untuk memwadahi segenap kegiatan yang telah tersusun. Di samping harus berpedoman pada hasil langkah pertama, pembentukan wadah ini hendaknya berpangkal juga pada suatu ide, yaitu sesuatu cita dan aspirasi serta hasrat pada sesuatu bentuk struktur organisasi yang dikehendaki. Atau dengan kata lain, pembentukan wadah ini hendaknya berpangkal juga pada tipe ideal suatu bentuk struktur organisasi.
3. Mengisi organ dengan tugas, kekuasaan, wewenang dan tanggung Jawab, adalah memasukkan kegiatan yang telah tersusun ke dalam organ yang telah dibentuk. Dalam pengisian tugas, harus juga dilengkapi dengan wewenang dan tanggung jawab yang sepadan. Dalam arti pejabat yang disertai tugas harus diberi wewenang pula untuk mengambil tindakan-tindakan yang diperlukan, agar tugasnya dapat dilaksanakan dengan baik.
4. Menghubung-hubungkan organ satu dengan yang lain dengan garis wewenang dan tanggung jawab, adalah suatu aktivitas untuk menentukan hubungan kekuasaan dan tanggung jawab berdasarkan atas wewenang formal. Manifestasi dari hasil langkah ini adalah garis-garis hubungan kekuasaan yang bersifat formal.
5. Melengkapi organ dengan alat perlengkapan yang diperlukan, alat dan atau perlengkapan bukanlah harus baik, karena mempunyai nilai atau harga yang tinggi. Tetapi yang diperlukan adalah alat yang tepat dipakai, karena sesuai dengan corak pekerjaan.
6. Penempatan orang yang tepat pada masing-masing organ.

7. Membuat bagan organisasi untuk melukiskan atau menggambarkan struktur organisasi di atas kertas. Membuat bagan organisasi yaitu suatu gambar yang melukiskan secara skematis dari susunan tugas, kekuasaan, dan tanggung jawab serta hubungan antara unit-unit dalam suatu organisasi.

Prinsip-Prinsip Pengorganisasian

Untuk menyusun pengorganisasian kerja yang efektif dalam mencapai tujuan organisasi, ada empat prinsip yang harus diperhatikan seperti: pembagian kerja, pendelegasian tugas, koordinasi dan manajemen waktu. Berikut ini penjelasan masing-masing prinsip dalam pengorganisasian yang penting diperhatikan, yaitu:

1. Pembagian kerja (*Division of Work*), yaitu pada semua pekerjaan dibagi habis kepada semua staf. Setiap staf memiliki tugas yang jelas, untuk menghindari kesalahan maka manajer perawat hendaknya mengerti karakteristik tugas, tanggung jawab dan wewenang stafnya. *Job description*, pengembangan prosedur dan deskripsi hasil kerja diperlukan sebagai rambu-rambu pembagian kerja.
2. Pendelegasian (*Delegation*), yaitu penyerahan tanggung jawab kinerja atas suatu tugas dari satu individu kepada individu lain sedangkan pertanggung jawaban tetap tergantung hasilnya. Pendelegasian tugas yaitu pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada staf untuk melakukan tindakan dengan batas kewenangan tertentu dimana pendelegasian mengandung unsur *mentoring* dan regenerasi yang baik atau alami serta memiliki nilai mengenai pengelolaan sumber daya yang efektif dan efisien dengan kemampuan terbatas dengan tetap memperhatikan tugas/pekerjaan, lingkungan sekitarnya, orang yang ditunjuk, adanya pengarahan/komunikasi yang baik dan dilakukan supervisi atau evaluasi (KEMENKES RI, 2016).
3. Koordinasi yaitu kegiatan melakukan komunikasi dan hubungan dengan pihak yang terlibat dalam melancarkan kegiatan agar terjadi

keselarasan tindakan, usaha, sikap dan penyesuaian antar tenaga yang ada di tempat kerja. Koordinasi efektif bisa dilakukan dengan cara:

- a. Membangun komunikasi dua arah baik dengan atasan maupun bawahan,
 - b. Membiasakan melakukan rapat formal (rapat resmi, *pre* dan *post conferent*),
 - c. Melakukan pelaporan dan pencatatan yang teratur dan berkelanjutan,
 - d. Membuat pembakuan formulir yang dipakai dalam semua kegiatan sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat.
4. Manajemen waktu digunakan oleh setiap orang untuk melakukan aktivitas. Kemampuan mengelola waktu menjadi capaian keberhasilan seseorang. Agar dapat berhasil dalam mengelola waktu maka diperlukan pemanfaatan waktu yang efektif dengan cara :
- a. Analisa waktu yang dipakai dengan membuat jadwal dan kategori kegiatan,
 - b. Memeriksa kembali tiap porsi kategori sesuai waktu yang ada,
 - c. Menentukan prioritas pekerjaan menurut kegawatan, mendesak, dan tidak mendesak/rutin,
 - d. Mendelegasikan kepada bawahan, sesuai dengan sifat pekerjaan.

Pengorganisasian Kegiatan Keperawatan di Ruang Rawat

Dalam menjalankan suatu pengorganisasian keperawatan, menurut Mugiarti (2016) terdapat beberapa metode, diantaranya:

1. Model Asuhan Keperawatan Fungsional

Metode fungsional ini yaitu pengorganisasian tugas keperawatan yang didasarkan kepada pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan. Contoh: Perawat A tugasnya menyuntik, perawat B melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital serta penyuyapi pasien, dan Perawat C bertugas untuk merawat luka dan sebagainya.

Keuntungan:

- a. Perawat terampil untuk tugas dan pekerjaan tertentu
- b. Mudah memperoleh kepuasan kerja bagi perawat setelah selesai tugas
- c. Kekurangan tenaga yang ahli dapat diganti dengan tenaga yang kurang berpengalaman untuk satu tugas sederhana
- d. Memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi staf atau peserta didik yang praktek untuk keterampilan tertentu.

Kerugian:

- a. Pelayanan keperawatan terpilah-pilah atau tidak memungkinkan untuk melakukan keperawatan secara holistic
- b. Apabila pekerjaan selesai cenderung perawat meninggalkan klien dan melaksanakan pekerjaan non keperawatan.
- c. Kepuasan kerja secara keseluruhan sulit dicapai dan sulit diidentifikasi kontribusi terhadap pelayanan.
- d. Perawat hanya melihat asuhan keperawatan sebagai keterampilan saja.

2. Model Asuhan Keperawatan Tim

Model asuhan keperawatan tim yaitu pengorganisasian pelayanan keperawatan oleh sekelompok perawat kepada sekelompok klien yang dipimpin oleh perawat teregistrasi dan berpengalaman serta memiliki pengetahuan dalam bidangnya. Pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh pimpinan kelompok/Ketua Tim. Selain itu Ketua Tim bertanggung jawab dalam mengarahkan anggotanya sebelum tugas dan menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan klien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila mengalami kesulitan.

Kelemahan model ini adalah rapat tim memerlukan waktu sehingga pada situasi sibuk rapat tim ditiadakan atau terburu-buru sehingga dapat mengakibatkan komunikasi dan koordinasi antar anggota tim terganggu dan kelancaran tugas menjadi terhambat, perawat yang belum terampil dan belum berpengalaman cenderung

tergantung atau berlindung kepada anggota tim yang mampu, serta akuntabilitas dalam tim kabur. Keuntungannya dapat memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif, memungkinkan pencapaian proses keperawatan, dan konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim, dan memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif.

3. Model Asuhan Keperawatan Alokasi Klien

Model asuhan keperawatan alokasi klien yaitu pengorganisasian pelayanan/asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu perawat pada saat tugas/jaga selama periode waktu tertentu sampai klien pulang. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima laporan tentang pelayanan keperawatan klien.

Keuntungannya dan kelemahannya adalah fokus keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien; memberikan kesempatan untuk melakukan keperawatan yang komprehensif; beban kerja tinggi terutama jika klien banyak sehingga tugas yang sederhana terlewatkan; peserta didik sulit untuk memperoleh keterampilan khusus yang tidak dilakukan pada klien yang menjadi kelolaannya : misal kateterisasi, NGT dsb; memotivasi perawat selalau bersama klien selama bertugas, tugas non keperawatan dapat dilakukan oleh bukan perawat; pendelegasian tugas tertentu; mendukung penerapan proses keperawatan; kelanjutan perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas; kepuasan kerja secara keseluruhan dapat dicapai; kelanjutan perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas.

Contoh perawat B mengelola 3 pasien dan bertanggung jawab kepada Kepala Ruang demikian juga perawat A dan C akan mempunyai pasien kelolaan. Sedikit berbeda dengan tim, perawat anggota mempertanggungjawabkan asuhan keperawatan kepada ketua tim. Model alokasi memungkinkan perawat bertanggungjawab langsung kepada kepala ruang.

4. Model Asuhan Keperawatan Primer

Model Asuhan Keperawatan Primer adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana perawat profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan pasien selama 24 jam/hari. Metode ini dikembangkan sejak tahun 1970'an. Tanggung jawab meliputi pengkajian pasien, perencanaan, Implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan dari sejak pasien masuk rumah sakit hingga pasien dinyatakan pulang, ini merupakan tugas utama perawat primer yang dibantu oleh perawat *assosiate*. Keperawatan primer ini akan menciptakan kesempatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, dimana asuhan keperawatan berorientasi kepada pasien. Pengkajian dan menyusun rencana asuhan keperawatan pasien dibawah tanggung jawab perawat primer, dan perawat *assosiet* yang akan melaksanakan rencana asuhan keperawatan dalam tindakan keperawatan.

Keuntungan dan kelemahan model asuhan keperawatan primer adalah otonomi perawat meningkat karena motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat meningkat, ruangan tidak memerlukan semua perawat pelaksana harus perawat profesional, menjamin kontinuitas asuhan keperawatan, biaya yang diperlukan mahal, meningkatnya hubungan antara perawat pasien, membebaskan perawat dari tugas-tugas yang bersifat perbantuan, metode ini mendukung pelayanan profesional, dan terciptanya kolaborasi yang baik.

Pada Model Asuhan Keperawatan Primer membutuhkan kualifikasi tertentu karena perawat primer harus tenaga perawat profesional (*Register Nurse*) yang mengasuh pasien mulai pengkajian, penentuan diagnosa, membuat rencana, melakukan implementasi dan evaluasi. Dalam kegiatan implementasi perawat primer dibantu oleh perawat *assosiete*. Jadi peran perawat *assosiate* adalah membantu saat pelaksanaan tindakan. Perawat primer akan mengasuh 4 – 6 klien/pasien selama 24 jam

5. Model Asuhan Keperawatan Moduler (gabungan model asuhan keperawatan primer dan tim)

Yaitu pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional dan non profesional (perawat terampil) untuk sekelompok klien dari mulai masuk rumah sakit sampai pulang, disebut tanggung jawab total atau keseluruhan. Metode ini diperlukan perawat yang berpengetahuan, terampil dan memiliki kemampuan memimpin. Idealnya 2-3 perawat untuk 8-12 klien.

Semua model di atas dapat digunakan untuk mengorganisasikan pelayanan/asuhan keperawatan sesuai situasi dan kondisi ruangan, jumlah perawat serta kemampuan perawat yang ada. Jumlah perawat yang ada harus seimbang sesuai dengan jumlah klien. Selain itu kategori pendidikan tenaga keperawatan yang ada perlu diperhatikan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang akan dibebankan.

Rangkuman

Pengorganisasian pelayanan keperawatan adalah proses pengelompokan kegiatan terhadap tugas, wewenang, tanggung jawab dan koordinasi kegiatan secara vertikal maupun horizontal oleh tenaga keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pengorganisasian kerja yang efektif dalam mencapai tujuan organisasi yaitu dengan menerapkan empat prinsip seperti pembagian kerja, pendelegasian tugas, koordinasi dan manajemen waktu.

Faktor individu dalam organisasi diharapkan dapat menciptakan iklim kompetitif untuk menghasilkan yang terbaik untuk pelayanan keperawatan dan kepemimpinan dalam pengelolaan asuhan keperawatan. Fokus keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Beban kerja perawat yang tinggi terutama saat klien dalam jumlah lebih banyak membuat tugas yang sederhana terlewatkan, oleh karena itu perlunya pengaturan pengorganisasian dalam manajemen keperawatan yang tepat untuk menciptakan layanan keperawatan yang komprehensif

Latihan Soal-Soal

1. Pak Budianto adalah seorang manajer personalia di suatu perusahaan swasta di Jakarta. Ia merencanakan penerimaan pegawai baru. Untuk itu, ia melakukan berbagai aktivitas mulai dari menentukan panitia, menetapkan tugas, dan tanggung jawab masing-masing individu, serta pendelegasian wewenang kepada bawahan. Berbagai aktivitas yang dilakukan tersebut sesuai dengan fungsi manajemen, yaitu...
 - a. Actuating
 - b. *Forecasting*
 - c. *Planning*
 - d. *Controlling*
 - e. **Organizing**
2. Seorang perawat senior yang bertugas di ruang rawat inap Melati RS Harapan Bangsa melakukan asuhan keperawatan kepada pasiennya dengan menekankan pada prosedur dan penyelesaian tugas sesuai dengan keahliannya. Dari kasus tersebut perawat senior memberikan asuhan keperawatan menggunakan metode?
 - a. Metode Kasus
 - b. **Metode Fungsional**
 - c. Metode Tim
 - d. Metode alokasi klien
 - e. Metode perawatan primer
3. Ns. A Bekerja di ruang Melati. Dalam memberikan asuhan keperawatan Ns. A bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan pasien selama 24 jam/hari. Ns. A dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh perawat lain yang merupakan perawat vokasional. Metode pelayanan asuhan keperawatan apa yang diterapkan di ruang Melati?
 - a. **Model Asuhan Keperawatan Primer**
 - b. Model Asuhan Keperawatan Modular
 - c. Model Asuhan Keperawatan Tim

- d. Model Asuhan Keperawatan Fungsional
 - e. Model Asuhan Keperawatan Non-Stop
4. Seorang pasien laki-laki berusia 50 tahun bernama Tn. Y mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitasnya. Perawat A yang bertugas pada saat itu memberikan bantuan kepada Tn. Y untuk melakukan kebersihan dirinya. Dari kasus tersebut perawat A berperan sebagai?
- a. Peran Advokasi
 - b. Peran Manajer
 - c. Peran *Care Provider***
 - d. Peran Fasilitator
 - e. Peran *Educator*
5. Kepala ruang Mawar berencana mengubah model struktur organisasi dikarenakan ruang Mawar sekarang diubah menjadi bangsal anak. Kepala ruang berpikir akan membutuhkan perawat yang terampil dan berpengalaman dalam melakukan injeksi pada anak sehingga kepala ruang menginginkan adanya pembagian tugas sesuai keahlian. Model struktur organisasi apa yang direncanakan kepala ruang Mawar?
- a. Organisasi Lini
 - b. Organisasi fungsional**
 - c. Organisasi Tim
 - d. Organisasi Matriks
 - e. Organisasi ahli

Bahan Diskusi

1. Diskusikan jenis model asuhan keperawatan apa yang paling efektif?
2. Diskusikan jenis organisasi keperawatan apa yang paling efektif?

Daftar Rujukan

- KEMENKES RI. 2016. *Manajemen Dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan*. Edisi 1.
- Marquis, B. L dan Huston, C. J. 2017. *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and Application*. Ninth Edition. California: Wolters Kluwer.
- Mugiarti, S. 2016. *MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nurdiani, M. D., B. Dedi, dan W. H. Susilo. 2018. Implementasi fungsi pengorganisasian dan supervisi oleh kepala ruangan di rumah sakit ibu dan anak cinta kasih ciputat study phenomenology. *Juperdo*. 7(2):82–91.
- Roekel, Jannine van Schothorst-van., A. M. J. W. M. Weggelaar-Jansen., A. A. de Bont dan I. Wallenburg. 2020. The balancing act of organizing professionals and managers: An ethnographic account of nursing role development and unfolding nurse-manager relationships. *Journal of Professions and Organization*: 1–17.
- Winardi. 2017. *Teori Organisasi & Pengorganisasian*. Jakarta: Rajawali Pers.



BAB IV

PENGEMBANGAN STAF (*STAFFING*) DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN MAUPUN ASUHAN KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami macam-macam metode penghitungan tenaga keperawatan di rumah sakit;
2. Memahami sistem rekrutmen tenaga keperawatan di rumah sakit;
3. Memahami tahap-tahap seleksi tenaga keperawatan di rumah sakit;
4. Memahami langkah-langkah orientasi kerja untuk perawat di rumah sakit;
5. Memahami terkait penilaian prestasi kerja bagi perawat;
6. Mengerti terkait kompensasi bagi perawat;
7. Menganalisis kebutuhan tenaga keperawatan;
8. Menyusun penghitungan ketenagaan keperawatan.

Pengantar/Pendahuluan

Manajemen keperawatan merupakan suatu ilmu pengetahuan yang harus dimiliki dan diterapkan oleh perawat manajer (*nurse manager*) dalam menyediakan dan mengelola sumber daya keperawatan secara efektif dan efisien dengan bantuan staf keperawatan yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang telah ditetapkan. Hal tersebut sejalan dengan fungsi dari manajemen di mana salah satu fungsinya adalah pengembangan staf (*Staffing*). *Staffing* merupakan proses pengelolaan sumber daya manusia (SDM) yang meliputi kegiatan perencanaan SDM, pencarian, pemilihan, pengangkatan, pelatihan, penempatan, pengembangan, penetapan sistem pengelolaan (penggajian, promosi, mutasi, terminasi), dan penilaian kinerja staf dan karyawan (Maryono, 2018).

Staffing dan *organizing* sangat erat hubungannya. *Organizing* yaitu penyusunan wadah legal untuk menampung berbagai kegiatan yang harus dilaksanakan pada suatu organisasi. Sedangkan *staffing* berhubungan dengan penerapan orang-orang yang akan memangku masing-masing jabatan di dalam organisasi tersebut. Dalam *staffing* berlaku prinsip utama yaitu “*The Right Man in The Right Place and Time*” (Mamik, 2015). Menurut Firmansyah dan Mahardika (2018) proses dari *staffing* berhubungan dengan rekrutmen, seleksi dan orientasi atau sosialisasi serta penempatan pegawai baru melalui mana organisasi tersebut memenuhi atau mengisi sumber daya manusia dari tingkat manajer hingga karyawan. Hal tersebut bertujuan untuk terciptanya sinergitas pekerja sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya secara kooperatif sesuai dengan masing-masing bidangnya guna hasil yang maksimal bagi organisasi (Maryono, 2018).

Staffing membutuhkan pendekatan sistem terbuka yang dilaksanakan dalam organisasi. Oleh karena itu faktor-faktor internal seperti kebijaksanaan personalia, iklim organisasi dan sistem imbalan ikut diperhitungkan (Firmansyah dan Mahardika, 2018). Perhitungan dalam *staffing* terdapat beberapa metode diantaranya yaitu metode douglas,

metode Gillies, metode PPNI, metode Depkes, metode FTE dan metode WISN.

Kebutuhan/Perhitungan Tenaga Keperawatan

Perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan atau staffing merupakan fungsi manajemen dasar dalam pelaksanaan kegiatan keperawatan. Memprediksi kebutuhan tenaga keperawatan secara akurat merupakan keterampilan manajemen yang penting karena manajer dapat meminimalkan terjadinya krisis ketenagaan dalam keperawatan (Marquis dan Huston, 2017).

Efektifitas dan efisiensi ketenagaan dalam keperawatan sangat ditunjang oleh pemberian asuhan keperawatan yang tepat dan kompetensi perawat yang memadai. Oleh karena itu, perlu kiranya dilakukan perencanaan yang strategis dan sistematis dalam memenuhi kebutuhan tenaga keperawatan. Dan perencanaan yang baik mempertimbangkan hal seperti klasifikasi klien berdasarkan tingkat ketergantungan, metode pemberian asuhan keperawatan, jumlah dan kategori tenaga keperawatan serta perhitungan jumlah tenaga keperawatan. Untuk itu diperlukan kontribusi dari manajer keperawatan dalam menganalisis dan merencanakan kebutuhan tenaga keperawatan di suatu unit rumah sakit (Rakhmawati, 2008).

Menurut Susilo dan Yustiawan (2015), perhitungan tenaga perawat sangatlah berhubungan dengan beban kerja perawat. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengkaji beban kerja tenaga perawat, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Jumlah klien yang dirawat/hari/bulan/tahun dalam suatu unit;
2. Kondisi atau tingkat ketergantungan klien;
3. Rata-rata hari perawatan klien;
4. Pengukuran perawatan langsung dan tidak langsung;
5. Frekuensi tindakan yang dibutuhkan;
6. Rata-rata waktu keperawatan langsung dan tidak langsung; dan
7. Pemberian cuti/pelatihan/sakit.

Dalam melakukan penghitungan kebutuhan tenaga perawat di rumah sakit dapat menggunakan beberapa metode penghitungan yang pada prinsipnya hampir sama akan tetapi memiliki kekhasan bagi situasi dan kondisi tertentu dari sistem pemberian layanan asuhan keperawatan kepada klien (Rakhmawati, 2008). Beberapa metode perhitungan diantaranya adalah:

1. Metode Douglas

Brown (1984) menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien, masing-masing kategori mempunyai nilai standar per-*shift*, yaitu:

Tabel 4.1 Jumlah Perawat Berdasarkan Klasifikasi Pasien

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

2. Metode Rasio

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 262/Menkes/Per/VII/1979, standarisasi tenaga di rumah sakit sebagai berikut:

Tabel 4.2 Standarisasi Tenaga di Rumah Sakit

Tipe RS	TM/TT	TPP/TT	TPNP/TT	TNM/TT
A & B	1/(4-7)	(3-4)/2	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	3/4

D	1/15	1/2	1/6	2/3
Khusus	Disesuaikan			

Keterangan:

TM = Tenaga Medis

TT = Tempat Tidur

TPP = Tenaga Para Medis Perawatan

TPNP = Tenaga Para Medis Non-perawatan

TNM = Tenaga Non-medis

3. Metode Gillies

Gillies (1994), menjelaskan rumus kebutuhan tenaga keperawatan di suatu unit perawatan adalah sebagai berikut:

$$\frac{A \times B \times C}{(C - D) \times E} = \dots$$

Keterangan :

A = Rata-rata jumlah perawatan/pasien/hari

B = Rata-rata jumlah pasien/hari

C = Jumlah hari/tahun

D = Jumlah hari libur masing-masing perawat

E = Jumlah jam kerja masing-masing perawat

4. Metode Hasil Lokakarya PPNI

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) yaitu:

$$TTP = \frac{A \times 52 \text{ minggu} \times 7 \text{ hari} (TT \times BOR)}{HKE (41 \text{ minggu}) \times JKE (40/\text{minggu})} \times 25\%$$

Keterangan :

TTP = Tenaga Paramedis Perawat

A = Jumlah jam perawatan / 24 jam

- TT = Tempat Tidur
 BOR = *Bed Occupancy Rate*
 HKE = Hari Kerja Efektif
 JKE = Jam Kerja Efektif

- a. Komponen A adalah jumlah waktu perawatan yang dibutuhkan oleh pasien selama 24 jam.
 - b. BOR adalah prosentase rata-rata jumlah tempat tidur yang digunakan selama periode tertentu (satu semester/satu tahun).
 - c. Hari Kerja Efektif selama 41 minggu yang dihitung sebagai berikut:
 $(365 - (52 \text{ hari minggu} + 12 \text{ hari libur nasional} + 12 \text{ cuti tahunan})) = 289 \text{ hari} : 7 \text{ hari/minggu} = 41 \text{ minggu}$.
 - d. Jam Kerja Efektif selama 40 jam perminggu yang dihitung sebagai berikut:
 - 1) Jika hari kerja efektif 6 hari, maka $40/6 = 6,6 - 7 \text{ jam perhari}$.
 - 2) Jika hari kerja efektif 5 hari, maka $40/5 = 8 \text{ jam perhari}$.
 - e. Komponen 25% yaitu tingkat produktivitas perawat diasumsikan hanya 75% sehingga dikali 25%.
5. Metode Depkes
- a. Rawat Jalan
 - b. Ruang Bersalin
 - c. Ruang Operasi
 - d. Ruang UGD
6. Metode Ilyas
- Keterangan :
- A = Jumlah jam perawatan/24 jam
 B = Sensus harian
 365 = Jumlah hari kerja selama setahun

$$\begin{aligned}
255 &= \text{Hari kerja efektif perawat pertahun} \\
&= 365 - (12 \text{ hari libur nasional} + 12 \text{ hari libur cuti tahunan}) \times \frac{3}{4} \\
&= 255 \text{ hari}
\end{aligned}$$

7. Metode WISN (*Workload Indicator Staffing Need*)

Metode WISN merupakan perhitungan besarnya kebutuhan tenaga kerja di suatu unit kerja berdasarkan beban kerja, sehingga alokasi ataupun relokasi akan lebih mudah dan rasional. Kepmenkes Nomor 81/MENKES/I/2004, menganjurkan penggunaan metode WISN sebagai salah satu metode yang dianjurkan. Kelebihan metode ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis. Metode WISN memiliki kelemahan yaitu sangat tergantung dari keakuratan dan kelengkapan data yang berkaitan dengan beban kerja (Soesanto dan Erysyad, 2019).

Menurut Ernawati dkk. (2011) terdapat lima langkah cara perhitungan berdasarkan WISN, diantaranya:

- a. Waktu kerja tersedia ditetapkan berdasarkan banyaknya hari kerja, cuti, pendidikan dan pelatihan, hari libur nasional, ketidakhadiran kerja, dan waktu kerja tenaga kesehatan selama satu tahun.

$ \begin{aligned} \text{WKT} &= \{A - (B+C+D+E)\} \times F \\ \text{HKT} &= A - (B + C + D + E) \end{aligned} $

Keterangan :

WKT = Waktu Kerja Tersedia

HKT = Hari Kerja Tersedia

A = Hari kerja yang mungkin dalam setahun

B = Cuti tahunan

C = Pendidikan dan pelatihan

D = Hari libur nasional

E = Ketidakhadiran kerja (ijin, sakit, dll)

F = Waktu kerja dalam satu hari

- b. Menetapkan unit kerja dan kategori sumber daya manusia yang dihitung. Data dan informasi yang dibutuhkan adalah sebagai berikut:
- 1) Struktur organisasi, uraian tugas pokok, dan fungsi masing-masing unit;
 - 2) Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang perawat;
 - 3) Data pegawai berdasarkan pendidikan yang bekerja;
 - 4) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
 - 5) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2017 tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan; dan
 - 6) Standar profesi, standar pelayanan, dan SOP.
- c. Disusunnya standar beban kerja. Beban kerja tersebut meliputi :
- 1) Kegiatan pokok yang dilaksanakan. Kumpulan berbagai jenis kegiatan sesuai standar pelayanan dan SOP untuk menghasilkan pelayanan yang dilaksanakan oleh AIK dengan kompetensi tertentu.
 - 2) Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok. Kebutuhan waktu untuk menyelesaikan kegiatan sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu standar pelayanan, SOP, sarana dan prasarana yang tersedia, dan kompetensi SDM. Ditetapkan berdasarkan pengamatan dan pengalaman selama bekerja dan kesepakatan bersama. Sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok oleh SDM yang memiliki kompetensi, kegiatan pelaksanaan, standar pelayanan, SOP, dan memiliki etos kerja yang baik.
 - 3) Standar beban kerja per tahun, yaitu volume/kuantitas beban kerja 1 tahun. Disusun berdasarkan waktu yang

dibutuhkan untuk menyelesaikan (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia per tahun yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM.

Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

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

d. Penyusunan standar kelonggaran. Meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok/pelayanan. Contoh :

- 1) Rapat, penyusunan laporan, menyusun anggaran.
- 2) Frekuensi kegiatan dalam satu hari, minggu, bulan.
- 3) Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan.

Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\text{Standar kelonggaran} = \frac{\text{Rata-rata waktu / faktor kelonggaran}}{\text{Waktu kerja tersedia}}$$

e. Penghitungan kebutuhan tenaga per unit kerja. Sumber data yang dibutuhkan antara lain :

- 1) Data yang diperoleh sebelumnya yaitu waktu kerja tersedia, standar beban kerja, dan standar kelonggaran.
- 2) Kuantitas kegiatan pokok per unit kerja. Disusun berdasarkan kegiatan pelayanan yang dilaksanakan selama kurun waktu 1 tahun.
 - a) Unit Rawat Jalan, dibutuhkan data kegiatan tiap unit kerja dan kunjungan (laporan RL).
 - b) Unit Rawat Inap, dibutuhkan data jumlah tempat tidur, jumlah pasien keluar/masuk selama 1 tahun, rata-rata hari rawat, dan rata-rata lama perawatan/LOS.

Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\text{Kebutuhan SDM - UKRM} = \frac{\text{Kuantitas kegiatan pokok}}{\text{Standar beban kerja}} + \text{Standar kelonggaran}$$

Rekrutmen Tenaga Keperawatan

Rekrutmen adalah proses mencari, menemukan, dan menarik pelamar untuk menduduki posisi tertentu di dalam perusahaan serta mempunyai proses yang berkelanjutan. Dalam sebuah perusahaan yang kompleks, pekerjaan harus diselesaikan oleh sekelompok orang. Oleh karena itu, kemampuan perusahaan untuk memenuhi tujuan dan sarannya berkaitan langsung dengan kualitas karyawannya. Sebelum perekrutan dimulai, perusahaan harus mengidentifikasi kelebihan yang dimiliki daripada perusahaan yang lain karena calon karyawan akan menganggap perusahaan yang akan dipilih sebagai tempat terbaik untuk bekerja dalam jangka waktu yang panjang dengan mempertimbangkan finansial dan kualitas yang dimiliki dari perusahaan tersebut (Marquis dan Huston, 2017).

Menurut Zainal dkk. (2009), proses rekrutmen dimulai ketika para pelamar dicari dan berakhir ketika lamaran-lamaran mereka diserahkan atau dikumpulkan. Hasilnya adalah sekumpulan pelamar calon karyawan baru untuk diseleksi dan dipilih. Untuk itu sejumlah informasi penting serta persyaratan perlu ketahui dan dipenuhi oleh calon karyawan. Adapun prinsip-prinsip rekrutmen adalah sebagai berikut:

1. Mutu karyawan yang akan direkrut harus sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan untuk mendapatkan mutu sesuai. Untuk itu perlu dibuat analisis pekerjaan, deskripsi pekerjaan, dan spesifikasi pekerjaan terlebih dahulu.
2. Jumlah karyawan yang diperlukan harus sesuai dengan job yang tersedia. Untuk mendapatkan hal tersebut, maka perlu dilakukan peramalan kebutuhan tenaga kerja, analisis terhadap kebutuhan tenaga kerja (*work force analysis*), biaya yang diperlukan diminimalkan, perencanaan dan keputusan-keputusan strategis tentang perekrutan, *flexibility*, dan pertimbangan-pertimbangan hukum.

Menurut Hariandja (2002), secara umum metode rekrutmen meliputi:

1. Metode Terbuka

Organisasi mengumumkan jabatan yang kosong pada papan pengumuman, pengumuman lisan, atau media lain sehingga memberikan kesempatan pada semua pegawai untuk mengajukan lamaran secara formal. Dengan cara ini akan mendapatkan beberapa keuntungan yaitu memberikan kesempatan yang sama bagi semua pegawai yang memenuhi syarat untuk menjadi calon. Tapi kelemahannya mungkin memakan waktu yang lebih lama.

2. Metode Tertutup

Pegawai tidak mengetahui jabatan yang kosong dengan jelas, sehingga pegawai yang memiliki persyaratan tidak memiliki kesempatan untuk melamar secara formal. Kelemahan dari sistem ini yaitu munculnya aspek-aspek nepotisme, kelebihanannya yaitu lebih cepat.

Seleksi Tenaga Keperawatan

Seleksi adalah proses memilih di antara pelamar dengan kualifikasi terbaik untuk pekerjaan atau posisi tertentu. Proses ini melibatkan verifikasi kualifikasi pelamar, memeriksa riwayat pekerjaannya, dan memutuskan apakah ada kecocokan antara kualifikasi pelamar dan harapan organisasi. Saat menentukan orang yang paling tepat untuk diterima, pemimpin harus yakin bahwa standar penilaian yang digunakan yaitu sama untuk mengevaluasi semua kandidat. Seleksi akhir harus didasarkan pada kriteria yang ditetapkan, bukan pada penilaian nilai dan preferensi pribadi (Marquis dan Huston, 2017).

Vincent (2015) menerangkan bahwa mempercepat proses seleksi dan perekrutan adalah tindakan yang tidak tepat karena dapat meningkatkan risiko mempekerjakan orang yang salah. Menginvestasikan waktu dan uang untuk merekrut orang yang tepat dan menerapkan proses orientasi yang efektif cenderung menghasilkan keuntungan yang lebih signifikan. Menurut Siagian (2014), tahap-tahap seleksi tenaga kerja yang dilakukan oleh pihak manajemen suatu organisasi diantaranya :

1. Penerimaan Surat Lamaran

Penerimaan surat lamaran dilakukan dengan mengumpulkan berkas-berkas yang dimasukkan berupa STR wajib untuk perawat, dokter, bidan, dan farmasi; surat lamaran; transkrip nilai yang dilegalisir; ijazah yang dilegalisir; transkrip legalisir; Kartu Tanda Penduduk (KTP); Kartu Keluarga (KK); Akte Kelahiran; *Curriculum Vitae*; akta nikah jika sudah menikah; dan sertifikat pelatihan jika ada. Setelah itu berkas-berkas tersebut dievaluasi jika masih terdapat kekurangan dalam kelengkapan berkas. Rumah Sakit maupun PT memberikan waktu 1 minggu untuk melengkapinya dan jika berkas sudah lengkap dan memenuhi persyaratan, calon pelamar akan ke tahap selanjutnya yaitu tes.

2. Tes-tes Penerimaan

- a. Tes psikologi pada saat pelamar atau calon tenaga kesehatan telah dinyatakan lulus dalam evaluasi berkas yang sudah dimasukkan sebelumnya. Tes psikologi yang digunakan misalnya *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) seri 2 dengan jumlah pertanyaan sebanyak 300 pertanyaan.
- b. Tes pengetahuan atau biasa disebut dengan kredensial, dilaksanakan setelah calon tenaga kesehatan selesai magang dan yang melaksanakan kredensial adalah ketua sub kredensial bersama dengan komite keperawatan untuk perawat dan komite medik untuk dokter.
- c. Tes performa dilaksanakan setelah calon tenaga kesehatan selesai orientasi dan yang mengevaluasi itu adalah bagian HRD.

3. Wawancara Seleksi

Jenis wawancara yang digunakan sesuai kebijakan rumah sakit masing-masing. Pewawancara atau yang melakukan wawancara adalah HRD.

4. Pengecekan Latar Belakang Pelamar

Pengecekan latar belakang pelamar biasanya dilakukan oleh HRD. Calon tenaga kesehatan akan ditanyakan mengenai kepribadian,

riwayat hidup, asal-usul, pengalaman kerja, dan yang paling utama adalah ditanyakan mengenai kepastian niat untuk bekerja dari pelamar.

5. Evaluasi Medis (Tes Kesehatan)

Evaluasi medis dapat dilakukan pada saat selesai magang dan pada saat calon tenaga kesehatan akan memasuki masa kontrak. Semua tenaga kesehatan maupun non-kesehatan harus melakukan tes kesehatan dan dilaksanakan di rumah sakit tersebut.

6. Wawancara

Dilakukan oleh atasan langsung, pewawancara dalam hal ini yaitu kepala ruangan, komite keperawatan, dan komite medis. Saat wawancara ditanyakan mengenai kepribadian dari calon tenaga kesehatan dan selebihnya hampir sama dengan yang ditanyakan HRD. Melalui jawaban dari calon tenaga kesehatan tersebut, pewawancara juga mengambil bagian dalam pengambilan keputusan terhadap pelamar atau calon tenaga kesehatan.

7. Keputusan Penerimaan

Keputusan penerimaan dapat dilaksanakan oleh HRD, Kepala Ruangan, Komite Keperawatan, dan Komite Medik. Tetapi yang tertinggi dalam pengambilan keputusan mengenai diterima atau ditolaknya calon tenaga kesehatan yaitu Direktur Rumah Sakit.

Menurut Marquis dan Huston (2017), setelah selesai melakukan seleksi, manajer bertanggung jawab untuk melakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Menindaklanjuti pelamar sesegera mungkin, berterima kasih kepada mereka karena telah melamar dan memberi tahu mereka bahwa akan mengumumkan keputusan penerimaan.
2. Kandidat yang sebelumnya tidak ditawarkan diposisi tertentu harus diberitahu secepatnya. Berikan alasan dengan tepat (misalnya, pendidikan dan pengalaman kerja yang tidak memadai), kandidat harus diberi tahu apakah lamaran mereka akan dipertimbangkan

untuk pekerjaan di masa depan atau apakah mereka harus melamar kembali.

3. Pelamar yang ditawarkan posisi tertentu harus diberitahu secara tertulis tentang tunjangan, gaji, dan penempatan. Hal ini untuk menghindari kesalahpahaman di kemudian hari mengenai apa yang telah dijanjikan oleh pewawancara kepada karyawan.
4. Pelamar yang menerima tawaran pekerjaan harus diberitahu tentang prosedur pra-kerja seperti pemeriksaan fisik dan tanggal masuk kerja.
5. Pelamar yang ditawarkan posisi tertentu harus diminta untuk mengkonfirmasi secara tertulis niat mereka untuk menerima posisi tersebut.

Karena seleksi melibatkan proses pengurangan (mengurangi jumlah kandidat untuk posisi tertentu), orang yang menentukan hasil seleksi akhir memiliki tanggung jawab yang besar. Keputusan seleksi ini memiliki konsekuensi yang luas, baik bagi organisasi maupun orang-orang yang terlibat. Oleh karena itu, proses seleksi harus se-obyektif mungkin (Marquis dan Huston, 2017).

Orientasi Kerja bagi Perawat Muda

Orientasi adalah memberikan informasi yang berhubungan dengan lingkungan kerja baru dalam suatu organisasi, meliputi organisasi tata laksana, kebijakan, tugas, fungsi, tanggung jawab, dan wewenang bagi pegawai baru (Makarau dkk., 2016). Lingkungan kerja merupakan hal penting bagi pegawai baru untuk diketahui serta dipahami dengan jelas, sehingga mempermudah penyesuaian dalam pelaksanaan tugas dan fungsi yang dibebankan kepada perawat baik di rumah sakit. Melalui orientasi pada awal penugasan diharapkan perawat baru akan merasa lebih siap dalam menerima tanggung jawab, serta dapat bekerja dengan penuh percaya diri karena telah dengan jelas mengetahui situasi, kondisi, peraturan, hak, dan kewajibannya. Dengan demikian pelaksanaan tugas akan tetap mengarah pada pelayanan yang profesional (Marquis dan Huston, 2017).

Menurut Marquis dan Huston (2017), program orientasi bagi pegawai baru termasuk pegawai lama yang dipindahkan ke ruangan atau unit baru, bila dirancang dengan baik diharapkan dapat mengatasi berbagai isu yang muncul dan membantu pegawai bersangkutan lebih cepat menyesuaikan diri dalam memenuhi tanggung jawab dan akuntabilitas mereka terhadap tugas yang dibebankan kepada mereka. Langkah-langkah dalam program orientasi, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Orientasi Organisasi
 - a. Struktur organisasi dan tata laksana dalam pelayanan di rumah sakit;
 - b. Misi, visi, prinsip, dan tujuan organisasi serta pelayanan di rumah sakit;
 - c. Jenis-jenis pelayanan atau program yang tersedia atau dilaksanakan;
 - d. Fasilitas-fasilitas yang ada di rumah sakit;
 - e. Prosedur yang digunakan untuk pemeliharaan fasilitas-fasilitas rumah sakit; dan
 - f. Sistem pengamanan dan ketertiban termasuk peraturan di rumah sakit.
2. Orientasi Kebijakan tentang Manajemen SDM
 - a. Wewenang dan larangan;
 - b. Hak dan kewajiban pegawai (insentif, libur, cuti, pensiun, kesejahteraan);
 - c. Sistem penghargaan dan sanksi;
 - d. Sistem pengembangan staf; dan
 - e. Sistem evaluasi kinerja staf.
3. Orientasi Tugas Personal Perawat
 - a. Program pelayanan keperawatan;
 - b. Deskripsi pekerjaan yang menjadi tugas dan tanggung jawabnya;
 - c. Batas kewenangannya;
 - d. Kode etik profesi keperawatan;
 - e. Dukungan standar keperawatan;

- f. Program pemasaran dan kepuasan konsumen;
- g. Fasilitas peralatan kesehatan yang tersedia;
- h. Prosedur pemeliharaan fasilitas atau perawatan; dan
- i. Berbagai SOP asuhan/pelayanan, antara lain prosedur:
 - 1) Keluar-masuk pasien di rumah sakit;
 - 2) Sistem pengendalian infeksi nosokomial dan kasus nosokemistri;
 - 3) Persiapan dan perawatan pasien operasi (kasus bedah);
 - 4) Persiapan pemeriksaan medik;
 - 5) Prosedur tindakan-tindakan seperti resusitasi dari *cardio pulmonary* (RKT), pertolongan melahirkan, instalasi seperti NGT, kateter, O₂, infus, transfusi darah, dan lain-lain.

4. Orientasi Lapangan

Pegawai baru tersebut diberikan orientasi langsung ke lapangan di semua ruangan rawat inap dan rawat jalan serta instalasi di lingkungan rumah sakit.

5. Orientasi Khusus ke Ruangan (dimana mereka ditempatkan)

- a. Organisasi dan tata ruang dari ruang-ruang perawatan;
- b. Fasilitas-fasilitas dan peralatan yang tersedia untuk ruang-ruang perawatan;
- c. Perkenalan dengan semua staf di ruangan atau unit layanan tersebut;
- d. Tugas dan tanggung jawab serta wewenangnya dalam ruangan baru tersebut;
- e. Prosedur administrasi atau tindakan klinis keperawatan yang berlaku di ruangan/program serta dokumen pendukungnya; dan
- f. Model penugasan, tata cara kerja dan hal-hal lain yang berlaku.

Pengembangan Kemampuan Keperawatan

Menurut Noprianty (2019) dan (Yulianti dan Madiawati, 2015), pemerintah di Indonesia sudah berupaya untuk meningkatkan kualitas perawat di Indonesia. Upaya yang dilakukan antara lain meningkatkan mutu perguruan tinggi dengan memberikan bantuan tenaga pendidik hingga anggaran untuk mempersiapkan calon tenaga perawat profesional dan memfasilitasi pendidikan berkelanjutan serta mewajibkan kepada semua fasilitas kesehatan untuk memberikan izin perawat mengembangkan kemampuannya dalam rangka meningkatkan kualitas keterampilan. Upaya yang dilakukan pemerintah tersebut diharapkan agar pasien merasa puas terhadap *caring* keperawatan. Selain itu, dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat. Salah satunya terkait dengan peningkatan karir.

Jenjang karir merupakan pengakuan terhadap pengalaman dan kinerja perawat serta kesempatan untuk mengembangkan kinerja dan profesionalisme sesuai kompetensi yang ada (Noprianty, 2019). Jenjang karir perawat di Indonesia telah disusun oleh PPNI bersama Departemen Kesehatan dalam bentuk pedoman jenjang karir perawat tahun 2006 dan telah berkembang hingga tahun 2017. Peraturan terbaru terkait dengan jenjang karir perawat sudah diatur dalam Permenkes RI Nomor 40 Tahun 2017 tentang pengembangan jenjang karir profesional perawat klinis. Pengembangan karir tersebut digunakan untuk penempatan perawat pada jenjang yang sesuai dengan keahliannya serta menyediakan kesempatan yang lebih baik sesuai dengan kemampuan dan potensi perawat. Pengembangan karir profesional perawat mencakup empat peran utama perawat yaitu, Perawat Klinis (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Peneliti/Riset (PR). Masing-masing pengembangan karir perawat di Rumah Sakit maupun Pelayanan Primer memiliki 5 (lima) level, yaitu level I sampai dengan level V. Dari masing masing level pengembangan karir tersebut memiliki tugas dan kewenangan yang berbeda-beda yang memungkinkan peralihan jalur karir ke Perawat Manajer, Perawat Pendidik, atau Perawat Riset (Kepmenkes RI, 2017).

Dampak dari penerapan sistem jenjang karir perawat ada bermacam-macam. Menurut penelitian Suroso (2011), ada lima dampak positif berdasarkan riset yang ditimbulkan apabila sistem jenjang karir perawat dapat terlaksana dengan baik, yaitu :

1. Pengembangan karir, karena dapat memperbaiki moral perawat melalui kepuasan kerja akibat pekerjaan yang dilakukan.
2. Pengakuan, yaitu dengan cara memberi kesempatan kepada karyawan untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan.
3. Penghargaan, dalam bentuk kenaikan jenjang dan peningkatan penghasilan sebagai dampak dari terpenuhinya kompetensi yang tercapai.
4. Pekerjaan yang menantang, mencakup dukungan untuk mencapai tingkat yang lebih maju dan sertifikasi serta keterampilan spesialis dan pemindahan pekerjaan.
5. Promosi, berkaitan erat dengan peningkatan status, perubahan titel, kewenangan yang lebih banyak dan tanggung jawab yang besar.

Selain dampak positif yang ditimbulkan, ada pula dampak negatif apabila sistem jenjang karir profesional perawat ini tidak terlaksana dengan baik. Dampak yang ditimbulkan apabila tidak dilaksanakannya jenjang karir perawat di rumah sakit akan memberikan dampak pada tingkat kepuasan perawat di rumah sakit dan akan mempengaruhi motivasi kerja perawat (Noprianty, 2019).

Menurut Uli dan Putra (2018), proses pengembangan staf perawat adalah sebagai berikut :

1. Mengikuti pelatihan di bidang pekerjaannya. Tujuan utama dilaksanakan program pelatihan terdiri dari dua yaitu, pertama menjadikan perawat memiliki kecakapan dan kemampuan sesuai dengan permintaan jabatan. Kedua, untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja perawat dalam mencapai sasaran kerja yang telah ditetapkan (Elkel dkk., 2011).

2. Perawat yang kompeten dapat dihasilkan melalui pengembangan karir perawat berdasarkan jenjang karir yang terdiri dari Perawat Klinis (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Peneliti/Riset (PR).
3. Perkembangan ilmu keperawatan dipengaruhi oleh adanya perubahan kebutuhan masyarakat, ilmu dan teknologi, tuntutan zaman, dan tren demografik. Pengetahuan dan teknologi berkembang dengan cepat sehingga pendidikan harus dijadikan proses yang berkesinambungan seumur hidup.

Penilaian Prestasi Kerja

Penilaian kinerja merupakan kajian sistematis tentang kondisi kerja pegawai yang dilaksanakan secara formal yang dikaitkan dengan standar kerja yang ditentukan perusahaan. Penilaian prestasi kerja pegawai adalah suatu proses penilaian secara sistematis yang dilakukan oleh atasan langsung terhadap sasaran kerja pegawai dan perilaku kerja pegawai. (KEMENKES, 2019). Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2019 tentang Pedoman Penilaian Prestasi Kerja Pegawai di lingkungan kementerian Kesehatan. Penilaian prestasi kerja pegawai dilaksanakan oleh Pejabat Penilai dan disetujui oleh atasan pejabat penilai. Pejabat penilai sebagaimana dimaksud merupakan atasan langsung dari pegawai yang dinilai. Dalam hal pegawai yang dinilai berpangkat lebih tinggi dari pejabat penilai sebagaimana dimaksud maka penilaian prestasi kerja pegawai dilaksanakan oleh atasan pejabat penilai, kecuali untuk PNS yang menduduki jabatan fungsional. Dalam hal pegawai yang dinilai merupakan pegawai pada unit kerja non struktural di lingkungan unit pelaksana teknis maka penilaian prestasi kerja pegawai dilaksanakan oleh pejabat lain yang ditentukan. Penilaian prestasi kerja pegawai dilakukan setiap akhir desember pada tahun berjalan atau paling lama akhir januari pada tahun berikutnya.

Penilaian prestasi kerja pegawai terdiri atas unsur: SKP dengan bobot nilai 60% (enam puluh persen); dan perilaku kerja dengan bobot nilai 40%

(empat puluh persen). Hasil penilaian prestasi kerja pegawai merupakan dasar pembinaan karir pegawai dan dasar pemberian tunjangan kinerja tahun berikutnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Bagi pegawai yang melaksanakan tugas belajar, atau yang dipekerjakan/diperbantukan pada negara sahabat, lembaga internasional, organisasi profesi, menjadi anggota pada lembaga non struktural, dan badan swasta yang ditentukan oleh pemerintah dan dibebaskan dari jabatan organiknya, penilaian prestasi kerja dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk mengevaluasi bawahan secara tepat dan adil, manajer sebaiknya mengamati prinsip-prinsip tertentu.

1. Evaluasi pekerja sebaiknya didasarkan pada standar pelaksanaan kerja, dan orientasi tingkah laku untuk posisi yang ditempati. Deskripsi dan standar pelaksanaan kerja disajikan ke pegawai selama masa orientasi sebagai tujuan yang harus diusahakan
2. Sampel tingkah laku perawat yang cukup representative sebaiknya diamati dalam rangka evaluasi pelaksanaan kerjanya. Perhatian harus diberikan untuk mengevaluasi tingkah laku umum atau tingkah laku umum atau tingkah laku konsistensinya, serta guna menghindari hal-hal yang tidak diinginkan.
3. Perawat sebaiknya diberi salinan deskripsi kerjanya, standar pelaksanaan kerja, dan bentuk evaluasi untuk peninjauan ulang sebelum pertemuan evaluasi, sehingga baik perawat maupun supervisor dapat mendiskusikan evaluasi dari kerangka kerjasama.
4. Di dalam menuliskan penilaian pelaksanaan kerja pegawai, manajer sebaiknya menunjukkan segi-segi di mana pelaksanaan kerja itu bisa memuaskan dan perbaikan apa yang diperlukan.
5. Jika diperlukan, manajer sebaiknya menjelaskan area mana yang akan diprioritaskan, seiring dengan usaha perawat untuk meningkatkan pelaksanaan kerja.

6. Pertemuan evaluasi sebaiknya dilakukan pada waktu yang cocok bagi perawat dan manajer, dan diskusi evaluasi sebaiknya dilakukan dalam waktu yang cukup bagi keduanya.
7. Baik laporan evaluasi maupun pertemuan sebaiknya disusun dengan terencana, sehingga perawat tidak merasa kalau pelaksanaan kerjanya sedang dianalisis

Manfaat penilaian kerja dapat dijalankan menjadi 6 (Aswad & Ferrial, 2016) yaitu:

1. Meningkatkan prestasi kerja staf, baik secara individu atau kelompok dengan memberikan kesempatan kepada mereka untuk memenuhi kebutuhan aktualisasi diri dalam kerangka pencapaian tujuan pelayanan RS.
2. Peningkatan yang terjadi pada prestasi staf secara perorangan pada gilirannya akan mempengaruhi atau mendorong SDM secara keseluruhan.
3. Merangsang minat dalam pengembangan pribadi dengan tujuan meningkatkan hasil karya dan prestasi, dengan cara memberikan umpan balik kepada mereka tentang prestasinya.
4. Membantu RS untuk dapat menyusun program pengembangan dan pelatihan staf yang lebih serbaguna. Sehingga RS, akan mempunyai tenaga yang cakap dan tampil untuk pengembangan pelayanan keperawatan di masa depan.
5. Menyediakan alat dan sarana untuk membandingkan prestasi kerja dengan meningkatkan gaji atau system imbalan yang baik.
6. Memberikan kesempatan kepada pegawai atau staf untuk mengeluarkan perasaannya tentang pekerjaannya, atau hal lain yang ada kaitannya melalui jalur komunikasi dan dialog, sehingga dapat mempererat hubungan antara atasan dan bawahan.

Kompensasi

Kompensasi merupakan salah satu faktor penting dan menjadi perhatian pada banyak organisasi dalam mempertahankan dan menarik sumber daya manusia yang berkualitas. Berbagai organisasi berkompetisi untuk memperoleh sumber daya manusia berkualitas, karena kualitas hasil pekerjaan ditentukan oleh kompetensi yang dimiliki sumber daya manusianya. Alasan ini membuat banyak organisasi mengeluarkan sejumlah dana yang relatif besar untuk mengembangkan sumber daya manusianya agar memiliki kompensasi sesuai kebutuhan.

Kompensasi yang diberikan organisasi ada yang berbentuk uang, namun ada yang tidak berbentuk uang. Kompensasi yang berwujud upah pada umumnya berbentuk uang, sehingga kemungkinan nilai riilnya turun naik. Kompensasi yang diterima oleh karyawan dibagi atas dua macam yaitu Kompensasi Finansial dan Kompensasi Non Finansial (Aswad & Ferrial, 2016)

1. Kompensasi Finansial, adalah suatu yang diterima oleh karyawan dalam bentuk seperti gaji, upah, bonus, premi tunjangan hari raya, tunjangan hari tua, pengobatan atau jaminan kesehatan, asuransi dan lain-lain yang sejenis yang dibayarkan oleh organisasi.
2. Kompensasi Non Finansial, adalah sesuatu yang diterima oleh karyawan dalam bentuk selain uang. Hal ini dimaksudkan untuk mempertahankan karyawan dalam jangka panjang seperti penyelenggaraan program-program pelayanan bagi karyawan yang berupaya untuk menciptakan kondisi dan lingkungan kerja yang menyenangkan.

Tujuan pemberian kompensasi ada dua yaitu:

1. Bagi Tenaga Kerja dengan adanya pemberian kompensasi kepada tenaga kerja akan memperoleh keuntungan finansial dan non finansial antara lain :

- a. Tenaga kerja mendapatkan keuntungan lebih besar, hal ini mendorong karyawan berusaha memperoleh upah yang lebih besar guna memperbaiki hidupnya.
 - b. Tenaga kerja dapat mendorong mengembangkan diri masing-masing. Dengan kompensasi akan mendorong karyawan menganalisis pekerjaannya dengan baik sehingga kecakapannya meningkat.
2. Bagi perusahaan. Adapun yang menjadi tujuan pemberian kompensasi adalah meningkatkan kepuasan dan produktivitas kerja karyawan akan memberi motivasi kepada tenaga kerja untuk bekerja lebih semangat, bekerja lebih berdisiplin dan bekerja lebih cepat.

Terdapat indikator dalam hal kompensasi ini. Adapun indikator kompensasi yang dikembangkan oleh Dharmawan dalam jurnal penelitian Kurnia (2016) adalah sebagai berikut:

1. Tunjangan

Tunjangan merupakan komponen kompensasi finansial tidak langsung, yang meliputi semua imbalan yang tidak tercakup dalam kompensasi langsung (gaji, upah, komisi).

2. Insentif ada beberapa bentuk dalam pemberian insentif, yaitu sebagai berikut:
- a. *Piecework* merupakan pembayaran diukur menurut banyaknya unit atau satuan barang atau jasa yang dihasilkan.
 - b. *Production bonus* merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi yang melebihi target yang telah ditetapkan.
 - c. *Commissions* merupakan presentasi harga jual atau jumlah tetap atas barang yang dijual.
 - d. *Maturity Curves* merupakan pembayaran berdasarkan kinerja yang dirangking menjadi: *marginal, below average, average, good, outstanding*.
 - e. *Merit raises* merupakan pembayaran kenaikan upah diberikan setelah evaluasi kinerja.

- f. *Pay-for-knowledge/pay-for-skills* merupakan kompensasi karena kemampuan menimbulkan inovasi.
 - g. *Non-maturity incentives* merupakan penghargaan diberikan dalam bentuk plakat, sertivikat, liburan dan lain-lain.
 - h. *Executive incentives*, merupakan insentif yang diberikan kepada eksekutif yang perlu mempertimbangkan keseimbangan hasil jangka pendek dengan kinerja jangka panjang.
 - i. *International incentives*, diberikan karena penempatan seseorang untuk penempatan di luar negeri.
3. Penghargaan penghargaan dapat dibedakan atas penghargaan ekstrinsik dan penghargaan intrinsik.
- a. Penghargaan Ekstrinsik, yaitu penghargaan yang bersifat eksternal yang diberikan terhadap kinerja yang telah diberikan oleh pekerja, mencakup penghargaan finansial seperti; upah dan gaji, serta jaminan sosial, penghargaan interpersonal seperti: rekognisi atau pengakuan, dan promosi jabatan.
 - b. Penghargaan Intrinsik, yaitu bagian dari pekerjaan itu sendiri, seperti tanggung jawab, tantangan dan karakteristik umpan balik dari pekerjaan.

Ada juga faktor-faktor yang mampu mempengaruhi kompensasi. Beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian kompensasi, antara lain sebagai berikut:

1. Kinerja Pemberian kompensasi
Melihat besarnya kinerja yang disumbangkan oleh karyawan kepada pihak perusahaan. Untuk itu, semakin tinggi tingkat output, maka akan semakin besar pula kompensasi yang diberikan oleh perusahaan kepada karyawan.
2. Kemampuan untuk membayar
Secara logis, ukuran pemberian kompensasi sangat tergantung kepada kemampuan perusahaan dalam membayar gaji atau upah tenaga kerja. Karena sangat mustahil bila perusahaan membayar kompensasi diatas kemampuan yang ada.

3. Kesiediaan untuk membayar

Walaupun perusahaan mempunyai kemampuan membayar kompensasi, tapi belum tentu perusahaan tersebut memiliki kesiediaan membayar kompensasi tersebut dengan layak dan adil.

4. Penawaran dan permintaan tenaga kerja

Penawaran dan permintaan tenaga kerja berpengaruh terhadap pemberian kompensasi. Jika permintaan tenaga kerja banyak perusahaan, maka kompensasi akan cenderung tinggi, demikian sebaliknya bila penawaran tenaga kerja ke perusahaan banyak (oversupply) maka pembayaran kompensasi cenderung rendah.

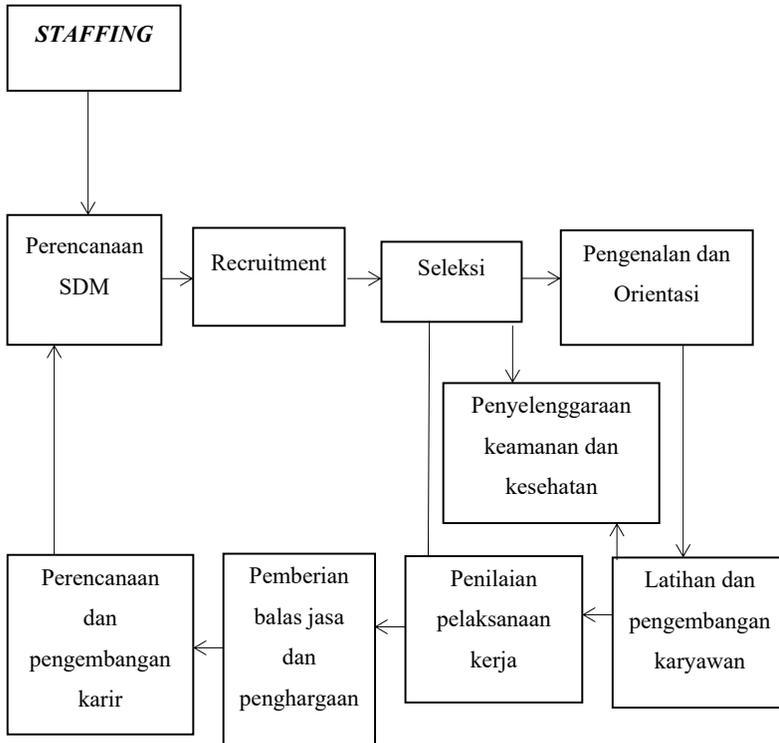
5. Organisasi karyawan

Organisasi karyawan yang ada dalam perusahaan seperti serikat kerja akan turut mempengaruhi kebijakan besar atau kecilnya pemberian kompensasi.

6. Peraturan dan perundang-undangan

Adanya peraturan perundang-undangan yang ada mempengaruhi kebijakan perusahaan dalam pemberian kompensasi, misal berlakunya kebijakan pemberian Upah Minimal Regional (UMR).

SKEMA



Rangkuman

Staffing adalah suatu fungsi manajemen yang berupa penyusunan personalia dalam suatu organisasi mulai dari perekrutan tenaga kerja, pengembangan, hingga usaha agar setiap petugas memberikan tenaga dan pikiran secara maksimal terhadap organisasi. Prinsip utama dalam *staffing* yaitu “*The Right Man in The Right Place and Time*” yang berarti bahwa setiap personil ditempatkan pada unit kerja yang sesuai dengan keahliannya, sehingga tujuannya yakni setiap pekerjaan dapat dilakukan oleh orang yang tepat dan menghasilkan pekerjaan yang optimal. Fungsi *staffing* (pengaturan staf) adalah proses yang teratur, sistematis, dan rasional yang diterapkan untuk menentukan jumlah dan jenis personel keperawatan yang dibutuhkan untuk melakukan proyek perubahan (Sari, 2020).

Menurut *American Nurses Association* (2012), *staffing* memiliki beberapa komponen inti diantaranya staf perawat yang tepat sangat penting untuk memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas dan hemat biaya; semua rangkaian harus memiliki pedoman kepegawaian yang dikembangkan dengan baik; perawat terdaftar adalah mitra penuh yang bekerja dengan profesional perawatan kesehatan lainnya dalam kemitraan kolaboratif dan interdisipliner; perawat terdaftar harus memiliki peran penting dan aktif dalam keputusan kepegawaian; kebutuhan staf harus ditentukan berdasarkan analisis status konsumen layanan kesehatan dan lingkungan tempat perawatan diberikan; penempatan staf perawat yang tepat harus didasarkan pada pengalokasian jumlah praktisi yang kompeten ke dalam situasi perawatan; efektivitas biaya merupakan pertimbangan penting dalam memberikan perawatan yang aman dan berkualitas; dan struktur penggantian tidak boleh mempengaruhi pola kepegawaian perawat atau tingkat perawatan yang diberikan.

Latihan Soal-Soal

1. Seorang kepala ruangan sedang sibuk menyusun staf perawat dengan tujuan mengelola sumber daya keperawatan yang ada di ruangnya sehingga diharapkan setiap tenaga perawat dapat memberi daya guna maksimal kepada pasien. Apakah fungsi manajemen yang dilakukan pada kasus tersebut?
 - a. Planning
 - b. Budgeting
 - c. **Staffing**
 - d. Directing
 - e. Controlling
2. Dalam melakukan *staffing*, seorang kepala ruangan terlebih dahulu melakukan perencanaan sumber daya dengan memprediksi kebutuhan tenaga keperawatan secara akurat dengan tujuan dapat meminimalkan terjadinya krisis ketenagaan dalam keperawatan. Sampai pada tahap manakah proses *staffing* pada kasus tersebut?

- a. **Perhitungan tenaga keperawatan**
 - b. Rekrutmen tenaga keperawatan
 - c. Seleksi tenaga keperawatan
 - d. Pengenalan dan orientasi kerja bagi perawat
 - e. Latihan dan pengembangan kemampuan keperawatan
3. Setelah didapatkan jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan, kepala ruangan melakukan rekrutmen dengan mencari, menemukan, dan menarik pelamar untuk menduduki posisi tertentu di dalam perusahaan. Setelah itu, kepala ruangan melakukan pemilihan di antara pelamar tersebut yang memiliki kualifikasi terbaik untuk pekerjaan atau posisi tertentu. Sampai pada tahap manakah proses *staffing* pada kasus tersebut?
- a. Perhitungan tenaga keperawatan
 - b. Rekrutmen tenaga keperawatan
 - c. **Seleksi tenaga keperawatan**
 - d. Latihan dan pengembangan kemampuan keperawatan
 - e. Pengenalan dan orientasi kerja bagi perawat
4. Dalam melakukan *staffing*, seorang kepala ruangan terlebih dahulu melakukan perencanaan sumber daya dengan memprediksi kebutuhan tenaga keperawatan secara akurat dengan tujuan dapat meminimalkan terjadinya krisis ketenagaan dalam keperawatan. Sampai pada tahap manakah proses *staffing* pada kasus tersebut?
- a. Rekrutmen tenaga keperawatan
 - b. **Perhitungan tenaga keperawatan**
 - c. Latihan dan pengembangan kemampuan keperawatan
 - d. Seleksi tenaga keperawatan
 - e. Pengenalan dan orientasi kerja bagi perawat
5. Ruang Merpati merupakan ruang penyakit dalam di Rumah Sakit Sehat Sejahtera. Ruang Merpati memiliki jumlah rata-rata klien sebanyak 25 orang perhari. Jam perawatan yang dibutuhkan klien perhari setelah dihitung didapatkan kurang lebih 3 jam. Jam kerja setiap orang dalam sehari adalah 7 jam.

Dari kasus di atas, berapakah kebutuhan tenaga perawat di Ruang Merpati dengan menggunakan metode Gilles...

- a. 12
- b. 13
- c. **14**
- d. 15
- e. 16

Bahan Diskusi

1. Uraikan, bagaimana cara menghitung kebutuhan perawat?
2. Diskusikan, bagaimana cara yang efektif untuk menghitung kebutuhan perawat?

Daftar Rujukan

- American Nurses Association. 2012. *ANA's Principles for Nurse Staffing*. Edisi Kedua. Maryland: The Publishing Program of ANA.
- Aswad, H. N., & Ferrial, E. (2016). Influence of Education Level, Training and Compensation Against Nurse Performance at UIT Hospital. *Jurnal Mirai Management*.
- Griffiths, P., C. Saville., J. Ball., J. Jones., dkk. 2019. Nursing Workload, Nurse Staffing Methodologies And Tools: A Systematic Scoping Review And Discussion. *International Journal Of Nursing Studies*. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103487_
- KEMENKES. 2019. *PEDOMAN PENILAIAN PRESTASI KERJA PEGAWAI DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN*. Jakarta: MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA.
- Marquis, B. L. dan C. J. Huston. 2017. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application*. Edisi Kesembilan. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Oesman, F. 2018. *A. Pengertian Staffing*. <https://docplayer.info/72001244-A-pengertian-Staffing.html>. [Diakses pada 2 November 2020].

- Roni, A., A. 2020. Pengantar Manajemen : Teori dan Aplikasi. Malang. AE Publishing
- Soesanto, Danoe & T. Eryad. 2019. Perhitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan WISN di RS. Gotong Royong. *Journal of Health Sciences*. Vol 12(2):71-81. <https://journal2.unusa.ac.id/index.php/JHS/article/view/554/854>



BAB V

KONSEP SISTEM MODEL PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep sistem model pemberian asuhan keperawatan profesional;
2. Mendeskripsikan macam-macam model penugasan asuhan keperawatan;
3. Menyusun struktur organisasi sesuai dengan metode penugasan dalam MAKP;
4. Menyusun rencana kerja harian, bulanan sesuai dengan metode penugasan dalam MAKP.

Pengantar/Pendahuluan

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah sistem yang mencakup struktur, proses dan nilai profesional yang memungkinkan perawat profesional untuk mengelola asuhan keperawatan dan mengatur lingkungan untuk mendukung asuhan keperawatan. Nilai-nilai dalam pelayanan profesional perlu ditingkatkan agar dapat meningkatkan kepuasan pasien (Arisanti dkk, 2018). Oleh karena itu perlu adanya penerapan MAKP dalam pelayanan keperawatan. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan sistem yang meliputi struktur, proses dan nilai-nilai profesional yang mana memungkinkan perawat profesional mengatur dalam pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang dapat mendukung pemberian asuhan tersebut (Krisnawati, 2017).

Adapun beberapa langkah dan upaya yang dapat dimanfaatkan oleh perawat dalam rangka meningkatkan profesionalisme perawat dan juga agar dapat memprioritaskan pekerjaannya yakni dengan adanya pemilihan model penugasan keperawatan. Pemilihan model penugasan keperawatan pada suatu ruang merupakan salah satu bentuk keputusan terbaik yang ditentukan oleh manajer keperawatan yang tujuannya sendiri untuk mempermudah perawat dalam memprioritaskan pekerjaannya (Adelia, dkk., 2019). Model penugasan keperawatan yang dipilihpun harus berdasarkan dari karakteristik ruangan yang digunakan, sehingga nanti diharapkan terdapat kesesuaian dan keseimbangan dalam melaksanakan tugas keperawatan dan juga sekaligus bisa memprioritaskan pekerjaan dengan baik.

Konsep Sistem Model Pemberian Asuhan Keperawatan Profesional

Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) merupakan kerangka kerja yang mencakup empat unsur yaitu standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, serta sistem MAKP (Nursalam, 2014). Pelayanan keperawatan akan dapat memuaskan pasien dengan penerapan model

asuhan keperawatan profesional karena kepuasan pasien salah satunya ditentukan oleh pelayanan keperawatan yang optimal. Dalam menilai kualitas pelayanan keperawatan perlu adanya standar praktik keperawatan sebagai pedoman perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang diwujudkan dalam proses keperawatan yang baik dari pengkajian hingga evaluasi (Bidjuni & Rompas, 2017).

Model asuhan keperawatan profesional merupakan upaya untuk meningkatkan asuhan keperawatan melalui kegiatan yang menunjang kegiatan keperawatan profesional yang sistematis. Penerapan MAKP dapat menjadi salah satu yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan. Metode ini sangat berfokus pada kualitas kinerja tenaga keperawatan yang mana khususnya pada profesionalisme keperawatan diantaranya melalui penerapan standar asuhan keperawatan (Dion, 2019).

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan sistem yang meliputi struktur, proses, dan nilai-nilai profesional yang mana memungkinkan perawat profesional mengatur dalam pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang dapat mendukung pemberian asuhan tersebut (Krisnawati, 2017).

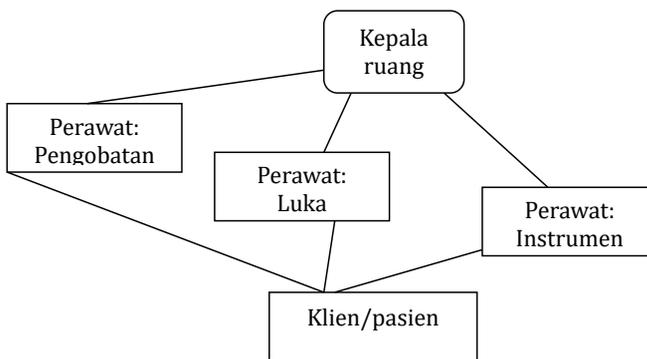
Secara umum, model asuhan keperawatan profesional di rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan dan mewujudkan mutu pelayanan keperawatan. Berikut beberapa tujuan model praktik keperawatan profesional:

1. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan
2. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan
3. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan
4. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijakan dan keputusan
5. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap tim keperawatan.

Model Penugasan Asuhan Keperawatan

Keberhasilan suatu asuhan keperawatan kepada pasien sangat ditentukan oleh pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan. Berikut ini merupakan penjabaran secara rinci tentang metode pemberian asuhan keperawatan profesional. Berikut ini merupakan lima metode pemberian asuhan keperawatan profesional yang akan terus dikembangkan di masa depan dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan:

1. Model Fungsional



Gambar 5.1 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (Nursalam, 2014)

Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua. Pada saat itu, karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka setiap perawat hanya melakukan satu atau dua jenis intervensi keperawatan saja (misalnya, merawat luka) kepada semua pasien di bangsal. Pada saat itu karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat maka setiap perawat hanya melakukan 1 – 2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien di bangsal. Model ini berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan, perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada (Nursalam, 2014).

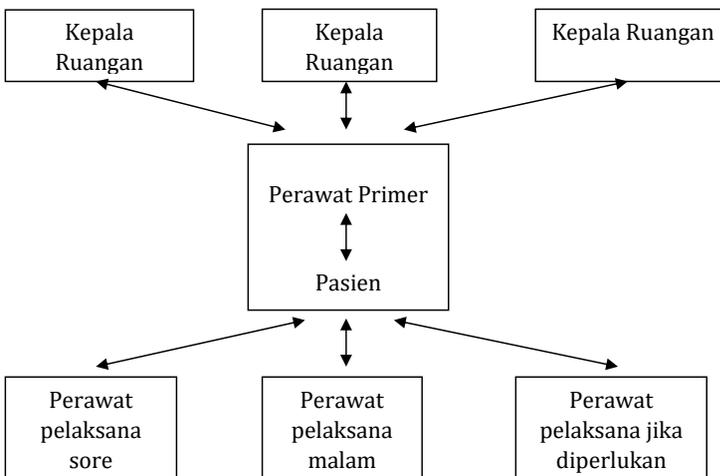
Sedangkan kelebihan dari metode ini adalah sebagai berikut:

- a. Perawat lebih terampil untuk tugas atau pekerjaan tertentu;
- b. Memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi staf atau peserta didik yang praktek untuk keterampilan tertentu;
- c. Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik;
- d. Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga;
- e. Perawat senior dapat menyibukkan diri dengan tugas manajerial, sedangkan perawat pasien diserahkan kepada perawat junior dan/atau belum berpengalaman (Nursalam, 2014).

Kekurangan dari metode ini adalah (Nursalam, 2014):

- a. Kepuasan kerja keseluruhan sulit dicapai;
- b. Tidak memberikan kepuasan pada pasien maupun perawat;
- c. Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan;
- d. Persepsi perawat cenderung pada tindakan yang berkaitan dengan keterampilan saja.

2. Model Primer



Gambar 5.2 Model Primer (Marquis & Huston, 1998).

Model keperawatan primer merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan di mana perawat primer bertanggung jawab selama 24 jam terhadap perencanaan, pelaksanaan, pengevaluasian satu atau beberapa klien dan sejak klien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan pulang. Selama jam kerja, perawat primer memberikan perawatan langsung secara total untuk klien. Ketika perawat primer tidak sedang bertugas, perawatan diberikan/didelegasikan kepada perawat *assosiate* yang mengikuti rencana keperawatan yang telah disusun oleh perawat primer (Nursalam, 2014).

Metode ini dikembangkan sejak tahun 1970. Tanggung jawab meliputi pengkajian pasien, perencanaan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan dari sejak pasien masuk rumah sakit hingga pasien dinyatakan pulang, ini merupakan tugas utama perawat primer yang dibantu oleh perawat *assosiate* (Mugiarti, 2016).

Model keperawatan ini mendorong praktik kemandirian perawat, sehingga terdapat kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Model ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus-menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat (Nursalam, 2014).

Keperawatan primer ini akan menciptakan kesempatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, dimana asuhan keperawatan berorientasi kepada pasien. Pengkajian dan menyusun rencana asuhan keperawatan pasien dibawah tanggung jawab perawat primer dan perawat *assosiate* yang akan melaksanakan rencana asuhan keperawatan dalam tindakan keperawatan (Mugiarti, 2016). Sehingga dalam menetapkan seseorang menjadi perawat primer perlu berhati-hati karena memerlukan beberapa kriteria, diantaranya dalam menetapkan kemampuan asertif, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan baik antar berbagai disiplin ilmu.

Pada Model Asuhan Keperawatan Primer membutuhkan kualifikasi tertentu karena perawat primer harus tenaga perawat profesional (*Register Nurse*) yang mengasuh pasien mulai pengkajian, penentuan diagnosa, membuat rencana, melakukan implementasi dan evaluasi. Dalam kegiatan implementasi perawat primer dibantu oleh perawat *assosiate*. Jadi peran perawat *assosiate* adalah membantu saat pelaksanaan tindakan. Perawat primer akan mengasuh 4 – 6 klien/pasien selama 24 jam (Mugianti, 2016).

Konsep dasar metode primer ada 3 yaitu, adanya tanggung jawab dan tanggung gugat, otonomi, dan ketertiban pasien serta keluarga.

Tugas perawat primer:

- a. Mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif;
- b. Membuat tujuan dan rencana keperawatan;
- c. Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama ia dinas;
- d. Mengomunikasikan dan mengoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain;
- e. Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai;
- f. Menerima dan menyesuaikan rencana;
- g. Menyiapkan penyuluhan untuk pulang;
- h. Melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat;
- i. Membuat jadwal perjanjian klinis;
- j. Mengadakan kunjungan rumah.

Peran kepala ruang/bangsal dalam metode primer:

- a. Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer;
- b. Orientasi dan merencanakan karyawan baru;
- c. Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten;
- d. Evaluasi kerja;
- e. Merencanakan/menyelenggarakan pengembangan staf;
- f. Membuat 1–2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi.

Ketenagaan metode primer:

- a. Setiap perawat primer adalah perawat bed side atau selalu berada dekat dengan pasien;
- b. Beban kasus pasien 4–6 orang untuk satu perawat primer;
- c. Penugasan ditentukan oleh kepala bangsal;
- d. Perawat primer dibantu oleh perawat profesional lain maupun non-profesional sebagai perawat asisten;

Keuntungan yang dapat diperoleh dari metode ini adalah pasien merasa dimanusiawikan karena terpenuhinya kebutuhan secara individu. Selain itu, asuhan yang diberikan bermutu tinggi, dan tercapai pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi, dan advokasi. Dokter juga merasakan kepuasan dengan model primer karena senantiasa mendapatkan informasi tentang kondisi pasien yang selalu diperbarui dan komprehensif (Nursalam, 2014).

Sedangkan kelebihan dari metode ini adalah sebagai berikut:

- a. Memungkinkan perawat primer untuk pengembangan diri melalui implementasi ilmu pengetahuan;
- b. Model praktek didasarkan pada ilmu pengetahuan;
- c. Fokus pada kebutuhan pasien;
- d. Meningkatkan otonomi perawat;
- e. Memungkinkan asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif;
- f. Membaiknya kontinuitas dan koordinasi asuhan.
- g. Bersifat kontinuitas dan komprehensif;
- h. Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil, dan memungkinkan pengembangan diri;
- i. Keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter, dan rumah sakit.

(Gillies, 1989)

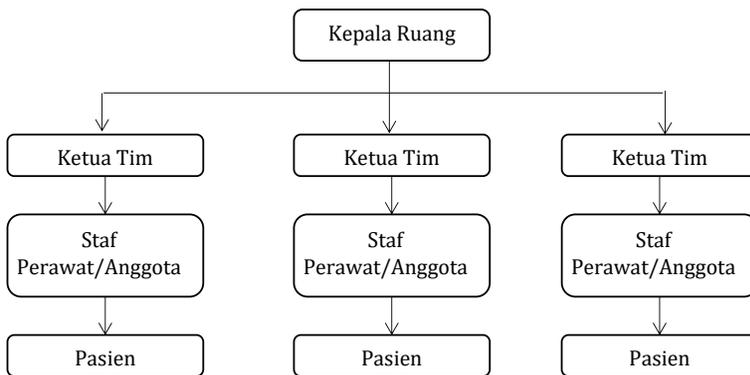
Kelemahan model ini adalah hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dengan

kriteria asertif, self direction, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinis, penuh pertimbangan, serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu (Nursalam, 2014).

Kekurangan :

- a. Diperlukan perawat berpendidikan dan berpengalaman;
- b. Diperlukan kemampuan komunikasi yang baik antara perawat primer dengan rekan perawat;
- c. Pasien yang pindah ke unit lain dalam kondisi kritis kemungkinan mempunyai beberapa perawat primer;
- d. Perawat primer dapat mengambil tanggung jawab rekan perawat untuk mengimplemantasikan asuhan keperawatan yang diberikan;
- e. Biaya tinggi;
- f. Los menjadi singkat.

3. Model Tim



Gambar 5.3 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Model Tim

Metode tim adalah pengorganisasian pelayanan keperawatan dengan menggunakan tim yang terdiri atas kelompok klien dan perawat. Kelompok ini dipimpin oleh perawat yang berijazah dan berpengalaman kerja serta memiliki pengetahuan dibidangnya (Registered Nurse) (Nursalam, 2014).

Metode ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2–3 tim/grup yang terdiri atas tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu (Nursalam, 2014). Pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh pimpinan kelompok/ketua grup dan ketua grup bertanggung jawab dalam mengarahkan anggota grup/tim. Selain itu ketua grup bertugas memberi pengarahan dan menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan klien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila menjalani kesulitan dan selanjutnya ketua tim melaporkan pada kepala ruang tentang kemajuan pelayanan/asuhan keperawatan terhadap klien.

Metode ini biasa digunakan pada pelayanan keperawatan di unit rawat inap, unit rawat jalan, dan unit gawat darurat. Konsep metode Tim. Konsep metode tim adalah ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan, pentingnya komunikasi yang efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin, anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim, dan peran kepala ruang penting dalam model tim, model tim akan berhasil bila didukung oleh kepala ruang (Nursalam, 2014).

Tanggung jawab ketua tim pada metode tim adalah sebagai berikut (Nursalam, 2014):

- a. Membuat perencanaan, penugasan, supervisi, dan evaluasi;
- b. Membuat penugasan, supervisi, dan evaluasi;
- c. Mengenal/mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien;
- d. Mengembangkan kemampuan anggota;
- e. Menyelenggarakan konferensi.

Tanggung jawab anggota tim pada metode tim adalah sebagai berikut (Nursalam, 2014):

- a. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggung jawabnya;

- b. Kerja sama dengan anggota tim dan antar tim;
- c. Memberikan laporan.

Sementara itu, tanggung jawab kepala ruang dalam metode tim ini terbagi menjadi 4 bidang yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, dan pengarahan.

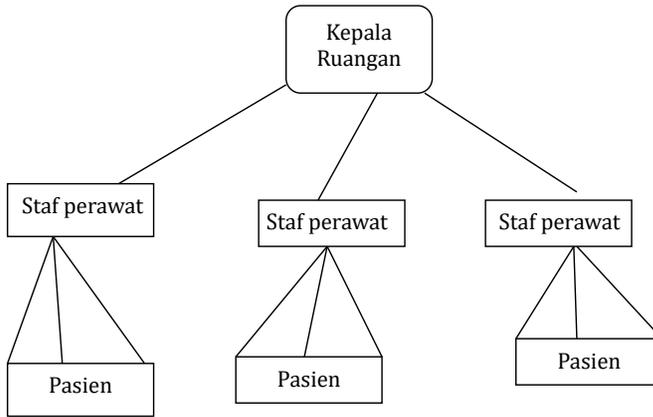
Sedangkan kelebihan dari metode ini adalah :

- a. Dapat memberi kepuasan kepada pasien dan perawat.
- b. Memanfaatkan semua kekuatan anggota tim
- c. Tim mendukung pengembangan dan produktivitas kelompok
- d. Komunikasi diantara anggota tim baik
- e. Memungkinkan meningkatkan 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, memberikan anggota tim perasaan bahwa ia mempunyai kontribusi terhadap hasil asuhan keperawatan yang diberikan
- g. Memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh;
- h. Mendukung pelaksanaan proses keperawatan;
- i. Memungkinkan komunikasi antartim, sehingga konflik mudah di atasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim (Nursalam, 2014).

Kekurangan metode ini adalah :

- a. Diperlukan pengalaman dan keterampilan ketua tim
- b. Dapat mengarah pada fragmentasi pelayanan bila konsep tim tidak di implementasikan secara total.
- c. Ketua tim menghabiskan banyak waktu untuk koordinasi dan supervisi anggota tim dan harus mempunyai keterampilan yang tinggi baik sebagai perawat pemimpin maupun perawat klinik
- d. komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu, yang sulit untuk dilaksanakan pada waktu-waktu sibuk (Nursalam, 2014).

4. Model Kasus



Gambar 5.4 Model Kasus

Metode kasus adalah metode dimana perawat bertanggung jawab terhadap pasien tertentu yang didasarkan pada rasio satu perawat untuk satu pasien dengan pemberian perawatan konstan untuk periode tertentu. Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap *shift* dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk keperawatan khusus seperti isolasi, intensive care (Nursalam, 2014).

Kelebihan model ini adalah (Nursalam, 2014):

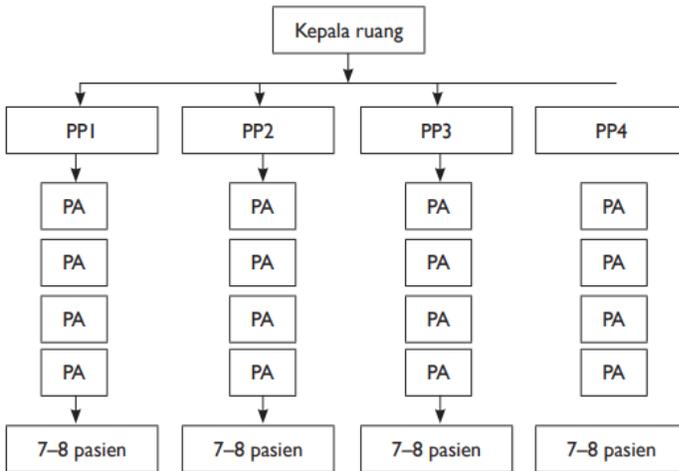
- a. Pasien mendapat askep secara holistic dan terus menerus.
- b. Komunikasi antar perawat-pasien dan dokter dengan anggota staf lainnya berlangsung terus menerus.
- c. Perawat mendapat kepuasan karena dapat melakukan semua yang menjadi wewangannya.
- d. Kebutuhan pasien terpenuhi.
- e. Pasien merasa puas.
- f. Masalah pasien dapat dipahami oleh perawat.

- g. Kepuasan tugas secara keseluruhan dapat dicapai.
- h. Perawat lebih memahami kasus per kasus.
- i. Sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah.

Sedangkan kekurangan dari model ini adalah (Nursalam, 2014):

- a. Kemampuan tenaga perawat pelaksana dan siswa perawat yang terbatas sehingga tidak mampu memberikan asuhan secara menyeluruh.
- b. Membutuhkan banyak tenaga.
- c. Beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.
- d. Pendelegasian perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas.
- e. Belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab;
- f. Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama

5. Model Modifikasi



Gambar 5.5 Model Modifikasi (Nursalam, 2014).

Model modifikasi adalah penggunaan metode asuhan keperawatan dengan modifikasi antara tim dan primer. Jika dalam model modifikasi ini memerlukan 26 perawat, maka diperlukan empat orang perawat

primer (PP) dengan kualifikasi Ners, di samping seorang kepala ruang rawat yang juga Ners. Perawat pelaksana (PA) 21 orang, kualifikasi pendidikan perawat pelaksana terdiri atas lulusan D-3 Keperawatan (tiga orang) dan SPK (18 orang). Pengelompokan tim pada setiap *shift* jaga terlihat pada Gambar 5 (Nursalam, 2014).

Metode ini merupakan metode pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional dan non-profesional (perawat terampil) untuk sekelompok klien dari mulai masuk rumah sakit sampai pulang yang disebut tanggung jawab total atau keseluruhan. Untuk metode ini diperlukan perawat yang berpengetahuan, terampil dan memiliki kemampuan memimpin. Idealnya 2 - 3 perawat untuk 8 - 12 klien (Mugianti, 2016).

Dalam penetapan sistem model MAKP ini didasarkan pada beberapa alasan berikut.

- a. Keperawatan primer tidak digunakan secara murni, karena perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan S-1 Keperawatan atau setara.
- b. Keperawatan tim tidak digunakan secara murni, karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim.
- c. Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas asuhan keperawatan terdapat pada primer, karena saat ini perawat yang ada di RS sebagian besar adalah lulusan D-3, bimbingan tentang asuhan keperawatan diberikan oleh perawat primer/ketua tim.

Tabel 5.1 Perbedaan Metode Penugasan Asuhan Keperawatan

Model	Deskripsi	Penanggung Jawab
Fungsional	<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan. • Perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada. • Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua. Pada saat itu, karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka setiap perawat hanya melakukan 1–2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien di bangsal. 	Perawat yang bertugas pada tindakan tertentu
Kasus	<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan pendekatan holistik dari filosofi keperawatan. • Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan dan observasi pada pasien tertentu. • Rasio: 1 : 1 (pasien : perawat). Setiap pasien dilimpahkan kepada semua perawat yang melayani seluruh kebutuhannya pada saat mereka dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap <i>shift</i> dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasanya diterapkan satu pasien satu perawat, umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk khusus seperti isolasi, perawatan insentif. 	Manajer Keperawatan

Model	Deskripsi	Penanggung Jawab
Tim	<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan pada kelompok filosofi keperawatan. • Enam sampai tujuh perawat profesional dan perawat pelaksana bekerja sebagai satu tim, disupervisi oleh ketua tim. • Metode ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2–3 tim/grup yang terdiri atas tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu. 	Ketua Tim
Primer	<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan pada tindakan yang komprehensif dari filosofi keperawatan. • Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan keperawatan. • Metode penugasan di mana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terusmenerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat 	Perawat Primer (PP)

Model	Deskripsi	Penanggung Jawab
Modifikasi	<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan. • Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan keperawatan. • Metode ini merupakan metode pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional dan non profesional (perawat terampil) untuk sekelompok klien dari mulai masuk rumah sakit sampai pulang, disebut tanggung jawab total atau keseluruhan. Untuk metode ini diperlukan perawat yang berpengetahuan, terampil dan memiliki kemampuan memimpin. Idealnya 2 - 3 perawat untuk 8 - 12 klien (Mugianti, 2016). 	Seluruh Perawat

Rangkuman

Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) merupakan kerangka kerja yang mencakup empat unsur yaitu standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, serta sistem MAKP (Nursalam, 2014). Pelayanan keperawatan akan dapat memuaskan pasien dengan penerapan model asuhan keperawatan profesional karena kepuasan pasien salah satunya ditentukan oleh pelayanan keperawatan yang optimal. Dalam menilai kualitas pelayanan keperawatan perlu adanya standar praktik keperawatan sebagai pedoman perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang diwujudkan dalam proses keperawatan yang bamenteik dari pengkajian hingga evaluasi (Bidjuni & Rompas, 2017). Secara umum, model asuhan keperawatan profesional di rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan dan mewujudkan mutu pelayanan keperawatan.

Metode penugasan merupakan suatu alternatif metode yang akan diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien/pasien

dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas asuhan dan peningkatan derajat kesehatan pasien. Pada dasarnya seluruh jenis metode penugasan masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan. Prinsip dalam pemilihan metode penugasan yaitu pertimbangan jumlah tenaga, kualifikasi staf dan klasifikasi pasien.

Dengan demikian seorang manajer dapat menentukan jenis metode penugasan yang tepat untuk diterapkan pada suatu unit keperawatan melalui kajian situasi yang memperhatikan prinsip pemilihan metode penugasan.

Latihan Soal-Soal

1. Seorang Ns. A adalah senior disalah satu ruang rawat inap RS Jember Klinik dan beliau terlihat gagah berani serta jantan sebagai penanggung jawab *shift* sore. Ns. A sedang membagi tugas ke perawat pelaksana untuk merawat pasien. Agar distribusi tanggung jawabnya merata, ia membagi berdasarkan pasien *total care*, *partial care*, dan *minimal care*. Model asuhan keperawatan apakah yang diterapkan oleh Ns. A?
 - a. Model MPKP transisional
 - b. Model PKP
 - c. Model moduler**
 - d. Model tim
 - e. Model fungsional
2. Ruang rawat flamboyan dengan 12 tempat tidur dan BOR 85%. Berdasarkan struktur ketenagaan diketahui memiliki kepala ruang dengan jenjang pendidikan S.Kep., pengalaman kerja 5 tahun, 4 Ners dengan pengalaman kerja 2 tahun, 5 Diploma keperawatan dengan pengalaman kerja 3-4 tahun. Ruang tersebut memiliki ruang gizi dan terdapat 1 tenaga administrasi. Berdasarkan karakteristik

perawat yang ada, model pengorganisasian keperawatan yang cocok untuk diimplementasikan adalah...

- a. Keperawatan fungsional
 - b. Keperawatan primer**
 - c. Keperawatan modular
 - d. Keperawatan kasus
 - e. Keperawatan tim
3. Perawat ICU melakukan fokus keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien sehingga berkesempatan untuk melakukan keperawatan yang komprehensif Jenis model asuhan keperawatan profesional yang diterapkan pada ruang ICU tersebut...
- a. Metode kasus**
 - b. Metode tim
 - c. Metode primer
 - d. Metode fungsional
 - e. Metode modular
4. Ny. A sudah sekitar 10 hari berada di Ruang ICU RS B. Perawat X merupakan perawat ICU. Ketika telah selesai pergantian dari *shift* malam ke *shift* pagi perawat X mendapatkan tugas untuk dapat melakukan tindakan *suction* pada Ny. A yang terpasang ventilator, kemudian bertugas pula dalam memandikan Ny. A, perawat X juga bertugas dalam memberi makan Ny. A melalui selang, kemudian memberikan obat, mengganti selang IV, dsb. Berdasarkan hal tersebut maka model penugasan keperawatan apakah yang dipakai RS tersebut?
- a. Model Primer
 - b. Model Fungsional
 - c. Model Tim
 - d. Model Kasus**
 - e. Model Modifikasi
5. Perhatikan keterangan berikut ini.
- 1) Dapat memberi kepuasan kepada pasien dan perawat.
 - 2) Memanfaatkan sebagian kekuatan anggota tim

- 3) Tim mendukung pengembangan dan produktivitas kelompok
- 4) Pengambilan keputusan individu
- 5) Komunikasi diantara anggota tim baik

Berdasarkan keterangan diatas manakah yang termasuk dalam model penugasan keperawatan tim yang benar?

- a. 1, 2 dan 3
- b. 1 dan 3**
- c. 2 dan 4
- d. 5
- e. Benar semua/salah semua

Bahan Diskusi

1. Dari beberapa model penugasan asuhan keperawatan di atas, jenis model penugasan apa yang efektif?
2. Diskusikan keuntungan dan kerugian masing-masing model penugasan asuhan keperawatan.
3. Bagaimana cara model penugasan primer dilaksanakan?

Daftar Rujukan

- Krisnawati, K. M. (2017). *Empat Pilar Metode Keperawatan Profesioanal*. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Gillies, D. A. 1989. *Nursing Management. System Approachers*. Edisi 2. Philadelphia: W.B. Saunders CO.
- Gita Adelia, Setiawan, & R. H. S. 2019. Persepsi perawat dan manajer tentang model penugasan keperawatan. *Jurnal Ilmiah Permas Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*. 9(3):295–300.
- Mugianti, S. 2016. *Manajemen Dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *BMC Public Health*.

- Nurhidayah. (2014). Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) TIM dalam Peningkatan Kepuasan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal kesehatan UIN Alauddin*, 7(2), 410-426.
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Putra, K. R. dan I. Subekti. 2010. PENGARUH pelaksanaan fungsi manajerial kepala ruang dalam metode penugasan tim terhadap kinerja ketua tim di rsu dr saiful anwar malang. *Jurnal Keperawatan*. 1(2):110–117.
- Ritonga, E. P., & Damanik, H. (2018). Pengaruh Penelitian dan Penerapan Penilaian Kinerja Perawat Pelaksana Terhadap Layanan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Swasta Kota Medan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 4(2), 495-502.



BAB VI

KONSEP BERUBAH DAN MANAJEMEN KONFLIK DALAM KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep berubah;
2. Memahami teori-teori berubah;
3. Memahami konsep manajemen konflik;
4. Memahami proses konflik;
5. Memahami jenis-jenis konflik;
6. Mendeskripsikan macam-macam strategi penyelesaian konflik;
7. Menyusun skenario strategi manajemen konflik dalam pelayanan rumah sakit;
8. Menyusun rencana kerja harian, bulanan sesuai dengan metode penugasan dalam MAKP.

Pengantar/Pendahuluan

Berubah merupakan proses terjadinya peralihan atau perpindahan dari satu hal atau keadaan ke hal atau keadaan lainnya, baik itu secara terencana maupun tidak terencana ((Nursalam, 2011); Supinganto dkk, 2020). Perubahan dilakukan untuk mengantisipasi suatu ancaman dimasa depan, menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi, meningkatkan efisien dan efektifitas kerja, serta meningkatkan kesejahteraan individu maupun suatu organisasi (Nursalam, 2011; (Rifa'i, 2017). Dalam melakukan suatu perubahan lingkup organisasi, diperlukan adanya agen perubahan sebagai penggerak organisasi dalam melakukan perubahan, mulai dari perencanaan, proses implementasi, fungsi pengawasan, hingga menghasilkan suatu perubahan (Nursalam, 2011).

Sebuah organisasi yang mengabaikan konsep perubahan akan mengalami dampak buruk yang timbul dikemudian hari (Hakim et al., 2017). Perubahan di sebuah organisasi memberi banyak peran dan pengaruh positif terhadap kinerja karyawan dan organisasi. Perubahan juga melibatkan pemikiran individu-individu, kelompok-kelompok di dalam suatu organisasi itu sendiri, yang pada akhirnya berarti perubahan pada perilaku keorganisasian. Mengelola perubahan dan studi tentang perubahan, memerlukan pemahaman sejumlah disiplin-disiplin ilmu sosial yang bersifat interdisipliner (Hakim et al., 2017).

Manajemen merupakan penyelenggaraan usaha dalam mencapai usaha dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia yang diselenggarakan dengan sistematis dan terencana (silalahi, 2019). Konflik merupakan adanya perselisihan internal dan eksternal karena perbedaan gagasan, nilai dan pendapat. Konflik yang ditimbulkan dapat bersifat positif dan bersifat negatif (Daniyanti, 2018). Manajemen konflik merupakan proses yang melibatkan konflik dan pihak ketiga menyusun cara mengendalikan dan meredakan konflik yang terjadi (Adventy, 2020). Lingkup konflik dalam keperawatan yaitu konflik intrapersonal, interpersonal, dan intergrup (Silalahi, 2019).

Adanya konflik pada tenaga kesehatan dapat memberikan pengaruh pada pelayanan pemberian asuhan kepada pasien baik dalam pengobatan dan juga perawatan sehingga pihak rumah sakit juga perlu mengeluarkan dana baik langsung dan tidak langsung untuk mengatasi konflik yang terjadi (Adventy, 2020). Pemecahan konflik keperawatan memerlukan pemimpin yang dapat mengatasi dan manajemen konflik dengan baik. Strategi yang dapat digunakan dalam menyelesaikan konflik antara lain: menghindari, kompetisi, akomodasi, kompromi, kerjasama, dan negosiasi (Silalahi, 2019).

Konsep Berubah

Menurut Douglass (1988) dalam Supinganto dkk (2020), perubahan adalah proses pergantian dari suatu hal dengan lainnya yang berbeda dari sebelumnya (Douglass, 1988). Atkinson (1987) mendefinisikan berubah merupakan kegiatan atau proses yang membuat sesuatu atau seseorang berbeda dengan keadaan sebelumnya. Sedangkan Brooten (1978) mendefinisikan berubah merupakan proses yang menyebabkan perubahan pola perilaku individu atau institusi. Berubah merupakan bagian dari kehidupan setiap orang, serta berubah adalah cara seseorang bertumbuh, berkembang, dan beradaptasi. Perubahan dapat berupa perubahan positif atau negatif, terencana atau tidak terencana. Perubahan adalah proses membuat sesuatu yang berbeda dari sebelumnya (Nursalam, 2011).

Jadi, perubahan merupakan proses terjadinya peralihan atau perpindahan dari kondisi statis menjadi kondisi yang bersifat dinamis, yaitu dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan. Perubahan dapat mencakup keseimbangan personal, sosial, maupun organisasi untuk menciptakan perbaikan atau penyempurnaan dan dapat menerapkan ide atau konsep terbaru dalam mencapai suatu tujuan. Perubahan dapat dijabarkan dengan beberapa cara, termasuk perubahan yang direncanakan atau yang tidak direncanakan. Perubahan yang tidak direncanakan adalah perubahan dilakukan tanpa persiapan. Sebaliknya, perubahan yang

direncanakan adalah perubahan yang telah direncanakan sebelumnya, terjadi dalam waktu yang lama, dan terdapat tujuan yang jelas. Perubahan yang terencana lebih mudah dikelola daripada perubahan yang terjadi pada perkembangan manusia, tanpa persiapan, atau perubahan karena suatu ancaman. Proses perencanaan terjadi karena adanya perubahan yang kompleks dan melibatkan banyak orang. Orang yang mengelola perubahan harus memiliki visi yang jelas di mana proses pelaksanaannya dilakukan dengan arah yang terbaik untuk mencapai tujuan. Proses dilakukannya perubahan memerlukan tahapan yang sistematis, dimana semua orang akan terlibat di dalamnya. Sehingga, diperlukan pembentukan koalisi untuk mendukung perubahan. Dengan meningkatnya tuntutan kebutuhan, perawat diharuskan untuk bergerak dan berubah secara terencana dan terkendali (Nursalam, 2011).

Teori Berubah

Menurut (Nursalam, 2011), terdapat beberapa teori perubahan yang meliputi:

1. Teori Lewin (Marquis, B. L., 2017)

- a. Unfreezing

Tahap ini dibentuk dari teori perilaku manusia dan perilaku organisasi, dengan melibatkan beberapa pihak untuk berupaya memahami kondisi saat ini merupakan kondisi yang membutuhkan perubahan. Pada tahap ini terdapat tiga proses terkait dengan kesiapan perubahan, yaitu perlunya kondisi perubahan karena adanya gap yang besar antara tujuan dan kenyataan, adanya *survival anxiety*, dan mempelajari *defensiveness* dan *resistance* dalam organisasi. Dalam tahap ini, pemimpin berperan penting sebagai agen yang memberikan pemahaman mengenai penyesuaian atau adaptasi terhadap perubahan tersebut.

b. Movement

Pada tahap ini dilakukan analisa gap antara status keinginan dengan status saat ini dan mencermati program-program perubahan yang sesuai supaya dapat memberi solusi yang tepat dan dapat mengurangi resistensi terhadap perubahan. Pada tahap ini, perubahan dilakukan secara bertahap dengan dilakukan upaya-upaya yang baru dan menghilangkan cara-cara yang lama.

c. Refreezing

Di tahap ini, dilakukan upaya untuk membuat perilaku yang baru tetap berjalan dengan mengembangkan *new self-concept* dan *identity*, serta *new interpersonal relationships*. Upaya tersebut dilakukan untuk menguatkan perubahan yang telah dilakukan agar berjalan dengan baik dan stabil.

2. Teori Rogers (1962)

Roger (1962) mengembangkan teori Lewin (1951) tentang 3 tahap perubahan dengan menekankan pada latar belakang individu yang terlibat dalam perubahan dan lingkungan dimana perubahan tersebut dilaksanakan. Individu yang terlibat dalam proses perubahan dapat menerima atau menolaknya. Meskipun perubahan dapat diterima, bisa saja suatu saat akan ditolak setelah perubahan tersebut dirasa menghambat keberadaannya. Roger mengatakan bahwa perubahan yang efektif tergantung pada individu yang terlibat, tertarik, dan berupaya untuk selalu berkembang dan maju serta memiliki komitmen untuk bekerja dan melaksanakannya. Terdapat 5 tahap perubahan, yaitu kesadaran, keinginan, evaluasi, mencoba, dan penerimaan atau dikenal sebagai AIETA (*Awareness, Interest, Evaluation, Trial, Adoption*).

a. Perubahan harus memiliki keuntungan dan lebih baik dari metode yang sudah ada.

b. Perubahan harus sesuai dan tidak bertentangan dengan nilai-nilai yang ada.

- c. Ide-ide yang lebih kompleks bisa lebih baik daripada ide yang sederhana asalkan pelaksanaannya lebih mudah.
- d. Perubahan dapat dilaksanakan dalam skala yang kecil.
- e. Semakin mudah perubahan digunakan maka semakin mudah perubahan disebarkan.

3. Teori Lippitt (1973)

Lippitt (1973) mendefinisikan perubahan sebagai sesuatu yang direncanakan atau tidak direncanakan terhadap status *quo* individu, situasi atau proses, dan dalam perencanaan perubahan yang diharapkan, disusun oleh individu, kelompok, organisasi atau sistem sosial yang mempengaruhi secara langsung tentang status *quo*, organisasi lain, atau situasi lain. Lippitt menekankan bahwa tidak ada seorang pun yang bisa lari dari perubahan. Lippitt mengungkapkan terdapat tujuh hal yang harus diperhatikan seorang manajer dalam sebuah perubahan, yaitu:

- a. Tahap 1: Mendiagnosis dan menetapkan masalah
Mengidentifikasi semua faktor yang mendukung atau menghambat perubahan. Pada tahap ini, setiap individu yang terlibat harus membuka diri dan menghindari keputusan sebelum semua fakta dapat dikumpulkan. Individu yang terlibat harus sering berpikir dan mengetahui apa yang salah serta berusaha menghindari data-data yang tidak sesuai. Semakin banyak informasi tentang perubahan dimiliki seorang manajer, semakin akurat data yang dapat diidentifikasi sebagai masalah. Semua orang yang memiliki kekuasaan harus diikuti sedini mungkin dalam proses perubahan tersebut, karena setiap orang mempunyai tanggung jawab untuk selalu menginformasikan tentang fenomena yang terjadi.
- b. Tahap 2 : Mengkaji motivasi dan kemampuan untuk berubah
Perubahan merupakan sesuatu yang mudah, tetapi perubahan keberhasilan dalam mencapai tujuan yang lebih baik memerlukan kerja keras dan komitmen yang tinggi dari semua pihak yang

terlibat di dalamnya. Pada tahap ini, semua pihak yang terlibat dan lingkungan yang tersedia dikaji tentang kemampuan, hambatan yang mungkin timbul, dan dukungan yang akan diberikan. Mengingat mayoritas praktik keperawatan berada pada suatu organisasi/instansi, maka struktur organisasi perlu dikaji apakah peraturan, kebijakan, dan budaya organisasi, serta orang yang terlibat akan membantu proses perubahan atau justru menghambatnya. Pada tahap ini, fokus perubahan ada pada identifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat proses perubahan tersebut.

- c. Tahap 3: Mengkaji motivasi dan sumber-sumber agen
Mencari dukungan internal maupun eksternal atau secara interpersonal, organisasional, maupun berdasarkan pengalaman. Pada tahap ini, diperlukan komitmen dan motivasi manajer dalam proses perubahan. Pandangan manajer tentang perubahan harus dapat diterima dan dapat dipercaya oleh anggota. Manajer harus mampu menunjukkan motivasi yang tinggi dan keseriusan dalam pelaksanaan perubahan, dengan menerima masukan dari anggota dan selalu mencari solusi terbaik.
- d. Tahap 4: Menyeleksi objektif akhir perubahan
Menyusun semua hasil yang di dapat dalam membuat perencanaan. Pada tahap ini, perubahan harus sudah disusun sebagai suatu kegiatan secara operasional, terorganisasi, berurutan, kepada siapa perubahan akan berdampak, dan kapan waktu pelaksanaan yang tepat. Sehingga diperlukan target waktu dan perlu dilakukan uji coba sebelum menentukan efektivitas perubahan.
- e. Memilih peran yang sesuai untuk agen perubahan
Perlu diadakan pemilihan seorang pemimpin atau manajer yang ahli dan sesuai di bidangnya. Manajer tersebut akan memberikan masukan dan solusi yang terbaik serta dapat berperan sebagai seorang mentor yang baik. Perubahan akan berhasil apabila

manajer dan staf memiliki pemahaman yang sama dan memiliki kemampuan dalam melaksanakan perubahan.

- f. Mempertahankan perubahan
Perubahan diperluas dengan membutuhkan struktur kekuatan untuk mempertahankannya. Sekali perubahan sudah dilaksanakan, maka harus dipertahankan dengan komitmen. Komunikasi harus dilakukan secara terbuka dan terus diinformasikan supaya setiap masukan dan permasalahan yang terjadi dapat diambil solusi yang terbaik oleh kedua belah pihak.
- g. Mengakhiri hubungan saling membantu
Perawat sebagai agen perubahan diharapkan sudah dapat mandiri dengan perubahan yang dilakukan. Selama proses mengakhiri perubahan, maka harus diikuti oleh perencanaan yang berkelanjutan dari seorang manajer. Hal ini dilaksanakan secara bertahap supaya individu yang terlibat memiliki peningkatan tanggung jawab dan dapat mempertahankan perubahan yang telah terjadi. Dalam hal ini, manajer berperan sebagai konsultan dan secara aktif terus terlibat dalam perubahan.

4. Teori Havelock

Teori ini merupakan modifikasi dari teori Lewin dengan menekankan pada perencanaan yang akan mempengaruhi perubahan. Enam tahap perubahan menurut Havelock, yaitu:

- a. Membangun suatu hubungan
- b. Mendiagnosis masalah
- c. Mendapatkan sumber-sumber yang berhubungan
- d. Memilih jalan keluar
- e. Meningkatkan penerimaan
- f. Stabilisasi dan perbaikan diri sendiri

5. Teori Spradley

Spradley menegaskan bahwa perubahan terencana harus dipantau secara konstan untuk mengembangkan hubungan yang bermanfaat

antara *change agent* dan *change system*. Beberapa langkah dasar dari model Spradley, yaitu:

- a. Mengenali gejala
- b. Mendiagnosis masalah
- c. Menganalisa jalan keluar
- d. Memilih perubahan
- e. Merencanakan perubahan
- f. Melaksanakan perubahan
- g. Mengevaluasi perubahan
- h. Menstabilkan perubahan

Konsep Manajemen Konflik

Manajemen merupakan suatu usaha menyelenggarakan kerja dari kelompok untuk mencapai tujuan yang di harapkan dengan memanfaatkan sumber daya secara efektif (Lombogia, 2013). Manajemen merupakan pemanfaatan sumber daya yang ada dengan efektif untuk mencapai tujuan (KBBI, 2016). Konflik dalam keperawatan didefinisikan sebagai situasi ancaman terhadap kebutuhan, kepentingan, dan perhatian akibat ketidaksepakatan antara pihak-pihak yang terlibat (Moeta, 2019). Konflik dapat berdampak pada anggota dan menyebabkan kurangnya motivasi untuk kerja dan kebutuhan akan pencapaian prestasi kerja yang rendah pula (Gulo, 2019). Manajemen konflik merupakan perbedaan gagasan yang terjadi antara pimpinan dan pekerja atau masalah yang muncul pada sebuah organisasi (Telaumbanua, 2019). Manajemen konflik pada sebuah rumah sakit diperlukan karena mempengaruhi kinerja dan motivasi dari perawat dan berdampak pada kualitas pelayanan pada pasien. (Gulo, 2019).

Kata konflik dapat dijabarkan menjadi 3 sifat yaitu konflik positif, konflik negatif, dan konflik netral:

1. Konflik positif yaitu konflik yang di pautkan pada petualangan, inovasi, pembaruan, perkembangan perubahan. Konflik ini bersifat konstruktif;

2. Konflik negatif yaitu penghancuran, pengbuasan, irrasionalisme, emosional, hura-hura, perang. Konflik ini bersifat destruktif;
3. Konflik netral diartikan karena akibat yang biasa muncul dari keragaman individu dengan sifat yang berbeda dan memiliki tujuan hidup yang berbeda (Gulo, 2019).

Proses Konflik

Sebelum manager mencoba untuk campur tangan dalam konflik, seorang manager harus dapat melakukan *assessment* mengenai tahap konflik secara akurat. Menurut Marquis dan Huston (2017), perkembangan konflik meliputi beberapa tahap diantaranya:

1. Tahap pertama dalam proses konflik, konflik laten, menyiratkan adanya hal awal dimasa lalu seperti pemikiran pendek dan diikuti perubahan yang cepat. Dalam tahap ini kondisi sudah mendukung terjadinya konflik meskipun belum ada konflik yang terjadi. Banyak konflik yang dapat dicegah maupun dikurangi apabila manager melakukan pemeriksaan mendalam terkait kondisi sebelumnya. Sebagai contoh perubahan dan pemotongan anggaran hampir selalu menimbulkan konflik. Oleh karena itu, peristiwa semacam itu harus dipikirkan dengan matang sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum konflik yang diciptakan oleh peristiwa tersebut meningkat.
2. Apabila konflik berlanjut, hal tersebut terus berkembang memasuki tahap kedua: konflik yang dirasakan. Konflik yang dirasakan atau substantif bersifat intelektual dan sering kali melibatkan masalah dan peran. Individu merasakan konflik secara logis dan secara tidak langsung terjadi. Terkadang, konflik dapat diselesaikan pada tahap ini sebelum itu diinternalisasi atau dirasakan. Dalam lingkungan yang bercirikan komunikasi terbuka dan saling mendukung, banyak konflik dapat diselesaikan hanya dengan menunjukkan bahwa ada potensi atau masalah yang sebenarnya.
3. Tahap ketiga, terjadi ketika konflik melibatkan emosionalisasi. Emosi yang dirasakan termasuk permusuhan, ketakutan, ketidakpercayaan,

dan kemarahan. Ini juga disebut sebagai konflik efektif. Ada kemungkinan untuk melihat konflik dan tidak merasakannya (misalnya, tidak ada emosi yang melekat pada konflik dan orang tersebut memandangnya hanya sebagai masalah yang harus diselesaikan). Seseorang juga dapat merasakan konflik tetapi tidak memahami masalahnya (misalnya, dia merasa ada konflik, tetapi mungkin tidak menyadari akarnya).

4. Pada tahap keempat atau sering disebut konflik terbuka. Tindakan tersebut mungkin menarik, bersaing, memperdebatkan, atau mencari penyelesaian konflik. Individu merasa tidak nyaman atau enggan untuk mengatasi konflik karena berbagai alasan. Ini termasuk rasa takut akan pembalasan, takut diejek, takut diasingkan orang lain, perasaan bahwa mereka tidak berhak untuk berbicara, dan pengalaman negatif masa lalu dengan situasi konflik. Setiap individu terutama perawat sering mempelajari pola-pola koping menghadapi konflik nyata di awal kehidupan Dengan latar belakang serta pengalaman keluarga berperan secara langsung mempengaruhi koping maupun penanganan konflik. Gender juga dapat berperan dalam cara kita menanggapi konflik. Secara historis, laki-laki disosialisasikan untuk menanggapi konflik secara agresif, sedangkan perempuan lebih cenderung diajar untuk mencoba menghindari konflik atau untuk menenangkan mereka.
5. Tahap kelima dan terakhir dalam proses konflik adalah akibat konflik. Dampak positif maupun negatif selalu ada setelah terjadinya suatu konflik. Jika konflik dikelola dengan baik, orang-orang yang terlibat dalam konflik akan percaya bahwa posisinya mendapat pemeriksaan yang adil. Jika konflik dikelola dengan buruk, masalah konflik seringkali tetap ada dan dapat kembali lagi nanti untuk menimbulkan lebih banyak konflik.

Jenis-Jenis Konflik

Kategori utama konflik keperawatan dibagi menjadi 3 yaitu konflik intrapersonal, interpersonal, dan antar kelompok.

1. Intrapersonal

Konflik interpersonal terjadi dari dalam masing-masing individu. Hal tersebut melibatkan perjuangan internal untuk memperjelas nilai atau keinginan yang bersifat kontradiktif. Berdasarkan sudut pandang manager, konflik intrapersonal dapat diakibatkan berbagai area tanggung jawab dengan peran manajemen. Tanggung jawab manager terhadap organisasi, bawahan, konsumen, profesi, dan pribadi individu terkadang bertentangan, dan konflik tersebut dapat terinternalisasi. Cara menyelesaikan konflik intrapersonal adalah menjadi sadar diri dan teliti bekerja untuk menyelesaikan konflik. Konflik intrapersonal dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental intrapersonal perawat (Marquis dan Huston, 2017).

2. Interpersonal

Konflik interpersonal melibatkan dua orang atau lebih yang memiliki perbedaan nilai, tujuan, dan keyakinan. Konflik interpersonal lebih berdasarkan pada masalah emosi, perasaan, dan gejala pribadi masing-masing individu. Sumber dari konflik pribadi dapat berasal dari kurangnya informasi yang didapatkan individu. Komunikasi tidak selalu diterima, dapat disalahartikan, atau interpretasi/kesimpulan berbeda berdasarkan pengalaman individu di masa lalu. Ketidakcocokan peran diidentifikasi menjadi penyebab konflik karena perbedaan antara tujuan, tanggung jawab yang diberikan, dan hal yang diinginkan masing-masing individu (Marquis dan Huston, 2017).

3. Intergrup/Antar Kelompok

Konflik antar kelompok melibatkan dua atau lebih kelompok individu, departemen, dan organisasi. Contoh konflik antar kelompok yaitu dua afiliasi politik dengan perbedaan keyakinan atau bertentangan atau

perawat mengalami konflik dengan masalah keluarga dan pekerjaan. konflik jenis ini adalah hambatan dalam mencapai kekuasaan dan otoritas (kualitas jasa layanan), serta keterbatasan prasarana (Marquis dan Huston, 2017).

Strategi Penyelesaian Konflik

Langkah langkah yang dilakukan menyelesaikan suatu konflik:

1. Pengkajian
 - a. Analisis situasi
Mengidentifikasi konflik secara mendalam dengan melakukan pengumpulan data dan memvalidasi konflik yang ada, serta mengamati peran yang terlibat
 - b. Analisis dan memetakan isu yang berkembang
Menentukan prioritas masalah yang ada dan menyelesaikan masalah dalam satu waktu
 - c. Menyusun tujuan
2. Identifikasi
Mengelola masalah. Pada fase ini hindari respon emosional seperti marah karena setiap orang memiliki respon yang berbeda baik kata, ekspresi dan tindakan.
3. Intervensi
 - a. Konflik yang dapat diselesaikan dengan baik dan memberikan hasil yang positif
 - b. Pemilihan metode dalam menyelesaikan konflik. Karena setiap masalah memiliki strategi penyelesaian yang berbeda (Nursalam, 2011).

Strategi penyelesaian konflik dapat dibedakan menjadi 6, yakni:

1. Kompromi atau negosiasi
Dalam berkompromi, masing-masing pihak menyerahkan sesuatu yang diinginkannya. Meskipun banyak yang melihat kompromi sebagai strategi resolusi konflik yang optimal, kerjasama antagonis

dapat mengakibatkan situasi kalah-kalah karena salah satu atau kedua belah pihak merasa bahwa mereka telah menyerah lebih dari yang lain dan oleh karena itu mungkin merasa dikalahkan. Penyelesaian strategi ini sering diartikan sebagai “*lose-lose situation*”. Kedua unsur yang terlibat meyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat. Di dalam manajemen keperawatan, strategi ini sering digunakan oleh *middle* dan *top* manajer keperawatan (Marquis dan Huston, 2017). Agar kompromi tidak sampai pada situasi rugi-rugi, kedua belah pihak harus rela merelakan sesuatu yang nilainya sama. Berkompromi pasti menjadi *win-win* ketika kedua belah pihak merasa mereka menang lebih banyak daripada pihak lain. Penting agar pihak-pihak yang berkonflik tidak mengadopsi kompromi secara prematur jika kolaborasi memungkinkan dan layak. Sebagai contoh yaitu kesediaan untuk menerima kenaikan gaji 10 ribu rupiah per jam bukan 15 ribu rupiah untuk menerima kesepakatan parsial dengan sudut pandang tertentu dan untuk mengaku turut bertanggungjawab atas sebuah pelanggaran (Marquis dan Huston, 2017).

2. Kompetensi

Strategi ini dapat diartikan sebagai “*win/lose*” penyelesaian konflik. Penyelesaian ini menekankan bahwa hanya ada satu orang atau kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah. Akibat negatif dari strategi ini adalah kemarahan, putus asa, dan keinginan untuk perbaikan di masa mendatang (Marquis & Huston, 2017). Ketika seseorang berusaha memperjuangkan kepentingannya sendiri tanpa mempedulikan dampaknya atas pihak lain yang berkonflik, orang dapat kita katakan sedang bersaing (*competing*). Contoh dari perilaku ini mencakup maksud untuk mencapai tujuan anda dengan mengorbankan tujuan orang lain, berupaya meyakinkan orang lain bahwa kesimpulan anda benar dan kesimpulan ia salah, dan mencoba membuat orang lain dipersalahkan atas suatu masalah (Marquis & Huston, 2017).

3. Akomodasi

Ketika salah satu pihak berusaha menyenangkan hati lawannya, pihak tersebut kiranya akan bersedia menempatkan kepentingan lawan diatas kepentingannya sendiri. Dengan kata lain, agar hubungan tetap terpelihara, salah satu pihak bersedia berkorban. Kita menyebut maksud ini sebagai akomodatif (*accommodating*). Contohnya adalah kesediaan untuk mengorbankan kepentingan Anda sehingga tujuan pihak lain dapat tercapai, mendukung pendapat orang lain meskipun Anda sebenarnya enggan, serta memaafkan seseorang atas suatu pelanggaran dan membuka pintu bagi pelanggaran selanjutnya (Marquis & Huston, 2017). Istilah lain yang sering digunakan adalah “*cooperative*”. Konflik ini berlawanan dengan kompetisi. Pada strategi ini seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan dan memberi kesempatan pada orang lain untuk menang. Masalah utama pada strategi ini sebenarnya tidak terselesaikan. Strategi ini biasanya digunakan dalam politik untuk merebut kekuasaan dengan berbagai konsekuensinya (Marquis & Huston, 2017).

4. Smoothing

Teknik ini merupakan penyelesaian konflik dengan cara mengurangi komponen emosional dalam konflik. Pada strategi ini, individu yang terlibat dalam konflik berupaya mencari kebersamaan daripada perbedaan dengan penuh kesadaran dan introspeksi diri. Strategi ini bisa diterapkan pada konflik yang ringan, tetapi untuk konflik yang besar misalnya persaingan pelayanan/hasil produksi, tidak dapat dipergunakan (Marquis & Huston, 2017).

5. Menghindar

Semua yang terlibat dalam konflik, pada strategi ini menyadari tentang masalah yang dihadapi, tetapi memilih untuk menghindar atau tidak menyelesaikan masalah. Strategi ini biasanya dipilih bila ketidaksepakatan membahayakan kedua pihak, biaya penyelesaian lebih besar daripada menghindar, atau perlu orang ketiga dalam menyelesaikannya, atau jika masalah dapat terselesaikan dengan

sendirinya (Marquis & Huston, 2017). Seseorang mungkin mengakui adanya konflik namun ia ingin menarik diri atau menekannya. Contoh-contoh dari perilaku menghindar (*avoiding*) adalah mencoba mengabaikan sesuatu konflik dan menghindari orang lain yang tidak bersepakat dengan anda (Marquis & Huston, 2017).

6. Kolaborasi

Strategi ini merupakan strategi “*win-win solution*”. Dalam kolaborasi, kedua unsur yang terlibat menentukan tujuan bersama dan bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan. Karena keduanya meyakini akan tercapainya suatu tujuan yang telah ditetapkan, masing-masing meyakini. Strategi kolaborasi tidak akan bisa berjalan bila kompetisi insentif sebagai bagian dari situasi tersebut, kelompok yang terlibat tidak mempunyai kemampuan dalam menyelesaikan masalah, dan tidak adanya kepercayaan dari kedua kelompok atau seseorang (Marquis & Huston, 2017). Ketika setiap pihak yang berkonflik berkeinginan untuk bersama-sama memperjuangkan kepentingan kedua belah pihak, dapat dikatakan mereka sedang bekerjasama dan mengupayakan hasil yang sama-sama menguntungkan. Dalam bekerja sama (*collaborating*), maksud para pihak adalah menyelesaikan masalah dengan memperjelas perbedaan ketimbang mengakomodasi sudut pandang. Contohnya adalah upaya untuk mencari solusi menang-menang yang memungkinkan tujuan belah pihak sepenuhnya tercapai dan pencarian kesimpulan yang menyatakan wawasan yang valid dari kedua belah pihak (Marquis & Huston, 2017).

Rangkuman

Berubah adalah beranjak dari keadaan semula ke keadaan yang baru agar dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan yang ada. Adanya perubahan menjadi hal penting dalam meningkatkan kinerja dan efektivitas organisasi. Perubahan menjadi komponen penting dari praktik keperawatan. Perubahan dalam keperawatan didefinisikan

sebagai suatu cara keperawatan dalam mempertahankan diri sebagai profesi dan berperan aktif agar mampu sejajar dengan keperawatan dunia dalam menghadapi tantangan globalisasi dalam proses profesionalisasi keperawatan. Perubahan dalam keperawatan membuat profesionalisasi keperawatan dihadapkan dalam dua hal, yaitu melakukan inovasi dan berubah atau diubah oleh keadaan dan situasi, sehingga penting bagi perawat untuk mengelola proses perubahan. Adanya perubahan dalam pelayanan keperawatan ini menjadi suatu kompetensi dalam manajemen dan kepemimpinan keperawatan untuk merencanakan perubahan organisasi.

Manajemen konflik dalam keperawatan merupakan perbedaan gagasan yang terjadi antara pimpinan dan pekerja atau masalah yang muncul pada sebuah organisasi. Konflik dapat bersifat konstruktif dan destruktif, adanya masalah/konflik di rumah sakit dapat menyebabkan penurunan kualitas pelayanan dan menurunkan mutu pelayanan. Sumber konflik dapat disebabkan karena SDM terbatas, perbedaan tujuan antar anggota organisasi, masalah internal dan kurangnya komunikasi (Nursalam, 2011). Kategori konflik dapat dibagi menjadi 3 intrapersonal, interpersonal, dan antar kelompok. Proses konflik terdapat 5 tahapan yaitu konflik laten, konflik yang dirasakan (*felt conflict*), konflik yang sengaja ditampakkan, resolusi konflik dan konflik *aftermath* (Nursalam, 2011). Langkah langkah dalam penyelesaian konflik terdapat 3 langkah yaitu pengkajian, identifikasi, dan intervensi masalah (Nursalam, 2011). Strategi dalam penyelesaian konflik melalui kompromi, kompetensi, akomodasi, *smoothing*, menghidar, dan kolaborasi (Marquis & Huston, 2017).

Latihan Soal–Soal

1. Sebuah organisasi ruang rawat inap di rumah sakit X sedang berbenah dalam menghadapi permasalahan yang sedang terjadi. Setelah dilakukan identifikasi, gambaran permasalahan yang ada di dalamnya yaitu berupa lemahnya sistem manajemen ruangan yang mengakibatkan menurunnya kinerja perawat pelaksana dan

koordinasi antara pimpinan dan anggota yang masih kurang baik. Beberapa permasalahan tersebut digunakan manajer untuk menyusun strategi perubahan yang baik. Dari ilustrasi di atas, manajer berupaya melakukan perubahan dengan menggunakan strategi...

- a. Edukasi
 - b. Fasilitatif
 - c. Teknonstruktural
 - d. Data-Based**
 - e. Komunikasi
2. Rumah Sakit Medika merupakan salah satu rumah sakit swasta yang ada di kota Y. Namun rumah sakit tersebut memiliki fasilitas kesehatan yang kurang memadai. Selain itu, pengelolaan sampah medis dan non-medis masih tidak optimal, serta kondisi ruangan yang kurang bersih dan harum. Dengan adanya kondisi tersebut, pihak manajer ingin melakukan perubahan dan telah melakukan identifikasi serta penetapan masalah, apa yang harus dilakukan manajer selanjutnya?
- a. Mendiagnosis dan menetapkan masalah
 - b. Mengkaji motivasi dan kemampuan untuk berubah**
 - c. Mengkaji motivasi dan sumber-sumber agen
 - d. Menyeleksi objektif akhir perubahan
 - e. Memilih peran yang sesuai untuk agen perubahan
3. Berikut adalah beberapa hal yang menjadi alasan manajer melakukan suatu perubahan dalam sebuah organisasi, kecuali...
- a. Menaikkan jabatan**
 - b. Meningkatkan efektivitas organisasi
 - c. Meningkatkan kesejahteraan seluruh jajaran organisasi
 - d. Berorientasi kepada masa depan
 - e. Mendekatkan diri pada pelanggan atau pengguna jasa organisasi.
4. Peningkatan prevalensi penyakit kardiovaskuler di Pulau Kalimantan menyebabkan salah satu RS di daerah tersebut akan menambah jumlah bed untuk ruang ICCU. Namun, kepala ruangan tersebut menolak dengan alasan jumlah perawat yang tidak seimbang apabila

jumlah bed dinaikkan, dan hal tersebut akan berdampak pada asuhan keperawatan yang kurang maksimal. Apakah strategi penyelesaian konflik yang paling tepat digunakan pada kasus tersebut?

- a. Smoothing
 - b. Negoisasi**
 - c. Kompetisi
 - d. Menghindar
 - e. Akomodasi
5. Suatu Rumah Sakit di Kabupaten Jember meresmikan ruangan khusus untuk menangani kasus PPOK yang meningkat didaerah pedesaan. Semua dipersiapkan seperti peralatan baru, kepala ruangan baru, dan staf perawat baru. Namun, pada situasi tersebut terjadi konflik antara kepala ruang, ketua tim, dan perawat pelaksana akibat perbedaan keyakinan. Apakah konflik yang terjadi dalam kasus tersebut?
- a. Kompromi
 - b. Interpersonal**
 - c. Intrapersonal
 - d. Intergrup
 - e. Kolaborasi

Bahan Diskusi

1. Jika Anda sebagai kepala ruang perawatan dan mengetahui perawat pelaksana konflik dengan ketua tim, apa yang akan Anda lakukan?
2. Bagaimana cara mencegah konflik dalam keperawatan?
3. Model penyelesaian konflik manakah yang paling efektif menurut Anda?

Daftar Rujukan

- Gulo, A. R. B. 2019. Pengaruh pelaksanaan manajemen konflik oleh kepala ruangan pada motivasi kerja perawat pelaksana di rumah sakit Martha Friska Medan. *Indonesian Trust Health Journal*. 2 (1): 113-121.
- Hakim, L., Sugiyanto, E., & Ar Razaq, H. A. (2017). *Upaya Pengembangan Organisasi Di Industri Batik*. 1992, 407–420.
- Hersey, P. and Blanchard, K.. (1977). *Management of Organizational Behavior 3er Edition-Utilizing Human Resources*. Prentice Hall.
- KBBI, 2016. KBBI Daring. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/manajemen> [diakses pada 5 oktober 2020].
- Kozier, B., Erb., & Oliver, R. (1998). *Fundamental of nurshing; consept, process and practice* (4th ed.). Addison-Wesley Publishing CO.
- Latta, G. F. (2015). Modeling the cultural dynamics of resistance and facilitation: Interaction effects in the OC3 model of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 28(6), 1013–1037. <https://doi.org/10.1108/JOCM-07-2013-0123>
- Lombogia, M. 2013. RELATIONSHIP BETWEEN LEADERSHIP STYLES AND CONFLICT MANAGEMENT OF ROOM HEADS IN BETHESDA PUBLIC HOSPITAL OF TOMOHON. *Tesis*. Program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin.
- Marquis, B. L., C. J. H. (2017). *Leadership Roles And Management Functions in Nursing: Theory And Application*. (9th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Nursalam. (2011). *Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika.
- Nursalam. 2011. Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktik keperawatan profesional. Edisi 3. Salemba medika

- Rifa'i, M. (2017). Pengelolaan Terhadap Perubahan dan Perkembangan Organisasi. *Manajemen Pendidikan Dan Keislaman*, 54–68.
- Siahaan, A., & Zen, W.L. (2012). *Manajemen perubahan: Telaah konseptual, filosofis dan praksis terhadap kebutuhan melakukan perubahan dalam organisasi*. Citapustaka Media Perintis.
- Telaumbanua, Hariesty, Talenta N. 2019. Kemampuan Pemimpin Keperawatan dalam melakukan Manajemen Konflik Untuk Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. *Kajian ilmiah*. Program studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Uniersitas Sumatera Utara.



BAB VII

KOMUNIKASI EFEKTIF DALAM *HAND OVER* KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendeskripsikan pengertian komunikasi efektif keperawatan;
2. Memahami bentuk-bentuk komunikasi efektif keperawatan;
3. Memahami teknik komunikasi efektif keperawatan;
4. Memahami prinsip komunikasi efektif keperawatan;
5. Mendeskripsikan masalah dan hambatan dalam komunikasi efektif;
6. Memahami metode komunikasi efektif keperawatan;
7. Menyusun skenario timbang terima, *pre* dan *post conference*;
8. Mengaplikasikan prosedur timbang terima, *pre* dan *post conference* melalui *role play*.

Pengantar/Pendahuluan

Komunikasi merupakan proses penyampaian informasi berupa pesan, ide, gagasan antara komunikator dan komunikan dengan atau tanpa menggunakan media untuk mempengaruhi orang lain yang menghasilkan interaksi. Komunikasi efektif adalah unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil yang optimal. Komponen dalam komunikasi efektif adalah komunikator, pesan, media dan komunikan. Komunikasi efektif sangat erat kaitannya dengan hubungan interpersonal yaitu perawat-pasien. Hubungan perawat dan pasien merupakan sarana dalam proses asuhan keperawatan, dimana proses interpersonal yang ditampilkan oleh perawat dan pasien dipengaruhi oleh perilaku satu dengan yang lain. Selain itu, komunikasi efektif juga dibutuhkan oleh tenaga kesehatan yaitu antara perawat-perawat. Timbang terima (*handover*) adalah teknik yang digunakan untuk menyampaikan dan menerima suatu informasi yang hubungannya dengan keadaan pasien yang dilakukan oleh perawat-perawat. Timbang terima harus dilakukan dengan efektif dan efisien dengan menjelaskan secara singkat, jelas, dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaborasi yang sudah atau akan dilakukan oleh perawat, dan perkembangan keadaan pasien saat itu (Kurniawan dkk, 2019).

Pengertian Komunikasi Efektif Keperawatan

Komunikasi adalah proses penyampaian informasi (pesan, ide, gagasan) antara komunikator dan komunikan dengan atau tanpa menggunakan media untuk mempengaruhi orang lain dan menghasilkan sebuah interaksi (Rokmah & Anggorowati, 2017). Sedangkan komunikasi efektif adalah unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil yang optimal (Hilda, dkk., 2017).

Komunikasi efektif adalah dasar dalam terciptanya hubungan interpersonal antara perawat dan pasien yang digunakan sebagai metode utama dalam mengimplementasikan proses keperawatan (Watson, 2008 dalam Syagitta, 2017). Menurut Arnold & Boggs (2020), komunikasi

efektif ialah bentuk pertukaran informasi atau pesan dalam dua arah yakni perawat dan pasien dengan harapan yang diinginkan dapat tercapai.

Komunikasi efektif adalah bagian dari standar praktik keperawatan profesional. Kompetensi profesional dalam praktek keperawatan tidak hanya psikomotor dan keterampilan diagnostik klinis, tetapi juga kemampuan dalam keterampilan interpersonal dan komunikasi (Kourkouta, 2014). Komunikasi dikatakan berhasil, apabila kita mengetahui dan mempelajari komponen dalam proses komunikasi. Komunikasi yang efektif terjadi jika penerima pesan menangkap dan menginterpretasikan pesan yang disampaikan oleh pengirim pesan (Sarfika, dkk., 2018).

Komunikasi Efektif Perawat-Pasien

Komunikasi efektif perawat-pasien merupakan komponen utama dalam proses perawatan. Komunikasi efektif antara perawat-pasien berkaitan dengan kepuasan dan peningkatan kesehatan pasien (Ardakani, dkk., 2019). Proses komunikasi efektif ini melibatkan kolaborasi antara perawat dan pasien serta keluarga pasien secara profesional. Proses komunikasi akan berlangsung dengan baik jika perawat dan pasien memiliki tujuan yang sama dalam proses asuhan keperawatan yaitu pasien mampu memahami setiap perawatan yang diberikan perawat sehingga terjadi respon positif dan menjalin hubungan saling percaya dengan pasien (Pieter, 2017).

Timbang terima merupakan suatu teknik yang digunakan untuk menyampaikan dan menerima suatu informasi yang berhubungan dengan keadaan pasien. Timbang terima harus dilakukan dengan efektif dan efisien dengan menjelaskan secara singkat, jelas, dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaborasi yang sudah atau akan dilakukan oleh perawat, dan perkembangan keadaan pasien saat itu. Penyampaian berguna agar terdapat kesinambungan antar asuhan keperawatan yang akan diberikan dan berkelanjutan dengan baik (Kurniawan dkk, 2019).

Bentuk Komunikasi Efektif

1. *Pre conference*

Pre conference merupakan diskusi yang dilakukan oleh perawat tentang aspek klinik setelah operan dan sebelum melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Tujuan dilakukannya yaitu untuk mempersiapkan hal-hal yang akan ditemui di lapangan, membantu mengidentifikasi masalah-masalah yang terdapat pada pasien, merencanakan asuhan keperawatan serta merencanakan evaluasi hasil (Permatasari dkk, 2014).

2. Timbang Terima dengan ISBAR

ISBAR (*Introduction, Situation, Background, Assesment, and Reccomendation*) digunakan untuk berkomunikasi pra prosedur yang akan dilakukan ke pasien selama proses *handover* atau jika ada perubahan yang tak terduga terhadap perawatan pasien. Komunikasi ini merupakan komunikasi yang sedang dikembangkan pada bidang kesehatan untuk mengoptimalkan kesehatan pasien (Rachmah, 2018).

3. *Post conference*

Post conference adalah kegiatan diskusi yang dilakukan oleh ketua tim serta perawat pelaksana mengenai kegiatan yang dilakukan selama *shift* sebelum dilakukannya operan *shift* berikutnya. Kegiatan ini sangat penting dilakukan dikarenakan dalam melakukan asuhan keperawatan ketua tim dan anggota harus mampu mendiskusikan pengalaman klinik yang dilakukan, menganalisis, mengklarifikasi hubungan antara masalah dengan situasi, mengidentifikasi masalah, menyampaikan serta membentuk sistem pendukung antar perawat dalam bentuk diskusi formal serta profesional. Jika *post conference* tidak terlaksana dengan baik, maka informasi yang tersampaikan saat operan juga tidak efektif (Permatasari dkk., 2014).

Teknik Komunikasi Efektif Perawat-Pasien

Agar komunikasi dapat mencapai tujuan yang diharapkan, perawat harus menguasai teknik-teknik komunikasi efektif. Berikut teknik komunikasi

efektif menurut Stuart & Sundeen (1998) dalam Kemenkes (2016) antara lain:

1. Pendengar yang baik
Pendengar yang baik merupakan upaya untuk mengerti pesan yang disampaikan baik verbal maupun non verbal.
2. Menunjukkan penerimaan (*Accepting*)
Menunjukkan penerimaan adalah bersedia untuk mendengarkan orang lain, tanpa menunjukkan keraguan atau rasa tidak setuju. Perawat harus menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju, seperti mengerutkan dahi atau menggenggelkan kepala seakan tidak percaya.
3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan
Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai pasien. Jenis pertanyaan yang disampaikan dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan menggunakan kata-kata yang mudah dipahami.
4. Mengulang (*Repeating*)
Teknik mengulang kembali ucapan pasien. Teknik ini digunakan agar perawat memberikan umpan balik sehingga pasien mengetahui bahwa pesannya diterima dan dimengerti.
5. Klarifikasi (*Clarification*)
Teknik ini dilakukan jika perawat ingin memperjelas informasi yang disampaikan pasien. Teknik ini digunakan jika perawat tidak mengerti, tidak jelas, atau tidak mendengar apa yang dibicarakan pasien. Perawat perlu mengklarifikasi untuk menyamakan persepsi dengan pasien.
6. Memfokuskan (*Focusing*)
Teknik ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik. Perawat tidak memutus pembicaraan pasien ketika menyampaikan informasi yang penting, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi yang penting.

7. *Merefleksikan (Reflecting/Feedback)*
Teknik ini bertujuan memberikan umpan balik kepada klien untuk mengetahui apakah pesan diterima dengan baik.
8. *Memberi informasi (Informing)*
Memberikan informasi merupakan teknik yang digunakan untuk menyampaikan informasi penting. Penyampaian informasi harus menyeluruh tanpa ada yang dikurangi atau dilebihkan. Setelah informasi disampaikan, perawat memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan.
9. *Diam (Silence)*
Teknik diam memberikan kesempatan kepada perawat dan pasien untuk mengorganisasi pikirannya. Penggunaan teknik ini memerlukan keterampilan dan ketetapan waktu. Bagi pasien diam berarti memberikan kesempatan untuk berpikir dan mengorganisasi pikirannya, serta memproses informasi. Bagi perawat, diam berarti memberikan kesempatan pasien untuk berpikir dan berpendapat.
10. *Menawarkan diri*
Teknik ini bertujuan jika pasien belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain, perawat harus menawarkan kehadirannya dan rasa tertarik.
11. *Memberi kesempatan kepada pasien untuk memulai pembicaraan*
Memberi kesempatan pada pasien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Perawat dapat berperan dalam menstimulasi pasien untuk mengambil inisiatif dalam membuka pembicaraan.
12. *Humor*
Humor yang dimaksud adalah humor yang efektif. Humor ini bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan relaksasi. Perawat harus berhati-hati dalam menggunakan teknik ini karena ketidaktepatan penggunaan waktu dapat menyinggung perasaan pasien yang berakibat pada ketidakpercayaan pasien kepada perawat.

Prinsip Komunikasi Efektif Perawat–Pasien

Dalam komunikasi efektif harus memperhatikan 5 hukum komunikasi efektif (*The 5 Inevitable Laws of Effective Communication*) yang disingkat REACH yang meliputi *Respect, Empathy, Audible, Clarity, dan Humble*. Hal ini relevan dengan prinsip komunikasi antar pribadi yakni sebagai upaya meraih perhatian, kepedulian, cinta kasih, maupun penghargaan terhadap diri dari lingkungan sosial (Syagitta, dkk., 2017). Berikut ini strategi dalam upaya membangun komunikasi efektif:

1. **Respect**, komunikasi efektif harus dibangun dari sikap menghargai terhadap setiap individu yang menerima pesan. Rasa hormat dan saling menghargai adalah hal yang utama karena pada prinsipnya manusia ingin dihargai dan dianggap penting. Jika kita membangun komunikasi dengan sikap hormat dan saling menghargai dapat membangun kerjasama yang bersinergi sehingga meningkatkan kinerja. Demikian juga dengan pasien, apabila perawat respect kepada pasien, pasien akan merasa dihormati dan dihargai.
2. **Empathy**, kemampuan untuk menempatkan diri pada situasi atau kondisi yang dihadapi oleh orang lain atau merasakan perasaan orang lain. Rasa empati dapat dikembangkan apabila perawat memiliki keterampilan mendengarkan, merasakan (*feeling*), dan berbicara.
3. **Audible**, berarti dapat didengarkan atau dimengerti dengan baik. Jika empati mendengar terlebih dahulu atau mampu menerima umpan balik dengan baik, maka *audible* berarti pesan yang disampaikan dapat diterima oleh penerima pesan.
4. **Clarity**, berarti keterbukaan dan transparansi sehingga tidak menimbulkan multi intepretasi atau berbagai berbagai penafsiran lain. Dalam berkomunikasi perlu mengembangkan sikap terbuka (tidak ada yang ditutupi atau disembunyikan) sehingga dapat meningkatkan rasa percaya.
5. **Humble**, berarti sikap rendah hati. Sikap ini berkaitan dengan sikap respect untuk membangun rasa menghargai orang lain, lalu didasari

oleh sikap rendah hati yang dimiliki. Sikap rendah hati perlu dilakukan oleh perawat, agar menimbulkan rasa kasih sayang dengan pasien.

Masalah dan Hambatan dalam Komunikasi Efektif

1. Perawat yang tidak hadir pada saat timbang terima
2. Perawat yang kurang peduli terhadap proses timbang terima
3. Datang terlambat saat timbang terima
4. Datang timbang terima saat ada kepala ruangan saja
5. Perawat yang tidak mengikuti timbang terima maka tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien saat ini
6. Informasi yang kurang fokus
7. Waktu yang dilakukan masih panjang
8. Kesalahan penerimaan pesan yang menimbulkan kesalahan persepsi (Sudestri dkk. 2017).

Metode Komunikasi Efektif

1. Pelaksanaan *conference*
 - a. Dipimpin oleh ketua tim
 - b. Isi :
 - 1) Rencana tiap perawat (rencana harian)
 - 2) Tambahan rencana dari ketua tim
 - c. Dilakukan setelah operan
 - d. Dilakukan di meja masing-masing tim
 - e. Penanggung jawab:
 - 1) Ketua tim pembuka acara
 - 2) Ketua tim menanyakan rencana harian masing-masing perawat pelaksana
 - 3) Ketua tim memberikan masukan dan tindak lanjut sesuai dengan asuhan keperawatan saat ini

2. ISBAR (*Introduction, Situation, Background, Assesment, Recommendation*)
 - a. *Introduction*: Fase Orientasi (perawat yang bertugas di *shift* sebelumnya dan akan melakukan *shift* bersama pasien atau keluarga)
 - 1) Mengucapkan salam sebelum memasuki kamar pasien
 - 2) Memperkenalkan diri
 - 3) Menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan perawat
 - b. Pelaporan SBAR: Fase Interaksi (perawat yang bertugas di *shift* sebelumnya dan perawat yang akan melakukan *shift* bersama pasien atau keluarga)
 - 1) *Situation* (kondisi terkini yang dialami pasien)
 - Menyebutkan nama pasien dan umur pasien
 - Menyebutkan tanggal dan hari masuk ke ruangan
 - Menyebutkan nama dokter yang menangani pasien
 - Menyebutkan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang belum, akan atau sudah teratasi
 - 2) *Background* (info penting yang berhubungan dengan kondisi pasien saat ini)
 - Menjelaskan intervensi yang telah dilakukan dari setiap diagnosa keperawatan
 - Menyebutkan riwayat alergi, pemasangan alat invasive, riwayat pembedahan, dan obat-obatan (termasuk cairan infus)
 - Menjelaskan dan mengidentifikasi pengetahuan pasien dan keluarga terhadap diagnosa medis
 - 3) *Assesment* (hasil pengkajian dari kondisi pasien saat ini)
 - Menjelaskan secara lengkap hasil dari pengkajian pasien saat ini

- Menjelaskan kondisi klinik lain yang mendukung (laboratorium, rontgen, dan lainnya)
- 4) Recommendation
- Merekomendasikan intervensi keperawatan yang sudah diberikan atau perlu dilanjutkan termasuk rencana lanjutan serta edukasi pasien dan keluarga.
- c. Fase terminasi (perawat yang bertugas di *shift* sebelumnya dan akan melakukan *shift* bersama pasien atau keluarga)
- 1) Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan menanggapi pertanyaan
 - 2) Memberikan reinforcemen positif kepada pasien
 - 3) Mengucapkan terima kasih
 - 4) Mengucapkan salam penutup

Rangkuman

Komunikasi merupakan pemberian informasi dari pemberi informasi kepada penerima yang bertujuan agar pesan yang disampaikan dapat dipahami. Komunikasi efektif merupakan pengembangan hubungan antara tenaga kesehatan dengan pasien secara efektif dalam kontak sosial yang berlangsung dengan baik yang berguna untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien. Perawat sebagai profesi yang penting dalam melakukan asuhan perawatan selalu melakukan komunikasi kepada pasien dan antar tenaga kesehatan lainnya. Bentuk komunikasi efektif yang perawat lakukan dalam proses pemberian asuhan keperawatan sangat penting dilakukan. Dalam proses komunikasi efektif perawat terbagi menjadi *pre-conference*, *timbang terima*, dan *post-conference*. Ketiga hal ini saling berhubungan dan berkelanjutan. *Pre-conference* dilakukan sebelum perawat melakukan asuhan keperawatan kepada pasien, *timbang terima*, lalu *post-conference* yang dilakukan untuk melakukan evaluasi perawatan. Komunikasi ini dilakukan dengan memberikan informasi yang akurat mengenai keadaan pasien dalam berbagai aspek hingga tindak lanjut keperawatan. Dalam

melakukan timbang terima terdapat beberapa hambatan yang mungkin akan terjadi sehingga membuat timbang terima menjadi tidak maksimal. Dengan masih adanya Rumah Sakit yang kurang menerapkan timbang terima secara efektif sehingga perlu adanya evaluasi dan pengembangan sesuai dengan SOP yang sudah diterapkan.

Latihan Soal-Soal

1. Perawat dalam melakukan proses asuhan keperawatan selalu melakukan komunikasi antar pasien, perawat, serta tenaga kesehatan lainnya. Saat melakukan pekerjaan perawat terbagi menjadi *shift* pagi, sore, dan malam. Proses yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan pergantian *shift* guna memberikan informasi terkait kondisi pasien secara komprehensif dan berkelanjutan disebut...
 - a. Pre-conference
 - b. Timbang terima**
 - c. Post-conference
 - d. ISBAR
 - e. Rapat ruangan
2. Dalam melakukan pergantian *shift* perawat akan memberikan informasi yang akurat mengenai pasien kepada perawat lain pada *shift* berikutnya. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam melakukan handover yaitu..
 - a. Waktu yang dibutuhkan diperbolehkan lama untuk memperjelas informasi
 - b. Yang terlibat yaitu hanya perawat *shift* sebelumnya dan *shift* selanjutnya
 - c. Dilaksanakan sebelum dan sesudah melakukan *shift***
 - d. Topik yang dibicarakan tidak ada batasan
 - e. Tidak menjelaskan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul
3. Penting bagi perawat dalam menyampaikan informasi secara akurat dan lengkap dalam melakukan proses timbang terima. Oleh karena

itu, yang harus disampaikan perawat dalam proses timbang terima yaitu, kecuali...

- a. Masalah keperawatan yang masih pasien alami saat ini
- b. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- c. Intervensi kolaboratif yang telah dilaksanakan
- d. Prosedur yang sering dilakukan tanpa perlu laporan
- e. **Kebiasaan kesehatan masa lalu pasien**

Bahan Diskusi

1. Uraikan bentuk-bentuk komunikasi efektif dalam keperawatan!
2. Bagaimana teknik komunikasi SBAR dalam keperawatan?
3. Diskusikan perbedaan *pre-conference*, timbang terima, dan *post-conference* dalam keperawatan!

Daftar Rujukan

- Ardakani, M. F., M. A. MorowatiSharifabad, M. A. Bahrami, dan H. Fallahzadeh. 2019. Psychometric Properties of The Persian Questionnaire Health Action Process Approach on The Effective Communication Between Nurses and The Patient. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 7(4): 673-679.
- Febrina, dkk. 2018. Pengetahuan Perawat Terhadap Pelaksanaan Timbang Terima Pasien sesuai SOP. *REAL in Nursing Journal (RNJ)*. 1(2): 60-66.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan; Komunikasi dalam Keperawatan*.
- Kurniawan, R., dkk. 2019. *Timbang Terima Pasien di Rumah Sakit di Kabupaten Ciamis*. Ciamis : Stikes Muhammadiyah Ciamis.
- Nindi, E., F. Mendur, dan D.L.Marentek. 2017. Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pensokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap

Anggrek 2 RSUP Prof. DR. R.D. Kandou Manado. *Journal of Community & Emergency*. 5(3).

Permatasari, dkk. 2014. *Efektifitas Post Conference terhadap Operan Shift di Ruang Rawat Inap RSUD Ungaran*. Semarang: STIKES Telogorejo Semarang.

Rachmah. 2018. Optimalisasi Keselamatan Pasien Melalui Komunikasi SBAR dalam Handover. *Idea Nursing Journal*. IX(1).

Rusdi, W. Oktoviyant, dan Rado. 2019. Efektivitas Timbang Terima Metode SBAR Terhadap Mutu Asuhan Keperawatan. *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan*. 4(1): 40-44.



BAB VIII

STANDING ORDER, KOLABORASI DAN DELEGASI DALAM KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep *standing order* dalam keperawatan;
2. Memahami konsep kolaborasi dalam keperawatan;
3. Memahami konsep pendelegasian dalam keperawatan;
4. Menyusun skenario *standing order*, kolaborasi, dan pendelegasian dalam unit perawatan;
5. Mengaplikasikan *standing order*, kolaborasi, dan pendelegasian melalui metode *role play*.

Pengantar/Pendahuluan

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan dipengaruhi oleh ketersediaan tenaga kesehatan. Ketimpangan jumlah dokter dan perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan mempengaruhi proses berlangsungnya pelayanan kesehatan. Terbatasnya jumlah dokter mengharuskan perawat melakukan tindakan pengobatan atau tindakan medis lain yang bukan menjadi wewenangnya. Berdasarkan KEMENKES Nomor 1239 Tahun 2001 Pasal 15 (d) menyebutkan bahwa dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat berwenang untuk melakukan pelayanan tindakan medik bila mendapat permintaan tertulis dari dokter. Selain itu, dalam UUD No. 38 Tahun 2014 pasal 29 (ayat 1) mengenai Tugas dan Wewenang Perawat menyebutkan bahwa pelimpahan wewenang merupakan salah satu tugas dari perawat yang berarti bahwa perawat dapat melakukan tindakan medis yang diperlukan apabila telah diberikan wewenang untuk melaksanakannya. Standart operasional prosedur (SOP) dalam melakukan kegiatan pelimpahan wewenang dari dokter ke perawat dapat berupa *standing order*.

Standing order merupakan suatu bentuk aturan pelimpahan wewenang secara tertulis yang diberikan oleh dokter kepada perawat yang telah menjalani pelatihan dan berkompoten untuk menjalankan tindakan-tindakan medik yang akan dilakukan dalam jangka waktu yang cukup lama atau secara terus-menerus. *Standing order* memberikan tambahan tanggung jawab perawat dalam melatih diri untuk membuat keputusan ketika sedang bertugas. Perawat diberikan tugas untuk membuat keputusan kapan obat dibutuhkan. Hal ini hanya bisa dilakukan oleh perawat yang sudah berpengalaman atau yang kompeten sehingga tidak terjadi permasalahan ketika menjalankan perintah *standing order*.

Pendelegasian merupakan proses manajemen keperawatan dalam mengarahkan kinerja perawat yang diselesaikan oleh manajer. Pendelegasian juga bisa disimpulkan sebagai timbang terima tugas sementara dikarenakan beberapa hal. Delegasi digunakan sebagai pelimpahan wewenang dan tanggung jawab secara formal dalam

melakukan tugas tertentu. Kepemimpinan dan kepercayaan diri dalam pendelegasian adalah dua konstruksi penjelas penting dari praktik keperawatan. Hubungan antara konstruksi ini, bagaimanapun, tidak dipahami dengan jelas. Agar berhasil dalam peran mereka sebagai pemimpin, terlepas dari pengalaman mereka, perawat perlu memahami cara terbaik mendelegasikan (Saccomano dkk., 2011).

Kolaborasi kesehatan merupakan suatu kerja sama antar profesi kesehatan yang memiliki standar dan budaya profesional berbeda dengan klien maupun keluarga klien. Tujuan utama dari kolaborasi tim kesehatan adalah memberikan pelayanan yang tepat, oleh tim kesehatan yang tepat, dalam waktu yang tepat, serta di tempat yang tepat sehingga memberi kualitas layanan yang terbaik. Kolaborasi kesehatan terdiri dari berbagai profesi kesehatan seperti dokter, perawat, psikiater, ahli gizi, farmasi, dan lain-lain. Praktik kolaborasi berhubungan dengan berkurangnya angka mortalitas, angka komplikasi, lama rawat di rumah sakit, durasi pengobatan, mengurangi biaya perawatan, meningkatkan kepuasan pasien dan tim profesional kesehatan, serta mengurangi konflik diantara tim kesehatan.

Standing Order dalam Keperawatan

1. Pengertian *Standing order*

Standing order merupakan sebuah dokumen yang berisikan instruksi untuk tindakan terapi rutin atau sebuah prosedur diagnostik pasien yang memiliki masalah klinik spesifik yang telah diidentifikasi dan sesuai pedoman yang ada. *Standing order* dapat berisikan mengenai pemberian obat-obatan tertentu, seperti pemberian lidocaine atau propanol pada pasien dengan irama jantung yang tidak teratur.

Menurut Sutarih (2018), *standing order* merupakan sebuah peraturan yang mengatur mengenai pelimpahan wewenang oleh dokter kepada perawat dengan keahlian khusus dalam jangka waktu yang cukup panjang atau terus-menerus.

Berdasarkan dua pengertian di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa *standing order* merupakan suatu bentuk aturan dalam pelaksanaan pelimpahan wewenang dari dokter kepada perawat yang telah menjalani pelatihan khusus atau telah berkompeten yang akan dilakukan dalam jangka waktu yang cukup lama atau secara terus menerus.

2. Langkah-langkah Pelaksanaan *Standing Order*:
 - a. Mengidentifikasi kondisi pasien yang akan dirawat
 - b. Menjelaskan mengapa *standing order* perlu dilakukan
 - c. Menentukan ruang lingkup dalam pelaksanaan *standing order*
 - d. Menentukan pihak yang akan bertanggung jawab dalam pelaksanaan *standing order*
 - e. Menentukan pihak yang dipercaya untuk melaksanakan perintah *standing order* (misalnya dalam hal mengelola atau memberikan obat)
 - f. Menentukan pasien yang akan diberikan obat sesuai perintah dalam *standing order*
 - g. Menyertakan jenis perawatan khusus yang harus dilakukan pada pasien tertentu sesuai dengan kondisi pasien (bila dibutuhkan)
 - h. Membuat kesimpulan obat apa yang akan diberikan kepada pasien
 - i. Spesifikasikan kembali apakah *standing order* membutuhkan tanda tangan dari pihak kedua atau membutuhkan audit bulanan dari catatan sampel yang diambil
 - j. Memastikan bahwa *standing order* dalam format tertulis yang sah
 - k. Pastikan di dalam *standing order* terdapat tanggal dan mendapatkan tanda tangan yang sah
 - l. Memastikan tanggal review untuk *standing order* telah dituliskan
3. Komponen dalam *Standing Order*:
 - a. Kondisi dan situasi dimana *standing order* diperlukan
 - b. Kriteria pengkajian
 - c. Data subjektif dan objektif

- d. *Plan of Care*
- e. Kriteria atau keadaan dimana dokter selaku pemberi tugas akan dipanggil
- f. Tanggal penulisan
- g. Tanda tangan

Kolaborasi dalam Keperawatan

1. Definisi Kolaborasi

Kolaborasi merupakan suatu proses kompleks yang direncanakan untuk berbagi pengetahuan dan secara bersama bertanggung jawab untuk perawatan klien. Hal tersebut umumnya berlangsung lama antar tenaga kesehatan. Gambaran hubungan antar perawat dan tenaga profesional kesehatan lainnya berupa kerja sama dalam kesetaraan yang merupakan esensi dasar dari kolaborasi. Kesetaraan dapat terealisasikan apabila antar kolaborator merasa dihargai dan terlibat baik secara fisik maupun intelektual saat memberi pelayanan kepada klien (Ismainar, 2015).

Kolaborasi merupakan suatu proses antar tenaga profesional kesehatan seperti perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya untuk memberikan layanan kesehatan dalam lingkup praktek profesional keperawatan, melalui supervisi untuk memberikan pedoman pengembangan kolaborasi atau tata cara yang ditetapkan suatu negara tempat pemberi layanan. Sebagai perawat, hubungan kerja sama sangat penting dengan dokter dan tim medis lain untuk mewujudkan fungsinya secara independen. Kolaborasi berdasar pada konsep tujuan umum, kontribusi praktisi profesional, kolegalitas, komunikasi, dan praktek yang berfokus pada klien (Suswati dkk., 2018).

2. Elemen Kunci Kolaborasi

Dalam melakukan kolaborasi menurut Kozier pada tahun 2010, menuturkan terdapat elemen penting yang harus dipenuhi dalam kolaborasi yakni rasa saling menghargai, komunikasi yang efektif saling mempercayai dan proses pembuatan keputusan. Sedangkan

elemen kunci dalam kolaborasi menurut Bardet dkk, pada tahun 2015 yakni, kepercayaan, ketergantungan, persepsi dan harapan terkait keterampilan. Sehingga dapat disimpulkan komponen penting yang harus terdapat dalam kolaborasi yakni:

- a. **Komunikasi:** Komunikasi sangat penting dilakukan dalam kolaborasi, salah satunya yakni komunikasi interprofesional. Komunikasi interprofesional dapat meningkatkan fungsi tim kesehatan dalam melakukan perawatan pada klien dengan melibatkan berbagai multidisiplin ilmu seperti perawat, dokter, ahli gizi, dan tim kesehatan lainnya. Selain komunikasi interprofesional teknik komunikasi lain yang harus terdapat dalam proses kolaborasi yakni komunikasi nonverbal dan komunikasi terapeutik. Seorang perawat sangat dianjurkan menguasai komunikasi sebab komunikasi nonverbal sangat dominan dalam proses komunikasi dalam kolaborasi. Perawat harus bisa membaca bahasa tubuh dari lawan bicara dan juga bisa menampilkan bahasa tubuh yang sesuai dengan topik pembicaraan. Dan komunikasi terapeutik bertujuan untuk mendukung kolaborasi antar tenaga kesehatan atau tenaga kesehatan dengan klien untuk menunjang kesehatan klien (Barbara L, Y dan Lynne R, C. 2020).
- b. **Akuntabel** : Kolaborasi yang dilakukan antar tenaga kesehatan atau antar multidisiplin ilmu yang bertujuan untuk menunjang kesehatan klien dapat dipertanggung jawabkan. Sehingga kolaborasi yang dilakukan tidak sembarangan dan tidak menciderai klien.
- c. **Asertifitas** : Asertif sangat penting dalam tindakan kolaborasi. Sebab memiliki sikap asertif berarti memiliki kemampuan untuk mengutarakan opini secara efektif dan menghargai hak dan keyakinan orang lain yang berbeda pendapat. Hal ini tentunya sangat krusial dalam penentuan tindakan terapi pada klien, baik sesama multidisiplin ilmu atau antar multidisiplin ilmu.

- d. Koordinasi: Koordinasi merupakan bentuk kerja sama antara profesi kesehatan dengan multidisiplin ilmu dalam melakukan intervensi kepada klien dengan tujuan meningkatkan kesehatan klien dengan cara saling membantu dan melengkapi tindakan intervensi (Margaret, dkk. 2013).
- e. Otonomi: mengetahui hak dan wewenang antar multidisiplin ilmu sangatlah penting dalam kolaborasi. Sebab kolaborasi yang dilakukan antar multidisiplin ilmu memiliki batas kewenangan dan batas tindakan masing-masing profesi. Sehingga tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tidak menyalahi atau melanggar otonomi antar profesi.
- f. Kepercayaan dan Respek: saat melakukan kolaborasi hal utama yang harus dimiliki seorang tenaga kesehatan yakni kepercayaan dan respek, sehingga kolaborasi yang dilakukan dapat berjalan maksimal tanpa adanya pro dan kontra antar tenaga kesehatan atau antar multidisiplin ilmu.

3. Proses Kolaborasi

Proses kolaborasi terpusat pada klien dan kerjasama yang dilakukan antara tenaga kesehatan baik perawat-dokter-ahli gizi maupun multidisiplin lain. Praktek interprofesional kolaboratif merupakan ranah yang berkembang di pelayanan kesehatan. Kolaborasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan multidisiplin ilmu dilakukan dengan tujuan tertinggi yakni kesehatan dari klien dan klien sebagai pusat dari pelayanan kesehatan (Graves & Doucet, 2016). Proses terpenting yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam melakukan kolaborasi yakni komunikasi yang efektif (MacLean dkk, 2015). Selain komunikasi yang efektif dalam proses kolaborasi juga di perlukan pemahaman antar sejawat atau antar profesi, kemudian adanya kepercayaan dan negosiasi untuk melakukan kolaborasi tindakan yang berpusat pada peningkatan kondisi klien. Dan saat berkolaborasi sangat diperlukan citra positif dan pengakuan sebagai rekan kerja bukan atasan maupun bawahan, sebab dalam melakukan kolaborasi yang berpusat pada klien, semua profesi kesehatan serta multidisiplin

ilmu saling bersinergi, serta berperan aktif dalam setiap tindakan kolaborasi.

Delegasi dalam Keperawatan

1. Pengertian Delegasi

Delegasi merupakan penyerahan tanggung jawab dari satu orang terhadap orang lain dalam menjalankan kegiatan dengan tetap mempertanggung jawabkan hasil akhir dari kegiatan tersebut (Hidayat dkk., 2019). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) delegasi merupakan seseorang yang ditunjuk dan diutus oleh suatu perkumpulan untuk melakukan penugasan yang dilimpahkan dengan kewajiban mempertanggung jawabkannya kepada yang menugasi.

Delegasi keperawatan merupakan salah satu aktifitas kepala ruangan untuk melaksanakan fungsi manajemen dalam pemberian pelayanan keperawatan. Hal ini dapat dimaksudkan bahwa kepala ruangan harus memiliki kemampuan yang baik terhadap aktifitas ini karena berpengaruh pada individu yang diberikan limpahan kegiatan. Misalnya apabila kepala ruangan mendelegasikan perawat maka kedua pihak tersebut harus sama-sama menguntungkan atau merasa puas terhadap kegiatan yang disepakati (Zulkarnain, 2017).

Perawat mendelegasikan tugas berdasarkan kebutuhan pasien, potensi bahaya, stabilitas kondisi pasien, kompleksitas tugas, dan hasil yang dapat diprediksi. Pertimbangan lainnya adalah kualifikasi dan tingkat keterampilan orang yang menerima tugas tersebut. Ketika delegasi digunakan secara efektif, pemimpin dan manajer perawat dapat memperluas akses terhadap asuhan keperawatan, mempromosikan asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas, serta memfasilitasi penggunaan sumber daya layanan kesehatan secara efektif (Murray, 2022).

Jadi, pendelegasian keperawatan (pelimpahan wewenang) merupakan suatu penyerahan tanggung jawab kinerja yang dilimpahkan secara mutlak terhadap seseorang kepala ruang pada saat

menjalankan tugas lain dan terpaksa harus meninggalkan ruangan saat ini (Pohan dkk., 2018).

2. Komponen dalam Delegasi

Menurut Pohan (2019), dalam melakukan proses pendelegasian harus memperhatikan komponen utama dari delegasi, sebagai berikut:

a. Delegator

Delegator merupakan seseorang yang bertugas memberikan pelimpahan tugas terhadap individu yang tepat menerima delegasi. Delegator memiliki wewenang secara penuh dikarenakan posisinya dalam suatu organisasi dan memiliki ijin perintah untuk melakukan tugas-tugas tertentu. Delegator dapat mendelegasikan tugas terhadap bawahan dengan memberikan tanggung jawab sesuai dengan tugas dalam pelimpahan wewenang. Namun tanggung gugat (*accountability*) tetap berada pada delegator.

b. Delegate

Delegate merupakan seseorang yang menerima pelimpahan tugas wewenang dari delegator. Hubungan antara delegator dengan *delegate* sangat berpengaruh terutama dalam lingkungan kerja atau melalui badan kebijakan. *Delegate* memiliki hak atau kewajiban untuk menolak atau menerima terkait tugas yang dilimpahkan oleh delegator sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya.

c. Tugas

Tugas merupakan sebuah aktivitas yang didelegasikan terhadap *delegate* oleh delegator. Tugas yang dilimpahkan harus mencakup sebuah tugas rutin seperti pemberian injeksi pada pasien.

d. Klien/Situasi

Identifikasi klien tertentu atau situasi pasien atau variasi dalam perawatan dilakukan dengan tujuan untuk memastikan bahwa tugas yang dilimpahkan kepada *delegate* terkait dengan perawatan pasien dapat dilakukan dengan baik.

3. Cara Melakukan Delegasi

Menurut Hidayat dkk., (2019), hal yang harus dilakukan dalam pendelegasian yang efektif antara lain:

- a. Yakinkan bahwa tugas yang telah dilimpahkan terhadap seseorang cocok untuk dilakukan pendelegasian.
- b. Tentukan seseorang yang dapat dipercaya dalam menjalankan tugas yang telah dilimpahkan.
- c. Koordinasi terhadap seseorang yang telah diutus untuk memberikan pengarahan yang sesuai dengan tugas yang akan dijalankan.
- d. Berikan penjelasan yang sesuai kepada individu yang telah diutus terkait dengan alasan pelimpahan tugas yang diberikan dan hasil yang diharapkan.
- e. Kaji ulang terkait dengan sumber daya yang dibutuhkan misalnya individu, uang, dan peralatan.
- f. Lakukan perjanjian terkait dengan penyelesaian tugas yang diberikan terhadap seseorang yang diutus.
- g. Berikan dukungan dan bimbingan kepada seluruh individu yang terlibat dan lakukan evaluasi serta umpan balik.

Rangkuman

Delegasi merupakan salah satu kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat. Sebagai seorang kepala ruangan atau manajer tim perawat harus mampu membentuk dengan membina individu untuk tetap bertanggung jawab dalam pelimpahan tugas yang diberikan. Pendelegasian tidak serta merta dilakukan dalam segala hal namun perlu adanya pertimbangan dalam pelimpahan tugas serta individu yang dilimpahi tugas. Dalam manajemen keperawatan pendelagasian harus mampu dikuasai oleh kepala ruangan agar individu dalam tim dapat mengembangkan keahlian dan kemampuan di bidang lainnya.

Kolaborasi meliputi suatu pertukaran pandangan atau ide yang memberikan perspektif kepada seluruh kolaborator. Kolaborasi perawat

dan tim profesional kesehatan lain dipandang sebagai faktor penting dalam pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas. Dalam praktiknya, kolaborasi dilakukan dengan mendiskusikan diagnosis klien serta bekerja sama dalam penatalaksanaan dan pemberian asuhan. Kolaborasi dapat berjalan baik jika antar kolabolator saling memahami peran dan tanggung jawab masing-masing profesi, memiliki tujuan yang sama, saling menghargai, memiliki kemampuan untuk mengelola dan melaksanakan tugas baik secara individu maupun bersama kelompok. Jika kolaborasi dapat dioptimalkan maka akan terciptanya pelayanan kesehatan yang bermutu dengan menggabungkan keahlian unik antar profesional kesehatan sebagai pendekatan dalam pemberian asuhan keperawatan.

Latihan Soal-Soal

1. Bagaimana pengelolaan kegiatan PMKP di rumah sakit dilaksanakan?
 - a. Direktur membentuk komite PMKP sebagai pengelola program PMKP yang terdiri dari koordinator mutu dan koordinator keselamatan pasien untuk membantu komite PMKP dalam pengumpulan dan pelaporan data dibentuk tim penanggung jawab data di tiap unit dan instalasi
 - b. Penyusunan pedoman PMKP sebagai regulasi yang penyusunannya didasarkan referensi ilmiah terkini
 - c. Pelatihan PMKP bagi kepala bidang, komite medis, komite keperawatan, komite PMKP karena perlu memahami konsep dan program PMKP dirumah sakit sehingga dapat melaksanakan perbaikan sesuai bidang tugasnya
 - d. A dan b benar
 - e. **Benar semua**
2. Ns. A merupakan kepala ruangan di Rumah Sakit X. Suatu saat Ns. A memiliki tugas untuk mengatur manajemen keperawatan yang terdapat di Ruang Rawat Inap X. Setelah itu Ns. A ingin melakukan pendelegasian terhadap bawahannya yaitu Ns. Z untuk membantu tugasnya dengan tetap bertanggung jawab atas mandat yang diberikan

oleh Ns. A termasuk dalam pemberian injeksi. Dari kasus di atas hal yang harus diperhatikan oleh seorang kepala ruangan dalam pendelegasian, kecuali?

- a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Tidak tanggung jawab**
 - c. Memberikan pelatihan terhadap bawahan
 - d. Jujur
 - e. Mematuhi perintah
3. Kolaborasi merupakan hal yang penting dan sering dilakukan oleh tenaga kesehatan. Kolaborasi tidak hanya dilakukan oleh peawat dengan dokter saja, melainkan dilakukan oleh berbagai profesi dan multidisiplin ilmu. Kolaborasi yang sering dilakukan di rumah sakit biasa dikenal dengan istilah?
- a. *Hospital Collaboration.*
 - b. *Medical Collaboration.*
 - c. *Interprofesional Education.*
 - d. *Interprofesional Collaboration***
 - e. *Multidisciplinary Class*
4. Pola komunikasi lain yang sering digunakan dalam kolaborasi di rumah sakit yakni?
- a. TEBAK dan ESBAR
 - b. TBAK dan ESBAR
 - c. TBAK dan SEBAR
 - d. TBAK dan SBAR**
 - e. TDAK dan SBAR

Bahan Diskusi

1. Diskusikan perbedaan *standing order*, kolaborasi, dan delegasi dalam keperawatan.
2. Hal-hal apa saja yang dapat di delegasikan dalam keperawatan?
3. Bagaimana teknik kolaborasi dalam keperawatan?

Daftar Rujukan

- Aineka, G. 2015. Tanggungjawab Perawat Terhadap Pasien Dalam Pelimpahan Kewenangan Dokter Kepada Perawat. *JOM*. 2(1): 1-15.
- Anggarawati,T, dan N.W.Sari. 2016. Kepentingan Bersama Perawat – Dokter dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. 12 (1).
- Barbara L, Y dan Lynne R, C. 2020. *Fundamentals Of Nursing: Active Learning for Collaborative Practice*, Second Edition. Canada : Elseiver.
- Kozier, Barbara.2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 7*. Jakarta : EGC.
- Mamik. 2015. *Manajemen Keperawatan*. Sidoarjo: Zifatama.
- Murray, E. 2022. *Nursing Leadership and Management: for Patient Safety and Quality Care*. Second Edition. Philadelphia: FA Davis Company.
- Sutarsih, A. 2018. Sinkronisasi Pengaturan Pelimpahan Wewenang Tindakan Medis kepada Perawat untuk Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Hermeneutika*. Vol. 2 No.1.
- Taylor, R., Ellen, M., Caroline, M. 2017. Standing Order Use in General Practice: The Views of Medicine, Nursing and Pharmacy Stakeholder Organisations. *Journal of Primary Health Care*. Vol. 9 No. 1.
- Wilkinson, J. 2015. Nurses' Reported Use of Standing Orders in Primary Health Care Services. *Journal of Primary Health Care*. Vol. 7 No. 1.
- Zulkarnai. 2017. Analisis Pelaksanaan Fungsi Manajemen Pengarahan Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Dalam Menerapkan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Bima. *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan*. 1(2): 230-255.



BAB IX

PENERAPAN DISKUSI REFLEKSI KASUS (DRK)

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep diskusi refleksi kasus;
2. Memahami posisi DRK dalam SNARS 2012;
3. Menganalisis komponen DRK;
4. Menyusun skenario DRK;
5. Mengaplikasikan skenario DRK dan prosedur pelaksanaan DRK melalui metode *role play*.

Pengantar/Pendahuluan

Diskusi refleksi kasus merupakan suatu kegiatan yang dilakukan dalam melakukan pemecahan masalah yang timbul dalam pelayanan kesehatan. Dalam hal ini kasus yang didiskusikan dapat berupa kasus manajemen maupun kasus klinik. Diskusi refleksi kasus sebagai wadah perawat berlatih menyelesaikan masalah serta menemukan strategi tindak lanjut hingga materi yang disampaikan dapat dikuasai oleh tim. Diskusi refleksi kasus mampu meningkatkan individu dalam membuat perencanaan dan efektif dalam upaya mengembangkan peningkatan mutu layanan. Diskusi refleksi kasus yang dilakukan serta kontinu dapat meningkatkan keterampilan klinik yang profesional (Marquis, 2017).

Diskusi refleksi kasus memungkinkan perawat memahami suatu situasi dan mengidentifikasi pemecahan masalah. Diskusi refleksi kasus dapat meningkatkan dan mengembangkan pembelajaran profesionalitas perawat melalui pembelajaran profesional lain (Asselin, 2012). Latihan reflektif adalah cara bagi perawat untuk menerapkan perubahan atau perbaikan ke dalam tindakan dalam praktik layanan kesehatan. Diskusi refleksi kasus dapat digunakan untuk mengamati dan mempengaruhi proses kognitif sehingga mempengaruhi tugas, tujuan, dan perilaku. Aktivitas pengembangan profesional pribadi diperlukan untuk meningkatkan refleksi mendalam guna mendukung penyelesaian masalah berdasarkan pengalaman yang dimiliki (Welp, 2018).

Konsep Diskusi Refleksi Kasus

1. Definisi Diskusi Refleksi Kasus

Diskusi Refleksi Kasus (DRK) adalah suatu kegiatan yang digunakan untuk memecahkan suatu masalah yang muncul dalam pelayanan kesehatan. Diskusi refleksi kasus ini dapat meningkatkan kemampuan seseorang dalam membuat perencanaan dan dinilai efektif dalam upaya pengembangan mutu keperawatan itu sendiri (Kurniasih dkk., 2020). Diskusi Refleksi Kasus (DRK) merupakan metode dalam merefleksikan pengalaman klinis seorang perawat dalam penerapan

standar dan juga tugas-tugas (Ardian dkk., 2017). Menurut jurnal Ardani dkk (2018), DRK merupakan suatu komponen yang dinilai sangat efektif dan efisien dalam meningkatkan wawasan, pengalaman, dan akuntabilitas seorang perawat (Ardani, 2018).

2. Tujuan Diskusi Refleksi Kasus

Menurut Ardani (2018) diskusi refleksi kasus diperlukan di bidang keperawatan dengan tujuan sebagai berikut:

- a. Memecahkan masalah yang muncul dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan standar praktik keperawatan yang ditetapkan
- b. Meningkatkan motivasi belajar
- c. Meningkatkan aktualisasi diri
- d. Mengembangkan pengetahuan, pengalaman, dan akuntabilitas perawat sehingga menjadi perawat yang profesional
- e. Meningkatkan sikap saling menghargai antara teman sejawat

3. Manfaat Diskusi Refleksi Kasus

Diskusi Refleksi Kasus (DRK) memiliki berbagai manfaat (Ardian, 2017) yaitu sebagai berikut:

- a. Menjadikan perawat jadi lebih berpikir terbuka dan kritis.
- b. Meningkatkan keberanian perawat.
- c. Menambah wawasan dan menghindari adanya kesalahan dengan belajar dari pengalaman.
- d. Meningkatkan *critical thinking*, *problem solving*, dan memberi fasilitas *active learning*.
- e. Melatih kemampuan perawat dalam *public speaking* dan meningkatkan kemampuan dalam memahami artikel ilmiah.
- f. Sebagai sarana pembelajaran bagi perawat dalam tindakan kerja yang dilakukan sehingga mampu meningkatkan kualitas kerja yang diinginkan (Ratnasari, 2012 dalam Kurniasih, 2020).
- g. Menurut jurnal Amir (2019) manfaat DRK yaitu sebagai alternatif dalam proses pemecahan masalah serta dalam pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang baru.

- h. Mampu meningkatkan seseorang dalam pembuatan rencana dan efektif dalam upaya peningkatan mutu keperawatan (Ardani, 2018).
- i. Menjadikan perawat bisa lebih belajar terhadap tindakan kerja yang dilakukan sehingga mampu meningkatkan kualitas kerja sesuai yang diharapkan (Ardani, 2018).
- j. Dapat meningkatkan kualitas kerja sama tim dan meningkatkan kemampuan dalam berpikir kritis dalam hubungan interpersonal serta memiliki dampak positif terhadap pengetahuan klinis seorang perawat (Chris Dawber, 2013 dalam Ardani, 2018).

Posisi DRK dalam Standar Akreditasi 2012

Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit (SARS) 2012, diskusi refleksi kasus masuk dalam aspek Komunikasi antar Pemberi Pelayanan di dalam dan di luar Rumah Sakit MKI. 4, 5, 6 (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

1. Standar MKI 4

Komunikasi yang efektif di seluruh bagian rumah sakit

Tujuan: Komunikasi yang efektif di dalam rumah sakit yaitu merupakan suatu masalah kepemimpinan. Sehingga rumah sakit dapat mengerti dinamika dari sebuah komunikasi antara kelompok profesional, antara profesi, unit terstruktur, antara kelompok profesional dan non profesional. Adapun elemen penilaian dari komunikasi yang efektif di seluruh bagian rumah sakit yaitu:

- a. Pemimpin memberi jaminan atas terjadinya proses untuk mengkomunikasikan informasi yang relevan diseluruh rumah sakit dengan tepat waktu
- b. Adanya komunikasi yang efektif di rumah sakit antar program rumah sakit
- c. Adanya komunikasi yang efektif antara pasien dengan keluarga
- d. Pemimpin memberitahukan kebijakan yang dianggap penting, rencana, dan tujuan rumah sakit kepada staf yang ada di rumah sakit.

2. Standar MKI 5

Pimpinan Menjamin Terjadinya Komunikasi Efektif dan Koordinasi Antara Individu dan Departemen yang Bertugas untuk Memberi Pelayanan Klinik.

Tujuan: Untuk mengkoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanan pasien, pemimpin mengembangkan suatu budaya yang menekankan kerjasama dan komunikasi. Adapun elemen penilaian dari Pimpinan Menjamin Terjadinya Komunikasi Efektif dan Koordinasi Antara Individu dan Departemen yang Bertugas untuk Memberi Pelayanan Klinik yaitu:

- a. Pemimpin memberikan jaminan komunikasi yang efektif dan juga efisien antara departemen klinis dan non klinis, pelayanan dan staf anggota individual
- b. Pemimpin memberikan bantuan pada pengembangan komunikasi dalam memberi pelayanan klinis
- c. Adanya saluran komunikasi reguler yang dibangun antara pemilik dan juga manajemen.

3. Standar MKI 6

Informasi tentang asuhan pasien dan responnya terhadap asuhan dapat dikomunikasikan antara tenaga medis, perawat, dan praktisi kesehatan yang lain pada saat setiap kali pembentukan anggota kerja maupun saat pergantian *shift*.

Tujuan: adanya komunikasi dan tukar informasi antara profesi kesehatan sangat penting untuk kelancaran proses asuhan. Adapun elemen penilaian dari Informasi tentang asuhan pasien dan responnya terhadap asuhan dapat dikomunikasikan antara tenaga medis, perawat dan praktisi kesehatan yang lain pada saat setiap kali pembentukan anggota kerja maupun saat pergantian *shift* yaitu:

- a. Adanya proses untuk mengkomunikasikan informasi kepada pasien dan tenaga kesehatan secara berkelanjutan dalam proses asuhan

- b. Informasi diberitahukan atau dikomunikasikan termasuk status kesehatan pasien
- c. Informasi dikomunikasikan termasuk ringkasan dari suatu asuhan yang diberikan tenaga medis kepada pasien
- d. Informasi diberitahukan termasuk juga perkembangan pasien selama asuhan

Komponen Diskusi Refleksi Kasus

Kegiatan diskusi refleksi kasus apabila dilaksanakan secara rutin maka akan membuat perawat lebih paham hubungan standar dengan kegiatan yang telah dilakukan sehari-hari. Perawat sebagai ujung tombak dari sebuah pelayanan kesehatan dengan jumlah yang cukup besar (40%) dari seluruh kategori tenaga kesehatan yang memiliki kedudukan penting dalam menghasilkan pelayanan kesehatan yang bermutu (Depkes, 2005). Adapun komponen diskusi refleksi kasus menurut Thasiro (2012) adalah sebagai berikut:

1. Mendeskripsikan situasi
2. Pengkajian internal terkait kognitif dan afektif perawat
3. Melakukan analisis kritis terhadap situasi, hal ini mencakup keterbukaan terhadap informasi dan perspektif baru
4. Melakukan evaluasi
5. Perencanaan strategi baru

Proses DRK

Menurut Koshy (2017) dan Thasiro (2012), perawat perlu memperhatikan beberapa tahap penting dalam diskusi refleksi kasus, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Deskripsi Situasi
Dalam hal ini dilakukan pengumpulan data, perawat perlu mengkaji beberapa hal, yaitu :
 - a. Situasi (Apa, Dimana, Siapa)

- b. Pikirkan situasi tersebut secara detail: Apa yang sebenarnya terjadi dan bagaimana urutannya, dimana Anda saat itu dan siapa saja yang terlibat? Bagian apa yang harus Anda lakukan? Apa hasil akhirnya?
- c. Memahami Situasi (Mengapa Hal Tersebut Terjadi)
- d. Dalam hal ini perawat perlu memikirkan mengenai : Bagaimana situasi, diri Anda, dan orang lain berinteraksi pada saat itu. Apakah situasinya berjalan dengan baik atau adakah ruang untuk perbaikan?
- e. Menilai diagnosis pasien dan pemahaman pasien terkait dengan pemberian perawatan sesuai dengan kebutuhan pasien
- f. Melakukan verifikasi sumber daya yang tersedia
- g. Berdasarkan data yang telah dikumpulkan, perawat menarik kesimpulan terkait dengan perlunya rujukan kepada profesional kesehatan lainnya
 - a. Keadaan Emosional Perawat (Bagaimana Perasaan Anda)

2. Melakukan Evaluasi/Pengkajian Internal

Pada tahap evaluasi, perawat merumuskan hipotesis yang didasarkan pada struktur kerangka/fungsi, gangguan yang dialami pasien, dan pembatasan partisipasi pasien. Selain itu perawat juga melakukan penilaian terhadap hal yang baik dan buruk dari pengalaman yang dialami (Ardian, 2017). Pada tahap ini juga dirumuskan, perawat dapat menyusun hipotesis awal terkait dengan: Apakah data yang telah dikumpulkan sudah cukup untuk menentukan hipotesis atau masih membutuhkan informasi pendukung lainnya? Bagaimana perawat memberikan alasan terkait hipotesisnya? Apakah perawat memiliki pengalaman serupa terkait dengan kasus tersebut?

3. Tinjauan Kritis dan Pengembangan Wawasan/*Analysis*

Dalam hal ini perawat dapat menggunakan pengalaman dalam memberikan strategi yang berbeda dalam penyelesaian masalah. Dalam tahap ini perlu dipikirkan mengenai faktor-faktor yang dapat dipengaruhi seperti :

Adakah hal yang mungkin dapat diperbaiki/dirubah dalam situasi ini? Adakah hal yang sangat penting dalam situasi tersebut?

4. Penegakan ulang (Apa yang terjadi jika Anda Mempraktikkannya)
Dalam tahap ini perawat perlu melakukan uji refleksi, yaitu ketika situasi serupa terjadi lagi, apakah banyak hal yang perlu diperbaiki dan solusi alternatif lain yang diharapkan. Ini adalah kesempatan untuk mengulangi siklus reflektif untuk menyempurnakan dan mengembangkan pemahaman.
5. Strategi yang Perlu Dilakukan untuk Perubahan/*Plan Action*
Tahap ini merupakan tahap paling penting dalam diskusi refleksi kasus. Perawat perlu menggabungkan hasil pemikiran sebelumnya untuk belajar, mengubah praktik, dan meningkatkan kualitas pelayann.

Adapun prosedur pelaksanaan diskusi refleksi kasus diantaranya sebagai berikut (Ardani, 2019):

- a. Kelompok perawat dalam satu ruangan menyusun program yaitu :
 - 1) Kepala ruang menyusun dan menunjuk staf perawat sebagai fasilitator, penyaji, dan peserta DRK
 - 2) Fasilitator menyusun jadwal kegiatan dengan format berisi topik bahasan, waktu (hari, tanggal dan jam pelaksanaan DRK), nama fasilitator, penyaji, dan peserta
- b. Memilih atau menetapkan kasus dan topik yang akan didiskusikan antara lain :
 - 1) Pengalaman pribadi perawat yang actual dan menarik dalam menangani kasus pasien di layanan
 - 2) Pengalaman dalam mengelola pelayanan keperawatan dan isu strategis

- 3) Pengalaman yang masih relevan untuk dibahas dan akan memberikan informasi berharga untuk meningkatkan mutu pelayanan
- c. Fasilitator mengadakan kontrak waktu dan persetujuan dengan anggota DRK. Pelaksanaan minimal 60 menit dengan alokasi waktu:
 - 1) Pembukaan : 5 menit
 - 2) Penyajian : 15 menit
 - 3) Tanya jawab : 30 menit
 - 4) Penutup/rangkuman : 10 menit
 - d. Fasilitator membuka DRK dengan salam
 - e. Fasilitator menyampaikan tujuan kegiatan
 - f. Fasilitator mempersilahkan penyaji untuk menyampaikan kasusnya
 - g. Penyaji menyampaikan dan menjelaskan kasus yang didiskusikan saat ini selama maksimal 25 menit
 - h. Penyaji mengembalikan waktu pada fasilitator
 - i. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanggapi, mengusulkan, serta menyampaikan pertanyaan secara bergiliran
 - j. Fasilitator mengatur jalannya diskusi selama maksimal 30 menit
 - k. Peserta menyampaikan pendapatnya dengan :
 - 1) Merujuk pada SOP yang berlaku
 - 2) Refleksi ulang bila peserta memiliki pengalaman dalam menangani kasus serupa atau iptek terbaru yang diketahui
 - 3) Peserta tidak memberikan jawaban, saran secara langsung atau memberitahu bagaimana seharusnya perawatan pasien itu dilakukan
 - 4) Peserta melakukan klarifikasi kepada penyaji apakah penyaji telah memikirkan cara lain seperti apa yang peserta pikirkan

- 5) Selama diskusi berlangsung, semua peserta memberikan perhatian penuh

Penyaji selama sesi tanya jawab melakukan hal sebagai berikut:

- 1) Menyimak pertanyaan dengan seksama
- 2) Memberikan jawaban sesuai dengan pengetahuan serta pengalaman nyata yang telah dilakukan dan merujuk pada standar yang relevan/SOP yang berlaku
- 3) Mencatat esensi penting dari pertanyaan-pertanyaan yang diajukan atau hal yang belum pernah diketahui sebelumnya sebagai informasi baru.

Diakhir sesi tanya jawab, penyaji memberikan penjelasan tentang apa yang dapat diambil dari diskusi tersebut setelah fasilitator memberikan kesempatan untuk berbicara

- l. Setelah semua berakhir, fasilitator mengajukan pertanyaan kepada semua peserta mengenai apa yang dapat dipelajari dari DRK ini
- m. Fasilitator mengajukan pendapatnya dan membuat simpulan
- n. Penutup/rangkuman/RTL (maksimal 10 menit)
 - 1) Fasilitator membuat kesimpulan
 - 2) Fasilitator menyampaikan isu-isu yang muncul berdasarkan pertanyaan-pertanyaan yang disampaikan oleh semua peserta
 - 3) Fasilitator melengkapi catatan DRK dan melengkapi presensi dengan meminta tanda tangan semua peserta diskusi
 - 4) Fasilitator meminta kesepakatan untuk rencana pertemuan berikutnya
- o. Fasilitator menutup pertemuan dengan ucapan terimakasih dan berjabat tangan

- p. Membuat laporan hasil DRK, dengan format sebagai berikut :
- 1) Nama Ruangan
 - 2) Keperawatan/Kebidanan
 - 3) Tanggal
 - 4) Topik
 - 5) Masalah/isu yang muncul
 - 6) Rencana Tindak Lanjut

Rangkuman

Diskusi refleksi kasus merupakan salah satu upaya pengembangan profesional berkelanjutan (*Continuing Professional Development*) yang diaplikasikan di unit ruang perawatan. Diskusi refleksi kasus mampu meningkatkan profesionalisme perawat karena dalam hal ini perawat dituntut untuk dapat berpikir kritis yang didasarkan pada kajian literatur, refleksi pengalaman, jurnal penelitian terbaru, kebijakan-kebijakan yang berkaitan serta diskusi kasus menarik secara multi-profesional (Ardian, 2017). Diskusi refleksi kasus menjadi komponen penting dalam keperawatan profesional. Diskusi refleksi kasus menjadi sarana untuk meminimalisir kesalahan sebelum melakukan tindakan, sehingga didapatkan pelayanan yang berkualitas. Diskusi refleksi kasus membutuhkan manajemen keperawatan guna menyusun diskusi yang efektif (Amir, 2019). Diskusi refleksi kasus melalui tahapan pengumpulan data, evaluasi, analisis, penegakan ulang, dan perencanaan strategi.

Latihan Soal-Soal

1. Ruang rawat inap Melati RS Sehat secara rutin dan teratur melaksanakan diskusi refleksi kasus. Dari pernyataan berikut ini, tujuan diskusi refleksi kasus yang paling tepat adalah...
 - a. Melengkapi catatan harian perawat
 - b. **Meningkatkan profesionalisme dan SDM perawat dalam *problem solving***

- c. Menumbuhkan rasa optimis dalam bekerja
 - d. Mengembangkan kepercayaan diri perawat
 - e. Mengembangkan kepribadian perawat
2. Dari pernyataan-pernyataan berikut ini yang paling tepat mengenai alasan dijadikannya diskusi refleksi kasus sebagai bagian dari pengembangan SDM yang berkelanjutan (*Continous Profesional Development*) adalah...
- a. Kegiatan diskusi refleksi kasus membutuhkan waktu dan biaya yang banyak
 - b. Menjamin kontinuitas pendidikan dan pengembangan staf**
 - c. Membantu perawat agar dapat melakukan praktek mandiri
 - d. Kasus yang didiskusikan merupakan kasus klinik sehari-hari
 - e. Kegiatan dilakukan sesuai arahan pemimpin
3. Di Ruang Dahlia RS Jiwa Sehat saat ini merawat 20 pasien. Diantara 20 pasien yang dirawat terdapat satu pasien yang menurut pandangan tim kesehatan merupakan pasien yang unik. Pasien tersebut telah dirawat 3 kali di RS Jiwa Provinsi dan 2 kali dirawat di Ruang Dahlia RS Jiwa Sehat. Pasien A telah didiagnosa medis F.25.0 DD F.20.3 dengan diagnosa keperawatan yang muncul 1) defisit perawatan diri: toileting dan berhias, dan 2) gangguan proses pikir. Perawat bersama dengan psikiater dan dokter ruangan merasa sudah memberikan perawatan pada pasien ini semaksimal mungkin akan tetapi pasien ini tidak menunjukkan perbaikan tetapi mengalami kemunduran. Dalam hal ini maka dilakukan diskusi refleksi kasus multi-profesional. Pada diskusi refleksi kasus, Perawat P menggambarkan pengalaman saat memberikan asuhan keperawatan secara detail dan akurat. Berdasarkan model refleksi Gibbs maka yang dilakukan Perawat P termasuk pada fase ?
- a. *Description*
 - b. *Feelings*
 - c. *Evaluation*

- d. *Conclusion*
- e. *Plan Action*

Bahan Diskusi

1. Bagaimana metode diskusi refleksi kasus yang efisien?
2. Apa yang sebaiknya dipersiapkan sebelum melaksanakan DRK?

Daftar Rujukan

- Amir, H., A. M. Irwan dan A. Saleh. 2019. Gambaran Pelaksanaan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) Dalam Mendukung Peningkatan Pengetahuan Dan Profesionalitas Perawat. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Edisi Khusus 2019*. 24-29.
- Anies, N. F. 2016. Pengembangan Protokol Diskusi Refleksi Kasus (DRK) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Sumatera Utara. *Skripsi*. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Dewi, C. I. S. 2014. Hubungan Kegiatan Diskusi Refleksi Kasus Dengan Motivasi Belajar Perawat Di IRNA C RSUP Sanglah Denpasar. *Skripsi*. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Downs, S., Downs, S., Hospital, C., Service, H., Sunshine, T., & Private, C. 2013. Continuing professional development in nursing in Australia: Current awareness, practice and future directions, 45(1), 33–45.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 836 Tahun 2005. *Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan*. 2 Juni 2005. Jakarta.
- Kurniasih, Y., Ardani dan Widiastuti. 2020. Implementasi Diskusi Refleksi Kasus (DRK) Meningkatkan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan SOP Manajemen Nyeri. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*. 148-152
- Lachance, C. 2014. Nursing Journal Clubs: A Literature Review on the Effective Teaching Strategy for Continuing Education and Evidence-

Based Practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(12), 559–565. <http://doi.org/10.3928/00220124-20141120-01>

Nursalam. 2014. *Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktik keperawatan profesional edisi 4*. Jakarta : Salemba Medika.



BAB X

PATIENT SAFETY DALAM ASUHAN KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep *patient safety*;
2. Mendeskripsikan pencegahan kejadian tidak terduga di rumah sakit;
3. Menerapkan *patient safety* dalam pemberian asuhan keperawatan;
4. Mengaplikasikan *patient safety* dengan menggunakan APD sesuai dengan SOP.

Pengantar/Pendahuluan

Pelayanan keperawatan merupakan cerminan utama dari keberhasilan suatu pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan mengutamakan keselamatan pasien, hal ini sesuai dengan gagasan Hipocrates yaitu *Primum, non nocere (First, do no harm)* (Depkes RI & Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008). Keselamatan adalah suatu kebutuhan dasar manusia dan kebutuhan prioritas kedua setelah kebutuhan fisiologis pada hierarki kebutuhan Maslow yang harus terpenuhi (Potter & Perry, 2005). Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (GKP-RS) atau yang dikenal dengan sebutan *patient safety* merupakan suatu proses pemberian pelayanan rumah sakit terhadap pasien yang lebih aman. Proses ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes RI, 2006). Tujuan utama penerapan *patient safety* di rumah sakit adalah mencegah dan mengurangi terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dalam pelayanan kesehatan. Peningkatan mutu dalam segala bidang khususnya dalam bidang kesehatan salah satunya melalui akreditasi Rumah Sakit menuju kualitas pelayanan internasional. Dalam sistem akreditasi yang mengacu pada standar *Joint Commission International (JCI)* diperoleh standar yang paling relevan terkait dengan mutu pelayanan Rumah Sakit *International Patient Safety Goals* yang meliputi enam sasaran keselamatan pasien rumah sakit (Kemenkes RI, 2011).

Konsep Patient Safety

Patient diartikan sebagai orang yang sakit, sementara *safety* berasal dari kata *safe* yang berarti aman atau juga memiliki arti keselamatan (Hartono, 2002). Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Keselamatan pasien adalah inti dari pelayanan yang berkualitas dan untuk mencegah timbulnya kesalahan medis atau keperawatan sehingga mengurangi kerugian yang dapat terjadi pada pasien (Fisher & Scott, 2013). Sistem tersebut meliputi *assessmen* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang

berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Dpekses RI, 2006).

Pada Permenkes RI No. 1691 tahun 2006 tentang Keselamatan Pasien disebutkan bahwa tujuan penerapan Keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Menurut panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (Depkes RI, 2006), terdapat tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit:

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan, dan budaya yang terbuka serta adil
2. Memimpin dan mendukung staf, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan *assesment* hal yang potensial bermasalah
4. Mengembangkan sistem pelaporan, memastikan staf agar dengan mudah melaporkan kejadian/insiden begitu juga rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien-Rumah Sakit)
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien

6. Melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah sehingga belajar untuk mengetahui proses kejadian yang timbul
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan

(Patrisia dkk., 2022).

Asuhan Pasien yang Safe

Perawat merupakan petugas kesehatan yang mempunyai peranan sangat penting dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan klien dengan mendorong klien untuk lebih pro-aktif jika membutuhkan pelayanan selama menjalani perawatan. Perawat memiliki peran penting dalam pelaksanaan upaya keselamatan pasien. Pada saat proses perawatan berlangsung perawat melakukan kontak dengan pasien yang berlangsung selama 24 jam terus menerus. Hal ini membuat perawat lebih mengetahui fisik dan psikis pada pasien sehingga perawat dipandang lebih memahami dan mengetahui hal-hal yang dibutuhkan pasien dibanding dengan tenaga medis lainnya (Cahyono, 2008).

Menurut ICN (*International Council of Nurses*), tanggung jawab perawat terhadap keselamatan pasien meliputi (Yulia, 2010):

1. Menginformasikan potensial risiko terhadap pasien dan keluarga
2. Melaporkan KTD secara cepat dan tepat kepada pengambil kebijakan
3. Mengambil peran aktif serta dalam mengkaji keselamatan dan mutu perawatan
4. Mengembangkan komunikasi dengan pasien dan tenaga profesional kesehatan yang lain
5. Melakukan negosiasi untuk pemenuhan level staf yang adekuat
6. Mendukung langkah-langkah pengembangan keselamatan pasien

7. Meningkatkan program pengendalian infeksi yang tepat
8. Melakukan negosiasi terhadap standarisasi kebijakan dan protokol pengobatan untuk meminimalisir kesalahan
9. Mempertanggungjawabkan profesionalitas dengan melibatkan tenaga farmasi, dokter, dan lainnya untuk mengembangkan pengemasan dan penamaan obat-obatan
10. Berkolaborasi dengan sistem pelaporan nasional untuk mencatat, menganalisis, dan belajar dari KTD (Kejadian Tidak Diharapkan)
11. Mengembangkan suatu mekanisme, misalnya melalui akreditasi untuk menilai karakter penyediaan layanan kesehatan sebagai standar yang digunakan untuk mengukur kesempurnaan dalam kesehatan pasien.

Penerapan *patient safety* di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh peran perawat. Hal ini karena perawat merupakan komunitas terbesar di rumah sakit dan perawat adalah orang yang paling dekat dengan pasien. Adapun hal-hal yang harus diperhatikan adalah:

1. Sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat mematuhi standart pelayanan dan SOP yang ditetapkan
2. Menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan
3. Memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan
4. Menerapkan kerja sama tim kesehatan yang handal dalam pemberian pelayanan kesehatan
5. Menerapkan komunikasi yang baik terhadap pasien dan keluarganya, peka, proaktif, dan melakukan penyelesaian masalah terhadap kejadian tidak diharapkan
6. Mendokumentasikan dengan benar semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.

Beberapa peran perawat dalam meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*) di rumah sakit adalah:

1. Pencegahan dan Penularan Infeksi di Rumah Sakit

Perawat memegang peranan penting dalam meminimalkan terjadinya infeksi dan penyebaran infeksi dengan cara melaksanakan tindakan aseptik. Aseptic adalah keadaan di mana tidak adanya patogen penyebab terjadinya suatu penyakit. Teknik aseptik dilakukan untuk menjaga pasien terbebas dari mikroorganisme.

Menurut Wahid (2012), ada dua teknik aseptik yang dapat dilakukan perawat. Pertama, teknik medikal aseptis atau teknik bersih. Teknik ini meliputi prosedur pencegahan atau menurunkan jumlah mikroorganisme, cuci tangan, dan mengganti linen. Pada teknik ini, suatu area dikatakan terkontaminasi jika diwaspadai terdapat patogen. Misalnya bedpan yang telah dipakai, lantai, dan kasa yang basah. Kedua, teknik *surgical* aseptis (teknik steril). Jika teknik pertama hanya menurunkan atau mencegah perkembangan mikroorganisme, teknik kedua bertujuan untuk benar-benar meniadakan mikroorganisme. Tindakan yang masuk pada teknik ini disebut dengan sterilisasi. Pada tahap ini, suatu benda dikatakan tidak steril setelah tersentuh benda yang tidak steril. Misalnya sarung tangan bagian luar tersentuh tangan, alat steril tersentuh tangan dan sebagainya.

2. Pencegahan Infeksi Nosokomial

Terdapat sejumlah tindakan higienis yang dapat dilakukan perawat dalam prosedur perawatan yang berisiko menyebabkan infeksi antara lain mencuci tangan, perawatan kateter vena sentral, perawatan kateter jangka pendek pada perawatan akut, mencuci dan desinfeksi serta sterilisasi.

- a. Pertama, mencuci tangan adalah rutinitas yang mudah dilakukan dan sangat penting untuk pengontrolan infeksi. Pelaksanaan cuci tangan pada perawat dilakukan pada sejumlah kondisi seperti:
 - 1) awal mulai *shift*;
 - 2) sebelum dan sesudah kontak dengan pasien;
 - 3) sebelum melakukan tindakan atau prosedur invasif;

- 4) setelah kontak dengan cairan tubuh pasien, meskipun sudah menggunakan sarung tangan; 5) setelah selesai *shift*, sebelum pulang.
- b. Kedua, terkait perawatan kateter vena sentral. Hal yang penting dilakukan pada tahap ini adalah melakukan tindakan penghalang steril secara maksimal saat memasang vena sentra, diantaranya: memilih kateter yang tepat untuk pasien (kateter lubang tunggal yang diberi zat antimikroba), tempat insersi terbaik (misal daerah subklavikula atau bahu lebih disarankan daripada daerah jugular atau femoral), menggunakan teknik aseptik saat pemasangan kateter.
 - c. Ketiga, terkait melakukan perawatan kateter uretra jangka pendek pada perawatan akut. Sejumlah risiko infeksi kateter urin dapat diminimalkan dengan cara hanya menggunakan kateter urin saat tidak ada prosedur alternatif lainnya, memilih kateter terkecil yang memungkinkan urin mengalir dengan baik, menggunakan peralatan yang steril dan teknik aseptik saat melakukan pemasangan dan menggunakan sistem steril tertutup dan mencegah aliran balik urin dari kantong urin dengan meletakkan kantong urin di bawah kandung kemih dan melakukan penjepitan selang kantung jika pasien bergerak.
 - d. Keempat, terkait tindakan mencuci dan diinfeksi. Dalam praktik kesehatan, perawat harus benar-benar memahami bahwa kebersihan alat-alat sangatlah penting. Sebelum dan sesudah digunakan alat-alat medis harus disterilisasi. Peralatan medis tersebut harus dibersihkan atau didisinfeksi sebelum digunakan dari pasien ke pasien lainnya. Perawat juga tidak boleh melupakan bahwa sebelum didisinfeksi, alat-alat medis tersebut harus terlebih dahulu dicuci. Perlu ketepatan pemakaian dan konsentrasi bahan yang dipakai saat proses disinfeksi.
 - e. Kelima, terkait tindakan sterilisasi. Alat yang sesuai seperti autoclave dapat digunakan untuk sterilisasi dengan menggunakan

uap bertekanan tinggi. Prosedur ini sering digunakan untuk sterilisasi alat-alat usai tindakan bedah umum.

3. Gejala dan Penanganan Infeksi oleh Perawat

Perlu adanya pengetahuan yang baik bagi perawat dalam mengetahui sejumlah gejala-gejala pasien yang mengalami infeksi. Menurut Stevens (2012), adapun gejala infeksi antara lain:

- a. Lingkungan yang terinfeksi memerah
- b. Peningkatan suhu, tempat yang terinfeksi menjadi lebih panas, bisa juga timbul demam tinggi
- c. Pembengkakan dari tempat yang tertuju
- d. Nyeri
- e. Terjadinya fungsi yang terganggu dari bidang yang terinfeksi, pasien merasakan dirinya sakit dan fungsi organ yang terinfeksi terganggu.

Sejumlah tindakan yang dapat dikerjakan jika ada infeksi adalah menjaga agar jangan sampai pasien yang terinfeksi tertular oleh mikroorganisme lain. Sebab, jika seseorang terinfeksi kuman/penyakit maka daya tahan tubuhnya terhadap mikroorganisme berkurang. Ini akan membuat tubuh pasien menjadi lemah jika sampai tertular mikroorganisme lain. Perawat juga harus mewaspadaai infeksi tersebut melalui perawatan luka yang baik, penggunaan obat-obatan yang tepat, keadaan makanan yang diterima dan lain-lain.

Menurut Wahid (2012), terdapat sepuluh tahapan yang harus dikerjakan perawat agar pasien benar-benar terhindar dari KTD, khususnya dikarenakan kesalahan pemberian obat. Kesepuluh tahapan tersebut antara lain:

1. Mengetahui pasien (identifikasi pasien dilakukan dengan benar, baik nama, nomor rekam medis, identitas, jenis kelamin, umur dan lain-lain)
2. Mengetahui obat (perawat memastikan bahwa obat yang diberikan adalah obat untuk penderita apa, jenis obatnya seperti apa dan metode pemberiannya)

3. Komunikasi dengan jelas (komunikasi dalam hal ini khususnya pada bidang apoteker atau farmasi yang langsung menangani obat-obatan. Menanyakan sejelas mungkin berkenaan dengan obat tersebut)
4. Hati-hati dengan obat yang memiliki nama dan bentuk yang mirip
5. Ketata dan lakukan standarisasi terhadap penyimpangan, persediaan dan distribusi obat
6. Periksa alat-alat yang digunakan
7. Jangan menyabotase diri sendiri
8. Lakukan pendidikan terhadap petugas (arahan medis tentang kehati-hatian pemberian obat serta risiko KTD)
9. Dorong pasien untuk menjadi bagian dari pengamanan obat
10. Menentukan target pada proses bukan pelaku.

Rangkuman

Salah satu sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Infeksi adalah invasi tubuh oleh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Dan rumah sakit merupakan tempat yang paling mungkin untuk menularkan patogen tersebut (Potter & Perry, 2005). Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien harus menerapkan keselamatan pasien, dengan melibatkan kognitif, afektif, dan tindakan mengutamakan keselamatan pasien.

Menurut Potter & Perry (2009), beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh pada pasien diantaranya: 1) Mengorientasikan pasien pada awal masuk RS dengan menjelaskan sistem komunikasi serta bersikap hati-hati saat mengkaji pasien dengan keterbatasan gerak; 2) Melakukan supervisi ketat pada awal pasien dirawat terutama malam hari; 3) Memberikan alas kaki yang tidak licin; 4) Memberikan pencahayaan yang adekuat; 5) Memasang pengaman tempat tidur terutama pada pasien dengan penurunan kesadaran dan gangguan mobilitas; 6) Menjaga lantai kamar mandi agar tidak licin.

Latihan Soal-Soal

1. Ny. B usia 25 tahun dirawat di RS Jember Sehat dengan post Sectio Caesar. Ny. B diindikasikan untuk mendapatkan transfusi darah PRC 1 Kolf. Dalam manajemen *patient safety* berikut, apa yang sebaiknya dilakukan perawat sebelum memberikan transfusi darah kepada Ny. B?
 - a. Beri pengaman pada tempat tidur pasien
 - b. Pastikan tepat lokasi tepat prosedur pembedahan
 - c. Pastikan identifikasi pasien dengan sebut nama dan cocokkan dengan etiket**
 - d. Gunakan jarum ukuran paling kecil
 - e. Berikan selimut pada pasien
2. Dalam Standar Akreditasi Nasional Rumah Sakit (SNARS), disebutkan bahwa dalam pengurangan kejadian tidak diharapkan maka perawat harus menerapkan konsep keselamatan pasien. Manakah sasaran keselamatan berikut ini yang tepat?
 - a. Kealpaan identifikasi pasien
 - b. Pengurangan risiko infeksi**
 - c. Meningkatkan risiko jatuh pasien
 - d. Kesalahan lokasi pembedahan
 - e. Meningkatkan kejadian tertusuk jarum
3. Perawat A sedang memberikan *skin test* kepada Tn. B yang berusia 30 tahun untuk mengetahui apakah pasien terdapat alergi obat. Setelah dilakukan *skin test*, diperoleh hasil bahwa Tn. B alergi penisilin. Dalam manajemen *safety*, apakah yang dilakukan oleh perawat?
 - a. Tidak memberikan obat antibiotic apapun
 - b. Mencuci tangan untuk mengurangi INOS
 - c. Melibatkan keluarga dalam pemberian pengobatan
 - d. Memasang terapi oksigen
 - e. Memberi gelang merah pada pasien

Bahan Diskusi

1. Bagaimana cara untuk menanggulangi kejadian tidak diharapkan di rumah sakit?
2. Diskusikan cara meningkatkan *patient safety* di ruang stroke corner.

Daftar Rujukan

- Elrifida, S. 2012. *Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan: Implikasi Kebijakan di Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi*. Jurnal Keperawatan Politeknik Kesehatan Jambi. 6 (2): 61-75.
- Fisher, M., & Scott, M. 2013. *Patient Safety and Managing Risk in Nursing*. Learning Matters.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit, kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Patrisia, I., Pangaribuan, S. M., Aji, Y. G. T., Husaeni, H., Kuswanto, Harli, K., Wahyuni, T. D., Widiatie, W., Masruroh, Prasetyo, J., dan Indrawati. 2022. *Manajemen Patient Safety*. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=6z1vEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA23&dq=konsep+patient+safety+dalam+pelayanan+keperawatan&ots=IMVIWLNWzH&sig=PEJHMg30yfGTwciTvrIW1gM3v_o&redir_esc=y#v=onepage&q=konsep%20patient%20safety%20dalam%20pelayanan%20keperawatan&f=false Diakses pada 02 Juni 2022.
- Pardede, I. P. 2019. *Penerapan Konsep Dasar Proses Keperawatan dalam Meningkatkan Keselamatan dan Kemanan Pasien di Rumah Sakit*.
- Potter, P. A., dan Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, proses, dan praktik*. Ed. 4. Vol. 1. Jakarta: EGC.
- Potter, C. J., Taylor, P. A., dan Perry, C. 2009. *Fundamentals of Nursing, Edition*. Australia: Mosby-Elsevier.



BAB XI

INDIKATOR KLINIK ASUHAN KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami tata kelola RS dan tata kelola klinis dalam perspektif SNARS 2012;
2. Memahami indikator mutu klinik asuhan keperawatan;
3. Memahami konsep kepuasan pasien;
4. Melaksanakan indikator klinik asuhan keperawatan;
5. Mengaplikasikan pengukuran indikator mutu asuhan keperawatan.

Pengantar/Pendahuluan

Standar Akreditasi Rumah Sakit adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. KARS sebagai organisasi non profit yang mengusung visi untuk menjadi bahan akreditasi tingkat nasional dan internasional serta misi untuk membimbing dan membantu rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien melalui akreditasi, telah mendapatkan pengakuan internasional dari *The International Society for Quality in Health Care (ISQua)*. Standar akreditasi untuk rumah sakit yang mulai diberlakukan pada Januari 2018 yang dinamakan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit dan disingkat menjadi SNARS, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit yang dibagi menjadi 4 garis besar yaitu Sasaran Keselamatan Pasien, Standar Pelayanan Berfokus Pasien, Standar Manajemen Rumah Sakit, dan Program Nasional.

Salah satu upaya pemerintah untuk mendorong rumah sakit agar mengutamakan pelayanan, keselamatan dan perlindungan kepada masyarakat adalah dengan mewajibkan rumah sakit untuk melakukan akreditasi. Lembaga independen yang bertugas melakukan akreditasi rumah sakit di Indonesia adalah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Akreditasi yang dilakukan ini menumbuhkan daya saing pada rumah sakit untuk meningkatkan produktivitas dengan standar yang telah ditetapkan. Akreditasi rumah sakit mempunyai dampak positif terhadap kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien dan kepuasan pasien (Algahtani dkk., 2017).

Tata Kelola RS dan Tata Kelola Klinis dalam Perspektif Standar Akreditasi 2012

1. Definisi SNARS

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 merupakan standar pelayanan yang berfokus pada pasien guna meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko atau mengurangi resiko di Rumah Sakit (Kemenkes, 2017). Menurut Permenkes Nomor 012 Tahun 2012 Akreditasi Rumah Sakit atau yang biasa disebut akreditasi merupakan pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan. Standar pelayanan yang dimaksudkan disini adalah semua standard pelayanan yang berlaku di rumah sakit antara lain standar prosedur operasional, standar pelayanan medis, dan standard asuhan keperawatan. Beberapa ketentuan yang diatur dalam UU tentang akreditasi rumah sakit adalah : (1) dalam upaya meningkatkan daya saing, rumah sakit dapat mengikuti akreditasi internasional sesuai kemampuan, (2) rumah sakit yang akan mengikuti akreditasi internasional harus sudah mendapatkan status akreditasi nasional, (3) akreditasi internasional hanya dapat dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang sudah terakreditasi oleh *International Society for Quality in Health Care* (ISQua).

Menurut UU Nomor 34 Tahun 2017 Akreditasi Rumah Sakit merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi. Dalam implementasinya akreditasi rumah sakit ini mencakup tujuan keselamatan pasien, layanan yang berfokus pasien, standar manajemen rumah sakit, program nasional dan integrasi pendidikan dalam pelayanan rumah sakit (Avia & Hariyati, 2019).

2. Tujuan dan Manfaat

Tujuan dan manfaat dari SNARS ini antara lain menambah wawasan serta meningkatkan kemampuan dan keterampilan rumah sakit dalam mengimplementasikan pengelolaan manajemen informasi dan rekam medis berbasis Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) dalam mencapai akreditasi yang paripurna. Standart yang dibuat ini juga bertujuan dalam membantu menjelaskan makna sepenuhnya dari standar itu sendiri. Tujuannya yakni untuk mendiskripsikan rasionalisasi dari standar, menjelaskan bagaimana standar tersebut selaras dengan program secara menyeluruh dengan kata lain mencakup semua program. Selain itu SNARS ini juga dapat menentukan parameter untuk ketentuan lainnya atau memberikan gambaran mengenai ketentuan dan tujuan tujuannya (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

3. Pengelompokkan

Dalam pengelompokkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 sebagai berikut (Kemenkes, 2017):

a. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran 1 :Mengidentifikasi pasien dengan benar

Sasaran 2 :Meningkatkan komunikasi yang efektif

Sasaran 3 :Meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diawasi (obat dengan peringatan alergi)

Sasaran 4 :Memastikan lokasi pembedahan dengan benar, prosedur dengan benar, pembedahan dengan pasien yang benar

Sasaran 5 :Mengurangi terjadinya resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Sasaran 6 :Mengurangi resiko cedera yang terjadi pada pasien akibat terjatuh

b. Standar Pelayanan Berfokus Pasien

1) Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)

2) Hak pasien dan keluarga (HPK)

- 3) Asesmen Pasien (AP) Pengkajian pasien
 - 4) Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
 - 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
 - 6) Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
 - 7) Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
- c. Standar Manajemen Rumah Sakit
- 1) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - 2) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - 3) Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
 - 4) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
 - 5) Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
 - 6) Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
- d. Program Nasional
- 1) Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
 - 2) Menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS
 - 3) Menurunkan angka kesakitan TB
 - 4) Pengendalian dan Resistensi Antimikroba (PRA)
 - 5) Pelayanan geriatri
- e. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan di Rumah Sakit.
4. Kebijakan Keputusan SNARS (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit)

Menurut Wibowo dkk (2017), ketika suatu rumah sakit berhasil memenuhi persyaratan akreditasi KARS, rumah sakit tersebut akan menerima penghargaan Status Akreditasi Sebagai berikut:

- a. Rumah Sakit Non Pendidikan
- 1) Tidak lulus akreditasi, rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 15 bab yang disurvei, semua mendapat nilai kurang dari 60% Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi

dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari surveior dilaksanakan.

- 2) Akreditasi tingkat dasar, 36 Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab yang di survei hanya 4 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.
 - 3) Akreditasi tingkat madya, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 15 bab yang di survei ada 8 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.
 - 4) Akreditasi tingkat utama, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 15 bab yang di survei ada 12 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 3 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.
 - 5) Akreditasi tingkat paripurna, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 15 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80%.
- b. Rumah Sakit Pendidikan
- 1) Tidak lulus akreditasi Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 16 bab yang di survei mendapat nilai kurang dari 60% Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari surveior dilaksanakan.
 - 2) Akreditasi tingkat dasar, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 16 bab yang di survei hanya 4 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.
 - 3) Akreditasi tingkat madya, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 16 bab yang di survei

ada 8 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 8 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

- 4) Akreditasi tingkat utama, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 16 bab yang di survei ada 12 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan mendapat nilai minimal 80% dan 4 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.
- 5) Akreditasi tingkat paripurna, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 16 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80%.

Indikator Mutu Klinik

1. Definisi Manajemen mutu

Menurut Nasution (2010), manajemen mutu merupakan suatu perpaduan dari fungsi manajemen, bagian dari perusahaan dan semua orang yang dibangun berdasarkan konsep kualitas, kerja sama tim, produktivitas dan kepuasan konsumen/klien. Sehingga, manajemen mutu dapat didefinisikan sebagai suatu fungsi manajemen yang melibatkan semua orang dari perusahaan yang dibangun berdasarkan konsep kualitas, *team work*, produktivitas dan kepuasan konsumen untuk menentukan kebijakan mutu yang diwujudkan melalui perencanaan, alokasi sumber daya, implementasi, dan evaluasi.

2. Unsur Utama / Prinsip Manajemen Mutu

Ada beberapa unsur utama dan prinsip manajemen mutu terpadu, yaitu:

a. Fokus kepada pelanggan

Dalam manajemen mutu, pelanggan dapat menilai kualitas dari pelayanan yang diberikan kepada mereka. Selain itu, pelanggan

juga dapat menilai kualitas dari tenaga kerja, proses pelayanan, dan lingkungan yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan.

- b. Obsesi terhadap kualitas
Klien menetapkan kualitas pelayanan yang mereka inginkan. Dengan penetapan kualitas tersebut, pemberi layanan terus berusaha dalam memenuhi keinginan yang telah klien tentukan.
- c. Pendekatan ilmiah
Pendekatan ilmiah dalam manajemen mutu berguna dalam mendesain pekerjaan, membantu dalam proses pengambilan keputusan serta pemecahan masalah. Data yang diperoleh digunakan untuk menyusun tolak ukur dan melakukan perbaikan.
- d. Komitmen jangka panjang
Komitmen jangka panjang digunakan untuk melakukan perubahan akibat dari perubahan budaya.
- e. *Team work*
Suatu organisasi yang menerapkan manajemen mutu terpadu biasanya akan menerapkan kerja sama tim, kemitraan, hubungan baik antara karyawan dan perusahaan, lembaga-lembaga pemerintahan serta masyarakat.
- f. Perbaikan sistem yang berkesinambungan
Perbaikan sistem dilakukan secara berkesinambungan, hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas. Peningkatan kualitas dapat dilakukan dengan memperbaiki sistem yang sebelumnya kurang baik.
- g. Pendidikan dan pelatihan
Melalui pendidikan dan pelatihan, seseorang mampu untuk meningkatkan keterampilan dan keahliannya.
- h. Satu tujuan
Perusahaan harus memiliki kesatuan tujuan, hal ini dilakukan agar manajemen mutu dapat terlaksana dengan baik.
- i. Keterlibatan dan pemberdayaan karyawan

Karyawan merupakan orang yang berhubungan langsung dengan situasi kerja. Sehingga keterlibatan dan pemberdayaan karyawan perlu dilakukan.

j. Kepemimpinan

Pemimpin bertugas untuk membangun kesatuan tujuan dan arah organisasi. Pemimpin harus menciptakan dan memelihara lingkungan internal agar orang dapat terlibat penuh untuk mencapai tujuan organisasi (Nasution, 2010 dalam Mulyadi 2013; Halis, 2017; dan Mutter 2018).

3. Pengukuran Mutu Pelayanan

Terdapat 3 variabel yang dapat digunakan dalam mengukur mutu pelayanan, yaitu:

- a. Input merupakan sumber daya yang dibutuhkan dalam melakukan kegiatan. Misalnya tenaga kesehatan profesional, dana, obat, peralatan, teknologi, standar operasional prosedur, organisasi serta informasi yang tersedia.
- b. Proses merupakan interaksi profesional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan dengan konsumen, yakni pasien dan masyarakat. Ada 3 asas yang harus diperhatikan dalam melakukan interaksi profesional, yaitu :
 - 1) Beneficence
 - 2) Non maleficence
 - 3) Justice
- c. Output merupakan suatu hasil dari pelayanan kesehatan atau keperawatan. Output dapat berupa perubahan yang dialami klien dan kepuasan klien. (Nursalam, 2014, dan Imam, 2017).

Kepuasan Pasien

1. Definisi Kepuasan Pasien

Kepuasan pelanggan atau pasien menurut model kebutuhan adalah suatu keadaan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan pasien

dapat dipenuhi melalui produk atau jasa yang diberikan. Oleh karena itu kepuasan pasien adalah rasio kualitas yang dirasakan oleh pasien (Nursalam, 2014). Kepuasan yang dirasakan pasien tergantung dari persepsi masing-masing terhadap harapan dan kualitas pelayanan yang diterima. Dengan demikian, apabila kinerja dibawah harapan, maka pasien akan sangat kecewa. Apabila kinerja sesuai dengan harapan, maka pasien akan merasa sangat puas dan apabila kinerja melebihi harapan, maka pasien akan merasa sangat puas.

2. Dimensi Kepuasan Pasien

Ada 5 (lima) dimensi yang mewakili persepsi pasien terhadap suatu kualitas pelayanan kesehatan, yaitu: keandalan, ketanggapan, jaminan, empati dan berwujud (Handayani, 2016).

a. Keandalan (*reliability*)

Dimensi yang mengukur keandalan suatu pelayanan kesehatan kepada pasien. Keandalan didefinisikan sebagai kemampuan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya.

b. Ketanggapan (*responsiveness*)

c. Jaminan (*assurance*)

d. Empati (*emphaty*)

e. Berwujud (*tangible*)

Didefinisikan sebagai penampilan fasilitas peralatan dan petugas yang memberikan pelayanan karena suatu servis yang tidak dapat dilihat, dicium, diraba atau didengar maka aspek berwujud menjadi sangat penting sebagai ukuran terhadap pelayanan.

3. Instrumen Kepuasan Pasien

Pengukuran kepuasan pasien memberikan informasi penting tentang kinerja pelayanan kesehatan, sehingga berkontribusi pada kualitas manajemen (Karaca dan Durna, 2019). Kepuasan pasien juga menjadi masukan dan bahan evaluasi dan perencanaan bagi manajemen rumah sakit dan manajemen keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Badrin dkk., 2019). Pengukuran

kepuasan perlu menggunakan instrumen yang sesuai standar, valid dan reliabel melalui metode pengembangan instrumen yang tepat sehingga benar-benar didapatkan data yang valid dan reliable tentang kepuasan pasien. Selain itu, dimensi - dimensi yang diukur perlu dibangun berdasarkan *construct* yang menggambarkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (Polit dan Beck, 2018). Berikut ini instrumen untuk mengukur kepuasan pasien:

- a. *Service Quality (SERVQUAL)*
- b. *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*
- c. *(HCAHPS)Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)*
- d. *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*
- e. *Patient Perception of Hospital Experience with Nursing (PPHEN)*
- f. *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ).*

4. Upaya Meningkatkan Kepuasan Pasien

Rumah sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan pasien. Paradigma baru pelayanan kesehatan mengharuskan rumah sakit memberikan pelayanan berkualitas sesuai kebutuhan dan keinginan pasien dengan tetap mengacu pada kode etik profesi. Profesi perawat berperan penting dalam menciptakan pelayanan yang berkualitas karena perawat merupakan profesi kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan pasien dan keluarga pasien (Nursalam, 2014). Perawat harus memiliki kemampuan dalam hal *responsiveness* (cepat tanggap), *reliability* (pelayanan tepat waktu), *assurance* (sikap dalam memberikan pelayanan), *emphaty* (kepedulian dan perhatian dalam memberikan pelayanan), dan *tangible* (mutu jasa pelayanan) dari perawat kepada pasien (Wiyono, 2016). Perawat dalam meningkatkan asuhan keperawatan untuk kebutuhan rasa aman pasien hendaknya menerapkan penggunaan *caring*. Perilaku *caring* perawat sangat

diperlukan dalam pelayanan keperawatan, karena hal ini dapat mempengaruhi kepuasan pasien (Sukeksi, 2013).

Implementasi Pelayanan Mutu Keperawatan

Menurut Nursalam (2014) Indikator penilaian mutu dalam asuhan keperawatan yakni:

1. Indikator-indikator mutu yang mengacu pada aspek pelayanan meliputi:
 - a. Angka infeksi nosokomial: 1–2%;
 - b. Angka kematian kasar: 3–4%;
2. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS:
 - a. a) Biaya per unit untuk rawat jalan;
 - b. Jumlah penderita yang mengalami dekubitus;
 - c. Jumlah penderita yang jatuh dari tempat tidur
 - d. BOR: 70–85%;
 - e. BTO (Bed Turn Over): 5–45 hari atau 40–50 kali per satu tempat tidur/tahun;
 - f. TOI (Turn Over Interval): 1–3 hari TT yang kosong;
 - g. LOS (Length of Stay): 7–10 hari (komplikasi, infeksi nosokomial; gawat darurat; tingkat kontaminasi dalam darah; tingkat kesalahan; dan kepuasan pasien);
 - h. Normal tissue removal rate: 10%.
3. Indikator mutu yang berkaitan dengan kepuasan pasien dapat diukur dengan jumlah keluhan dari pasien/keluarganya, surat pembaca di koran, surat kaleng, surat masuk di kotak saran, dan lainnya.
4. Indikator cakupan pelayanan sebuah RS terdiri atas:
 - a. Jumlah dan persentase kunjungan rawat jalan/inap menurut jarak RS dengan asal pasien;
 - b. Jumlah pelayanan dan tindakan seperti jumlah tindakan pembedahan dan jumlah kunjungan SMF spesialis;
 - c. Untuk mengukur mutu pelayanan sebuah RS, angka-angka standar tersebut di atas dibandingkan dengan standar (indikator)

nasional. Jika bukan angka standar nasional, penilaian dapat dilakukan dengan menggunakan hasil pencatatan mutu pada tahun-tahun sebelumnya di rumah sakit yang sama, setelah dikembangkan kesepakatan pihak manajemen/direksi RS yang bersangkutan dengan masing-masing SMF dan staf lainnya yang terkait.

5. Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien:
 - a. Pasien terjatuh dari tempat tidur/kamar mandi;
 - b. Pasien diberi obat salah;
 - c. Tidak ada obat/alat emergensi;
 - d. Tidak ada oksigen;
 - e. Tidak ada *suction* (penyedot lendir);
 - f. Tidak tersedia alat pemadam kebakaran

Rangkuman

SNARS merupakan Standar Akreditasi Rumah Sakit terbaru yang dibuat oleh KARS secara mandiri dan berfokus pada pasien. SNARS memiliki beberapa manfaat, antara lain manfaat untuk pasien, manfaat untuk organisasi, dan manfaat untuk staf. SNARS dikelompokkan berdasar sasaran keselamatan pasien agar tidak salah untuk pemberian asuhan terhadap pasien, pelayanan yang berfokus pada pasien yang dilakukan secara kontinu, standar manajemen rumah sakit untuk meningkatkan mutu rumah sakit, serta adanya program nasional untuk mendukung program kerja yang dimiliki oleh pemerintah.

Penilaian yang bisa digunakan untuk mengetahui mutu dan keselamatan pasien yaitu dengan penyusunan regulasi yang sudah ditetapkan, melihat dokumen/bukti audit yang sudah dilaksanakan, mengobservasi kegiatan yang dilakukan oleh surveior, simulasi kegiatan, dan wawancara kegiatan. Rumah sakit memiliki kebijakan umum, yaitu persyaratan Akreditasi Rumah Sakit (PARS) 1-9. Selain itu, survey juga diperlukan dan dilakukan secara berulang serta dilakukan komunikasi

secara berkesinambungan sepanjang siklus akreditasi tiga tahunan rumah sakit terkait.

Latihan Soal-Soal

(Pertanyaan untuk soal nomor 1-3)

Rumah Sakit Medika Insan merupakan Rumah Sakit tipe B di kabupaten Jember yang telah mendapat Akreditasi A. Rumah Sakit ini berdiri di atas lahan seluas 8700 M². Pelayanan medik yang ada di Rumah Sakit ini terdiri dari poli umum, poli THT, poli gigi, poli bedah mulut, poli KIA, Pol kebidanan dan kandungan, poli bedah umum, poli bedah ortopedi, poli anak, poli penyakit dalam, poli jantung, poli kulit dan kelamin, poli mata, GCU, IGD, ruang operasi, dan rawat inap yang berkapasitas 80 tempat tidur. Visi Rumah Sakit Medika Insan adalah menjadi Rumah Sakit yang memberikan perawatan profesional, serta menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien selama perawatan. Pihak Rumah Sakit dan seluruh karyawan bekerja sama dalam mewujudkan misi tersebut. Kebutuhan, dan kepuasan klien merupakan prioritas dari pelayanan yang diberikan. Pihak Rumah Sakit juga selalu mengupdate keilmuan melalui seminar kesehatan dan pelatihan. Upaya yang dilakukan oleh rumah sakit dalam mewujudkan keamanan dan kenyamanan pasien diwujudkan melalui mencegah pasien jatuh, mencegah kesalahan pemberian obat, mencegah infeksi nosokomial, dan menyediakan alat pemadam kebakaran.

Pihak Rumah Sakit selalu berusaha memperbaiki sistem pelayanan yang diberikan. Untuk mengetahui keluhan kesah klien, pihak rumah sakit memberikan kotak saran bagi klien dalam menyampaikan aspirasinya.

1. Unsur apa saja yang tergambar dalam ilustrasi tersebut?
 - a. Satu tujuan, komitmen jangka panjang, *team work*, perbaikan sistem secara berkesinambungan
 - b. **Team work, fokus kepada pelanggan, perbaikan sistem secara berkesinambungan, pendidikan dan pelatihan**

- c. Fokus kepada pelanggan, *team work*, pendidikan dan pelatihan, pendekatan ilmiah
 - d. Komitmen jangka panjang, satu tujuan, keterlibatan dan pemberdayaan karyawan, serta *team work*
2. Indikator penilaian mutu apa saja yang diterapkan oleh Rumah Sakit dalam ilustrasi diatas?
 - a. Infeksi nosokomial, kotak saran, dan keselamatan klien
 - b. Keselamatan klien (pasien jatuh dan kesalahan obat), kepuasan klien (kotak saran), pelayanan (mencegah infeksi nosokomial)**
 - c. Kepuasan klien, keselamatan klien, tingkat efisiensi RS
 - d. Keselamatan klien (pasien jatuh, kesalahan obat, dan infeksi nosokomial), kepuasan klien (kotak saran)
 3. Berdasarkan ilustrasi kasus di atas, dalam proses pembangunan mutu klinik pendekatan dalam dimensi apa yang dilakukan?
 - a. Desain Kualitas**
 - b. Pengendalian Mutu
 - c. Peningkatan Kualitas
 - d. Desain Efektivitas
 4. Elemen yang perlu diketahui oleh rumah sakit dalam penilaian SNARS salah satunya adalah memiliki bukti rekam medis, laporan, serta hasil pelaksanaan kegiatan yang sudah dilakukan. Elemen ini termasuk pada?
 - a. Regulasi
 - b. Observasi
 - c. Simulasi
 - d. Dokumen**

Bahan Diskusi

1. Bagaimana cara untuk meningkatkan kepuasan pasien di rumah sakit?
2. Diskusikan cara yang tepat untuk meningkatkan pengendalian mutu klinik.

Daftar Rujukan

- Algahtani, H., Aldarmahi, A., Manlangit, J., & Shirah, B. (2017). Perception of hospital accreditation among health professionals in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 37(4), 326–332. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.326>
- Avia, I., & Hariyati, R. T. S. (2019). Impact of hospital accreditation on quality of care: A literature review. *Enfermeria Clinica*, 29(3), 315–320. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.003>
- Badrin, N. N., R. Rachmawaty, dan K. Kadar. 2019. Instrumen kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan : literature review. *Jurnal Endurance*. 4(1):87.
- Coban, G. I. dan M. Kasikci. 2010. Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a turkish population. *Journal of Clinical Nursing*. 19(13–14):1929–1934.
- Dodwad, S. S. 2018. Quality Management In Healthcare. *Indian Jurnal Of Public Health*. 57 (3).
- Handayani, S. 2016. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas baturetno. *Profesi (Profesional Islam) : Media Publikasi Penelitian*. 14(1):42.
- Karaca, A. dan Z. Durna. 2019. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*. 6(2):535–545.
- Kemenkes. (2017). *Milik RSUP Dr. Sardjito Tidak untuk diperjual belikan*. 465.
- Komisi, A. R. S. (2017). Standar Akreditasi Rumah Sakit. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, 421.
- Nasution, M. N. 2010. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management)*. Ghalia Indonesia : Jakarta.
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

Polit, D. F. dan C. T. Beck. 2018. *Essentials of Nursing Research : Appraising Evidence for Nursing Practice*. Edisi 9. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.



BAB XII

SUPERVISI KEPERAWATAN, JENJANG KARIR KEPERAWATAN DAN KOMPETENSI PERAWAT KLINIK

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep supervisi dalam keperawatan;
2. Memahami jenjang karir keperawatan;
3. Memahami kompetensi perawatan klinik;
4. Menyusun skenario supervisi keperawatan;
5. Melaksanakan skenario supervisi melalui *role play*.

Pengantar/Pendahuluan

Perawat memainkan peran penting dalam supervisi keperawatan atau pengamatan pelaksanaan keperawatan yang tepat dapat memengaruhi kualitas perawatan pasien (Munawar, dkk. 2019). Dalam pengamatan tenaga keperawatan pada suatu ruang rawat merupakan salah satu bentuk dari manajer keperawatan yang akan memudahkan perawat dalam pekerjaan, mengingat model keperawatan dipilih berdasarkan karakteristik ruangan tempat perawat bekerja. Model supervisi keperawatan digambarkan sebagai pendekatan terstruktur untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan kepada klien, berisi nilai-nilai dan keyakinan (Munawar, dkk. 2019).

Konsep Supervisi Keperawatan

Secara umum supervisi yaitu melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan bawahan untuk menemukan adanya masalah serta dapat segera diberikan petunjuk ataupun bantuan yang bersifat langsung untuk mengatasinya (Munawar, dkk. 2019). Sedangkan Sommer (2020) menyatakan bahwa supervisi adalah suatu proses kemudahan untuk menyelesaikan tugas. Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kegiatan supervisi merupakan kegiatan-kegiatan yang terencana oleh seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Elzeneny, 2017).

Supervisi memiliki pengertian yang sangat luas dalam bidang keperawatan, yaitu meliputi segala bantuan dari pemimpin/penanggung jawab kepada perawat untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan. Supervisi terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan cara memberikan bimbingan, pengarahan, observasi, dan pemberian motivasi serta evaluasi terhadap pendokumentasian tiap-tiap tahap proses keperawatan. Kelengkapan dan kesesuaian dengan standar merupakan variabel yang harus disupervisi (Pratama, 2020). Apabila supervisi dapat dilakukan dengan baik, akan

diperoleh banyak manfaat. Manfaat tersebut diantaranya adalah sebagai berikut (Pratama dkk., 2020) :

1. Supervisi dapat meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.
2. Supervisi dapat lebih meningkatkan efesiensi kerja. Peningkatan efesiensi kerja ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah.

Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, sama artinya dengan telah tercapainya tujuan suatu organisasi sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan memuaskan (Santoso, 2017).

Jenis-Jenis Supervisi Keperawatan

Beberapa model supervisi dapat diterapkan dalam kegiatan supervisi antara lain (Suyanto, 2008):

1. Model konvensional

Model supervisi dilakukan melalui inspeksi langsung untuk menemukan masalah dan kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Supervisi dilakukan untuk mengoreksi kesalahan dan memata-matai staf dalam mengerjakan tugas. Model ini sering tidak adil karena hanya melihat sisi negatif dari pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan para perawat pelaksana sehingga sulit terungkap sisi positif, hal-hal yang baik ataupun keberhasilan yang telah dilakukan.

2. Model ilmiah

Supervisi dilakukan dengan pendekatan yang sudah direncanakan sehingga tidak hanya mencari kesalahan atau masalah saja. Oleh karena itu supervisi yang dilakukan dengan model ini memiliki karakteristik sebagai berikut yaitu, dilakukan secara berkesinambungan, dilakukan

dengan prosedur, instrument dan standar supervisi yang baku, menggunakan data yang objektif sehingga dapat diberikan umpan balik dan bimbingan.

3. Model klinis

Supervisi klinis merupakan landasan praktik klinis dengan pemberian evaluasi, pembinaan, dan umpan balik tentang masalah pribadi, profesional, dan pengembangan pendidikan untuk asuhan keperawatan pasien (Mohamed and Mohamed Ahmed, 2019). Supervisi klinis merupakan salah satu keterampilan yang harus dimiliki seorang kepala ruangan dalam melaksanakan tugasnya sebagai manajer ruangan dan sebagai individu perawat yang dianggap mempunyai kemampuan dan pengalaman sehingga mampu berperan sebagai *role model* dalam menjamin kualitas, akuntabilitas dan efektivitas praktik.

Menurut PMK No 40 tahun 2017 tentang jenjang karir profesional perawat klinis, bahwa peran dari manajer perawat dalam peningkatan jenjang karir perawat adalah salah satunya dengan melakukan supervisi klinik melalui *preceptorship* dan *mentorship*. Hal inilah yang menuntut adanya model supervisi berjenjang yang dilakukan terus menerus melalui proses *preceptorship* oleh *preceptor* maupun atasan dari staf perawat (Dahlia, Novieastari and Afriani, 2020).

4. Model artistic

Supervisi model artistic dilakukan dengan pendekatan personal untuk menciptakan rasa aman sehingga supervisor dapat diterima oleh perawat pelaksana yang disupervisi. Dengan demikian akan tercipta hubungan saling percaya sehingga hubungna antara perawat dan supervisor akan terbuka dan mempermudah proses supervisi.

Proses Supervisi Keperawatan

Dalam kegiatan supervisi, materi atau pengawasannya disesuaikan dengan tugas dari masing-masing perawat pelaksana yang disupervisi yang berhubungan dengan kemampuan dari asuhan keperawatan yang

dilaksanakan. Personil atau bagian yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan supervisi keperawatan, antara lain:

1. Kepala ruangan

Kepala ruangan bertanggung jawab untuk melakukan supervisi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien dalam ruangan yang dipimpinnya (Elzeneny, 2017).

2. Pengawas perawatan (supervisor)

Ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungsional (UPF) memiliki pengawas yang bertanggung jawab mengawasi jalannya pelayanan keperawatan.

3. Kepala bidang keperawatan

Kepala bidang keperawatan bertanggung jawab melakukan supervisi baik secara langsung maupun tidak langsung melalui para pengawas keperawatan dengan kondisi yang aman dan nyaman, efektif dan efisien.

Jenjang Karir Keperawatan

1. Definisi Jenjang Karir Keperawatan

Jenjang karir merupakan sistem untuk meningkatkan kinerja dan profesionalisme sesuai dengan bidang pekerjaan melalui peningkatan kompetensi yang diperoleh dari pendidikan formal, pendidikan informal yang sesuai/relevan maupun pengalaman praktik klinis yang diakui (PMK, 2017). Jenjang karir perawat adalah peningkatan kinerja sesuai dengan kompetensi yang dimiliki untuk pengembangan profesi dan peningkatan pelayanan keperawatan yang lebih baik agar peran perawat menjadi berkembang dan profesional (Puspitaningrum & Tri, 2017).

Dalam penerapannya, jenjang karir membutuhkan waktu dari satu level ke level lain yang lebih tinggi dan dievaluasi berdasarkan penilaian kinerja. Pengembangan sistem jenjang karir profesional bagi perawat dapat dibedakan antara tugas pekerjaan (*job*) dan karir

(*career*). Sistem jenjang karir profesional terdapat beberapa aspek yang saling berhubungan yaitu kinerja, orientasi profesional dan kepribadian perawat, serta kompetensi yang menghasilkan kinerja profesional (PMK, 2017).

2. Tujuan Jenjang Karir Keperawatan

Adapun tujuan dilakukannya sistem jenjang karir menurut PMK No 40 tahun 2017, diantaranya:

- a. Meningkatkan moral kerja (*dead end job/career*)
- b. Menurunkan jumlah perawat yang keluar dari pekerjaannya (*turn over*)
- c. Menata sistem promosi berdasarkan persyaratan dan kriteria yang telah ditetapkan sehingga mobilitas karir agar baik dan benar
- d. Meningkatkan profesionalisme perawat yang mampu memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan efisien
- e. Meningkatkan kepuasan individu perawat terhadap bidang kerja profesi yang ditekuni.

3. Macam-Macam Jenjang Karir Keperawatan

Berdasarkan PMK No 40 Tahun 2017, pengembangan karir profesional perawat mencakup empat peran utama perawat. Setiap peran terdapat 5 level mulai dari level I hingga level V. Berikut 4 peran utama perawat:

- a. Perawat Klinis (PK) : perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung kepada klien sebagai individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat
- b. Perawat Manajer (PM): perawat yang mengelola pelayanan keperawatan di sarana kesehatan, baik sebagai pengelola tingkat bawah (*low management*), tingkat menengah (*middle management*), maupun tingkat atas (*top management*).
- c. Perawat Pendidik (PP): perawat yang memberikan pendidikan kepada peserta didik di institusi pendidikan keperawatan
- d. Perawat Peneliti/Riset (PR): perawat yang bekerja di bidang penelitian keperawatan/kesehatan.

Kompetensi Perawat Klinik

Kompetensi perawat klinis di rumah sakit di deskripsikan sesuai level jenjang karir perawat klinis (PK I – PK V). Berikut Kompetensi sesuai level pada perawat klinis adalah:

1. Perawat Klinis I

Perawat klinis 1 adalah jenjang perawat klinis yang mempunyai kemampuan melakukan asuhan keperawatan dasar dengan penekanan pada keterampilan teknis keperawatan dibawah bimbingan. Kompetensi perawat klinis adalah:

- a. Melakukan asuhan keperawatan (pengkajian, menetapkan diagnosis keperawatan, menetapkan intervensi dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi) dengan lingkup keterampilan teknik dasar.
- b. Menerapkan prinsip etik, legal, dan peka budaya dalam asuhan keperawatan.
- c. Melakukan komunikasi terapeutik di dalam asuhan keperawatan.
- d. Mengumpulkan data riset sebagai anggota tim penelitian.

2. Perawat Klinis II

Perawat klinis II merupakan jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan holistic pada klien secara mandiri dan mengelola klien/sekelompok klien secara tim serta memperoleh bimbingan untuk penanganan masalah lanjut/kompleks. Kompetensi perawat klinis II adalah:

- a. Melakukan asuhan keperawatan dengan tahapan dan pendekatan proses keperawatan pada klien dengan tingkat ketergantungan partial dan *total care*
- b. Menerapkan prinsip kepemimpinan dalam melaksanakan asuhan keperawatan
- c. Mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien untuk menentukan intervensi keperawatan

- d. Menetapkan jenis intervensi keperawatan sesuai tingkat ketergantungan klien
- e. Melakukan kajian insiden keselamatan klien dan manajemen risiko klinis
- f. Melakukan kajian terhadap kejadian dan risiko infeksi pada klien

3. Perawat Klinis III

Perawat klinis III merupakan jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan komprehensif pada area spesifik dan mengembangkan pelayanan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah dan melaksanakan pembelajaran klinis. Kompetensi perawat klinis III adalah:

- a. Melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan tingkat ketergantungan partial dan total dengan masalah kompleks di area keperawatan spesifik
- b. Menetapkan jenis intervensi keperawatan sesuai tingkat ketergantungan klien pada lingkup area spesifik
- c. Menggunakan metode penugasan yang sesuai dalam pengelolaan asuhan keperawatan di unit ruang rawat
- d. Menetapkan masalah mutu asuhan keperawatan berdasarkan kajian standar dan kebijakan mutu
- e. Melaksanakan analisis akar masalah (RCA) dan membuat *grading* risiko terhadap masalah klinis

4. Perawat Klinis IV

Perawat klinis IV adalah jenjang perawatan klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan pada masalah klien yang kompleks di area spesialistik dengan pendekatan tata kelola klinis secara interdisiplin, multidisiplin, melakukan riset untuk mengembangkan praktek keperawatan serta mengembangkan pembelajaran klinis. Kompetensi perawat IV yaitu:

- a. Melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan tingkat ketergantungan total dengan masalah kompleks di area spesialistik

- b. Menetapkan jenis intervensi keperawatan pada lingkup masalah klien yang kompleks di area spesialisik
- c. Menetapkan upaya perbaikan mutu
- d. Melakukan tahapan penyelesaian masalah etik, legal dalam keperawatan dalam berbagai lingkup pelayanan keperawatan
- e. *Failure Mode & Effect Analysis* atau analisis efek & mode kegagalan di pelayanan Kesehatan (HFMEA)

5. Perawat Klinis V

Perawat klinis V merupakan jenjang perawat klinis dengan kemampuan memberikan konsultasi klinis keperawatan pada area spesialisik, melakukan tata Kelola klinis secara transdisiplin, melakukan riset klinis untuk pengembangan praktik, profesi dan Pendidikan keperawatan. Kompetensi perawat klinis V adalah:

- a. Merumuskan strategi penanganan akar masalah dan risiko klinis secara lintas disiplin
- b. Menganalisis potensi risiko klinis dari intervensi keperawatan
- c. Mengembangkan metoda perbaikan mutu asuhan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah
- d. Menyediakan pertimbangan klinis sebagai konsultan dalam asuhan keperawatan klien dengan masalah klien yang kompleks di area spesialisik

Rangkuman

Supervisi keperawatan adalah salah satu bentuk manajemen keperawatan yang menjadi landasan praktik keperawatan dan dilakukan secara berkesinambungan dengan memberikan pembinaan sehingga mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Supervisi keperawatan dilaksanakan oleh personil atau bagian yang bertanggung jawab antara lain:

1. Kepala ruangan,
2. Pengawas perawatan (supervisor),
3. Kepala bidang keperawatan.

Sasaran yang harus dicapai dalam pelaksanaan supervisi antara lain: pelaksanaan tugas keperawatan, penggunaan alat yang efektif dan ekonomis, sistem dan prosedur yang tidak menyimpang, pembagian tugas dan wewenang, penyimpangan/penyelengan kekuasaan, kedudukan dan keuangan. Ada beberapa model supervisi keperawatan yang dapat diterapkan antara lain: model konvensional, model ilmiah, model klinik dan model artictic.

Jenjang karir perawat adalah peningkatan kinerja sesuai dengan kompetensi yang dimiliki untuk pengembangan profesi dan peningkatan pelayanan keperawatan yang lebih baik agar peran perawat menjadi berkembang dan profesional. Jenjang karir disusun berdasarkan profil kompetensi posisi yang harus dimiliki seseorang dalam menjabat suatu posisi di tempat kerja. Manfaat dengan adanya jenjang karir yang jelas dan terstruktur akan menjadikan motivasi untuk karyawan untuk meningkatkan kinerjanya.

Latihan Soal-Soal

1. Seorang kepala ruangan ICCU, menemukan perawat yang sedang mengalami kesulitan dalam memasang infus, kemudian kepala ruangan tersebut membantu dalam memasang infus. Apakah fungsi yang sedang dilakukan oleh kepala ruangan tersebut ?
 - a. **Supervisi**
 - b. Koordinasi
 - c. Evaluasi
 - d. Edukasi
 - e. Komunikasi
2. Perawat Susi sebagai ketua tim memonitoring perawat pelaksana ketika melakukan perawatan pasien luka bakar dan memberikan arahan serta motivasi agar perawat pelaksana dapat melakukan perawatan luka dengan benar. Apakah kegiatan yang sedang dilakukan oleh perawat Susi tersebut?
 - a. Supervisi tidak langsung
 - b. **Supervisi langsung**

- c. Investigasi
 - d. Kolaborasi
 - e. Negosiasi
3. Seorang perawat lulusan Ners 2 tahun bekerja di rumah sakit X. Perawat ini dalam kesehariannya bekerja menunjukkan antusiasme terhadap pekerjaannya dan juga berkomitmen tinggi pada institusi dan pada bidang pekerjaan yang digeluti, namun secara kompetensi perawat ini menunjukkan keterampilan yang masih kurang. Untuk menunjang karir perawat, tindakan manager terhadap perawat tersebut adalah?
- a. Diawasi dalam melakukan tindakan keperawatan
 - b. Membiarkan perawat tersebut dalam tindakan keperawatan
 - c. Memberi dukungan perawat
 - d. Memberikan pengarahan untuk mengikuti pelatihan**
 - e. Memberdayakan dan mendukung semua tindakan perawat
4. Seorang perawat X dengan status pendidikan D3 dengan pengalaman kerja 6 tahun yang memiliki kompetensi memberikan asuhan keperawatan lanjut dalam lingkup medical bedah, maternitas, pediatrik, jiwa, komunitas dan juga gawat darurat. Perawat X juga melakukan asuhan keperawatan dengan keputusannya sendiri dan berperan sebagai perawat serja pendidik bagi klien serta keluarga dan perawat X mampu mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti. Dalam penjelasan tersebut perawat X merupakan perawat tingkat?
- a. Perawat Klinis I
 - b. Perawat Klinis II
 - c. Perawat Klinis III**
 - d. Perawat Klinis IV
 - e. Perawat Klinis V

Bahan Diskusi

1. Bagaimana cara supervisi yang efektif menurut Anda?
2. Diskusikan tentang apa saja yang perlu dipersiapkan jika akan melakukan supervisi.
3. Jika Anda menjadi kepala ruang perawatan, hal apa yang akan Anda terapkan untuk kepuasan klien?

Daftar Rujukan

- Arwani. 2006. *Manajemen Bangsal Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Elzeneny, S. R., Seada, A. M., Aleametewy, A. E. (2017). Effect of Clinical Supervision Training Program for Nurse Managers on Quality of Nursing Care in Intensive Care Units. *International Journal of Nursing didactics*. 7 (8 : 8-17.
- Noprianty, R. 2019. Jenjang Karir Perawat dan Kepuasan Pasien terhadap Kualitas Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia* 5(2), p.146-156
- Nursalam, M. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursing supervision*. (2016). 23(4), 7748. <https://doi.org/10.7748/nop.2016.e815>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis*. 2017. Jakarta : Menteri Kesehatan Indonesia.
- Suroso, J. 2011. Penataan Sistem Jenjang Karir Berdasarkan Kompetensi Untuk Meningkatkan Kepuasan Kerja Dan Kinerja Perawat Di Rumah Sakit. *Ekplanasi: Vol 6 (2)*.
- Suwardianto, H., Astutik, V. W. 2020. *Buku Ajar Keperawatan Kritis: Pendekatan Evidence Base Practice Nursing*. Kediri: Chakra Brahmanda Lentera.



BAB XIII

PATIENT CENTERED CARE DALAM ASUHAN KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep *patient centered care* dalam asuhan keperawatan;
2. Menerapkan konsep *patient centered care* dalam asuhan keperawatan;
3. Melaksanakan pengukuran *patient centered care* melalui instrument PCC.

Pengantar/Pendahuluan

Rumah sakit mempunyai peran penting dalam dunia kesehatan karena merupakan tempat untuk membantu pengobatan dan pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Rumah sakit juga merupakan salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat Indonesia. Kualitas pelayanan kesehatan yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan pengalaman yang baik pada diri pasien. Makin sempurna pengalaman yang didapat tersebut, makin baik pula kualitas pelayanan kesehatan.

Pengalaman pasien selama mendapatkan pengobatan dan pelayanan kesehatan di rumah sakit berdeda-beda antara pasien yang datang. Pengalaman tersebut ada karena adanya kontak antara tenaga kesehatan yakni Perawat, Dokter, dan tenaga kesehatan lainnya yang merawat, maupun tenaga non kesehatan, sehingga pengalaman yang didapatkan dapat terjadi setelah pasien tersebut mendapatkan kepuasan dalam pengobatan maupun pelayanan selama di rumah sakit.

Pelayanan keperawatan yang diberikan harus mengacu pada aturan dan norma yang sudah ditetapkan sesuai standart yang berlaku. Setiap tindakan yang dilakukan juga harus berdasarkan pada SOP (Standar Operasional Prosedur). Pelayanan keperawatan perlu diberikan secara komprehensif. Kebutuhan pasien sebagai makhluk bio-psiko, sosio, kultural harus dipenuhi. Pelayanan keperawatan sebagai pelayanan profesional merupakan pelayanan yang bersifat humanistik diberikan berfokus pada pasien atau *Patient Centered Care* yang merupakan suatu pendekatan untuk membina hubungan timbal balik antara pemberi pelayanan dan pasien sehingga akan mengurangi konflik yang selama ini timbul sebagai akibat sedikitnya komunikasi dan informasi (Ernawati dan Lusiani, 2019).

Konsep Patient Centered Care

Patient centered care (PCC) merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang menciptakan hubungan kerja sama yang baik diantaranya praktisi kesehatan, pasien dan keluarga untuk menjamin bahwa keputusan yang sudah dibuat menghormati apa yang diinginkan pasien, kebutuhan pasien, pilihan pasien, menjamin pasien mendapatkan pengetahuan dan mendukung pasien dalam pengambilan keputusan serta berpartisipasi dalam proses perawatan mandiri (Merav dan Ohad, 2017). Perawatan ini berfokus pada sudut pandang dan keadaan pasien dalam pengambilan keputusan serta ketetapan tujuan pasien untuk mencapai kesejahteraan kesehatan (Zhao dkk., 2016).

Patient centered care disebut juga sebagai perawatan dengan responsivitas pada kebutuhan dan keinginan pasien untuk menuntun pasien dalam menjalani aktivitas, menerima informasi, dan mengambil keputusan selama proses perawatan (Zhao dkk., 2016). *Patient Centered Care* (PCC) memiliki enam komponen utama, yaitu mengeksplorasi penyakit dan riwayat penyakit, memahami pasien secara utuh dari perspektif bio-psiko-sosial, menemukan penyebab, meningkatkan hubungan dokter-pasien untuk menciptakan hubungan terapeutik, bersikap realistis, serta menggabungkan pencegahan dan promosi kesehatan. Perawat menunjukkan rasa hormat dan mendukung preferensi kebutuhan pasien dan keluarga sangat penting untuk memastikan pendekatan perawatan yang holistic (Ignatavicius & Heimgartner, 2023). Sebagai advokat pasien, perawat juga memastikan bahwa otonomi pasien harus dihormati. Selain itu, terdapat 4 prinsip pelaksanaan *patient centered care* menurut *Picker Institute* dalam *Patient Centered Care Improvement Guide* meliputi *dignity and respect, information sharing, participation* dan *collaboration* (Frampton, 2008 dalam Atmajaya dkk., 2018).

Aspek Patient Centered Care

Aspek-aspek pelayanan yang mengharuskan diterapkannya pemberian *patient centered care* di rumah sakit sesuai Standar Akreditasi RS versi 2012, diantaranya (Rosa, 2018) :

1. Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
3. Assesmen Pasien (AP)
4. Pelayanan Pasien (PP)
5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
6. Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
7. Pendidikan Pasien dan Keluarga

Dimensi Patient Centered Care

Patient centered care memiliki 8 dimensi yang terdiri dari (Tseng dan Hicks, 2016):

1. Menghormati nilai-nilai, pilihan dan kebutuhan yang diutarakan oleh pasien
2. Koordinasi dan integrasi asuhan
3. Informasi, komunikasi dan edukasi
4. Kenyamanan fisik
5. Dukungan emosional dan penurunan rasa takut dan kecemasan
6. Keterlibatan keluarga dan teman
7. Asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar
8. Akses terhadap pelayanan

Hambatan Pelaksanaan Patient Centered Care

Adapun hambatan pada setiap pelaksanaan *patient centered care* (PCC), diantaranya (Rosa, 2018) :

1. Kesulitan selama proses perekrutan dan mempertahankan dokter
2. Kurang menentukan batasan keberhasilan yang dicapai staf sehingga memicu timbulnya kesulitan untuk menetapkan kesepakatan dengan tenaga kesehatan lain, sosial, budaya, dan faktor ekonomi pasien
3. Kesulitan merekrut tenaga kesehatan di lingkungan sekitar akibat syarat perekrutan yang ketat
4. Keterbatasan alat dalam mengukur kinerja PCC dan minimnya apresiasi terhadap pelayanan yang telah dilakukan
5. Faktor ekonomi yang rendah
6. Tenaga kesehatan atau staf yang sulit merubah pola pelayanan atau kebiasaan saat berinteraksi dengan pasien maupun saat berhadapan dengan faktor budaya dan sosial ekonomi.

Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Patient Centered Care

Faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan *patient centered care* antara lain (Rosa, 2018) :

1. Kepemimpinan
2. Visi strategis
3. Keterlibatan antara pasien dan keluarga
4. Memperhatikan lingkungan kerja sebagai perawatan
5. Sistematis pengukuran dan tanggapan
6. Kualitas lingkungan
7. Teknologi yang mendukung

Rangkuman

Patient Centered Care (PCC) merupakan suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia pelayanan, pasien, dan keluarga (Rachma dan Kamil, 2019). PCC merupakan model pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai pusat perawatan. *Pickter Institute* menetapkan delapan dimensi dari PCC, yaitu *respect for patients' values, preferences and expressed needs, coordination and integration of care, information, and education, physical comfort, emotional support and alleviation of fear and anxiety, involvement of family and friends, transition and continuity* dan *access to care*.

Latihan Soal-Soal

1. Pada pernyataan tentang perbedaan Model Tradisional dengan *Patient Centered Care* di bawah ini mana yang paling benar...
 - a. **Pada model tradisional dokter merupakan unit central dan pada *patient centered care* pasien merupakan unit central**
 - b. Pada model tradisional dokter merupakan unit central dan pada *patient centered care* perawat merupakan unit central
 - c. Pada model tradisional perawat merupakan unit central dan pada *patient centered care* pasien merupakan unit central
 - d. Pada model tradisional dokter merupakan unit central dan pada *patient centered care* dokter merupakan unit central
 - e. Pada model tradisional pasien merupakan unit central dan pada *patient centered care* pasien merupakan unit central
2. Pada konsep inti *Patient Centered Care* terdapat 3 faktor dalam sistem, diantaranya adalah...
 - a. Struktur, *Income*, *Outcome*
 - b. **Struktur, Proses, *Outcome***
 - c. Proses, *Income*, *Outcome*
 - d. Struktur, Proses, *Income*
 - e. Struktural, Manajemen, Proses

3. Terdapat 8 dimensi dalam *Patient Centered Care*, salah satu diantaranya adalah...
 - a. Mutu pelayanan kesehatan
 - b. Struktural manajemen keperawatan
 - c. **Asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar**
 - d. Proses keperawatan yang berkualitas
 - e. Tidak menghormati pilihan pasien dan keluarga

Bahan Diskusi

1. Anda adalah seorang ketua tim dalam layanan keperawatan. Konsep PCC seperti apa yang akan Anda terapkan untuk kemandirian klien?
2. Bagaimana cara penerapan PCC pada pasien yang mengalami kondisi *denial*?

Daftar Rujukan

- Ernawati, E. dan M. Lusiani. 2019. Studi Fenomenologi : Pelaksanaan Patient Center Care Perspektif Pasien Dan Perawat Di Rs Dr. Dradjat Prawiranegara Serang. *Faletehan Health Journal*. 6(3):83–90.
- Fauzan, A. dan H. Widodo. 2019. Hubungan Pelaksanaan Patient Centered Care Dengan Pengalaman Klien Rawat Inap Rumah Sakit Sari Mulia Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*. 10(2):505–518.
- Ignatavicius, D., & Heimgartner, N. M. 2023. *Medical-Surgical Nursing: Concept for Clinical Judgment and Collaborative Care*. 11th Edition. Elsevier Health Sciences.
- Marti, E., S. Andarini, dan R. Lestari. 2015. Studi Fenomenologi Penerapan Prinsip Patient Centered Care Pada Saat Proses Resusitasi Di IGD Rsud Saiful Anwar Malang. *The Indonesian Journal of Health Science*,. 6(1):1–17.
- Notoatmodjo, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Nursalam. 2015. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rachma, A. H. dan H. Kamil. 2019. Pelaksanaan Patient Centered Care Di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*. 10(1):1–10.
- Rosa, E. M. 2018. *Patient Centered Care Di Rumah Sakit Konsep Dan Implementasi*. Jakarta: LP3M Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Setianingsih, E., S. Susilaningsih, dan A. Anna. 2018. University Research Colloquium 2018 Stikes Pku Muhammadiyah Surakarta Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Patient Centered Care (PCC) Di Ruang Icu RS Di Kabupaten Kebumen. *University Research Colloquium*. (2011):386–391.
- Tseng, E. K. dan L. K. Hicks. 2016. Value based care and patient-centered care: divergent or complementary? *Current Hematologic Malignancy Reports*. 11(4):303–310.
- Zhao, J., S. Gao, J. Wang, X. Liu, dan Y. Hao. 2016. Differentiation Between Two Healthcare Concepts: Person-Centered And Patient-Centered Care. *International Journal of Nursing Sciences*. 3(4):398–402.



BAB XIV

FUNGSI PENGAWASAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep fungsi pengawasan dalam manajemen keperawatan;
2. Memahami prinsip pengawasan pelayanan kesehatan;
3. Melaksanakan cara pengawasan dalam layanan kesehatan.

Pengantar/Pendahuluan

Manajemen Keperawatan memiliki beberapa fungsi dalam merencanakan, mengorganisasi, memimpin, dan mengevaluasi saran dan sarana. Hal ini bisa memberikan asuhan keperawatan yang efektif serta efisien terhadap individu, keluarga, kelompok serta masyarakat. Salah satu proses manajemen adalah *controlling* yang merupakan proses terakhir dari manajemen tetapi bukan langkah terakhir dalam manajemen. Karena seperti kita ketahui bahwa proses manajemen merupakan proses yang berkesinambungan, dimana setiap fungsi manajemen saling memberikan kontribusi yang sama terhadap keberlangsungan proses manajemen. Proses *controlling* menjadi salah satu proses yang memberikan kontribusi yang besar terhadap proses selanjutnya khususnya dalam merencanakan strategi baru guna mencapai tujuan yang diharapkan.

Dalam bidang keperawatan pengendalian merupakan upaya mempertahankan mutu, kualitas atau standar. Output (hasil) dari suatu pekerjaan dikendalikan agar memenuhi keinginan (standar) yang telah ditetapkan. Pengendalian difokuskan pada proses yaitu pelaksanaan asuhan keperawatan dan pada output (hasil) yaitu kepuasan pelanggan, keluarga, perawat dan dokter. Indikator mutu yang merupakan output adalah BOR, LOS, TOI, dan Audit dokumentasi keperawatan. Kepala ruangan akan membuat laporan hasil kerja bulanan tentang semua kegiatan yang dilakukan (proses evaluasi = audit proses) terkait dengan MPKP. Data tentang indikator mutu dapat bekerja sama dengan tim rumah sakit atau ruangan membuat sendiri. Audit dokumentasi keperawatan dilakukan pada rekam medik yang pulang atau yang sedang dirawat lalu dibuat rekapitulasinya untuk ruangan. Survei masalah pasien yang diambil dari pasien baru yang dirawat pada bulan yang bersangkutan untuk menganalisa apakah ada masalah baru yang belum dibuat standar asuhannya. Ketua tim akan memberi kontribusi data yang dibutuhkan oleh kepala ruangan dalam menilai pencapaian kegiatan MPKP.

Pengertian Fungsi Pengawasan

Controlling atau pengawasan adalah suatu fungsi yang terus menerus dari manajemen keperawatan yang terjadi selama perencanaan, pengorganisasian, dan pengerahan aktivitas. Melalui proses ini standar dibuat dan kemudian digunakan, diikuti umpan balik yang menimbulkan perbaikan (Swansburg, 2000).

Controlling atau pengendalian adalah penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat dengan mengukur dan mengkaji struktur, proses, dan hasil pelayanan asuhan keperawatan sesuai standar dan keadaan institusi untuk mencapai dan mempertahankan kualitas. *Controlling* dalam pelayanan kesehatan adalah sebuah proses untuk mengamati pelaksanaan pelayanan secara terus menerus agar tetap sesuai dengan rencana yang sudah disusun dan jika ada penyimpangan maka akan diadakan evaluasi (Ariga, 2020).

Tujuan Pengawasan Pelayanan Kesehatan

Menurut Ariga (2020) tujuan dari *controlling* dalam pelayanan keperawatan adalah untuk meningkatkan pencapaian serta kinerja, memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan standar dan juga memungkinkan para pengawas untuk mengetahui kekurangan dari pada pelayanan yang mereka berikan kepada masyarakat

Sedangkan menurut Supinganto (2020) tujuan dari diadakannya *controlling* adalah untuk dapat mengetahui kekurangan serta kesalahan apa saja yang terjadi selama pemberian pelayanan kesehatan sehingga kekurangan maupun kesalahan tersebut dapat diperbaiki dan dicegah agar tidak terjadi lagi.

Manfaat Pengawasan Pelayanan Kesehatan

Controlling sendiri memiliki beberapa manfaat diantara lain yaitu (Ariga, 2020):

1. Untuk mengetahui sejauh mana petugas melaksanakan program yang sudah disepakati serta apakah sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan
2. Untuk mengetahui apakah ada penyimpangan pemahaman pada setiap petugas ketika menjalankan tugas yang diberikan dan jika ada kesalahan pemahaman maka pemimpin dapat memberikan petugas tersebut sebuah pelatihan guna untuk mengatasi penyimpangan pemahaman tersebut
3. Untuk mengetahui apakah sumber daya kebutuhan dan juga waktu yang digunakan telah digunakan secara efisien
4. Untuk mengetahui penyebab daripada adanya penyimpangan
5. Untuk mengetahui mana petugas yang perlu untuk diberikan penghargaan atau dipromosikan naik jabatan atau bahkan diberikan pelatihan khusus untuknya.

Karakteristik Pengawasan

Berikut ini merupakan karakteristik pengawasan (*controlling*) menurut Ariga (2020):

1. Menunjukkan sifat dari aktivitas
2. Melaporkan kesalahan-kesalahan dengan segera
3. Memandang ke depan
4. Menunjukkan penerimaan dari titik kritis
5. Objektif
6. Fleksibel
7. Menunjukkan pola organisasi
8. Ekonomis

9. Mudah dimengerti
10. Menunjukkan tindakan perbaikan

Prinsip Pengawasan Pelayanan Kesehatan

Menurut Ariga, (2020) dalam prinsipnya pelaksanaan *controlling* di pelayanan kesehatan dapat di uraikan sebagai berikut:

1. Pelaksanaan pengawasan yang dilakukan oleh pimpinan terhadap staf yang bekerja harus dapat dipahami dan dimengerti oleh para staf sehingga hasil yang diberikan dapat diukur dengan mudah oleh pimpinan.
2. Fungsi pengawasan harus dipahami oleh pimpinan
3. Standar unjuk kerja perlu dijelaskan kepada seluruh staf pelayanan kesehatan yang bekerja.

Cara-Cara Pengawasan

Strategi adalah rencana lengkap yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari suatu organisasi. Umumnya strategi yang digunakan oleh manajer dalam menjalankan *controlling* ada 3 strategi pendekatan yaitu :

1. Market
2. Birokrasi
3. Pendekatan kelompok

Hal yang berpengaruh besar pada strategi pelaksanaan kontrol adalah *self-control* atau biasa disebut dengan kontrol khusus, pendekatan dengan kontrol ini merupakan sebagai pelengkap dari 3 pendekatan meliputi market, birokrasi dan kelompok. *Self-control* dapat dilakukan melalui pelatihan serta mampu mendorong individu untuk berinisiatif dalam mengenali masalah dirinya sendiri terlebih dahulu sehingga jika individu mampu mengenali masalahnya sendiri, mereka akan lebih peka pada kekuasaan individu.

Menurut Supinganto (2020), pelaksanaan dalam *controlling* dapat dilakukan dengan cara berikut :

1. Melakukan evaluasi pada pelaksanaan perencanaan
2. *Pre-conference*, operan, dan *post-conference*
3. Ronde keperawatan
4. Mengetahui produktivitas berdasarkan *Gann Chart* yang telah dibuat
5. Melakukan program evaluasi dan *Peer Review*

Proses Pengawasan Pelayanan Kesehatan

Terdapat empat langkah utama dalam pengendalian organisasi yaitu menetapkan standar, mengukur kinerja, membandingkan kinerja nyata dengan standar yang ditentukan dan mengambil tindakan koreksi (perbaikan) jika terjadi penyimpangan. Berikut ini adalah pembahasan singkat mengenai empat langkah dalam proses pengendalian organisasi (Ariga, 2020).

1. Menetapkan Standar (*Establishing Standards*)

Dalam menetapkan standar dilakukan dengan cara menetapkan sasaran atau target yang harus dicapai dalam menjalankan fungsi manajemen. Standar ini akan digunakan sebagai patokan untuk mengukur dan mengevaluasi kinerja dari suatu unit kerja, departemen ataupun organisasi secara keseluruhan. Standar dapat juga disebut sebagai kriteria untuk menilai kinerja organisasi atau unit kerja dari organisasi tersebut. Menurut Ariga (2020), umumnya standar dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu *Tangible* dan *Intangible*.

a. *Tangible* (terukur atau nyata)

Tangible adalah standar yang dapat diukur dan nyata. Biasanya disebut juga dengan Standar yang terukur (*Measurable Standards*). Standar Terukur yang ditentukan oleh Manajemen dapat berupa Standar waktu yang harus dicapai (*Time*), standar biaya (*Cost*), standar penjualan (*Sales*), standar pangsa pasar (*Market Share*),

standar produktivitas (*Productivity*) hingga laba yang harus dicapai (*Profit*).

b. *Intangible* (Tidak Terukur atau tidak berwujud)

Intangible adalah standar yang tidak dapat diukur secara moneter ataupun angka. Standar *Intangible* ini lebih sulit diukur jika dibandingkan dengan standar *tangible*. Contohnya Standar *Intangible* seperti sikap dan tingkah laku seorang karyawan, penyimpangan pekerjaan seorang karyawan, kreativitas karyawan ataupun kesetiaan pelanggan.

Adapun standar dalam pelaksanaan meliputi standar masukan, standar proses, dan standar keluaran yang akan dijelaskan di bawah ini:

- a. Standar masukan merupakan standar yang menjamin bahwa pekerjaan yang dilakukan harus berjalan sesuai dengan jadwal, staf atau pegawai yang bekerja sesuai dengan penugasan, pemakaian sumber daya dan biaya yang digunakan masih dalam batas yang direncanakan
- b. Standar proses merupakan standar yang menjamin bahwa fungsi, kegiatan dan tugas yang diharapkan dijalankan dengan norma yang sudah ditetapkan dan standar kinerja dipenuhi
- c. Standar keluaran/hasil merupakan standar yang menjamin bahwa pelayanan yang diselenggarakan dalam sebuah organisasi atau kegiatan dapat berjalan sesuai dengan rencana, pencatatan dapat dipercaya dan pelaporan dikerjakan serta masyarakat puas dengan pelayanan yang diberikan.

2. Mengukur Kinerja (*Performance Measurement*)

Langkah kedua dalam fungsi Pengendalian Manajemen adalah mengukur kinerja. Manajer dapat lebih mudah mengukur kinerja apabila unit/satuan ataupun kriteria kinerja telah ditentukan sebelumnya. Pada dasarnya, pengukuran kinerja harus berada pada unit atau satuan yang sama dengan kriteria yang telah ditentukan. Unit/satuan atau tolak ukur harus terdefinisi dengan baik dan seragam

sepanjang proses pengukuran atau penilaian ini. Misalnya, jika kita menentukan standar produktivitas adalah dalam bentuk satuan persentasi (%), kita harus tetap menggunakan persentasi (%) untuk mengukurnya dan tidak boleh menggunakan satuan lain seperti biaya (Rupiah) untuk mengukurnya.

3. Membandingkan kinerja aktual dengan Standar yang ditentukan (*Comparison of actual and standard performance*)

Membandingkan kinerja aktual dengan standar yang ditentukan merupakan langkah yang sangat penting. Langkah penetapan standar dan langkah pengukuran kinerja pada dasarnya adalah langkah persiapan, sedangkan langkah perbandingan ini merupakan langkah aktif yang harus dikerjakan oleh manajemen. Manajer juga harus mengetahui dan membedakan yang mana merupakan penyimpangan minor (kecil) yang dapat diabaikan terlebih dahulu dan yang mana merupakan penyimpangan utama yang harus segera mengambil tindakan yang serius.

4. Mengambil tindakan koreksi/perbaikan (*Taking Corrective Action*)

Begitu penyimpangan dan penyebab penyimpangan diketahui, tahap selanjutnya adalah mengambil tindakan perbaikan. Jika penyimpangan yang terjadi merupakan penyimpangan kecil yang masih dapat diterima maka tidak perlu melakukan tindakan korektif. Namun jika penyimpangan yang terjadi adalah penyimpangan besar yang telah melampaui batas yang dapat diterima maka harus segera mengambil tindakan perbaikan dan mengambil tindakan-tindakan pencegahan supaya tidak terjadi lagi dikemudian hari.

Rangkuman

Controlling merupakan proses untuk mengamati terus menerus pelaksanaan kegiatan yang sudah disiapkan dan melakukan koreksi jika terjadi penyimpangan. Pengawasan tidak diartikan sebagai pemeriksaan dan mencari kesalahan, tetapi lebih pada pengawasan partisipatif yaitu pelaporan pelaksanaan kegiatan, yang memberikan penghargaan

pada keberhasilan dan memberi jalan keluar pada hal-hal yang belum terpenuhi. *Controlling* merupakan salah satu proses dalam manajemen keperawatan yang tidak kalah penting dalam proses pelaksanaannya adalah pengendalian atau *controlling* yang merupakan proses terakhir dari manajemen tetapi bukan langkah terakhir dalam manajemen karena proses dalam setiap fungsi manajemen saling berkesinambungan dan memberikan kontribusi yang sama (Ariga, 2020). Pengawasan dalam manajemen keperawatan bermanfaat dalam hal mengetahui perkembangan kinerja staf, memantau adanya penyimpangan dilapangan dan mengetahui sebab terjadinya, memantau ketersediaan sumber daya dan kecukupan waktu (Ariga, 2020).

Latihan Soal-Soal

1. Kepala ruang melakukan fungsi *controlling*nya terhadap perawat pelaksana yang bertugas di ruang inap penyakit infeksi menular dengan menjelaskan terlebih dahulu hal yang sudah tertulis di SOTK puskesmas terkait dengan tugas pokok dan fungsi pengawasan. Dalam hal ini pelaksanaan pengawasan yang dilakukan oleh pimpinan terhadap staf yang bekerja harus dipahami oleh para staf sehingga hasil yang diberikan dapat diukur dengan mudah oleh pimpinan. Berdasarkan uraian diatas merupakan salah satu bagian dari fungsi pengawasan adalah?
 - a. Tujuan pengawasan
 - b. Manfaat pengawasan
 - c. Tipe pengawasan
 - d. Prinsip pengawasan**
 - e. Strategi pelaksanaan pengawasan
2. Pemimpin melakukan tindakan memantau kinerja dan membandingkan hasil-hasil dengan tujuan, serta tindakan mengadakan perbaikan, proses pengumpulan dan penafsiran umpan balik kinerja sebagai dasar tindakan konstruktif dan perbaikan-

perbaikan apabila dipandang perlu, merupakan pengertian dari fungsi manajemen?

- a. **Controlling**
 - b. Organizing
 - c. Actuating
 - d. Planning
 - e. Coordinating
3. Tuan A merupakan lulusan Ners baru dan sudah bekerja selama 5 bulan di sebuah pelayanan kesehatan swasta. Berdasarkan dari kinerja selama di rumah sakit Tuan A menunjukkan antusiasme dan komitmen yang tinggi pada institusi dan bidang yang digelutinya, namun secara kompetensi Tuan A masih tergolong kurang terampil dan kurang kecakapannya, ia cenderung belum tanggap terhadap apa yang seharusnya dilakukan. Berdasarkan kasus di atas bagaimana sikap manajemen dalam menghadapi Tuan A sebagai Ners tersebut?
- a. Mengajari dan membimbing (*Coaching*)
 - b. Diberdayakan (*empower*)
 - c. **Diawasi (*controlling*)**
 - d. Diarahkan (*directing*)
 - e. Didukung (*support*)
4. Terdapat beberapa karakteristik dari pengawasan. Salah satunya pengawasan adalah proses berkelanjutan yang artinya...
- a. Pengawasan melibatkan peninjauan kinerja yang maksudnya seseorang tidak dapat mengukur hasil dari suatu peristiwa yang belum terjadi
 - b. Pengawasan terdiri dari unsur-unsur yang sama terlepas dari jenis organisasi atau fungsi yang akan dikendalikan. Tanggung jawab setiap manajer untuk mengatur aktivitas yang sedang berlangsung dan menjaga agar tetap fokus pada pencapaian tujuan
 - c. Pengukuran diperlukan untuk memeriksa atau memantau kinerja aktual dan mengawasi aktivitas. Proses kontrol membutuhkan

- hasil pengukuran untuk dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan sebelumnya sehingga dapat terlihat kinerja dari seseorang.
- d. Kontrol dirancang untuk mengekang tren yang tidak diinginkan dan untuk membentuk pola peristiwa masa depan. Ini mendorong orang untuk menyesuaikan diri dengan norma dan standar yang ada.
 - e. **Selama organisasi itu ada maka diperlukan pengawasan. Pengawasan adalah proses yang dinamik bukan statis.**
5. Seorang manajer selalu mengendalikan anggotanya agar tidak terjadi penyimpangan, memperbaiki berbagai penyimpangan, mendinamisasikan organisasi, mempertebal rasa tanggung jawab. Tindakan manajer tersebut termasuk dalam?
- a. Azas-azas pengendalian
 - b. Proses-Proses pengendalian
 - c. Sifat-sifat pengendalian
 - d. Macam-macam pengendalian
 - e. **Fungsi pengendalian**

Bahan Diskusi

1. Jika Anda sebagai kepala ruang perawatan, proses pengawasan seperti apa yang akan Anda terapkan?
2. Dalam masa kepemimpinan Anda di sebuah ruang perawatan, berapa kali Anda lakukan *controlling* terhadap layanan kesehatan?

Daftar Rujukan

- Anwar. 2016. Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Dengan Penerapan Patient Safety Culture di Rumah Sakit Umum Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.
- Ariga, R. A. (2020). Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan. Sleman. Deepublish.

- Putri, A. D. A., dan Alfi, A. F. R. 2020. Hubungan Pengawasan Kepala Ruang dengan Kinerja Perawat dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan di RSUD I.A Moeis Samarinda. *Borneo Student Research*. 1(3): 2118-2187.
- Suryanti, N., dan T. S. Hariyanti. 2020. Manfaat, Pendukung, Hambatan, Pelaksanaan dan Dampak Ketidaktepatan Pelaksanaan Supervisi Terhadap Perawat di Rumah Sakit : Tinjauan Literatur. *Wacana Kesehatan*. 5(1): 487-496.
- Supinganto, A., I. Hadi., H. P. Rusiana., Zuliardi., H. Istianah., R. A. Utami., dan M. R. Rahmana. 2020. *Praktik Manajemen Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Bandung :Panca Terra Firma.



DAFTAR PUSTAKA

- Aineka, G. 2015. Tanggungjawab Perawat Terhadap Pasien Dalam Pelimpahan Kewenangan Dokter Kepada Perawat. *JOM*. 2(1): 1-15.
- Algahtani, H., Aldarmahi, A., Manlangit, J., & Shirah, B. (2017). Perception of hospital accreditation among health professionals in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 37(4), 326–332. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.326>.
- American Nurses Association. 2012. *ANA's Principles for Nurse Staffing*. Edisi Kedua. Maryland: The Publishing Program of ANA.
- Amir, H., A. M. Irwan dan A. Saleh. 2019. Gambaran Pelaksanaan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) Dalam Mendukung Peningkatan Pengetahuan Dan Profesionalitas Perawat. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Edisi Khusus 2019*. 24-29.

- Anggarawati,T., dan N.W.Sari. 2016. Kepentingan Bersama Perawat – Dokter dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. 12 (1).
- Anies, N. F. 2016. Pengembangan Protokol Diskusi Refleksi Kasus (DRK) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Sumatera Utara. *Skripsi*. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Anwar. 2016. Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Dengan Penerapan Patient Safety Culture di Rumah Sakit Umum Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.
- Ardakani, M. F., M. A. MorowatiSharifabad, M. A. Bahrami, dan H. Fallahzadeh. 2019. Psychometric Properties of The Persian Questionnaire Health Action Process Approach on The Effective Communication Between Nurses and The Patient. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 7(4): 673-679.
- Ariga, R. A. (2020). Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan. Sleman. Deepublish.
- Arwani. 2006. *Manajemen Bangsal Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Asmara, R. 2020. *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Edisi 1. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Aswad, H. N., & Ferrial, E. (2016). Influence of Education Level, Training and Compensation Against Nurse Performance at UIT Hospital. *Jurnal Mirai Management*.
- Avia, I., & Hariyati, R. T. S. (2019). Impact of hospital accreditation on quality of care: A literature review. *Enfermeria Clinica*, 29(3), 315–320. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.003>.
- Badrin, N. N., R. Rachmawaty, dan K. Kadar. 2019. Instrumen kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan : literature review. *Jurnal Endurance*. 4(1):87.

- Barbara L, Y dan Lynne R, C. 2020. *Fundamentals Of Nursing: Active Learning for Collaborative Practice*, Second Edition. Canada : Elseiver.
- Coban, G. I. dan M. Kasikci. 2010. Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a turkish population. *Journal of Clinical Nursing*. 19(13-14):1929-1934.
- Cummings, G. G. K. Tate, S. Lee, C. A. Wong, T. Paananen, S. P. M. Micaroni, G. E. Chatterjee. Leadership Style and Outcome Patterns For The Nursing Workface and WorkEnvironment: A Systematic Review. *International Journal Of Nursing Studies*. 85: 19-60.
- Depkes. R. I. 2005. *Pedoman Pengembangan Jenjang karir profesional perawat. Direktorat Bina Keperawatan, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik*, Departemen Kesehatan R.I.
- Dewi, C. I. S. 2014. Hubungan Kegiatan Diskusi Refleksi Kasus Dengan Motivasi Belajar Perawat Di IRNA C RSUP Sanglah Denpasar. *Skripsi*. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Dodwad, S. S. 2018. Quality Management In Healthcare. *Indian Jurnal Of Public Health*. 57 (3).
- Downs, S., Downs, S., Hospital, C., Service, H., Sunshine, T., & Private, C. 2013. Continuing professional development in nursing in Australia: Current awareness, practice and future directions, 45(1), 33-45.
- Elrifda, S. 2012. *Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan: Implikasi Kebijakan di Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi*. *Jurnal Keperawatan Politeknik Kesehatan Jambi*. 6 (2): 61-75.
- Elzeneny, S. R., Seada, A. M., Aleametewy, A. E. (2017). Effect of Clinical Supervision Training Program for Nurse Managers on Quality of Nursing Care in Intensive Care Units. *International Journal of Nursing didactics*. 7 (8 : 8-17).

- Ernawati, E. dan M. Lusiani. 2019. Studi Fenomenologi : Pelaksanaan Patient Center Care Perspektif Pasien Dan Perawat Di Rs Dr. Dradjat Prawiranegara Serang. *Faletehan Health Journal*. 6(3):83–90.
- Fauzan, A. dan H. Widodo. 2019. Hubungan Pelaksanaan Patient Centered Care Dengan Pengalaman Klien Rawat Inap Rumah Sakit Sari Mulia Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*. 10(2):505–518.
- Febrina, dkk. 2018. Pengetahuan Perawat Terhadap Pelaksanaan Timbang Terima Pasien sesuai SOP. *REAL in Nursing Journal (RNJ)*. 1(2): 60–66.
- Fisher, M., & Scott, M. 2013. *Patient Safety and Managing Risk in Nursing*. England: Learning Matters.
- Gillies, D. A. (1996). *Nursing Management A System Approach*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Gillies, DA. (2000). *Nursing Management A system Approach*. Philadelphia: WB. Sauders Company.
- Gita Adelia, Setiawan, & R. H. S. 2019. Persepsi perawat dan manajer tentang model penugasan keperawatan. *Jurnal Ilmiah Permas Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*. 9(3):295–300.
- Griffiths, P., C. Saville., J. Ball., J. Jones., dkk. 2019. Nursing Workload, Nurse Staffing Methodologies And Tools: A Systematic Scoping Review And Discussion. *International Journal Of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103487>
- Gulo, A. R. B. 2019. Pengaruh pelaksanaan manajemen konflik oleh kepala ruangan pada motivasi kerja perawat pelaksana di rumah sakit Martha Friska Medan. *Indonesian Trust Health Journal*. 2 (1): 113–121.
- Hakim, L., Sugiyanto, E., & Ar Razaq, H. A. (2017). *Upaya Pengembangan Organisasi Di Industri Batik*. 1992, 407–420.

- Handayani, S. 2016. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas baturetno. *Profesi (Profesional Islam) : Media Publikasi Penelitian*. 14(1):42.
- Hersey, P. and Blanchard, K.. (1977). *Management of Organizational Behavior 3er Edition-Utilizing Human Resources*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ignatavicius, D., & Heimgartner, N. M. 2023. *Medical-Surgical Nursing: Concept for Clinical Judgment and Collaborative Care*. 11th Edition. Elsevier Health Sciences.
- Ismaniar, H. 2018. *Manajemen Unit Kerja: Untuk Perekam Medis dan Informatika Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat Keperawatan dan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Julianto, M. 2016. Peran dan Fungsi Manajemen dalam Manajemen Konflik. *Jurnal.fatmawatihospital.com*.
- Karaca, A. dan Z. Durna. 2019. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*. 6(2):535–545.
- KBBI, 2016. KBBI Daring. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/manajemen> [diakses pada 5 oktober 2020].
- KEMENKES RI. 2016. *Manajemen Dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan*. Edisi 1.
- Kemenkes. (2017). *Milik RSUP Dr. Sardjito Tidak untuk diperjual belikan*. 465.
- KEMENKES. 2019. *PEDOMAN PENILAIAN PRESTASI KERJA PEGAWAI DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN*. Jakarta: MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit, kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan; Komunikasi dalam Keperawatan*.

- Komisi, A. R. S. (2017). Standar Akreditasi Rumah Sakit. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, 421.
- Kozier, B., Erb., & Oliver, R. (1998). *Fundamental of nurshing: consept, process and practice* (4th ed.). Addison-Wesley Publishing CO.
- Krisnawati, K. M. (2017). *Empat Pilar Metode Keperawatan Profesioanal*. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Gillies, D. A. 1989. *Nursing Management. System Approachers*. Edisi 2. Philadelphia: W.B. Saunders CO.
- Kuncoro, Agus. 2010. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta. Nuha medika.
- Kurniasih, Y., Ardani dan Widiastuti. 2020. Implementasi Diskusi Refleksi Kasus (DRK) Meningkatkan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan SOP Manajemen Nyeri. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*. 148-152.
- Kurniawan, R. (2017). Unsur Perencanaan Strategi dalam Organisasi. *Sintesa STIE Sebelas April*, 1, 74–79.
- Kurniawan, R., dkk. 2019. *Timbang Terima Pasien di Rumah Sakit di Kabupaten Ciamis*. Ciamis : Stikes Muhammadiyah Ciamis.
- Lachance, C. 2014. Nursing Journal Clubs: A Literature Review on the Effective Teaching Strategy for Continuing Education and Evidence-Based Practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(12), 559–565. <http://doi.org/10.3928/00220124-20141120-01>
- Latta, G. F. (2015). Modeling the cultural dynamics of resistance and facilitation: Interaction effects in the OC3 model of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 28(6), 1013–1037. <https://doi.org/10.1108/JOCM-07-2013-0123>
- Lombogia, M. 2013. RELATIONSHIP BETWEEN LEADERSHIP STYLES AND CONFLICT MANAGEMENT OF ROOM HEADS IN BETHESDA PUBLIC HOSPITAL OF TOMOHON. *Tesis*. Program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin.

- Mamik. 2014. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Edisi Pertama. Sidoarjo: Zifatama Jawara.
- Mamik. 2015. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Sidoarjo: Zifatama Publisher.
- Marquis, B. L., Carol J. H. 2017. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 9th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Marti, E., S. Andarini, dan R. Lestari. 2015. Studi Fenomenologi Penerapan Prinsip Patient Centered Care Pada Saat Proses Resusitasi Di IGD Rsud Saiful Anwar Malang. *The Indonesian Journal of Health Science*,. 6(1):1-17.
- Mugianti, S. 2016. *Manajemen dan Kepemimpinan dalam Praktek Keperawatan*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Murray, E. 2022. *Nursing Leadership and Management: for Patient Safety and Quality Care*. Second Edition. Philadelphia: FA Davis Company.
- Nindi, E., F. Mendur, dan D.L.Marentek. 2017. Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pensokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Anggrek 2 RSUP Prof. DR. R.D. Kandou Manado. *Journal of Comunnity & Emergency*. 5(3).
- Nasution, M. N. 2010. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management)*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurdiani, M. D., B. Dedi, dan W. H. Susilo. 2018. Implementasi fungsi pengorganisasian dan supervisi oleh kepala ruangan di rumah sakit ibu dan anak cinta kasih ciputat study phenomenology. *Juperdo*. 7(2):82-91.
- Nursalam. 2015. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nurhidayah. (2014). Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) TIM dalam Peningkatan Kepuasan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal kesehatan UIN Alauddin*, 7(2), 410-426.
- Naicker, V dan Hoque. 2017. Leadership Effectiveness Within The Function of Nursing Managemement. *Journal of Contemporary Management*. Vol. 14(3): 291-329.
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Nursing supervision*. (2016). 23(4), 7748. <https://doi.org/10.7748/nop.2016.e815>.
- Noprianty, R. 2019. Jenjang Karir Perawat dan Kepuasan Pasien terhadap Kualitas Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia* 5(2), p.146-156.
- Oesman, F. 2018. A. *Pengertian Staffing*. <https://docplayer.info/72001244-A-pengertian-Staffing.html>. [Diakses pada 2 November 2020].
- Pardede, I. P. 2019. Penerapan Konsep Dasar Proses Keperawatan dalam Meningkatkan Keselamatan dan Keamanan Pasien di Rumah Sakit.
- Patrisia, I., Pangaribuan, S. M., Aji, Y. G. T., Husaeni, H., Kuswanto, Harli, K., Wahyuni, T. D., Widiatie, W., Masruroh, Prasetyo, J., dan Indrawati. 2022. Manajemen Patient Safety. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=6z1vEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA23&dq=konsep+patient+safety+dalam+pelayanan+keperawatan&ots=IMVIWLNWzH&sig=PEJHMg30yfGTwciTvrIW1gM3v_o&redir_esc=y#v=onepage&q=konsep%20patient%20safety%20dalam%20pelayanan%20keperawatan&f=false Diakses pada 02 Juni 2022.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis*. 2017. Jakarta: Menteri Kesehatan Indonesia.
- Permatasari, dkk. 2014. *Efektifitas Post Conference terhadap Operan Shift di Ruang Rawat Inap RSUD Ungaran*. Semarang: STIKES Telogorejo Semarang.

- Pertiwi B., Rr. Tutik S. H., Siti A. 2018. Swot Analysis Of Nursing Clinic Profesional Career Laddersystem (SJKP2K) In Military Hospital Jakarta. *International Journal of Nursing and Health Services*. 1(1): 60-67.
- Pery, A. K., Slamet I. 2018. Establishment of Tunas Harapan Islamic Hospitals at Salatiga, Central Java, Indonesia: A SWOT Analysis. *Advances in Research*. 15(4): 1-9.
- Polit, D. F. dan C. T. Beck. 2018. *Essentials of Nursing Research : Appraising Evidence for Nursing Practice*. Edisi 9. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Potter, C. J., Taylor, P. A., dan Perry, C. 2009. *Fundamentals of Nursing, Edition*. Australia: Mosby-Elsevier.
- Potter, P. A., dan Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, proses, dan praktik*. Ed. 4. Vol. 1. Jakarta: EGC
- Putra, K. R. dan I. Subekti. 2010. PENGARUH pelaksanaan fungsi manajerial kepala ruang dalam metode penugasan tim terhadap kinerja ketua tim di rsu dr saiful anwar malang. *Jurnal Keperawatan*. 1(2):110–117.
- Putri, A. D. A., dan Alfi, A. F. R. 2020. Hubungan Pengawasan Kepala Ruang dengan Kinerja Perawat dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan di RSUD I.A Moeis Samarinda. *Borneo Student Research*. 1(3): 2118-2187.
- Rachmah. 2018. Optimalisasi Keselamatan Pasien Melalui Komunikasi SBAR dalam Handover. *Idea Nursing Journal*. IX(1).
- Rachma, A. H. dan H. Kamil. 2019. Pelaksanaan Patient Centered Care Di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*. 10(1):1–10.
- Rifa'i, M. (2017). Pengelolaan Terhadap Perubahan dan Perkembangan Organisasi. *Manajemen Pendidikan Dan Keislaman*, 54–68.
- Ritonga, E. P., & Damanik, H. (2018). Pengaruh Penelitian dan Penerapan Penilaian Kinerja Perawat Pelaksana Terhadap Layanan Asuhan

- Keperawatan di Rumah Sakit Swasta Kota Medan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 4(2), 495-502.
- Roekel, Jannine van Schothorst-van., A. M. J. W. M. Weggelaar-Jansen., A. A. de Bont dan I. Wallenburg. 2020. The balancing act of organizing professionals and managers: An ethnographic account of nursing role development and unfolding nurse-manager relationships. *Journal of Professions and Organization*: 1–17.
- Roni, A., A. 2020. Pengantar Manajemen : Teori dan Aplikasi. Malang. AE Publishing.
- Rosa, E. M. 2018. *Patient Centered Care Di Rumah Sakit Konsep Dan Implementasi*. Jakarta: LP3M Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Rusdi, W. Oktoviyant, dan Rado. 2019. Efektivitas Timbang Terima Metode SBAR Terhadap Mutu Asuhan Keperawatan. *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan*. 4(1): 40-44.
- Setianingsih, E., S. Susilaningsih, dan A. Anna. 2018. University Research Colloquium 2018 Stikes Pku Muhammadiyah Surakarta Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Patient Centered Care (PCC) Di Ruang Icu RS Di Kabupaten Kebumen. *University Research Colloquium*. (2011):386–391.
- Setyawan, F. E. dan S. Supriyanto. 2019. *Manajemen Rumah Sakit*. Edisi Pertama. Sidoarjo: Zifatama Jawa.
- Siahaan, A., & Zen, W. L. (2012). *Manajemen perubahan: Telaah konseptual, filosofis dan praksis terhadap kebutuhan melakukan perubahan dalam organisasi*. Citapustaka Media Perintis.
- Soesanto, Danoe & T. Eryad. 2019. Perhitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan WISN di RS. Gotong Royong. *Journal of Health Sciences*. Vol 12(2):71-81. <https://journal2.unusa.ac.id/index.php/JHS/article/view/554/854>

- Supinganto, A., I. Hadi., H. P. Rusiana., Zuliardi., H. Istianah., R. A. Utami., dan M. R. Rahmana. 2020. *Praktik Manajemen Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Bandung: Panca Terra Firma.
- Suroso, J. 2011. Penataan Sistem Jenjang Karir Berdasarkan Kompetensi Untuk Meningkatkan Kepuasan Kerja Dan Kinerja Perawat Di Rumah Sakit. *Ekplanasi: Vol 6 (2)*.
- Suryanti, N., dan T. S. Hariyanti. 2020. Manfaat, Pendukung, Hambatan, Pelaksanaan dan Dampak Ketidaktepatan Pelaksanaan Supervisi Terhadap Perawat di Rumah Sakit : Tinjauan Literatur. *Wacana Kesehatan*. 5(1): 487-496.
- Sutarsih, A. 2018. Sinkronisasi Pengaturan Pelimpahan Wewenang Tindakan Medis kepada Perawat untuk Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Hermeneutika*. Vol. 2 No.1.
- Supinganto, A., I. Hadi., H. P. Rusiana, Zuliardi, H. Istianah, R. A. Utami, dan M. R. Rahmana. 2020. *Praktik Manajemen Keperawatan: Teori dan Aplikasinya*. Surabaya: Pantera Publishing.
- Suwardianto, H., Astutik, V. W. 2020. Buku Ajar Keperawatan Kritis: Pendekatan Evidence Base Practice Nursing. Kediri: Chakra Brahmanda Lentera.
- Taylor, R., Ellen, M., Caroline, M. 2017. Standing Order Use in General Practice: The Views of Medicine, Nursing and Pharmacy Stakeholder Organisations. *Journal of Primary Health Care*. Vol. 9 No. 1.
- Telaumbanua, Hariesty, Talenta N. 2019. Kemampuan Pemimpin Keperawatan dalam melakukan Manajemen Konflik Untuk Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. *Kajian ilmiah*. Program studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Uniersitas Sumatera Utara.
- Tseng, E. K. dan L. K. Hicks. 2016. Value based care and patient-centered care: divergent or complementary? *Current Hematologic Malignancy Reports*. 11(4):303–310.

- Weiss, S., Tappen R., dan Grimley, K. 2023. *Essentials of Nursing Leadership & Management*. Eight edition. Philadelphia: Davis Company.
- Wilkinson, J. 2015. Nurses' Reported Use of Standing Orders in Primary Health Care Services. *Journal of Primary Health Care*. Vol. 7 No. 1.
- Winardi. 2017. *Teori Organisasi & Pengorganisasian*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wijaya, C., & Rifa'i, M. (2016). *Dasar Dasar Manajemen: Mengoptimalkan Pengelolaan Organisasi Secara Efektif dan Efisien*. [http://repository.uinsu.ac.id/2836/1/Dasar-Dasar Manajemen.pdf](http://repository.uinsu.ac.id/2836/1/Dasar-Dasar%20Manajemen.pdf).
- Zhao, J., S. Gao, J. Wang, X. Liu, dan Y. Hao. 2016. Differentiation Between Two Healthcare Concepts: Person-Centered And Patient-Centered Care. *International Journal of Nursing Sciences*. 3(4):398–402.
- Zulkarnai. 2017. Analisis Pelaksanaan Fungsi Manajemen Pengarahan Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Dalam Menerapkan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Bima. *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan*. 1(2): 230-255.



Glosarium

- Analisis SWOT : Metode perencanaan yang digunakan untuk mengkaji faktor internal dan faktor eksternal dalam organisasi
- Delegate : Seseorang yang menerima pelimpahan tugas wewenang dari delegator
- Delegator : Seseorang yang bertugas memberikan pelimpahan tugas terhadap individu yang tepat menerima delegasi
- Demokratif : Pendekatan di mana pemimpin mengambil keputusan secara kooperatif dan pemimpin yang kooperatif ini memiliki moral yang tinggi dalam bekerjasama
- Demokratis : Pemimpin berbaur dengan kelompoknya dengan mempertimbangkan kemampuan kelompoknya
- Diagnosis : Perencanaan dan pengorganisasian

Diagram <i>Fish Bone</i>	: Digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah dan akar penyebab suatu masalah
Diskusi Refleksi Kasus	: Suatu kegiatan yang digunakan untuk memecahkan suatu masalah yang muncul dalam pelayanan kesehatan
Filosofi	: Nilai-nilai dan keyakinan yang menyangkut keyakinan dan praktik keperawatan dalam suatu organisasi
Implementasi	: Ketenagaan dan pengarahan
ISBAR	: <i>Introduction, Situation, Background, Assessment, dan Recommendation</i>
Jenjang karir	: Pengakuan terhadap pengalaman dan kinerja perawat serta kesempatan untuk mengembangkan kinerja profesionalisme sesuai kompetensi yang ada
Kharismatik	: Mampu memikat dengan mudah sehingga memperoleh pengikut yang cukup besar
Kepemimpinan	: Suatu keterampilan atau penggunaan keterampilan yang dapat mempengaruhi orang lain untuk melakukan sesuatu secara maksimal dengan kemampuan yang dimiliki
Kolaborasi kesehatan	: Suatu kerja sama antar profesi kesehatan yang memiliki standard dan budaya profesional berbeda dengan klien maupun keluarga klien
Koordinasi	: Kegiatan melakukan komunikasi dan hubungan dengan pihak terlibat dalam melancarkan kegiatan agar terjadi keselarasan tindakan, usaha, sikap, dan penyesuaian antar tenaga yang ada di tempat kerja
Laissez faire	: Kepemimpinan yang tergantung bawahannya dalam membuat tujuan tertentu

- Manajemen : Suatu proses untuk melaksanakan pekerjaan melalui orang lain, berfungsi untuk melakukan semua kegiatan yang perlu dilakukan dalam rangka mencapai tujuan dalam batas-batas yang telah ditentukan pada tingkat administrasi
- Manajemen Asuhan Keperawatan : Suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep-konsep manajemen di dalamnya seperti perencanaan, pengorganisasian, implementasi, pengendalian dan evaluasi
- Manajemen keperawatan : Proses penyelesaian sebuah pekerjaan melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan dengan menggunakan sumber daya secara efektif yang komprehensif pada individu atau kelompok baik sehat maupun sakit melalui proses keperawatan untuk tujuan yang telah ditetapkan
- MAKP : Kerangka kerja yang mencakup 4 unsur yakni standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP
- Misi : Uraian yang berisi pernyataan operasional guna mencapai visi yang telah ditetapkan
- Metode Douglas : Jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien, masing-masing kategori mempunyai nilai standar per-*shift*
- Metode fungsional : Pengorganisasian tugas keperawatan yang didasarkan kepada pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan
- Metode Gillies : Rumus kebutuhan tenaga keperawatan di suatu unit perawatan
- Metode kasus : Perawat bertanggung jawab terhadap pasien berdasarkan rasio satu perawat untuk satu pasien dengan pemberian perawatan konstan untuk periode tertentu
- Model Modifikasi : Penggunaan metode asuhan keperawatan dengan modifikasi antara tim dan primer

- Metode tim : Pengorganisasian pelayanan keperawatan oleh sekelompok perawat kepada sekelompok klien yang dipimpin oleh perawat teregistrasi dan berpengalaman serta memiliki pengetahuan dalam bidangnya
- Metode WISN : Perhitungan besarnya kebutuhan tenaga kerja di suatu unit kerja berdasarkan beban kerja, sehingga alokasi ataupun relokasi akan lebih mudah dan rasional
- Model Alokasi Klien : Pengorganisasian pelayanan/asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu perawat pada saat tugas/jaga selama periode waktu tertentu sampai klien pulang
- Model primer : Suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana perawat profesional bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan selama 24 jam/hari
- Movement : Analisa gap antara status keinginan dengan status saat ini dan mencermati program-program perubahan yang sesuai supaya dapat memberi solusi yang tepat dan dapat mengurangi resistensi terhadap perubahan
- MPKP : Sistem yang mencakup struktur, proses dan nilai profesional yang memungkinkan perawat profesional untuk mengelola asuhan keperawatan dan mengatur lingkungan untuk mendukung asuhan keperawatan
- Organisasi Lini : Pembagian tugas dan wewenang terdapat perbedaan yang nyata antara suatu organisasi pemimpin dan satuan organisasi pelaksana
- Organisasi Staf : Dalam organisasi dikembangkan satuan organisasi staf yang berperan sebagai pembantu pemimpin
- Organisasi Matriks : Sebuah struktur organisasi, dimana setiap karyawan bertanggung jawab kepada manajer fungsional atau manajer divisi dan manajer proyek atau manajer kelompok

Orientasi	: Memberikan informasi yang berhubungan dengan lingkungan kerja baru dalam suatu organisasi, meliputi organisasi tata laksana, kebijakan, tugas, fungsi, tanggung jawab, dan wewenang bagi pegawai baru
Otokratis	: Sebuah pendekatan kekuasaan untuk mencapai sebuah keputusan dan pengembangan sebuah struktur
Otoriter	: Diktator terhadap anggotanya
Partisipatif	: Sebuah tindakan yang lebih banyak mengambil keputusan dengan mengajak bawahan untuk membahas wewenang sehingga keputusan yang diambil tidak terkesan sepihak
<i>Patient Centered Care</i>	: Bentuk pelayanan kesehatan yang menciptakan gubungan kerja sama antara praktisi kesehatan, pasien, dan keluarga untuk menjamin bahwa keputusan yang dibuat menghormati apa yang diinginkan pasien
<i>Patient Safety</i>	: Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman
Pendelegasian	: Penyerahan tanggung jawab kinerja atau suatu tugas dari suatu individu kepada individu lain sedangkan pertanggung jawaban tetap tergantung hasilnya
Pengkajian	: Manajemen pengumpulan data
Pengarahan	: Serangkaian proses bimbingan kepada anggota organisasi supaya mampu bekerja sama dengan baik dan mampu bekerja secara optimal demi kepentingan organisasi
Pengawasan	: Suatu proses untuk mengamati pelaksanaan rencana kerja yang telah disusun dan mengevaluasi adanya penyimpangan yang terjadi
Pengorganisasian	: Suatu proses dalam mengelompokkan aktivitas dan pengelompokan sumber daya

- Perencanaan : Suatu proses menentukan cara terbaik agar dapat mencapai tujuan organisasi
- Post-conference* : Kegiatan diskusi yang dilakukan oleh ketua tim serta perawat pelaksana mengenai kegiatan yang dilakukan selama *shift* sebelum dilakukannya operan *shift* berikutnya
- Pre-conference* : Diskusi yang dilakukan oleh perawat tentang aspek klinik setelah operan dan sebelum melakukan asuhan keperawatan kepada pasien
- Pseudo-demokratis : Semi demokratis atau manipulasi diplomatik
- Rencana harian : Rencana yang berisikan setiap kegiatan perawat setiap harinya yang telah dibuat oleh kepala ruang, ketua tim atau perawat primer dan perawat pelaksana
- Refreezing : Dilakukan upaya untuk membuat perilaku yang baru tetap berjalan dengan mengembangkan *new self-concept and identity* serta *new interpersonal relationships*
- Rencana bulanan : Rencana yang berisikan kegiatan perawat selama 1 bulan dan harus sinkron dengan rencana harian
- Rencana tahunan : Rencana yang dibuat setiap tahun sekali berdasarkan evaluasi kegiatan tahun sebelumnya
- Seleksi : Proses memilih diantara pelamar dengan kualifikasi terbaik untuk pekerjaan atau posisi tertentu
- Staffing* : Suatu fungsi manajemen yang berupa penyusunan personalia dalam suatu organisasi mulai dari perekrutan tenaga kerja, pengembangan, hingga usaha agar setiap petugas memberikan tenaga dan pikiran secara maksimal

- Standar Akreditasi Rumah Sakit : Pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien
- Standing order : Suatu bentuk aturan pelimpahan wewenang secara tertulis yang diberikan oleh dokter kepada perawat yang telah menjalani pelatihan dan berkompeten untuk menjalankan tindakan medic yang akan dilakukan dalam jangka waktu yang cukup lama atau secara terus menerus
- Supervisi : Melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan bawahan untuk menemukan adanya masalah serta dapat segera diberikan petunjuk ataupun bantuan bersifat langsung untuk mengatasinya
- Timbang terima : Suatu teknik yang digunakan untuk menyampaikan dan menerima suatu informasi yang hubungannya dengan keadaan pasien
- Unfreezing : Tahap dimana teori perilaku manusia dan perilaku organisasi dibentuk dengan melibatkan beberapa pihak untuk memahami kondisi dimana membutuhkan suatu perubahan
- Visi : Dasar untuk membuat suatu perencanaan sehingga disusun secara singkat, jelas, dan mendasar serta ada batasan waktu untuk pencapaian



Indeks

A

Akomodasi, 119, 123
Analisis SWOT, 29, 30, 243

C

Controlling, 49, 79, 221, 222, 226,
227, 228
Coordinating, 228

D

Delegasi, v, 142, 148, 149, 150, 254
Demokratis, 11, 12, 17, 243
Diagnosis, 9, 243
Diskusi Refleksi Kasus, 156, 157,
160, 167, 231, 232, 233, 236,
244

E

Evaluasi, 10, 65, 72, 89, 161, 208

I

Implementasi, 10, 34, 47, 51, 167,
192, 218, 229, 232, 236, 237,
240, 244

J

Jenjang karir, 18, 69, 203, 208, 233,
244

K

Kepemimpinan, v, 2, 10, 12, 13, 14,
15, 34, 50, 102, 143, 189, 215,
235, 237, 244, 253, 254
Kharismatik, 11, 17, 244
Kolaborasi, v, 120, 123, 143, 145,
146, 147, 150, 151, 152, 209,
244, 254
Kompensasi, 74
Kompetensi, v, 118, 129, 185, 205,
206, 207, 210, 241, 254
Kompromi, 117, 123
Komunikasi efektif, 128, 129, 136

L

Laissez faire, 244

M

Manajemen, iii, v, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15, 18, 19, 22, 27, 34, 44, 50, 54, 67, 82, 87, 102, 103, 106, 113, 121, 124, 125, 153, 167, 168, 179, 182, 185, 187, 196, 210, 214, 217, 218, 220, 224, 225, 229, 230, 232, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 245, 247, 253, 254, 255

Menghindar, 119, 123

Model asuhan keperawatan alokasi klien, 46

Model asuhan keperawatan profesional, 85

Model asuhan keperawatan tim, 45

Model fungsional, 100

Model modifikasi, 95

Model primer, 246

Model tim, 100

O

Organizing, 5, 16, 49, 54, 228

Otokratis, 14, 247

Otoriter, 10, 17, 247

P

Partisipatif, 14, 247

Patient Centered Care, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 234, 237, 239, 240, 247, 254

Patient Safety, v, 153, 170, 179, 229, 232, 233, 234, 237, 238, 247, 254

Pengkajian, 9, 47, 88, 117, 160, 161, 185, 247

Pengorganisasian, v, 5, 7, 9, 22, 32, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 48, 51, 242, 245, 246, 247, 254

Perencanaan, v, 5, 7, 9, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 160, 236, 243, 248, 254

Planning, 5, 16, 49, 79, 228

Post conference, 130

Pre conference, 130

Pseudo-demokratis, 11, 248

R

Rencana bulanan, 248

Rencana harian, 248

Rencana tahunan, 248

S

Smoothing, 119, 123

Staffing, 54, 59, 78, 79, 81, 231, 234, 238, 248

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, 182, 183, 184, 185

Standing order, 142, 143, 249

Supervisi, v, 32, 200, 201, 202, 207, 208, 209, 230, 241, 249, 254

T

Timbang terima, 128, 129, 137, 249



Biografi Penulis



Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep., Ph.D, lahir di Jombang, Jawa Timur. Penulis lulus pendidikan keperawatan untuk studi Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Brawijaya pada tahun 2004. Pada tahun 2007 melanjutkan studi di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan dan lulus tahun 2009. Setelah itu penulis mendapat kesempatan melanjutkan studi Doktoral Keperawatan di Chang Gung University Taiwan dan lulus tahun 2019. Sejak tahun 2009 hingga sekarang, penulis merupakan dosen Fakultas Keperawatan Universitas Jember.



Dr. Ns. Dodi Wijaya M.Kep. lahir di Jember. Lulus pendidikan keperawatan untuk studi Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Airlangga pada tahun 2007. Kemudian melanjutkan studi di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus tahun 2010. Setelah itu mendapat kesempatan untuk melanjutkan studi Doktorat Keperawatan di Universitas Airlangga dan lulus tahun 2021. Sejak tahun 2010 hingga saat ini, penulis merupakan dosen Fakultas Keperawatan Universitas Jember.



Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D. lahir di Surabaya. Mengawali pendidikan keperawatan pada tahun 1998 untuk studi Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Indonesia hingga tahun 2003. Pada tahun 2008 melanjutkan studi di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus tahun 2010. Setelah itu mendapat kesempatan melanjutkan studi doktoral di Program Doctor of Philosophy in Nursing, The University of Manchester, Inggris lulus tahun 2018. Sejak tahun 2006 hingga saat ini berkarir sebagai dosen di Departemen Keperawatan Dasar dan Dasar Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.



Ns. Retno Purwandari, S.Kep, M.Kep, lahir di Pacitan. Mengawali pendidikan keperawatan pada tahun 2000 untuk studi Sarjana Keperawatan dan Ners di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta hingga tahun 2006. Kemudian melanjutkan studi di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Manajemen Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus tahun 2013. Sejak tahun 2006 hingga saat ini berkarir sebagai dosen di Departemen Keperawatan Dasar dan Dasar Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Buku Ajar MANAJEMEN KEPERAWATAN

Buku ajar ini mengupas kemampuan mahasiswa keperawatan dalam menguasai Konsep Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Perencanaan dalam Keperawatan, Pengorganisasian dalam Layanan Keperawatan, Pengembangan Staf, Konsep MAKP, Konsep Berubah dan Manajemen Konflik, Komunikasi Efektif dan *Hand Over, Standing Order*, Kolaborasi, Delegasi, Penerapan DRK, *Patient Safety*, Indikator Klinik, Supervisi, Jenjang Karir, Kompetensi Perawat Klinik, PCC, serta Fungsi Pengawasan dalam Keperawatan. Di dalam buku ajar ini, akan memfasilitasi tentang penjelasan teori, pemahaman mahasiswa dalam bahan diskusi dan latihan soal, serta memfasilitasi keterampilan mahasiswa dalam bermain peran.

Bagian awal buku ini memuat konsep-konsep dasar kepemimpinan dan manajemen keperawatan. Mahasiswa diberi penjelasan tentang konsep dasar kepemimpinan dalam keperawatan hingga gaya kepemimpinan. Selanjutnya mahasiswa diberikan penjelasan mengenai perencanaan, dimana mahasiswa akan berlatih untuk menganalisis dan membuat visi misi hingga penetapan anggaran yang dianalogikan dalam ruang perawatan. Mahasiswa juga akan berlatih membuat analisis SWOT, hingga analisis *fish bone*. Dalam bab pengorganisasian, mahasiswa diharapkan mampu untuk memahami konsep pengorganisasian. Selain itu dalam bab ajar lain juga dijelaskan bahwa mahasiswa difasilitasi dalam penghitungan kebutuhan perawat, menyusun model asuhan keperawatan, serta bagaimana melakukan komunikasi efektif (*pre-conference, post conference, timbang terima*).

Pada bagian akhir buku ajar ini, mahasiswa belajar tentang fungsi pengawasan dalam keperawatan. Mahasiswa diminta untuk memahami konsep pengawasan, hingga bagaimana cara melakukan pengawasan dalam keperawatan. Mahasiswa akan belajar tentang pengertian pengawasan, tujuan pengawasan, manfaat pengawasan, karakteristik pengawasan, hingga proses pengawasan dalam keperawatan.

