

Editor :
Arif Munandar, S.Kep., Ns., M.Kep



MANAJEMEN KEPERAWATAN



Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM
Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep
I Gede Juanamasta, S.Kep., Ns., M.Kep
dr. Cipta Pramana, SpOG(K)
Ridha Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kep
Heriyana Amir, S.Kep., Ns., M.Kep
Muhammad Nurman, S.Kep., Ns., M.Kep
Fitrianola Rezkiki, S.Kep., Ns., M.Kep
Yohanes Jakri, M.Kes
Yenny Safitri, S.Kep., Ns., M.Kep
Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep
Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., Ns., M.Biomed
Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.
Wiwit Febrina, S.Kep., Ns., M.Kep

BOOK CHAPTER

MANAJEMEN KEPERAWATAN

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

MANAJEMEN KEPERAWATAN

Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM
Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep
I Gede Juanamasta, S.Kep., Ns., M.Kep
dr. Cipta Pramana, SpOG(K)
Ridha Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kep
Heriyana Amir, S.Kep., Ns., M.Kep
Muhammad Nurman, S.Kep, Ns., M.Kep
Fitrianola Rezkiki, S.Kep, Ns., M.Kep
Yohanes Jakri, M.Kes
Yenny Safitri, S.Kep., Ns., M.Kep
Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep
Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., Ns., M.Biomed
Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.
Wiwit Febrina, S.Kep., Ns., M.Kep

Editor:

Arif Munandar, S.Kep., Ns., M.Kep

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

MANAJEMEN KEPERAWATAN

Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM
Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep
I Gede Juanamasta, S.Kep., Ns., M.Kep
dr. Cipta Pramana, SpOG(K)
Ridha Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kep
Heriyana Amir, S.Kep., Ns., M.Kep
Muhammad Nurman, S.Kep, Ns., M.Kep
Fitrianola Rezkiki, S.Kep, Ns., M.Kep
Yohanes Jakri, M.Kes
Yenny Safitri, S.Kep., Ns., M.Kep
Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep
Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., Ns., M.Biomed
Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.
Wiwit Febrina, S.Kep., Ns., M.Kep

Editor :

Arif Munandar, S.Kep., Ns., M.Kep

Tata Letak :

Dimas Haikal Hafidhien

Desain Cover :

Rintho R. Kerung

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

viii, 272

ISBN :

978-623-362-333-9

Terbit Pada :

Januari 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book cahpter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Manajemen Keperawatan.

Sistematika buku Manajemen Keperawatan ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada **Penerbit Media Sains Indonesia** sebagai insiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 10 Desember 2021

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 PENGANTAR MANAJEMEN KEPERAWATAN	1
Pendahuluan	1
Level Manajemen	2
Fungsi Manajemen	4
Unsur Dasar Manajemen	5
Prinsip dalam Manajemen.....	7
Tujuan Manajer Keperawatan	10
Gaya Kepemimpinan dalam Manajemen Keperawatan.....	12
Pentingnya Manajemen Keperawatan Yang Kuat ..	13
2 MANAJEMEN SUMBER DAYA KEPERAWATAN DAN REKRUTMEN TENAGA KESEHATAN	19
Pendahuluan	19
Manajemen Sumber Daya Keperawatan.....	20
Rekrutmen Tenaga Kesehatan	36
3 PERENCANAAN DAN PENGATURAN MANAJEMEN KEPERAWATAN	45
Perencanaan dan Pengaturan Manajemen Keperawatan.....	45
Pengertian Perencanaan dan Pengaturan.....	45
Tujuan Perencanaan dan Pengaturan	46
Jenis Perencanaan dan Elemen Pengaturan	46
Tahap / Langkah Perencanaan	48
Analisa SWOT	49

	Faktor yang Mempengaruhi Kesuksesan Perencanaan dan Pengaturan	54
	Perencanaan dan Pengaturan dalam Ruang Rawat Inap atau Rawat Jalan di Rumah Sakit.....	55
	Ringkasan.....	56
4	MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN	59
	Pendahuluan	59
	Konsep Mutu (Arief Tarmansyah Iman, 2017)	60
	Mutu Pelayanan Keperawatan	64
	Pelayanan Keperawatan	65
	Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien.....	67
	Kesimpulan.....	68
5	PENERAPAN ETIK DAN LEGAL DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL	73
	Latar Belakang	73
	Nilai, Etik, Dan Legalitas Hukum Dalam Praktik Keperawatan	74
	Masalah Etik dan Issue Etik dalam Praktik Keperawatan	77
	Legal Etik Dalam Praktik Keperawatan	79
	Etik Atau Etika Keperawatan	80
	Penerapan Etik dalam Keperawatan Profesional ...	83
6	MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL	89
	Profesional Model Praktik Keperawatan	89
	Pengertian MPKP	91
	Tujuan MPKP.....	91
	Fungsi Manajemen Keperawatan dalam MPKP.....	91

	Komponen MPKP	94
	Tingkatan MPKP	96
	Karakteristik MPKP.....	97
	Ringkasan.....	98
7	MANAJEMEN DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN	101
	Konsep Manajemen Keperawatan	101
	Konsep Pelayanan Keperawatan di Ruang Perawatan Bedah.....	116
8	MODEL DAN APLIKASI METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP)	119
	Pendahuluan	119
	Aplikasi Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP).....	120
9	MOTIVASI, KINERJA DAN KEPUASAN KERJA	137
	Konsep Motivasi.....	137
	Konsep Kinerja	146
	Konsep Kepuasan Kerja	151
10	PERAN DAN FUNGSI MANAJEMEN KEPERAWATAN	159
	Pengertian Manajemen Keperawatan	159
	Elemen Manajemen Keperawatan	161
	Misi Manajemen Keperawatan	162
	Visi Manajemen Keperawatan	162
	Fungsi Manajemen Keperawatan	163
	Kegiatan-kegiatan dalam Fungsi Manajamen.....	165
	Prinsip-Prinsip Manajemen Keperawatan.....	166
	Proses Manajemen Keperawatan.....	167

Lingkup Manajemen Keperawatan	167
Peran dan Manajemen Keperawatan	168
11 PENDELEGASIAN DAN SUPERVISI.....	175
Pendelegasian	175
Delegasi Efektif.....	176
Ruang Lingkup Tindakan yang dapat Didelegasikan.....	179
Kesalahan dalam Pendelegasian	182
12 KOMUNIKASI DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN	189
Pengantar Komunikasi.....	189
Definisi Komunikasi.....	191
Tujuan Komunikasi	192
Komponen Komunikasi	193
Hambatan komunikasi	194
Proses Komunikasi	195
Prinsip Komunikasi Manajer Keperawatan.....	196
Model Komunikasi	197
Elemen Komunikasi.....	198
Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi.....	199
Aplikasi Komunikasi dalam Manajemen Keperawatan.....	201
Komunikasi Manajer Keperawatan.....	203
13 SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT	207
Pendahuluan	207
Manfaat Penggunaan Sistem Informasi di Rumah Sakit.....	209

Sistem Informasi Manajemen di Bidang Keperawatan.....	212
Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas Pelayanan...	220
Penutup.....	221
14 DOKUMENTASI ELEKTRONIK	
STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT.....	225
Pendahuluan	225
Sistem Informasi Kesehatan.....	227
Dokumentasi Keperawatan	228
Macam-Macam Dokumentasi Elektronik Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit.....	229
15 MANAJEMEN KONFLIK, KOLABORASI, DAN NEGOSIASI.....	239
Konflik	239
Manajemen Konflik	245
Kolaborasi.....	247
Negosiasi.....	250
16 KEPEMIMPINAN KLINIS PERAWAT DI PELAYANAN KESEHATAN.....	257
Pendahuluan	257
Konsep Kepemimpinan Klinis Perawat	258
Gaya Kepemimpinan Klinis Perawat	259
Teori Kepemimpinan.....	262
Kompetensi Kepemimpinan Klinis Perawat	263
Keterampilan Kepemimpinan Klinis Perawat.....	264

Karakteristik Kepemimpinan Perawat Klinis	265
Faktor yang Mempengaruhi Kepeminpinan Klinis Perawat.....	267
Model Kepemimpinan Klinis Perawat	267
Kerangka Kerja Program Kepemimpinan Klinis Perawat.....	268
Penutup.....	269

PENGANTAR MANAJEMEN KEPERAWATAN

Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Pendahuluan

Manajemen adalah seni ilmiah untuk mencapai hasil atau tujuan dengan pemanfaatan sumber daya secara efektif. Manajemen umumnya menekankan pada pengendalian, yakni pengendalian personel (SDM), pengendalian biaya, waktu, gaji, lembur, inventaris, dll. Manajemen diperlukan untuk merencanakan, mengatur, mengkoordinasikan, dan mengendalikan urusan organisasi.

Manajemen keperawatan merupakan cabang dari bidang keperawatan yang focus pada pengelolaan perawat dan standar asuhan pasien. Program manajemen keperawatan yang efektif sangat penting untuk sebagian besar fasilitas yang menggunakan jasa keperawatan, seperti: rumah sakit, klinik, dan fasilitas keperawatan lainnya.

Seorang manajer perawat membutuhkan pengetahuan dan keterampilan yang jelas berbeda dari yang dibutuhkan untuk praktik keperawatan, namun hanya sedikit perawat yang memiliki pendidikan atau pelatihan yang diperlukan untuk menjadi manajer. Seringkali, manajer bergantung pada pengalaman dengan mantan supervisor, yang juga mempelajari teknik pengawasan di tempat kerja. Seringkali ada kesenjangan antara apa yang manajer ketahui dan apa yang perlu mereka ketahui.

Level Manajemen

Istilah level manajemen mengacu pada garis divisi yang ada antara berbagai posisi manajerial dalam suatu organisasi. Ketika ukuran perusahaan dan tenaga kerja meningkat, jumlah level dalam manajemen ikut meningkat, begitupun sebaliknya. Tingkat manajemen yang berbeda dapat menentukan rantai komando dalam suatu organisasi/institusi, serta jumlah otoritas dan pengaruh pengambilan keputusan yang diperoleh oleh semua posisi manajerial.



Gambar 1.2 Level of management

a. Top level of management

Terdiri dari dewan direksi, kepala eksekutif, atau direktur pelaksana. Top manajer adalah sumber otoritas tertinggi dan mengelola tujuan dan kebijakan untuk suatu perusahaan. Top manajer berfungsi sebagai perencana dan mengkoordinasikan fungsi.

Peran *top management* terdiri dari:

- 1) Mengeluarkan instruksi yang diperlukan untuk persiapan anggaran departemen, prosedur, jadwal, dll
- 2) Mempersiapkan rencana dan kebijakan strategis untuk perusahaan.
- 3) Menunjuk/menentukan manajer pada level dibawahnya.
- 4) Mengontrol dan mengkoordinasikan kegiatan semua departemen

- 5) Bertanggung jawab dalam kerjasama dengan pihak luar.
- 6) Bertanggung jawab memberikan bimbingan dan arahan
- 7) Bertanggung jawab terhadap pemegang saham atas kinerja perusahaan.

b. *Middle management*

Manajer cabang atau manajer department merupakan bagian dari *middle management*. Mereka bertanggung jawab kepada top manajer terkait tugas dari departemen yang mereka pimpin. Tugas *middle management* berfokus pada fungsi dan arah organisasi/departemen yang mereka pimpin.

Peran *middle management* terdiri dari:

- 1) Melaksanakan rencana perusahaan/organisasi sesuai dengan kebijakan dan arahan dari top manager
- 2) Membuat rencana untuk departemen/sub unit organisasi
- 3) Berpartisipasi dalam pekerjaan dan pelatihan manajemen tingkat bawah
- 4) Menafsirkan dan menjelaskan kebijakan dari top manajer ke tingkat yang lebih rendah
- 5) Bertanggung jawab mengkoordinasikan kegiatan dalam divisi atau departemen
- 6) Mengirimkan laporan penting dan data penting lainnya kepada top manager
- 7) Mengevaluasi kinerja manajer junior
- 8) Bertanggung jawab menginspirasi manajer tingkat bawah menuju kinerja yang lebih baik

c. *Lower Level of Management*

Lower level of management dikenal juga sebagai tingkat pengawasan/operasional manajemen. Terdiri dari: supervisor, mandor, pengawas, dll. Manajemen

pengawasan mengacu pada eksekutif yang pekerjaannya Sebagian besar harus dengan pengawasan pribadi dan arahan karyawan operasional. Dengan kata lain terkait dengan arah dan fungsi pengendalian manajemen.

Peran *lower management* antara lain:

- 1) Menetapkan pekerjaan dan tugas ke berbagai pekerja
- 2) Membimbing dan menginstruksikan pekerja untuk kegiatan sehari-hari
- 3) Bertanggung jawab atas kualitas serta kuantitas produksi
- 4) Mengkomunikasikan masalah pekerja, saran, rekomendasi banding, dll ke tingkat yang lebih tinggi
- 5) Membantu menyelesaikan keluhan para pekerja
- 6) Mengatur bahan, mesin, peralatan, dll yang diperlukan untuk menyelesaikan sesuatu.
- 7) Menyiapkan laporan berkala tentang kinerja para pekerja.
- 8) Memastikan disiplin dalam perusahaan
- 9) Memotivasi pekerja
- 10) Pembangun citra perusahaan karena langsung berhubungan dengan para pekerja.

Fungsi Manajemen

Manajemen berjalan melalui berbagai fungsi yang terdiri dari: perencanaan, pengorganisasian, penempatan staf, memimpin/ mengarahkan, dan mengendalikan/ pemantauan.

a. *Planning* (Perencanaan)

Perencanaan adalah fungsi pertama dari manajemen. Semua fungsi manajemen lainnya bergantung pada perencanaan. Seorang manajer keperawatan harus terbiasa dengan proses dan sarana pengambilan

keputusan sehingga dapat mengidentifikasi tujuan institusi, menyatakan visi dan misi, menentukan tujuan dan sasaran, menyiapkan anggaran untuk mengimplementasikan rencananya, dan mengelola waktu secara efektif.

b. *Organizing* (pengorganisasian)

Implementasi dengan memanfaatkan secara optimal sumber daya yang diperlukan agar rencana yang telah ditetapkan dapat tercapai.

c. *Staffing* (penempatan staf)

Staffing adalah proses memilih dan melatih individu untuk fungsi pekerjaan tertentu, dan membebaskan mereka dengan tanggung jawab terkait. Hal ini juga dapat digambarkan sebagai jumlah personel yang dipekerjakan dalam suatu organisasi atau program. Merekrut, mempekerjakan, melatih, mengevaluasi, dan memberi kompensasi adalah bagian dari *staffing*.

d. *Leading/directing* (Memimpin/mengarahkan)

Menentukan apa yang perlu dilakukan dalam suatu situasi dan mengarahkan orang untuk melakukannya.

e. *Controlling/monitoring* (mengendalikan/memantau)

Memonitor kemajuan rencana yang telah dijalankan.

f. *Motivation* (motivasi)

Motivasi juga menjadi salah satu fungsi dasar manajemen karena tanpa adanya motivasi karyawan tidak dapat bekerja secara efektif. Jika motivasi tidak terjadi dalam suatu organisasi, maka karyawan mungkin tidak berkontribusi pada fungsi lain (yang biasanya ditetapkan oleh manajemen tingkat atas).

Unsur Dasar Manajemen

Terdapat 5 elemen dasar yang menjelaskan bagaimana manajer memperoleh dan mendistribusikan sumber daya di tempat kerjanya untuk mencapai tujuan organisasi:

a. *Man* (manusia)

Elemen ini mengacu pada sumber daya manusia yang berkomitmen untuk menerapkan taktik pemasaran, baik dengan Teknik yang sudah ada maupun yang baru. Tanpa tenaga kerja, pekerjaan tidak akan berjalan sesuai rencana.

b. *Materials* (bahan)

Material merupakan pasokan yang dibutuhkan untuk mendukung manajemen dan strategi pemasaran dimasa sekarang dan yang akan datang. Jika bahan tidak tersedia, proses pencapaian tujuan yang diharapkan akan terhambat.

c. *Machine* (mesin)

Meski sering disebut sebagai elemen pendukung, mesin memiliki fungsi yang sangat vital. Pasalnya, tanpa mesin, proses pencapaian tujuan akan terganggu. Mesin digunakan untuk memudahkan manajemen dalam mengolah bahan baku dan menciptakan produk yang berkualitas.

d. *Money* (uang)

Uang adalah sumber daya yang paling penting dan serba guna karena digunakan untuk memperoleh atau menyewa sumber daya lain. Dalam organisasi, uang digunakan untuk menghasilkan lebih banyak uang dalam bentuk keuntungan atau surplus. Suatu badan usaha atau badan usaha memerlukan uang dalam bentuk modal tetap dan modal kerja

e. *Method* (metode)

Metode mengacu pada cara atau Langkah-langkah untuk melakukan sesuatu menurut system atau prosedur tertentu. Penggunaan metode yang tepat membantu meningkatkan efisiensi operasi dan berkontribusi pada manajemen yang efektif.

Prinsip dalam Manajemen

Prinsip manajemen menurut Henri Fayol adalah pedoman yang diterima secara universal untuk para manajer dalam melakukan pekerjaan mereka sesuai dengan tanggung jawab mereka.

a. *Division of work* (divisi kerja)

Pembagian pekerjaan di antara pekerja akan meningkatkan kualitas produk. Pembagian kerja dapat meningkatkan produktivitas, efisiensi, ketepatan dan kecepatan para pekerja. Prinsip ini dapat dipakai baik untuk tingkat manajerial maupun teknis.

b. *Authority and responsibility* (otoritas dan tanggung jawab)

Prinsip ini menggambarkan konsep kewenangan manajerial dimana otoritas diperlukan untuk memastikan bahwa perintah manajerial dilakukan. Jika manajer tidak memiliki wewenang maka mereka akan kekurangan kemampuan untuk menyelesaikan pekerjaan. Manajer harus menggunakan wewenangnya secara bertanggung jawab dan etis.

c. *Discipline* (disiplin)

Prinsip ini berkaitan dengan fakta bahwa disiplin diperlukan dalam suatu organisasi agar dapat berjalan secara efektif. Aturan, filosofi, dan struktur organisasi harus dipenuhi. Untuk memiliki pekerja yang disiplin, manajer harus membangun budaya saling menghormati dan motivasi.

d. *Unity of command* (satu komando)

Prinsip ini menjelaskan bahwa seorang karyawan seharusnya hanya memiliki satu pemimpin dan mengikuti perintahnya. Jika seorang karyawan harus mengikuti lebih dari satu atasan, maka akan timbul konflik kepentingan dan dapat menimbulkan kebingungan.

e. *Unity of direction* (satu arah)

Siapa pun yang terlibat dalam aktivitas yang sama harus memiliki tujuan yang sama. Artinya semua orang yang bekerja di suatu perusahaan harus memiliki satu tujuan dan motif yang akan membuat pekerjaan lebih mudah dan mencapai tujuan yang ditetapkan dengan mudah.

f. *Subordination individual interests* (subordinasi kepentingan individu)

Perusahaan harus bekerja sama untuk kepentingan perusahaan daripada kepentingan pribadi. Menjadi bawahan untuk tujuan organisasi. Ini mengacu pada keseluruhan rantai komando dalam sebuah perusahaan.

g. *Remuneration* (remunerasi)

Remunerasi adalah harga atas jasa yang diterima. Pembayaran harus adil bagi karyawan dan perusahaan. Jika sebuah organisasi menginginkan karyawan yang efisien dan kinerja terbaik, maka ia harus memiliki kebijakan remunerasi yang baik.

h. *Centralization* (sentralisasi)

Di perusahaan mana pun, manajemen atau otoritas yang bertanggung jawab atas proses pengambilan keputusan harus netral. Namun, ini tergantung pada ukuran organisasi. Henri Fayol menekankan bahwa harus ada keseimbangan antara hierarki dan pembagian kekuasaan. Prinsip ini juga berkaitan dengan apakah keputusan harus dibuat secara terpusat, seperti dari atas ke bawah, atau dengan cara yang lebih demokratis, dari bawah ke atas.

i. *Scalar chain* (rantai saklar)

Rantai komando sering disebut juga rantai skalar, adalah garis formal otoritas, komunikasi, dan tanggung jawab dalam sebuah organisasi.

Rantai komando biasanya digambarkan pada bagan organisasi, yang mengidentifikasi hubungan atasan dan bawahan dalam struktur organisasi, atau garis

wewenang dari atas ke bawah dalam organisasi. Rantai ini menerapkan prinsip kesatuan perintah dan memungkinkan aliran informasi yang teratur.

Di bawah prinsip kesatuan komando, instruksi mengalir ke bawah di sepanjang rantai komando dan akuntabilitas mengalir ke atas.

Semakin jelas rantai komando, semakin efektif proses pengambilan keputusan dan semakin besar efisiensi.

j. *Order* (tatanan)

Perusahaan harus mempertahankan tata kerja yang terdefinisi dengan baik untuk memiliki budaya kerja yang baik. Suasana positif di tempat kerja akan meningkatkan produktivitas yang lebih positif. Sumber daya manusia dan materi harus berada di tempat yang tepat pada waktu yang tepat. Salah penempatan akan menyebabkan penyalahgunaan dan kekacauan.

k. *Equity* (ekuitas)

Saat berurusan dengan karyawan, seorang manajer harus menggunakan kebaikan dan keadilan terhadap karyawan secara setara. Kesetaraan adalah kombinasi dari kebaikan dan keadilan.

Ekuitas menciptakan loyalitas dan pengabdian pada karyawan terhadap organisasi. Prinsip keadilan menunjukkan bahwa manajer harus baik dan juga adil kepada bawahan.

l. *Stability of tenure of personnel* (stabilitas masa kerja personel)

Meskipun bisa memakan banyak waktu, Karyawan perlu diberikan waktu yang cukup adil untuk menyelesaikan pekerjaan mereka. Seorang karyawan membutuhkan waktu untuk mempelajari pekerjaannya dan menjadi efisien. Karyawan harus memiliki keamanan kerja karena ketidakstabilan menyebabkan inefisiensi. Perusahaan yang sukses biasanya memiliki kelompok karyawan yang stabil.

m. *Initiative* (inisiatif)

Tanpa batas wewenang dan disiplin, semua level staf harus didorong untuk menunjukkan inisiatif. Manajemen harus mendorong inisiatif. Artinya, mereka harus mendorong karyawan untuk membuat rencana mereka sendiri dan melaksanakan rencana ini. Ini karena inisiatif memberikan kepuasan kepada karyawan dan membawa kesuksesan bagi organisasi. Hal ini memungkinkan bawahan untuk memikirkan sebuah rencana dan melakukan apa yang diperlukan untuk mewujudkannya.

n. *Esprit de corps* (semangat tim)

Esprit de Corps berarti "Semangat Tim". Oleh karena itu, manajemen harus menciptakan kesatuan, kerjasama, dan semangat tim di antara karyawan.

Tujuan Manajer Keperawatan

Manajer perawat bertanggung jawab atas unit keperawatan, memastikan unit tersebut berfungsi secara efektif dan efisien. Namun, sifat lingkungan kerja rumah sakit yang berubah dan perubahan teknologi yang cepat telah membuat pekerjaan manajer perawat menjadi lebih kompleks dalam mencapai tujuan. Manajer perawat harus mengikuti teknologi perawatan kesehatan terbaru sambil menyeimbangkan tugas kepemimpinan dan manajemen mereka dengan keterampilan ahli.

a. Komunikasi yang efektif

Manajer perawat berada dalam posisi unik karena mereka mengawasi profesional kesehatan lain dengan latar belakang pendidikan dan kemampuan yang sama. Dalam posisi otoritas, manajer perawat sering mengintimidasi perawat lain dan menciptakan budaya defensif di mana staf perawat menjadi kurang efektif dan pasien menderita. Untuk melawan kecenderungan merendahkan bawahan, manajer perawat dapat mempraktekkan konsep dalam komunikasi efektif yang mencakup pemantauan tanggapan dari staf, memahami dan memanfaatkan

komunikasi non-verbal dan mengurangi stres pada pekerjaan dengan menciptakan suasana yang lebih ringan dengan humor dan kerendahan hati.

b. Mengelola Sumber Daya

Manajer memiliki seperangkat sumber daya yang terbatas untuk bekerja. Dengan demikian, perawat harus mahir bekerja dengan anggaran sumber daya dan peralatan yang terbatas. Manajer perawat yang efektif telah dilatih tentang cara memesan persediaan sehingga semua kebutuhan unit terpenuhi dan tahu siapa yang harus dihubungi saat persediaan atau bantuan teknis diperlukan. Pada saat yang sama, manajer perawat harus dapat membuat jadwal dan bekerja dengan staf yang sering berfluktuasi.

c. Memecahkan masalah

Staf maupun pasien terkadang mengalami konflik saat berada di rumah sakit. Perawat di tempat kerja mengalami konflik dari berbagai sumber, termasuk pasien, anggota keluarga, dokter, dan teman sebaya. Manajer yang efektif mengambil setiap contoh baru dan menangani konflik berdasarkan peserta dan kebutuhan mendesak mereka. Misalnya, ketika seorang anggota keluarga meminta untuk melihat file pasien yang bertentangan dengan keinginan pasien, manajer perawat masuk dan membawa keluarga ke tempat yang tenang untuk menjelaskan aturan. Ketika konflik muncul di antara anggota staf, manajer perawat bersikap adil dan mendengarkan dengan cermat semua orang yang terlibat sebelum membuat keputusan.

d. Membangun tim

Perawat bekerja dalam tim interdisipliner dan harus bekerja sama satu sama lain untuk memberikan perawatan yang paling efektif, aman, dan efisien bagi pasien. Manajer perawat harus mampu membagi tugas agar setiap stafnya dapat melakukan berbagai tanggung jawab tim.

Gaya Kepemimpinan dalam Manajemen Keperawatan

Cara manajer perawat memimpin stafnya tidak hanya memengaruhi moral dan produktivitas karyawannya, tetapi juga memengaruhi kualitas perawatan pasien. Di satu ujung spektrum, beberapa perawat memimpin dengan gaya otoriter, sementara yang lain menempatkan kebutuhan karyawan mereka di atas segalanya. Namun, banyak yang menemukan bahwa mereka dapat menggabungkan kepemimpinan yang kuat dengan pendekatan inklusif.

a. Demokratis

Manajer perawat yang demokratis mengikutsertakan bawahan mereka dalam penetapan tujuan dan pengambilan keputusan. Kemudian, manajer mempertimbangkan informasi ini bersama dengan penelitian dan pendapat mereka sendiri. Namun, manajer memiliki keputusan akhir. Gaya kepemimpinan ini juga mendorong pengembangan pribadi dan profesional perawat dan memungkinkan mereka memiliki otonomi. Dengan penekanan pada perawat individu dan kontribusi mereka kepada tim, gaya ini sering memotivasi karyawan untuk mengambil inisiatif dan secara konsisten memberikan kontribusi upaya terbaik mereka.

b. Afiliasi

Gaya kepemimpinan ini mengutamakan orang, menekankan kesejahteraan dan kepuasan kerja anggota tim. Manajer yang afiliatif sering mengambil pendekatan pasif untuk mengelola sesama perawat mereka, sangat berhati-hati untuk tidak membuat marah atau mengecewakan bawahan mereka. Mereka mungkin juga ragu untuk mengambil sikap tegas terkait pengambilan keputusan, tetapi berusaha untuk memastikan tugas diselesaikan tepat waktu. Gaya ini dapat bermanfaat untuk meningkatkan moral atau menyatukan tim yang retak, tetapi gaya ini menghambat otoritas pemimpin dan dapat mengganggu kemampuannya untuk turun tangan ketika tindakan tegas diperlukan. Tanpa pemimpin

yang kuat untuk memandu upaya tim, produktivitas dan efisiensi juga dapat terganggu.

c. Transformasional

Pemimpin transformasional mendorong pengembangan pribadi dan profesional perawat yang mereka kelola dengan mempromosikan kerja tim, menekankan harga diri dan mendorong karyawan untuk berpartisipasi dalam penetapan kebijakan dan prosedur rumah sakit. Gaya kepemimpinan ini bergantung pada pendekatan karismatik yang positif untuk mengelola karyawan. Ini berfokus pada keterampilan komunikasi yang kuat, kepercayaan diri dan integritas.

d. Otoriter

Beberapa manajer perawat lebih menyukai pendekatan kepemimpinan yang lebih ketat; manajer membuat semua keputusan dan jarang meminta masukan atau umpan balik dari karyawan. Manajer mengeluarkan perintah dan mengharapkan karyawan untuk melaksanakannya segera dan tanpa pertanyaan. Mereka juga mengawasi karyawan dengan ketat, mengurangi jumlah otonomi yang dimiliki staf. Gaya kepemimpinan ini memungkinkan sedikit inovasi atau fleksibilitas; sebaliknya, ini membutuhkan kepatuhan yang ketat terhadap kebijakan rumah sakit. Meskipun strategi ini sering memastikan tugas diselesaikan dengan cepat dan efisien, strategi ini juga dapat menyebabkan perselisihan dan ketidakpuasan kerja.

Pentingnya Manajemen Keperawatan Yang Kuat

Manajemen yang kuat diperlukan untuk semua lingkungan kerja terutama yang melibatkan pengambilan keputusan yang cepat dan situasi tekanan yang tinggi, dan keperawatan masuk dalam kategori ini. Manajemen keperawatan yang berkualitas sangat penting untuk menciptakan tim perawat yang sukses. Manajer perawat mempengaruhi bagaimana karyawan berhubungan satu sama lain dengan pasien mereka. Manajer harus mampu

memimpin dengan tangan yang tegas namun penuh kasih, hal ini mengungkapkan apa yang mereka harapkan dari tim.

a. Menciptakan lingkungan kerja yang sehat

Manajer perawat menetapkan irama bekerja pada departemennya, bertindak sebagai panutan dari stafnya. Jika dia membuat karyawan merasa seperti bagian dari tim dan mendorong kerja tim, dia menginspirasi mereka untuk bekerja sama daripada bersaing. Jika dia mendorong komunikasi yang konstan, karyawan akan dapat mendekatinya ketika membutuhkan bimbingan atau mentor. Hal ini menciptakan lingkungan kerja yang sehat di mana orang dapat berkomunikasi secara bebas satu sama lain.

b. Memperbaiki kerja tim

Manajemen Perawat yang kuat membantu mendorong perawat untuk bekerja sebagai unit. Agar perawat berhasil, mereka harus memiliki keterampilan interpersonal yang hebat. Mereka harus pandai berkomunikasi dengan pasien, keluarga pasien, dan anggota staf lainnya. Komunikasi yang kuat dan kerja tim sangat penting untuk memberikan perawatan pasien yang berkualitas. Untuk mencapai kerja tim, perawat dalam posisi manajemen harus mendorong anggota staf untuk berkolaborasi dan saling membantu dengan sukarela.

c. Mendukung Pengembangan Karyawan

Perawat harus terus menyempurnakan keterampilan mereka dan mempelajari hal baru jika mereka ingin tetap up-to-date dengan dunia kesehatan. Manajer perawat yang efektif menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan dan menyediakan sumber daya yang diperlukan perawat untuk memperkuat kompetensi mereka. Selain itu, manajer bertindak sebagai mentor, membimbing anggota staf baru saat mereka menyesuaikan diri dengan peran mereka. Ketika seorang manajer menghargai dan mendorong

pengembangan profesional, perawat lebih cenderung mendorong diri mereka sendiri untuk mencoba hal-hal baru.

d. Organisasi yang tepat

Organisasi yang tepat sangat penting untuk keberhasilan tim keperawatan. Permasalahan kemungkinan akan terjadi tanpa adanya organisasi yang tepat, yang akan sangat disayangkan di dunia perawatan kesehatan yang serba cepat dan penuh tuntutan. Manajer perawat yang kuat harus berorientasi pada detail, metedis, dan terampil dalam mengenali dan memecahkan masalah. Manajer harus memiliki kemampuan untuk menangani banyak tugas yang berbeda secara bersamaan, seperti: mengawasi perawatan pasien, menulis jadwal shift, dan memberikan tugas kepada perawat lain.

e. Menetapkan tujuan

Anggota staf biasanya meminta arahan kepada manajer, memercayainya untuk membantu mereka memahami peran mereka. Manajer perawat sering menginterpretasikan tujuan yang ditetapkan oleh rumah sakit, menguraikannya menjadi langkah-langkah spesifik yang dapat diikuti oleh Perawat. Dia juga harus mendefinisikan tujuan yang jelas untuk tim, menjelaskannya dengan cara yang menekankan signifikansinya. Manajer biasanya mengawasi segala sesuatu mulai dari standar perawatan hingga anggaran departemen. Selain itu, mereka harus mempertimbangkan semua aspek operasi departemen sebelum memberikan instruksi kepada tim.

f. Mendukung kesuksesan

Manajer perawat yang baik mempromosikan lingkungan yang mendorong staf mereka untuk lebih produktif dan antusias saat bekerja. Sebagai manajer, ia bertanggung jawab untuk memimpin melalui tindakan dan kata-kata untuk menunjukkan bahwa kinerja di bawah 100% tidak dapat diterima. Manajer perawat harus jujur dengan tim tentang kinerjanya

dan mengeluarkan instruksi yang jelas. Manajer juga harus memuji anggota staf yang melakukan pekerjaan luar biasa dan mendorong mereka yang mengalami masa sulit.

g. Pertumbuhan positif

Manajer perawat yang baik harus memiliki kepercayaan diri untuk menganalisis pekerjaan mereka dengan jujur dan menemukan cara untuk meningkatkannya. Ketika kinerja tim di bawah standar, manajer harus membuat perubahan yang meningkatkan kinerja, membawanya ke tingkat berikutnya. Manajer perawat harus mempengaruhi anggota staf untuk mengevaluasi hal-hal di sekitar mereka dan diri mereka sendiri, untuk mengetahui apa yang berhasil. Ini akan membantu mereka untuk meningkatkan kinerja tim dan lingkungan kerja mereka.

h. Bersikap baik terhadap pasien

Ketika pasien dan keluarganya memiliki kekhawatiran tentang kualitas perawatan yang diberikan, mereka akan mencari manajer perawat. Mereka mungkin memiliki pertanyaan tentang rencana perawatan atau mengeluh tentang perlakuan buruk dari staf. Tidak peduli seberapa marah pasien, Manajer perawat harus mendengarkan dan menjawab pertanyaan. Manajer bertugas untuk memberi tahu pasien bahwa kekhawatirannya akan ditanggapi dengan serius. Selama pertemuan dengan pasien atau keluarganya, manajer harus menguraikan langkah-langkah yang akan diambil untuk memperbaiki situasi atau menyelidiki keluhan.

Manajer Perawat biasanya mengawasi unit tertentu di rumah sakit. Oleh karena itu, mereka bertanggung jawab atas aspek administrasi dan klinis, termasuk menangani masalah pasien dan mengawasi perawat. Manajer tidak hanya membutuhkan keahlian khusus, tetapi mereka juga membutuhkan keterampilan komunikasi yang kuat.

Daftar Pustaka

- Bakri, M. H. (2017). *Manajemen keperawatan (konsep dan aplikasi dalam praktik keperawatan profesional)*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Carpenter, M., Bauer, T., & Erdogan, B. (2010). *Principles of Management*. Jupiterimages Corporation.
- Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. *Nursing care management in hospital settings: the bulding of a construct*. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):734-41.
- Haryato. (2007). *Konsep Dasar Keperawatan dengan Pemataan konsep*. Jakarta: salemba medika.
- Kreitner dan Kinichi Angelo. (2004). *Perilaku Organisasi (1st ed.)*. Jakarta: Salemba Empat.
- Lussier, R. N. (2006). *Management fundamentals: Concepts, Applications, Skills Development*. Thomson South-Western: United States of America.
- Marriner-Tomey, (2003). *Guide to nursing management and leadership*. Sixth edition
- Stamps, P.L. (1997). *Nurse and Satisfaction; an Index for Measurement*. Chicago :Health Administration Press
- Suarli dan Bahtiar, Yanyan. 2002. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Erlangga
- Susatyo Hedambang, Arita Murwani, (2012), *Manajemen kesehatan dan rumah sakit*, Yogyakarta, GcsyenPublisl-ring

Profil Penulis



Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM

Penulis adalah dosen Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Kesehatan Unika Santu Paulus Ruteng. Lahir di Manggarai, NTT tahun 1989, menyelesaikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Respati Yogyakarta tahun 2013, dan menyelesaikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia tahun 2017.

Memulai Karir sebagai dosen Sarjana Keperawatan di Unika Santu Paulus Ruteng sejak tahun 2014. Penulis aktif dalam melaksanakan tridharma perguruan tinggi. Melaksanakan berbagai penelitian yang telah di publikasikan baik di jurnal nasional maupun internasional, menjadi pembicara di berbagai pertemuan ilmiah.

Email Penulis: yuni120509@gmail.com

MANAJEMEN SUMBER DAYA KEPERAWATAN DAN REKRUTMEN TENAGA KESEHATAN

Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep

Institut Teknologi dan Kesehatan (ITK) Avicenna Kendari

Pendahuluan

Sumber Daya Manusia (SDM) adalah aset yang paling penting dalam mengembangkan dan mempertahankan kelangsungan hidup suatu organisasi. Salah satu kunci keberhasilan pencapaian tujuan organisasi adalah kinerja karyawan. Suatu organisasi harus mampu menampilkan kinerja terbaik agar dapat bersaing dalam dunia usaha. Manajemen sumber daya manusia adalah proses untuk memperoleh, melatih, menilai, dan mengompensasi karyawan dan untuk mengurus relasi tenaga kerja, kesehatan dan keselamatan, serta hal-hal yang berhubungan dengan keadilan (Dessler, 2015).

Subsistem sumber daya manusia kesehatan adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan, yang meliputi: upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan

(termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Peran tenaga kesehatan menjadi sangat penting dalam implementasi sistem kesehatan.

Sumber daya manusia keperawatan merupakan faktor terpenting dalam pelayanan di rumah sakit, karena hampir di setiap negara 80% pelayanan kesehatan diberikan oleh perawat. Oleh karena itu rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional sesuai kebutuhan masyarakat (Ristanda and Wuryanto, 2018).

Manajemen Sumber Daya Keperawatan

1. Pengertian Manajemen Sumber Daya Keperawatan

Manajemen keperawatan secara singkat diartikan sebagai proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan, dan rasa aman kepada pasien/keluarga serta masyarakat. Manajemen keperawatan suatu tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan untuk merencanakan, mengorganisasi, mengarahkan serta mengawasi sumber-sumber yang ada baik sumber daya manusia, alat maupun dana, sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif, baik kepada pasien, keluarga, dan masyarakat (Cecep, 2013).

Manajemen keperawatan ialah suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan juga obyektifitas asuhan keperawatan serta pelayanan keperawatan. Selain itu, pengelola keperawatan juga dapat didefinisikan sebagai suatu proses dari perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan juga pengawasan dalam mencapai suatu tujuan. Tidak hanya itu, Pengelola juru rawat juga memahami serta

memfasilitasi pekerjaan perawat pelaksana serta mengelola kegiatan keperawatan.

2. Prinsip-Prinsip Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan dapat dilaksanakan secara benar (Agus, 2010). Perlu diperhatikan beberapa prinsip dasar berikut.

a. Manajemen keperawatan berlandaskan perencanaan.

Perencanaan merupakan hal yang utama dan serangkaian fungsi dan aktivitas manajemen. Tahap perencanaan dan proses manajemen tidak hanya terdiri dari penentuan kebutuhan keperawatan pada berbagai kondisi klien, tetapi juga terdiri atas pembuatan tujuan, pengalokasian anggaran, identifikasi kebutuhan pegawai, dan penetapan struktur organisasi yang diinginkan. Perencanaan merupakan pemikiran/konsep-konsep tindakan yang umumnya tertulis dan merupakan fungsi yang penting di dalam mengurangi risiko dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah, dan efek-efek dan perubahan. Selama proses perencanaan, yang dapat dilakukan oleh pimpinan keperawatan menganalisis dan mengkaji sistem, mengatur strategi organisasi dan menentukan tujuan jangka panjang dan pendek, mengkaji sumber daya organisasi, mengidentifikasi kemampuan yang ada, dan aktivitas spesifik serta prioritasnya. Perencanaan dalam manajemen mendorong seorang pemimpin keperawatan untuk menganalisis aktivitas dan struktur yang dibutuhkan dalam organisasinya.

b. Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif.

Manajer keperawatan yang menghargai waktu akan mampu menyusun perencanaan yang terprogram dengan baik dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan waktu yang ditetapkan.

Keberhasilan seorang pimpinan keperawatan bergantung pada penggunaan waktunya yang efektif. Dalam keperawatan, manajemen sangat dipengaruhi oleh kemampuan pimpinan keperawatan. Dalam konteks ini, seorang pimpinan harus mampu memanfaatkan waktu yang tersedia secara efektif. Hal demikian dibutuhkan untuk dapat mencapai produktivitas yang tinggi dalam tatanan organisasinya.

- c. Manajemen keperawatan melibatkan pengambilan keputusan.

Berbagai situasi dan permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan yang tepat di berbagai tingkatan manajerial. Semua tingkat manajer dalam keperawatan dihadapkan pada persoalan yang berbeda sehingga dibutuhkan metode atau cara pengambilan keputusan yang berbeda pula. Jika salah dalam pengambilan keputusan akan berpengaruh terhadap proses atau jalannya aktivitas yang akan dilakukan. Proses pengambilan keputusan akan sangat dipengaruhi oleh kemampuan komunikasi dan para manajer.

- d. Manajemen keperawatan harus terorganisasi.

Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi dalam rangka mencapai tujuan. Terdapat empat blok struktur organisasi, yaitu unit, departemen, top/tingkat eksekutif dan tingkat operasional. Prinsip pengorganisasian mencakup hal-hal pembagian tugas (the devision of work), koordinasi, kesatuan komando, hubungan staf dan lini, tanggung jawab dan kewenangan yang sesuai serta adanya rentang pengawasan. Dalam keperawatan, pengorganisasian dapat dilaksanakan dengan cara fungsional/ penugasan, alokasi pasien, perawatan grup/tim keperawatan, dan pelayanan keperawatan utama.

- e. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif.

Komunikasi merupakan bagian penting dan aktivitas manajemen. Komunikasi yang dilakukan secara efektif mampu mengurangi kesalahpahaman, dan akan memberikan persamaan pandangan arah dan pengertian di antara pegawai dalam suatu tatanan organisasi.

- f. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan.

Pengendalian dalam manajemen dilakukan untuk mengarahkan kegiatan manajemen sesuai dengan yang direncanakan. Selain itu, pengendalian dilaksanakan agar kegiatan yang dilakukan tidak banyak terjadi kesalahan yang berakibat negatif terhadap klien dan pihak yang terkait dengan manajemen. Pengendalian meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi, menetapkan prinsip-prinsip melalui penetapan standar, dan membandingkan penampilan dengan standar serta memperbaiki kekurangan.

3. Fungsi-Fungsi Manajemen Keperawatan

Fungsi manajemen keperawatan, memudahkan perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan yang holistik sehingga seluruh kebutuhan klien dirumah sakit terpenuhi. Terdapat beberapa elemen dalam manajemen keperawatan berdasarkan fungsinya yaitu perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), kepegawaian (staffing), pengarahan (directing) dan pengendalian/evaluasi (controlling) (Rosyidi, 2013).

- a. Perencanaan (Planning)

Planning memutuskan seberapa luas akan dilakukan, bagaimana melakukannya dan siapa yang melakukannya. Fungsi perencanaan merupakan suatu penjabaran dari tujuan yang ingin dicapai, perencanaan sangat penting untuk

melakukan tindakan. Didalam proses keperawatan perencanaan membantu perawat dalam menentukan tindakan yang tepat bagi klien dan menjamin bahwa klien akan menerima pelayanan keperawatan yang mereka butuhkan dan sesuai dengan konsep dasar keperawatan.

1) Tujuan perencanaan

- a) Untuk menimbulkan keberhasilan dalam mencapai sasaran dan tujuan.
- b) Agar penggunaan personel dan fasilitas tersedia efektif.
- c) Efektif dalam hal biaya.
- d) Membantu menurunkan elemen perubahan, karena perencanaan berdasarkan masa lalu dan akan datang.
- e) Dapat digunakan untuk menemukan kebutuhan untuk berubah.

2) Tahapan dalam perencanaan

- a) Menetapkan tujuan.
- b) Merumuskan keadaan sekarang.
- c) Mengidentifikasi kemudahan dan hambatan.
- d) Mengembangkan serangkaian kegiatan.
- e) Jenis perencanaan:

a. Perencanaan strategi

Perencanaan yang sifat jangka panjang yang ditetapkan oleh pemimpin dan merupakan arahan umum suatu organisasi. Digunakan untuk mendapatkan dan mengembangkan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga digunakan untuk merevisi pelayanan yang sudah tidak sesuai lagi dengan keadaan masa kini.

b. Perencanaan operasional

Menguraikan aktivitas dan prosedur yang akan digunakan serta menyusun jadwal waktu pencapaian tujuan, menentukan siapa perawat yang bertanggung jawab untuk setiap aktivitas dan prosedur serta menggambarkan cara menyiapkan perawat dalam bekerja dan prosedur untuk mengevaluasi perawatan pasien.

3) Manfaat perencanaan

- a) Membantu proses manajemen dalam menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan.
- b) Memungkinkan manajer memahami keseluruhan gambaran operasi lebih jelas.
- c) Membantu penetapan tanggung jawab lebih tepat.
- d) Memberikan cara pemberian perintah yang tepat untuk pelaksanaan.
- e) Memudahkan koordinasi.
- f) Membuat tujuan lebih khusus, lebih terperinci dan lebih mudah dipahami.
- g) Meminimalkan pekerjaan yang tidak pasti.
- h) Menghemat waktu dan dana.

4) Keuntungan perencanaan

- a) Meningkatkan peluang sukses.
- b) Membutuhkan pemikiran analitis.
- c) Mengarahkan orang ketindakan.
- d) Memodifikasi gaya manajemen.
- e) Fleksibilitas dalam pengambilan keputusan.

- f) Meningkatkan keterlibatan anggota.
- 5) Kelemahan perencanaan
- a) Kemungkinan pekerjaan yang tercakup dalam perencanaan berlebihan pada kontribusi nyata.
 - b) Cenderung menunda kegiatan.
 - c) Terkadang kemungkinan membatasi inovasi dan inisiatif
 - d) Kadang-kadang hasil yang lebih baik didapatkan oleh penyelesaian situasional individual dan penanganan suatu masalah pada saat masalah itu terjadi.
 - e) Terdapat rencana yang diikuti oleh/atau dengan rencana yang tidak konsisten.
- b. Pengorganisasian (Organizing)

Pengorganisasian suatu langkah untuk menetapkan, mengelompokkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, penetapan tugas-tugas dan wewenang-wewenang seseorang, pendelegasian wewenang dalam rangka mencapai tujuan. Fungsi pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan semua kegiatan yang beraspek personil, finansial, material dan tata cara dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

1. Manfaat pengorganisasian, akan dapat diketahui:
 - a) Pembagian tugas untuk perorangan dan kelompok.
 - b) Hubungan organisatoris antara orang-orang didalam organisasi tersebut melalui kegiatan yang dilakukannya.
 - c) Pendelegasian wewenang.
 - d) Pemanfaatan staf dan fasilitas fisik.

2. Tahapan dalam pengorganisasian

- a) Tujuan organisasi harus dipahami staf, tugas ini sudah tertuang dalam fungsi manajemen.
- b) Membagi habis pekerjaan dalam bentuk kegiatan pokok untuk mencapai tujuan.
- c) Menggolongkan kegiatan pokok ke dalam satuansatuan kegiatan yang praktis.
- d) Menetapkan berbagai kewajiban yang harus dilakukan oleh staf dan menyediakan fasilitas yang diperlukan.
- e) Penugasan personil yang tepat dalam melaksanakan tugas.
- f) Mendelegasikan wewenang.

c. Kepegawaian (Staffing)

Staffing merupakan metodologi pengaturan staff, merupakan proses yang teratur, sistematis, berdasarkan rasional diterapkan untuk menentukan jumlah dan jenis personal suatu organisasi yang dibutuhkan dalam situasi tertentu. Komponen yang termasuk dalam fungsi staffing prinsip: rekrutmen, seleksi, orientasi pegawai baru, penjadwalan tugas, dan klasifikasi pasien. Komponen tersebut merupakan suatu proses yang mana nantinya berhubungan dengan penjadwalan siklus waktu kerja bagi semua personel yang ada. Terdapat beberapa langkah yang diambil untuk menentukan waktu kerja dan istirahat pegawai, yaitu:

1. Menganalisa jadwal kerja dan rutinitas unit.
2. Memberikan waktu masuk dan libur pekerjaan.
3. Memeriksa jadwal yang telah selesai.
4. Menjamin persetujuan jadwal yang dianjurkan dari manajemen kperawatan.

5. Memasang jadwal untuk memberitahu anggota staff.
 6. Memperbaiki dan memperbaharui jadwal tiap hari.
- d. Pengarahan (Directing)
1. Pengertian Pengarahan

Pengarahan merupakan proses penerapan rencana manajemen untuk menggerakkan anggota kelompok untuk mencapai tujuan melalui berbagai arahan (Marquis and Huston, 2009). Pengarahan suatu cara untuk mengerjakan dan memberikan bimbingan agar dapat bekerja secara optimal dan melakukan pembagian tugas sesuai dengan sumber daya yang tersedia berdasarkan kemampuan dan keahliannya. Pengarahan merupakan hubungan manusia dalam kepemimpinan yang mengikat para bawahan agar bersedia mengerti dan menyumbangkan tenaganya secara efektif serta efisien dalam pencapaian tujuan suatu organisasi. manajemen, pengarahan ini bersifat sangat kompleks karena di samping menyangkut manusia juga, menyangkut berbagai tingkah laku manusia yang berbeda-beda.

2. Tujuan Pengarahan

Terdapat lima tujuan dan fungsi pengarahan, yaitu sebagai berikut:

- a) Pengarahan bertujuan menciptakan kerja sama yang lebih efisien. Pengarahan memungkinkan terjadinya komunikasi antara atasan dan bawahan. Manajer keperawatan setingkat kepala ruangan yang mampu menggerakkan dan mengarahkan bawahannya akan memberikan kontribusi dalam meningkatkan efisiensi kerja. Sebagai contoh, kegiatan supervisi tindakan

keperawatan akan dapat mengurangi atau meminimalisasi kesalahan tindakan sehingga akan dapat meminimalisasi bahan, alat atau waktu tindakan bila dibandingkan jika terjadi kesalahan karena tidak ada supervisi.

- b) Pengarahan bertujuan mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf. Banyak hal yang terkait dengan kegiatan pengarahan di dalam ruang perawatan. Seperti halnya supervisi, pendelegasian di dalam ruang perawatan akan dapat memberikan peluang bagi yang diberikan delegasi untuk mengerjakan tugas dan tanggung jawabnya secara otonomi.
 - c) Pengarahan bertujuan menumbuhkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan. Perawat yang diarahkan jika salah, diberi motivasi jika kinerja menurun dan diberi apresiasi atas hasil kerja akan memberikan penguatan rasa memiliki dan menyukai pekerjaannya.
 - d) Pengarahan bertujuan mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja staf. Pemimpin yang baik, pemimpin yang mampu menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dan menciptakan hubungan interpersonal yang harmonis. Selain itu, kepemimpinan yang adil merupakan kunci sukses dalam memberikan motivasi kerja dan meningkatkan prestasi kerja perawat bawahan (Marquis and Huston, 2009).
3. Unsur-unsur Pengarahan

Pengarahan atau juga disebut "penggerakan" merupakan upaya memengaruhi bawahan agar melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Guna

mengarahkan atau menggerakkan bawahan, ada beberapa unsur yang perlu di dipahami dan diperhatikan bagi seorang manajer keperawatan.

- a) Kepemimpinan merupakan kemampuan memengaruhi kelompok menuju pencapaian sasaran.
- b) Motivasi hal yang menyebabkan, menyalurkan dan mendukung perilaku manusia supaya mau bekerja giat dan antusias mencapai hasil yang optimal.
- c) Komunikasi merupakan unsur penting dalam menggerakkan atau mengarahkan bawahan. Dalam organisasi pelayanan keperawatan, dalam ada beberapa bentuk kegiatan pengarahannya yang didalamnya terdapat aplikasi komunikasi, antara lain sebagai berikut.
 - 1) Operan Merupakan suatu kegiatan komunikasi yang bertujuan mengoperkan asuhan keperawatan kepada shift berikutnya.
 - 2) Pre - Conference Komunikasi ketua tim/penanggung jawab shift dengan perawat pelaksana setelah selesai operan.
 - 3) Post-Conference Komunikasi ketua tim/perawat dengan perawat pelaksana sebelum timbangan diterima mengakhiri dinas dilakukan.
 - 4) Pendelegasian Kegiatan melakukan pekerjaan melalui orang lain bertujuan agar aktivitas organisasi tetap berjalan sesuai tujuan yang telah ditetapkan.
 - 5) Supervisi Bentuk komunikasi yang bertujuan memastikan kegiatan yang

dilaksanakan sesuai dengan tujuan dengan cara melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan tersebut (Marquis and Huston, 2009).

- d) Manajemen Konflik dalam Ruang Perawatan Ruang perawatan merupakan suatu sistem tempat manusia berinteraksi. Interaksi yang terjadi dalam ruang perawatan mempunyai kemungkinan terjadinya konflik. Konflik dapat terjadi antara individu dan individu, individu dengan kelompok, atau juga kelompok dengan kelompok. Kegiatan-kegiatan yang ada di fungsi pengarahannya, yaitu delegasi, supervisi, motivasi, manajemen konflik serta komunikasi dan kolaborasi.

1) Delegasi

Pendelegasian kegiatan melakukan pekerjaan melalui orang lain yang bertujuan agar aktivitas organisasi tetap berjalan sesuai tujuan yang telah ditetapkan. Bentuk delegasi di ruang perawatan antara lain kepala ruang mendelegasikan tugas kepada ketua tim/perawat primer atau penanggung jawab shift. Sedangkan, ketua tim/perawat primer mendelegasikan tugas kepada perawat pelaksana agar kegiatan pendelegasian dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang diinginkan, harus dilakukan komunikasi dengan baik, baik secara lisan maupun tulisan antara person yang memberikan delegasi dan person yang diberikan delegasi. Teknik khusus untuk membantu manajer melakukan delegasi dengan efektif yaitu tetapkan tujuan, tegaskan tanggung jawab dan

wewenang, berikan motivasi kepada bawahan, manajer dapat memberikan dorongan bawahan melalui perhatian pada kebutuhan dan tujuan mereka yang sensitif, meminta penyelesaian kerja, berikan latihan, adakan pengawasan yang memadai.

2) Supervisi

Supervisi merupakan bentuk komunikasi yang bertujuan untuk memastikan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan tujuan dengan cara melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan tersebut. Supervisi dilakukan untuk memastikan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Supervisi keperawatan, fokus utamanya bukan pada kegiatan pemeriksaan yang mencari-cari kesalahan, melainkan pada kegiatan supervisi ini lebih mengarah pada pengawasan partisipatif. Kegiatan supervisi keperawatan memungkinkan terjadinya pemberian penghargaan, diskusi dan juga bimbingan yang bertujuan untuk mencari jalan keluar jika terjadi kesulitan dalam tindakan keperawatan.

3) Motivasi

Motivasi berasal dari kata Latin *movere* yang berarti dorongan atau menggerakkan. Motivasi merupakan konsep yang menggambarkan kondisi ekstrinsik yang merangsang perilaku tertentu dan respons intrinsik yang menampakkan perilaku manusia. Motivasi merupakan proses psikologis

yang meningkatkan dan mengarahkan perilaku untuk mencapai tujuan. Motivasi sebagai proses yang ikut menentukan intensitas, arah dan ketekunan individu dalam usaha mencapai sasaran. Motivasi suatu kondisi yang menyebabkan atau menimbulkan perilaku tertentu dan memberi arah serta ketahanan (persistence) pada tingkah laku tersebut. Disimpulkan motivasi suatu dorongan proses psikologis yang menimbulkan perilaku tertentu dan ikut menentukan intensitas, arah, ketekunan dan ketahanan pada perilaku tersebut sesuai tujuan yang ditetapkan.

4) Manajemen konflik

Konflik merupakan proses yang bermula ketika satu pihak merasakan bahwa pihak lain telah memengaruhi secara negatif atau akan segera memengaruhi secara negatif. Konflik merupakan masalah internal dan eksternal yang terjadi sebagai akibat perbedaan pendapat, nilai-nilai atau keyakinan dua orang atau lebih. Konflik merupakan segala macam interaksi pertentangan atau antagonistik antara dua pihak atau lebih. Disimpulkan konflik merupakan proses yang bermula ketika interaksi pihak satu dengan yang lain memunculkan masalah internal maupun eksternal sebagai akibat perbedaan pendapat, nilai - nilai atau keyakinan-keyakinan.

5) Komunikasi dan kolaborasi

Komunikasi merupakan pertukaran pesan antar manusia dengan tujuan pemahaman yang sama. Komunikasi merupakan unsur penting dalam menggerakkan atau mengarahkan bawahan.

e) Pengendalian/evaluasi (Controlling)

Controlling merupakan proses pemeriksaan apakah segala sesuatu yang terjadi sesuai dengan rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, serta prinsip-prinsip yang ditetapkan, yang bertujuan untuk menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat diperbaiki dan tidak terjadi lagi. Tugas seorang manajerial dalam usaha menjalankan dan mengembangkan fungsi pengawasan manajerial perlu memperhatikan beberapa prinsip berikut (Marquis and Huston, 2009):

- 1) Pengawasan yang dilakukan harus dimengerti oleh staf dan hasilnya mudah diukur.
- 2) Fungsi pengawasan merupakan kegiatan yang amat penting dalam upaya mencapai tujuan organisasi.
- 3) Standart untuk kerja yang akan diawasi perlu dijelaskan kepada semua staf, sehingga staf dapat lebih meningkatkan rasa tanggung jawab dan komitmen terhadap kegiatan program.
- 4) Kontrol sebagai pengukuran dan koreksi kinerja untuk meyakinkan bahwa sasaran dan kelengkapan rencana

Untuk mencapai tujuan telah tersedia, serta alat untuk memperbaiki kinerja. Terdapat 10 karakteristik suatu sistem kontrol yang baik:

- 1) Harus menunjukkan sifat dari aktifitas
- 2) Harus melaporkan kesalahan-kesalahan dengan segera
- 3) Harus memandang kedepan
- 4) Harus menunjukkan penerimaan pada titik krisis
- 5) Harus obyektif
- 6) Harus fleksibel
- 7) Harus menunjukkan pola organisasi
- 8) Harus ekonomis
- 9) Harus mudah dimengerti
- 10) Harus menunjukkan tindakan perbaikan

Ada 2 metode pengukuran yang digunakan untuk mengkaji pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Analisa data

Perawat melihat gerkaan , tindakan dan prosedur yang tersusun dalam pedoman tertulis, jadwal, aturan, catatan, anggaran. Hanya ukuran fisik saja dan secara relatif beberapa alat digunakan untuk analisa tugas dalam keperawatan.

- 2) Kontrol kualitas

Perawat dihadapkan pada pengukuran kualitas dan akibat-akibat dari pelayanan keperawatan.

Manfaat pengawasan:

Apabila fungsi pengawasan dan pengendalian dapat dilaksanakan dengan tepat maka akan diperoleh manfaat:

- 1) Dapat diketahui apakah suatu kegiatan atau program telah dilaksanakan sesuai dengan standar atau rencana kerja.
- 2) Dapat diketahui adanya penyimpangan pada pengetahuan dan pengertian staf dalam melaksanakan tugas-tugasnya.
- 3) Dapat diketahui apakah waktu dan sumber daya lainnya telah mencukupi kebutuhan dan telah digunakan secara benar.
- 4) Dapat diketahui staf yang perlu diberikan penghargaan atau bentuk promosi dan latihan kerja (Marquis and Huston, 2009).

Rekrutmen Tenaga Kesehatan

Pengertian Rekrutmen

Rekrutmen adalah proses pencarian atau mengundang calon-calon tenaga kerja yang mempunyai kemampuan sesuai dengan rencana dan kebutuhan organisasi di waktu tertentu, untuk melamar kerja. (Mondy,2008) Tanggung jawab untuk rekrutmen tenaga kerja biasanya ada pada bagian personalia. Tanggung jawab ini sangat penting karena mutu sumber daya manusia bergantung pada mutucalon tenaga baru yang direkrut. Oleh karena organisasi, perusahaan ataupun rumah sakit yang besar hamir secara terus menerus menarik tenaga kerja, maka bagian personalia menggunakan para pakar dalam proses penarikan tenaga kerja atau disebut dengan *recruiter* (Tanjung *et al.*, 1989).

Untuk mendapatkan calon/pelamar sebanyak mungkin, maka pelaksanaan rekrutmen harus dilakukan dengan berbagai cara dan daya upaya yang dapat menarik perhatian dan minat calon pelamar, misalnya:

- a. Mencari pasaran kerja dan sumber-sumber tenaga kerja yang terbaik secara terus-menerus dengan mengadakan hubungan erat dengan kantor-kantor penempatan tenaga kerja, organisasi-organisasi pegawai, perguruan tinggi dan sekolah-sekolah kejuruan, serta kursus-kursus dan bila dipandang perlu dengan mengadakan pembibitan.
- b. Mencari calon-calon dari jawatan/intern organisasi sendiri dengan jalan mengadakan penelitian dan memberikan catatan-catatan dalam kartu pegawai ataupun file pribadinya.
- c. Menyediakan literatur dan bahan-bahan pengumuman yang menarik.
- d. Membuat iklan pada TV, tempat-tempat umum, memuat artikel-artikel yang dimuat dalam surat kabar dan majalah, sandiwara radio, sayembara, kontes dan lain-lain yang dapat menarik perhatian masyarakat sebagai calon pelamar (Tanjung *et al.*, 1989).

Adapun penerimaan pegawai baru/karyawan/tenaga kerja yang baru baik medis ataupun non medis, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku yang dapat dibedakan dalam kepangkatan dan golongan, misalnya :

- a. Tidak tamat sekolah-SD
- b. SLTP
- c. SLTA
- d. D1, D2, D3
- e. S1, S2, S3
- f. Spesialis, Sub Spesialis

Mengenai sistem dan kewenangan karyawan/pegawai/tenaga kerja medis dan non medis dalam suatu organisasi, perusahaan, ataupun rumah sakit, semuanya memiliki sistem dan cara-cara yang berbeda sesuai dengan kebutuhan dan visi/misi rumah sakit/organisasi/perusahaan yang akan melakukan rekrutmen.

Selanjutnya dalam usaha untuk mengadakan penyempurnaan manajemen sumber daya manusia, dalam hal ini kepegawaian ataupun tenaga kerja, telah ditentukan terlebih dahulu langkah-langkah dan tindakan dibidang peningkatan daya guna, dan hasil daya guna tersebut tercermin dalam:

- a. Penyusunan rencana kepegawaian yang mendorong ke arah merasionalkan komposisi kepegawaian.
- b. Penyusunan tata cara realisasi pengisian lowongan jabatan (rekrutmen).

Adapun prinsip pengisian lowongan jabatan adalah menempatkan pegawai yang tepat pada tempat yang tepat (*the right man in the right place*) atau dengan kata lain, pegawai yang ditunjuk untuk menduduki suatu lowongan jabatan, haruslah mempunyai kecakapan dan kemampuan yang diperlukan untuk lowongan jabatan itu dengan memperhatikan faktor mental dan kejujurannya.

Sebelum masuk pada proses seleksi, suatu perusahaan ataupun organisasi maupun rumah sakit harus memiliki kriteria-kriteria standar yang harus dipenuhi oleh calon pelamar untuk dapat melamar pada suatu posisi pekerjaan di tempat itu. Di samping itu, perusahaan/organisasi/rumah sakit harus menyiapkan pertanyaan-pertanyaan yang harus dilengkapi dan diisi oleh para pelamar. Pertanyaan yang dibuat harus disusun sedemikian rupa sehingga mudah di jawab dengan tujuan, antara lain :

- a. Untuk mendapatkan suatu gambaran umum dari pribadi pelamar.
- b. Untuk mendapatkan kesan tentang watak dan kepribadiannya.

- c. Untuk mendapatkan ketegasan, apakah calon pelamar memenuhi syarat-syarat yang di minta dan untuk menilai kecakapannya.
- d. Apakah harus diberikan prioritas atau tidak; misalnya seorang veteran atau seorang yang mempunyai kekurangan/cacat bawaan, akan tetapi mempunyai suatu keahlian khusus yang amat berguna sesuai kebutuhan perusahaan/organisasi/rumah sakit.
- e. Untuk menentukan pelamar mana yang harus dicalonkan dan di panggil untuk mengikuti ujian-ujian selanjutnya

Metode rekrutmen dapat terbagi dua,yaitu : (Jackson, Schuler and Jiang, 2014)

a. Rekrutmen Internal dapat berupa :

- 1) Penataran/upgrading
- 2) Pemindahan/mutasi
- 3) Pengangkatan (promosi)
- 4) Penempatan pekerjaan melalui buletin/papan
- 5) Inventarisasi keahlian pengumuman

Keuntungan dari rekrutmen internal,antara lain :

- 1) Biaya relatif murah, karena tidak perlu proses seleksi seperti rekrutmen eksternal.
- 2) Organisasi mengetahui pekerja yang memiliki kemampuan untuk jabatan yang kosong.
- 3) Pekerja memiliki motivasi yang tinggi karena mengetahui kemungkinan peningkatan.
- 4) Pengembangan karir jelas.
- 5) Kebijakan, prosedur, ketentuan dan kebiasaan organisasi telah dipahami dengan baik oleh pekerja.

Kerugian rekrutmen Internal, antara lain :

- 1) Tidak selalu memberikan perspektif yang baru.
- 2) Kewenangan dan kekuasaan sulit untuk dijalankan oleh karena pekerja yang dipromosikan akrab dan dekat dengan bawahannya.

b. Rekrutmen Eksternal dapat berupa :

- 1) Media ,seperti koran,jurnal perdagangan,radio,tv.
- 2) Badan penyalur tenaga kerja baik milik pemerintah atau pun swasta.
- 3) Lembaga pendidikan, seperti mahasiswa magang, iklan kampus.
- 4) Organisasi karyawan.
- 5) Organisasi profesi.
- 6) Rekomendasi karyawan.
- 7) *Open house/job fairs*
- 8) *On line*

Keuntungan dari rekrutmen eksternal adalah sebagai berikut:

- 1) Memiliki gagasan dan pendekatan baru
- 2) Bekerja dimulai dengan lembaran yang baru dan bersih yang kemudian memperhatikan spesifikasi pengalaman.
- 3) Dalam perusahaan yang sekarang tidak terdapat tingkat pengetahuan dan keahlian. Kerugian dari rekrutmen eksternal antara lain:
- 4) Antara karyawan dengan perusahaan terdapat keterbatasan keterampilan.
- 5) Moral dan komitmen karyawan rendah.
- 6) Periode penyesuaian yang relatif lama.

Rekrutmen dapat dilakukan dengan mempergunakan sumber internal maupun sumber eksternal. Rekrutmen dari sumber internal dilakukan dengan pertimbangan beberapa keuntungan yaitu (Soetrisno, 2016) :

- a) Kemampuan dari si kandidat sudah diketahui sehingga mempermudah proses *staffing*,
- b) Biasanya pihak dalam atau insider sudah lebih memahami kekuatan dan kelemahan dari suatu institusi sehingga lebih cepat menjalani orientasi,
- c) Adanya promosi dari jenjang karir internal akan memberikan suatu rangsangan bagi perawat lain untuk lebih berprestasi dan yang terakhir adalah
- d) Rekrutmen internal biasanya lebih murah biaya dan lebih cepat.

Metode rekrutmen eksternal dikenal atas dua kelas yaitu informal dan formal. Metode informal mempunyai cakupan yang lebih kecil di mana biasanya metode ini dilakukan dengan merekrut kandidat yang telah melamar sebelumnya atau mendaftar tanpa melalui proses *advertising* resmi. Metode informal juga sering dilakukan berdasarkan referensi dari institusi lain yang memberikan rekomendasi.

Daftar Pustaka

- Agus, K. (2010) 'Buku Ajar Manajemen Keperawatan; hal 110-147'. Yogyakarta.
- Cecep, T. (2013) 'Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit', *Jakarta: Trans Info Media*.
- Dessler, G. (2015) 'Manajemen sumber daya manusia'. PT Indeks.
- Jackson, S. E., Schuler, R. S. and Jiang, K. (2014) 'An aspirational framework for strategic human resource management', *Academy of Management Annals*. Routledge, 8(1), pp. 1-56.
- Marquis, B. L. and Huston, C. J. (2009) *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ristanda, E. M. and Wuryanto, S. (2018) 'Analisis Kebutuhan Sumber Daya Manusia Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gamping Tahun 2018'. Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
- Rosyidi, K. (2013) 'Manajemen kepemimpinan dalam keperawatan'. Trans Info Media.
- Soetrisno, E. (2016) *Manajemen sumber daya manusia*. Kencana.
- Tanjung, A. *et al.* (no date) 'Seleksi dan Penempatan Kerja (Placement)'

Profil Penulis



Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep

Dosen Keperawatan di *Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna (ITK Avicenna)*, Lahir di Desa Lamunde yang merupakan salah satu desa bagian selatan Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara, pada tanggal 5 Februari 1991, Anak ke Enam dari bapak Andi Bolle dan Ibu Rosma. Penulis Menyelesaikan pendidikan Serjana (S1) dan Profesi Ners di *Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenn (ITK Avicenna)* pada tahun 2014. Kemudian menyelesaikan pendidikan *Magister Keperawatan (S2) peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Airlangga Surabaya tahun 2019*. Selain sebagai pengajar, Penulis aktif sebagai Perawat Kamar Bedah di Rumah Sakit Dewi Sartika Kendari, Penulis pernah jadi perawat Covid 19 di RSDC Wisma Atlit Kemayoran Jakarta Pusat, penulis aktif di organisasi PPNI Kota Kendari, penulis juga aktif menulis buku, jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.

Email Penulis: andi.herman0905@gmail.com

PERENCANAAN DAN PENGATURAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

I Gede Juanamasta, S.Kep., Ns., M.Kep

STIKes Wira Medika Bali

Perencanaan dan Pengaturan Manajemen Keperawatan

Perencanaan adalah fungsi pertama dari manajemen. Semua fungsi manajemen lainnya – pengorganisasian, penempatan staf, pengarahan, dan pengendalian – bergantung pada perencanaan. Manajer perawat perlu terbiasa dengan proses dan alat pengambilan keputusan sehingga dia dapat mengidentifikasi tujuan institusi, menyatakan filosofi, menentukan tujuan dan sasaran, menyiapkan anggaran untuk mengimplementasikan rencananya, dan mengelola waktu dan waktu secara efektif. organisasi.

Pengertian Perencanaan dan Pengaturan

Perencanaan, fungsi dasar manajemen, merupakan tugas utama semua manajer dalam divisi keperawatan. Ini adalah proses yang sistematis dan membutuhkan aktivitas yang berpengetahuan berdasarkan teori manajerial yang baik. Koontz dan Weihrich mendefinisikan perencanaan sebagai memilih misi dan tujuan serta tindakan untuk mencapainya; itu membutuhkan pengambilan keputusan yaitu, memilih tindakan masa depan dari antara alternative (Koontz et

al., 2020).

Koontz and O'Donnell mendefinisikan pengaturan tentang hubungan wewenang dengan ketentuan koordinasi alokasi tugas, koordinasi dan pengawasan baik secara vertikal maupun horizontal dalam struktur perusahaan/organisasi/ruangan (Koontz et al., 2020).

Perawat manajer wajib melakukan evaluasi terhadap rencana yang sudah dibuat apabila saat pengaturan ditemukan kendala. Umpan balik atau tanggapan dari perawat sangat diperlukan dalam pengaturan.

Tujuan Perencanaan dan Pengaturan

Secara umum, misi, atau tujuan atau alasan perencanaan meliputi;

1. Untuk berhasil dalam mencapai tujuan dan sasaran
2. Memberi makna pada pekerjaan
3. Menyediakan pemanfaatan personel dan fasilitas yang tersedia secara efektif
4. Pengaturan posisi dan pekerjaan dalam hierarki.
5. Menciptakan hubungan yang meminimalkan gesekan.
6. Membantu mengatasi situasi krisis
7. Diperlukan untuk pengendalian yang efektif
8. Ini didasarkan pada masa lalu dan masa depan, sehingga membantu mengurangi elemen perubahan
9. Jaminan penghematan waktu, ruang dan bahan
10. Penentuan dengan jelas tanggung jawab dan garis wewenang dari semua tingkatan.
11. Menciptakan hubungan yang meminimalkan gesekan.

Jenis Perencanaan dan Elemen Pengaturan

Jenis utama dari rencana Organisasi meliputi;

1. Perencanaan jangka panjang atau strategis

2. Perencanaan jarak menengah atau taktis memiliki rentang durasi 6-12 bulan.
3. Jangka pendek atau perencanaan operasional

Elemen pengaturan terdiri dari lima hal (McNamara, 2009), yaitu:

1. Sentralisasi dan desentralisasi.

Ini mengacu pada tingkat di mana sebagian besar keputusan dibuat dalam organisasi. *Sentralisasi* adalah pemusatan pengambilan keputusan dan tindakan oleh manajemen tingkat atas, seperti direktur dan jajarannya. Namun, *desentralisasi* adalah pemusatan pengambilan keputusan dan tindakan oleh manajemen tingkat bawah, seperti kepala ruangan dan jajarannya.

2. Pendelegasian wewenang.

Delegasi merupakan proses menugaskan pekerjaan dari tingkat organisasi teratas ke yang lebih rendah atau dari atasan ke bawahan, dan memberi orang itu wewenang untuk mencapainya. Ini adalah proses aliran otoritas ke bawah dari tingkat atas dalam organisasi ke tingkat yang lebih rendah. Pendelegasian akan dijelaskan lebih detail pada Bab 11.

3. Rentang kendali (supervisi)

Mengacu pada jumlah bawahan yang dapat diawasi secara memadai oleh satu pengawas. Supervisi dilaksanakan untuk memantau apakah prosedur yang sudah ditetapkan dapat terlaksanakan dengan baik. Seandainya muncul masalah, pengawas akan mengkaji masalah, menganalisa keterkaitan masalah, menghubungi pihak terkait, dan mencari alternatif solusi. Supervisi akan dijelaskan lebih detail pada Bab 11.

4. Divisi pelayanan.

Pembagian kerja berarti membagi kegiatan besar untuk didistribusikan di antara beberapa orang.

5. Departemen.

Ini adalah proses pengelompokan kegiatan ke dalam unit administratif.

Tahap / Langkah Perencanaan

Secara umum tahapan dalam perencanaan dijabarkan sebagai berikut:

1. Tahap 1: Penilaian lingkungan internal dan eksternal- Faktor ekonomi, demografi, teknologi, sosial, pendidikan, dan politik dinilai dari segi dampaknya terhadap peluang dan ancaman dalam lingkungan.
2. Tahap 2: Tinjauan Pernyataan Misi, Filosofi, Sasaran, dan Tujuan- Pernyataan misi mencerminkan tujuan dan arah badan kesehatan atau departemen di dalamnya. Pernyataan filosofi memberikan arahan bagi lembaga dan/atau departemen di dalamnya. Tujuan membantu administrator perawat dan anggota lain dari tim perawatan kesehatan untuk memusatkan perhatian pada apa yang relevan dan penting dan untuk mengembangkan strategi dan tindakan untuk mencapai tujuan. Kemampuan menulis tujuan yang jelas dan ringkas merupakan aspek penting dari administrasi keperawatan.
3. Tahap 3: Identifikasi Strategi- Fase ini melibatkan identifikasi isu-isu utama, menetapkan tujuan, dan mengembangkan strategi untuk memenuhi tujuan. Strategi "menentukan bagaimana organisasi akan mencapai visi mereka. Semua manajer departemen terlibat dalam proses ini dan bertanggung jawab untuk menyiapkan rencana tindakan terperinci yang mungkin melibatkan hal-hal berikut:
 - a. pengembangan tujuan jangka pendek dan jangka panjang,
 - b. perumusan tujuan departemen tahunan,
 - c. alokasi sumber daya, dan
 - d. penyusunan anggaran

4. Tahap 4: Implementasi- Rencana aksi spesifik diimplementasikan dalam urutan prioritas dalam fase ini. Hal ini memerlukan komunikasi terbuka dengan staf mengenai prioritas untuk tahun depan dan periode berikutnya, perumusan kebijakan dan prosedur yang direvisi sehubungan dengan perubahan dan perumusan tujuan area dan individu yang terkait dengan rencana.
5. Tahap 5: Pada periode yang ditentukan, rencana strategis ditinjau di semua tingkatan untuk menentukan apakah tujuan, sasaran, dan kegiatan tepat sasaran.

Perencanaan dalam manajemen keperawatan berbeda pada tiap tingkatan manajemen tingkat atas akan berfokus terhadap kebijakan dan ratio perawat pasien pada tiap departemen dalam pelayanan ke pasien. Namun pada manajemen tingkat bawah, perencanaan akan lebih berfokus kegiatan prosedural atau teknis, seperti kegiatan harian, jumlah tenaga perawat mampu memenuhi pelayanan kepada pasien, kelayakan sarana dan prasarana yang menunjang kegiatan, dan perencanaan pengembangan perawat.

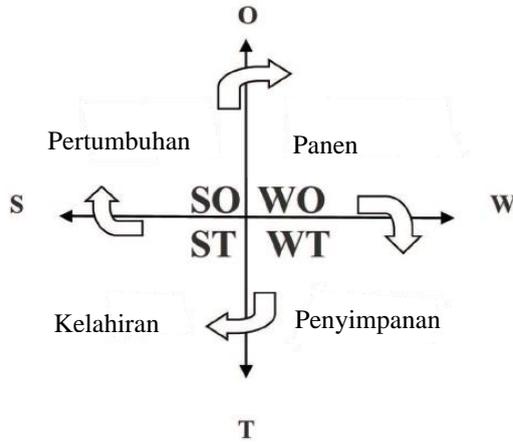
Analisa SWOT

Analisis SWOT adalah alat yang dapat memberikan petunjuk kepada manajer, pimpinan klinis, tutor perawat, mentor perawat, dan staf yang terlibat dalam analisis tentang apa yang efektif dan kurang efektif dalam sistem dan prosedur klinis, dalam persiapan untuk beberapa bentuk rencana. (bisa berupa audit, penilaian, pemeriksaan kualitas, dll.). Faktanya, SWOT dapat digunakan untuk aktivitas perencanaan atau analisis apa pun yang dapat memengaruhi keputusan keuangan, perencanaan, dan manajemen di masa depan. Ini dapat memungkinkan Anda (manajemen & staf klinis) untuk melakukan analisis yang lebih komprehensif (Pearce, 2007).

1. *Strength* (Kekuatan) – Faktor-faktor yang mungkin memiliki efek positif pada (atau menjadi pendorong untuk) mencapai tujuan klinik
2. *Weakness* (Kelemahan) – Faktor-faktor yang mungkin berdampak negatif pada (atau menjadi penghalang) untuk mencapai tujuan klinik
3. *Opportunity* (Peluang) – Faktor Eksternal yang mungkin memiliki efek positif dalam mencapai atau melampaui tujuan klinik, atau tujuan yang sebelumnya tidak dipertimbangkan
4. *Threat* (Ancaman) – Faktor dan kondisi eksternal yang mungkin memiliki efek negatif pada pencapaian tujuan klinik, atau membuat tujuan menjadi mubazir atau tidak dapat dicapai.

Strength dan *Weakness* mengarah kepada faktor internal dari rumah sakit atau bangsal tersebut, sedangkan *Opportunity* dan *Threat* berkaitan dengan factor-faktor eksternal dari rumah sakit atau bangsal. Setiap pernyataan kekuatan dan kelemahan dicatat dan dimasukkan dalam bentuk tabel untuk memudahkan penilaian. Hasil perbandingan antara *Strength-Weakness* dan *Opportunity-Threat* akan membentuk titik pada kuadran gambar 1. Hasil Analisa SWOT akan menunjukkan pada kuadran mana posisi saat ini dari perusahaan tersebut. Hal itu mengisyaratkan tindakan yang akan dilakukan. Kuadran tersebut terdiri dari empat bagian, yaitu ST, SO, WO, dan WT. Sebuah perusahaan cenderung menggunakan strategi ST dalam tahap kelahiran. Setelah keadaan ST, strategi SO, WO, dan WT kemudian dapat menemukan keadaan yang sesuai, yaitu pertumbuhan, panen, dan penyimpanan (Sincy, 2016).

Proses Analisa SWOT dapat dilihat dengan detail distudi sebelumnya yang berjudul “Analisis SWOT di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Fathma Medika Gresik untuk Meningkatkan Kunjungan Tahun 2016” (Amaliah et al., 2017)



Keterangan



: arah transformasi

Gambar 1. Matriks SWOT (Sincy, 2016)

Pearce mengungkapkan ada sepuluh langkah efektif yang dapat membantu perawat dalam melakukan analisis SWOT (Pearce, 2007), yaitu:

1. Pertimbangkan penggunaan analisis

Teknik ini dapat digunakan dalam berbagai situasi termasuk perencanaan bisnis, pembangunan tim, serta ketika kita meninjau pekerjaan tim kita, selama proses manajemen perubahan, dan bahkan dalam perencanaan karir pribadi.

2. Persiapkan diri

Gambarlah sebuah kotak pada *flip chart* atau papan tulis, atau bahkan selembar kertas, dan bagilah menjadi empat bagian yang sama. Setiap bagian harus diberi label sebagai berikut: Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman.

3. Pertimbangkan *Strengths* (Kekuatan)

Anda sendiri, atau dengan kelompok atau tim Anda, putuskan apa kekuatan Anda, apa yang Anda lakukan dengan baik, dan apa yang orang lain lihat sebagai kekuatan Anda. Pertimbangkan ini dari sudut pandang Anda sendiri dan dari sudut pandang orang-

orang yang bekerja dengan Anda. Bersikaplah realistis, tidak sederhana. Jika Anda mengalami kesulitan dengan ini, coba buat daftar karakteristik Anda. Beberapa di antaranya mungkin akan menjadi kekuatan.

4. Pertimbangkan *Weaknesses* (Kelemahan)

Ajukan pertanyaan kepada diri sendiri tentang, misalnya, apa yang dapat Anda tingkatkan tentang diri Anda, apa yang Anda lakukan dengan buruk, atau apa yang harus Anda hindari. Pertimbangkan pertanyaan-pertanyaan ini dari sudut pandang yang berbeda, karena orang lain mungkin melihat kelemahan Anda yang tidak Anda lihat. Yang terbaik adalah bersikap realistis sekarang dan menghadapi kebenaran yang tidak menyenangkan tentang diri Anda sesegera mungkin.

5. Pertimbangkan *Opportunities* (Kesempatan)

Peluang apa yang ada di depan Anda? Tren menarik apa yang Anda ketahui? Peluang yang bermanfaat dapat muncul dari perubahan teknologi, kebijakan pemerintah, dan pola sosial, atau dari dalam organisasi Anda

6. Pertimbangkan *Threats* (Ancaman)

Apa kendala yang Anda hadapi? Apakah spesifikasi pekerjaan Anda, atau layanan yang Anda berikan berubah? Apakah perubahan teknologi mengancam posisi Anda?

7. Gunakan informasi terkait faktor internal

Kekuatan dan kelemahan merupakan faktor internal. Setelah Anda mengumpulkan informasi tentang kekuatan dan kelemahan Anda, serta peluang dan ancaman yang Anda hadapi, tanyakan pada diri Anda terlebih dahulu bagaimana Anda dapat memanfaatkan kekuatan Anda dan memanfaatkannya dengan lebih baik dalam situasi kerja. Kekuatan adalah dasar di mana kesuksesan dapat dibangun, jadi sertakan kekuatan Anda dalam

rencana Anda. Tetapi juga menganalisis kelemahan Anda dan mempertimbangkan bagaimana Anda dapat memperbaikinya. Buatlah rencana tindakan berdasarkan informasi ini.

8. Gunakan informasi terkait faktor eksternal

Peluang dan ancaman merupakan faktor eksternal. Peluang harus dicari, dikenali, dan ditangkap saat muncul, sementara ancaman harus diakui dan langkah-langkah harus diambil untuk menghadapinya.

9. Gunakan hasil Analisa SWOT untuk merencanakan karir

Anda dapat membangun analisis SWOT Anda sendiri untuk membantu Anda dengan perencanaan karir Anda atau untuk memeriksa situasi Anda saat ini. Aturan yang sama seperti di atas berlaku untuk ini: bagaimana Anda dapat memanfaatkan kekuatan Anda dan mengatasi kelemahan Anda? Apa peluang dan ancaman eksternal di bidang karir pilihan Anda?

10. Perhatian

Threats (Ancaman), *Opportunities* (Peluang), *Weaknesses* (Kelemahan), dan *Strengths* (Kekuatan) digunakan untuk merencanakan ke depan. Ini mirip dengan analisis SWOT kecuali bahwa ini mencantumkan faktor negatif terlebih dahulu sehingga dapat diubah menjadi faktor positif dengan lebih mudah. Namun harus diingat bahwa baik analisis SWOT dan TOWS dapat bersifat subjektif. Dua atau lebih orang jarang menghasilkan versi final SWOT atau TOWS yang sama. Meskipun penambahan dan pembobotan kriteria untuk setiap faktor SWOT atau TOWS meningkatkan validitas analisis, mereka harus dianggap sebagai panduan daripada resep.

Faktor yang Mempengaruhi Kesuksesan Perencanaan dan Pengaturan

Pemimpin keperawatan harus merencanakan suksesi di semua tingkat manajemen. Untuk memvalidasi manfaat dari perencanaan ini, tiga topik untuk penelitian masa depan disarankan. Implikasi untuk manajemen keperawatan Perencanaan suksesi harus memasukkan identifikasi, rekrutmen, retensi, pengembangan, pembinaan dan pendampingan pemimpin perawat potensial sedini sekolah tinggi. Komunikasi, kerjasama dan koordinasi antara akademisi dan praktek yang melengkapi persiapan akademik perawat baru sangat penting (Griffith, 2012).

Perencanaan yang efektif harus berkelanjutan yang dimulai dengan sumber rekrutmen yang menjanjikan - sebaiknya diidentifikasi sejak sekolah menengah atas - yang dapat terus diarahkan ke dalam jalur perencanaan suksesi agar tetap penuh dengan pemimpin perawat dalam pelaksanaannya. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memberikan bukti kuat mengenai apakah perencanaan suksesi, apa pun bentuknya, apakah efektif atau tidak.

Griffith menyarankan bahwa topik-topik berikut mungkin menjadi subjek yang tepat untuk penelitian dan studi tambahan dalam mengembangkan perencanaan keperawatan:

5. Pengembangan pendekatan perencanaan suksesi yang mengkuantifikasi manfaatnya dalam pengaturan praktik. Pendekatan ini harus mengukur efek pada kualitas perawatan, kepuasan pasien dan keluarga pasien, kepuasan kerja perawat, perekrutan dan retensi perawat, penerapan praktik berbasis bukti dan penghematan biaya yang dihasilkan.
6. Pengembangan program perencanaan suksesi yang komprehensif untuk administrator akademik perawat. Penelitian terkait harus membahas perekrutan, pelatihan dan pengembangan manajerial, pengalaman dalam situasi administratif, pendampingan,

penyeimbangan beban kerja, kompensasi, penghasilan tambahan, dan perencanaan karier.

7. Penelitian untuk memverifikasi efektivitas metode dan model perencanaan suksesi keperawatan seperti yang diusulkan dalam makalah ini untuk menetapkan bahwa perencanaan suksesi efektif dan memang menambah nilai bagi individu dan organisasi.

Tidak adanya model yang komprehensif sampai sekarang untuk perencanaan suksesi dalam keperawatan sangat disayangkan karena perencanaan suksesi keperawatan masuk akal, data atau tidak ada data. Tantangannya adalah membangun program perencanaan suksesi yang diimplementasikan, dipantau, terus ditingkatkan dan didukung pada level tertinggi dalam organisasi. Pendampingan, fitur kunci dari setiap program perencanaan suksesi, harus disistematisasikan sehingga pemimpin perawat yang berpengalaman dapat mulai mempersiapkan pengganti mereka. Jika kualitas perawatan kesehatan ingin ditingkatkan, perawat dengan bakat kepemimpinan harus direkrut, dilatih, didukung, dibimbing, dan dipertahankan. Jam terus berdetak: saatnya untuk menerapkan komprehensif dan efektif.

Perencanaan dan Pengaturan dalam Ruang Rawat Inap atau Rawat Jalan di Rumah Sakit

Perawat manajer atau kepala ruangan wajib merencanakan dan mengatur bawahannya untuk memberikan pelayanan yang terbaik. Berdasarkan hasil Analisa SWOT atau menggunakan Analisa lainnya, perawat manajer akan merencanakan hal-hal berikut ini:

1. Penetapan jumlah tenaga keperawatan.
2. Penetapan jenis tenaga keperawatan.
3. Penetapan standar rencana asuhan keperawatan (renpra).
4. Pemilihan metode asuhan perawatan.

Pemilihan dan penetapan jumlah dan jenis tenaga dipengaruhi oleh jumlah tempat tidur dan jenis ruangan

(contoh: bedah, isolasi, atau anak). Hal tersebut juga akan mempengaruhi standar rencana asuhan keperawatan dan metode asuhan perawatan yang digunakan. Perawat manajer wajib melakukan evaluasi terkait kelayakan metode asuhan perawatan dan prosedur secara berkala. Kebutuhan tenaga menjadi masalah utama di banyak rumah sakit hingga saat ini, sehingga masalah ini cukup sulit untuk diatasi. Perawat manejer harus berinovasi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan dengan keterbatasan perawat. Penelitian lebih lanjut terkait jumlah tenaga keperawatan, jenis tenaga dan metode asuhan keperawatan perlu dikembangkan lebih lanjut dikarenakan kondisi kualitas asuhan keperawatan yang bersifat dinamis.

Ringkasan

Perencanaan merupakan dasar dari fungsi manajemen yang sangat penting dalam mengelola rumah sakit khususnya departemen atau ruang rawat inap atau rawat jalan. Analisa SWOT merupakan metode yang paling banyak digunakan untuk perencanaan dibandingkan Analisa lainnya dikarenakan kemudahan pengguna. Analisa tersebut dapat menganalisa dari segala tingkatan hingga personal. Hal ini yang menjadi dasar pentingnya memahami Analisa SWOT.

Kesuksesan perencanaan dan pengaturan melibatkan banyak aspek yang dimulai dari kondisi ruangan, jumlah tempat tidur, jenis ruangan, perekrutan, jenis tenaga, pengembangan staf/karyawan/perawat, hingga metode yang digunakan. Pelbagai factor tersebut memerlukan studi lebih lanjut untuk mewujudkan perencanaan yang berkesinambungan.

Daftar Pustaka

- Amaliah, N., Herawati, Y. T., & Witcahyo, E. (2017). Analisis SWOT di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Fathma Medika Gresik untuk Meningkatkan Kunjungan Tahun 2016 (SWOT Analysis in the Emergency Room (ER) of Fathma Medika Hospital Gresik in Order to Increasing Visits 2016). *Pustaka Kesehatan*, 5(2), 223–230.
- Griffith, M. B. (2012). Effective succession planning in nursing: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 900–911.
- Koontz, H., Weihrich, H., & Cannice, M. V. (2020). *Essentials of Management-An International, Innovation and Leadership Perspective* | McGraw-Hill Education.
- McNamara, D. E. (2009). From Fayols Mechanistic To Todays Organic Functions Of Management. *American Journal of Business Education (AJBE)*, 2(1), 63–78.
- Pearce, C. (2007). Ten steps to carrying out a SWOT analysis. *Nursing Management (through 2013)*, 14(2), 25.
- Sincy, P. (2016). SWOT analysis in nursing. *International Journal of Nursing Care*, 4(1), 34–37.

Profil Penulis



I Gede Juanamasta, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis merupakan dosen tetap di STIKes Wira Medika Bali, dengan latar belakang pendidikan yaitu lulusan Sarjana Ilmu Keperawatan pada tahun 2012 dan melanjutkan studi Profesi Ners selama satu tahun di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Wira Medika Bali. Tiga tahun kemudian, pada tahun 2016, penulis melanjutkan studi pasca sarjana untuk menyelesaikan studi magister di Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan lulus dengan predikat lulusan *cum laude* pada tahun 2018. Kemudian penulis melanjutkan kembali bekerja selama satu tahun setelah tamat. Pada akhir tahun 2019, penulis mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan doctoral hingga saat ini. Penulis tergabung dalam Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI). Penulis sudah memiliki beberapa HKI (Hak Kekayaan Intelektual) atas karyanya. Penulis aktif sebagai editor dan mitra bestari di jurnal nasional dan internasional.

Penulis memiliki kepakaran dibidang manajemen keperawatan khususnya kinerja dan produktifitas perawat di ruang rawat inap. Penulis juga memiliki ketertarikan lainnya, yaitu perawatan lansia dan terapi komplementer khususnya yoga. Penulis aktif menulis karya ilmiah seperti studi literatur, perspektif ilmiah dan penelitian.

Email Penulis: juana.masta.90@gmail.com

MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN

dr. Cipta Pramana, SpOG(K)

RS Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang

Pendahuluan

Kesehatan merupakan modal dasar setiap individu untuk melanjutkan proses kehidupannya secara layak. Kesehatan juga merupakan kebutuhan dasar setiap warga negara dan setiap bangsa dalam mencapai tujuannya dan mencapai kemakmuran dan kesejahteraan. Seseorang tidak akan bisa mendapatkan sebagian besar kebutuhan hidupnya bila berada dalam kondisi sakit. Pemerintah dalam hal ini pemerintah daerah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan yang diharapkan masyarakat. (Kemenkes, 2016)

Untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan pemerintah menyusun peraturan salah satunya adalah tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan kesehatan. SPM merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/kota dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas minimal yang dapat diakses oleh setiap warga masyarakat. Perawat merupakan salah satu sumber daya yang sangat penting selain dokter, bidan maupun tenaga kesehatan lainnya yang berkontribusi besar terhadap mutu pelayanan kesehatan. (Kemenkes, 2016) Oleh karena kesehatan adalah suatu

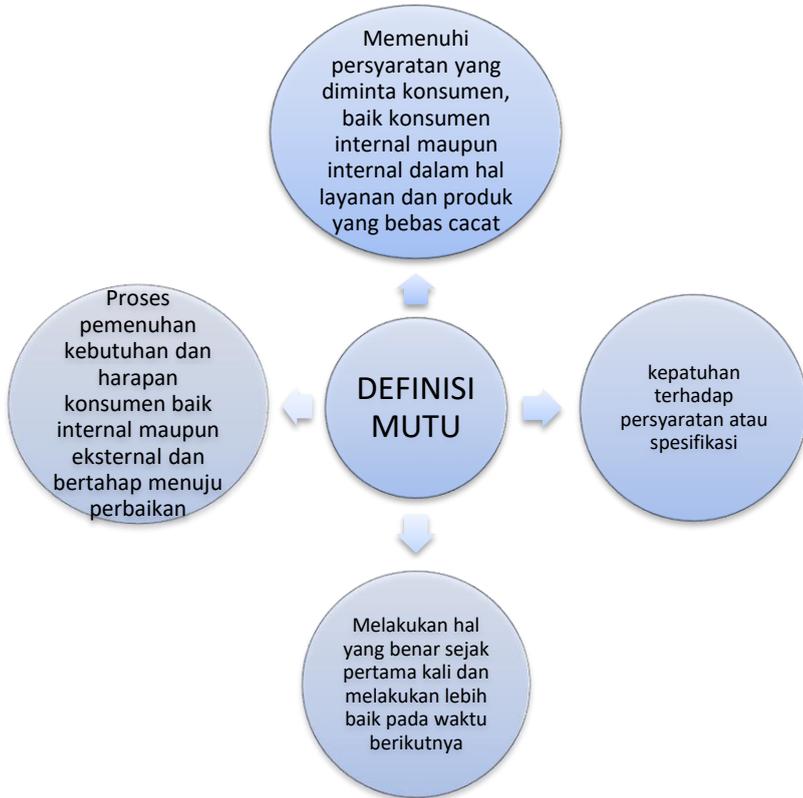
kebutuhan dasar, maka kesehatan bukan hanya tanggung jawab pemerintah saja tetapi diharapkan setiap individu dan masyarakat ikut berperan aktif menjaga kesehatan dirinya dan lingkungannya. (Depkes RI, 2006; Kemenkes, 2016)

Tulisan yang kami susun dalam buku ini adalah peran perawat dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit dan beberapa faktor yang mempengaruhi serta pengaruh mutu pelayanan keperawatan itu sendiri terhadap kepuasan pasien.

Konsep Mutu (Arief Tarmansyah Iman, 2017)

Berikut ini adalah beberapa definisi mengenai mutu:

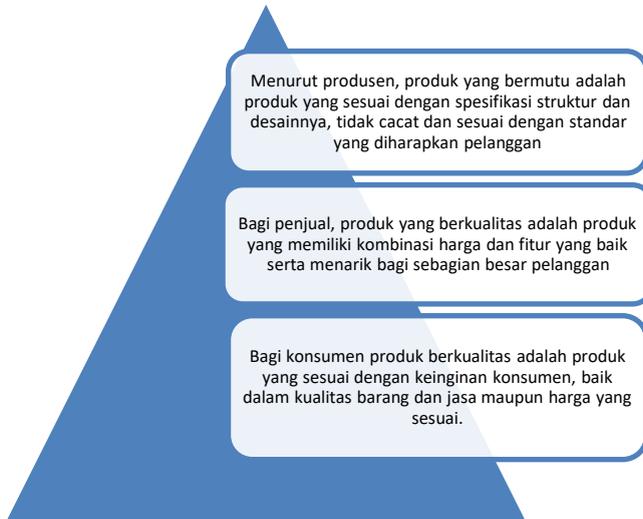
- 1) “Mutu adalah kepatuhan terhadap persyaratan atau spesifikasi “Philip Crosby, 1978
- 2) “Mutu adalah melakukan hal yang benar sejak pertama kali dan melakukannya lebih baik pada saat yang berikutnya”. Al-Assaf-1990
- 3) Mutu adalah memenuhi persyaratan yang diminta konsumen, baik konsumen internal maupun eksternal dalam hal layanan, dan produk yang bebas cacat”. – IBM, 1982
- 4) “Mutu merupakan suatu proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen baik internal maupun eksternal. Mutu juga dapat diartikan sebagai suatu proses perbaikan yang bertahap dan terus menerus.” –Al Assaf.1998



Gambar 4.1 Definisi Mutu

Berdasarkan beberapa paparan diatas mengenai definisi mutu, bahwasanya mutu bisa sangat tergantung dari persepsi masing-masing orang. Bisa dilihat dari pelaku yang melaksanakan kegiatan dan produksi tertentu atau dari konsumn maupun pelanggan dari produksi jasa atau barang yang dihasilkan. Bisa gambarkan sebagai berikut: menurut produsen, produk yang bermutu adalah produk yang sesuai dengan spesifikasi struktur dan desainnya, tidak cacat dan sesuai dengan standar yang diharapkan pelanggan. Bagi penjual, produk yang berkualitas adalah produk yang memiliki kombinasi harga dan fitur yang baik serta menarik bagi sebagian besar pelanggan. Bagi konsumen produk berkualitas adalah produk yang sesuai dengan keinginan konsumen, baik dalam kualitas barang dan jasa maupun harga yang sesuai. Anggapan produk

yang berkualitas bagi orang yang satu beum tentu sama dengan yang lainnya.



Model kualitas pelayanan yang paling populer yang sering digunakan dalam riset manajemen dan pemasaran jasa adalah model SERVQUAL (merupakan singkatan dari *service quality*) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithami, dan Berry. Banyak perusahaan menggunakan model SERVQUAL karena mempunyai banyak keunggulan. Instrumen SERVQUAL berkembang menjadi salah satu standar untuk penilaian berbagai dimensi kualitas layanan. Dalam berbagai layanan jasa sering bersifat *intangible*, adanya kesenjangan komunikasi dan pemahaman antara karyawan dan pelanggan yang mempunyai dampak serius terhadap persepsi kualitas layanan, untuk menganalisis gap tersebut dapat menggunakan instrument SERVQUAL. (Tjiptono, 2012) Sehingga sering ditemukan dalam kehidupan sehari-hari bahwa ada perbedaan persepsi, ekspektasi antara pelanggan/konsumen dengan manajemen atau pemberi layanan.

Ada beberapa gap atau kesenjangan yang biasa terjadi dan mempunyai dampak terhadap kualitas layanan adalah: (Tjiptono, 2012)

- 1) Gap antara ekspektasi pelanggan dan persepsi manajemen (*Knowledge Gap*)
- 2) Gap antara persepsi manajemen terhadap ekspektasi konsumen dan spesifikasi kualitas layanan (*Standards Gap*)
- 3) Gap antara spesifikasi kualitas layanan dan penyampaian layanan (*Delivery Gap*)
- 4) Gap antara penyampaian layanan dan komunikasi eksternal (*Communication Gap*)
- 5) Gap antara persepsi terhadap layanan yang diterima dan layanan yang diharapkan (*Service Gap*)

Demikian pula dengan mutu pelayanan kesehatan, ada gap antara pasien dan petugas pelayanan kesehatan. Persepsi pelanggan sangat mempengaruhi kualitas dari layanan kesehatan. (Arief Tarmansyah Iman, 2017)

- 1) Menurut pasien/masyarakat layanan yang bermutu harus ada empati, saling menghargai, sesuai dengan kebutuhan dan dilayani dengan ramah.
- 2) Menurut petugas kesehatan mutu adalah melakukan sesuatu kegiatan pelayanan secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang memenuhi standar operasional prosedur (SOP)
3. Menurut manajer/administrator, layanan bermutu apabila bisa mengatur staf dan pasien / masyarakat melaksanak kegiatan dengan baik

Walaupun tidak ada definisi mutu yang secara universal diterima, dari beberapa definisi tentang mutu ada point-point penting yang dapat diambil, yaitu: 1. Mutu berkenaan dengan terpenuhinya harapan konsumen atau terlampauinya harapan konsumen 2. Mutu itu bersifat dinamis, apa yang dianggap bermutu hari ini mungkin tidak cukup baik untuk dianggap berkualitas di esok hari. 3. Mutu dapat ditingkatkan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa mutu sangat tergantung kepada persepsi konsumen atau pelanggan. Suatu produk dapat disebut

bermutu apabila produk tersebut dapat memuaskan pelanggannya.

Ada lima dimensi utama untuk menentukan kualitas layanan, yaitu:

- 1) Realibilitas (*Reliability*), berhubungan dengan kemampuan pusat layanan kesehatan untuk menyampaikan layanan yang dijanjikan secara akurat.
- 2) Daya tanggap (*Responsiveness*), Berhubungan dengan kesediaan dan kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk membantu masyarakat dan merespon keinginan mereka dengan cepat.
- 3) Jaminan (*Assurance*), berkenaan dengan pengetahuan dan kesopanan petugas layanan kesehatan untuk membantu pasien atau masyarakat serta kemampuan dalam menumbuhkan rasa percaya diri dan keyakinan pasien.
- 4) Empati (*Empathy*), pusat layanan kesehatan memahami masalah yang dihadapi pelanggan/pasien demi kepentingan masyarakat, serta memberikan perhatian secara personal kepada para pelanggan.
- 5) Bukti Fisik (*Tangibles*), Berkaitan dengan penampilan fisik fasilitas layanan kesehatan, perlengkapan/peralatan medis non medis, sumber daya manusia (termasuk perawat), dan materi komunikasi layanan kesehatan.

Mutu Pelayanan Keperawatan

Standar Mutu Pelayanan Keperawatan

Dunia yang makin modern dan semakin maju, dengan didukung adanya teknologi, informasi dan komunikasi yang berkembang pesat serta meningkatnya status social ekonomi masyarakat menjadikan masyarakat semakin kritis dan punya wawasan luas terhadap kesehatan. Sehingga persepsi yang muncul di sebagian masyarakat juga berubah. Mereka menuntut mengharapakan kualitas pelayanan kesehatan yang baik dan paripurna. Sehingga

tenaga kesehatan termasuk di dalamnya adalah perawat harus bekerja secara profesional dan bermutu tinggi. Apalagi di era pasar bebas persaingan antar rumah sakit dan layanan kesehatan lainnya muncul terjadi. Pusat layanan kesehatan yang berkualitas tinggi akan dipilih menjadi tempat pengobatan. (UNESCO, 1990) (Maria Yulita Meo, Diah Fitri Purwaningsih, Herry Setiawan, Renny Triwijayan, Ari Pebru Nurlaily, 2015).

Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang profesional berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknik keperawatan ditujukan untuk kepentingan individu, keluarga, kelompok masyarakat baik yang sehat maupun sakit. Perawat melakukan kegiatan praktik keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan yang merupakan rangkaian interaksi Perawat dengan pasien serta lingkungan sekitar untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien, keluarga dan masyarakat untuk merawat dirinya. (R.I., 2014)

Untuk menuju pelayanan keperawatan prima dibutuhkan keperawatan yang profesional dan berkualitas, bersifat efektif, efisien sehingga dapat memberikan kepuasan akan kebutuhan dan keinginan yang melebihi dari harapan pelanggan atau pasien. Salah satu faktor penting mewujudkan hal tersebut di atas adalah kompetensi perawat yang cukup berkualitas.

Untuk dapat menjadikan pelayanan keperawatan menjadi berkualitas, ada beberapa dimensi mutu yang harus dipenuhi antara lain adalah:

1) Kemampuan (*Ability*)

Setiap perawat harus mempunyai kemampuan dan keterampilan yang mumpuni dalam bidang perawatan yang ditekuni. Memiliki pengetahuan dan wawasan yang luas, pandai menjalin komunikasi yang efektif dengan team dalam satu proses pelayanan kesehatan. Serta bisa menjalin komunikasi yang baik dengan

pasien, keluarga dan masyarakat sehingga pasien merasa senang dan puas dengan pelayanan yang diberikan.

2) Sikap (*Attitude*)

Perawat harus bersikap santun dan ramah terhadap pasien dalam melakukan asuhan keperawatan serta menjaga hak privasi pasien tersebut. Bisa memberikan motivasi agar pasien tumbuh rasa percaya diri akan kesembuhan dari sakitnya.

3) Penampilan (*Appearance*)

Setiap perawat harus menjaga penampilan fisik maupun non fisik. Penampilan yang baik dan rapi akan memberi kesan positif dari pasien yang dilayani. Penampilan yang menarik akan membuat pasien merasa nyaman dan senang melihat penampilan tersebut serta membuat pasien merasa dihargai.

4) Perhatian (*Attention*)

Perhatian yang diberikan kepada pasien akan memberikan rasa percaya diri pasien tersebut, bahwa penyakit yang dideritanya akan dapat sembuh. Pasien tidak hanya butuh pelayanan kesehatan berupa obat-obatan tetapi juga membutuhkan motivasi, saran dan edukasi bahkan perawat harus bisa mendengarkan keluhan-keluhan yang terkadang tidak berhubungan dengan penyakitnya. Mungkin pasien tersebut mempunyai masalah pribadi dengan keluarga atau lingkungan sosialnya. Dengan perhatian yang cukup akan membuat pasien nyaman dan dapat membantu kesembuhan dari penyakit yang dideritanya.

5) Tindakan (*Action*)

Tindakan yang dilakukan perawat kepada pasien harus selalu berpedoman kepada standar operasional prosedur (SOP) yang telah ditetapkan di masing-masing pusat layanan kesehatan. Harus memenuhi standar akreditasi yang telah ditentukan. Dalam melakukan kegiatan asuhan keperawatan harus sesuai dengan kemampuan, kewenangan dan

kompetensi yang dimiliki, kecuali pada kasus-kasus kegawat-daruratan yang memang harus segera mendapatkan pelayanan keperawatan.

6) Tanggung jawab (*Accountability*)

Tanggung jawab perawat bukan hanya kepada pasien yang dilayani dalam asuhan keperawatan, tetapi juga tanggung jawab profesional yang dimiliki sebagai perawat sesuai sumpah dan janji perawat. Terlebih dari itu perawat dalam menjalankan tugas keperawatannya juga bertanggung jawab kepada Tuhan yang maha esa, karena tindakan-tindakan yang dilakukan bila tidak sesuai dengan prosedur atau dengan kesengajaan melakukan kesalahan akan merugikan pasien. Dan hal tersebut aka dipertanggung-jawabkan kelak di akhirat.

Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Fungsi rumah sakit telah mengalami perkembangan sesuai dengan jaman yang semakin maju. Saat ini rumah sakit bukan hanya sebagai Lembaga social tetapi juga mempunyai misi keuntungan secara finansial (*profit oriented*). Rumah sakit berdiri dan dibangun di mana-mana seperti tumbuhnya jamur di musim hujan. Dengan tumbuhnya banyak rumah sakit maka dituntut untuk bersaing memberikan pelayanan yang berkualitas yang dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan atau pasien (*customer satisfaction*) (Sesrianty, Machmud and Yeni, 2019)

Beberapa penelitian melaporkan bahwa ada hubungan antara mutu pelayanan termasuk di dalamnya adalah pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien. Dengan memahami tingkat kepuasan pasien, manajemen rumah sakit atau pusat layanan kesehatan lainnya dapat mempelajari dan meningkatkan mutu pelayanannya. Sebagai contoh di Rumah Sakit Cicendo Jawa Barat, hasil survey kepuasan pasien berdasarkan indeks kepuasan masyarakat adalah 80%. Kepuasan pasien diukur menggunakan indicator kinerja rumah sakit Departemen

Kesehatan Republik Indonesia.(Widya Astari, Noviantani and Simanjuntak, 2021)

Penelitian di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli tengah pada tahun 2015 menunjukkan bahwa mutu pelayanan keperawatan berkategori sedang (65,3%) dan tingkat kepuasan pasien berkategori sedang (58,3%). Dan disimpulkan bahwa ada hubungan mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien. Semakin tinggi mutu pelayanan keperawatan semakin besar kepuasan pasien yang dirasakan dan sebaliknya semakin rendah tingkat mutu pelayanan keperawatan maka semakin kecil tingkat kepuasan pasien yang dirasakan.(Butar-butur and Simamora, 2016).

Kesimpulan

Dengan berkembangnya dan kemajuan teknologi yang makin pesat serta pembangunan ekonomi yang mulai merata di seluruh lini kehidupan, memberikan dampak sosial dan juga ekonomi bagi masyarakat. Sebagian masyarakat menunjukkan kehidupan sosial makin baik, pengetahuan dan pendidikan semakin maju sehingga tuntutan masyarakat terhadap jasa pelayanan termasuk pelayanan kesehatan semakin tinggi. Harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin besar dan ingin mendapatkan pelayanan yang bermutu dan profesional.

Daftar Pustaka

- Alamri, A. M., Rumayar, A. A. and Kolibu, F. K. (2015) 'Hubungan Antara Mutu Pelayanan Perawat Dan Tingkat Pendidikan Dengan Kepuasan Pasien Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam (Rsi) Sitti Maryam Kota Manado', *Pharmacon*, 4(4), pp. 241–251. doi: 10.35799/pha.4.2015.10213.
- Arief Tarmansyah Iman, D. L. (2017) *Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK), Manajemen Mutu Informasi kesehatan I: Quality Assurance*. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Bumulo, M., Bidjuni, H. and Bawotong, J. (2017) 'Pengaruh Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional Tim Terhadap Kualitas Pelayanan Keperawatan Di Bangsal Pria Rsud Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow', *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 5(2), p. 105437.
- Butar-butar, J. and Simamora, R. H. (2016) 'Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah', *Jurnal Ners Indonesia*, 6(1), pp. 51–64. Available at: <https://ejournal.unri.ac.id/index.php/JNI/article/view/4358/4177>.
- Depkes RI (2006) 'Panduan Integrasi Promosi Kesehatan (Dalam Program-Program Kesehatan Di Kabupaten/Kota) Jilid 1', pp. 1–54. Available at: https://promkes.kemkes.go.id/pub/files/files34039panduan-integrasi-promosi-kesehatan-di-kab_kota.pdf.
- Kemenkes (2016) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016'.
- Maria Yulita Meo, Diah Fitri Purwaningsih, Herry Setiawan, Renny Triwijayan, Ari Pebru Nurlaily, F. P. (2015) *STANDAR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN TESIS UNDIP*. Universitas Diponegoro.
-

- R.I., M. (2014) 'Undang-undang (UU) No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan'. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38782/uu-no-38-tahun-2014>.
- Sesrianty, V., Machmud, R. and Yeni, F. (2019) 'Analisa Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan', *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)*, 6(2), pp. 116–126. doi: 10.33653/jkp.v6i2.317.
- Tarigan, R. and Handiyani, H. (2019) 'Manfaat Implementasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berbasis Komputerisasi Dalam Meningkatkan Mutu Asuhan Keperawatan', 08(2), pp. 110–116. Available at: <https://stikesmu-sidrap.ejournal.id/JIKP/article/view/126>.
- Tjiptono, F. (2012) *Service Management Mewujudkan Layanan Prima*. Ed.II. Yogyakarta: ANDI.
- UNESCO (1990) 'World Declaration on Education for All and Framework for Action', *Unesco*, (March), p. 37.
- Widya Astari, D., Noviantani, A. and Simanjuntak, R. (2021) 'Kepuasan Pasien terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Era Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Mata Cicendo', *Journal of Hospital Accreditation*, 03(1), pp. 34–38. Available at: <http://jha.mutupelayanankesehatan.net/index.php/JHA/article/view/79>.

Profil Penulis



dr. Cipta Pramana, SpOG(K)

Lulus SMA Negeri Klaten tahun 1984, kemudian melanjutkan Pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dan lulus Dokter Umum tahun 1992. Selanjutnya mengabdikan diri sebagai dokter umum di propinsi Timor-Timur (sekarang negara Timor Leste) antara tahun 1994- 1999 hingga propinsi Timor-Timur lepas dari NKRI.

Lulus dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang tahun 2004. Tugas sebagai dokter Obsgin di RSUD Biak Papua tahun 2005-2012. Tahun 2015 lulus sebagai dokter Konsultan Obstetri dan Ginekologi Sosial Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sejak tahun 2012 sampai sekarang sebagai staf Medis Fungsional di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD K.R.M.T Wongsonegoro kota Semarang. Selain itu juga menjadi dosen pembimbing klinis mahasiswa Fakultas Kedokteran (Universitas Tarumanagara Jakarta, Universitas Trisakti Jakarta, Universitas Islam Sultan Agung Semarang, Universitas Wahid Hasyim Semarang), Dosen Pasca Sarjana S2 Kebidanan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta. Buku yang pernah dipublikasikan 1. "Ilmu Phantom Obstetri Dalam Praktik Klinik" tahun 2018. 2. "Manajemen Profesi Pendidik & Tenaga Kependidikan: Prinsip Dasar, Strategi dan Implementasi" 3. "Pengembangan Media Pembelajaran Di Era Teknologi Komunikasi Dan Informasi" 4. "Praktis Klinis Ginekologi" 5. "Dasar Ilmu Manajemen". Saat ini Penulis sedang menempuh Pendidikan Program Pascasarjana S3 Manajemen Pendidikan Universitas Negeri Semarang.

Email Penulis: pramanacipta@yahoo.com

PENERAPAN ETIK DAN LEGAL DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL

Ridha Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kep

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Latar Belakang

Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. (Kemenkes RI, 2014)

Keperawatan merupakan salah satu komponen profesi yang dianggap sebagai kunci keberhasilan asuhan kesehatan di rumah sakit, perawat dapat dikatakan profesional apabila telah memiliki kompetensi yang diharapkan yaitu kompetensi intelektual, interpersonal dan teknikal serta berlandaskan pada etika profesi. Oleh karena itu institusi pendidikan keperawatan yang memproduksi tenaga perawat dan pelayanan yang menggunakan tenaga perawat ikut bertanggung jawab dalam pembinaanya termasuk dalam pembinaan etika (Sumijatun, 2011).

Permasalahan etis yang dihadapi perawat dalam praktik keperawatan telah menimbulkan konflik antara kebutuhan pasien dengan harapan perawat dan falsafah. Masalah etika keperawatan pada dasarnya merupakan

masalah etika kesehatan, dalam hal ini di kenal dengan istilah masalah etika biomedis dan bioetis yang mengandung arti ilmu yang mempelajari masalah-masalah yang timbul akibat kemajuan ilmu pengetahuan terutama dibidang biologi dan kedokteran. Ketidakpuasan yang timbul dalam pendekatan berdasarkan prinsip etika mengarahkan banyak perawat untuk memandang care atau asuhan sebagai fondasi dan kewajiban. (Haryono, 2013)

Etik merupakan persamaan dari filosofi moral, moral biasanya mengacu pada standar perilaku individu, kelompok maupun suatu profesi tertentu (Vallent & Grace,2011). Etik keperawatan adalah kerangka suatu sistem prinsip yang berkaitan dengan tindakan keperawatan dalam hubungannya dengan pasien, anggota keluarga pasien, tim kesehatan lain, pembuat kebijakan dan social. (Kismul et al,2017)

Etika keperawatan adalah nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang diyakini oleh profesi keperawatan dalam melaksanakan tugasnya yang berhubungan dengan pasien, masyarakat, teman sejawat, maupun dengan organisasi profesi dan juga dalam pengaturan praktik keperawatan itu sendiri. Prinsip-prinsip etika ini oleh profesi keperawatan secara formal dituangkan dalam suatu kode etik yang merupakan komitmen profesi keperawatan akan tanggung jawab dan kepercayaan yang diberikan oleh masyarakat (Pangaribuan, 2017).

Nilai, Etik, Dan Legalitas Hukum Dalam Praktik Keperawatan

Nilai - Nilai (*Values*) Dalam Keperawatan

Perawat sebagai tenaga yang profesional, dalam melaksanakan tugasnya diperlukan suatu sikap yang menjamin terlaksananya tugas tersebut dengan baik dan bertanggungjawab secara moral. Seringkali masalah, muncul ketika hubungan sosial itu terjadi antara perawat dengan klien, hal ini merupakan suatu bagian yang tak dapat dipisahkan dari segala segi kehidupan. Tidak ada satupun manusia sebagai subjek hidup yang bersih tanpa

masalah, namun ada yang tersembunyi ada juga yang lebih dominan oleh masalahnya. Begitupun dalam praktik keperawatan, terdapat beberapa isu yang bisa menjadi masalah dalam praktik keperawatan, baik perbuatan dari pihak yang tidak bertanggung jawab, ataupun segala hal yang terjadi disebabkan oleh pertimbangan etis atau nilai-nilai yang dianut sebagai kerangka konsep yang dipakai oleh perawat dalam bekerja.

a. *Definisi Nilai-nilai (values) dalam Keperawatan*

Definisi nilai adalah keyakinan personal mengenai harga atas suatu ide, tingkah laku, kebiasaan atau objek yang menyusun suatu standar yang mempengaruhi tingkahlaku,

b. *Fungsi dan Sifat Nilai*

Nilai yang merupakan tingkah laku dapat bersifat sadar maupun tidak sadar. Perawat atau klien kadang dapat mengekspresikan nilai-nilai yang dianut secara terbuka ataupun menunjukkan dengan tingkah laku verbal dan non verbal. Pada umumnya mereka menyadari bahwa ada nilai utama yang dianggap sebagai sesuatu yang penting dalam kehidupan mereka yang harus tetap di pegang dan dipertahankan. Akan tetapi tidak sedikit pula mereka tidak menyadari bahwa nilai yang mereka pegang atau dipertahankan buka suatu nilai yang penting dan biasanya hanya berupa pemikirn-pemikiran yang dapat mempengaruhi perilaku mereka.

Cara kita menilai persepsi orang lain dan respon kita terhadap mereka juga dipengaruhi oleh nilai-nilai yang kita anut. Misalnya ketika perawat pertama kali bertemu klien di rumah sakit atau di puskesmas biasanya perawat tersebut akan memperhatikan penampilan dan tingkah laku klien pada saat berbicara atau pada saat wawancara. Biasanya perawat akan memberikan respon positif pada klien yang berperilaku santai, dan ramah serta berpenampilan yang rapi, dari pada klien yang berpenampilan kurang bersih dan berbicara yang

kurang sopan. Sehingga nilai berfungsi sebagai filter untuk berbagai pengalaman yang berkaitan dengan hubungan sesama manusia atau hubungan antara perawat dengan kliennya dalam kehidupan sehari-hari. Seorang perawat tidak akan dapat menjalankan peran dan tanggungjawabnya dengan baik manakala tidak mempunyai fungsi filter dalam nilai pada dirinya ketika perawat membantu klien membuat banyak keputusan yang penting dan memberikan rasa percaya diri pada perawat. Namun harus diingat bahwa nilai tidak menentukan harga diri seseorang atau tidak seharusnya menjadi penentu bagaimana klien diperlakukan dalam hubungan profesionalnya.

c. Klasifikasi dan Klarifikasi Nilai-nilai

Klasifikasi nilai-nilai dapat kami bagi menjadi dua kategori yaitu nilai-nilai nurani dan nilai-nilai memberi. Apa itu nilai nurani dan nilai memberi:

- 1) Nilai nurani yaitu nilai yang ada dalam diri manusia kemudian berkembang menjadi perilaku serta cara kita memperlakukan orang lain, seperti: keberanian, kejujuran, cinta damai, keandalan diri, potensi, disiplin, tahu batas, kemurnian dan kesesuaian.
- 2) Nilai-nilai memberi yaitu nilai yang perlu di praktekan atau yang diberikan yang kemudian akan diterima sebanyak yang diberikan. Contoh: setia, dapat dipercaya, hormat, cinta kasih sayang, tidak egois, baik hati, ramah adil dan murah hati. Berdasarkan klasifikasi nilai-nilai tersebut manusia sebagai pribadi yang utuh harus senantiasa memegang aspek kejujuran atau nilai-nilai yang berhubungan dengan akhlak, benar dan salah yang dianut oleh golongan atau anggota. Nilai-nilai, keyakinan atau sikap dapat menjadi suatu nilai apabila keyakinan tersebut memenuhi tujuh kriteria yakni: menjunjung dan menghargai keyakinan dan perilaku seseorang, menegaskannya di depan umum, apabila cocok,

memilih dari berbagai alternatif, memilih setelah mempertimbangkan konsekuensinya, memilih secara bebas dan bertindak dengan pola konsistensi.(Astiena, 2014).

Masalah Etik dan Issue Etik dalam Praktik Keperawatan

Isu adalah suatu peristiwa atau kejadian yang dapat di perkirakan terjadi atau tidak terjadi di masa mendatang, yang menyangkut ekonomi, moneter, sosial, politik, hukum, pembangunan nasional, bencana alam, hari kiamat, hari kematian ataupun tentang krisis.

1. Masalah Issue Etik dalam Keperawatan

Keperawatan merupakan salah satu profesi yang mempunyai bidang garap pada kesejahteraan manusia yaitu dengan memberikan bantuan kepada individu yang sehat maupun yang sakit untuk dapat menjalankan fungsi hidup sehari-harinya. Salah satu yang mengatur hubungan antara perawat pasien adalah etika. Istilah etika dan moral sering digunakan secara bergantian. Etika dan moral merupakan sumber dalam merumuskan standar dan prinsip-prinsip yang menjadi penuntun dalam berperilaku serta membuat keputusan untuk melindungi hak hak manusia. Etika diperlukan oleh semua profesi termasuk juga keperawatan yang mendasari prinsip-prinsip suatu profesi dan tercermin dalam standar praktek profesional. Aplikasi dalam praktek klinik keperawatan diperlukan untuk menempatkan nilai-nilai dan perilaku perawat pada posisinya. Seorang perawat bisa menjadi sangat frustrasi bila membimbing atau memberikan konsultasi kepada klien yang mempunyai nilai-nilai dan perilaku kesehatan yang sangat rendah. Hal ini disebabkan karena klien kurang memperhatikan status kesehatannya. Pertama-tama yang dilakukan oleh perawat adalah berusaha membantu klien untuk mengidentifikasi nilai-nilai dasar kehidupannya sendiri. Dilema etik muncul ketika ketaatan terhadap

prinsip menimbulkan penyebab konflik dalam bertindak. Contoh: Orang tua klien yang memerlukan biaya yang cukup besar untuk pengobatan medis anaknya dinyatakan menderita penyakit yang harus segera diobati, disatu sisi ia juga harus memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang lain. Di sini terlihat adanya kebutuhan untuk tetap menghargai otonomi si ibu akan pilihan pengobatan anaknya yang sakit, tetapi di lain pihak beberapa anggota keluarga butuh biayanya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Hal ini tentu menimbulkan konflik etik, moral dan nilai, karena tidak ada satu metoda yang dapat menetapkan prinsip-prinsip mana yang lebih penting, bila terjadi konflik diantara kedua prinsip yang berlawanan. Hal ini dapat mengurangi perhatian perawat terhadap sesuatu yang penting dalam etika. (Astiena, 2014)

2. Issue Etik Dalam Keperawatan

Profesi keperawatan mempunyai kontrak sosial dengan masyarakat, yang berarti masyarakat memberi kepercayaan kepada profesi keperawatan untuk memberikan pelayanan yang dibutuhkan. Konsekuensi dari hal tersebut tentunya setiap keputusan dari tindakan keperawatan harus mampu dipertanggungjawabkan dan dipertanggunggugatkan dan setiap pengambilan keputusan tentunya tidak hanya berdasarkan pada pertimbangan ilmiah semata tetapi juga dengan mempertimbangkan etika. Kemajuan ilmu dan teknologi terutama di bidang biologi dan kedokteran telah menimbulkan berbagai permasalahan atau dilema etika kesehatan yang sebagian besar belum teratasi. Issue bioetik keperawatan mencakup banyak hal, sesuai dengan kewenangan perawat, sesuai dengan bidang kerjanya, diantaranya keperawatan anak, gerontik, bedah, maternitas, komunitas, dan keluarga. Masalah bioetik semakin berkembang dengan munculnya berbagai sistem pelayanan kesehatan baru, seperti *nursing care* (perawat rumah), telenursing (perawatan jarak jauh). (Astiena, 2014).

Legal Etik Dalam Praktik Keperawatan

Praktik keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerja sama bersifat kolaboratif dengan pasien atau klien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya. Seorang perawat profesional dalam bekerja memberikan praktik asuhan keperawatan harus sesuai dengan standar keperawatan dan peraturan perundang-undangan atau hukum, dengan kata lain bahwa praktik asuhan keperawatan tersebut harus bersifat legal.

1. Pengertian legal dan Issue Legal dalam Praktik Keperawatan

Legal adalah sesuatu yang di anggap sah oleh hukum dan undang-undang (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Aspek legal yang sering pula disebut dasar hukum praktik keperawatan mengacu pada hukum nasional yang berlaku di suatu negara. Hukum bermaksud melindungi hak publik, misalnya undang-undang keperawatan bermaksud melindungi hak publik dan kemudian melindungi hak perawatan. Issue legal dalam praktik keperawatan adalah suatu peristiwa atau kejadian yang dapat di perkirakan terjadi atau tidak terjadi di masa mendatang dan sah, sesuai dengan Undang- Undang/Hukum mengenai tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama dengan klien baik individu, keluarga atau komunitas dan berkolaborasi dengan tenaga Kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawabnya, baik tanggung jawab medis/kesehatan maupun tanggung jawab hukum.

2. Tipe Tindakan Legal

Terdapat dua macam tindakan legal yaitu tindakan sipil/pribadi, dan tindakan kriminal.

a. Tindakan sipil berkaitan dengan isu antara individu-individu. Contohnya: seorang pria dapat

mengajukan tuntutan terhadap seseorang yang diyakininya telah menipunya.

- b. Tindakan kriminal berkaitan dengan perselisihan antara individu dan masyarakat secara keseluruhan. Contohnya: jika seorang pria menembak seseorang, masyarakat akan membawanya ke persidangan.

Etik Atau Etika Keperawatan

- a. Definisi Etik

Definisi etik atau etika adalah peraturan atau norma yang dapat digunakan sebagai acuan bagi perilaku seseorang yang berkaitan dengan tindakan yang baik dan buruk yang dilakukan seseorang dan merupakan suatu kewajiban dan tanggungjawab moral.

- b. Prinsip-Prinsip Etik dalam Keperawatan

Etika dan moral merupakan sumber dalam merumuskan standar dan prinsip-prinsip yang menjadi penuntun dalam berperilaku serta membuat keputusan untuk melindungi hak – hak manusia. Etika diperlukan oleh semua profesi termasuk juga keperawatan yang mendasari prinsip-prinsip suatu profesi dan tercermin dalam standar praktek profesional, seperti:

1) Otonomi (Autonomy)

Dalam bekerja perawat harus memiliki prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Perawat harus kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai dan tidak dipengaruhi atau intervensi profesi lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap klien, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan

individu yang menuntut pembedaan diri. Praktek professional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2) *Berbuat baik (Beneficence)*

Beneficence berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Setiap kali perawat bertindak atau bekerja senantiasa didasari prinsip berbuat baik kepada klien. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan keperawatan terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

3) *Keadilan (Justice)*

Prinsip keadilan harus ditumbuh kembangkan dan dibutuhkan dalam diri perawat, perawat bersikap yang sama dan adil terhadap orang lain dan menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam memberikan asuhan keperawatan ketika perawat bekerja untuk yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan keperawatan.

4) *Tidak merugikan (Nonmaleficence)*

Prinsip tidak merugikan harus di pegang oleh setiap perawat, prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya, cedera atau kerugian baik fisik maupun psikologis pada klien akibat praktik asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu maupun kelompok.

5) *Kejujuran (Veracity)*

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran, perawat harus menerapkan prinsi nilai ini setiap memberikan pelayanan keperawatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap

klien dan untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Walaupun demikian, terdapat beberapa argumen mengatakan adanya batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran akan kesalahan prognosis klien untuk pemulihan atau adanya hubungan paternalistik bahwa "doctors knows best" sebab individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

6) *Menepati janji (Fidelity)*

Prinsip fidelity dibutuhkan oleh setiap perawat untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang perawat untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

7) *Kerahasiaan (Confidentiality)*

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada

seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh klien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang klien di luar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari.

8) *Akuntabilitas (Accountability)*

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali. (Firmansyah, 2020).

Penerapan Etik dalam Keperawatan Profesional

Penelitian Chiovitti (2011) membahas bagaimana perawat memenuhi tanggung jawab mereka untuk menyeimbangkan keselamatan pasien di rumah sakit (kebaikan dan non-sifat mencelakakan) dengan pilihan pasien (otonomi) melalui teori perlindungan memberdayakan, proses inti keseluruhan pemberdayaan pelindung dan pertanyaan-pertanyaan reflektif yang terkait adalah sebagai lensa baru untuk menyeimbangkan keselamatan pasien dengan pilihan perawat.

Penelitian Indrastuti (2012) melaporkan di RSUD Sragen Depok didapatkan 30% perawat yang belum optimal dalam menerapkan prinsip etik keperawatan dengan ini menerangkan yaitu: *Otonomi* menunjukkan bahwa 50% klien beranggapan perawat yang memberi keleluasaan bagi klien untuk menentukan pilihan tindakan terkait kesehatannya dan ada 5% klien yang menyatakan bahwa perawat memaksa klien untuk menandatangani lembar persetujuan tindakan medis maupun keperawatan. Penerapan prinsip *fidelity* menunjukkan bahwa baru 25% perawat yang di persepsikan klien dapat menyimpan rahasia kesehatan. Penerapan prinsip *justice* perawat menunjukkan bahwa 20% klien masih beranggapan bahwa perawat membedakan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Sedangkan penerapan prinsip *non maleficence* dan *beneficence* menunjukkan bahwa 50% klien menyatakan perawat membuat klien merasa

nyaman dengan kondisi sakitnya, 15% klien beranggapan bahwa perawat berani membela kepentingan klien jika merasa hak klien terabaikan dan baru 65% klien beranggapan bahwa perawat membantu klien mendapatkan hak sebagai pasien. Penerapan prinsip etik keperawatan tidak lepas dari perilaku *caring* dan motivasi dari seorang perawat. Semakin baik perilaku *caring* dan motivasi perawat semakin baik penerapan prinsip etik keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan sebaliknya semakin kurang baik perilaku *caring* dan motivasi perawat semakin kurang baik penerapan prinsip etik keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. (Riko Arkino, 2015)

Penerlitan Adila KasniAstiena, (2015) menunjukkan bahwa Etika tidak hanya dimiliki oleh individu atau kalangan profesi tertentu, tapi juga oleh sebuah organisasi/institusi yang diterapkan individu yang berada dalam organisasi/intitusi tersebut. Contohnya etika dalam pelayanan pelanggan oleh sebuah bank yang diterapkan melalui performance karyawan dalam melayani setiap nasabah. Resiko di rumah sakit tidak hanya merugikan pasien, tapi juga praktisi kesehatan, maupun rumah sakit sebagai korporasi. Diperlukan penerapan manajemen resiko klinis di sebuah rumah sakit dalam menjamin keselamatan pasien (patient safety). Rumah sakit hendaknya mengembangkan system untuk mengidentifikasi resiko dengan beberapa pilihan cara yaitu, melalui system oelaporan (incident report), mempelajari rekam medis, analisis penyimoangan clinical pathway, audit medis, audit pembahasan kasus morbiditas dan mortalitas, keluhan pasien serta surveillance.

Penelitian Imran Pashar (2020) tentang penerapan etik di rumah sakit selama pandemic adalah mengenai tantangan etik yang dihadapi perawat selama perawatan di masa pandemik COVID-19 yakni pasien dengan COVID-19 yang berbeda penangannya dengan pasien lainnya, terdapatnya ketidaksetaraan, tingginya tuntutan etika professional, dan kompetensi kerja yang berubah-ubah. Selain itu hak pasien yang terlupakan, kurang

perhatian pada etik professional dan perawat selalu dihadapkan pada situasi yang membingungkan. Perawat bertanggung jawab penuh atas kesejahteraan pasien, tantangan menangani pasien bangsal COVID-19 dan ketahanan di tengah tantangan disebabkan tinggi angka kejadian pasien terkonfirmasi sehingga menjadi salah satu faktor yang berhubungan terhadap penerapan konsep etik keperawatan selama proses penanganan pada pasien COVID-19.(Riko, 2015).

Daftar Pustaka

- Astiena, adila K. (2014) 'Etika rumah sakit dalam menjamin keselamatan', *Suplemen Majalah Kedokteran Andalas*, 37 No 1, pp. 101-102.
- Budiono, (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Firmansyah, I. (2020) 'gambaran Pengetahuan Dan Sikap Perawat Tentang Kode Etik Keperawatan Di RSD Kalista Kabupaten Jember', *Skripsi PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER*.
- Haryono,Rudi.(2013). *Etika Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Kemendes RI (2014) 'Undang-undang RI No. 38', *Tentang Keperawatan*, (10), pp. 2-4.
- Kismul, H. *et al.* (2017) 'Determinants of childhood stunting in the Democratic Republic of Congo: Further analysis of Demographic and Health Survey 2013-14', *BMC Public Health*, 18(1), pp. 1-14. doi: 10.1186/s12889-017-4621-0.
- Pangaribuan, R. (2017) 'Persepsi Perawat Terhadap Prinsip-Prinsip Etik Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Di Icu Rumah Sakit Tk. Ii Putri Hijau Medan', *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 1(1), p. 37. doi: 10.34008/jurhesti.v1i1.6.
- Riko, A. (2015) 'Gambaran Penerapan Prinsip Etik Keperawatan Perawat Pelaksana Menurut Perspektif Pasien Di Irna Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang Tahun 2015', *jurnal Online*.
- Sumijatun ,(2011). *Membudayakan etika dalam praktek keperawatan*. Jakarta: Salemba medika.

Profil Penulis



Ridha Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kep

Pendidikan keperawatan saya mulai pada jenjang diploma III keperawatan pada tahun 1997, pendidikan S1 keperawatan di Universitas Padjadjaran dan menyelesaikan Magister keperawatan di Universitas Andalas tahun 2013. Pengalaman penellitian saya Hubungan Perilaku Cuci tangan Pakai Sabun (CTPS) di SD 005 dan 006 dengan Kejadian Diare diwilayah kerja puskesmas Bangkinang Kota, efektifitas pelatihan metode konseling terhadap kemampuan manajer mengelola perawat berkebutuhan khusus di RSI Ibnu Sina Pekanbaru, faktor – faktor sanitasi lingkungan yang berhubungan dengan kejadian diare pada BATITA usia 12-23 Bulan di desa Ranah wilayah kerja puskesmas Kampar, faktor – faktor yang berhubungan dengan cakupan imunisasi campak pada bayi di wilayah kerja puskesmas Tapung I Kecamatan Tapung, hubungan pelaksanaan fungsi manajerial kepala ruangan dengan kinerja perawat di RSUD Bangkinang, Pengaruh konsumsi biji buah mahoni terhadap penurunan kadar gula darah pada penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di kelurahan Bangkinang wilayah kerja puskesmas Bangkinang Kota, hubungan pengetahuan,pekerjaan dan aspek budaya Ibu terhadap pemberian ASI Eksklusif pada Bayi usia 0-6 bulan di wilayah kerja puskesmas Kuok. Pengalaman pengabdian pada masyarakat adalah penyuluhan kesehatan tentang Perilaku Hidup Bersih dan sehat di Dusun Pulau Belimbing kuok tahun 2010, penyuluhan tentang gastritis di desa belimbing kecamatan Bangkinang barat tahun 2010, memberi penyuluhan tentang anemia didesa merangin wilayah kerja puskesmas Bangkinang tahun 2011, melakukan penyuluhan tentang PHBS didesa pulau terap wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Barat tahun 2011, penyuluhan tentang gizi seimbang didesa bukit melintang wilayah kerja puskesmmas Bangkinang Barat tahun 2012, melakukan penyuluhan tentang gizi seimbang didesa bukit melintang wilayah kerja puskesmmas Bangkinang Barat tahun 2012, penyuluhan tentang air bersih didesa rumbio wilayah kerja puskesmas Kampar tahun 2013, penyuluhan tentang hipertensi didesa rumbio wilayah kerja puskesmas kampar tahun 2013, penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat didesa koto Perambahan kabupaten Kampar tahun 2013, melakukan Kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SD 001 Koto perambahan tahun 2013, melakukan penyuluhan tentang tanaman obat keluarga di desa Sawah air tiris tahun 2014, melakukan Penyuluhan tentang rematik pada lansia di desa Salo tahun 2014, melakukan Penyuluhan tentang senam lanisa di desa Sendayan tahun 2015.

Email Penulis: hidayat22131120@gmail.com

MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

Heriyana Amir, S.Kep., Ns., M.Kep

Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika
Kotamobagu

Profesional Model Praktik Keperawatan

Menurut Mary Parker Follet dalam Setiadi, 2016 Manajemen adalah suatu seni untuk melaksanakan suatu pekerjaan melalui orang lain. Definisi dari mary ini mengandung perhatian bahwa para manajer mencapai suatu tujuan organisasi dengan cara mengatur orang-orang lain

Pelayanan keperawatan sesuai dengan UU keperawatan No 38 Tahun 2014 Pasal 2 merupakan pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik sehat maupun sakit dengan dukungan keberhasilan kebijakan implementasi mengatur tentang prosedur dan manajemen pengelolaan ruang perawatan terkait model praktik keperawatan professional (MPKP).

MPKP merupakan salah satu upaya meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit dalam pelayanan keperawatan untuk meminimalkan kesalahan atau kelalaian yang dapat terjadi. MPKP suatu system (struktur, proses dan nilai-nilai professional) yang memungkinkan perawat

profesional mengatur asuhan tersebut (Hoffart & Woods, 1996 dalam Sitorus & Yulia, 2012).

Tujuan penerapan MPKP adalah meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui penataan sistem pemberian asuhan keperawatan, memberikan kesempatan kepada perawat untuk belajar melaksanakan praktik keperawatan profesional dan menyediakan kesempatan kepada perawat untuk mengembangkan penelitian keperawatan (Setiadi, 2016).

Proses pelaksanaan MPKP yakni satu ruangan harus ditetapkan untuk jenis tenaga keperawatannya, beberapa jenis tenaga yang harus adameliputi: kepala ruang perawatan, *Clinical Care Manager* (CCM), perawat primer (PP), serta perawat asosiet (PA). Peran dan fungsi PP dan PA harus jelas dan sesuai dengan tanggung jawab masing-masing. Pada ruang MPKP pemula, kepala ruangan adalah perawat dengan pendidikan D-III keperawatan dengan pengalaman dan pada MPKP tingkat 1 adalah perawat dengan pendidikan S.Kep/Ners dengan pengalaman (Sitorus & Panjaitan, 2012).

MPKP dalam pengembangan dan implementasi secara klinis telah berkembang selama beberapa tahun terakhir, baik secara nasional maupun secara internasional, terbukti memberi dampak yang positif pada pemberian asuhan keperawatan (Hoffart & Woods, 1996 dalam Sitorus, 2012) dan peningkatan angka kepatuhan perawat terhadap standar asuhan (Pearson & Baker, 1992 dalam Sitorus, 2012). Model yang dikembangkan di berbagai negara berbeda-beda, namun pada dasarnya semua model dapat menekankan pentingnya, ketersediaan sistem yang memfasilitasi pemberian asuhan keperawatan secara profesional (Sitorus, 2011).

Standar praktik keperawatan menurut Indonesian *National Nurses Association* merupakan salah satu perangkat yang diperlukan oleh setiap tenaga kesehatan secara profesional (Asriani Dkk, 2016).

Pengertian MPKP

Model praktik keperawatan profesional (MPKP) merupakan suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan seorang perawat profesional mengatur asuhan tersebut (Hoffart & Woods, 1996 dalam Sitorus & Yulia, 2012). Model praktik keperawatan profesional (MPKP) memiliki beberapa tujuan antara lain yakni meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui penataan sistem pemberian asuhan keperawatan, memberikan kesempatan kepada perawat untuk belajar melaksanakan praktik keperawatan secara profesional, menyediakan kesempatan kepada perawat untuk mengembangkan penelitian keperawatan berbasis teknologi (Setiadi, 2016).

Tujuan MPKP

- a. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan.
- b. Mengurangi konflik, tumpang tindih dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh ketua tim keperawatan.
- c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
- d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijakan dan keputusan.
- e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan dalam asuhan keperawatan bagi setiap tim keperawatan (Sitorus, 2012 dalam Basuki, 2018).

Fungsi Manajemen Keperawatan dalam MPKP

Melaksanakan tugas manajemen memiliki empat langkah fungsi manajemen menurut Setiadi, (2016) yaitu :

1. Fungsi perencanaan (*planning*) MPKP adalah keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan dimasa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan (Siagian, 1990 dalam Setiadi 2016).

Perencanaan diruang MPKP adalah kegiatan perencanaan yang melibatkan seluruh perawat ruang MPKP mulai dari kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim/perawat pelaksana. Perencanaan yang disusun oleh perawat yang terlihat ruang MPKP disesuaikan dengan peran dan fungsi masing-masing dalam organisasi. Fungsi dalam kegiatan perencanaan di ruang MPKP meliputi beberapa kegiatan antara lain perumusan visi, misi, filosofi, menyusun kebijakan, menyusun standar kerja (SOP, SAK) dan sistem informasi manajemen.

2. Fungsi pengorganisasian (*organizing*) MPKP adalah rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya (potensi) yang dimiliki oleh organisasi dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi dan mengintergrasikan semua sumber daya (potensi) yang dimiliki oleh sebuah organisasi. Pengorganisasian sebagai proses membagi kerja ke dalam tugas-tugas kepada orang yang sesuai dengan kemampuan dalam rangka efektivitas pencapaian tujuan organisasi. Maka dalam fungsi organisasi harus terlihat pembagian tugas dan tanggung jawab orang-orang atau karyawan yang akan melakukan. Kegiatan pengorganisasian di ruang perawatan MPKP menggunakan pendekatan sistem/metode antara lain adalah pembuatan struktur organisasi, jadwal dinas dan daftar alokasi pasien (Setiadi, 2016).
3. Fungsi Pengarahan (*directing*) MPKP merupakan proses memberikan bimbingan kepada staf agar mereka mampu bekerja secara optimal dalam melaksanakan tugas-tugasnya sesuai dengan keterampilan yang mereka miliki. Fungsi dalam pelaksanaan pengarahan yang paling fundamental dalam manajemen karena pengupayaan berbagai jenis tindakan agar semua anggota kelompok mulai dari tingkat teratas sampai terbawah, berusaha mencapai sasaran organisasi sesuai rencana yang telah ditetapkan semula, dengan cara terbaik dan benar. Hakikat dari pada pengarahan adalah sebagai

keseluruhan usaha, cara, teknik dan metode untuk mendorong para anggota organisasi agar mau dan ikhlas bekerja dengan sebaik mungkin demi tercapainya tujuan organisasi dengan efisien, efektif dan produktif. Menurut Gibson I & Donally (2011) mengatakan fungsi pengarahan adalah kegiatan dalam kemampuan keterampilan untuk personal dan interpersonal. Penerapan pelayanan keperawatan dalam mencapai tujuan pengarahan di ruang perawatan secara optimal dapat dilakukan dengan kegiatan program motivasi, manajemen konflik, pendelegasian, supervisi dan komunikasi efektif, serta kegiatan lain sesuai dengan kebutuhan ruang perawatan (Setiadi, 2016).

4. Fungsi Pengendalian (*controlling*) MPKP merupakan proses untuk mengamati secara terus-menerus pelaksanaan rencana kerja yang sudah disusun dan mengadakan koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi. Dalam bidang keperawatan pengendalian merupakan upaya mempertahankan mutu, kualitas atau standar. Beberapa indikator mutu yang digunakan diruang keperawatanantara lain adalah indikator mutu umum dalam bentuk BOR, ALOS, TOI, BTO, NDR, GDR dan indikator mutu khusus dalam bentuk *survey* dan audit seperti kejadian infeksi nosokomial, kejadian cedera, *survey* masalah pasien, audit dokumentasi asuhan keperawatan, *survey* masalah baru, kepuasan pasien, kepuasan tenaga kesehatan yaitu perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian meliputi : (1) menetapkan standart dan menetapkan metode mengukur prestasi kerja, (2) melakukan pengukuran prestasi kerja, (3) menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar (4) mengambil tindakan korektif (Setiadi, 2016).

Komponen MPKP

MPKP dikembangkan diberbagai rumah sakit *Hoffart* dan *Woods* (Huber, 2010 dalam Basuki, 2018) terdiri dari lima komponen, yakni:

1. Nilai-nilai profesional (*Professional Values*)

Nilai-nilai profesional menjadi komponen utama pada praktik keperawatan profesional. Nilai-nilai profesional merupakan inti dari MPKP. Nilai-nilai seperti penghargaan atas otonomi klien, menghargai klien, dan melakukan yang terbaik untuk klien harus tetap ditingkatkan dalam suatu proses keperawatan. Nilai-nilai profesional yang meliputi ekonomi, kesinambungan asuhan, dan belajar sepanjang hayat untuk menopang praktik ilmu yang bermutu.

2. Pendekatan manajemen (*Management Approach*)

Pendekatan manajemen dilakukan untuk mengelola sumber daya yang ada meliputi: sumber daya manusia, alat fasilitas, serta menetapkan standar asuhan keperawatan (SAK). Model praktik keperawatan profesional menerapkan pendekatan manajemen tampak pada peran perawat primer (PP) sebagai pembuat keputusan untuk pasien sebagai manajer asuhan klinik. Kepala ruang mempunyai peran sebagai fasilitator atau mentor (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Pendekatan manajemen menunjukkan bahwa pada MPKP, pembuat keputusan untuk klien adalah pada manajer asuhan klinik atau perawat primer (PP). Kepala ruang rawat berperan sebagai fasilitator atau mentor.

3. Sistem pemberian asuhan keperawatan (*Care Delivery System*)

Sistem pemberian asuhan keperawatan mempunyai makna suatu metode penugasan bagi tenaga perawat yang digunakan dalam memberikan pelayanan praktik keperawatan pada klien. Dalam perkembangan keperawatan dapat menuju layanan

yang profesional, digunakan beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, misalnya metode kasus, fungsional, tim dan keperawatan primer, serta manajemen kasus. Sehingga praktik keperawatan profesional metode yang paling memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional adalah metode yang menggunakan keperawatan primer. Pemberian asuhan keperawatan pada umumnya menggunakan metode keperawatan primer.

4. Hubungan profesional (*Profesional Relationship*)

Pengembangan model praktek keperawatan profesional memungkinkan adanya hubungan profesional antara perawat dan praktisi kesehatan lain. Pemberian asuhan kesehatan kepada klien diberikan oleh beberapa anggota tim kesehatan. Tetapi memiliki fokus pada pemberian asuhan kesehatan pada klien. Karena banyaknya anggota tim kesehatan yang terlibat, maka diperlukan kesepakatan tentang cara melakukan hubungan kolaborasi tersebut. Hubungan ini terjadi melalui sistem pendokumentasian klien, operan tugas jaga, konferensi awal dan akhir serta pada pembahasan kasus. Hubungan profesional memungkinkan hubungan kolaborasi, konsultasi antar tim, dan konferensi antar tim untuk penyelesaian konflik.

5. Sistem kompensasi dan penghargaan (*Compensation & Reward*)

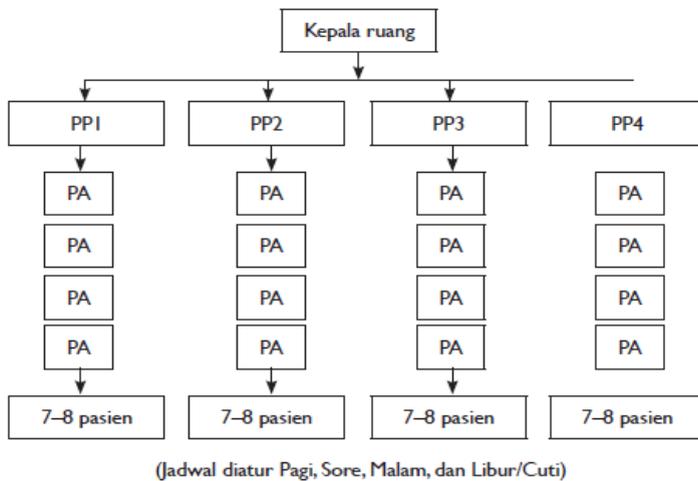
Sistem kompensasi dan penghargaan memungkinkan perawat mendapatkan kompensasi dan penghargaan sesuai dengan sifat layanan yang profesional. Penghargaan dapat juga berupa keberadaan perawat sebagai seorang ahli atau spesialis.

Suatu layanan secara profesional, seorang profesional mempunyai hak atas kompensasi dan penghargaan. Kompensasi yang didapat merupakan imbalan dari kewajiban profesi yang terlebih dahulu harus dipenuhi dapat meningkatkan motivasi seseorang. Kompensasi dan penghargaan yang diberikan pada MPKP dapat disepakati di setiap

institusi dengan mengacu pada kesepakatan bahwa layanan keperawatan adalah pelayanan profesional.

Menurut (Notoatmojo, 2009 dalam Basuki, 2018) menyatakan pemberian kompensasi yang memadai merupakan bentuk penghargaan organisasi kepada prestasi kerja karyawan yang dapat meningkatkan perilaku sesuai dengan yang diinginkan oleh organisasi.

Skema 6.1 Struktur Organisasi/Ketenagaan Keperawatan pada MPKP



Gambar 6.1 Metode Tim Primer (Modifikasi)

Tingkatan MPKP

Pengembangan suatu model PKP yang disebut model praktek keperawatan profesional pemula (PKPP), yaitu ada beberapa jenis model MPKP menurut (Sudarsono, 2000 dalam Basuki, 2018):

1. Model praktek keperawatan profesional III: Pengembangan model ini, PKP III dapat diberikan asuhan keperawatan profesional tingkat III. Dalam ketenagaan terdapat tenaga perawat dengan kemampuan doktor dalam keperawatan klinik yang berfungsi untuk melakukan riset dan membimbing para perawat melakukan riset serta memanfaatkan

hasil-hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan.

2. Model praktik keperawatan profesional II : Pengembangan model ini, seorang perawat mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat II. Pada ketenagaan terdapat tenaga perawat yang memiliki kemampuan spesialis keperawatan yang lebih spesifik untuk cabang ilmu tertentu. Seorang perawat spesialis berfungsi untuk memberikan konsultasi tentang asuhan keperawatan kepada perawat primer pada area spesialisnya. Dalam melakukan MPKP II dapat melakukan riset dan memanfaatkan hasil-hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan. Sehingga jumlah perawat spesialis direncanakan satu orang untuk 10 perawat primer (1:10).
3. Model praktik keperawatan profesional I : Pengembangan model ini, perawat mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat I dan untuk diperlukan penataan 3 komponen utama yaitu: ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan pada model ini yaitu kombinasi metode keperawatan primer dan metode tim disebut tim primer.
4. Model praktek keperawatan professional pemula (MPKPP) : Pengembangan model ini, dapat menunjukkan model MPKP yang mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat pemula, sehingga model ini terdapat 3 komponen utama yaitu: ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan, dan dokumentasi asuhan keperawatan.

Karakteristik MPKP

1. Penetapan jumlah tenaga keperawatan.
2. Penetapan jenis tenaga keperawatan.
3. Penetapan standar rencana asuhan keperawatan (renpra).

4. Penggunaan metode modifikasi keperawatan primer.

Ringkasan

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan suatu ciri praktik yang didasari oleh keterampilan intelektual dan teknikal interpersonal untuk Mengelola Budaya Profesional Melakukan Pelayanan Dan Asuhan Keperawatan Sesuai Standar. Hal ini dilakukan dengan metode asuhan keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah. Sehingga MPKP dapat memungkinkan perawat profesional dalam mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan untuk menunjang pemberian asuhan keperawatan pada klien (Basuki, 2018).

Menurut Sitorus, 2012 berdasarkan dari tingkat perkembangan keperawatan di Indonesia dalam penerapan model praktek keperawatan profesional faktor ketenagaan harus dipertimbangkan, yang meliputi jenis tenaga berdasarkan kemampuan dan jumlah tenaga keperawatan yang ada di suatu rumah sakit.

Daftar Pustaka

- Asriani, Mattalatta, & Betan, A. (2016). Pengaruh Penerapan Model Praktek Keperawatn Profesional (MPKP) Terhadap Standar Asuhan Keperawatan Dan Kepuasan Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. *Jurnal Mirai Management*, 1(2), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1234/mirai.v2i1.33>.
- Basuki Duwi, (2018). *Manajemen Keperawatan: Untuk Mahasiswa & Praktisi*. Sidoarjo : Indomedia Pustaka.
- Hoffart, N. and Woods, C. Q.. 1996. *Elements of a Nursing Professional Practice Model*, *Journal of Professional Nursing* 12 (6): 354- 364.
- Setiadi, (2016). *Manajemen & Kepemimpinan Dalam Keperawatan : Teori & Aplikasi Praktik Bagi Mahasiswa & Perawat klinis*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Sitorus, (2012). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit : Penataan Struktur dan Proses (Sistem) Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat*. Jakarta: EGC.
- Sitorus, R,&Panjaitan,R.(2011).*Manajemen Keperawatan: Manajemen keperawatan di Ruang Rawat*. Jakarta: SagungSeto.
- Undang-Undang Republik Indonesia No 38 Tahun 2014 Pasal 2 Tentang Keperawatan.

Profil Penulis



Heriyana Amir, S.Kep., Ns., M.Kep

Lahir di Kelurahan Inobonto Kecamatan Bolaang Provinsi Sulawesi Utara pada Tanggal 17 Juni 1990. Merupakan anak pertama dari Bapak Amir Andi Cella, S.KM., M.Kes dan Ibu Aisyah Makalalag. Penulis saat ini berkerja sebagai dosen pada Program Studi Profesi Ners di Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di PSIK FK Universitas Sam Ratulangi Manado lulus tahun 2011-2015 Kemudian, penulis melanjutkan Pendidikan Program Pasca Sarjana (S2) pada Studi Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus Jakarta lulus tahun 2020. Penulis sebelum aktif sebagai dosen pada Jurusan Keperawatan Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika, penulis pernah berkerja sebagai perawat pelaksana di Puskesmas Motoboi Kecil Kotamobagu Sulawesi Utara, tepatnya pada tahun 2011-2014. Penulis juga pernah berkerja sebagai Tim Pengajar dan Bendahara Yayasan di SMK Kesehatan Kharisma Kotamobagu Sulawesi Utara, tepatnya pada tahun 2012-2015. Penulis juga memiliki pengalaman organisasi dengan menjadi pengurus persatuan alumni DPP PA GMNI Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Provinsi Sulawesi Utara menjabat sebagai Wakil Bendahara tahun 2021-2026. Penulis juga sekarang menjabat sebagai REKTOR Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu Provinsi Sulawesi Utara periode 2021-2025.

Email Penulis: muhdipasma@gmail.com

MANAJEMEN DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN

Muhammad Nurman, S.Kep, Ns., M.Kep

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Konsep Manajemen Keperawatan

A. Definisi

Manajemen merupakan suatu pendekatan yang dinamis dan pro aktif dalam menjalankan suatu kegiatan diorganisasi yang mencakup kegiatan koordinasi dan supervisi terhadap staf sarana dan prasarana dalam mencapai tujuan organisasi. (Grant & Massey, 1999)

Sedangkan manajemen menurut Fayol adalah memperkenalkan dan merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, mengkoordinasi, dan mengendalikan. Memperkirakan dan merencanakan berarti mempertimbangkan masa depan dan menyusun rencana aktifitas. (Fayol dalam bukunya Russel, 2000)

Manajemen Keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan, dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat. (Gillies, 1985)

B. Komponen Manajemen Keperawatan

Terdapat tiga komponen penting dalam manajemen asuhan keperawatan, yaitu : Sistem pengorganisasian dalam pemberian asuhan keperawatan, sistem klasifikasi pasien dan metode proses asuhan keperawatan

1. Sistem pengorganisasian

Sistem pengorganisasian dalam pemberian asuhan keperawatan terdiri dari :

a. Metode fungsional

Metode fungsional yaitu suatu metode pemberian asuhan keperawatan dengan cara membagi habis tugas pada perawat yang berdinamis.

1) Kelebihan metode fungsional

- Menekankan efisiensi, pembagian tugas jelas dan pengawasan baik untuk RS yang kekurangan tenaga.
- Perawat senior bertanggung jawab pada tugas manajerial sedangkan perawat junior bertanggung jawab pada perawatan pasien.

2) Kelemahan metode fungsional

- Pasien merasa tidak puas karena pelayanan keperawatan yang terpisah-pisah atau tidak dapat menerapkan proses keperawatan.
- Perawat hanya melakukan tindakan yang berkaitan dengan ketrampilan saja.

b. Metode tim

Metode tim yaitu pemberian asuhan keperawatan secara total kepada sekelompok pasien yang telah ditentukan. Perawat terdiri

dari tenaga profesional, teknikal dan pembantu.

1) Konsep metode tim

- Ketua TIM harus mampu menerapkan berbagai teknik kepemimpinan.
- Komunikasi yang efektif agar rencana keperawatan tercapai.
- Anggota TIM harus menghargai kepemimpinan ketua tim.

2) Kelebihan metode tim

- Memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh.
- Mendukung pelaksanaan proses perawatan
- Komunikasi antara tim berjalan dengan baik sehingga konflik mudah diatasi
- Memberikan kepuasan pada anggota tim

3) Kelemahan metode tim

- Komunikasi antar anggota tim dalam bentuk konferensi tim yang sulit terbentuk pada waktu-waktu sibuk.

c. Model keperawatan primer

Metode primer yaitu metode pemberian asuhan kerawatan komprehensif yang merupakan penggabungan model praktik keperawatan profesional. Setiap perawat profesional bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.

1) Konsep dasar metode primer

- Ada tanggung jawab dan tanggung gugat.

- Ada otonomi
 - Ketertiban pasien dan keluarga.
- 2) Ketenagaan metode primer
- Setiap perawat primer adalah perawat “bed side”
 - Beban kasus pasien 4-6 orang untuk satu perawat
 - Penugasan ditentukan oleh kepala bangsal
 - Perawat primer dibantu oleh perawat profesional lainnya maupun non profesional sebagai perawat asisten.
- 3) Kelebihan metode keperawatan primer
- Bersifat kontinuitas dan komprehensif
 - Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan memungkinkan pengembangan diri.
- 4) Kelemahan metode keperawatan primer
- Hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dan kriteria assertive, self direction, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, accountable serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin.

2. Sistem klasifikasi Pasien

Sistem klasifikasi pasien yaitu mengelompokkan pasien sesuai dengan ketergantungannya dengan perawat atau waktu dan kemampuan yang dibutuhkan untuk memberi asuhan keperawatan yang dibutuhkan.

Klasifikasi tingkat ketergantungan pasien menurut Douglas (1984), adalah :

a. Minimal care

Perawatan minimal memerlukan waktu selama 1-2 jam/24 jam/dengan kriteria :

- Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
- Makan dan minum dilakukan sendiri
- Ambulasi dengan pengawasan.
- Observasi tanda- tanda vital dilakukan tiap shift
- Pengobatan minimal, status psikologis stabil
- Persiapan pengobatan memerlukan prosedur

b. Intermediet care

Memerlukan waktu 3-4 jam/24 jam dengan kriteria :

- Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu
- Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam
- Ambulasi dibantu, Pengobatan lebih dan sekali
- Klien dengan pemasangan infus, persiapan pengobatan memerlukan prosedur.

c. Perawatan intensif

Perawatan total care memerlukan waktu 5-6/24 jam dengan kriteria :

- Segalanya diberikan atau dibantu
- Posisi diatur, observasi tanda-tanda vital tiap 2 jam

- Makan memerlukan NGT, menggunakan terapi intra vena
- Pemakaian suction
- Gelisah atau disorientasi

3. Metode Proses Keperawatan

Menurut Ali (1997) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/klien, di mulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah), diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian tindakan keperawatan. Metode proses keperawatan mencakup tahap-tahap dalam proses keperawatan, yaitu :

a. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan.

1) Pengumpulan data

Tujuannya adalah diperoleh data dan informasi mengenai masalah kesehatan yang ada pada pasien sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus di ambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya. Data tersebut harus akurat dan mudah dianalisis. Jenis data antara lain, data objektif, yaitu data yang

diperoleh melalui suatu pengukuran, pemeriksaan, dan pengamatan, misalnya suhu tubuh, tekanan darah, serta warna kulit. Data subjektif, yaitu data yang diperoleh dari keluhan yang dirasakan pasien, atau dari keluarga pasien/saksi lain misalnya, kepala pusing, nyeri dan mual.

Adapun fokus dalam pengumpulan data meliputi :

- Status kesehatan sebelumnya dan sekarang
- Pola koping sebelumnya dan sekarang
- Fungsi status sebelumnya dan sekarang
- Respon terhadap terapi medis dan tindakan keperawatan
- Resiko untuk masalah potensial
- Hal-hal yang menjadi dorongan atau kekuatan klien

2) Analisa data

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan.

3) Perumusan masalah

Setelah analisa data dilakukan, dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat diintervensi dengan asuhan keperawatan (masalah keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis. Selanjutnya disusun diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan

criteria penting dan segera. Penting mencakup kegawatan dan apabila tidak diatasi akan menimbulkan komplikasi, sedangkan segera mencakup waktu misalnya pada pasien stroke yang tidak sadar maka tindakan harus segera dilakukan untuk mencegah komplikasi yang lebih parah atau kematian. Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Maslow, yaitu : Keadaan yang mengancam kehidupan, keadaan yang mengancam kesehatan, persepsi tentang kesehatan dan keperawatan.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Carpenito,2000). Perumusan diagnosa keperawatan :

- 1) Actual : menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.
- 2) Resiko: menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak di lakukan intervensi.
- 3) Kemungkinan : menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan.
- 4) Wellness : keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat

sejahtera tertentu ketinggian sejahtera yang lebih tinggi.

- 5) Syndrom : diagnose yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan actual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul/timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

c. Rencana tindakan keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (Gordon, 1994).

Rencana tindakan keperawatan merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang di rumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang. (potter, 1997)

d. Tindakan keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan

untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

- Tahap 1 : persiapan yaitu tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.
 - Tahap 2 : intervensi yaitu fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan : independen, dependen dan interdependen.
 - Tahap 3 : dokumentasi yaitu pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.
- e. Evaluasi tindakan keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat criteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

- Proses asuhan keperawatan, berdasarkan criteria/ rencana yang telah disusun.

- Hasil tindakan keperawatan ,berdasarkan criteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- Tujuan tercapai,apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/kemajuan sesuai dengan criteria yang telah di tetapkan.
- Tujuan tercapai sebagian,apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya.
- Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru.dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

f. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. (Potter, 2005)

Banyak para ahli menyusun sistem dokumentasi keperawatan. Sistem dokumentasi ini masing-masing memiliki keunikan tersendiri, namun pada dasarnya tidak banyak perbedaan. Ada beberapa sistem pendokumentasian yang sering dipakai antara lain : Catatan Berorientasi Pada Sumber (Source Oriented Record ISOR). Sistem ini memberi kemudahan dalam menempatkan catatan mengenai data yang diperoleh karena biasanya masing-masing format telah dibuat secara spesifik. Namun demikian sistem ini

memiliki kelemahan antara lain informasi menjadi sulit dipelajari secara lengkap karena masing-masing data berada pada format yang berbeda. Komponen SOR meliputi hal berikut:

1) Lembar penerimaan

Lembar ini berisi data demografi pasien/klien, seperti, nama, alamat, tempat dan tanggal lahir, status perkawinan serta,diagnosis pada saat masuk rumah sakit.

2) Lembar instruksi dokter

Lembar ini digunakan untuk mencatat setiap instruksi dokter yang dilengkapi dengan tanggal dan, tanda tangan dokter yang bersangkutan.

3) Lembar riwayat medik.

Lembar ini berisi catatan tentang hasil pemeriksaan fisik, kondisi kesehatan klien, perkembangan, dan tindak lanjut.

4) Catatan perawat

Catatan ini mencakup catatan, pengkajian, diagnosis, intervensi dan evaluasi.

g. Catatan dan laporan khusus

Catatan ini berisi tentang hasil konsultasi, pemeriksaan laboratorium, laporan operasi, berbagai terapi fisik, tanda-tanda vital, masukan dan haluaran cairan serta pengobatan.

Terdapat 3 model dokumentasi yang saling berhubungan, saling ketergantungan dan dinamis, yaitu komunikasi, proses keperawatan dan standar dokumentasi.

1) Ketrampilan komunikasi secara tertulis

adalah ketrampilan perawat dalam mencatat dengan jelas, mudah dimengerti. Dalam kenyataannya dengan kompleksnya pelayanan keperawatan dan peningkatan kualitas, keperawatan, perawat dituntut untuk dapat mendokumentasikan secara benar. Keterampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga kesehatan lain

2) Dokumentasi proses keperawatan

Perawat memerlukan keterampilan dalam mencatat proses keperawatan. Pencatatan proses keperawatan merupakan, metode yang tepat untuk pengambilan, keputusan yang sistematis, problem solving, dan riset lebih lanjut. Format proses keperawatan merupakan kerangka atau dasar keputusan dan tindakan termasuk juga pencatatan hasil berfikir dan tindakan keperawatan. Dokumentasi adalah bagian integral proses, bukan sesuatu yang berbeda dan metode problem solving.

3) Standar Dokumentasi

Perawat memerlukan suatu, ketrampilan untuk dapat memenuhi standar yang sesuai. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu. Dengan adanya standar dokamentasi memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan.

- h. Keterampilan Dalam Dokumentasi
 Keterampilan dalam dokumentasi sangat bergantung pada 5 komponen yaitu :
- 1) Novice (orang baru)
 Dengan keberadaan orang baru akan diharapkan membawa perubahan dan pembaharuan.
 - 2) Advanced Beginner (pemula lanjut)
 Pola pikir yang maju, ilmiah dan dilandasi motivasi yang tinggi terhadap keprofesian mudah untuk menunjang keterampilan dan kemampuan pendokumentasian.
 - 3) Competent (mampu)
 Merupakan ciri yang harus dimiliki oleh perawat yang bertugas memberikan arahan keperawatan.
 - 4) Proficient (cakap)
 Kemampuan tanpa diikuti kecakapan akan menjadikan diri terbelakang dan kemajuan.
 - 5) Expert (ahli)
 Keahlian dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan sangat diperlukan oleh seorang perawat.

C. Proses Manajemen Keperawatan

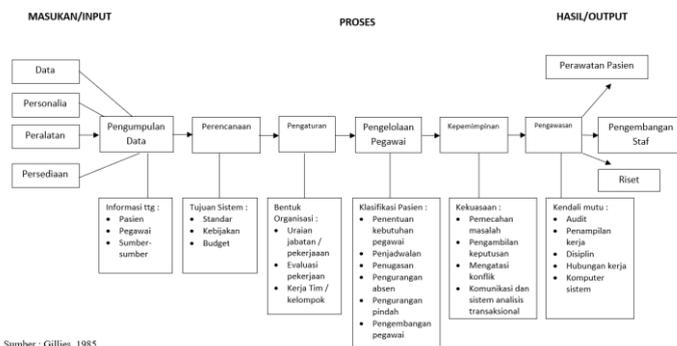
Manajemen keperawatan merupakan suatu proses yang dilaksanakan sesuai dengan pendekatan sistem terbuka. Oleh karena itu manajemen keperawatan terdiri atas beberapa elemen yang tiap-tiap elemen saling berinteraksi. Pada umumnya suatu sistem dicirikan oleh 5 elemen, yaitu input, proses, output, kontrol dan mekanisme umpan balik.

Input dalam proses manajemen keperawatan antara lain berupa informasi, personel, peralatan, dan

fasilitas. Proses pada umumnya merupakan kelompok manajer dari tingkat pengelola keperawatan tertinggi sampai keperawatan pelaksana yang mempunyai tugas dan wewenang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Output atau keluaran umumnya dilihat dari hasil atau kualitas pemberian asuhan keperawatan dan pengembangan staf, serta kegiatan penelitian untuk menindaklanjuti hasil atau keluaran. Kontrol dalam proses manajemen keperawatan dapat dilakukan melalui penyusunan anggaran yang proporsional, evaluasi penampilan kerja perawat, pembuatan prosedur sesuai dengan standar dan akreditasi. Sedangkan umpan balik dilakukan melalui laporan keuangan, audit keperawatan dan survei kendali mutu, serta penampilan kerja perawat.

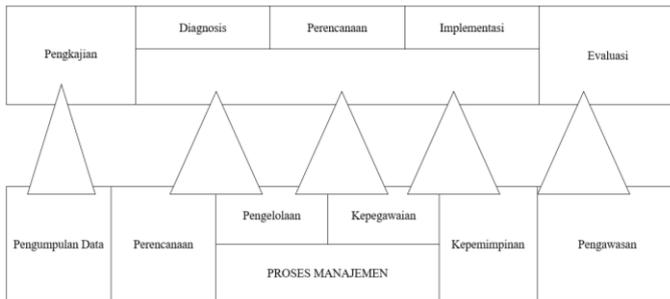
Proses manajemen keperawatan dalam aplikasi di lapangan berada sejajar dengan proses keperawatan sehingga keberadaan manajemen keperawatan dimaksudkan untuk mempermudah pelaksanaan proses keperawatan. Proses manajemen sebagaimana juga proses keperawatan terdiri atas kegiatan pengumpulan data, identifikasi masalah, pembuatan rencana, pelaksanaan kegiatan dan kegiatan penilaian hasil. (Gillies, 1985).

Gambar 7.1 Sistem Manajemen Bangsal Keperawatan



Sumber : Gillies, 1985

Gambar 7.2 Proses Manajemen Keperawatan Mendukung Proses Keperawatan



Sumber : Gillies, 1985

Konsep Pelayanan Keperawatan di Ruang Perawatan Bedah

A. Pengertian

Ruang rawat inap bedah adalah merupakan ruangan untuk memberikan asuhan keperawatan pada individu dewasa dan anak-anak baik laki-laki maupun perempuan dengan berbagai kelainan dan atau gangguan fisiologis baik aktual maupun potensial yang didiagnosa harus dilakukan tindakan perawatan dan atau pembedahan, menjelang dan sesudah dilakukan tindakan pembedahan.

B. Tujuan dan Prinsip Keperawatan

1. Memberikan asuhan keperawatan secara profesional
2. Meminimalkan penderitaan klien sehingga mencapai kemandirian
3. Mencegah terjadinya komplikasi
4. Menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar klien selama perawatan
5. Membina peran serta atau kerjasama dengan keluarga klien
6. Menyediakan lahan pendidikan bagi calon praktisi keperawatan dan tenaga kesehatan lain.

Daftar Pustaka

- Arwani & Supriyatno, H. (2006). Manajemen bangsal keperawatan. Jakarta: penerbit buku kedokteran. EGC
- Gillies, DA. Manajemen keperawatan sebagai suatu pendekatan sistem. Bandung: Yayasan Ikatan Alumni pendidikan keperawatan pajajaran
- Ilyas, Y. (2001) Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan Dan Kebidanan Jakarta: FKM universitas Indonesia
- Kuntoro, A. (2010). Buku ajar manajemen keperawatan. Yogyakarta: Muti Medika
- Kurniadi, A. (2013). Manajemen keperawatan dan prospektifnya teory, konsep dan aplikasi. Jakarta: Fakultas kedokteran universitas Indonesia
- Nursalam. (2013). Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktek keperawatan Profesional. Jakarta: Salemba medika
- Nursalam. (2011). Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktek keperawatan Profesional. Jakarta: Salemba medika
- Rosyidi, K. (2013). Manajemen kepemimpinan dalam keperawatan. Jakarta: TIM
- Simamora, R. (2012). Buku ajar manajemen keperawatan. Jakarta: Penerbit buku Kedokteran. EGC
- Suarli, S & yayan B. (2010). Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis. Jakrta : Erlangga
- Terry,GR. (2013). Prinsip-prinsip manajemen. Jakarta: Bumi aksara
- Triwibowo, C. (2013). Manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit. Jakarta: Salemba medika

- Warsito. (2007). Pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruangan terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan diruang rawat inap RSJD Dr Amino Gondohotomo Semarang. *Jurnal manajemen keperawatan* Vol, no1, tahun 2007
- Wirawan. (2009). *Evaluasi kinerja sumber daya manusia*. Jakarta: Salemba Empat
- Wibowo. (2012). *Manajemen kinerja*. Jakarta: Raja Grafindo.

Profil Penulis



Muhammad Nurman, S.Kep, Ns., M.Kep

Dosen Keperawatan di *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai*, Lahir di Desa Pulau Jambu yang merupakan salah satu desa di Kabupaten Kampar Provinsi Riau, pada tanggal 31 Desember 1977, Anak ke Tiga dari bapak Basri, BA dan Ibu Nurbaiti. Penulis Menyelesaikan pendidikan Serjana (S1) dan Profesi Ners di *STIK Sint. Carolus Jakarta* pada tahun 2003. Kemudian menyelesaikan pendidikan *Magister Keperawatan (S2) peminatan Manajemen Keperawatan* di *Universitas Andalas Padang* tahun 2012. Selain sebagai pengajar, Penulis aktif sebagai Perawat di Klinik Pratama Universitas Pahlawan, Penulis juga Ketua Satgas Covid 19 di Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, penulis aktif di oranganisasi PPNI Kabupaten Kampar, penulis juga aktif menulis buku, jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.

Email Penulis: m.nurman311277@gmail.com

MODEL DAN APLIKASI METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP)

Fitrianola Rezkiki, S.Kep, Ns., M.Kep

Universitas Fort De Kock Bukittinggi

Pendahuluan

Model metode asuhan keperawatan professional adalah suatu model pemberian asuhan keperawatan kepada pasien, yang didalamnya terdapat empat unsur keperawatan, yakni; standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan dan sistem MAKP. Empat unsur tersebut digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk menentukan model metode asuhan keperawatan profesional (McEachen and Keogh, 2018).

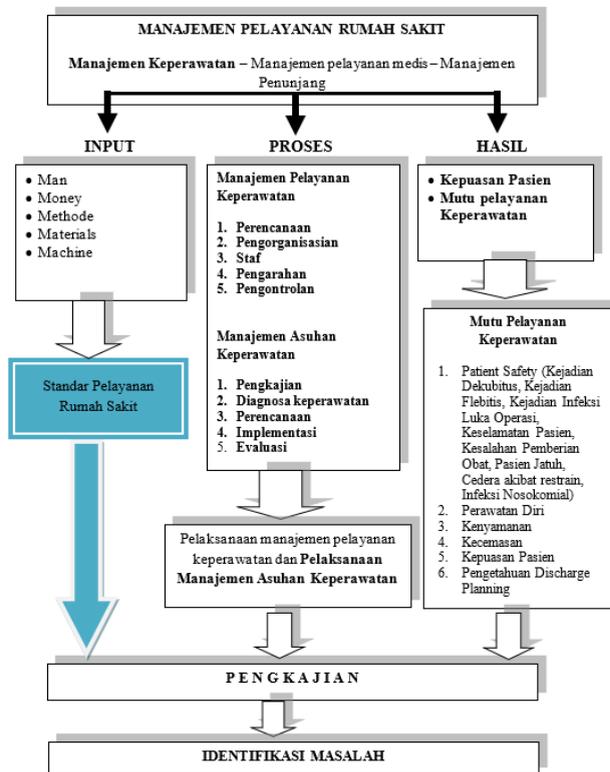
Asuhan keperawatan merupakan titik sentral dalam pelayanan keperawatan, oleh karena itu manajemen asuhan keperawatan yang benar akan meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan. Memenuhi tuntutan masyarakat akan pelayanan keperawatan yang berkualitas, rumah sakit perlu mengembangkan suatu model metode asuhan keperawatan profesional yang bertujuan untuk memenuhi kepuasan pasien (Nursalam, 2014).

Penerapan model metode asuhan keperawatan professional di rumah sakit, perawat dapat memahami tugas serta tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap pasien dan keluarga sejak masuk hingga keluar rumah

sakit sehingga memfasilitasi pemberian asuhan keperawatan yang didasarkan pada nilai-nilai professional (Sitorus, 2006).

Aplikasi Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)

Bab ini menyajikan aplikasi MAKP yang dijabarkan kedalam proses manajemen keperawatan, yaitu pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan (POA), implementasi dan evaluasi. Aplikasi MAKP ini tertuang dalam kerangka teori manajemen asuhan keperawatan profesional berfokus pada pengukuran Mutu Pelayanan Keperawatan melalui pendekatan system menurut Gillies (1996) dan Nursalam (2014).



Bagan 8.1 Kerangka Teori Aplikasi MAKP (Gillies, 1996; Nursalam, 2014).

Berikut akan dijabarkan aplikasi model asuhan keperawatan profesional (MAKP) khususnya Metode Kasus ditinjau dari Manajemen Pelayanan Keperawatan (Perencanaan, Pengorganisasian, Staf, Pengarahan, dan Pengontrolan) .

Metode kasus dikenal juga dengan keperawatan tugas-privat, dimana perawat memberi asuhan langsung kepada satu orang pasien. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima semua laporan tentang pelayanan keperawatan pasien. Metode kasus tepat diterapkan pada ruang intensif (ICU), ruang Hemodialisa, dan Unit Rawat Jalan (Nursalam, 2014). Berikut akan diuraikan aplikasi MAKP sesuai dengan proses manajemen keperawatan.

Langkah 1 : Pengkajian

Contoh Pengkajian (Pengumpulan Data)

“Unit Rawat Jalan RS.X dipimpin oleh kepala ruangan dan dibantu oleh 11 orang perawat pelaksana, tata usaha, dan 1 orang yang bertugas sebagai *cleaning services* (CS)”. Rata-rata jumlah kunjungan pasien per hari adalah 122 orang pasien”.

1. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan fungsi dasar manajemen yang menjadi tugas utama semua manajer dalam divisi keperawatan. Ini adalah proses yang sistematis dan membutuhkan aktivitas yang berpengetahuan berdasarkan teori manajerial yang baik (Kolawole, 2016). Kepala ruangan selaku manager unit rawat jalan harus mengetahui kondisi ruangan mulai perencanaan ketenagaan, perencanaan fasilitas sampai kepada perencanaan biaya yang dibutuhkan untuk peningkatan mutu layanan keperawatan di unit rawat jalan.

Perencanaan Ketenagaan

(Nursalam, 2014) menyatakan perhitungan tenaga keperawatan di rawat jalan menggunakan formulasi

Hudgins (Metode Need). Berikut contoh perhitungannya.

Rumus :

$$= \frac{\text{Jumlah jam rawatan}}{\text{Jumlah jam efektif}} + \text{Koreksi 15\%}$$

$$= \frac{\text{Jumlah pasien (1 hari)} \times \text{Jumlah Yankep (15')}}{\text{Jam dinas} \times 60'}$$

$$= \frac{122 \times 15}{7 \times 60} = \frac{1830}{420} = 4,36$$

Hasil ini harus ditambahkan dengan faktor koreksi sebanyak 25%, sehingga menjadi : $4,36 + (15\% \times 4,36) = 4,36 + 0,654$

→ 5,014

→ 6 orang

Jumlah perawat saat ini 11 orang. Untuk merawat pasien di poliklinik dengan jumlah kunjungan pasien per hari sebanyak 122 orang ini dapat dilakukan oleh 6 orang perawat rawat jalan., maka jumlah perawat yang ada saat ini sudah melebihi standar perhitungan kebutuhan perawat.

Pengkajian sumber daya manusia perawat dilakukan dengan menggambarkan kondisi karakteristik perawat di rawat jalan, seperti : tingkat pendidikan, usia, masa kerja, pangkat/golongan, pelatihan yang pernah diikuti, dan lain sebagainya (Silalahi, 2018).

Contoh :

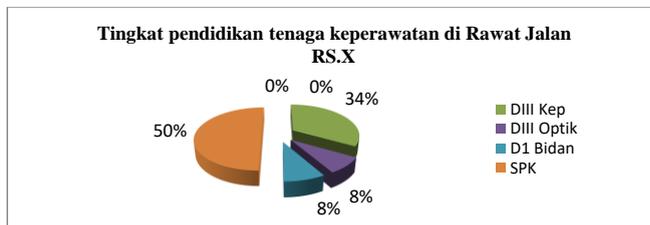


Diagram 8.2 Data Tenaga Keperawatan berdasarkan Pendidikan di Rawat Jalan RS X (Rezki, 2014).

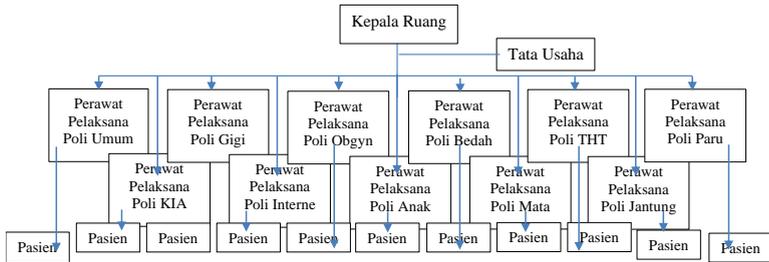
Perencanaan Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan

Unit Rawat Jalan dilengkapi dengan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan yang mengacu kepada pedoman teknis sarana prasarana rumah sakit yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI, 2010). Pada pengkajian Fasilitas (sarana dan prasarana), kepala ruangan unit rawat jalan harus melakukan inventaris logistic di unit rawat jalan. Dari inventaris tersebut kepala ruangan mengidentifikasi keterbaharuan dan keberfungsian peralatan yang masih bisa digunakan atau peralatan yang perlu dikalibrasi. Selain itu jumlah inventaris tersebut harus mengacu kepada standar yang ditetapkan untuk unit rawat jalan. Berdasarkan standar tersebut kepala ruangan akan mengetahui fasilitas (sarana dan prasarana) di ruang rawat jalan sudah terpenuhi sehingga dapat meningkatkan pelayanan di unit rawat jalan.

2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Organizing dalam manajemen keperawatan adalah pembagian kerja sesuai tupoksi yang mengacu pada penempatan di struktur organisasi (Verawati, Erwin and Novayelinda, 2014). Hampir semua organisasi layanan kesehatan memiliki semacam struktur hierarki. Dalam struktur hierarki tradisional, karyawan diberi peringkat dari atas ke bawah, seolah-olah mereka berada pada posisi yang bertingkat. Jumlah orang di tingkatan terbawah hampir selalu jauh lebih banyak daripada jumlah di atas. Pemimpin (*leader*) biasanya berada di puncak tingkatan; bagian rumah tangga dan pemeliharaan kebersihan biasanya berada di bawah. Perawat biasanya berada pada posisi *middle manager* di sebagian besar organisasi perawatan kesehatan, lebih tinggi dari petugas kebersihan, pembantu, dan teknisi, tetapi lebih rendah dari dokter dan administrator (Kolawole, 2016).

Contoh :



Bagan 8.3 Struktur Organisasi Rawat Jalan di RS X (Rezkiki, 2014)

Pengkajian dimulai dengan mengobservasi struktur organisasi di unit ruang rawat jalan, apakah sudah terpajang di ruangan dan bisa dilihat oleh orang banyak. Struktur organisasi harus dilengkapi dengan tupoksi (tugas pokok dan fungsi), dimana tupoksi secara tertulis harus disosialisasikan dan dimiliki oleh semua personil yang terlibat di dalam struktur organisasi di unit rawat jalan serta harus dipastikan semua personil yang terlibat memahaminya. Bidang Keperawatan memiliki struktur organisasi berdasarkan garis komando dan garis hirarki dengan unit rawat jalan.

3. Staf (*Staffing*)

Staffing adalah proses memilih dan melatih individu untuk fungsi pekerjaan tertentu, dan membebaskan mereka dengan tanggung jawab terkait. Hal ini juga dapat digambarkan sebagai jumlah personel yang dipekerjakan dalam suatu organisasi atau program. Staffing adalah mengisi dan menjaga kualitas orang-orang yang memenuhi syarat semua posisi dalam bisnis. Merekrut, mempekerjakan, melatih, mengevaluasi, dan memberi kompensasi adalah aktivitas spesifik yang termasuk dalam fungsi tersebut (Kolawole, 2016).

a. *Recruitment*, Seleksi dan Orientasi

Kepala ruangan unit rawat jalan menentukan jumlah dan jenis personel yang dibutuhkan untuk

memenuhi filosofi ruangan, memenuhi tanggung jawab perencanaan fiskal, dan melaksanakan organisasi manajemen perawatan pasien yang dipilih. Selanjutnya Kepala ruangan merekrut, mewawancarai, memilih, dan menugaskan personel berdasarkan standar kinerja deskripsi pekerjaan yang ditetapkan dan sesuai dengan kualifikasinya. Gunakan sumber daya organisasi untuk induksi dan orientasi. Pastikan bahwa setiap karyawan disosialisasikan secara memadai dengan nilai-nilai organisasi dan norma-norma unit (Kolawole, 2016)

b. Pengembangan Staf/Karir

Mengembangkan program pendidikan dan pelatihan semua perawat di unit rawat jalan untuk membantu karyawan memenuhi tujuan organisasi. Kepala ruangan menggunakan penjadwalan yang kreatif dan fleksibel berdasarkan kebutuhan perawatan pasien di ruang rawat jalan untuk meningkatkan produktivitas dan retensi.

Contoh :

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh telah melaksanakan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat. Mayoritas responden telah mengikuti pelatihan, yaitu 24 responden telah mengikuti pelatihan BTCLS, 34 responden telah mengikuti pelatihan BHD, 20 responden telah mengikuti pelatihan komunikasi efektif, dan sebanyak 19 reponden telah mengikuti pelatihan pelayanan Syariah (Uli and Ardia Putra, 2018).

4. Pengarahan (*Actuating*)

a. Supervisi

Supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan bawahan untuk kemudian bila ditemukan masalah, segera

diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Rezkiki and Ilfa, 2018). Kepala ruangan harus menentukan jadwal supervise secara terjadwal dan mendokumentasikannya dalam bentuk instrumen supervise yang dirancang oleh rumah sakit.

Contoh instrumen supervise keperawatan di unit rawat jalan meliputi :

Instrumen Pengkajian yang terdiri dari ; Perawat mengenalkan diri pada pasien, Melakukan pengkajian terhadap pasien, Mendokumentasikan hasil pengkajian pada format yang tersedia, Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, Perawat memberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, Perawat menjaga privasi pasien dalam melakukan tindakan, Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakitnya, Mendampingi dokter dalam melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

Instrumen Kegiatan terdiri dari ; Melakukan pencatatan data kunjungan pasien setiap hari, Merapikan tempat pemeriksaan pasien, menyiapkan peralatan medis untuk pemeriksaan pasien, Mencuci alat setelah dipakai kemudian disterilkan kebagian CSSD, Meningkatkan mutu pelayanan melalui pencatatan indicator mutu pelayanan, Melengkapi rekam medis pasien, Melakukan koordinasi dengan petugas medical record/radiologi/laboratorium/apotek, dan Melakukan serah terima pasien yang akan diobservasi dan dirawat inap dengan petugas IGD dan petugas rawat inap.

b. Motivasi Kerja Perawat

Seni motivasi Kepala Ruangan dimulai dengan belajar bagaimana mempengaruhi perilaku perawat ruangan. Motivasi adalah alat yang ampuh di tangan para pemimpin. Hal ini dapat membujuk meyakinkan dan mendorong perawat

untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan optimal untuk mencapai kepuasan pasien (Kolawole, 2016).

Salah satu bentuk motivasi yang diberikan kepala ruangan unit rawat jalan kepada perawat adalah dengan mengikuti pelatihan. Selain itu adanya pemberian *punishment* bagi perawat yang melakukan pelanggaran disiplin kerja atau disiplin pelayanan. Bentuk *punishment* bisa berupa teguran, pemotongan gaji dan surat peringatan. Sedangkan *reward* bagi perawat yang berprestasi diberikan promosi berupa pelatihan dan pendidikan formal. Motivasi dalam bentuk reinforcement positif juga sangat mempengaruhi kinerja perawat dalam memberikan layanan asuhan keperawatan pada pasien di unit rawat jalan. Reinforcement positif tersebut bisa dalam bentuk ucapan terima kasih maupun kata-kata “bagus”, “hebat”, “pintar”, “cerdas”, dan lain sebagainya (Rezkiki, 2014).

c. Komunikasi SBAR

Rekomendasi WHO Pada tahun 2007, mewajibkan untuk tenaga kesehatan memperbaiki pola komunikasi harus menggunakan suatu standar yang strategis yaitu dengan menggunakan metode komunikasi SBAR. Upaya untuk menurunkan insiden keselamatan pasien yang dapat dilakukan salah satunya dengan cara Patient Safety ; komunikasi efektif SBAR (Rezkiki, 2018).

Komunikasi efektif menggunakan komunikasi SBAR adalah kerangka yang mudah diingat, mekanisme nyata yang digunakan untuk menyampaikan kondisi pasien yang kritis atau perlu perhatian dan tindakan segera. Selain itu, di unit rawat jalan komunikasi SBAR digunakan pada saat serah terima pasien yang akan diobservasi dan dirawat inap dengan petugas IGD dan petugas rawat inap. S (*situation*) mengandung komponen tentang identitas pasien, diagnosa

medis, dan atau diagnose keperawatan. B (*background*) menggambarkan riwayat penyakit atau situasi yang mendukung masalah/situasi saat ini (data objektif dan data subjektif). A (*assesment*) merupakan kesimpulan masalah yang sedang terjadi pada pasien sebagai hasil analisa terhadap *situation* dan *background*. R (*recomendation*) adalah rencana ataupun usulan yang akan dilakukan untuk mengenai permasalahan yang ada berupa tindakan mandiri perawat dan tindakan kolaborasi (Permanente 2011 : (Rezkiki, 2018)).

5. Pengendalian (*Controlling*)

Pengendalian (*Controlling*) adalah proses mengamati secara terus menerus pelaksanaan rencana kerja yang sudah disusun dan mengadakan koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi. Pengawasan bisa berjalan secara efektif ketika pengawasan harus dikaitkan dengan tujuan, dan kriteria yang digunakan dalam unit rawat jalan, salah satunya adalah mencapai kepuasan pasien.

Contoh :

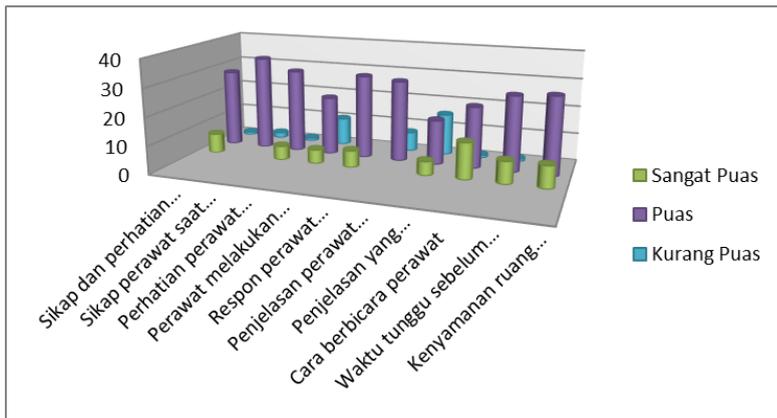


Diagram 8.4 Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan di Unit Rawat Jalan RS.X (Rezkiki, 2014)

Dari diagram diatas didapatkan data bahwa tingginya angka kurangnya kepuasan pasien dalam hal tindakan keperawatan dalam pemeriksaan fisik pasien dan penjelasan perawat tentang tindakan keperawatan yang diberikan sesuai keluhan pasien.

Agar standar pengawasan berfungsi efektif maka harus dipahami dan diterima oleh semua personil yang terlibat di unit rawat jalan sebagai bagian integral, misalnya indikator mutu pelayanan di unit rawat jalan seperti waktu tunggu rawat jalan.

Contoh :

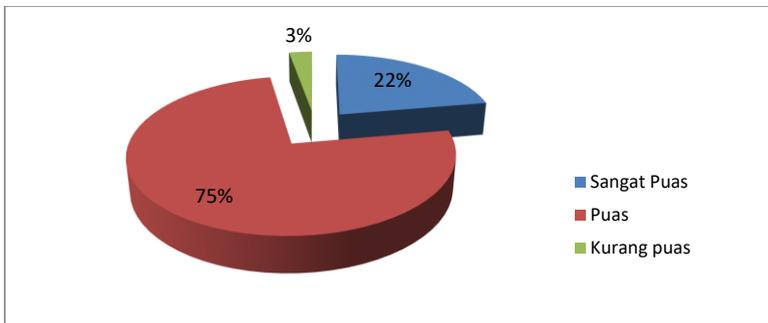


Diagram 8.5 Indikator Mutu Ditinjau dari Waktu Tunggu Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Di Rawat Jalan RS.X (Rezkiki, 2014)

Dari diagram diatas didapatkan data bahwa 75% pasien puas dengan waktu tunggu layanan keperawatan di rawat jalan. Lamanya waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan keperawatan di rawat jalan bagi setiap pasien penting diperhatikan. Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan (Wijono, 1999). Berdasarkan hasil penelitian Kumbayono,dkk (2013) dinyatakan bahwa rata-rata waktu tunggu secara keseluruhan yang dibutuhkan pasien rawat jalan adalah 9,47 menit.

Controlling Kepala ruangan di unit rawat jalan juga dapat dilihat dari Audit Askep yaitu mengevaluasi kinerja perawat pelaksana dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan. Misalnya : Kepala

ruangan melakukan observasi terhadap dokumentasi asuhan keperawatan yang sudah dilakukan perawat pelaksana per hari. Dari hasil observasi didapatkan hanya terdapat lembaran kartu poliklinik sebagai tempat pengisian data demografi pasien dan keluhan pasien. 100% format pendokumentasian (100%) belum ada diagnosa, intervensi, dan evaluasi keperawatan. Sementara untuk pengkajian 18,2% tidak dilengkapi dengan data objektif dari pemeriksaan fisik; seperti pengukuran suhu, RR (Rezkiki, 2014).

Langkah 2 : Identifikasi Masalah

Berikut contoh. Identifikasi masalah manajemen asuhan keperawatan professional, berdasarkan pengkajian diatas :

1. Sistem pendokumentasian asuhan keperawatan di Rawat Jalan belum berjalan dengan baik.
2. Indikator mutu (waktu tunggu) di Rawat Jalan belum berjalan dengan baik

Langkah 3 : Perencanaan (*Plan of Action*)

Berikut contoh *Plan of Action* (POA) dari masalah yang pertama.

Tabel 8.1 *Plan of Action* (POA) pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rawat Jalan RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi (Rezkiki, 2014)

No	Kegiatan	Metode	Waktu	Sumber Daya	Penanggung Jawab
PERSIAPAN					
1.	Membentuk kelompok kerja (Pokja) / tim / panitia mutu askep RJ	Rapat Koordinasi	6 Des 2021	penanggung jawab ruang RJ,	Kepala Ruangan RJ
2.	Penyegaran tentang sistem/tehnik pendokumentasian askep	Evaluasi SAK, diskusi kelompok kerja	6 Des 2021	Pokja Mutu	Kabid Keperawatan (Kasie. Askep)

MODEL DAN APLIKASI METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP)

3.	Merancang dan Mengembangkan format pendokumentasian (<i>checklist</i>) RJ	Diskusi Pokja	9 Des 2021	Pokja Mutu, Perawat RJ,	Kabid Keperawatan (Kasie. Askep)
4.	Menyepakati format pengkajian dokumentasi keperawatan RJ, Koordinasi Pokja dengan bidang keperawatan utk validasi dan pengambilan keputusan	Rapat Koordinasi	10 Des 2021	Karu RJ, Perawat RJ	Kabid Keperawatan (Kasie. Askep)
PELAKSANAAN					
1.	Pelatihan peningkatan mutu askep dengan pendokumentasian askep profesional	Pelatihan, diskusi kelompok	13 Des 2021	Karu RJ, perawat RJ	Kabid Keperawatan (Kasie. Askep)
2.	Melakukan ujicoba format pendokumentasian askep dengan sistem checklist terhadap 10 pasien di RJ, merevisi ulang dan ujicoba kembali terhadap 10 pasien di RJ. Aplikasi dan bimbingan pada perawat pelaksana di RJ	Diskusi, uji coba terhadap 10 pasien di RJ	16 – 18 Des 2021	Karu RJ, perawat RJ	Karu RJ
3.	Bimbingan pada perawat pelaksana dalam pendokumentasian askep	Diskusi	16 – 18 Des 2021	Karu RJ, perawat RJ	Kabid Keperawatan (Kasie. Askep)
4.	Memberi masukan dalam pendokumentasian askep saat ujicoba format yang dibuat dan dilakukan dengan Karu dan perawat pelaksana di RJ	Diskusi	16 – 18 Des 2021	Karu RJ, perawat RJ	Kabid Keperawatan (Kasie. Askep)
EVALUASI					

1.	Tersusunnya format pendokumentasian aspek (Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Rencana tindakan, Implementasi dan Evaluasi) dalam bentuk <i>checklist</i>	Observasi dan Diskusi	23 – 26 Des 2021	Karu RJ, perawat RJ	Kabid Keperawatan
2.	Laporan tersusunnya format pendokumentasian aspek dan standar aspek RJ kepada bidang keperawatan untuk dapat digunakan sebagai format resmi RJ	Diskusi	23 – 26 Des 2021	Karu RJ, perawat RJ	Karu RJ dan Kabid Keperawatan

Langkah 4 : Implementasi

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh manajer keperawatan (misal ; Kepala Ruangan) sesuai dengan POA yang telah disepakati untuk membantu penyelesaian masalah manajemen asuhan keperawatan profesional (McEachen and Keogh, 2018).

Contoh : Uji Coba Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rawat Jalan

Pelaksanaan uji coba pendokumentasian asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 17 sampai 20 Desember 2021, uji coba pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ini dilakukan di 3 Ruangan rawat jalan yaitu Interne, Mata, dan THT. Pemilihan ketiga ruangan tersebut adalah berdasarkan angka kunjungan tertinggi di rawat jalan RS.X. Uji coba format dokumentasi keperawatan mengalami beberapa kali perubahan berdasarkan diskusi dan masukan perawat pelaksana untuk kelengkapan pemeriksaan fisik (*checklist*) di ruangan uji coba (Rezkiki, 2014).

Langkah 5 : Evaluasi

Tahapan evaluasi dalam MAKP adalah melakukan pengkajian ulang terhadap implementasi yang sudah dilakukan dan mengidentifikasi kembali kesesuaiannya dengan POA yang sudah disepakati. Evaluasi dalam MAKP

meliputi; evaluasi struktur, evaluasi proses, dan evaluasi hasil. Pada evaluasi ini, manajer keperawatan (misal; Kepala Ruangan) dapat mengungkapkan keberhasilan dan hambatan/kendala yang ditemukan saat implementasi, sehingga dapat menjadi masukan untuk perbaikan evaluasi MAKP ruangan berikutnya (Pérez Rivas *et al.*, 2016).

Daftar Pustaka

- Gillies, D. A. (1996) *Manajemen Keperawatan*. 2nd edn. Philadelphia.
- Kolawole, I. (2016) *Management Principle in Nursing/Organization of Health Care, University of Ibadan*. Available at: http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/687/1/NSG_411_1505824757.pdf.
- McEachen, I. and Keogh, J. (2018) *Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta: ANDI.
- Nursalam (2014) *Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pérez Rivas, F. J. *et al.* (2016) 'Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care', *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1), pp. 43–48. doi: 10.1111/2047-3095.12073.
- Rezkiki, F. (2014) *Laporan Residensi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Di Ruang Rawat Jalan RSI Ibnu Sina Yarsi Bukittinggi*.
- Rezkiki, F. (2018) 'Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Komunikasi Sbar Pada Saat Overan Dinas Di Ruang Rawat Inap', *Human Care Journal*, 1(2). doi: 10.32883/hcj.v1i2.35.
- Rezkiki, F. and Ilfa, A. (2018) 'Pengaruh Supervisi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Non Bedah', *Real in Nursing Journal*, 1(2), p. 67. doi: 10.32883/rnj.v1i2.322.
- Silalahi, N. (2018) *Perencanaan Sumber Daya Manusia Perawat Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr.H.Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi, Analisis Kesadahan Total dan Alkalinitas pada Air Bersih Sumur Bor dengan Metode Titrimetri di PT Sucofindo Daerah Provinsi Sumatera Utara*.
- Sitorus, R. (2006) *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.

Uli, K. and Ardia Putra (2018) 'Proses Pengembangan Staf Perawat di Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh', *Jim*, III(4), pp. 98–106.

Verawati, Erwin and Novayelinda, R. (2014) 'Hubungan Fungsi Pengorganisasian Kepala Ruangan Terhadap Tingkat Kepuasan Kerja Perawat Pelaksana', *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*, 1(1), pp. 1–9.

Profil Penulis



Fitrianola Rezkiki, S.Kep, Ns., M.Kep

Lahir di Bukittinggi, pada 6 Juli 1983. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Padjadjaran (Ners) dan Universitas Andalas (s2 Keperawatan). Wanita yang kerap disapa Kiki ini adalah anak ke empat dari pasangan Basri (ayah) dan Yusnaini (ibu). Menikah dengan Reski Kurniawan dan dikaruniai 3 orang anak (2 putri dan 1 putra). Beliau sangat hoby menggambar dan menghabiskan waktu senggang dengan menonton serial thriller. Saat ini beliau mengabdikan dirinya sebagai pengajar di salah satu Universitas Swasta di Bukittinggi dengan peminatan Keperawatan Dasar dan Manajemen Keperawatan. Pernah menjadi peserta terbaik saat TOT BLS di Koleg University Islam Melaka pada tahun 2017. Di tahun yang sama beliau juga dipercaya sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan. Dan pada tahun 2019 sampai sekarang beliau diberikan tanggung jawab sebagai pengelola Mutu Program Studi.

Email Penulis: fitrianola.rezkiki@gmail.com

MOTIVASI, KINERJA DAN KEPUASAN KERJA

Yohanes Jakri, M.Kes

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Konsep Motivasi

1. Pengertian Motivasi

Motivasi berasal dari kata Latin *movare* yang berarti dorongan, daya penerak atau kekuatan yang menyebabkan suatu tindakan atau perbuatan (Suwanto, 2014). Pendapat lain mengatakan motivasi sebagai proses yang memperhitungkan intensitas, arah dan kekuatan usaha individu terhadap pencapaian tujuan. Motivasi pada umumnya berkaitan dengan setiap tujuan, sedangkan tujuan organisasional memfokus pada perilaku yang berkaitan dengan pekerjaan (Stephen P. Robbins, 2011). Motivasi kerja adalah hasil dari kumpulan kekuatan internal dan eksternal yang menyebabkan pekerja memilih jalan bertindak yang sesuai dan menggunakan perilaku tertentu. Idealnya perilaku ini akan diarahkan pada pencapaian tujuan organisasi (Newstrom, 2011).

Dari beberapa pendapat tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa motivasi merupakan dorongan untuk bertindak terhadap serangkaian proses perilaku manusia dengan mempertimbangkan arah, intensitas, dan ketekunan pada pencapaian tujuan.

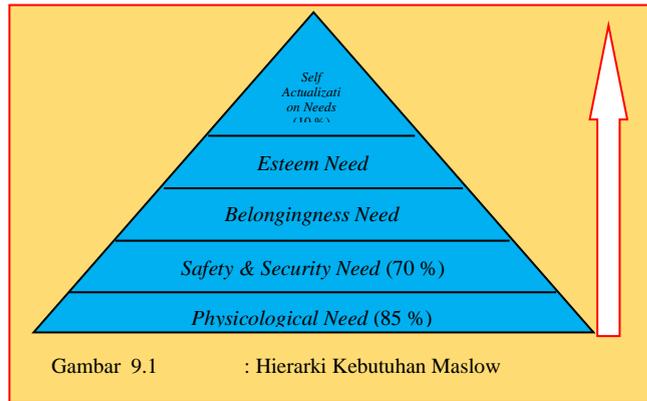
2. Teori Motivasi Kerja

a. Hierarki Teori Kebutuhan Maslow (*hierarchical of Needs Thry*)

Maslow (1954) dalam Sharon & Nancy (Sharon B. Buchbinder, 2014), menyusun sebuah hierarki kebutuhan mulai dari kebutuhan hidup tingkat dasar sampai tingkat tertinggi berupa kesadaran diri dan aktualisasi diri. Maslow berpendapat bahwa kebutuhan yang diinginkan seseorang berjenjang, artinya bila kebutuhan pertama telah terpenuhi, maka kebutuhan tingkat kedua akan menjadi yang utama, begitupun selanjutnya sampai tingkat kebutuhan kelima. Teori yang dikembangkan Abraham Maslow (1954) dalam Suwanto & Priansa (Suwanto, 2014) mengatakan bahwa manusia mempunyai lima tingkat atau hirarki kebutuhan, yaitu:

- 1) Kebutuhan fisiologis (*physiological Needs*), seperti: kebutuhan untuk makan, minum, perlindungan fisik, bernafas, seksual. Kebutuhan ini disebut kebutuhan paling rendah atau kebutuhan dasar.
- 2) Kebutuhan rasa aman (*safety Needs*), yaitu: kebutuhan akan perlindungan dari ancaman, bahaya, pertentangan, dan lingkungan hidup, tidak dalam arti fisik semata, akan tetapi juga mental, psikologikal dan intelektual.
- 3) Kebutuhan sosial (*Social Needs*), yaitu: kebutuhan untuk merasa memiliki, yaitu kebutuhan untuk diterima dalam kelompok, berafiliasi, berinteraksi, dan kebutuhan untuk mencintai dan dicintai.
- 4) Kebutuhan akan harga diri atau pengakuan (*Esteem Needs*), yaitu: kebutuhan untuk dihormati, dan dihargai oleh orang lain.
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri (*Self-Actualization Needs*), yaitu: kebutuhan untuk menggunakan kemampuan, *skill*, potensi,

kebutuhan untuk berpendapat, dengan mengemukakan ide-ide, memberi penilaian dan kritik terhadap sesuatu.



b. Teori Dua Faktor Herzberg

Herzberg (2003), dalam Sharon & Nancy (Sharon B. Buchbinder, 2014), memodifikasi lebih lanjut teori Kebutuhan Maslow dan memadukan dua area kebutuhan yang memotivasi karyawan. Dua area tersebut dinamakan *Hygiene* dan *Motivator*.

1) *Hygiene*

Area ini ditandai sebagai motivator dengan tingkat yang lebih rendah dan mencakup, misalnya: kebijakan dan administrasi perusahaan, hubungan antar pribadi, kondisi kerja, gaji, status, dan keamanan. Dengan kata lain, factor *Hygiene* atau pemeliharaan adalah factor- factor yang sifatnya ekstrinsik yang bersumber dari luar diri yang turut menentukan perilaku seseorang dalam kehidupan seseorang.

2) *Motivator*

Area ini menentukan factor- factor dengan tingkat yang lebih tinggi dan berfokus pada aspek pekerjaan, misalnya: prestasi, pengakuan prestasi, pekerjaan itu sendiri, tanggung jawab dan pertumbuhan atau

kemajuan. Dengan kata lain, factor motivator atau motivasional adalah hal-hal yang mendorong berprestasi yang sifatnya intrinsik, artinya bersumber dari dalam diri seseorang (Suwanto, 2014).

c. Teori X dan Teori Y McGregor

Douglas McGregor (Stephen P. Robbins, 2011) mengemukakan dua persepsi nyata mengenai manusia: persepsi pertama pada dasarnya negative, disebut Teori X (*Theory X*), dan yang kedua pada dasarnya positif, disebut Teori Y (*Theory Y*). Setelah mengkaji cara para supervisor berhubungan dengan para karyawan, McGregor menyimpulkan bahwa persepsi supervisor mengenai sifat manusia didasarkan atas beberapa kelompok asumsi tertentu dan bahwa mereka cenderung membentuk perilaku mereka terhadap karyawan berdasarkan asumsi-asumsi tersebut. Menurut Teori X, empat asumsi yang dimiliki oleh supervisor adalah:

- 1) Karyawan pada dasarnya tidak menyukai pekerjaan dan, sebisa mungkin, berusaha untuk menghindarinya.
- 2) Karena karyawan tidak menyukai pekerjaan, mereka harus dipaksa, dikendalikan atau diancam dengan hukuman untuk mencapai tujuan-tujuan.
- 3) Karyawan akan menghindari tanggung jawab dan mencari perintah formal bila mungkin.
- 4) Sebagian karyawan menempatkan keamanan di atas semua faktor lain terkait pekerjaan dan menunjukkan sedikit ambisi.

Bertentangan dengan persepsi-persepsi negative mengenai sifat-sifat manusia dalam Teori X, McGregor menyebutkan empat asumsi positif yang disebutnya sebagai Teori Y:

- 1) Karyawan menganggap kerja sebagai hal yang menyenangkan, seperti halnya istirahat atau bermain.
- 2) Karyawan akan berlatih mengendalikan diri dan emosi untuk mencapai berbagai tujuan.
- 3) Karyawan bersedia belajar untuk menerima, bahkan mencari, tanggung jawab.
- 4) Karyawan mampu membuat berbagai keputusan inovatif yang diedarkan keseluruh populasi, dan bukan hanya bagi mereka yang menduduki posisi manajemen.

d. Teori Z Ouchi

Ouchi (1981) dalam Sharon & Nancy (Sharon B. Buchbinder, 2014), menyatakan bahwa teori ini berasal dari gagasan bahwa karyawan yang terlibat dan berkomitmen terhadap organisasi akan termotivasi untuk meningkatkan produktivitas. Didasarkan atas pendekatan orang Jepang pada manajemen dan motivasi, manajer dalam teori Z memberi *reward*, misalnya perpanjangan pekerjaan, manajemen partisipatif, dan tehnik lain yang memotivasi karyawan.

e. Teori Kebutuhan Didapat McClland (McClland *Theory of Needs*)

Gagasannya adalah bahwa kebutuhan didapat sepanjang kehidupan. Dengan kata lain, kebutuhan bukan bersifat bawaan, tetapi dipelajari atau dikembangkan sebagai hasil dari pengalaman hidup seseorang (McClland, 1985) dalam Sharon & Nancy (Sharon B. Buchbinder, 2014). Teori ini berfokus pada tiga jenis kebutuhan :

- 1) Kebutuhan Akan Prestasi: menekankan pada hasrat untuk berhasil, untuk menyelesaikan tugas, dan untuk mencapai tujuan.

- 2) **Kebutuhan Akan Afiliasi (ikatan):** berfokus pada hasrat untuk menjalin hubungan dan asosiasi dengan orang lain.
- 3) **Kebutuhan Akan Kekuasaan:** berkaitan dengan hasrat terhadap tanggung jawab, kendali, dan kuasa atas orang lain.

f. **Teori Harapan**

Victor H. Vroom (1964) dalam Sharon & Nancy (Sharon B. Buchbinder, 2014), membahas harapan individu dan mengasumsikan bahwa mereka termotivasi oleh kinerja dan hasil akhir yang di harapkan dari perilaku mereka sendiri.

Lebih lanjut, dalam bukunya yang berjudul *Work and Motivation*, mengetengahkan sebuah teori, yang disebut teori yang disebut Teori Harapan. Menurut teori ini, motivasi merupakan akibat suatu hasil dari yang ingin dicapai oleh seorang dan perkiraan yang bersangkutan bahwa tindakannya akan mengarah kepada hasil yang diinginkannya itu. Artinya, apabila seseorang sangat menginginkan sesuatu, dan jalan tampaknya terbuka untuk memperolehnya, yang bersangkutan akan berupaya mendapatkannya. Dinyatakan dengan cara yang sederhana, teori harapan menyatakan bahwa, jika seseorang menginginkan sesuatu dan harapan untuk memperoleh sesuatu itu cukup besar, yang bersangkutan akan sangat terdorong untuk memperoleh hal yang diinginkannya. Sebaliknya, jika harapan memperoleh hal yang diinginkan itu tipis, motivasinya untuk berupaya akan menjadi rendah (Suwanto, 2014).

g. **Teori Clyton Aldelfer (Teori “ERG”)**

Teori ERG Aldelfer jika diejakan, menjadi: E (*Existance*), R (*Relatedness*), dan G (*Growth*). Apabila teori ini disimak lebih lanjut, akan tampak bahwa:

- 1) Makin tidak terpenuhinya suatu kebutuhan tertentu, makin besar pula keinginan untuk memuaskannya.
- 2) Kuatnya keinginan memuaskan kebutuhan yang lebih tinggi semakin besar apabila kebutuha yang paling rendah telah dipuaskan.
- 3) Sebaliknya, semakin sulit memuaskan kebutuhan yang tingkatnya lebih tinggi, semakin besar keinginan untuk memenuhi kebutuhan yang paling mendasar.

Tampaknya pandangan ini didasarkan kepada sifat pragmatism oleh manusia. Artinya, karena menyadari keterbatasanny, seseorang dapat menyesuaikan diri pada kondisi obyektif yang dihadapinya dengan antara lain memusatkan perhatiannya kepada hal- hal yang mungkin dicapainya (Suwanto, 2014).

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Motivasi
Newstrom (2011: 111), melihat sebagai dorongan motivasi bersumber pada penelitian McClelland yang memfokus pada dorongan untuk *achievement*, *affiliation*, dan *power*. Pendapat lain dari McShane dan Von Glinow (2010: 134) dalam Wibowo (Wibowo, 2015) adalah *drives* dan *needs*.
 - a. *Achievement Motivation*. Motivasi berprestasi adalah suatu dorongan yang dimiliki banyak orang untuk mengejar dan mencapai tujuan yang menantang. Individu dengan dorongan ini mengharapkan mencari sasaran dan menaiki tangga keberhasilan. Karakteristik pekerja yang berorientasi pada prestasi, antara lain mereka bekerja lebih keras apabila mereka merasa akan menerima penghargaan pribadi atas usahanya, apabila resiko kegagalannya hanya sedang dan apabila mereka menerima umpan balik tentang kerja masa lalunya. Orang dengan dorongan kuat terhadap prestasi mengambil tanggung jawab atas tindakan dan hasilnya, keinginan mengintrol

nasib, mencari umpan balik secara regular, dan menikmati menjadi bagian kemenangan prestasi melalui usaha individu atau kolektif.

- b. *Affiliation Motivation*. Motivasi untuk berafiliasi merupakan suatu dorongan untuk berhubungan dengan orang atas dasar sosial, bekerja dengan orang yang cocok dan berpengalaman dengan perasaan sebagai komunitas. Orang dengan motif afiliasi bekerja lebih baik apabila mereka dilengkapi dengan sikap dan kerja sama yang menyenangkan. Mereka cenderung melingkupi diri dengan teman dan orang yang dapat berhubungan. Mereka mendapatkan kepuasan diri berada di sekitar temannya dan menginginkan kebebasan kerja untuk mengembangkan hubungan tersebut.
- c. *Power Motivation*.. Motivasi akan kekuasaan merupakan suatu dorongan untuk mempengaruhi orang, melakukan pengawasan dan mengubah situasi. Orang yang termotivasi atas dasar kekuasaan mengharapkan menciptakan dampak pada organisasi dan bersedia mengambil resiko dengan melakukannya. Apabila kekuasaan telah diperoleh, mungkin akan digunakan secara konstruktif atau destruktif.
- d. *Drives*. *Drives* atau dorongan sering dinamakan kebutuhan primer atau motif bawaan, merupakan karakter otak yang mengoreksi kekurangan atau memelihara keseimbangan internal dengan memproduksi emosi untuk memberi daya individu. *Drives* adalah penggerak utama perilaku karena membangkitkan emosi, yang menempatkan orang pada tingkat kesiapan untuk bertindak dalam lingkungan mereka.
- e. *Needs*. *Needs* atau kebutuhan adalah kekuatan yang diarahkan pada pencapaian tujuan yang dialami orang. *Needs* merupakan kekuatan mitivasiional emosi dihubungkan pada tujuan

tertentu untuk mengoreksi kekurangan dan ketidakseimbangan.

Sedangkan menurut Sutrisno (Sutrisno, 2009), mengatakan motivasi sebagai proses psikologis dalam diri seseorang akan dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut:

- a. Faktor internal. Faktor internal yang dapat mempengaruhi pemberian motivasi pada seseorang, antara lain: Keinginan untuk dapat hidup, Keinginan untuk dapat memiliki, Keinginan untuk memperoleh penghargaan, Keinginan untuk memperoleh pengakuan dan Keinginan untuk berkuasa.
 - b. Faktor ekstern. Faktor ekstern yang dapat mempengaruhi motivasi seseorang adalah sebagai berikut: Kondisi lingkungan kerja, Kompensasi yang memadai, Supervisi yang baik, Adanya jaminan pekerjaan, Status dan tanggung jawab dan Peraturan yang fleksibel.
4. Dimensi Dan Indikator Motivasi

Dimensi dan Indikator motivasi kerja dapat disajikan dalam tabel sebagai berikut (Uno, 2008):

Dimensi	Indikator
Motivasi Internal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tanggung jawab dalam melaksanakan tugas. ➤ Melaksanakan tugas dengan target yang jelas. ➤ Memiliki tujuan yang jelas dan menantang. ➤ Ada umpan balik atas hasil pekerjaannya. ➤ Memiliki perasaan senang dalam bekerja. ➤ Selalu berusaha untuk mengungguli orang lain.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diutamakan prestasi dari apa yang dikerjakannya.
Motivasi Eksternal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selalu berusaha untuk memenuhi kebutuhan hidup dan kebutuhan kerjanya. ➤ Senang memperoleh pujian dari apa yang dikerjakannya. ➤ Bekerja dengan harapan ingin memperoleh insentif. ➤ Bekerja dengan harapan ingin memperoleh perhatian dari teman dan atasan.

Table 9.1 : Dimensi dan Indikator Motivasi
Sumber : Uno (2008: 73)

Konsep Kinerja

1. Kinerja Organisasi

Suyadi Prawirosentono (Prawirosentono, 2008) menyatakan Kinerja karyawan adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau kelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing- masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi bersangkutan secara legal tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral maupun etika. Kinerja (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2009).

Roziqin (Roziqin, 2010) mendefinisikan kinerja merupakan keseluruhan proses bekerja dari individu yang hasilnya dapat digunakan landasan untuk menentukan apakah pekerjaan individu tersebut baik atau sebaliknya.

2. Kinerja Perawat

Kinerja perawat adalah penampilan hasil keraja perawat baik secara kuantitas maupun kualitas (Ilyas,

200). Kinerja dapat berupa penampilan kerja perorangan maupun kelompok. Kinerja organisasi merupakan hasil interaksi yang kompleks dan agregasi kinerja sejumlah individu dalam organisasi.

Dalam penilaian kualitas pelayanan keperawatan kepada klien digunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keparawatan. Standar praktik keperawatan oleh PPNI (2000) yang mengacu dalam tahapan proses keperawatan, yang meliputi: (1) pengkajian, (2) diagnosa keperawatan, (3) perencanaan, (4) implementasi, (5) evaluasi.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

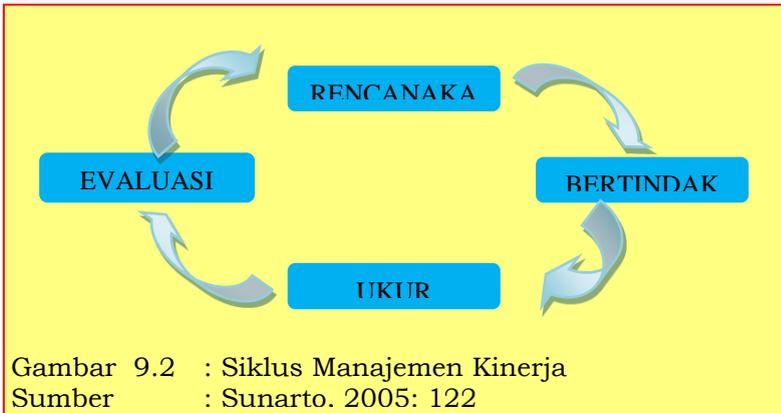
Faktor- faktor yang mempengaruhi Kinerja Karyawan yaitu:

- a. Faktor Internal. Faktor internal adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan sifat- sifat seseorang meliputi sikap, sifat kepribadian, sifat fisik, motivasi, umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kinerja, latar belakang budaya, dan variabel personal lainnya.
- b. Faktor eksternal. Faktor eksternal adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan yang berasal dari lingkungan meliputi kebijakan organisasi, kepemimpinan, tindakan- tindakan rekan kerja, pengawasan, sistem upah, dan lingkungan sosial.

4. Siklus Manajemen Kinerja

Dalam mengelola kinerja karyawan, diperlukan adanya manajemen kinerja, karena untuk bisa mencapai hasil dalam suatu organisasi, manajer harus mememanajemeni kinerja karyawan atau timnya. Dalam menjalankan tanggung jawabnya mengelola kinerja, manajer berkontribusi pada peningkatan kinerja organisasi secara keseluruhan dengan mendapatkan hasil yang lebih baik dari timnya. Manajemen kinerja harus dipandang sebagai suatu proses yang berkelanjutan dan juga merupakan

proses yang bersifat siklus seperti gambar di bawah ini.



Siklus manajemen kinerja terdiri atas beberapa aktivitas yang dijalankan secara bersama- sama oleh manajer dan karyawan (Sunarto, 2005) sebagai berikut:

- a. Rencanakan. Sepakati sasaran, target, berikut kebutuhan pengembangan kompetensi atau kemampuan serta siapkan rencana untuk mencapai sasaran, memperbaiki kinerja dan mengembangkan kemampuan.
- b. Bertindak. Implementasikan rencana dalam pekerjaan sehari- hari dan melalui program khusus peningkatan dan pengembangan.
- c. Ukur. Pantaulah kinerja berpatokan pada ukuran kinerja, yaitu membandingkan apa yang telah dicapai dengan apa yang seharusnya dicapai.
- d. Evaluasi. Untuk mengevaluasi pencapaian, lakukan wawancara dan bandingkan dengan rencana berdasarkan ukuran kinerja yang telah disepakatin. Pada tahap evaluasi, dapat dilihat bagaimana kemaampuan individu berkembang dan bagaimana penerapannya dalam pekerjaan.

5. Metode Penilaian Kinerja

Banyak metode dalam penilaian kinerja yang bisa dipergunakan, namun secara garis besar dibagi

menjadi dua jenis, yaitu *past oriented appraisal methods* atau penilaian kinerja yang berorientasi pada masa lalu dan *future oriented appraisal methods* atau penilaian kinerja yang berorientasi pada masa depan (Werther & Davis, 1996: 350) dalam Suwatno (Suwanto, 2014).

a. *Past Oriented Appraisal Methods*

- 1) *Rating Scale*. Dalam metode ini, evaluasi subyektif dilakukan oleh penilai terhadap kinerja karyawan dengan skala waktu tertentu dari rendah sampai tinggi, dan evaluasi hanya didasarkan pada pendapat penilai, dimana penilai membandingkan hasil pekerjaan karyawan dengan factor- factor (kriteria) yang dianggap penting terhadap pelaksanaan pekerjaan tersebut. Biasanya formulir penilaian diisi oleh atasan langsung dengan menandai tanggapan yang paling sesuai untuk setiap dimensi pelaksanaan kerja.
- 2) *Checklist*. Metode penilaian ini biasanya penilai adalah atasan langsung, dan pada metode ini menggunakan kalimat- kalimat atau kata- kata yang menggambarkan prestasi kerja dan karakter- karakter karyawan, sehingga penilai tinggal memilih. Pada penilain ini, terdapat item- item yang masing- masing diberi bobot, dan pemberi bobot ini memungkinkan penilai dapat dikuantifikasikan sehingga skor total dapat ditentukan.
- 3) *Critical Incident Methode* (Metode Peristiwa Kristis). Metode ini merupakan metode penilaian berdasarkan pada catatan- catatan penilaian yang memperhatikan perilaku karyawan yang sangat baik atau sangat jelek di dalam hal pada saat pelaksanaan kerja. Kemudian peristiwa ini dibagi menjadi beberapa kategori, seperti: pengendalian

bahaya keamanan, pengawasan sisa bahan atau pengembangan karyawan. Metode ini sangat berguna bagi karyawan, sehingga dapat mengurangi kesalahan-kesalahan yang pernah dilakukan.

- 4) *Field Review Method* (Metode Peninjauan Lapangan). Pada metode ini, dimana tenaga ahli yang diwakilkan dari personalia turun ke lapangan dan membantu para atasan langsung dalam penilaian mereka. Evaluasi dikirim kepada atasan langsung untuk *review*, perubahan, persetujuan dan pembahasan dengan karyawan yang dinilai.
 - 5) Tes dan observasi Prestasi Kerja. Metode ini, didasarkan pada tes pengetahuan dan keterampilan. Tes yang dilakukan dapat berupa ter tertulis atau peragaan keterampilan.
 - 6) Metode Evaluasi Kelompok. Pada metode penilaian ini biasanya dilakukan oleh atasan langsung. Kegunaannya, untuk pengambilan keputusan kenaikan upah, promosi dan berbagai bentuk penghargaan organisasional karena dapat menghasilkan ranking karyawan dari yang terbaik sampai terjelek, dengan membandingkan karyawan yang satu dengan yang lain.
- b. *Future Oriented Appraisal Methods*
- 1) Penilaian Diri (*Self-Appraisal*). Metode ini digunakan untuk pengembangan diri. Apabila karyawan menilai dirinya sendiri, maka perilaku defensif cenderung tidak akan terjadi, sehingga upaya untuk perbaikan cenderung dapat dilakukan.
 - 2) Penilaian Psikologis (*Psychological Appraisal*). Penilaian ini terdiri dari wawancara, tes-tes psikologi, diskusi dengan atasan langsung, dan penilaian-penilaian langsung lainnya. Penilaian mengenai psikologi biasanya
-

dilakukan oleh para psikolog, dan penilaian mengenal intelektual, emosi, motivasi karyawan dan lainnya, diharapkan dapat untuk menentukan prestasi kerja dimasa yang akan datang.

c. Pendekatan *Management by Objective* (MBO)

Inti dari metode pendekatan MBO adalah bahwa setiap karyawan dan penilai secara bersama untuk menetapkan tujuan- tujuan atau sasaran- sasaran pelaksanaan kerja di waktu yang akan datang. Kemudian dengan menggunakan sasaran- sasaran tersebut penilai prestasi kerja dilakukan secara bersama pula.

6. Indikator Penilaian Kinerja

Menurut Sulistyani (Ambar Teguh Sulistyani, 2004) ada lima hal yang dapat dijadikan indikator kinerja pegawai, antara lain:

- a. Kualitas. Menyangkut kesesuaian hasil dengan yang diinginkan.
- b. Kuantitas. Jumlah yang dihasilkan baik dalam nilai uang, jumlah unit atau jumlah lingkaran aktivitas.
- c. Ketepatan Waktu. Sesuai dengan standar yang ditetapkan organisasi pelaksanaan kerja dapat diselesaikan dalam waktu yang ditentukan.
- d. Kehadiran. Jumlah kegiatan yang dihadiri pegawai dalam masa kerja organisasi.
- e. Dampak Interpersonal. Menyangkut peningkatan harga diri, hubungan baik dan kerja sama di antara teman kerja, maupun kepada bawahan dan atasan.

Konsep Kepuasan Kerja

1. Pengertian Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja adalah sikap umum terhadap pekerjaan seseorang yang menunjukkan perbedaan antara jumlah penghargaan yang diterima pekerja dan

jumlah yang mereka yakini seharusnya mereka terima (Robbins, 2003). Kepuasan kerja sebagai sikap positif atau negatif yang dilakukan individu terhadap pekerjaan mereka (J. Greenberg, 2003). Kepuasan kerja sebagai perasaan positif tentang pekerjaan seseorang yang merupakan hasil dari sebuah evaluasi karakteristiknya. Seseorang yang memiliki tingkat kepuasan kerja tinggi, akan memiliki perasaan positif terhadap pekerjaan. Sebaliknya seseorang yang memiliki kepuasan kerja yang rendah akan memiliki perasaan negatif terhadap pekerjaan (Stephen P. Robbins, 2011).

2. Teori Kepuasan Kerja

Sharma dan Chandra (2004:315) dalam Ika Harmiaty Rukmana (Rukmana, 2019) menyatakan bahwa kepuasan kerja dapat diterangkan oleh beberapa teori, antara lain:

- a. Teori *Need Fulfillment*. Teori ini menyatakan bahwa kepuasan kerja diukur melalui penghargaan yang diterima pegawai atau tingkat kebutuhan yang terpuaskan. Pegawai akan puas jika mereka mendapatkan sesuatu yang dibutuhkannya. Semakin besar kebutuhan pegawai yang terpenuhi semakin puas pegawai tersebut atau sebaiiknya.
- b. Teori *Equity*. Prinsipnya teori ini mengemukakan bahwa orang akan merasa puas sepanjang mereka merasa ada keadilan (equity), Perasaan equity dan inequity diperoleh dengan membandingkan dirinya dengan orang lain yang sekelas, sekantor, maupun di tempat lain. Teori ini mengidentifikasi *equity* dalam tiga bagian yakni:
 - 1) *Input*, adalah sesuatu yang berharga dirasakan oleh pegawai sebagai masukan untuk menunjang pekerjaannya seperti pendidikan, pelatihan, alat kerja, dan lain-lain.

- 2) *Out comes*, adalah segala sesuatu yang berharga dirasakan pegawai sebagai dari hasil pekerjaannya seperti gaji, status, pengakuan atas prestasi, dan lain-lain.
 - 3) *Comparisons person*, adalah perbandingan antara input dan out comes yang diperolehnya. Menurut teori ini puas atau tidak puasnya pegawai merupakan hasil dari perbandingan input-output dirinya dan input-output pegawai lain (*comparisons person*). Jika perbandingan tersebut adil maka pegawai puas demikian sebaliknya.
- c. Teori *discrepancy*. Teori ini menyatakan untuk mengukur kepuasan kerja seseorang dilakukan dorongan menghitung selisih antara apa yang diharapkan dari pekerjaan dengan kenyataan yang dirasakan. Kepuasan kerja tergantung pada *discrepancy* antara *expectation*, *needs*, atau *values* dengan apa yang menurut perasaannya atau persepsinya telah diperoleh atau dicapai melalui pekerjaan.
- d. Teori *social reference-group*. Teori ini hampir menyerupai teori *need fulfilment*, namun perbedaannya adalah bahwa dalam teori ini, harapan, keinginan, serta kepentingan adalah milik individu dalam kelompok dan bukan sebagai individu yang independen. Menurut teori ini, jika pekerjaan sesuai dengan kepentingan, harapan, dan tuntutan individu dalam kelompok, maka seseorang akan merasa puas terhadap pekerjaannya, dan sebaliknya.
3. Faktor Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja dapat terpengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut (Robbins, 2003):

- a. *Mentally Challenging Work*. Faktor *mentally challenging work* pegawai dalam kepuasan kerja menggambarkan bahwa pegawai lebih menyukai pekerjaan yang memberikan peluang kepadanya

untuk menggunakan seluruh kemampuannya dalam menyelesaikan pekerjaan yang diberikan secara bebas. Pegawai sangat mengharapkan tanggapan atasan tentang seberapa baik pekerjaan tersebut dikerjakan.

- b. *Equitable Rewards*. Pegawai menginginkan kebijakan organisasi dalam sistem pembayaran dan kesempatan promosi yang adil dan sesuai dengan yang diharapkan. Kepuasan kerja akan tercipta jika pembayaran gaji dilakukan dengan adil yakni sesuai ruang lingkup pekerjaan, sesuai kemampuan pegawai, serta sesuai standar yang berlaku.
- c. *Supportive Working Conditions*. Pegawai selalu akan memperhatikan lingkungan kerja untuk memperoleh rasa nyaman. Pegawai tidak menyukai jika fasilitas kerja tidak menyenangkan dan berbahaya bagi keselamatan jiwanya. Pegawai menghendaki suasana lingkungan kerja mendekati suasana ketika sedang berada dirumah.
- d. *Supportive Colleagues*. Pegawai tidak hanya bekerja untuk uang atau penghargaan fisik semata. Bagi kebanyakan pegawai bekerja pada dasarnya adalah untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial. Memiliki dukungan rekan kerja positif akan memberikan kepuasan kerja pegawai.

4. Pengukuran Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja menurut Robbins (Robbins, 2003), dapat diukur melalui beberapa pendekatan, yaitu *Single global rating method* (SGRM) yang mengukur sikap kerja seseorang terhadap pekerjaannya, dan *Summation score method* (SCM) yang mengukur tentang pengenalan tugas kerja dan beban kerja, lingkungan kerja, hubungan supervisi, kesempatan promosi karier, dan hubungan dengan relasi kerja. Instrumen dari Wood, Wallace and Zeffani dalam (Indrasari, 2017), bahwa pengukuran kepuasan

kerja dapat menggunakan metode NSQ (*Need Satisfaction Questionnaire*) yang telah dimodifikasi penulis dengan indikator sebagai berikut.

- a. Hubungan baik di lingkungan akademik, yaitu adanya hubungan supervisi, hubungan sosial di antara dosen dengan pihak manajemen fakultas, dan kemampuan beradaptasi dengan sarana pekerjaan.
- b. Kemampuan utilitas, yaitu kemampuan yang berkaitan dengan sikap dosen terhadap kebijakan kepemimpinan perguruan tinggi, kebijakan peraturan jam kerja, kesempatan untuk berkreasi, dan peluang promosi karier.
- c. Kebijakan kesejahteraan, yaitu kebijakan yang menimbulkan efek kepuasan dosen, yaitu pada sistem pengupahan, pemberian tunjangan/kompensasi, dan insentif.

Daftar Pustaka

- Ambar Teguh Sulistyani, R. (2004). *Manajemen Sumber Daya Manusia: Konsep, Teori dan Pengembangan dalam Konteks Organisasi Publik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Ilyas, Y. (200). *Kinerja, Teori, Penilaian Dan Penelitian*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonbomi Kesehatan FKM UI Edisi II.
- Indrasari, M. (2017). *Kepuasan Kerja Dan Kinerja Karyawan Edisi Pertama*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- J. Greenberg, B. R. (2003). *Behavior in Organizations Understanding and Managing the Human Side of Work*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Mangkunegara, A. P. (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Newstrom, J. W. (2011). *Organizational Behavior: Human Behavior At Work, 13th Edition*. McGraw-Hill: Boston.
- Prawirosentono, S. (2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia: Kebijakan Kinerja Karyawan*. Yogyakarta: BPFE.
- Robbins, S. P. (2003). *Perilaku Organisasi*. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Roziqin, M. Z. (2010). *Kepuasan Kerja*. Malang: Averroes Press.
- Rukmana, I. H. (2019). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Karyawan Risign Di PT. Sumber Alfaria tbk. Jambi*. Jambi: UIN Sutha Jambi.
- Sharon B. Buchbinder, N. H. (2014). *Buku Aja: Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: ECG.
- Stephen P. Robbins, T. A. (2011). *Perilaku Organisasi: Organizational Behavior*. Jakarta: Salemba Empat.
- Sunarto. (2005). *Manajemen Siumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Amus.

- Sutrisno, E. (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Kencana Prenadamedia Group.
- Suwanto, D. J. (2014). *Manajemen SDM Dalam Organisasi Publik Dan Bisnis*. Bandung: Alfabet.
- Uno, H. B. (2008). *Teori Motivasi Dan Pengukurannya*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Wibowo. (2015). *Perilaku Dalam Organisasi*. Jakarta: Rajawali Pers.

Profil Penulis



Yohanes Jakri, M.Kes

Penulis lahir di Watu Weri (Manggarai Timur, NTT) pada tanggal 17 Mei 1988. Penulis adalah anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Bapak Damianus Jani dan Ibu Kristina Mejong.

Lulus tahun 2013 Sarjana Keperawatan Pada STIKES Katolik St. Vincentius A Paulo Surabaya. Melanjutkan Studi Pascasarjana di Universitas Respati Indonesia Jakarta Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat (Administrasi dan Kebijakan Kesehatan), lulus tahun 2016. November 2013-Juni 2014 bekerja sebagai Perawat Pada Puskesmas Mukun, Manggarai Timur, NTT. Sejak tahun 2017-sekarang bekerja sebagai Dosen di Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng, Homepage Program Studi S1 Keperawatan.

Penulis juga menulis jurnal ilmiah tidak terakreditasi maupun yang terakreditasi baik sebagai penulis pertama maupun sebagai penulis kedua sejak tahun 2017. Selain menulis dan mengajar, penulis juga aktif dalam memberikan berbagai pelatihan dan menjadi narasumber dalam beberapa kegiatan, antara lain Pelatihan Kepemimpinan Dasar bagi mahasiswa, Manajemen Waktu, Pemberian *Coaching* untuk meningkatkan Kinerja dan Motivasi bagi Perawat, Narasumber pada Wabinar Literasi Digitas Bagi Kaum Milenial yang diselenggarakan oleh Kominfo RI. Penulis sudah menulis satu Bookcpater dengan judul Ilmu Keperawatan Umum dan Kesehatan Masyarakat sub tema Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan Negara, semoga bermanfaat.

Email Penulis: johanjakri17@gmail.com

PERAN DAN FUNGSI MANAJEMEN KEPERAWATAN

Yenny Safitri, S.Kep., Ns., M.Kep

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Pengertian Manajemen Keperawatan

Manajemen berasal dari kata *to manage* yang memiliki arti mengelola, mengatur, serta mengurus dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Definisi tersebut artinya bahwa seorang pemimpin atau manager bertugas dalam mengatur serta mengarahkan pekerja untuk mencapai tujuan bersama (organisasi). Setiap bidang usaha atau perusahaan memiliki manajemen di setiap organisasi tersebut, salah satunya keperawatan.

Menurut para ahli pengertian manajemen keperawatan :

a. Nursalam (2007)

Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan secara profesional.

b. Kelly dan heidental (2004)

Manajemen keperawatan merupakan suatu proses dari perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan untuk dapat mencapai tujuan. Proses manajemen dibagi menjadi lima tahap yaitu suatu perencanaan, pengorganisasian, personaliaan, pengarahan dan pengendalian.

c. Swanburg (2000)

Manajemen keperawatan adalah suatu kelompok dari perawat manajer yang mengatur organisasi dan usaha keperawatan yang pada akhirnya manajemen keperawatan menjadi sebuah proses dimana perawat manajer menjalankan profesi mereka. Manajemen keperawatan ini memahami dan memfasilitasi pekerjaan perawat pelaksana serta mengelola kegiatan keperawatan.

d. Gillies (1994)

Manajemen keperawatan adalah salah satu proses kerja setiap perawat untuk memberikan pengobatan dan kenyamanan terhadap pasien. Tugas manager keperawatan adalah untuk merencanakan, mengatur, mengarahkan dan mengawasi keuangan yang ada, peralatan dan sumber daya manusia untuk memberikan pengobatan yang efektif dan ekonomis kepada pasien.

e. Suyanto (2009)

Manajemen keperawatan adalah salah satu manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen asuhan keperawatan. Manajemen pelayanan keperawatan adalah suatu pelayanan di rumah sakit yang dikelola oleh bidang perawatan melalui tiga tingkatan manajerial yaitu manajemen puncak (kepala bidang keperawatan), manajemen menengah (kepala unit pelayanan atau supervisor), dan juga manajemen bawah (kepala ruang perawatan).

f. Cherry dan Jacob (2017)

Manajemen merupakan proses untuk melaksanakan pekerjaan melalui upaya orang lain, Manajemen keperawatan adalah proses yang mengacu pada aktivitas yang terlibat dalam koordinasi orang, waktu, melibatkan pemecahan masalah dan proses pengambilan keputusan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

- g. Gillies, (1996 dalam Marquis dan Huston, 2010)
Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan dalam menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas).

Elemen Manajemen Keperawatan

Elemen manajemen keperawatan, dalam sistem terbuka yaitu sebagai berikut:

- a. Input
Input dari proses manajemen keperawatan antara lain sebuah informasi, personel, peralatan dan fasilitas.
- b. Proses
Proses adalah jumlah kelompok manajer atau dari tingkat pengelola keperawatan tertinggi sampai ke perawat pelaksana yang mempunyai tugas dan wewenang untuk dapat melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan
- c. Output
Dari proses manajemen keperawatan adalah suatu asuhan keperawatan, pengembangan staf dan riset.
- d. Kontrol
Dalam proses manajemen keperawatan termasuk suatu budget keperawatan, evaluasi penampilan kerja perawat, standar prosedur, dan akreditasi
- e. Umpan Balik
Proses manajemen keperawatan berupa laporan finansial dan suatu hasil audit keperawatan.

Misi Manajemen Keperawatan

Menurut Nursalam (2007) misi manajemen keperawatan adalah sebagai berikut :

- a. Menyediakan asuhan keperawatan yang sangat efektif dan efisien dalam membantu kesehatan pasien yang optimal setelah pulang dari rumah sakit.
- b. Membantu untuk mengembangkan dan mendorong suasana yang kondusif bagi pasien dan staf keperawatan atau non keperawatan
- c. Mengajarkan, mengarahkan, dan membantu dalam suatu kegiatan profesional keperawatan
- d. Turut serta dan bekerja sama dengan semua anggota suatu tim kesehatan yang ada di rumah sakit atau tempat kerja.

Visi Manajemen Keperawatan

- a. Mengaplikasikan kerangka konsep dan acuan dalam suatu pelaksanaan asuhan keperawatan.
- b. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah di berikan.
- c. Menerapkan suatu strategi dalam meningkatkan kualitas dan pelayanan yang efisien kepada semua konsemen.
- d. Meningkatkan suatu hubungan yang baik dengan semua tim kesehatan menilai kualitas pelayanan yang di berikan berdasarkan standar kriteria yang ada.
- e. Mengintegrasikan berbagai disiplin ilmu dalam menilai dan memberikan sebuah intervensi keperawatan kepada pasien.
- f. Meningkatkan pendidikan berkelanjutan (formal maupun nonformal) bagi perawat dalam suatu usaha meningkatkan kinerjanya.
- g. Berpartisipasi secara aktif dalam upaya perubahan model asuhan keperawatan dan peningkatkan suatu kualitas pelayanan.
- h. Menciptakan suatu lingkungan kerja yang kondusif dan melibatkan staf dalam setiap pengambilan

- keputusan yang menyangkut tentang asuhan keperawatan.
- i. Memberikan suatu penghargaan kepada staf yang dianggap berprestasi.
 - j. Konsisten untuk selalu meningkatkan hasil produksi atau pelayanan yang terbaik.
 - k. Meningkatkan pandangan masyarakat yang positif tentang suatu profesi keperawatan.

Fungsi Manajemen Keperawatan

Fungsi manajemen keperawatan adalah suatu proses yang memudahkan perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan yang holistik sehingga seluruh kebutuhan klien di rumah sakit terpenuhi

Manajemen memerlukan peran orang yang terlibat di dalamnya untuk menyikapi posisi masing-masing sehingga diperlukan fungsi-fungsi yang jelas mengenai manajemen. Berikut ialah beberapa fungsi manajemen dalam keperawatan :

a. Perencanaan

Perencanaan atau planning, yaitu proses yang menyangkut upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi kecenderungan di masa yang akan datang dan penentuan strategi dan taktik yang tepat untuk mewujudkan target dan tujuan organisasi.

Perencanaan merupakan fungsi yang mendasar dari manajemen keperawatan. Perencanaan ialah kondisi dan integrasi sumber daya dalam keperawatan dengan menerapkan suatu tahap manajemen untuk mencapai asuhan keperawatan dan tujuan layanan keperawatan. Artinya dalam perencanaan keperawatan ini membantu untuk menjamin bahwa pasien akan menerima pelayanan keperawatan yang mereka inginkan.

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian atau organizing, yaitu proses yang menyangkut bagaimana strategi dan taktik yang telah dirumuskan dalam perencanaan didesain dalam sebuah struktur organisasi yang cepat dan tangguh, sistem dan lingkungan organisasi yang kondusif, dan bisa memastikan bahwa semua pihak dalam organisasi bisa bekerja secara efektif dan efisien guna pencapaian tujuan organisasi.

Pengorganisasian dilakukan setelah langkah perencanaan. Pengorganisasian menjadi langkah selanjutnya dalam menetapkan tugas dan wewenang serta pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan.

Perawat harus memiliki lebih banyak pengawasan untuk menghindari terjadinya kesalahan. Kepala ruangan harus lebih banyak mengkoordinasikan staf atau perawatnya.

c. Ketenagaan

Ketenagaan artinya pengatur staf dan penjadwalan yang merupakan komponen utama dalam mengelola keperawatan. Manager harus merencanakan ketenagaan yang memadai untuk memenuhi kebutuhan asupan pasien. Upaya tersebut harus dilakukan untuk menghindari kekurangan dan kelebihan personalia saat ada fluktuasi jumlah dan akuitas pasien.

d. Pengarahan

Pengarahan ialah langkah kerja seorang manajer, dimana manajer berusaha memotivasi, membina komunikasi, menangani konflik, kerja sama dan bernegosiasi.

Nah, pada pengarahan yang efektif akan meningkatkan dukungan para juru rawat untuk mencapai tujuan manajemen keperawatan dan tujuan asuhan keperawatan.

e. Pengendalian

Tahap pengendalian merupakan fungsi yang terus menerus berjalan dari manajemen yang terjadi selama perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan.

Selama fase pengendalian, kinerja diukur menggunakan standar yang telah ditentukan dan tindakan yang diambil untuk mengoreksi ketidakcocokan antar standar dan kinerja.

Kegiatan-kegiatan dalam Fungsi Manajemen

1. Fungsi Perencanaan (Planning)
 - a. Menetapkan tujuan dan target bisnis
 - b. Merumuskan strategi untuk mencapai tujuan dan target bisnis tersebut
 - c. Menentukan sumber-sumber daya yang diperlukan
 - d. Menetapkan standar/indikator keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target bisnis
2. Fungsi Pengorganisasian (Organizing)
 - a. Mengalokasikan sumber daya, merumuskan dan menetapkan tugas, dan menetapkan prosedur yang diperlukan
 - b. Menetapkan struktur organisasi yang menunjukkan adanya garis kewenangan dan tanggung jawab
 - c. Kegiatan perekrutan, penyeleksian, pelatihan, dan pengembangan sumber daya manusia/tenaga kerja
 - d. Kegiatan penempatan sumber daya manusia pada posisi yang paling tepat

3. Fungsi pengimplementasian (Directing)
 - a. Mengimplementasikan proses kepemimpinan, pembimbingan, dan pemberian motivasi kepada tenaga kerja agar dapat bekerja secara efektif dan efisien dalam pencapaian tujuan
 - b. Memberikan tugas dan penjelasan rutin mengenai pekerjaan menjelaskan kebijakan yang ditetapkan
4. Fungsi Pengawasan (Controlling)
 - a. Mengevaluasi keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target bisnis sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan
 - b. Mengambil langkah klarifikasi dan koreksi atas penyimpangan yang mungkin ditemukan
 - c. Melakukan berbagai alternatif solusi atas berbagai masalah yang terkait dengan pencapaian tujuan dan target bisnis.

Prinsip-Prinsip Manajemen Keperawatan

Seorang manajer juru rawat melaksanakan manajemen dalam keperawatannya untuk memberikan perawatan kepada pasien. Ada beberapa prinsip-prinsip dalam manajemen di keperawatan, sebagai berikut:

1. Sebagai perencanaan
2. Sebagai penggunaan waktu yang efektif
3. Sebagai pembuatan keputusan
4. Pemenuhan kebutuhan asuhan keperawatan pasien adalah urusan manajer perawat
5. Sebagai suatu perumusan dan pencapaian tujuan social
6. Sebagai pengorganisasian
7. Sebagai suatu fungsi, posisi atau tingkat sosial, disiplin serta bidang studi
8. Sebagai bagian aktif dari divisi keperawatan, lembaga dan lembaga dimana organisasi itu berfungsi

9. Budaya organisasi mencerminkan nilai-nilai kepercayaan
10. Untuk mengarahkan dan memimpin
11. Untuk memotivasi
12. Sebagai komunikasi yang efektif
13. Sebagai pengendalian atau pengevaluasian

Proses Manajemen Keperawatan

Pada proses manajemen dalam keperawatan biasanya disesuaikan dengan pendekatan sistem terbuka dimana masing-masing komponen saling berhubungan dan berinteraksi dan juga dipengaruhi oleh lingkungan.

Sebab hal tersebut merupakan suatu sistem dan terdiri dari lima elemen yakni input, proses, output, kontrol dan mekanisme umpan balik. Input dari suatu proses mengelola keperawatan antara lain informasi, personil, peralatan dan fasilitas.

Proses manajemen dalam keperawatan adalah suatu grup atau kelompok manajer dari tingkat pengelola keperawatan tertinggi sampai ke perawat pelaksana yang memiliki tugas serta wewenang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan juga pengawasan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Sedangkan outputnya sebagai asuhan keperawatan, pengembangan riset dan staf.

Lingkup Manajemen Keperawatan

Manajer keperawatan yang efektif selayaknya bisa memahami serta memfasilitasi tugas perawat pelaksana.

Menurut Suyanto (2008) Manajer keperawatan mengelola kegiatan terkait keperawatan meliputi sebagai berikut :

1. Menetapkan penggunaan proses keperawatan.
2. Mengetahui suatu intervensi juru rawat yang dilakukan dengan dasar diagnosa.

3. Menerima akuntabilitas suatu kegiatan kepengasuhan yang dilaksanakan oleh perawat .
4. Menerima akuntabilitas hasil-hasil kegiatan juru rawat.
5. Dapat mengendalikan lingkungan praktek pengasuhan.

Menurut Suyanto, 2008 keperawatan ini terdiri atas :

1. Mengelola Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang perawatan yang terdiri dari tiga tingkatan manajerial, yaitu sebagai berikut:

- a. Mangelola puncak (kepala bidang keperawatan).
- b. Manajemen menengah (kepala unit pelayanan atau supervisor).
- c. Manajemen bawah (kepala ruang perawatan).

2. Mengelola Asuhan Keperawatan

Mengelola asuhan keperawatan yang dapat dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan pada prinsipnya menggunakan suatu konsep-konsep manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian atau evaluasi.

Jadi, dalam manajemen keperawatan nilai profesional diperlukan dalam mengimplementasikan praktek keperawatan profesional, memahami dan memfasilitasi pekerjaan perawat pelaksana serta mengelola kegiatan keperawatan.

Peran dan Manajemen Keperawatan

- 1) Peran Interpersonal (Interpersonal Role)

Dalam peran interpersonal terdapat tiga peran pemimpin yang muncul secara langsung dari otoritas formal yang dimiliki pemimpin dan mencakup hubungan interpersonal dasar, yaitu:

a) Peran sebagai yang dituakan (*Figurehead Role*)

Karena posisinya sebagai pemimpin suatu unit organisasi, pemimpin harus melaksanakan tugas-tugas seremonial seperti menyambut tamu penting, menghadiri pernikahan anak buahnya, atau menjamu makan siang pelanggan atau kolega. Kegiatan yang terkait dengan peran interpersonal sering bersifat rutin, tanpa adanya komunikasi ataupun keputusan penting. Meskipun demikian, kegiatan itu penting untuk memperlancar fungsi organisasi dan tidak dapat diabaikan oleh seorang pemimpin.

b) Peran sebagai pemimpin (*Leader Role*)

Seorang pemimpin bertanggungjawab atas hasil kerja orang-orang dalam unit organisasi yang dipimpinnya. Kegiatan yang terkait dengan itu berhubungan dengan kepemimpinan secara langsung dan tidak langsung. Yang berkaitan dengan kepemimpinan secara langsung antara lain menyangkut rekrutmen dan training bagi stafnya. Sedang yang berkaitan secara tidak langsung antara lain seorang pemimpin harus memberi motivasi dan mendorong anak buahnya. Pengaruh seorang pemimpin jelas terlihat pada perannya dalam memimpin. Otoritas formal memberi seorang pemimpin kekuasaan potensial yang besar; tetapi kepemimpinanlah yang menentukan seberapa jauh potensi tersebut bisa direalisasikan

c) Peran sebagai Penghubung (*Liaison Role*)

Literatur manajemen selalu mengakui peran sebagai pemimpin, terutama aspek yang berkaitan dengan motivasi. Hanya baru-baru ini saja pengakuan mengenai peran sebagai penghubung, di mana pemimpin menjalin kontak di luar rantai komando vertikal, mulai muncul. Hal itu mengherankan, mengingat banyaktemuan studi mengenai pekerjaan manajerial menunjukkan bahwa pemimpin menghabiskan waktunya

bersama teman sejawat dan orang lain dari luar unitnya sama banyak dengan waktu yang dihabiskan dengan anak buahnya; sementara dengan atasannya justru kecil. Pemimpin menumbuhkan dan memelihara kontak tersebut biasanya dalam rangka mencari informasi. Akibatnya, peran sebagai penghubung sering secara khusus diperuntukkan bagi pengembangan sistem informasi eksternalnya sendiri yang bersifat informal, privat, verbal, tetapi efektif.

2) Peran Informasional (*Informational Role*)

Dikarenakan kontak interpersonalnya, baik dengan anak buah maupun dengan jaringan kontak yang lain, seorang pemimpin muncul sebagai pusat syaraf bagi unit organisasinya. Pemimpin bisa saja tidak tahu segala hal, tetapi setidaknya tahu lebih banyak dari pada stafnya. Pemrosesan informasi merupakan bagian utama (*key part*) dari tugas seorang pemimpin.

Tiga peran pemimpin berikut ini mendiskripsikan aspek informasional tersebut:

a) Peran sebagai monitor (*Monitor Role*)

Sebagai yang memonitor, seorang pemimpin secara terus menerus memonitor lingkungannya untuk memperoleh informasi, dia juga seringkali harus 'menginterogasi' kontak serta anak buahnya, dan kadangkala menerima informasi gratis, sebagian besar merupakan hasil jaringan kontak personal yang sudah dikembangkannya. Perlu diingat, bahwa sebagian besar informasi yang diperoleh pemimpin dalam perannya sebagai monitor datang dalam bentuk verbal, kadang berupa gosip, sassing, dan spekulasi yang masih membutuhkan konfirmasi dan verifikasi lebih lanjut.

b) Peran sebagai disseminator (*Disseminator role*)

Sebagian besar informasi yang diperoleh pemimpin harus dimanfaatkan bersama (sharing) dan didistribusikan kepada anak buah yang membutuhkan. Di samping itu ketika anak buahnya tidak bisa saling kontak dengan mudah, pemimpinlah yang kadang-kadang harus meneruskan informasi dari anak buah yang satu kepada yang lainnya.

c) Peran sebagai Juru bicara (*Spokesman Role*)

Sebagai juru bicara seorang pemimpin mempunyai hak untuk menyampaikan informasi yang dimilikinya ke orang di luar unit organisasinya.

3) Peran Pengambilan Keputusan (*Decisional Role*)

Informasi yang diperoleh pemimpin bukanlah tujuan akhir, tetapi merupakan masukan dasar bagi pengambilan keputusan. Sesuai otoritas formalnya, hanya pemimpinlah yang dapat menetapkan komitmen organisasinya ke arah yang baru; dan sebagai pusat syaraf organisasi, hanya dia yang memiliki informasi yang benar dan menyeluruh yang bisa dipakai untuk memutuskan strategi organisasinya. Berkaitan dengan peran pemimpin sebagai pengambil keputusan terdapat empat peran pemimpin, yaitu:

a) Peran sebagai wirausaha (*Entrepreneur Role*)

Sebagai wirausaha, seorang pemimpin harus berupaya untuk selalu memperbaiki kinerja unitnya dan beradaptasi dengan perubahan lingkungan di mana organisasi tersebut eksis. Dalam perannya sebagai wirausaha, seorang pemimpin harus selalu mencari ide-ide baru dan berupaya menerapkan ide tersebut jika dianggap baik bagi perkembangan organisasi yang dipimpinya.

b) Peran sebagai pengendali gangguan (*Disturbance handler Role*)

Peran sebagai pengendali gangguan memotret keharusan pemimpin untuk merespon tekanan-tekanan yang dihadapi organisasinya. Di sini perubahan merupakan sesuatu di luar kendali pemimpin. Dia harus bertindak karena adanya tekanan situasi yang kuat sehingga tidak bisa diabaikan. Pemimpin seringkali harus menghabiskan sebagian besar waktunya untuk merespon gangguan yang menekan tersebut. Tidak ada organisasi yang berfungsi begitu mulus, begitu terstandardisasi, yaitu telah memperhitungkan sejak awal semua situasi lingkungan yang penuh ketidakpastian. Gangguan timbul bukan saja karena pemimpin bodoh mengabaikan situasi hingga situasi tersebut mencapai posisi kritis, tetapi juga karena pemimpin yang baik tidak mungkin mengantisipasi semua konsekuensi dari setiap tindakannya.

- c) Peran sebagai yang mengalokasikan sumberdaya (*Resource allocator Role*)

Pada diri pemimpinlah terletak tanggung jawab memutuskan siapa akan menerima apa dalam unit organisasinya. Mungkin, sumberdaya terpenting yang dialokasikan seorang pemimpin adalah waktunya. Perlu diingat bahwa bagi seseorang yang memiliki akses ke pemimpin berarti dia bersinggungan dengan pusat syaraf unit organisasi dan pengambil keputusan. Pemimpin juga bertugas untuk mendesain struktur organisasi, pola hubungan formal, pembagian kerja dan koordinasi dalam unit yang dipimpinnya.

- d) Peran sebagai negosiator (*Negotiator Role*)

Banyak studi mengenai kerja manajerial mengindikasikan bahwa pemimpin menghabiskan cukup banyak waktunya dalam negosiasi. Sebagaimana dikemukakan Leonard Sayles, negosiasi merupakan *way of life* dari seorang

pemimpin yang canggih. Negosiasi merupakan kewajiban seorang pemimpin, mungkin rutin, tetapi tidak boleh dihindari. Negosiasi merupakan bagian integral dari tugas pemimpin, karena hanya dia yang memiliki otoritas untuk bisa memberikan komitmen sumberdaya organisasi, dan hanya dia yang memiliki pusat syaraf informasi yang dibutuhkan dalam melakukan negosiasi penting

Daftar Pustaka

- Bakri, M. H. (2017). Manajemen keperawatan (konsep dan aplikasi dalam praktik keperawatan profesional). Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Hidayat, A. A. (2001). Pengantar dokumentasi proses keperawatan. Jakarta: EGC
- Nursalam. (2011). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan professional. (Edisi 3). Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2015). Manajemen Keperawatan (Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional) (5th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Suarli, S dan Bahtiar. (2012). Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis. Jakarta: Erlangga
- Stewart, D. & Simmons, M. (2010). *The Business Playground: Where Creativity and Commerce Collide*. Berkeley, AS: New Riders Press.
- Simamora, R. H. (2012). Buku ajar manajemen keperawatan. Jakarta: EGC
- Siswanto, H. B. (2009). Pengantar manajemen. Jakarta: PT Bumi Aksara

Profil Penulis



Yenny Safitri, S.Kep., Ns., M.Kep

Lahir di Ombilin Danau Singkarak pada tanggal 2 Agustus 1982, merupakan anak 1 pertama dari 3 bersaudara.

Ketertarikan penulis terhadap bidang kesehatan khususnya keperawatan diawali ketika penulis duduk di bangku SD, dimana pada tahun 1992 terdapat mahasiswa KKN di sekolah saya salah satunya jurusan keperawatan. Hal inilah yang membuat penulis melanjutkan pendidikan dibidang keperawatan.

Riwayat pendidikan penulis dimulai dari SDN 007 Ombilin, Perguruan Diniyyah Puteri Padang Panjang (1995), SMA Adabiah Padang (1998), D3 AKPER Mercubaktijaya Padang (2001) dan program magister keperawatan di Universitas Andalas Padang (2011).

Sejak tahun 2007, penulis sudah tercatat sebagai dosen tetap di STIKes Tuanku Tambusai yang sekarang berubah menjadi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai (2017).

Selaku dosen saya mempunyai kewajiban untuk meningkatkan karier dosen, salah satunya dengan melakukan penelitian, PKM dan menulis buku. Penulis memiliki kepakaran di bidang manajemen keperawatan. Salah satu hal yang membanggakan bagi saya, saya pernah memenangi hibah penelitian oleh Dirjen DIKTI di bidang manajem. Saya juga aktif melakukan penelitian yang telah dilakukan yang didanai oleh internal perguruan tinggi Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan energy positif bagi bangsa dan negara.

Email Penulis: yennysafitri37@yahoo.co.id

PENDELEGASIAN DAN SUPERVISI

Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Pendelegasian

Pendelegasian merupakan bagian dari konsep manajemen dan memiliki aspek legal dalam pelaksanaannya. Pendelegasian mencakup semua aspek asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, perencanaan, intervensi dan evaluasi. Secara defenisi delegasi merupakan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dari satu orang ke orang lain yang berkompeten untuk melakukan tugas keperawatan tertentu. Seorang Ners professional tetap menjadi penanggung jawab tugas yang didelegasikan. Saat mendelegasikan tugas, perawat profesional yang mendelegasikan tugas harus memahami kompetensi staf yang didelegasikan, mengkomunikasikan secara ringkas, menawarkan pedoman yang jelas, memantau kemajuan, dan tetap bertanggung jawab atas hasil akhir perawatan (American Nurse Association and National Council of State Board of Nursing, 2014).

Pendelegasian telah lama menjadi fungsi keperawatan meskipun ruang lingkup delegasi dan tugas yang didelegasikan telah berubah secara dramatis selama dua dekade terakhir. Pendelegasian dapat didefinisikan secara sederhana sebagai menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain atau mengarahkan kinerja satu orang atau lebih untuk mencapai tujuan organisasi. Huston, (2009) mendefinisikan delegasi sebagai pemberian wewenang

kepada orang lain untuk menyelesaikan tugas atau tindakan atas pekerjaannya.

Para ahli juga setuju bahwa delegasi merupakan elemen penting dari fase pengarahan pada proses manajemen karena banyak pekerjaan yang diselesaikan oleh manajer (tingkat pertama, menengah, dan manajer tingkat atas) terjadi tidak hanya melalui upaya mereka sendiri tetapi juga melalui bawahan. Barishansky, 2009 dalam (Marquis & Huston, 2012) menunjukkan bahwa tujuan pendelegasian adalah agar orang lain menyelesaikan pekerjaan secara efisien dan efektif. Seringkali, ada terlalu banyak pekerjaan yang harus diselesaikan oleh satu orang. Dalam situasi ini, pendelegasian sering menjadi sama dengan produktivitas dan kegiatan ini bukan merupakan pilihan, melainkan kebutuhan.

Begitu banyak alasan mengapa seseorang melakukan pendelegasian. Terkadang, seorang manajer memberikan pendelegasian atas rutinitas tugasnya agar mereka bebas menangani masalah yang lebih kompleks. Seorang manajer biasanya akan mendelegasikan tugasnya kepada seseorang yang lebih siap atas tugas tersebut atau kepada yang memiliki keahlian untuk memecahkan masalah. Delegasi dapat digunakan sebagai suatu kesempatan belajar untuk seorang bawahan. Seorang bawahan yang tidak cukup mendapatkan tugas delegasi dapat menjadi bosan, tidak produktif dan tidak efektif. Jadi, dalam mendelegasikan pemimpin-manajer berkontribusi pada pengembangan pribadi dan profesional karyawan.

Delegasi Efektif

Pendelegasian merupakan salah satu strategi manajemen yang bila digunakan dengan tepat dapat memastikan pencapaian perawatan pasien yang aman dan efektif. “Semua keputusan terkait pendelegasian dan penugasan didasarkan pada prinsip-prinsip dasar perlindungan kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan publik” (Duffy & McCoy, 2014). Beberapa strategi yang dapat dilakukan agar pendelegasian dilakukan secara efektif antara lain (Marquis & Huston, 2012):

a. Terencana

Perlu adanya perencanaan kedepan ketika mengidentifikasi tugas yang harus diselesaikan. Rencanakan tugas yang akan didelegasikan dan berusaha untuk dapat mendelegasikan tugas sebelum kewalahan dalam menyelesaikan tugas tersebut. Perlu menilai situasi dengan cermat sebelum mendelegasikan tugas dan gambarkan hasil yang akan dicapai dari tugas yang akan dikerjakan.

b. Identifikasi keterampilan dan tingkat pendidikan

Identifikasi keterampilan atau tingkat pendidikan yang diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan. Hal ini dapat disesuaikan dengan standar praktik keperawatandan yang berlaku khususnya terkait pendelegasian, termasuk beberapa hal berikut:

- defenisi tentang delegasi itu sendiri
- hal-hal yang tidak dapat didelegasikan
- hal-hal tidak dapat didelegasikan secara rutin
- pedoman perawat tentang tugas yang dapat didelegasikan
- deskripsi praktik keperawatan professional
- gambaran tentang praktik perawat vokasi dan peraturan tentang perawat tidak teregesitrasi/berlisensi.
- tingkat pengawasan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas
- pedoman untuk menurunkan resiko pendelegasian
- peringatan tentang pendelegasian yang tidak pantas

Selain itu, seorang manajer perlu mengetahui deskripsi tugas berdasarkan standar paktik untuk masing-masing staf yang bekerja.

c. Memilih staf yang mampu

Identifikasi individu mana yang dapat menyelesaikan pekerjaan, baik secara kemampuan maupun dalam segi waktu untuk melakukannya. Barishansky (2009) menunjukkan bahwa tugas tidak selalu perlu didelegasikan kepada yang terkuat dan paling berpengalaman, karena sebagian besar individu menginginkan kesempatan untuk belajar dan tumbuh. Hal yang penting yang perlu diperhatikan adalah seseorang yang mendapatkan pendelegasian menganggap dan menyadari bahwa tugas tersebut penting. Namun, ini tidak berarti bahwa keterampilan dan keahlian tidak diperlukan. Manajer perlu menanyakan kepada individu yang didelegasikan apakah mereka mampu menyelesaikan tugas dan memvalidasi persepsi tersebut dengan melakukan pengamatan langsung.

d. Memilih staf yang mampu

Identifikasi individu mana yang dapat menyelesaikan pekerjaan, baik secara kemampuan maupun dalam segi waktu untuk melakukannya. Barishansky (2009) menunjukkan bahwa tugas tidak selalu perlu didelegasikan kepada yang terkuat dan paling berpengalaman, karena sebagian besar individu menginginkan kesempatan untuk belajar dan tumbuh. Hal yang penting yang perlu diperhatikan adalah seseorang yang mendapatkan pendelegasian menganggap dan menyadari bahwa tugas tersebut penting. Namun, ini tidak berarti bahwa keterampilan dan keahlian tidak diperlukan. Manajer perlu menanyakan kepada individu yang didelegasikan apakah mereka mampu menyelesaikan tugas dan memvalidasi persepsi tersebut dengan melakukan pengamatan langsung.

Pendelegasian merupakan proses dua arah dimana perawat profesional meminta anggota staf yang memenuhi syarat untuk melakukan tugas tertentu. Saat mendelegasikan, delegator bertanggung jawab untuk hal-hal sebagai berikut (Cherry & Jacob, 2017):

- Tindakan pendelegasian
- Mengawasi kinerja tugas yang didelegasikan
- Penilaian dan evaluasi tindak lanjut
- Setiap intervensi atau tindakan korektif yang mungkin diperlukan untuk memastikan perawatan yang aman dan efektif

Sedangkan staf yang mendapatkan tugas delegasi bertanggung jawab untuk hal-hal berikut (Cherry & Jacob, 2017):

- Tindakannya sendiri
- Menerima delegasi sesuai kompetensi pendidikan dan keahliannya
- Mengkomunikasikan informasi yang sesuai kepada delegator
- Menyelesaikan tugas delegasi

Ruang Lingkup Tindakan yang dapat Didelegasikan

Apa saja yang harus dan tidak boleh didelegasikan? Tidak ada jawaban yang mudah mengenai apa yang dapat dan tidak dapat didelegasikan. Jawabannya bervariasi, tergantung pada (Cherry & Jacob, 2017):

- 1) Standar praktik keperawatan dan undang-undang yang berlaku pada negara tersebut; setiap negara memiliki standar praktik keperawatan termasuk standar yang mengatur pendelegasian. Berikut ini kebijakan umum yang diterapkan oleh masing-masing negara terkait pendelegasian:
 - Hanya tugas keperawatan yang dapat didelegasikan bukan praktik keperawatan
 - Perawat professional penanggung jawab asuhan harus melakukan pengkajian pasien untuk menentukan tugas apa yang dapat didelegasikan

- Perawat vokasi atau perawat yang tidak berlisensi dan belum terregistrasi tidak boleh melakukan praktik keperawatan professional
- Perawat professional sebagai penanggung jawab hanya dapat mendelegasikan tugas dalam lingkup praktik keperawatan.
- Perawat vokasi atau perawat professional pemula, bekerja di bawah arahan dan pengawasan perawat professional penanggung jawab.
- Pendelegasian diberikan berdasarkan keterampilan dan keahlian orang yang diberikan tugas delegasi.
- Pendelegasi menentukan kompetensi orang yang akan didelegasikan
- Perawat professional penanggung jawab wajib bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan tugas yang didelegasikan.
- Perawat professional penanggung jawab harus mengevaluasi hasil pasien yang dihasilkan dari aktivitas yang didelegasikan.
- Institusi pelayanan kesehatan dapat mengembangkan protokol pendelegasian khusus, asalkan sesuai dengan standar paraktik keperawatan yang berlaku.
- Pendelegasian membutuhkan *critical thinking* dari perawat professional penanggung jawab.

2) Kebutuhan pasien

Ketika mendelegasikan tugas perlu pertimbangan kebutuhan pasien. Seorang perawat professional penanggung jawab pasien harus mengingat bahwa tugas dapat didelegasikan, tetapi praktik keperawatan tidak. Fungsi pengkajian, evaluasi, dan pertimbangan keperawatan tidak dapat didelegasikan. Secara umum, semakin stabil pasien, semakin besar kemungkinan pendelegasian aman. Namun, penting juga untuk mengingat banyak tugas yang dapat

didelegasikan mungkin juga melibatkan tanggung jawab praktik keperawatan di dalamnya.

3) Deskripsi tugas dan kompetensi anggota staf

Perawat professional yang mendelegasikan memiliki tanggung jawab untuk mengetahui latar belakang, tingkat keahlian, pelatihan yang diterima, dan persyaratan kerja setiap orang yang didelegasikan tugas. Uraian pekerjaan memberikan informasi penting tentang apa yang boleh dilakukan oleh seorang anggota staf dan menggambarkan tugas, pekerjaan, dan tanggung jawab khusus yang diperlukan orang tersebut sebagai syarat pekerjaan. Deskripsi pekerjaan umumnya mematuhi undang-undang praktik keperawatan dan standar praktik perawatan sesuai standar organisasi profesi. Bagaimanapun, dalam semua kasus, standar hukum yang terkait dengan pendelegasian menjadi syarat mutlak dibandingkan dengan kebijakan suatu institusi atau organisasi.

4) Kebijakan dan prosedur organisasi perawatan kesehatan

Saat mendelegasikan tugas seorang perawat profesional penanggung jawab asuhan harus mematuhi persyaratan keterampilan khusus yang ditentukan dalam kebijakan dan prosedur tertulis organisasi, yang biasanya menggambarkan pengawasan yang diperlukan untuk tugas tertentu dan bagaimana masalah atau insiden harus dilaporkan dan didokumentasikan. Sekali lagi, penting bagi perawat untuk mengingat bahwa aspek legal hukum yang terkait dengan pendelegasian diutamakan dibandingkan persyaratan atau kebijakan organisasi.

5) Situasi klinis

Saat memberikan pendelegasian tugas, perawat professional penanggung jawab asuhan dihadapkan dengan berbagai pertimbangan antara lain beban kerja tugas yang didelegasikan, kompleksitas tugas

yang diberikan terkait perawatan pasien. Apakah anggota staf secara realistis memiliki waktu untuk menyelesaikan tugas? Apakah anggota staf mengetahui karakteristik populasi pasien (misalnya, pediatri atau geriatri) dan dengan tugas yang harus dilakukan? Apakah perawat profesional penanggung jawab mampu memberikan tingkat pengawasan yang sesuai? Pertimbangan lain termasuk ketersediaan sumber daya, seperti persediaan dan peralatan.

6) Standar profesional praktik keperawatan.

Standar profesional praktik keperawatan ditetapkan sebagai panduan bagi perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan. Berdasarkan American Nurse Association,(2010) “standar praktik keperawatan profesional adalah pernyataan otoritatif terkait standar praktik bagi semua perawat teregistrasi, terlepas dari peran, jumlah atau spesialisasi perawat, diharapkan dapat melaksanakan tugas secara kompeten. Standar dapat berubah sesuai dengan dinamika profesi keperawatan, menjadi sebuah pola baru praktik profesional yang dikembangkan dan dapat diterima oleh profesi keperawatan dan masyarakat.”

Kesalahan dalam Pendelegasian

Pendelegasian merupakan keterampilan kepemimpinan yang penting dan perlu dipelajari. Ada tiga kesalahan umum yang dapat terjadi dalam pendelegasian antara lain (Marquis & Huston, 2012):

1) *Underdelegating*

Underdelegating diartikan sebagai pendelegasian yang kurang. Pendelegasian yang kurang sering berasal dari asumsi yang salah seorang manajer dimana ia beranggapan bahwa sebuah pendelegasian terjadi karena kurang kemampuannya untuk melakukan pekerjaan dengan benar atau menyelesaikan pekerjaan seluruhnya. Seorang manajer perawat baru atau seorang lulusan perawat baru seringkali kurang

dalam pendelegasian. Mempercayai bahwa perawat yang lebih tua, lebih berpengalaman mungkin tidak menyukai melaksanakan tugas pendelagasian bersama mereka. Perawat baru cenderung menghindari melakukan pendelegasian. Atau mereka dapat meminta persetujuan dari anggota staf lain dengan menunjukkan kemampuan mereka untuk menyelesaikan semua tugas yang diberikan tanpa bantuan. Perawat baru bisa menjadi frustrasi dan kewalahan jika mereka gagal mendelegasikan dengan benar (Kelly, 2010). Pendelegasian tidak perlu membatasi kendali, gengsi, dan kekuasaan manajer. Lebih tepatnya, delegasi dapat memperluas pengaruh dan kemampuan manajer dengan meningkatkan apa yang dapat dicapai. Faktanya, sebuah pendelegasian dapat menjadi sebuah pembelajaran bagi yang mendelegasikan atau yang mendapat tugas pendelegasian. Penyebab lain dari *underdelegating* adalah keinginan manajer untuk menyelesaikan seluruh pekerjaan secara pribadi karena kurangnya kepercayaan pada bawahan; manajer percaya bahwa dia membutuhkan pengalaman atau bahwa dia dapat melakukannya dengan lebih baik dan lebih cepat daripada orang lain. Manajer juga mungkin kurang mendelegasikan karena kurang berpengalaman dalam melakukan pendelegasian. Manajer lain menolak untuk mendelegasikan karena mereka perlu melakukan kontrol yang berlebihan.

2) *Overdelegating*

Overdelegating kebalikan dari *underdeletating* dimana manajer melakukan pendelegasian yang berlebihan sehingga membebani bawahannya. Beberapa manajer melakukan pendelegasian yang berlebihan karena mereka adalah manajer waktu yang buruk, menghabiskan sebagian besar waktunya hanya untuk mengatur. Selain itu, pendelegasian yang berlebihan karena mereka merasa kemampuannya kurang untuk melakukan tugas (Marquis & Huston, 2012). Manajer harus peka terhadap beban kerja bawahannya. Mendelegasikan tugas yang berlebihan dan tidak

sesuai dilakukan oleh staf karena faktor pendidikan dan keahliannya, sangat beresiko dan dapat bertentangan dengan standar praktik keperawatan. Seorang staf memiliki hak untuk menolak tugas yang didelegasikan. Manajer juga harus berhati-hati untuk tidak mendelegasikan tugas yang terlalu banyak kepada karyawan yang berkompeten, karena dapat menambah beban kerja dan berefek pada kelelahan yang pada akhirnya menurunkan produktivitas mereka. Seorang manajer yang baik, perlu menanyakan terlebih dahulu kesediaan orang yang akan dirikan tugas delegasi (Cherry & Jacob, 2017).

3) *Improper delegating*

Improper delegating diartikan sebagai sebuah pendelegasian yang tidak tepat. Pendelegasian yang tidak tepat mencakup hal-hal seperti pendelegasian pada waktu yang salah, kepada orang yang salah, atau untuk alasan yang salah. Ini juga dapat mencakup pendelegasian tugas dan tanggung jawab yang berada di luar kemampuan orang yang didelegasikan atau yang harus dilakukan oleh manajer. Mendelegasikan pengambilan keputusan tanpa memberikan informasi yang memadai juga merupakan contoh dari pendelegasian yang tidak tepat.

Salah satu metode untuk menghindari pendelegasian yang berisiko terjadi kesalahan dan menyederhanakan proses pendelegasian dikenal dengan *five rights of delegation* (American Nurse Association and National Council of State Board of Nursing, 2014):

- 1) *The right task* ; mengartikan bahwa tugas yang didelegasikan diberikan harus tepat sesuai dengan pedoman dan standar yang telah ditetapkan.
- 2) *The right circumstance*; mengartikan bahwa pendelegasian tugas harus pada situasi yang tepat, tidak memerlukan pengambilan keputusan mandiri oleh perawat.

- 3) *The right person*; mengartikan bahwa pendelegasian yang diberikan harus pada orang yang tepat, sesuai dengan kualifikasi dan kompetensinya.
- 4) *The right direction and communication*; mengartikan bahwa pengarahan dan komunikasi harus benar, penjelasan tentang tugas dan tujuan yang akan dicapai harus jelas dan tunjukkan kapan staf tersebut harus melaporkan kemajuan tugas kepada perawat profesional yang bertanggung jawab.
- 5) *The right supervision and evaluation*; bermakna pengawasan dan evaluasi yang tepat. Melalui kegiatan ini, manajer mengidentifikasi umpan balik untuk menilai bagaimana proses kerja dan usaha untuk meningkatkan proses tersebut. Evaluasi yang dilakukan dapat menilai hasil yang dicapai tugas yang didelegasikan, harus berusaha untuk menjalin hubungan yang baik dan suportif dengan anggota stafnya.

Berikan timbal balik dan lakukan evaluasi tindak lanjut

Proses delegasi tidaklah lengkap sampai perawat profesional menilai kembali pasien dan menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan yang ditunjukkan. Perawat profesional juga harus memberikan umpan balik yang jujur kepada anggota staf tentang kinerjanya. Keterampilan delegasi yang mudah dilakukan meskipun sering diabaikan, adalah memuji kinerja yang baik. Seringkali lebih sulit bagi seorang perawat profesional dan terkadang diabaikan, yakni tugasnya untuk mengatasi kinerja pekerjaan yang buruk.

Daftar Pustaka

- American Nurse Association. (2010). *Nursing scope and standards of practice*. American Nurses Association.
- American Nurse Association. (2012). *Principles for delegation*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- American Nurse Association and National Council of State Board of Nursing. (2014). *Join Statement on Delegation*. NCSBN.
https://www.ncsbn.org/Delegation_joint_statement_NCSBN-ANA.pdf
- Cherry, B., & Jacob, S. R. (2017). *Contemporary Nursing; Issues, Trends, & Management* (7th ed.). Elsevier.
- Duffy, M., & McCoy, S. (2014). *Delegation and You*. Silver Spring, MD: American Nurses Association. Nursebook.org
- Huston, C. J. (2009). 10 tips for successful delegation: Improve patient care and save time by recognizing when to delegate and learning how to do it wisely. *Nursing*, 39(3), 35–36.
- Kelly, P. (2010). *Essentials of Nursing Leadership & Management* (Second Edi). Delmar, Cengage Learning.
- Marquis, B., & Huston, C. J. (2012). *Leadership Role and Management in Nursing; Theory and Application* (7th Editio). Lippincott William & Wilkins.

Profil Penulis



Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep

Dilahirkan tanggal 15 Mei 1987 di Pagal, Kabupaten Manggarai-NTT. Penulis adalah seorang dosen keperawatan yang menamatkan Sarjana keperawatan dan Ners-nya dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2010. Kemudian bekerja sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sampai tahun 2012. Selanjutnya penulis menjadi dosen pemula di STIKES Stela Maris Makasar sampai tahun 2014. Tahun 2012 penulis melanjutkan pendidikan dan memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) di Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin pada tahun 2014. Sejak tahun 2015 hingga saat ini penulis menjadi dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng. Kepakaran penulis adalah pada bidang manajemen keperawatan. Guna menunjang karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan terpublikasi pada jurnal nasional. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan ilmiah baik nasional dan internasional pada bidang ilmu keperawatan.

Email Penulis: lusiaheny87@gmail.com

KOMUNIKASI DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Pengantar Komunikasi

Komunikasi merupakan aktifitas manusia yang sangat penting. Bukan hanya dalam kehidupan organisasi, namun dalam kehidupan manusia secara umum. Komunikasi merupakan hal yang esensial dalam kehidupan. Manusia berinteraksi dengan sesama dengan cara melakukan komunikasi. Komunikasi dapat dilakukan dengan cara yang sederhana sampai dengan cara yang kompleks. Komunikasi tidak terbatas pada kata-kata yang terucap (komunikasi verbal), melainkan juga komunikasi non verbal (senyuman, anggukan kepala, sikap badan, ungkapan minat, sikap dan perasaan yang sama). Komunikasi adalah suatu seni untuk dapat menyusun dan mengantarkan suatu pesan dengan cara yang mudah sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima.

Komunikasi adalah suatu proses penyampaian informasi (pesan, ide, gagasan) dari satu pihak kepada pihak lain. Pada umumnya, komunikasi dilakukan secara lisan atau verbal yang dapat dimengerti oleh kedua belah pihak. Apabila tidak ada bahasa verbal yang dapat dimengerti oleh keduanya, komunikasi masih dapat dilakukan dengan menggunakan gerak-gerik badan, menunjukkan sikap tertentu, misalnya tersenyum, menggelengkan

kepala, mengangkat bahu. Cara seperti ini disebut komunikasi non verbal. Komunikasi adalah bagian yang penting dalam kehidupan dan menyatu dengan kehidupan kita. Setiap saat, manusia selalu berkomunikasi dan menggunakannya dalam berinteraksi dengan manusia lain. Kata-kata yang diucapkan seseorang adalah komunikasi, diamnya seseorang adalah komunikasi, tertawanya seseorang adalah komunikasi, dan menangisnya seseorang adalah komunikasi. Dengan berkomunikasi, kehidupan kita akan interaktif dan menjadi lebih dinamis. Komunikasi dalam aktivitas keperawatan adalah hal yang paling mendasar dan menjadi alat kerja utama bagi setiap perawat untuk memberikan pelayanan/asuhan keperawatan karena perawat secara terus-menerus selama 24 jam bersama pasien. Dalam setiap aktivitasnya, perawat menggunakan komunikasi.

Pengetahuan tentang komunikasi dan komunikasi terapeutik sangat penting terkait dengan tugas-tugas perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dan dalam melakukan hubungan profesional dengan tim kesehatan lainnya. Sebagai perawat, keterampilan dasar yang penting harus dikuasai adalah komunikasi. Penguasaan tentang komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan akan memungkinkan melaksanakan praktik keperawatan profesional secara berkualitas.

Komunikasi merupakan unsur yang penting dalam aktivitas manajer keperawatan dan sebagai bagian yang selalu ada dalam proses manajemen keperawatan tergantung pada posisi manajer keperawatan dalam struktur organisasi. Berdasarkan hasil penelitian Swansburg (1990), bahwa lebih dari 80% waktu digunakan manajer untuk berkomunikasi, 16% untuk membaca, dan 9% untuk menulis. Pengembangan keterampilan dalam komunikasi merupakan kiat sukses bagi seorang manajer keperawatan.

Manajer keperawatan harus mempunyai keterampilan komunikasi interpersonal yang baik. Manajer keperawatan harus berkomunikasi dengan staf, pasien, dan atasan setiap hari. Praktik keperawatan adalah

praktik yang berorientasi pada kelompok/hubungan interpersonal dalam mencapai suatu tujuan organisasi. Oleh sebab itu, untuk menciptakan komitmen dan rasa kebersamaan, perlu ditunjang keterampilan manajer keperawatan dalam berkomunikasi.

Definisi Komunikasi

Komunikasi adalah suatu pertukaran pikiran, perasaan, pendapat dan memberikan nasehat dimana terjadi antara dua orang atau lebih yang saling bekerjasama (Tappen,1995). Komunikasi adalah proses penyampaian pikiran atau perasaan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang-lambang yang bermakna bagi kedua pihak, dalam situasi yang tertentu komunikasi menggunakan media tertentu untuk merubah sikap atau tingkah laku seorang atau sejumlah orang sehingga ada efek tertentu yang diharapkan (Effendy, 2000). Komunikasi adalah proses pemindahan pengertian dalam bentuk gagasan, informasi dari seseorang ke orang lain (Handoko, 2002).

Komunikasi adalah sesuatu yang kompleks, sehingga banyak model yang digunakan dalam menjelaskan bagaimana cara organisasi dan orang berkomunikasi. Dasar model umum proses komunikasi menunjukkan bahwa dalam setiap komunikasi pasti ada pengirim pesan dan penerima pesan. Pesan tersebut dapat berupa verbal, tertulis, maupun nonverbal. Proses ini juga melibatkan suatu lingkungan internal dan eksternal, di mana komunikasi dilaksanakan. Lingkungan internal meliputi: nilai-nilai, kepercayaan, temperamen dan tingkat stres pengirim pesan dan penerima pesan, sedangkan faktor eksternal meliputi: keadaan cuaca, suhu, faktor kekuasaan dan waktu. Kedua belah pihak (pengirim dan penerima pesan) harus peka terhadap faktor internal dan eksternal, seperti persepsi dari komunikasi yang ditentukan oleh lingkungan eksternal yang ada.

Komunikasi adalah keseluruhan bentuk perilaku seseorang secara sadar ataupun tidak sadar yang dapat memengaruhi orang lain tidak hanya komunikasi yang

diucapkan dan ditulis, tetapi juga termasuk gerakan tubuh serta tanda-tanda somatik dan simbol-simbol. Komunikasi adalah pertukaran keseluruhan perilaku dari komunikator kepada komunikan, baik yang disadari maupun tidak disadari, ucapan verbal atau tulisan, gerakan, ekspresi wajah, dan semua yang ada dalam diri komunikator dengan tujuan untuk memengaruhi orang lain. Komunikasi adalah proses yang dinamis serta selalu berubah sesuai dengan situasi dan kondisi lingkungan yang senantiasa berubah.

Tujuan Komunikasi

Tujuan Komunikasi adalah sebagai berikut : (1) Menyampaikan ide/informasi/berita Kalau kita melakukan komunikasi dengan orang lain, tujuan utamanya adalah sampainya atau dapat dipahaminya apa yang ada dalam pikiran kita atau ide kita kepada lawan bicara. Dengan demikian, ada satu kesamaan ide antara apa yang ada dalam pikiran komunikator dan komunikan. Contoh kegiatan keperawatan yang relevan sebagai berikut. Komunikasi perawat kepada pasien saat menjelaskan kondisi pasien, menyampaikan diagnosis keperawatan, rencana tindakan, prosedur tindakan, atau menyampaikan hasil dari tindakan yang telah dilakukan. (2) Mempengaruhi orang lain Komunikasi yang kita lakukan kepada orang lain secara kita sadari ataupun tidak kita sadari akan memengaruhi perilaku orang lain. Secara sadar, jika kita berkomunikasi untuk tujuan memotivasi seseorang, kita berharap bahwa orang yang kita motivasi akan melakukan hal sesuai dengan yang kita inginkan. Secara tidak kita sadari, jika pada saat kita memotivasi menunjukkan wajah yang serius, kita akan membuat lawan bicara antusias untuk mendengarkan dan memperhatikan apa yang disampaikan kepada dirinya. Komunikasi perawat kepada pasien saat memberikan motivasi untuk memelihara kesehatan serta melakukan budaya hidup sehat melalui pengaturan pola makan yang sehat dan olah raga teratur. (3) Mengubah perilaku orang lain. Komunikasi bertujuan mengubah perilaku, maksudnya jika kita bicara dengan seseorang

yang berperilaku berbeda dengan norma yang ada dan kita menginginkan. Contoh kegiatan keperawatan yang relevan sebagai berikut. Komunikasi yang dilakukan perawat pada saat akan mengubah keyakinan dan perilaku pasien yang tidak baik atau bertentangan dengan kesehatan serta dengan keyakinan dan perilaku yang mendukung kesehatannya. (4) Memberikan pendidikan dalam kehidupan sehari-hari, banyak komunikasi terjadi dengan tujuan memberikan pendidikan, misalnya komunikasi orang tua dengan anaknya, guru/dosen dengan murid/mahasiswa, perawat dengan kliennya, dan lain-lain. Komunikasi ini dilakukan dengan tujuan agar lawan bicara (komunikasikan) memperoleh/mencapai tingkat pengetahuan yang lebih tinggi dan menunjukkan hal yang lebih baik dari sebelumnya. Contoh kegiatan keperawatan yang relevan sebagai berikut. Komunikasi yang dilakukan perawat saat memberikan pendidikan atau penyuluhan kesehatan kepada pasien tentang pencegahan penularan penyakit, memberikan edukasi pada keluarga tentang stunting balita, memberikan edukasi pada pasien post operasi fraktur bagaimana cara penggunaan kruk atau alat bantu jalan dan memberikan pendidikan tentang pertolongan di rumah pada anggota keluarga yang sakit demam berdarah, dan lain-lain yang tujuannya meningkatkan pengetahuan agar lebih baik dari sebelumnya. (5) Memahami (ide) orang lain Komunikasi antara dua orang atau lebih akan efektif jika antara komunikator dan komunikan saling memahami ide masing-masing dan mereka saling berusaha untuk memberi makna pada komunikasi yang disampaikan atau diterima.

Komponen Komunikasi

Komponen komunikasi adalah hal-hal yang harus ada agar komunikasi bisa berlangsung dengan baik. Komponen-komponen komunikasi adalah:

1. Pengirim atau komunikator (*sender*) adalah pihak yang mengirimkan pesan kepada pihak lain.
2. Pesan (*message*) adalah isi atau maksud yang akan disampaikan oleh satu pihak kepada pihak lain.

3. Saluran (*channel*) adalah media dimana pesan disampaikan kepada komunikan. dalam komunikasi antar-pribadi (tatap muka) saluran dapat berupa udara yang mengalirkan getaran nada/suara.
4. Penerima atau komunike (*receiver*) adalah pihak yang menerima pesan dari pihak lain.
5. Umpan balik (*feedback*) adalah tanggapan dari penerimaan pesan atas isi pesan.

Hambatan komunikasi

Hambatan komunikasi secara umum dapat dikelompokkan menjadi hambatan internal dan hambatan eksternal, yaitu:

1. Hambatan internal, adalah hambatan yang berasal dari dalam diri individu yang terkait kondisi fisik dan psikologis. Contohnya, jika seorang mengalami gangguan pendengaran maka ia akan mengalami hambatan komunikasi. Demikian pula seseorang yang sedang tertekan (depresi) tidak akan dapat melakukan komunikasi dengan baik.
2. Hambatan eksternal, adalah hambatan yang berasal dari luar individu yang terkait dengan lingkungan fisik dan lingkungan sosial budaya. Contohnya, suara gaduh dari lingkungan sekitar dapat menyebabkan komunikasi tidak berjalan lancar. Contoh lainnya, perbedaan latar belakang sosial budaya dapat menyebabkan salah pengertian.

Menurut Effendy (2000) ada 4 jenis hambatan komunikasi, yaitu: (1) Gangguan. Ada 2 jenis gangguan terhadap jalannya komunikasi yang menurut sifatnya dapat diklasifikasikan sebagai gangguan mekanik dan semantic. (a) Gangguan mekanik : Gangguan yang disebabkan oleh saluran komunikasi atau kegaduhan yang bersifat fisik. (b) Gangguan semantic : Gangguan jenis ini bersangkutan dengan pesan komunikasi yang pengertiannya menjadi rusak. Gangguan semantic tersaring ke dalam pesan melalui penggunaan bahasa. Lebih banyak kekacauan mengenai pengertian suatu

istilah atau konsep yang terdapat pada komunikator, akan lebih banyak gangguan semantic dalam pesannya. Gangguan ini terjadi dalam salah pengertian. (2) Kepentingan. Kepentingan akan membuat seseorang selektif dalam menanggapi atau menghayati suatu pesan. (3) Motivasi terpendam. Motivasi akan mendorong seseorang berbuat sesuatu yang sesuai benar dengan keinginan, kebutuhan, dan kekurangannya. Semakin sesuai komunikasi dengan motivasi seseorang semakin besar kemungkinan komunikasi itu dapat diterima dengan baik oleh pihak yang bersangkutan. Sebaliknya, komunikasi akan mengabaikan suatu komunikasi yang tak sesuai dengan motivasinya. (4) Prasangka. Prasangka merupakan salah satu rintangan atau hambatan berat bagi suatu kegiatan komunikasi oleh karena orang yang mempunyai prasangka belum apa-apa sudah bersikap curiga dan menentang komunikator yang hendak melancarkan komunikasi.

Proses Komunikasi

Menurut Effendy (2000) membedakan proses komunikasi menjadi dua tahap, yaitu:

1. Proses komunikasi secara primer.
Proses komunikasi secara primer adalah proses penyampaian pikiran dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang sebagai media. Lambang sebagai media primer dalam proses komunikasi adalah pesan verbal (bahasa), dan pesan nonverbal. Komunikasi berlangsung apabila terjadi kesamaan makna dalam pesan yang diterima oleh komunikan. Prosesnya sebagai berikut, pertama komunikator menyandi (*encode*) pesan yang akan disampaikan kepada komunikan. Ini berarti komunikator memformulasikan pikiran atau perasaannya ke dalam lambang (bahasa) yang diperkirakan akan dimengerti oleh komunikan. Kemudian, komunikan menterjemahkan (*decode*) pesan dari komunikator. Ini berarti komunikan

- menafsirkan lambang yang mengandung perasaan dan pikiran komunikator.
2. Menurut Effendy (2000) menyatakan bahwa komunikasi akan berhasil apabila pesan yang disampaikan oleh komunikator cocok dengan kerangka acuan (*frame of reference*), yakni perpaduan pengalaman dan pengertian yang diperoleh komunikator. Komunikasi akan berjalan lancar apabila bidang pengalaman komunikator sama dengan dengan bidang pengalaman komunikator.
 3. Proses komunikasi secara sekunder
Proses komunikasi secara sekunder adalah proses penyampaian pesan oleh komunikator kepada komunikator dengan menggunakan alat atau sarana sebagai media kedua.

Prinsip Komunikasi Manajer Keperawatan

Manajer harus mengerti struktur organisasi, termasuk pemahaman tentang siapa yang akan kena dampak dari pengambilan keputusan yang telah dibuat. Komunikasi harus jelas, sederhana dan tepat. Nursalam (2015) mengemukakan prinsip komunikasi seorang perawat profesional adalah *CARE: Complete, Accurate, Rapid, English*. Artinya setiap melakukan komunikasi (lisan/tulisan) dengan teman sejawat atau profesi kesehatan lain harus memenuhi ketiga unsur diatas. Profil perawat masa depan yang terpenting adalah mampu berbicara dan menulis bahasa asing, minimal bahasa Inggris.

Manajer harus meminta umpan balik apakah komunikasi dapat diterima secara akurat, salah satu caranya bertanya / mengulangi pesan yang telah disampaikan.

Menjadi pendengar yang baik, menerima semua informasi yang disampaikan orang lain dan menunjukkan rasa menghargai dan ingin tahu terhadap pesan yang disampaikan.

Model Komunikasi

1. Komunikasi tertulis
Komunikasi tertulis digunakan untuk mencapai kebutuhan setiap individu/staf, mengkomunikasikan pelaksanaan pengelolaan. Komunikasi tertulis dalam suatu organisasi meliputi: (1) Mengetahui apa yang ingin disampaikan sebelum menulis. (2) Gunakan kata aktif. (3) Tulis kata yang sederhana, familier, spesufik dan nyata. (4) Atur isi tulisan secara sistematis dan (5) Jelas.
2. Komunikasi secara langsung/verbal
Manajer selalu mengadakan komunikasi verbal kepada atasan dan bawahan baik secara formal maupun informal. Tujuan assertiveness. Perilaku asertif adalah suatu cara komunikasi yang memberikan kesempatan individu untuk mengekspresikan perasaannya secara langsung, jujur dan cara yang sesuai tanpa menyinggung perasaan orang lain yang diajak komunikasi. Hal yang harus dihindari pasif dan agresif.
3. Komunikasi non verbal.
Komunikasi dengan menggunakan ekspresi wajah, pergerakan tubuh, dan sikap tubuh (*body language*). Komunikasi non verbal mengandung arti yang lebih signifikan dibandingkan dengan komunikasi verbal. Komunikasi non verbal meliputi komponen emosi terhadap pesan yang diterima atau disampaikan, tetapi akan menjadi sesuatu yang membahayakan jika komunikasi non verbal diartikan salah tanpa adanya penjelasan secara verbal. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam komunikasi non verbal adalah :
(1) Lingkungan tempat dimana komunikasi dilaksanakan. (2) Penampilan sesuatu yang menarik (pakaian dan kosmetik). (3). Kontak mata memberikan makna kesediaan seseorang untuk berkomunikasi. (4). Postur tubuh (*gesture*) bobot suatu pesan bisa ditunjukkan dengan menunjukan telunjuknya, berdiri atau duduk. (5) Ekspresi wajah komunikasi yang efektif memerlukan suatu respon wajah yang setuju terhadap pesan yang disampaikan.

Manajer yang efektif akan melakukan komunikasi verbal dan non verbal, agar individu (atasan dan bawahan) dapat menerima pesan secara jelas.

4. Komunikasi via telepon

Dengan kemudahan sarana komunikasi memungkinkan manajer dapat merespon perkembangan dan masalah dalam organisasi. Manajer dan semua staf harus belajar etika bertelepon, serta menghargai setiap menjawab telepon.

Elemen Komunikasi

Setiap elemen dalam komunikasi saling berhubungan satu dengan yang lain.

Ada lima elemen utama, yaitu (1) komunikator (*sender*). Komunikator (*sender*) adalah orang atau kelompok yang menyampaikan pesan/ide/informasi kepada orang/pihak lain sebagai lawan bicara. Komunikator berarti sumber berita/informasi atau disebut informan, yaitu sumber/asal berita yang disampaikan kepada komunikan. Seorang komunikator beraksi dan bereaksi secara utuh meliputi fisik dan kognitif, emosional, dan intelektual (2) informasi/pesan/berita. Informasi/pesan/berita adalah keseluruhan yang disampaikan oleh komunikator, disadari atau tidak disadari, secara langsung atau tidak langsung. Pesan yang disadari adalah segala ucapan (bahasa verbal) yang disampaikan komunikator secara sengaja dan sudah dipersiapkan. Pesan yang tidak disadari adalah pesan yang muncul beriringan atau bersamaan dengan pesan yang disampaikan pada saat komunikator berbicara. (3) komunikan (*reciever*). Komunikan (*reciever*) adalah orang atau sekelompok orang yang menerima pesan yang disampaikan komunikator. Komunikan yang efektif adalah komunikan yang bersikap kooperatif, penuh perhatian, jujur, serta bersikap terbuka terhadap komunikator dan pesan yang disampaikan. (4) Umpan balik (*feedback*). Umpan balik adalah informasi yang dikirimkan balik ke sumbernya. Umpan balik bisa berasal dari diri sendiri ataupun orang lain. Umpan balik dari diri

sendiri, misalnya, jika kita menyampaikan pesan melalui bicara, kita akan dapat secara langsung mendengar apa yang kita sampaikan. Umpan balik dari orang lain adalah umpan balik yang datang dari lawan bicara. Bentuk umpan balik yang diberikan, antara lain anggukan, kerutan dahi, senyuman, gelengan kepala, interupsi pembicaraan, pernyataan setuju atau tidak setuju, dan lain-lain. Umpan balik dapat berupa verbal ataupun nonverbal. Agar terjadi umpan balik yang baik, harus bersifat jujur, sesuai dengan konten (isi pesan) yang disampaikan, dan bagian dari solusi merupakan hasil proses berpikir, tidak bersifat subjektif, dan disampaikan dalam waktu yang tepat. dan (5) atmosfer/konteks. Atmosfer adalah lingkungan ketika komunikasi terjadi terdiri atas tiga dimensi, yaitu dimensi fisik, sosial-psikologis, dan temporal yang mempunyai pengaruh terhadap pesan yang disampaikan.

Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi secara umum, faktor yang memengaruhi komunikasi dapat ditinjau dari proses komunikasi dan elemen komunikasi. Ada lima faktor utama yang mempengaruhi komunikasi ditinjau dari elemen komunikasi, yaitu faktor komunikator, pesan/informasi, komunikan, umpan balik, dan atmosfer. Komunikator adalah seseorang yang mengirimkan pesan. Seorang komunikator harus menunjukkan penampilan yang baik, sopan dan menarik, serta berwibawa dan tidak sombong. Di samping itu, harus mempunyai pengetahuan yang memadai, menguasai materi, dan memahami bahasa yang digunakan lawan (*language mastery*). Hal ini penting karena salah satu hambatan dalam komunikasi adalah adanya ketidaksesuaian bahasa yang digunakan antara komunikator dan komunikan. Penguasaan bahasa ini penting untuk menghindari terjadinya salah tafsir (*misperception*) dalam komunikasi. Selanjutnya, seorang komunikator harus mampu membaca peluang (*opportunity*), mengolah pesan supaya mudah dipahami komunikan, dan mempunyai alat-alat tubuh yang baik

sehingga menghasilkan suara yang baik dan jelas, antara lain pita suara, mulut, bibir, lidah, dan gigi. Seorang komunikator yang pita suaranya terganggu, tidak mempunyai gigi, atau sumbing akan mengalami kesulitan dalam berkata-kata yang mengakibatkan tidak jelasnya pesan yang disampaikan.

Pesan yang bersifat informatif dan persuasif akan mudah diterima dan dipahami daripada pesan yang bersifat memaksa. Pesan yang mudah diterima adalah pesan yang sesuai dengan kebutuhan komunikasi (*relevant*), jelas (*clearly*), sederhana atau tidak bertele-tele, dan mudah dimengerti (*simple*). Di samping itu, informasi akan menarik jika merupakan informasi yang sedang hangat (*up to date*).

Komunikasi adalah seseorang yang menerima pesan dari komunikator. Seorang komunikasi harus mempunyai penampilan atau sikap yang baik, sopan, serta tidak sombong. Seorang komunikasi yang berpenampilan acak-acakan berarti tidak menghargai diri sendiri dan orang lain. Demikian pula jika komunikasi tampak sombong/angkuh, akan memengaruhi psikologis komunikator yang berdampak pada tidak efektifnya pesan yang disampaikan. Di samping itu, seorang komunikasi harus mempunyai pengetahuan, keterampilan komunikasi, dan memahami sistem sosial komunikator. Hal ini penting karena tanpa pengetahuan dan keterampilan mengolah informasi yang diterima sehingga dapat terjadi ketidaksesuaian persepsi (*mispersepsi*). Selanjutnya, seorang komunikasi harus mempunyai alat-alat tubuh yang baik. Alat tubuh yang berperan utama untuk menerima pesan suara adalah telinga. Supaya pesan dapat diterima dengan tepat, komunikasi harus mempunyai fungsi pendengaran yang baik.

Umpan balik Komunikasi efektif jika komunikasi memberi umpan balik yang sesuai dengan pesan yang disampaikan. Umpan balik ini penting bagi komunikator karena sebagai salah satu tolok ukur keberhasilan komunikasi. Mengerti atau tidaknya komunikasi terhadap isi pesan yang disampaikan oleh komunikator dapat

dilihat dari bagaimana komunikasi memberikan umpan balik.

Atmosfer Untuk mencapai komunikasi yang efektif diperlukan lingkungan yang kondusif (*condisive*) dan nyaman (*comfortable*). Lingkungan yang kondusif, yaitu lingkungan yang mendukung berlangsungnya komunikasi efektif. Dalam dimensi fisik lingkungan nyaman, yaitu lingkungan yang tenang, sejuk, dan bersih sehingga kondusif dalam mencapai komunikasi yang efektif. Dalam dimensi sosial-psikologis, komunikasi yang kondusif adalah komunikasi yang dilakukan dengan penuh persahabatan, akrab, dan santai. Sementara itu, dalam dimensi temporal (waktu), komunikasi yang dilakukan dengan waktu yang cukup dan tidak tergesa-gesa memungkinkan tercapainya tujuan komunikasi yang efektif.

Aplikasi Komunikasi dalam Manajemen Keperawatan

Kegiatan keperawatan yang memerlukan komunikasi antara lain:

1. Saat timbang terima (operan jaga).
Komunikasi diperlukan untuk melakukan operan jaga harus dengan bahasa yang jelas tentang kebutuhan klien, intervensi yang sudah dilakukan dan yang belum, serta respon pasien. Perawat melakukan timbang terima dengan berjalan bersama dengan perawat lainnya dan menyampaikan kondisi pasien secara akurat di dekat pasien.
2. Interview / Anamnesa.
Suatu komunikasi dengan tujuan tertentu untuk memperoleh data tentang keadaan pasien dan melaksanakan tindakan yang akurat. Merupakan kegiatan yang selalu dilakukan oleh perawat kepada pasien pada saat pelaksanaan asuhan keperawatan. Prinsip yang perlu diterapkan perawat dalam komunikasi ini adalah : (1) Hindari komunikasi yang terlalu formal atau tidak tepat. Ciptakan suasana yang hangat, kekeluargaan. (2) Hindari interupsi / gangguan yang timbul akibat lingkungan yang gaduh.

(3) Hindari respon dengan kata hanya “ya dan tidak “ mengakibatkan komunikasi tidak berjalan dengan baik, perawat kelihatan kurang tertarik dengan topik yang dibicarakan dan enggan berkomunikasi. (4) Jangan memonopoli pembicaraan. (5) Hindari hambatan personal. Jika sebelum komunikasi perawat menunjukkan rasa tidak senang kepada pasien, maka akan berdampak pada hasil komunikasi selanjutnya.

3. Komunikasi melalui komputer.
Komputer merupakan alat komunikasi cepat dan akurat pada manajemen keperawatan saat ini. Penulisan data-data pasien dalam computer akan mempermudah perawat lain dalam mengidentifikasi masalah pasien dan memberikan intervensi yang tepat.
Melalui komputer informasi-informasi terbaru cepat didapat menggunakan internet bila perawat mengalami kesulitan dalam menangani masalah pasien.
4. Komunikasi tentang kerahasiaan
Perawat sering dihadapkan pada suatu dilema dalam menyimpan rahasia pasien, disatu sisi perawat membutuhkan informasi dengan menghubungkan apa yang dikatakan pasien dengan orang lain, di lain pihak perawat harus memegang janji untuk tidak menyampaikan rahasia pasien kepada orang lain.
5. Komunikasi melalui sentuhan.
Merupakan metode dalam mendekatkan hubungan antara pasien dan perawat. Sentuhan yang diberikan dapat sebagai terapi/tindakan mandiri perawat untuk mengatasi masalah pasien
6. Dokumentasi sebagai alat komunikasi
Dokumentasi adalah alat yang digunakan dalam komunikasi keperawatan untuk menvalidasi asuhan keperawatan, sarana komunikasi antar tim kesehatan lain dan dokumen paten dalam pemberian asuhan keperawatan.
Manfaat komunikasi dalam pendokumentasian adalah : (1) Dapat digunakan ulang untuk keperluan yang bermanfaat. (2) Mengkomunikasikan kepada

perawat dan tenaga kesehatan lain tentang apa yang sudah dan akan dilakukan kepada pasien.

Komunikasi Manajer Keperawatan

Manajer keperawatan adalah perawat yang telah dipercaya untuk memimpin pengelolaan ruangan (pelayanan kesehatan/keperawatan) pada ruangan/divisi/bidang. Dalam menjalankan tugasnya manajer harus mampu berkomunikasi dengan baik, mengingat komunikasi merupakan unsur yang penting dalam aktivitas manajer keperawatan.

Komunikasi adalah sesuatu yang kompleks, sehingga banyak model yang digunakan dalam menjelaskan bagaimana cara organisasi dan orang berkomunikasi. Praktik keperawatan adalah praktik yang berorientasi pada kelompok/hubungan interpersonal dalam mencapai suatu tujuan organisasi. Karena pentingnya komunikasi, sebagai manajer keperawatan harus mampu menerapkan komunikasi yang baik (Nursalam, 2015).

Komunikasi Manajer Keperawatan adalah :

1. Manajer keperawatan harus mengerti struktur organisasi, termasuk pemahaman tentang siapa yang akan terkena dampak dari pengambilan keputusan yang telah dibuat. Jaringan komunikasi formal dan informal harus dibangun antara manajer keperawatan dan staf keperawatan.
2. Komunikasi bukan hanya sebagai perantara, akan tetapi sebagai bagian proses yang tak terpisahkan dalam kebijaksanaan organisasi. Jika ada pihak lain yang akan terkena dampak akibat komunikasi, manajer keperawatan harus berkonsultasi tentang isi komunikasi dan meminta umpan balik dari orang yang kompeten sebelum melakukan suatu perubahan atau tindakan.
3. Komunikasi harus jelas, sederhana dan tepat. Komunikasi perawat profesional adalah CARE: *Complete, Acurate, Rapid dan English.*

4. Ciri khas perawat profesional di masa depan dalam memberikan pelayanan keperawatan adalah dapat berkomunikasi secara lengkap, adekuat dan cepat. Setiap melakukan komunikasi (lisan/tertulis) dengan teman sejawat dan tenaga kesehatan lainnya harus memenuhi ketiga unsur diatas dengan suatu fakta yang memadai. Perawat harus mengembangkan kemampuan berbahasa asing (minimal bahasa inggris).
5. Manajer keperawatan harus meminta umpan balik apakah komunikasi dapat diterima secara akurat, dengan cara meminta penerima pesan untuk mengulangi pesan atau instruksi yang disampaikan.
6. Menjadi pendengar yang baik adalah komponen yang penting bagi manajer keperawatan. Manajer keperawatan harus menunjukkan sikap menerima semua informasi yang disampaikan orang lain dan menghargai dan ingin tahu terhadap pesan yang disampaikan.

Daftar Pustaka

- Aditama, T.Y. 2010. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi kedua. Jakarta: UI Press.
- Effendy. 2000. *Ilmu Komunikasi dan Praktek*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Gilles, D. A. 2008. *Nursing management: a system approach 2th*. Philadelpia: W.B Saunders Company
- Handoko. 2002. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Edisi II. Penerbit Salemba Empat. Jakarta.
- Kuntoro. 2010. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nursalam. 2015. *Manajemen Keperawatan*. Penerbit Salemba Medika: Jakarta.
- Simamora, 2012. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sitorus & Panjaitan. 2011. *Manajemen Keperawatan: Manajemen Keperawatan*, Jakarta: Sagung Seto.
- Suarli & Bahtiar. 2009. *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta, Erlangga.
- Swansburg. 1999. *Introductory Management and Leadership for Nurses*. London : Jones and Bartlett Publishers, Inc
- Tappen. 1995. *Nursing Leadership and Management*. Philadelphia: F.A Davis Company.

Profil Penulis**Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes**

Lahir di Trenggalek, 30 Desember 1965. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1988 s.d sekarang. Lulus Akademi Perawat Dep Kes Yogyakarta 1987, Lulus IKIP PGRI Wates Bimbingan Konseling tahun 1994, Lulus S 1 Keperawatan PSIK FK UNPAD Bandung tahun 1997, Lulus S2 Kesehatan Ibu Anak FK UGM tahun 2002 dan Lulus S3 Promosi Kesehatan Pasca Sarjana UNS Surakarta tahun 2018. Pernah menjadi dosen berprestasi Poltekkes tingkat Nasional tahun 2006. Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. Menjadi penguji eksternal Disertasi S3 Promosi Kesehatan UNS. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Reviewer Internal Jurnal Caring Jurusan Keperawatan Poltekkes Yogyakarta, menjadi Reviewer Eksternal Jurnal Internasional Health Notion, Jurnal Nasional Forikes Poltekkes Surabaya, Jurnal Nasional Surya Medika Stikes Surya Global Yogyakarta, Jurnal Nasional Health Sciences and Pharmacy Journal Stikes Surya Global Yogyakarta dan Jurnal Nasional MIKKI Stikes Wira Husada Yogyakarta. Menjadi Reviewer Penelitian Eksternal Nasional dan Reviewer internal Penelitian dan reviewer internal pengabdian masyarakat tingkat Poltekkes Yogyakarta. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Afiliasi Reasearch Seameo Recfon. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, jurnal nasional OJS dan Terakreditasi. Sudah menerbitkan beberapa buku keperawatan.

Email Penulis: atik.cahyo@yahoo.com

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep

Universitas Fort De Kock Bukittinggi

Pendahuluan

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013, 2013). Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dirancang sedemikian rupa dan dikelola dengan sistem yang terintegrasi agar dapat digunakan untuk menangani keseluruhan proses manajemen di suatu Rumah Sakit, dimulai dari pelayanan perumusan diagnosa penyakit pasien serta tindakan untuk pasien, *medical record*, apotek untuk obat-obatan, sistem pembayaran, serta pelayanan yang diberikan oleh staf medis, baik dokter, perawat maupun staf medis lainnya.

Dewasa ini, penggunaan aplikasi SIMRS dilakukan mulai dari pendaftaran pasien, baik itu pendaftaran pasien di rawat jalan, IGD, maupun di rawat inap. Penggunaan aplikasi berlanjut ketika pasien menerima tindakan yang ada di bagian instalasi penunjang (Laboratorium,

Farmasi, Radiologi, Kamar Operasi, Instalasi Gizi). Semua tindakan perawat dan bagian instalasi penunjang akan terekam sesuai dengan data yang di input user yang dalam hal ini admin di setiap bagian, dan dapat ditampilkan di komputer masing-masing user SIMRS. Seluruh tenaga medis dapat mengakses data pasien, sehingga perawatan yang diterima pasien akan langsung terintegrasi. Disamping itu, proses pembayaran akan otomatis tercatat pada aplikasi pembayaran dan mempermudah penghitungan tarif yang dikenakan kepada pasien. Data yang di input oleh user untuk setiap kegiatan pelayanan pasien dapat dicetak berupa laporan jika dibutuhkan karena langsung tersimpan dalam yang terintegrasi di sistem informasi manajemen rumah sakit tersebut.

Bagan kesinambungan dan integrasi dalam sistem informasi manajemen dapat dilihat sebagai berikut:



Gambar 13.1.
Integrasi Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit

Dalam gambar di atas, dapat disimpulkan bahwa setiap bagian di rumah sakit harus terintegrasi dengan baik, karena sangat memungkinkan setiap pasien untuk mendapatkan semua layanan di rumah sakit. Sistem manajemen rumah sakit akan membantu pengelolaan informasi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan dan membantu penyelesaian pekerjaan penyedia layanan kesehatan secara efektif. Pengelolaan data yang terkait dengan semua bagian seperti: klinis, laboratorium, rawat inap, rawat jalan, ruang operasi, farmasi, radiologi hingga keuangan. Semua data pasien tersimpan dalam sistem dan dapat digunakan sesuai dengan jenis layanan perawatan yang diterima pasien. SIMRS juga menawarkan akses terkontrol ke orang lain. Dokter, perawat, apoteker, perwakilan perusahaan obat, dan orang lain dapat mengakses Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit untuk melakukan berbagai tugas dalam pelayanan.

SIMRS ini harus dirancang dan dikembangkan berbasis teknologi guna meningkatkan pelayanan kesehatan, tidak terkecuali pelayanan kesehatan di Indonesia. Penggunaan teknologi informasi untuk meningkatkan perawatan pasien akan terus menjadi sorotan di bidang kesehatan. Saat ini, kegiatan penggunaan sistem informasi masih kurang stabil dan masih diperlukan pengembangan guna meningkatkan kualitas pelayanan (Berner et al., 2005).

Manfaat Penggunaan Sistem Informasi di Rumah Sakit

Penjabaran sebelumnya tentang kegiatan dan aplikasi yang dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan sistem informasi manajemen di rumah sakit tentunya memunculkan dampak positif dalam pelaksanaan pelayanan di rumah sakit. Sejauh ini kita tentunya memahami pentingnya penggunaan SIMRS sehingga seyogyanya menjadi tanggung jawab bersama di setiap lini dan bagian di rumah sakit untuk memilih jenis sistem informasi manajemen yang tepat sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Berikut akan diberikan informasi lebih lanjut tentang manfaat berbagai sistem informasi

manajemen dan dampaknya terhadap sistem rumah sakit yang disadur dalam sumber (Sebetci & Aksel, 2016):

- a. Kemudahan dalam pengambilan data pasien (*Easy Patient data retrieval*)

SIMRS memungkinkan untuk mengakses semua data yang berhubungan dengan pasien melalui sistem. Informasi seperti riwayat pasien, penyakit saat ini, dokter yang terlibat, laporan tes yang diambil, informasi tagihan, dan banyak lagi dapat dilihat oleh pengguna. Data ini akan membantu menghubungkan titik-titik tentang pasien, seperti diagnosis spesifik, perawatan terkait, dan pengobatan. Akses langsung dan dalam waktu sesegera mungkin untuk memperbarui catatan dan jarak jauh akses ke catatan pasien.

- b. Rekam Medis secara Elektronik (*Electronic Medical Record*)

Potensi rekam medis terstruktur secara elektronik untuk membantu pemetaan etiologi dan epidemiologi dari penyakit, memperkirakan efektivitas pencegahan, intervensi dan perawatan medis, membayar penyedia berdasarkan kinerja mereka, mengontrol keamanan obat-obatan dan alat, mencegah penipuan, penyalahgunaan, termasuk pemantauan resep.

- c. Penyimpanan dan Pengamanan Data (*Saving data and security*)

Dokumentasi dan data yang lebih akurat dan dirancang lebih baik. Data pasien dapat disimpan akan aman dengan menggunakan SIMRS, karena hanya dapat diakses oleh personel yang berwenang. Dengan SIMRS, semua data disimpan di server dan tetap aman hanya dengan mengamankan informasi login.

- d. Peningkatan Visibilitas dan Transparansi Data (*Improve Visibility and Transparency*)

SIMRS dapat meningkatkan visibilitas dan transparansi dalam proses manajemen yang lengkap

dan di semua catatan. Klasifikasi data dan generalisasi data akan terintegrasi secara otomatis sehingga informasi terkait dapat langsung disajikan kepada dokter, perawat atau tenaga medis lain ketika diperlukan untuk pengambilan keputusan terhadap perawatan pasien.

- e. Mengefektifkan pelaporan data yang akurat (*Streamline Accurate Reporting*)

Dengan SIMRS, lebih sedikit kesalahan medis yang berbahaya (karena tulisan tangan yang buruk atau kesalahan entri data) dan keputusan penanganan klinis yang lebih baik dengan menggunakan data terstruktur, pemodelan prediktif, dan alat pendukung keputusan serta dan pengendalian penyakit. Ini membantu dalam mengefektifkan pelaporan yang akurat dan secara kontinyu diperbarui.

- f. Peningkatan Kontrol Kualitas (*Improved Quality Control*)

SIMRS secara tidak langsung akan meningkatkan pengendalian mutu produk, jasa dan layanan di rumah sakit. Jaminan terhadap kualitas mutu juga akan semakin ditonjolkan pada layanan rumah sakit.

- g. Peningkatan Visibilitas Manajemen (*Improved Management Visibility*)

Hal ini juga meningkatkan visibilitas manajemen rumah sakit, semua informasi, dan data mengenai pasien, dokter dan obat-obatan dapat dilihat oleh departemen manapun dengan mudah.

- h. Hemat Biaya (*Cost effectiveness*)

SIMRS tidak hanya menghemat waktu di rumah sakit tetapi juga hemat biaya dalam mengurangi jumlah orang yang bekerja pada sistem entri data dan dokumen secara manual.

Melihat banyaknya manfaat yang diberikan dari pemanfaatan SIMRS ini, maka penggunaan sistem informasi rumah sakit ini juga perlu dikembangkan di berbagai bidang pelayanan medis guna meningkatkan

pelayanan yang diberikan pada pasien. Salah satu bagian yang juga perlu dikembangkan dalam manajemen sistem informasi di tatanan klinis ini adalah sistem informasi di bidang keperawatan. Pengembangan sistem informasi di bidang keperawatan kini diperlukan dalam hal pendokumentasian keperawatan serta keseluruhan asuhan keperawatan. Kedepannya, diharapkan pelaksanaan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, pengangkatan diagnosa keperawatan, perencanaan intervensi, pencatatan hasil implementasi dan evaluasi dikembangkan dalam sistem yang terintegrasi menggunakan teknologi agar mempermudah pekerjaan perawat sebagai salah satu staf medis utama di rumah sakit.

Sistem Informasi Manajemen di Bidang Keperawatan

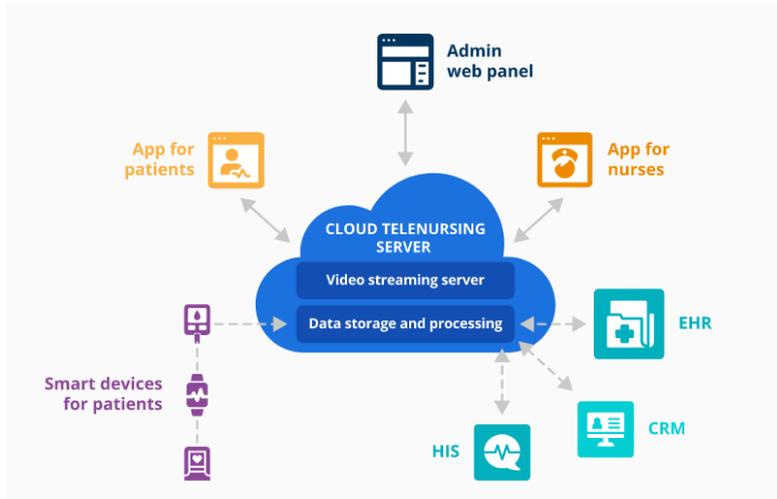
Tantangan utama yang dihadapi perawat saat ini adalah perawat dituntut untuk memberikan perawatan yang aman dan berkualitas tinggi sekaligus efisien dan hemat biaya. Pada saat yang sama, ada implementasi yang berkelanjutan menggunakan teknologi dalam berbagai aspek asuhan yang diberikan oleh perawat. Karena perawat adalah salah satu bagian penting dari tim perawatan kesehatan di rumah sakit, menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien dan memberikan perawatan dalam bentuk asuhan keperawatan pada pasien. Perawat juga memainkan peran penting dalam meningkatkan kualitas perawatan dan mengurangi biaya perawatan kesehatan. Di dalam konteks sistem pendukung keputusan klinis, perawat hendaknya menggunakan rekam medis elektronik untuk mengembangkan rencana asuhan keperawatan yang terstandar, menerima order dokter secara terkomputerisasi dalam sistem serta protokol dan prosedur klinis untuk pasien. Manfaat paling penting dari rencana asuhan keperawatan yang terstandar termasuk didalamnya menciptakan bahasa yang sama dalam praktik keperawatan dan pendidikan keperawatan, untuk mengevaluasi dan mengukur hasil perawatan pasien, menetapkan data untuk studi keperawatan, dan memberikan arus informasi di antara

perawat (Piscotty et al., 2015). Dalam perkembangannya, terdapat beberapa jenis sistem informasi yang digunakan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Berikut dijelaskan beberapa bentuk sistem informasi berbasis teknologi yang digunakan dalam bidang keperawatan:

a. *Telenursing*

Telenursing merupakan pengobatan jarak jauh yang memanfaatkan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi. Telenursing dapat digunakan oleh keluarga yang merawat pasien penyakit kronis di rumah sehingga dapat terarah dan terkontrol dalam perawatannya. Dari beberapa penelitian, telenursing terbukti efektif digunakan dalam proses pengobatan pasien penyakit kronis di rumah (Setiawan et al., 2020). Efisiensi penggunaannya telah dikonfirmasi dapat mengatasi hambatan jarak terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan (Johnson et al., 2018). Telenursing ditemukan terutama dalam perawatan melalui penggunaan telepon untuk layanan kesehatan dan terbukti menjadi alat yang efisien untuk membantu mengatasi hambatan geografis dan memberikan informasi perawatan kesehatan kepada pasien (Souza-Junior et al., 2016). Berikut adalah contoh gambar pemanfaatan teknologi dan aplikasi dalam pelaksanaan telenursing:



Gambar 13.2. *Telehealth Nursing: Key Aspects*

Sumber: ScienceSoft: Professional Software Development, <https://www.scnsoft.com/healthcare/telemedicine/nursing>

Gambar diatas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Aplikasi untuk perawat: akan menampilkan daftar pasien, riwayat kesehatan pasien, pengkajian tanda vital pasien, penjadwalan dan persetujuan permintaan perawat kunjungan melalui video, pesan dengan pasien, dll.
2. Aplikasi untuk pasien: akan menampilkan fitur-fitur seperti penjadwalan kunjungan video perawat, entri tanda vital, obrolan dengan perawat, panduan edukasi mandiri, dll.
3. Penyimpanan data *cloud* dan modul proses: untuk data terkait pasien (misalnya, riwayat panggilan telenursing, informasi kontak, catatan kesehatan), data staf telenursing, gambar yang dibagikan oleh pasien dan perawat di aplikasi (misalnya, foto luka), rekaman panggilan video, dll.
4. *Server streaming video*: untuk komunikasi video *real-time* antara pasien dan perawat.

5. *Panel web admin*: untuk melihat daftar staf telenursing, memberikan akses aplikasi ke pasien dan perawat yang digunakan oleh supervisor keperawatan, praktisi perawat, *administrator* organisasi perawatan di rumah.

Aplikasi *telenursing* dapat diintegrasikan dengan *smartphone* untuk pasien. Dengan mengumpulkan data dari perangkat, aplikasi ini memungkinkan perawat untuk melacak tanda vital pasien (misalnya, kadar glukosa darah, tekanan darah) dan memantau status kesehatan pasien secara *real time*, tanpa perlu memasukkan data ini secara manual.

Contoh pemanfaatan telenursing dalam berbagai literasi hasil penelitian (*evidence based practice*) yang dapat dilihat dibawah ini:

1. *Telenursing* untuk perawatan pasien pra operasi dan pasca operasi

Perawat dapat melacak tanda vital pasien dengan bantuan perangkat medis yang terhubung dan berkomunikasi dengan pasien melalui video untuk memandu mereka melalui persiapan pra-bedah. Setelah operasi, perawat memfasilitasi pemulihan pasien secara tepat waktu menggunakan foto dan video yang dikirim oleh pasien. Perawat menghubungi pasien 2-3 hari setelah pulang dan mengajukan pertanyaan terkait pengobatan, manajemen nyeri, tanda atau gejala infeksi, aktivitas dan tidur, nafsu makan, dan pemahaman umum tentang semua instruksi pemulangan. Interaksi ini didokumentasikan dalam rekam medis elektronik (Culligan et al., 2017).

2. *Telenursing* untuk penatalaksanaan penyakit kronis

Aplikasi *telenursing* meningkatkan kepatuhan terhadap rencana perawatan, membantu mengelola gejala dan mengontrol kondisi kesehatan pasien dengan penyakit kronis di

rumah. Sebuah penelitian terbaru menyebutkan bahwa dengan aplikasi *telenursing* dengan prinsip telemonitoring, dapat mengontrol tekanan darah dan berat badan, glukosa pasien diabetes mellitus, kualitas hidup serta kepatuhan pengobatan pasien dari jarak jauh (Goh et al., 2021).

3. *Telenursing* dalam *Home Care*

Sebagian besar ditujukan untuk pasien lanjut usia dan pasien dengan kebutuhan khusus, aplikasi *telenursing* memungkinkan perawat menerima informasi tentang kondisi kesehatan pasien, mengoordinasikan perawatan di rumah, dan memastikan perubahan manajemen perawatan tepat waktu. Layanan telehealth meningkatkan kepuasan pasien yang mendapat perawatan melalui *homecare* (Grant et al., 2015).

4. *Telenursing* untuk pemantauan kehamilan dan perawatan bayi baru lahir

Melalui komunikasi video, perawat memberikan nasihat profesional kepada ibu tentang kehamilan, melakukan kursus persiapan persalinan, memantau tanda vital wanita dan bayi yang dimasukkan oleh pasien atau dikumpulkan dengan perangkat medis pintar. Dalam sebuah penelitian disebutkan bahwa selama masa pandemic covid-19, layanan *telenursing* terbukti aman, efektif dan efisien untuk mempromosikan kesehatan ibu (Oliveira et al., 2021).

5. *Telenursing* dalam mengontrol kesehatan mental

Panggilan video terjadwal dengan perawat psikiatri akan meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien dengan gangguan mental, mengidentifikasi gejala baru, mengurangi stres dan kecemasan, dan mempromosikan mekanisme koping pasien. Penelitian lain menyebutkan, penerapan *telenursing* dalam asuhan keperawatan terkait kesehatan mental anak juga

dapat dilakukan selama pandemi. Konseling melalui video konferensi dapat meningkatkan aksesibilitas perawat ke area yang lebih luas terkait kesehatan mental anak selama pandemi di rumah (Rakhmawati, 2020).

Dapat disimpulkan bahwa *telenursing* menggunakan teknologi dan sistem komunikasi untuk mendorong perkembangan asuhan keperawatan. *Telenursing* saat ini merupakan bagian integral dalam memberikan asuhan keperawatan holistik selama perawatan di rumah.

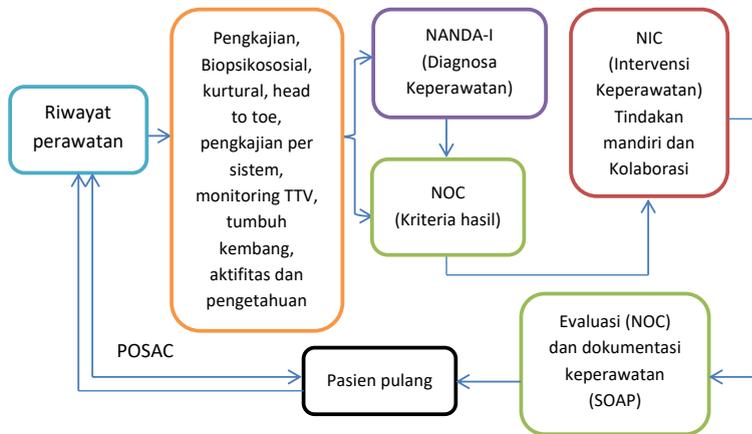
- b. *Standardized Nursing Language* berbasis teknologi (Dokumentasi Keperawatan Terstandar dan Terkomputerisasi)

Standardized Nursing Language (SNL) adalah bahasa asuhan keperawatan yang terstandar yang mendeskripsikan apa yang sebenarnya yang telah dikerjakan perawat untuk mengetahui hal-hal yang telah dilakukan selama pemberian asuhan keperawatan. Dewasa ini, SNL yang terkomputerisasi sudah mulai berkembang dengan manfaat meminimalkan kerja perawat dalam mencatat manual dan memaksimalkan upaya yang dilakukan untuk melakukan pelayanan keperawatan (Katemba et al., 2019). Sesuai dengan perkembangan teknologi, rencana asuhan keperawatan yang terstandar dan terkomputerisasi telah diterapkan dalam beberapa tahun terakhir. Suatu penelitian menyebutkan bahwa perawat lebih memilih media yang dapat membantu mereka menghemat waktu dengan dokumen dan fokus pada pengidentifikasian masalah pasien hingga implementasi dan evaluasi kondisi pasien yang dalam hal ini menggunakan sistem yang terkomputerisasi (Lee et al., 2002).

Secara internasional, sekitar tahun 2002, asosiasi perawat NANDA (*North American Nursing Diagnosis Assocation*) mengembangkan standar diagnosa keperawatan yang kemudian diintegrasikan dengan NIC (*Nursing Intervention Classification*) dan NOC

(*Nursing Outcome Classification*) menjadi bentuk SNL yang digunakan di seluruh dunia. Dalam perkembangannya, asuhan keperawatan dalam rangkaian NANDA, NIC dan NOC ini telah dibuat dalam suatu sistem terkomputerisasi yang akan memudahkan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat diberbagai belahan dunia. Di Indonesia sendiri, telah dikembangkan aplikasi berbasis NANDA NIC NOC untuk pendokumentasian keperawatan yang dikenal dengan SIMPRO - Sistem Informasi Manajemen Keperawatan by Roro (Hariyati et al., 2015).

Berikut salah satu contoh model pendokumentasian keperawatan yang telah dikembangkan di Indonesia yakni SIMPRO:



Gambar 13.3. SIMPRO Model dalam artikel penelitian *The Effectiveness and Efficiency of Nursing Care Documentation Using the SIMPRO Model* (Hariyati et al., 2015)

Gambar 13.3 menunjukkan model SIMPRO yang menggunakan pendekatan *head-to-toe* untuk mendokumentasikan pengkajian yang meliputi bio-psyko-sosial-spiritual-budaya aspek. Pendekatan *head-to-toe* dipilih karena merupakan cara yang sistematis dan efektif untuk dokumentasi. Untuk implementasi keperawatan, NANDA-I dikaitkan dengan NIC dan juga digabungkan dengan

pemantauan harian, seperti tanda-tanda vital, keseimbangan cairan, dan obat-obatan. Selain itu, SIMPRO juga menambahkan konten terkait pemantauan infeksi dan keselamatan pasien dalam sistem sebagai salah satu elemen penting dari manajemen rumah sakit. Sistem ini juga mencakup fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, penempatan staf, dan pengendalian (POSAC). Sistem ini terintegrasi dengan POSAC karena peran dan fungsi manajemen tidak dapat terpisah dalam pelaksanaan sistem informasi keperawatan. Manajer keperawatan memiliki kontribusi besar dalam keberhasilan implementasi sistem informasi keperawatan.

Oleh karena itu, sistem perlu dilengkapi dengan pemantauan dan pengarahannya, serta kontrol kualitas terkait dengan keselamatan pasien dan indikator mutu keperawatan lainnya. Dapat disimpulkan bahwa SIMPRO merupakan sarana yang efektif dan efisien untuk meningkatkan dokumentasi keperawatan seperti: meningkatkan kualitas, kelengkapan, relevansi dan keberlanjutan, serta fungsi sistem pendukung keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan dan dalam manajemen keperawatan (Hariyati et al., 2015).

Dari kedua sampel pemanfaatan sistem informasi manajemen di bidang keperawatan yakni *telenursing* dan SNL berbasis teknologi, diketahui bahwa perkembangan teknologi akan sangat membantu dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang lebih baik di masa yang akan datang. Terutama dalam pendokumentasian keperawatan yang akan menunjukkan banyak sekali manfaat jika menggunakan sistem informasi dan teknologi. Pemanfaatan teknologi dan sistem informasi membantu perawat dalam memiliki kelengkapan dokumentasi keperawatan yang berkualitas. Diharapkan kedepannya, pengembangan sistem informasi berbasis teknologi ini juga dapat dikembangkan untuk membantu komunikasi antara

perawat dengan tenaga kesehatan professional lainnya.

Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas Pelayanan

Rumah sakit adalah institusi yang sangat kompleks, dengan karakteristik unik yang mengoordinasikan seluruh jenis perawatan untuk pasien. Rumah Sakit sangat bergantung pada SIMRS untuk membantu dalam diagnosis, manajemen, dan edukasi dalam layanan dan praktik yang berkualitas. Kualitas sistem informasi dikategorikan ke dalam enam dimensi utama yang meliputi kualitas sistem, kualitas informasi, penggunaan, kepuasan pengguna, dampak individu dan dampak organisasi. Sistem informasi rumah sakit memiliki potensi besar dalam mengurangi biaya perawatan kesehatan dan dalam meningkatkan hasil perawatan kesehatan. Pesatnya pertumbuhan di bidang teknologi informasi sangat mempengaruhi pelayanan yang diberikan di rumah sakit.

Tujuan besar sistem kesehatan nasional tidak mungkin tercapai tanpa menggunakan sistem informasi rumah sakit. Namun, dalam pelaksanaannya, terdapat tantangan berupa berbagai hambatan yang perlu diperhatikan oleh pemangku kebijakan baik rumah sakit itu sendiri, maupun pemerintah. Hambatan penggunaan sistem informasi manajemen rumah sakit di masa mendatang salah satunya dalam hal biaya (Goldschmidt, 2005). Namun demikian, jika beberapa sumber daya dapat diminimalisasi dikarenakan adanya peningkatan produktivitas melalui sistem informasi, maka pendanaan dapat dimanfaatkan untuk peningkatan kualitas pelayanan yang lain. Pasien sebagai konsumen rumah sakit tentunya menginginkan layanan perawatan kesehatan yang lebih baik dan ditunjukkan dengan kepuasan mereka terhadap manfaat kesehatan yang mereka terima dan sebanding dengan biaya yang mereka keluarkan. Hal ini berdampak pada membaiknya kualitas pelayanan di rumah sakit Indonesia.

Penutup

Pemanfaatan SIMRS dapat memperluas peluang untuk memberikan lebih banyak layanan perawatan kesehatan, dan dengan demikian pada akhirnya dapat mendorong peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit. Pemerintah bersama-sama pemangku kebijakan memegang peranan penting terciptanya keberhasilan pemanfaatan SIMRS di rumah sakit. Pengadopsian SIMRS yang meluas tidak diragukan lagi akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan medis dalam jangka panjang dan diharapkan dapat memberikan dampak luar biasa bagi perkembangan layanan medis khususnya di Indonesia.

Daftar Pustaka

- Berner, Etas, S., Detmer, Don, E., & Simborg. (2005). Will the Wave Finally Break? A Brief View of the Adoption of. *Donald Journal of the American Medical Informatics AssociationFeb*, 12(1), 3–7. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1664.In>
- Culligan, M., Friedberg, J., Black, L., Wimbush, S., Norton, C., Burrows, W., Carr, S., Donahue, J., & Zubrow, M. (2017). P2.06-041 TeleNursing: A Thoracic Surgery Nursing Initiative Aimed at Decreasing Hospital Readmissions and Increasing Patient Satisfaction. *Journal of Thoracic Oncology*, 12(1), S1097–S1098. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2016.11.1534>
- Goh, K. L. S., Lee, C. S., Koh, C. H. G., Ling, N. L., Ang, S. Bin, Oh, C., Lin, Y., Yuan, W., Zheng, Q. C., & Tan, N. C. (2021). Evaluating the effectiveness and utility of a novel culturally-adapted telemonitoring system in improving the glycaemic control of Asians with type-2 diabetes mellitus: a mixed method study protocol. *Trials*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05240-6>
- Goldschmidt, P. G. (2005). HIT and MIS : Implications of Health Information Technology And Medical Information Systems. *Communications of the ACM*, 48(10), 69–74. <https://doi.org/10.1145/1089107.1089141>
- Grant, L. A., Rockwood, T., & Stennes, L. (2015). Client Satisfaction with Telehealth in Assisted Living and Homecare. *Telemedicine and E-Health*, 21(12), 987–991. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0218>
- Hariyati, R. T. S., Yani, A., Eryando, T., Hasibuan, Z., & Milanti, A. (2015). The Effectiveness and Efficiency of Nursing Care Documentation Using the SIMPRO Model. *International Journal of Nursing Knowledge*, 1–7.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013, 14 (2013).
-

- Johnson, B., Quinlan, M. M., & Marsh, J. S. (2018). Telenursing and Nurse–Patient Communication Within Fertility, Inc. *Journal of Holistic Nursing*. <https://doi.org/10.1177/0898010116685468>
- Katempa, Y., Mangesa, R. T., & Mappalotteng, A. M. (2019). *Evaluasi Penerapan Standardized Nursing Language (SNL) Berbasis Sistem Teknologi Informasi* [Universitas Negeri Makassar]. <http://eprints.unm.ac.id/17103/>
- Lee, T. T., Yeh, C. H., & Ho, L. H. (2002). Application of a computerized nursing care plan system in one hospital: Experiences of ICU nurses in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02242.x>
- Oliveira, S. C. de, Costa, D. G. de L., Cintra, A. M. de A., Freitas, M. P. de, Jordão, C. do N., Barros, J. F. S., Lins, R. L. B. dos S., & Frank, T. C. (2021). Telenfermagem na COVID-19 e saúde materna: WhatsApp® como ferramenta de apoio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/actape/2021AO02893>
- Piscotty, R. J., Kalisch, B., & Gracey-Thomas, A. (2015). Impact of Healthcare Information Technology on Nursing Practice. *Journal of Nursing Scholarship*. <https://doi.org/10.1111/jnu.12138>
- Rakhmawati, W. (2020). Is Telenursing A Solution For Managing The Impact Of Covid-19 On The Mental Health Of School-Aged Children? *Belitung Nursing Journal*, 6(5), 182–184. <https://doi.org/10.33546/bnj.1168>
- Sebetci, O., & Aksel, M. (2016). An Overview of the Studies of Health Information Systems in Turkey. *International Journal of Computer Sciences and Engineering*, 4(8), 100–106.
- Setiawan, H., Nantia Khaerunnisa, R., Ariyanto, H., & Anisa Firdaus, F. (2020). T

Profil Penulis

Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep



Penulis lahir di Pekanbaru, pada tanggal 05 November 1988. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Riau (jenjang S1) dan Universitas Andalas (jenjang S2) pada bidang ilmu keperawatan. Wanita yang kerap disapa Imel ini merupakan putri kedua dari pasangan Musnedi Husein (Papa) dan Almh Warti R (Mama). Istri dari Bapak Eko ini memiliki hobi membaca, menulis, nonton film dan memasak. Imelda saat ini berprofesi sebagai dosen keperawatan dalam departemen Keperawatan Dasar dan Dasar Keperawatan di salah satu Perguruan Tinggi Swasta di Bukittinggi. Sebagai seorang dosen, Ia aktif menulis beberapa artikel dalam bentuk publikasi ilmiah hasil penelitian dan mengikuti beberapa seminar ilmiah baik nasional maupun internasional yang berfokus pada bidang keperawatan dasar, manajemen keperawatan dan kualitas pelayanan di bidang keperawatan. Pada tahun 2020 lalu, Imel terpilih sebagai Dosen Berprestasi karena menjadi *best oral presenter* dalam seminar ilmiah internasional keperawatan bertajuk PINC 7 (*7th Padjajaran International Nursing Conference*) yang diadakan di Bandung.

Email Penulis: imelda.rahmayunia@fdk.ac.id

DOKUMENTASI ELEKTRONIK STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT

Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., Ns., M.Biomed

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Pendahuluan

Akreditasi RS adalah suatu pengakuan terhadap RS yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi atau komite Akreditasi Nasional (KARS) / *Indonesian Commission on Accreditation of Hospital and Other Health* (ICAHO) yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dengan dilakukannya akreditasi ini maka akan didapatkan gambaran seberapa jauh RS tersebut telah memenuhi berbagai standar yang telah ditentukan dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkesinambungan yang dapat dipertanggung jawabkan. (Permenkes no 23 .2017)

Rumah sakit yang telah terakreditasi biasanya akan lebih memperhatikan hak-hak pasien dalam proses pemberian pelayanan kesehatannya sesuai dengan standar yang telah ditentukan, karena akan dapat meningkatkan citra dan kepercayaan masyarakat pada RS serta dapat menjadi alat negoisasi pada pihak ketiga (asuransi perusahaan) dalam proses memberi pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi standar akreditasi tersebut, maka diperlukan dokumentasi yang akurat.

Dokumentasi adalah bentuk kegiatan atau proses sistematis dalam melakukan pencarian, pemakaian, penyelidikan, penghimpunan, dan penyediaan dokumen untuk memperoleh penerangan pengetahuan, keterangan, serta bukti dan juga menyebarkannya kepada pihak berkepentingan. Pemikiran tentang dokumentasi yang terkomputerisasi di buat dalam rangka memudahkan dan mempercepat pendokumentasian medis dan keperawatan.

Pendokumentasian berbasis elektronik sudah mulai dilakukan di Negara Negara berkembang seperti Indonesia. Salah satu contohnya adalah Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang merupakan integrasi antara prosedur, kebijakan dalam perangkat informasi secara sistematis guna mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu pada masyarakat. Dikeperawatan sudah mulai dilaksanakannya system informasi keperawatan, yang merupakan kombinasi antara ilmu keperawatan dan ilmu computer yang dirancanag untuk memudahkan manajemen dalam informasi yang berhubungan dengan pengetahuan tentang standar tentang dokumentasi, komunikasi,meningkatkan kualitas, efektifitas dan efisiensi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan serta mengidentifikasi, menentukan, mengelola, dan berkomunikasi data, informasi, dan kebijaksanaan dalam praktek keperawatan (ANA, 2014).

Tenaga keperawatan merupakan profesi yang paling besar dalam pelayanan di rumah sakit, pendokumentaian yang dulu dilakukan secara manual, saat ini sudah beralih ke dokumentasi elektronik dan terintegrasi dalam Record Pasien Elektronik (EPR) . Beberapa hasil pemanfaatan teknologi yang telah ada di bidang keperawatan khususnya di negara indonesia antara lain penerapan model DSS (Decision Support System) di ruang anak. Model DSS (Decision Support System) merupakan suatu sistem informasi manajemen dengan pendekatan antara pemecahan masalah dan komunikasi yang kapabel untuk pemecahan permasalahan dalam sistem semistruktur.

Sistem Informasi Kesehatan

System informasi kesehatan adalah suatu system informasi kesehatan yang sudah terkonsep dan terstruktur secara yang digunakan untuk memudahkan mengambil kebijakan yang bewawasan kesehatan dalam bentuk pengelolaan data dan informasi kesehatan di semua tingkat pemerintahan.

Tujuan dan manfaat dari system informasi kesehatan adalah

1. Merupakan substansidari sisitem kesehatan nasional (SKN) yang berguna untuk member informasi dan pengambilan keputusan di tia jejang administrasi kesehatan.
2. Dapat mentransfirmasikan data yang tersedia melalui pencatatan
3. Mempermudah pasien untuk melakukan pengobatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan
4. Mengontrol semua kegiatan di fasilitas kesehatan.

Tujuan Sistem informasi kesehatan di rumah sakit adalag sebagai berikut

1. Memantau indicator kegiatan penting di rumah sakit mulai penerimaan pasien, lama rawat, pemakaian tempat tidur, mortalitas, waktu tunggu dll)
2. Memantau kondisi financial rumahsakit (cost recovery)
3. Memantau pelaksanaan sisitem rujukan
4. Mengolah data
5. Mengirimkan laporan berkala ke Dinas kesehatan /pemerintahan
6. Memelihara bank data
7. Mengupayakan penggunaan data dan informasi untuk manajemen pasien di rumahsakit

Komponen pendukung sistem informasi kesehatan, Komponen (building block) sistem kesehatan tersebut adalah :

1. Pelaksanaan pelayanan kesehatan (Service delivery)
2. Produk medis, vaksin, dan teknologi kesehatan (Medical product, vaccine, and technologies)
3. Tenaga medis (Health worksforc)
4. Sistem pembiayaan kesehatan (Health system financin)

Dokumentasi Keperawatan

Menurut kozier (204) Dokumentasi keperawatan adalah laporan secara lisan, tulisan ataupun secara elektronik sebagai alat komunikasi perawat untuk menyampaikan informasi pasien kepada orang lain. Dokumentasi keperawatan ini merupakan bukti dari implementasi dalam memberikan asuhan keperawatan yang mempunyai nilai hukum, tanggung jawab dan tanggung gugat (Rimbun. R.L.2012)

Keberadaan perawat dalam memberikan pelayanan sangat dibutuhkan, keterampilan, dan sikap profesional termasuk kemampuan perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Kegiatan perawat tidak hanya merawat pasien saja, yang tak kalah penting juga adalah melengkapi dan melaksanakan dokumentasi keperawatan dan catatan medik yang terperinci karena ini merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang berguna untuk kepentingan pasien,

Standar yang ditetapkan oleh komisi akreditasi rumah sakit (KARS) bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan adalah $\geq 80\%$: terpenuhi, $20-80\%$; terpenuhi sebagian dan $\leq 20\%$: tidak terpenuhi (KARS, 2011). Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak dilakukan dengan lengkap dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat menilai sejauh

mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Yanti dan Warsito, 2013)

Dokumentasi keperawatan merupakan hal yang utama di pelayanan rumah sakit dan tidak bisa dipisahkan pada setiap pelayanan kesehatan. issue keperawatan yang paling utama pada masa sekarang ini dalam pemberian pelayanan keperawatan adalah proses pendokumentasian keperawatan yang berkualitas yang berbasis teknologi, yang bisa memberikan informasi kepada klien secara komprehensif (Perry&Poter, 2005) yang lebih dikenal dengan dokumentasi elektronik.

Undang undang no 19 tahun 2019 menjelaskan, dokumen Elektronik adalah setiap Informasi Elektronik yang dibuat, diteruskan, dikirimkan, diterima, atau disimpan dalam bentuk analog, digital, elektromagnetik, optikal, atau sejenisnya, yang dapat dilihat, ditampilkan, melalui Komputer atau Sistem Elektronik, termasuk tetapi tidak terbatas pada tulisan, suara, gambar, peta, rancangan, foto atau sejenisnya, huruf, tanda, angka, Kode Akses, simbol atau perforasi yang memiliki makna atau arti atau dapat dipahami oleh orang yang mampu memahaminya. Dokumentasi yang berbasis elektronik disamping bisa meningkatkan mutu sebuah pelayanan juga bisa digunakan kembali data datanya khususnya keperawatan, untuk meningkatkan manajemen keperawatan dan penelitian keperawatan

Computerized nursing documentation adalah suatu aplikasi keperawatan yang dikombinasikan dengan sistem komputer rumah sakit ke staf perawat. sehingga perawat dapat melakukan akses ke laboratorium, radiologi, fisioterapi, dan disiplin yang lain, seperti ahli gizi, occupational therapies (Olfah, 2016) semuanya ini harus disesuaikan dengan Standar akreditasi KARS.

Macam-Macam Dokumentasi Elektronik Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit

A. Sistem Pendokumentasian Keperawatan Elektronik
(*Computerized nursing documentation*)

Computerized nursing documentation adalah suatu aplikasi keperawatan yang dikombinasikan dengan sistem komputer rumah sakit ke staf perawat. sehingga perawat dapat melakukan akses ke laboratorium, radiologi, fisioterapi, dan disiplin yang lain, seperti ahli gizi, occupational therapies (Olfah, 2016) semuanya ini harus disesuaikan dengan Standar akreditasi KARS. Salah satu aplikasi system informasi yang banyak digunakan oleh Tenaga perawatan dirumah Sakit adalah *Informaation International Clasification for Nursing Practice* (ICPN). Aplikasi ini dirancang dengan menggunakan windows 2000 khusus untuk pendokumentasian keperawatan. Langkah langkah asuhan keperawatan pada aplikasi ini dirancang secara berurutan mulai dari pengkajian – diagnosa keperawatan-intervensi-implementasi dan evaluasi. Yang bisa disimpan sesuai dengan petunjuk. Cara kerja ICPN ini hampir sama dengan system dokumentasi lainnya

1. Manfaat utama dari dokumentasi berbasis komputer yaitu:
2. Standarisasi, pelaporan data klinik yang mudah dan cepat diakses
3. Kualitas, informasi klinik dan waktu perawat berfokus pada pemberian asuhan
4. Accessibility, legibility, mudah mendapat informasi klinik tentang semua pasien dan suatu lokasi

Keunggulan *International Clasification For Nursing Practice* (ICPN)

1. Memberikan kepuasan pada perawat : hal ini dikarenakan penggunaan komputer jauh lebih mudah dan hemat dibandingkan dengan kertas untuk dokumentasi
2. Dari segi waktu, proses penggunaan ICPN ini dapat lebih cepat dibandingkan proses manual

3. Tidak berbeda proses pendokumentasian karena juga berisi status kesehatan pasien dan tindakan keperawatan yang dilakukan
4. Rekam medis pasien akan tersaji dengan lengkap sehingga hal ini dapat menghemat tempat penyimpanan rekam medis di instansi rumah sakit
5. Dari sudut pandang instansi rumah sakit, penerapan sistem informasi ini dapat membantu organisasi dengan meningkatkan proses pendokumentasian, mengurangi biaya operasional, meningkatkan pendapatan, dan meningkatkan kepuasan bagipengguna teknologi informasi.

Kekurangan *International Clasification For Nursing Practice* (ICPN)

1. Dibutuhkan kesiapan dan motivasi perawat dalam penggunaan aplikasi karena penerimaan masing-masing perawat terhadap ICPN masih berbeda terutama yang sudah terbiasa dengan yang manual
2. Evaluasi dari sistem ini menunjukkan bahwa sistem ini hanya mendukung untuk penyimpanan data namun kurang mendukung dalam komunikasi dan kerja sama antar petugas kesehatan.
3. Bagi fasilitator yang kurang memahami proses keperawatan, dapat menghambat pemahaman mengenai penggunaan sistem tersebut
4. dapat mempengaruhi kesehatan karena seringnya perawat terpapar pada radiasi dari sistem yg digunakan.

Perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan menggunakan proses keperawatan cukup terbantu dalam proses dokumentasi dan menentukan diagnose keperawatan sudah dibantu oleh ICPN di mana di dalam servernya sudah ada diagnose dan beberapa

batasan karakteristik terkait yang dapat memudahkan perawat dalam proses pendokumentasian.

B. Decision Support System (DSS)

Decision Support System (DSS) merupakan suatu sistem informasi manajemen dengan pendekatan antara pemecahan masalah dan komunikasi yang kapabel untuk pemecahan permasalahan dalam sistem semistruktur dan membantu para pengambil keputusan mengorganisasi informasi yang menghasilkan suatu model. Dalam system ini diterapkan rancangan komponen teknologi yang dibutuhkan dalam membangun DSS efektif yaitu rancangan kapabilitas perangkat keras dan perangkat lunak bagi manajemen dialog. yang memberi sarana interface (antarmuka) antara pemakai dengan DSS. Beberapa jenis gaya dialog yang dimaksudkan antara lain : Dialog tanya jawab, Dialog Perintah, Dialog Menu, Dialog form masukkan /keluaran, dan Dialog Masukan dalam Konteks Keluaran

Saat ini, telah banyak ditawarkan aplikasi DSS yang bekerja dalam infrastruktur jaringan (LAN, WAN, Intranet, Internet, dsb.). Beberapa manajer pengambil keputusan dihubungkan dengan bagian yg ada di unit pelayanan melalui jaringan komputer, saling mempertukarkan data dan informasi untuk keperluan pengambilan keputusan. Bahkan sudah ada DSS yang dilengkapi dengan expert system, sehingga keputusan bisnis secara langsung dapat dilakukan oleh komputer, tanpa campur tangan manusia.

Di unit pelayanan kesehatan desain program yang tsudah di rancang sesuai kebutuhan akan memudahkan perawat dalam menginput kegiatan yang dilakukan sesuai prinsip perawatan pasien. Pengaturan jadwal dinas perawat juga bisa diatur dengan segera jika salah seorang perawat tidak hadir bertugas pada saat itu. Untuk memotivasi perawat dalam bertugas sistem reward harus ditegakkan. Data

yg terkait dengan reword yang diberikan sudah bisa diprogramkan dalam aplikasi ini

Kelebihan DSS

Model DSS dapat memudahkan perawat dalam menginput kegiatan dengan mudah dan cepat yang dilakukan sesuai dengan prinsip perawatan pasien, termasuk desain program yang terkait dengan jadwal dinas perawat.

Kekurangan DSS

Dalam pengoperasian sistem ini belum semua perawat yang memahaminya sehingga memerlukan pelatihan terlebih dahulu serma harus memiliki pemahan yg dalam dengan komponen yang ada di dalam aplikasinya. Selain itu model DSS membutuhkan dana yang cukup mahal untuk mendapatkan software dari teknologi DSS ini sendiri. Dalam hal ini perawat bisa memainkan perannya sebagai Pendidik Keperawatan, Pengelola Keperawatan, Peneliti Keperawatan, Pelaksana Pelayanan Keperawatan

C. Electronic Health Record (HER)

Electronic Health Record (HER) merupakan suatu kegiatan mengkomputerisasikan isi rekam kesehatan dan proses yang berhubungan dengan kesehatan. Atau lebih sering disebut dengan catatan elektronik komprehensif dari informasi kesehatan pasien. HER ini merupakan integrasi beberapa database informasi kesehatan yang meliputi demografi pasien, catatan kemajuan, masalah, obat, tanda vital, riwayat medis masa lalu, imunisasi, data laboratorium, dan laporan radiologi.

Kriteria dari EHR ini adalah: Mengintegrasikan data dari berbagai sumber, Mengumpulkan data pada titik pelayanan, Mendukung pemberi pelayanan dalam pengambilan keputusan. Komponen komponen yang tergabung kedalam HER ini biasanya adalah Data pasien, Dukungan keputusan, Pemasukan perintah, Akses sumber pengetahuan, Dukungan komunikasi

Dalam aplikasi EHR ini peran perawat yang paling nyata adalah sebagai fasilitator ataupun sebagai narasumber untuk proses pengambilan keputusan. memberikan izin dan persetujuan bagi pasien yang ingin mengetahui kondisi status kesehatannya, serta menyetujui dan memberikan izin dalam pelaksanaan tindakan medis dan tindakan keperawatan.

Selanjutnya dalam penggunaan HER dapat membantu perawat untuk berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya dan juga dengan pasien beserta keluarganya sehingga apa yang menjadi kebutuhan pasien akan cepat terpenuhi, sehingga nantinya pelayanan langsung yang diberikan oleh perawat tetap bisa menggunakan pendekatan proses keperawatan. Untuk itu maka perlu kiranya dipersiapkan supaya program ini bisa berjalan sesuai dengan yang diinginkan seperti:

1. Kesiapan Hardware dan Software
2. Operator di semua bagian HER yang sudah mendapatkan pelatihan
3. Sarana dan Prasarana yang memadai, sesuai dengan standart dan kebutuhan
4. Pengaturan keamanan yang adekuat
5. Penggantian kata samdi atau password secara periodic, untuk menghindari proses pencurian data

Manfaat dari HER ini antara lain

1. Meningkatkan aksesibilitas, ketepatan waktu, dan kelengkapan informasi pasien, sehingga bisa meningkatkan kualitas pelayanan pasien
2. Komunikasi dengan tenaga kesehatan lain akan semakin gampang dilakukan karna bisa dilakukan melalui komputer saja disamping itu pendokumentasian data pasien bisa dijamin kelengkapannya karena sudah langsung diinput

3. meningkatkan otonomi perawat, rasa profesionalisme, dan accountability
- D. Smart Card Based Integrated Electronic Health Record System For Clinical Practice (IEHRS)

Smart based integrated merupakan sebuah alat dengan penggunaan yang lebih efisien dan aman, data yang mudah diakses, fasilitas lebih mengarah pada proses implementasi yang sangat luas pada sebuah dirumah sakit. Pengembangan sistem ini lebih dikenal dengan sebutan sistem catatan kesehatan elektronik terpadu (IEHRS). Pada kartu, berisikan tentang data pribadi dan informasi kesehatan pasien.

Data pribadi yang disimpan terkait dengan identitas pasien secara terperinci. Sedangkan untuk informasi kesehatan pasien adalah penyakit kronis atau penyakit penting pasien yang berisikan dengan tanggal diagnosis, penggunaan obat secara permanen dengan dosis tertentu, alergi, imunisasi dengan tanggal pemberian, operasi bedah termasuk tanggal operasi, nama klinik, dan ringkasan informasi penting. Pemeriksaan terakhir pasien dan informasi resep juga disimpan dalam kartu.

Fungsi utama dari perangkat IEHRS adalah sebagai media untuk beroperasi sebagai perangkat medis pra , screening atau diagnostik. Tahap pertama daftar empat jenis data medis harus diukur dengan perangkat. Tekanan darah, glukosa darah, Pulse Oxymeter dan klinis analyzer. Sementara untuk tahap kedua sistem komputer akan membaca data dari perangkat medis ini kemudian menyimpannya dalam database pasien tertentu. Dan tahap ketiga data yang disimpan akan ditransfer ke Smart Card.

Sistem IEHRS ini memiliki desain yang dibatasi dimana *smart card* hanya berlaku sebagai kartu laporan portabel kesehatan saja. Laporan IEHRS ini dapat dianggap sebagai otomatisasi kesehatan yang kuat dengan integrasi penggunaan kartu pintar kedalam sistem informasi rumah sakit yang ada. Untuk masa yang akan datang IEHRS ini akan

diintegrasikan dengan kapasitas yang lebih tinggi untuk menyediakan penyimpanan data inspeksi dan resep yang lebih dari satu kartu dan menyederhanakan proses pemeriksaan dokter.

Keuntungan

1. Keamanan data sangat terjaga
2. Informasi pribadi dan informasi kesehatan umum tentang pasien yang dimuat ke kartu smart milik pasien akan bisa diketahui /didapatkan dengan lengkap
3. Akurasi, kualitas perawatan pasien, mengurangi biaya dan efisien semakin meningkat
4. bisa dengan cepat diakses fasilitas mengarah pada implementasi yang sangat luas dirumah sakit karena Penggunaannya sangat efisien dan mudah
5. Dapat dibawa dimana saja dan kapan saja

Kekurangan

Kekurangan dari system ini adalah adanya kemungkinan terjadi error yang menyebabkan kehilangan data secara tiba-tiba, baik itu karena kesalahan teknis maupun karena virus.

Kemungkinan diterapkan di Indonesia

Memang banyak manfaat yang dapat diambil dari teknologi ini, namun proses administrasi yang rumit dan kualitas sumber daya manusia menjadi kendala utama. Dari segi konsumen atau pasien, Biaya yang sedikit lebih tinggi juga berpengaruh terhadap minat masyarakat untuk menggunakan kartu ini, karena bagi sebagian masyarakat daripada uang dihabiskan untuk mengurus kartu yang belum tentu mereka dapat memanfaatkan secara optimal, lebih baik untuk mengisi perut saja.

Daftar Pustaka

- Permenkes RI No 34 Tahun 2017 tentang *Akreditasi Rumah Sakit*
- Undang undang no 19 tahun 2019
- Rimbun. R.L.(2012) *Penerapan Dokumentasi elektronik dalam praktek keperawatan sebagai aplikasi dari teknologi informasi keperawatan*, FKUI.2012
- Ellingen,G.& Munkovold, G (2007) *Infrastruktur arrangements for integrated care: Implementating an electronic nursing plan in a psyhogeriatric ward. International journal of integrated care- Vol.7.16 Mai 2007*
- Ferry & Poter .(2021) *Fundamental of Nursing: concepts, process and practice* , edisi 10, alih bahasa asih M.dkk Jakarta RGC
- ANA. (2014). *Nursing informatics: Scope and standards of practice*. (2nd ed.). New York: American Nurses Association.
- Olfah,Yustiana. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : Kemkes RI.
- Astri dan N.Y Sari. (2018). *Metode Pendokumentasian Elektronik dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Keperawatan*. Jurnal Kesehatan Vol 9(3), 497-501.
- Yanti I R dan Warsito E B (2013) *Hubungan karakteristik perawat, motivasi, dan suvervisi dengan kualitas dokumentasi proses asuhan keperawatan*
- KARS. (2012). *Penilaian Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta

Profil Penulis



Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., Ns., M.Biomed

Dilahirkan di Kuok pada tanggal 30 September 1976 adalah pengajar di Fakultas Ilmu kesehatan prodi Sarjana Keperawatan di Universitas pahlawan tuanku Tambusai Riau, alumni Pendidikan D.III keperawatan di Akper Mercubaktijaya padang tahun 1998, Sarjana keperawatan di Stikes Tuanku Tambusai Bangkinang pada tahun 2009 dan Magister Biomedik di Universitas andalan padang pada tahun 2013. Disamping sebagai tenaga pendidik juga aktif dalam proses manajemen laboratorium Universitas pahlawan tuanku tambusai, yang pada saat ini sudah mulai menggunakan sistem digital. Walaupun bukan perawat manajemen, tapi sangat tertarik dalam prose elektronik keperawatan.

Email Penulis: nenengkuok76@gmail.com

MANAJEMEN KONFLIK, KOLABORASI, DAN NEGOSIASI

Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.

STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Konflik

1. Definisi Konflik

Konflik adalah keadaan ketidakharmonisan atau adanya perbedaan pandangan yang terjadi pada beberapa orang (Murray, 2017). Konflik biasanya terjadi jika terdapat suatu perbedaan atau ketidaksepakatan antar individu atau kelompok yang disebabkan perbedaan tujuan, perbedaan pendapat tentang harapan perilaku dan sejenisnya (Robbins, S.P & Timothy, 2016).

Menurut Shetach, A. (2012), konflik adalah adanya perselisihan yang terjadi ketika tujuan, keinginan, dan nilai bertentangan terhadap individu atau kelompok. Konflik merupakan kondisi alami yang tidak terhindarkan dalam organisasi karena adanya perbedaan keinginan, perasaan, pikiran, perilaku atau tindakan dan bersifat internal dan eksternal (Huber, 2010). Konflik dapat terjadi pada individu itu sendiri, antar individu serta antar kelompok di sebuah organisasi. Selain itu, konflik bersifat dinamis dan tidak hilang, namun hanya bisa dikelola (Murray, 2017).

2. Teori Konflik

a. Taylor (1856-1915)

Teori ini menyatakan bahwa suatu organisasi akan meningkat jika prinsip-prinsip manajemen ilmiah diterapkan. Taylor secara khusus menegaskan bahwa konflik antara tenaga kerja dan manajemen akan hilang jika menerapkan beberapa prinsip-prinsip sebagai berikut :

- 1) Penentuan hari kerja yang adil
- 2) Seleksi ilmiah dan pengembangan staf
- 3) Staf bekerja sesuai tugasnya masing-masing
- 4) Kerja sama manajer dan staf yang konstan dan intim
- 5) Penyediaan sarana
- 6) Pengembangan struktur organisasi (Afzalur, 2011).

b. Fayol (1841-1925)

Pendekatan yang dikembangkan oleh Fayol ini lebih luas dan sistematis daripada teori sebelumnya oleh Taylor. Fayol mengungkapkan bahwa keharmonisan, kerjasama, dan untuk menekan atau menghilangkan konflik di antara anggota organisasi memerlukan fungsi manajerial, seperti perencanaan, pengorganisasian, komunikasi, koordinasi, dan kontrol yang berlaku. Selain itu, beberapa prinsip organisasi seperti persatuan perintah, rentang kendali, pembagian pekerjaan dengan struktur organisasi dan garis wewenang serta pembagian kerja yang jelas dapat menghilangkan konflik (Afzalur, 2011).

c. Weber (1868-1933)

Teori ini mengusulkan struktur organisasi birokrasi yang merupakan bentuk organisasi paling efisien. Organisasi birokrasi harus mengikuti prinsip :

- 1) Hirarki otoritas yang didefinisikan dengan baik
- 2) Pembagian kerja berdasarkan spesialisasi fungsional
- 3) Sistem peraturan yang mencakup hak dan kewajiban karyawan
- 4) Sistem prosedur untuk menangani situasi kerja
- 5) Impersonalitas dalam hubungan interpersonal
- 6) Pemilihan dan promosi karyawan sesuai kompetensi (Afzalur, 2011)

d. Follet (1868-1933)

Teori ini menyatakan bahwa terdapat kemajuan individu dalam hal spiritual dan lebih berkembang ketika konflik semakin meningkat. Teori ini menganjurkan perlunya metode integratif (pemecahan masalah) untuk mengelola konflik dalam organisasi dan percaya bahwa metode lain seperti penindasan, penghindaran, dominasi keuangan dan kompromi tidak efektif dalam menangani konflik (Afzalur, 2011).

3. Sumber Konflik

Menurut Robbins (2008), konflik muncul karena ada kondisi yang melatarbelakangi (*antecedent conditions*). Kondisi tersebut, yang disebut juga sebagai sumber terjadinya konflik, terbagi dari tiga kategori, yaitu : komunikasi, struktur, dan variabel pribadi.

a. Komunikasi

Komunikasi verbal atau komunikasi non-verbal dapat menyebabkan konflik negatif. Komunikasi merupakan penyebab utama konflik interpersonal baik dalam bentuk gosip, kritikan, penggunaan bahasa yang kasar dan penggunaan komentar yang merendahkan orang lain. Selain itu, kurangnya komunikasi dapat menyebabkan

konflik interpersonal ataupun konflik dalam satu tim (Patton, 2014).

b. Faktor Struktural

Menurut Omisore & Abiodun (2014), faktor struktural yang dapat menjadi sumber konflik terdiri atas beberapa faktor sebagai berikut :

1) Spesialisasi

Staf cenderung menjadi spesialis dalam pekerjaan tertentu atau mendapatkan pengetahuan umum tentang banyak tugas. Jika sebagian besar staf dalam suatu organisasi adalah spesialis, itu dapat menyebabkan konflik karena mereka memiliki sedikit pengetahuan tentang tanggung jawab pekerjaan masing-masing.

2) Sumber daya umum

Dalam banyak situasi kerja, kita harus berbagi sumber daya. Semakin langka sumber daya dalam organisasi, semakin besar peluang untuk situasi konflik. Sumber daya dapat mencakup uang, persediaan, orang atau informasi.

3) Perbedaan sasaran

Dalam hal ini, konflik dapat terjadi karena dua orang memiliki tujuan yang berbeda.

4) Saling ketergantungan

Konflik lebih cenderung meningkat ketika terjadi saling ketergantungan tugas antar anggota tim.

5) Hubungan otoritas

Manajer yang sangat ketat sering memiliki konflik dengan staf. Terkadang orang mencoba terlibat dalam konflik untuk meningkatkan kekuatan atau status mereka dalam suatu organisasi.

6) Peran dan harapan

Peran mencakup elemen-elemen seperti jabatan, rincian tugas, dan kesepakatan antara anggota dengan organisasi. Konflik antara manajer dan staf dapat terjadi ketika peran staf tidak ditentukan dengan jelas dan masing-masing pihak memiliki pemahaman yang berbeda tentang peran itu. Selain banyaknya peran dalam organisasi, perawat yang memiliki peran ganda antara keluarga dan pekerjaan sering berbenturan menimbulkan konflik. Sedangkan harapan berkaitan dengan gaji atau reward untuk staf.

c. Faktor Pribadi

Kepribadian atau nilai-nilai yang dianut seseorang yang berbeda-beda juga mampu menghadirkan konflik dalam suatu organisasi. Kenyataan menunjukkan bahwa tipe kepribadian tertentu, misalnya, individu yang otoriter, dogmatik, dan menghargai rendah orang lain, merupakan sumber konflik yang potensial.

4. Jenis Konflik

Jenis konflik yang dapat terjadi dalam organisasi dapat dikategorikan menjadi empat kategori, sebagai berikut :

a. Berdasarkan jenis penyebabnya

Menurut para peneliti dalam Robbins, S.P & Timothy (2016), konflik dikategorikan menjadi tiga yaitu :

- 1) Konflik tugas : berkaitan dengan konten dan tujuan pekerjaan.
- 2) Konflik hubungan : berfokus pada hubungan interpersonal.
- 3) Konflik proses : tentang bagaimana pekerjaan diselesaikan.

b. Berdasarkan manfaatnya

Berdasarkan manfaatnya Robbins, S.P & Timothy (2016), konflik dibedakan menjadi dua yaitu :

- 1) Konflik fungsional yaitu konflik yang mendukung tujuan kelompok dan meningkatkan kinerja.
- 2) Konflik disfungsional yaitu konflik yang menghambat kinerja kelompok. Konflik ini berpotensi mempengaruhi kualitas perawatan pasien, kepuasan kerja dan kesejahteraan anggota.

c. Berdasarkan pihak yang terlibat

Menurut Marquis dan Huston (1998), konflik berdasarkan pihak yang terlibat dibedakan menjadi :

1) Konflik Intrapersonal

Konflik intrapersonal adalah konflik internal atau konflik yang berasal dari dalam diri seseorang yang dihadapkan dengan masalah atau situasi yang menciptakan rasa tidak nyaman di dalam dirinya.

2) Konflik Interpersonal

Konflik interpersonal atau konflik antar pribadi yang terjadi ketika ada perselisihan antara atau di antara dua orang atau lebih dan umumnya terjadi di tempat kerja karena adanya perbedaan nilai, etika, tujuan, kepercayaan, atau prioritas.

3) Konflik Intra kelompok

Konflik ini terjadi ketika seseorang didalam kelompok melakukan kerja berbeda dari tujuan, dengan contoh ketika seorang perawat tidak mendokumentasikan rencana tindakan perawatan pasien sehingga akan mempengaruhi kinerja perawat lainnya dalam satu tim.

4) Konflik Antar Kelompok

Konflik ini dapat timbul ketika masing-masing kelompok bekerja mencapai tujuan kelompoknya. Sumber konflik jenis ini adalah hambatan dalam mencapai kekuasaan dan otoritas (kualitas jasa layanan), keterbatasan prasarana.

Manajemen Konflik

1. Definisi

Manajemen konflik adalah proses perencanaan untuk menghindari kemungkinan konflik dan untuk menangani konflik yang terjadi dengan cara mengidentifikasi penyebab, pengaruh, jenis konflik. Konflik dapat positif jika manajemen konflik dikelola dengan baik. Manajemen konflik bertujuan untuk menghasilkan resolusi konflik yang cepat dan efektif efisien sehingga ada perasaan puas dan kembali ke keadaan semula dari orang yang berkonflik tersebut (Wirawan, 2013).

2. Strategi Penyelesaian Konflik

Menurut (Bowditch dan Buono, 1994 dalam Nursalam, 2015), strategi penyelesaian konflik dapat dibedakan menjadi enam, sebagai berikut :

a. Kompromi atau negosiasi

Suatu strategi penyelesaian konflik dimana semua yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama. Penyelesaian strategi ini sering diartikan sebagai *lose-lose solution*. Kedua pihak yang terlibat saling menyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat.

b. Kompetisi

Strategi ini dapat diartikan sebagai *win-lose solution*. Penyelesaian ini menekankan hanya ada satu orang atau satu pihak yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah. Akibat negatif

dari strategi ini adalah kemarahan, putus asa, dan keinginan untuk perbaikan di masa mendatang.

c. Akomodasi

Istilah lain yang sering digunakan adalah *cooperative solution*. Konflik ini berlawanan dengan kompetisi. Pada strategi ini, seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan, dan memberi kesempatan pada orang lain untuk menang. Pada strategi ini, masalah utama yang terjadi sebenarnya tidak terselesaikan. Strategi ini biasanya digunakan dalam politik untuk merebut kekuasaan dengan berbagai konsekuensinya.

d. *Smoothing*

Teknik ini merupakan penyelesaian konflik dengan cara mengurangi komponen emosional dalam konflik. Pada strategi ini, individu yang terlibat dalam konflik berupaya mencapai kebersamaan daripada perbedaan dengan penuh kesadaran dan introspeksi diri. Strategi ini bisa diterapkan pada konflik yang ringan, tetapi tidak dapat dipergunakan pada konflik yang besar, misalnya persaingan pelayanan atau hasil produksi.

e. 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, atau perlu orang ketiga dalam menyelesaikannya, atau jika masalah dapat terselesaikan dengan sendirinya.

f. Kolaborasi

Strategi ini merupakan strategi *win-win solution*. Dalam kolaborasi, kedua pihak yang terlibat

menentukan tujuan bersama dan bekerja sama dalam mencapai suatu tujuan. Oleh karena kedua pihak yakin akan tercapainya suatu tujuan yang telah ditetapkan. 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.

Kolaborasi

1. Definisi

Kolaborasi adalah hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang respektif mereka. Praktik keperawatan kolaboratif menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi (Siegler & Whitney, 2000 dalam Nursalam, 2015).

Kolaborasi menurut Asosiasi Perawat Amerika (ANA, 1992), adalah hubungan kerja diantara tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada klien. Kegiatan yang dilakukan meliputi diskusi tentang diagnosa, kerjasama dalam asuhan kesehatan saling berkonsultasi atau komunikasi serta masing-masing bertanggung jawab pada kepercayaannya (Sumijatun, 2011).

Definisi kolaborasi dapat disimpulkan yaitu hubungan kerja sama antara perawat dan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien yang didasarkan pada pendidikan dan kemampuan praktisi yang memiliki tanggung jawab dalam pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan.

2. Manfaat

Kolaborasi dilakukan dengan beberapa alasan sebagai manfaat dari kolaborasi yaitu antara lain :

- a. Sebagai pendekatan dalam pemberian asuhan keperawatan, dengan tujuan memberikan kualitas pelayanan yang terbaik bagi pasien.
- b. Sebagai penyelesaian konflik untuk menemukan penyelesaian masalah atau isu.
- c. Memberikan model yang baik untuk riset kesehatan.

3. Nilai Dasar Dalam Kolaborasi

Menurut Hassan (2011), implementasi kolaborasi mencakup nilai-nilai dasar yang perlu diperhatikan meliputi :

a. Keterampilan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi sangat penting dalam meningkatkan kolaborasi karena memfasilitasi berbagai pengertian individu (Kemenkes, 2012). Komunikasi yang efektif adalah kemampuan dalam menyampaikan pesan dan informasi dengan baik, menjadi pendengar yang baik dan keterampilan menggunakan berbagai media. Thomas Leech, menyatakan bahwa untuk membangun komunikasi yang efektif, harus menguasai empat keterampilan dasar dalam komunikasi, yaitu membaca, menulis, mendengar, dan berbicara (Simamora, 2013).

b. Saling Menghargai dan Rasa Percaya

Saling menghargai terjadi saat dua orang atau lebih menunjukkan atau merasa terhormat atau berharga terhadap satu sama lain dan rasa percaya terjadi saat seseorang percaya terhadap tindakan orang lain. Pentingnya menghargai satu sama lain adalah sebagai berikut :

- 1) Dapat mengurangi perbedaan status professional.

- 2) Meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja.
- 3) Meningkatkan pembagian informasi diantara profesi.
- 4) Menerima kontribusi profesi lain.
- 5) Sebagai advokasi evaluasi kritis penampilan kerja diantara anggota tim.
- 6) Mempermudah pengambilan keputusan bersama.
- 7) Meningkatkan tanggung jawab dan tanggung gugat dalam bekerja.

c. Memberi dan Menerima Umpan Balik

Salah satu yang dihadapi para professional adalah memberi dan menerima umpan balik pada saat yang tepat, relevan, dan membantu untuk dan dari satu sama lain, dan klien mereka. Umpan balik yang positif dicirikan dengan gaya komunikasi yang hangat, perhatian, dan penuh penghargaan.

d. Pengambilan Keputusan

Proses pengambilan keputusan ditingkat tim mencakup pembagian tanggung jawab untuk hasil. Jelasnya, untuk menciptakan suatu solusi, tim tersebut harus mengikuti tiap langkah proses pengambilan keputusan yang dimulai dengan definisi masalah yang jelas.

e. Manajemen Konflik

Konflik peran dapat terjadi dalam situasi apapun di tempat individu bekerjasama. Konflik peran muncul saat seseorang diharapkan melaksanakan peran yang bertentangan atau tidak sesuai dengan harapan.

4. Proses Kolaborasi

Proses kolaborasi antara perawat dengan dokter menentukan kualitas praktik kolaborasi. Proses kolaborasi terdapat beberapa indikator yaitu :

a. Kontrol Kekuasaan

Kontrol kekuasaan dapat terbina apabila dokter dan perawat mendapat kesempatan yang sama untuk mendiskusikan pasien tertentu. Kemitraan terbentuk apabila interaksi yang diawali sama banyaknya dengan yang diterima dimana terdapat beberapa kategori antara lain : menanyakan informasi, memberikan informasi, menanyakan dan memberi pendapat, memberi pengarahan atau perintah, pengambilan keputusan, memberi pendidikan, memberi dukungan/persetujuan, menyatakan tidak setuju, orientasi dan humor.

b. Lingkungan Praktik

Menunjukkan kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pihak. Perawat dan dokter memiliki bidang praktik yang berbeda dengan peraturan masing-masing tetapi tugas-tugas tertentu dibina yang sama.

c. Kepentingan Bersama

Kepentingan bersama merupakan tingkat ketegasan masing-masing (usaha untuk memuaskan kepentingan sendiri) dan faktor kerjasama (usaha untuk memuaskan pihak lain).

d. Tujuan Bersama

Tujuan bersama pada proses ini bersifat lebih terorientasi pada pasien dan dapat membantu menentukan bidang tanggung jawab yang berkaitan dengan prognosis pasien.

Negosiasi

1. Definisi

Negosiasi pada umumnya sama dengan kolaborasi. Pada organisasi, negosiasi juga diartikan sebagai sebuah pendekatan yang kompetitif (Marquis dan Huston, 1998 dalam Nursalam, 2015). Negosiasi sering dirancang sebagai suatu strategi

menyelesaikan konflik dengan pendekatan kompromi. Selama negosiasi berlangsung, berbagai pihak yang terlibat menyerah dan lebih menekankan untuk mengakomodasi perbedaan-perbedaan antara keduanya.

Menurut Smeltzer (1991) dalam Nursalam (2012) mengidentifikasi dua tipe dasar negosiasi, yakni kooperatif (setiap orang menang), dan kompetitif (hanya satu orang menang). Satu hal yang penting dalam negosiasi adalah apakah ada salah satu atau kedua pihak menghendaki adanya perubahan hubungan yang berlangsung dengan meningkatkan hubungan yang lebih baik. Meskipun dalam negosiasi ada pihak yang menang dan kalah, sebagai negosiator penting untuk memaksimalkan kemenangan kedua pihak untuk mencapai tujuan bersama, meminimalkan kekalahan dengan membuat pihak yang kalah tetap dapat tujuan bersama, dan membuat kedua belah pihak merasa puas terhadap hasil negosiasi.

Terdapat tiga kriteria yang harus dipenuhi sebelum manajer setuju untuk memulai proses negosiasi, yaitu : masalah harus dapat dinegosiasikan, negosiator harus tertarik terhadap *"take and give"* selama proses negosiasi, dan mereka harus saling percaya (Smeltzer, 1991 dalam Nursalam, 2015).

2. Langkah-Langkah Sebelum Negosiasi

Langkah-langkah yang harus dilakukan sebelum melaksanakan negosiasi adalah sebagai berikut (Nursalam, 2015) :

- a. Mengumpulkan informasi tentang masalah sebanyak mungkin. Oleh karena pengetahuan adalah kekuatan, semakin banyak informasi yang didapat, maka semakin besar kemungkinan untuk menawarkan negosiasi.
- b. Di mana manajer harus memulai. Oleh karena tugas manajer adalah melakukan kompromi, maka mereka harus memilih tujuan yang utama.

Tujuan tersebut sebagai masukan dari tingkat bawah.

- c. Memilih alternatif yang terbaik terhadap sarana dan prasarana. Efisiensi dan efektifitas penggunaan waktu, anggaran, dan pegawai yang terlibat perlu juga diperhatikan oleh manajer.
- d. Mempunyai agenda yang disembuyikan. Agenda tersebut adalah agenda negosiasi alternatif yang akan ditawarkan jadi negosiasi tidak dapat disepakati.

3. Strategi Negosiasi

Ada beberapa strategi dan cara yang perlu dilaksanakan dalam menciptakan kondisi yang persuasif, asertif, dan komunikasi terbuka selama negosiasi berjalan (Smeltzer, 1991 dalam Nursalam, 2015). Strategi negosiasi adalah sebagai berikut :

- a. Pilih fakta-fakta yang rasional dan berdasarkan hasil penelitian.
- b. Dengarkan dengan seksama, dan perhatikan respon non verbal yang nampak.
- c. Berpikirlah positif dan selalu terbuka untuk menerima semua alternatif informasi yang disampaikan.
- d. Upayakan untuk memahami pandangan apa yang disampaikan lawan bicara anda. Konsentrasi dan perhatikan, tidak hanya memberikan persetujuan.
- e. Selalu diskusikan tentang konflik yang terjadi. Hindarkan masalah-masalah pribadi pada saat negosiasi.
- f. Hindari menyalahkan orang lain atas konflik yang terjadi.
- g. Jujur

- h. Usahakan bersikap bahwa anda memerlukan penyelesaian yang terbaik.
- i. Jangan langsung menyetujui solusi yang ditawarkan, tetapi berpikir, dan mintalah waktu untuk menjawabnya.
- j. Jika kedua belah pihak menjadi marah atau Lelah selama negosiasi berlangsung, istirahatlah sebentar.
- k. Dengarkan dan tanyakan tentang pendapat yang belum begitu anda pahami.
- l. Bersabarlah dalam melakukan negosiasi.

Daftar Pustaka

- Hassan, B., Maqsood, A., & Muhammad, N. R. (2011). *Relationship between organizational communication climate and interpersonal conflict management style. Pakistan Journal of Psychology*, 42(2), 23-41.
- Huber, D. L. (2010). *Leadership and Nursing Care Management ed. 4. Maryland Heights: Saunders/Elsevier.*
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (1998). *Management Decision Making 124 Case Studies. Third Edition.* New York : Lippincott-Raven.
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2010). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Teori dan Aplikasi. Edisi 4.* Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional.* Jakarta : Salemba Medika.
- Robbins, S.P. (2008). *Perilaku Organisasi. Buku 2.* Jakarta : Salemba Empat.
- Shetach, A. (2012). *Conflict leadership: Navigating toward effective and efficient team outcomes. The Journal for Quality and Participation*, 35(2), 25-30.
- Simamora, R. (2013). *Manajemen keperawatan.* Jakarta. EGC
- Smeltzer, C. (1991). *The Art of Negotiation: an Everyday Experience". Journal Nurs Administration.* (21 7/8: 26-30)
- Sumijatun. (2010). *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional.* Jakarta: CV. Trans Info Media.

Profil Penulis



Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lulus pendidikan Sarjana Keperawatan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta pada tahun 2014, kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners di kampus yang sama dan lulus pada tahun 2015. Pada tahun 2019 penulis menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan peminatan Manajemen Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di program studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Guna Bangsa Yogyakarta. Penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Manajemen Keperawatan, dan merupakan tim dosen pengampu stase Manajemen Keperawatan pada tahap Pendidikan Profesi Ners. Ketertarikan penulis terhadap ilmu Manajemen Keperawatan kemudian yang menjadi motivasi penulis untuk terlibat dalam penulisan buku ajar Manajemen Keperawatan ini. Pengalaman menulis beberapa buku yang di publikasikan dan terdaftar HKI di antaranya adalah Modul Pelatihan *Discharge Planning* pada Pasien Gagal Jantung Kongestif tahun 2019; Modul Praktikum Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kerja dalam Keperawatan tahun 2020; Panduan Penyusunan *Literatur Review* tahun 2021. Beberapa karya ilmiah berupa riset keperawatan yang telah di publikasikan di antaranya Pelatihan *Discharge Planning* untuk Menurunkan Kejadian Rehospitalisasi pada Pasien Gagal Jantung Kongestif tahun 2019; Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat dalam Pelaksanaan Program *Patient Safety* tahun 2020; *Correlations Knowledge and Attitudes of Nurse Behaviour in Medical Waste Disposal in Inpatient Ward* tahun 2021.

Email Penulis: jejenni09@gmail.com

KEPEMIMPINAN KLINIS PERAWAT DI PELAYANAN KESEHATAN

Wiwit Febrina, S.Kep., Ns., M.Kep

Universitas Fort De Kock Bukittinggi

Pendahuluan

Manajemen keperawatan klinik akan berjalan dengan efektif tidak terlepas dari peran kepemimpinan dan manajemen yang terintegrasi. Komponen kepemimpinan dan fungsi manajemen melekat dalam semua fase pada proses manajemen. Untuk itu perlu kompetensi dasar yang harus dimiliki oleh kepemimpinan klinis perawat yaitu membangun komunikasi dan relasi, pengetahuan tentang lingkup perawatan kesehatan, kepemimpinan, profesionalisme dan manajemen strategi (Marquis & J, 2017)

Peran perawat sebagai salah satu praktisi dituntut untuk mampu berpartisipasi dalam kegiatan kepemimpinan. Dalam mewujudkan kepemimpinan klinis perawat yang efektif perlu didukung dengan kerjasama antara tim dalam pelayanan kesehatan. Sehingga keperawatan yang profesional dapat berkontribusi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan melahirkan pelayanan keperawatan yang unggul (Swanwick & McKimm, 2011).

Perkembangan terbaru di *National Health Service (NHS)* Inggris, organisasi perawatan kesehatan terbesar di dunia, digunakan sebagai ilustrasi tentang bagaimana teori telah menginformasikan pengembangan kepemimpinan klinis. Peran perawat dalam hal ini

dikembangkan dalam mencari solusi terkait isu-isu serta tantangan terhadap mutu pelayanan dan keselamatan dari kompleksitas asuhan keperawatan, kemajuan bidang teknologi dan sistem kesehatan yang selalu berubah (Secretary of State for Health, 2012).Menjadi pemimpin dalam profesi kesehatan sangat penting dalam keberlanjutan pelayanan keperawatan. Pemimpin keperawatan klinis ditantang untuk mampu berfikir kritis dalam memecahkan berbagai permasalahan dalam pelayanan kesehatan. Pemimpin membuat keputusan kunci yang mungkin memiliki konsekuensi, yang dapat berdampak terhadap kehidupan pasien. Secara khusus, kepemimpinan dalam keperawatan klinis adalah keterampilan mendasar yang memungkinkan perawatan kesehatan menjadi navigator sistem perawatan kesehatan yang kompleks dan terus berubah secara efektif dalam memecahkan masalah dan membuat keputusan yang terkait dengan masalah mulai dari biaya hingga pelayanan keperawatan yang berkualitas (AL-Dossary, 2017).

Konsep Kepemimpinan Klinis Perawat

Kepemimpinan adalah proses dimana seseorang individu mempengaruhi anggotanya untuk berperilaku sesuai dengan yang diinginkan serta mampu menilai, mengembangkan, memelihara dan bahkan mengubah budaya organisasi. Untuk mewujudkan harapan tersebut dibutuhkan sistem yang strategis (AL-Dossary, 2017).

Kepemimpinan klinis adalah kemampuan perawat dalam meningkatkan mutu dan *patient safety* dalam yang diaplikasikan dalam inovasi praktek keperawatan dengan terus berkomunikasi dan mengembangkan hubungan dalam lintas profesi untuk mempromosikan dan mempertahankan kinerja yang profesional di bidang pelayanan keperawatan (Bender, 2016). Untuk mempertahankan pelayanan keperawatan yang berkualitas, pemimpin perawat klinik harus mampu membangun lingkungan kerja yang sehat yang menciptakan suasana kerja yang kondusif dan bersinergi (Murray, 2017). Kepemimpinan klinis perawat sangat otonom yang berada pada tingkat pertama dalam

pengambilan keputusan sehingga menjadi suatu peluang untuk dapat membentuk pondasi yang kuat dalam perannya sebagai pemimpin klinis. Di sini dibutuhkan kemampuan komunikasi yang efektif dengan tim kesehatan lainnya sehingga dapat menjamin kesinambungan proses pelayanan keperawatan pada pasien (AL-Dossary, 2017).

Kepemimpinan klinis adalah perawat yang memberikan pengaruh terhadap anggota tim serta mampu memfasilitasi dalam upaya mencapai tujuan klinis secara bersama-sama. Sehingga anggota tim keperawatan mampu meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien selama perawatan dengan melakukan inovasi secara kreatif. Kemampuan untuk bekerjasama dengan tim, membina hubungan interpersonal dengan baik, serta mengembangkan potensi diri dan organisasi keperawatan (Chavez & Yoder, 2015).

Gaya Kepemimpinan Klinis Perawat

Menurut (Voon, Lo, Ngui, & Ayob, 2011) kepemimpinan klinis perawat didukung oleh gaya kepemimpinan yang digunakan dalam mencapai tujuan organisasi. Dalam memotivasi kerja perawat di pelayanan kesehatan dibutuhkan tipe atau gaya kepemimpinan (Specchia et al., 2021) sebagai berikut :

1. Otoriter

Tipe kepemimpinan yang ditandai dengan kontrol pimpinan yang kuat, motivasi bersifat paksaan, komunikasi dengan perintah, pengambilan keputusan tidak melibatkan orang lain. Penekanannya adalah pada perbedaan status (“Saya” dan “Anda”), penuh kritik dan hukuman.

2. Demokratis

Kepemimpinan kerjasama dengan kontrol kurang dipertahankan, adanya reward untuk memotivasi bawahan, pimpinan mengarahkan dengan saran dan bimbingan, komunikasi timbal balik, pengambilan

keputusan dengan musyawarah mufakat, penekanan pada “kita”, kritikan bersifat konstruktif.

3. Transformasional

Kepemimpinan dengan memotivasi dan memberdayakan anggota tanggung jawabnya untuk bekerjasama mewujudkan tujuan organisasi. Dibutuhkan stimulasi intelektual dan mampu memahami karakter anggota tim. Kepemimpinan yang kharismatik, mampu berkomunikasi secara efektif dengan tetap mempertimbangkan anggota tim untuk mencapai tujuan bersama dan mengesampingkan kepentingan diri sendiri. Produktivitas sangat dibutuhkan untuk meningkatkan semangat kerja dan kepuasan anggota tim keperawatan.

4. Transaksional

Ditandai dengan proses pengakuan reward dan punishment oleh pimpinan keperawatan klinis terkait kinerja anggota tim. Anggota tim biasanya bekerja secara mandiri, tidak terlihat adanya kerjasama antar anggota tim yang menggambarkan komitmen dari organisasi. Kepemimpinan ini gagal membangun kepercayaan antara pemimpin dan anggota tim sehingga motivasi anggota tim hanya untuk kepentingan pribadinya.

5. Laissez-faire

Kepemimpinan pasif yang tidak terarah, permisif, sedikit atau tanpa kontrol, memotivasi jika diminta oleh kelompok, memberikan sedikit atau tidak sama sekali, pengambilan keputusan oleh bawahan dan tidak mengkritik. Merupakan sub kelompok dari gaya transaksional yang ditandai dengan menghindari tanggung jawab. Anggota tim diberikan kebebasan penuh untuk membuat keputusan.

6. Servant

Mendorong profesionalisme serta memberikan pelayanan keperawatan yang lebih baik dengan cara memodifikasi kerja tim dalam pengambilan keputusan

bersama melalui empati namun tetap berkomitmen dalam membangun moral kepemimpinan. Mencarikan solusi untuk membantu anggota tim serta pasien dan keluarga. Kepemimpinan yang lebih fokus kepada perencanaan kinerja dan mau belajar dengan mengabaikan penghargaan pribadi.

7. Resonant

Perilaku kepemimpinan perawat klinis yang menunjukkan tingkat kecerdasan emosional yang tinggi. Berkomitmen dalam menciptakan iklim organisasi yang optimis dalam melatih, mengembangkan, menginspirasi. Selalu melibatkan orang lain untuk mengatasi kesulitan dengan kecerdasan emosionalnya sehingga anggota tim bersedia dan mampu berkontribusi dengan potensi yang dimilikinya.

8. Passive-avoidant

Pemimpin yang menghindari mengambil tanggung jawab dalam menghadapi orang lain sehingga anggota tim berasumsi kurangnya kontrol pimpinan yang mengakibatkan arahan yang tidak jelas. Pemimpin yang seperti ini mengakibatkan turnover anggota tim yang tinggi dan retensi karyawan yang rendah. Reaksi tindakan korektif akan muncul jika masalah sudah mencapai derajat yang serius.

9. Authentic

Pemimpin dengan pendekatan yang jujur dan langsung yang ditandai dengan kesadaran diri, perspektif moral internal, proses yang seimbang serta transparan. Pola pemimpin klinis yang tidak otoriter, beretika. (Huber Diane L, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian (Mulyatiningsih & Sasyari, 2021) didapatkan hasil bahwa gaya kepemimpinan yang paling efektif dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah transformasional karena dapat berkontribusi positif terhadap keselamatan pasien. Kepemimpinan keperawatan klinik berpotensi untuk menciptakan lingkungan yang mendukung praktik keperawatan

profesional sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Fischer, 2016).

Kepemimpinan keperawatan yang sukses adalah mereka yang terlibat untuk bekerjasama dengan anggota timnya untuk mencapai tujuan bersama yaitu memberikan asuhan keperawatan yang profesional. Peran profesional pemimpin yang paling penting adalah memberikan contoh dan menjadi inspirasi bagi stafnya dengan mengasah pengalamannya dalam manajerial klinis sehingga dapat membantu staf dalam mengembangkan manajemen dan keterampilan yang professional (Sullivan Eleanor J, 2012).

Kepemimpinan yang baik ditandai dengan komunikasi yang baik juga, dengan mentoring, serta memiliki keiginan untuk maju dan berkembang. Komunikasi yang efektif merupakan kunci sukses seorang pemimpin dengan cara meminta konfirmasi atau pemahaman anggota secara tidak langsung tentang pesan yang disampaikan sehingga penerima akan menemukan makna dari pesan atau informasi yang disampaikan (Lutra & Dahiya, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Boamah, Spence Laschinger, Wong, & Clarke, 2018) didapatkan hasil bahwa kepemimpinan transformasional dengan memberikan motivasi merupakan strategi yang sangat bermanfaat dalam menciptakan kondisi dari tempat kerja dan dapat meningkatkan keselamatan baik bagi pasien maupun perawat.

Teori Kepeminpinan

Terdapat 3 teori kepemimpinan menurut (Weiss & Tappen, 2015) yaitu:

1. Teori Motivasi

Teori ini bertindak untuk mendapatkan apa yang diinginkan dengan meningkatkan produktivitas melalui pembagian tugas yang jelas, kelancaran dalam pelaksanaan, dan memberikan penghargaan.

2. Teori Situasional

Teori ini jauh lebih kompleks dibandingkan dengan teori sebelumnya. Situasional bisa berubah dengan cepat dengan pendekatan tertentu yang bekerja sesuai dengan situasi dan kondisi dengan melibatkan faktor bawaan, perilaku dan situasi. Hal ini dapat mendorong pemimpin untuk mempertimbangkan banyak faktor saat memutuskan tindakan apa yang harus diambil. Kunci dari teori situasional adalah kepemimpinan yang mampu beradaptasi. Teori ini menekankan bahwa pentingnya kombinasi antara gaya kepemimpinan otoriter dan demokratis.

3. *Transformational Leadership*

Teori ini menekankan bahwa orang membutuhkan hubungan yang melebihi interpersonal serta imbalan sesuai dengan pekerjaan yang dilakukan.

Kompetensi Kepemimpinan Klinis Perawat

Kompetensi yang harus dimiliki oleh pemimpin klinis menurut (West et al., 2015) adalah :

1. *Technical competence*

Meliputi pengetahuan tentang pelayanan keperawatan dan lingkungan organisasi, strategi, struktur dan prosesnya.

2. *Conceptual skills*

Memiliki pemahaman tentang lingkungan kepemimpinan klinis yang kompleks baik internal maupun eksternal sehingga dapat memahami situasi dan mencari solusi untuk permasalahan yang muncul. Kemampuan untuk menganalisis, merencanakan serta membuat keputusan merupakan inti dari keterampilan kepemimpinan keperawatan klinis untuk meningkatkan kepercayaan anggota dalam mencapai tujuan.

3. *Interpersonal skills*

Sangat penting untuk memahami kebutuhan anggota tim, serta peka terhadap perilaku sendiri dan reaksi emosional terhadap orang lain.

Kompetensi kepemimpinan klinis perawat terdiri dari komunikasi, memberdayakan, memotivasi orang lain, terbuka kemampuan dalam mengambil keputusan, role model, serta pemecahan masalah. Kompetensi kepemimpinan klinis perawat yang efektif menjamin sistem pelayanan kesehatan yang berkualitas dan konsisten dalam memberikan pelayanan keperawatan (Mannix, Wilkes, & Daly, 2013).

Masyarakat mengharapkan semua perawat untuk menunjukkan kompetensinya di sepanjang karir mereka. Perawat juga bertanggung jawab secara individu untuk mencapai dan memelihara kompetensi yang profesional dengan menekankan kepada etika dan kritis dalam mengambil keputusan. Selain itu dapat memelihara hubungan kerja yang efektif dan mampu berkomunikasi dan berkolaborasi dengan interprofesi. Kepemimpinan klinis perawat juga dituntut untuk mampu berkoordinasi, delegasi dan pengembangan strategi untuk menyelesaikan konflik (Murray, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Kerja, 2021) bahwa untuk menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas dibutuhkan kompetensi kepemimpinan klinis perawat harus didukung dengan ketersediaan sumber daya perawat, lingkungan kerja serta manajemen. Pencapaian kualitas pelayanan keperawatan yang optimal dapat dicapai dengan menganalisa dan mempertimbangkan beban kerja perawat.

Keterampilan Kepemimpinan Klinis Perawat

Kepemimpinan merupakan isu penting yang berkaitan dengan bagaimana perawat mampu mengintegrasikan elemen keperawatan dengan keterampilan klinis dalam

hubungan interpersonal menurut (Weiss & Tappen, 2015) yaitu :

1. *Diagnosing*

Kemampuan kognitif untuk memahami situasi dan permasalahan untuk dipecahkan dan dicarikan solusinya.

2. *Adapting*

Kompetensi dalam beradaptasi dengan melibatkan kemampuan untuk menyesuaikan perilaku dengan sumber daya yang ada untuk menyelaraskan dengan situasi. Dengan strategi membuat perubahan atau inovasi untuk menutup celah dalam pencapaian tujuan bersama.

3. *Communicating*

Komunikasi efektif digunakan untuk memajukan proses kepemimpinan keperawatan klinis sehingga individu bisa mengerti dan menerima kebijakan yang dibuat untuk mencapai tujuan organisasi.

Keterampilan unik yang harus dimiliki oleh seorang pemimpin perawat klinis adalah kemampuan dalam komunikasi, negosiasi dan kolaborasi yang memposisikan dirinya untuk melakukan inovasi. Hal tersebut merupakan sebuah tantangan untuk meningkatkan kualitas perawatan dengan mengelola sumber daya yang ada bahkan terbatas. Keterbaruan dalam merancang sistem perawatan dan memastikan anggota tim melakukan tugasnya dengan baik dan profesional. Pimpinan perawat klinis harus berkomitmen, terlibat, antusias, fleksibel, dan inovatif (Sullivan Eleanor J, 2012).

Karakteristik Kepemimpinan Perawat Klinis

Karakteristik kepemimpinan klinis menurut (Huber Diane L, 2010) adalah :

Personal Competence

a. *Self Awareness*

Kesadaran diri akan kemampuan seseorang untuk mengetahui kekuatan, kelemahan, dorongan, nilai, dan dampaknya pada orang lain serta percaya diri.

b. Self-Management

Mengontrol emosional diri yang mengganggu, transparansi, jujur dan integritas, beradaptasi dengan perubahan situasi dan rintangan, meningkatkan prestasi dalam kinerja, inisiatif dan siap bertindak untuk mencari peluang. Bersikap optimisme dan mampu melihat sisi positif dari berbagai kondisi.

Social Competence

a. Social Awareness

Kemampuan untuk mengenali dan merasakan emosi orang lain merupakan kemampuan yang juga bergantung pada kesadaran diri, menyadari akan kemampuan membaca arus politik dalam organisasi, Memahami dan memenuhi kebutuhan anggota.

b. Relationship Management

Membimbing serta memotivasi dengan penuh inspirasi yang menarik dan kreatif, mampu mempengaruhi dan mengajak untuk berpartisipasi. Memberikan feed back untuk meningkatkan kemampuan anggota tim, menjadi inovator, manajemen konflik, membina hubungan yang kondusif untuk meningkatkan kolaborasi dan kerjasama tim.

Kepemimpinan klinis perawat berhubungan dengan jumlah kerja tim yang efektif dengan meminimalisir stressor dan meningkatkan inovasi dalam pelayanan keperawatan. Sehingga pemimpin klinis perawat dituntut untuk melakukan refleksi peran kepemimpinan dengan anggota tim yang meliputi tanggung jawab dalam pengambilan keputusan, mengelola serta mendukung pengembangan tim serta anggota tim.

Faktor yang Mempengaruhi Kepemimpinan Klinis Perawat

Faktor yang mempengaruhi kepemimpinan klinis perawat menurut (AL-Dossary, 2017) adalah :

1. Karakteristik

Usia mempengaruhi skill dari kepemimpinan perawat klinis. Keterampilan kepemimpinan klinis perawat akan meningkat dan semakin matang seiring dengan bertambahnya usia.

2. Pendidikan

Berdasarkan hasil riset bahwa pendidikan memiliki hubungan dengan keterampilan kepemimpinan perawat klinis karena perawat dipersiapkan dengan memasukkan konsep dan aplikasi kepemimpinan ke dalam kurikulum.

3. Pengalaman Perawat

Kepemimpinan mempunyai hubungan yang signifikan dengan pengalaman perawat klinis. Hal tersebut dibuktikan dengan bagaimana perawat tersebut berinteraksi untuk mengembangkan kemampuan dan keterampilannya dalam pelayanan keperawatan yang profesional.

Model Kepemimpinan Klinis Perawat

Model kepemimpinan klinis menurut *Victorian Healthcare Association* dalam (Swanwick and McKimm, 2011) yaitu :

1. *Reflective Practice*

Peran inovatif untuk menghasilkan kompetensi klinis perawat dengan mengaplikasikan secara langsung dengan menjadi role model bagi anggota tim serta pasien.

2. *Canadian Nursing Model*

Menganalisis program kepemimpinan dengan strategi pendekatan domain kompetensi, pengetahuan, keterampilan dan peluang. Bersifat mentoring, focus

pada penyelesaian masalah serta mempunyai kreatifitas dan inisiatif yang tinggi.

3. *The Royal College of Nursing Clinical Leadership Program*

Bertujuan untuk mengembangkan kepemimpinan klinis perawat khususnya intervensi dan implementasi dengan pelayanan keperawatan yang berpusat pada pasien.

4. *Learning Cognitif Model for Clinical Leadership*

Menekankan pada pengembangan serta pemahaman perawat terhadap kompetensi kognitif kepemimpinan klinis untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan terhadap pasien dan keluarga.

5. *Preliminary Clinical Nursing Leadership Competency Nurse*

Menggabungkan karakteristik; 1) Sifat diantaranya self-confidence, learning enthusiasm, systematic thinking, emotional maturity, working consciousness, flexibility, human relationships dan role model, 2) Konsep diri yaitu sikap positif terhadap profesi keperawatan, 3) Motivasi yang meliputi sikap saling menghormati antar sesama tim keperawatan dan kesehatan dalam memberikan pelayanan yang profesional.

6. *Clinical Leadership Competency Framework*

Penerapan pengembangan dan pemahaman perawat tentang kompetensi kognitif kepemimpinan klinis untuk dijadikan sebagai pembelajaran dan evaluasi.

Kerangka Kerja Program Kepemimpinan Klinis Perawat

Kerangka kerja program kepemimpinan klinis perawat menurut (Huber Diane L, 2010) adalah :

1. *Learning to manage self*

Menyadari kemampuan yang dimiliki serta introspeksi terhadap keterampilan, sikap serta interaksi dengan

anggota tim serta pasien dan keluarga untuk perubahan ke arah yang positif.

2. *Effective relationship*

Menghargai keterampilan dan kemampuan anggota tim dan menjadi agen pembaharu dengan transfer ilmu yang sudah didapatkannya.

3. *Client focus*

Memiliki inisiatif dalam memberikan pelayanan melalui sharing dan bercerita sehingga pasien dan keluarga merasa nyaman dan menarik perhatiannya pada masalah pelayanan keperawatan yang diharapkan.

4. *Networking*

Bermanfaat serta meyakinkan dalam tindakan melakukan asuhan keperawatan termasuk kesempatan dalam tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

5. *Political Awareness*

Keyakinan perawat akan kemampuannya dalam berkomunikasi untuk pendekatan dengan sejawat yang senior dalam perbaikan pelayanan keperawatan.

Penutup

Kepemimpinan perawat klinis merupakan sebuah tantangan bagi profesi keperawatan yang berfokus kepada pasien dan keluarga dalam meningkatkan keselamatan pasien. Pendidikan keperawatan dituntut untuk mempersiapkan perawat sebagai pemimpin yang dapat berperan sebagai agen pembaharu untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Daftar Pustaka

- AL-Dossary, N. (2017). Leadership in Nursing. *Contemporary Leadership Challenges*, 251–264.
- Bender, M. (2016). Conceptualizing clinical nurse leader practice: An interpretive synthesis. *Journal of Nursing Management*, 24(1), E23–E31. <https://doi.org/10.1111/jonm.12285>
- Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Chávez, E. C., & Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90–100. <https://doi.org/10.1111/nuf.12100>
- Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2644–2653. <https://doi.org/10.1111/jan.13049>
- Huber Diane L. (2010). *Leadership and Nursing Care Management* (4th ed.). USA.
- Kerja, E. P. T. (2021). Kemampuan Kepemimpinan Klinis Perawat Pelaksana Berdasarkan Pendekatan Clinical Leadership Competency Framework Dan Faktor-Faktor Determinannya. *Keperawatan Silampari*, 4(2), 337–350.
- Lutra, A., & Dahiya, R. (2015). Effective Leadership is All About Communication Effectively: Connecting Leadership and Cpmmunication. *IJMBS*, 5(3), 43–48.
- Mannix, J., Wilkes, L., & Daly, J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemporary Nurse*, 45(1), 10–21. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.10>
- Marquis, B. L., & J, H. C. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theori and Application* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.

- Mulyatiningsih, S., & Sasyari, U. (2021). Gaya Kepemimpinan yang Efektif dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik*, 4(1), 27–35. <https://doi.org/10.48079/vol4.iss1.60>
- Murray, E. (2017). Nursing Leadership and Management for Patient Safety and Quality Care. In *F.A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103*.
- Secretary of State for Health. (2012). *The National Health Service and Public Health Service in England : Secretary of State ' s Annual Report 2011/2012 [CM 8373]*.
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Pilla, A. Di, Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses ' Job Satisfaction . Results of a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health Review*.
- Sullivan Eleanor J. (2012). *Effective Leadership and Management in Nursing* (8th ed.). New York: Boston: Pearson.
- Swanwick, T., & McKimm, J. (2011a). *ABC of Clinical Leadership*. UK: Blackwell.
- Swanwick, T., & McKimm, J. (2011b). What is clinical leadership...and why is it important? *Clinical Teacher*, 8(1), 22–26. <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2010.00423.x>
- Voon, M., Lo, M., Ngui, K., & Ayob, N. (2011). The influence of leadership styles on employees' job satisfaction in public sector organizations in Malaysia. *International Journal of Bussiness, and Social Sciences*, 2, 24–32. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2020.10.035>
- Weiss, S. A., & Tappen, R. M. (2015). *Essentials of Nursing Leadership and Management* (6th ed.). Philadelphia.

West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., & Lee, A. (2015). Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base. In *The Faculty of Medical Leadership and Management with The King's Fund and the Center for Creative Leadership*.
<https://doi.org/10.4324/9780203567326>

Profil Penulis



Wiwit Febrina, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis lahir di Kota Bukittinggi pada tanggal 03 Februari 1986. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Fort De Kock (Ners) dan Universitas Andalas (S2 Keperawatan). Wanita yang kerap disapa Wiwit ini adalah anak ke-empat dari pasangan H. Mardius (Alm) dan Hj. Suhema. Menikah dengan Trinanda Afriandy dan dikaruniai 1 orang putri dan 2 orang putra. Saat ini penulis mengabdikan dirinya sebagai dosen di salah satu Universitas Swasta di Kota Bukittinggi di bawah Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar. Untuk menunjang Tri Dharma, di tahun 2020 penulis mendapatkan dana hibah Kemenristek DIKTI untuk penelitian tahun pelaksanaan 2021. Di sela-sela rutinitas sebagai dosen, penulis juga hoby entrepreneur di bidang kesehatan dan kecantikan.

Email Penulis: wiwitfebrina@fdk.ac.id

Profil Editor



Arif Munandar, S. Kep., Ns., M. Kep

Lahir di Rato Bolo Bima NTB, 14 Oktober 1989. Beliau seorang Dosen di STIKES Yahya Bima, Editor adalah tokoh pemuda yang gemar berkarya dalam hal menulis, meneliti, dan menciptakan beberapa karya sastra lainnya.

Ketertarikan Editor terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2009 silam. Hal ini membuat penulis memilih untuk masuk sekolah kesehatan di Sekolah Tinggi Kesehatan (STIKES) Mataram, dan berhasil lulus pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2014 yaitu STIKES Mataram. Tiga tahun kemudian yaitu pada tahun 2017, penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2019.

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan jiwa, manajemen keperawatan, riset kualitatif, sastra indonesia dan *public speaking*. Selain sebagai Editor, Reviewer, Peneliti, Dosen, juga aktif menulis buku ajar, buku saku, buku referensi, buku monograf dan puisi dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis puisi, Penerbit Jendela Sastra Indonesia (JSI) memberikan penghargaan sebagai salah satu Penulis Puisi Terpilih Tahun 2018.

Email : arifm96553@gmail.com

No. Kontak : 085253708078

- 1 PENGANTAR MANAJEMEN KEPERAWATAN
Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM
- 2 MANAJEMEN SUMBER DAYA KEPERAWATAN DAN REKRUTMEN TENAGA KESEHATAN
Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep
- 3 PERENCANAAN DAN PENGATURAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
I Gede Juanamasta, S.Kep., Ns., M.Kep
- 4 MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN
dr. Cipta Pramana, SpOG(K)
- 5 PENERAPAN ETIK DAN LEGAL DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL
Ridha Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kep
- 6 MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL
Heriyana Amir, S.Kep., Ns., M.Kep
- 7 MANAJEMEN DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN
Muhammad Nurman, S.Kep, Ns., M.Kep
- 8 MODEL DAN APLIKASI METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP)
Fitrianola Rezkiki, S.Kep, Ns., M.Kep
- 9 MOTIVASI, KINERJA DAN KEPUASAN KERJA
Yohanes Jakri, M.Kes
- 10 PERAN DAN FUNGSI MANAJEMEN KEPERAWATAN
Yenny Safitri, S.Kep., Ns., M.Kep
- 11 PENDELEGASIAN DAN SUPERVISI
Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
- 12 KOMUNIKASI DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
- 13 SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT
Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep
- 14 DOKUMENTASI ELEKTRONIK STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT
Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., Ns., M.Biomed
- 15 MANAJEMEN KONFLIK, KOLABORASI, DAN NEGOSIASI
Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 16 KEPEMIMPINAN KLINIS PERAWAT DI PELAYANAN KESEHATAN
Wiwit Febrina, S.Kep., Ns., M.Kep

Editor :

Arif Munandar, S.Kep., Ns., M.Kep

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

