

KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

Dr. Muhasidah, SKM. M.Kep | Ns. Moh. Nisyar Sy. Abd. Azis, M.Kep
Ns. Reny Pordaningsih., S.Kep., M.M | Ns. Norman Alfiat Talibo, S.Kep., M.Kep
Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd, S.SiT, M.DSc | Ns. Andriani Mei Astuti. M.Kep
Ns. Nurul Atikah., M. Kep | Johana Tuegeh, SPd,S.SiT,M.Kes
Rony A. Latumenasse, S.Pd., M.Kes | Ns. Zulfikar Peluw, S.Kep., M.Kep
Istiqomah, APP,MPH | Dr. Grace Tedy Tulak, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Suratno Kaluku, S.Kep., Ners., M.Kep | Ns. Ekawati Saputri, S.Kep., M.Kep
Ns. Irhamdi Achmad, S.Kep., M.Kep | Herman J. Warouw, SKM., M.Kep
Ns Mila Triana Sari, M.Kep | Sukma Yunita.,S.Kep.,Ns., M.Kep



KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

Dr. Muhasidah, SKM. M.Kep
Ns. Moh. Nisyyar Sy. Abd. Azis, M.Kep
Ns. Reny Pordaningsih., S.Kep., M.M
Ns. Norman Alfiat Talibo, S.Kep., M.Kep
Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd, S.SiT., M.DSc
Ns. Andriani Mei Astuti. M.Kep
Ns. Nurul Atikah., M. Kep
Johana Tuegeh, SPd,S.SiT,M.Kes
Rony A. Latumenasse, S.Pd., M.Kes
Ns. Zulfikar Peluw, S.Kep., M.Kep
Istiqomah, APP, MPH
Dr. Grace Tedy Tulak, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Suratno Kaluku, S.Kep., Ners., M.Kep
Ns. Ekawati Saputri, S.Kep., M.Kep
Ns. Irhamdi Achmad, S.Kep., M.Kep
Herman J. Warouw, SKM., M.Kep
Ns Mila Triana Sari, M.Kep
Sukma Yunita.,S.Kep.,Ns., M.Kep

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

Penulis:

Dr. Muhasidah, SKM. M.Kep
Ns. Moh. Nisyar Sy. Abd. Azis, M.Kep
Ns. Reny Pordaningsih., S.Kep., M.M
Ns. Norman Alfiat Talibo, S.Kep., M.Kep
Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd, S.SiT., M.DSc
Ns. Andriani Mei Astuti. M.Kep
Ns. Nurul Atikah., M. Kep
Johana Tuegeh, SPd,S.SiT,M.Kes
Rony A. Latumenasse, S.Pd., M.Kes
Ns. Zulfikar Peluw, S.Kep., M.Kep
Istiqomah, APP, MPH
Dr. Grace Tedy Tulak, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Suratno Kaluku, S.Kep., Ners., M.Kep
Ns. Ekawati Saputri, S.Kep., M.Kep
Ns. Irhamdi Achmad, S.Kep., M.Kep
Herman J. Warouw, SKM., M.Kep
Ns Mila Triana Sari, M.Kep
Sukma Yunita.,S.Kep.,Ns., M.Kep

ISBN :

978-634-247-034-3

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 28 Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1_Kepemimpinan Dalam Manajemen Keperawatan	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Kepemimpinan.....	1
C. Beberapa Model Kepemimpinan Dalam Keperawatan	8
BAB 2_Konsep Manajemen Keperawatan	20
A. Pendahuluan.....	20
B. Konsep Manajemen Keperawatan.....	21
BAB 3_Manajemen Operasional dalam Keperawatan	34
A. Pendahuluan.....	34
B. Manajemen Operasional dalam Keperawatan.....	35
BAB 4_Manajemen Asuhan Keperawatan.....	47
A. Konsep Manajemen Keperawatan.....	47
B. Manajemen Asuhan Keperawatan	50
C. Komponen Manajemen Asuhan keperawatan.....	54
D. Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan	57
E. Perencanaan Kegiatan Keperawatan.....	59
F. Peran dan Tugas Manajemen Asuhan Keperawatan	59
BAB 5_Perencanaan dalam Bidang Keperawatan	63
A. Pendahuluan.....	63
B. Konsep Dasar Perencanaan dalam Keperawatan.....	64
C. Fungsi Perencanaan Dalam Keperawatan.....	65
D. Jenis-jenis Perencanaan Keperawatan.....	67
E. Tahapan dalam Proses Perencanaan	68
F. Kendala dan Tantangan Dalam Perencanaan Keperawatan.....	70

BAB 6	Analisis SWOT dalam Perencanaan Bidang Keperawatan	.73
A.	Pendahuluan	.....73
B.	Tahapan Analisis SWOT dalam Keperawatan	.....78
BAB 7	Pengorganisasian dalam Bidang Keperawatan	.....84
A.	Pendahuluan	.....84
B.	Konsep Pengorganisasian Dalam Keperawatan	.....85
BAB 8	Konsep Motivasi dalam Keperawatan	.....95
A.	Pendahuluan	.....95
B.	Konsep Motivasi dalam Keperawatan	.....96
BAB 9	Pengarahannya dalam Bidang Keperawatan	.....107
A.	Pendahuluan	.....107
B.	Konsep Pengarahannya dalam Bidang Keperawatan	.....108
BAB 10	Konsep Supervisi dalam Keperawatan	.....121
A.	Pendahuluan	.....121
B.	Konsep Supervisi dalam Keperawatan	.....122
BAB 11	Pengendalian dan Pengawasan dalam Keperawatan	.....146
A.	Pendahuluan	.....146
B.	Konsep Pengendalian dan Pengawasan	.....146
C.	Contoh Prosedur Pengendalian dan Pengawasan Keperawatan	.....150
BAB 12	Manajemen Konflik dalam Keperawatan	.....157
A.	Pendahuluan	.....157
B.	Defenisi dan Teori Konflik	.....157
C.	Sejarah terjadinya Konflik	.....160
D.	Kategori Konflik	.....161
E.	Sumber Konflik	.....161
F.	Faktor Penyebab terjadinya Konflik	.....162
G.	Proses Konflik	.....163
H.	Penyelesaian Konflik	.....164

I. Peran Pemimpin dalam Manajemen Konflik	165
J. Proses Manajemen Konflik dalam Keperawatan.....	165
BAB 13_Kolaborasi dalam Manajemen Keperawatan.....	170
A. Pendahuluan.....	170
B. Definisi Kolaborasi.....	171
C. Teori-Teori Pendukung Kolaborasi dalam Manajemen Keperawatan.....	173
D. Prinsip-Prinsip Dasar Kolaborasi Efektif	175
E. Model dan Jenis Kolaborasi Tim Kesehatan.....	176
F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi dalam Manajemen Keperawatan	179
G. Strategi Mengatasi Gap Kolaborasi dalam Manajemen Keperawatan.....	181
BAB 14_Konsep Pendelegasian dan Negosiasi dalam Keperawatan.....	187
A. Pendahuluan.....	187
B. Konsep Dasar Pendelegasian dalam Keperawatan.....	187
C. Proses Pendelegasian yang Efektif	190
D. Konsep Negosiasi dalam Praktik Keperawatan	193
E. Integrasi Pendelegasian dan Negosiasi dalam Manajemen Keperawatan	195
F. Tren dan Tantangan Kontemporer Pendelegasian dan Negosiasi	196
BAB 15_Konsep Perubahan dalam Keperawatan.....	202
A. Pendahuluan.....	202
B. Manajemen Perubahan dalam Keperawatan	210
BAB 16_Manajemen Mutu dalam Pelayanan Keperawatan	216
A. Pendahuluan.....	216
B. Manajemen Mutu Dalam Pelayanan Keperawatan	216

BAB 17_Pelaksanaan Discharge Planning dalam Keperawatan.....	216
A. Pendahuluan.....	228
B. Konsep Discharge Planning dalam Keperawatan	229
BAB 18_Pelaksanaan Ronde Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit	240
A. Pendahuluan.....	240
B. Konsep Ronde Keperawatan	241

BAB 1

Kepemimpinan Dalam Manajemen Keperawatan

Dr. Muhasidah, SKM. M.Kep

A. Pendahuluan

Kepemimpinan adalah seni untuk mempengaruhi orang lain dengan proses persuasi sehingga bersedia dengan antusias untuk mencapai tujuan institusi. Pemimpin memiliki sesuatu yang membedakan mereka dari orang lain. Misalnya, Gloria Boyland (anggota dewan UNFI, Vontier, dan Chesapeake Energy) telah disebut sebagai salah satu wanita paling berpengaruh di perusahaan Amerika. Boylan menghabiskan sebagian besar waktunya untuk melatih dan membimbing para pemimpin eksekutif, menginspirasi mereka, dan menegaskan kembali peran penting mereka dalam organisasi. Sebagai mantan wakil presiden operasi dan dukungan layanan di FedEx, dia terkenal karena memberikan banyak otonomi kepada para pengikutnya. Salah satu prinsip panduannya adalah, “Mundur” agar orang lain dapat mengambil langkah maju (Dingle, 2019), dan menyatakan bahwa dia telah belajar banyak dari pendiri dan CEO FedEx Fred Smith, yang memimpin dengan memberi contoh sebagai pemimpin yang transformasional dan memotivasi. Sebagai perempuan kulit hitam, banyak hal yang merugikannya: Kepemimpinan perusahaan didominasi oleh laki-laki kulit putih, dan perempuan dipaksa oleh stereotip pemimpin untuk bersikap hangat dan tangguh pada saat yang bersamaan (Wille,Wiernik,et.all, 2018).

B. Konsep Kepemimpinan

Pengertian Kepemimpinan Banyak para ahli mendefinisikan kepemimpinan, dari dulu sampai sekarang yang semakin menunjukkan ke arah kesempurnaan. Kepemimpinan

merujuk pada proses atau kemampuan untuk memimpin dan memandu individu atau kelompok menuju pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sesuai Visi dan MIsi. Kepemimpinan melibatkan komunikasi efektif, inspirasi, pengambilan keputusan, menjadi contoh peran, serta kemampuan untuk memotivasi dan membimbing anggota tim. Kepemimpinan dapat muncul dalam berbagai skala, mulai dari kepemimpinan dalam keluarga hingga kepemimpinan dalam skala global (Amir, 2023).

Pengertian kepemimpinan adalah: proses mempengaruhi orang lain untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi yang relevan (Ivancevich, 2007). Kepemimpinan adalah proses memberdayakan kepercayaan dan mengajarkan orang lain untuk menggunakan seluruh kemampuannya (Robbins, & Judge 2024). Zhu, Jiweng et.all, (2019) mendefinisikan kepemimpinan sebagai kemampuan untuk mempengaruhi suatu kelompok menuju pencapaian visi atau serangkaian tujuan (Lord, Day, 2017). Kepemimpinan adalah proses memberdayakan kepercayaan dan mengajarkan orang lain untuk menggunakan seluruh kemampuannya (Robbins, & Judge 2024). Teori kepemimpinan yaitu Teori Sifat/ Trait Theories, Teori Perilaku/ Behavioral Theories, Teori Kontingensi/ Contingency Theories.

Boyland menunjukkan banyak karakteristik dan perilaku perempuan kulit hitam. Pemimpin sekaligus menyoroti beberapa tantangan modern yang dihadapi kepemimpinan (misalnya, kurangnya keragaman etnis dan gender). Kita telah memperhatikan bahwa tidak semua pemimpin adalah manajer, dan tidak semua manajer adalah pemimpin.

Kepemimpinan tanpa sanksi kemampuan untuk mempengaruhi yang muncul di luar struktur formal organisasi terkadang lebih penting daripada pengaruh formal. Misalnya, Marcy Shinder (sekarang chief marketing officer/ CMO di Pasar Kerja) membangun hubungan dengan rekan kerja di tempat kerja dan secara informal muncul sebagai pemimpin segera setelah dipekerjakan (Knight, 2018). Kita membutuhkan pemimpin yang mampu menantang status quo, menciptakan

visi masa depan, dan menginspirasi anggota organisasi untuk mencapai visi tersebut. Kepemimpinan telah diteliti dan menimbulkan teori kepemimpinan yaitu Teori Sifat/ Trait Theories, Teori Perilaku/ Behavioral Theories, Teori Kontingensi/ Contingency Theories.

1. Teori Sifat/ Trait Theories

Pemimpin yang kuat telah digambarkan berdasarkan sifat-sifatnya sepanjang sejarah. Teori sifat kepemimpinan ini fokus pada kualitas pribadi, termasuk sifat kepribadian seperti yang ada di Lima Besar dan karakteristik yang memprediksi dua hasil berbeda: kemunculan kepemimpinan dan efektivitas kepemimpinan (Derue, Nahrgang, 2011). Bukan hanya karena seseorang menunjukkan sifat-sifat yang benar dan orang lain menganggap orang tersebut sebagai pemimpin tidak berarti dia akan efektif atau sukses sebagai seorang pemimpin. Menggemakan pendekatan orang-situasi, kepribadian dan perbedaan individu, perilaku pemimpin adalah fungsi dari sifat dan situasi (Gottfredson, Reina, 2020). Untuk mendukung hal tersebut, para peneliti dan praktisi sumber daya manusia (SDM) telah menggunakan pendekatan pembelajaran mesin dan kecerdasan buatan (artificial intelligence/ AI) untuk mencoba memprediksi efektivitas pemimpin dari beberapa karakteristik pemimpin dan menemukan bahwa baik sifat maupun fitur situasional merupakan prediktor penting dari efektivitas pemimpin (Ross, 2013).

a. Sifat Kepribadian dan Kepemimpinan (Personality Traits and Leadership) Apa yang membuat seseorang menjadi pemimpin? Pemimpin dengan keunggulan dengan ciri kepribadian senang berada di tengah-tengah orang lain dan dapat bersikap tegas (ekstrovert), disiplin dan mampu menepati komitmen yang dibuatnya (teliti), serta kreatif dan fleksibel. Sifat kepribadian dan kepemimpinan meliputi:

1) Ciri-ciri Lima Besar Sifat (Big Five Traits) Lima Besar ciri-ciri kepribadian, para peneliti secara konsisten menemukan bahwa ekstroversi penting bagi beberapa hasil kepemimpinan. Meskipun merupakan prediktor

terkuat terhadap motivasi memimpin dan munculnya pemimpin, ekstroversi juga memprediksi beberapa perilaku atau gaya kepemimpinan. Misalnya, pemimpin ekstrover lebih cenderung menggunakan gaya kepemimpinan transformasional dan perilaku penuh pertimbangan. Oleh karena itu, mereka cenderung dianggap sebagai pemimpin yang lebih efektif, meskipun aspeknya bersifat agen, berani, atau asertif. Ekstroversi yang menyebabkan hal ini belum tentu aspeknya yang hangat, mudah bergaul, dan afiliasif (Zhou, Wan, 2017). Meskipun keramahan dan kestabilan emosi penting dalam beberapa aspek kepemimpinan (misalnya, keduanya memprediksi kepuasan pengikut terhadap pemimpin), keterbukaan terhadap pengalaman tampaknya kurang penting sebagai sebuah sifat meskipun hanya merupakan alat prediksi efektivitas pemimpin dan perilaku suara pengikut. Sebaliknya, kehati-hatian tampaknya penting bagi beberapa perilaku dan hasil kepemimpinan. Misalnya, kehati-hatian memprediksi perilaku struktur awal dan juga perilaku pertimbangan. Kehati-hatian juga merupakan prediktor moderat atas efektivitas pemimpin dan kepuasan pengikut, serta merupakan prediktor sifat pemimpin yang paling kuat terhadap kinerja kelompok (Kistruck, Qureshi, Beamish, 2013).

- 2) Sifat Kepribadian Proaktif (Proactive Personality Traits) Kepribadian proaktif pemimpin juga mempunyai pengaruh penting terhadap hasil kepemimpinan. Secara khusus, hal ini tampaknya penting pada saat-saat tertentu dalam siklus hidup tim, departemen, atau organisasi. Misalnya, proaktif pemimpin membuat perbedaan besar dalam transisi kepemimpinan, karena pemimpin lebih cenderung mendorong identifikasi pengikut dengan pemimpin baru mereka. Agenda, menjadi lebih terlibat secara perilaku dalam pekerjaan mereka, dan terlibat dalam perilaku bersuara. Hal ini terutama terjadi ketika

pemimpin baru lebih proaktif dibandingkan pemimpin sebelumnya. Pemimpin proaktif juga tampak lebih efektif dalam kelompok dan tim yang anggotanya memiliki pemahaman yang sama. kebutuhan yang tinggi akan persetujuan relasional karena mereka mampu menciptakan lingkungan yang mendukung yang memenuhi kebutuhan ini. Anggota tim ini berkinerja lebih baik dan menjadi lebih berkomitmen terhadap tim mereka ketika mereka dipimpin oleh pemimpin yang proaktif.

- 3) Sifat-sifat Triad Gelap (Dark Triad Traits) Bagaimana dengan ciri-ciri kepribadian Triad Gelap (lihat bab tentang kepribadian dan perbedaan individu)? Penelitian menunjukkan bahwa tidak semuanya buruk bagi kepemimpinan: Skor normatif (menengah) pada ciri-ciri kepribadian Triad Gelap (bahkan psikopati) adalah optimal, menunjukkan bahwa memiliki terlalu banyak (atau terlalu sedikit) ciri-ciri Triad Gelap dapat mengakibatkan kepemimpinan yang tidak efektif. Namun, hal ini mungkin disebabkan oleh apakah para pengikut menghabiskan banyak waktu dengan pemimpin mereka. Ketika pengikut bekerja erat dengan pemimpinnya, mereka memiliki lebih banyak kesempatan untuk mengamati perilaku eksploitatif atau beracun, yang dapat mengurangi kepercayaan mereka terhadap pemimpin dan melemahkan persepsi mereka tentang efektivitas kepemimpinan (Zhang, Bhuiyan, Kong, 2018).
2. Teori Perilaku/ Behavioral Theories Dasar memilih orang yang tepat untuk kepemimpinan dengan menggunakan teori sifat. Sebaliknya, teori kepemimpinan perilaku menyiratkan bahwa kita dapat melatih orang untuk menjadi pemimpin. Ohio State Studies, berupaya mengidentifikasi dimensi independen dari perilaku pemimpin dengan teori perilaku kepemimpinan yang paling komprehensif. Dua dimensi yang secara substansial menjelaskan sebagian besar perilaku kepemimpinan yang dijelaskan oleh karyawan: struktur permulaan dan

pertimbangan dari hasil penelitian yang dipersempit sebelumnya lebih dari seribu dimensi.

Pertimbangan (Consideration) Pertimbangan adalah sejauh mana seorang pemimpin berupaya membangun hubungan yang bercirikan rasa saling percaya, menghormati gagasan karyawan, dan menghargai perasaan mereka. Seorang pemimpin yang terlibat dalam pertimbangan membantu karyawan dalam masalah pribadi, berperilaku ramah dan mudah didekati, memperlakukan semua karyawan secara setara, dan mengungkapkan penghargaan dan dukungan (berorientasi pada orang). Sebagian besar dari kita ingin bekerja untuk pemimpin yang penuh perhatian menurut sebuah penelitian yang dilakukan oleh Biro Riset Ekonomi Nasional yang terdiri dari jutaan tanggapan selama beberapa tahun, bekerja dengan atasan seperti ini “setara dengan peningkatan kepuasan yang datang dari lebih dari melipatgandakan pendapatan rumah tangga Anda”! Memang benar, penelitian menunjukkan bahwa para pengikut pemimpin yang memiliki pertimbangan tinggi merasa lebih puas dengan pekerjaan mereka, lebih termotivasi dan mengurangi stres, dan lebih menghormati pemimpin mereka. Memulai struktur dan pertimbangan memiliki beberapa implikasi praktis yang penting bagi organisasi. Misalnya, perilaku struktur awal dan perilaku pertimbangan telah dikaitkan dengan apakah karyawan yang terlibat dalam perilaku tersebut dipilih ke dalam program dan saluran perencanaan suksesi kepemimpinan (Hunter, Cushenbery, Jayne, 2017). Dengan kata lain, orang yang bertindak seperti pemimpin memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk dipertimbangkan untuk dipilih. seleksi atau suksesi ke posisi kepemimpinan. Emosi dan faktor lain juga berperan dalam menentukan apakah pemimpin terlibat dalam perilaku ini. Misalnya pemimpin yang sombong dan percaya diri (tetapi tidak berlebihan atau sombong) cenderung banyak terlibat dalam perilaku kepemimpinan ini. Situasi juga berperan. Misalnya, ketika dihadapkan pada kekurangan staf, para

pemimpin terlibat dalam memulai struktur dan mempertimbangkan tingkatan yang berbeda-beda tergantung pada jenis kekurangan staf. Ketika kekurangan staf tersebar luas, para pemimpin akan terlibat dalam memulai struktur untuk memastikan proses dan prosedur kerja efektif dan efisien. Ketika terjadi kekurangan staf yang memiliki keahlian (misalnya, terbatasnya talenta pada peran-peran kunci yang akan berdampak buruk pada pergantian karyawan), para pemimpin akan melakukan perilaku yang lebih penuh pertimbangan menunjukkan apresiasi mereka terhadap talenta-talenta kunci. Terakhir, sehubungan dengan perbedaan budaya, penelitian terhadap ribuan manajer di banyak negara menunjukkan bahwa budaya tidak terlalu penting dibandingkan organisasi atau manajer itu sendiri dalam menentukan apakah mereka mempraktikkan pertimbangan atau memulai perilaku struktur.

3. Teori Kontingensi/ Contingency Theories Polit & Beck (2012), istilah model banyak digunakan pada hubungan perwakilan simbolik dengan konseptualisasi. Model kepemimpinan adalah kemampuan manajer mengintegrasikan gaya kepemimpinan, fungsi, dan peran kepemimpinan dan fungsi manajemen (Yuswanto, 2013). Hasil studi pendahuluan, penelitian model kepemimpinan yang telah dikembangkan dan diterapkan di luar dan dalam negeri (Neil & Saunders 2008; Garber, Madigan, Click, Fitzpatrick 2009; Yuswanto 2013, dan Yasman 2013) telah mengarah kepada lima elemen dari model kepemimpinan. Kelima model kepemimpinan tersebut adalah: model kepemimpinan servant, model kepemimpinan visioner, model kepemimpinan situasional, model kepemimpinan transaksional, dan model kepemimpinan transformasional.

Model melayani (Model of Servant Leadership) Model kepemimpinan melayani (servant) yang diciptakan oleh Greenleaf (1977), menjelaskan bahwa kepemimpinan melayani adalah suatu kepemimpinan yang berawal dari perasaan tulus yang timbul dari dalam hati yang berkehendak untuk melayani

(Greenleaf 1977 dalam Alfian 2009). Model kepemimpinan ini adalah melayani yang dipimpin yaitu karyawan, konstituen, pelanggan, atau masyarakat luas (Alfian, 2009). Beberapa pendapat mengenai model servant, terdiri dari sepuluh elemen yaitu: mendengarkan (listening), ikut merasakan (emphaty), memberikan masukan (healing), kesadaran diri (self awarness), pendekatan (persuasion), memiliki konsep yang baik (conseptualization), wawasan ke masa depan (foresight), mengurus pekerjaan (stewardship), mampu memprediksi dan intuitif (intuitif) dan komitmen (commitment), (Marquis B.L. & Huston C.J., 2003/2010; Waterman 2011). Penelitian Rayatin, Novieastari, Afifah (2018) di RSX Jakarta Barat, penggunaan model kepemimpinan servant dalam peran dan fungsi kepala ruangan dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana yang lebih besar. Model kepemimpinan servant mempunyai hubungan paling besar terhadap kinerja perawat pelaksana. Sebanyak 9 kali lipat atau 35% seorang perawat berpeluang meningkatkan kinerja dengan kepala ruangan yang dipersepsikan menggunakan model kepemimpinan servant.

C. Beberapa Model Kepemimpinan Dalam Keperawatan

1. Model kepemimpinan visioner (Model of Visioner Leadership)
Model kepemimpinan visioner (Model of Visioner Leadership) yang menjalankan kepemimpinannya senantiasa mengacu kepada visi organisasi. Model kepemimpinan visioner (Gibson, 2008) kepemimpinan yang menciptakan dan menegaskan visi yang realistis, dapat dipercaya, dan menarik mengenai masa depan bagi sebuah organisasi. Menurut Wahono, Purnomo, dan Kasali (2010) ada lima elemen tipe kepemimpinan visioner yaitu: memiliki standar dan tujuan, visi, terobosan-terobosan kreatif, percaya naluri, dan memiliki keyakinan kuat. Fokus dari model kepemimpinan visioner adalah penciptaan, komunikasi, dan pelaksanaan visi, memotivasi pengikut dengan masa depan yang sangat diinginkan (Berson, Shamir, Avolio, & Popper, 2001).
2. Model kepemimpinan situasional (Situational Leadership Model/SLM) Model kepemimpinan situasional adalah

kepemimpinan situasional yang menggunakan beberapa gaya kepemimpinannya sesuai dengan situasi dan tingkat kematangan pengikutnya. Robbins dan Judge (2013) menyatakan model kepemimpinan situasional (Situational Leadership Model/SLM) meliputi empat elemen perilaku kepemimpinan yang khusus dari pengarahan (directing), bimbingan (coaching), dukungan (supporting), pelimpahan (delegating). Perilaku kepemimpinan yang paling efektif tergantung pada kemampuan dan kesiapan pengikut. Kesiapan yang dimaksud adalah kesediaan pengikut untuk menyelesaikan tugas tertentu. Seorang pemimpin situasional yang efektif dapat memahami dinamika situasi dan menyesuaikan kemampuannya dengan dinamika situasi yang ada. Empat dimensi situasi yaitu: kemampuan manajerial, karakteristik organisasi, karakteristik pekerjaan, dan karakteristik pekerja (Ivancevich, Konopaske, Matteson, 2007). Para pemimpin situasional diharapkan dapat menilai dengan tepat dan menilai secara intuitif tingkat kematangan dari pengikut dan menggunakan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan tingkat kematangan pengikutnya (Ivancevich, Konopaske, Matteson, 2007). Beberapa penelitian model kepemimpinan situasional: kualitas hubungan atasan dan bawahan memiliki hubungan positif dengan perilaku kehidupan kerja yang mendukung manajer (Epstein, 2010). Meningkatkan program kerja, mengurangi konflik, kepuasan kerja pada penelitian model kepemimpinan situasional (Foley, Linnehan, Greenhaus, Weer, 2006).

3. Model kepemimpinan transaksional (Model of Transactional Leadership) Model kepemimpinan transaksional adalah model kepemimpinan yang berfokus pada tugas dan pemberian penghargaan untuk memotivasi karyawan. Menurut Marquis & Huston (2010/2003), peran manajerial tradisional terlihat pada model kepemimpinan transaksional (Model of Transactional Leadership), yang berfokus pada penyelesaian tugas organisasi dan memotivasi karyawan dengan pemberian penghargaan. Model kepemimpinan transaksional dengan

karakteristik memberikan penghargaan untuk mencapai kinerja yang tinggi dan akan lebih baik hasilnya jika dipadukan dengan metode transformasional. Pemimpin transformasional akan gagal tanpa keterampilan model transaksional (Bass et al.1987; Dunham & Klafehn, 1990; dalam Marquis & Huston (2010/2003). Lebih lanjut dijelaskan oleh Robbins dan Judge (2013), Avolio, Bass, & Jung (1994), bahwa ada tiga elemen kepemimpinan transaksional yaitu:

- a. Penghargaan bersyarat: memberikan penghargaan dan usaha, menjanjikan penghargaan untuk kinerja yang bagus, dan mengakui pencapaian yang diperoleh dengan menjalankan kontrak.
 - b. Manajemen eksepsion aktif: manajemen eksepsion aktif adalah mengamati dan mencari penyimpangan dari aturan-aturan dan standar, serta melakukan tindakan perbaikan. Manajemen eksepsion pasif adalah dilakukan jika hanya standar tidak tercapai.
4. Model kepemimpinan transformasional (Model of Transformational Leadership) Kepemimpinan transformasional adalah hubungan interaktif, dilandasi kepercayaan, yang secara positif berdampak pada pemimpin dan bawahan (Wolf, 1994 dalam Marquis & Huston 2010/2003). Inti kepemimpinan transformasional adalah visi, yang mampu menggambarkan keadaan masa depan. Mensosialisasikan visi kepada orang lain untuk menyamakan visi dan dapat memberi energi untuk menggerakkan organisasi ke masa depan yang lebih baik. Menurut Marquis dan Huston 2010/ 2003, ada empat elemen model kepemimpinan transformasional meliputi:
- a. Pengaruh ideal: pemimpin yang mampu membangun citra ideal dari gagasan dan tujuan yang dapat diterima pihak lain dengan tulus, dan dapat membangun kepercayaan anggota pada misi yang diemban bersama.
 - b. Motivasi inspirasional/ kharismatik: prestasi pribadi, perilaku yang berani dan bertanggung jawab, kesediaan berkorban bagi orang lain, serta kemampuan

komunikasi yang baik, seringkali menjadi sumber inspirasi bagi orang lain.

- c. Stimulasi intelektual: menstimulasi anggotanya untuk berdialog dan mengadakan olah intelektual secara berkelanjutan, bersikap terbuka satu sama lain, serta menumbuhkan rasa saling percaya dan saling membutuhkan diantara sesama anggota.
- d. Pertimbangan individu menghadapi komunitas kerjanya, pemimpin berusaha memahami status, posisi, dan harapan para anggota dengan baik. Berdasarkan Jelica C, Damir P, Mitar P (2024) kesimpulannya, pencapaian kepemimpinan dalam praktik keperawatan bergantung pada penerapan strategi, metode, dan alat yang tepat dalam sistem layanan kesehatan. Sumber daya manusia memainkan peran penting dalam upaya ini, karena merupakan faktor kunci dalam meningkatkan sistem layanan kesehatan dan kualitasnya di semua tingkatan.

Peran kepala perawat/ kepala ruangan, sebagai pemimpin dalam keperawatan, sangat penting dalam memajukan organisasi dan kualitas layanan kesehatan. Perawat berperan penting dalam pengembangan sistem layanan kesehatan modern, dan berperan sebagai pilar dalam industri ini. Mengingat tantangan saat ini terkait dengan kekurangan tenaga kesehatan, para pemimpin harus dengan cerdas mengadopsi berbagai gaya kepemimpinan dan strategi pemberdayaan staf untuk menciptakan lingkungan kerja yang menumbuhkan komitmen di antara staf perawat, pasien, dan organisasi mereka. Hubungan antara gaya kepemimpinan dan pemberdayaan staf merupakan bagian integral, karena mempengaruhi tingkat komitmen di antara staf keperawatan. Yang paling penting adalah tantangan-tantangan yang sedang berlangsung akibat kekurangan tenaga kesehatan, terutama dalam profesi keperawatan. Perawat dan teknisi layanan kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kualitas pemberian

layanan kesehatan, baik untuk pasien individu maupun kelompok yang menderita penyakit yang sama. Dengan memanfaatkan kompetensi mereka, pemimpin perawat berkolaborasi dengan profesional layanan kesehatan lainnya untuk mengurangi biaya layanan kesehatan secara keseluruhan

Peran Manajer Pengelola Pelayanan Keperawatan di rumah sakit yang terdiri dari tiga tingkatan manajerial dan setiap tingkatannya dipimpin oleh seseorang perawat manajer yang kompeten. Tingkat manajerial tersebut yaitu: Tingkat bawah/ First Line Manager: Kepala Ruangan, tingkat menengah/ Middle Manager: Pengawas keperawatan, Kepala Seksi/ Assistance Manager, Tingkat atas/ Top Manager, Manajer Pelayanan Keperawatan, Direktur Keperawatan. Sebagai Manajer supaya aktif menjalankan peran manajer meliputi peran pemberi informasi, peran interpersonal dan peran pengambil keputusan. Pelayanan keperawatan di tingkat ruang rawat dikelola oleh seorang kepala ruangan (Karu) dengan tugas pokok menyelenggarakan pengelolaan asuhan keperawatan di ruang rawat. Kepala ruangan dengan kualifikasi minimal Ners dan pengalaman sebagai perawat primer serta memiliki level kompetensi perawat klinis diutamakan PK III. Untuk menjamin keberlangsungan pelaksanaan asuhan keperawatan yang bermutu dan berfokus pasien, diperlukan perawat pengelola klinis (Clinical Care Manager/ CCM). Yang memiliki pengalaman yang baik dan kemampuan klinis tinggi. Peran CCM dalam asuhan keperawatan sangat penting terutama kasus-kasus kompleks dan bervariasi. Peran CCM yang dijalankan oleh Ners Klinis Spesialis menjamin perawatan pasien, membantu menjamin keselamatan pasien, meningkatkan produktifitas dan efisiensi dalam asuhan keperawatan (Macmillian 2013; Warburton et. All, 2017). Peran-peran manajer dijelaskan sebagai berikut :

1. Peran Pemberi Informasi (Informational) (Robbins & Judge, 2024)
 - a. Memantau/ Monitor Peran Kepala Ruangan (Karu) memantau perilaku setiap perawat di bawah tanggung jawabnya, mendokumentasikan perilaku etik perawat. Peran Clinical Care Manajer (CCM) memantau ketercapaian indikator askep, memantau perubahan status askep dan menindaklanjutinya
 - b. Menyebarkan/Diseminator Peran Karu menyampaikan perilaku yang diharapkan RS, menyampaikan kebijakan terkait perilaku etik perawat kepada perawat di ruangnya. Peran CCM memberikan informasi terkait perubahan status/ kondisi askep, memberikan Pendidikan Kesehatan (Penkes), memberikan informasi terkait asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan.
 - c. Juru bicara/ Spokers person Peran Karu menyampaikan kebutuhan perawat padapada atasan, menjadi advokat perawat. Peran CCM menjadi advokat klien dan perawat.
2. Peran Interpersonal
 - a. Peran sebagai tokoh yang menginspirasi dan sebagai contoh peran/Figurehead Role. Contoh peran Karu menjaga sikap dan perilaku sesuai norma dan nilai yang berlaku, menjadi tokoh figur yang dihormati dan diikuti perawat. Contoh peran CCM menjadi contoh teladan bagi perawat, menginspirasi perawat.
 - b. Peran Sebagai Pemimpin/orang yang diikuti, membina hubungan baik, motivasi staf, membagi tugas kerja/ Leader Role. Contoh peran Karu memotivasi perawat berperilaku sesuai etik/ caring, menjaga mutu, mendorong komitmen staf dalam berperilaku Kepemimpinan, Peran, Dan Fungsi Manajemen Keperawatan 15 etik/ caring, jaga mutu, berusaha untuk menggalang kerja sama tim. Contoh peran CCM menunjukkan perilaku caring pada pasien, bekerja sama

dalam tim selama proses pemberian pelayanan pada pasien

- c. Peran sebagai Duta/ Liaison Role Contoh peran Karu menunjukkan diri sebagai wakil keperawatan yang baik, menjaga keharmonisan dengan multidisiplin dan interdisiplin. Contoh peran CCM mencerminkan perilaku etik, kehadirannya dirasakan, menyenangkan semua pihak
3. Peran Pengambil Keputusan (Decision Maker) Kepala ruangan dan CCM memiliki peran pengambil keputusan (Decision Maker):
 - 1) Menciptakan dan mengontrol perubahan (Entrepreneur) Contoh peran Karu membuat inovasi dalam upaya meningkatkan perilaku perawat dan menjadikannya sebagai budaya, menciptakan dan mengendalikan perubahan dalam tim. Contoh peran CCM mengelola sumber daya yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan Mengelola sumber daya yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan
 - 2) Penanganan masalah (disturbance handler) Contoh peran Karu memberikan peringatan pada perawat jika tidak menerapkan perilaku perawat yang baik, mencari alternatif lain jika dirasa inovasi yang telah dilakukan untuk menjadikan caring sebagai budaya belum optimal. Contoh peran CCM menunjukkan perilaku bertindak secara terbuka dan jujur, serta tidak menyembunyikan kesalahan.
 - 3) Pengalokasi Sumber daya (resource allocator) Contoh peran Karu mengalokasikan sumber daya keperawatan yang sesuai sehingga perawat dapat melaksanakan perilaku terbaik tanpa disertai beban kerja yang berlebih. Contoh peran CCM menunjukkan perilaku bertindak secara terbuka dan jujur, serta tidak menyembunyikan kesalahan

- 4) Bernegosiasi (Negotiator) Contoh peran Karu berdiskusi dan bernegosiasi dengan perawat, rekan sejawat profesi lainnya untuk bersama-sama melaksanakan dan menjadikan perilaku caring sebagai budaya. Contoh peran CCM menunjukkan sikap percaya diri, ramah, menggunakan gaya bahasa yang lembut kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, Kolomboy F, (2023). Buku Ajar Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan. Purbalingga: CV. Eureka Media Aksara
- Derue D.S, Nahrgang J.D, Wellman N, and Humphrey S.E, "Trait and Behavioral Gottfredson R.K and Reina C.S,(2020)."Exploring Why Leaders Do What They Do: An Integrative Review of the Situation-Trait Approach and SituationEncoding Schemas," The Leadership Quarterly 31, no. 1: Article 101373.
- Felicia Sadler, MJ, BSN, RN, CPHQ, LSSBB. 2023. *7 Leadership Styles in Nursing*. Diakses dari <https://www-relias-com.translate.goog/blog/7-leadership-styles-in-nursing?>
- Gillies, DA. (1996), Manajemen Keperawatan, suatu Pendekatan Sistem; W.B. Saunders Company, Philadelphia Gloria, J. T., Diba, F., Harahap, S., Vincensia, C., Siringoringo, P. A., & Gillies. DA (2002). *Nursing Management*. Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Gloria, J. T., Diba, F., Harahap, S., Vincensia, C., Siringoringo, P. A., & Nurhidayah, R. E. (2024). *Gaya Kepemimpinan dan Penggunaannya Dalam Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara , Medan , Indonesia Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara*. 4(2).
- .Lancoster, J. dan Lancoster, W. (1982), Change Agent as Leaders in Nursing; CV. Mosby Company, St. Louis.
- Prayitno, S. (1997), Dasar-dasar Administrasi Kesehatan Masyarakat; Airlangga University Press, Surabaya.
- Kistruck, Qureshi, and P. W. Beamish, (2013). "Geographic and Product Diversification in Charitable Organizations," Journal of Management 39, no. 2: 496–530.
- Knight R,(2018). "How to Increase Your Influence at Work," Harvard Business Review, <https://hbr.org/2018/02/how-to-increase-your-influence-at-work>
- Lord R.G, Day D.V, Zaccaro S, Avolio B.J,and Eagly A.H, (2017). "Leadership in Applied Psychology:Three Waves of Theory

- and Research," *Journal of Applied Psychology* 102, no. 3: 434–51. 8 For a review, see D. S. Derue, J. D. Nahrgang.
- Felicia Sadler, MJ, BSN, RN, CPHQ, LSSBB. 2023. *7 Leadership Styles in Nursing*. Diakses dari <https://www-relias-com.translate.google/blog/7-leadership-styles-in-nursing?>
- Marquis B.L & Huston C.J. (2012). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*. Lippincott: Williams & Wilkins
- Novriani, A., & Wijayanti, C. D. (2024). Pengaruh Penerapan Kepemimpinan Klinis Terhadap Kompetensi Perawat Di Rumah Sakit: Kajian Literatur [the Effect of Clinical Leadership Implementation on Nurse Competence in Hospitals: a Literature Review]. *Nursing Current: Jurnal Keperawatan*, 12(1), 96. <https://doi.org/10.19166/nc.v12i1.8048>
- Ross, E. J., Fitzpatrick, J. J., Click, E. R., Krouse, H. J., & Clavelle, J. T. (2022). Transformational leadership practices of nurse leaders in professional nursing associations. *Journal of Nursing Administration*, 44(4), 201–206. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000058>
- Robbins S P, Judge TA (2024). *Organizational Behavior*. Typeset in New Baskerville ITC Pro and 10.5 by Integra Software Services Pvt. Ltd ebook formatted by B2R Technologies Pvt. Ltd
- Ross D.G, (2013). "An Agency Theory of the Division of Managerial Labor," *Organization Science* 25, no. 2: 494–508.
- Wille B. B., Wiernik B. M, Vergauwe J., Vrijdags A, and Trbovic N, (2018). "Personality Characteristics of Male and Female Executives: Distinct Pathways to Success?" *Journal of Vocational Behavior* 106: 220–35.
- Zhu J, Jiwen Song L, Zhu L, and Johnson R E (2019), "Visualizing the Landscape and Evolution of Leadership Research," *The Leadership Quarterly* 30: 215–32.
- Zhou Y. M., (2017). Wan, "Product Variety and Vertical Integration," *Strategic Management Journal* 38, no. 5: 1134–50.

Zhang, Bhuiyan, and Kong, (2018). "An Analysis of Organizational Structure in Process Variation," *Organization Science* 29, no. 4: 722-38.

BIODATA PENULIS



Dr. Muhasidah, SKM, M. Kep. lahir di Keppe (palopo), pada tanggal 27 Juni 1965. Menyelesaikan pendidikan Akademi Keperawatan Depkes Banta-bantaeng UjungPandang tahun 1985-1988, S1 Kesehatan Masyarakat Jurusan AKK di FKM UNHAS tahun 1997-1999, melanjutkan Pendidikan S2 di Universitas Indonesia Jakarta di Jurusan Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan tahun 2000- 2002. Kemudian melanjutkan Pendidikan S3 di Universitas Negeri Makassar (UNM) jurusan PKLH (Pendidikan Kependudukan dan Lingkungan Hidup) masuk 2012 dan selesai Februari 2017. Bekerja di RS 45 (Ibnu Sina) kota Makassar tahun 1990-1992, pengelola dan pengajar di SPK Muhammadiyah tahun 1990-1998, bekerja di Puskesmas Maradekaya Kota Makassar tahun 1992-1999. Bekerja di Akper Depkes Jiwa tahun 1999-2000, dan bekerja di Akper Depkes Tidung yang berubah menjadi Poltekkes Kemenkes Makassar Jurusan Keperawatan mulai tahun 2002 sampai sekarang.

BAB 2

Konsep Manajemen Keperawatan

Ns. Moh. Nisyar Sy. Abd. Azis, M.Kep

A. Pendahuluan

Keperawatan merupakan bentuk layanan profesional yang memiliki peran penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Pelayanan ini didasarkan pada penerapan ilmu pengetahuan dan keterampilan keperawatan, dengan tujuan memberikan asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat, baik dalam keadaan sehat maupun sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Untuk mewujudkan pelayanan keperawatan yang bermutu dan profesional, dibutuhkan pengelolaan atau manajemen keperawatan yang efektif serta terorganisir dengan baik.

Manajemen keperawatan adalah suatu proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui tahapan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan dengan pemanfaatan sumber daya secara rasional, efektif, dan efisien, dalam memberikan pelayanan keperawatan yang menyeluruh mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual kepada individu, keluarga, maupun masyarakat, melalui pendekatan proses keperawatan dalam meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan keperawatan.

Pelaksanaan manajemen keperawatan memerlukan penerapan prinsip-prinsip dasar manajemen, seperti perencanaan, pemanfaatan waktu secara efisien, pengambilan keputusan yang tepat, kemampuan kepemimpinan, pencapaian tujuan sosial, pengorganisasian, serta kemampuan beradaptasi terhadap perubahan.

Selain itu proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi juga menjadi unsur penting dalam manajemen keperawatan (Asmaningrum.,*et al*, 2023).

Manajemen keperawatan dapat diterapkan secara relevan di berbagai tingkat layanan kesehatan, baik di rumah sakit, puskesmas, klinik, maupun fasilitas kesehatan lainnya, yang masing-masing memiliki karakteristik dan model kepemimpinan yang beragam.

Manajer perawat memegang peran serta tanggung jawab penting dalam penyelenggaraan asuhan keperawatan. Tugas seorang manajer keperawatan meliputi penanganan berbagai permasalahan yang berkaitan dengan upaya menjaga kesehatan, seperti faktor penyebab penyakit, struktur organisasi layanan, proses pemberian pelayanan, interaksi antar individu, alokasi tenaga kerja dan logistik, serta hubungan antara institusi dan masyarakat. Untuk menjalankan tugas tersebut secara profesional, diperlukan kombinasi antara keterampilan teknis, kemampuan berinteraksi dengan baik, serta pemahaman konseptual yang memadai (Utami., *et al*, 2023).

B. Konsep Manajemen Keperawatan

1. Definisi Manajemen Keperawatan

Manajemen adalah suatu proses pengelolaan yang melibatkan penggunaan sumber daya secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan yang telah ditentukan. Berdasarkan pengertian tersebut, hal penting yang perlu ditekankan adalah bahwa manajemen merupakan serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk meraih sasaran tertentu melalui kerja sama dengan pihak lain. Sementara itu, manajemen keperawatan merujuk pada upaya koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan dengan menerapkan tahapan-tahapan manajemen untuk mencapai tujuan serta sasaran dari pelayanan dan asuhan keperawatan (Huber, D. & Joseph, 2021).

Berikut pendapat para ahli tentang manajemen keperawatan

- a. Gillies (1989), Manajemen keperawatan merupakan suatu proses menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pengobatan dan bantuan kepada pasien yang dirawat.
- b. Huber (2000) mendefinisikan manajemen keperawatan sebagai bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan melalui penerapan proses manajemen dalam mencapai tujuan dan objektivitas asuhan keperawatan maupun pelayanan keperawatan.
- c. Kelly dan Heidental (2004) mendefinisikan manajemen keperawatan sebagai suatu rangkaian proses meliputi perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan dalam mencapai tujuan.

Dapat disimpulkan bahwa manajemen keperawatan merupakan rangkaian aktivitas koordinasi dan penilaian antara perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan guna mencapai mutu pelayanan keperawatan yang maksimal. Pengelolaan pelayanan keperawatan mencakup layanan di rumah sakit yang ditangani oleh bidang keperawatan melalui tiga jenjang manajemen, yaitu kepala bidang keperawatan (tingkat manajemen atas), kepala unit pelayanan atau pengawas (tingkat manajemen menengah), dan kepala ruangan (tingkat manajemen dasar).

Perawat dapat menjalankan fungsinya sebagai leader saat perawat mendemonstrasikan perannya sebagai manajerial untuk mengarahkan perawat lain atau profesi lainnya dalam mencapai visi perawatan kesehatan yang berkualitas. Peran dan fungsi manajer keperawatan dalam menjalankan tugasnya sangat mempengaruhi keberhasilan pelayanan keperawatan dalam suatu ruangan. Manajer keperawatan bertugas merencanakan, mengatur, mengarahkan dan mengawasi komponen keuangan

maupun sarana prasarana serta sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan yang efektif dan efisien kepada pasien (Umrana.,*et al*, 2024).

2. Fungsi Manajemen Keperawatan

a. Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu proses yang mendefinisikan tujuan yang ingin dicapai dalam suatu organisasi, merancang strategi untuk mencapai sasaran tersebut, serta menyusun langkah-langkah kerja yang akan dijalankan. Langkah awal pelaksanaan kegiatan organisasi memerlukan peran perencanaan untuk menetapkan arah dan tujuan organisasi ke depannya. Seluruh fungsi dalam manajemen bergantung pada keberadaan perencanaan. Oleh karena itu, perencanaan harus berfokus pada masa yang akan datang dan menjamin kemungkinan tercapainya hasil yang diharapkan (Swansburg, 1999). Salah satu hal penting yang perlu diperhatikan dalam perencanaan adalah rencana pengaturan sumber daya manusia dan sumber daya lain yang relevan. Menurut Huber (2000) perencanaan merupakan koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan melalui penerapan proses manajemen untuk mencapai asuhan keperawatan dan tujuan pelayanan keperawatan. Marquis dan Huston (2010) mengemukakan bahwa perencanaan yang dilakukan dengan efektif dan adekuat dapat mendorong pengelolaan sumber daya yang ada. Dalam hal ini, kepala ruangan harus dapat mengidentifikasi tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang serta melaksanakan perubahan. Kegiatan perencanaan pelayanan dan asuhan keperawatan menjadi tanggung jawab kepala ruangan. Perencanaan dalam keperawatan dilaksanakan untuk anajerialsesuai dengan yang mereka harapkan (Swansburg, 2000).

Perencanaan kegiatan keperawatan pada suatu ruang rawat inap menjadi petunjuk dan mempermudah pelaksanaan kegiatan dalam mencapai tujuan pelayanan

dan asuhan keperawatan kepada klien. Fungsi perencanaan dalam suatu ruang rawat inap melibatkan semua personil mulai dari kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana. Proses manajemen pelayanan Kesehatan akan gagal apabila perencanaan tidak adekuat (Marquis and Huston, 2010).

b. Pengorganisasian

Fungsi pengorganisasian dilaksanakan setelah perencanaan. Pengorganisasian merupakan langkah dalam menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang serta pendelegasian wewenang dari pimpinan kepada staf dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Huber (2000) mengemukakan bahwa manfaat pengorganisasian untuk menjabarkan secara rinci semua pekerjaan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan, pembagian beban kerja yang disesuaikan dengan kemampuan perorangan/kelompok serta pengaturan mekanisme kerja masing-masing anggota kelompok untuk hubungan dan koordinasi. Menurut Swansburg (2000) terdapat empat prinsip dalam pengorganisasian meliputi:

1) Prinsip rantai komando

Prinsip ini menyatakan bahwa kepuasan anggota harus dicapai secara efisien dan tujuan harus berhasil diraih. Dalam struktur organisasi keperawatan, rantai komando bersifat datar, dengan jalur manajer, staf teknis, dan administratif yang memberikan dukungan kepada perawat pelaksana. Prinsip kesatuan komando. Prinsip ini mengemukakan bahwa seorang perawat pelaksana memiliki satu pemimpin dan satu rencana.

Keperawatan primer dan manajemen kasus memberikan dukungan pada prinsip kesatuan komando ini.

2) Prinsip rentang kontrol

Prinsip rentang kontrol menyatakan bahwa setiap perawat harus dapat melakukan pengawasan secara efektif dalam hal jumlah, fungsi dan geografi. Pada prinsip ini, makin kurang pengawasan yang diperlukan untuk perawat. Pada dasarnya perawat harus memiliki lebih banyak pengawasan demi menghindari terjadinya kesalahan. Dalam hal ini kepala ruangan harus lebih banyak melakukan koordinasi.

3) Prinsip spesialisasi

Prinsip ini mengemukakan bahwa setiap orang sebaiknya menampilkan satu fungsi kepemimpinan tunggal, sehingga ada divisi kerja atau pembagian tugas yang membentuk departemen.

c. Ketenagaan

Ketenagaan merupakan kegiatan manajer keperawatan dalam melakukan perekrutan, memimpin, melaksanakan orientasi dan meningkatkan perkembangan individu dalam mencapai tujuan organisasi (Marquis dan Huston, 2010). Ketenagaan pada dasarnya memastikan cukup atau tidaknya tenaga keperawatan meliputi perawat profesional, terampil dan kompeten. Kebutuhan ketenagaan pada masa yang akan datang seharusnya dapat diprediksi dan suatu rencana harus disusun secara proaktif untuk memenuhi kebutuhan.

Manager keperawatan harus menyusun perencanaan ketenagaan yang memadai agar kebutuhan pasien dapat tercukupi. Kebijakan terkait prosedur ketenagaan dan penjadwalan harus dalam bentuk tertulis serta dikomunikasikan pada semua staf dalam ruangan. Penyusunan kebijakan dan penjadwalan oleh manager tidak boleh melanggar undang-undang ketenagakerjaan maupun kontrak pekerja. Kebijakan terkait ketenagaan yang ada harus diteliti secara berkala

sebagai bentuk evaluasi apakah memenuhi kebutuhan staf dan organisasi (Marquis dan Huston, 2010).

d. Pengarahan

Menurut Huber (2000) pengarahan merupakan fungsi manajemen yang melakukan pemantauan dan menyesuaikan perencanaan, proses, dan sumber yang efektif dan efisien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Marquis dan Huston (2010) pengarahan adalah suatu fase kerja dalam manajemen, dimana manajer memberikan motivasi, membina komunikasi, menyelesaikan konflik, membina kerja sama dan melakukan negosiasi. Swansburg (2000) menyatakan bahwa pengarahan yang efektif akan meningkatkan dukungan terhadap perawat dalam mencapai tujuan manajemen keperawatan dan tujuan asuhan keperawatan. Pengarahan di ruang perawatan dilakukan melalui beberapa kegiatan meliputi operan pasien, pemberian motivasi, manajemen konflik serta supervisi lainnya.

- 1) Operan pasien yaitu komunikasi dan serah terima antara shift pagi, sore dan malam. Operan dari dinas malam ke dinas pagi dan dari dinas pagi ke dinas sore dipimpin oleh kepala ruangan, sedangkan operan dari dinas sore ke dinas malam dipimpin oleh penanggung jawab shift sore.
- 2) Motivasi dimulai dengan membudayakan cara berpikir yang positif pada setiap staf yang dapat diungkapkan melalui pujian (reinforcement) bagi setiap orang yang bekerja bersama-sama.

- 3) Penyelesaian konflik sebaiknya dilakukan dengan pendekatan yang menguntungkan semua pihak melalui komunikasi yang sifatnya terbuka. Perubahan yang terjadi pada suatu organisasi kemungkinan dapat menimbulkan konflik karena adanya perbedaan persepsi, pandangan dan pendapat. Oleh karena itu dilakukan pelatihan tentang sistem pelayanan dan asuhan keperawatan bagi semua sumber daya manusia yang ada.
- 4) Pengawasan/supervisi penting dilakukan untuk memastikan bahwa pelayanan dan asuhan keperawatan telah berjalan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Pengawasan dalam hal ini bukan berarti pemeriksaan untuk mencari kesalahan tetapi lebih ditekankan pada pengawasan partisipatif yaitu perawat mengawasi pelaksanaan kegiatan, memberikan penghargaan atas pencapaian atau keberhasilan dan memberikan jalan keluar jika terdapat hal hal yang belum terpenuhi. Pengawasan dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pengawasan secara langsung dilaksanakan pada saat kegiatan berlangsung, misalnya ketika perawat pelaksana sedang melakukan perawatan luka, maka ketua tim mengobservasi pelaksanaan kegiatan dan memperhatikan apakah sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan. Pengawasan tidak langsung dilakukan melalui pelaporan atau dokumen yang berisi tindakan atau kegiatan yang telah dilakukan.

e. Pengendalian

Pengendalian (controlling) adalah proses pengamatan secara terus menerus terhadap rencana kerja yang telah disusun dan mengoreksi penyimpangan yang terjadi. Pengendalian dianggap sebagai aktivitas untuk menemukan dan mengoreksi penyimpangan penting dalam hasil yang dicapai dari aktivitas yang direncanakan. Suatu hal yang wajar jika terdapat kekeliruan tertentu, kegagalan maupun petunjuk yang tidak efektif sehingga terjadi penyimpangan yang tidak diinginkan dari tujuan yang ingin dicapai.

Pengendalian juga didefinisikan sebagai fungsi dalam manajemen keperawatan yang secara terus menerus terjadi selama perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan serta pengarahan (Swansburg, 2000). Pengukuran kinerja pada fase ini pengendalian menggunakan standar yang telah ditentukan dan tindakan diambil untuk mengoreksi adanya ketidakcocokan antara standar dan kinerja (Marquis dan Huston, 2010).

Menurut Munijaya (2004) terdapat tiga prinsip pengawasan yang perlu diperhatikan oleh manager keperawatan dalam menjalankan fungsi pengendalian yaitu:

- 1) Pengawasan mudah dipahami oleh staf dan hasilnya dapat diukur.
- 2) Pengawasan memegang peranan penting dalam pencapaian tujuan organisasi.
- 3) Standar kerja yang digunakan harus dijelaskan kepada semua staf.

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian/pengontrolan meliputi :

- 1) Menetapkan standar dan metode pengukuran prestasi kerja
- 2) Mengukur prestasi kerja
- 3) Menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar

4) Mengambil tindakan korektif.

3. Prinsip Dasar Manajemen Keperawatan

Prinsip-prinsip yang mendasari manajemen keperawatan yaitu :

- a. Manajemen keperawatan sebaiknya didasarkan pada perencanaan karena melalui fungsi perencanaan, pimpinan dapat mengurangi risiko kesalahan dalam pengambilan keputusan, serta memfasilitasi pemecahan masalah secara efektif dan terencana.
- b. Manajemen keperawatan diimplementasikan dengan memanfaatkan waktu secara efektif.
- c. Manajer keperawatan menghargai pentingnya waktu dengan merencanakan secara terstruktur dan menjalankan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan.
- d. Manajemen keperawatan melibatkan proses pengambilan keputusan yang penting. Berbagai situasi dan masalah dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan di berbagai tingkat manajerial.
- e. Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pada pasien menjadi fokus utama dalam manajemen keperawatan, dengan mempertimbangkan persepsi, pemikiran, keyakinan, dan keinginan pasien. Kepuasan pasien menjadi poin sentral dari semua tujuan dalam keperawatan.
- f. Manajemen keperawatan harus terorganisir. Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- g. Pengarahan merupakan bagian dari kegiatan manajemen keperawatan yang mencakup proses pendelegasian, supervisi, koordinasi, dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diorganisir.

- h. Manajer keperawatan yang baik adalah manajer yang mampu memotivasi staf untuk menunjukkan penampilan kerja yang baik.
- i. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif. Komunikasi ini membantu mengurangi kesalahpahaman dan memastikan adanya pemahaman yang sama terkait arah dan pandangan di antara bawahan.
- j. Pengembangan staf adalah hal penting yang harus dilakukan sebagai upaya untuk mempersiapkan perawat pelaksana agar dapat menduduki posisi yang lebih tinggi, serta sebagai upaya manajer untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat.

Berdasarkan prinsip-prinsip tersebut, para manajer, administrator, dan bawahan seharusnya bekerja sama dengan perawat dan staf dalam perencanaan, pengorganisasian, serta fungsi manajemen lainnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (Putra., *et al*, 2024).

DAFTAR PUSTAKA

- Asmaningrum, N., Wijaya, D., Ardiana, A., & Purwandari, R. (2023). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Malang: Literasi Nusantara Abadi Grup.
- Huber, D., & Joseph, M. L. (2021). *Leadership and Nursing Care Management*. Elsevier Health Sciences.
- Marquis dan Huston. 2010. *Leadership Roles and Management in Nursing: theory and application*, 3rd edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia.
- Putra, I. G. Y., Eliawati, U., Komara Putri, G., Suryani, L., Anggarawati, T., Candra, I. P. R., Setyaningrum, I., Rosniati, R., Purnama Sari, I. D., Shanti Kusuma, M. D., Ali, A., Widyantoro, W., & Pradiksa, H. (2024). *Buku ajar kepemimpinan dan manajemen keperawatan*. Jambi: PT Sonpedia Publishing Indonesia
- Umrana, S., Sarwadhamana, R. J., Priskila, E., Utami, A. S., Mitra, D., Carolina, P., Juniasti, H. T., Rumaseb, E., Muda, L., & Purba, E. R. V. (2024). *Manajemen dan kepemimpinan dalam keperawatan*. CV Eureka Media Aksara.
- Utami, I., Lamukara, Y., Sudarman, Amir, H. (2023). Penerapan manajemen kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Majene. *Window of Nursing Journal*, 4(2), 146–152.
<https://jurnal.fkm.umi.ac.id/index.php/won/article/view/582/562>

BIODATA PENULIS



Penulis Di lahirkan di Sulawesi Tengah pada tanggal 01 November 1991. Penulis menyelesaikan program studi sarjana Keperawatan di STIK Indonesia Jaya Palu Sulawesi Tengah pada tahun 2013, menyelesaikan program Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Immanuel Bandung tahun 2015.

Penulis menyelesaikan studi S2 Keperawatan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta lulus tahun 2019. Pernah bekerja di RS Premier Jatinegara Jakarta Timur, dan RS Vania Bogor sampai dengan Mei 2024. Penulis sekarang aktif sebagai Staf Dosen di Jurusan S1-Ilmu Keperawatan Dan Pendidikan Profesi Ners Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Negeri Gorontalo.

Email : mohnisyar@ung.ac.id

BAB 3

Manajemen Operasional dalam Keperawatan

* Ns. Reny Pordaningsih., S.Kep., M.M. *

A. Pendahuluan

Manajemen operasional merupakan elemen fundamental dalam sistem pelayanan kesehatan modern, termasuk di dalamnya layanan keperawatan yang menjadi tulang punggung dalam proses pemberian asuhan kepada pasien. Dalam konteks keperawatan, manajemen operasional tidak hanya membahas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian sumber daya, tetapi juga bagaimana memastikan kelancaran proses kerja dan pencapaian mutu pelayanan yang optimal. Seiring meningkatnya kompleksitas kebutuhan pasien dan berkembangnya teknologi dalam pelayanan kesehatan, peran perawat dalam struktur organisasi rumah sakit menuntut kemampuan manajerial yang handal. Perawat profesional kini tidak hanya dituntut untuk mahir dalam praktik klinis, namun juga harus cakap dalam menjalankan fungsi-fungsi operasional seperti pengaturan jadwal kerja, manajemen beban kerja, pengelolaan alat dan logistik keperluan medis, serta pemantauan mutu pelayanan.

Manajemen operasional dalam keperawatan memiliki pengaruh langsung terhadap efisiensi dan efektivitas pelayanan keperawatan. Ketepatan dalam merencanakan jumlah dan jenis tenaga keperawatan, distribusi kerja yang adil, hingga pengelolaan sistem dokumentasi yang efisien akan berdampak signifikan terhadap keselamatan pasien dan kepuasan kerja perawat. Dalam lingkungan rumah sakit yang

dinamis dan padat, diperlukan koordinasi dan integrasi lintas unit serta pendekatan berbasis data untuk mendukung pengambilan keputusan operasional. Oleh karena itu, penguasaan prinsip dan praktik manajemen operasional menjadi suatu keharusan bagi kepala ruangan, manajer keperawatan, hingga perawat pelaksana yang ingin memastikan bahwa pelayanan keperawatan berjalan dengan standar yang tinggi dan berkelanjutan.

Manajemen operasional yang baik memungkinkan pengembangan inovasi dalam praktik keperawatan, seperti implementasi teknologi digital, sistem pelaporan insiden yang terintegrasi, dan pengembangan model shift kerja yang fleksibel namun tetap berorientasi pada keselamatan dan kualitas layanan. Dengan demikian, pemahaman yang mendalam mengenai manajemen operasional akan memperkuat posisi perawat sebagai bagian integral dari sistem kesehatan yang berorientasi pada mutu, keselamatan, dan kepuasan pasien.

B. Manajemen Operasional dalam Keperawatan

1. Konsep Dasar Manajemen Operasional dalam Keperawatan
 - a. Definisi Manajemen Operasional dalam Konteks Keperawatan

Manajemen operasional dalam keperawatan adalah serangkaian kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan terhadap berbagai proses kerja di unit keperawatan untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien. Dalam konteks ini, fokus utama manajemen operasional adalah bagaimana kegiatan keperawatan sehari-hari dapat berjalan lancar, sesuai dengan standar mutu dan kebutuhan pasien, serta selaras dengan misi institusi pelayanan kesehatan. Proses ini mencakup pengelolaan tenaga keperawatan, pengaturan jadwal kerja, pengendalian penggunaan alat dan bahan medis, serta pemantauan terhadap pencapaian indikator pelayanan. Sebagai contoh,

kepala ruangan di bangsal perawatan bertanggung jawab dalam mengatur rotasi perawat, memastikan ketersediaan logistik keperawatan, serta menindaklanjuti insiden pelayanan yang terjadi dalam lingkup tanggung jawabnya.

b. Ruang Lingkup Operasional Layanan Keperawatan

Ruang lingkup manajemen operasional dalam keperawatan sangat luas dan meliputi berbagai aspek teknis pelayanan yang berlangsung setiap hari di unit kerja. Kegiatan ini mencakup pengelolaan shift kerja, pengaturan tanggung jawab staf keperawatan, distribusi tugas berdasarkan beban kerja dan kompetensi, monitoring kualitas asuhan keperawatan, pengawasan pengisian dokumentasi asuhan, hingga pemeliharaan sarana dan prasarana. Selain itu, ruang lingkup juga mencakup koordinasi antar unit pelayanan, pelaporan kegiatan harian, serta pengelolaan risiko pelayanan. Dengan memahami ruang lingkup ini, mahasiswa akan memiliki pemahaman menyeluruh mengenai mekanisme kerja dalam sistem keperawatan dan siap untuk terlibat aktif dalam peran manajerial di masa depan.

c. Perbedaan Manajemen Strategis, Taktis, dan Operasional

Manajemen dalam organisasi kesehatan terbagi menjadi tiga tingkat: strategis, taktis, dan operasional. Manajemen strategis berkaitan dengan keputusan jangka panjang yang ditetapkan oleh pimpinan tertinggi organisasi, seperti direktur rumah sakit atau dekan fakultas keperawatan. Contohnya termasuk penyusunan rencana pengembangan sumber daya manusia keperawatan lima tahun ke depan atau penerapan sistem akreditasi internasional. Manajemen taktis merupakan penerjemahan kebijakan strategis menjadi program kerja dan kebijakan operasional di tingkat menengah, biasanya dikelola oleh kepala

bidang atau kepala instalasi keperawatan. Sementara itu, manajemen operasional mencakup kegiatan teknis harian yang dilakukan oleh kepala ruangan atau koordinator shift, seperti penjadwalan perawat, pengaturan alat medis harian, dan pengawasan pelaksanaan SOP. Mahasiswa keperawatan perlu memahami perbedaan ini agar mampu berpikir sistematis dan menjalankan perannya sesuai tingkatan manajemen yang berlaku di fasilitas layanan kesehatan.

d. Tujuan dan Fungsi Manajemen Operasional

Tujuan utama manajemen operasional keperawatan adalah untuk menjamin bahwa setiap aktivitas pelayanan berjalan secara efisien, efektif, tepat waktu, dan sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan. Dalam praktiknya, manajemen operasional bertujuan menciptakan pelayanan yang terorganisir dengan baik, menghindari keterlambatan pelayanan, memastikan kelengkapan sumber daya, dan meminimalkan risiko yang merugikan pasien. Fungsi-fungsi manajemen operasional mencakup empat elemen utama, yaitu perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), pengarahan (directing), dan pengendalian (controlling). Perencanaan berkaitan dengan penetapan tujuan harian dan alokasi sumber daya. Pengorganisasian berhubungan dengan penataan struktur kerja dan pembagian tanggung jawab. Pengarahan meliputi bimbingan dan supervisi kepada staf. Pengendalian melibatkan kegiatan evaluasi, audit mutu, dan tindak lanjut terhadap temuan. Melalui pemahaman fungsi ini, mahasiswa akan memiliki kerangka berpikir yang sistematis dalam mengelola pelayanan keperawatan.

2. Perencanaan Operasional Keperawatan

a. Penyusunan Rencana Kerja Ruang/Unit

Penyusunan rencana kerja merupakan dasar dari kegiatan manajemen operasional keperawatan. Rencana kerja disusun untuk menjamin bahwa seluruh aktivitas pelayanan di ruangan atau unit keperawatan terlaksana secara sistematis, terukur, dan dapat dievaluasi. Komponen dalam rencana kerja meliputi jadwal harian dan mingguan, pembagian tugas tenaga keperawatan berdasarkan shift dan kompetensi, serta kegiatan tambahan seperti pelatihan internal dan evaluasi mutu. Kepala ruangan bertanggung jawab menyusun rencana ini dengan mempertimbangkan data beban kerja, ketersediaan SDM, dan target indikator mutu yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Mahasiswa keperawatan perlu dilibatkan dalam latihan menyusun rencana kerja, termasuk merancang formulir kerja, time table, dan checklist pelaksanaan sebagai bagian dari kompetensi manajerial mereka.

b. Penetapan Indikator Kinerja Utama (KPI)

Indikator Kinerja Utama (KPI) adalah alat ukur penting dalam menilai keberhasilan pelayanan keperawatan secara kuantitatif dan kualitatif. KPI keperawatan dapat mencakup tingkat kepatuhan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan, jumlah insiden jatuh pasien, waktu respons terhadap panggilan pasien, atau skor kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Penetapan KPI dilakukan secara terstruktur dan harus relevan dengan tujuan unit dan kebijakan mutu rumah sakit. Evaluasi KPI dilakukan secara berkala dan hasilnya digunakan untuk menyusun rencana perbaikan atau intervensi kebijakan. Mahasiswa keperawatan harus dilatih untuk memahami konsep KPI, membaca data pencapaian indikator, serta mampu terlibat dalam

analisis dan penyusunan rencana perbaikan berdasarkan data tersebut.

c. **Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia, Alat, dan Bahan**

Perencanaan kebutuhan sumber daya merupakan aktivitas penting yang harus dilakukan secara proaktif untuk menghindari kekurangan atau pemborosan dalam pelayanan. Kebutuhan tenaga keperawatan dihitung berdasarkan jumlah pasien, tingkat ketergantungan pasien, serta kompleksitas layanan. Peralatan medis seperti tensimeter, stetoskop, dan infus pump juga harus dipastikan ketersediaannya dalam jumlah memadai dan dalam kondisi baik. Sementara itu, bahan habis pakai seperti kasa, spuit, dan infus set perlu direncanakan berdasarkan rerata penggunaan harian. Mahasiswa keperawatan perlu diajarkan cara melakukan perhitungan kebutuhan logistik dan SDM, serta membuat formulir permintaan dan laporan penggunaan sebagai bagian dari latihan praktik manajemen operasional.

3. **Manajemen Sumber Daya Keperawatan**

a. **Pengelolaan Tenaga Keperawatan Berbasis Beban Kerja dan Kompetensi**

Pengelolaan tenaga keperawatan merupakan pilar utama dalam manajemen sumber daya operasional. Pendekatan yang digunakan harus memperhitungkan dua aspek utama: beban kerja dan kompetensi individu. Beban kerja dapat diukur dari jumlah pasien, tingkat ketergantungan pasien, serta kompleksitas tindakan keperawatan yang diperlukan. Kompetensi perawat mencakup pengetahuan, keterampilan teknis, dan sikap profesional. Manajer keperawatan harus mampu mendistribusikan staf berdasarkan kombinasi dua aspek tersebut agar pelayanan berjalan optimal tanpa terjadi kelebihan atau kekurangan beban di satu sisi. Penempatan staf yang sesuai juga berdampak pada

keselamatan pasien, kepuasan kerja perawat, dan kualitas pelayanan secara keseluruhan. Mahasiswa perlu memahami konsep ini melalui praktik simulasi penjadwalan dan distribusi staf berdasarkan skenario klinis.

b. **Metode Perhitungan Kebutuhan Tenaga (WISN, Acuity Method)**

Dalam dunia keperawatan modern, penghitungan kebutuhan tenaga berbasis metode ilmiah menjadi sangat penting. Salah satu metode yang banyak digunakan adalah Workload Indicators of Staffing Need (WISN), yang dikembangkan oleh WHO. Metode ini menggunakan data aktual tentang waktu kerja, jumlah tindakan keperawatan, dan beban kerja efektif sebagai dasar untuk menghitung jumlah tenaga ideal. Sementara itu, metode Acuity digunakan untuk menilai kebutuhan staf berdasarkan tingkat keparahan dan ketergantungan pasien terhadap asuhan keperawatan. Dengan acuity tools, pasien diklasifikasikan ke dalam kategori tertentu (misal: minimal, sedang, tinggi ketergantungan), dan setiap kategori memiliki bobot kebutuhan staf tersendiri. Mahasiswa keperawatan perlu diajarkan bagaimana cara mengumpulkan data, mengklasifikasikan pasien, serta menghitung kebutuhan staf menggunakan kedua metode ini melalui studi kasus atau simulasi klinis.

c. **Manajemen Jadwal Kerja: Shift, Rotasi, dan Cuti**

Penjadwalan kerja dalam keperawatan harus memperhatikan kesinambungan layanan 24 jam, beban kerja yang seimbang, dan kesejahteraan tenaga keperawatan. Sistem shift terdiri dari tiga waktu utama: pagi, sore, dan malam, yang disusun dalam siklus tertentu agar semua perawat mendapatkan waktu istirahat yang cukup dan tidak mengalami kelelahan kronis. Rotasi kerja penting dilakukan untuk menjaga dinamika kerja tim dan menghindari kejenuhan. Selain

itu, pengelolaan cuti juga harus diperhitungkan agar tidak mengganggu pelayanan. Perencanaan jadwal yang baik tidak hanya memperhatikan kebutuhan operasional tetapi juga aspek hukum ketenagakerjaan, etika profesional, dan hak-hak pekerja. Mahasiswa keperawatan perlu dilatih dalam menyusun jadwal kerja secara manual maupun menggunakan aplikasi jadwal digital, serta mampu menyusun alternatif bila terjadi kekurangan staf mendadak.

4. Pengendalian dan Evaluasi Operasional

a. Monitoring dan Supervisi Proses Kerja

Monitoring dan supervisi merupakan komponen penting dalam menjamin keberlanjutan kualitas layanan keperawatan. Monitoring dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa setiap aktivitas pelayanan berjalan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP), serta sesuai dengan tujuan dan rencana kerja unit. Bentuk monitoring bisa berupa pengamatan langsung di lapangan, pengisian check list kegiatan, serta evaluasi performa perawat dalam memberikan asuhan. Sementara itu, supervisi melibatkan tindakan aktif dari kepala ruangan atau koordinator keperawatan untuk membimbing, memberi umpan balik, dan menyelesaikan masalah yang dihadapi staf keperawatan. Kegiatan supervisi ini bersifat edukatif dan korektif, bukan sekadar pengawasan administratif. Mahasiswa keperawatan perlu memahami pentingnya supervisi yang berorientasi pada pengembangan kapasitas staf, serta mampu melakukan monitoring sederhana terhadap pelaksanaan SOP dalam praktik lapangan.

b. Audit Keperawatan sebagai Evaluasi Mutu

Audit keperawatan adalah proses sistematis untuk menilai apakah pelayanan keperawatan telah sesuai dengan standar dan pedoman yang berlaku. Audit bisa berupa audit struktur (fasilitas dan SDM), audit proses

(kesesuaian tindakan keperawatan dengan prosedur), dan audit hasil (capaian klinis dan kepuasan pasien). Kegiatan ini penting untuk mendeteksi kesenjangan antara praktik aktual dan praktik ideal, sehingga dapat dirumuskan tindakan perbaikan secara tepat. Pelaksanaan audit keperawatan biasanya dilakukan oleh tim mutu rumah sakit atau oleh tim audit internal instalasi keperawatan. Hasil audit digunakan sebagai dasar perumusan rekomendasi manajemen, pelatihan lanjutan, serta revisi SOP jika diperlukan. Mahasiswa keperawatan sebaiknya dilibatkan dalam simulasi audit dokumentasi atau studi kasus sebagai bagian dari pembelajaran praktik manajemen mutu layanan.

c. Penanganan Insiden dan Keluhan Pasien

Insiden dalam pelayanan keperawatan, baik yang bersifat klinis maupun non-klinis, perlu ditangani secara cepat dan sistematis. Contoh insiden yang sering terjadi antara lain jatuhnya pasien, kesalahan pemberian obat, atau keterlambatan pelayanan. Setiap insiden harus dilaporkan melalui sistem pelaporan internal, dianalisis menggunakan pendekatan root cause analysis (RCA), dan ditindaklanjuti dengan rekomendasi perbaikan. Keluhan pasien juga merupakan sumber informasi penting untuk evaluasi mutu. Penanganan keluhan harus dilakukan secara profesional, dengan sikap terbuka dan empatik, serta ditindaklanjuti dalam forum evaluasi pelayanan. Mahasiswa keperawatan harus dilatih untuk memahami alur pelaporan insiden, teknik komunikasi efektif dalam menghadapi keluhan pasien, serta mampu ikut serta dalam analisis masalah dan penyusunan solusi perbaikan layanan.

5. Pengelolaan Logistik dan Alat Kesehatan

a. Inventarisasi dan Distribusi Logistik Keperawatan

Pengelolaan logistik merupakan komponen vital dalam mendukung kelancaran pelayanan keperawatan. Inventarisasi adalah proses pencatatan dan pengawasan

terhadap seluruh aset yang dimiliki unit keperawatan, baik berupa alat medis, alat non-medis, maupun bahan habis pakai. Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan ketersediaan alat secara cukup, dalam kondisi baik, dan siap digunakan setiap saat. Distribusi logistik keperawatan mencakup pengaturan pengiriman alat dan bahan ke tiap ruangan sesuai kebutuhan, baik secara harian, mingguan, maupun berdasarkan kasus khusus. Kepala ruangan bekerja sama dengan bagian logistik rumah sakit untuk merencanakan distribusi yang efisien agar tidak terjadi kekurangan atau kelebihan persediaan. Mahasiswa perlu memahami prinsip FIFO (First In First Out), teknik inventarisasi elektronik/manual, serta pengelolaan lemari logistik ruangan sebagai bagian dari kompetensi operasional mereka.

b. Sistem Permintaan dan Penyimpanan Logistik

Sistem permintaan logistik keperawatan biasanya dilakukan secara berkala melalui formulir permintaan barang atau sistem digital yang terintegrasi. Proses ini memerlukan perencanaan yang matang berdasarkan data pemakaian sebelumnya dan proyeksi kebutuhan mendatang. Permintaan harus disesuaikan dengan anggaran dan waktu pengadaan agar efisiensi dapat tercapai. Penyimpanan logistik harus dilakukan dengan memperhatikan prinsip keamanan, kebersihan, dan keteraturan. Lokasi penyimpanan harus memiliki ventilasi yang baik, terlindung dari kontaminasi, dan memungkinkan akses cepat saat dibutuhkan. Dalam praktik pendidikan, mahasiswa perlu diperkenalkan dengan perangkat lunak manajemen logistik, sistem barcode untuk pelacakan alat, serta SOP permintaan dan penyimpanan logistik yang berlaku di fasilitas kesehatan.

c. Pelaporan Penggunaan Logistik secara Manual dan Digital

Pelaporan penggunaan logistik merupakan aspek penting dalam pengendalian biaya dan efisiensi operasional. Setiap alat dan bahan yang digunakan harus dicatat secara rinci untuk mengetahui tren pemakaian dan potensi pemborosan. Laporan ini juga menjadi dasar evaluasi anggaran dan pengambilan keputusan pengadaan. Sistem pelaporan bisa dilakukan secara manual melalui buku logistik harian atau lembar pemakaian bahan, maupun secara digital melalui sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS). Pelaporan digital memungkinkan pelacakan real-time, analisis data otomatis, dan integrasi dengan unit lain seperti farmasi dan keuangan. Mahasiswa keperawatan perlu memiliki keterampilan dalam mengisi laporan logistik, membaca data penggunaan, serta memahami implikasi administratif dan manajerial dari data tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Anita L. Tucker & Steven J. Spear (2006). *Operational Failures and Interruptions in Hospital Nursing*. **Health Services Research**, 41(3), 643–662.
- Garcia, L., Huang, S., & Patel, R. (2018). *Operational efficiency and lean implementations: a meta-analytic perspective*. **Health Systems and Outcomes**, 6(1), 75–86.
- Hebatullah Udod et al. (2020). *Nurse managers implementing the Lean management system: A qualitative study in Western Canada*. **Journal of Nursing Management**.
- Hosseini Parsa et al. (2011). *Healthcare inventory and supply chain management: a literature review*. **Mississippi State University, Industrial & Systems Engineering**.
- Ichsan Rizany, R. T. S. Hariyati, Efy Afifah, Rusdiyansyah. (2019). *The Impact of Nurse Scheduling Management on Nurses' Job Satisfaction in Army Hospital: A Cross-Sectional Research*. **SAGE Open**, 2019.
- John Efiok & Peter Michael Rawlings (2022). *Healthcare Application of Operations Management Tools and Techniques: A Review of Literature*. **European Journal of Public Health Studies**.
- Marasi Mwencha & James Rosen (2016). *Better Data Visibility & Data Use Result in Lower Cost and Improved Performance in Medicine Supply Chains*.
- Nsikan John Efiok & Peter Michael Rawlings (2022). *Healthcare Application of Operations Management Tools and Techniques: A Review of Literature*. **EJPHS**
- Rizany, I., Hariyati, R. T. S., & Purwaningsih, S. (2017). *Optimalisasi fungsi kepala ruangan dalam penetapan jadwal dinas perawat berbasis kompetensi: Pilot study*. **Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia**, vol. 1, hlm. 244–256.
- Ulrich, B., & Kear, T. (2014). *Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery*. **Nephrology Nursing Journal**, 41(5), 447–456.

BIODATA PENULIS



Ns. Reny Pordaningsih., S.Kep., M.M.
Lahir di Jambi, pada 2 April 1972.
Menyelesaikan Sarjana Keperawatan dan Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Universitas Andalas tahun 2002 dan Program Pasca Sarjana Magister Manajemen di STIE Widya Jayakarta Jakarta tahun 2006. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di jurusan Keperawatan dan jurusan Administrasi Rumah sakit di Stikes Garuda Putih Jambi, dan menjabat sebagai Ketua Komite Keperawatan RS dr. Bratanata Jambi.

BAB 4

Manajemen Asuhan Keperawatan

Ns. Norman Alfiat Talibo, S.Kep., M.Kep

A. Konsep Manajemen Keperawatan

1. Pengertian Manajemen

Manajemen berasal dari kata to manage yang artinya mengatur atau mengelola atau mengurus. Manajemen adalah suatu proses yang merupakan rangkaian kegiatan yang sistematis dan terencana (Prayitno, 2001). Manajemen adalah suatu proses menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain (Gillies, 1994). Manajemen merupakan ilmu atau seni bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya (Swansburg, 1993).

Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan usaha-usaha anggota organisasi dan penggunaan sumber daya organisasi lainnya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan (Stoner, 1982)

2. Pengertian Keperawatan

Berdasarkan Lokakarya Nasional pada Bulan Januari 1983 di Jakarta, telah disepakati pengertian keperawatan adalah "Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu,

keluarga, dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia”.

3. Manajemen Keperawatan

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

Manajemen keperawatan merupakan suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan obyektifitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan (Huber, 2000). Kelly dan Heidental (2004) menyatakan bahwa manajemen keperawatan dapat didefinisikan sebagai suatu proses dari perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan untuk mencapai tujuan. Proses manajemen dibagi menjadi lima tahap yaitu perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan dan pengendalian (Marquis dan Huston, 2010).

4. Fungsi - Fungsi Asuhan Keperawatan

Fungsi manajemen adalah bentuk kegiatan manajemen yang mempunyai ciri dan waktu pelaksanaan tertentu. menurut Siagian (2007), fungsi manajemen terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pengawasan, dan penilaian. Pendekatan manajemen yang diterapkan dalam manajemen keperawatan adalah perpaduan bentuk fungsi manajemen yang terdiri dari perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), pengarahan (directing), dan pengendalian (controlling) dengan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Sehingga menurut Gillies (1994), bahwa proses manajemen keperawatan menunjang proses keperawatan.

- a. Pengkajian dan Pengumpulan Data Tahap ini menjadi langkah awal yang sangat menentukan keberhasilan untuk dapat masuk pada tahap-tahap berikutnya. Kesalahan, kelemahan, dan ketidakvalidan data/informasi menjadi hambatan untuk dapat masuk pada tahap berikutnya. Kesalahan-kesalahan ini akan dapat mengganggu keberhasilan dalam menyelesaikan masalah yang di hadapi. Untuk itu, sebagai manajer keperawatan harus mempunyai kelebihan dalam pengetahuan dan keterampilan pengumpulan data. Sehingga, data/informasi yang dikumpulkan benar-benar valid dan dapat menggambarkan permasalahan atau diagnosis yang di hadapi.
- b. Perencanaan Perencanaan menjadi tahapan penting setelah pengumpulan data dan perumusan masalah/diagnosis. Karena, perencanaan berisi rencanarencana strategis yang akan dilaksanakan untuk menyelesaikan permasalahan atau diagnosis yang di hadapi. Sehingga, jika perencanaannya tidak dapat mengakomodasi permasalahan atau diagnosis yang akan diselesaikan, maka kegiatan perencanaan yang dilakukan menjadi sia-sia.
- c. Pengaturan dan Kepegawaian Tahap ini menentukan struktur yang akan digunakan dalam penyelesaian masalah. Sebagai manajer keperawatan harus mampu membuat struktur organisasi yang efektif dan efisien. Efektifitas dan efisiensi organisasi dapat tergambarkan dari kecukupan tenaga, baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya. Artinya, menurut Siagian (2007) dalam struktur organisasi harus dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan: Siapa melakukan apa? Siapa bertanggung jawab kepada siapa? Siapa yang berhubungan dengan siapa dan dalam hal apa? Saluran komunikasi apa yang terdapat Konsep Manajemen

Keperawatan 4 dalam organisasi? Bagaimana cara memanfaatkannya, dan untuk kepentingan apa? Dan, jaringan informasi apa yg terdapat dalam organisasi? Pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dapat dijadikan dasar untuk melakukan proses rekrutmen dan staffing tenaga yang dibutuhkan.

- d. Pelaksanaan dan Pengarahan Pelaksanaan merupakan kegiatan untuk melaksanakan perencanaan yang telah dibuat. Dalam kegiatan ini, seorang manajer harus mampu menjadi pemimpin yang efektif. Kepemimpinan akan menentukan keberhasilan dalam tahap pelaksanaan. Untuk itu, manajer harus mampu menggunakan kekuasaannya untuk memecahkan masalah, pengambilan keputusan, melakukan komunikasi efektif, dan mampu melakukan perubahan yang efektif jika memang diperlukan. Selain itu, sebagai seorang manajer keperawatan juga harus mampu menciptakan iklim motivasi dan memberikan arahan bagi personelnnya.
- e. Pengawasan dan Evaluasi Pengawasan dan evaluasi menjadi tahap akhir yang penting untuk dilakukan. Tahap akhir ini dilakukan guna mengetahui sejauhmana keberhasilan pencapaian tujuan yang telah dicapai. Seberapa besar kegagalan yang terjadi. Hambatan-hambatan apa yang menjadi kendala dalam pencapaian tujuan. Data-data ini menjadi bahan untuk melakukan perbaikan ke depannya, sehingga tidak sampai terjadi kesalahan yang berulang.

B. Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen keperawatan dapat didefinisikan yaitu proses koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai perawatan, tujuan pelayanan dan obejektif (Huber, 2006). Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metode proses keperawatan untuk memenuhi

kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien (keliat,2000). Tiga komponen penting dalam manajemen asuhan keperawatan yaitu sumber daya manusia (perawat) dengan menggunakan sistem pengorganisasian pekerjaan perawat (asuhan keperawatan) dan sistem klasifikasi kebutuhan klien dalam metode pemberian asuhan keperawatan yaitu proses keperawatan .

1. Proses Keperawatan

Menurut Gillies (1986) diterjemahkan oleh Dika Sukmana dan Rika Widya Sukmana (1986). Manajemen didefinisikan sebagai suatu proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Sedangkan manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Manajemen pada proses keperawatan mencakup manajemen pada berbagai tahap dalam keperawatan.

- a. Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang mengharuskan perawat setepat mungkin mendata pengalaman masa lalu pasien, pengetahuan yang dimiliki, perasaan, dan harapan kesehatan di masa datang. Pengkajian ini meliputi proses pengumpulan data, memvalidasi, dan menginterpretasikan informasi tentang pasien sebagai individu yang unik.
- b. Diagnosis merupakan tahap pengambilan keputusan dengan menganalisis data yang telah dikumpulkan. Keputusan yang diambil dapat berupa rumusan diagnosis keperawatan, yaitu respon biopsikososio spiritual terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial.
- c. Perencanaan keperawatan dibuat setelah perawat mampu memformulasikan diagnosis keperawatan. Perawat memilih metode khusus dan memilih sekumpulan tindakan alternatif untuk menolong pasien mempertahankan kesejahteraan yang optimal.

Semua kegiatan keperawatan harus menggunakan sumber-sumber yang tersedia melalui penetapan tujuan jangka panjang dan jangka pendek.

- d. Implementasi keperawatan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Semua kegiatan yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan harus direncanakan untuk menunjang tujuan pengobatan medis, dan memenuhi rencana keperawatan. Implementasi rencana asuhan keperawatan berarti perawat mengarahkan, menolong, mengobservasikan dan mendidik semua personil keperawatan yang terlibat dalam asuhan pasien tersebut. Pemantauan yang terus menerus terhadap personil keperawatan dan pasien, termasuk evaluasi perilaku dan pendidikan, merupakan supervisi keperawatan yang penting.
- e. Evaluasi adalah langkah kelima dalam proses keperawatan. Evaluasi merupakan pertimbangan sistematis dan standart dari tujuan yang dipilih sebelumnya, dibandingkan dengan penerapan praktik yang aktual dan tingkat asuhan yang diberikan. Evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan hanya dapat dibuat jika tujuan yang diidentifikasi sebelumnya cukup direalisasi dan dapat dicapai oleh perawat, pasien dan keluarga

2. Proses Manajemen

Hersey, dkk (2001) mendefinisikan manajemen sebagai proses bekerja dengan atau melalui individu dan kelompok dan juga sumber daya lain seperti peralatan, modal dan teknologi untuk mencapai tujuan suatu organisasi. Koontz (1961) dalam Huber (2006) menyimpulkan bahwa manajemen adalah suatu seni yang meliputi:

- a. Mengatur orang-orang dalam suatu kelompok yang terorganisasi

- b. Menciptakan lingkungan yang terorganisasi yaitu lingkungan yang mendukung orang-orang untuk bekerja sama dalam mencapai suatu tujuan bersama
- c. Menghilangkan penghalang yang menghalangi untuk bertindak dalam suatu organisasi
- d. Mengoptimalkan pekerjaan yang efisien dan efektif dalam mencapai tujuan.

Manajemen keperawatan adalah proses koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan melalui pelaksanaan proses manajemen untuk memenuhi asuhan keperawatan dan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Proses manajemen yang bisa digunakan dalam mencapai tujuan tersebut dapat ditempuh melalui 4 tahap yaitu:

- a. Planning (perencanaan)
Perencanaan adalah fungsi manajerial yang meliputi penyeleksian prioritas, hasil dan metode untuk mencapai hasil (McNamara , 1999). Perencanaan adalah suatu tindakan yang meliputi indentifikasi tujuan, metodemetode, sumber daya, pembagian tanggung jawab dan jadwal untuk melaksanakan semuanya.
- b. Organizing (pengorganisasian)
Organizing adalah fungsi manajemen yang berhubungan dengan pengalokasian dan pengaturan sumber daya untuk memenuhi tujuan yang telah ditentukan. Langkah awal dalam pengorganisasian adalah mengorganisasikan pekerjaan, mengorganisasikan pekerja dan langkah terakhir adalah mengorganisasikan lingkungan
- c. Coordinating (pengkoordinasian)
Pengkoordinasian dalam proses manajemen berfungsi untuk memberikan arahan atau perintah yang kemudian dapat mempengaruhi orang untuk mengikuti arahan tersebut. Pengkoordinasian dapat diartikan sebagai kegiatan yang memotivasi dan memimpin seseorang untuk menjalankan kegiatan yang sudah ditentukan dengan baik. Motivasi

merupakan suatu hal yang penting dan merupakan strategi utama dalam proses koordinasi karena memotivasi sangat berhubungan dengan penentuan tingkat performance staff dalam memberikan kontribusi yang efektif dalam pencapaian tujuan organisasi.

d. Controlling (pengawasan)

Pengawasan dalam manajemen asuhan keperawatan yang meliputi fungsi monitoring dan pengawasan rencana, proses dan sumber daya yang efektif dan efisien untuk mencapai tujuan. Dalam lingkup keperawatan tindakan pengawasan seperti proses evaluasi dalam proses keperawatan. Controlling atau evaluasi merupakan kegiatan untuk meyakinkan bahwa alur dan proses kegiatan yang telah dijalankan sesuai dengan tujuan dan cara pencapaian tujuan yang telah direncanakan sebelumnya. Oleh karena itu, controlling dapat juga diartikan sebagai kegiatan untuk membandingkan hasil yang telah dicapai dengan standar yang telah ditetapkan dalam perencanaan dan juga melakukan perbaikan apabila diperlukan.

C. Komponen Manajemen Asuhan keperawatan

Standar praktik keperawatan di Indonesia yang disusun oleh Depkes RI (1995) terdiri atas beberapa standar, yaitu:

1. menghargai hak-hak pasien;
2. penerimaan sewaktu pasien masuk rumah sakit (SPMRS)
3. observasi keadaan pasien;
4. pemenuhan kebutuhan nutrisi;
5. asuhan pada tindakan nonoperatif dan administratif;
6. asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif;
7. pendidikan kepada pasien dan keluarga;
8. pemberian asuhan secara terus-menerus dan berkesinambungan.

a. Pengorganisasian Asuhan Keperawatan

1) Metode Fungsional

Metode Fungsional adalah konvensional, metode ini didasarkan pada fungsi perawat, perawat dibagi masing-masing untuk menyelesaikan suatu intervensi. Metode Fungsional juga dapat diartikan sebagai pengorganisasian tugas pelayanan keperawatan yang didasarkan kepada pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan. Metode ini dibagi menjadi beberapa bagian dan tenaga ditugaskan pada bagian tersebut secara umum, seperti: kepala ruangan, perawat staf, perawat pelaksana, pembantu perawat, dan tenaga administrasi ruangan.

2) Metode Tim

Metode tim merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatankelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Potter, Patricia 1993). Metode Tim dibentuk karena adanya keterbatasan tenaga profesional atau strata Sarjana sehingga ada modifikasi pembagian tugas yaitu dilakukan bersama dalam beberapa perawat, dan dibutuhkan perawat Primer dan Associate dalam satu Tim. Metode Tim juga merupakan pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu orang perawat pada saat bertugas atau jaga selama periode waktu tertentu sampai klien pulang.

3) Metode Primer

Yaitu pemberian askep yang ditandai dengan keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan

mengkoordinasikan askep selama pasien dirawat. Metode Primer dimana seorang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit. Metode primer ini di tandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang di tugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan kordinasi asuhan keperawatan selama pasien di rawat.

4) Metode Kasus

Metode Kasus memiliki Rasio (1 perawat: 1 pasien) di mana setiap pasien di limpahkan kepada semua perawat yang melayani seluruh kebutuhannya pada saat mereka dinas, pasien akan di rawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift. Yaitu pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu orang perawat pada saat bertugas atau jaga selama periode waktu tertentu sampai klien pulang. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima semua laporan tentang pelayanan keperawatan klien. Metode kasus pada umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk khusus ruangan seperti Isolasi dan Ruang perawatan Insentif.

5) Metode Modifikasi

Adalah penggunaan metode asuhan keperawatan dengan cara di modifikasi antara tim dan primer.

b. Klasifikasi pasien asuhan keperawatan

1) Selfcare

Klien memerlukan bantuan minimal dalam melakukan tindak keperawatan dan pengobatan. Klien melakukan aktivitas perawatan diri sendiri secara mandiri.

- 2) Minimal care
Klien memerlukan bantuan sebagian dalam tindak keperawatan dan pengobatan tertentu, misalnya pemberian obat intravena dan mengatur posisi.
- 3) Intermediate care
Klien biasanya membutuhkan waktu 5-6 jam dengan waktu rata-rata efektif 5,5 jam /24 jam
- 4) Modified intensive care
Klien biasanya membutuhkan waktu 7-8 jam dengan waktu rata-rata efektif 7,5 jam /24 jam
- 5) Intensive care
Klien biasanya membutuhkan 10-14 jam dengan waktu rata-rata efektif 12jam/24 jam.

D. Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan sangat penting karena berfungsi sebagai kerangka pikir untuk menjalankan fungsi dan tanggung jawab keperawatan dalam lingkup yang luas. Proses keperawatan juga berfungsi sebagai alat untuk mengenal masalah pasien, menyusun perencanaan secara sistematis, melaksanakan tindakan dan menilai hasil tindakan (Muhlisin, 2011).

Sifat Proses Keperawatan Setiadi (2012) menjelaskan tentang sifat proses keperawatan, yaitu :

1. Dinamis
Setiap tahap proses keperawatan dapat diperbaharui/dimodifikasi, apabila situasi dan kondisi pasien berubah.
2. Siklik
Proses keperawatan berjalan secara siklik atau berulang dari pengkajian sampai dengan evaluasi, demikian seterusnya apabila diperlukan pengkajian ulang (*re-assessment*), sampai masalah klien teratasi atau klien dapat mandiri memenuhi kebutuhan kesehatan atau keperawatannya
3. *Interdependent* / saling ketergantungan
Setiap tahap setiap tahap dari proses keperawatan mempunyai relevansi yang sangat erat sehingga

kekurangan di salah satu tahap akan mempengaruhi tahap-tahap berikutnya.

4. *Fleksibel / luwes*

Proses keperawatan bersifat luwes, tidak kaku sehingga pendekatan yang digunakan dapat berubah atau dimodifikasi sesuai dengan situasi, keadaan dan kebutuhan klien akan perawatan kesehatan. Fleksibel dapat juga berarti bisa digunakan untuk pemecahan segala jenis masalah keperawatan, dapat digunakan pada berbagai kondisi dan situasi klien, dapat diterapkan semua siklus kehidupan manusia, dari dalam kandungan sampai dengan meninggal dunia, dapat diterapkan pada berbagai unit keperawatan di rumah sakit maupun untuk keluarga dan masyarakat

Potter & Perry (2005) menjelaskan bahwa ada 5 langkah proses asuhan keperawatan, yaitu :

a. Pengkajian

Langkah pertama dari proses keperawatan yaitu pengkajian, dimulai perawat menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan data tentang klien. Pengkajian dan pendokumentasian yang lengkap tentang kebutuhan pasien dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan

Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut

- 1) Implementasi
Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan
- 2) Evaluasi
Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan.

E. Perencanaan Kegiatan Keperawatan

Adapun langkah-langkah perencanaan kebutuhan tenaga keperawatan menurut Gillies (1996) meliputi :

1. Bentuk dan beban pelayanan dan asuhan keperawatan yang akan diberikan.
2. Menentukan kategori perawat yang akan ditugaskan untuk melaksanakan pelayanan dan asuhan keperawatan

Menentukan jumlah masing-masing kategori perawat yang dibutuhkan.

1. Menerima dan menyaring untuk mengisi posisi yang ada
2. Melakukan seleksi calon-calon yang ada.
3. Menentukan tenaga perawat sesuai dengan unit atau shift.
4. Memberikan tanggung jawab untuk melaksanakan tugas pelayanan dan asuhan keperawatan.

F. Peran dan Tugas Manajemen Asuhan Keperawatan

Peran dan fungsi perawat profesional disusun untuk mengidentifikasi dan memperjelas aspek-aspek yang membedakan praktik keperawatan profesional profesional dari praktik praktik perawat perawat yang diberikan diberikan oleh orang yang tidak mempunyai kualifikasi keperawatan profesional. Adapun peran dan fungsi perawat secara umum sebagai berikut:

1. Perencanaan keperawatan untuk masing-masing klien.
2. Pemberian perawatan langsung.

3. Identifikasi waktu yang tepat untuk melaksanakan pelayanan keperawatan pada klien oleh tenaga yang tidak memiliki kualifikasi perawatan profesional.
4. Mempersiapkan dan mendukung tenaga yang tidak memiliki kualifikasi keperawatan profesional untuk melaksanakan aktivitas yang diserahkan kepada mereka oleh perawat profesional.
5. Manajemen dan sumber daya manusia, perlengkapan dan pelayanan yang efektif dan efisien langsung dikendalikan atau diambil alih oleh perawat profesional.
6. Pembentukan standar, audit keperawatan dan audit klinik. Untuk secara spesifik kami menemukan beberapa Untuk secara spesifik kami menemukan beberapa peran dan fungsi dari dan fungsi dari perawat dalam manajemen keperawatan, yaitu sebagai berikut.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmuji . (2014).*Manajemen Keperawatan Konsep dan Aplikasi*. Buku karya Asmuji 2011.
- Blacius Dedi. (2020). *Kepemimpinan dan Manajemen Pelayanan Keperawatan. Teori, konsep dan implementasi*. Cv Trans Info Media. Jakarta
- Gillies, 1994. *Standar Asuhan Keperawatan*. Edisi 2 . Philadelphia
- Gillies. (1996). *Manajemen Keperawatan*, Edisi ke dua, Philadelphia.
- Muhlisin, A. 2011. *Dokumentasi Keperawatan*. Penerbit Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Potter & Perry.(2005). *Buku ajar fundamental keperawatan konsep, proses, dan praktik*. Jakarta : Erlangga
- Seniwati, dkk. (2022). *Manajemen keperawatan* Buku ajar manajemen keperawatan, Feniks Muda Sejahtera
- Setiadi.(2012). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiadi,S.kep.,Ns.,M.kep (2017) *konsep manajemen keperawatan* Dosen stikes Hang Tuah Surabaya
- Rofii, Muhammad., Ns.S.Kp.,M.Kep.(2022) *Manajemen Asuhan Keperawatan Evidence Based Practice*. Universitas Diponegoro 2022
- Tya.(2011). *Manajemen Asuhan Keperawatan* .sept 29,2011 scribd

BIODATA PENULIS



Penulis Di lahirkan di Kab.Bolaang Mongondow Utara Provinsi Sulawesi Utara pada tanggal 16 September 1992. Merupakan anak Ke-Empat dari pasangan Suldin Talibo (Alm) dan Ibu Atma Posumah. Penulis menyelesaikan program studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Manado lulus tahun 2014. Kemudian penulis menyelesaikan program Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta lulus tahun 2016 dan menyelesaikan program S2 di program studi Magister Keperawatan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Sejak tahun 2019 sampai dengan sekarang bekerja sebagai Staf Pengajar di Jurusan S1-Ilmu Keperawatan Dan Program Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Manado. Penulis pengampuh mata kuliah Sistem Informasi Keperawatan, Manajemen Keperawatan, dan Metodologi Penelitian, dan juga sebagai Penanggung Jawab dan pembimbing Stase Manajemen Keperawatan Program Profesi Ners.

Email: normantalibo@gmail.com

BAB 5

Perencanaan dalam Bidang Keperawatan

Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd, S.SiT., M.DSc

A. Pendahuluan

Perkembangan ilmu keperawatan menuntut perawat untuk tidak hanya mahir dalam aspek klinis, tetapi juga memiliki kemampuan manajerial, termasuk dalam perencanaan. Perencanaan merupakan fungsi manajemen yang paling mendasar dan penting dalam rangka mencapai tujuan organisasi pelayanan kesehatan (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2021).

Dalam konteks keperawatan, perencanaan sangat diperlukan agar pelayanan keperawatan dapat dilaksanakan secara efektif, efisien, dan terarah sesuai kebutuhan pasien dan standar profesi (Marquis & Huston, 2017). Hal ini sejalan dengan prinsip-prinsip mutu dalam pelayanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien dan hasil layanan yang optimal.

Perencanaan dalam bidang keperawatan tidak hanya berlaku pada level individu dalam memberikan asuhan keperawatan, tetapi juga mencakup tingkat manajerial di unit pelayanan keperawatan, rumah sakit, komunitas, dan bahkan sistem kesehatan nasional (Swansburg & Swansburg, 2002).

Melalui perencanaan yang baik, kegiatan keperawatan dapat dikoordinasikan, sumber daya dapat dimanfaatkan secara optimal, serta dapat diantisipasi berbagai tantangan atau hambatan yang mungkin terjadi (Huber, 2018).

Perawat sebagai manajer harus memiliki kemampuan dalam menyusun rencana kerja, baik jangka pendek maupun jangka panjang, untuk mencapai sasaran mutu pelayanan keperawatan (Yoder-Wise, 2022).

B. Konsep Dasar Perencanaan dalam Keperawatan

1. Pengertian Perencanaan

Perencanaan berasal dari kata dasar "rencana," yang dalam bahasa Indonesia berarti susunan langkah-langkah untuk mencapai tujuan tertentu. Dalam bahasa Inggris, istilah "planning" berasal dari kata "plan," yang berarti rancangan atau peta kerja (Robbins & Coulter, 2020). Menurut Terry (2020), asal kata perencanaan berhubungan dengan aktivitas berpikir di muka untuk merumuskan tindakan yang akan dilakukan. Stoner, Freeman, & Gilbert (2018) juga menjelaskan bahwa perencanaan berasal dari konsep dasar manajemen yang bertujuan mengantisipasi masa depan dan mempersiapkan tindakan. Dalam konteks keperawatan, Nursalam (2020) menekankan bahwa perencanaan berasal dari kebutuhan untuk memberikan asuhan keperawatan yang terstruktur. Yoder-Wise (2019) menambahkan bahwa perencanaan berakar pada keharusan menyediakan pelayanan yang aman dan berkualitas. Huber (2018) menyebutkan bahwa asal kata perencanaan menggambarkan komitmen perawat untuk mengorganisasi tindakan secara efektif.

Perencanaan dalam keperawatan adalah proses sistematis untuk menetapkan tujuan dan menentukan cara terbaik untuk mencapainya dalam konteks pelayanan keperawatan (Marquis & Huston, 2017). Perencanaan membantu organisasi keperawatan dalam menetapkan prioritas, alokasi sumber daya, dan pengambilan keputusan yang efektif. Menurut Nursalam (2020), dalam keperawatan, perencanaan adalah penentuan tujuan dan penentuan intervensi keperawatan yang sesuai berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah dibuat. Sedangkan Yoder-Wise (2019), menyebutkan bahwa perencanaan dalam keperawatan merupakan fungsi manajerial yang memastikan pelayanan keperawatan berjalan sesuai standar dan kebutuhan pasien.

2. Tujuan Perencanaan dalam Keperawatan

Menurut Nursalam (2020), tujuan utama dari perencanaan adalah untuk menciptakan arah kerja yang jelas, menghindari duplikasi tugas, meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan keperawatan sehingga intervensi yang dilakukan tepat sasaran dan efektif. Dengan perencanaan yang baik, perawat dapat memprioritaskan masalah pasien dan menetapkan tindakan yang sesuai. Yoder-Wise (2019) menyatakan bahwa perencanaan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*) dan mengurangi risiko kesalahan tindakan. Manfaatnya adalah terjaminnya koordinasi antar tim keperawatan dan profesi kesehatan lainnya, sehingga pelayanan menjadi lebih terintegrasi. Robbins & Coulter (2020) menambahkan bahwa perencanaan bermanfaat dalam mengantisipasi perubahan kondisi pasien serta memfasilitasi adaptasi terhadap situasi yang tidak terduga. Dengan demikian, perencanaan memperkuat ketahanan organisasi dan meningkatkan kepuasan pasien

C. Fungsi Perencanaan Dalam Keperawatan

Nursalam (2020) menjelaskan bahwa fungsi perencanaan dalam manajemen keperawatan meliputi :

1. Perencanaan untuk menetapkan tujuan pelayanan

Nursalam (2020) menyebutkan bahwa perencanaan memberikan arah bagi perawat agar asuhan yang diberikan sesuai standar dan kebutuhan pasien. Yoder-Wise (2019) menambahkan bahwa perencanaan mendukung efisiensi sumber daya, meminimalkan risiko kesalahan, serta meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Perencanaan adalah langkah awal dalam manajemen keperawatan yang berfungsi untuk menetapkan tujuan pelayanan yang jelas, spesifik, dan dapat dicapai. Menurut Robbins & Coulter (2020), perencanaan membantu organisasi keperawatan dalam mengantisipasi perubahan lingkungan dan menentukan strategi terbaik.

2. Pengorganisasian untuk membagi tugas

Pengorganisasian adalah proses mengatur dan mendistribusikan sumber daya, baik manusia, peralatan, maupun fasilitas, agar tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai. Nursalam (2020) menjelaskan bahwa pengorganisasian mencakup pembentukan struktur organisasi, pembagian tugas, penetapan wewenang, dan koordinasi antar anggota tim. Menurut Huber (2018), pengorganisasian yang efektif membantu menghindari duplikasi tugas dan memastikan bahwa setiap perawat memahami tanggung jawabnya. Yoder-Wise (2019) juga menyebutkan bahwa pengorganisasian mendukung komunikasi yang efektif dalam tim, mempercepat pengambilan keputusan, dan memperkuat kolaborasi lintas disiplin.

3. Pengarahan untuk memotivasi tim

Pengarahan adalah fungsi manajemen yang berfokus pada pemberian bimbingan, motivasi, dan arahan kepada tenaga keperawatan agar dapat bekerja sesuai rencana. Terry (2020) menyatakan bahwa pengarahan melibatkan pemberian instruksi, penguatan semangat, serta pemecahan masalah yang dihadapi perawat. Menurut Robbins & Coulter (2020), pengarahan penting untuk menciptakan lingkungan kerja yang mendukung dan meningkatkan kinerja individu maupun tim. Stoner, Freeman, & Gilbert (2018) menambahkan bahwa pengarahan yang baik membantu memperkuat loyalitas, mengurangi konflik, dan meningkatkan kepuasan kerja perawa

4. Pengawasan untuk mengevaluasi hasil

Pengawasan adalah proses memantau dan menilai pelaksanaan pelayanan keperawatan untuk memastikan kesesuaian dengan standar dan rencana yang telah ditetapkan. Huber (2018) menjelaskan bahwa pengawasan memungkinkan manajer keperawatan mendeteksi deviasi sedini mungkin dan melakukan tindakan perbaikan.

Nursalam (2020) menyebutkan bahwa pengawasan dilakukan melalui audit, supervisi langsung, dan evaluasi kinerja perawat. Yoder-Wise (2019) menekankan bahwa pengawasan bukan hanya memeriksa hasil akhir, tetapi juga memantau proses secara berkesinambungan untuk mendukung perbaikan mutu layanan.

D. Jenis-jenis Perencanaan Keperawatan

Menurut Nursalam (2020), perencanaan keperawatan dapat dibagi menjadi :

1. Perencanaan Strategis

Perencanaan ini digunakan untuk menetapkan tujuan jangka panjang organisasi pelayanan keperawatan. Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang yang berfokus pada penetapan visi, misi, dan tujuan umum organisasi keperawatan. Menurut Robbins & Coulter (2020), perencanaan strategis membantu organisasi menghadapi dinamika lingkungan eksternal dan memanfaatkan peluang yang ada. Nursalam (2020) menyebutkan bahwa perencanaan strategis dalam keperawatan digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan secara berkelanjutan dan mendukung akreditasi rumah sakit. Contoh studi kasus: Sebuah rumah sakit menetapkan strategi lima tahun untuk menurunkan angka infeksi nosokomial sebesar 50% melalui penerapan standar prosedur antiseptik yang ketat, pelatihan rutin, dan audit kepatuhan

2. Perencanaan Taktis

Perencanaan ini berfokus pada penerjemahan strategi ke dalam program dan kebijakan yang lebih spesifik. Perencanaan taktis adalah perencanaan jangka menengah yang berfungsi menerjemahkan perencanaan strategis ke dalam program atau kebijakan yang lebih spesifik. Menurut Yoder-Wise (2019), perencanaan taktis biasanya dibuat oleh kepala unit atau manajer keperawatan untuk periode satu hingga dua tahun. Huber (2018) menekankan bahwa perencanaan taktis memfokuskan pada penyusunan program pelatihan, penjadwalan tenaga keperawatan, dan

alokasi anggaran. Contoh studi kasus: Manajer keperawatan menyusun rencana pelatihan peningkatan kompetensi perawat di ruang ICU selama satu tahun untuk mendukung target penurunan infeksi nosokomial yang tercantum dalam perencanaan strategis.

3. Perencanaan Operasional

Perencanaan ini berkaitan dengan kegiatan sehari-hari yang mendukung pelayanan langsung kepada pasien (Yoder-Wise, 2019). Perencanaan operasional adalah perencanaan jangka pendek yang menjabarkan kegiatan sehari-hari secara detail. Nursalam (2020) menyatakan bahwa perencanaan operasional dibuat oleh kepala ruangan atau perawat pelaksana untuk memastikan pelayanan langsung kepada pasien berjalan lancar. Robbins & Coulter (2020) menyebutkan bahwa perencanaan operasional mendukung pelaksanaan prosedur standar, pengaturan jadwal harian, dan distribusi tugas harian. Contoh studi kasus: Kepala ruang rawat inap menyusun jadwal harian perawat, termasuk pengaturan perawat untuk prosedur tindakan invasif, supervisi pasien pasca operasi, dan pendampingan edukasi pasien setiap pagi

E. Tahapan dalam Proses Perencanaan

Proses perencanaan meliputi beberapa tahapan yaitu :

1. Pengkajian Data

Tahap awal perencanaan adalah pengkajian data untuk mengidentifikasi masalah dan kebutuhan pasien. Menurut Nursalam (2020), pengkajian yang komprehensif menjadi dasar dalam menentukan diagnosis keperawatan yang akurat. Robbins & Coulter (2020) menyatakan bahwa data yang lengkap dan relevan mempermudah perumusan tujuan dan strategi. Contoh studi kasus: Seorang pasien pasca operasi ortopedi dinilai memiliki risiko tinggi infeksi luka, sehingga data tentang kondisi luka, status nutrisi, dan tanda vital dikumpulkan secara detail.

2. Penetapan Tujuan

Setelah pengkajian, perawat menetapkan tujuan yang ingin dicapai. Tujuan harus disusun berdasarkan prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) agar mudah diukur dan dievaluasi (Yoder-Wise, 2019). Nursalam (2020) menambahkan bahwa tujuan harus berfokus pada peningkatan kondisi pasien secara bertahap. Contoh studi kasus: Tujuan perawatan pasien ortopedi tersebut adalah mempertahankan integritas luka operasi tanpa tanda infeksi dalam 7 hari perawatan.

3. Penentuan Prioritas

Prioritas ditentukan untuk memastikan tindakan yang paling mendesak dan penting dilakukan lebih dahulu. Menurut Huber (2018), prioritas membantu menghindari kesalahan fatal dan memaksimalkan hasil intervensi. Yoder-Wise (2019) menekankan penggunaan prinsip ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) atau *Maslow's Hierarchy of Needs* dalam menentukan prioritas. Contoh studi kasus: Pada pasien ortopedi, prioritas utama adalah mencegah infeksi dan mempertahankan sirkulasi ekstremitas.

4. Penyusunan Rencana Tindakan

Setelah prioritas ditetapkan, perawat menyusun rencana tindakan yang sesuai. Nursalam (2020) menyatakan bahwa rencana tindakan harus berdasarkan *evidence-based practice* untuk menjamin keselamatan pasien. Robbins & Coulter (2020) menambahkan bahwa rencana harus terstruktur, sistematis, dan fleksibel menyesuaikan kondisi pasien. Contoh studi kasus: Rencana tindakan meliputi pembersihan luka setiap hari, edukasi tentang perawatan luka, dan monitoring suhu tubuh.

5. Implementasi

Pada tahap ini, rencana yang sudah disusun mulai dilaksanakan. Menurut Yoder-Wise (2019), keberhasilan implementasi bergantung pada komunikasi yang efektif dan ketersediaan sumber daya. Nursalam (2020) menekankan pentingnya dokumentasi yang akurat saat melaksanakan intervensi. Contoh studi kasus: Perawat melakukan perawatan luka sesuai jadwal, memberikan

antibiotik tepat waktu, serta mendokumentasikan perkembangan kondisi luka.

6. Evaluasi

Tahap terakhir adalah evaluasi untuk menilai efektivitas rencana yang telah dijalankan. Huber (2018) menyebutkan bahwa evaluasi membantu menentukan keberhasilan tujuan dan apakah rencana perlu direvisi. Stoner, Freeman, & Gilbert (2018) menekankan pentingnya evaluasi berkesinambungan untuk meningkatkan mutu layanan. Contoh studi kasus: Setelah 7 hari, luka pasien dinilai bersih, tanpa tanda infeksi, sehingga rencana selanjutnya diarahkan pada mobilisasi dan pemulihan fungsi ekstremitas.

F. Kendala dan Tantangan Dalam Perencanaan Keperawatan

Kendala dalam perencanaan keperawatan dapat meliputi faktor internal dan eksternal. Faktor internal seperti kurangnya pengetahuan perawat, keterbatasan kemampuan analisis masalah, dan rendahnya motivasi sering kali menghambat penyusunan rencana yang tepat (Nursalam, 2020). Faktor eksternal meliputi kekurangan sumber daya manusia, peralatan, serta dukungan kebijakan yang kurang optimal (Huber, 2018).

Tantangan lain adalah beban kerja yang tinggi, perubahan kebutuhan pasien yang cepat, serta resistensi terhadap perubahan di antara staf keperawatan (Yoder-Wise, 2019). Robbins & Coulter (2020) menekankan perlunya peningkatan keterampilan manajerial, supervisi yang berkesinambungan, serta pelatihan berkelanjutan untuk mengatasi tantangan tersebut.

Untuk mengatasi kendala ini, perlu ada strategi peningkatan kapasitas perawat melalui workshop, penguatan kolaborasi lintas profesi, serta kebijakan yang mendukung budaya keselamatan pasien dan mutu layanan (Stoner, Freeman, & Gilbert, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Huber, D. (2018). *Leadership and Nursing Care Management* (7th ed.). Elsevier
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2020). *Management* (15th ed.). Pearson
- Stoner, J. A. F., Freeman, R. E., & Gilbert, D. R. (2018). *Management*. Prentice Hall.
- Terry, G. R. (2020). *Principles of Management*.
- Yoder-Wise, P. S. (2019). *Leading and Managing in Nursing* (8th ed.). Elsevier

BIODATA PENULIS



Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd., S.SiT., M.DSc, lahir di Tombatu, pada 30 Juni 1975. Menyelesaikan pendidikan D4 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, S2 Ilmu Kedokteran Gigi Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 6

Analisis SWOT dalam Perencanaan Bidang Keperawatan

Ns. Andriani Mei Astuti. M.Kep

A. Pendahuluan

Perencanaan dalam bidang keperawatan merupakan langkah strategis untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Salah satu pendekatan yang sering digunakan adalah analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Pendekatan ini membantu pimpinan keperawatan dalam mengidentifikasi potensi internal dan eksternal dalam rangka mencapai tujuan organisasi.

1. Konsep SWOT

Dalam era globalisasi dan perkembangan teknologi kesehatan, pelayanan keperawatan dituntut untuk semakin responsif, efisien, dan bermutu tinggi. Perencanaan strategis merupakan kunci penting dalam mengarahkan layanan keperawatan agar dapat bersaing, memenuhi harapan pasien, serta mendukung akreditasi rumah sakit. Analisis SWOT adalah salah satu alat yang digunakan dalam proses perencanaan strategis untuk menilai kondisi internal dan eksternal organisasi keperawatan (Amir, 2023).

Menurut Pearce dan Robinson (2022) Analisis SWOT merupakan cara sistematis untuk mengidentifikasi faktor-faktor dan strategi yang menggambarkan kecocokan paling baik diantara mereka. Analisis ini didasarkan pada asumsi bahwa suatu strategi yang efektif akan memaksimalkan kekuatan dan peluang

meminimalkan kelemahan dan ancaman (Robbins, & Judge 2024).

Dalam bidang keperawatan, pendekatan analisis SWOT digunakan untuk menganalisis faktor internal (kekuatan dan kelemahan) serta faktor eksternal (peluang dan ancaman) yang dapat memengaruhi efektivitas layanan keperawatan di rumah sakit maupun komunitas. Menurut Mugianti (2019) tujuan dalam penyusunan perencanaan dalam manajemen keperawatan, sebagai berikut:

- a. Meningkatkan peluang untuk sukses
 - b. Menstimulasi berfikir analisis
 - c. Mencegah terjadinya krisis manajemen
 - d. Memfasilitasi berfikir kritis dan membuat keputusan secara fleksibel
 - e. Meningkatkan keterlibatan staf dan komunikasi
 - f. Menjamin biaya yang efektif
2. Faktor- Faktor dalam Analisis SWOT
- a. Kekuatan (*Strenghts*)

Kekuatan merupakan sumber daya/ kapabilitas yang dikendalikan oleh perusahaan atau tersedia bagi suatu perusahaan yang membuat perusahaan relatif lebih unggul dibanding dengan pesaingnya dalam memenuhi kebutuhan pelanggan yang dilayaninya. Kekuatan muncul dari sumber daya, keuangan, citra, kepemimpinan, hubungan kinerja dan faktor- factor lain. Faktor- faktor kekuatan yang dimiliki rumah sakit atau organisasi adalah kompetensi khusus yang terdapat dalam organisasi yang berakibat pada pemilikan keunggulan komparatif. Contoh Faktor Strengths dalam Keperawatan:

- 1) Perawat memiliki kompetensi dan sertifikasi (BTCLS, PONEK, PPGD)
- 2) Rasio perawat-pasien sesuai standar
- 3) SOP pelayanan dan asuhan keperawatan lengkap

- 4) Komunikasi tim dan kolaborasi antar profesi berjalan baik
 - 5) Sistem dokumentasi elektronik (E-MR) sudah diterapkan
 - 6) Budaya patient safety diterapkan secara konsisten
 - 7) Dukungan dari manajemen RS dan komite keperawatan
- b. Kelemahan (*Weakness*)

Kelemahan merupakan suatu keterbatasan atau kekurangan dalam satu atau lebih sumber daya (kapabilitas) suatu instansi atau organisasi yang relatif terhadap pesaingnya, dan menjadi hambatan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan secara efektif. Dalam praktek keterbatasan dan kelemahan tersebut bisa terlihat pada sarana dan prasarana yang dimiliki atau tidak dimiliki, kemampuan manajerial yang rendah, keterampilan yang tidak sesuai dapat menyebabkan aktivitas tidak terkontrol pada organisasi yang dijalankan.

Hal ini muncul dalam manajemen, komite mutu, keuangan atau akuntansi, bidang pelayan, penelitian dan pengembangan. Contoh Faktor Weaknesses dalam Keperawatan:

- 1) Kurangnya pelatihan lanjutan dan pengembangan SDM
 - 2) Dokumentasi keperawatan masih manual
 - 3) Beban kerja tinggi (*understaffed*) → *burnout*
 - 4) Tingginya angka absensi atau turnover staf
 - 5) Tidak ada program reward untuk perawat berprestasi
- c. Peluang (*Opportunities*)

Peluang merupakan situasi utama yang menguntungkan dalam lingkungan suatu instansi atau organisasi. Kecenderungan utama merupakan salah satu sumber peluang. Identifikasi atas segmen pelayanan yang sebelumnya terlewatkan, perubahan

dalam kondisi persaingan/ regulasi, perubahan teknologi, dan membaiknya hubungan dengan pasien dan keluarga pasien dapat menjadi peluang bagi instansi rumah sakit atau organisasi. Contoh lain yaitu:

- 1) Dukungan teknologi informasi untuk pelayanan digital.
- 2) Kerjasama dengan institusi pendidikan keperawatan
- 3) Program akreditasi nasional yang mendukung perbaikan mutu

d. Ancaman (*Threats*)

Merupakan situasi utama yang tidak menguntungkan dalam lingkungan suatu instansi atau organisasi. Ancaman merupakan penghalang utama. Perubahan teknologi, dan direvisinya atau pembaharuan peraturan, dapat menjadi penghalang bagi keberhasilan suatu pelayanan kesehatan.

Contoh:

- 1) urunnya kepuasan pasien akibat sistem layanan lambat
- 2) Isu hukum/malpraktik yang menurunkan kepercayaan
- 3) Mutasi perawat yang tidak sesuai kompetensi

3. Struktur Matriks Analisis SWOT

Matriks SWOT dapat menggambarkan bagaimana peluang dan ancaman dari lingkungan eksternal diantisipasi dengan kekuatan dan kelemahan yang dimilikinya. Matriks SWOT akan mempermudah merumuskan berbagai strategi yang diambil dan harus diarahkan pada usaha-usaha untuk menggunakan kekuatan dan memperbaiki kelemahan, memanfaatkan peluang-peluang serta mengatasi ancaman. Gunakan kombinasi SWOT untuk menghasilkan strategi spesifik, sehingga dari matriks SWOT tersebut akan memperoleh

empat kelompok alternatif strategi yang disebut strategi SO, strategi ST, strategi WO, dan strategi WT.

Kombinasi	Strategi
S-O	Gunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang
W-O	Perbaiki kelemahan agar bisa mengambil peluang
S-T	Gunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman
W-T	Kurangi kelemahan dan hindari risiko dari ancaman

B. Tahapan Analisis SWOT dalam Keperawatan

Analisis SWOT harus dilakukan secara **terstruktur dan terencana** agar hasilnya relevan, akurat, dan dapat diterapkan dalam strategi manajemen keperawatan. Berikut adalah tahapan-tahapan yang dilakukan:

1. Penetapan Persiapan dan Tujuan Analisis

Langkah awal adalah menentukan **tujuan dilakukannya analisis SWOT**. Tujuan ini dapat berupa:

- a. Evaluasi kesiapan akreditasi keperawatan
- b. Penyusunan Rencana Strategis (Renstra)
- c. Pengembangan mutu layanan keperawatan
- d. Identifikasi kendala organisasi keperawatan

Contoh: "Analisis dilakukan untuk menyusun strategi peningkatan mutu pelayanan di ruang rawat inap dengan menentukan perbaikan mutu, rekrutmen, dll."

2. Pembentukan Tim Analisis

1. Tim yang dibentuk sebaiknya bersifat multidisipliner atau lintas posisi dalam organisasi keperawatan, antara lain:

- a. Kepala ruangan
- b. Perwakilan perawat pelaksana
- c. Koordinator mutu keperawatan
- d. Bagian SDM atau diklat keperawatan

3. Pengumpulan Data dan Informasi

Langkah ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor internal dan eksternal. Teknik pengumpulan data dapat berupa:

- a. **Audit mutu internal** (SPO, kompetensi SDM, rasio perawat-pasien)
- b. **Wawancara dan FGD** dengan staf keperawatan
- c. **Survei kepuasan pasien**
- d. **Review kebijakan eksternal** (Kemenkes, BPJS, akreditasi)

4. Identifikasi dan Klasifikasi Faktor SWOT

Data yang telah dikumpulkan diklasifikasikan ke dalam empat komponen SWOT:

- a. **Strengths (S)**: Faktor internal yang mendukung (misal: kompetensi perawat tinggi)
- b. **Weaknesses (W)**: Faktor internal yang menghambat (misal: SOP belum dilaksanakan optimal)
- c. **Opportunities (O)**: Peluang eksternal yang dapat dimanfaatkan (misal: pelatihan gratis dari Kemenkes)
- d. **Threats (T)**: Ancaman eksternal yang perlu diwaspadai (misal: regulasi BPJS yang berubah)

5. Penyusunan Matriks SWOT

Susun hasil analisis dalam bentuk **matriks SWOT** untuk menghubungkan faktor dan memunculkan strategi berdasarkan :

Tabel 1.1 Matriks Analisis SWOT

Kombinasi	Strategi
S-O	Gunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang
W-O	Perbaiki kelemahan agar bisa ambil peluang
S-T	Gunakan kekuatan untuk hadapi ancaman
W-T	Minimalkan kelemahan untuk cegah risiko

Contoh:

- a. Strategi S-O: "Optimalkan penggunaan e-SOP oleh perawat terlatih untuk mempercepat pelayanan."
- b. Strategi W-T: "Perbaiki sistem shift untuk mencegah kelelahan kerja akibat beban tinggi."

6. Perumusan Rencana Tindak Lanjut

Setelah strategi terbentuk, susun **rencana kerja** atau **program kegiatan** yang mencakup:

- a. Sasaran kegiatan
- b. Langkah pelaksanaan
- c. Indikator keberhasilan
- d. Penanggung jawab
- e. Timeline

2. Pada perumusan rencana tindak lanjut, harus dilaksanakan dengan menggunakan strategi konkret, terukur, dan realistis berdasarkan sumber daya yang ada.

Tabel 1.2 Perumusan Rencana Tindak Lanjut

Kategori	Fokus	Contoh Keperawatan
Strengths (S)	Faktor internal positif	SDM kompeten, SOP lengkap, sistem dokumentasi digital
Weaknesses (W)	Faktor internal negatif	Kurangnya pelatihan, overload perawat, mutu tidak terukur
Opportunities (O)	Faktor eksternal positif	Teknologi baru, pelatihan dari Kemenkes, dukungan akreditasi
Threats (T)	Faktor eksternal negatif	Regulasi ketat, turnover tinggi, RS kompetitor berkembang

DAFTAR PUSTAKA

- Asmara, R. 2020. *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Edisi 1. Yogyakarta: CV Budi Utama
- Amir, Kolomboy F, (2023). *Buku Ajar Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*. Purbalingga: CV. Eureka Media Aksara
- Blacius Dedi. (2020). *Kepemimpinan dan Manajemen Pelayanan Keperawatan. Teori, konsep dan implementasi*. Cv Trans Info Media. Jakarta
- Gillies. DA (2002). *Nursing Management*. Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Felicia Sadler, MJ, BSN, RN, CPHQ, LSSBB. 2023. *7 Leadership Styles in Nursing*. Diakses dari <https://www-relias-com.translate.goog/blog/7-leadership-styles-in-nursing?>
- Marquis, B. L., Carol J. H. 2017. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 9th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Mugianti, S. 2016. *Manajemen dan Kepemimpinan dalam Praktek Keperawatan*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pery, A. K., Slamet I. 2018. *Establishment of Tunas Harapan Islamic Hospitals at Salatiga, Central Java, Indonesia: A SWOT Analysis*. *Advances in Research*. 15(4): 1-9.
- Ross, E. J., Fitzpatrick, J. J., Click, E. R., Krouse, H. J., & Clavelle, J. T. (2022). Transformational leadership practices of nurse leaders in professional nursing associations. *Journal of Nursing Administration*, 44(4), 201–206. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000058>
- Robbins S P, Judge TA (2024). *Organizational Behavior*. Typeset in New Baskerville ITC Pro and 10.5 by Integra Software Services Pvt. Ltd ebook formatted by B2R Technologies Pvt. Ltd
- Roekel, Jannine van Schothorst-van., A. M. J. W. M. Weggelaar-Jansen., A. A. de Bont dan I. Wallenburg. 2020. *The balancing act of organizing professionals and managers: An ethnographic*

account of nursing role development and unfolding nurse-manager relationships. *Journal of Professions and Organization*: 1-17.

Seniwati, dkk. (2022). *Manajemen keperawatan* Buku ajar manajemen keperawatan, Feniks Muda Sejahtera

BIODATA PENULIS



Ns. Andriani Mei Astuti, M. Kep

Lahir tanggal di Kota Langsa pada tanggal 23 Mei 1990. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan peminatan Manajemen Keperawatan ke Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara pada tahun 2016. Saat ini penulis aktif sebagai peneliti, reviewer jurnal dan juga aktif dalam menulis buku di Keperawatan dan Kesehatan khususnya dalam bidang ilmu Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Ketertarikan penulis dimulai sejak masa kuliah hingga saat ini. Penulis merupakan Dosen Tetap di Universitas Duta Bangsa Surakarta.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: andriani_meiastuti@udb.ac.id

BAB 7

Penggorganisasian dalam Bidang Keperawatan

Ns. Nurul Atikah., M. Kep

A. Pendahuluan

Institusi pelayanan kesehatan bertujuan memberikan layanan yang aman dan berkualitas dengan biaya yang efektif untuk meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga. Untuk mencapai tujuan ini institusi layanan Kesehatan menerapkan model layanan yang sesuai dengan visi dan misi yang ditetapkan guna mengoptimalkan sumber daya yang tersedia. Pimpinan keperawatan harus mampu memainkan peran untuk memilih metodologi organisasi keperawatan yang akan diterapkan (Parreira et al., 2021).

Penggorganisasian dalam bidang keperawatan merupakan proses yang sangat penting untuk mencapai tujuan dalam bidang keperawatan pasien agar lebih efektif dan efisien dalam pemberian asuhan keperawatan. dalam konteks keperawatan, pengorganisasian melibatkan perencanaan, pengaturan dan pengelolaan sumber daya keperawatan untuk memberikan perawatan yang berkualitas kepada pasien.

Penggorganisasian keperawatan mencakup beberapa aspek, termasuk struktur organisasi, pembagian tugas, manajemen sumber daya, koordinasi dengan tim multidisiplin, serta pengawasan dan evaluasi kinerja. Dengan pengorganisasian yang efektif, tim keperawatan dapat bekerja sama untuk memberikan perawatan yang aman, nyaman, afektif dan berpusat pada pasien.

Dalam era Kesehatan yang terus berkembang, pengorganisasian keperawatan menjadi semakin penting untuk

meningkatkan kualitas perawatan pasien, mengurangi kesalahan dan meningkatkan kepuasan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Oleh karena itu, mahasiswa keperawatan perlu memahami prinsip-prinsip pengorganisasian yang efektif agar dapat memberikan pelayanan yang optimal.

B. Konsep Pengorganisasian Dalam Keperawatan

1. Pengertian Pengorganisasian dalam Keperawatan

Organisasi berasal dari Bahasa Yunani “*orgonom*” yang memiliki makna bagian atau anggota. Namun kata Organisasi sendiri memiliki makna yang lebih luas, yaitu suatu system yang terdiri dari bagian-bagian yang saling terkait dan bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu.

Pengorganisasian adalah proses pengelompokan dan pengaturan sumber daya, termasuk orang-orang, sarana dan prasarana, tugas, wewenang, delegasi dan tanggung jawab untuk mencapai tujuan bersama. Pengorganisasian keperawatan melibatkan penataan struktur, pembagian tugas, otoritas, tenaga kerja dan komunikasi yang efektif dalam menjalankannya untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal (Asmaningrum et al., 2023).

Pengorganisasian pelayanan keperawatan merupakan proses pengelompokkan kegiatan terhadap tugas, wewenang dan tanggung jawab serta koordinasi baik vertikal atau horizontal yang dilakukan oleh tenaga keperawatan sesuai dengan peran perawat dalam menjalankan manajemen keperawatan di lingkungan Rumah Sakit.

2. Tujuan Pengorganisasian

Ada beberapa tujuan di lakukannya pengorganisasian dalam pelayanan keperawatan yaitu (Mugianti, 2016):

- a. Berpusat pada tujuan organisasi
- b. Menjalankan fungsi efektif dan efisien dalam memberikan asuhan keperawatan
- c. Memberikan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kemampuan perorangan maupun kelompok

- d. Menjalinkan komunikasi koordinatif melalui tatanan struktur organisasi
 - e. Pengambilan keputusan yang tepat dan cepat
 - f. Memberikan kemudahan dalam mengawasi kegiatan-kegiatan keperawatan melalui kegiatan supervisi dapat dilakukan supervisi secara langsung atau tidak langsung.
 - g. Mengantisipasi perubahan-perubahan yang mungkin terjadi
3. Fungsi Organisasi

Pengorganisasian dalam keperawatan memiliki fungsi yang sangat penting dalam menjalankan manajemen keperawatan di rumah sakit. Fungsi pengorganisasian pada bidang keperawatan yaitu:

- a. Memberikan kualitas asuhan keperawatan yang fektif, efisien dan berkualitas tinggi
- b. Memberi iklim kerja yang kondusif agar perawat dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara professional
- c. Memastikan bahwa tujuan organisasi telah tercapai atau masih perlu perbaikan-perbaikan khusus
- d. Dapat memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diterimanya.

4. Tipe-tipe organisasi dalam keperawatan

Pengorganisasian di ruang keperawatan rumah sakit dapat dilakukan dengan mempertimbangkan metode pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan. Beberapa tipe organisasi yaitu:

a. Organisasi Lini

Organisasi lini adalah struktur organisasi yang paling sederhana dan tradisional, dimana pimpinan memiliki peranan yang dominan dan mengendalikan segala aspek dalam organisasi. Organisasi lini ini memiliki kelebihan yaitu mampu mengambil keputusan dengan cepat. Kesatuan arah dan perintah yang sudah pasti terjamin serta koordinasi dan pengawasan yang mudah pula. Namun organisasi ini juga memiliki kelemahan, seperti keputusan yang kurang sempurna karena terlalu tergantung pada

pimpinan yang memegang kuasa, dan terkadang terdapat unsur nonmanusiawi yang kurang memperhatikan hak-hak individu. Organisasi ini sangat cocok apabila jumlah personil dalam organisasi sedikit dan dengan struktur yang sederhana.

b. Organisasi Staf

Organisasi staf adalah bentuk organisasi yang telah dikembangkan dari bentuk organisasi lini dengan menambahkan staf ahli dalam membantu pimpinan. Staf ahli ini terdiri dari individu dengan keahlian khusus yang mendukung pengambilan keputusan yang diambil oleh pimpinan. Dengan demikian, organisasi staf memungkinkan pimpinan untuk dapat saran dan bantuan dari ahli, agar meningkatkan kualitas keputusan dan kinerja organisasi dalam bidang keperawatan.

c. Organisasi Matriks

Organisasi matriks adalah struktur organisasi yang memungkinkan terjadinya koordinasi lintas departemen untuk menangani proyek kompleks dengan fleksibilitas yang tinggi. Struktur ini dirancang untuk mengatasi keterbatasan dari sebelumnya yang tidak efektif dan kegiatan ini melibatkan beberapa ahli dalam bidangnya masing-masing. Dalam organisasi matriks, perawat pelaksana memiliki tanggung jawab ganda yaitu kepada top manager dan middle manager, sehingga memungkinkan pengelolaan sumber daya akan lebih efektif dan efisien.

Organisasi matriks ini sering di gunakan pada perusahaan-perusahaan besar, salah satunya adalah rumah sakit. Dimana organisasi ini memiliki keunggulan dengan memaksimalkan tenaga fungsional dan structural, memberikan autonomy kepada perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. menstimulasi Kerjasama antar tim, memberikan kesempatan perawat unuk dapat mengembangkan karir dan keterampilan, perawat akan termotivasi dan dan pengawasan yang optimal.

Namun organisasi matriks ini memiliki tanggung jawab ganda dan sering kali menciptakan kebingungan yang kontradiktif, dibutuhkan koordinasi antara pimpinan dengan staf perawat, keahlian perawat dituntut dengan keterampilan yang professional dan dapat menyebabkan Tindakan anarki yang timbul sesama perawat serta dibutuhkan waktu yang lama untuk berdiskusi dan pengambilan keputusn.

5. Prinsip-Prinsip Pengoorganisasian

Berbagai oranisasi yang dibangun akan membutuhkan koordinasi yang tinggi dan keahlian khusus, penggorganisasian memerlukan empat prinsip utama, yaitu:

a. Pembagian kerja yang efektif

Pembagian kerja yang efektif melibatkan pembagian tugas yang jelas dan spesifik kepada setiap staf, sehingga setiap orang tahu apa yang diharapkan dan tugas yang staf harus kerjakan. Pimpinan perlu memahami karakteristik tugas, tanggung jawab dan wewenang staf perawat untuk menghindari kesalahan dan memastikan tugas perawat berjalan dengan lancer. Pembagian kerja yang baik juga memerlukan *job description*, prosedur kerja yang jelas (Standart Operasional Prosedur) dan desripsi hasil kerja yang di harapkan dengan jelas.

b. Pendelegasian

Pendelegasian tugas adalah suatu proses penyerahan tanggung jawab dan wewenang kepara perawat untuk melakukan tugas tertentu dengan batas wewenang yang jelas. Pendelegasian yang efektif melibatkan monitoring regenerasi, pengelolaan sumber daya dan efisien, serta ,memperhatikan tugas, lingkungan dan kemampuan staf. Komunikasi yang efektif dan teraupetik sangat penting untuk memastikan keberhasilan tingkat pendelegasian tugas. Untuk memberikan delegasi tugas beberapa hal yang

harus diperhatikan yaitu kemampuan staf dan mampu mempertanggung jawabkan.

c. Koordinasi

Koordinasi antar multi disiplin secara horizontal maupun vertikal sangat penting, hubungan komunikasi dengan pihak terkait untuk mencapai dan tersampaikan maksud tujuan antar tenaga keperawatan di rumah sakit. Koordinasi bisa dilakukan dengan cara:

- 1) Komunikasi dua arah
- 2) Membuat jadwal rapat resmi (*pre* dan *post conferment*)
- 3) Catatan laporan yang baik dan pelaporan yang berkelanjutan sebagai bukti pertanggung jawaban kegiatan

d. Manajemen waktu

Manajemen waktu menjadi pedoman individu dalam merencanakan atau melakukan aktifitas. Kemampuan ini menjadi tolak ukur seseorang berhasil mencapai tujuan hidup. Tips pengelolaan waktu tercapai secara efektif adalah sebagai berikut:

- 1) Menganalisis kebutuhan waktu dan membuat daftar kegiatan prioritas
- 2) Tidak menunda-nunda pekerjaan
- 3) Manfaatkan waktu luang

6. Pengorganisasian Keperawatan di Ruang Rawat Rumah Sakit

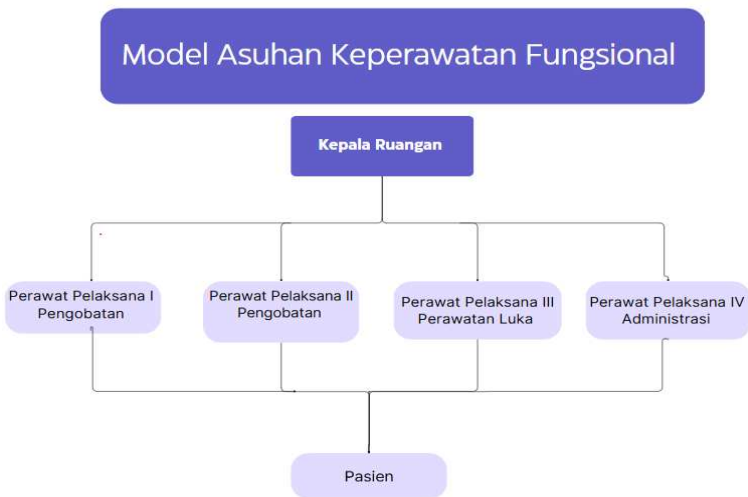
Struktur perawatan kesehatan terdiri dari sumber daya manusia dan fisik yang diperlukan untuk memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas, seperti tenaga medis, fasilitas rumah sakit, rekam medis, dan obat-obatan. Pengorganisasian di rumah sakit khususnya pada rawat inap mengacu pada model pemberian asuhan keperawatan yang akan digunakan.

Pemilihan model asuhan keperawatan pada tiap ruang rawat inap berbeda-beda, ada beberapa pertimbangan seorang kepala keperawatan memilih metode tersebut, salah satunya kurangnya sumber

daya manusia pada ruangan tersebut. Bagaimana model asuhan keperawatan ini digunakan dalam melakukan pengorganisasian kerja agar efektif dan efisien, berikut beberapa model yang dapat dijadikan pedoman pemberian asuhan keperawatan (Kelly, 2010):

a. Model asuhan keperawatan fungsional

Melalui model keperawatan fungsional pembagian tugas berdasarkan pekerjaan spesifik, seperti tindakan medis yang diperlukan pasien. Model ini masih banyak dipergunakan hingga saat ini, keuntungannya adalah pengelolaan tugas yang maksimal dengan jumlah sumber daya yang kurang serta berpusat pada tanggung jawab perawat.

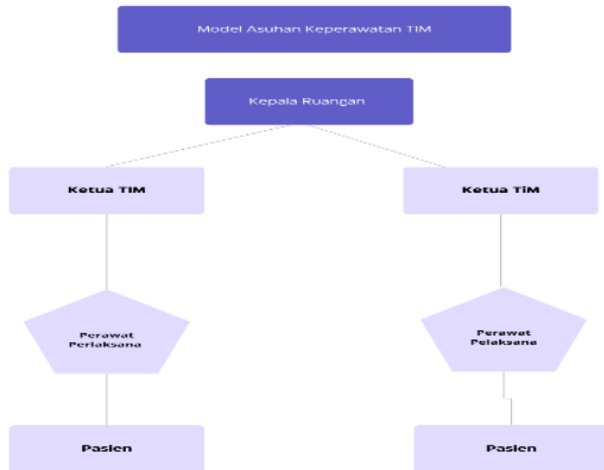


Gambar 1. Model keperawatan fungsional pada Rawat Inap Rumah Sakit

b. Model Asuhan Keperawatan Tim

Model asuhan keperawatan tim melibatkan pembagian staf menjadi beberapa tim yang bertanggung jawab atas pasien kelolaan tertentu. Seorang perawat bersertifikasi akan ditunjuk untuk menjadi ketua tim yang bertugas mengawasi dan berkoordinasi perihal perawatan kepada pasien. Model

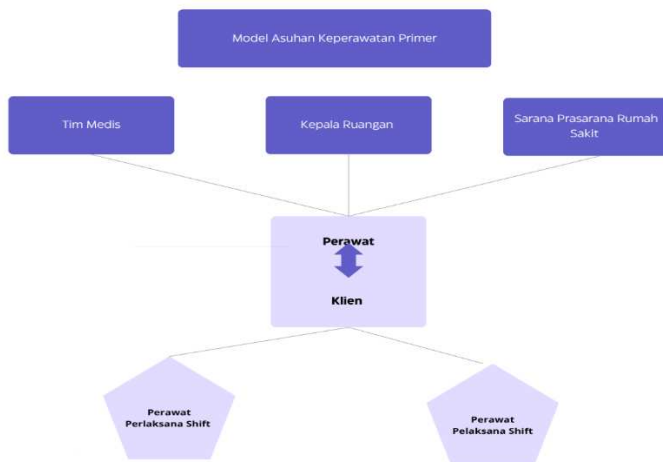
ini akan membutuhkan jumlah perawat yang cukup, namun ada keuntungan yang diperoleh pada model ini yaitu meningkatkan efisiensi dan produktivitas, pembagian tugas yang merata, komunikasi dan kolaborasi berjalan antar anggota tim, mudah melakukan pengawasan dan mampu meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan.



Gambar 2. Model keperawatan Tim pada Rawat Inap Rumah Sakit

c. Metode Keperawatan Primer

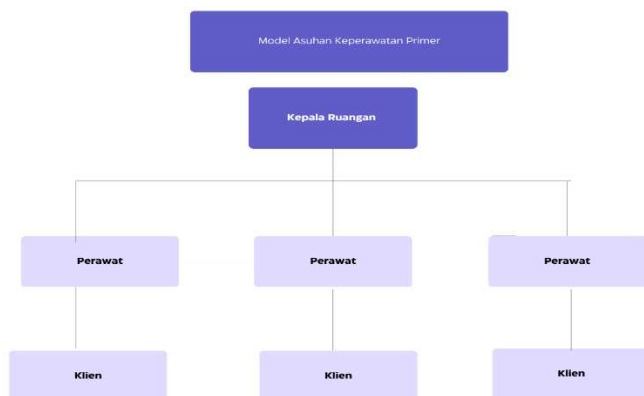
Model Asuhan Keperawatan primer dilakukan dengan memberikan tanggung jawab selama 24 jam kepada perawat yang bertugas di rumah sakit. Model keperawatan primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan melaksanakan koordinasi asuhan keperawatan selama dirawat



Gambar 3. Model keperawatan Primer pada Rawat Inap Rumah Sakit

d. Model Keperawatan Kasus

Model keperawatan ini di rumuskan untuk memberi asuhan keperawatan secara menyeluruh dalam memberikan kebutuhan pasien. Pasien akan di rawat oleh perawat yang berbeda pada setiap shift dinas perawat. Perawatan ini di tujukan untuk menjaga privasi klien dalam memberikan perawatan. Contohnya di ruangan rawat isolasi dan ruang intensive care.



Gambar 4. Model keperawatan Kasus pada Rawat Inap Rumah Sakit

DAFTAR PUSTAKA

- Asmaningrum, N., Wijaya, D., Anisah, A., & Purwandari, R. (2023). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan* (1st ed.). PT. Literasi Nusantara Abadi Grup. www.penerbitlitnus.co.id
- Kelly, P. (2010). *Essentials of Nursing Leadership* (2nd ed.). Delmar Cengage Learning.
- Mugianti, S. (2016). *Manajemen dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan*.
- Nursalam, (2012). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional.*, Edisi 3. Salemba Medika. Jakarta Selatan
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

BIODATA PENULIS



Ns. Nurul Atikah., M. Kep, lahir di Dolok Merangir, pada 4 November 1989. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada Delitua dan menempuh Pendidikan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh. Sampai saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Prodi Keperawatan STIKes Jabal Ghafur Sigli.

BAB 8

Konsep Motivasi dalam Keperawatan

Johana Tuegeh, SPd,S.SiT,M.Kes

A. Pendahuluan

Motivasi merupakan salah satu aspek fundamental dalam dunia keperawatan yang berperan penting dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan. Dalam konteks keperawatan, motivasi tidak hanya berkaitan dengan dorongan individu untuk bekerja, tetapi juga mencerminkan komitmen profesional, kepuasan kerja, dan semangat dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien. Perawat yang memiliki motivasi tinggi cenderung menunjukkan kinerja yang lebih baik, lebih empatik terhadap pasien, serta mampu bekerja secara efektif dalam tim multidisipliner. Menurut Hasibuan (2007), motivasi adalah suatu kondisi yang mendorong seseorang untuk melakukan suatu tindakan secara sadar. Dalam keperawatan, motivasi menjadi pusat dari sejumlah isu penting, termasuk bagaimana perawat merespons tantangan profesional, tekanan kerja, dan dinamika lingkungan praktik. Nursalam (2017) menambahkan bahwa motivasi adalah karakteristik psikologis yang berkontribusi terhadap tingkat komitmen seseorang dalam menjalankan tugasnya.

Motivasi dalam keperawatan dapat dibedakan menjadi dua bentuk utama, yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik berasal dari dalam diri perawat, seperti rasa tanggung jawab, kepuasan pribadi, dan panggilan jiwa untuk merawat. Sementara itu, motivasi ekstrinsik dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti penghargaan, gaji, lingkungan kerja, dan dukungan manajerial

Teori-teori motivasi klasik seperti teori kebutuhan Maslow, teori dua faktor Herzberg, dan teori ekspektansi Vroom juga banyak digunakan untuk memahami perilaku perawat dalam konteks kerja. Misalnya, teori Herzberg membedakan antara faktor-faktor yang menyebabkan kepuasan (motivator) dan ketidakpuasan (higienis), yang keduanya sangat relevan dalam manajemen keperawatan.

Dalam praktiknya, manajer keperawatan memiliki peran strategis dalam menciptakan lingkungan kerja yang mendukung motivasi perawat. Upaya seperti pemberian penghargaan, pelatihan berkelanjutan, komunikasi yang efektif, dan pengakuan terhadap kontribusi perawat dapat meningkatkan motivasi kerja dan pada akhirnya berdampak positif terhadap mutu pelayanan keperawatan. Dengan demikian, pemahaman yang mendalam tentang konsep motivasi dalam keperawatan sangat penting untuk meningkatkan produktivitas, menurunkan tingkat burnout, dan menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang lebih manusiawi dan berkelanjutan.

B. Konsep Motivasi dalam Keperawatan

1. Konsep Motivasi

a. Pengertian motivasi

Motivasi berasal dari kata motif (motive) yang berarti dorongan. Motivasi berarti suatu kondisi yang mendorong atau menjadi sebab seseorang melakukan suatu perbuatan atau kegiatan, yang berlangsung secara sadar (Hasibuan, 2007). Menurut Lufitasari (2014), "Motivasi adalah proses yang menjelaskan intensitas, arah dan ketekunan seseorang individu untuk mencapai tujuannya". Terdapat tiga kunci utama, yakni: intensitas, arah dan ketekunan. Intensitas menerangkan seberapa kerasnya seseorang berusaha. Intensitas yang tinggi tidak akan membawa hasil yang diinginkan kecuali jika upaya itu diarahkan ke suatu tujuan yang menguntungkan organisasi. motivasi kerja merupakan upaya dorongan yang

timbul dari diri sendiri untuk melakukan pekerjaan dan menyalurkan semua keahlian yang dimiliki agar tujuan dari perusahaan dapat tercapai. Apabila seseorang memiliki motivasi yang tinggi maka dia akan melakukan pekerjaan tersebut dengan maksimal dan juga sebaliknya, apabila seseorang tidak memiliki motivasi dalam bekerja maka tidak akan ada hal-hal baru yang bisa dia lakukan demi tercapainya target perusahaan tersebut. Motivasi ini penting karena dengan motivasi diharapkan setiap individu karyawan mau bekerja keras dan antusias untuk mencapai produktivitas kerja yang tinggi (Pujiyanti,2008). Motivasi merupakan karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Motivasi adalah perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan terutama dalam berperilaku (Nursalam, 2017). Menurut Stanford (1970), ada tiga point penting dalam pengertian motivasi yaitu hubungan antara kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan muncul karena adanya sesuatu yang kurang dirasakan oleh seseorang, baik fisiologis maupun psikologis. Dorongan merupakan arahan untuk memenuhi kebutuhan, sedangkan tujuan adalah akhir dari satu siklus motivasi (Luthans,1988). Memotivasi adalah proses manajemen untuk memengaruhi tingkah laku manusia berdasarkan pengetahuan mengenai “apa yang membuat orang tergerak” (Stoner & Freeman, 1995). Menurut bentuknya motivasi dapat berupa Motivasi intrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari dalam diri individu; Motivasi ekstrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu dan Motivasi terdesak motivasi yang muncul dalam kondisi terjepit dan munculnya serentak serta menghentak dan cepat sekali.

b. Motivasi kerja

Teori motivasi kerja mencoba mencari tahu tentang kebutuhan apa yang dapat memuaskan dan yang dapat mendorong semangat kerja seseorang (Sunyoto, 2015). Teori ini menyatakan

bahwa seseorang bekerja memiliki energi potensial yang dapat dimanfaatkan tergantung pada dorongan motivasi, situasi, dan peluang yang ada, (Rua, Ap, &Gara, 2012). Motivasi kerja yang tinggi akan berpengaruh pada penilaian prestasi kerja dalam melakukan asuhan keperawatan.

1) Tujuan motivasi kerja : Menurut Hasibuan (2017) tujuan dari motivasi kerja adalah :

- a) Meningkatkan moral dan kepuasan kerja karyawan
- b) Meningkatkan produktivitas kerja karyawan
- c) Mempertahankan kestabilan karyawan
- d) Meningkatkan kedisiplinan karyawan
- e) Mengefektifkan pengadaan karyawan
- f) Menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik
- g) Meningkatkan loyalitas, kreativitas dan partisipasi karyawan
- h) Meningkatkan tingkat kesejahteraan karyawan
- i) Mempertinggi rasa tanggung jawab karyawan terhadap tugas-tugasnya
- j) Meningkatkan efisiensi penggunaan alat-alat dan bahan

2) Jenis motivasi kerja . Ada dua jenis motivasi kerja, yaitu motivasi positif dan motivasi negative (Hasibuan, 2017). Motivasi positif maksudnya pemimpin memotivasi (merangsang) bawahan dengan memberikan hadiah kepada mereka yang berprestasi di atas prestasi standar. Dengan motivasi positif, semangat kerja bawahan akan meningkat karena umumnya manusia senang

menerima yang baik-baik saja sedangkan Motivasi negatif maksudnya pemimpin memotivasi bawahan dengan standar mereka akan mendapat hukuman. Dengan motivasi negatif ini semangat bekerja bawahan dalam jangka waktu pendek akan meningkat karena mereka takut

dihukum, tetapi untuk jangka waktu panjang dapat berakibat kurang baik.

- c. Teori Motivasi Dua Faktor dari Frederick Herzberg
- Teori two factor yakni job experiences /job content (faktor intrinsik) dan job context (faktor ekstrinsik) yang dikemukakan oleh Herzberg ini berkaitan dengan motivasi dan kepuasan kerja. Motivator factor berhubungan dengan aspek-aspek yang terkandung dalam pekerjaan itu sendiri yakni Faktor-faktor yang termasuk job content (aspek intrinsic) dalam pekerjaan meliputi Achievement (keberhasilan menyelesaikan tugas, Recognition (penghargaan), Work it self (pekerjaan itu sendiri), Responsibility (tanggungjawab), Possibility of growth (kemungkinan untuk mengembangkan diri) dan Advancement (kesempatan untuk maju). Sedangkan Hygiene factor adalah faktor yang berada di sekitar pelaksanaan pekerjaan; berhubungan dengan job context atau aspek ekstrinsik pekerja meliputi Working condition (kondisi kerja), nterpersonal relation (hubungan antar pribadi), Company policy and administration (kebijaksanaan perusahaan dan pelaksanaannya), Job security (perasaan aman dalam bekerja), Pay (gaji), Status (Jabatan) dan Supervision technical (teknik pengawasan).
- d. Teori Kebutuhan
- Menurut teori kebutuhan, seseorang yang mempunyai motivasi kalau dia belum mencapai tingkat kepuasan tertentu maka individu tersebut akan memenuhi atau mencarinya sampai merasa cukup dalam

kehidupannya. Kebutuhan yang telah terpuaskan bukan lagi menjadi motivator, yang termasuk dalam teori kebutuhan menurut Maslow. Abraham Maslow mengembangkan teori kebutuhan, dimana dia memandang manusia sebagai hirarki lima macam kebutuhan, mulai dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar sampai kebutuhan tertinggi yaitu aktualisasi diri. Menurut Maslow, individu akan termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang paling menonjol atau paling kuat bagi mereka pada waktu tertentu.

e. Teori ERG

Teori ERG adalah teori motivasi yang menyatakan bahwa orang bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan tentang eksistensi (existence,kebutuhan mendasar dari maslow), kebutuhan keterkaitan (relatedness,kebutuhan hubungan pribadi) dan kebutuhan pertumbuhan (= Growth,kebutuhan akan kreativitas pribadi, atau pengaruh produktif). Teori ERG menyatakan bahwa kalau kebutuhan yang lebih tinggi mengalami kekecewaan, kebutuhan yang lebih rendah akan kembali, walaupun sudah terpuaskan.

f. Teori Penguatan :

Penelitian tentang motivasi keadilan adalah orang akan termotivasi berperilaku tertentu karena mendapatkan bayaran, orang yang nekerja berhak menerima upahnya sehingga menimbulkan motivasi untuk

bekerja. Marquis dan Huston (2012 : 286) juga menjabarkan teori motivasi dari David McClelland (1971) bahwa orang termotivasi karena didasari oleh tiga hal yaitu berorientasi pada prestasi (need for achievement), persahabatan (need for affiliation) dan kekuasaan (need for power). Sedangkan Douglas McGregor berpendapat bahwa seorang termotivasi karena faktor intrinsik yaitu factor tipe manusia,

manusia bertipe X cenderung tidak termotivasi untuk bekerja dan manusia tipe Y cenderung termotivasi untuk bekerja

g. Teori keadilan

Teori keadilan didasarkan pada asumsi bahwa faktor utama dalam motivasi pekerjaan adalah evaluasi individu atau keadilan dari penghargaan yang diterima.

Individu akan termotivasi kalau mereka mengalami kepuasan dan mereka terima dari upaya dalam proporsi dan dengan usaha yang mereka pergunakan.

2. Motivasi Dalam keperawatan : berdasarkan teori motivasi diatas maka konsep motivasi dalam keperawatan dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Faktor kondisi kerja : Faktor kondisi kerja adalah kondisi lingkungan kerja baik untuk kenyamanan pribadi maupun untuk memudahkan mengerjakan tugas. Lingkungan kerja yang nyaman akan menambah motivasi dalam bekerja. Perawat memerlukan tempat yang nyaman dalam melakukan asuhan keperawatan.

Asuhan keperawatan memandikan butuh kondisi lingkungan kerja yang nyaman (Tietjen & Myers, 1998). Bila perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan mendapatkan tempat yang nyaman secara otomatis akan menambah motivasinya. Oleh sebab itu kondisi kerja yang terdiri dari faktor-faktor seperti kondisi fisik, kondisi psikologis, dan kondisi sementara dari lingkungan kerja, harus diperhatikan agar perawat dapat merasa nyaman dalam bekerja seperti melakukan asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja secara pribadi maupun organisasi. faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi kerja seperti Penerangan/cahaya di tempat kerja pencahayaan yang kurang akan menghambat perawat dalam melakukan tindakan dengan maksimal

contoh dalam melakukan penyuntikan dapat terjadi kesalahan; Kondisi suhu juga sangat memengaruhi pelayanan keperawatan dalam melakukan tindakan keperawatan. Kondisi suhu yang terlalu panas dan terlalu dingin akan mengganggu dalam pelayanan keperawatan. Perawat akan merasa tidak nyaman dengan kondisi tersebut dan akan berimbas pada pelayanan yang kurang maksimal.

- b. Faktor rekan kerja dan atasan : Hubungan yang baik antar rekan kerja sangat memengaruhi motivasi. Beberapa karyawan kerja itu dianggap untuk mencari nafka jadi harus kerja keras akan tetapi beberapa karyawan juga bekerja untuk mengisi kebutuhan akan sosial (Tietjen & Myers, 1998). Hubungan yang baik di antar sesama perawat akan sangat berpengaruh pada kinerja, oleh karena itu bila mempunyai rekan sekerja yang ramah dan menyenangkan dapat menciptakan motivasi kerja yang meningkat. Perilaku atasan juga merupakan bagian utama dari motivasi sehingga perilaku Manajer keperawatan ditingkat RS atau ditingkat pelayanan dibagian/ ruangan RS mempengaruhi kinerja perawat yang ada dibawah tanggung jawabnya. Hal ini akan sangat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan.
- c. Faktor keamanan kerja : Faktor keamanan kerja adalah perawat dalam bekerja memerlukan protap dalam bekerja sehingga pekerjaan itu juga bisa melindungi perawat dalam bekerja (Tietjen & Myers, 1998). Perawat akan merasa aman dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bila setiap prosedur tindakan sudah ada protap yang pasti dan jelas sehingga perawat bisa melakukan tindakan tersebut tanpa ada rasa khawatir, memperoleh keamanan hukum . Bila semua tindakan keperawatan sudah ada aturan yang jelas akan menambah motivasi perawat kearah yang lebih baik.

- d. Faktor tanggung jawab : Tanggung jawab merujuk kepada pengendalian karyawan terhadap pekerjaan atau pekerjaan lainnya yang ditanggungjawabkan kepadanya (Tietjen & Myers, 1998). Bagaimana perawat mengemban tugas melakukan asuhan keperawatan dengan baik dan melaksanakan dengan sungguh-sungguh sesuai dengan SOP, memperhatikan sikap empati terhadap klien, dan bertanggung jawab atas resiko yang dapat terjadi dalam pelaksanaannya. Perawat harus mempunyai rasa tanggungjawab dalam melakukan tindakan keperawatan yang diberikannya pada pasien.
- e. Faktor pekerjaan itu sendiri : Bekerja sebagai seorang perawat Merupakan suatu bagian pelayanan yang penting dan mulia, dilakukan secara professional dan pelayanan holistic artinya tidak hanya merawat secara fisik tetapi juga memperhatikan aspek emosional, social dan psikologis pasien. Perawat dalam melakukan tugasnya harus mempunyai citra pekerjaan yang menarik atau menantang maka akan meningkatkan motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.
- f. Faktor kemungkinan untuk berkembang : Indikator ini berkaitan dengan motivasi perawat dalam Melakukan asuhan keperawatan pada klien, karena dalam pelaksanaannya perawat dapat mempelajari hal-hal yang baru, kemudian apabila asuhan/ tindakan keperawatan sering dilakukan maka akan mengembangkan potensi perawat sehingga menjadi trampil dan menjadin suatu bidang spesifikasi yang perlu dikembangkan.
- g. Faktor pengakuan : pengakuan akan pekerjaan atau asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam bentuk pujian verbal seperti “kerja Bagus”, pujian tertulis melalui pengumuman resmi di Group kerja,

atau pengakuan public yang disampaikan dalam rapat tim keperawatan, penghargaan formal berupa pemberian sertifikat, insentif/bonus atau kesempatan pengembangan diri perawat melalui pelatihan dari manajer keperawatan sangat memotivasi perawat dalam peningkatan mutu asuhan keperawatan.

- h. Faktor prosedur : Tugas seorang perawat harus melakukan tindakan sesuai prosedur. Perawat akan merasa aman dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bila setiap prosedur tindakan sudah ada protap yang pasti dan jelas. Tersedianya prosedur keperawatan Merupakan salah satu motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.
- i. Faktor capaian : Perawat melihat bagaimana hasil kerjanya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Hasil capaian dapat Merupakan sumber motivasi untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien
- j. Teori keadilan yang merupakan teori motivasi berasumsi bahwa seorang yang bekerja, misalnya perawat akan termotivasi apabila diperlakukan secara adil. Suatu contoh dalam teori keadilan ini adalah : seorang perawat yang rajin, tidak pernah mangkir dan pandai, lebih diprioritaskan dalam pendidikan berkelanjutan daripada perawat yang malas.

DAFTAR PUSTAKA

- <https://repository.unair.ac.id/105874/5/5.%20BAB%20%20.pdf>
- <https://idoc.pub/documents/makalah-motivasi-kerja-dalam-manajemen-keperawatan-2nv853p0drlk>
- <https://bukuarj.ums.ac.id/media/file/tahap160/26b479a77f494ace9154b9f06f4ecac7.pdf>
- <https://www.scribd.com/presentation/362051454/Konsep-Motivasi-Dalam-Manajemen-Keperawatan>
- <https://repository.penerbiteurka.com/media/publications/559373-konsep-manajemen-keperawatan-894c4c30.pdf>
- https://www.researchgate.net/publication/377088925_Pengaruh_Motivasi_terhadap_Kinerja_Perawat_di_Rumah_Sakit_The_Effect_of_Motivation_on_Nurse_Performance_in_the_Hospital
- https://repository.unissula.ac.id/39585/2/Ilmu%20Keperawatan_30902100136_fullpdf.pdf
- <https://repository1.stikeselisabethmedan.ac.id/files/original/d3a106b6a42f54aebb8076a0c1e1049550198c0b.pdf>
- Hassibuan, M,S,P (2007). Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta:Bumi Aksara.
- Nursalam (2007). Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional, (2 th ed) Jakarta: Salemba Medika
- Sunyoto, Danang. 2015. Manajemen dan Pengembangan Sumber Daya Manusia (Cetakan Pertama). CAPS (Center for Academic Publishing Service). Yogyakarta

BIODATA PENULIS



Johana Tuegeh, S.Pd,S.SiT,M.Kes.
Lahir di Lembean, 27 Desember 1963.
Lulusan dari : AKPER DepKes Manado,
IKIP Negeri Manado, D-IV Perawat
Pendidik Peminatan KMB Faked
UNHAS Makassar dan S2 UNSRAT
Manado. Jahana Tuegeh sebagai dosen
di AKPER DepKes Manado sejak Tahun
1989 kemudian beralih menjadi
Poltekkes Kemenkes Manado sampai

BAB 9

Pengarahan dalam Bidang Keperawatan

Rony A. Latumenasse, S.Pd., M.Kes

A. Pendahuluan

Fungsi pengarahan dalam keperawatan penting untuk memastikan efektivitas tugas dan pencapaian tujuan pelayanan. Pengarahan meliputi arahan, motivasi, supervisi, dan manajemen konflik untuk meningkatkan kinerja perawat dan memenuhi standar layanan. Komunikasi efektif antara kepala ruangan dan perawat juga mendukung keberhasilan pelayanan keperawatan (Gorean et al., 2025; Imallah & Khusnia, 2019).

Pengarahan yang optimal juga terbukti meningkatkan kepatuhan perawat terhadap prosedur penting seperti *hand hygiene*, yang sangat berperan dalam pencegahan infeksi di rumah sakit (Gorean et al., 2025). Hal ini menunjukkan bahwa pengarahan yang efektif tidak hanya berpengaruh pada kualitas layanan, tetapi juga pada faktor-faktor yang mendukung keselamatan pasien. Pengarahan yang efektif tidak hanya meningkatkan kualitas layanan, tetapi juga kepuasan kerja dan pengembangan profesional perawat. Keterlibatan perawat dalam aktivitas harian yang dipandu kepala ruangan dapat meningkatkan kepuasan dan kinerja mereka, yang pada akhirnya berdampak pada kualitas layanan dan menciptakan lingkungan kerja yang lebih produktif dan harmonis (Dardin dkk., 2020).

B. Konsep Pengarahan dalam Bidang Keperawatan

1. Pengertian Fungsi Pengarahan dalam Keperawatan

a. Definisi

Fungsi pengarahan atau disebut juga penggerakan (*directing = actuating = leading*) merupakan bagian yang paling penting dalam manajemen. Fungsi ini hanya bisa dijalankan setelah perencanaan, pengorganisasian, dan penempatan pegawai selesai dilakukan. (Ishak, 2024).

Pengarahan (*directing*) adalah fungsi manajemen dasar yang mencakup membangun iklim kerja yang efektif dan menciptakan peluang untuk motivasi, pengawasan, penjadwalan, dan disiplin (Jha dkk., 2014). Sejalan dengan pengertian tersebut, menurut Marquis & Huston (2015) pengarahan atau koordinasi adalah fungsi manajerial yang bertujuan untuk membimbing staf dalam melaksanakan tugas yang telah direncanakan, yang mencakup kegiatan seperti menciptakan suasana yang memotivasi, membangun komunikasi dalam organisasi, menyelesaikan konflik, mendukung kolaborasi, mendelegasikan tugas, dan melakukan pengawasan.

b. Prinsip-Prinsip Fungsi Pengarahan

Ahmad Faiz (2018) menyebutkan bahwa terdapat beberapa prinsip-prinsip pengarahan yaitu:

- 1) Kontribusi Individu Maksimal (*Maximum Individual Contribution*).
- 2) Keselarasan Tujuan (*Harmony of Objectives*).
- 3) Kesatuan Perintah (*Unity of Command*).
- 4) Kesesuaian Teknik Pengarahan (*Appropriateness of Direction Techniques*).
- 5) Komunikasi Manajerial (*Managerial Communication*).
- 6) Penggunaan Organisasi Informal (*Use of Informal Organization*).
- 7) Kepemimpinan (*Leadership*):

- 8) Tindak Lanjut (*Follow Through*).
2. Komunikasi Efektif dalam Manajemen Keperawatan
 - a. SBAR

SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) adalah alat komunikasi yang andal dan tervalidasi yang telah menunjukkan penurunan kejadian tidak diharapkan di rumah sakit, peningkatan komunikasi di antara penyedia layanan kesehatan, dan promosi keselamatan pasien (Shahid & Thomas, 2018).

SBAR dirancang untuk memperlancar komunikasi antara dokter dan perawat, terutama dalam situasi berisiko tinggi, guna memastikan pertukaran informasi yang jelas dan efektif dalam penanganan masalah pasien. (Joint Commission International, 2018). Dalam praktek keperawatan, teknik SBAR adalah alat yang digunakan untuk mengomunikasikan kondisi pasien secara jelas antara tenaga kesehatan. SBAR memfasilitasi pembagian informasi yang efektif antar anggota tim, mempercepat respons, dan memastikan perawatan berkualitas. Metode ini juga sangat berguna dalam komunikasi antar perawat saat pergantian shift, menjaga kepercayaan klien, dan meningkatkan kualitas layanan (Christina & Susilo, 2021). Komunikasi SBAR selain dilakukan saat timbangterima (*handover*), juga pada saat pindah ruang rawat atau melaporkan kondisi pasien ke dokter atau petugas kesehatan lain.

Penggunaan komunikasi SBAR sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh WHO, yang menjelaskan empat elemen di dalamnya, yaitu: *Situation* yang menggambarkan apa yang sedang terjadi saat ini, *Background* yang menjelaskan latar belakang keadaan yang terkait, *Assessment* yang menggambarkan penilaian terhadap masalah yang muncul, dan *Recommendation* yang merupakan tindakan yang tepat atau rekomendasi untuk langkah yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut (Safitri et al., 2022).

b. TBAK

TBAK (Tulis, Baca, Konfirmasi) adalah metode komunikasi lisan, terutama melalui telepon, yang digunakan untuk memastikan pesan atau instruksi diterima dengan benar (Quyumi dkk., 2019). Metode TBAK dilakukan pada saat menerima laporan secara tidak langsung maupun langsung. Pesan yang disampaikan harus segera dicatat kemudian diverifikasi. Model komunikasi ini memiliki manfaat yaitu untuk mengurangi insiden keselamatan pasien (SNARS, 2018).

Dalam praktek manajemen keperawatan, TBAK merupakan alat bantu yang digunakan oleh perawat untuk memverifikasi informasi yang disampaikan dokter melalui komunikasi SBAR. Dengan menggunakan TBAK, perawat dapat memastikan bahwa instruksi atau informasi yang diberikan dokter dipahami dengan benar, sehingga dapat mengurangi kesalahpahaman dan meningkatkan keamanan pasien (Nazri dkk., 2015). Penerapan TBAK dilakukan ketika perawat mengonsultasikan kondisi pasien melalui telepon dengan dokter. Dalam proses ini, perawat mencatat informasi yang dibicarakan, membacanya kembali, lalu mengulang dan mengkonfirmasi apa yang telah disampaikan oleh dokter untuk memastikan pemahaman yang akurat (Lita, 2022).

Teknik pelaksanaan komunikasi TBAK menurut KARS (2012) yaitu ketika seorang perawat menerima instruksi secara lisan melalui telepon dari seorang dokter, perawat menggunakan komunikasi lisan dengan prinsip TBAK (tulis, baca, konfirmasi kembali). Konsultasi melalui telepon adalah proses dimana perawat melaporkan kondisi pasien kepada dokter melalui panggilan telepon. Prinsip-prinsip dalam menggunakan TBAK (tulis, baca, konfirmasi kembali)

dan hal-hal yang harus dikomunikasikan adalah sebagai berikut :

a. **T** : Tuliskan pesan yang diberikan oleh DPJP pada lembar jawaban konsultasi setelah menerima jawaban konsultasi, atau pada lembar catatan terintegrasi saat melaporkan kondisi pasien.

b. **Ba** : Baca

1) Bacakan kembali (*Read back*) pesan yang telah ditulis kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Setelah membacakan pesan, ingatkan DPJP untuk melakukan konfirmasi.

2) Pastikan pengejaan menggunakan Abjad Indonesia untuk instruksi terkait obat yang mirip penulisannya atau pengucapannya (*LASA - Look Alike Sound Alike*).

c. **K** : Konfirmasi Ulang

1) Konfirmasikan instruksi atau hasil kritis yang disampaikan oleh DPJP dengan menjawab "baik" atau "oke" sesuai dengan instruksi atau pesan yang telah diberikan sebelumnya.

2) Lakukan konfirmasi dalam waktu 1 x 24 jam dengan cara DPJP menuliskan nama, paraf/ tanda tangan, tanggal, dan jam kedatangan di kolom stempel. Konfirmasi Readback pemberi pesan dilakukan di formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPTT).

Komunikasi lisan perawat dengan metode TBAK dilakukan saat menerima instruksi verbal melalui telepon, hasil tes kritis, atau laporan nilai kritis yang diberikan oleh perawat, dokter, atau tenaga medis lainnya ((Mardiana dkk., 2019)). Dalam proses ini, perawat mencatat informasi tersebut pada lembar terintegrasi, termasuk tanggal dan waktu penerimaan pesan, nama lengkap pasien, tanggal lahir, diagnosis, serta dosis atau nilai spesifik untuk menghindari kesalahan interpretasi. Nama petugas yang menerima

dan memberikan pesan, serta tanda tangan, juga dicatat dengan jelas. Jika pesan diterima melalui telepon, dokter akan menandatangani dokumen pada kunjungan berikutnya. Instruksi lisan dan hasil pemeriksaan yang diterima melalui telepon harus dicatat secara lengkap oleh penerima instruksi atau hasil tersebut (Merry & Weller, 2021).

3. Konferensi Pelayanan Keperawatan

a. Definisi.

Konferensi (*Conference*) adalah diskusi kelompok tentang beberapa aspek klinik dan kegiatan konsultasi. Konferensi dilakukan sebelum dan sesudah melaksanakan asuhan pada pasien (Sudrajat & Rizki, 2021). Sedangkan menurut Modul MKPK (2006) Konferensi keperawatan adalah pertemuan tim perawat yang dilaksanakan setiap hari, sebelum maupun setelah pergantian shift, baik pada shift sore maupun malam. Dari kedua definisi diatas maka konferensi dapat dibagi menjadi dua yaitu **pre konferensi** dan **post konferensi**.

Kegiatan conference merupakan salah satu pelaksanaan fungsi manajemen pengarah dalam pelayanan keperawatan dan penerapan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) untuk meningkatkan kualitas layanan keperawatan di rumah sakit dan meminimalkan kelalaian atau kesalahan dalam praktik keperawatan (Tri Afandi dkk., 2023).

b. Tujuan Umum Konferensi Keperawatan

Tujuan umum konferensi keperawatan adalah:

- 1) Menganalisis masalah secara kritis dan merumuskan berbagai alternatif solusi yang tepat.
- 2) Mendapatkan gambaran yang jelas mengenai situasi di lapangan, sehingga dapat menjadi masukan yang berharga dalam menyusun rencana tindak lanjut.

- 3) Melakukan antisipasi untuk meningkatkan kesiapan diri dalam memberikan asuhan keperawatan (McKeachie, 1962).
 - 4) Membantu dalam koordinasi penyusunan rencana pemberian asuhan keperawatan yang efektif (T.M. Marelli, dkk., 1997).
- c. Pedoman Pelaksanaan Konferensi Keperawatan.

Secara umum pedoman pelaksanaan konferensi keperawatan adalah :

- 1) Konferensi dilaksanakan setiap hari segera setelah pergantian shift pagi atau sore, sesuai dengan jadwal perawatan yang ditentukan.
- 2) Konferensi diikuti oleh perawat pelaksana dan ketua tim dari masing-masing unit.
- 3) Pembahasan mengenai perkembangan dan masalah klien disampaikan berdasarkan hasil evaluasi terkini, yang mencakup: Keluhan utama klien, tanda-tanda vital (TTV), tingkat kesadaran, dan informasi terkait lainnya; Hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnosis keperawatan terbaru; Masalah keperawatan yang baru teridentifikasi; Diagnosis keperawatan terbaru yang relevan; Rencana keperawatan yang diperbarui; Implementasi tindakan keperawatan yang terbaru; Perubahan kondisi terkait terapi medis yang sedang dijalani; serta rencana medis yang terbaru.
- 4) Ketua Tim/Penanggung jawab mendiskusikan dan memberikan arahan kepada perawat pelaksana mengenai masalah terbaru yang berkaitan dengan perawatan dan pelayanan pasien, diantaranya: keterlambatan pelayanan; kesalahan pemberian makan, kebisingan pengunjung lain; kehadiran dokter yang tidak disiplin; ketepatan pemberian infuse; Ketepatan dalam memantau asupan & pengeluaran cairan; Ketepatan pemberian obat/ injeksi; Ketepatan pelaksanaan tindakan lain;

Ketepatan dalam diagnose keperawatan dan pencatatan pendokumentasian (penulisan dll); Menggiatkan standar prosedur yang ditetapkan; Menggiatkan kedisiplinan, ketelitian, kejujuran dan kemajuan masing-masing perawat pelaksana; dan membantu perawat pelaksana menyelesaikan masalah yang tidak dapat diselesaikan.

d. Pelaksanaan Pre Konferensi

Pre-conference adalah diskusi mengenai aspek klinik yang dilakukan sebelum melaksanakan asuhan keperawatan. Pre-conference merupakan pertemuan tim yang dilaksanakan setiap hari sebagai langkah awal dalam kegiatan shift perawat. Pertemuan ini dilakukan di awal jaga, setelah proses operan dinas, baik pada shift pagi, sore, maupun malam. Materi dalam pre-conference meliputi rencana harian masing-masing perawat, serta tambahan rencana dari ketua tim.

Tujuan utama dari pre-konferensi adalah untuk menyelaraskan persepsi dan pemahaman antar anggota tim keperawatan mengenai kondisi pasien, rencana perawatan, serta tugas-tugas yang perlu dilaksanakan. Pre-konferensi memberikan kesempatan bagi semua perawat yang bertugas di ruang perawatan untuk membahas strategi perawatan yang akan diterapkan, memperdalam rencana intervensi, serta mengidentifikasi potensi masalah yang mungkin muncul (Huber, 2010).

Beberapa syarat dalam pelaksanaan pre-konferensi antara lain: dilakukan sebelum pemberian asuhan keperawatan dengan waktu yang efektif sekitar 10 hingga 15 menit, topik yang dibahas harus terbatas, biasanya mengenai kondisi pasien, perencanaan tindakan, rencana, dan data yang perlu ditambahkan, serta melibatkan kepala ruangan, ketua tim, dan anggota tim (Jean dkk, 1973).

Menurut Keliat (2009) dalam Minardo dkk. (2024), pelaksanaan pre konferensi dipimpin oleh ketua tim. Ketua tim atau penanggung jawab memiliki tanggung jawab sesuai prosedur sebagai berikut:

- 1) Mempersiapkan ruangan atau tempat yang akan digunakan.
- 2) Menyiapkan catatan medis pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
- 3) Membuka acara diawali dengan salam dan menjelaskan tujuan dari prekonferensi yang akan dilakukan.
- 4) Memandu jalannya prekonferensi.
- 5) Menjelaskan isu-isu keperawatan dan perencanaan perawatan terkait pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
- 6) Memberikan tugas kepada anggota tim perawat sesuai dengan kemampuan masing-masing, sambil memperhatikan distribusi kerja yang seimbang.
- 7) Mendiskusikan metode dan strategi pelaksanaan perawatan atau tindakan pasien.
- 8) Memberikan motivasi untuk mendorong tim memberikan respons dan solusi terhadap masalah yang dibahas.
- 9) Mengklarifikasi apakah anggota tim sudah siap untuk memberikan perawatan sesuai tanggung jawabnya.
- 10) Memberikan penguatan positif kepada anggota tim perawat.
- 11) Merangkum hasil dari prekonferensi, dan ditutup dengan salam.

e. Pelaksanaan Post Konferensi

Post-conference adalah diskusi mengenai aspek klinik setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. Post-conference merupakan komunikasi antara ketua tim dan perawat pelaksana mengenai hasil kegiatan selama shift yang berlangsung, dan dilakukan

sebelum operan ke shift berikutnya. Materi dalam post-conference mencakup hasil asuhan keperawatan dari setiap perawat serta hal-hal penting yang perlu menjadi perhatian untuk tindak lanjut.

Tujuan dari konferensi ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan rencana perawatan, membahas hasil yang telah dicapai, serta mengidentifikasi masalah yang muncul selama proses perawatan. Selain itu, dalam post-konferensi, perawat juga dapat berbagi pengalaman dan pengetahuan guna meningkatkan proses pelayanan di masa depan.

Post konferensi memiliki syarat yang sama dengan pre konferensi, tetapi pelaksanaannya adalah sesudah pemberian asuhan keperawatan. Seperti halnya dengan pelaksanaan pre konferensi, kegiatan post konferensi menjadi tanggung jawab ketua tim atau penanggung jawab, yang memiliki tugas sesuai prosedur post konferensi sebagai berikut:

- 1) Menyiapkan ruang atau area yang diperlukan untuk kegiatan perawatan.
 - 2) Mempersiapkan dokumen Rekam Medis (RM) pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
 - 3) Membuka acara dengan salam
 - 4) Menerima penjelasan dari asisten perawat (PA) terkait tindakan yang telah dilakukan serta hasil perawatannya.
 - 5) Membahas permasalahan yang dihadapi selama pemberian asuhan keperawatan dan mencari solusi untuk mengatasinya.
 - 6) Memberikan dukungan atau penguatan kepada PA untuk meningkatkan kualitas perawatan.
 - 7) Merangkum hasil dari pertemuan pasca konferensi. serta menutup acara dengan salam.
- 1) Pemanfaatan sumber daya organisasi secara efektif, baik finansial, fisik, maupun sumber daya manusia.
 - 2) Meningkatkan moral dan tingkat kepuasan staf.

- 3) Membangun hubungan manusia yang baik dan kerjasama tim.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Faiz. (2018). Explain the principles of Directing. Dalam <https://www.sarthaks.com/>.
<https://www.sarthaks.com/98933/explain-the-principles-of-directing>
- Dardin, Hardin, & Asmy, U. (2020). Hubungan Fungsi Pengarahan Kepala Ruangan dengan Kepuasan Kerja Perawat Pelaksana di Ruang Interna RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu. *Jurnal Lontara Kesehatan*, 1(1), 18–27.
- Gorean, G. I., Novieastari, E., Wildani, A. A., & Wigiarti, S. H. (2025). An optimization of role of a head nurses to hand hygiene compliance of nurses in outpatient clinic room. *Malahayati International Journal of Nursing and Health Science*, 7(12), 1545–1552.
<https://doi.org/10.33024/minh.v7i12.726>
- Huber, D. L. (2010). *Leadership and Nursing Care Management*. Saunders Elsevier.
- Imallah, R. N., & Khusnia, A. F. (2019). Fungsi pengarahan kepala ruang dalam pelaksanaan discharge planning perawat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Health Sciences and Pharmacy Journal*, 3(1), 21.
<https://doi.org/10.32504/hspj.v3i1.94>
- Ishak, R. P. (2024). *Dasar-Dasar Manajemen*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Jha, N., Shaikh, C. R., & Jamindar, D. (2014). *Introduction To Management (As per the Revised Syllabus of B.Com. (Accounting and Finance) Programme at Semester III with Effect from the Academic Year 2014-2015) (1 ed.)*. Himalaya Publishing House. www.himpub.com
- Joint Commission International. (2018). *Communicating Clearly and Effectively to Patients: How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care*. www.jointcommissioninternational.org
- Mardiana, S. S., Kristina, T. N., & Sulisno, M. (2019). Penerapan Komunikasi Sbar Untuk Meningkatkan Kemampuan Perawat Dalam Berkomunikasi Dengan Dokter. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 2.

- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application* (8 ed.). Wolters Kluwer Health: Philadelphia.
- Minardo, J., Peluw, Z., Nasus, E., Tetelepta, D. P., Bau, A. S., Achmad, I., & Suprapti, B. (2024). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan Program Vokasi Diii Keperawatan*. Jakarta: PT Nuansa Fajar Cemerlang. www.nuansafajarcemerlang.com
- Nazri, F., Juhariah S., S., & Arif S., M. (2015). Implementasi Komunikasi Efektif Perawat-Dokter dengan Telepon di Ruang ICU Rumah Sakit Wawa Husada I Hospital. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28, 174–180.
- Quyumi, E., Susilowati, E., Dharma, A., & Kediri, H. (2019). Penerapan Komunikasi Tbk (Tulis, Baca, Konfirmasi) Dalam Penyampaian Informasi Kepada Mahasiswa Akper Dharma Husada. 10(1).
- Safitri, W., Suparmanto, G., & Istiningtyas, A. (2022). Analisis Metode Komunikasi SBAR (Situation, Background, Assesment, Recomendation) di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 13(2), 167–174.
- Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Safety in Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>
- Sudrajat, D. A., & Rizki, N. (2021). Pre- and Post-Conference Practices Amongst Nursing Students During Clinical Practice: A Literature Review. *KnE Life Sciences*, 172–180. <https://doi.org/10.18502/cls.v6i1.8601>
- Tri Afandi, A., Hasanatil Fauziah, N., & Asmaningrum, N. (2023). An Application Pre-Conference and Post-Conference in Hospital: a Case Study. *Jurnal Kegawatdaruratan Medis Indonesia*, 2(1), 53–63. <https://ebsina.or.id/journals/index.php/jkmi>

BIODATA PENULIS



Rony A. Latumenasse, S.PPd., M.Kes. lahir di Ambon tanggal 17 Agustus 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Prodi Keperawatan Ambon, Poltekkes Kemenkes Maluku. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan tahun 1992 pada PAMK Depkes Ambon, sedangkan Pendidikan Sarjana (S1) diselesaikan tahun 1998 pada FKIP Universitas Pattimura Ambon. Selanjutnya Pendidikan Magister (S2) diselesaikan pada Jurusan KMPK UGM Yogyakarta tahun 2003. Penulis menekuni bidang penelitian dan penulisan buku dalam bidang Manajemen Kesehatan dan Pendidikan Keperawatan, dan Keperawatan Gerontik.

BAB 10

Konsep Supervisi dalam Keperawatan

Ns. Zulfikar Peluw, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Supervisi dalam bidang keperawatan adalah salah satu aspek penting dalam pengelolaan keperawatan yang bertujuan untuk menjamin kualitas layanan, keselamatan pasien, serta perkembangan profesional perawat (Chaves dkk., 2017). Supervisi yang baik dapat meningkatkan performa perawat, mendorong pemikiran kritis, dan memperkuat kerja sama tim, sehingga memberikan dampak positif terhadap kualitas perawatan dan keselamatan pasien (Nuritasari dkk., 2019). Namun, dalam pelaksanaannya, supervisi sering mengalami kendala seperti beban kerja yang tinggi, keterbatasan jumlah staf, minimnya pelatihan untuk supervisor, serta adanya perilaku supervisor yang tidak mendukung bahkan bersifat merugikan, yang dapat mengurangi produktivitas dan kesejahteraan para perawat (Labrague, 2024; Shongwe dkk., 2024).

Supervisi yang efektif seharusnya dilihat tidak hanya sebagai cara untuk mengawasi, melainkan juga sebagai alat untuk memberikan bimbingan, dukungan emosional, dan pengembangan kemampuan kepemimpinan bagi perawat. Tugas supervisi menjadi tanggung jawab utama para pengelola, termasuk manajer dari semua jenjang, mulai dari manajer tingkat bawah (*bottom manager*), menengah (*middle manager*), hingga manajer tingkat atas (*top manager*). Tanpa supervisi yang cukup, seorang manajer akan menghadapi kesulitan dalam menjaga kualitas layanan keperawatan, karena tidak semua

permasalahan bisa diidentifikasi hanya melalui informasi terbatas dari staf (Hyrka dkk., 2003; Mohamed & Mohamed Ahmed, 2019). Oleh karena itu, meskipun sering dianggap negatif sebagai bentuk pengawasan yang menyebabkan ketidaknyamanan, supervisi tetap memiliki fungsi signifikan. Berbagai model dan kerangka kerja supervisi telah dibuat untuk menangani persepsi tersebut. Agar lebih efektif dan diterima, sistem supervisi harus dirancang dengan cara yang konstruktif, sehingga dapat memberikan dukungan yang nyata bagi staf keperawatan dalam menjaga dan meningkatkan kemampuan mereka, dan bukan sekadar mencari-cari kesalahan.

B. Konsep Supervisi dalam Keperawatan

1. Pengertian Supervisi

Supervisi merupakan konsep penting dalam manajemen dan pengelolaan sumber daya manusia, termasuk dalam konteks keperawatan. Secara etimologis, istilah "supervisi" berasal dari bahasa Inggris "*to supervise*" yang berarti "mengawasi" (Rahman, 2021). Kata ini juga memiliki akar dari bahasa Latin, yakni *super* yang berarti "di atas (*over*)" dan *videre* yang berarti "melihat (*see*)" (van Wyk & Smith M, 1996). Dengan demikian, secara harfiah supervisi mengandung makna "*oversee*/melihat dari atas" atau "melihat secara menyeluruh". Individu yang menjalankan fungsi pengawasan atau supervise disebut "supervisor", yang bertanggung jawab dalam membimbing, mengevaluasi, dan memastikan kualitas kinerja tim. Sedangkan individu yang disupervisi disebut "supervisee" (Scott & Spouse, 2013).

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2009), supervisi dimaknai sebagai pengawasan utama atau pengontrolan tertinggi. Berdasarkan definisi ini, supervisi dapat diartikan sebagai suatu proses pengawasan yang dilakukan secara menyeluruh dan teliti oleh atasan terhadap aktivitas dan kinerja bawahan, guna memastikan bahwa seluruh proses kerja berjalan sesuai dengan standar dan tujuan yang telah ditetapkan (Fahmi Addini dkk., 2022).

Supervisi sebagai bagian dari fungsi pengarahan (*directing*) dalam manajemen, bertujuan untuk memastikan bahwa semua kegiatan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan dengan efektif dan berjalan lancar (Huber, 2010) . Dalam konteks keperawatan, supervisi tidak hanya berfokus pada aspek pengawasan administratif, tetapi juga mencakup aspek pengembangan profesional tenaga keperawatan.

Swansburg & Swansburg (2002) mendefinisikan supervisi sebagai suatu proses fasilitasi terhadap sumber daya yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas, yang mencakup pemberian bantuan, pengarahan, serta penjelasan instruksi kerja. Dalam hal ini, supervisi keperawatan mencakup segala bentuk bantuan dan dukungan yang diberikan oleh pimpinan atau penanggung jawab keperawatan kepada perawat atau staf lainnya untuk membantu pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Bantuan ini dapat berupa dorongan, bimbingan, serta kesempatan untuk meningkatkan keterampilan dan keahlian perawat.

Senada dengan itu, Beach (1985) menekankan bahwa supervisi adalah merupakan fungsi keperawatan dalam merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai, serta mengevaluasi terus menerus pada setiap perawat dengan sabar, adil serta bijaksana, sehingga perawat dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan dengan baik, terampil, aman, cepat, tepat, dan secara menyeluruh sesuai dengan kemampuan dan batasan yang dimiliki (Rocchiccioli & Tilbury, 1998).

Menurut Nursalam (2014), Supervisi adalah bentuk dari kegiatan peningkatan pelayanan yang dilakukan oleh manajer atau atasan dalam memberi pengawasan dan arahan mengenai pelayanan yang diberikan oleh bawahannya. Sedangkan supervisi keperawatan merupakan suatu bentuk dari kegiatan manajemen keperawatan yang bertujuan dalam pemenuhan dan peningkatan pelayanan untuk klien dan

keluarga yang berfokus pada kebutuhan, keterampilan, dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas

Dengan demikian, supervisi dalam keperawatan tidak hanya merupakan mekanisme kontrol, tetapi juga menjadi sarana pembinaan dan pengembangan sumber daya keperawatan. Hal ini penting untuk menjamin mutu pelayanan asuhan keperawatan, keselamatan pasien, serta mendukung peningkatan profesionalisme tenaga keperawatan secara berkelanjutan.

2. Tujuan dan Sasaran Supervisi dalam Keperawatan

Tujuan supervisi dalam keperawatan secara umum adalah untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan keperawatan melalui pengawasan, pembinaan, dan pengembangan profesional perawat. Supervisi berfungsi sebagai alat manajemen yang membantu perawat mengoordinasikan tindakan asuhan keperawatan dan manajerial, mendorong kerja sama tim, serta menumbuhkan rasa tanggung jawab bersama dan pembelajaran di tempat kerja (Chaves dkk., 2017; Walker dkk., 2021). Dalam konteks pendidikan, supervisi klinis mendukung perkembangan keterampilan profesional, refleksi kritis, dan identitas perawat, serta memberikan ruang aman untuk berbagi pengalaman dan mengurangi stres atau kelelahan kerja (Ali & Panther, 2008; Shahzeydi dkk., 2024).

Supervisi juga penting untuk memastikan bahwa standar praktik dipenuhi, meningkatkan kepuasan kerja, dan menciptakan budaya kerja yang terbuka dan transparan (O'Neill dkk., 2022; Walker dkk., 2021). Selain itu, supervisi dapat membantu perawat menghadapi konflik di tempat kerja dan mengelola beban emosional, sehingga mendukung kesejahteraan dan profesionalisme perawat (Popovičová dkk., 2023).

Secara spesifik terdapat beberapa tujuan supervisi, antara lain:

- a. Melakukan inspeksi, evaluasi, dan upaya untuk meningkatkan kinerja staf.

- b. Memberikan orientasi kepada staf dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
- c. Melatih dan membimbing staf perawat secara individu agar dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal.
- d. Melatih staf yang belum disiplin dalam melaksanakan tugasnya.
- e. Memberikan arahan dalam pelaksanaan tugas agar staf menyadari dan memahami peran serta fungsinya dalam asuhan keperawatan.
- f. Memberikan dukungan terhadap kemampuan staf dan pelaksanaan keperawatan dalam memberikan asuhan yang berkualitas.
- g. Meninjau panduan penanganan kasus untuk memastikan kesesuaian dengan standar
- h. Memastikan bahwa praktik keperawatan dilakukan sesuai dengan standar agar profesionalisme tetap terjaga.
- i. Melindungi klien dengan memastikan bahwa standar hukum dan etika telah diterapkan dalam praktik asuhan keperawatan.
- j. Mengembangkan dan membagikan keterampilan klinis kepada staf.
- k. Menciptakan kondisi kerja yang aman dan optimal bagi staf keperawatan.

Sejalan dengan tujuan diatas, menurut Swansburg & Swansburg (2002) tujuan supervisi dalam keperawatan adalah:

- a. Memantau dan mengevaluasi rencana, kegiatan, serta hasil pekerjaan untuk memastikan bahwa setiap langkah yang diambil sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.
- b. Meningkatkan keterampilan pekerjaan perawat melalui orientasi, pelatihan, dan bimbingan individu yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing, serta mengarahkan perawat untuk mengembangkan keterampilan keperawatan yang lebih baik. Selain itu, supervise juga bertujuan untuk:

- c. Mengorganisir staf dan pelaksanaan asuhan keperawatan agar setiap tugas dilakukan dengan efisien dan sesuai dengan prosedur yang berlaku.
- d. Melatih staf perawat dan pelaksana keperawatan untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam memberikan perawatan yang berkualitas.
- e. Memberikan arahan yang jelas dalam pelaksanaan tugas agar staf perawat memahami dengan baik peran dan fungsi mereka sebagai bagian dari tim asuhan keperawatan
- f. Menyediakan dukungan terhadap kemampuan staf dan pelaksana keperawatan untuk memastikan mereka dapat memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan memenuhi standar profesional.

Sedangkan sasaran yang akan dicapai dalam supervisi keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan tugas sesuai dengan pola dan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.
- b. Pelaksanaan tugas sesuai dengan rencana yang telah dibuat untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- c. Pengembangan staf yang berkualitas secara kontinu dan sistematis agar dapat beradaptasi dengan perkembangan kebutuhan pelayanan keperawatan.
- d. Penggunaan alat yang efektif dan ekonomis untuk memastikan efisiensi dalam penggunaan sumber daya.
- e. Pembagian tugas dan wewenang dilakukan dengan pertimbangan objektif dan rasional, untuk menciptakan keselarasan dalam tim.
- f. Menghindari penyimpangan atau penyelewengan kekuasaan, kedudukan, dan keuangan, untuk menjaga integritas dan akuntabilitas dalam pelaksanaan tugas.

Berdasarkan tujuan dan sasaran kegiatan supervisi diatas, maka fungsi kegiatan supervisi adalah:

- a. Mengatur dan mengorganisir proses pemberian pelayanan keperawatan, yang mencakup pelaksanaan

kebijakan pelayanan keperawatan dan penerapan standar asuhan yang telah disepakati.

- b. Fungsi utama supervisi modern adalah untuk melakukan penilaian terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi proses pemberian asuhan keperawatan, serta melakukan perbaikan pada aspek-aspek yang dianggap perlu untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- c. Fungsi utama supervisi dalam keperawatan adalah untuk mengkoordinasikan, menstimulasi, dan mendorong upaya perbaikan yang bertujuan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan secara berkelanjutan.
- d. Fungsi supervisi juga mencakup memberikan bantuan (*assisting*), memberikan dukungan (*supporting*), dan mengajak perawat untuk berpartisipasi (*sharing*) dalam meningkatkan kualitas layanan serta pengembangan profesional mereka.

Dari sejumlah konsep di atas terlihat bahwa tujuan dan sasaran supervisi dalam keperawatan tidak hanya berfokus pada peningkatan kualitas pelayanan, tetapi juga pada pengembangan profesionalisme perawat, penggunaan sumber daya yang efisien, serta pencapaian standar yang tinggi dalam asuhan keperawatan.

3. Prinsip-prinsip Supervisi dalam Keperawatan

Prinsip-prinsip supervisi dalam keperawatan mencakup beberapa aspek utama yang mendukung pengembangan profesional, kualitas pelayanan, dan etika kerja perawat. Supervisi harus berlandaskan pada konfirmasi, pemberian makna, dan peningkatan kesadaran diri, sehingga perawat dapat mengembangkan identitas, kompetensi, dan etika profesinya secara optimal (Berggren dkk., 2005; Severinsson, 2001).

Keliat (1993) dalam Supratman & Sudaryanto (2008) menjabarkan prinsip-prinsip supervisi dalam keperawatan sebagai berikut :

- a. Supervisi dilaksanakan sesuai dengan struktur organisasi yang ada dalam pelayanan keperawatan, sehingga setiap

bagian dan staf mengetahui peran serta tanggung jawab mereka dalam sistem yang terstruktur.

- b. Supervisi memerlukan pemahaman dasar mengenai manajemen, keterampilan dalam hubungan antar manusia, serta kemampuan untuk mengaplikasikan prinsip-prinsip manajemen dan kepemimpinan yang efektif dalam konteks pelayanan keperawatan.
- c. Fungsi supervisi harus dijelaskan dengan jelas dan terorganisir, serta dituangkan dalam petunjuk, peraturan, kebijakan, uraian tugas, dan standar operasional yang menjadi acuan dalam pelaksanaannya.
- d. Supervisi merupakan proses kerja sama yang bersifat demokratis antara supervisor dan perawat pelaksana (staf perawat), yang bertujuan untuk menciptakan hubungan yang saling mendukung dan berkolaborasi dalam mencapai tujuan pelayanan.
- e. Supervisi melibatkan penggunaan proses manajemen yang mencakup penerapan visi, misi, falsafah, dan rencana-rencana spesifik yang telah ditetapkan, dengan tujuan untuk mencapai sasaran yang telah direncanakan dalam pelayanan keperawatan.
- f. Supervisi bertujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang mendukung komunikasi yang efektif, serta merangsang kreativitas dan motivasi staf perawat untuk bekerja lebih baik dan lebih produktif.
- g. Tujuan utama supervisi adalah untuk memastikan keamanan, efektivitas, dan efisiensi pelayanan keperawatan, yang pada gilirannya akan memberikan kepuasan kepada pasien, perawat, serta manajer yang terlibat dalam proses pelayanan.

Selain prinsip-prinsip dasar diatas, pelaksanaan supervisi keperawatan juga memiliki prinsip-prinsip ilmiah diantaranya: Kegiatan supervisi dilaksanakan atas dasar data objektif yang diperoleh dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan; Untuk memperoleh hasil supervise yang baik, maka dipergunakan berbagai instrumen pengumpulan data

seperti angket, lembaran observasi, pedoman wawancara, dan lain-lain, serta; Supervisi harus dilaksanakan secara sistematis, terencana dan terus menerus.

Supervisi selalu berhubungan dengan supervisor dimana setiap supervisor umumnya bertanggung jawab pada areal tertentu di rumah sakit. Supervisor tersebut dapat disebut sebagai “perawat supervisi” yang memiliki kompetensi baik dalam manajemen maupun asuhan keperawatan serta menguasai pilar-pilar profesionalisme terutama dalam penerapan Manajemen Praktek Keperawatan Profesional (MPKP). Dalam hal ini, pengawasan berjenjang dilakukan untuk memastikan kualitas dan keberlanjutan pelayanan keperawatan yang optimal, yang dibagi dalam beberapa tingkat pengawasan sebagai berikut:

a. Kepala Ruangan (KARU)

Ruang rawat dihuni oleh pasien dengan karakteristik kasus tertentu, misalnya: gawat darurat, bedah, medical, maternitas, kritikal, psikiatrik, dan lain-lain. Kepala ruangan (KARU) bertanggung jawab dalam supervise pelayanan keperawatan untuk pasien. KARU merupakan ujung tombak penentu tercapai atau tidaknya tujuan pelayanan Kesehatan di rumah sakit. Ia mengawasi perawat pelaksana dalam melakukan praktek keperawatan.

b. Pengawas Perawatan

Beberapa ruangan atau unit pelayanan berada di bawah Unit Pelaksana Fungsional (UPF). Pengawas perawatan bertanggung jawab dalam supervisi pelayanan keperawatan pada areanya yaitu beberapa KARU yang ada pada UPF.

c. Kepala Seksi Perawatan (KASI)

Beberapa UPF biasanya digabung dibawah satu pengawasan kepala seksi (KASI). KASI mengawasi pengawas UPF dalam melaksanakan tugas secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung.

d. Kepala Bidang Perawatan (KABID)

KABID bertanggung jawab untuk supervisi KASI secara langsung dan semua perawat secara tidak langsung. Jadi supervisi berkaitan dengan struktur organisasi, yang menggambarkan garis tanggung jawab, siapa yang menjadi supervisor dan siapa yang disupervisi.

Dengan adanya pengawasan yang berjenjang ini, setiap tingkat supervisi dapat berfungsi secara efektif, memastikan keberhasilan pelayanan keperawatan, serta menjamin tercapainya standar pelayanan yang ditetapkan. Struktur yang jelas memungkinkan terjalannya koordinasi yang baik antar berbagai pihak, dari staf pelaksana hingga manajer, demi tercapainya pelayanan yang optimal.

4. Peran dan Fungsi Manajer Keperawatan dalam Supervisi

Manajer keperawatan memiliki peran sentral dalam supervisi keperawatan, yaitu memastikan kualitas pelayanan, mendukung pengembangan staf, dan menciptakan lingkungan kerja yang kondusif (Grandfield dkk., 2023; Mirzaei dkk., 2024; Nurmeksela dkk., 2021). Fungsi utama manajer dalam supervisi meliputi perencanaan, pengorganisasian, penempatan staf, pengarahan, dan pengendalian, yang semuanya berkontribusi pada tercapainya tujuan organisasi dan peningkatan mutu layanan (Febriani & Siregar, 2021; Nurmeksela dkk., 2021). Manajer juga bertanggung jawab dalam memberikan arahan, umpan balik konstruktif, serta menjadi teladan bagi perawat di bawahnya (Dewi dkk., 2023; Fowler dkk., 2021).

Secara umum peran dan fungsi manajer khususnya dalam supervise adalah mempertahankan keseimbangan manajemen pelayanan keperawatan, manajemen sumber daya, dan manajemen anggaran yang tersedia. Masing-masing peran dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Manajemen Pelayanan Keperawatan

Supervisor terlibat dalam mendukung pelayanan keperawatan, rencana program keperawatan,

implementasi, dan evaluasi sistem pelayanan keperawatan. Hasil pelayanan dicapai melalui kerja sama dengan disiplin ilmu lain, dengan penggunaan biaya seminimal mungkin.

Tanggung jawab supervisor adalah:

- 1) Menetapkan dan menjaga konsistensi standar praktek keperawatan untuk memastikan bahwa seluruh kegiatan pelayanan keperawatan memenuhi kriteria yang telah ditentukan.
 - 2) Melakukan evaluasi terhadap kualitas asuhan dan pelayanan yang diberikan dengan cara membandingkan pelaksanaan praktis yang dilakukan oleh staf perawat dengan standar pelayanan keperawatan yang berlaku.
 - 3) Mengembangkan dan menetapkan peraturan serta prosedur yang mengatur pelayanan keperawatan, bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya.
 - 4) Meningkatkan dan mengembangkan kemampuan serta keterampilan perawat melalui berbagai program pelatihan dan pengawasan agar dapat memberikan pelayanan keperawatan yang optimal.
 - 5) Memastikan bahwa praktek keperawatan dijalankan sesuai dengan pedoman dan standar yang ditetapkan, guna menjamin mutu dan keselamatan pasien. Menilai kualitas asuhan dan pelayanan yang diberikan. Supervisor membandingkan yang nyata dilakukan dengan standar pelayanan keperawatan.
- b. Manajemen Sumber Daya

Supervisor berperan dalam membantu proses seleksi, pelatihan, serta mempertahankan staf keperawatan yang berkualitas dan kompeten. Selain itu, supervisor juga memberikan bimbingan kepada staf dalam memanfaatkan sumber daya dan fasilitas yang ada secara efisien dan ekonomis. Banyak rumah sakit yang memiliki peralatan dan fasilitas canggih, namun sayangnya, penggunaan dan pemeliharannya sering

tidak dilakukan dengan benar, yang pada akhirnya menyebabkan pemborosan anggaran. Perawat, sebagai tenaga kesehatan yang paling banyak terlibat, memiliki tanggung jawab besar dalam penggunaan dan pemeliharaan peralatan serta fasilitas tersebut.

c. Manajemen Anggaran

Manajer keperawatan memiliki peran yang sangat penting dalam proses perencanaan, pengembangan, dan pengelolaan anggaran untuk area tanggung jawabnya. Dalam konteks manajemen anggaran, supervisor turut berkontribusi dalam hal-hal berikut:

- 1) Membantu melakukan evaluasi terhadap rencana keseluruhan yang dikaitkan dengan dana tahunan yang tersedia, serta mengembangkan tujuan umum yang dapat dicapai sesuai dengan sasaran dan visi rumah sakit
- 2) Mendukung pengumpulan informasi statistik yang diperlukan untuk merencanakan anggaran keperawatan, agar perencanaan anggaran dapat dilakukan dengan lebih akurat dan tepat sasaran.
- 3) Memberikan justifikasi terhadap proyeksi anggaran untuk unit yang dikelola, guna memastikan bahwa alokasi anggaran sesuai dengan kebutuhan operasional dan pengembangan unit tersebut.

5. Model-Model Supervisi

Menurut Suryanto (2008) terdapat empat model supervisi, dimana tiga diantaranya sering digunakan dalam praktek keperawatan, diantaranya:

- a. Model Konvensional, memiliki beberapa karakteristik, diantaranya: bersifat pada kegiatan inspeksi, memata-matai atau supervisor korektif untuk mengoreksi kesalahan orang lain, pekerjaan seorang supervisor hanya untuk mencari kesalahan, dan praktek model supervisi ini masih banyak terjadi, termasuk dalam pelayanan keperawatan.

- b. Model Ilmiah, dilaksanakan secara terencana dan berkelanjutan, dengan pendekatan yang sistematis dan terstruktur menggunakan prosedur yang jelas. Proses supervisi ini didasarkan pada data objektif yang diperoleh dari situasi nyata di lapangan, memastikan bahwa evaluasi dan keputusan yang diambil relevan dengan kondisi sebenarnya. Alat seperti rating scale, check list, dan pedoman wawancara digunakan untuk mendukung pengumpulan data yang lebih akurat. Selain itu, model ini juga mencakup upaya perbaikan berkelanjutan dengan memberikan umpan balik yang konstruktif terhadap hasil yang diperoleh, serta berhubungan erat dengan penelitian untuk mengembangkan dan meningkatkan kualitas praktik keperawatan secara lebih ilmiah dan terukur.
 - c. Supervisi Klinis adalah salah satu cara untuk mensupport perawat, dimana mereka mempertahankan kompetensi sebagai perawat
6. Kompetensi Supervisi

Supervisor diharapkan dapat bekerja secara efektif untuk meningkatkan produktivitas dan menciptakan lingkungan kerja yang mendukung kepuasan staf (Dharma, 2004). Sebagai manajer, kepala ruangan bertindak sebagai fasilitator dan pelatih, mengubah perannya dari pengendali menjadi motivator. Seorang supervisor harus memiliki kompetensi, di antaranya:

- a. Kompetensi teknis: Supervisor perlu memiliki keterampilan teknis yang cukup untuk mengarahkan bawahannya dalam menyelesaikan pekerjaan di unit terkait, serta meningkatkan kemampuan diri sebelum membantu staf mengembangkan kemampuan mereka.
- b. Kompetensi administratif: Keterampilan ini mencakup kemampuan dalam mengikuti prosedur operasional, membuat laporan, menyusun anggaran, dan melakukan pekerjaan administratif lainnya yang relevan. Namun, keterampilan ini sering kali diabaikan dalam pelatihan supervisor baru.

- c. Kompetensi interpersonal: Supervisor harus mampu mengelola hubungan yang baik dengan berbagai pihak, baik internal maupun eksternal, dan menangani konflik di tempat kerja. Keterampilan ini memungkinkan supervisor untuk mendapatkan dukungan dari pihak-pihak terkait dan menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan.
 - d. Kompetensi membuat keputusan: Supervisor harus mampu membuat keputusan yang berdampak pada operasional, seperti menentukan prioritas pekerjaan atau memutuskan apakah membutuhkan bantuan eksternal. Pengambilan keputusan yang efektif harus didasarkan pada data yang valid, metode penyelesaian masalah, dan hasil yang ingin dicapai.
7. Teknik Pelaksanaan Supervisi

Berbagai pendekatan klinis dapat diterapkan oleh manajer keperawatan dalam proses supervisi, salah satunya dengan mengajak bawahannya untuk bekerja bersama manajer selama satu atau dua hari. Dalam situasi ini, supervisor dapat mengamati perawat yang sedang merawat satu atau lebih pasien secara langsung. Namun, jika pengamatan oleh supervisor membuat perawat merasa canggung atau jika perawat membutuhkan bantuan dalam teknik perawatan, supervisor dapat turun tangan membantu. Selain itu, supervisor juga dapat menunjukkan teknik atau cara tertentu yang dapat membantu perawat dalam melaksanakan tugasnya dengan lebih baik, serta memberikan saran untuk mengatasi masalah dalam perawatan pasien.

Jika supervisor menilai bahwa perawat yang sedang disupervisi membutuhkan perbaikan atau petunjuk lebih lanjut, hal tersebut sebaiknya disampaikan secara pribadi dan terpisah. Tujuannya adalah untuk menjaga rasa percaya pasien terhadap pemberi perawatan, serta menghindari situasi yang dapat menurunkan martabat perawat yang sedang disupervisi.

Pada dasarnya pendekatan apapun yang dilakukan dalam menjalankan supervisi, tidak terlepas dari tehnik-

teknik supervisi dalam keperawatan. Swansburg & Swansburg (2002) menjelaskan bahwa teknik-teknik supervisi yang perlu diketahui oleh setiap manajer keperawatan adalah bahwa proses supervisi dalam praktek keperawatan meliputi tiga elemen. **Pertama** adalah standar praktek keperawatan sebagai acuan; **Kedua** adalah fakta pelaksanaan praktek keperawatan, sebagai pembanding untuk menetapkan pencapaian atau kesenjangan; dan **Ketiga** adalah tindak lanjut, baik berupa upaya mempertahankan kualitas maupun upaya memperbaiki. Sedangkan area yang disupervisi mencakup: pengetahuan dan pengertian tentang pasien dan diri sendiri, keterampilan yang dilakukan sesuai dengan standar, serta sikap dan penghargaan terhadap pekerjaan, misalnya kejujuran, empati (Yuni Nursasi, 1996).

Dalam keperawatan, supervisi yang baik apabila memiliki karekteristik:

- a. Menggambarkan kegiatan asuhan keperawatan yang sebenarnya dan mencakup seluruh aspek perawatan yang diberikan kepada pasien.
- b. Mencerminkan struktur organisasi keperawatan yang ada, dengan menunjukkan bagaimana setiap bagian dan staf berperan dalam sistem yang terorganisir.
- c. Menunjukkan kegiatan yang teratur dan berkelanjutan, dilaksanakan secara periodik atau sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
- d. Dilaksanakan oleh atasan langsung, seperti Kepala Unit, Kepala Ruangan, atau penanggung jawab yang telah ditunjuk, untuk memastikan supervisi berjalan dengan baik.
- e. Fokus pada perbaikan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan, dengan tujuan untuk memastikan bahwa setiap aspek pelayanan keperawatan memenuhi standar yang ditetapkan.

Pelaksanaan supervisi dapat dilakukan berdasarkan jenis-jenis supervisi yaitu supervise secara langsung dan supervise secara tidak langsung (Silalahi, 2021). Proses

supervisi dapat dilakukan dengan Teknik masing-masing yaitu:

a. Secara Langsung

Teknik supervisi langsung merupakan metode di mana supervisor secara aktif terlibat dalam proses supervisi. Keuntungan utama dari teknik ini adalah pengarahan dan petunjuk yang diberikan oleh supervisor tidak dianggap sebagai perintah, sehingga lebih diterima oleh staf. Selain itu, umpan balik dan perbaikan dapat dilakukan secara langsung ketika ditemukan penyimpangan.

Supervisi ini dilakukan pada kegiatan yang sedang berlangsung, memungkinkan supervisor untuk memberikan bimbingan tepat waktu. Dalam pendekatan supervisi modern, diharapkan supervisor terlibat langsung dalam aktivitas tersebut, sehingga pengarahan yang diberikan tidak terasa seperti perintah, tetapi lebih sebagai bentuk dukungan dan kolaborasi dalam mencapai tujuan bersama.

Cara memberikan pengarahan efektif adalah:

- 1) Pengarahan harus disampaikan secara menyeluruh dan mencakup semua aspek yang relevan.
- 2) Pengarahan harus mudah dimengerti oleh penerima.
- 3) Gunakan kata-kata yang tepat dan sesuai dengan konteks untuk menghindari kebingungan.
- 4) Sampaikan arahan dengan jelas dan dengan kecepatan bicara yang sesuai agar mudah dipahami.
- 5) Pastikan arahan yang diberikan bersifat logis dan terstruktur dengan baik.
- 6) Hindari memberikan terlalu banyak instruksi sekaligus untuk mencegah kebingungannya.
- 7) Verifikasi bahwa arahan yang diberikan dapat dipahami dengan jelas, dapat dilaksanakan dengan baik, atau memerlukan tindak lanjut lebih lanjut.

Dalam proses supervisi langsung, umpan balik (*feed back*) dan perbaikan dari supervisor dapat dilakukan langsung saat berlangsungnya supervisi.

Proses supervisi secara langsung dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Perawat yang sedang disupervisi melaksanakan peran dan fungsinya secara mandiri, seperti melakukan tindakan keperawatan, namun tetap didampingi oleh supervisor yang memberikan bimbingan.
- 2) Selama proses tersebut, supervisor dapat memberikan dukungan, memperkuat motivasi, serta memberikan petunjuk yang diperlukan untuk membantu perawat dalam menjalankan tugasnya dengan lebih baik.
- 3) Setelah proses supervisi selesai, supervisor dan perawat yang disupervisi melakukan diskusi bersama untuk mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan. Tujuan dari diskusi ini adalah untuk memperkuat tindakan yang sudah dilakukan dengan benar serta memperbaiki aspek-aspek yang masih perlu diperbaiki. Pemberian reinforcement atau penguatan terhadap hal-hal positif sangat penting dilakukan oleh supervisor untuk meningkatkan kepercayaan diri perawat dan memperkuat keterampilan yang telah terbukti efektif.

b. Secara Tidak Langsung

Supervisi tidak langsung adalah metode pengawasan yang dilakukan melalui laporan, baik yang disampaikan secara tertulis maupun lisan. Dalam bentuk supervisi ini, supervisor tidak terlibat secara langsung atau tidak hadir di lapangan untuk mengamati kegiatan yang sedang berlangsung. Akibatnya, hal ini dapat menyebabkan terjadinya kesenjangan antara fakta yang terjadi di lapangan dengan informasi yang disampaikan dalam laporan. Kesenjangan ini bisa muncul karena keterbatasan informasi yang diterima oleh supervisor, yang mungkin tidak sepenuhnya mencerminkan keadaan atau situasi yang sebenarnya.

Pelaksanaan supervisi juga dapat dilakukan dengan memadukan metode langsung dan tidak langsung. Berdasarkan laporan tertulis atau lisan yang diterima, supervisor dapat melanjutkan dengan supervisi langsung. Sebelum itu, supervisor dan perawat yang disupervisi perlu membuat kesepakatan mengenai proses, struktur, dan pola yang akan diterapkan dalam supervisi tersebut.

Supervisi dalam keperawatan sangat penting untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang optimal di rumah sakit. Supervisi bukan bertujuan untuk mencari kesalahan atau menghukum, melainkan untuk memberikan pengarahan dan bimbingan yang membantu perawat menyelesaikan tugasnya dengan lebih efektif dan efisien. Supervisor perlu menyusun rencana supervisi yang mencakup standar atau acuan yang jelas, agar hasil supervisi dapat dianalisis dan digunakan sebagai dasar untuk tindak lanjut, baik berupa perbaikan atau pemeliharaan perilaku staf perawat. Supervisor juga diharapkan memiliki hubungan interpersonal yang baik dengan stafnya, sehingga tujuan supervisi dapat tercapai. Hal ini akan meningkatkan motivasi, kreativitas, dan kemampuan perawat, yang pada akhirnya berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

8. Kegiatan Rutin Supervisor

Menurut Bittel (1990) kegiatan supervisi dapat dilaksanakan oleh supervisor selama menjalankan tugas dapat dilakukan dalam beberapa fase yaitu: sebelum pergantian shift, pada saat mulai bertugas, sepanjang hari kerja, sekali dalam sehari, dan sebelum pulang ke rumah.

Masing-masing aktifitas dan estimasi kebutuhan waktu yang dapat dilakukan saat supervise adalah sebagai berikut:

- a. Sebelum pertukaran shift (Estimasi waktu: 15 - 30 menit)
Kegiatan yang dapat dilakukan supervisor adalah mengecek kecukupan fasilitas/peralatan/sarana untuk hari itu, dan jadwal kerja atau shift masing-masing anggota/tim perawat.
- b. Pada waktu mulai shift (Estimasi waktu: 15 - 30 menit)
Terdapat beberapa jenis tugas yang harus dilaksanakan dalam fase ini, diantaranya:
 - 1) Memeriksa ketersediaan dan kehadiran personel untuk memastikan bahwa staf yang dibutuhkan tersedia untuk menjalankan tugas mereka.

- 2) Menganalisis kecocokan antara jumlah personel dan beban kerja untuk memastikan pembagian tugas yang efisien dan sesuai dengan kapasitas masing-masing individu.
 - 3) Mengorganisir pembagian pekerjaan dengan cara yang efektif agar setiap tugas dapat dikelola dengan baik oleh masing-masing anggota tim.
 - 4) Mengidentifikasi tantangan atau hambatan yang mungkin timbul dalam proses kerja untuk dapat mengantisipasi masalah yang dapat mempengaruhi kelancaran tugas.
 - 5) Mencari solusi yang tepat untuk mengatasi masalah, sehingga pekerjaan dapat diselesaikan sesuai dengan tujuan dan waktu yang ditetapkan.
- c. Sepanjang hari dinas (Estimasi waktu: 6 - 7 jam)
- Beberapa aktifitas yang dapat dilakukan selama hari dinas/shift tim diantaranya:
- 1) Memeriksa pekerjaan yang dilakukan oleh setiap personel untuk memastikan bahwa tugas yang diberikan telah dilaksanakan dengan baik.
 - 2) Memantau perkembangan pekerjaan personel agar dapat memberikan bantuan segera jika diperlukan, demi kelancaran pekerjaan.
 - 3) Menciptakan lingkungan kerja yang nyaman, khususnya bagi staf baru, untuk membantu mereka beradaptasi dengan lebih cepat dan efektif.
 - 4) Bersiap di tempat kerja untuk menjawab pertanyaan atau memberikan bantuan yang mungkin dibutuhkan oleh staf pada saat itu.
 - 5) Mengatur waktu istirahat bagi personel dengan mempertimbangkan kebutuhan untuk menjaga keseimbangan antara produktivitas dan istirahat yang cukup.
 - 6) Mendeteksi dan mencatat masalah yang muncul selama pelaksanaan tugas, serta mencari solusi yang tepat untuk mengatasinya.

- 7) Mencatat fasilitas atau sarana yang mengalami kerusakan, kemudian melaporkannya untuk segera mendapatkan perbaikan.
 - 8) Memeriksa adanya kecelakaan kerja untuk memastikan bahwa segala insiden yang terjadi tercatat dan ditangani sesuai prosedur keselamatan.
- d. Sekali dalam sehari (Estimasi waktu: 15 – 30 menit)
- Selama waktu ini supervisor dapat melakukan aktifitas berupa:
- 1) Mengobservasi salah satu personil atau area kerja secara kontinyu untuk 15 menit.
 - 2) Melihat dengan seksama hal-hal yang mungkin terjadi seperti: keterlambatan pekerjaan staf yang disupervisi, lamanya mengambil barang atau instrumen yang diperlukan untuk melakukan tindakan keperawatan, dan atau kesulitan pekerjaan yang dilakukan staf.
- e. Sebelum pulang ke rumah (Estimasi waktu: 15 Menit)
- Aktifitas supervisi yang dapat dilakukan supervisor sebelum pulang diantaranya:
- 1) Sebelum meninggalkan tempat kerja, supervisor perlu menyusun daftar masalah yang masih belum teratasi.
 - 2) Berusaha untuk menyelesaikan masalah tersebut pada hari berikutnya.
 - 3) Merefleksikan pekerjaan yang telah dilakukan sepanjang hari dengan memeriksa hasilnya, serta memastikan ketersediaan material dan peralatan yang cukup.
 - 4) Menyelesaikan dan menyusun laporan harian sebelum pulang.
 - 5) Menyusun daftar tugas untuk keesokan harinya.
 - 6) Membawa pulang pekerjaan yang belum selesai dan mempelajarinya di rumah sebelum kembali bekerja. Berusaha untuk menyelesaikan persoalan tersebut keesokan harinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, P. A., & Panther, W. (2008). Professional development and the role of mentorship. Dalam *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987) (Vol. 22, Nomor 42, hlm. 35-39).
<https://doi.org/10.7748/ns2008.06.22.42.35.c6579>
- Berggren, I., Barbosa Da Silva, A., & Severinsson, E. (2005). Core ethical issues of clinical nursing supervision. Dalam *Nursing and Health Sciences* (Vol. 7).
- Bittel, L. R. (1990). *The Complete Guide to Supervisory Training & Development* (2 ed.). McGraw-Hill Publisher Co.
- Chaves, L. D. P., Mininel, V. A., Silva, J. A. M. da, Alves, L. R., Silva, M. F. da, & Camelo, S. H. H. (2017). Nursing supervision for care comprehensiveness. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(5), 1106-1111.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>
- Dewi, S., Arif, Y., Putri, Z. M., & Murni, D. (2023). Keefektifan Model Grow pada Kemampuan Pengarahan Supervisor Keperawatan: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 23(2), 2556.
<https://doi.org/10.33087/jiubj.v23i2.4323>
- Dharma, A. (2004). *Manajemen Supervisi (Petunjuk Praktis Bagi Para Supervisor)* (6 ed.). Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Fahmi Addini, A., Fairuz Husna, A., Alfira Damayanti, B., Istif Fani, B., Wardah Nihayati, C., Andika Daniswara, D., Fitri Susanti, D., & Imron, A. (2022). Konsep Dasar Supervisi Pendidikan. *Jurnal Wahana Pendidikan*, 9(2), 179-186.
<https://jurnal.unigal.ac.id/index.php/jwp>
- Febriani, N., & Siregar, T. (2021). Comparison of Charge Nurses' and Registered Nurses' Perceptions of Management Functions in the Implementation of Supervision in Hospital. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 11(02), 94-101.
<https://doi.org/10.33221/jiiki.v11i02.976>
- Fowler, K. R., Robbins, L. K., & Lucero, A. (2021). Nurse manager communication and outcomes for nursing: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1486-1495.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13324>

- Grandfield, E. M., Schlotzhauer, A. E., Cramer, E., & Warshawsky, N. E. (2023). Relationships among nurse managers' job design, work environment, and nurse and patient outcomes. *Research in Nursing & Health*, 46(3), 348–359. <https://doi.org/10.1002/nur.22307>
- Huber, D. L. (2010). *Leadership and Nursing Care Management*. Saunders Elsevier.
- Hyrka, K., Koivula D M N S, M. P., Lehti A S, K. M., Paunonen-ilmonen D, M. P., & Emerita, P. (2003). Nurse managers' conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Dalam Journal of Nursing Management* (Vol. 11).
- Labrague, L. J. (2024). Abusive Supervision and Its Relationship With Nursing Workforce and Patient Safety Outcomes: A Systematic Review. *Dalam Western Journal of Nursing Research* (Vol. 46, Nomor 1, hlm. 52–63). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/01939459231212402>
- Mirzaei, A., Imashi, R., Saghezchi, R. Y., Jafari, M. J., & Nemati-Vakilabad, R. (2024). The relationship of perceived nurse manager competence with job satisfaction and turnover intention among clinical nurses: an analytical cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02203-5>
- Mohamed, F. R., & Mohamed Ahmed, H. (2019). Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(6), 67. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p67>
- Nuritasari, R. T., Rofiqi, E., Fibriola, T. N., & Ardiansyah, R. T. (2019). The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance. *Jurnal Ners*, 14(3 Special Issue), 161–164. [https://doi.org/10.20473/jn.v14i3\(si\).16956](https://doi.org/10.20473/jn.v14i3(si).16956)
- Nurmeksela, A., Mikkonen, S., Kinnunen, J., & Kvist, T. (2021). Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06288-5>

- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Penerbit Salemba Medika. <http://www.penerbitsalemba.com>
- O'Neill, A., Edvardsson, K., & Hooker, L. (2022). Clinical supervision practice by community-based child and family health nurses: A mixed-method systematic review. *Dalam Journal of Advanced Nursing* (Vol. 78, Nomor 6, hlm. 1588–1600). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jan.15191>
- Popovičová, M., Belovičová, M., & Snopek, P. (2023). The Importance of Supervision for Nurses Working in Healthcare Facilities. *Zdravotnícke štúdie*, 15(2), 27–31. <https://doi.org/10.54937/zs.2023.15.2.27-31>
- Rahman, Abd. (2021). Supervisi Dan Pengawasan Dalam Pendidikan. *Jurnal Kajian Islam Kontemporer*, 12(2), 50–65.
- Rocchiccioli, J., & Tilbury, M. S. (1998). *Clinical Leadership in Nursing*. Saunders Elseivier.
- Scott, I., & Spouse, J. (2013). *Practice-Based Learning in Nursing, Health and Social Care: Mentorship, Facilitation and Supervision*. A John Wiley & Sons, Ltd.: London.
- Severinsson, E. I. (2001). CONFIRMATION, MEANING AND SELF-AWARENESS AS CORE CONCEPTS OF THE NURSING SUPERVISION MODEL.
- Shahzeydi, A., Farzi, S., Tarrahi, M. J., Sabouhi, F., Babaei, S., & Yazdannik, A. (2024). The effect of the clinical supervision model on nursing internship students' nursing process-based performance: an experimental study. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01840-0>
- Shongwe, B. I., Downing, C., & Nene, S. (2024). Operational nursing managers' experiences of clinical supervision at a Johannesburg Hospital. *Curationis*, 47(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v47i1.2521>
- Silalahi, K. L. (2021). *Monograf: Supervisi Keperawatan Terhadap Kinerja dan Kepuasan Kerja*. Unpri Press: Medan.
- Supratman, & Sudaryanto, A. (2008). Model-Model Supervisi Keperawatan Klinik. *Berita Ilmu Keperawatan*, 1, 193–196.
- Suryanto. (2008). *Model-model Supervisi Pendidikan*. Airlangga University Press: Surabaya.

- Swansburg, R. C., & Swansburg, R. J. (2002). *Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers* (3 ed.). Jones and Bartlett.
- van Wyk, M., & Smith M, E. D. (1996). Supervision-What's In A Word? *SA Tydskrif Fisioterapie (SA Journal Physiotherapy)*, 52(4), 92-94.
- Walker, F. A., Ball, M., Cleary, S., & Pisani, H. (2021). Transparent teamwork: The practice of supervision and delegation within the multi-tiered nursing team. *Nursing Inquiry*, 28(4). <https://doi.org/10.1111/nin.12413>
- Yuni Nursasi, A. (1996). *Pengarahan dan Supervisi dalam Keperawatan*. Fakultas Ilmu Keperawatan UI.

BIODATA PENULIS



Ns. Zulfikar Peluw, S.Kep., M.Kep. lahir di Hila, Maluku Tengah, pada tanggal 19 November 1974. Pendidikan tinggi di bidang Keperawatan ditempuh pertama kali dengan menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan pada PAMK Depkes Ambon tahun 1996. Pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners diselesaikan tahun 2003 pada PSIK, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin. Pendidikan S2 keperawatan diselesaikan tahun 2007 di Universitas Indonesia dengan konsentrasi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Karier profesional penulis dimulai tahun 1998 sebagai perawat pelaksana di RSUD dr. M. Haulussy Ambon. Tahun 2003 sampai sekarang penulis aktif sebagai dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Maluku dan dosen tamu di STIKes Maluku Husada Ambon dengan bidang pengajaran: Anatomi dan Fisiologi Manusia, Ilmu Biomedik Dasar, Metodologi Keperawatan, Manajemen Keperawatan, serta KMB.

BAB 11

Pengendalian dan Pengawasan dalam Keperawatan

Istiqomah, APP, MPH

A. Pendahuluan

Pengendalian dan pengawasan merupakan bagian integral dari manajemen keperawatan dan aspek penting yang bertujuan untuk memastikan bahwa proses keperawatan berjalan sesuai dengan standar, prosedur, dan tujuan yang telah ditetapkan. Keduanya berperan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, memastikan keselamatan pasien, dan meningkatkan efisiensi kerja tenaga keperawatan.

Pengendalian dan pengawasan dalam keperawatan adalah proses yang saling berkaitan dan penting untuk memastikan bahwa seluruh kegiatan keperawatan berjalan sesuai dengan standar yang berlaku. Sehingga secara efektif, kualitas pelayanan dapat ditingkatkan, keselamatan pasien terjamin, dan tenaga keperawatan mampu bekerja secara profesional dan bertanggung jawab.

B. Konsep Pengendalian dan Pengawasan

1. Konsep Pengendalian (controlling)
 - a. Pengertian Pengendalian (controlling) Proses untuk memastikan bahwa kegiatan keperawatan berjalan sesuai dengan rencana dan standar yang telah ditetapkan. Pengendalian melibatkan penetapan standar, pengukuran kinerja, dan tindakan koreksi jika terjadi penyimpangan. Pengendalian juga didefinisikan sebagai fungsi dalam manajemen keperawatan yang secara terus menerus terjadi selama perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan serta pengarahan (Swansburg, 2000).

b. Langkah-langkah pengendalian manajemen keperawatan

1) **Menetapkan Standar dan Indikator Kinerja**

- a) Menyusun standar operasional prosedur (SOP) dan indikator mutu pelayanan keperawatan berdasarkan kebijakan dan standar profesi.
- b) Contoh indikator: tingkat kepuasan pasien, waktu respon perawat, tingkat infeksi nosokomial, dll.

2) **Pengukuran Kinerja**

- a) Melakukan pengumpulan data dan informasi terkait pelaksanaan kegiatan keperawatan.
- b) Menggunakan alat ukur seperti audit keperawatan, survei kepuasan pasien, dan laporan kegiatan.

3) **Perbandingan dan Evaluasi**

- a) Membandingkan hasil pengukuran dengan standar yang telah ditetapkan.
- b) Mengidentifikasi adanya penyimpangan atau ketidaksesuaian.

4) **Pengambilan Tindakan Korektif**

- a) Jika ditemukan penyimpangan, dilakukan analisis penyebabnya.
- b) Mengimplementasikan langkah-langkah perbaikan untuk memperbaiki proses dan hasil pelayanan keperawatan.

5) **Pengendalian Berkelanjutan**

- a) Melakukan monitoring secara rutin dan berkelanjutan untuk memastikan bahwa perbaikan berjalan efektif.
- b) Menyesuaikan standar dan prosedur sesuai perkembangan dan kebutuhan.

- 6) **Pelaporan dan Dokumentasi**
 - a) Mendokumentasikan seluruh proses pengendalian, hasil evaluasi, dan tindakan korektif.
 - b) Sebagai bahan evaluasi dan pengambilan keputusan di masa depan.
 - 7) **Pengembangan dan Pelatihan**
 - a) Memberikan pelatihan kepada perawat dan staf terkait hasil evaluasi dan standar mutu.
 - b) Meningkatkan kompetensi untuk mendukung pencapaian standar pelayanan
 - c. Tujuan Pengendalian dalam Manajemen Keperawatan:
 - 2) Menjamin mutu dan keselamatan pasien.
 - 3) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan.
 - 4) Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga.
 - 5) Meningkatkan kinerja dan profesionalisme tenaga keperawatan.
 - 6) Mencapai tujuan organisasi secara optimal.
2. Konsep Pengawasan /Supervisi
- a. Pengertian Pengawasan/supervisi

Upaya pengawasan secara langsung maupun tidak langsung terhadap pelaksanaan kegiatan keperawatan oleh tenaga keperawatan dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja dan memastikan kepatuhan terhadap prosedur serta standar keselamatan.
 - b. Langkah – langkah pengawasan
 - 1) **Perencanaan Pengawasan**
 - a) Menetapkan standar dan indikator kinerja yang jelas.
 - b) Menyusun jadwal dan prosedur pengawasan secara rutin dan berkelanjutan.
 - c) Menentukan metode pengawasan, seperti observasi langsung, review dokumentasi, dan wawancara.

- 2) **Pelaksanaan Pengawasan**
 - a) Mengamati dan memantau kegiatan keperawatan di lapangan.
 - b) Melakukan evaluasi terhadap kepatuhan terhadap prosedur dan standar operasional prosedur (SOP).
 - c) Memberikan feedback konstruktif kepada perawat dan staf terkait.
- 3) **Evaluasi dan Analisis**
 - a) Mengumpulkan data hasil pengawasan untuk dianalisis.
 - b) Menilai pencapaian indikator kinerja dan kualitas layanan keperawatan.
 - c) Mengidentifikasi masalah dan hambatan yang ditemui selama proses pelayanan.
- 4) **Tindak Lanjut dan Perbaikan**
 - a) Mengembangkan rencana tindak perbaikan berdasarkan hasil evaluasi.
 - b) Melaksanakan pelatihan atau pembinaan jika ditemukan kekurangan kompetensi.
 - c) Melakukan monitoring ulang untuk memastikan perbaikan telah dilaksanakan.
- 5) **Dokumentasi Pengawasan**
 - a) Mencatat seluruh proses dan hasil pengawasan secara lengkap dan akurat.
 - b) Menyimpan data sebagai bahan evaluasi dan pelaporan kepada manajemen rumah sakit atau institusi terkait.
- 6) **Peran Pengawas dalam Manajemen Keperawatan**
 - a) Supervisor keperawatan atau kepala unit yang bertanggung jawab langsung.
 - b) Memberikan arahan, motivasi, dan dukungan kepada staf keperawatan.
 - c) Menjadi jembatan komunikasi antara manajemen dan staf lapangan.

- c. Tujuan pengawasan dalam Manajemen Keperawatan:
 - 1) Menjamin pelayanan keperawatan sesuai standar dan protokol.
 - 2) Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
 - 3) Mengembangkan kompetensi dan profesionalisme perawat.
 - 4) Mencegah dan mengatasi masalah yang muncul selama proses perawatan
- d. Prinsip Pengawasan
Menurut Munijaya (2004) terdapat tiga prinsip pengawasan yang perlu diperhatikan oleh manager keperawatan dalam menjalankan fungsi pengendalian yaitu:
 - 1) Pengawasan mudah dipahami oleh staf dan hasilnya dapat diukur
 - 2) Pengawasan memegang peranan penting dalam pencapaian tujuan organisasi
 - 3) Standar kerja yang digunakan harus dijelaskan kepada semua staf

C. Contoh Prosedur Pengendalian dan Pengawasan Keperawatan Prosedur Pengawasan Kegiatan Keperawatan

a. Persiapan

- 1) Kepala unit keperawatan menyusun jadwal pengawasan secara berkala.
- 2) Tim pengawasan menerima tugas dan memahami aspek yang harus diawasi.

b. Pelaksanaan Pengawasan

- 1) Melakukan observasi langsung terhadap kegiatan keperawatan di lapangan.
- 2) Menggunakan formulir monitoring untuk pencatatan hasil pengawasan.
- 3) Melakukan wawancara singkat dengan perawat terkait kegiatan yang diamati.

c. Evaluasi dan Tindak Lanjut

- 1) Mengumpulkan dan menganalisis hasil pengawasan setiap bulan.

- 2) Memberikan umpan balik kepada perawat terkait temuan.
 - 3) Menyusun laporan pengawasan untuk disampaikan ke manajemen.
- d. **Pengendalian Dokumentasi**
- 1) Menyimpan semua hasil pengawasan dan laporan secara tertib dan aman.
 - 2) Melakukan review dan evaluasi berkala terhadap SOP dan pelaksanaan kegiatan.
- e. **Pelatihan dan Pengembangan**
- 1) Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan berdasarkan hasil pengawasan.
 - 2) Menyelenggarakan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi keperawatan.

Contoh : Tabel Format Pengawasan dan Pengendalian Kegiatan Keperawatan

Hari/ Tgl	Nama Perawat	Shift	Kegiatan Yang Diamati	Kesesuaian (ya/ Tdk)	Temua/ Catatan	Tindakan Jut
22/05/ 2025	Andin	Pagi	Perawatan luka pos operasi sesuai SOF	Ya	-	-
24/05/ 2025	Arya		Pendokumen tasan keperawatan	Tidak	Dokumen tasi tidak lengkap memerlukan pelatihan ulang	Memberikan feedback dan pelatihan
24/05/ 2025	Aryati		Pemberian obat sesuai SOP	Ya	-	-

Latihan Soal:

1. Apa yang dimaksud dengan pengendalian dalam manajemen keperawatan?
 - a. Proses menetapkan tujuan dan rencana kerja
 - b. Proses menilai pencapaian tujuan dan melakukan tindakan koreksi jika diperlukan
 - c. Proses merekrut dan memilih tenaga keperawatan
 - d. Proses pelatihan dan pengembangan staf keperawatan

Jawaban: b. Proses menilai pencapaian tujuan dan melakukan tindakan koreksi jika diperlukan

2. Faktor utama yang harus diawasi dalam pengawasan manajemen keperawatan adalah:
 - a. Ketersediaan alat Kesehatan
 - b. Pencapaian standar mutu pelayanan keperawatan
 - c. Kecepatan pelayanan dokter
 - d. Jumlah pasien yang dirawat

Jawaban: b. Pencapaian standar mutu pelayanan keperawatan

3. Langkah pertama dalam proses pengendalian mutu pelayanan keperawatan adalah:
 - a. Melakukan evaluasi hasil kerja staf keperawatan
 - b. Menetapkan standar mutu pelayanan keperawatan
 - c. Memberikan pelatihan kepada tenaga keperawatan
 - d. Menghitung jumlah pasien yang dilayani

Jawaban: b. Menetapkan standar mutu pelayanan keperawatan

4. Salah satu teknik pengawasan yang umum digunakan dalam manajemen keperawatan adalah:
 - a. Observasi langsung
 - b. Pembuatan laporan keuangan
 - c. Penggunaan teknologi informasi
 - d. Memberikan insentif kepada staf

Jawaban: a. Observasi langsung

5. Tujuan utama dari pengendalian dalam manajemen keperawatan adalah:

- a. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan keperawatan
- b. Mengurangi jumlah staf keperawatan
- c. Mengurangi biaya operasional rumah sakit
- d. Meningkatkan jumlah pasien yang dirawat

Jawaban: a. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan keperawatan

6. Dalam pengawasan manajemen keperawatan, tindakan koreksi dilakukan ketika:
 - a. Pencapaian standar mutu sudah memenuhi target
 - b. Terdapat penyimpangan dari standar mutu yang telah ditetapkan
 - c. Semua staf keperawatan melakukan tugasnya dengan baik
 - d. Tidak ada masalah dalam pelayanan keperawatan

Jawaban: b. Terdapat penyimpangan dari standar mutu yang telah ditetapkan

7. Mengapa pengendalian dan pengawasan penting dalam manajemen keperawatan?
 - a. Untuk memastikan pelayanan keperawatan berjalan sesuai standar dan meningkatkan mutu layanan
 - b. Untuk mengurangi jumlah staf keperawatan yang diperlukan
 - c. Untuk mempercepat proses administrasi rumah sakit
 - d. Untuk meningkatkan keuntungan rumah sakit

Jawaban: a. Untuk memastikan pelayanan keperawatan berjalan sesuai standar dan meningkatkan mutu layanan

8. Metode apa yang dapat digunakan untuk menilai kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan?
 - a. Survei kepuasan pasien
 - b. Analisis laporan keuangan rumah sakit
 - c. Pemeriksaan fisik staf keperawatan
 - d. Peningkatan jumlah pasien

Jawaban: a. Survei kepuasan pasien

9. Manakah dari berikut ini yang merupakan tujuan utama dari pengendalian dalam manajemen keperawatan?

- a. Meningkatkan jumlah tenaga keperawatan
- b. Menjamin bahwa aktivitas keperawatan berjalan sesuai dengan standar dan sasaran yang telah ditetapkan
- c. Mengurangi biaya operasional rumah sakit
- d. Memberikan pelatihan kepada perawat baru

Jawaban: b. Menjamin bahwa aktivitas keperawatan berjalan sesuai dengan standar dan sasaran yang telah ditetapkan

10. Salah satu langkah penting dalam proses pengendalian adalah...

- a. Perencanaan jadwal kerja
- b. Pengukuran kinerja dan penilaian hasil kerja
- c. Rekrutmen staf baru
- d. Pembuatan laporan keuangan

Jawaban: b. Pengukuran kinerja dan penilaian hasil kerja

DAFTAR PUSTAKA

- Buchbinder, Sharon B. & Shanks, Nancy H. (2014). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. EGC: Jakarta
- Fik- UI dan RSUP Cipto Mangunkusumo. (2015). *Semiloka : Model PraktekKeperawatan Profesional II*, Jakarta 12 -14 Juli 2000.
- Korompis, Grace. (2014). Organisasi Manajemen Kesehatan. EGC: Jakarta*
- Marquis, Bessie L dan Carol J. Huston. (2013). Leadership Roles and Management Functions in Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Marquis, Bessie L & Huston, Carol J. (2014). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*.EGC: Jakarta
- Mugianti, Sri. (2016). Manajemen dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan. Jakarta : KemenkesRI*
- Nursalam.(2014). *Manajemen Keperawatan*. Salemba Medica: Jakarta.
- Raymond H.Simamora(2014) *Buku management Keperawatan EGC*
- Sitorus ,R ., Panjaitan R. (2011). *Manajemen keperawatan: manajemen keperawatan diRuang rawat* Jakarta: Sagung Seto
- Swansberg,RC & Swansberg RJ. (2015) *Introductory manajemen and leadership for nurses: an interactive text, Second edition., Boston : Jones and BartlettPublishers.*
- Sitorus Ratna. (2017). *Jurnal Keperawatan Indonesia : Pengembangan ModelMPKPdi RSUP Cipto Mangunkusumo*. Jakarta: FIK UI
- Swansburg Russell. (2015). *Pengembangan Staf keperawatan : Alih Bahasa Waluyo Agung, Asih Yasmin*. Jakarta : EGC
- Penerbit Buku KedokteranRiskesdas. (2020). *Laporan Nasional Riskesdas Tahun 2020*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

BIODATA PENULIS



Istiqomah, APP. MPH Lahir pada tanggal 14 Maret 1966 di Gunungkidul Yogyakarta Menempuh Pendidikan SI dan S2 di UGM Status sebagai dosen Prodi Diploma Tiga Keperawatan Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta Sebagai Pengurus AIPVIKI Regional 13 DIY Penngurus Persatuan Perawat Pembaharu Indonesia DPD DIY

BAB 12

Manajemen Konflik dalam Keperawatan

*Dr. Grace Tedy Tulak,
S.Kep.,Ns.,M.Kep*

A. Pendahuluan

Konflik merupakan bagian yang tak terhindarkan dalam kehidupan sosial dan organisasi. Dengan memahami faktor-faktor penyebabnya, manajer dan anggota organisasi dapat mengantisipasi dan mengelola konflik secara lebih efektif. Pendekatan yang proaktif terhadap penyebab konflik dapat mencegah eskalasi dan mengubah konflik menjadi peluang untuk pertumbuhan dan perbaikan. Konflik dalam keperawatan dapat dipahami sebagai suatu kondisi di mana dua atau lebih pihak, baik individu atau kelompok dalam organisasi keperawatan, memiliki tujuan, nilai, atau kepentingan yang bertentangan satu sama lain. Konflik dalam keperawatan adalah hal yang umum dan dapat terjadi di berbagai tingkatan, baik itu antara perawat dengan pasien, antar rekan kerja, atau dalam lingkungan organisasi kesehatan. Memahami teori konflik dalam keperawatan membantu untuk mengidentifikasi sumber konflik dan memberikan dasar bagi solusi yang lebih efektif. Manajemen konflik dalam keperawatan merupakan keterampilan penting yang harus dimiliki oleh setiap perawat untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan dan hubungan kerja yang harmonis.

B. Defenisi dan Teori Konflik

1. Defenisi

Konflik merupakan perbedaan nilai-nilai, pendapat atau keyakinan dua orang atau lebih yang menyebabkan munculnya masalah baik yang bersifat internal maupun eksternal (Marquis & Huston, 1998).

Konflik adalah suatu kondisi yang memperlihatkan ketidakseimbangan pikiran, hasrat, perasaan maupun perilaku individu yang dapat menimbulkan perselisihan. Konflik dapat memberikan dampak yang bersifat membangun ataupun merusak, tergantung cara pemimpin mengelola konflik yang terjadi (Putri, 2022).

Konflik didefinisikan sebagai “a process that begins when one party perceives that another party has negatively affected or is about to negatively affect something that the first party cares about (Robbins dan Judge, 2019).

2. Defenisi manajemen konflik

Manajemen konflik merupakan proses sistematis yang digunakan untuk mengidentifikasi, menangani, dan menyelesaikan konflik secara konstruktif guna mencapai hasil yang saling menguntungkan. Konflik dalam organisasi dapat muncul akibat perbedaan tujuan, nilai, kepentingan, maupun persepsi antar individu atau kelompok. Robbins dan Judge (2019) menyatakan bahwa manajemen konflik tidak bertujuan untuk menghilangkan konflik sepenuhnya, melainkan mengelolanya agar memberikan kontribusi positif bagi dinamika organisasi. Dengan pendekatan yang tepat, konflik dapat menjadi sumber inovasi, kreativitas, dan peningkatan kinerja tim.

Thomas dan Kilmann (2007) mengembangkan lima gaya utama dalam manajemen konflik, yaitu kompetisi, kolaborasi, kompromi, penghindaran, dan akomodasi. Pemilihan gaya ini bergantung pada konteks, intensitas konflik, dan hubungan antar pihak yang terlibat. Dalam praktiknya, manajer yang efektif akan menganalisis penyebab konflik dan menggunakan strategi yang paling sesuai untuk menyelesaikannya dengan mempertimbangkan keseimbangan antara pencapaian tujuan organisasi dan kebutuhan individu. Oleh karena itu manajemen konflik bukan hanya menyangkut resolusi masalah, tetapi juga pengembangan hubungan kerja yang sehat dan produktif di lingkungan organisasi

3. Teori konflik

Teori interaksi menyatakan bahwa konflik merupakan sesuatu yang penting dan secara aktif mengajak organisasi menjadikan konflik sebagai salah satu pertumbuhan produksi. Teori ini memberikan penekanan bahwa konflik dapat mengakibatkan pertumbuhan pada produksi tetapi sekaligus dapat menghancurkan organisasi, tergantung kemampuan manajemen mengelolanya (Ratatnto, 2023).

Teori kebutuhan dasar menjelaskan bahwa konflik muncul ketika kebutuhan mendasar individu tidak terpenuhi, seperti kebutuhan akan penghargaan, rasa aman, otonomi, dan identitas. Dalam konteks keperawatan, konflik sering kali terjadi ketika perawat merasa kebutuhan profesional atau personal mereka diabaikan, seperti kurangnya penghargaan dari pimpinan atau rekan kerja. Ketika perasaan tersebut terus berlanjut, perawat dapat mengalami stres kerja dan penurunan motivasi, yang berdampak langsung pada pelayanan terhadap pasien. Oleh karena itu, pemahaman terhadap kebutuhan dasar sangat penting dalam manajemen konflik di lingkungan keperawatan (Burton, 1990 dalam Puspitasari et al., 2020).

Teori transformasi konflik berfokus pada perubahan struktur sosial dan hubungan antarindividu sebagai solusi atas konflik yang mendalam. Dalam lingkungan keperawatan, pendekatan ini menekankan bahwa konflik tidak hanya dihindari atau diselesaikan secara sementara, tetapi harus diubah menjadi peluang untuk memperbaiki sistem dan relasi kerja. Misalnya, konflik yang muncul akibat beban kerja yang tinggi dapat menjadi dasar untuk merancang ulang sistem shift atau distribusi tugas yang lebih adil. Teori ini mendorong para pemimpin keperawatan untuk melihat konflik sebagai potensi untuk inovasi dan pertumbuhan organisasi (Lederach, 1995 dalam Fitrianiyngsih et al., 2023).

C. Sejarah terjadinya Konflik

Konflik telah menjadi bagian integral dari sejarah peradaban manusia sejak zaman kuno. Dalam konteks sosial, konflik awal dapat ditelusuri sejak terbentuknya komunitas manusia yang menetap dan mulai membangun struktur sosial, ekonomi, dan politik yang kompleks. Para pemikir klasik seperti Heraclitus bahkan menganggap konflik sebagai aspek inheren dari perubahan dan dinamika kehidupan. Dalam perspektif sosiologis modern, Karl Marx merupakan tokoh penting yang mempopulerkan teori konflik melalui analisis tentang pertentangan kelas antara kaum borjuis dan proletar dalam sistem kapitalisme. Ia berpendapat bahwa konflik adalah kekuatan pendorong utama perubahan sosial. Pemikiran ini kemudian dikembangkan lebih lanjut oleh para sosiolog seperti Max Weber dan Lewis Coser, yang menekankan bahwa konflik tidak hanya destruktif, tetapi juga dapat bersifat fungsional dan memperkuat integrasi sosial apabila dikelola dengan baik (Ritzer & Stepnisky, 2018).

Konflik dalam keperawatan bukanlah fenomena baru, melainkan telah muncul seiring dengan berkembangnya profesi keperawatan itu sendiri sejak era Florence Nightingale pada abad ke-19. Pada masa tersebut, perawat mulai mendapatkan peran yang lebih formal dalam sistem pelayanan kesehatan, namun sering kali menghadapi subordinasi dari tenaga medis lain, terutama dokter, yang memiliki otoritas lebih besar dalam pengambilan keputusan klinis. Ketimpangan relasi kuasa ini menjadi cikal bakal munculnya konflik antarprofesional yang masih terasa hingga saat ini. Selain itu, perkembangan sistem birokrasi rumah sakit modern pada abad ke-20, yang menuntut efisiensi dan pengelolaan sumber daya secara ketat, juga meningkatkan potensi konflik antara perawat dengan manajemen rumah sakit, terutama terkait beban kerja, keterbatasan sumber daya, dan otonomi dalam praktik keperawatan. Seiring waktu, konflik dalam keperawatan juga berkembang dalam bentuk horizontal—antara sesama

perawat—yang dipicu oleh perbedaan nilai, gaya komunikasi, dan persaingan profesional (Kohnke, 1990; Finkelman, 2016).

D. Kategori Konflik

Jenis-jenis konflik dalam lingkungan keperawatan (Nur, 2024):

1. Konflik Interpersonal

Konflik yang melibatkan pertentangan antara individu yang seringkali disebabkan oleh perbedaan pandangan, cara kerja atau kepribadian. Konflik ini dapat terjadi antara perawat dengan perawat lainnya atau konflik antara perawat dengan dokter. Misalnya seorang perawat memiliki cara yang berbeda dengan rekan kerjanya dalam melaksanakan suatu prosedur sehingga muncul ketegangan.

2. Konflik Antartim

Konflik yang terjadi ketika tim yang berbeda, seperti tim medis dan tim perawat memiliki pandangan yang berbeda mengenai perawatan yang akan dilakukan pada pasien. Contohnya ketidaksepakatan mengenai rencana perawatan pasien yang dapat menyebabkan terjadinya gesekan antar tim

3. Konflik antara staf dan manajemen

Konflik ini biasanya berkisar pada isu-isu yang terjadi di lingkungan rumah sakit seperti alokasi sumber daya, kebijakan rumah sakit atau beban kerja staf. Perawat mungkin merasa bahwa pihak manajemen tidak menyediakan dukungan sumber daya yang memadai yang menyebabkan timbulnya ketidakpuasan kerja dan konflik.

E. Sumber Konflik

1. Perbedaan peran

Sebagai profesi yang memiliki tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan, perawat sering berhadapan dengan pembagian peran yang tidak jelas, terutama di rumah sakit besar atau institusi medis lainnya. Hal ini sering menyebabkan ketegangan antara perawat dan profesional kesehatan lainnya (Cohen, 2006)

2. Perbedaan nilai

Perbedaan nilai dapat menjadi sumber konflik. Setiap individu maupun kelompok memiliki nilai-nilai yang berbeda. Pada saat nilai-nilai ini tidak sejalan konflik dapat timbul oleh karena adanya perbedaan pada pandangan ataupun dalam pendekatan menghadapi situasi tertentu.

3. Komunikasi yang tidak efektif

Komunikasi yang buruk antara anggota tim kesehatan juga menjadi salah satu sumber utama konflik. Ketidaktepatan informasi atau kegagalan dalam menyampaikan instruksi dapat menyebabkan miskomunikasi yang memicu pertengkaran dan ketegangan di tempat kerja (Manojlovich & DeCicco, 2007).

F. Faktor Penyebab terjadinya Konflik

Berbagai faktor yang dapat menyebabkan konflik, baik di lingkungan organisasi, kelompok, maupun masyarakat secara umum. Berikut ini adalah faktor-faktor utama penyebab konflik menurut para ahli:

1. Perbedaan Tujuan dan Kepentingan

Konflik sering muncul ketika individu atau kelompok memiliki tujuan yang tidak sejalan. Perbedaan dalam prioritas organisasi dan kepentingan pribadi dapat menimbulkan gesekan. Menurut Robbins dan Judge (2019), perbedaan kepentingan yang tidak dikelola secara baik akan berpotensi menimbulkan konflik destruktif.

2. Perbedaan Nilai dan Persepsi

Individu membawa nilai, norma, dan persepsi yang berbeda berdasarkan latar belakang budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup. Hal ini bisa menyebabkan salah paham dan perbedaan interpretasi terhadap situasi atau kebijakan tertentu (Jehn, 1995).

3. Komunikasi yang Buruk

Salah satu penyebab umum konflik adalah kegagalan dalam komunikasi. Informasi yang tidak jelas, salah tafsir, atau kurangnya komunikasi terbuka dapat menciptakan

asumsi negatif yang mengarah pada konflik (Kinicki & Fugate, 2018).

4. Sumber Daya yang Terbatas

Persaingan untuk mendapatkan sumber daya seperti dana, waktu, tenaga kerja, atau fasilitas juga menjadi pemicu utama konflik. Ketika sumber daya terbatas, masing-masing pihak akan berusaha memenuhi kebutuhannya dengan mengorbankan pihak lain (Rahim, 2011).

5. Ketergantungan Tugas Antar Individu atau Unit

Dalam organisasi yang kompleks, unit atau individu saling tergantung untuk menyelesaikan tugas. Ketergantungan ini dapat menimbulkan konflik jika salah satu pihak tidak menjalankan fungsinya dengan baik (Robbins & Judge, 2019).

G. Proses Konflik

Beberapa proses konflik dapat dijelaskan sebagai berikut (Hasibuan, 2020).

1. Konflik laten

Konflik yang terjadi secara terus menerus dan berkelanjutan (laten) didalam suatu organisasi contohnya adanya keterbatasan staf dan perubahan yang cepat.

2. Konflik yang dirasakan

Konflik ini sering disebut konflik *affectiveness* yaitu konflik yang terjadi karena timbulnya sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman, perasaan takut, rasa tidak percaya dan marah.

3. Konflik yang sengaja dimunculkan

Konflik yang secara sengaja dimunculkan untuk dicari solusinya. Tindakan yang dapat dilakukan antara lain debat, menghindar, kompetisi atau mencari strategi penyelesaian konflik.

4. Resolusi konflik

Resolusi konflik menggunakan prinsip *win win solution* yakni strategi penyelesaian masalah dengan cara memuaskan semua pihak yang terlibat didalam konflik

5. Konflik *Aftermath*

Konflik ini terjadi akibat tidak terselesaikannya konflik yang pertama. Apabila tidak segera diatasi, konflik ini dapat menjadi masalah yang besar dan dapat menjadi penyebab dari konflik yang utama.

H. Penyelesaian Konflik

Alternative penyelesaian konflik terdiri dari beberapa hal sebagai berikut (2022):

1. Kolaborasi (*win-win solution*)

Masalah diselesaikan melalui kolaborasi sehingga semua orang dapat memperoleh kemenangan dan bisa memberikan solusi dengan cara aklamasi atau kesepakatan bersama

2. Kompromi

Menyelesaikan masalah dengan cara kompromi dapat dilakukan ketika timbul persaingan memperebutkan sesuatu yang sedikit dan semua pihak tidak ada yang kalah dalam pertandingan ini. Pada model kompromi masing-masing pihak mendapat manfaat dan kehilangan manfaat. Melalui kesepakatan, masing-masing pihak menyerah pada sebagian tuntutan mereka.

3. Akomodasi

Apabila dalam suatu pertandingan terjadi dimana kelompok satu adalah kelompok yang benar maka kelompok lainnya harus mengakui kebenaran kelompok satu dan mengikuti dengan baik

4. Kompetisi

Kompetisi terjadi apabila suatu kelompok merupakan kelompok yang benar dan kuat sedangkan kelompok lainnya adalah musuh yang salah dan lemah

5. Menghindar

Upaya menghindar dapat dilakukan jika persoalan yang menjadi perseteruan tidak perlu diperdebatkan, dalam arti bahwa persoalan ini tidak berkaitan langsung dengan tujuan organisasi. Masalah yang dapat timbul dalam

penggunaan model ini adalah konflik tetap ada, seringkali muncul kembali dan dalam keadaan yang lebih buruk.

I. Peran Pemimpin dalam Manajemen Konflik

1. Sebagai mediator

Pemimpin bertindak sebagai penengah yang netral untuk membantu pihak-pihak yang berkonflik mencapai kesepakatan (Thomas, 1992).

2. Sebagai komunikator yang efektif

Pemimpin harus mampu mendengarkan aktif, menyampaikan pesan dengan jelas, dan memastikan tidak ada miskomunikasi (Deutsch, 1973).

3. Sebagai problem solver

Pemimpin harus mampu menganalisis akar masalah dan menawarkan solusi yang adil (Fisher & Ury, 1981).

4. Sebagai motivator

Pemimpin harus mendorong anggota tim untuk melihat konflik sebagai peluang belajar, bukan sebagai ancaman (Goleman, 1995).

5. Sebagai pencipta budaya kolaboratif

Pemimpin harus membangun lingkungan kerja yang mendukung kerja sama dan menghargai perbedaan (Schein, 2010).

J. Proses Manajemen Konflik dalam Keperawatan

Manajemen konflik dalam keperawatan dapat dibagi dalam **beberapa tahapan utama:**

1. Identifikasi masalah

Langkah pertama adalah mengenali adanya konflik dan mengidentifikasi sumbernya secara objektif. Hal ini melibatkan observasi, pengumpulan informasi, dan klarifikasi dari pihak yang terlibat (Afifah, D. et al, 2023).

2. Analisis Konflik

Perawat manajer atau pemimpin tim melakukan analisis terhadap karakteristik konflik—apakah bersifat interpersonal, antarkelompok, atau sistemik. Evaluasi ini mencakup pemetaan pihak yang terlibat, intensitas konflik, dan dampaknya terhadap tim dan pasien.

3. Pemilihan strategi penyelesaian
Strategi penyelesaian konflik dipilih berdasarkan jenis konflik dan karakteristik pihak yang terlibat. Strategi umum yang digunakan dalam keperawatan meliputi:
 - a. **Kolaborasi:** mencari solusi win-win
 - b. **Kompromi:** masing-masing pihak mengalah sebagian
 - c. **Akomodasi:** salah satu pihak mengalah untuk menjaga hubungan
 - d. **Menghindar:** tidak langsung menangani konflik
 - e. **Kompetisi:** salah satu pihak berusaha menang sepenuhnya
4. Implementasi solusi
Setelah strategi ditentukan, solusi diterapkan dengan komunikasi terbuka, mediasi bila perlu, dan pengawasan agar tetap fokus pada tujuan pelayanan pasien.
5. Evaluasi dan tindak lanjut
Langkah akhir adalah menilai efektivitas solusi yang diterapkan. Evaluasi dilakukan melalui umpan balik dari tim dan pemantauan suasana kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, D., Jannah, N., & Mayasari, P. (2023). Strategi Manajemen Konflik Perawat di Rumah Sakit Pendidikan Aceh. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 11(1). <https://doi.org/10.52199/jik.v11i1.32954>
- Cohen, H. (2006). *Conflict resolution in nursing: A review of the literature*. *Nursing Management*, 37(3), 27-30
- Deutsch, M. (1973). *The Resolution of Conflict*. Yale University Pres
- Finkelman, A. (2016). *Leadership and Management for Nurses: Core Competencies for Quality Care* (3rd ed.). Pearson Education.
- Fisher, R., & Ury, W. (1981). *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*. Penguin Books
- Fitrianiingsih, A., Anjani, A. H., Fitriya, N. I., et al. (2023). Manajemen Konflik Pada Tatanan Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Malang*, 8(2), 59-70.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books
- Hasibuan, E.K., & Lasma R.E.S. (2020). *Manajemen dan Strategi Penyelesaian Masalah dalam Pelayanan Keperawatan*. Malang: Ahlimedia Press.
- Jehn, K. A. (1995). A Multimethod Examination of the Benefits and Detriments of Intragroup Conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 256-282.
- Kinicki, A., & Fugate, M. (2018). *Organizational Behavior: A Practical, Problem-Solving Approach* (2nd ed.). McGraw-Hill Education.
- Kohnke, M. F. (1990). *Ethics in Nursing: An Anthology*. Appleton & Lange.
- Manojlovich, M., & DeCicco, B. (2007). Nurses' perceptions of the work environment and its effect on quality of care and patient safety. *Journal of Nursing Administration*, 37(6), 299-305.
- Nur, Rezeki.,dkk. (2024). *Peran Manajemen Keperawatan dalam Mengoptimalkan Kinerja Tim Medis di Rumah Sakit*. Batam: CV. Rey Medika Grafika.
- Puspitasari, A., Nursalam, & Efendi, F. (2020). *Teori dan Praktik Manajemen Keperawatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Putri, E.M.I., Rahmi.C.,Paramith, D.S. (2022). *Buku Ajar Manajemen DIII Keperawatan Jilid II*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.

- Rahim, M. A. (2011). *Managing Conflict in Organizations* (4th ed.). Transaction Publishers.
- Ratanto.,dkk. (2023). *Manajemen Keperawatan*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ritzer, G., & Stepnisky, J. (2018). *Sociological Theory* (10th ed.). SAGE Publications
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2019). *Organizational Behavior* (18th ed.). Pearson.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational Culture and Leadership*. Jossey-Bass
- Thomas, K. W. (1992). *Conflict and Conflict Management: Reflections and Update*. Journal of Organizational Behavior
- Thomas, K. W., & Kilmann, R. H. (2007). *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument*. CPP, Inc.
- Umar,E., Herawati, T.M., Widiawati, S., Maryani L., Rahmayanti, Y.N. (2022). *Buku Ajar Manajemen S1 Keperawatan Jilid II*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.

BIODATA PENULIS



Dr. Grace Tedy Tulak, S.Kep.,Ns.,M.Kep Lulus S1 Keperawatan pada tahun 2008 di Universitas Hasanuddin, lulus Profesi Ners tahun 2009 di Universitas Hsnuddin, Lulus S2 Keperawatan di Universitas Hasanuddin tahun 2013 dan Lulus S3 Ilmu Manajemen di STIESIA Surabaya pada tahun 2018. Pada tahun 2009-2018 mengabdikan sebagai Dosen di STIKES Kurnia Jaya Persada Palopo. Saat ini mengabdikan sebagai Dosen sekaligus Ketua Program Studi pada Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Universitas Sembilanbelas November Kolaka.

BAB 13

Kolaborasi dalam Manajemen Keperawatan

* Suratno Kaluku, S.Kep., Ners., M.Kep *

A. Pendahuluan

Dalam era transformasi sistem pelayanan kesehatan yang semakin kompleks dan dinamis, kebutuhan akan pendekatan kolaboratif dalam praktik keperawatan menjadi semakin penting. Tantangan pelayanan kesehatan saat ini—seperti meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit kronis, tuntutan efisiensi layanan, serta fokus pada keselamatan dan mutu pelayanan—memerlukan koordinasi yang solid antara tenaga kesehatan dari berbagai disiplin ilmu. Di tengah tuntutan tersebut, manajemen keperawatan memiliki peran strategis dalam memastikan bahwa kolaborasi profesional dapat berjalan secara efektif dan terintegrasi dalam setiap aspek pelayanan.

Kolaborasi dalam konteks manajemen keperawatan bukan sekadar kerja sama fungsional, melainkan proses dinamis yang melibatkan komunikasi terbuka, pengambilan keputusan bersama, saling menghargai peran masing-masing, serta tanggung jawab kolektif terhadap hasil pelayanan. Kolaborasi yang kuat tidak hanya berdampak pada efisiensi kerja tim, tetapi juga secara langsung meningkatkan keselamatan pasien, kepuasan kerja tenaga kesehatan, dan mutu pelayanan keperawatan itu sendiri (Huber, 2022).

Dalam praktiknya, kolaborasi dalam manajemen keperawatan dapat berlangsung dalam berbagai bentuk, baik itu interprofesional (antara perawat dan profesi lain seperti dokter atau apoteker), multidisipliner (kerja paralel antar disiplin tanpa interaksi intensif), maupun intraprofesional (antara sesama

perawat dari berbagai jenjang atau unit). Keberhasilan kolaborasi ini sangat dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan manajer keperawatan, budaya organisasi, dan kemampuan tim dalam mengelola konflik serta membangun kepercayaan profesional.

Seiring dengan semakin meningkatnya perhatian terhadap pelayanan yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*), maka penting bagi tenaga keperawatan –khususnya yang memiliki peran manajerial –untuk memiliki pemahaman dan keterampilan kolaboratif yang kuat. Bab ini akan membahas konsep kolaborasi dalam manajemen keperawatan secara komprehensif, termasuk pengertian, prinsip-prinsip dasar, teori pendukung, model kerja tim, serta tantangan dan strategi penguatan kolaborasi yang relevan untuk diterapkan dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia.

B. Definisi Kolaborasi

Kolaborasi secara fundamental adalah hubungan timbal balik di mana penyedia layanan memegang tanggung jawab terbesar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang profesional masing-masing. Ini juga mencakup hubungan kolegal di antara penyedia layanan kesehatan dalam memberikan perawatan pasien. *American Nurses Association* (ANA) pada tahun 1992 mendefinisikan kolaborasi sebagai hubungan kerja di antara tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien/klien. Menurut Potter et al., (2013), kolaborasi dalam keperawatan adalah proses di mana perawat bekerja sama dengan profesional lain dalam sistem kesehatan untuk mencapai hasil perawatan yang lebih baik bagi pasien dengan memperhatikan kebutuhan bio-psiko-sosial mereka. Sementara Huber (2010) menyatakan bahwa kolaborasi dalam keperawatan adalah bagian integral dari manajemen perawatan yang menggabungkan keahlian berbagai profesi kesehatan untuk mendukung kesejahteraan pasien secara menyeluruh.

Definisi yang paling banyak diterima dan digunakan secara luas adalah dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2010, yang mendefinisikan Praktik Kolaboratif

Interprofesional (IPCP) sebagai berbagai pekerja kesehatan dari latar belakang profesional yang berbeda yang bekerja sama dengan pasien, keluarga, pengasuh, dan komunitas untuk memberikan kualitas perawatan tertinggi (Nelson, A., Greene, K., & Cavnar, K. 2023). Secara etimologis, istilah "kolaborasi" berasal dari bahasa Latin "co-" dan "laborare," yang secara harfiah berarti "bekerja bersama" (Mathew, 2018), menekankan esensi intinya yaitu upaya bersama.

Secara umum, kolaborasi didefinisikan sebagai proses kerja sama antara dua pihak atau lebih untuk mencapai tujuan bersama melalui komunikasi, koordinasi, dan partisipasi aktif dari semua anggota yang terlibat. Menurut Henneman et al. (1995), "*collaboration is a process by which different professionals work together to achieve common goals and improve outcomes through shared decision-making and mutual respect.*" Ini menunjukkan bahwa kolaborasi menekankan pentingnya hubungan saling percaya, komunikasi efektif, dan peran yang saling melengkapi antar individu atau kelompok.

Kolaborasi interprofesional adalah bentuk kerja sama antara tenaga kesehatan dari berbagai disiplin ilmu/profesi yang berbeda, seperti perawat, dokter, apoteker, fisioterapis, dan tenaga kesehatan lainnya, dalam merencanakan, memberikan, dan mengevaluasi pelayanan kepada pasien. Menurut *World Health Organization (WHO, 2010)*, "*Interprofessional collaboration in healthcare occurs when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers, and communities to deliver the highest quality of care.*" Tujuan utama kolaborasi interprofesional adalah meningkatkan hasil layanan kesehatan dengan memanfaatkan keahlian unik dari masing-masing profesi.

Kolaborasi multidisipliner adalah kerja sama antara berbagai profesional dari disiplin yang berbeda, di mana setiap anggota tim bekerja secara paralel, memberikan intervensi berdasarkan bidang keahliannya masing-masing, tetapi tetap dalam kerangka kerja tim yang sama. Menurut Baggs dan Schmitt (1997), "*Multidisciplinary collaboration refers to the process*

in which healthcare professionals from different disciplines contribute independently to the patient care process, while coordinating to ensure consistency and continuity." Meskipun fokusnya masih pada kerja tim, kolaborasi multidisipliner cenderung memiliki batas peran yang lebih tegas antar profesi dibandingkan kolaborasi interprofesional.

Kolaborasi intraprofesional merujuk pada kolaborasi yang terjadi di antara individu dalam profesi yang sama. Dalam konteks keperawatan, ini berarti kerja sama antara perawat satu dengan perawat lainnya, baik antar level (misalnya perawat senior dan junior) maupun antar unit kerja. Vazirani et al. (2005) menjelaskan bahwa intraprofessional collaboration merupakan *"coordinated interaction among colleagues within the same profession to improve performance, distribute workload, and enhance patient outcomes."* Kolaborasi ini sangat penting dalam memastikan kesinambungan perawatan pasien dan membangun solidaritas dalam tim keperawatan.

C. Teori-Teori Pendukung Kolaborasi dalam Manajemen Keperawatan

1. *Theory of Collaborative Advantage*

Teori ini menjelaskan bahwa kolaborasi antar organisasi atau individu dapat menciptakan *"advantage"* atau keuntungan yang tidak dapat dicapai secara individual. Namun, kolaborasi juga penuh tantangan, seperti perbedaan budaya organisasi, kepentingan, dan struktur kekuasaan. Dalam manajemen keperawatan, teori ini menekankan pentingnya koordinasi lintas departemen untuk menghasilkan pelayanan yang efisien dan holistik (Huxham & Vangen, 2005).

Aplikasi dalam keperawatan: Kepala ruangan harus menciptakan *shared vision* antara tim medis dan non-medis. Manajer keperawatan perlu mengelola konflik antar-profesi untuk meraih keunggulan kolaboratif.

2. *Tuckman's Stages of Group Development*

Teori ini menggambarkan lima tahap pembentukan tim: *Forming, Storming, Norming, Performing, dan Adjourning*. Setiap tim kolaboratif akan melalui proses ini. Dalam manajemen keperawatan, memahami dinamika ini

membantu kepala ruangan atau manajer mengembangkan kerja tim yang efektif (Tuckman, 1965).

Aplikasi dalam keperawatan: Selama fase *Storming*, konflik antar-profesi perlu difasilitasi agar tidak menjadi hambatan. Pada tahap *Performing*, tim sudah solid dan mampu berkolaborasi secara optimal untuk meningkatkan mutu layanan.

3. *Interprofessional Education Collaborative (IPEC) Core Competencies*

IPEC menyusun **kompetensi inti kolaborasi interprofesional**, yaitu: *Values/Ethics for Interprofessional Practice*, *Roles/Responsibilities*, *Interprofessional Communication*, dan *Teams and Teamwork* (IPEC, 2016). Teori ini menggarisbawahi pentingnya pendidikan kolaboratif sebagai fondasi kerja tim yang efektif di lapangan.

Aplikasi dalam keperawatan: Perawat perlu mengenali perannya dalam tim dan memahami batas kompetensi profesi lain. Manajemen keperawatan dapat menyusun pelatihan interprofesional berbasis IPEC untuk meningkatkan kerja sama tim.

4. *Complexity Theory in Healthcare Collaboration*

Teori kompleksitas melihat sistem kesehatan sebagai sistem adaptif kompleks, di mana interaksi antar profesional tidak linier dan sangat dipengaruhi oleh lingkungan. Dalam konteks kolaborasi, teori ini menekankan pentingnya fleksibilitas, pemikiran reflektif, dan adaptasi terhadap perubahan (Plsek & Greenhalgh, 2001).

Aplikasi dalam keperawatan: Manajer keperawatan harus siap menavigasi ketidakpastian dan perubahan cepat dalam sistem rumah sakit. Dibutuhkan kepemimpinan yang dinamis dan partisipatif dalam menyatukan berbagai latar belakang profesional.

5. *Transformational Leadership Theory*

Transformational leadership mendorong pemimpin untuk memotivasi, memberi inspirasi, dan memberdayakan anggota tim. Pemimpin transformasional memainkan peran penting dalam menciptakan budaya kolaboratif dan membangun hubungan profesional yang positif (Bass & Avolio, 1994).

Aplikasi dalam keperawatan: Kepala ruangan atau direktur keperawatan yang menerapkan gaya kepemimpinan transformasional lebih mampu membangun kolaborasi tim lintas profesi dan meningkatkan kepuasan kerja perawat.

Teori-teori di atas menunjukkan bahwa kolaborasi dalam manajemen keperawatan tidak terjadi secara otomatis, tetapi membutuhkan pendekatan sistemik yang mempertimbangkan dinamika tim, struktur organisasi, kepemimpinan, dan proses pembelajaran bersama.

D. Prinsip-Prinsip Dasar Kolaborasi Efektif

Kolaborasi yang efektif dalam pelayanan kesehatan, termasuk di bidang manajemen keperawatan, tidak hanya bergantung pada kehadiran berbagai profesi dalam satu tim, tetapi juga pada bagaimana tim tersebut bekerja bersama secara sinergis dan produktif. Beberapa prinsip utama yang mendasari kolaborasi efektif adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Bersama (*Shared Goals*)

Setiap anggota tim harus memiliki pemahaman dan komitmen terhadap tujuan bersama, yaitu peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Tujuan ini menjadi arah kerja tim dan dasar pengambilan keputusan. Menurut Gittel (2009), kolaborasi yang efektif dimulai dari adanya *shared goals* yang dipahami dan diterima oleh semua anggota tim, sehingga terjadi integrasi dalam tindakan dan tanggung jawab.

2. Komunikasi Terbuka dan Efektif (*Effective Communication*)

Komunikasi merupakan inti dari kolaborasi. Informasi harus disampaikan secara jelas, tepat waktu, dan saling menghargai. Komunikasi dua arah yang terbuka akan membantu menghindari kesalahpahaman dan meningkatkan efisiensi kerja tim. Salas et al. (2005) menyebutkan bahwa komunikasi efektif adalah salah satu *core components* dari kerja tim dalam pelayanan kesehatan yang sukses.

3. Saling Menghargai (*Mutual Respect*)

Setiap anggota tim harus menghormati keahlian dan kontribusi profesional lain. Saling menghargai menciptakan

suasana kerja yang kondusif dan memperkuat rasa saling percaya antarprofesi. WHO (2010) menekankan bahwa *mutual respect* adalah salah satu nilai dasar dalam kolaborasi interprofesional yang dapat meningkatkan kualitas hubungan kerja dan pelayanan kepada pasien.

4. Klarifikasi Peran (*Role Clarification*)

Setiap anggota tim harus memahami peran, tanggung jawab, dan batas kompetensi masing-masing. Klarifikasi ini membantu menghindari tumpang tindih tugas dan meminimalkan konflik. Menurut *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC, 2010), peran yang jelas dan dipahami secara bersama memperkuat kohesi tim dan meningkatkan efisiensi.

5. Pengambilan Keputusan Bersama (*Shared Decision-Making*)

Kolaborasi yang efektif melibatkan proses pengambilan keputusan secara bersama dengan mempertimbangkan sudut pandang semua anggota tim dan, yang terpenting, partisipasi pasien dan keluarganya. O'Daniel dan Rosenstein (2008) menyebutkan bahwa *shared decision-making* mendorong keterlibatan aktif tim dalam proses perawatan, yang berujung pada peningkatan keselamatan dan kepuasan pasien.

6. Akuntabilitas (*Accountability*)

Setiap anggota tim bertanggung jawab terhadap tugasnya masing-masing serta terhadap pencapaian hasil tim secara keseluruhan. Akuntabilitas mencakup keterbukaan dalam evaluasi dan perbaikan berkelanjutan. Huber (2022) menekankan bahwa tanggung jawab profesional dalam kolaborasi bukan hanya pada pelaksanaan tugas, tetapi juga dalam menjaga etika, integritas, dan kualitas kerja tim.

E. Model dan Jenis Kolaborasi Tim Kesehatan

Kolaborasi tim kesehatan adalah pendekatan yang melibatkan kerja sama antarprofesi untuk memberikan perawatan pasien secara optimal. Dalam kolaborasi ini, setiap anggota tim kesehatan memainkan peran penting berdasarkan

keahlian masing-masing, dengan tujuan utama meningkatkan kesehatan dan keselamatan pasien (Siegler and Whitney, 2000).

1. Model Kolaborasi Tim Kesehatan

a. Model Hierarkis

- 1) Deskripsi: Keputusan diambil oleh profesi dengan otoritas tertinggi, biasanya dokter, sedangkan anggota tim lainnya (perawat, apoteker) lebih berfokus pada implementasi keputusan tersebut.
- 2) Kelebihan: Efektif dalam situasi darurat yang membutuhkan keputusan cepat.
- 3) Kekurangan: Potensi kurangnya keterlibatan anggota tim lain dalam pengambilan keputusan kompleks.
- 4) Contoh: Penanganan pasien di ruang gawat darurat.

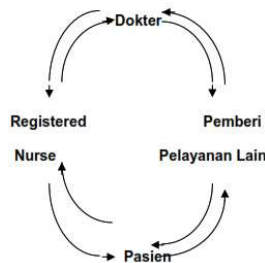


Gambar 1. Model Praktik Hirarkis, Burchell, R.C., Thomas D.A., dan Smith H.I.,(cit (Siegler and Whitney, 2000)

b. Model Interdisipliner (*Interprofessional Collaboration*)

- 1) Deskripsi: Tim kesehatan bekerja bersama dalam berbagi tanggung jawab dan pengambilan keputusan berdasarkan bidang keahlian masing-masing.
- 2) Kelebihan: Mendorong perawatan pasien yang lebih komprehensif dan inovatif.
- 3) Kekurangan: Membutuhkan keterampilan komunikasi dan koordinasi yang tinggi.

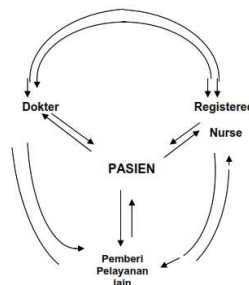
- 4) Contoh: Perawatan pasien stroke yang melibatkan dokter, perawat, terapis fisik, ahli gizi, dan pekerja sosial.



Gambar 2. Model Praktik Kolaboratif
Burchell, R.C., Thomas D.A., dan Smith H.I.,(cit (Siegler and Whitney, 2000)

c. Model Pasien Berpusat (*Patient-Centered Care*)

- 1) Deskripsi: Pasien dan keluarganya diikutsertakan dalam proses pengambilan keputusan, dengan profesi kesehatan bertindak sebagai pendukung utama.
- 2) Kelebihan: Meningkatkan kepuasan pasien dan relevansi rencana perawatan.
- 3) Kekurangan: Membutuhkan lebih banyak waktu untuk membangun hubungan dan memahami preferensi pasien.
- 4) Contoh: Penyusunan rencana perawatan paliatif bersama pasien dan keluarga.



Gambar 3. Pola Praktik Kolaborasi, Tipe III

Burchell, R.C., Thomas D.A., dan Smith H.I.,(cit (Siegler and Whitney, 2000)

- d. Model Kolaboratif (Shared Leadership)
 - 1) Deskripsi: Setiap anggota tim memiliki peran yang setara dalam pengambilan keputusan, berdasarkan kompetensinya.
 - 2) Kelebihan: Memanfaatkan keahlian semua anggota tim, meningkatkan rasa tanggung jawab kolektif.
 - 3) Kekurangan: Dapat memperlambat pengambilan keputusan dalam situasi mendesak.
 - 4) Contoh: Pengelolaan pasien kronis dengan pendekatan tim multidisiplin.

2. Jenis Kolaborasi Tim Kesehatan

- a. Kolaborasi Intraprofesi adalah Kolaborasi antara anggota dari profesi yang sama. Contoh: Perawat senior dan junior bekerja sama dalam merancang intervensi perawatan pasien.
- b. Kolaborasi Antarprofesi (*Interprofessional Collaboration*) adalah Kolaborasi antara profesi kesehatan yang berbeda untuk mencapai tujuan perawatan yang lebih baik. Contoh: Dokter, perawat, dan apoteker bekerja sama dalam menentukan pengobatan pasien dengan hipertensi.
- c. Kolaborasi dengan Pasien dan Keluarga adalah Pasien dan keluarganya dilibatkan secara aktif dalam proses pengambilan keputusan perawatan. Contoh: Perencanaan rehabilitasi pasien pascaoperasi dengan masukan dari keluarga.
- d. Kolaborasi Komunitas adalah Tim kesehatan bekerja dengan komunitas untuk meningkatkan kesehatan populasi secara keseluruhan. Contoh: Kampanye vaksinasi massal yang melibatkan dokter, perawat, dan relawan masyarakat.

F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi dalam Manajemen Keperawatan

Kolaborasi dalam manajemen keperawatan adalah proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor baik dari aspek individu, organisasi, maupun lingkungan kerja. Pemahaman atas faktor-faktor ini menjadi kunci dalam membangun tim yang kohesif dan pelayanan yang berkualitas.

7. Faktor Organisasi

a. Budaya Organisasi

Budaya organisasi yang mendukung kerja tim, keterbukaan, dan penghargaan terhadap perbedaan profesi sangat mempengaruhi efektivitas kolaborasi. Organisasi yang menanamkan nilai-nilai kolaboratif sejak awal akan membentuk perilaku profesional yang kooperatif. Menurut Reeves et al. (2010), budaya organisasi adalah prasyarat utama bagi terbentuknya kolaborasi interprofesional yang efektif, terutama dalam lingkungan rumah sakit yang kompleks.

b. Struktur dan Dukungan Manajerial

Struktur organisasi yang hierarkis dan birokratis cenderung menghambat komunikasi lintas profesi. Sebaliknya, struktur yang fleksibel dan dukungan dari pimpinan keperawatan akan mempercepat proses koordinasi dan keputusan bersama.

8. Faktor Individu

a. Kompetensi Komunikasi

Kemampuan berkomunikasi secara asertif, jelas, dan empatik sangat penting dalam kolaborasi. Komunikasi yang tidak efektif dapat menyebabkan miskomunikasi, konflik, dan kesalahan pelayanan. Menurut Salas et al. (2005), komunikasi adalah salah satu dari lima elemen inti tim yang efektif (*The Big Five in Teamwork*), bersama dengan kepemimpinan, adaptabilitas, orientasi tim, dan pemantauan kinerja.

b. Sikap dan Nilai Profesional

Sikap saling menghargai, rendah hati, dan terbuka terhadap masukan dari profesi lain berkontribusi besar terhadap keberhasilan kolaborasi. Nilai profesional seperti tanggung jawab dan integritas juga penting dalam membangun kepercayaan antaranggota tim.

9. Faktor Kontekstual

a. Beban Kerja dan Ketersediaan Sumber Daya

Tingginya beban kerja atau kekurangan tenaga dapat menghambat kolaborasi karena anggota tim menjadi fokus pada tugas masing-masing dan kehilangan kesempatan untuk berinteraksi secara efektif.

b. **Sistem Shift dan Jadwal yang Tidak Sinkron**

Ketidaksesuaian jadwal kerja antar profesi (misalnya dokter dan perawat) sering kali menjadi hambatan kolaborasi. Kurangnya waktu bersama dalam satu tim berdampak pada koordinasi yang kurang optimal.

c. **Teknologi Informasi dan Dokumentasi**

Teknologi informasi yang mendukung dokumentasi bersama, seperti sistem rekam medis elektronik (EMR), dapat meningkatkan transparansi dan komunikasi antarprofesi. Huber (2022) menyatakan bahwa infrastruktur pendukung seperti sistem informasi kesehatan memiliki peran penting dalam menyinkronkan kerja tim keperawatan dengan profesi lainnya.

10. **Faktor Kepemimpinan**

a. **Gaya Kepemimpinan**

Pemimpin yang menerapkan gaya kepemimpinan transformasional cenderung lebih berhasil membentuk tim yang kolaboratif. Pemimpin seperti ini memberi motivasi, teladan, dan ruang bagi inovasi tim.

b. **Kemampuan Memfasilitasi Tim**

Manajer keperawatan harus memiliki kemampuan memfasilitasi pertemuan tim, mengelola konflik, dan menyelaraskan tujuan antarprofesi. Bass & Avolio (1994) menjelaskan bahwa kepemimpinan transformasional mampu meningkatkan kepercayaan dan kerja sama dalam tim lintas profesi.

Kolaborasi dalam manajemen keperawatan dipengaruhi oleh interaksi yang kompleks antara faktor individu, organisasi, dan lingkungan kerja. Untuk menciptakan kolaborasi yang efektif, manajer keperawatan perlu menumbuhkan budaya kolaboratif, mengembangkan kompetensi komunikasi tim, serta menciptakan sistem kerja yang mendukung interaksi profesional yang produktif.

G. Strategi Mengatasi Gap Kolaborasi dalam Manajemen Keperawatan

Kesenjangan (*gap*) dalam kolaborasi tim keperawatan sering kali muncul akibat perbedaan latar belakang pendidikan, peran yang tidak jelas, komunikasi yang kurang efektif, hingga

struktur organisasi yang kaku. Jika tidak ditangani, gap ini dapat memicu konflik, menurunkan produktivitas tim, hingga membahayakan keselamatan pasien. Oleh karena itu, manajer keperawatan memiliki tanggung jawab penting dalam mengidentifikasi dan mengatasi berbagai bentuk kesenjangan kolaboratif.

1. Meningkatkan Pendidikan dan Pelatihan Interprofesional (*Interprofessional Education/IPE*)

Pelatihan interprofesional membantu tenaga kesehatan memahami peran dan tanggung jawab masing-masing profesi dalam tim, serta memperkuat keterampilan komunikasi dan kerja sama. WHO (2010) menyatakan bahwa pendidikan interprofesional adalah kunci untuk membentuk kolaborasi yang efektif dan berkelanjutan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Memfasilitasi Komunikasi Terstruktur dan Terbuka

Menggunakan model komunikasi klinis seperti **SBAR** (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dapat memperjelas penyampaian informasi antarprofesi dan mengurangi miskomunikasi. Menurut *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), penggunaan SBAR secara konsisten meningkatkan kualitas komunikasi klinis dan memperkuat kerja tim.

3. Klarifikasi Peran dan Tanggung Jawab Tim

Salah satu penyebab utama gap kolaborasi adalah ketidakjelasan peran antar anggota tim. Manajer keperawatan perlu menyusun deskripsi tugas yang jelas dan disosialisasikan secara merata. *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010) menekankan bahwa klarifikasi peran adalah kompetensi inti dalam membangun kolaborasi efektif.

4. Membangun Kepemimpinan yang Transformasional

Pemimpin yang inspiratif, partisipatif, dan suportif lebih mampu mengelola konflik, menumbuhkan kepercayaan tim, dan mendorong partisipasi aktif dalam kolaborasi. Bass dan Avolio (1994) menjelaskan bahwa gaya kepemimpinan transformasional efektif dalam membentuk budaya organisasi yang kolaboratif.

5. Mengintegrasikan Teknologi Informasi

Penggunaan sistem informasi yang terintegrasi (misalnya rekam medis elektronik atau sistem dashboard pasien) memungkinkan semua profesi mengakses informasi yang sama secara *real-time* dan berkontribusi dalam perencanaan pelayanan. Huber (2022) menekankan bahwa teknologi informasi mendukung kolaborasi dengan menyediakan akses data yang cepat, akurat, dan terbuka bagi seluruh tim kesehatan.

6. Membangun Budaya Organisasi yang Inklusif

Manajer keperawatan perlu menciptakan lingkungan kerja yang mendorong penghargaan terhadap kontribusi setiap profesi, serta mengurangi dominasi atau diskriminasi berdasarkan jabatan atau profesi. Reeves et al. (2010) menyatakan bahwa budaya kolaboratif perlu dipupuk secara aktif melalui kebijakan, komunikasi internal, dan keteladanan pimpinan.

7. Monitoring dan Evaluasi Kolaborasi Secara Berkala

Manajemen keperawatan perlu melakukan evaluasi rutin terhadap proses dan efektivitas kolaborasi tim melalui survei kepuasan tim, refleksi kasus, audit klinis, atau *feedback* antarprofesi.

Mengatasi kesenjangan kolaborasi dalam manajemen keperawatan memerlukan pendekatan multidimensional, mulai dari peningkatan kapasitas SDM, pembenahan sistem komunikasi, hingga penguatan kepemimpinan dan budaya kerja yang mendukung. Dengan intervensi yang tepat, kolaborasi tidak hanya menjadi tuntutan, tetapi budaya yang melekat dalam praktik keperawatan profesional.

DAFTAR PUSTAKA

- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1997). Nurses' and physicians' perceptions and experiences of collaboration in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 26(6), 424-431. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(97\)90044-0](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(97)90044-0)
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Sage.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A national interprofessional competency framework*. https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A national interprofessional competency framework*. <https://www.cihc.ca>
- Institute for Healthcare Improvement. (2015). SBAR Toolkit. <https://www.ihl.org>
- Gittel, J. H. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. McGraw Hill.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x>
- Huber, D. (2022). *Leadership and nursing care management* (7th ed.). Elsevier.
- Huxham, C., & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. <https://ipecollaborative.org>
- Mathew, Thanuja eleena (2018) Models and Collaboration | PDF | Nursing | Interdisciplinarity - Scribd, diakses Juli 5, 2025, <https://www.scribd.com/document/410531932/Models-and-Collaboration>
- Nelson, A., Greene, K., & Cavnar, K. (2023). *Building Bridges: Establishing a Foundation for Interprofessional Collaboration in Healthcare*. University of West Florida Pressbooks. <https://pressbooks.uwf.edu/interprofessionalcollaborationinhealthcare/>

- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 2-271-2-284). Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Wiley-Blackwell.
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a “big five” in teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555–599. <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
- Siegler, E.L. and Whitney, F.. (2000) *Kolaborasi Perawat- Dokter: Perawatan orang dewasa dan lansia*. EGC.
- Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(6), 384–399. <https://doi.org/10.1037/h0022100>
- Vazirani, S., Hays, R. D., Shapiro, M. F., & Cowan, M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 71–77. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.1.71>
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

BIODATA PENULIS



Suratno Kaluku, S.Kep., Ners., M.Kep lahir di Ambon, pada 14 Mei 1981. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Maluku.

BAB 14

Konsep Pendelegasian dan Negosiasi dalam Keperawatan

Ns. Ekawati Saputri, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Pendelegasian dan negosiasi merupakan keterampilan kritis dalam praktik keperawatan di Indonesia, terutama seiring dengan berkembangnya peran perawat sebagai advanced practice nurse dan tuntutan efisiensi di fasilitas kesehatan (PPNI, 2020). Pendelegasian yang efektif memungkinkan perawat memaksimalkan peran tenaga kesehatan pendamping (nursing assistant) sesuai regulasi Standar Profesi Perawat Indonesia (Kemenkes RI, 2019). Sementara itu, negosiasi (negotiation) berperan dalam menyelesaikan konflik, membangun kesepakatan antarprofesi kesehatan, dan memastikan keputusan yang berpusat pada pasien (Marquis & Huston, 2021).

Tantangan seperti rasio perawat-pasien yang tidak ideal (1:40 di beberapa RS Indonesia menurut Kemenkes RI, 2021) dan dinamika tim multidisplin mempertegas urgensi kedua keterampilan ini. Bab ini membahas konsep pendelegasian dan negosiasi berbasis bukti, dengan contoh kontekstual dari sistem kesehatan Indonesia.

B. Konsep Dasar Pendelegasian dalam Keperawatan

1. Definisi Pendelegasian

Pendelegasian dalam keperawatan adalah proses penugasan tanggung jawab pelaksanaan tugas atau aktivitas keperawatan tertentu kepada tenaga kesehatan lain yang kompeten, sambil tetap mempertahankan akuntabilitas atas hasil yang dicapai (*American Nurses Association [ANA], 2012*). Menurut *National Council of State Boards of Nursing (NCSBN,*

2016), pendelegasian yang efektif harus memenuhi prinsip "*right task, right circumstance, right person, right direction, and right supervision*".

Di Indonesia, Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2017a) mendefinisikan pendelegasian sebagai transfer wewenang yang dilakukan secara legal dari perawat profesional kepada tenaga kesehatan lain dengan tetap mempertahankan tanggung jawab terhadap kualitas asuhan keperawatan yang diberikan.

2. Prinsip dan Tujuan Pendelegasian

a. Prinsip Pendelegasian

Prinsip pendelegasian yang efektif, seperti yang dirumuskan oleh *American Nurses Association* (ANA, 2012) dan *International Council of Nurses* (ICN, 2021), memberikan kerangka kerja yang jelas bagi perawat untuk mendelegasikan tugas secara aman dan bertanggung jawab.

Pendelegasian dalam keperawatan mengikuti prinsip-prinsip berikut:

- 1) Prinsip Lima Benar (*Five Rights of Delegation*) (ANA, 2012; NCSBN, 2016):
 - a). *Right Task*: Tugas yang dapat didelegasikan (risiko rendah, rutin).
 - b). *Right Circumstance*: Kondisi pasien stabil dan lingkungan aman.
 - c). *Right Person*: Delegat harus kompeten (sesuai kualifikasi).
 - d). *Right Direction/Communication*: Instruksi jelas dan spesifik.
 - e). *Right Supervision*: Evaluasi dan monitoring berkelanjutan.
- 2) Prinsip Legal dan Akuntabilitas (Kemenkes RI, 2014; PPNI, 2017a):
 - a) Sesuai kewenangan dan regulasi (Permenkes No. 32/2014).

- b) Perawat pemberi delegasi tetap bertanggung jawab atas hasil.
 - 3) Prinsip Efektivitas dan Keselamatan Pasien (*Joint Commission, 2020; WHO, 2019a*):
 - a) Meningkatkan efisiensi tanpa mengorbankan kualitas asuhan.
 - b) Memastikan keselamatan pasien (*patient safety*) sebagai prioritas.
- b. Tujuan Pendelegasian

Tujuan pendelegasian dalam keperawatan dijabarkan sebagai berikut:

 - 1) Optimalisasi Sumber Daya

Meningkatkan efisiensi dengan memanfaatkan kompetensi staf secara optimal (NCSBN, 2016).
 - 2) Pengembangan Tim

Meningkatkan keterampilan perawat junior melalui pembelajaran langsung (ANA, 2012).
 - 3) Peningkatan Layanan

Mempercepat respon terhadap kebutuhan pasien (Huston, 2020).
 - 4) Manajemen Beban Kerja

Mendistribusikan tugas secara merata di antara tim (Marquis & Huston, 2021).
 - 5) Peningkatan Keselamatan Pasien

Memastikan tugas dilakukan oleh personel yang kompeten (NCSBN, 2016)
- 3. Hukum dan Etika Pendelegasian
 - a. Landasan Hukum Pendelegasian

Menurut Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Republik Indonesia, 2014), kewenangan perawat dalam pendelegasian meliputi:

Pasal 23: Perawat berwenang memberikan tugas kepada tenaga kesehatan lain sesuai kompetensi, dengan tetap mempertahankan tanggung jawab utama.

Pasal 24: Pendelegasian harus memenuhi standar pelayanan dan keselamatan pasien.

ANA (2012) menegaskan bahwa pendelegasian harus sesuai dengan:

- 1) Lingkup praktik (*scope of practice*) yang diatur hukum setempat.
 - 2) Kebijakan institusi (misalnya, rumah sakit atau puskesmas).
- b. Aspek Etika dalam Pendelegasian
- Berdasarkan Kode Etik Perawat Indonesia (PPNI, 2017b), prinsip etika pendelegasian mencakup:
- 1) Prinsip *Beneficence*: Memastikan tugas yang didelegasikan mengutamakan kebaikan pasien.
 - 2) Prinsip *Non-Maleficence*: Menghindari pendelegasian yang berisiko membahayakan pasien.
 - 3) Prinsip Akuntabilitas: Perawat tetap bertanggung jawab atas hasil akhir tindakan yang didelegasikan.
- NCSBN (2016) menambahkan bahwa pendelegasian harus:
- 1) Dilakukan dengan komunikasi yang jelas.
 - 2) Didukung dengan supervisi yang memadai.

C. Proses Pendelegasian yang Efektif

1. Langkah-langkah Pendelegasian

Langkah-langkah pendelegasian yang efektif dijabarkan sebagai berikut:

a. Identifikasi Tugas yang Dapat Didelegasikan

Menurut ANA (2012) dan NCSBN (2016), kriteria tugas yang dapat didelegasikan meliputi:

- 1) Aktivitas rutin dengan risiko rendah (contoh: ADL seperti mandi, makan)
- 2) Tugas dengan hasil yang dapat diprediksi (contoh: pengukuran tanda vital)
- 3) Prosedur stabil dengan protokol jelas (contoh: observasi pasien stabil)
- 4) Tidak memerlukan penilaian klinis kompleks (Huber & Joseph, 2022)

b. Pemilihan Delekat yang Tepat

Prinsip pemilihan berdasarkan:

- 1) Kompetensi: Sesuai dengan pendidikan, pelatihan, dan pengalaman (ANA, 2012)
- 2) Beban kerja: Mempertimbangkan rasio tugas-waktu yang dimiliki delegat

- 3) Legal kewenangan: Sesuai dengan regulasi (Permenkes No. 32/2014)
 - 4) Contoh: Memilih perawat vokasional untuk pengukuran TD rutin
- c. Komunikasi dan Instruksi yang Jelas
- Elemen komunikasi efektif menurut Marquis & Huston (2021):
- 1) **Spesifik**: Menjelaskan tugas, tujuan, dan hasil yang diharapkan
 - 2) **Terdokumentasi**: Instruksi tertulis untuk menghindari miskomunikasi
 - 3) **Kesempatan tanya jawab**: Memastikan pemahaman yang sama
 - 4) **Batasan jelas**: Menyatakan apa yang tidak boleh dilakukan delegat (*Joint Commission, 2020*)

Tabel 1. Contoh Penerapan Langkah Pendelegasian

Langkah	Contoh Praktis	Pertimbangan
Identifikasi tugas	Delegasi membantu pasien makan	Pastikan pasien tidak berisiko aspirasi
Pemilihan delegat	Memilih perawat dengan pelatihan ADL	Verifikasi sertifikasi kompetensi
Komunikasi	Demonstrasi teknik <i>feeding</i>	Sediakan waktu untuk praktik mandiri

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pendelegasian

a. Faktor Organisasional

- 1) Budaya Kerja:
 - a) Lingkungan yang mendukung kolaborasi meningkatkan efektivitas pendelegasian (ANA, 2019)
 - b) Budaya hierarkis yang kaku dapat menghambat delegasi (Huston, 2020)
- 2) Kebijakan Rumah Sakit:

- a) Kejelasan prosedur delegasi dalam SOP (*Joint Commission, 2020*)
- 5) Dukungan manajemen melalui pelatihan reguler (Huber & Joseph, 2022)
- b. Faktor Individu
 - 1) Pengalaman:
 - a) Perawat dengan pengalaman >2 tahun lebih percaya diri dalam mendelegasikan (ANA, 2012)
 - b) Pengetahuan tentang kompetensi tim (NCSBN, 2016)
 - 2) Kepercayaan Diri:
 - a) Kesiapan menerima tanggung jawab (Marquis & Huston, 2021)
 - b) Kemampuan komunikasi asertif (ICN, 2021)
- 3. Hambatan dan Solusi dalam Pendelegasian
 - a. Hambatan: Resistensi Staf

Bentuk: Penolakan tugas, kinerja substandar (Huber & Joseph, 2022)

Penyebab: Beban kerja berlebihan, kurang kompetensi (ANA, 2012)

Solusi:

 - 1) Pelatihan keterampilan (NCSBN, 2016)
 - 2) Komunikasi kolaboratif (Marquis & Huston, 2021)
 - 3) Sistem *reward*
 - b. Hambatan: Komunikasi Tidak Efektif

Masalah: Instruksi ambigu, bahasa teknis (*Joint Commission, 2020*)

Dampak: 40% kesalahan medis terkait miskomunikasi (ANA, 2012)

Solusi:

 - 1) Teknik SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*)
 - 2) Alat bantu visual
 - c. Hambatan: *Follow-Up* Tidak Adekuat

Penyebab: Jadwal supervisi tidak terstruktur (Huber & Joseph, 2022)

Solusi:

 - A. *Checklist* evaluasi harian

- B. Dokumentasi elektronik terintegrasi (*Joint Commission, 2020*)

D. Konsep Negosiasi dalam Praktik Keperawatan

1. Definisi dan Pentingnya Pendelegasian

Negosiasi adalah proses interaktif antara dua pihak atau lebih yang bertujuan untuk mencapai kesepakatan bersama mengenai suatu masalah atau kepentingan yang berbeda (Lewicki et al., 2020). Menurut Robbins & Judge (2019), negosiasi melibatkan pertukaran informasi, persuasi, dan kompromi untuk menyelesaikan konflik atau memenuhi tujuan masing-masing pihak.

Dalam konteks keperawatan, negosiasi didefinisikan sebagai:

- a. Keterampilan komunikasi strategis untuk menyelesaikan perbedaan pendapat antarprofesi
- b. Metode kolaboratif dalam pengambilan keputusan klinis (ANA, 2012)
- c. Proses mencapai *win-win solution* dalam alokasi sumber daya (WHO, 2019b)

Negosiasi memiliki peran krusial dalam berbagai bidang, termasuk keperawatan, karena membantu menyelesaikan konflik, meningkatkan kerja sama, dan memastikan hasil yang optimal bagi semua pihak (Thompson, 2022). Dalam praktik keperawatan, kemampuan negosiasi yang baik dapat memperkuat hubungan perawat-pasien, memfasilitasi kolaborasi interprofesional, dan mendukung pengambilan keputusan yang efektif (Marquis & Huston, 2021)

2. Teknik Negosiasi

Negosiasi merupakan keterampilan penting dalam berbagai bidang, termasuk keperawatan, untuk mencapai solusi yang saling menguntungkan. Beberapa teknik utama dalam negosiasi meliputi:

a. Prinsip *Win-Win Solution*

Teknik ini menekankan pencarian solusi yang menguntungkan semua pihak. Fisher et al. (2011) menjelaskan bahwa fokus pada kepentingan bersama, bukan posisi, dapat menghasilkan kesepakatan yang lebih berkelanjutan.

b. *Active Listening*

Mendengarkan secara aktif membantu memahami kebutuhan dan perspektif lawan bicara. Menurut Lewicki et al. (2020), teknik ini mengurangi kesalahpahaman dan meningkatkan peluang tercapainya kesepakatan.

c. BATNA (*Best Alternative to a Negotiated Agreement*)
BATNA mengacu pada alternatif terbaik jika negosiasi gagal. Thompson (2021) menyatakan bahwa memahami BATNA memperkuat posisi tawar dan mencegah keputusan yang merugikan.

d. Komunikasi Asertif
Menyampaikan pendapat dengan jelas dan hormat tanpa agresivitas dapat meningkatkan efektivitas negosiasi (Robbins & Judge, 2019).

e. Teknik *Anchoring*
Menetapkan titik awal (*anchor*) yang realistis dapat memengaruhi hasil negosiasi. Bazerman & Moore (2013) menjelaskan bahwa *anchor* yang baik membantu mengarahkan pembicaraan ke hasil yang diinginkan.

3. Aplikasi Negosiasi dalam Kasus Keperawatan

Negosiasi memainkan peran penting dalam praktik keperawatan, terutama dalam kolaborasi interprofesional, advokasi pasien, dan penyelesaian konflik. Berikut beberapa aplikasinya:

a. Kolaborasi dengan Tim Kesehatan

Perawat sering bernegosiasi dengan dokter, terapis, dan tenaga kesehatan lain untuk menentukan rencana perawatan terbaik. Teknik *win-win negotiation* (Fisher et al., 2011) membantu mencapai kesepakatan yang mengutamakan kebutuhan pasien.

b. Advokasi Pasien

Perawat bernegosiasi dengan keluarga atau penyedia layanan kesehatan untuk memastikan hak dan preferensi pasien terpenuhi (Lewicki et al., 2020).

c. Manajemen Konflik

Negosiasi digunakan dalam menyelesaikan ketidaksepakatan antar-staf atau dengan pasien, misalnya terkait alokasi sumber daya atau prioritas perawatan (Thompson, 2021).

d. Pembagian Tugas dan Shift Kerja

Perawat dapat menerapkan teknik *distributive negotiation* (Robbins & Judge, 2019) untuk menyeimbangkan beban kerja secara adil.

E. Integrasi Pendelegasian dan Negosiasi dalam Manajemen Keperawatan

1. Studi Kasus: Pendelegasian dan Negosiasi di Rumah Sakit

Kasus:

Seorang perawat primer di ruang rawat inap RS X harus menangani 5 pasien kritis sekaligus karena kekurangan staf. Ia perlu mendelegasikan tugas sekaligus bernegosiasi dengan:

- a. Perawat junior untuk memantau tanda vital pasien stabil
- b. Dokter jaga meminta prioritas evaluasi pasien paling kritis
- c. Keluarga pasien yang meminta penjelasan kondisi terkini

Analisis Berdasarkan Teori:

a. Pendelegasian Efektif

- 1) Perawat primer menggunakan prinsip "*right task, right person, right supervision*" (Huston, 2020) dengan:
- 2) Mendelegasikan pemantauan pasien stabil ke perawat junior yang kompeten
- 3) Memberikan instruksi jelas dan batasan wewenang

b. Negosiasi Kolaboratif

- 1) Dengan dokter: Menggunakan *interest-based negotiation* (Marquis & Huston, 2021) dengan menyajikan data prioritas pasien berdasarkan skor NEWS (*National Early Warning Score*)
- 2) Dengan keluarga: Teknik *therapeutic communication* sambil mengatur waktu konsultasi (Berman, et al., 2022)

Hasil:

- a. Tugas terdistribusi dengan audit 2 jam sekali
- b. Dokter setuju evaluasi pasien A (NEWS 7) dahulu
- c. Keluarga mendapat jadwal update setiap 3 jam

2. Evaluasi dan Refleksi Praktik

a. *Tool Evaluation*

- 1) Skala Evaluasi Pendelegasian (Adaptasi dari NCSBN, 2016)

Kriteria Penilaian:

- a) Kesesuaian tugas dengan kompetensi staf (1-5)
- b) Kejelasan instruksi (1-5)
- c) Ketersediaan supervisi (1-5)
- d) Hasil akhir delegasi (1-5)

Interpretasi: Skor <12 memerlukan intervensi segera

- 2) Checklist Negosiasi Efektif (Fisher et al., 2011)
 - Persiapan BATNA (*Best Alternative to Negotiated Agreement*)
 - Identifikasi kepentingan bersama
 - Penggunaan komunikasi asertif
 - Pencapaian hasil *win-win*

b. Refleksi Praktik

- 1) Deskripsi: Saat mendelegasikan pemantauan pasien diabetes kepada perawat junior, terjadi kesalahan dokumentasi.
- 2) Perasaan: Khawatir tentang keselamatan pasien namun menyadari pentingnya pembelajaran staf.
- 3) Evaluasi: Kurangnya penilaian awal terhadap pemahaman perawat junior tentang protokol (Huston, 2020).
- 4) Analisis: Pendelegasian tanpa pelatihan pendahuluan mengurangi efektivitas (Marquis & Huston, 2021).
- 5) Kesimpulan: Perlunya:
 - a) *Assessment* kompetensi pra-delegasi
 - b) Simulasi kasus sebelum pelaksanaan
 - c) Supervisi lebih intensif
- 6) Rencana Aksi:
 - a) Mengembangkan modul pelatihan delegasi
 - b) Menerapkan sistem *buddy nurse*
 - c) Evaluasi bulanan dengan tool terstandar

F. Tren dan Tantangan Kontemporer Pendelegasian dan Negosiasi

1. Pendelegasian Era Digital

Di era digital, pendelegasian tugas keperawatan mengalami transformasi dengan memanfaatkan teknologi untuk meningkatkan efisiensi dan akuntabilitas. Berikut aspek pentingnya:

- a. **Penggunaan Platform Digital:** Perawat manajer memanfaatkan sistem *e-delegation* melalui EHR (*Electronic Health Records*) untuk menugaskan dan memantau pekerjaan staf (Huston, 2020).
- b. **Telehealth Nursing:** Pendelegasian tugas konsultasi pasien melalui *telehealth* kepada perawat spesialis (*American Telemedicine Association (ATA)*, 2019).
- c. **Aplikasi Mobile:** Penggunaan aplikasi *task management* (seperti *Vocera*) untuk delegasi *real-time* (Marquis & Huston, 2021).

Tantangan:

- a. **Keamanan Data:** Risiko pelanggaran privasi pasien dalam pendelegasian digital (ANA, 2015).
 - b. **Kesenjangan Kompetensi:** Tidak semua perawat terampil menggunakan teknologi baru (Huston, 2020).
 - c. **Kurangnya Interaksi Langsung:** Berpotensi mengurangi umpan balik langsung antara perawat dan manajer (NCSBN, 2014).
2. **Negosiasi dalam Konteks Budaya**
- Negosiasi dalam praktik keperawatan harus mempertimbangkan keragaman budaya untuk mencapai hasil yang efektif dan menghormati nilai-nilai pasien (Andrews & Boyle, 2020). Adapun tren dan tantangan negosiasi dalam konteks budaya sebagai berikut:
- a. **Negosiasi berbasis nilai budaya** - Menyesuaikan pendekatan dengan preferensi pasien (misal: melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan) (Jeffreys, 2016)
 - b. **Pendekatan kolaboratif** - Membangun kemitraan dengan pasien dari berbagai latar belakang budaya (Purnell, 2014)
- Tantangan Utama:
- a. **Perbedaan persepsi kesehatan** - Keyakinan budaya vs. rekomendasi medis (Andrews & Boyle, 2022)
 - b. **Bias komunikasi** - Perbedaan bahasa dan makna nonverbal (Giger & Haddad, 2020)

- c. **Konflik etik** - Menyeimbangkan otonomi pasien dengan praktik terbaik (ANA, 2024)

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association (ANA). (2012). *ANA's principles for delegation by registered nurses to unlicensed assistive personnel (UAP)*. ANA. <https://www.nursingworld.org/globalassets/docs/ana/ethics/principlesofdelegation.pdf>
- American Nurses Association (ANA). (2015). *Nursing informatics: Scope and standards of practice* (2nd ed.). ANA.
- American Nurses Association (ANA). (2019). *Joint Statement on Delegation*. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/joint-statement-on-delegation-by-ANA-and-NCSBN/>
- American Nurses Association (ANA). (2024). *Code of Ethics for Nurses*. ANA. <https://codeofethics.ana.org/home>
- American Telemedicine Association (ATA). (2019). *Telehealth Nursing*. <https://www.americantelemed.org>
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2020). *Transcultural concepts in nursing care* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Bazerman, M. H., & Moore, D. A. (2013). *Judgment in managerial decision making* (8th ed.). Wiley.
- Berman, A.T., Frandsen, G., Snyder, S.J., Levett-Jones, T., Burston, A., Dwyer, T., Hales, M., Harvey, N., Moxham, L., Langtree, T., Reid-Sear, K., Rolf, F., & Stanley, D. (2022). *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing Vol.1* (5th ed). Pearson.
- Fisher, R., Ury, W., & Patton, B. (2011). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*. Penguin Books.
- Giger, J. N., & Haddad, L.G. (2020). *Transcultural Nursing Assessment and Intervention* (8th ed.). Elsevier.
- Huber, D. & Joseph, M.L. (2022). *Leadership and Nursing Care Management* (7th ed.). Elsevier.
- Huston, C.J. (2020). *Professional Issues in Nursing: Challenges and Opportunitie* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- International Council of Nurses. (2021). *Guidelines on advanced practice nursing*. ICN. <https://www.icn.ch/>

- Jeffreys, M. R. (2016). *Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care: Inquiry, Action, and Innovation* (3rd ed). Springer Publishing Company
- Joint Commission. (2020). *Hospital accreditation standards*. Joint Commission Resources. <https://www.jointcommission.org/standards/>
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 32 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Keperawatan*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Standar profesi perawat Indonesia*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Laporan tahunan ketenagaan kesehatan*. Kemenkes RI.
- Lewicki, R. J., Saunders, D. M., & Barry, B. (2021). *Negotiation* (8th ed.). McGraw-Hill.
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2021). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- National Council of State Boards of Nursing. (2014). *The NCSBN Position Paper on Telehealth Nursing Practice*. NCSBN. <https://www.ncsbn.org>
- National Council of State Boards of Nursing. (2016). *National guidelines for nursing delegation*. NCSBN. <https://www.ncsbn.org>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017a). *Standar praktik keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017b). *Kode etik keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2020). *Pedoman pendelegasian tugas perawat*. PPNI.
- Purnell, L. D. (2014). *Guide to culturally competent health care* (4th ed.). F.A. Davis.
- Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.* Lembaran Negara RI Tahun 2014 No. 292
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2019). *Organizational behavior* (18th ed.). Pearson.
- Thompson, L. (2021). *The mind and heart of the negotiator* (7th ed.). Pearson
- World Health Organization. (2019a). *Patient safety curriculum guide*. WHO.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf

World Health Organization. (2019b). *Interprofessional collaborative practice*. WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

BIODATA PENULIS



Ekawati Saputri, S.Kep.,Ns., M.Kep lahir di Bau-Bau pada 25 Agustus 1988. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Program Studi Keperawatan Universitas Hasanuddin dan S2 di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Fakultas Sains dan Teknologi Universitas Sembilanbelas November Kolaka.

BAB 15

Konsep Perubahan dalam Keperawatan

Irhamdi Achmad

A. Pendahuluan

Perubahan adalah bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan manusia, termasuk dalam profesi keperawatan. Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan perubahan dalam sistem kesehatan global, profesi keperawatan menghadapi tantangan besar dalam menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan tersebut. Keperawatan, sebagai bagian integral dari sistem kesehatan, memiliki peran kunci dalam mengimplementasikan perubahan yang dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Dalam konteks keperawatan, perubahan sering kali melibatkan dua aspek utama: perubahan dalam praktik perawatan dan perubahan dalam pendidikan serta pengembangan profesional. Perubahan dalam praktik perawatan mencakup cara perawat berinteraksi dengan pasien, prosedur medis yang digunakan, dan bagaimana perawat dapat memanfaatkan teknologi untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Sementara itu, perubahan dalam pendidikan perawatan mengarah pada pengembangan kurikulum yang lebih relevan dengan kebutuhan masyarakat yang terus berubah dan memfokuskan pada pelatihan perawat yang adaptif terhadap inovasi.

Dengan meningkatnya kompleksitas kebutuhan pasien dan tuntutan kualitas pelayanan kesehatan yang semakin tinggi, penting bagi perawat dan institusi pendidikan

keperawatan untuk mengembangkan pendekatan yang fleksibel dan responsif terhadap perubahan yang terjadi. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang konsep perubahan dalam keperawatan, baik dari sudut pandang teoritis maupun praktis, menjadi sangat penting untuk memastikan bahwa perawat dapat mengelola dan mengimplementasikan perubahan secara efektif.

1. Pentingnya Memahami Perubahan dalam Keperawatan

Memahami perubahan dalam keperawatan sangatlah penting karena profesi ini berperan langsung dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Berikut beberapa alasan mengapa pemahaman terhadap perubahan dalam keperawatan sangat diperlukan:

a. Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Perubahan dalam sistem kesehatan sering kali berkaitan dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan. Misalnya, penerapan prinsip pelayanan berbasis bukti (*evidence-based practice*) atau penerapan teknologi baru dalam proses perawatan pasien, seperti telemedicine dan penggunaan perangkat medis digital. Perawat yang memahami perubahan ini dapat mengimplementasikan teknik dan prosedur baru dengan lebih efektif, sehingga meningkatkan kualitas perawatan dan hasil kesehatan pasien (Williams & Thomas, 2021).

b. Peningkatan Kompetensi Profesional

Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk perawat sangat penting untuk menjaga relevansi dan kemampuan mereka dalam menghadapi tantangan baru. Memahami dan mengadopsi perubahan dalam kurikulum pendidikan keperawatan atau perubahan dalam teknik perawatan akan memastikan bahwa perawat tetap kompeten dan siap dalam menangani situasi medis yang semakin kompleks. (Pappas, 2020).

- c. Meningkatkan Kepuasan Pasien
Pasien saat ini semakin sadar akan hak-hak mereka dan ekspektasi terhadap kualitas perawatan yang mereka terima. Dengan memahami perubahan dalam keperawatan, perawat dapat meningkatkan hubungan mereka dengan pasien melalui pendekatan yang lebih holistik dan berbasis pasien (Carney, Sweeney, & Brown, 2022).
- d. Mengelola Stres dan Ketahanan Profesional
Perubahan yang terus-menerus dalam praktik keperawatan dapat menambah beban kerja perawat, yang pada gilirannya bisa meningkatkan stres dan kelelahan (*burnout*). Dengan memahami perubahan yang terjadi, perawat dapat lebih mudah beradaptasi dengan tuntutan baru dan mengelola stres yang muncul. (Larson, Murdock, & Jones, 2023).
- e. Peran dalam Kebijakan Kesehatan
Perawat juga memiliki peran penting dalam mempengaruhi dan mengimplementasikan kebijakan kesehatan yang berdampak pada praktik mereka. Sebagai contoh, pemahaman terhadap perubahan kebijakan kesehatan yang mengarah pada pencegahan penyakit atau peningkatan akses terhadap perawatan kesehatan akan memungkinkan perawat untuk berpartisipasi aktif dalam pengembangan kebijakan tersebut, serta memastikan bahwa kebijakan tersebut dijalankan secara efektif di lapangan. (Fitzgerald & O'Connor, 2019).
- f. Meningkatkan Kesiapan Menghadapi Krisis Kesehatan
Perubahan dalam konteks keperawatan juga sangat relevan saat terjadi krisis kesehatan, seperti pandemi COVID-19. Perawat yang memahami perubahan dalam protokol kesehatan dan perawatan pasien dapat merespons situasi darurat dengan lebih cepat dan efektif. Mereka juga dapat beradaptasi dengan cepat dalam menghadapi kekurangan sumber daya dan

menghadapi tantangan-tantangan yang muncul dalam situasi krisis (Larson et al., 2023).

2. Defenisi dan Jenis perubahan dalam konteks keperawatan

a. Defenisi perubahan.

1) **Melynk dan Fineout-Overholt (2020)**

Melynk dan Fineout-Overholt menjelaskan bahwa perubahan dalam keperawatan melibatkan integrasi bukti ilmiah ke dalam praktik klinis untuk meningkatkan hasil pasien. Mereka mengemukakan bahwa perubahan ini berakar pada *evidence-based practice (EBP)*, yang memerlukan adaptasi terhadap penelitian terbaru, inovasi, dan pengembangan profesional dalam perawatan pasien.

2) **Sanda dan Wang (2021)**

Sanda dan Wang dalam penelitian mereka mendefinisikan perubahan dalam keperawatan sebagai respons terhadap perubahan dinamika sistem perawatan kesehatan dan perkembangan teknologi. Perubahan ini dapat mencakup penerapan teknologi baru, adopsi metode perawatan yang lebih efisien, serta pergeseran paradigma dalam pendekatan perawatan yang lebih berbasis pada hasil dan pengalaman pasien.

3) **Vaughan et al. (2020)**

Vaughan dan rekan-rekannya menyatakan bahwa perubahan dalam keperawatan adalah sebuah proses kompleks yang melibatkan adaptasi terhadap perubahan dalam kebutuhan pasien, kebijakan kesehatan, serta inovasi dalam teknologi medis.

4) **Zeng et al. (2020)**

Zeng dan rekan-rekannya mengemukakan bahwa perubahan dalam keperawatan tidak hanya mengenai pembaruan teknis, tetapi juga

berhubungan dengan cara perawat berinteraksi dengan pasien.

5) **Broussard (2022)**

Broussard mendefinisikan perubahan dalam keperawatan sebagai proses integratif yang melibatkan pergeseran dalam pola pikir dan praktik perawatan. Dia menyoroti pentingnya keberhasilan perubahan dalam keperawatan yang sangat bergantung pada kesiapan organisasi, dukungan manajerial, dan keterlibatan seluruh tim perawatan dalam mengimplementasikan perubahan.

b. Jenis perubahan dalam keperawatan.

1) Perubahan dalam Praktik Keperawatan

Praktik keperawatan terus berkembang seiring dengan penemuan-penemuan baru dalam bidang medis, teknologi, dan ilmiah. Perubahan dalam praktik keperawatan dapat mencakup pendekatan berbasis bukti (*evidence-based practice*) dalam memberikan perawatan dengan keputusan perawatan pasien didasarkan pada bukti ilmiah terbaru. Jenis perubahan antara lain:

a) Praktik Berbasis Bukti (*Evidence-Based Practice*):

Pendekatan berbasis bukti menekankan pada penggunaan hasil penelitian ilmiah dalam mengambil keputusan perawatan yang lebih tepat. Dengan menerapkan bukti ilmiah, perawat dapat memberikan perawatan yang lebih terukur dan efektif (Pappas, 2020).

b) Penerapan Teknologi Baru: Penggunaan teknologi medis canggih seperti rekam medis elektronik (EHR), perangkat pemantauan jarak jauh, dan aplikasi kesehatan mendukung perawat dalam memberikan perawatan yang lebih efisien dan akurat (Williams & Thomas, 2021).

- c) Pendekatan Holistik dalam Perawatan: Pendekatan ini melibatkan perawatan yang mempertimbangkan faktor fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien, untuk memberikan perawatan yang lebih komprehensif (Carney et al., 2022).
- 2) Perubahan dalam Organisasi Keperawatan
- Perubahan juga dapat terjadi dalam struktur dan manajemen organisasi tempat perawat bekerja. Ini termasuk perubahan dalam cara rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya mengelola tim perawat, alur komunikasi, serta pengorganisasian kerja. Misalnya, pengembangan model perawatan berbasis tim yang lebih terkoordinasi, atau adopsi sistem teknologi informasi yang mempermudah pengelolaan data pasien dan koordinasi antara tenaga medis. Organisasi yang mampu beradaptasi dengan perubahan ini dapat meningkatkan efisiensi operasional dan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Jenis Perubahan antara lain:
- a) Perawatan Berbasis Tim (*Team-Based Care*): Sistem ini menekankan pentingnya kolaborasi antar profesional kesehatan, di mana perawat bekerja sama dengan dokter, ahli gizi, fisioterapis, dan tenaga medis lainnya untuk memberikan perawatan yang lebih terintegrasi dan efektif (Fitzgerald & O'Connor, 2019).
- b) Perubahan Struktur Organisasi Keperawatan: Banyak rumah sakit atau lembaga kesehatan merancang ulang struktur organisasi mereka untuk mendukung alur kerja yang lebih efisien, seperti pengembangan peran manajerial dan kepemimpinan di kalangan perawat.
- c) Pemimpin Perawat dan Pengelolaan Sumber Daya: Perawat kini didorong untuk

mengembangkan keterampilan kepemimpinan, baik dalam manajemen sumber daya manusia maupun dalam pengelolaan praktik klinis (Larson et al., 2023).

- 3) Perubahan dalam Kebijakan Kesehatan
Keperawatan tidak hanya dipengaruhi oleh perubahan yang terjadi dalam praktik langsung, tetapi juga oleh perubahan dalam kebijakan kesehatan yang diterapkan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan internasional. Perubahan ini dapat meliputi peraturan baru mengenai standar perawatan, kebijakan pengobatan berbasis bukti, atau perubahan dalam sistem pembiayaan dan akses terhadap layanan kesehatan. Perawat yang memahami dan beradaptasi dengan perubahan kebijakan ini dapat lebih efektif dalam memberikan pelayanan sesuai dengan peraturan yang berlaku dan kebutuhan pasien. Jenis perubahan antara lain:
 - a) Kebijakan Kesehatan Global: Kebijakan kesehatan internasional, seperti yang dikeluarkan oleh WHO, dapat mengarah pada perubahan dalam cara perawatan diberikan, terutama dalam konteks penyakit menular atau krisis kesehatan global (Fitzgerald & O'Connor, 2019).
 - b) Reformasi Pembiayaan Kesehatan: Kebijakan yang mempengaruhi pembiayaan perawatan kesehatan, seperti model pembiayaan berbasis nilai, dapat mempengaruhi cara perawat memberikan perawatan, baik dalam hal efisiensi maupun kualitas layanan yang diberikan (Carney et al., 2022).
- 4) Perubahan dalam Pendidikan Keperawatan
Pendidikan keperawatan juga merupakan aspek yang mengalami perubahan secara signifikan. Perubahan ini termasuk pembaruan kurikulum

pendidikan untuk mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi medis, serta pengembangan program pelatihan untuk meningkatkan keterampilan dan kompetensi perawat. Dengan memperkenalkan materi pendidikan yang lebih relevan dengan perkembangan terbaru dalam dunia medis dan perawatan pasien, pendidikan keperawatan dapat membantu menghasilkan tenaga perawat yang siap menghadapi tantangan profesional yang semakin kompleks. Jenis perubahan antara lain:

- a) **Pembaruan Kurikulum Keperawatan:** Program pendidikan keperawatan kini mengadopsi kurikulum yang lebih modern, termasuk penekanan pada teknologi, perawatan berbasis bukti, dan manajemen penyakit kronis (Williams & Thomas, 2021).
 - b) **Pelatihan Berkelanjutan (*Continuing Education*):** Perawat didorong untuk mengikuti pelatihan berkelanjutan agar tetap mengikuti perkembangan terbaru dalam dunia medis dan teknologi. Hal ini penting untuk mempertahankan kompetensi dan sertifikasi profesional (Fitzgerald & O'Connor, 2019).
 - c) **Simulasi Klinis dan Teknologi Pendidikan:** Penggunaan simulasi klinis dan pembelajaran berbasis teknologi memberikan perawat kesempatan untuk mengasah keterampilan dalam situasi yang lebih realistis dan terkendali (Larson et al., 2023).
- 5) **Perubahan dalam Penggunaan Teknologi**
Teknologi memainkan peran penting dalam mendorong perubahan dalam keperawatan. Implementasi teknologi informasi seperti sistem rekam medis elektronik (EHR), penggunaan alat medis canggih, serta adopsi teknologi komunikasi

jarak jauh seperti telemedicine, semuanya berkontribusi pada perubahan dalam cara perawat memberikan pelayanan. Teknologi memungkinkan perawat untuk melakukan pemantauan pasien secara lebih efisien, mengurangi kesalahan medis, serta meningkatkan kemampuan mereka dalam memberikan perawatan yang lebih akurat dan tepat waktu. Jenis Perubahan antara lain:

- a) Rekam Medis Elektronik (EHR): EHR menggantikan catatan medis manual dan memungkinkan perawat untuk mengakses informasi pasien secara lebih cepat dan efisien, mengurangi risiko kesalahan medis (Pappas, 2020).
- b) Telemedicine: Teknologi komunikasi yang memungkinkan perawat memberikan konsultasi medis jarak jauh, yang sangat berguna dalam mengatasi masalah geografis atau dalam situasi krisis, seperti pandemi COVID-19 (Williams & Thomas, 2021).
- c) Perangkat Pemantauan Pasien: Perangkat medis yang lebih modern memungkinkan perawat untuk memantau kondisi pasien secara real-time, sehingga dapat memberikan intervensi yang lebih cepat dan tepat (Carney et al., 2022).

B. Manajemen Perubahan dalam Keperawatan

Manajemen perubahan dalam keperawatan merujuk pada proses sistematis yang digunakan untuk merencanakan, mengimplementasikan, dan menilai perubahan dalam praktik keperawatan, struktur organisasi, kebijakan, serta cara perawatan diberikan kepada pasien. Manajemen perubahan yang efektif akan memfasilitasi transisi yang lancar, meningkatkan efisiensi operasional, serta mendukung pengembangan profesional perawat. Berikut ini adalah beberapa aspek penting dalam manajemen perubahan dalam keperawatan:

1. Pemahaman dan Perencanaan Perubahan

Langkah pertama dalam manajemen perubahan adalah pemahaman yang jelas mengenai kebutuhan perubahan yang ada mencakup identifikasi masalah atau area yang membutuhkan perubahan, seperti peningkatan efisiensi perawatan, penerapan teknologi baru, atau perubahan dalam kebijakan rumah sakit.

- a. Identifikasi Kebutuhan Perubahan: Untuk memulai perubahan, pemimpin keperawatan harus dapat mengidentifikasi secara tepat aspek-aspek yang memerlukan perubahan. Misalnya, jika terdapat keluhan terkait ketidakefektifan suatu prosedur atau metode perawatan, maka perlu dilakukan analisis untuk menemukan solusi yang lebih baik (Fitzgerald & O'Connor, 2019).
- b. Perencanaan Perubahan: Setelah kebutuhan perubahan diidentifikasi, tahap selanjutnya adalah merencanakan bagaimana perubahan tersebut akan dilaksanakan. Ini meliputi penetapan tujuan yang jelas, strategi yang akan digunakan, serta sumber daya yang diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut (Carney et al., 2022).

2. Implementasi Perubahan

Setelah perencanaan matang, implementasi perubahan adalah tahap di mana ide dan strategi yang telah disusun diterapkan dalam praktik keperawatan sehari-hari. Tahap ini adalah tahap yang paling menantang, karena sering kali melibatkan pergeseran dalam budaya organisasi dan perilaku individu.

- a. Pendekatan Partisipatif: Untuk memastikan keberhasilan implementasi, melibatkan perawat dan staf lainnya dalam proses perubahan. Pendekatan partisipatif, perawat diberi kesempatan untuk memberikan masukan dan terlibat dalam proses keputusan, dapat meningkatkan rasa memiliki dan memperkecil resistensi terhadap perubahan (Pappas, 2020).

- b. **Pelatihan dan Dukungan:** Salah satu elemen penting dalam implementasi perubahan adalah memberikan pelatihan yang memadai kepada perawat mengenai keterampilan atau prosedur baru yang perlu diterapkan. Ini membantu mempercepat adaptasi dan mengurangi kesalahan yang mungkin terjadi (Williams & Thomas, 2021).
3. **Menelola Resistensi terhadap Perubahan**

Salah satu tantangan terbesar dalam manajemen perubahan adalah mengelola resistensi terhadap perubahan. Resistensi ini dapat muncul karena ketakutan terhadap hal baru, ketidakpastian mengenai perubahan, atau kenyamanan dengan cara lama.

 - a. **Identifikasi dan Penyelesaian Resistensi:** Pemimpin keperawatan perlu memiliki keterampilan dalam mengenali tanda-tanda resistensi dan meresponsnya dengan pendekatan yang tepat. Misalnya, perawat yang merasa cemas tentang teknologi baru mungkin membutuhkan pelatihan tambahan atau pendekatan yang lebih mendalam untuk memahami manfaat teknologi tersebut (Fitzgerald & O'Connor, 2019).
 - b. **Konikasi yang Efektif:** Salah satu cara untuk mengurangi resistensi adalah dengan memastikan adanya komunikasi yang jelas dan terbuka selama seluruh proses perubahan. Perawat perlu diberi pemahaman mengenai alasan di balik perubahan tersebut dan manfaat yang dapat diperoleh oleh pasien serta profesional kesehatan lainnya (Carney et al., 2022).
4. **Evaluasi dan Pemeliharaan Perubahan**

Setelah perubahan diterapkan, tahap selanjutnya adalah evaluasi dan pemeliharaan perubahan tersebut agar tetap efektif dalam jangka panjang. Evaluasi bertujuan untuk mengukur sejauh mana perubahan telah tercapai dan apakah tujuan perubahan telah tercapai.

 - a. **Evaluasi Keberhasilan Perubahan:** Melakukan evaluasi secara berkala untuk menilai hasil perubahan adalah

kunci untuk mengetahui apakah perubahan tersebut berhasil atau perlu disesuaikan. Evaluasi ini dapat dilakukan dengan menggunakan metrik kualitas, kepuasan pasien, atau pengukuran kinerja perawat setelah implementasi perubahan (Larson et al., 2023).

- b. **Pemeliharaan Perubahan:** Untuk memastikan perubahan tetap berkelanjutan, penting untuk membangun kebijakan dan prosedur yang mendukung perubahan tersebut. Pemeliharaan perubahan ini meliputi penyediaan dukungan berkelanjutan bagi perawat, serta pembaruan pelatihan atau prosedur yang relevan dengan kebutuhan perubahan yang telah diterapkan (Pappas, 2020).
5. **Peran Kepemimpinan dalam Manajemen Perubahan**
- Kepemimpinan yang efektif sangat penting dalam manajemen perubahan. Pemimpin keperawatan harus mampu menginspirasi, mendukung, dan mengarahkan tim perawat melalui proses perubahan yang sering kali penuh tantangan. Kepemimpinan yang baik akan membantu menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan dan memfasilitasi kolaborasi antara perawat dan tenaga medis lainnya.
- a. **Kepemimpinan Transformasional:** Pemimpin keperawatan yang menerapkan kepemimpinan transformasional dapat membantu merangsang motivasi intrinsik perawat dan mendorong mereka untuk berpartisipasi dalam perubahan yang bermanfaat bagi mereka dan pasien (Williams & Thomas, 2021).
 - b. **Pemimpin sebagai Agen Perubahan:** Pemimpin keperawatan harus bertindak sebagai agen perubahan yang dapat mengarahkan dan memberi dukungan kepada perawat selama proses perubahan berlangsung, serta memastikan bahwa perubahan tersebut sejalan dengan visi dan misi organisasi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Broussard, M., (2022). *Implementing Change in Nursing Practice: Organizational and Leadership Challenges*. *Journal of Nursing Administration*, 52(6), pp. 348-354. [https:// doi.org/10.1097 / NNA. 0000000000001161](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001161).
- Carney, M., Sweeney, D. and Brown, P. (2022) 'The Role of Nurses in Implementing Health System Changes', *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), pp. 1456-1463.
- Fitzgerald, M. and O'Connor, M. (2019) 'Managing Change in Healthcare: A Nursing Perspective', *International Journal of Nursing Studies*, 88, pp. 43-50.
- Larson, E., Murdock, C. and Jones, L. (2023) 'Exploring the Relationship Between Nurse Leadership and Organizational Change', *Nursing Management*, 50(1), pp. 22-30.
- Melynk, B.M., and Fineout-Overholt, E., (2020.) *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. 4th ed. Wolters Kluwer.
- Pappas, S. (2020) 'The Impact of Technological Advancements on Nursing Practice: A Review of Current Trends', *Journal of Nursing Practice*, 45(3), pp. 123-131.
- Sanda, M.A., and Wang, H., (2021). The Impact of Technological Advancements on Nursing Practice: A Systematic Review. *Journal of Nursing Management*, 29(5), pp. 1210-1219. [https:// doi.org/10.1111/jonm.13172](https://doi.org/10.1111/jonm.13172).
- Vaughan, M., McQueen, A., and Hughes, J., (2020). *Leading Change in Nursing Practice: From Research to Implementation*. Wiley-Blackwell.
- Williams, R. and Thomas, C. (2021) 'Adapting Nursing Education to Meet the Challenges of Global Health Changes', *Nursing Education Perspectives*, 42(4), pp. 258-263.
- Zeng, Y., Li, Q., and Li, M., (2020). *Patient-Centered Care in Nursing: Trends and Challenges*. *Nursing Research and Practice*, 2020, Article ID 7072163. <https://doi.org/10.1155/2020/7072163>.

BIODATA PENULIS



Ns. Irhamdi Achmad, S.Kep., M.Kep, Lahir di Banda Kabupaten Maluku Tengah Provinsi Maluku, 4 Agustus 1974. Mengawali pendidikan Keperawatan di Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Ambon lulus tahun 1996. Pada tahun 2001 melanjutkan pendidikan di PSIK Universitas Hasanudin Makassar lulus tahun 2004. Tahun 2005 melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2007. Menjadi dosen di Program studi Keperawatan Ambon tahun 2002-2008. Tahun 2009 sampai 2025 Dosen di Program Studi Keperawatan Masohi Poltekkes Kemenkes Maluku mengampuh mata kuliah Kepemimpinan dan manajemen keperawatan, hukum kesehatan dan etika keperawatan, patofisiologi, keperawatan medikal bedah. Penulis juga mengajar pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Maluku Husada. email: irhamdiachmad4@gmail.com.

BAB 16

Manajemen Mutu dalam Pelayanan Keperawatan

Herman J. Warouw, SKM., M.Kep

A. Pendahuluan

Manajemen mutu dalam pelayanan keperawatan merupakan elemen penting dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan dan daya saing organisasi. Dengan menerapkan prinsip-prinsip dan metode yang tepat, lembaga kesehatan dapat memastikan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan memenuhi standar kualitas yang tinggi dan berorientasi pada keselamatan serta kesejahteraan pasien. Tujuan dan sasaran lembaga dalam meningkatkan kualitas manajemen keperawatan untuk mewujudkan kepuasan pelanggan.

B. Manajemen Mutu Dalam Pelayanan Keperawatan

1. Pengertian

a. Manajemen Mutu

Manajemen mutu adalah pendekatan sistematis dalam mengelola dan meningkatkan kualitas produk atau layanan secara berkelanjutan. Menurut Malthis dan Jackson (2001), manajemen mutu adalah proses manajemen komprehensif yang berfokus pada perbaikan terus-menerus dalam aktivitas organisasi untuk meningkatkan kualitas produk dan layanan.

b. Manajemen Mutu Dalam Keperawatan

Manajemen mutu dalam pelayanan keperawatan adalah pendekatan sistematis untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan melalui perencanaan, pengendalian, dan peningkatan berkelanjutan. Menurut Donabedian (1988), mutu pelayanan kesehatan dapat diukur berdasarkan struktur, proses, dan hasil yang mencerminkan efektivitas layanan keperawatan.

2. Dimensi Mutu

Pemberian jasa pelayanan yang bermutu dapat diukur dengan adanya dimensi mutu pelayanan yang menjadi tolak ukur institusi dalam pengembangan mutu pelayanan.

Terdapat 10 dimensi potensial yang saling melengkapi yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988) yang menentukan mutu jasa/pelayanan, sebagai berikut:

a. *Tangible* (nyata/berwujud)

Merupakan wujud fisik yang ditampilkan oleh pihak organisasi pelayanan keperawatan. Wujud fisik tersebut antara lain gedung, ruang perawatan, fasilitas, peralatan dan tampilan perawatnya.

b. *Reliability* (kehandalan)

Kehandalan di sini mencakup performance (kinerja), dan dependability (kemampuan untuk dipercaya), serta dapat memenuhi janji yang ditawarkan dalam memberikan pelayanan.

c. *Responsiveness* (cepat tanggap)

Tanggap artinya, kesigapan dalam merespon dan memberikan pelayanan keperawatan yang dibutuhkan oleh para pelanggan (pasien, keluarga, dan masyarakat).

d. *Competence* (kompetensi)

Kemampuan kognitif (pengetahuan) dan skill (keterampilan) yang baik tentang produk jasa yang ditawarkan (pelayanan keperawatan) kepada pelanggan (pasien, keluarga, dan masyarakat).

e. *Access* (kemudahan)

Kemudahan dalam menjangkau layanan (mudah dihubungi, mudah ditemui). Hal ini dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas, jarak lokasi, system informasi yang mudah diakses oleh pelanggan.

f. *Courtesy* (keramahan)

Keramahan tidak hanya dilakukan pada saat perawat terlibat kontak/ berhubungan yang saling berhadapan dengan pasien, tetapi pada saat komunikasi lewat telepon pun perilaku ini harus selalu dijaga.

g. *Communication* (komunikasi)

Komunikasi merupakan unsur yang sangat penting dan menentukan keberhasilan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Mendengarkan keluhan pasien, memberikan perhatian dengan menyapa,

mempertahankan kontak mata merupakan keterampilan komunikasi yang penting dimiliki oleh perawat.

h. *Credibility* (kepercayaan)

Perawat sebagai customer service harus jujur dalam setiap tindakan, mampu memberikan pelayanan yang terbaik dan terpercaya. Selain itu, kredibilitas seorang perawat juga dapat dinilai dari unsure prestasi dan reputasinya

i. *Security* (keamanan)

Memberikan rasa aman dan nyaman bagi pelanggan (pasien) dari suatu risiko. Dalam pelayanan keperawatan, rasa aman nyaman ini dapat diberikan kepada pasien pada saat perawat berperan sebagai advocad (memberikan perlindungan).

j. *Understanding or Knowing the Customer*

Sebagai perawat yang dapat memberikan pelayanan berkualitas, tentu mereka harus paham atas kebutuhan dan keinginan pasiennya.

3. Prinsip-Prinsip Manajemen Mutu dalam keperawatan Menurut Tjiptono (2000), terdapat beberapa prinsip utama dalam manajemen mutu yang dapat diterapkan dalam pelayanan keperawatan:

a. Fokus pada Pasien

Pelayanan keperawatan harus berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pasien. Menurut Aiken et al. (2002), kepuasan pasien berkorelasi dengan kualitas perawatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan.

b. Kepemimpinan yang Kuat

Pemimpin dalam keperawatan harus mampu menciptakan budaya mutu dan mendorong perawat untuk berpartisipasi dalam peningkatan kualitas layanan (Marquis & Huston, 2017).

c. Pendekatan Berbasis Proses

Setiap aspek pelayanan keperawatan harus dipandang sebagai bagian dari proses yang lebih besar untuk memastikan efisiensi dan efektivitas (Juran, 1992).

d. Peningkatan Berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement-CQI*)

Mutu pelayanan keperawatan harus selalu ditingkatkan melalui evaluasi dan inovasi berkelanjutan (Deming, 1986).

- e. Pengambilan Keputusan Berbasis Data
Keputusan dalam manajemen mutu harus didasarkan pada analisis data dan bukti ilmiah untuk meningkatkan efektivitas layanan (Ishikawa, 1985).
 - f. Keterlibatan Seluruh Tim Keperawatan
Semua anggota tim keperawatan harus berpartisipasi dalam upaya peningkatan mutu, termasuk dalam pelatihan dan pengembangan profesional (Crosby, 1979).
4. Model Manajemen Mutu
- Model manajemen mutu dalam keperawatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan, kepuasan pasien, dan efisiensi operasional. Berbagai model telah dikembangkan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Berikut adalah beberapa model utama:
- a. *Total Quality Management (TQM)*
Total Quality Management merupakan pendekatan manajemen yang berfokus pada peningkatan kualitas secara berkelanjutan dengan melibatkan seluruh organisasi. Menurut Deming (1986), prinsip utama TQM meliputi fokus pada pelanggan, perbaikan berkelanjutan, dan keterlibatan seluruh tim.
 - b. *Six Sigma*
Six Sigma adalah metode berbasis statistik yang bertujuan untuk mengurangi cacat dan meningkatkan efisiensi dalam pelayanan keperawatan. Model ini menggunakan pendekatan DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control) untuk meningkatkan mutu layanan (Pyzdek & Keller, 2014).
 - c. *Lean Healthcare*
Lean Healthcare berfokus pada pengurangan pemborosan dalam proses pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas. Menurut Womack & Jones (1996), prinsip utama Lean adalah mengidentifikasi nilai, menghilangkan pemborosan, dan meningkatkan aliran kerja.
 - d. ISO 9001 dalam Keperawatan
ISO 9001 adalah standar internasional yang menetapkan persyaratan sistem manajemen mutu. Implementasi ISO 9001 dalam keperawatan membantu memastikan bahwa layanan yang diberikan memenuhi standar kualitas yang tinggi (ISO 9001:2015).

- e. Model Malcolm Baldrige
Model Malcolm Baldrige digunakan untuk mengevaluasi dan meningkatkan kinerja organisasi berdasarkan kepemimpinan, strategi, pelanggan, pengukuran, analisis, dan manajemen pengetahuan (Hidayat et al., 2015).
5. Implementasi Manajemen Mutu dalam Organisasi
Dalam Implementasi manajemen mutu mengikuti beberapa langkah sebagai berikut:
 - a. Perencanaan Mutu
Menentukan standar dan tujuan kualitas yang ingin dicapai.
 - b. Pengendalian Mutu
Memantau dan mengevaluasi proses untuk memastikan kesesuaian dengan standar.
 - c. Jaminan Mutu
Menyediakan mekanisme untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan memenuhi persyaratan atau standar yang telah ditetapkan.
 - d. Peningkatan Mutu
Mengidentifikasi dan menerapkan perbaikan berkelanjutan dalam proses organisasi.
6. Standar Mutu Pelayanan Keperawatan
Standar mutu pelayanan keperawatan mencakup aspek keselamatan pasien, kepuasan pasien, efektivitas layanan, dan efisiensi sumber daya. Di Indonesia, standar mutu pelayanan keperawatan diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/425/2020, yang mencakup standar kompetensi dan kode etik profesi perawat.
Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan
Beberapa indikator yang digunakan untuk menilai mutu pelayanan keperawatan seperti:
 - a. Keselamatan pasien
Pencegahan kesalahan medis dan peningkatan keamanan dalam prosedur keperawatan.
 - b. Kepuasan pasien
Evaluasi terhadap pengalaman pasien dalam menerima layanan keperawatan.
 - c. Efisiensi layanan
Optimalisasi sumber daya untuk meningkatkan efektivitas pelayanan.

- d. Kepatuhan terhadap standar prosedur
Penggunaan protokol yang telah ditetapkan dalam praktik keperawatan.
7. Faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Keperawatan
Mutu pelayanan keperawatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kompetensi tenaga keperawatan, komunikasi, standar pelayanan, dukungan manajemen, serta kepuasan pasien. Dengan menerapkan strategi peningkatan mutu yang tepat, institusi kesehatan dapat memastikan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan memenuhi standar dan berorientasi pada keselamatan serta kesejahteraan pasien.
Terdapat beberapa faktor utama yang mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan menurut Azwar (2015), seperti:
 - a. Kompetensi dan Keterampilan Tenaga Keperawatan
Mutu pelayanan sangat bergantung pada kompetensi tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar profesi (Aiken et al., 2002).
 - b. Komunikasi dalam Pelayanan
Komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien berkontribusi terhadap kepuasan pasien dan keberhasilan terapi (Kodim, 2015).
 - c. Standar dan Protokol Pelayanan
Adanya standar operasional prosedur (SOP) yang jelas membantu tenaga keperawatan dalam memberikan layanan yang konsisten dan berkualitas (Setiawan, 2015).
 - d. Dukungan Manajemen dan Lingkungan Kerja
Lingkungan kerja yang kondusif, termasuk dukungan dari manajemen rumah sakit, berpengaruh terhadap motivasi dan kinerja tenaga keperawatan (Marquis & Huston, 2017).
 - e. Ketersediaan Sumber Daya dan Fasilitas
Menurut Donabedian (1988), Ketersediaan alat medis, teknologi, dan fasilitas kesehatan yang memadai sangat penting dalam menunjang mutu pelayanan keperawatan.
 - f. Kepuasan dan Partisipasi Pasien
Pasien yang merasa puas dengan pelayanan keperawatan cenderung lebih kooperatif dalam proses penyembuhan (Leboeuf, 2007).

8. Peran Tenaga Keperawatan dalam Manajemen Mutu
Dalam manajemen mutu, tenaga keperawatan memiliki peran krusial dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan. Berikut adalah beberapa peran perawat yaitu:
 - a. Pelaksana Asuhan Keperawatan
Perawat bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar dan prosedur yang telah ditetapkan (Marquis & Huston, 2017).
 - b. Pendidik dan Konselor Pasien
Perawat berperan dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi kesehatan serta tindakan yang harus dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup (Aiken et al., 2002).
 - c. Pengawas dan Evaluator Mutu
Perawat bertanggung jawab dalam melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Setiawan, 2015).
 - d. Pemimpin dalam Tim Keperawatan
Perawat senior atau kepala ruangan memiliki peran dalam mengelola tim keperawatan dan memastikan bahwa standar mutu diterapkan secara konsisten (Pratiwi et al., 2025).
 - e. Pengambil Keputusan Berbasis Data
Perawat menggunakan data dan bukti ilmiah dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan mutu pelayanan (Ishikawa, 1985).
 - f. Advokat Keselamatan Pasien
Perawat berperan dalam memastikan keselamatan pasien dengan menerapkan protokol pencegahan kesalahan medis dan meningkatkan kepatuhan terhadap standar keselamatan (Donabedian, 1988).
9. Tantangan dalam Penerapan Manajemen Mutu
Penerapan manajemen mutu sering menghadapi berbagai tantangan yang dapat menghambat efektivitasnya. Berikut adalah beberapa tantangan dalam penerapan manajemen mutu layanan keperawatan seperti:
 - a. Resistensi terhadap Perubahan
Banyak organisasi menghadapi hambatan dari karyawan yang enggan mengubah cara kerja mereka. Menurut Kotter (1996), resistensi terhadap perubahan dapat terjadi

karena ketidakpastian, kurangnya pemahaman, atau ketakutan akan kegagalan.

- b. Kurangnya Komitmen Manajemen
Dukungan dari manajemen puncak sangat penting dalam penerapan manajemen mutu. Tanpa komitmen yang kuat, implementasi sistem mutu seperti ISO 9001 dapat mengalami kesulitan (ISO 9001:2015).
- c. Kompleksitas Standar dan Regulasi
Standar mutu seperti ISO 9001 atau Six Sigma sering kali dianggap kompleks dan sulit dipahami oleh seluruh anggota organisasi (Pyzdek & Keller, 2014).
- d. Keterbatasan Sumber Daya
Implementasi manajemen mutu membutuhkan investasi dalam pelatihan, teknologi, dan tenaga kerja. Keterbatasan sumber daya dapat menghambat efektivitas penerapan (Deming, 1986).
- e. Koordinasi Antar Departemen
Manajemen mutu melibatkan berbagai departemen dalam organisasi. Kurangnya koordinasi dapat menyebabkan ketidakseimbangan dalam penerapan standar mutu (Donabedian, 1988).
- f. Kurangnya Pemahaman tentang Manfaat Jangka Panjang
Tidak semua karyawan memahami manfaat jangka panjang dari penerapan manajemen mutu, sehingga motivasi mereka untuk terlibat aktif menjadi rendah (Crosby, 1979).

10. Strategi Mengatasi tantangan Dalam Penerapan Mutu

Terdapat beberapa strategi yang dapat diterapkan untuk mengatasi tantangan dalam penerapan manajemen mutu, seperti:

- a. Pelatihan dan edukasi untuk meningkatkan pemahaman karyawan tentang manfaat manajemen mutu.
- b. Keterlibatan manajemen puncak dalam menetapkan tujuan dan mengalokasikan sumber daya.
- c. Penggunaan teknologi untuk meningkatkan efisiensi dalam pemantauan dan evaluasi mutu.
- d. Pendekatan berbasis data untuk memastikan keputusan yang diambil didasarkan pada bukti ilmiah.

11. Evaluasi Mutu Pelayanan Keperawatan

Evaluasi mutu pelayanan keperawatan merupakan bagian yang penting dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Dengan melakukan evaluasi mutu yang tepat,

institusi kesehatan dapat memastikan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan memenuhi standar dan berorientasi pada keselamatan dan kepuasan pelanggan.

Evaluasi mutu pelayanan keperawatan adalah proses sistematis untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan kualitas layanan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

a. Indikator Evaluasi Mutu Pelayanan Keperawatan

Beberapa indikator yang digunakan dalam evaluasi mutu pelayanan keperawatan yaitu:

- 1) Keselamatan pasien
Pencegahan kesalahan medis dan peningkatan keamanan dalam prosedur keperawatan.
- 2) Kepuasan pasien
Evaluasi terhadap pengalaman pasien dalam menerima layanan keperawatan.
- 3) Efisiensi layanan
Optimalisasi sumber daya untuk meningkatkan efektivitas pelayanan.
- 4) Kepatuhan terhadap standar prosedur
Penggunaan protokol yang telah ditetapkan dalam praktik keperawatan.

b. Metode Evaluasi Mutu Dalam Keperawatan

- 1) Evaluasi mutu dalam pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan berbagai metode, seperti:
- 2) Audit Keperawatan
Menilai kepatuhan perawat terhadap standar operasional prosedur (SOP) yang telah ditetapkan.
- 3) Survei Kepuasan Pasien
Menggunakan kuesioner untuk mengukur pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan selama dirawat.
- 4) Observasi Langsung
Memantau pelaksanaan praktik keperawatan secara langsung di fasilitas kesehatan.
- 5) Analisis Data Klinis
Menggunakan data statistik untuk mengevaluasi efektivitas layanan yang dilakukan oleh perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Avedis, D. (1992). *Evaluating the Quality of Medical Care*. Milbank Quarterly.
- Azwar, S. (2015). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Medika.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press.
- Donabedian, A. (1988). *The quality of care: How can it be assessed?* *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Hidayat, A. A., Supriyanto, S., & Nursalam. (2015). *Model Sistem Manajemen Mutu Berdasarkan Kriteria Malcolm Baldrige pada Pendidikan Keperawatan di Kota Surabaya*. *Jurnal Ners*.
- Ishikawa, K. (1985). *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. Prentice Hall.
- ISO 9001:2015. (2015). *Quality Management Systems – Requirements*. International Organization for Standardization.
- Juran, J. M. (1992). *Juran on Quality by Design: The New Steps for Planning Quality into Goods and Services*. Free Press.
- Kodim, H. (2015). *Komunikasi dalam Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Gramedia.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business Review Press.
- Leboeuf, M. (2007). *The Five Dimensions of Quality in Healthcare*. New York: McGraw-Hill.
- Malthis, R., & Jackson, J. (2001). *Total Quality Management: Principles and Practices*. New York: McGraw-Hill.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). *Seroqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

- Pratiwi, A., Hidayat, A. A., & Agustin, R. (2025). *Implementasi Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Keperawatan melalui Kepemimpinan Mutu Kepala Ruangan*. Universitas Muhammadiyah Surabaya.
- Pyzdek, T., & Keller, P. (2014). *The Six Sigma Handbook*. McGraw-Hill.
- Setiawan, H. (2015). *Standar Mutu Pelayanan Keperawatan*. Academia.edu.
- Tjiptono, F., & Diana, R. (2000). *Manajemen Mutu: Konsep dan Implementasi*. Jakarta: Gramedia.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (1996). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. Simon & Schuster.

BIODATA PENULIS



Herman J. Warouw, SKM., M.Kep lahir di Lembean, pada 9 Juni 1964. Menyelesaikan pendidikan D. III di Akper Dep. Kes Manado, Tahun 1986, S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar, Tahun 1994 dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, tahun 2009. Pernah sebagai Ketua IPKKI Prov Sulut, Wakil Ketua IPKKI Prov. Sulut periode 2019-2024 dan sebagai Dewan Pakar IPKKI Prov. Sulut periode 2024-2029. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 17

Pelaksanaan Discharge Planning dalam Keperawatan

Ns Mila Triana Sari, M.Kep

A. Pendahuluan

Discharge planning atau perencanaan pulang adalah komponen kunci dalam sistem kesehatan saat ini, terutama dalam konteks keperawatan, yang bertujuan memastikan pasien dapat bertransisi dengan aman setelah keluar dari rumah sakit. Proses ini tidak hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga mencakup kebutuhan sosial dan dukungan pasien, yang membutuhkan pendekatan interdisipliner dengan melibatkan berbagai profesional kesehatan, termasuk perawat, dokter, dan tim kesehatan lain.

Perawat memiliki peran penting dalam *discharge planning* karena sebagian besar yang melaksanakan *discharge planning* adalah perawat. *Discharge planning* merupakan proses berkesinambungan yang dilakukan perawat untuk mempersiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap dari rumah sakit ke rumah atau fasilitas lain. Ini penting untuk memastikan pasien tetap sehat dan tidak kembali ke rumah sakit tanpa alasan (P. Patel dan S. Bechmann, 2025). *Discharge planning* bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, memastikan perawatan berlanjut, dan mengurangi beban finansial sistem kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa perencanaan yang baik dapat menurunkan risiko *readmisi*, terutama pada pasien lanjut usia.

B. Konsep Discharge Planning dalam Keperawatan

1. Pengertian *Discharge Planning*

Discharge planning adalah perencanaan pulang yang dilakukan secara sistematis sejak pasien masuk rumah sakit hingga waktu kepulangan, untuk memastikan bahwa pasien dan keluarganya memahami perawatan lanjutan, pengobatan, dan kontrol kesehatan di rumah atau fasilitas lain (Nursalam, 2015).

Discharge planning adalah suatu mekanisme untuk memberikan asuhan keperawatan secara terus-menerus, memberikan informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pasien pulang, melaksanakan evaluasi dan mengarahkan untuk perawatan diri sendiri (Rofi, 2022).

Dalam konteks fasilitas perawatan lanjut, (*Center for Medicare Advocacy*, 2025) mendefinisikan *discharge planning* sebagai proses penilaian kebutuhan perawatan berkelanjutan pasien dan pengembangan rencana untuk memastikan kebutuhan tersebut terpenuhi setelah kembali ke komunitas. Definisi ini menekankan pentingnya perencanaan yang terstruktur untuk mendukung hak pasien, khususnya penerima *Medicare*, dalam transisi yang aman dan terkoordinasi.

2. Tujuan dalam Discharge Planning

Berikut tujuan *discharge planning* dalam keperawatan:

- a. Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien: Dengan memastikan kontinuitas perawatan dan mengurangi komplikasi serta readmisi yang tidak direncanakan, *discharge planning* bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien
- b. Mengurangi Biaya Kesehatan: Dengan mengurangi readmisi dan komplikasi, *discharge planning* membantu mengurangi beban finansial pada sistem kesehatan.
- c. Meningkatkan Kepuasan Pasien: *Discharge planning* yang efektif dapat meningkatkan kepuasan pasien dengan memastikan mereka merasa siap dan didukung saat keluar rumah sakit.

- d. Mengurangi Lama Rawat Inap: Dengan merencanakan discharge yang baik, pasien dapat keluar rumah sakit lebih cepat tanpa mengorbankan keselamatan mereka, terutama untuk pasien yang rentan.
 - e. Mengurangi Risiko Readmisi: Salah satu tujuan utama adalah mengurangi risiko pasien kembali dirawat inap dalam waktu singkat setelah discharge, yang penting untuk efisiensi sistem kesehatan.
 - f. Mendidik Pasien dan Keluarga: Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang cara merawat diri di rumah, termasuk pengelolaan obat-obatan, perawatan luka, dan penggunaan alat kesehatan, untuk memastikan mereka siap menghadapi tantangan pasca-discharge.
 - g. Mengoordinasikan Layanan Komunitas: Mengatur rujukan ke layanan pasca-*discharge*, seperti perawatan di rumah, terapi fisik, atau layanan sosial, untuk mendukung pemulihan pasien.
 - h. Meningkatkan Komunikasi: Memastikan komunikasi yang efektif antara tim kesehatan, pasien, dan keluarga untuk menyampaikan rencana discharge dengan jelas, yang penting untuk keberhasilan transisi.
 - i. Memenuhi Standar dan Regulasi: Memastikan bahwa discharge planning memenuhi kebijakan rumah sakit, standar akreditasi, dan regulasi nasional.
3. Manfaat dalam Discharge Planning

Berikut manfaat dalam *Discharge Planning* berdasarkan (*Center for Medicare Advocacy, 2025*):

- a. Mengurangi Risiko Readmisi: *Discharge planning* menurunkan tingkat readmisi pasien, terutama untuk pasien dengan kondisi kronis.
- b. Mengurangi Lama Rawat Inap: Proses ini memperpendek lama rawat inap meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya rumah sakit.
- c. Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien: Mengurangi komplikasi pasca-*discharge*, terutama untuk pasien lansia, sehingga meningkatkan kesejahteraan mereka.

- d. Mengurangi Beban Finansial Sistem Kesehatan: Berpotensi menurunkan biaya dengan mengurangi readmisi.
 - e. Meningkatkan Keselamatan Pasien: Mengurangi kesalahan medis selama transisi perawatan, periode rentan bagi pasien, melalui rencana discharge yang rinci.
 - f. Mendukung Keluarga dan Pengasuh: Memberikan edukasi kepada keluarga untuk membantu perawatan di rumah, meningkatkan dukungan sosial pasien.
 - g. Memenuhi Standar dan Regulasi: Memastikan kepatuhan terhadap regulasi, seperti persyaratan Medicare, melindungi pasien dan penyedia layanan dengan instruksi discharge yang jelas.
 - h. Membantu kemandirian dan kesiapan pasien dalam melakukan perawatan dirumah
4. Jenis-jenis dalam Discharge Planning

Berdasarkan (*Gonçalves-Bradley et all, 2022*) Discharge planning dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis utama, yang masing-masing memiliki karakteristik dan tujuan spesifik sebagai berikut:

- a. Pulang Sementara atau cuti (*Temporary Discharge*): Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.
- b. Pulang Mutlak (*Absolute Discharge*): Jenis ini menandai akhir hubungan pasien dengan rumah sakit. Pasien dinyatakan telah mencapai perbaikan kesehatan signifikan dan dapat berfungsi optimal di masyarakat. Namun, jika pasien perlu kembali, mereka harus melalui prosedur rawat inap baru, menandakan hubungan dengan rumah sakit benar-benar berakhir.
- c. Pulang Paksa (*Forced Discharge*): Disebut juga *judicial discharge*, jenis ini terjadi ketika pasien dipulangkan meskipun kondisi kesehatannya belum memungkinkan, sering karena faktor eksternal seperti permintaan keluarga atau alasan hukum, seperti untuk tahanan. Dalam kasus ini, pasien tetap dipantau melalui kerjasama dengan puskesmas ataupun rumah sakit.

5. Prinsip Implementasi dalam Discharge Planning

Berikut prinsip Implementasi dalam *Discharge Planning* berdasarkan beberapa sumber (Gonçalves-Bradley et al. 2022, Patel, P., & Bechmann, 2025)

a. Perencanaan Individu dan Komprehensif

Rencana harus disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien, mempertimbangkan kondisi medis, kemampuan fisik dan psikologis, serta dukungan sosial. Penilaian menyeluruh, termasuk penilaian rumah, dilakukan untuk menentukan perawatan pasca-pulang yang tepat.

b. Sejak Awal dan Tinjau Secara Berkala

Perencanaan dimulai secepat mungkin, idealnya sebelum atau saat masuk untuk perawatan elektif, dan menggunakan sistem yang kuat untuk perawatan darurat. Rencana manajemen klinis dibuat dalam 24 jam pertama dan ditinjau harian, dengan tanggal perkiraan pulang ditetapkan dalam 48 jam.

c. Kerja Sama Tim Multidisiplin

Melibatkan berbagai profesional kesehatan seperti dokter, perawat, terapis, pekerja sosial, dan manajer kasus untuk koordinasi yang efektif. Komunikasi dan kolaborasi antar tim sangat penting untuk menghindari tumpang tindih.

d. Keterlibatan Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga aktif terlibat untuk memastikan mereka memahami rencana dan siap untuk perawatan pasca-pulang. Instruksi yang jelas, baik lisan maupun tertulis, diberikan mengenai obat, janji tindak lanjut, dan tanda-tanda komplikasi.

e. Fokus pada Hasil dan Kualitas

Tujuan utama adalah mengurangi tingkat readmisi dan meningkatkan kualitas hidup pasien melalui discharge planning yang efektif. Pastikan rencana mencakup pengaturan untuk perawatan tindak lanjut dan akses ke layanan yang diperlukan.

f. Menangani Tantangan dan Variabilitas

Mengakui kompleksitas discharge planning dan berusaha untuk standardisasi sambil memprioritaskan

keselamatan pasien dan hasil klinis. Adaptasi proses untuk populasi pasien yang berbeda, seperti lansia atau mereka dengan kebutuhan medis kompleks.

6. Unsur Discharge Planning
 - a. Pasien Masuk Rumah Sakit:
 - 1) Penerimaan & Orientasi Awal: Pasien disambut, diorientasi ruangan, dan diperkenalkan pada staf/lingkungan.
 - 2) Pengkajian Keperawatan: Evaluasi awal kondisi pasien oleh perawat.
 - b. Pasien Selama Dirawat:
 - 1) Pemeriksaan & Asuhan: Dilakukan pemeriksaan medis dan perawatan keperawatan.
 - 2) Edukasi Kesehatan: Pasien dan keluarga diedukasi tentang penyakit, perawatan, obat, diet, aktivitas, dan kontrol.
 - 3) Dilakukan oleh: Perawat, Dokter, & Tim Kesehatan Lain.
 - c. Pasien Keluar Rumah Sakit:

Perencanaan Pulang: Persiapan untuk kepulangan pasien.
 - d. Program *Health Education*:

Panduan Perawatan di Rumah: Informasi tentang pengobatan, nutrisi, aktivitas/istirahat, dan perawatan mandiri.
 - e. Penyelesaian Administrasi:
 - 1) Pengurusan dokumen/biaya terkait kepulangan.
 - 2) Monitoring Pasca-Pulang:
 - 3) Pengawasan berlanjut oleh petugas kesehatan dan keluarga untuk memastikan kepatuhan dan pemulihan.
7. Keterampilan yang dibutuhkan dalam Discharge Planning
 - a. Keterampilan Penilaian
Perawat harus memiliki kemampuan untuk menilai kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial pasien secara menyeluruh. Ini mencakup penilaian kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, seperti

mobilitas, persiapan makanan, dan kebersihan, serta situasi rumah mereka untuk memastikan lingkungan yang aman dan mendukung pemulihan (P. Patel dan S. Bechmann, 2025). pentingnya menilai kemampuan fisik pasien untuk mengikuti instruksi dan melakukan aktivitas sehari-hari, serta mengevaluasi sistem dukungan untuk perawatan tindak lanjut. Penilaian ini juga mencakup aspek psikologis, seperti kemampuan pasien untuk memahami rencana keluar, yang sangat penting untuk pasien dengan kondisi kompleks.

a. Komunikasi dan Kolaborasi

Komunikasi yang efektif adalah kunci dalam *discharge planning*, karena perawat harus bekerja sama dengan tim interprofesional, termasuk dokter, terapis, pekerja sosial, manajer kasus, pengasuh, dan perusahaan asuransi. *Nursing Times* menekankan bahwa komunikasi dengan tim multidisiplin (MDT) dan keluarga pasien sangat penting untuk mengelola ekspektasi dan memastikan semua pihak memahami rencana keluar (Kadushin, G., & Kulys, R, 1993). kolaborasi yang baik memengaruhi kualitas perawatan, Perawat mampu menyampaikan rencana dengan jelas kepada pasien dan penyedia layanan, yang sering kali melibatkan serangkaian pertemuan untuk menjelaskan detail seperti jadwal tindak lanjut atau perubahan obat-obatan.

b. Koordinasi Perawatan

Koordinasi perawatan adalah keterampilan penting lainnya, di mana perawat bertanggung jawab untuk mengatur rujukan ke layanan pasca-keluar, seperti perawatan di rumah, fasilitas rehabilitasi, atau perawatan jangka panjang. perawat harus memastikan pasien memiliki informasi dan alat yang diperlukan, seperti alat medis di rumah (Gonçalves-Bradley et al. 2022).

c. Pendidikan pasien

Edukasi pasien dan keluarga adalah keterampilan kritis untuk memastikan pasien dapat merawat diri sendiri setelah pulang. Perawat harus mengajarkan cara

mengelola obat-obatan, merawat luka, menggunakan alat medis seperti Tensi. pentingnya mengajarkan anggota keluarga untuk melakukan prosedur sederhana, seperti membungkus luka atau membaca hasil Tensi untuk mendukung perawatan pasien di rumah (Gonçalves-Bradley et al. 2022). Pendidikan ini membantu mengurangi risiko readmisi dengan memastikan pasien siap menghadapi tantangan pasca-keluar.

d. Pengambilan Keputusan

Perawat harus memiliki keterampilan pengambilan keputusan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan membuat rencana keluar yang sesuai, terutama untuk kasus kompleks. perawat sering kali memimpin keputusan keluar harian, terutama dalam konteks layanan komunitas selama tujuh hari, dan harus mampu menangani kasus kompleks seperti masalah pendanaan, perubahan tempat tinggal, atau kebutuhan yang meningkat (Kadushin, G., & Kulys, R, 1993).

e. Dokumentasi

Dokumentasi yang akurat dan lengkap tentang rencana keluar sangat penting untuk menjaga kontinuitas perawatan dan memenuhi persyaratan hukum serta akreditasi. okumentasi ini memfasilitasi komunikasi dengan penyedia layanan lain dan memastikan rencana keluar dapat diakses oleh semua pihak yang terlibat (P. Patel dan S. Bechmann, 2025). Membantu mengurangi kesalahan dan meningkatkan efisiensi (Kadushin, G., & Kulys, R, 1993).

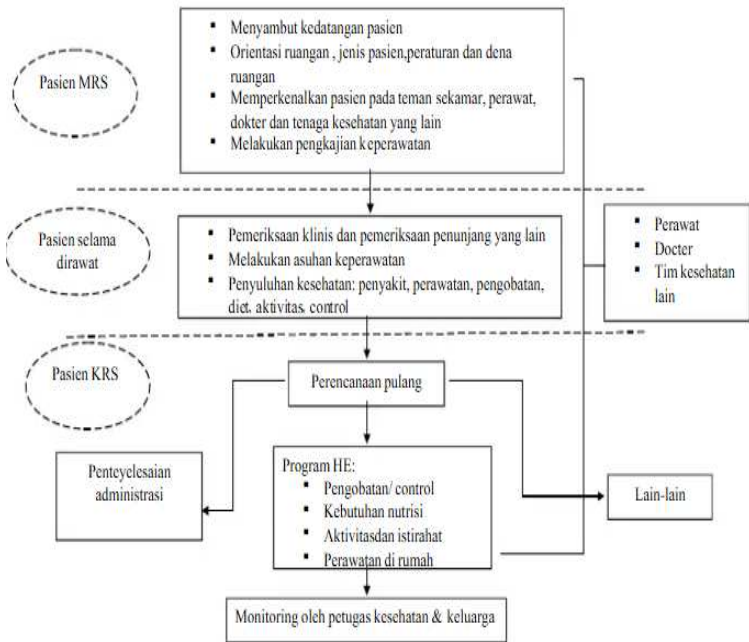
f. Manajemen Waktu

perawat harus mampu mengelola waktu dengan efisien untuk memastikan proses keluar dilakukan tepat waktu. pentingnya mengembangkan rencana manajemen klinis yang membutuhkan keterampilan manajemen waktu yang baik (Kadushin, G., & Kulys, R, 1993). Keterampilan ini membantu mengurangi keterlambatan keluar dan meningkatkan efisiensi sistem kesehatan.

8. Alur Discharge Planning

Pelaksanaan *Discharge Planning* dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, apabila ada alur yang jelas sebagai pedoman. Berikut merupakan model alur dalam *Discharge Planning* menggambarkan sebuah siklus pelayanan pasien yang komprehensif, mulai dari kedatangan pasien, selama perawatan, persiapan pulang, hingga monitoring setelah pulang.

Gambar 1. Alur Discharge Planning



Penekanan kuat terlihat pada edukasi pasien dan keterlibatan keluarga untuk memastikan keberlanjutan perawatan dan pemulihan pasien.

9. Keuntungan Discharge Planning

Berikut keuntungan yang diperoleh bagi pasien dan perawat dalam Discharge Planning:

a. Bagi pasien

- 1) Dapat memenuhi kebutuhan pasien.

- 2) Merasakan bahwa dirinya adalah bagian dari proses perawatan sebagai bagian yang aktif dan bukan objek yang tidak berdaya.
 - 3) Merasa nyaman untuk kelanjutan perawatannya dan memperoleh support, sebelum timbulnya masalah.
 - 4) Dapat memilih prosedur perawatannya.
 - 5) Mengerti apa yang terjadi pada dirinya dan mengetahui siapa yang dapat dihubungnya.
- b. Bagi Perawat
- 1) Merasakan bahwa keahliannya di terima dan dapat digunakan.
 - 2) Memahami perannya dalam system.
 - 3) Dapat mengembangkan keterampilan dalam prosedur baru.
 - 4) Memiliki kesempatan untuk bekerja dalam setting yang berbeda dan cara yang berbeda.
 - 5) Bekerja dalam suatu system dengan efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Bench, S. (2013, January 17). The key principles of effective discharge planning. *Nursing Times*.
<https://www.nursingtimes.net/leadership/the-key-principles-of-effective-discharge-planning-17-01-2013/>
- Center for Medicare Advocacy. (2025). Discharge planning.
<https://medicareadvocacy.org/medicare-info/discharge-planning/>
- DeVries, J. H., & Berlet, D. (2023). Discharge planning. In StatPearls. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557819/>
- Family Caregiver Alliance. (n.d.). Hospital discharge planning: A guide for families and caregivers.
<https://www.caregiver.org/resource/hospital-discharge-planning-guide-families-and-caregivers/>
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2022). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(2), Article CD000313.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>
- Kadushin, G., & Kulys, R. (1993). Discharge planning revisited: What do social workers actually do in discharge planning? *Social Work*, 38(6), 713–726.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8256143/>
- NurseTogether Editorial Team. (2019, November 25). Patient care: The nurse's role in discharge planning. NurseTogether.
<https://www.nursetogether.com/patient-care-nurses-role-discharge-planning/>
- Patel, P., & Bechmann, S. (2025). Discharge planning. In StatPearls. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557819/>
- Rofi'I, M., (2022). Discharge Planning pada Pasien di Rumah Sakit. Undip Press. Semarang.

BIODATA PENULIS



(Ns. Mila Triana Sari, M. Kep)

Lahir di Jambi. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang SI pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Andalas tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2009. Riwayat pekerjaan diawali sejak tahun 1995 di Akper Baiturrahim Jambi, tahun 2025 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baiturrahim. Saat ini penulis bekerja di Universitas Baiturrahim Jambi, mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Metodologi Penelitian, Keperawatan Keluarga, Kewirausahaan, dan Pelayanan Prima. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi, yaitu sebagai pengajar, melakukan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat, juga publikasi ilmiah pada jurnal nasional, internasional dan seminar Nasional dan Internasional baik sebagai peserta maupun pembicara. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: milatrianasari73@gmail.com

BAB 18

Pelaksanaan Ronde Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit

Sukma Yunita.,S.Kep.,Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Rumah Sakit merupakan suatu sarana kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan. Dalam rangka meningkatkan kualitas jasa kesehatan, kualitas pelayanan, dan kepuasan pasien menjadi indikator keberhasilan penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit. Ronde keperawatan dan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bagian dari kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit (Rohita & Yetti, 2017).

Ronde keperawatan adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat dengan pasien atau keluarga terlibat aktif dalam diskusi dengan membahas masalah keperawatan serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan (Saleh, 2012:1). Ronde keperawatan akan memberikan media bagi perawat untuk membahas lebih dalam masalah dan kebutuhan klien serta merupakan suatu proses belajar bagi perawat dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor, kepekaan dan cara berpikir kritis perawat akan tumbuh dan terlatih melalui suatu transfer pengetahuan dan pengaplikasian konsep teori kedalam praktik keperawatan.

Ronde keperawatan merupakan strategi yang efektif dalam memulai banyak perubahan dalam aspek keperawatan, terutama dalam meningkatkan komunikasi diantara anggota tim terkait interaksi antar perawat (Fabry,2015). Ronde

keperawatan juga berguna dalam pengembangan praktek klinik, evidence-based care, dan pemahaman pasien terhadap kondisi yang dialami. Ronde keperawatan dapat meningkatkan otonomi perawat, sehingga kepuasan kerja perawat akan meningkat (Weissand Tappen, 2015). Ronde keperawatan dirancang untuk meningkatkan otonomi perawat, ikut terlibat dalam pengambilan keputusan, hubungan profesional dengan pelayanan kesehatan lainnya, dan penggunaan evidence-based care untuk meningkatkan persepsi perawat terhadap lingkungan praktik sebagai pengaturan bagi praktik keperawatan profesional (Moi, 2019).

B. Konsep Ronde Keperawatan

1. Pengertian Ronde Keperawatan

Ronde keperawatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien yang dilakukan oleh perawat disamping melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan. Pada kasus tertentu harus dilakukan oleh perawat primer dan atau konselor, kepala ruangan, perawat associate yang perlu juga seluruh anggota tim kesehatan. Ronde keperawatan merupakan proses interaksi antara pengajar dan perawat atau siswa perawat dimana terjadi proses pembelajaran. (Syella, 2018).

Ronde keperawatan diperlukan agar masalah pasien dapat teratasi dengan baik, sehingga semua kebutuhan dasar dapat terpenuhi, dan dapat meningkatkan otonomi perawat sehingga kepuasan kerja perawat akan meningkat. Ronde keperawatan berdampak terhadap kepuasan pelayanan kesehatan baik pada pasien maupun perawat. Dengan dilakukan ronde keperawatan kepuasan pasien akan meningkat lima kali dibanding tidak dilakukan ronde keperawatan. Karena itu penting untuk dibuat standar operasional prosedur terkait ronde keperawatan, agar pelaksanaannya dapat diimplementasikan sesuai standar dan berdampak pada keberhasilan perawatan. (Nursalam, 2013)

2. Tujuan Pelaksanaan Ronde Keperawatan

Tujuan dari pelaksanaan ronde keperawatan bisa dibagi menjadi 2 yaitu : tujuan bagi perawat dan bagi pasien. (Moi Nursalam, 2019) (Siahaan, J. V, Albiner, S and Bukit, 2018). Tujuan bagi keperawatan adalah :

- a. Melihat kemampuan staf dalam manajemen pasien.
- b. Mendukung pengembangan profesional dan peluang pertumbuhan
- c. Meningkatkan pengetahuan perawat dengan menyajikan dalam format stud kasus
- d. Menyediakan kesempatan pada staf perawat untuk belajar meningkatkan penilaian keterampilan klinis.
- e. Membangun kerjasama dan rasa hormat.
- f. Meningkatkan retensi perawat berpengalaman dan mempromosikan kebanggaan dalam profesi keperawatan.

Sedangkan tujuan bagi pasien adalah :

- a. Untuk mengamati kondisi fisik dan mental pasien dan kemajuan hari ke hari
- b. Untuk mengamati pekerjaan staf
- c. Untuk membuat pengamatan khusus pasien dan memberikan laporan ke dokter, misalnya : luka, drainase, perdarahan, dsb
- d. Untuk memperkenalkan pasien ke petugas dan sebaliknya.
- e. Untuk melaksanakan rencana yang dibuat untuk perawatan pasien
- f. Untuk mengevaluasi hasil pengobatan dan kepuasan pasien
- g. Untuk memastikan bahwa langkah-langkah keamanan yang diberikan pada pasien.

3. Tipe Ronde Keperawatan

Berbagai macam tipe ronde keperawatan dikenal dalam studi kepustakaan. Ada empat tipe ronde yaitu *matrons'rounds*, *nurse management rounds*, *patient comfort rounds* dan *teaching rounds*. (Moi Nursalam, 2019):

- a. *Matron rounds*, seorang perawat berkeliling ke ruangan-ruangan, menanyakan kondisi pasien sesuai jadwal rondanya. Yang dilakukan perawat ronde ini adalah memeriksa standar pelayanan, kebersihan dan kerapian, dan menilai penampilan dan kemajuan perawat dalam memberikan pelayanan pada pasien.
- b. *Nurse management rounds*, ronde ini adalah ronde manajerial yang melihat pada rencana pengobatan dan implementasi pada sekelompok pasien dan keluarga pada proses interaksi. Pada ronde ini tidak terjadi proses pembelajaran antara perawat dengan *head nurse*.
- c. *Patient comfort rounds*, ronde di sini berfokus pada kebutuhan utama yang diperlukan pasien di rumah sakit. Fungsi perawat dalam ronde ini adalah memenuhi semua kebutuhan pasien. Misalnya ketika ronde dilakukan malam hari, perawat menyiapkan tempat tidur untuk pasien tidur.
- d. *Teaching rounds*, dilakukan antara *teacher nurse* dengan perawat atau siswa perawat, dimana terjad proses pembelajaran.

Teknik ronde ini biasa dilakukan untuk perawat atau siswa perawat. Dengan pembelajaran langsung perawat atau siswa dapat langsung mengaplikasikan ilmu yang didapat langsung pada pasien. *Walking round* terdiri dari *nursing round*, *physician-nurse rounds* atau *interdisciplinary rounds*. *Nursing round* adalah ronde yang dilakukan antara perawat dengan perawat. *Physician nurse rounds* adalah ronde pada pasien yang dilakukan dokter dengan perawat, sedang *interdisciplinary rounds* adalah ronde pada pasien yang dilakukan oleh berbagai macam tenaga kesehatan meliputi dokter, perawat, ahli gizi serta fisioterapi dsb. (Moi Nursalam, 2019) (Saleh, 2018).

4. Tahapan Ronde Keperawatan

Tahapan ronde keperawatan adalah (1) *Pre-rounds: Preparation* (persiapan), *planning* (perencanaan), *orientasion* (orientasi) (2) *Rounds: Introduction* (pendahuluan), *interaction* (interaksi), *observation* (pengamatan), *instruction* (pengajaran), *summarizing* (kesimpulan) (3) *Post-Rounds : debriefing* (Tanya jawab), *feedback* (saran), *reflection* (refleksi), *preparation* (persiapan). Bagaimana menyiapkan ronde keperawatan yaitu: (Kamalia, L. O., Said, A., & Risky, 2020):

- a. *Before rounds* meliputi: (1) persiapan, terdiri dari membuat tujuan kegiatan ronde keperawatan dan membaca status pasien dengan jelas sebelum melakukan ronde keperawatan (2) orientasi perawat, terdiri dari membuat menyadari tujuan : demonstrasi temuan klinis, komunikasi dengan pasien, pemodelan perilaku profesional (3) orientasi pasien.
- b. *During rounds* meliputi : (1) menetapkan lingkungan: membuat lingkungan yang nyaman serta dorong untuk mengajukan pertanyaan (2) menghormati: perawat: hormati mereka sebagai pemberi layanan pada pasien dan pasien : perlakukan sebagai manusia, bukan hanya obyek dari latihan mengajar, peka terhadap bagaimana penyakit mempengaruhi kehidupan pasien (3) libatkan semua perawat, bertujuan untuk mengajar semua tingkat peserta didik dan mendorong semua untuk berpartisipasi (4) libatkan pasien: dorong pasien untuk berkontribusi mengenai masalah penyakitnya, dorong pasien untuk mengajukan pertanyaan tentang masalahnya, gunakan kata-kata yang dapat dimengerti pasien, dsb.
- c. *After rounds*: waktu untuk pertanyaan dan memberikan umpan balik.

5. Langkah-langkah Ronde Keperawatan
Langkah-langkah ronde keperawatan dibagi menjadi : (Kamalia, L. O., Said, A., & Risky, n.d.)
 - a. Pra Ronde
 1. Menentukan kasus dan topik (masalah yang tidak teratasi dan masalah yang langka)
 2. Menentukan tim ronde
 3. Mencari sumber atau literatur
 4. Membuat proposal
 5. Mempersiapkan pasien: informed consent dan pengkajian
 6. Diskusi: Apa diagnosis keperawatan? Data apa yang mendukung? Bagaimana intervensi yang sudah dilakukan? Dan hambatan apa yang ditemukan selama perawatan?
 - b. Pelaksanaan Ronde
 1. Penjelasan tentang pasien oleh perawat primer yang difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan dan atau telah dilaksanakan serta memilih prioritas yang perlu didiskusikan.
 2. Diskusi antar anggota tim tentang kasus tersebut
 3. Pemberian justifikasi oleh perawat primer atau konselor atau kepala ruangan tentang masalah pasien serta rencana tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Pasca Ronde
 1. Evaluasi, revisi, dan perbaikan
 2. Kesimpulan dan rekomendasi penegakan diagnosis, intervensi keperawatan selanjutnya.

6. Strategi agar Ronde Keperawatan efektif

Beberapa strategi agar ronde keperawatan berjalan efektif yaitu: (Rohita, 2017)

- a. Melakukan persiapan dengan seksama terkait dengan pelaksanaan ronde keperawatan baik waktu pelaksanaan, pasien masalah yang terkait, dsb.
- b. Membuat perencanaan apa yang akan dilakukan meliputi: sistem apa yang akan diajarkan, aspek-aspek apa yang harus ditekankan: pemeriksaan fisik, melakukan tindakan dsb. Rencanakan agar semua aktif terlibat dalam kegiatan, pilih pasien yang akan dilakukan proses pembelajaran, serta tentukan berapa banyak waktu yang harus dihabiskan dengan pasien tertentu.
- c. Orientasikan pada perawat tujuan yang ingin dicapai. Kegiatan berikut ini dapat dilakukan selama fase orientasi: (1) orientasikan perawat untuk tujuan latihan dan kegiatan yang direncanakan (2) memberikan peran kepada setiap anggota tim (3) buat aturan mengenai ronde (4) setiap diskusi sensitive perlu ditunda dan seluruh tim harus menyadari hal ini.
- d. Perkenalkan diri anda dan tim pada pasien meliputi: (1) memperkenalkan diri kepada pasien (2) pasien perlu diberitahu bahwa pertemuan itu terutama dimaksudkan untuk berdiskusi mengenai pemberian perawatan pada pasien (3) keluarga tidak perlu diminta untuk pergi jika pasien ingin untuk ditemani.
- e. Meninggalkan waktu untuk pertanyaan, klarifikasi, menempatkan pembacaan lebih lanjut. Fase ini terjadi diluar ruangan, keluar dari pasien jarak pendengaran. Ini adalah kesempatan untuk mendiskusikan aspek sensitive dari riwayat pasien.
- f. Evaluasi pelaksanaan yang telah dilakukan. Mulai persiapan untuk pertemuan berikutnya dengan merefleksikan pada diri mengenai hasil ronde yang telah dilakukan.

Ronde keperawatan membantu perawat pelaksana dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang lebih professional dan kompleks, sehingga kepuasan pasien meningkat dengan pelayanan yang diberikan dan dengan meningkatnya kepuasan pasien mutu rumah sakit pun juga meningkat. Meningkatnya pengetahuan perawat di bidang perawatan khususnya tentang ronde keperawatan mampu membuat perawat berperan aktif dalam manajemen asuhan keperawatan professional. Dampak tidak dilaksanakan ronde keperawatan dapat menurunkan produktivitas kerja serta menurunkan komunikasi terapeutik perawat dengan tenaga kesehatan dan komunikasi perawat dengan pasien sehingga motivasi perawat dalam bekerja akan menurun secara perlahan. Terlaksananya ronde keperawatan yang optimal dapat memberikan dampak positif, yaitu terciptanya layanan keperawatan yang berkualitas dari sumber daya manusia yang memberikan hasil kerja yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Bagu, A. D., & Syukur, S. B. (2023). Analisis Pemahaman Perawat terhadap Pelaksanaan Ronde Keperawatan di Ruang Perawatan RSUD Otanaha Kota Gorontalo. *Usada Nusantara : Jurnal Kesehatan Tradisional*, 1(2), 1-20. <https://doi.org/10.47861/usd.v1i2.208>
- Kamalia, L. O., Said, A., & Risky, S. (2020). Manajemen Keperawatan (Nursing Management). Media Sains Indonesia.
- Kurniadi. (2015). Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya : Teori, Konsep dan Aplikasi. Jakarta: FKUI.
- Moi, M. F. (2019). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Ronde Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rsud Bajawa Cross. In *Carbohydrate Polymers* (Vol. 6, Issue 1).
- Moi Nursalam. (2019). Fundamental And Management (Factors Affecting the Implementation of Nursing Round). 2(1), 35-44.
- Nursalam. (2013). Manajemen Keperawatan. Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional. 3rd Ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Rohita, T., & Yetti, K. (2017). Peningkatan Kualitas Pelayanan Keperawatan Melalui Ronde Dan Pendokumentasian. *Dunia Keperawatan*, 5(1), 50. <https://doi.org/10.20527/dk.v5i1.3641>
- Rohita. (2017). Peningkatan Kualitas Pelayanan Keperawatan Melalui Ronde dan Pendokumentasian. 50-55.
- Rotua, P. S., & Sumartini, B. T. (2024). Literatur Review Pelaksanaan Ronde Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. *NAJ : Nursing Applied Journal*, 2(3), 12-32. <https://doi.org/10.57213/naj.v2i3.296>
- Saleh, Z. (2018). Pengaruh Ronde Keperawatan Terhadap Kepuasan Kerja Perawat Pelaksana Diruang Rawat Inap RSUD Abdul Wahab Sjahrahnien Samarinda. Universitas Indonesia.

- Siahaan, J. V, Albiner, S and Bukit, E. C. (2018). Pengaruh Pelatihan Ronde Keperawatan Terhadap Kinerja Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Di RS Royal Prima Medan, Tesis, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan USU, Medan.
- Syella. (2018). Pengaruh Pelatihan Terhadap Pengetahuan Pelaksanaan Ronde keperawatan Di RSUD Maria Walanda Maramis Airmadidi. Buletin Sariputra.

BIODATA PENULIS



Sukma Yunita., S.Kep., Ns., M.Kep., lahir di Medan, 28 Juli 1983. Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Mutiara Indonesia dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Saat ini penulis sedang melanjutkan studi S3 di Luar Negeri. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen dan aktif dalam kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi baik Penelitian, pengajaran dan Pengabdian di Jurusan Keperawatan Universitas Haji Sumatera Utara. Penulis sudah menulis beberapa buku terkait bidang studi yang diampuh yaitu Keperawatan Dasar dan Manajemen Keperawatan.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

