



# Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Siti Meilan **Simbolon** ■ Grace Benedikta **Polii** ■ Shinta **Prawitasari**  
Harry Permana **Wibowo** ■ Muthia **Mutmainnah** ■ Lilis **Komariah**  
Rugaya M. **Pandawa** ■ Vivi Retno **Intening**  
Lili Suryani **Tumanggor** ■ Connie Melva **Sianipar**



# Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

## UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

### Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

### Pembatasan Perlindungan Pasal 26

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

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

### Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

# **Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan**

Siti Meilan Simbolon, Grace Benedikta Polii, Shinta Prawitasari  
Harry Permana Wibowo, Muthia Mutmainnah, Lilis Komariah  
Rugaya M. Pandawa, Vivi Retno Intening  
Lili Suryani Tumanggor, Connie Melva Sianipar



Penerbit Yayasan Kita Menulis

# Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Siti Meilan Simbolon, Grace Benedikta Polii, Shinta Prawitasari  
Harry Permana Wibowo, Muthia Mutmainnah, Lilis Komariah  
Rugaya M. Pandawa, Vivi Retno Intening  
Lili Suryani Tumanggor, Connie Melva Sianipar

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: [kitamenulis.id](http://kitamenulis.id)

e-mail: [press@kitamenulis.id](mailto:press@kitamenulis.id)

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Siti Meilan Simbolon., dkk.

Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Yayasan Kita Menulis, 2023

xvi; 148 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-903-0

Cetakan 1, Juli 2023

- I. Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
- II. Yayasan Kita Menulis

## Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa  
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

# Kata Pengantar

Puji dan Syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya buku “Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan” ini dapat ditulis dan diselesaikan dengan baik. Buku ini telah berhasil disusun melalui kolaborasi beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi di Indonesia, sebagai bentuk perwujudan dari kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan dapat dilakukan dengan kerjasama yang sangat baik.

Perawat merupakan jumlah terbesar dari profesional dalam perawatan kesehatan yang bekerja dengan berbagai orang-orang luar biasa termasuk pasien, keluarga pasien, dokter, terapis, pekerja sosial, psikolog, teknisi, dan lainnya. Hal ini menempatkan perawat pada posisi utama untuk menjadi pemimpin di seluruh sistem perawatan kesehatan, mulai dari samping tempat tidur pasien hingga ruang rapat, yang dapat berfungsi sebagai mitra penuh dengan profesional kesehatan lainnya dan bertanggung jawab atas kontribusi mereka sendiri untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi sambil bekerja secara kolaboratif dengan pemimpin dari profesi kesehatan lainnya.

Oleh karena itu perawat perlu mempelajari kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk belajar bagaimana bekerja dengan baik dengan orang lain. Dalam posisi ini, perawat dan manajer keperawatan harus memiliki strategi yang kreatif, disiplin dan kemampuan dalam kepemimpinan serta menganalisis sistem manajemen keperawatan secara kritis sebagai respon terhadap perubahan pelayanan kesehatan yang cepat dan berkelanjutan. Manajer dan pemimpin harus mampu mengintegrasikan pengetahuan dan kemampuan, serta keterampilan untuk menerapkan teori-teori manajemen ke dalam praktik pelayanan kesehatan kemudian memperluas aplikasi melalui penelitian.

Isi buku ini membahas konsep dasar yang relevan dengan kepemimpinan, manajemen keperawatan dan aplikasinya dalam pelayanan keperawatan yang disusun menjadi 10 bab yaitu:

Bab 1 Kepemimpinan, Peran, Dan Fungsi Manajemen Keperawatan

Bab 2 Perencanaan Manajemen Keperawatan

Bab 3 Fungsi Pengorganisasian

Bab 4 Ketenagaan Keperawatan Sesuai Dengan Kebutuhan Ruang Rawat

Bab 5 Pengarahan Dalam Manajemen Keperawatan

Bab 6 Pengendalian Mutu Asuhan Dan Pelayanan Keperawatan

Bab 7 Konflik Dalam Asuhan Pelayanan Keperawatan Ruang Rawat

Bab 8 Konferensi Dan Timbang Terima Sesuai Konsep Manajemen

Bab 9 Manajemen Dan Pengaturan Di Ruang Inap

Bab 10 Penerapan Teori, Konsep, Dan Prinsip Kepemimpinan  
Manajemen Di Ruang Rawat Dan Puskesmas

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan buku ini tentu masih terdapat kekurangan, sehingga kami sebagai penulis berharap saran dan kritik dari pembaca demi kesempurnaan buku ini. Penulis juga berharap buku ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya tentang Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan kepada seluruh pembaca.

Akhirnya, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan aktif dalam penulisan dan penyusunan buku Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan ini.

Medan, Juli 2023

Penulis

Siti Meilan Simbolon, dkk

# Daftar Isi

|                      |      |
|----------------------|------|
| Kata Pengantar ..... | v    |
| Daftar Isi .....     | vii  |
| Daftar Gambar .....  | xi   |
| Daftar Tabel .....   | xiii |

## **Bab 1 Kepemimpinan, Peran, Dan Fungsi Manajemen Keperawatan**

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1 Pendahuluan .....                                                          | 1  |
| 1.2 Teori, Konsep, Dan Prinsip Dasar Kepemimpinan- Manajemen Keperawatan ..... | 2  |
| 1.2.1 Teori Kepemimpinan .....                                                 | 2  |
| 1.2.2 Konsep Kepemimpinan .....                                                | 8  |
| 1.2.3 Prinsip Dasar Kepemimpinan .....                                         | 9  |
| 1.2.4 Konsep Manajemen Keperawatan .....                                       | 10 |
| 1.3 Fungsi, Peran, Dan Tanggung Jawab Manajer Keperawatan .....                | 11 |
| 1.3.1 Fungsi Manajer Keperawatan .....                                         | 11 |
| 1.3.2 Peran Manajer Keperawatan .....                                          | 12 |
| 1.3.3 Tanggung Jawab Manajer Keperawatan .....                                 | 13 |
| 1.4 Gaya Kepemimpinan: Perbedaan Dan Penggunaannya .....                       | 15 |
| 1.4.1 Gaya Kepemimpinan .....                                                  | 15 |
| 1.4.2 Jenis-Jenis Gaya Kepemimpinan Dan Penerapannya .....                     | 15 |

## **Bab 2 Perencanaan Manajemen Keperawatan**

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 Pendahuluan .....                                                     | 17 |
| 2.2 Konsep Perencanaan .....                                              | 18 |
| 2.3 Perencanaan Dalam Manajemen Keperawatan .....                         | 20 |
| 2.4 Jenis Perencanaan Manajemen Keperawatan .....                         | 22 |
| 2.4.1 Perencanaan Manajemen Dalam Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat ..... | 23 |
| 2.5 Analisis Dalam Perencanaan .....                                      | 27 |

**Bab 3 Fungsi Pengorganisasian**

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| 3.1 Pendahuluan.....                               | 29 |
| 3.2 Prosedur Dalam Pengorganisasian.....           | 30 |
| 3.3 Bentuk-Bentuk Organisasi.....                  | 32 |
| 3.3.1 Bentuk Organisasi Secara Umum .....          | 32 |
| 3.3.2 Bentuk Organisasi Pelayanan Keperawatan..... | 34 |
| 3.4 Komunikasi Dalam Keperawatan .....             | 39 |

**Bab 4 Ketenagaan Keperawatan Sesuai Dengan Kebutuhan Ruang Rawat**

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1 Menurut Gillies.....                                                    | 44 |
| 4.1.1 Contoh Penghitungan Kebutuhan Tenaga.....                             | 45 |
| 4.2 Menurut Douglas.....                                                    | 47 |
| 4.3 Depkes.....                                                             | 49 |
| 4.3.1 Pengelompokan Unit Kerja Di Rumah Sakit .....                         | 49 |
| 4.3.2 Model Pendekatan Dalam Penghitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan..... | 50 |

**Bab 5 Pengarahan Dalam Manajemen Keperawatan**

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.1 Pengertian Pengarahan .....                                        | 57 |
| 5.2 Konsep Pengarahan .....                                            | 58 |
| 5.3 Prinsip Pengarahan .....                                           | 63 |
| 5.4 Tujuan Pengarahan .....                                            | 63 |
| 5.5 Unsur-Unsur Pengarahan.....                                        | 66 |
| 5.5.1 Kepemimpinan.....                                                | 66 |
| 5.5.2 Gaya Kepemimpinan.....                                           | 69 |
| 5.6 Fungsi Pengarahan .....                                            | 70 |
| 5.7 Langkah-Langkah Pengarahan.....                                    | 73 |
| 5.8 Kegiatan Pengarahan.....                                           | 74 |
| 5.9 Indikator Penghargaan .....                                        | 74 |
| 5.10 Praktik Pengarahan Kepala Ruangan Sesuai Standar Akreditasi ..... | 76 |
| 5.11 Faktor Yang Memengaruhi Pengarahan.....                           | 77 |

**Bab 6 Pengendalian Mutu Asuhan Dan Pelayanan Keperawatan**

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| 6.1 Pendahuluan.....                                       | 79 |
| 6.2 Pengendalian Sebagai Fungsi Manajemen Keperawatan..... | 80 |
| 6.3 Manajemen Mutu Keperawatan .....                       | 81 |
| 6.4 Pengendalian Mutu Asuhan Keperawatan .....             | 82 |
| 6.4.1 Supervisi Asuhan Keperawatan.....                    | 83 |

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.4.2 Supervisi Dokumentasi Keperawatan .....                                       | 84 |
| 6.4.3 Ronde Keperawatan .....                                                       | 86 |
| 6.4.4 Evaluasi Kepatuhan Terhadap Standar Prosedur Operasional<br>Keperawatan ..... | 86 |
| 6.5 Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan .....                                   | 88 |
| 6.5.1 Supervisi Manajemen Keperawatan .....                                         | 88 |
| 6.5.2 Audit Perawatan.....                                                          | 89 |
| 6.5.3 Diskusi Refleksi Kasus (Drk) .....                                            | 90 |
| 6.5.4 Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan .....         | 91 |
| 6.5.5 Evaluasi Capaian Indikator Mutu Keperawatan .....                             | 92 |
| 6.5.6 Telusur Pelayanan Keperawatan Sesuai Standar Akreditasi .....                 | 93 |
| 6.6 Perbaikan Mutu Berkesinambungan .....                                           | 94 |
| 6.6.1 Point Of Care Quality Improvement (Pocqi) Model .....                         | 94 |
| 6.6.2 Quality Improvement Model Kaizen .....                                        | 95 |

## **Bab 7 Konflik Dalam Asuhan Pelayanan Keperawatan Ruang Rawat**

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 7.1 Pendahuluan.....                | 99  |
| 7.2 Pengertian Konflik.....         | 101 |
| 7.3 Penyebab Konflik .....          | 101 |
| 7.4 Proses Terjadinya Konflik ..... | 104 |
| 7.5 Jenis Konflik .....             | 105 |
| 7.6 Manajemen Konflik .....         | 106 |

## **Bab 8 Konferensi Dan Timbang Terima Sesuai Konsep Manajemen**

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| 8.1 Teori Konferensi.....                              | 111 |
| 8.1.1 Definisi .....                                   | 112 |
| 8.1.2 Tujuan.....                                      | 113 |
| 8.1.3 Pelaksanaan Konferensi .....                     | 113 |
| 8.1.4 Pre-Conference .....                             | 115 |
| 8.1.5 Post-Conference.....                             | 116 |
| 8.2 Konsep Timbang Terima/Handover .....               | 117 |
| 8.2.1 Definisi .....                                   | 117 |
| 8.2.2 Tujuan Dan Manfaat.....                          | 118 |
| 8.2.3 Langkah-Langkah Pelaksanaan Timbang Terima ..... | 118 |
| 8.2.4 Prosedur Timbang Terima .....                    | 119 |
| 8.2.5 Sbar Dalam Timbang Terima .....                  | 120 |

**Bab 9 Manajemen Dan Pengaturan Di Ruang Inap**

|                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 9.1 Pendahuluan.....                                              | 121 |
| 9.2 Manajemen Dan Pengarahan Keperawatan .....                    | 122 |
| 9.2.1 Pengarahan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap .....            | 123 |
| 9.3 Layanan Rawat Inap Rumah Sakit.....                           | 124 |
| 9.3.1 Tujuan Pelayanan Rawat Inap .....                           | 125 |
| 9.3.2 Standar Pelayanan Minimal (Spm) Rawat Inap Rumah Sakit..... | 125 |
| 9.3.3 Kualitas Pelayanan Rawat Inap .....                         | 128 |
| 9.3.4 Alur Dan Prosedur Pasien Rawat Inap.....                    | 129 |
| 9.3.5 Alur Pasien Rawat Inap.....                                 | 129 |
| 9.3.6 Klasifikasi Ruang Inap Di Rumah Sakit.....                  | 129 |

**Bab 10 Penerapan Teori, Konsep, Dan Prinsip Kepemimpinan  
Manajemen Di Ruang Rawat Dan Puskesmas**

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 10.1 Pendahuluan.....                                                                | 131 |
| 10.2 Konsep Dan Prinsip Kepemimpinan Manajemen Di Ruang Rawat Dan<br>Puskesmas ..... | 132 |
| Daftar Pustaka .....                                                                 | 135 |
| Biodata Penulis .....                                                                | 145 |

# Daftar Gambar

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gambar 1.1: Kepemimpinan Transaksional.....                                                 | 6   |
| Gambar 2.1: Keterkaitan Fungsi Manajemen 1 dengan yang lain dengan<br>Perencanaan. ....     | 18  |
| Gambar 2.2: Proses Perencanaan dengan Analisa SWOT .....                                    | 28  |
| Gambar 7.1: The Five Conflict-Handling Models According To A Two-<br>Dimensional Model..... | 109 |
| Gambar 9.1: Alur Penerimaan Pasien Rawat Inap.....                                          | 130 |



## Daftar Tabel

|                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabel 2.1: Tugas Harian Kepala Ruangan .....                                                                               | 24  |
| Tabel 4.1: Penghitungan Kebutuhan tenaga Perawat berdasarkan Klasifikasi<br>Klien.....                                     | 47  |
| Tabel 4.2: Penghitungan Jumlah Tenaga Perawat .....                                                                        | 48  |
| Tabel 4.3: Jumlah Tenaga Perawat Yang Dibutuhkan .....                                                                     | 48  |
| Tabel 4.4: Penghitungan Kebutuhan Tenaga Dalam Satu Ruangan/ Pavilyun<br>Dengan Berbagai Macam Bagian/Jenis Penyakit ..... | 50  |
| Tabel 4.5: Contoh Kasus .....                                                                                              | 52  |
| Tabel 8.1: Kerangka Komunikasi dengan Metode SBAR .....                                                                    | 120 |
| Tabel 9.1: Jenis Pelayanan, Indikator Dan Standar Pelayanan Rawat Inap Di<br>Rumah Sakit.....                              | 126 |



# **Bab 1**

## **Kepemimpinan, Peran, dan Fungsi Manajemen Keperawatan**

### **1.1 Pendahuluan**

Kepemimpinan adalah sebuah perjalanan dan proses berulang. Proses yang mungkin berliku-liku dan selalu berkontribusi pada pembelajaran kita jika kita menunjukkan intensionalitas dalam pendekatan pembelajaran kita. Kepemimpinan yang efektif dimulai dengan pengikut yang efektif. Tugas kita adalah untuk terus berkembang secara pribadi dan profesional sehingga bakat kita sesuai dengan tugas yang perlu kita tangani dan berkembang seiring karier kita. Menjadi proaktif tentang pembelajaran adalah strategi kunci untuk mengembangkannya menjadi kepemimpinan yang efektif. Itu berarti kita harus memperhatikan tindakan kita dan motivasi di balik tindakan tersebut. Sebagai contoh, beberapa orang menganggap kepemimpinan sebagai kekuasaan, “bertanggung jawab”, dan ketenaran dan kemuliaan.

Ketika seseorang mengerahkan kepemimpinan dari perspektif itu, dia mungkin memiliki pengikut, tetapi mereka biasanya tidak benar-benar terlibat dengan misi pekerjaan yang mereka lakukan. Mereka bahkan mungkin berperilaku

sangat berbeda tergantung pada kehadiran fisik pemimpinnya. Contoh sebaliknya dapat ditemukan ketika kepemimpinan berasal dari keinginan untuk membantu orang lain menjadi yang terbaik. Ketika kepemimpinan diberikan dari perspektif itu, pengikut terlibat dalam misi pekerjaan mereka dan mereka berperilaku secara konsisten dengan atau tanpa kehadiran pemimpin formal.

Tugas kita dalam kepemimpinan adalah mempromosikan fokus pada perawatan yang berpusat pada orang (atau populasi) dengan tujuan memberikan hasil yang paling mudah diakses, paling murah, dan berkualitas tinggi. Untuk mencapainya, kita memerlukan visi masing-masing dari kita untuk menyumbangkan sesuatu yang penting bagi pekerjaan yang sedang kita tangani. Kita dapat mempelajari kepemimpinan melalui berbagai jalan. Misalnya, menghadiri pertemuan asosiasi profesional, membaca, dan berhubungan dengan orang lain di tingkat lokal atau nasional memungkinkan kita belajar dari orang lain tentang perkembangan mereka sebagai seorang pemimpin. Kepemimpinan keperawatan yang kuat sangat penting untuk memenuhi tuntutan sistem perawatan kesehatan yang makin kompleks (Institute of Medicine of the National Academies, 2011). Selain itu, ditekankan pentingnya kerja sama antara program pendidikan keperawatan dan organisasi kesehatan dalam mempersiapkan perawat menjadi pemimpin yang efektif untuk era baru perawatan kesehatan (AL-Dossary, 2017). Bab ini membahas teori-teori, konsep, prinsip kepemimpinan, konsep manajemen, fungsi dan peran dan tanggung jawab manajer, gaya kepemimpinan dan penerapannya yang akan membantu kita khususnya perawat menjadi seorang pemimpin dan manajer yang efektif.

## 1.2 Teori, Konsep, Dan Prinsip Dasar Kepemimpinan- Manajemen Keperawatan

### 1.2.1 Teori Kepemimpinan

Ada banyak teori dan ide berbeda tentang bagaimana seseorang menjadi pemimpin yang baik. Terlepas dari penelitian bertahun-tahun tentang hal ini, tidak ada satu ide pun yang muncul sebagai pemenang yang paling jelas.

Alasannya mungkin karena kualitas dan perilaku yang berbeda adalah yang paling penting dalam situasi yang berbeda. Dalam keperawatan, misalnya, beberapa situasi memerlukan pemikiran cepat dan tindakan cepat. Yang lain membutuhkan waktu untuk mencari solusi terbaik untuk masalah yang rumit. Kualitas dan perilaku kepemimpinan yang berbeda diperlukan dalam dua contoh ini. Hasilnya adalah belum ada satupun jawaban terbaik untuk pertanyaan, “Apa yang membuat seseorang menjadi pemimpin?” (Whitehead et al., 2010).

Teori kepemimpinan dapat diklasifikasikan menurut tiga pendekatan yaitu: *behavioral* (perilaku), *contingency* (kontingensi), dan *contemporary* (kontemporer) (Kelly, 2010).

1. Pendekatan Perilaku (the behavioral Approach)

Studi kepemimpinan sejak dari tahun 1930-an oleh Kurt Lewin dan ahli lain mengemukakan tentang tiga gaya kepemimpinan yang masih banyak digunakan diakui hari ini. Ketiga gaya tersebut adalah kepemimpinan otokratis, demokratis, dan laissez-faire.

2. Pendekatan Kontingensi (the Contingency Approach)

Pendekatan lain untuk kepemimpinan adalah teori kontingensi. Teori kontingensi mengakui bahwa faktor-faktor lain dalam lingkungan memengaruhi hasil sama dengan gaya kepemimpinan dan bahwa keefektifan pemimpin bergantung pada sesuatu selain perilaku pemimpin. Artinya bahwa pola perilaku pemimpin yang berbeda akan efektif dalam situasi yang berbeda. Pendekatan kontingensi meliputi Teori kontingensi Fielder tahun 1967, teori situasional dari Hersey dan Blanchard tahun 2022, dan Path Goal Theory oleh Robert House tahun 1971.

Fiedler mengemukakan bahwa keefektifan kepemimpinan ditentukan oleh tiga faktor yakni: (1) hubungan pemimpin-bawahan, (2) struktur tugas, dan (3) kedudukan kekuasaan. Sehingga gaya kepemimpinan yang efektif bervariasi sejalan dengan derajat pengendalian terhadap situasi. Hersey dan Blanchard mengembangkan teori kepemimpinan “situational leadership theory”. Argumen dasar dari teori ini adalah kepemimpinan yang efektif memerlukan kombinasi yang tepat antara perilaku berorientasi tugas dan perilaku berorientasi hubungan, serta

mempertimbangkan tingkat kematangan bawahan. Berdasarkan kombinasi tersebut dapat diterapkan beberapa gaya kepemimpinan telling, selling, participating dan delegating.

Selanjutnya Path Goal Theory yang dikemukakan oleh Robert House mengemukakan bahwa pemimpin harus meningkatkan ketersediaan jumlah dan jenis penghargaan bagi pegawai dan selanjutnya memberikan petunjuk dan bimbingan untuk menjelaskan cara-cara untuk mendapatkan penghargaan tersebut. Berdasarkan tindakan pimpinan dalam memotivasi dan memberikan penjelasan kepada pegawai maka dikenal adanya kepemimpinan directive, supportive, participative, dan achievement oriented.

- a. Kepemimpinan direktif, yakni pemimpin memberikan arahan tentang sasaran, target dan cara-cara untuk mencapainya secara rinci dan jelas, tidak ada ruang untuk diskusi dan partisipasi pegawai.
  - b. Kepemimpinan suportif, menempatkan pemimpin sebagai “sahabat” bagi bawahan, dengan memberikan dukungan material, finansial, atau moral, serta peduli terhadap kesejahteraan pegawai.
  - c. Kepemimpinan partisipatif, dalam mengambil keputusan dan/atau bertindak meminta dan menggunakan masukan atau saran dari pegawai, namun keputusan dan kewenangan tetap dilakukan oleh pimpinan.
  - d. Kepemimpinan berorientasi prestasi, menunjukkan pemimpin yang menuntut kinerja yang unggul, merancang tujuan yang menantang, berimprovisasi, dan menunjukkan kepercayaan bahwa pegawai dapat mencapai standar kinerja tinggi.
3. Pendekatan Kontemporer (the Contemporary Approach)
- Pendekatan kontemporer membahas tentang fungsi kepemimpinan yang diperlukan untuk mengembangkan pembelajaran organisasi dan memimpin proses transformasi perubahan. Pendekatan ini termasuk kepemimpinan karismatik oleh House tahun 1971, teori kepemimpinan transaksional oleh Burns tahun 1978, pengetahuan

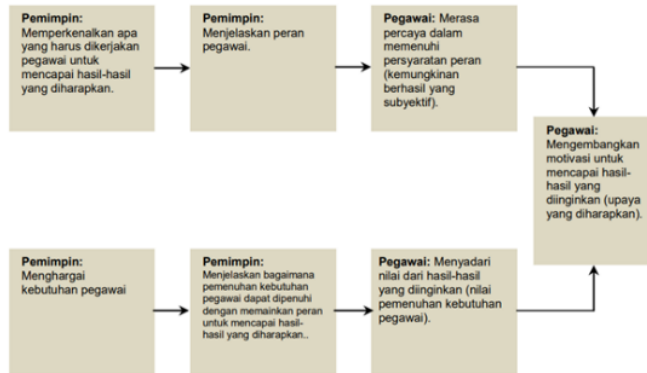
pekerja oleh Peter Drucker tahun 1994, kecerdasan emosional oleh Goleman tahun 1998, dan Ilmu Kepemimpinan Baru oleh Wheatley tahun 1999.

4. Teori Karismatik.

Seorang pemimpin karismatik memiliki kualitas inspirasional yang mempromosikan hubungan emosional pada pengikutnya. House pada tahun 1971 mengembangkan teori kepemimpinan karismatik yang menggambarkan bagaimana pemimpin karismatik berperilaku, serta membedakan karakteristik dan situasi di mana pemimpin tersebut akan efektif. Pemimpin karismatik menunjukkan kepercayaan diri dan kekuatan dalam keyakinan mereka, dan mengkomunikasikan harapan dan kepercayaan diri yang tinggi pada orang lain. Salah satu akibat dari kepemimpinan jenis ini adalah kepercayaan terhadap pemimpin karismatik yang begitu kuat sehingga menimbulkan rasa supranatural dan pemimpin dipuja seolah-olah sebagai manusia super. Contoh pemimpin karismatik termasuk Florence Nightingale, Winston Churchill, dan Martin Luther King. Karisma tampaknya merupakan kualitas istimewa dan berharga yang dimiliki sebagian orang dan sebagian lainnya tidak.

5. Teori kepemimpinan transaksional

Burns mengemukakan bahwa “kepemimpinan transaksional dicirikan dengan perancangan tujuan-tujuan tugas penyediaan sumber daya untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, dan penghargaan terhadap kinerja”. Dalam hal ini Gibson dan rekannya menambahkan, bahwa dalam membantu bawahan mengidentifikasi apa yang harus dikerjakan, pemimpin selalu mempertimbangkan konsep diri dan kebutuhan para bawahan terhadap penghargaan. Mekanisme kerja kepemimpinan transaksional ini dapat digambarkan sebagai berikut.



**Gambar 1.1:** Kepemimpinan Transaksional (Bass, dalam Gibson et al., 2012)

#### 6. Pengetahuan Pekerja.

Organisasi tempat perawat bekerja menjadi bagian dari perubahannya. Mereka mencerminkan kemajuan dan teknologi yang memungkinkan mereka melakukan pekerjaannya. Peter Drucker mengidentifikasi organisasi pada masa depan sebagai pengetahuan organisasi yang terdiri dari pengetahuan para pekerja. Pengetahuan para pekerja adalah mereka yang membawa pengetahuan dan keahlian khusus ke organisasi. Mereka dihargai karena apa yang mereka ketahui. Pengetahuan organisasi akan berbagi, menyediakan, dan menumbuhkan informasi yang diperlukan untuk bekerja secara efisien dan efektif. Di mana pengetahuan pekerja berada di garis depan dengan keahlian dan informasi untuk bertindak, akan menjadi tipe organisasi yang dominan.

#### 7. Kecerdasan emosional.

Kecerdasan emosional adalah komponen kepemimpinan dan mengacu pada kemampuan untuk mengenali perasaan diri sendiri dan orang lain, untuk memotivasi diri sendiri, dan untuk mengelola emosi dengan baik dalam diri sendiri dan dalam berhubungan dengan orang lain. Ini menggambarkan kemampuan yang berbeda tetapi saling melengkapi dengan kecerdasan akademik. Goleman mengatakan bahwa banyak orang yang cerdas secara akademik tetapi tidak

memiliki kecerdasan emosional akhirnya bekerja untuk orang yang memiliki IQ lebih rendah tetapi unggul dalam keterampilan kecerdasan emosional.

8. Ilmu Baru Kepemimpinan Wheatley.

Margaret Wheatley mengatakan, “Ada cara yang lebih sederhana untuk memimpin organisasi, yang membutuhkan lebih sedikit usaha dan menghasilkan lebih sedikit stres daripada praktek saat ini.” Dia memberi kita pandangan baru tentang kepemimpinan, yang mencakup keterhubungan dan sistem pengaturan diri yang mengikuti tatanan alami dari kekacauan dan ketidakpastian. Hal ini berbeda dengan pandangan yang memandang kepemimpinan mengikuti tatanan linear dalam hierarki. Wheatley mengatakan bahwa fungsi pemimpin adalah memandu organisasi menggunakan visi, membuat pilihan berdasarkan nilai bersama, dan terlibat dalam budaya untuk memberikan makna dan koherensi. Jenis kepemimpinan ini menumbuhkan pertumbuhan dalam diri kita masing-masing sebagai individu dan sebagai anggota kelompok. Gagasan koneksi dalam sistem pengorganisasian diri mengoptimalkan otonomi di semua tingkatan karena hubungan antara individu dan keseluruhan kuat.

Wheatley membahas bagaimana orang belajar paling baik ketika mereka terlibat dalam hubungan dengan orang lain dan dapat bertukar pengetahuan dan keahlian melalui komunitas informal yang mengatur dirinya sendiri. Wheatley menyebut ini sebagai "komunitas praktisi" dan mendorong kita untuk mengembangkan pemimpin baru dengan menggunakan komunitas semacam itu. Gagasannya tentang komunitas praktisi mewakili beberapa elemen yang akrab dengan perawat, yaitu membentuk kelompok informal, menggunakan proses pengorganisasian kelompok, menggunakan prinsip pembelajaran, dan berbagi informasi. Apa yang unik dalam deskripsinya tentang komunitas praktisi ini adalah bahwa mereka terbentuk melalui pengorganisasian diri. Mereka datang bersama secara alami. Apa yang membuat komunitas ini berbeda dari kelompok informal adalah karakterisasi komunitas Wheatley yang dibangun dari hubungan dan

partisipasi dengan cara yang menghubungkan perawat dan memungkinkan penciptaan makna dari informasi atau pertukaran pengetahuan. Wheatley mengarahkan perawat untuk menamai komunitas praktisi yang menghubungkan dan menyatukan orang, memelihara komunitas, dan menerangi pekerjaan mereka. Gagasan menarik ini sangat menjanjikan bagi para profesional kesehatan saat kita belajar bagaimana berkolaborasi di dalam dan lintas disiplin dan negara untuk memajukan praktik perawatan kesehatan.

### 1.2.2 Konsep Kepemimpinan

Kepemimpinan dan manajemen adalah dua hal yang berkaitan namun berbeda. Kepemimpinan adalah proses memengaruhi orang lain melalui keterampilan hubungan yang efektif, sedangkan manajemen adalah posisi formal dengan fungsi tertentu. Idealnya, seorang perawat dapat menjadi pemimpin dan manajer sekaligus. Kepemimpinan memengaruhi atau mengilhami tindakan dan tujuan dari yang lain. Seseorang tidak harus berada dalam posisi otoritas untuk menunjukkan kepemimpinan. Tidak semua pemimpin adalah manajer. Bennis dan Nanus pada tahun 1985 mempopulerkan Ungkapan, "leaders are people who do the right thing; managers are people who do things right." Dapat diartikan bahwa "Pemimpin adalah orang yang melakukan hal yang benar sedangkan manajer adalah orang yang melakukan sesuatu dengan benar." Kedua peran ini penting, tetapi berbeda. Bennis menyatakan bahwa dia sering mengamati orang-orang di posisi teratas melakukan hal yang salah dengan baik. Penting untuk dihindari berpikir bahwa kepemimpinan itu penting dan manajemen tidak. Orang-orang perlu dikelola, serta diilhami dan dipimpin. Kepemimpinan adalah bagian dari manajemen, bukan penggantinya. Kita, membutuhkan keduanya (Kelly, 2010).

Literatur keperawatan, sampai saat ini menyajikan fenomena kepemimpinan yang terkait dengan manajemen keperawatan dan peran kepemimpinan formal. Artinya, kepemimpinan didefinisikan sebagai proses interaktif di mana pengikut termotivasi dan diberdayakan untuk mencapai tujuan tertentu. Kepemimpinan tidak hanya terkait dengan tingkat manajemen puncak, tetapi dapat dikembangkan dan diterapkan sampai pada level keterampilan klinis dalam perawatan pasien. Sangat penting bagi perawat untuk mengembangkan peran kepemimpinan yang efektif untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi dan memastikan keselamatan pasien sambil terlibat dalam berbagai

peran kepemimpinan sehari-hari. Kepemimpinan merupakan suatu upaya untuk menggunakan pengaruh untuk memotivasi individu untuk mencapai beberapa tujuan (Murray, 2017).

Kepemimpinan penting untuk dipelajari dan dipraktekkan di lingkungan kerja perawatan kesehatan yang saat ini begitu kompleks dan mengalami perubahan yang sangat cepat. Lingkungan seperti ini menimbulkan tantangan terhadap perawat terkait keterampilan mengatasi, dan kemampuan untuk bekerja dengan orang lain secara harmonis. Ini juga menghadirkan peluang untuk memimpin, menantang asumsi-asumsi, mengkonsolidasikan tujuan, dan memajukan visi. Kepemimpinan penting bagi perawat karena perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam seni dan ilmu memecahkan masalah dalam kelompok kerja, sistem perawatan, dan lingkungan pemberian perawatan. Keefektifan seorang perawat sebagian bergantung pada kompetensi individu tersebut dan sebagian lagi pada kemampuan menciptakan lingkungan yang memfasilitasi yang berisi sumber daya yang cukup untuk mencapai tujuan. Perawat pemimpin menggabungkan keterampilan klinis, administrasi, keuangan, dan operasional untuk memecahkan masalah di lingkungan perawatan sehingga perawat dapat memberikan perawatan yang hemat biaya dengan cara yang memuaskan dan mempromosikan kesehatan bagi klien. Lingkungan seperti itu tidak terjadi begitu saja, namun membutuhkan keterampilan khusus dan keberanian serta motivasi untuk mewujudkan visi menjadi tindakan (Huber, 2010).

### 1.2.3 Prinsip Dasar Kepemimpinan

Kepemimpinan pada dasarnya berhubungan dengan keterampilan, kecakapan, dan tingkat pengaruh yang dimiliki seseorang. Hubungan dan komunikasi adalah faktor sentral dalam kepemimpinan adaptif yang kompleks. Komunikasi tim yang buruk secara langsung berhubungan dengan kesalahan medis yang dapat dicegah, tingkat pergantian staf yang tinggi, dan semangat kerja yang rendah. Di sisi lain, anggota tim yang berkomunikasi secara efektif satu sama lain dan merasa bahwa suaranya didengar cenderung memberikan perawatan yang berkualitas tinggi dan aman, menjadi anggota tim yang aktif, dan tetap bersama organisasi untuk jangka waktu tertentu. Dalam ilmu kompleksitas, setiap suara diperhitungkan dan setiap pertemuan dengan pasien dan keluarga menyatu untuk menciptakan hasil yang diinginkan. Gagasan bahwa perubahan tidak dimiliki oleh satu orang atau kelompok, sangat penting untuk memajukan inovasi dan kualitas perawatan (Yoder-Wise, 2019).

### 1.2.4 Konsep Manajemen Keperawatan

Manajemen adalah proses memimpin dan mengarahkan semua atau sebagian dari suatu organisasi. Tindakan, cara, atau praktik mengelola, menangani, mengawasi, atau mengendalikan adalah deskripsi lain dari manajemen (Marquis & Huston, 2012). Selain sumber daya manusia (SDM), yang diatur juga adalah sumber daya lainnya sarana, prasarana, dana (biaya), metode (cara) dan lainnya. Sehingga Sumber Daya yang ada pada organisasi lebih efisien dan efektif penggunaannya. Penerapan manajemen umumnya dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat sehingga yang menjadi objek/sasaran adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat sedangkan manajemen keperawatan sasarannya adalah sistem pelayanan keperawatan.

Manajemen dapat juga diartikan sebagai suatu proses perencanaan, pengorganisasian dan staffing, memimpin, dan mengendalikan tindakan untuk mencapai tujuan. Perencanaan melibatkan pengaturan tujuan dan mengidentifikasi cara untuk mencapainya. Pengorganisasian dan staffing adalah proses untuk memastikan bahwa sumber daya manusia dan fisik yang diperlukan tersedia untuk mencapai tujuan perencanaan. Pengorganisasian juga melibatkan penugasan pekerjaan kepada orang yang tepat atau kelompok dan menentukan siapa yang memiliki wewenang untuk menyelesaikan tugas-tugas tertentu. Memimpin adalah memengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan organisasi dan melibatkan memberi energi, mengarahkan, dan membujuk orang lain untuk mencapai tujuan tersebut. Terakhir, pengendalian adalah membandingkan kinerja aktual ke standar dan merevisi rencana awal yang diperlukan untuk mencapai tujuan (Kelly, 2010).

Inti dari manajemen adalah menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Definisi klasik manajemen adalah daftar tugas manajerial yaitu: merencanakan, mengorganisasikan, memerintah, mengkoordinasikan, dan mengendalikan pekerjaan kelompok karyawan. Manajer benar-benar melakukan apa pun yang diperlukan untuk memastikan bahwa karyawan melakukan pekerjaan mereka dan melakukan dengan baik. Sebanyak dua pertiga dari waktu seorang manajer dihabiskan untuk permasalahan orang. Sisanya digunakan untuk pekerjaan membuat anggaran, pergi ke rapat, pembuatan laporan, dan tugas administrasi lainnya (Weiss & Tappen, 2015).

## 1.3 Fungsi, Peran, dan Tanggung Jawab Manajer Keperawatan

### 1.3.1 Fungsi Manajer Keperawatan

Setiap perawat perlu menjadi pemimpin yang baik dan pengikut yang baik, namun tidak semua perawat harus menjadi manajer (Weiss & Tappen, 2015). Manajer dipekerjakan oleh suatu organisasi dan diberi tanggung jawab untuk mencapai tujuan spesifik bagi organisasi (Jones, 2007).

Karakteristik Manajer (Marquis & Huston, 2012):

1. Memiliki posisi yang ditugaskan dalam organisasi formal
2. Memiliki sumber kekuasaan yang sah karena otoritas yang didelegasikan yang menyertai posisi mereka
3. Diharapkan untuk melaksanakan fungsi, tugas, dan tanggung jawab tertentu
4. Menekankan kontrol, pengambilan keputusan, analisis keputusan, dan hasil
5. Manipulasi orang, lingkungan, uang, waktu, dan sumber daya lainnya untuk mencapai tujuan organisasi
6. Memiliki tanggung jawab formal dan akuntabilitas yang lebih besar untuk rasionalitas dan kontrol daripada pemimpin
7. Mengarahkan bawahan yang mau dan susah diatur

Empat konsep fungsi manajer:

1. Manajer harus menyadari bahwa karyawan akan mengatur dirinya sendiri ke dalam kelompok kerja. Alih-alih melakukan kontrol, manajer yang efektif merangsang pemecahan masalah secara kreatif. Kelompok-kelompok ini mungkin mulai memiliki satu tujuan tetapi dapat dipertahankan melalui pencapaian hasil yang positif.
2. Manajer harus terampil dalam menyediakan konteks. Sambil menjaga visi yang jelas tentang tujuan yang akan dicapai, karyawan dapat didorong untuk mengeksplorasi dan mengembangkan solusi untuk masalah yang kompleks. Konsep tata kelola bersama dan

kepemimpinan adaptif menyatu dengan baik dengan tujuan keseluruhan perawatan pasien yang aman dan efektif.

3. Manajer harus menyesuaikan diri dengan lingkungan yang berubah dan menggunakan pengaruh di tempat yang dapat memberikan dampak paling besar. Perawatan kesehatan seringkali didorong oleh prosedur, namun manajer harus tetap menyadari komunikasi dan hubungan yang diperlukan untuk melaksanakan prosedur yang menciptakan hasil yang positif.
4. Manajer harus mengatasi sumber ketegangan dan kontradiksi. Ketidaksepakatan dan ketegangan mungkin merupakan hasil pemecahan masalah secara kreatif oleh kelompok dan diharapkan saat bekerja dengan kelompok yang beragam. Mencari wawasan dan mendorong kreativitas dan komunikasi memungkinkan manajer memanfaatkan ketegangan untuk keuntungan positif (Yoder-Wise, 2019).

Ciri-ciri yang diperlukan untuk menjadi manajer yang efektif antara lain (1) kemampuan untuk mengidentifikasi masalah berulang dan merancang rutinitas berbasis bukti untuk menciptakan struktur dan meningkatkan efisiensi kerja, (2) perilaku gigih dan waspada dalam diri sendiri dan orang lain, dan (3) komunikasi yang menjaga semangat (Marquis & Huston, 2017).

### 1.3.2 Peran Manajer Keperawatan

Seorang manajer keperawatan memegang posisi penting di rumah sakit, panti jompo, dan fasilitas kesehatan lainnya. Mereka melapor ke administrasi fasilitas kesehatan, berkoordinasi dengan segudang departemen (laboratorium, diet, farmasi, dan sebagainya) dan penyedia perawatan (dokter, praktisi perawat, terapis, dan sebagainya), dan mengawasi staf yang memberikan perawatan siang dan malam.

Pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan oleh manajer keperawatan:

1. Kepemimpinan, khususnya membangun hubungan, kerja tim, dan keterampilan mentoring
2. Profesionalisme, termasuk advokasi untuk keperawatan staf dan dukungan peran keperawatan dan etis praktik

3. Keahlian klinis tingkat lanjut termasuk kualitas peningkatan dan praktik berbasis bukti
4. Keahlian manajemen sumber daya manusia termasuk pengembangan staf, dan penilaian kinerja
5. Manajemen keuangan
6. Koordinasi perawatan pasien, termasuk penjadwalan, alur kerja, penugasan kerja, pemantauan kualitas perawatan yang diberikan, dan dokumentasi perawatan.

Manajer perawat yang efektif memiliki kombinasi kualitas kepemimpinan, keahlian klinis, dan pemahaman bisnis (Weiss & Tappen, 2015). Satu keahlian saja dari ketiganya tidak cukup, namun haruslah kombinasi yang mempersiapkan seorang perawat manajer untuk tugas yang kompleks dalam mengelola unit atau tim penyedia perawatan kesehatan.

1. Kepemimpinan. Semua keterampilan dari sosok pemimpin sangat penting bagi manajer yang efektif.
2. Keahlian klinis. Tanpa memiliki keahlian klinis, sangat sulit untuk membantu yang lain mengembangkan keterampilan mereka dan mengevaluasi tindakan yang telah mereka lakukan khususnya dalam menilai hasil perawatan yang diberikan kepada pasien.
3. Pemahaman bisnis. Manajer perawat juga perlu peduli dengan biaya penyediaan perawatan yang diberikan apakah sebanding dengan manfaat yang diterima dari perawatan itu dan dana yang dikeluarkan untuk membayarnya, baik dari asuransi atau dari kantung pasien sendiri. Ini adalah tugas yang kompleks yang membutuhkan pengetahuan tentang penganggaran, kepegawaian, dan pengukuran hasil perawatan pasien.

### 1.3.3 Tanggung Jawab Manajer Keperawatan

Seorang manajer, adalah individu yang dipekerjakan oleh organisasi yang bertanggung jawab dan akuntabel untuk mencapai tujuan organisasi secara efisien. Manajer fokus pada koordinasi dan integrasi sumber daya, menggunakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, pengaturan staf, evaluasi, negosiasi, dan perwakilan organisasi. Keterampilan interpersonal

memang penting, tetapi seorang manajer juga memiliki otoritas, tanggung jawab, akuntabilitas, dan kekuasaan yang ditentukan oleh organisasi (Sullivan, 2013). Tugas manajer antara lain memperjelas struktur organisasi, memilih sarana untuk mencapai tujuan, menetapkan dan mengkoordinasikan tugas, mengembangkan dan memotivasi sesuai kebutuhan dan mengevaluasi hasil dan memberikan umpan balik.

Semua manajer yang baik adalah juga pemimpin yang baik keduanya berjalan beriringan. Namun, seseorang mungkin menjadi manajer sumber daya yang baik dan tidak banyak menjadi sosok pemimpin. Demikian pula, seorang pemimpin yang baik mungkin tidak dapat mengelola dengan baik. Kedua peran itu bisa dipelajari dan keterampilan yang diperoleh dapat meningkatkan salah satu peran.

Menempatkan manajemen keperawatan ke dalam praktik dalam sistem perawatan kesehatan yang dinamis saat ini merupakan sebuah tantangan. Organisasi berubah, struktur berubah, dan peran serta fungsi manajer perawat menjadi target yang bergerak. Istilah atau gelar untuk manajer perawat bervariasi seluas tanggung jawab mereka. Terlepas dari gelar mereka, semua manajer harus memiliki kompetensi tertentu.

*The American Organization of Nurse Executives* (AONE) atau Organisasi Perawat Eksekutif Amerika (AONE), sebuah organisasi untuk administrator keperawatan dalam perawatan kesehatan, mengidentifikasi lima bidang kompetensi yang diperlukan untuk perawat di semua tingkat manajemen (Organization of Nurse Executives, 2015). Perawat manajer harus menjadi komunikator yang terampil dan pembangun hubungan, memiliki pengetahuan tentang lingkungan perawatan kesehatan, menunjukkan keterampilan kepemimpinan, menampilkan profesionalisme, dan menunjukkan keterampilan bisnis.

Tanggung jawab perawat manajer antara lain membantu mengembangkan kemampuan anggota staf untuk mendelegasikan. Bimbingan di bidang ini diperlukan karena lulusan baru, yang ingin dianggap baik, seringkali mencoba melakukan semuanya sendiri dan tidak meminta bantuan. Orientasi akan mencakup uraian tugas staf, kompetensi, pedoman rantai komando, dan sumber delegasi lainnya untuk perawat baru.

Manajer perawat akan menentukan gabungan personel yang tepat pada unit keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien dan kompetensi staf. Dari gabungan personel ini, manajer perawat akan mengidentifikasi siapa yang

terbaik untuk melakukan tugas keperawatan langsung dan tidak langsung (Kelly, 2010).

## 1.4 Gaya Kepemimpinan: Perbedaan Dan Penggunaannya

### 1.4.1 Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan adalah kombinasi yang berbeda dari perilaku tugas dan hubungan yang digunakan untuk memengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan (Huber, 2010). Kepemimpinan merupakan proses yang dinamis. Agar efektif, gaya kepemimpinan harus sesuai dengan situasi. Berbagai gaya kepemimpinan mulai dari otoriter ke permisif ke demokratis dan dari transaksional ke transformasional. Tugas perawat adalah menentukan di lingkungan mana dia berfungsi paling baik dan paling nyaman atau di mana dia kemungkinan besar akan berhasil dan juga kecocokan yang lebih baik antara pemimpin dan pengikut.

### 1.4.2 Jenis-jenis Gaya Kepemimpinan Dan Penerapannya

Teori tentang gaya kepemimpinan berusaha mengkaji perilaku atau tindakan pemimpin dalam memengaruhi dan/atau menggerakkan para pengikutnya guna mencapai suatu tujuan. Perilaku dan tindakan tersebut pada dasarnya dapat dipahami sebagai dua hal berbeda tetapi saling bertautan, yakni (1) fokus terhadap penyelesaian tugas (pekerjaan) atau task/production-centered; dan (2) fokus pada upaya pembinaan terhadap personil yang melaksanakan tugas/pekerjaan tersebut (people/employee-centered). White dan Lippitt (Whitehead et al., 2010) melakukan studi terkait dengan tingkat pengendalian, dan melahirkan terminologi gaya kepemimpinan *autocratic*, *democratic*, dan *laissez-faire*.

1. Kepemimpinan otoriter merujuk kepada tingkat pengendalian yang tinggi tanpa kebebasan dan partisipasi anggota dalam pengambilan keputusan. Pemimpin bersifat otoriter, tidak bersedia mendelegasikan wewenang dan tidak menyukai partisipasi anggota.

2. Kepemimpinan demokratis merujuk kepada tingkat pengendalian yang longgar, namun pemimpin sangat aktif dalam menstimulasi diskusi kelompok dan pengambilan keputusan kelompok, kebijakan atau keputusan diambil bersama, komunikasi berlangsung timbal balik, dan prakarsa dapat berasal dari pimpinan maupun dari anggota.
3. Kepemimpinan laissez-faire, menyerahkan atau membiarkan anggota untuk mengambil keputusan sendiri, pemimpin memainkan peran pasif, dan hampir tidak ada pengendalian/pengawasan, sehingga keberhasilan organisasi ditentukan oleh individu atau orang per orang.
4. Gaya kepemimpinan menurut Hersey dan Blanchard (Kelly, 2010):
5. Gaya Telling (bercerita) berlaku dalam situasi orientasi tugas tinggi dan orientasi hubungan rendah, dan pegawai sangat tidak dewasa, sehingga pemimpin harus memberikan pengarahan dan petunjuk untuk mengerjakan berbagai tugas.
6. Gaya Selling (menjual) berlaku pada orientasi tugas tinggi dan orientasi hubungan juga tinggi, sementara tingkat kedewasaan pegawai cukup. Dalam situasi tersebut, pemimpin memberikan pengarahan secara seimbang dengan memberikan dukungan, meminta dan menghargai masukan dari pegawai.
7. Gaya Participating (Partisipatif), dengan situasi orientasi tugas rendah dan orientasi hubungan tinggi, serta tingkat kedewasaan pegawai tinggi. Untuk itu pimpinan lebih kolaboratif, ada kedekatan emosional sehingga mengedepankan konsultasi, pembimbingan, dan dukungan; serta sangat sedikit pengarahan tugas.
8. Gaya Delegating (Delegasi), cocok untuk situasi orientasi tugas rendah dan orientasi hubungan juga rendah, serta pegawai sangat dewasa. Dalam situasi ini pemimpin memberikan tanggung jawab penuh kepada pegawai untuk menyelesaikan tugas. Pemimpin cukup mengetahui laporan, dan memberikan dukungan, tanpa memberikan pengarahan.

## **Bab 2**

# **Perencanaan Manajemen Keperawatan**

### **2.1 Pendahuluan**

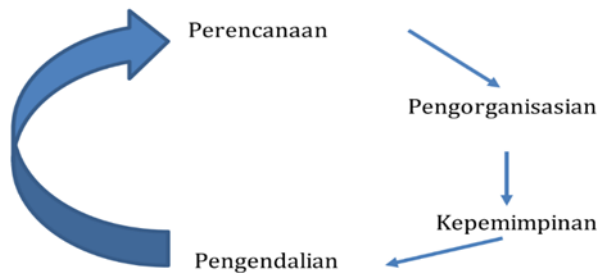
Perencanaan merupakan suatu kegiatan yang dipakai untuk merencanakan sesuatu untuk mencapai tujuan yang ingin kita capai. Semua akan berjalan lancar ketika kita memiliki pemahaman tentang berbagai hal akan segala sesuatu yang digunakan dan semua ini harus kita hubungkan dengan perencanaan..

Perencanaan diartikan sebagai usaha untuk memperoleh apa yang akan dilakukan, dilakukan oleh siapa, dengan cara apa serta kapan dilaksanakan dan di mana. Oleh sebab itu, perencanaan apa pun mengharuskan orang untuk membuat pilihan di antara sejumlah pilihan. Perencanaan adalah kegiatan yang diperlukan dari semua manajer agar tujuan dan kebutuhan individu dan organisasi dapat terlaksana (Marquis. 2010).

Perencanaan adalah kegiatan terstruktur dalam merancang segala sesuatu yang nanti dilaksanakan, dan memilih siapa yang nanti melaksanakan, dan menentukan cara yang dipakai untuk memperoleh tujuan tertentu. Perencanaan merupakan suatu proses yang paling pertama yang harus kita laksanakan dalam kita melaksanakan sesuatu kegiatan.

Planning atau perencanaan merupakan proses menentukan apa yang akan dicapai yang didukung oleh langkah-langkah yang akan digunakan untuk mencapai hal tersebut.

Menurut Desilia (2019) proses keterkaitan fungsi manajemen satu dengan yang lain yang khususnya pada fungsi perencanaan dapat dilihat pada gambar berikut:



**Gambar 2.1:** Keterkaitan Fungsi Manajemen 1 dengan yang lain dengan Perencanaan.

## 2.2 Konsep Perencanaan

Perencanaan (planning), didefinisikan sebagai kegiatan dalam menentukan tujuan baik tujuan dalam jangka singkat maupun jangka panjang dan tindakan yang harus dilakukan untuk sampai kepada apa yang diharapkan. Menentukan apa yang akan dilaksanakan, kapan dilaksanakan, siapa yang melaksanakan, dan bagaimana hal tersebut dilaksanakan, semua itu diatur dalam perencanaan. Menurut Depkes RI (2001) dalam Kurniadi (2013), perencanaan merupakan keputusan yang dirancang seorang kepala ruangan dalam menyeimbangkan antara yang dibutuhkan pasien, perawat, dan dokter serta petugas administrasi.

Dua jenis perencanaan menurut Lavenstein dalam Huber (2014), yaitu Perencanaan strategis dan perencanaan taktis. Perencanaan strategis, menentukan arah dan tujuan secara keseluruhan dari organisasi yang berfokus pada identifikasi visi, misi, dan tujuan utama organisasi. Perencanaan taktis, perencanaan jenis ini menentukan rincian yang lebih spesifik dari penerapan

tujuan umum. Contohnya adalah perencanaan proyek, perencanaan staf, dan rencana pemasaran.

Berikut tiga kesalahan yang menjadi kelemahan perencanaan. (1) kesalahan fakta: rencana didasarkan pada informasi yang salah; (2) kesalahan dalam asumsi: Rencana ini didasarkan pada asumsi yang salah; dan (3) kesalahan logika: rencana didasarkan pada penalaran yang salah. Kelemahan perencanaan terbawa ke pengorganisasian, memimpin, dan pengendalian kegiatan

Bagian dari perencanaan adalah memilih beberapa alternatif tindakan. dalam keperawatan, manajer harus menyeimbangkan kebutuhan klien, staff, administrator, dokter, karena sumber daya terbatas, bagaimana manajer menganalisis proses yang terbaik.

Ciri dari proses perencanaan adalah mengidentifikasi misi, meninjau lingkungan yang terkait, menganalisa situasi (SWOT), menentukan tujuan, mengidentifikasi strategi yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan, mengatur sasaran untuk mencapai tujuan, menetapkan susunan waktu dan pertanggungjawaban, menulis perencanaan yang benar, dan terakhir merayakan keberhasilan. Perencanaan adalah menentukan apa yang akan dilaksanakan dan apa yang tidak boleh dilaksanakan pada menit, jam, atau waktu setelahnya. Perencanaan adalah jembatan antara saat ini kita berada dan di mana kita nanti akan berada di masa depan. Perencanaan manajemen bangsal didasarkan pada misi dan filosofi industri rumah sakit/keperawatan. Perencanaan adalah proses intelektual berdasarkan fakta dan pengetahuan, bukan perasaan dan harapan.

Perencanaan di ruang rawat inap biasa menggunakan perencanaan jangka pendek yaitu rencana harian, bulanan dan rencana tahunan. Rencana harian yaitu semua kegiatan yang dirancang setiap individu perawat dibuat setiap hari sesuai perannya. Peran yang dimaksud adalah kepala ruang, ketua tim/perawat primer dan perawat pelaksana. Rencana bulanan adalah semua rancangan kegiatan yang akan dilaksanakan dalam satu bulan. Rencana ini harus sesuai dengan rencana harian. Rencana bulanan dibuat oleh kepala ruang dan ketua tim/perawat primer. Rencana tahunan adalah semua rancangan yang setahun sekali menyesuaikan dengan hasil evaluasi kegiatan tahun sebelumnya. Rencana tahunan ini dibuat oleh kepala ruang.

Menurut waktu pembuatan perencanaan dapat dikategorikan dalam:

1. Perencanaan reaktif adalah perencanaan yang dibuat pada saat ditemukan masalah nyata yang dihadapi saat ini.
2. Perencanaan proaktif yaitu perencanaan yang dibuat sebelum hal yang tidak diharapkan terjadi, ini dilaksanakan untuk mempersiapkan akan perubahan kebutuhan dan peningkatan kemampuan organisasi.

Perencanaan menurut proses penyusunan dikategorikan dalam dua pendekatan yaitu: pendekatan perkembangan yang memberi keuntungan (Profitabel Growth Approach) dan pendekatan analisis SWOT (Strenght, Wakness, Opportunity, dan Treat).

## 2.3 Perencanaan Dalam Manajemen Keperawatan

Perencanaan manajemen dimulai dengan menetapkan tujuan Lembaga/organisasi dijabarkan dalam visi, misi, filosofi dan tujuan arah politik organisasi. Sebagai seorang perawat kita harus mengerti serta mengetahui tujuan dari organisasi ini sehingga anda dapat bekerja sama untuk mencapai tujuan/harapan organisasi.

### 1. Merumuskan Visi

Istilah lain untuk visi adalah impian, kerinduan. Visi adalah dasar untuk membuat rencana yang singkat, jelas dan padat mendasar dan ada batas waktu untuk mencapainya. Visinya adalah memuat penjelasan mengapa organisasi itu dibentuk. Contoh pernyataan visi: “Menjadi pusat perawatan jantung yang melakukan perawatan secara profesional dan unggul di Tahun 2023“

### 2. Merumuskan Misi

Misi adalah uraian yang memuat pernyataan-pernyataan operasional untuk mencapai visi yang telah ditetapkan. Contoh misi ruang kardiologi terkait dengan visi disebutkan di atas:

- a. Perawatan bio-holistik pasien jantung psikososial-kultural dan spiritual.
  - b. Lakukan prosedur perawatan jantung dengan pengobatan perawatan modern.
  - c. Penyediaan layanan infrastruktur untuk mendukung pengelolaan perawatan jantung.
  - d. Melakukan penelitian berhubungan dengan kardiologi untuk pengembangan dan Tren dalam perawatan jantung.
3. Penyusunan Filosofi
- Filsafat adalah nilai dan keyakinan tentang kepercayaan dan keyakinan individu yang bekerja dalam keperawatan pada suatu organisasi (Swanburg, 1999), contoh:
- a. Seorang pasien adalah orang yang merupakan makhluk holistik (biopsikososial-spiritual).
  - b. Seorang Pasien adalah makhluk yang unik.
4. Penetapan Tujuan
- Tujuan adalah pedoman kebijakan yang dapat dicapai organisasi memutuskan apa dan bagaimana melakukannya untuk mencapainya. Dalam organisasi jasa pasti ada yang mutlak dan untuk mengatasi kekhawatiran.
- Tujuan yang baik harus memperhatikan hal di bawah ini agar dapat tercapai (Gillies, 1994):
- a. Tujuan yang akan dicapai arahnya harus jelas
  - b. Tujuan yang akan dicapai harus dapat diukur sehingga mudah untuk dicapai
  - c. Measurable artinya tujuan mengandung ketentuan yang dapat diukur
  - d. Batas waktu ditetapkan untuk mencapai tujuan
  - e. Pencapaian keberhasilan dari semua tujuan hasil kesepakatan semua anggota bagian organisasi
  - f. Kriteria ditetapkan dalam menentukan sejauh mana harapan yang kita rencanakan telah dicapai.

## 2.4 Jenis Perencanaan Manajemen Keperawatan

Perencanaan manajemen keperawatan berdasarkan periode waktu dibagi menjadi tiga jenis: jangka pendek, jangka menengah dan perencanaan jangka panjang. Perencanaan jangka pendek atau biasa disebut desain fungsional ada jadwal kegiatan 1 jam sampai 1 tahun. Perencanaan jangka menengah adalah perencanaan operasional selama periode 1 sampai 5 tahun (Marquis & Huston, 1998). Meskipun perencanaan jangka panjang atau sering disebut perencanaan strategis disiapkan untuk pelaksanaan dari 3 sampai 20 tahun (Swanburg, 2001).

Dalam perencanaan manajemen keperawatan diruang perawatan biasanya menggunakan perencanaan jangka pendek yaitu rencana harian, bulanan dan rencana tahunan. Rencana harian yaitu semua kegiatan yang dirancang setiap individu perawat dibuat setiap hari sesuai perannya. Peran yang dimaksud adalah kepala ruang, ketua tim/perawat primer dan perawat pelaksana. Rencana bulanan adalah semua rancangan kegiatan yang akan dilaksanakan dalam satu bulan. Rencana ini harus sesuai dengan rencana harian. Rencana bulanan dibuat oleh kepala ruang dan ketua tim/perawat primer. Rencana tahunan adalah semua rancangan yang setahun sekali menyesuaikan dengan hasil evaluasi kegiatan tahun sebelumnya. Rencana tahunan ini dibuat oleh kepala ruang.

Menurut waktu pembuatan perencanaan dapat dikategorikan dalam:

1. perencanaan reaktif adalah perencanaan yang dibuat pada saat ditemukan masalah nyata yang dihadapi saat ini.
2. perencanaan proaktif yaitu perencanaan yang dibuat di awal untuk mengantisipasi sesuatu hal yang tidak diharapkan terjadi, ini dilaksanakan untuk mempersiapkan akan perubahan kebutuhan dan peningkatan kemampuan organisasi.

## 2.4.1 Perencanaan Manajemen Dalam Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat

### 1. Kepala Ruangan

Dalam melaksanakan tugasnya kepala ruangan bertanggung jawab kepada kepala instansi terhadap hal-hal sebagai berikut:

- a. Benar dan tepatnya rencana kebutuhan tenaga keperawatan
- b. Benar dan tepatnya program pengembangan pelayanan keperawatan.
- c. Objektif dan benar penilaian kinerja tenaga keperawatan
- d. Lancarnya kegiatan orientasi perawat baru
- e. Benar dan tepat protab / SOP pelayanan keperawatan
- f. Benar dan tepat laporan berkala pelaksanaan pelaksanaan keperawatan.
- g. Benar dan tepat kebutuhan dan penggunaan alat
- h. Benar dan tepat pelaksanaan program bimbingan mahasiswa yang praktek dari institusi pendidikan keperawatan

Dalam menjalankan tugasnya, kepala ruangan memiliki kewenangan yaitu:

- a. Memperoleh informasi dan instruksi dari atasan
- b. Memberi petunjuk dan arahan dalam pelaksanaan tugas perawat pelaksana
- c. Memantau, memonitor dan mengevaluasi penggunaan tenaga kerja, staf keperawatan, peralatan dan kualitas pekerjaan keperawatan di ruangan dalam pemeliharaan ruang perawatan.
- d. Tandatangani surat dan dokumen yang merupakan kewenangan dari kepala ruangan rawat inap
- e. Menghadiri pertemuan rutin dengan kepala instalasi/kasir/direktur rumah sakit untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan keperawatan.

**Tabel 2.1:** Tugas Harian Kepala Ruangan (Erita, 2021)

| Waktu | Kegiatan                                                                                                                                       | Keterangan |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 07.00 | Menghitung kebutuhan tenaga                                                                                                                    |            |
| 07.10 | Operan Dinas<br><i>Pre conference</i> (antara masing-masing tim), mengecek SDM dan sarana prasarana.                                           |            |
| 08.00 | Mengecek kebutuhan pasien (pemeriksaan, dll)                                                                                                   |            |
| 09.00 | Melakukan interaksi dengan pasien baru atau pasien yang memerlukan perhatian khusus                                                            |            |
| 10.00 | Melakukan supervisi pada ketua tim atau perawat pelaksana                                                                                      |            |
| 11.00 | Meeting dengan unit terkait                                                                                                                    |            |
| 12.00 | Mengecek kembali keadaan pasien, lingkungan sekitar, dan hal-hal yang belum teratasi                                                           |            |
| 13.00 | Mempersiapkan dan merencanakan kegiatan asuhan keperawatan untuk esok hari sesuai tingkat ketergantungan pasien selesai <i>post conference</i> |            |
| 14.00 | Operan                                                                                                                                         |            |

Tugas kepala ruangan dalam fungsi perencanaan adalah:

- Sebagai kepala ruangan menyusun rencana kerja
- Harus dapat berperan aktif dalam melaksanakan falsafah serta tujuan pelayanan keperawatan yang telah disusun di ruangan rawat inap.
- Menyusun perencanaan tentang jumlah peralatan yang akan digunakan beserta jenis-jenisnya sesuai kebutuhan ruangan
- Menyusun rencana tentang kebutuhan sumber daya manusia terutama dalam keperawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kualifikasi perawat yang telah didiskusikan dengan kepala instalasi.

- e. Menyusun perencanaan kegiatan yang akan dilaksanakan bersama oleh semua anggota ruangan rawat inap yang berkaitan dengan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien kelolaan ruangan.

## 2. Perawat Primer / Ketua tim

Perawat Primer atau Ketua Tim memiliki tugas sebagai berikut:

- a. Ketua Tim yang akan menerima pasien baru dan melaksanakan pengkajian secara komprehensif sehingga asuhan keperawatan yang diangkat sesuai dengan kebutuhan pasien.
- b. Menyusun tujuan dan merencanakan asuhan keperawatan
- c. Ketua tim dapat turut melaksanakan implementasi asuhan keperawatan jika diperlukan.
- d. Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan kesehatan bersama dengan tim medis dari disiplin ilmu yang lain sehingga dapat memberikan kolaborasi interprofesional kepada pasien yang dirawat.
- e. Mengevaluasi keberhasilan dari asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat pelaksana
- f. Merujuk pekerja sosial dan hubungi layanan sosial masyarakat untuk bersama dalam pelayanan kesehatan kepada pasien setelah pasien pulang
- g. Membuat janji klinik
- h. Melakukan kunjungan rumah sesuai kebutuhan

## 3. Perawat Pelaksana

Dalam pelaksanaan fungsi perencanaan perawat pelaksana memiliki tugas sebagai berikut:

- a. Melaksanakan tugas dengan benar dan penuh ketelitian dalam melakukan pekerjaan keperawatan rutin.
- b. Melaksanakan tugas dengan benar dan penuh ketelitian dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan/kegiatan lain yang dilakukan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan kepada pasien kelolaan.

Perawat pelaksana memiliki kewenangan yaitu bertanggung jawab atas pasien kelolaan di ruangan rawat inap selama pelaksanaan tugasnya antara lain:

- a. Meminta informasi dan instruksi dari atasan
- b. Memberikan pelayanan medis kepada pasien/keluarga pasien dalam batas kemampuan dan kewenangannya.

Perawat pelaksana memiliki tugas utama perawat sebagai berikut:

- a. Perhatikan kebersihan ruangan spesialis dan sekitarnya
- b. Penerimaan pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku
- c. Menjaga perawatan dan alat kesehatan dalam kondisi baik sehingga siap digunakan sewaktu-waktu
- d. Melaksanakan pengkajian keperawatan dan penentuan diagnosa keperawatan
- e. Buat rencana perawatan berdasarkan kemampuan Anda.
- f. Melakukan tindakan medis sesuai dengan kebutuhan dan keterbatasan pasien, antara lain: melakukan perawatan sesuai dengan rencana perawatan. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya tentang penyakitnya antara lain:
  - Latihan/bantu pasien latihan.
  - Melakukan prosedur kegawatdaruratan pada pasien (meliputi: demam tinggi, kolaps, perdarahan, keracunan, henti napas dan henti jantung) sesuai prosedur yang ditetapkan. Segera laporkan tindakan yang dilakukan kepada dokter/tenaga medis yang bertugas.
  - Melakukan evaluasi kerja keperawatan sesuai kapasitasnya.
  - Mengamati kondisi pasien dan kemudian berdasarkan hasil observasi tersebut mengambil tindakan yang tepat sesuai dengan kemampuannya.
  - Berpartisipasi dalam diskusi dengan anggota tim kesehatan tentang kasus dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

- Melakukan tugas pagi, siang, sore dan hari libur sesuai dengan jadwal dinas.
- Menghadiri rapat rutin departemen utama
- Menerapkan sistem pencatatan dan pelaporan keperawatan yang sesuai dengan standar keperawatan dan akurat
- Melakukan pengalihan tugas kepada pegawai pengganti secara lisan atau tertulis sehubungan dengan penggantian.

## 2.5 Analisis dalam Perencanaan

Dalam perencanaan ada beberapa analisis yang digunakan antara lain:

1. Swot Analysis
2. PEEST (political, economic, social, technologic)
3. STEER (socio cultural, technological, economic, ecological, regulatory)
4. Fish Bone Analysis

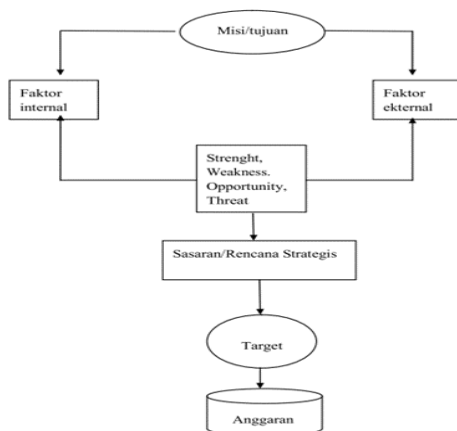
Perencanaan operasional dimulai dengan memutuskan apa yang ingin dicapai organisasi. Dengan menetapkan prioritas secara jelas dan menetapkan tujuan secara rinci, organisasi dapat mengalokasikan sumber daya untuk kegiatan yang lebih efisien (Nasution, 2020)

Rumah sakit yang adalah suatu tempat kolaborasi berbagai profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang terkoordinasi dalam sebuah sistem (Kurniadi, 2013). Seiring dengan perkembangan zaman, profesi keperawatan juga semakin mengalami kemajuan dan banyak tantangan yang dihadapi untuk semakin mengembangkan diri menjadi profesi yang dapat diakui dan diterima oleh masyarakat dan juga profesi lain (Nursalam, 2015).

Untuk mengetahui seberapa baiknya manajemen keperawatan maka dalam melakukan perencanaan diperlukan analisis situasi oleh kepala bidang sehingga dapat melihat analisis faktor internal (kekuatan dan kelemahan organisasi), serta faktor eksternal (peluang dan ancaman organisasi)

menggunakan analisa Strengths, Weakness, Oportunities, Threats (SWOT) (Ayuningtyas, 2015)

Rencana disusun dengan proses perencanaan, dimulai dengan menganalisa faktor internal yang berhubungan dengan kekuatan (Strenght) dan kelemahan (Weaknes), selanjutnya melakukan analisa faktor eksternal yang berhubungan dengan peluang (opportunity) dan tekanan/ancaman (Threat). Setelah diketahui kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman selanjutnya disusun rencana strategis untuk mencapai tujuan organisasi. Rencana strategis harus diterjemahkan ke dalam rencana operasional yang mencantumkan target yang harus dicapai Perhatikan ilustrasi gambar 2.2 untuk membantu anda lebih memahami posisi analisa swot dalam fungsi perencanaan



**Gambar 2.2:** Proses Perencanaan dengan Analisa SWOT ( Erita, 2021)

Planning atau perencanaan merupakan fungsi yang melibatkan hal-hal dasar untuk mencapai tujuan. Dalam menentukan perencanaan harus ada tujuan yang akan dicapai oleh suatu organisasi. Untuk mencapai tujuan tersebut dibutuhkan perencanaan yang menggunakan hal-hal yang masuk di akal atau yang logis.

Proses pengambilan keputusan pelaksanaannya harus melihat apakah itu merupakan perencanaan jangka panjang atau jangka pendek. Dalam proses pengambilan keputusan pembuatan perencanaan mencapai tujuan penggunaan analisa yang tepat sangatlah penting. Keputusan manajerial akan sangat memengaruhi pencapaian hasil dari tujuan serta kesuksesan organisasi.

## **Bab 3**

# **Fungsi Pengorganisasian**

### **3.1 Pendahuluan**

Pengorganisasian merupakan tahapan kedua dari proses manajemen yang merupakan tahap esensial dari proses manajemen. Pengorganisasian merupakan proses yang menyatukan sekelompok orang, material dan peralatan dalam mencapai tujuan organisasi yang spesifik. Pada pengorganisasian dibentuk struktur organisasi formal mengenai otoritas, tanggungjawab, dan komunikasi yang berlaku pada organisasi. Pembentukan struktur formal yang dibentuk akan memungkinkan koordinasi atau penggunaan setiap sumber daya yang ada sebaik mungkin guna mencapai tujuan organisasi.

Indartono (2016) menyatakan bahwa pengorganisasian (organizing) merupakan kegiatan yang memiliki tujuan untuk suatu kegiatan besar menjadi kegiatan-kegiatan yang lebih kecil. Seorang manajer menerapkan pengorganisasian untuk mempermudah pengawasan dan menentukan orang-orang yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas yang telah dibagi-bagi tersebut. Pengorganisasian yang dilakukan seorang manajer dapat dilakukan dengan menentukan tugas apa yang harus dikerjakan, siapa yang harus mengerjakannya, bagaimana tugas-tugas tersebut dikelompokkan, siapa yang bertanggung jawab atas tugas tersebut, dan pada tingkatan mana suatu keputusan harus diambil.

Siregar, (2021) menyatakan dalam pengorganisasian terdapat berbagai kegiatan dalam menetapkan, mengelompokkan serta mengelola berbagai macam aktivitas, menetapkan berbagai tugas pokok, wewenang serta juga melakukan pendelegasian kewenangan pimpinan kepada staf guna mencapai tujuan organisasi. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa fungsi pengorganisasian merupakan upaya untuk mensinkronisasikan dan mengatur semua kegiatan yang ada kaitannya dengan personil, finansial, materil dan kesepakatan tata cara mencapai tujuan organisasi. Daft (2016) mengungkapkan bahwa pengorganisasian merupakan aktivitas dalam memanfaatkan sumber daya- sumber daya yang dimiliki oleh organisasi, agar tujuan strategis dapat dilakukan. Sumber daya yang dimiliki organisasi ini terdiri dari sumber daya manusia dan sumber daya fisik lainnya termasuk finansial. Pengkoordinasian ini penting dalam menjalankan rencana untuk mencapai tujuan organisasi.

Pengorganisasian merupakan kegiatan tentang seni mengatur sumber daya dengan tepat dan berjalan dengan semestinya sesuai dengan apa yang telah direncanakan sebelumnya. Pada satu perusahaan banyak terdapat orang yang berbeda- beda dengan keahlian yang juga berbeda-beda, termasuk latar belakang yang berbeda baik dari segi keilmuan, budaya, motivasi dan juga tingkah laku. Sementara itu perusahaan memiliki tujuan yang harus dicapai secara bersama-sama melalui sinergi semua sumber daya. Pengorganisasian berperan dalam mengatur semua nya agar dapat terciptanya suatu keharmonisan dalam melaksanakan semua kegiatan.

Pengorganisasian yang efektif akan membuat pemahaman yang lebih jelas terhadap setiap peran dan tanggung jawab yang perlu dilakukan, selain itu pengorganisasian akan memfasilitasi pendelegasian tugas-tugas, dan juga memastikan menggunakan semua sumber-sumber yang ada secara efisien. Pengorganisasian memperjelas tugas-tugas apa yang harus dilakukan, mengelompokkan tugas-tugas menjadi unit-unit agar lebih mudah dikelola dan selanjutnya menuliskannya pada individu atau tim agar dapat diselesaikan (Marquis and Huston, 2017).

## 3.2 Prosedur dalam Pengorganisasian

Pada intinya kegiatan pengorganisasian merupakan suatu proses untuk menyusun struktur formal yang terdapat dalam sebuah organisasi, mengelompokkan dan mengatur serta membagi tugas-tugas atau pekerjaan

diantara para anggota organisasi yang merupakan karyawan, agar tujuan organisasi dapat dicapai dengan efisien dengan menggunakan proses pengorganisasian.

Pelaksanaan pengorganisasian terdiri dari beberapa kegiatan (Stretton, 2015; Siregar, 2021), yang terdiri dari:

1. Hal pertama yang perlu dilakukan adalah melakukan identifikasi dan menentukan tugas-tugas yang perlu dilakukan guna mencapai tujuan organisasi
2. Melakukan delegasi otoritas kepada perawat pelaksana dan menentukan tanggung jawab apa yang harus diselesaikan. Pada tahapan ini dilakukan pembagian tugas-tugas menjadi kegiatan-kegiatan yang lebih kecil yang secara logis dapat dilaksanakan oleh seseorang. Pembagian kerja ini harus memperhatikan keseimbangan di mana sebaiknya beban pekerjaan tidak terlalu berat yang dapat menyebabkan karyawan mengalami kesulitan untuk menyelesaikannya, atau beban kerja yang dibagi terlalu ringan sehingga pada karyawan terdapat waktu menganggur, tidak efisien dan menyebabkan pengeluaran yang sebenarnya tidak diperlukan atau mengalami inefisiensi.
3. Melakukan pengembangan suatu sistem yang menghubungkan setiap kegiatan agar dapat dikoordinasikan secara harmonis, mengurangi ketidakefisienan serta mengurangi potensi terjadinya konflik yang dapat menimbulkan kerusakan.

Pengorganisasian yang berjalan secara efektif akan menghasilkan manfaat atau keuntungan, antara lain adanya kejelasan tentang tujuan kerja individual dan tugas-tugas yang terspesialisasi. Adanya kejelasan tujuan kerja ini akan mempermudah para manajer untuk menyampaikan hasil kerja seperti apa yang diharapkan dari para perawat pelaksana. Manfaat selanjutnya adalah menciptakan pembagian kerja yang lebih efektif sesuai dengan keahlian masing-masing perawat, menciptakan arus aktivitas kerja yang logis yang dapat dilaksanakan dalam bentuk individu atau kelompok, menciptakan komunikasi terapeutik yang baik, yang akan memudahkan seorang kepala ruangan melakukan pengawasan dan pengambilan keputusan yang diperlukan. Pengorganisasian yang efektif juga akan membentuk perasaan harmonis antar

anggota yang kerap terlibat dalam satu kegiatan dan memudahkan memfokuskan diri dalam mencapai tujuan organisasi. Penempatan struktur yang baik akan memudahkan seorang manajer keperawatan untuk melakukan pengawasan pada setiap anggota.

## 3.3 Bentuk-bentuk Organisasi

### 3.3.1. Bentuk Organisasi Secara Umum

Pelaksanaan proses pengorganisasian yang baik akan mempermudah organisasi mencapai tujuannya. Proses yang terjadi akan tergambar pada struktur organisasi yang melingkupi aspek-aspek yang penting dalam organisasi serta proses pengorganisasian.

Pengorganisasian di sebuah perusahaan, umumnya dapat dibagi menjadi beberapa jenis berdasarkan kepada kewenangannya. Siregar (2021) membagi kewenangan dalam pengorganisasian, seperti yang tertera di bawah ini:

#### 1. Organisasi lini

Tipe ini merupakan tipe organisasi terlama. Pada jenis organisasi ini terdapat perbedaan yang jelas pada pembagian tugas dan kewenangan antara satuan organisasi pimpinan dan satuan organisasi pelaksana. Pada jenis organisasi ini peranan pimpinan sangat dominan terhadap pelaksana. Sistem kendali terdapat pada pimpinan yang dilakukan dengan memberikan melalui kewenangan yang dimilikinya dan pemberian perintah.

Organisasi ini dapat diterapkan pada perusahaan yang masih sederhana dengan jumlah karyawan yang masih sedikit, sarana dan prasarana masih terbatas, Tujuan dan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh organisasi masih bersifat sederhana. Pengambilan keputusan yang dapat diambil cenderung lebih cepat, lebih terjaminnya kesatuan arah dan perintah serta pengawasan dan koordinasi lebih mudah dilakukan. Kelemahan pada jenis organisasi ini adalah pengambilan keputusan seringkali dilakukan kurang sempurna sehingga dibutuhkan seorang pemimpin yang benar-benar

dapat memegang kendali, serta aspek kemanusiaan seringkali kurang diperhatikan. Jenis organisasi seperti ini lebih tepat diaplikasikan pada ruang perawatan.

## 2. Organisasi staf

Merupakan pengembangan dari organisasi lini. Pada jenis organisasi ini memiliki ciri di mana pada organisasi ini dikembangkan satuan organisasi staf yang berperan sebagai organ yang membantu pimpinan. Orang-orang yang duduk dalam organisasi staf merupakan para ahli yang memiliki kemampuan sesuai dengan kebutuhan organisasi. Keberadaan para staf ahli ini dikarenakan permasalahan yang dihadapi oleh pimpinan lebih sulit dan bersifat kompleks, sehingga mereka dibutuhkan untuk membantu pimpinan menyelesaikan permasalahan yang ada. Pada organisasi staf, peran mereka hanyalah sebagai asisten yang membantu pimpinan, sementara keputusan tetap berada di tangan pimpinan. Adapun keuntungan dari organisasi jenis ini, keputusan yang diambil bersifat lebih baik. Kerugiannya adalah pengambilan keputusan membutuhkan waktu yang lebih lama bila dibandingkan dengan pengambilan keputusan pada organisasi lini.

## 3. Organisasi lini dan staf

Organisasi jenis ini merupakan pengembangan dari jenis lini dan staf. Pada jenis organisasi ini, staf tidak hanya memberikan masukan kepada pimpinan, tetapi juga turut melaksanakan apa yang menjadi masukan mereka. Penerapan organisasi ini dilakukan jika permasalahan yang dihadapi oleh organisasi amat sangat kompleks, sehingga para staf diharapkan tidak hanya memberikan masukan, tetapi juga membantu pelaksanaan dari masukan tersebut.

Keuntungan dari penerapan organisasi jenis ini adalah keputusan yang diambil adalah keputusan yang lebih baik lagi karena keputusan yang diambil merupakan keputusan yang telah melalui serangkaian pemikiran oleh banyak staf yang terlibat, sehingga tanggungjawab yang harus dipikul oleh pimpinan menjadi berkurang dan ia dapat memfokuskan pada perhatiannya pada permasalahan yang lebih

penting, dan mendorong pertanggungjawaban yang lebih baik melalui pengembangan kemampuan dan bakat. Adapun kelemahan dari organisasi lini dan staf ini adalah pengambilan keputusannya dapat memakan waktu yang lebih lama bila dibandingkan dengan organisasi staf. Kelemahan lainnya yaitu dapat menimbulkan kebingungan pada para pelaksana jika batas kewenangan para staf ahli ini tidak dirumuskan dengan jelas.

### 3.3.2. Bentuk Organisasi Pelayanan Keperawatan

Pengorganisasian di ruang perawatan sebaiknya menyesuaikan dengan metode penugasan yang dipilih untuk dijalankan. Di bawah ini adalah beberapa tipe organisasi (Asmuji, 2017), antara lain:

1. Metode kasus

Merupakan metode penugasan keperawatan yang paling lama digunakan, yang mana metode ini merupakan metode penugasan yang paling pertama digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Metode penugasan ini seringkali digunakan sampai dengan jaman perang dunia kedua. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Pada metode ini, kepala ruang akan memberikan penugasan kepada setiap perawat untuk melakukan perawatan kepada seorang pasien.

2. Kelebihan dari penggunaan metode kasus antara lain terpenuhinya kebutuhan pasien, pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan, Perawat lebih mudah memahami masalah pasien, dan kepuasan tugas oleh perawat secara keseluruhan dapat dicapai. Adapun kekurangan dari penggunaan metode kasus antara lain: terbatasnya tenaga yang dimiliki oleh perawat sehingga sulit memberikan pelayanan keperawatan secara menyeluruh, pelaksanaan metode ini membutuhkan banyak tenaga perawat, perawat mendapatkan beban kerja yang cukup tinggi terutama saat jumlah pasien meningkat, sehingga risiko terdapatnya tugas-tugas yang

terlewat dapat terjadi dan pendelegasiak tugas keperawatan hanya dapat dilaksanakan selama perawat penanggung jawab bertugas.

### 3. Metode fungsional

Pada penggunaan metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan lebih difokuskan pada pelaksanaan penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat akan mendapatkan satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada seluruh pasien yang dirawat di satu ruangan. Metode ini efektif dilakukan jika pelayanan kesehatan menghadapi situasi di mana jumlah perawat yang bertugas tidak berimbang dengan jumlah pasien yang dirawat, tetapi kepuasan yang dirasakan pasien akan sulit dicapai.

Metode fungsional memiliki beberapa kelebihan antara lain yaitu metode ini bersifat sederhana, efisien, perawat menjadi terampil untuk tugas tertentu, perawat mudah mengalami kepuasan setelah menyelesaikan tugas, jika fasilitas kesehatan mengalami kekurangan tenaga ahli, maka perawat yang kurang berpengalaman dapat dilatih untuk melakukan satu tugas sederhana, dan metode fungsional memudahkan perawat kepala ruang untuk melakukan pengawasan staf dalam melakukan prosedur tertentu. Walaupun begitu, metode ini juga terdapat kelemahan dalam pelaksanaannya, antara lain fokus pekerjaan lebih banyak pada kebutuhan fisik pasien dan kurang menekankan pada kebutuhan holistik, akibat fragmentasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien maka mutu asuhan keperawatan sering tidak diindahkan oleh perawat, akibatnya komunikasi antar perawat sangat terbatas yang menyebabkan perkembangan kondisi pasien kurang dapat terpantau secara utuh dan menyeluruh, akibatnya tingkat kepuasan pasien rendah karena pasien tidak mendapatkan jawaban atas pertanyaannya, dan hubungan saling percaya antara pasien dan perawat sulit terbina.

### 4. Metode tim

Merupakan metode penugasan pemberian asuhan keperawatan di mana seorang perawat profesional memimpin beberapa orang perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan kepada

sekelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. Metode ini meyakini bahwa setiap anggota kelompok memiliki kontribusi untuk merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan guna menimbulkan rasa tanggung jawab yang tinggi. Seorang ketua tim merupakan perawat profesional yang harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan, membuat keputusan tentang prioritas perencanaan, supervisi, dan evaluasi asuhan keperawatan.

Seorang ketua tim memiliki tanggung jawab untuk melakukan pengkajian pada klien dan menyusun rencana keperawatannya, melakukan koordinasi rencana keperawatan dengan tindakan medis, melakukan pembagian tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota kelompok serta memberikan bimbingan melalui konferensi, melakukan evaluasi pemberian asuhan keperawatan dan hasil yang dicapai serta melakukan pendokumentasiannya, melakukan komunikasi yang efektif demi keberlangsungan terjaminnya mutu pelayanan yang diberikan, melakukan komunikasi terbuka yang dilakukan melalui berbagai cara dalam penulisan rencana keperawatan yang menjadi pedoman pelaksanaan asuhan keperawatan, serta melakukan supervisi dan evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

Dukungan dari kepala ruangan menjadi hal yang penting guna berjalannya metode penugasan ini. Salah satu dukungan yang dapat dilakukan oleh kepala ruangan adalah dengan menetapkan standar kinerja yang harus ditunjukkan oleh staf, membantu para staf dalam menetapkan sasaran yang akan dicapai oleh unit, dan memberikan kesempatan kepada ketua tim untuk mengembangkan kemampuan kepemimpinannya. Kegiatan lain yang juga perlu dilakukan adalah mengorientasikan perawat baru mengenai metode penugasan tim, menjadi narasumber jika diperlukan oleh ketua tim, dan menciptakan iklim komunikasi yang terbuka.

Seperti halnya dua metode di atas, metode tim juga memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan dari metode tim antara lain adalah dapat memberikan kesempatan tiap anggota tim untuk saling

berbagi pengalaman, memberikan asuhan keperawatan dengan lebih komprehensif, memungkinkan terciptanya kaderisasi kepemimpinan dan memudahkan kerjasama, memberikan kepuasan antar anggota tim dalam hubungan interpersonalnya dan memungkinkan penyatuan anggota tim yang berbeda latar belakangnya secara lebih aman dan efektif. Adapun kekurangan dari penggunaan metode tim ini adalah kurang optimalnya kesinambungan dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dikarenakan antara satu tim dengan tim lainnya saling tidak mengetahui kondisi pasien yang bukan menjadi tanggung jawabnya, kurangnya waktu rapat tim dikarenakan waktu pelayanan yang cukup sibuk yang mengakibatkan terganggunya komunikasi dan koordinasi antar anggota tim yang dapat menghambat kelancaran tugas, perawat yang belum berpengalaman kurang berani mengambil risiko dikarenakan mereka selalu bergantung dan berlindung kepada ketua tim, serta kaburnya akuntabilitas dalam tim.

#### 5. Metode perawatan primer

Wessel and Manthey (2015) serta menyatakan bahwa metode keperawatan primer memungkinkan perawat untuk merencanakan dan mengkoordinasikan perawatan pasien dari waktu ke waktu berdasarkan hubungan kepercayaan. Metode ini dianggap penting untuk menghindari fragmentasi, meningkatkan dokumentasi keperawatan dan mencapai kualitas asuhan keperawatan yang berpusat pada manusia. Metode keperawatan primer memiliki ciri yaitu akuntabilitas, otonomi, otoritas, advokasi, ketegasan, dan 5K yaitu kontinuitas, komunikasi, kolaborasi, koordinasi dan komitmen. Setiap perawat primer biasanya merawat 4 sampai 6 klien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama klien tersebut dirawat di rumah sakit atau di suatu unit. Perawat akan melakukan pengkajian secara komprehensif dan merencanakan asuhan keperawatan. Jika perawat primer tidak sedang bertugas, keberlanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (associated nurse). Perawat primer akan bertanggung jawab terhadap semua asuhan keperawatan klien

dan menginformasikan keadaan klien kepada kepala ruangan, dokter, dan staf keperawatan.

Seorang perawat primer selain mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan juga mempunyai kewenangan untuk melakukan rujukan kepada pekerja sosial, melakukan kontrak dengan lembaga sosial di masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik, atau mengadakan kunjungan rumah. Kewenangan yang luas yang dimiliki oleh perawat primer, akan menuntut akuntabilitas perawat yang tinggi terhadap hasil pelayanan yang diberikan.

Keuntungan penggunaan metode perawat primer antara lain pasien akan merasa lebih dihargai sebagai manusia karena terpenuhi kebutuhannya secara individu, pemberian asuhan keperawatan yang bermutu dan tercapainya pemberian layanan yang lebih efektif pada pemberian obat-obatan, dukungan, proteksi, informasi, dan advokasi. Metode perawat primer dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan karena hanya satu perawat primer yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan koordinasi asuhan keperawatan, memiliki jangkauan observasi setiap perawat hanya 4-6 klien, pertanggungjawaban selama 24 jam, memungkinkan rencana pulang pasien dapat diberikan lebih awal dan rencana asuhan keperawatan dan rencana medik dapat berjalan paralel.

Keuntungan yang dirasakan oleh perawat primer antara lain adalah memungkinkan para perawat primer untuk melakukan pengembangan diri dengan mengimplementasikan ilmu pengetahuan. Keadaan ini mungkin terjadi karena adanya otonomi dalam membuat keputusan mengenai asuhan keperawatan klien. Staf medis juga akan merasakan kepuasannya dengan penggunaan metode ini karena senantiasa mendapat informasi tentang kondisi klien yang mutakhir dan komprehensif, di mana informasi dapat diperoleh dari satu perawat yang benar-benar mengetahui keadaan dan kondisi pasien.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa metode penggunaan perawat primer dapat mendorong kemandirian perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien, asuhan

keperawatan yang diberikan bersifat komprehensif dan juga terjadinya komunikasi langsung dengan staf medis, adanya keterikatan antara pasien dan perawat dapat memberikan kepuasan kepada perawat dan pasien selaku pemberi dan penerima asuhan keperawatan. Adapun kelemahan dari metode perawat primer antara lain memerlukan jumlah dan kualitas tenaga perawat yang bermutu di mana hal ini hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional yang pada akhirnya akan menimbulkan pembiayaan yang cukup tinggi jika dibandingkan dengan metode lainnya.

### 3.4 Komunikasi dalam Keperawatan

Organisasi merupakan tempat berkumpulnya sejumlah orang yang saling bekerja sama guna pencapaian tujuan perusahaan. Pelaksanaan kerja sama yang terjadi tidak terlepas dari adanya aktivitas komunikasi antar tiap orang-orang yang terlibat, tak terkecuali pada perawat. Komunikasi yang efektif merupakan hal penting bagi manajer dalam menyampaikan informasi kepada perawat pelaksana. Seseorang seringkali menganggap bahwa komunikasi merupakan kegiatan sederhana dalam pemberian informasi. Pada kenyataannya, pemberian pesan hanyalah merupakan sebagian kecil dari komunikasi. Komunikasi melibatkan pesan verbal dan juga nonverbal, status emosional dari orang-orang yang terlibat dalam komunikasi, distraksi luar dan latar belakang budaya yang akan memengaruhi interpretasi terhadap pesan (Weiss and Tappen, 2015). Mendengarkan sambil lalu merupakan masalah yang paling sering menimbulkan kesalahan interpretasi.

Perawat merupakan bagian integral dari tenaga kesehatan dan seringkali menjadi navigator bagi pasien dalam memberikan kepada pasien saat masuk ke dalam sistem. Oleh karena itu ada baiknya seorang perawat perlu mengembangkan kemampuan pada keterampilan berkomunikasi secara asertif, di mana perilaku asertif ini dibutuhkan oleh perawat agar dapat menyampaikan apa yang dimaksudnya tanpa menimbulkan rasa sakit hati pada orang lain. Pada komunikasi yang asertif, posisi seseorang dikemukakan secara halus dan jelas. Pada saat bekerja dalam lingkungan interprofesional, keasertifan lebih diperlukan oleh perawat dalam memposisikan dirinya sebagai advokat bagi pasien untuk memastikan bahwa pasien menerima pelayanan yang aman, tepat

dan efektif. Penggunaan komunikasi yang asertif akan mempermudah perawat dalam mengungkapkan posisinya dan juga ide-idenya.

Komunikasi merupakan kunci keberhasilan dalam mencapai tujuan, melalui komunikasi yang lancar dan tanpa hambatan akan mempermudah arus penyampaian informasi guna pencapaian tujuan organisasi. Sebaliknya, adanya hambatan dalam komunikasi dapat memperlambat pencapaian tujuan organisasi. Komunikasi akan digunakan dalam setiap proses manajemen, tidak terkecuali pada tahapan pengorganisasian. Melalui komunikasi, manajer dapat menyampaikan segala sesuatu yang diharapkan dan berhubungan dengan kegiatan dalam pencapaian tujuan.

Schwartz, F., Lowe, M., & Sinclair (2009, dalam Weiss and Tappen, 2015) menjelaskan bahwa beberapa penghambat dalam komunikasi yang efektif pada tenaga kesehatan antara lain:

1. Rendahnya literasi kesehatan, yang mana hal ini merupakan kurangnya kemampuan yang dibutuhkan untuk mampu mengakses dan menggunakan informasi kesehatan.
2. Keragaman budaya, yang mana hal ini merupakan hambatan dalam mengakses, memahami dan menggunakan pelayanan dan informasi
3. Kompetensi budaya dari penyedia jasa kesehatan, merupakan kekurangan kemampuan dari penyedia jasa kesehatan dalam mengidentifikasi dan mempertimbangkan praktik budaya yang berhubungan dengan budaya
4. Keterampilan komunikasi dari penyedia jasa kesehatan, yaitu ketidakmampuan penyedia jasa kesehatan dalam melakukan komunikasi akibat dari kurangnya pelatihan

Komunikasi sendiri memiliki beberapa tujuan komunikasi menurut Asmuji (2017) antara lain:

1. Pesan yang disampaikan dapat dengan mudah dipahami oleh penerima pesan  
Penyampaian pesan secara jelas, singkat dan ringkas serta tidak bertele-tele akan memudahkan pemahaman individu penerima pesan

2. Memahami orang lain

Pemahaman terhadap kondisi orang lain dapat dilakukan dengan menggunakan komunikasi. Keberhasilan memahami kondisi orang lain akan memudahkan perawat mengambil keputusan yang tepat sesuai dengan kondisi pasien.

3. Gagasan dan ide yang disampaikan oleh komunikator dapat diterima oleh komunikan.

Seorang perawat harus mampu menyampaikan informasi mengenai kesehatan kepada pasien baik individu maupun keluarga dan masyarakat dengan jelas dan persuasif agar lebih mudah diterima

4. Menggerakkan orang lain untuk melakukan kegiatan

Komunikasi merupakan kunci keberhasilan dalam memengaruhi orang lain untuk melakukan sesuatu, sehingga keterampilan berkomunikasi pada seorang perawat mutlak diperlukan.

Peranan komunikasi dalam suatu organisasi sangatlah penting karena akan membantu terjalinnya hubungan yang baik serta koordinasi yang baik antara sesama anggota dalam mencapai tujuan organisasi.



## **Bab 4**

# **Ketenagaan Keperawatan Sesuai Dengan Kebutuhan Ruang Rawat**

Dalam merencanakan tenaga keperawatan hal pertama yang harus dilakukan adalah mengidentifikasi bentuk dan beban pelayanan keperawatan. Bentuk dan beban pelayanan keperawatan bisa berupa pelayanan yang dependent, independent, interdependent, langsung maupun tidak langsung, membutuhkan waktu berapa lama, harus dikerjakan oleh perawat yang memiliki kemampuan seperti apa, dan sebagainya sehingga bisa ditentukan kategori perawat yang dibutuhkan serta berapa jumlah yang dibutuhkan. Dilanjutkan dengan proses seleksi, proses orientasi, penempatan, pembagian tenaga setiap shift dan tanggung jawab apa yang harus dijalankan oleh tenaga keperawatan tersebut.

### **Rumusan Penghitungan Kebutuhan Tenaga**

Untuk menentukan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu ruangan ada beberapa rumusan, yaitu:

## 4.1 Menurut Gillies

Menentukan kebutuhan kuantitatif tenaga keperawatan dapat berdasarkan pada:

1. Jumlah jam perawatan efektif klien yang dirawat setiap 24 jam
2. Jumlah hari kerja efektif perawat dalam satu tahun
3. Penggunaan tempat tidur rata-rata (akan lebih obyektif bila menggunakan rata penggunaan tempat tidur per tahun)
4. Analisa kegiatan untuk memenuhi kegiatan klien

Berdasarkan penghitungan di atas, maka kebutuhan kuantitatif tenaga keperawatan dapat dihitung sebagai berikut:

1. Jumlah Tenaga yang diperlukan

$$\frac{\text{jumlah jam perawatan yang dibutuhkan klien per hari} \times \text{rata jumlah klien} \times \text{jumlah hari per tahun}}{\text{jumlah hari per tahun} - \text{hari tidak kerja per tahun} \times \text{jlh jam kerja per hari per orang}}$$

Atau

$$\frac{\text{jam perawatan yang diperlukan per tahun}}{\text{jam perawatan yang diberikan oleh tiap orang per tahun}}$$

Distribusi frekuensi perawat perempuan lebih banyak dibanding laki-laki, oleh karena itu perlu diantisipasi dengan estimasi tenaga perawat cuti hamil.

2. Pertimbangan Cuti Hamil

Penghitungan jumlah tenaga yang diperlukan juga harus mempertimbangkan adanya tenaga yang cuti hamil. Diasumsikan tenaga yang cuti adalah x %, dari tenaga yang dinas tiap hari, sehingga jumlah jam kerja yang hilang karena cuti hamil adalah x % X jumlah cuti hamil X jumlah jam kerja perhari, maka diperlukan tambahan tenaga:

$$\frac{\text{jlh jam kerja hilang karena cuti hamil}}{\text{jumlah jam kerja efektif dalam satu tahun}}$$

Anda telah belajar tentang penghitungan jumlah tenaga per tahun dan selanjutnya anda pelajari bagaimana menghitung kebutuhan tenaga perawat untuk dinas setiap hari.

3. Cara penghitungan jumlah tenaga perawat yang bertugas setiap hari.  

$$\frac{\text{rata jumlah klien tiap hari} \times \text{rata jam perawatan tiap klien per 24 jam}}{\text{jlh jam kerja tiap hari}}$$

Untuk keperluan penghitungan perawat yang dibutuhkan dan untuk keperluan penjadwalan dinas maka diperlukan juga perhitungan jumlah perawat yang bebas tugas tiap hari.

4. Cara penghitungan jumlah perawat yang bebas tugas tiap hari  

$$\frac{\text{jumlah hari tidak kerja per tahun} \times \text{jumlah tenaga yang dibutuhkan per 24 jam}}{\text{jumlah hari kerja per orang per tahun}}$$

Keterangan:

Rata-rata jam perawatan tiap klien per 24 jam dihitung dari tingkat ketergantungan klien atau berdasarkan kondisi klien Jumlah jam kerja per tahun dihitung dari jumlah hari dalam tahun (365 hari) dikurangi hari tidak bekerja dalam setahun (hari minggu + Cuti tahunan hari besar dalam setahun Cuti sakit atau ijin)

#### 4.1.1 Contoh Penghitungan Kebutuhan Tenaga

Ruangan perkutut adalah ruangan penyakit bedah di “Rumah Sakit Permata Hati”, memiliki rata-rata klien 30 orang per hari. Jam perawatan yang dibutuhkan klien per hari setelah dihitung didapatkan kurang lebih 3 jam. Jam kerja per orang per hari adalah 7 jam. Saat ini Ruang Perkutut memiliki 17 orang perawat pelaksana, 10 perawat diantaranya adalah perawat wanita usia subur. Maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan berdasarkan rumus dari Gillies adalah:

- Jumlah hari tak kerja per tahun adalah:  
 (Hari minggu dalam 1 tahun = 52 hari) + (Cuti tahunan = 12 hari) +  
 (hari besar dlm setahun = 10 hari) + Cuti sakit Ijin = 12 hari  
 Jadi jumlah keseluruhan = 52 + 12 + 10 + 12 = 86 hari
- Jumlah hari kerja efektif per tahun  
 365 hari - 86 hari = 279 hari
- Jumlah tenaga yang diperlukan:  

$$\frac{3 \times 30 \times 365}{279 \times 7}$$
 = 16,8 dibulatkan menjadi 17 orang (pembulatan tidak mutlak dilakukan)

4. Jumlah yang bertugas tiap hari

$$\frac{30 \times 3}{7} = 12,8 \text{ dibulatkan menjadi } 13$$

5. Asumsi jumlah tenaga cuti hamil adalah

$10/13 \times 100 \% = 77 \%$ , maka jumlah tambahan tenaga yang diperlukan adalah:

$$\frac{77 \% \times 13 \times (12 \times 6) \times 7}{279 \times 7} = 2,58$$

6. Jumlah tenaga yang bebas tugas perhari

$$\frac{86 \times 13}{279} = 4 \text{ orang}$$

Untuk pembagian shift dapat menggunakan rumus dari Calis dengan uraian sebagai berikut:

1. Shift pagi ;  $47 \% \times 13 \text{ orang}^{***} = 6,11 \text{ orang dibulatkan menjadi } 6 \text{ orang}$
2. Shift sore:  $35 \% \times 13 \text{ orang} = 4,55 \text{ orang dibulatkan menjadi } 5 \text{ orang}$
3. Shift malam  $17 \% \times 13 \text{ orang} = 2,21 \text{ orang dibulatkan menjadi } 2 \text{ orang}$

Berdasarkan penghitungan di atas maka jumlah tenaga perawat pelaksana yang dibutuhkan di Ruang Perkutut sesuai dengan penghitungan kebutuhan tenaga berdasarkan rumus dari Gillies dengan asumsi cuti hamil adalah 17 orang perawat, namun bila kita asumsikan dengan tambahan tenaga yang cuti hamil, maka R Perkutut membutuhkan tambahan tenaga sebanyak 3 orang jadi jumlah total tenaga yang dibutuhkan berdasarkan rumus Gillies dengan asumsi cuti hamil adalah 20 orang perawat.

Keterangan:

1. Merupakan persentase jumlah perawat wanita usia produktif dari jumlah tenaga yang dinas tiap hari
2. \*\* Lamanya waktu cuti hamil yaitu  $12 \text{ mng} \times 6 \text{ hari} = 72 \text{ hari}$
3. \*\*\* Jumlah perawat yang dinas tiap hari

## 4.2 Menurut Douglas

Formula yang sering digunakan untuk menghitung jumlah tenaga perawat di Ruang Model Praktek Keperawatan Profesional adalah berdasarkan tingkat ketergantungan pasien. Pasien dengan kondisi tertentu diklasifikasikan berdasarkan tingkat ketergantungannya. Semakin pasien tidak mampu melakukan pemenuhan kebutuhan secara mandiri maka akan lebih banyak membutuhkan waktu bagi perawat untuk memberikan asuhan. Kriteria pasien berdasarkan klasifikasi Douglas bisa dilihat dalam lampiran

Dauglass menghitung kebutuhan tenaga perawat berdasarkan pada tingkat ketergantungan klien. Adapun penghitungan berdasarkan tingkat ketergantungan yang dimaksud adalah sebagai berikut

**Tabel 4.1:** Penghitungan Kebutuhan Tenaga Perawat berdasarkan Klasifikasi Klien

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

Jika jumlah di Ruang Perkutut pada hari ke 1 sampai dengan ke 6 adalah sebagai berikut (idealnya dilakukan pengamatan selama 1 tahun dengan metode sampling)

**Tabel 4.2:** Penghitungan Jumlah Tenaga Perawat

| Hari ke | Klasifikasi tingkat ketergantungan |         |       | Jumlah Klien |
|---------|------------------------------------|---------|-------|--------------|
|         | Minimal                            | Parsial | Total |              |
| 1       | 2                                  | 15      | 6     | 23           |
| 2       | 2                                  | 18      | 2     | 22           |
| 3       | 2                                  | 19      | 2     | 23           |
| 4       | 2                                  | 13      | 5     | 20           |
| 5       | 4                                  | 13      | 4     | 20           |
| 6       | 3                                  | 14      | 5     | 22           |

**Tabel 4.3:** Jumlah Tenaga Perawat Yang Dibutuhkan

| Hari ke       | Klasifikasi Tingkat Ketergantungan |         |       | Jlh Klien | Kebutuhan Tenaga Perawat |      |       |
|---------------|------------------------------------|---------|-------|-----------|--------------------------|------|-------|
|               | Minimal                            | Partial | Total |           | Pagi                     | Sore | Malam |
| 1             | 2                                  | 15      | 6     | 23        | 6,55                     | 4,33 | 2,84  |
| 2             | 2                                  | 18      | 2     | 22        | 5,92                     | 3,58 | 1,86  |
| 3             | 2                                  | 19      | 2     | 23        | 5,81                     | 3,78 | 1,93  |
| 4             | 2                                  | 13      | 5     | 20        | 5,65                     | 3,73 | 2,11  |
| 5             | 4                                  | 13      | 4     | 20        | 5,63                     | 3,71 | 2,11  |
| 6             | 3                                  | 14      | 5     | 22        | 6,09                     | 4,02 | 2,28  |
| Jlh Rata-rata |                                    |         |       |           | 5,94                     | 3,86 | 2,19  |

Berdasarkan penghitungan di atas, maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan setiap hari adalah:  $5,94 + 3,86 + 2,19 = 11,99$  dibulatkan menjadi 12 orang perawat.

Bila kita asumsikan perawat yang libur dan cuti/ijin tiap hari adalah 4 orang (25 % dari jumlah tenaga yang dibutuhkan), metode penugasan keperawatan menggunakan metode tim, maka jumlah perawat secara keseluruhan yang dibutuhkan di R Perkutut adalah:  $12 + 1 + 4 + 4 = 21$  orang

Keterangan:

12 orang perawat pelaksana + 1 Ka. Ruangan + 4 Ketua Tim ( 2 Orang Ka Tim untuk dinas pagi, 1 orang ka Tim untuk dinas sore dan 1 orang Ka. Tim untuk dinas malam) + 4 orang libur/ cuti/ijin = 21 orang perawat:

1. = Nilai 6,55 diperoleh dari:  $(2 \times 0,17) + (15 \times 0,27) + (6 \times 0,36)$
2. \*\* = Nilai 4,33 diperoleh dari:  $(2 \times 0,14) + (15 \times 0,15) + (6 \times 0,30)$
3. \*\*\* = Nilai 2,84 diperoleh dari:  $(2 \times 0,07) + (15 \times 0,10) + (6 \times 0,20)$

## 4.3 Depkes

Cara Penghitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Menurut Depkes:

### 4.3.1 Pengelompokan Unit Kerja Di Rumah Sakit

Penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan harus memperhatikan unit kerja yang ada di Rumah sakit. Secara garis besar terdapat pengelompokan sebagai berikut:

1. Rawat inap dewasa
2. Rawat inap anak / perinatal
3. Rawat inap intensif
4. Gawat darurat/IGD
5. Kamar bersalin
6. Kamar operasi
7. Rawat jalan

### 4.3.2 Model Pendekatan Dalam Penghitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan

#### Rawat Inap

1. Berdasarkan klasifikasi pasien

Cara penghitungan berdasarkan:

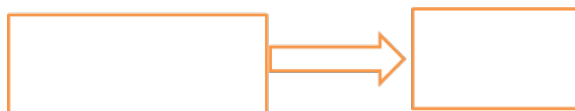
- a. Tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus
- b. Rata-rata pasien perhari
- c. Jam perawatan yang diperlukan /hari/pasien
- d. Jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari
- e. Jam kerja efektif setiap perawat/7 jam perhari

**Tabel 4.4:** Penghitungan Kebutuhan Tenaga Dalam Satu Ruangan/  
Paviliun dengan Berbagai Macam Bagian/Jenis Penyakit

| No | Jenis/Kategori        | Rata/rata pasien per hari | Rata-rata jam perawatan pasien/hari | Jumlah jam perawatan/hari |
|----|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| A  | B                     | C                         | D                                   | E                         |
| 1  | Pasien penyakit dalam | 10                        | 3,5                                 | 35                        |
| 2  | Pasien bedah          | 8                         | 4                                   | 32                        |
| 3  | Pasien gawat          | 1                         | 10                                  | 10                        |
| 4  | Pasien anak           | 3                         | 4,5                                 | 13,5                      |
| 5  | Pasien kebidanan      | 1                         | 2,5                                 | 2,5                       |
|    | Jumlah                | 23                        |                                     | 93                        |

Keterangan:

Jadi jumlah tenaga keperawatan yang diperlukan adalah:



Untuk penghitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah dengan faktor koreksi, yang meliputi:

Hari libur/Cuti/hari besar (loos day)

$$\frac{\text{jlh hari minggu dlm 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar} \times \text{jlh perawat yang tersedia}}{\text{jumlah hari kerja efektif}}$$

$$\frac{52 + 12 + 14 = 78 \text{ hari}}{286} \times 13 = 3,5 \text{ orang}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas-tugas non keperawatan seperti: membuat perincian biaya pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien dll. Bila diperkirakan 25 % dari jam perawatan maka diperoleh tambahan:

$$\frac{\text{jlh tenaga keperawatan} + \text{loss day} \times 25}{100}$$

$$\frac{13 + 13,5 \times 25}{100} = 4,1$$

Jumlah tenaga: tenaga yang tersedia + faktor koreksi

$$13 + 3,5 + 4,1 = 20,6 \text{ (dibulatkan menjadi 21 orang perawat)}$$

Jadi jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan untuk contoh di atas adalah 21 orang Selain penghitungan tenaga berdasarkan tingkat ketergantungan Douglas dengan klasifikasi perawatan total, parsial, dan minimal care, ada cara lain untuk mengklasifikasikan tingkat ketergantungan pasien, silahkan Anda perhatikan klasifikasi pasien di bawah ini

## 2. Tingkat Ketergantungan Pasien

Pasien diklasifikasikan dalam beberapa kategori yang didasarkan pada kebutuhan terhadap asuhan keperawatan, meliputi:

- Asuhan keperawatan minimal (minimal care)
- Asuhan keperawatan sedang
- Asuhan keperawatan agak berat
- Asuhan keperawatan maksimal

**Tabel 4.5: Contoh Kasus**

| No | Kategori         | Rata-rata jlh pasien/hari | Jlh jam perawatan/hari | Jlh jam perawatan x rata-rata pasien/hari (cxd) |
|----|------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|
| A  | B                | C                         | D                      | E                                               |
| 1  | Askep minimal    | 7                         | 2                      | 14                                              |
| 2  | Askep sedang     | 7                         | 3,08                   | 21,56                                           |
| 3  | Askep agak berat | 11                        | 4,15                   | 45,65                                           |
| 4  | Askep maksimal   | 1                         | 6,16                   | 6,16                                            |
|    | Jumlah           | 26                        |                        | 87,37                                           |

Keterangan:

#: uraian penjelasan ada pada Bab 6

\*: berdasarkan penelitian di luar negeri

Jumlah perawat yang dibutuhkan adalah:

$$\frac{\text{jlh jam perawatan di ruangan per hari}}{\text{jam efektif perawat}}$$

$$\frac{87,37}{7} = 12,5$$

Untuk penghitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah dengan faktor koreksi yaitu: Hari libur /cuti/hari besar (loss day)

$$\frac{\text{jlh hari minggu dlm 1 thn} + \text{cuti} + \text{hari besar} \times \text{jlh perawat yang dibutuhkan}}{\text{jumlah hari kerja efektif dlm 1 tahun}}$$

$$\frac{52 + 12 + 14}{286} = 78 \text{ hari} \times 12,5 = 3,4 \text{ orang perawat}$$

Tenaga keperawatan yang mengerjakan pekerjaan non keperawatan Bila diperkirakan 25 % dari jam pelayanan perawatan maka:

(jumlah tenaga perawat+loss day x 25)/100

(12,5 +3,4 x 25)/100=3,9

$$\frac{\text{jumlah tenaga perawat} + \text{loss day} \times 25}{100}$$

$$\frac{12,5 + 3,4 \times 25}{100} = 3,9$$

Jadi tenaga keperawatan yang dibutuhkan dalam contoh kasus di atas adalah sebanyak 20 orang.

### Kamar Operasi

#### 1. Di Kamar operasi

Dasar penghitungan tenaga di kamar operasi

- Jumlah dan jenis operasi
- Jumlah kamar operasi
- Pemakaian kamar operasi(diprediksi 6 jam perhari)pada hari kerja
- Tugas perawat di kamar operasi, instrumentator, perawat sirkulasi (2 orang/tim)
- Ketergantungan pasien

Operasi besar: 5 jam / 1 operasi

Operasi sedang: 2 jam / 1 operasi

Operasi kecil: 1 jam / 1 operasi

$$\frac{\text{jumlah jam perawatan per hari} \times \text{jumlah operasi} \times \text{jlh perawat dalam tim}}{\text{jam kerja efektif per hari}}$$

Contoh kasus

Dalam suatu RS terdapat 30 operasi perhari, dengan perincian: Operasi besar: 6 orang, Operasi sedang: 15 orang, Operasi kecil: 9 orang

Penghitungan kebutuhan tenaga perawat adalah sbg berikut:

$$\frac{((6 \times 5 \text{ jam}) + (15 \times 2 \text{ jam}) + (9 \times 1 \text{ jam})) \times 2}{7 \text{ jam}} = 19,71 + 1 \text{ (perawat cadangan inti)}$$

Jadi jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan di kamar operasi untuk contoh kasus di atas adalah 20 orang + 1 perawat cadangan.

2. Di Ruang penerimaan dan Recovery Room

Ketertangungan pasien di ruang penerimaan: 15 menit

Ketertangungan pasien di Recovery Room: 1 jam

$$\frac{1,25 \times 30}{7} = 5,4 \text{ orang (dibulatkan menjadi 5 orang)}$$

Jadi jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan di ruangan penerimaan dan RR adalah 5 orang

Penghitungan di atas dengan kondisi: alat tenun dan set operasi dipersiapkan oleh CSSD

### Gawat darurat

Dasar penghitungan di Unit Gawat darurat adalah:

1. Rata-rata jumlah pasien perhari
2. Jumlah jam perawatan perhari
3. Jam efektif perawat/hari

Contoh:

1. Rata-rata jumlah pasien / hari = 50 pasien
2. Jumlah jam perawatan 4 Jam
3. Jam kerja efektif perawat / hari = 7 jam
4. Jadi kebutuhan tenaga perawat di UGD:

$$\frac{50 \times 4}{7} = 28,57 \text{ dibulatkan } 29$$

$$29 \text{ orang} + \text{loss day } \frac{(78 \times 29)}{286} = 29 \text{ orang} + 7,9 \\ = 36,9 \text{ (dibulatkan } 37 \text{ orang)}$$

### Critical Care

1. Rata-rata jumlah pasien /hari = 10 pasien
2. Jumlah jam perawatan / hari = 12 jam

Jadi kebutuhan tenaga perawat critical care adalah:

$$10 \times 12 = 17,15$$

17 orang + loss day( 78 x 17 ) = 17 orang + 4,6 = 21,6 dibulatkan 22 org perawat

### **Rawat jalan**

1. Rata-rata jumlah pasien per hari = 100 pasien
2. Jumlah jam perawatan perhari = 15 menit

Jadi kebutuhan tenaga perawat di rawat jalan:

$$\frac{100 \times 15}{7 \times 60} = 4 \text{ orang} + \text{koreksi } 15\%$$

$$\frac{4 \text{ orang} + 15 \times 4}{100} = 4 + 0,6$$

$$= 4,6 \text{ orang dibulatkan menjadi } 5 \text{ orang perawat}$$

### **kamar bersalin**

1. Waktu yang diperlukan untuk pertolongan persalinan mencakup kala I s/d IV = 4 jam/pasien
2. Jam efektif kerja bidan 7 jam / hari
3. Rata-rata jumlah pasien setiap hari = 10 pasien

Jumlah bidan yang diperlukan adalah:

$$\frac{10 \text{ pasien} \times 4 \text{ jam}}{7 \text{ jam per hari}} = \frac{40}{7} = 5,7 \text{ dibulatkan menjadi } 6 \text{ bidan}$$

6 orang bidan + loss day



## **Bab 5**

# **Pengarahan Dalam Manajemen Keperawatan**

### **5.1 Pengertian Pengarahan**

Sumber daya manusia menjadi modal utama dalam terselenggaranya roda organisasi pelayanan kesehatan. Seorang manajer keperawatan harus dapat mengelola SDM agar dapat bekerja efektif dan efisien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan melalui fungsi penggerakan. Henry Fayol dalam Siagian (2007) menyebut penggerakan sebagai commanding atau directing, sedangkan George R Terry (1993) menggunakan istilah actuating yaitu sebagai upaya atasan untuk menggerakkan bawahan. Pengarahan merupakan hubungan manusia dalam kepemimpinan yang mengikat. Para bawahan digerakkan supaya mereka bersedia menyumbangkan tenaganya untuk secara bersama-sama mencapai tujuan suatu organisasi. Pengarahan dalam organisasi bersifat sangat kompleks karena menyangkut manusia dengan berbagai tingkah lakunya yang berbeda-beda (Muninjaya, 1999)

Pengarahan atau direction yaitu suatu keinginan untuk membuat orang lain dapat mengikuti kemauannya dengan 12 memakai kekuatan pribadi atau kekuasaan jabatan dengan secara efektif dan pada tempatnya demi kepentingan jangka panjang suatu perusahaan.(Sureskiarti,2020). Pengarahan adalah

hubungan manusia dalam kepemimpinan yang mengikat. Para bawahan digerakkan agar mereka bersedia menyumbangkan tenaganya untuk secara bersama-sama mencapai suatu tujuan organisasi. Pengarahan dalam organisasi bersifat sangat kompleks karena menyangkut manusia dengan berbagai tingkah lakunya berbeda-beda. Pengarahan yang dilakukan pimpinan keperawatan dapat disebut efektif bila bawahan staf atau bawahan pelaksana bisa melakukan pekerjaan yang ditunjukkan atau diberikan secara konsistensi.

(Muninjaya,1999) Pengarahan merupakan suatu pengeluaran, pesan, penugasan dan instruksi yang memungkinkan pekerja dapat memahami apa yang diharapkan darinya, dan dari pandangan pekerja sehingga dapat berperan secara efektif dan efisien untuk mencapai objek organisasi (Swanburg, 2000, p.256). Pengarahan (directing) sebagai sebuah fase kerja dalam manajemen yang diarahkan oleh manajer pada sebuah roda organisasi (Marquis & Huston, 2013, p. 364). Menurut Asmuji (2013), Pengarahan dalam pencapaian sebuah tujuan suatu organisasi akan berjalan optimal jika bawahan mengerti arahan 13 pimpinan dengan baik dan menggunakan kemampuan baik tenaga dan pikirannya secara efektif dan efisien.

Pengarahan adalah fase kerja manajemen, di mana manajer berusaha memotivasi, membina komunikasi, menangani konflik, kerja sama, dan negosiasi (Marquis dan Huston, 2010). Pengarahan yang efektif akan meningkatkan dukungan perawat untuk mencapai tujuan manajemen keperawatan dan tujuan asuhan keperawatan (Swanburg, 2000). Pengarahan dilakukan oleh para pimpinan bisa secara individu maupun secara kelompok. Organisasi yang tahu manfaat pengarahan ini selalu melakukan secara rutin dengan maksud menjalin komunikasi secara vertikal maupun horizontal, sehingga dapat mendiskusikan pemecahan masalah secara efektif (Mortimer, 1996).

## 5.2 Konsep Pengarahan

Menurut Bechtel yang dikutip oleh Sutrisno (2013), pengarahan terdiri dari 4 komponen yang dilakukan secara berurutan yang terdiri dari:

1. Greeting merupakan saat di mana terdapat kesempatan untuk menyambut satu sama lain baik melalui salam maupun berjabat tangan.

2. Sharing membutuhkan keterampilan komunikasi yang baik dan kompleks seperti memfokuskan ide dan mengajukan pertanyaan yang memperluas topik. Selama kegiatan sharing, peserta pengarahan mendengarkan dan kemudian memiliki kesempatan untuk merespon dengan pertanyaan atau komentar.
3. Group activity merupakan aktivitas kelompok dengan berbagai kegiatan yang membantu membangun komunitas dan memungkinkan semua orang untuk berkontribusi pada tingkat mereka sendiri. Beberapa kegiatan group activity seperti mendengarkan, mengikuti petunjuk dari pimpinan, dan menerapkan penguasaan diri.
4. News and announcement merupakan kegiatan yang dilakukan pada akhir pengarahan, peserta mendapatkan kesempatan untuk melihat pratinjau dari kegiatan selanjutnya dan mendapatkan beberapa pengumuman dari peserta yang lain.

Menurut Astonet et al., (2005) dikutip oleh Sutrisno (2013), pengarahan yang dilakukan setiap pagi di rumah sakit ini sangat penting untuk pengembangan menuju ke arah yang lebih profesional untuk mengevaluasi pengalaman dan persepsi anggota tim keperawatan dan medis terhadap masalah kesehatan yang terjadi pada pasien. Komitmen yang baik antara perawat dan medis merupakan dampak dari perencanaan yang baik, proses belajar antar tim, rasa saling menghormati, hubungan dan dukungan untuk mengenal satu sama lain. Hal ini terbentuk melalui komunikasi yang efektif antara anggota tim saat kegiatan pengarahan berlangsung.

Menurut Ibnu Hisyam Mukti dikutip oleh Cinantya (2010), ciri-ciri suatu pengarahan, sebagai berikut:

1. Syarat Pengarahan
  - a. Materi pengarahan merupakan bagian dari kebijaksanaan atau informasi umum.
  - b. Materi atau pesan suatu pengarahan dipersiapkan secara lengkap dan objektif, sehingga unit-unit penerima pesan tidak lagi mempermasalahkan kebenaran materi atau pesan. Pengarahan tetapi mempercayakan segi teknis operasional.

- c. Pengarahan hendaknya dilaksanakan pada waktu yang tepat sebelum pelaksanaan operasional suatu tugas atau sesudah pelaksanaan tugas berikutnya.
  - d. Proses komunikasi pengarahan hendaknya disampaikan secara jelas, tegas, ringkas, dan mengandung unsur teknis.
2. Isi Pengarahan
- a. Isi suatu pengarahan biasanya berupa policy atau kebijaksanaan tertentu.
  - b. Penjelasan tentang posisi, peranan dan tanggung jawab tiap unit dalam suatu organisasi.
  - c. Penjelasan teknis kerja tiap unit, hubungan antara unit dan pelengkap yang diperlukan.
  - d. Penjelasan data teknis dan fakta yang mendukung suatu kegiatan operasional.
  - e. Pemberian aba-aba dan tahapan waktu pelaksanaan.
3. Persiapan Pengarahan
- a. Persiapan luas lingkup dan tujuan pengarahan.
  - b. Penyusunan sistematika penyajian.
  - c. Penetapan sistem monitoring dan evolusi.
  - d. Penentuan pihak-pihak yang perlu dilibatkan.
  - e. Penentuan waktu, alat, dan tempat pelaksanaan.

Pengarahan sebagai komponen komunikasi menurut Efendy (2003) dalam buku komunikasi teori dan praktek terbagi menjadi 3 sub variabel yakni:

1. Komunikator adalah pihak yang bertugas menyampaikan, mensosialisasikan dan juga membangun motivasi pada diri komunikan terhadap pesan atau kebijaksanaan sesuai dengan arah dan tujuan yang diharapkan. Organisasi bertindak sebagai komunikatornya dalam penelitian ini. Karakteristik komunikator agar dapat diterima oleh komunikan yaitu:
- a. Kredibilitas adalah kewibawaan seorang komunikator dihadapan komunikan. Terdiri dari 2 faktor yaitu keahlian dan kepercayaan. Keahlian adalah kesan yang dibentuk komunikan tentang kemampuan komunikator dalam hubungan dengan topic yang

dibicarakan. Keahlian diukur dari sejauh mana komunikan menganggap kemampuan dan pengalaman komunikator dalam mengelola perusahaan. Sedangkan kepercayaan adalah kesan komunikasi tentang komunikator yang berkaitan dengan wataknya.

- b. Daya tarik adalah berkenaan dengan keadaan yang menunjukkan komunikan melihat komunikator sebagai seorang yang menyenangkan dalam bentuk peranan yang memuaskan. Jika pihak komunikan merasa bahwa pihak komunikator mempunyai sifat-sifat yang menarik, maka akan mendorong keduanya dalam hubungan komunikasi yang menyenangkan. Dengan demikian efektifitas komunikasi yang dilaksanakan oleh pemimpin kegiatan morning pengarahan sebagai komunikator akan dipengaruhi oleh kesan anggota organisasi terhadap daya tarik pemimpin tersebut. Daya tarik terdiri dari kesamaan, keakraban, rasa suka komunikan, dan daya tarik fisik komunikator
2. Pesan Kegiatan Pengarahan Pesan adalah informasi yang dikomunikasikan oleh sumber kepada penerima. Pesan merupakan seperangkat symbol verbal atau nonverbal yang memakai perasaan, nilai, gagasan, atau maksud sumber. Pesan memiliki 3 unsur yaitu:
  - a. Struktur pesan, ditunjukkan dengan pola penyampaian pesan secara tersirat maupun tersurat, pola urutan argumentasi (mana yang lebih dahulu, argumentasi yang disenangi atau tidak disenangi), pola objektivitas (satu sisi atau dua sisi).
  - b. Gaya pesan, menunjukkan adanya variasi linguistic dalam penyampaian pesan (perulangan, kemudah dimengertian, perbendaharaan kata).
  - c. Daya Tarik pesan, mengacu pada motif-motif psikologis yang dikandung dalam pesan baik secara rasional maupun emosional.
3. Intensitas kegiatan Intensitas kegiatan merupakan banyaknya serta jumlah waktu yang digunakan dalam pelaksanaan sebuah kegiatan. Dalam hal ini intensitas kegiatan diukur dengan frekuensi dan durasi:

- a. Frekuensi adalah seberapa sering karyawan mengikuti kegiatan pengarahan.
- b. Durasi adalah lamanya karyawan mengikuti kegiatan pengarahan dari awal sampai akhir.

Menurut Ibnu Hisyam Mukti dikutip oleh Cinantya (2010), dalam proses pengarahan, sang eksekutif atau pemimpin perusahaan hendaknya memperhatikan unsur-unsur dari program atau tugas yang menjadi pesan pengarahan, memahami permasalahan pokok, kebijakan-kebijakan serta hal-hal yang berhubungan dengan tugas, seperti:

1. Sifat-sifat pesan atau tugas.
  - a. Memahami ruang lingkup pesan dan tugas.
  - b. Menilai pesan atau tugas yaitu masalahnya tergolong masalah-masalah kompleks dan tunggal.
  - c. Jika masalahnya kompleks, maka dibagi sedemikian rupa sehingga menjadi masalah tunggal.
  - d. Mengumpulkan informasi, data, dan fakta dari setiap masalah.
2. Batas-batas tugas
  - a. Batas wewenang dan tanggung jawab.
  - b. Limit waktu total dan limit untuk tiap tahap
  - c. Tersedianya fasilitas.
  - d. Jumlah tenaga operasional yang dibutuhkan.
3. Deskripsi tugas
  - a. Luas lingkup tugas yang dipercayakan kepada tiap unit dan individu pelaksana.
  - b. Peralatan dan bahan-bahan yang digunakan.
  - c. Langkah-langkah kebijakan dan operasional.
  - d. Target minimum dan maksimum yang diharapkan.
  - e. Bentuk pertanggungjawaban, seperti bertanggung jawab langsung kepada siapa, bagaimana bentuk pertanggung jawabannya.
4. Syarat Pelaksana Tugas
  - a. Kualifikasi kemampuan fisik dan mental pelaksana.
  - b. Jenis keterampilan yang harus dimiliki pelaksana.

- c. Luas lingkup pengalaman pelaksana.
  - d. Bentuk disiplin yang akan diterapkan.
5. Situasi dan kondisi tugas
- a. Bentuk komunikasi internal dan eksternal sesama pelaksana dan unit kerja yang lainnya.
  - b. Pentingnya tugas yang akan diberikan. Pimpinan mengharapkan adanya komunikasi timbal balik.

## 5.3 Prinsip Pengarahan

Prinsip Pengarahan Pengarahan yang baik akan terlihat dalam bentuk (5w dan 1H), yaitu:

1. (What) Apa yang harus dilakukan oleh staf perawat/ perawat pelaksana.
2. (Who) Siapa yang melaksanakan suatu pekerjaan.
3. (When) Jam berapa seharusnya dilakukan (jam masuk- jam pulang).
4. (How) Bagaimana caranya mengerjakan dan beberapa frekuensi yang seharusnya dikerjakan.
5. (Why) Kenapa pekerjaan itu harus dilakukan.
6. (Where) Di mana ? tentunya di ruang atau tempat masing- masing.

## 5.4 Tujuan Pengarahan

Kegiatan pengarahan ini dilakukan dengan komunikasi melalui media pengarahan yang dilakukan oleh pimpinan, dalam hal ini kepala ruang perawat yang memimpin jalannya pengarahan. Arni (2009) menyatakan secara umum komunikasi ke bawah dalam bentuk pengarahan oleh beberapa organisasi digunakan untuk:

1. Instruksi  
Tugas Instruksi tugas atau pekerjaan yaitu pesan yang disampaikan kepada bawahan mengenai apa yang diharapkan dilakukan mereka

dan bagaimana melakukannya. Pesan ini mungkin bervariasi seperti perintah langsung, deskripsi tugas, prosedur manual, program latihan tertentu, alat-alat bantu melihat dan mendengar yang berisi pesan-pesan tugas dan sebagainya. Faktor yang prinsip adalah memengaruhi isi dari instruksi tugas-tugas yang kelihatannya kompleks dan menghendaki keterampilan dan pengalaman untuk melakukannya. Instruksi tugas yang tepat dan langsung cenderung dihubungkan dengan tugas yang sederhana yang hanya menghendaki keterampilan dan pengalaman yang minimal. Instruksi yang lebih umum biasanya digunakan bagi tugas-tugas yang kompleks, di mana bawahan diharapkan menggunakan pertimbangan, keterampilan, dan pengalaman.

2. Rasional

Pekerjaan Rasional pekerjaan adalah pesan yang menjelaskan mengenai tujuan aktivitas dan bagaimana kaitan itu dengan aktivitas lain dalam organisasi atau obyektif organisasi. Kualitas dan kuantitas dari komunikasi rasional ditentukan oleh filosofi dan asumsi pimpinan mengenai bawahannya. Bila pimpinan menganggap bawahannya malas, atau hanya mau bekerja bila dipaksa maka pimpinan memberikan pesan yang bersifat rasional ini sedikit. Tetapi bila pimpinan menganggap bawahannya orang yang dapat memotivasi diri sendiri dan produktif, maka biasanya diberikan pesan rasional yang banyak.

3. Ideologi

Pesan mengenai ideologi adalah merupakan perluasan dari pesan rasional. Pada pesan rasional penekanannya ada pada penjelasan tugas dan kaitannya dengan perspektif organisasi. Sedangkan pada pesan ideologi sebaliknya mencari dukungan dan antusias dari anggota organisasi guna memperkuat loyalitas, moral, dan motivasi.

4. Informasi

Pesan informasi dimaksudkan untuk memperkenalkan bawahan dengan praktik-praktik organisasi, peraturan-peraturan organisasi,

keuntungan, kebiasaan dan data lain yang tidak berhubungan dengan instruksi dan rasional.

#### 5. Balikan atau FeedBack

Balikan adalah pesan yang berisi informasi mengenai ketepatan individu dalam melakukan pekerjaannya. Salah satu bentuk sederhana dari balikan ini dapat dilihat pada pegawai yang telah melakukan pekerjaannya apabila tidak ada informasi dari atasan yang mengkritik pekerjaannya, berarti pekerjaannya sudah memuaskan. Tetapi apabila hasil pekerjaan pegawai kurang baik balikannya mungkin berupa kritikan atau peringatan terhadap pegawai tersebut.

Tujuan utama dalam pengarahan adalah fungsi yang memberikan perintah atau suatu arahan. Selain itu juga termasuk dalam kegiatan bimbingan, kepemimpinan, motivasi dan pengarahan agar karyawan dapat bekerja dengan lebih efektif. (Sureskiarti,2020).

Selain itu Tujuan pengarahan ada lima yaitu:

1. Menciptakan kerja sama yang lebih efisien
2. Mengembangkan Kemampuan dan Keterampilan staf
3. Menumbuhkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan
4. Mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja staf
5. Pengarahan bertujuan membuat organisasi berkembang lebih dinamis.

Tujuan dari pengarahan pada proses keperawatan adalah menjaga mutu asuhan keperawatan agar tetap baik Sutrisno (2013), pengembangan menuju arah profesional dan evaluasi perawat persepsi anggota tim terhadap masalah kesehatan pasien dipengaruhi oleh pengarahan yang dilakukan pada pagi hari. Douglas dalam Marquis, 23 Bessie L, & Carol J. Huston (2010) menyebutkan aktivitas teknis yang ada pada pengarahan manajemen keperawatan ada dua belas:

1. Menentukan tujuan perawatan pasien yang logis dan realistis.
2. Pengarahan ditujukan untuk pelayan, pasien dan perawat.

3. Prioritas utama kebutuhan pasien sesuai tugas utama perawat pelaksana
4. Pelaksanaan koordinasi
5. Identifikasi tugas dan tanggung jawab perawat pelaksana.
6. Melakukan keperawatan secara berkesinambungan.
7. Menghitung kebutuhan alat bantu tugas perawat pelaksana.
8. Melatih kepemimpinan untuk perawat dalam hal pengajaran, konsultasi, dan evaluasi.
9. Meningkatkan kepercayaan anggota.
10. Pelaksanaan prosedur.
11. Memberikan dan menerima ringkasan laporan.
12. Kegiatan kontrol manajemen.

Pengarahan bertujuan membuat organisasi berkembang lebih dinamis. Pengarahan yang dilakukan oleh kepala ruang akan menjadikan hal yang bermanfaat bagi semua perawat sehingga akan mempermudah semua perawat untuk mengembangkan diri yang pada gilirannya akan membuat organisasi berkembang lebih dinamis.

## 5.5 Unsur-Unsur Pengarahan

Pengarahan atau juga disebut penggerakkan merupakan upaya memengaruhi bawahan agar melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Guna mengarahkan atau menggerakkan bawahan, maka ada beberapa unsur yang perlu dipahami dan diperhatikan bagi seorang manajer, termasuk manajer keperawatan. Berikut unsur-unsur pengarahan yang dimaksud:

### 5.5.1 Kepemimpinan

1. Pengertian

Menurut Harsey, Blanchard, & Jhonson (1999 dalam Huber, 2006) kepemimpinan adalah proses memengaruhi aktivitas individu atau kelompok dalam upaya mencapai tujuan pada suatu situasi. Hasibuan (2005), kepemimpinan adalah cara seorang pemimpin memengaruhi

perilaku bawahan agar mau bekerjasama dan bekerja secara produktif untuk mencapai tujuan organisasi. Menurut Robbin (2003) kepemimpinan adalah kemampuan memengaruhi kelompok menuju pencapaian sasaran. Stoner (1982) menyatakan, kepemimpinan adalah suatu proses pengarahan dan pemberian pengaruh pd kegiatan 2 dari sekelompok anggota yg saling berhubungan tugasnya. Talbott (1971 dalam Swansburg, 1993) menyatakan, kepemimpinan adalah bumbu yang sangat vital yang mengubah sekelompok orang menjadi suatu organisasi yang berfungsi dan berguna.

Berdasarkan pengertian-pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa di dalam kepemimpinan menyangkut tiga hal yaitu: 1) Kepemimpinan menyangkut orang lain. Orang lain di sini maksudnya adalah bawahan. Kepemimpinan seorang manajer keperawatan akan efektif jika bawahan bersedia menerima pengarahan dari pemimpinnya. Bawahan sangat menentukan kedudukan pemimpin dan menentukan pula jalannya proses kepemimpinan; 2) Kepemimpinan menyangkut pembagian kekuasaan yang tidak seimbang antara pemimpin dengan bawahan. Seorang pemimpin berwenang dalam mengarahkan secara langsung terhadap kegiatan bawahan, tetapi bawahan tidak dapat mengarahkan secara langsung kegiatan pemimpin, walaupun dapat melalui berbagai cara secara tidak langsung; 3) Kepemimpinan menyangkut pengaruhnya kepada bawahan. Seorang pemimpin tidak hanya dapat memerintah bawahannya, tetapi juga dapat memengaruhi bawahan agar mau bertindak atau bekerja dengan baik dan tepat.

## 2. Sifat-sifat Kepemimpinan

Beberapa sumber menyebutkan dan beranggapan bahwa sifat-sifat kepemimpinan yang dimiliki seseorang adalah pembawaan sejak lahir bukan karena dibuat. Artinya, bahwa seseorang dilahirkan sudah membawa atau tidak membawa sifat-sifat pemimpin. Tetapi, ternyata banyak keterbatasan tentang pendekatan kesifatan ini. Hal ini terbukti bahwa banyak tokoh (pemimpin) dunia yang mempunyai sifat kepemimpinan yang berbeda-beda. Berbagai kasus juga ditemukan

bahwa seorang pemimpin sukses pada keadaan tertentu, tetapi gagal pada keadaan yang lain. Dari kenyataan ini dapat diartikan bahwa walaupun sifat kepemimpinan ada dalam setiap pemimpin, tetapi tidak semuanya bersifat absolute esensial. Sehingga sifat kepemimpinan dapat dibuat atau dibentuk ataupun dikembangkan. Menurut Edwin Ghiselli (1971 dalam Handoko, 1999), seorang manajer dapat menjadi pemimpin yang efektif jika mempunyai sifat-sifat sebagai berikut:

- a. Kemampuan dalam pengawasan (supervisory ability) pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen terutama fungsi pengarahan dan pengawasan terhadap pekerjaan yang dilakukan bawahan.
  - b. Kebutuhan akan prestasi dalam pekerjaan. Seorang pemimpin yang efektif, jika dia bertanggung jawab atas pekerjaannya dan selalu mempunyai keinginan untuk maju dan sukses.
  - c. Kecerdasan, seorang pemimpin yang efektif harus mampu dalam merumuskan ataupun membuat kebijakan, mempunyai pemikiran yang kreatif dan daya pikir.
  - d. Ketegasan (decisiveness), merupakan kemampuan dalam membuat keputusan dan memecahkan masalah secara cakap dan tepat.
  - e. Kepercayaan diri, merupakan kemampuan pemimpin dalam memandang dirinya untuk menghadapi masalah.
  - f. Inisiatif, merupakan kemampuan untuk bertindak tanpa tergantung orang lain, kemampuan untuk mengembangkan berbagai kegiatan dan mampu menemukan cara-cara baru atau renovasi.
3. Gaya-gaya Kepemimpinan
- Gaya kepemimpinan diperlukan oleh seorang pemimpin dalam memimpin suatu organisasi. Seorang pemimpin harus dapat memahami kapan dia harus mempunyai gaya kepemimpinan tertentu. Sehingga dapat dikatakan, gaya kepemimpinan berpengaruh terhadap efektifitas seseorang dalam memimpin. Gaya kepemimpinan yang

tepat dapat meningkatkan produktivitas. Berbagai macam gaya kepemimpinan yang dapat kita kenal. Tetapi secara umum gaya kepemimpinan dapat dibagi menjadi tiga yaitu demokratis, otokratis, dan permisif.

### 5.5.2 Gaya Kepemimpinan

Demokratis Merupakan gaya kepemimpinan yang menitikberatkan pada hubungan antar manusia dan kerja kelompok. Bekerja sama dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan oleh pimpinan dan bawahannya. Gaya kepemimpinan ini, seorang pemimpin juga melibatkan bawahannya dalam proses pengambilan keputusan.

#### 1. Gaya Kepemimpinan Otokratis

Gaya kepemimpinan otokratis mempunyai ciri bahwa wewenang dan keputusan mutlak pada pimpinan. Gaya ini bermanfaat atau efektif pada tahap awal beroperasinya suatu organisasi, atau pada saat terjadi kontroversi/perselisihan.

#### 2. Gaya Kepemimpinan Permisif

Gaya kepemimpinan ini mempunyai ciri bahwa seorang pemimpin memberikan kebebasan kepada bawahan untuk melakukan tugasnya, dan minimalnya atau bahkan hampir tidak ada pengarahan/bimbingan kepada bawahan. Seorang pemimpin akan memberikan kepemimpinannya saat diminta. Pendapat lain mengatakan bahwa gaya kepemimpinan dibagi menjadi dua yaitu:

##### a. Orientasi Tugas (Task-oriented)

Manajer dengan gaya kepemimpinan task-oriented melakukan pekerjaannya berorientasi pada tugas untuk mengarahkan dan mengawasi bawahan secara tertutup guna menjamin bahwa tugas yang dilakukan oleh bawahan sesuai dengan keinginannya. Gaya kepemimpinan ini lebih berorientasi pada pekerjaan bila dibandingkan pengembangan dan pertumbuhan organisasi terutama pada karyawan.

b. Orientasi Karyawan (Employee-oriented)

Memotivasi bawahan lebih diutamakan bila dibandingkan mengawasi bawahan. Manajer lebih mendorong bawahan untuk dapat mengembangkan diri, ikut berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Suasana pertemanan, saling menghormati, dan saling mempercayai di antara anggota kelompok selalu diciptakan oleh pemimpin.

## 5.6 Fungsi Pengarahan

Fungsi pengarahan di keperawatan berkaitan erat dengan perencanaan kegiatan keperawatan, ketua tim sebagai pengelola asuhan memberi pengarahan kepada anggotanya agar perawat pelaksana bisa meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam mengambil keputusan klinik (Budi Anna Keliat: 2012) . Pengarahan seorang kepala ruang keperawatan berfungsi memberikan motivasi, menangani konflik, kerjasama, negosiasi dan membina komunikasi (Marquis, B.L & Huston, 2010). Dari pengertian di atas penulis berkesimpulan untuk mencapai tujuan asuhan yang baik proses pengarahan keperawatan di ruangan berjalan secara terus menerus mulai dari mulai handover pre-comprence, post- comprency, sampai handover kembali pada shift berikutnya, isi dari pengarahan motivasi, supervisi, komunikasi, penanganan konflik, dan kerja sama, ketua tim sebagai pengganti kepala ruangan di saat shift sore dan malam harus mampu melakukan pengarahan terhadap perawat pelaksana agar tujuan asuhan tercapai.

Muninjaya (1999) menyebut tujuan fungsi pengarahan ada lima yaitu:

1. Menciptakan kerja sama yang lebih efisien Komunikasi antara atasan dan bawahan berpotensi menjadi lebih baik, efisiensi kerja dapat tercapai dengan kontribusi kepala ruang dalam menggerakkan bawahannya, misalnya melalui supervisi tindakan keperawatan yang dilakukan kepala ruang berdampak pada minimalnya kesalahan tindakan yang pada akhirnya dapat menghemat bahan, alat dan waktu dibandingkan jika terjadi kesalahan akibat dari tidak dilakukan supervisi tindakan keperawatan oleh kepala ruang.

2. Mengembangkan kemampuan dan ketrampilan staf Supervisi, pendelegasian merupakan sebagian kegiatan terkait dengan fungsi pengarahan. Kegiatan tersebut memberikan peluang bagi bawahan untuk mengerjakan tugas sesuai dengan tanggung jawabnya secara mandiri
3. Menumbuhkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan Pengarahan yang dilakukan kepala ruang ketika perawat melakukan kesalahan, memberi motivasi saat motivasi menurun, memberi apresiasi saat kinerja baik akan dapat meningkatkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan
4. Mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja staf Pemimpin yang baik adalah yang mampu menciptakan suasana lingkungan yang kondusif dan menciptakan hubungan interpersonal yang harmonis, kepemimpinan yang adil merupakan kunci sukses dalam memberikan motivasi kerja dan meningkatkan prestasi kerja perawat pelaksana

Fungsi pengarahan adalah suatu proses penerapan suatu perencanaan manajemen untuk mencapai sebuah tujuan perawatan (Swanburg, 2010). Fungsi pengarahan juga idealnya dilakukan pada setiap saat di ruangan karena memiliki tujuan dari manajemen ruangan adalah memberikan sebuah pelayanan keperawatan yang berkualitas. Penelitian yang dilakukan oleh Warsito dan Mawarni (2007) menunjukkan bahwa dari fungsi-fungsi manajemen (perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian), fungsi pengarahan memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap pelaksanaan manajemen. Fungsi pengarahan meliputi kemampuan menumbuhkan motivasi, komunikasi dan koordinasi yang efektif, pelaksanaan supervisi dan pengelolaan konflik terhadap suatu masalah yang terjadi dalam sebuah pelaksanaan.

Fungsi pengarahan selalu berkaitan erat dengan perencanaan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap dalam rangka menugaskan perawat untuk melaksanakan mencapai tujuan yang telah ditentukan. Kepala ruangan dalam melakukan kegiatan pengarahan melalui: saling memberi motivasi, membantu pemecahan masalah, melakukan pendelegasian, menggunakan komunikasi yang efektif, melakukan kolaborasi dan koordinasi (Swanburg, 2000). Memotivasi adalah menunjukkan arah tertentu kepada perawat atau staf dan

mengambil langkah yang perlu untuk memastikan mereka sampai pada tujuan (Soeroso, 2003). Kepala ruangan haruslah menunjukkan bahwa ia memiliki kemampuan bekerja yang harmonis, bersikap objektif dalam menghadapi persoalan dalam pelayanan keperawatan melalui pengamatan, dan objektif juga dalam menghadapi tingkah laku stafnya. Kepala ruangan harus peka akan kodrat manusia yang punya kelebihan dan kekurangan, memerlukan bantuan orang lain, dan mempunyai kebutuhan yang bersifat pribadi dan sosial (Muninjaya, 2004). Manajer keperawatan harus memiliki keterampilan komunikasi interpersonal yang baik. Kepala ruangan setiap hari berkomunikasi dengan pasien, staf, dan atasan setiap hari (Nursalam, 2012). Komunikasi membentuk inti kegiatan manajemen dan melewati semua proses manajemen (Marquis dan Huston, 2010).

Prinsip komunikasi manajer keperawatan menurut Nursalam (2012), yaitu:

1. Manajer harus mengerti struktur organisasi, siapa yang terkena dampak dari keputusan yang dibuat. Jaringan komunikasi formal dan informal perlu dibangun antara manajer dan staf
2. Komunikasi bukan hanya sebagai perantara, tetapi sebagai proses yang tak terpisahkan dalam organisasi
3. Komunikasi harus jelas, sederhana, dan tepat.
4. Perawat profesional adalah mampu berkomunikasi dengan secara adekuat, lengkap dan cepat.
5. Manajer harus meminta umpan balik apakah komunikasi dapat diterima
6. Menjadi pendengar yang baik adalah komponen penting dalam komunikasi.

Konflik sering terjadi dalam tatanan asuhan keperawatan. Konflik yang terjadi antara staf dengan staf, staf dengan pasien, staf dengan keluarga dan pengunjung, staf dengan dokter (Swanburg, 2000). Manajer memiliki interaksi dengan staf yang memiliki nilai, keyakinan, latar belakang dan tujuan berbeda yang menjadi sumber terjadinya konflik (Marquis dan Huston, 2010). Sebagai manajer keperawatan, kepala ruangan memiliki asumsi bahwa konflik suatu hal yang dapat dihindari dan jika konflik tidak dikelola dengan baik, maka dapat menghasilkan penyelesaian yang kreatif dan berkualitas. Kepala ruangan menggunakan konflik yang konstruktif dalam menciptakan lingkungan yang produktif (Nursalam, 2012).

Pengarahan akan mencapai tujuannya jika dikerjakan dengan baik. Dauglas dalam Swansburg (2000) mengatakan bahwa ada dua belas aktivitas teknis yang berhubungan dengan pengarahan pada manajemen, yaitu:

1. Merumuskan tujuan perawatan yang realistis untuk pelayanan keperawatan, pasien dan perawat pelaksana
2. Memberikan prioritas utama untuk kebutuhan klien sehubungan dengan tugas- tugas perawat pelaksana
3. Melaksanakan koordinasi untuk efisiensi pelayanan
4. Mengidentifikasi tanggung jawab dari perawat pelaksana
5. Memberikan perawatan yang berkesinambungan
6. Mempertimbangkan kebutuhan terhadap tugas-tugas dari perawat pelaksana
7. Memberikan kepemimpinan untuk perawat dalam hal pengajaran, konsultasi, dan evaluasi
8. Mempercayai anggota
9. Menginterpretasikan protocol
10. Menjelaskan prosedur yang harus diikuti
11. Memberikan laporan ringkas dan jelas
12. Menggunakan proses kontrol manajemen

## 5.7 Langkah-Langkah Pengarahan

Langkah- Langkah Pengarahan Pelaksanaan pengarahan dilakukan secara berurutan dalam empat komponen Becthel dalam Sutrisno, (2013).

1. Penyambutan Greeting dilakukan pada awal pengarahan bisa dengan saling sapa atau berjabat tangan.
2. Saling bercerita sharing tentang pengalaman dan hambatan yang pernah dialami pada sat sharing ini dibutuhkan keterampilan komunikasi yang baik di mana ideu dan masukkan dapat tersampaikan dengan baik selain itu menjadi pendengar dan ikut merespon pertanyaan akan menghangatkan sesi pengarahan.
3. Aktivitas kelompok Group activity semua anggota ikut berkontribusi.

4. Melakukan pratinjau atau evaluasi dari kegiatan pengarahan di lanjut sesi pengumuman (Newsand announcement).

## 5.8 Kegiatan Pengarahan

Kegiatan Pengarahan: Berikut di bawah ini akan diuraikan 10 rambu-rambu kegiatan pengarahan yang penting diketahui menurut Douglas, yaitu:

1. Tentukan tujuan pengarahan yang realistis
2. Berikan prioritas pertama kepada yang penting dan urgen
3. Lakukan koordinasi dan efisien dengan unit kerja lain
4. Identifikasi tanggung jawab semua pekerjaan agar semua staf bekerja dengan benar dan adil
5. Ciptakan budaya kerja yang aman dan suasana pendidikan berkelanjutan agar selalu bekerja dengan keilmuan yang kokoh dan mutakhir
6. Timbulkan rasa percaya diri anggota yang tinggi, dengan memberikan reward and punishment yang jelas dan tegas
7. Terjemahkan standar operasional prosedur yang mudah dibaca dan dimengerti agar memudahkan pekerjaan yang akan dilakukan staf
8. Jelaskan prosedur keadaan gawat/force major baik terhadap pasien maupun situasi gawat lainnya
9. Berikan pengarahan yang sifatnya jelas, singkat dan tepat
10. Gunakan manajemen kontrol yang baik untuk mengkaji kualitas layanan secara teratur dan rutin.

## 5.9 Indikator Penghargaan

Indikator Pengarahan yang baik: Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengarahan Arni (2009) menyatakan bahwa arus komunikasi melalui media pengarahan dipengaruhi oleh struktur hierarki dalam organisasi. Namun arus

komunikasi ini tidaklah berjalan lancar, tetapi dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain sebagai berikut:

1. Keterbukaan Kurangnya sifat terbuka di antara pimpinan dan pegawai akan menyebabkan pemblokatan atau tidak mau menyampaikan pesan atau gangguan dalam pesan. Umumnya para pimpinan tidak begitu memperhatikan arus komunikasi ke bawah. Pimpinan mau memberikan informasi ke bawah bila mereka merasa bahwa pesan itu penting bagi penyelesaian tugas. Tetapi apabila suatu pesan tidak relevan dengan tugas, pesan tersebut tetap dipegangnya. Misalnya seorang pimpinan akan mengirimkan pesan untuk memotivasi pegawai guna penyempurnaan hasil kerja, tetapi tidak mau mendiskusikan kebijaksanaan baru dalam mengatasi masalah-masalah organisasi.
2. Kepercayaan Pada Pesan Tulisan Kebanyakan para pimpinan lebih percaya pesan tulisan dan metode diskusi yang menggunakan alat-alat elektronik daripada pesan yang disampaikan secara lisan dan tatap muka. Hal ini menjadikan pimpinan lebih banyak menyampaikan pesan secara tertulis berupa bulletin, manual yang mahal, buklet dan film sebagai pengganti kontak personal secara tatap muka antara pimpinan dan bawahan.
3. Pesan Yang Berlebihan Karena banyaknya pesan-pesan yang dikirim secara tertulis, maka pegawai dibebani dengan memo-memo, bulletin, surat-surat pengumuman, majalah, dan pernyataan kebijaksanaan sehingga banyak sekali pesan-pesan yang harus dibaca oleh pegawai. Reaksi pegawai terhadap pesan tersebut biasanya cenderung untuk tidak membacanya. Banyak karyawan hanya membaca pesan-pesan tertentu yang dianggap penting bagi dirinya dan yang lain diberikan saja tidak dibaca.
4. Timing atau ketepatan waktu pengiriman pesan memengaruhi komunikasi ke bawah. Pimpinan hendaklah mempertimbangkan saat yang tepat bagi pengiriman pesan dan tampak yang potensial kepada tingkah laku karyawan. Pesan seharusnya dikirim ke bawah pada saat saling menguntungkan kepada kedua belah pihak yaitu pimpinan dan

karyawan. Tetapi bila pesan yang dikirimkan tersebut tidak pada saat dibutuhkan oleh karyawan maka mungkin akan memengaruhi kepada efektifitasnya.

5. Penyaringan Pesan-pesan yang dikirimkan kepada bawahan hendaklah semuanya diterima mereka, tetapi mereka saring mana yang mereka perlukan. Penyaringan pesan ini dapat disebabkan oleh bermacam-macam faktor diantaranya perbedaan persepsi antara pegawai, jumlah mata rantai dalam jaringan komunikasi dan perasaan kurang percaya kepada pimpinan

## 5.10 Praktik Pengarahan Kepala Ruang Sesuai Standar Akreditasi

1. Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua TIM
2. Memberi pujian kepada anggota TIM yang melakukan tugas dengan baik
3. Memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan sikap
4. Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan ASKEP pasien
5. Melibatkan bawahan sejak awal hingga akhir kegiatan
6. Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya
7. Meningkatkan kolaborasi dengan anggota TIM lain
8. Mengembangkan sistem pengarahan formal dan informal

## 5.11 Faktor yang Memengaruhi Pengarahan

Arni (2009) menyatakan bahwa arus komunikasi melalui media pengarahan dipengaruhi oleh struktur hierarki dalam organisasi. Namun arus komunikasi ini tidaklah berjalan lancar, tetapi dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain sebagai berikut:

### 1. Keterbukaan

Kurangnya sifat terbuka di antara pimpinan dan pegawai akan menyebabkan pemblokatan atau tidak mau menyampaikan pesan atau gangguan dalam pesan. Umumnya para pimpinan tidak begitu memperhatikan arus komunikasi ke bawah. Pimpinan mau memberikan informasi ke bawah bila mereka merasa bahwa pesan itu penting bagi penyelesaian tugas. Tetapi apabila suatu pesan tidak relevan dengan tugas, pesan tersebut tetap dipegangnya. Misalnya seorang pimpinan akan mengirimkan pesan untuk memotivasi pegawai guna penyempurnaan hasil kerja, tetapi tidak mau mendiskusikan kebijaksanaan baru dalam mengatasi masalah-masalah organisasi.

### 2. Kepercayaan Pada Pesan Tulisan

Kebanyakan para pimpinan lebih percaya pesan tulisan dan metode diskusi yang menggunakan alat-alat elektronik dari pada pesan yang disampaikan secara lisan dan tatap muka. Hal ini menjadikan pimpinan lebih banyak menyampaikan pesan secara tertulis berupa bulletin, manual yang mahal, buklet dan film sebagai pengganti kontak personal secara tatap muka antara pimpinan dan bawahan.

### 3. Pesan Yang Berlebihan

Karena banyaknya pesan-pesan yang dikirim secara tertulis, maka pegawai dibebani dengan memo-memo, bulletin, surat-surat pengumuman, majalah, dan pernyataan kebijaksanaan sehingga banyak sekali pesan-pesan yang harus dibaca oleh pegawai. Reaksi pegawai terhadap pesan tersebut biasanya cenderung untuk tidak membacanya. Banyak karyawan hanya membaca pesan-pesan

tertentu yang dianggap penting bagi dirinya dan yang lain diberikan saja tidak dibaca.

4. Timing

Timing atau ketepatan waktu pengiriman pesan memengaruhi komunikasi ke bawah. Pimpinan hendaklah mempertimbangkan saat yang tepat bagi pengiriman pesan dan tampak yang potensial kepada tingkah laku karyawan. Pesan seharusnya dikirim ke bawah pada saat saling menguntungkan kepada kedua belah pihak yaitu pimpinan dan karyawan. Tetapi bila pesan yang dikirimkan tersebut tidak pada saat dibutuhkan oleh karyawan maka mungkin akan memengaruhi kepada efektifitasnya.

5. Penyaringan

Pesan-pesan yang dikirimkan kepada bawahan hendaklah semuanya diterima mereka, tetapi mereka saring mana yang mereka perlukan. Penyaringan pesan ini dapat disebabkan oleh bermacam-macam faktor diantaranya perbedaan persepsi antara pegawai, jumlah mata rantai dalam jaringan komunikasi dan perasaan kurang percaya kepada pimpinan.

## Bab 6

# Pengendalian Mutu Asuhan dan Pelayanan Keperawatan

### 6.1 Pendahuluan

Pengendalian (*Controlling*) adalah salah satu fungsi penting manajemen yang harus dilakukan oleh semua manajer untuk mencapai tujuan organisasi. Melalui pengendalian, seorang manajer memastikan bahwa kegiatan dalam organisasi dilakukan sesuai dengan yang direncanakan, dan sumber-sumber daya organisasi telah digunakan secara efisien dan efektif.

Pelaksanaan pengendalian bertujuan untuk membandingkan kinerja organisasi dengan standar yang ditentukan, menemukan penyimpangan dan upaya untuk mengambil tindakan korektif. Hasil pengendalian tersebut dapat menjadi dasar pertimbangan bagi seorang manajer dalam merumuskan perencanaan di masa yang akan datang.

Fayol dalam Swansburg (2000) mendefinisikan pengendalian sebagai “pemeriksaan apakah segala sesuatunya terjadi sesuai dengan rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, serta prinsip-prinsip yang ditentukan”. Lebih lanjut Fayol menyatakan bahwa “pengendalian bertujuan untuk menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat diperbaiki dan tidak terjadi lagi”.

Pengendalian adalah fungsi manajemen dalam monitoring dan melakukan penyesuaian dalam perencanaan, proses pelaksanaan maupun sumber daya agar tujuan dapat tercapai secara efektif dan efisien. Pengendalian merupakan cara untuk mengkoordinasikan kegiatan dalam organisasi melalui monitoring dan evaluasi secara sistematis apakah strategi dan struktur organisasi bekerja seperti yang dikehendaki, bagaimana hal-hal tersebut dapat ditingkatkan dan bagaimana harus diubah jika tidak berjalan sebagaimana mestinya (Huber, 2018).

Suatu pelayanan keperawatan disebut profesional apabila tim keperawatan mengelola dan menjalankan empat fungsi dalam manajemen, yaitu: perencanaan, pengorganisasian, pengendalian dan motivasi (Nursalam, 2000). Pengendalian sebagai salah satu fungsi manajemen keperawatan sangat diperlukan untuk memastikan bahwa mutu asuhan dan pelayanan keperawatan tetap terjaga.

## 6.2 Pengendalian sebagai Fungsi Manajemen Keperawatan

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

Pelayanan keperawatan merupakan salah satu kelompok yang terdepan dalam pelayanan kesehatan, sehingga melalui pelayanan keperawatan yang berkualitas akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan secara keseluruhan. Pengelolaan pelayanan keperawatan yang berkualitas sangat dipengaruhi oleh ketersediaan dan kualitas sumberdaya serta kemampuan pengelola/manajer keperawatan. Seorang manajer keperawatan dituntut untuk memiliki kemampuan dalam merencanakan, mengorganisir, melakukan pengarahan, mengendalikan dan mengevaluasi pelayanan sehingga setiap permasalahan yang dihadapi dapat di atasi dengan baik.

Seorang perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berkewajiban memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar praktik keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional dan ketentuan

Peraturan Perundang-undangan (Undang-Undang RI, 2014). Oleh karena itu, agar dapat melakukan pengendalian dengan optimal, seorang manajer perlu melengkapi unit kerjanya dengan kebijakan, standar asuhan dan standar pelayanan yang terkait sebagai pedoman dalam melaksanakan pelayanan keperawatan. Nurdiana et all (2017) menyatakan bahwa pengendalian mutu keperawatan merupakan salah satu fungsi utama manajemen keperawatan. Fungsi ini memerlukan dukungan rumah sakit dalam penerapannya terutama dalam tahap perencanaan di mana program pengendalian mutu keperawatan membutuhkan dokumen kebijakan yang dikeluarkan pimpinan rumah sakit.

## 6.3 Manajemen Mutu Keperawatan

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan no 30 (2022), "Mutu Pelayanan Kesehatan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien". Selanjutnya disebutkan bahwa dimensi mutu pelayanan kesehatan meliputi: 1) Efektif (menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat); 2) Keselamatan (meminimalkan terjadinya kerugian/harm, termasuk cedera dan kesalahan medis yang dapat dicegah, pada pasien-masyarakat yang menerima pelayanan); 3) Berorientasi pada pasien/pengguna layanan/people-centred (menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai individu); 4) Tepat waktu (mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan); 5) Efisien: mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia dan mencegah pemborosan termasuk alat kesehatan, obat, energi dan ide; 6) Adil (menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, dan status sosial ekonomi); dan 7) Terintegrasi (menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan pada seluruh siklus kehidupan).

Mengacu pada hal tersebut di atas, mutu pelayanan keperawatan dapat diartikan sebagai tingkat pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan bio psiko sosial dan spiritual sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan keperawatan, berdasarkan ilmu pengetahuan terkini, dengan mengutamakan keamanan dan keselamatan

pasien. Penerapan dimensi mutu pelayanan kesehatan ke dalam pelayanan keperawatan antara lain: 1) Efektif (memberikan pelayanan keperawatan dengan menggunakan *Evidence Base Practice of Nursing*); 2) Keselamatan (mencegah terjadinya infeksi di rumah sakit, mencegah terjadi malpraktek dan *negligence*, identifikasi risiko jatuh dan pencegahan); 3) Berorientasi pada pasien (menjaga privasi, menghargai nilai budaya pasien), 4) Tepat waktu (cepat tanggap dan proaktif); 5) Effisien (perencanaan yang baik, bekerja secara sistematis); 6) Adil (tidak membedakan pasien, meningkatkan peran advokasi); dan Terintegrasi (koordinasi dan kolaborasi multidisiplin dan bekerja secara komprehensif).

Manajemen mutu pelayanan keperawatan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di secara wajar, efisien dan efektif, agar pelayanan keperawatan dapat diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya. Keperawatan mempunyai kontribusi yang cukup besar dalam mewujudkan program2 pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan. Pelayanan keperawatan yang bermutu merupakan harapan terbesar masyarakat yang menerima pelayanan. Perawat sebagai pemberi pelayanan, dapat menilai sejauh mana mutu pelayanan keperawatan yang diberikan melalui capaian indikator mutu keperawatan.

## 6.4 Pengendalian Mutu Asuhan Keperawatan

Undang-undang Republik Indonesia no 38 tahun 2014 tentang Keperawatan menyatakan bahwa Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Selanjutnya juga dinyatakan dalam undang-undang tersebut, bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, perawat berwenang: 1) melakukan pengkajian keperawatan secara holistik; 2) menetapkan diagnosis keperawatan; 3) merencanakan tindakan keperawatan; 4) melaksanakan tindakan keperawatan; 5) mengevaluasi hasil tindakan keperawatan; 6) melakukan rujukan; 7) memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi; 8) memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter; 9) melakukan penyuluhan

kesehatan dan konseling; dan 10) melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan yang bermutu perlu didukung oleh sumber daya yang memadai, baik dari ketersediaan dan kualitas SDM, ketersediaan kebijakan, standar dan prosedur asuhan keperawatan, metode penugasan yang dipilih, sarana dan prasarana yang memadai, serta kemampuan pengelolaan dan pengendalian asuhan keperawatan. Kebijakan dan standar yang harus tersedia agar asuhan keperawatan berjalan optimal diantaranya adalah Panduan Asuhan Keperawatan dan Standar Operasional Prosedur Keperawatan.

Panduan Asuhan Keperawatan berisi pengaturan dalam memberikan asuhan keperawatan berupa serangkaian petunjuk tertulis langkah proses keperawatan yang dibakukan dan dibuat berdasarkan *evidence based practice*. Panduan Asuhan Keperawatan yang dibuat dapat mengacu pada *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Intervention Classification (NIC)* dan *Nursing Outcome Classification (NOC)*, Standar Diagnosis Perawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Selain Panduan Asuhan Keperawatan, kebijakan yang harus tersedia di unit keperawatan adalah Pedoman SPO Keperawatan yang menjadi acuan bagi para perawat dalam melaksanakan langkah2 prosedur keperawatan yang akuntabel. Pedoman SPO Keperawatan dapat menjadi alat ukur bagi pimpinan keperawatan dalam menilai kesesuaian asuhan keperawatan yang diberikan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Monitoring Evaluasi dan Pengendalian Mutu Asuhan Keperawatan perlu dilaksanakan secara berkala agar dapat segera ditindaklanjuti dan dilakukan tindakan korektif bila dalam pelaksanaannya tidak sesuai dengan Panduan Asuhan Keperawatan maupun SPO Keperawatan. Penerapan pengendalian mutu asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut:

#### 6.4.1 Supervisi Asuhan Keperawatan

Supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang disupervisi agar mereka dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif (Huber, 2000). Supervisi keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang

dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan dan peralatan agar pasien mendapat pelayanan yang bermutu setiap saat (Nursalam, 2014). Supervisi yang terencana pada standar praktik yang berlaku menjamin kualitas asuhan keperawatan kepada pasien yang diberikan oleh perawat. Oleh karena itu, supervisi yang baik akan menimbulkan motivasi kerja perawat dan akan meningkatkan kinerja perawat (Zahara et all, 2011)

Supervisi Asuhan Keperawatan merupakan salah satu bentuk dari Supervisi Klinik Keperawatan adalah proses dukungan profesional dan pembelajaran untuk membantu perawat pelaksana mengembangkan pengetahuan, kompetensi dan tanggung jawab. Supervisi klinik tidak diartikan sebagai pemeriksaan atau mencari kesalahan, tetapi lebih kepada pengawasan partisipatif, mendahulukan penghargaan terhadap pencapaian hasil positif dan memberikan jalan keluar terhadap hal yang masih belum dapat dilakukan (Ayu, 2022).

Supervisi asuhan keperawatan merupakan suatu kegiatan pengawasan dan bimbingan asuhan keperawatan untuk memastikan asuhan keperawatan dilaksanakan secara profesional sesuai dengan standar. Supervisi asuhan keperawatan dilaksanakan secara individu pada saat perawat melaksanakan asuhan keperawatan. Melalui supervisi asuhan keperawatan diharapkan dapat meningkatkan pemahaman perawat atas peran dan fungsinya sebagai pelaksana asuhan keperawatan dan meningkatkan motivasi perawat untuk bekerja lebih optimal dalam melaksanakan tugasnya.

Penilaian penerapan asuhan keperawatan meliputi penerapan proses keperawatan, penerapan etika keperawatan, dan komunikasi terapeutik. Secara teknis penilaian penerapan proses keperawatan antara lain kelengkapan pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan sesuai data, perencanaan asuhan keperawatan sesuai kondisi pasien, pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, keterampilan melaksanakan tindakan keperawatan, kemampuan evaluasi atas hasil tindakan keperawatan yang telah dibuat, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dan kelengkapan pendokumentasian keperawatan.

#### **6.4.2 Supervisi Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi keperawatan

merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, dan tim kesehatan termasuk perawat (Hidayat, 2021).

Menurut Standar Akreditasi Kementerian Kesehatan (2022), pendokumentasian oleh profesional pemberian asuhan (PPA) berupa instruksi dibutuhkan dalam pemberian asuhan pasien misalnya instruksi pemeriksaan di laboratorium (termasuk Patologi Anatomi), pemberian obat, asuhan keperawatan khusus, terapi nutrisi, dan lain-lain. Instruksi ini harus tersedia dan mudah diakses sehingga dapat ditindaklanjuti tepat waktu misalnya dengan menuliskan instruksi pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) dalam rekam medis atau didokumentasikan dalam elektronik rekam medik agar staf memahami kapan instruksi harus dilakukan, dan siapa yang akan melaksanakan instruksi tersebut.

Salah satu model pendokumentasian asuhan keperawatan adalah model Charting By Exception (CBE), merupakan model pendokumentasian keperawatan yang terdiri dari beberapa unsur inti diantaranya lembar alur (*flowsheet*), catatan standar praktik, protokol instruksi, data dasar keperawatan, rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan, dan catatan perkembangan SOAP (Hidayat 2021).

Supervisi dokumentasi keperawatan merupakan kegiatan pengawasan dan bimbingan dalam pendokumentasian keperawatan untuk menilai kelengkapan pengisian pengkajian awal keperawatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, catatan tindakan keperawatan, pengawasan khusus, *early warning sign*, lembar pengobatan, lembar edukasi pasien terintegrasi, dll sesuai dengan standar pendokumentasian keperawatan.

Supervisi dokumentasi keperawatan dapat menjadi sarana bimbingan dalam pengisian formulir pendokumentasian secara tepat. Selain itu, supervisi dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sarana untuk melakukan review rekam medik secara terbuka pada saat pasien masih dirawat di rumah sakit.

Hasil penelitian Fitriana dan Annisa (2018) tentang pengaruh supervisi terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan menunjukkan bahwa ada peningkatan kelengkapan pendokumentasian dari 70,27% menjadi 82,27% setelah dilakukan supervisi dokumentasi keperawatan.

### 6.4.3 Ronde Keperawatan

Ronde keperawatan 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 secara langsung pada kasus nyata Nursalam (2014). Dengan pelaksanaan ronde keperawatan yang berkesinambungan, diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat ruangan untuk berpikir secara kritis dalam peningkatan perawatan secara profesional. Dalam pelaksanaan ronde juga akan terlihat kemampuan perawat dalam melaksanakan kerja sama dengan tim kesehatan yang lain guna mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada pasien.

Hasil penelitian Simamora et all (2017) menunjukkan terdapat pengaruh pelatihan ronde keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Demikian juga hasil penelitian Ananda et all (2022) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna ronde keperawatan terhadap tingkat kepuasan kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap.

Dalam penerapannya, Ronde Keperawatan merupakan kegiatan pembahasan kasus/masalah keperawatan di samping pasien bersama dengan perawat primer, pembimbing klinik/perawat konsulen, kepala ruangan dan perawat asosiet dalam rangka mengatur dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien kelolaan. Melalui ronde keperawatan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat untuk berpikir kritis, modifikasi rencana keperawatan dan justifikasi tindakan keperawatan dengan data yang lebih valid.

Pelaksanaan ronde keperawatan dimulai dari penjelasan tentang kasus kelolaan oleh perawat primer yang difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan atau telah dilaksanakan dan memilih prioritas yang perlu didiskusikan. Hasil dari diskusi adalah pemberian justifikasi oleh perawat primer/ perawat konsulen/kepala ruangan tentang masalah pasien serta rencana tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.

### 6.4.4 Evaluasi Kepatuhan Terhadap Standar Prosedur Operasional Keperawatan

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, di mana dan oleh siapa dilakukan

(Permenpan RB RI, 2012). Beberapa manfaat dari tersedianya SOP diantaranya adalah sebagai pedoman pelaksanaan prosedur kerja yang seragam dan terstandar, meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas, meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas, menjamin konsistensi pelayanan, baik dari sisi mutu, waktu, dan prosedur; serta sebagai instrumen yang dapat melindungi petugas dari kemungkinan tuntutan hukum karena tuduhan melakukan penyimpangan.

Standar Prosedur Operasional (SPO) Keperawatan merupakan suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah untuk menyelesaikan proses kerja rutin yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien/klien dalam merawat dirinya (PPNI, 2021). Prosedur Keperawatan ini dilaksanakan dalam rangka menjalankan praktik keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan yang harus diberikan secara efektif, efisien, etis dan aman.

Evaluasi kepatuhan terhadap SPO Keperawatan merupakan penilaian yang dilakukan oleh pembimbing klinik/ kepala ruangan kepada perawat dalam melaksanakan prosedur keperawatan. Instrumen evaluasi kepatuhan perawat mengacu kepada standar prosedur operasional keperawatan yang akan dievaluasi. Tujuan dari penilaian kepatuhan terhadap standar ini adalah menjamin keselamatan pasien di rumah sakit, mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan (KTD), dan membangun budaya kerja perawat agar selalu bekerja sesuai dengan standar prosedur operasional keperawatan yang telah ditetapkan.

Hasil penelitian Iriyanto, dkk (2017) tentang perilaku kepatuhan perawat melaksanakan SPO terhadap kejadian keselamatan pasien menunjukkan bahwa faktor yang paling dominan berhubungan adalah persepsi dukungan supervisor (OR = 5,504). Hasil penelitian Nazvia et all (2014) tentang faktor yang memengaruhi pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU/ICCU menunjukkan ada pengaruh antara motivasi dan persepsi terhadap kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SPO. Berdasarkan kedua penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa evaluasi kepatuhan terhadap SPO Keperawatan sangat diperlukan untuk menyamakan persepsi dalam pelaksanaan prosedur asuhan keperawatan dan meningkatkan motivasi kerja perawat melalui bimbingan asuhan keperawatan sebagai tindak lanjut dari evaluasi.

## 6.5 Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. Hal ini terjadi karena keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, paling depan dan terdekat dengan penderitaan, kesakitan, serta kesengsaraan yang dialami pasien dan keluarganya. (Nursalam, 2014). Keberhasilan pengendalian mutu pelayanan keperawatan yang paling utama dapat dilihat dari angka kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diterima dan tidak adanya tuntutan atas ketidaksesuaian pelayanan keperawatan yang diperoleh.

Tujuan dari pengendalian mutu pelayanan keperawatan adalah: 1) mempertahankan dan meningkatkan kualitas asuhan dan pelayanan keperawatan; 2) meningkatkan kemampuan, pengetahuan, keterampilan, dan sikap tenaga keperawatan sesuai kompetensi; 3) meningkatkan kemampuan tenaga keperawatan dalam mengidentifikasi hubungan antara upaya peningkatan mutu dengan kinerja klinis tenaga keperawatan, dan 4) meningkatkan kepuasan pelanggan dan kepuasan kerja perawat.

Manajer Keperawatan merupakan orang yang paling berperan dalam menentukan keberhasilan pengendalian mutu pelayanan keperawatan. Beberapa implementasi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

### 6.5.1 Supervisi Manajemen Keperawatan

Merupakan kegiatan yang terencana dari seorang manajer keperawatan melalui aktivitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi, dan evaluasi dalam pelayanan keperawatan yang bermutu yang dilakukan secara berkesinambungan oleh pimpinan keperawatan. Tujuan dari supervisi manajemen keperawatan adalah untuk menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan pelayanan keperawatan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan secara benar dan tepat.

Sasaran pelaksanaan supervisi manajemen keperawatan adalah Kepala Unit Kerja/Kepala Ruangan untuk mengevaluasi kemampuan dalam pengelolaan ruang perawatan menggunakan prinsip-prinsip manajemen keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan melihat pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen

mulai dari perencanaan pelayanan keperawatan, pengorganisasian pelayanan keperawatan, penggerakan dan pengarahan, serta pengawasan dan pengendalian.

Evaluasi perencanaan pelayanan keperawatan meliputi ketersediaan rencana dan program kerja, ketersediaan anggaran untuk merealisasikan program kerja, dan sosialisasi program kerja pada staff di jajarannya. Selanjutnya kemampuan kepala unit kerja/kepala ruangan dari segi pengorganisasian dilihat dari ketersediaan struktur organisasi beserta uraian tugas kepala ruangan dan staff di jajarannya, ketersediaan panduan dan SPO Keperawatan, pelaksanaan rapat berkala secara internal dan rapat koordinasi antar unit/antar ruangan, pelibatan staff dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan atau asuhan keperawatan, pelaksanaan metode pemberian asuhan keperawatan profesional, pembuatan jadwal dinas sesuai dengan komposisi kompetensi, dan pelaksanaan pre dan post conference sebagai bentuk evaluasi dan tindak lanjut permasalahan pelayanan dan asuhan keperawatan dalam 24 jam. Fungsi penggerakkan dan pengarahan dapat dilihat dari pengelolaan tenaga keperawatan (penugasan perawat sesuai kompetensi, ketersediaan jenjang karir perawat, rencana pengembangan, pembinaan etik dan disiplin profesi), pelaksanaan supervisi asuhan keperawatan, dan bimbingan teknis asuhan keperawatan. Fungsi pengawasan dan pengendalian merupakan yang paling utama dapat dilihat dari ketersediaan program monitoring dan evaluasi, ketersediaan indikator mutu pelayanan keperawatan yang mengacu kepada indikator mutu rumah sakit, dan ketersediaan laporan berkala.

### 6.5.2 Audit Perawatan

Audit merupakan sebuah proses pengumpulan serta pemeriksaan bukti mengenai informasi guna menentukan dan membuat laporan terkait tingkat kesesuaian antara informasi dan kriteria yang ditetapkan. Audit bertujuan untuk mengidentifikasi kegiatan, program, dan aktivitas yang masih memerlukan perbaikan, sehingga dengan rekomendasi yang diberikan nantinya dapat dicapai perbaikan atas pengelolaan berbagai program dan aktivitas pada organisasi tersebut.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan no 49 tahun 2013, Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan. Rahma Dwi S, et al., (2022), menyatakan bahwa Audit merupakan penilaian/evaluasi dari

pekerjaan yang telah dilakukan dengan menggunakan instrumen yang telah ditetapkan. Instrumen atau peralatan yang dipilih digunakan untuk mengumpulkan bukti dan untuk mengevaluasi apakah standar yang telah ditetapkan telah dilaksanakan dengan baik atau belum. Menurut Mastur et al., (2020), pelaksanaan audit keperawatan harus sesuai dengan standar dan kriteria yang ada, dukungan, komitmen, kepedulian dan komitmen dari setiap staf keperawatan diperlukan untuk membangun perbaikan bagi rumah sakit. Pelaksanaan audit keperawatan diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Pelaksanaan audit keperawatan dimulai dengan pemilihan topik yang akan dilakukan audit, penetapan standar dan kriteria dan penetapan jumlah kasus/sampel yang akan audit. Selanjutnya dilakukan perbandingan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan dan dilakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria. Hasil dari audit keperawatan adalah implementasi perbaikan sesuai rekomendasi hasil audit.

### 6.5.3 Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

Merupakan suatu metode pembelajaran dalam merefleksikan pengalaman klinis perawat yang aktual dan menarik dalam mengelola dan memberikan asuhan keperawatan melalui suatu diskusi kelompok yang mengacu kepada pemahaman terhadap standar. Tujuan diskusi refleksi kasus adalah untuk mengembangkan profesionalisme, membangkitkan motivasi belajar, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, aktualisasi diri serta menerapkan teknik asertif dalam berdiskusi tanpa menyalahkan dan memojokkan antar peserta diskusi.

Sasaran dari diskusi refleksi kasus (DRK) adalah semua perawat yang bekerja di ruang perawat, dijadwalkan secara bergantian memilih dan menetapkan kasus yang akan disajikan dan didiskusikan bersama. Ruangan yang akan melakukan DRK mengajak ruang lain untuk hadir dan memberikan masukan atas kasus yang dipresentasikan.. Pelaksanaan DRK dipimpin oleh perawat yang kompeten, dan mempunyai kemampuan mengarahkan proses diskusi agar fokus dan dapat menghasilkan kesimpulan yang bermakna dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai evidence based practice. Kegiatan yang dilakukan perawat pada saat DRK adalah melakukan refleksi pengalaman, diskusi kasus, kajian literatur, mempelajari berbagai kebijakan, dan journal reading.

Pelaksanaan DRK bermanfaat bagi perawat dalam meningkatkan pengetahuan, berpikir kritis, melatih kemampuan berbicara di depan umum, berpikir terbuka serta meningkatkan kemampuan memahami artikel ilmiah. DRK mampu meningkatkan profesionalisme perawat sehingga dapat membawa dampak terhadap mutu asuhan keperawatan. Perawat dalam melaksanakan DRK membutuhkan dukungan dari kolega dan pihak manajemen. Dukungan dari manajemen rumah sakit dibutuhkan baik dari segi dukungan melalui penataan sistem, motivasi maupun fasilitas (Ardian dan Hariyati, 2017).

#### 6.5.4 Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan

Pasien memiliki hak untuk menyampaikan keluhan tentang asuhan mereka dan keluhan tersebut harus ditanggapi dan diselesaikan. Di samping itu, keputusan terkait perawatan kadangkala menimbulkan pertanyaan, konflik atau dilema lain bagi rumah sakit, pasien dan keluarga atau pengambil keputusan lain. Dilema ini mungkin timbul sejak pasien mengakses pelayanan, selama menjalani masa perawatan, dan pada proses pemulangan. Rumah sakit mengidentifikasi kebijakan dan prosedur bagi mereka yang perlu dilibatkan dalam menyelesaikan keluhan dan bagaimana pasien dan keluarganya dapat ikut berperan serta (Kemenkes, 2022).

Kepercayaan pasien dan keluarga merupakan salah satu kunci keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit, salah satunya ditentukan oleh kemampuan rumah sakit dalam menangani keluhan pelanggan. Bagi institusi yang menjalankan fungsi teknis pelayanan kesehatan, kegiatan penanganan keluhan pelanggan merupakan faktor penting dalam menjaga kepercayaan dan loyalitas pelanggannya. Oleh karena itu, sistem penanganan keluhan pelanggan merupakan salah satu prioritas yang harus diselesaikan oleh rumah sakit.

Perawat sebagai profesional pemberi asuhan yang paling lama berhadapan dengan pasien, mempunyai peluang lebih banyak untuk mendapatkan komplain dari pasien. Melaksanakan pelayanan keperawatan yang berorientasi pada pasien (*patient centered care*), dapat mengurangi dan mengatasi keluhan pasien. Oleh karena penting bagi perawat untuk melaksanakan pelayanan keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan bio psiko sosial dan spiritual dari pasien untuk tercapainya kepuasan pasien.

Evaluasi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan adalah sejumlah pertanyaan yang disusun untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan persepsi tentang pelayanan keperawatan yang diperolehnya. Tujuan evaluasi adalah untuk mengetahui harapan pelanggan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan guna memperoleh masukan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

### 6.5.5 Evaluasi Capaian Indikator Mutu Keperawatan

Indikator adalah variabel ukuran atau tolok ukur untuk mengetahui adanya perubahan /penyimpangan yang dikaitkan dengan target/standar/nilai yang telah ditentukan. Indikator biasanya digunakan dalam mengukur keberhasilan kinerja seseorang atau kelompok atau organisasi tertentu. Indikator dapat mengukur kinerja misi, sasaran, program dan kegiatan.

Indikator Mutu Nasional Pelayanan Kesehatan atau Indikator Mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah (Kemenkes, 2022). Indikator Mutu di Rumah Sakit meliputi 13 indikator yaitu: 1) kepatuhan kebersihan tangan; 2) kepatuhan penggunaan alat pelindung diri; 3) kepatuhan identifikasi pasien; 4) waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi; 5) waktu tunggu rawat jalan; 6) penundaan operasi elektif; 7) kepatuhan waktu visite dokter; 8) pelaporan hasil kritis laboratorium; 9) kepatuhan penggunaan formularium nasional; 10) kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway); 11) kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh; 12) kecepatan waktu tanggap komplain; dan 13) kepuasan pasien.

Penetapan indikator mutu keperawatan dapat merupakan turunan (cascading) dari indikator nasional mutu tersebut di atas, atau dapat diperoleh dari data Insiden keselamatan pasien (Sentinel, Kejadian Tidak Diharapkan/KTD, Kejadian Nyaris Cedera/KNC), Hasil audit Keperawatan, Sasaran Keselamatan Pasien, Manajemen Risiko Ruang Perawatan, Hasil Surveilans Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, dan Indikator mutu unit/ruang rawat. Beberapa hal yang harus dipertimbangkan pada saat memilih indikator prioritas untuk menilai kinerja pelayanan keperawatan adalah memastikan bahwa indikator tersebut diwajibkan/dipersyaratkan oleh peraturan perundangan, indikator tersebut dipersyaratkan oleh pimpinan sebagai bentuk pertanggungjawaban kinerja, ketersediaan data, high risk, high cost, high volume, problem prone, dan indikator dipersyaratkan oleh pelanggan. Evaluasi

capaian indikator mutu keperawatan sangat diperlukan untuk menilai kinerja pelayanan keperawatan, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta kepuasan pasien, petugas dan pimpinan rumah sakit. Evaluasi capaian indikator mutu dilakukan secara berkala setiap bulan, dan dianalisa setiap triwulan untuk dilakukan tindak lanjut perbaikan melalui siklus Plan – Do – Study – Action (PDSA).

### 6.5.6 Telusur Pelayanan Keperawatan Sesuai Standar Akreditasi

Akreditasi rumah sakit merupakan amanat Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit di mana bagi rumah sakit yang sudah beroperasi lebih dari dua tahun wajib dilakukan akreditasi. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit maka Pemerintah telah menetapkan target RPJMN di mana pada tahun 2024 seluruh rumah sakit telah terakreditasi. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit menyebutkan bahwa "dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien sehingga tercapai tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik, serta sebagai pelaksanaan program pembangunan kesehatan nasional, perlu dilakukan akreditasi sesuai dengan standar akreditasi".

Standar Akreditasi Rumah Sakit dikelompokkan menurut fungsi- fungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakit. Standar dikelompokkan menurut fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien (*good clinical governance*) dan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan dikelola dengan baik (*good corporate governance*). Standar akreditasi rumah sakit terdiri atas standar yang dikelompokkan ke dalam empat bagian yaitu: 1) kelompok manajemen rumah sakit; 2) kelompok pelayanan berfokus pada pasien; 3) kelompok sasaran keselamatan pasien; dan 4) kelompok program nasional.

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah. Melalui pelaksanaan akreditasi yang berkualitas diharapkan dapat menjadi daya ungkit bagi peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. Pelayanan Keperawatan yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah yang paling besar

kontribusinya dalam menentukan keberhasilan pencapaian akreditasi rumah sakit. Standar-standar dalam akreditasi rumah sakit hampir seluruhnya terkait dengan pelayanan keperawatan.

Pada saat pelaksanaan penilaian akreditasi rumah sakit, salah satu metoda yang dilakukan adalah telusur dan kunjungan lapangan yang dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi setelah melakukan klarifikasi dokumen yang disampaikan oleh rumah sakit. Telusur dan kunjungan lapangan bertujuan untuk memastikan kondisi lapangan sesuai dengan dokumen yang disampaikan, serta untuk mendapatkan hal-hal yang masih perlu pembuktian lapangan oleh surveiur. Pada saat telusur, surveiur akan melakukan observasi, wawancara staf, pasien, keluarga, dan pengunjung serta simulasi.

Metode telusur akreditasi menjadi acuan bagi manajer keperawatan untuk melaksanakan fungsi pengendalian pelayanan keperawatan secara berkala untuk menilai kepatuhan perawat terhadap standar akreditasi rumah sakit. Telusur pelayanan keperawatan merupakan salah satu metoda yang sangat efektif untuk memahami proses atau sistem pelayanan keperawatan. Pelaksanaan telusur pelayanan keperawatan dilaksanakan oleh asesor internal yang kompeten, telah mengikuti pelatihan standar akreditasi dan mendapat surat tugas dari pimpinan rumah sakit sebagai asesor internal. Hasil telusur pelayanan keperawatan disampaikan kepada unit kerja/ruang rawat terkait untuk diperhatikan, dilakukan tindak lanjut dan perbaikan. Selanjutnya secara berkala dilakukan telusur kembali untuk mengevaluasi apakah tindak lanjut perbaikan telah dilaksanakan dan sejauhmana capaian keberhasilannya.

## 6.6 Perbaikan Mutu Berkesinambungan

Temuan dan Rekomendasi dari hasil pengawasan dan pengendalian mutu keperawatan perlu dianalisis dan ditindaklanjuti oleh unit/ruang rawat terkait agar terjadi perbaikan yang terus menerus dan berkesinambungan. Beberapa model perbaikan mutu adalah sebagai berikut:

### 6.6.1 Point of Care Quality Improvement (POCQI) MODEL

*Point of Care Quality Improvement* (POCQI) merupakan model peningkatan kualitas layanan kesehatan untuk memastikan pasien menerima pelayanan

kesehatan yang tepat dan berkualitas. World Health Organization (2017) menetapkan empat langkah dalam memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan POCQI model terdiri dari:

1. Langkah 1: Identifikasi masalah, membentuk tim dan merumuskan pernyataan tujuan (*problem, team and aims statement*)
2. Langkah 2: Analisis masalah dan mengukur kualitas pelayanan (*analyze: tools and measurement*)  
Analisis masalah dapat menggunakan flowchart, diagram *fishbone*, *five Why*, dll.
3. Langkah 3: Mengembangkan dan Menguji perubahan proses.  
Pengujian perubahan untuk melihat apakah dapat diaplikasikan, dan apa yang harus dilakukan saat mempelajari hasil pengujian
4. Langkah 4: Mempertahankan perbaikan mutu dalam sistem.

### 6.6.2 Quality Improvement Model Kaizen

5S (Sort, Set, Shine, Standardize, Sustain) – Kaizen - TQM merupakan tiga instrumen manajemen untuk memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan (JICA, 2017). 5S adalah fondasi dari perbaikan mutu, setelah fondasi 5S cukup kuat, maka proses perbaikan mutu dengan menggunakan metoda Kaizen akan lebih mudah dan selanjutnya akan terjadi perbaikan mutu yang berkesinambungan (*Total Quality Improvement*).

Langkah-langkah perbaikan mutu sesuai model Kaizen terdiri dari:

1. Langkah 1: Pemilihan tema Kaizen.  
Lakukan Identifikasi masalah, pembentukan tim, dan penetapan tujuan.
2. Langkah 2: Analisis situasi  
Analisis situasi dimulai dari penentuan latar belakang pemilihan tema, dilengkapi dengan data yang ada saat ini, dan gambaran kondisi yang terjadi.
3. Langkah 3: Analisis akar penyebab (*Root Cause Analysis*)  
Mencari akar penyebab masalah dapat menggunakan fishbone atau 5 Why, atau dapat juga melakukan validasi langsung di lapangan.

4. Langkah 4: Identifikasi pemecahan masalah  
Setelah menemukan dan memahami akar masalah, segera buat rencana perbaikan
5. Langkah 5: Implementasi pemecahan masalah yang diidentifikasi.  
Lakukan tindakan langsung untuk memperbaiki akar masalah yang telah diidentifikasi.
6. Langkah 6: Pengujian efektivitas pemecahan masalah.  
Setelah tindakan perbaikan dilakukan, periksa hasilnya. Ada indikator performa yang bisa digunakan untuk melihat apakah hasilnya efektif ataukah masih ada kekurangan. Jika masih ada kekurangan, lakukan analisa ulang
7. Langkah 7: Standarisasi pemecahan masalah yang efektif.  
Standar dapat dibuat jika hasil perbaikan mutu telah terbukti efektif. Standar ini akan menjadi patokan program perbaikan selanjutnya untuk memastikan hasil perbaikan tersebut *sustainable* dan dapat dijalankan dengan konsisten.

Pengendalian merupakan cara untuk mengkoordinasikan kegiatan dalam organisasi melalui monitoring dan evaluasi secara sistematis apakah strategi dan struktur organisasi bekerja seperti yang dikehendaki, bagaimana hal-hal tersebut dapat ditingkatkan dan bagaimana harus diubah jika tidak berjalan sebagaimana mestinya. Pengendalian mutu asuhan dan pelayanan keperawatan merupakan salah satu fungsi manajemen keperawatan yang sangat diperlukan untuk memastikan bahwa mutu asuhan dan pelayanan keperawatan tetap terjaga. Seorang perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berkewajiban memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar praktik keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan yang bermutu perlu didukung oleh sumber daya yang memadai, baik dari ketersediaan dan kualitas SDM, ketersediaan kebijakan, standar dan prosedur asuhan keperawatan, metode penugasan yang dipilih, sarana dan prasarana yang memadai, serta kemampuan pengelolaan dan pengendalian asuhan keperawatan. Kebijakan dan standar yang harus tersedia agar asuhan keperawatan berjalan optimal diantaranya adalah Panduan Asuhan Keperawatan dan Standar Operasional Prosedur Keperawatan.

Beberapa implementasi yang dapat dilakukan dalam Pengendalian Mutu Asuhan Keperawatan adalah: Supervisi Asuhan Keperawatan, Supervisi Dokumentasi Keperawatan, Ronde Keperawatan, Evaluasi kepatuhan terhadap standar prosedur operasional keperawatan. Sedangkan dalam implementasi pengendalian pelayanan keperawatan, beberapa kegiatan yang dapat dilakukan oleh manajer keperawatan adalah: Supervisi Manajemen Keperawatan, Audit Keperawatan, Diskusi Refleksi Kasus (DRK), Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan, Evaluasi Capaian Indikator Mutu Keperawatan, Telusur Pelayanan Keperawatan sesuai Standar Akreditasi.



# **Bab 7**

## **Konflik dalam Asuhan Pelayanan Keperawatan Ruang Rawat**

### **7.1 Pendahuluan**

Konflik biasanya diartikan pertengkaran, persaingan, ketidaksepakatan antar individu dengan individu lainnya, kelompok ataupun dengan organisasi. Konflik bisa terjadi di setiap lapisan organisasi baik organisasi kecil maupun besar seperti rumah sakit. Rumah sakit dianggap sebagai organisasi yang paling rentan dalam terjadinya konflik, perubahan yang terus-menerus terjadi, pelayanan kesehatan yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu dan profesi. Diikuti dengan meningkatnya pengetahuan dan harapan masyarakat akan pelayanan kesehatan serta desakan dari pihak manajemen untuk pengembangan rumah sakit menjadi lebih baik melalui penilaian akreditasi merupakan hal-hal yang memungkinkan timbulnya konflik.

Tempat pelayanan kesehatan masyarakat seperti rumah sakit adalah tempat berkumpulnya berbagai tenaga kesehatan yang melaksanakan profesinya dalam pelayanan kesehatan. Profesi kesehatan ini bukan cuma terfokus pada dokter, tapi juga tenaga handal dari bermacam disiplin ilmu kesehatan antara

lain perawat, bidan, farmasi, ahli gizi, sanitarian, terapis serta lainnya yang berupaya menyediakan pelayanan bermutu untuk klien. Konflik dapat dialami oleh siapapun termasuk perawat di rumah sakit.

Konflik cenderung dinyatakan sebagai penyebab dalam merugikan organisasi yang timbul karena perbedaan kepribadian seseorang dan kegagalan dalam kepemimpinan, yang dalam penyelesaiannya harus melalui intervensi manajemen tingkat tinggi. Persepsi itu tidak sepenuhnya benar, sebab konflik juga dapat bermanfaat dalam meningkatkan kinerja tim, dalam memberikan tantangan untuk menjadi lebih baik kedepannya. Hanya saja dalam konflik diperlukan pengelolaan yang baik. Misalnya, kepala ruang rawat inap sebagai manajer lini pertama keperawatan memiliki peran penting untuk memecahkan atau mengelola konflik yang terjadi dengan staf di ruangnya (Ayu, 2022; Nurbaeti, Roy, & Hulu, 2022).

Konflik biasanya dianggap sebagai hal yang merusak dan berbahaya, akan tetapi para ahli menyebutkan tidak semua konflik bersifat merusak. Pada tingkat tertentu konflik menjadi kemajuan akan perubahan positif dan perubahan. Selanjutnya memberikan energi dan motivasi bagi seseorang untuk mendapatkan kesempatan mengevaluasi diri dan maju dalam berbagai situasi.

Situasi konflik meningkat manakala seseorang mengambil posisi berlawanan dari aturan yang telah disepakati bersama, perbedaan pandangan dan ide. Akan tetapi konflik di organisasi dapat memiliki sisi positif ketika digunakan sebagai pemicu pribadi ataupun kelompok dalam mengembangkan kemampuannya, serta dapat digunakan sebagai pembaharuan dalam organisasi yang mendorong pribadi dalam membuat inovasi baru dan meningkatkan produktivitas. Akan tetapi hal ini bisa menimbulkan bahaya jika manajemen tidak mengelolanya dengan benar, sehingga berdampak pada terganggunya motivasi dari para pegawai (Sinambela, 2016).

Hal yang paling sering dalam menyebabkan konflik adalah kegagalan komunikasi yang baik, ketidaksetujuan akan perawatan serta pengharapan yang tidak mungkin (Alnajjar & Hashish, 2022; Lahana et al., 2017). Macam-macam konflik yang disebabkan oleh kegagalan komunikasi seperti, kurangnya pujian dari atasan kepada bawahan, ketidakjujuran di dalam hubungan interpersonal, kurangnya saran ataupun kritikan yang konstruktif sebagai salah satu bentuk perhatian atas tindakan yang dilakukan, serta tidak adanya kesempatan untuk menyampaikan pendapat dalam sebuah forum.

Konflik juga dapat muncul dari manajer, seperti sikap yang merendahkan perawat, menunjukkan tingkah laku yang tidak baik, diskriminasi, tidak dapat memahami dan mendukung stafnya, memperberat konflik yang ada, mengecilkan hati staf perawat, dan tidak sensitif terhadap isu di stafnya. Dalam penulisan ini akan dibahas apa saja faktor yang mampu menyebabkan konflik di dalam lingkungan rumah sakit khususnya di ruang rawat inap dan apa saja faktor dalam menangani konflik tersebut.

## 7.2 Pengertian Konflik

Konflik memiliki banyak arti di mana konflik dapat diartikan pertentangan, persaingan, ketidaksepakatan, atau sesuatu yang bertentangan antara apa yang diharapkan oleh seseorang terhadap orang lainnya dan/atau organisasi dengan kenyataan (Sinambela, 2016). Konflik biasanya terjadi dikarenakan adanya perbedaan ide, pandangan, prioritas, pilihan, prioritas, kepercayaan nilai dan tujuan bisa menyebabkan ketidaksetujuan baik orang perorangan maupun kelompok tertentu di organisasi.

Marquis dan Huston (2006) dalam (Nurbaeti et al., 2022), mendefinisikan konflik sebagai perselisihan internal atau eksternal yang diakibatkan oleh perbedaan nilai-nilai atau perasaan antara dua orang atau lebih. Selanjutnya Robbins (2001), mendefinisikan suatu proses yang mulai bila satu pihak merasakan bahwa pihak lain telah memengaruhi secara negatif atau akan segera memengaruhi secara negatif sesuatu yang diperhatikan pihak pertama.

Dari berbagai definisi konflik di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa konflik adalah suatu kondisi yang ditimbulkan karena adanya perbedaan persepsi, nilai dan latar belakang seseorang yang saling berinteraksi, dimulai dari dalam individu (Fika, 2020) itu sendiri, antar individu, kelompok dan organisasi.

## 7.3 Penyebab Konflik

Ada tiga penyebab utama konflik, yang pertama perbedaan karakteristik individu seperti perbedaan nilai budaya dan demografi. Yang kedua adanya faktor interpersonal di antara para pekerja yang membuat kurangnya kepercayaan, ketidakadilan dan ketidak hormatan serta lemahnya komunikasi

antar personal. Yang ketiga faktor organisasi yang termasuk di dalamnya keadaan saling tergantungnya antara perbedaan profesi, perubahan organisasi dikarenakan pembentukan struktur dan kekuasaan di institusi kesehatan (Fika, 2020)

Konflik antara perawat dengan pihak manajemen biasanya terjadi berupa, kurangnya komunikasi, ketidakseimbangan otoritas dan tanggung jawab, ketidakjelasan pendeskripsian pekerjaan, kurangnya kesempatan untuk promosi kerja, lemahnya apresiasi akan pencapaian, kekurangan akan pekerjaan, penghasilan yang tidak mencukupi dan ketidakcocokan antara pekerjaan, pelatihan serta kemampuan (skill) yang dimiliki (Alnajjar & Hashish, 2022; Lahana et al., 2017; Nurbaeti et al., 2022)

Ada empat area di mana konflik berasal;

1. Organisasi/ Tugas

Di mana konflik ini muncul disebabkan karena kekurangan persediaan, salahnya metode, kurangnya tenaga kerja, manajemen serta struktur sehingga sulit bagi mereka bekerja sebagaimana mestinya. Intervensi yang dapat dilakukan untuk mencegahnya adalah pembangunan struktur organisasi yang baru, negosiasi pendanaan serta target produksi.

2. Social/ emosional

Masalah yang biasanya timbul disini adalah masalah antar individu (simpati dan antipasti). Di mana ini bisa menjadi merusak suasana kerja dan melemahkan produktivitas jika tidak ditangani dengan baik.

3. Identitas / Pandang

Perbedaan pandangan akan arah dari organisasi juga bisa menimbulkan konflik, konflik ini biasanya akan terbawa ke masalah emosional, jika hal tersebut terjadi hal yang mungkin dilakukan adalah mengembangkan tujuan, memberikan informasi dan intervensi dalam keputusan kedepannya.

4. Keinginan/ Tujuan dan Pencapaian

Setiap orang memiliki keinginan maupun tujuan tersendiri, contohnya memiliki penghasilan yang cukup, memiliki jenjang karir, pendapat pelatihan, dan sebagainya. Keinginan masing-masing individu untuk mencapai keinginannya tersebut dapat menimbulkan konflik.

Selain konflik di atas, konflik hubungan antara kerja dan keluarga selalu membayangi para pegawai rumah sakit. Pekerja yang bekerja di lingkungan yang berbeda dari keadaan dan lingkungan keluarganya akan membuat para pekerja tidak nyaman dan menyebabkan stress kerja yang meningkat sehingga memicu konflik dengan para pekerja lainnya.

Penyebab terjadinya konflik pada setiap organisasi sangat bervariasi bergantung pada cara-cara individu menafsirkan, mempersepsi, dan memberikan tanggapan terhadap lingkungan kerjanya. Swanburg dalam (Ayu, 2022; Lahana et al., 2017; Nurbaeti et al., 2022) mengemukakan bahwa penyebab konflik adalah:

1. Perilaku Menentang

Perilaku menentang dapat menimbulkan konflik. Murphy menggambarkan tiga versi penentang ; 1) Competitive Bomber yang mudah menolak untuk bekerja, sering menggerutu dengan bergumam yang dapat diterjemahkan sebagai urus saja sendiri. Perilaku-perilaku ini dilakukan untuk memancing respons manajerial. 2) Martyred Accomodator yang menggunakan kepatuhan palsu. Mereka bekerja dan mampu bekerja sama tetapi sambil juga melakukan ejekan dan hinaan, mengeluh dan mengkritik untuk mendapatkan dukungan yang lainnya. 3) Avoider, penentang ini menghindarkan kesepakatan dan partisipasi, tidak merespon terhadap manajer perawat.

2. Stres

Kepenatan adalah hasil dari stres. Manajer perawat merasa penat karena mencoba untuk mempertahankan sistem pendukung untuk pemberi perawatan. Perawat klinis merasa penat karena mencoba untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi. Konfrontasi, ketidaksetujuan, dan kemarahan adalah bukti dari stres dan konflik. Stres dan konflik disebabkan karena kurangnya hubungan yang dilaksanakan antar manusia, termasuk harapan-harapan yang tidak terpenuhi.

3. Ruang

Ruangan yang sempit, sementara perawat harus berinteraksi secara konstan dengan anggota staf lain, pengunjung dan tenaga kesehatan lain dapat menimbulkan stres sehingga berisiko untuk terjadi konflik.

4. Kewenangan Dokter

Perawat masa kini ingin lebih mandiri, mempunyai tanggung jawab profesional dan tanggung gugat untuk perawatan klien. Para dokter kadang-kadang melalaikan usulan mereka sementara perawat menginginkan feed back, hal ini dapat membuat gagalnya komunikasi dua arah yang mengarah pada konflik.

5. Keyakinan, Nilai dan Sasaran

Aktivitas atau persepsi-persepsi yang tidak cocok menimbulkan konflik. Hal ini terbukti apabila perawat mempunyai keyakinan, nilai dan sasaran yang berbeda dengan manajer perawat, dokter, pasien, pengunjung, keluarga, bagian administrasi dan lainnya.

6. Penyebab lain

Perubahan menimbulkan konflik yang pada gilirannya menghalangi perubahan itu sendiri. Manusia yang tidak dipersiapkan menghadapi perubahan akan menolaknya atau mengalami kegagalan dalam mendukungnya.

Suasana organisasi dan gaya kepemimpinan dapat menimbulkan konflik apabila manajer yang berbeda membuat peraturan-peraturan yang dapat menimbulkan konflik. Karakteristik perawat seperti usia atau lamanya masa kerja dapat menimbulkan stres dan konflik.

## 7.4 Proses Terjadinya Konflik

Konflik tidak terjadi secara mendadak tanpa sebab dan proses, akan tetapi melalui tahapan-tahapan tertentu. Hendricks dalam Sinambela (Sinambela, 2016) mengidentifikasi proses terjadinya konflik terdiri dari tiga tahap:

1. Peristiwa sehari-hari

Ditandai adanya individu merasa tidak puas dan jengkel terhadap lingkungan kerja. Perasaan tidak puas kadang-kadang berlalu begitu saja dan muncul kembali saat individu merasakan adanya gangguan.

2. Adanya tantangan

Apabila terjadi masalah, individu saling mempertahankan pendapat dan menyalahkan pihak lain. Kepentingan individu maupun kelompok lebih menonjol daripada kepentingan organisasi.

3. Timbulnya pertentangan

Pada tahap ini masing-masing individu atau kelompok bertujuan atau menang dan mengalahkan kelompok lain.

## 7.5 Jenis Konflik

Menurut Marquis & Huston dalam (Fika, 2020; Nurbaeti et al., 2022) ada 3 kategori utama konflik, yaitu intergroup (antar kelompok), intrapersonal (di dalam diri seseorang) dan interpersonal (antara 2 orang).

1. Konflik intergroup (antar kelompok)

Terjadi antara 2 atau lebih kelompok orang, departemen, atau organisasi. Sebagai contoh, konflik antar kelompok dapat terjadi antara dua kekuatan tim yang memiliki perbedaan yang besar atau keyakinan yang berlawanan.

2. Konflik intrapersonal

Terjadi dalam diri seseorang. Termasuk di dalamnya usaha individu untuk menjelaskan nilai-nilai atau keinginan yang berlawanan. Pada seorang manajer perawat, konflik intrapersonal bisa diakibatkan karena besarnya tanggung jawab berkaitan dengan peran manajer. Tanggung jawab seorang manajer terhadap organisasi, staf, konsumen, profesi dan sebagainya, kadang-kadang menyebabkan konflik dan konflik itu diinternalisasi.

Menjaga kesadaran diri dan bekerja dengan sungguh-sungguh untuk menyelesaikan konflik intrapersonal sesegera penting dimiliki untuk menjaga kesehatan fisik dan mental seorang pemimpin.

### 3. Konflik interpersonal

Dikenal dengan nama horizontal violence atau bullying. Terjadi antara dua atau lebih orang dengan perbedaan nilai, tujuan dan keyakinan.

Dari studi penelitian, dijelaskan bahwa konflik interpersonal merupakan isu yang penting dalam menghadapi profesi keperawatan, terutama untuk lulusan baru. Berhubung konflik interpersonal biasanya tidak diselesaikan dengan baik, maka dapat mengakibatkan ketidakhadiran dan turn over atau perawat mundur dari pekerjaannya.

## 7.6 Manajemen Konflik

Konflik dapat menguntungkan atau merugikan organisasi, untuk itu sebagai manajer dan leader dituntut memiliki kemampuan tentang manajemen konflik dan memanfaatkan konflik untuk meningkatkan kinerja dan produktivitas organisasi. Boleh dikatakan bahwa manajemen konflik adalah cara yang dilakukan oleh pimpinan pada saat menanggapi konflik. Tujuan manajemen konflik untuk mencapai kinerja yang optimal dengan cara memelihara konflik tetap fungsional dan meminimalkan konflik yang merugikan (Sinambela, 2016).

Vestal (1994) dalam Nursalam (Nursalam, 2014) menjabarkan langkah-langkah menyelesaikan suatu konflik di ruang rawat meliputi pengkajian, identifikasi, dan intervensi.

### 1. Pengkajian

#### a. Analisis situasi.

Identifikasi jenis konflik untuk menentukan waktu yang diperlukan, setelah dilakukan pengumpulan fakta dan memvalidasi semua perkiraan melalui pengkajian lebih mendalam. Kemudian siapa yang terlibat dan peran masing-masing. Tentukan jika situasinya dapat diubah.

#### b. Analisis dan memetakan isu yang berkembang.

Jelaskan masalah dan prioritas fenomena yang terjadi. Tentukan masalah utama yang memerlukan suatu penyelesaian yang

dimulai dari masalah tersebut. Hindari penyelesaian semua masalah dalam satu waktu.

c. Menyusun tujuan.

Jelaskan tujuan spesifik yang akan dicapai.

2. Identifikasi

Mengelola Perasaan. Hindari respons emosional: marah, sebab setiap orang mempunyai respons yang berbeda terhadap kata-kata, ekspresi, dan tindakan.

3. Intervensi

- a. Masuk pada konflik yang diyakini dapat diselesaikan dengan baik. Selanjutnya identifikasi hasil yang positif yang akan terjadi.
- b. Menyeleksi metode dalam menyelesaikan konflik. Penyelesaian konflik memerlukan strategi yang berbeda-beda. Seleksi metode yang paling sesuai untuk menyelesaikan konflik yang terjadi.

Kunci langkah dalam manajemen konflik, adalah:

1. *Set the tone*: kendalikan diri dan jangan ada ancaman.
2. *Get the feeling*: beri kesempatan untuk mengekspresikan perasaan.
3. *Get the fact*: mendengarkan dan mengamati dengan saksama.
4. *Ask for help*: beri kesempatan perawat untuk mencari solusi yang terbaik dan gali konsekuensi dari keputusan yang akan dibuat.
5. *Get a commitment*: komitmen dan pengorbanan.
6. *Follow up*: tindak lanjut secara konsisten.

Setiap pimpinan organisasi berbeda dalam merespon atau menanggapi konflik. Teori perilaku konflik (*Conflict Behavior*) disimpulkan oleh Blake dan Mouton, Filley, Hall, Thomas dan Kilmann (Nurbaeti et al., 2022) begitu juga dengan Spiegel (1994) dalam (Nursalam, 2014; Sinambela, 2016) menjelaskan ada lima macam cara orang menanggapi konflik atau strategi penyelesaian konflik yaitu:

1. Berkompetisi

Tindakan ini dilakukan jika kita mencoba "memaksakan" kepentingan sendiri di atas kepentingan pihak lain. Pilihan tindakan ini bisa sukses dilakukan jika situasi saat itu membutuhkan keputusan

yang cepat, kepentingan salah satu pihak lebih utama dan pilihan kita sangat vital.

Bersaing merupakan pendekatan terhadap konflik yang berciri menang-kalah (*win-lose approach*). Salah satu pihak memperjuangkan kepentingannya dengan mengorbankan pihak lain, sedangkan tujuannya mendapatkan yang diperjuangkan dan mengalahkan pihak lain.

## 2. Menghindari konflik

Tindakan ini dilakukan jika salah satu pihak menghindar dari situasi tersebut secara fisik maupun psikologis. Sifat tindakan ini adalah hanya menunda konflik yang terjadi. Situasi menang-kalah terjadi lagi di sini. Menghindari konflik bisa dilakukan jika masing-masing pihak mencoba untuk mendinginkan suasana, membekukan konflik untuk sementara.

Menghindar atau menarik diri (*withdrawal*) dianggap penyelesaian konflik yang tidak efektif. Kedua pihak yang terlibat konflik tidak memperjuangkan kepentingan masing-masing, bahkan tidak menaruh perhatian terhadap masalah yang menjadi inti konflik. Keinginan atau kepentingan kedua belah pihak tidak terpenuhi dan membiarkan konflik reda dengan sendirinya. Penyelesaian konflik dengan cara menghindar merupakan pendekatan kalah-kalah (*lose-lose approach*).

## 3. Akomodasi

Jika kita mengalah dan mengorbankan beberapa kepentingan sendiri agar pihak lain mendapatkan keuntungan dari situasi konflik itu. Disebut juga sebagai *self-sacrificing behavior*.

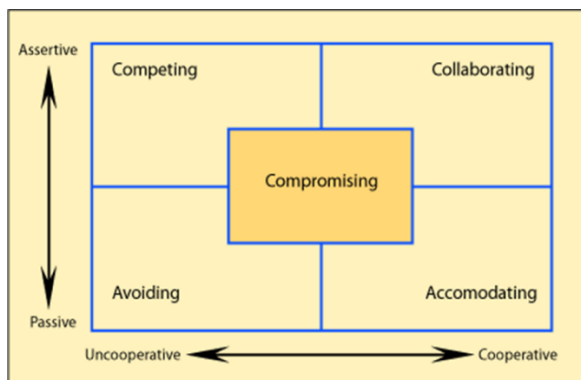
Pendekatan menyesuaikan (*accomodating*) dilakukan oleh pihak-pihak yang terlibat konflik dengan cara salah satu pihak melepaskan atau mengesampingkan keinginan kelompoknya dan memenuhi keinginan pihak lain. Melalui pendekatan ini, pihak yang satu merelakan kebutuhannya, sehingga pihak yang lain mendapatkan sepenuhnya hal yang diinginkan. Teknik menyesuaikan merupakan pendekatan kalah-menang (*lose-win approach*).

#### 4. Berkompromi

Tindakan ini dapat dilakukan, jika kedua belah pihak merasa bahwa kedua hal tersebut sama-sama penting dan hubungan baik menjadi yang utama. Teknik penyelesaian konflik mengharuskan kedua belah pihak yang terlibat konflik saling memberi kelonggaran atau konsesi. Keduanya saling bekerja sama untuk menyelesaikan konflik tanpa mengorbankan kepentingan organisasi. Pendekatan kompromi ini dapat memuaskan kedua belah pihak yang terlibat konflik karena tidak ada yang menang atau kalah (*neither win-win or lose-lose approach*). Kedua belah pihak mendapatkan apa yang diinginkan tetapi tidak penuh, dan kehilangan tetapi tidak seluruhnya.

#### 5. Berkolaborasi

Menciptakan situasi menang-menang dengan saling bekerja sama. Pilihan tindakan ada pada diri kita sendiri dengan konsekuensi dari masing-masing tindakan. Kedua belah pihak yang terlibat bekerjasama dan mencari pemecahan konflik yang dapat memuaskan kepentingan kedua belah pihak. Pengelolaan konflik menggunakan teknik kerja sama merupakan pendekatan menang-menang (*win-win approach*). Tujuan dari pendekatan ini masing-masing mendapatkan yang diinginkan. Secara skematis, model penyelesaian konflik dapat dilihat pada gambar berikut:



**Gambar 7.1:** *The Five Conflict-Handling Models According To A Two-Dimensional Model.*

Setiap organisasi mempunyai kompleksitas yang berbeda-beda, untuk itu setiap manajer dan leader harus mampu menggunakan pendekatan yang sesuai dengan konflik yang ditemukan untuk penyelesaian masalah yang konstruktif.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan konflik di ruang rawat adalah; menghindari jika konflik adalah konflik kecil yang jika di konfrontasi akan memerlukan biaya yang lebih besar; mengakomodasi, membiarkan pihak lain untuk menyelesaikan masalah; kompetisi, jika dirasa memiliki keahlian ataupun informasi dibandingkan dengan yang lainnya; negosiasi mencoba memberikan solusi untuk masing-masing pihak perawat atau manajer, serta kolaborasi di mana bersama-sama menyatukan komitmen untuk kebaikan bersama.

## **Bab 8**

# **Konferensi dan Timbang Terima Sesuai Konsep Manajemen**

Organisasi semakin menyadari bahwa untuk menjadi kompetitif, harus berinvestasi dalam kepemimpinan dan pengembangan kepemimpinan. Organisasi dan pemimpinnya telah mengalami perubahan besar di tempat kerja, termasuk perubahan teknologi yang cepat, peningkatan globalisasi, perubahan struktur organisasi, dan perubahan besar dalam dinamika karir pada decade ini. Kepemimpinan dan manajemen dianggap sebagai hal yang sangat berpengaruh dalam menciptakan organisasi berkinerja optimal. Kapasitas organisasi di tingkat manajemen organisasi dan kepemimpinan dianggap penting untuk meningkatkan daya saing dan memastikan pertumbuhan lebih lanjut. Organisasi yang secara proaktif dan sistematis concern kepada manajemen dan kepemimpinan dan mengembangkannya, akan cenderung lebih sukses pada bidangnya, termasuk pula bidang Kesehatan yang secara spesifik dibahas dalam buku ini adalah profesi keperawatan yang merupakan salah satu profesi tenaga kesehatan (Carebery dan Garavan, 2012) .

Profesi perawatan terus mengembangkan manajemen dan kepemimpinan keperawatan dengan tujuan memberikan pelayanan yang optimal kepada

pasien dan keluarganya. Wujud pelaksanaan aktivitas kepemimpinan dan manajemen keperawatan dilaksanakan di institusi pelayanan Kesehatan, yaitu dengan pre-conference, post-conference dan timbang terima. Penelitian Rosdiana, Maemunah, dan Ka'arayeno (2021), menyatakan bahwa kualitas mutu pelayanan keperawatan meningkat dengan pelaksanaan pre-conference, post-conference dan timbang terima di bangsal rawat inap di rumah sakit.

## 8.1 Teori Konferensi

### 8.1.1 Definisi

Konferensi adalah rapat atau pertemuan untuk berunding atau bertukar pendapat mengenai suatu masalah yang dihadapi bersama; permusyawaratan; muktamar (KBBI daring, 2016). Menurut Manurung (2011), konferensi adalah diskusi kelompok dengan pokok bahasan berbagai aspek kegiatan klinis dan konsultasi. Konferensi adalah rapat tim harian. Konferensi ini adalah diskusi kelompok tentang persiapan keperawatan dengan tujuan menjaga keperawatan tetap terkini dan terus digunakan (Suarly dan Bacthiar, 2012). Konferensi berlangsung sebelum atau sesudah pekerjaan pemeliharaan, pada sore atau malam hari, sesuai dengan jadwal pekerjaan pemeliharaan pelaksanaan (Syahrir, 2022). Menurut Sitorus (2014), pedoman bagi perawat untuk melaksanakan konferensi adalah dilakukan setiap hari segera setelah pergantian shift pagi atau sore sesuai jadwal. Perawat dalam timnya berpartisipasi dalam konferensi, presentasi perkembangan dan masalah klien berdasarkan hasil evaluasi hari sebelumnya dan kondisi klien saat ini dilaporkan pada konferensi tersebut. Dari uraian definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa konferensi dalam keperawatan dilaksanakan setiap hari setelah pergantian shift (pre-conference), dan sebelum pergantian shift selanjutnya (post-conference). Peserta conference adalah tim perawat pada shift tertentu.

### 8.1.2 Tujuan

Menurut Suarli dan Bahtiar (2012), tujuan konferensi dalam keperawatan antara lain:

1. Merencanakan asuhan keperawatan pasien secara personal. Bentuk pelayanan asuhan pasien terus dibahas dalam konferensi semua personel perawat yang terlibat dapat secara individual dan komprehensif memberi masukan.
2. Mengkoordinasikan semua layanan terkait.  
Agar tim perawat lebih memahami pelayanan keperawatan yang diperuntukan oleh semua pasien agar dapat dimanfaatkan secara optimal.
3. Meningkatkan semangat kerjasama.  
Selama konferensi, tim perawat dapat berkolaborasi dengan profesi lain dan belajar lebih banyak, serta berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan. Tujuannya agar setiap anggota dapat bekerja dengan baik sehingga meningkatkan semangat kerjasama.
4. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tim perawat.  
Semua klien didiskusikan bersama untuk menggambarkan peran masing-masing anggota tim dalam perawatan klien. Konferensi membahas semua pedoman dan informasi, serta etika dalam menjaga kerahasiaan dalam koridor pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien.

### 8.1.3 Pelaksanaan Konferensi

Menurut Amalia (2015), konferensi dilaksanakan melalui beberapa tahapan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Menjelaskan tujuan konferensi sebelum agenda dimulai.
2. Dalam konferensi, diskusi yang dilaksanakan mengaplikasikan proses dan dinamika kelompok.
3. Pemimpin konferensi berperan menjaga alur focus diskusi dan memberikan feedback.

4. Pemimpin konferensi merencanakan topik yang penting dibahas dalam periode tertentu.
5. Menciptakan suasana diskusi yang mendukung partisipasi, kesediaan untuk mengambil tanggung jawab dan menerima pendekatan serta pendapat yang berbeda dalam pelaksanaan konferensi.
6. Setting ruang konferensi disusun untuk tim perawat dapat saling bertatap muka.
7. Pemimpin konferensi menyampaikan kesimpulan hasil diskusi dalam konferensi kepada semua tim perawat peserta konferensi.

Perawat pelaksana dapat menggunakan pedoman pelaksanaan konferensi sebagai berikut (Sitorus, 2014):

1. Konferensi diadakan setiap hari segera setelah ganti shift dinas pagi atau siang sesuai dengan jadwal dinas perawat pelaksana
2. Ketua Tim dan perawat pelaksana menjadi peserta pada konferensi masing-masing shift
3. Perkembangan dan masalah pasien disampaikan dari shift dinas malam, antara lain:
  - a. Identitas
  - b. Keluhan utama
  - c. Tanda-Tanda Vital (TTV) dan tingkat kesadaran
  - d. Hasil pemeriksaan penunjang terupdate
  - e. Masalah dan diagnosa keperawatan.
  - f. Rencana keperawatan hari ini.
  - g. Progress kondisi setelah terapi medis.
  - h. Rencana medis
4. Mendiskusikan masalah keperawatan pasien bersama tim perawat pelaksana, meliputi:
  - a. Keluhan pasien terkait dengan asuhan antara lain: pemberian nutrisi, keterlambatan pelayanan, lingkungan pasien, visite dokter
  - b. Ketepatan terapi cairan infus.
  - c. Ketepatan pemantauan intake dan output cairan.
  - d. Ketepatan pemberian obat / injeksi.
  - e. Ketepatan pelaksanaan implementasi keperawatan.

- f. Ketepatan pendokumentasian keperawatan.
5. Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam tindakan keperawatan
6. Pelaksanaan kesesuaian, ketelitian, kejujuran dan kedisiplinan, serta progres asuhan keperawatan
7. Menyelesaikan masalah yang tidak mampu diselesaikan oleh perawat asosiet.

#### 8.1.4 Pre-Conference

Pre conference adalah komunikasi katim dan perawat pelaksana setelah selesai serah terima untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh ketua tim atau penanggung jawab tim (Harvia, Wardani, Maurissa, 2022). Menurut Nursalam (2014), tujuan pre-conference adalah untuk mengidentifikasi dan membantu menyelesaikan masalah pasien, mengantisipasi dan mempersiapkan hal-hal yang akan ditemui pada praktik keperawatan selama periode asuhan pasien, memberikan kesempatan untuk berdiskusi tentang kondisi dan keadaan pasien.

Langkah-langkah pre-conference yang dapat dilaksanakan meliputi:

1. menentukan waktu yang tepat untuk pre-conference
2. menentukan dan menggali masalah pasien
3. merencanakan tindakan keperawatan
4. merencanakan strategi dan cara pelaksanaan implementasi keperawatan

Aplikasi pada praktik keperawatan, agenda pre-conference dilaksanakan sebagai berikut (Nursalam, 2016):

1. Waktu : setelah operan dinas
2. Tempat : nurse station
3. Penanggungjawab: Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA)/Ketua Tim
4. Urutan kegiatan:
  - a. PPJA membuka diskusi
  - b. PPJA menyampaikan rencana tindakan masing-masing perawat pelaksana

- c. PPJA memberikan masukan dan menyampaikan tindak lanjut asuhan perawatan setiap pasien
- d. PPJA memberikan reinforcement
- e. PPJA menutup diskusi

### 8.1.5 Post-Conference

Menurut Harvia, Wardani, Maurissa, (2022), post-conference adalah komunikasi antara anggota tim perawat dan Ketua Tim tentang hasil kegiatan setelah tindakan keperawatan dalam satu shift selesai. Isi diskusi dalam post-conference merupakan hasil asuhan keperawatan setiap pasien dan rencana tindak lanjutnya. Tujuan post-conference adalah mendiskusikan penyelesaian masalah dan membandingkan permasalahan yang dihadapi selama asuhan keperawatan.

Langkah-langkah post-conference yang dapat dilaksanakan meliputi:

1. Menentukan waktu yang tepat untuk post-conference
2. Mendiskusikan penyelesaian masalah pasien
3. Mendiskusikan gap yang ditemukan antara perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan
4. Mendiskusikan dan menetapkan tindak lanjut perawatan pasien

Aplikasi pada praktik keperawatan, agenda pre-conference dilaksanakan sebagai berikut (Nursalam, 2016):

1. Waktu : setelah operan dinas
2. Tempat : nurse station
3. Penanggungjawab: Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA)/Ketua Tim
4. Urutan kegiatan:
  - a. PPJA membuka diskusi
  - b. PPJA menggali dan menanyakan kendala dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
  - c. PPJA mengklarifikasi tindak lanjut asuhan keperawatan yang akan dilaporkan kepada tim perawat tim selanjutnya
  - d. PPJA memberikan reinforcement
  - e. PPJA menutup diskusi

Keterampilan komunikasi tercermin dalam kualitas pre dan post konferensi dan untuk setiap gerakan operan. Pra dan Post-conference adalah kegiatan diskusi yang berlangsung di yang dilakukan oleh PPJA/ketua tim dan pelaksana selama shift kerja sebelum operan berikutnya berubah manajer ruang yang dikelola. Kegiatan pre dan post konferensi sangat penting untuk menyediakan layanan asuhan keperawatan. Tim perawat mendiskusikan pengalaman klinis, menganalisis, mengidentifikasi hubungan antar masalah mengidentifikasi masalah dalam situasi saat ini, menyampaikan dan membangun sistem pendukung untuk dalam bentuk diskusi formal dan profesional. Kegiatan pre dan post konferensi akan berdampak pada timbang terima atau handover. Ketika pra dan pasca konferensi dilakukan dengan tidak baik, informasi dan data yang disampaikan akan kurang valid, maka data yang diberikan selama timbang terima tidak akan berfungsi efektif (Keliat dalam Hidayat, 2021).

## 8.2 Konsep Timbang Terima/Handover

### 8.2.1 Definisi

Timbang terima adalah sebuah teknik menyampaikan dan menerima informasi tentang situasi pasien dalam koridor asuhan keperawatan. Dalam pelaksanaan timbang terima harus mempertimbangkan dan menjelaskan seefektif mungkin secara singkat, jelas dan lengkap tindakan independen perawat, tindakan kerjasama atau kolaborasi yang telah dilakukan dan yang belum dilakukan dan perkembangan pasien. Informasi yang diberikan harus akurat dan jelas dengan demikian, kesinambungan perawatan perawat dapat berjalan optimal (Nursalam, 2016).

Kamil (2017), mengemukakan faktor internal dan eksternal yang memengaruhi pelaksanaan timbang terima. Faktor internal antara lain: kelelahan, memori, pengetahuan atau pengalaman, komunikasi, gangguan, dokumentasi. Sedangkan faktor budaya organisasi, infrastruktur, keterbatasan teknologi dan tenaga kerja merupakan faktor eksternal yang berpengaruh terhadap pelaksanaan timbang terima. Studi yang dilakukan oleh Kesrianti, Noor & Maidin pada tahun 2014, mencatat bahwa implementasi transfer dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, ketersediaan prosedur standar, manajemen dan kolaborator. Penelitian (2021), menyatakan bahwa ada

pengaruh kualitas pelaksanaan timbang terima di bangsal rawat inap dengan pelaksanaan supervisi. Timbang terima didesain sebagai salah satu metode yang memberikan informasi penting kepada tim perawat selama setiap shift sebagai panduan yang memberikan informasi tentang kondisi pasien saat ini, tujuan pengobatan, rencana pengobatan dan prioritas pelayanan asuhan keperawatan.

### 8.2.2 Tujuan dan Manfaat

Tujuan timbang terima menurut Hidayah (2014) antara lain:

1. Melaporkan update kondisi pasien
2. Menyampaikan hal terkait dengan asuhan keperawatan pasien, yang perlu ditindaklanjuti oleh shift perawat selanjutnya
3. Menyusun rencana kerja selanjutnya

Timbang terima mempunyai manfaat bagi perawat dan pasien serta keluarganya, yaitu sebagai berikut:

1. Bagi perawat
  - a. Mendvelop kemampuan berkomunikasi dalam tim perawat
  - b. Menjalin kolaborasi dan tanggung jawab dalam tim perawat
  - c. Melaksanakan asuhan keperawatan yang berkesinambungan
  - d. Mengikuti progress kondisi pasien dengan lengkap
2. Bagi pasien

Pasien dan keluarga dapat terlibat secara langsung dalam proses timbang terima, dan menyampaikan masalah secara langsung kepada tim perawat.

### 8.2.3 Langkah-langkah Pelaksanaan Timbang Terima

Menurut Nursalam (2016), pelaksanaan timbang terima dilaksanakan dengan langkah sebagai berikut:

1. Kelompok dinas yang akan melaksanakan timbang terima sudah mempersiapkan diri

2. Kelompok dinas yang akan melaporkan atau mengoperkan perlu menyiapkan hal-hal yang akan disampaikan kepada shift dinas selanjutnya
3. Perawat Primer (PP) atau PPJA menyampaikan kepada penanggung jawab dinas selanjutnya informasi sebagai berikut:
  - a. Keadaan umum pasien
  - b. Tindak lanjut untuk shift selanjutnya
  - c. Rencana tindakan untuk shift selanjutnya
  - d. Informasi disampaikan dengan jelas dan tidak terburu-buru
  - e. PP atau PPJA bersama anggota perawat shift dinas selanjutnya melaksanakan observasi langsung kondisi pasien di ruang perawatan

### 8.2.4 Prosedur Timbang Terima

Prosedur pelaksanaan timbang terima dilaksanakan sebagai berikut:

1. Persiapan
  - a. Tim perawat kedua shift sudah siap
  - b. Shift yang akan bertugas menyiapkan catatan
2. Pelaksanaan
  - a. Timbang terima dilaksanakan tiap pergantian shift/operan
  - b. Tim perawat berdiskusi menyampaikan perkembangan pasien di nurse station
  - c. Hal yang khusus dan penting disampaikan dengan detail kepada shift dinas selanjutnya dan dicatat
  - d. Hal yang perlu disampaikan saat timbang terima: identitas dan diagnosa medis pasien, masalah keperawatan yang muncul, tindakan yang sudah dan belum dilaksanakan, tindakan dependen dan kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang harus dilakukan pada shift lanjutan
  - e. Perawat melakukan klarifikasi untuk hal yang dirasa kurang jelas
  - f. Penyampaian informasi secara singkat dan jelas
  - g. Estimasi waktu setiap pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali untuk pasien khusus

- h. Pelaksanaan validasi data di ruang perawatan pasien
- i. Pelaporan didokumentasikan dan disahkan oleh shift sebelumnya dan shift selanjutnya

### 8.2.5 SBAR dalam Timbang Terima

Kerangka komunikasi SBAR mencakup informasi pasien tentang situasi, latar belakang, penilaian dan rekomendasi. Komunikasi SBAR adalah metode sederhana yang dirancang agar efektivitas komunikasi dapat tercapai pada asuhan keperawatan (Ohio's Medicare, 2011). SBAR menyediakan metode komunikasi yang jelas tentang kondisi pasien antara profesional medis (klinik) dan semua anggota tim kesehatan. Tim kesehatan memberikan informasi tentang kondisi pasien, termasuk rekomendasi. SBAR merupakan sebuah langkah review dan rekomendasi memberikan kesempatan untuk diskusi antara tim kesehatan. Metode ini bisa sedikit rumit awalnya kepada pemberi dan penerima informasi (Leonard, 2014).

**Tabel 8.1:** Kerangka Komunikasi dengan Metode SBAR

|                     |                                                                            |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| S<br>SITUATION      | Situasi kondisi pasien yang perlu dilaporkan                               |
| B<br>BACKGROUND     | Riwayat / hal yang berhubungan dengan kondisi atau masalah pasien saat ini |
| A<br>ASSESSMENT     | Kesimpulan dari analisis terhadap gambaran situasi                         |
| R<br>RECOMMENDATION | Usulan tentang alternatif tindakan yang akan di lakukan kapan, di mana     |

Penggunaan SBAR dalam komunikasi tim perawat pada timbang terima, kajian tinjauan literatur sistematis menunjukkan bahwa penggunaan metode komunikasi SBAR efektif digunakan pada pelaksanaan timbang terima (Tatiwakenga , Mayulub , Larirac, 2021).

## **Bab 9**

# **Manajemen dan Pengaturan di Ruang Inap**

### **9.1 Pendahuluan**

Tuntutan masyarakat umum dalam pengembangan pelayanan kesehatan saat ini semakin meningkat termasuk di dalamnya adalah bidang keperawatan. Hal ini yang perlu dicermati dan harus diperhatikan oleh tenaga perawat, sehingga perawat mampu berkiprah secara nyata dan diterima dalam memberikan sumbangsih bagi kemanusiaan sesuai dengan ilmu dan kiat serta kewenangan yang dimiliki. Salah satu strategi untuk mengoptimalkan peran dan fungsi perawat dalam pelayanan keperawatan adalah pembenahan dalam manajemen keperawatan dengan harapan adanya faktor kelola yang optimal sehingga mampu menjadi wahana peningkatan keefektifan pembagian pelayanan keperawatan sekaligus lebih menjamin kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Rumah sakit merupakan salah satu pelayanan yang langsung dapat dirasakan oleh masyarakat dan rumah sakit diharapkan mampu menjalankan fungsinya dengan memperhatikan fungsi sosial dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat sesuai dengan kebutuhan pasien dan bertujuan untuk meningkatkan derajat

kesehatan masyarakat yang optimal dan meliputi upaya penyembuhan, pemulihan kesehatan, meringankan penderitaan pasien, asuhan keperawatan dan tindakan pencegahan penyakit.

Ruangan atau bangsal sebagai salah satu unit terkecil pelayanan kesehatan merupakan tempat yang memungkinkan bagi perawat untuk menerapkan ilmu dan kiatnya secara optimal. Namun perlu disadari bahwa tanpa adanya tata kelola yang memadai, kemauan, dan kemampuan yang kuat, serta peran aktif dari seluruh pihak, maka pelayanan keperawatan profesional hanyalah akan menjadi teori semata.

## 9.2 Manajemen dan Pengarahan Keperawatan

Manajemen merupakan proses pengorganisasian dan pengaturan yang merupakan pendekatan dinamis dan proaktif dalam menjalankan suatu kegiatan. Dalam manajemen tersebut mencakup kegiatan koordinasi dan supervisi terhadap staf, sarana, dan prasarana dalam mencapai tujuan. Manajemen keperawatan sebagai proses bekerja melalui anggota staf untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Proses manajemen keperawatan sejalan dengan keperawatan sebagai salah satu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara profesional, sehingga diharapkan keduanya saling menopang.

Nilai profesional adalah salah satu pendekatan manajemen keperawatan yang diperlukan dalam melakukan implementasikan praktek keperawatan profesional. Manajemen keperawatan ini tentunya berhubungan dengan perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), pengaturan staf (staffing), kepemimpinan (leading), dan pengendalian (controlling). Dalam hal ini seorang manajer manajemen diperlukan mampu melaksanakan fungsi-fungsi manajemen keperawatan dengan baik di mana harus mampu merencanakan, mengatur, mengarahkan dan mengawasi segala bentuk kegiatan dalam organisasi antara lain keuangan, peralatan dan sumber daya manusia dan lain-lain. Manajer perawat dituntut mampu menguasai konsep-konsep, prinsip-prinsip, teori-teori manajemen keperawatan dalam menjalankan tugasnya serta mampu mengatur organisasi untuk menciptakan lingkungan yang kondusif. Hal ini serupa dalam manajemen

keperawatan di dalam organisasi baik di rumah sakit, puskesmas, klinik dan balai pengobatan lainnya

### 9.2.1 Pengarahan Keperawatan di Ruang Rawat Inap

Menurut Marguis dan Huston (2010), pengarahan adalah fase kerja manajemen di mana manajer berusaha memotivasi, membina komunikasi, menangani konflik, kerjasama dan negosiasi. Pengarahan adalah fungsi manajemen yang memantau dan menyesuaikan perencanaan, proses dan sumber yang efektif dan efisien mencapai tujuan

Pengarahan (actuating) merupakan proses memberikan bimbingan yang diberikan kepada staff yang bertujuan agar staff mampu bekerja seoptimal mungkin dalam melaksanakan tugas yang sudah diberikan sesuai dengan keterampilan yang dimilikinya. Pengarahan yang diberikan oleh manajer disertai dengan komunikasi dan mengembangkan motivasi yang efektif. Pengarahan ini merupakan hal dasar dalam manajemen karena merupakan upaya dalam melakukan kegiatan-kegiatan itu sendiri dalam mencapai tujuan suatu organisasi. Mulai dari tingkat bawah sampai ke tingkat teratas dalam menjalankan rencana yang telah ditetapkan semula yang pastinya diharapkan dapat berjalan dengan baik dan benar.

Hakikat dari pengarahan merupakan keseluruhan usaha, cara, teknik dan metode untuk mendorong seluruh anggota organisasi agar bekerja dengan sebaik mungkin demi tercapainya tujuan organisasi dengan efisien, efektif dan produktif. Seluruh anggota organisasi akan bersedia mengerahkan segala kemampuan, tenaga, keahlian, keterampilan, dan waktunya bagi kepentingan pencapaian tujuan organisasi apabila kepada mereka diberikan penjelasan yang lengkap tentang hakikat, bentuk, dan sifat tujuan yang hendak dicapai. Usaha meyakinkan para anggota organisasi untuk memahami dan menerima tujuan dan berbagai sasaran tersebut diperkirakan akan lebih mudah apabila para manajer berhasil pula meyakinkan para bawahannya bahwa dalam mengemudikan organisasi, para manajer tersebut akan menggunakan gaya manajerial yang mencerminkan pengakuan atas harkat dan martabat para bawahannya sebagai insan yang ada (Kuncoro, 2014)

Manajer keperawatan perlu menjelaskan kebijakan-kebijakan yang akan ditempuh dalam pencapaian tujuan organisasi. Penjelasan ini merupakan kegiatan yang dianggap penekanan dalam berinteraksi positif antara orang-orang dalam satu satuan kerja dan antar satuan kerja dalam organisasi

berdasarkan kebiasaan, norma-norma, dan kultur organisasi yang telah disepakati bersama..

## 9.3 Layanan Rawat Inap Rumah Sakit

Pelayanan rawat inap rumah sakit merupakan salah satu pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut. Jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada seperti kesehatan anak, penyakit dalam , kebidanan, dan bedah (Kemenkes RI 2008)

Pedoman penyelenggaraan pelayanan rumah sakit tahun 2008 menyatakan pelayanan rawat inap merupakan gabungan pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit dengan beberapa fungsi pelayanannya adalah pelayanan medis, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medis dan pelayanan administrasi. Rawat inap merupakan suatu kegiatan perawatan di mana pasien tinggal dan dirawat di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu.

Pelayanan rawat inap adalah suatu bentuk perawatan terhadap pasien yang menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah atau swasta atau fasilitas kesehatan lainnya dalam jangka waktu tertentu untuk keperluan observasi, diagnosa terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya. Ruang rawat inap adalah ruang untuk pasien yang memerlukan asuhan dan pelayanan keperawatan dan pengobatan secara berkesinambungan lebih dari 24 jam (Kemenkes RI. 2012)

Kategori pasien yang dirawat di rumah sakit dalam hal ini ruang inap adalah pasien yang dianggap perlu mendapat perawatan intensif atau observasi ketat. Ruang rawat inap harus sesuai standar fasilitas dan peralatan tertentu serta pelayanan yang akan diberikan terprogram dan sistematis oleh tenaga profesional yang kompeten di bidangnya.

Pelaksanaan pelayanan di instansi rawat inap tentunya berkaitan dengan pelayanan medis dan penunjang klinis meliputi rekam medis dan kegiatan pemeliharaan sarana. Proses penyembuhan serta rasa aman dan puas yang dirasakan pasien merupakan proses hasil dari kegiatan pelayanan rekam medis, dan pemeliharaan sarana. Selain menentukan indikator pelayanan rumah sakit yang dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit.

### 9.3.1 Tujuan Pelayanan Rawat Inap

Adapun tujuan pelayanan rawat inap (Tethool dkk., 2019), yaitu:

1. Untuk memudahkan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif
2. Membenat penderita memenuhi kebutuhannya sehari-hari sehubungan dengan penyakitnya
3. Untuk memudahkan menegakkan diagnosis pasien dan perencanaan terapi yang tepat
4. Untuk memudahkan pengobatan dan terapi yang akan dan harus didapatkan pasien
5. Memudahkan pasien untuk mendapatkan berbagai jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan

### 9.3.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rawat Inap Rumah Sakit

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Minimal Rumah Sakit, dalam memberikan pelayanan di ruang rawat inap yaitu dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)

Adapun indikator untuk unit rawat inap antara lain:

1. BOR (Bed Occupancy Ratio) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu
2. AVLOS (Average Length of Stay) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien
3. TOI (Turn Over Interval) adalah rata-rata hari di mana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya
4. BTO (Bed Turn Over) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode , berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu
5. GRD (Gross Deeath Rate) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar

6. NDR (Net Death Rate) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk setiap 1000 penderita keluar(Kemenkes RI.2008)

**Tabel 9.1:**Jenis Pelayanan, Indikator Dan Standar Pelayanan Rawat Inap Di Rumah Sakit ( Keputusan Menteri Kesehatan No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar pelayanan Minimal Rumah Sakit)

| No | Jenis Pelayanan | Indikator                                                              | Standar                                                  |
|----|-----------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1  | Rawat Inap      | Pemberian pelayanan dirawat inap                                       | a. dr. Spesialis<br>b. Perawat minimal D3                |
|    |                 | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap                              | 100%                                                     |
|    |                 | Ketersediaan pelayanan Rawat Inap                                      | a. Anak<br>b. Penyakit dalam<br>c. Kebidanan<br>d. Bedah |
|    |                 | Jam visite dokter spesialis                                            | 08.00s/d 14.00<br>setiap hari kerja                      |
|    |                 | Kajadian infeksi paska operasi                                         | $\leq 1.5 \%$                                            |
|    |                 | Kejadian infeksi nasokomial                                            | $\leq 1.5 \%$                                            |
|    |                 | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian | 100%                                                     |
|    |                 | Kematian pasien > 48 jam                                               | $\leq 0.24\%$                                            |

|  |                   |                                                                                                                   |                              |
|--|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  |                   | Kejadian pulang paksa                                                                                             | $\leq 5\%$                   |
|  |                   | Kepuasan pelanggan                                                                                                | $\geq 90 \%$                 |
|  |                   | Rawat inap TB<br>a. penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi TB<br>b. terlaksana kegiatan pencatatan | a. $\geq 60$<br>b. $\geq 60$ |
|  |                   | Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang diberikan pelayanan jiwa                                    | 100%                         |
|  |                   | Tidak adanya kejadian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri                                                      | 100%                         |
|  |                   | Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu $\leq 1$ bulan                                             | 100%                         |
|  |                   | Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa                                                                          | $\leq 6$ minggu              |
|  | Rekam medik       | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                         | $\leq 15$ menit              |
|  | Pelayanan laundry | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                           | 100                          |

### 9.3.3 Kualitas Pelayanan Rawat Inap

Kualitas Pelayanan kesehatan di ruang rawat inap dapat diuraikan dari beberapa aspek antara lain:

1. Aspek klinis atau penampilan profesi  
Menyangkut pengetahuan, sikap dan keterampilan dokter, perawat, dan profesi lain. Indikator yang ditetapkan berupa indikator klinis medis diantaranya asesmen pasien, prosedur bedah dan kelengkapan dokumen medik dan indikator klinik keperawatan diantaranya perawatan diri, indeks kepuasan pasien dan keberhasilan pendidikan pasien
2. Efisiensi dan efektifitas pelayanan  
Menyangkut kinerja pelayanan antara lain tingkat hunian atau BOR (bed occupancy rate) dengan standar 60%-80%, masa tinggal lama rawatan atau LOS (length of stay) 3 hari -5 hari dengan standar dan interval pemakaian tempat tidur atau TOI (turn of interval) 3 hari -5 hari
3. Keselamatan pasien  
Menyangkut keselamatan dan keamanan pasien sejak datang (admission) hingga pemulangan(discharge). Pasien harus mendapat jaminan keselamatan atas kemungkinan kesalahan prosedur , kelalaian tindakan atau kejadian lain yang tidak diinginkan yang dapat menimbulkan kecacatan bahkan kematian
4. Kepuasan pasien  
Menyangkut kepuasan fisik, mental dan sosial dan merupakan persepsi pasien terhadap pelayanan yang diterima di lingkungan rumah sakit meliputi kebersihan, kenyamanan, keramahan , kecepatan dan ketepatan pelayanan, pertanian serta besarnya biaya yang diperlukan. Nofri (2022)

### 9.3.4 Alur Dan Prosedur Pasien Rawat Inap

Pasien yang memerlukan perawatan, dibagi menjadi 3 yaitu ;

1. Pasien yang tidak urgent, adalah penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan memengaruhi penyakitnya
2. Pasien yang urgen, tetapi tidak urgen, dapat dimasukkan pada daftar tunggu
3. Pasien gawat darurat (emergency) maka harus langsung di rawat (Wijaya dan Rosmala, 2017)

### 9.3.5 Alur Pasien Rawat Inap

1. Pasien membawa surat pengantar rawat dari klinik rawat jalan/gawat darurat/ kamar bersalin ke pendaftaran rawat inap
2. Pasien memesan kamar perawatan sesuai dengan jenis pembayaran (jika pasien asuransi kesehatan akan di cek dengan pelayanan dan kamar perawatan sesuai dengan plafon pasien) dan melakukan registrasi pendaftaran rawat inap
3. Petugas menghubungi kamar perawatan untuk memesan kamar dan menyampaikan hal-hal yang diperlukan dalam perawatan pasien berdasarkan catatan dalam surat pengantar rawat
4. Pasien diberi penjelasan general consent atau persetujuan umum dan membubuhkan tanda tangan pada formulir tersebut
5. Pasien kembali ke klinik/ ruang gawat darurat untuk dipasang infus dan diberi gelang pasien. Kemudian perawat menghubungi ruang perawatan sebelum membawa pasien ke ruang perawatan. Perawat akan serah terima pasien dengan rekam medis serta dokumen penunjang lainnya untuk tindak lanjut perawatan pasien.
6. Pasien masuk ruang perawatan diterima dokter ruangan/perawat ruangan (Wijaya dan Rosmala, 2017)

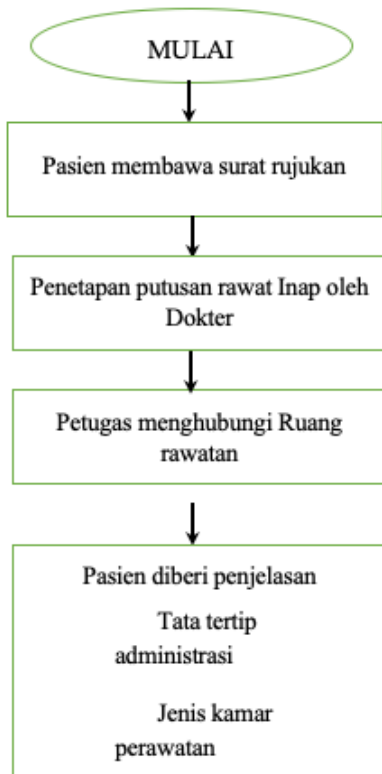
### 9.3.6 Klasifikasi Ruang Inap Di Rumah Sakit

1. Ruang rawat inap 1 tempat tidur setiap kamar (VIP)
2. Ruang rawat inap 2 tempat tidur setiap kamar (Kelas 1)

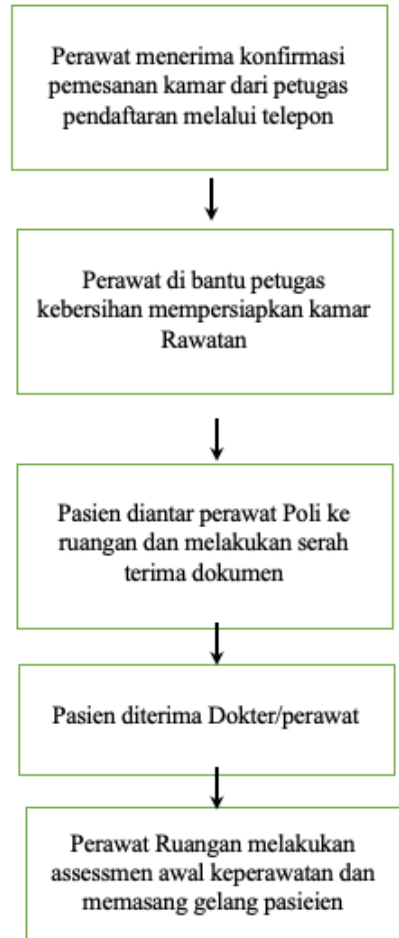
3. Ruang rawat inap 4 tempat tidur setiap kamar (Kelas 2)
4. Ruang rawat inap 6 tempat tidur setiap kamar (Kelas 3)

#### PROSES PENERIMAAN PASIEN RAWAT INAP

##### PENDAFTARAN



##### RAWAT INAP



5.

**Gambar 9.1:** Alur Penerimaan Pasien Rawat Inap

# **Bab 10**

## **Penerapan Teori, Konsep, Dan Prinsip Kepemimpinan- Manajemen Di Ruang Rawat Dan Puskesmas**

### **10.1 Pendahuluan**

Penerapan teori, konsep dan prinsip kepemimpinan manajemen di ruang rawat dan puskesmas • Penerapan teori manajemen di ruang rawat dan puskesmas Saat ini perawat profesional mengemban peran penting dalam praktik keperawatan mengenai kepemimpinan dan manajemen keperawatan, terlepas dari apapun aktivitas yang mereka lakukan. Kepemimpinan dan manajemen adalah dua hal yang berbeda, namun saling terkait. Kepemimpinan didefinisikan sebagai “proses memengaruhi orang lain”. Manajemen tidak hanya meliputi kepemimpinan, tetapi juga koordinasi dan integrasi sumber daya melalui perencanaan, pengorganisasian, mengkoordinasikan, pengarahan, dan pengendalian untuk mencapai tujuan dan objek spesifik dari institusi (Huber, 2000). Pemimpin berfokus pada orang, sedangkan manajer berfokus pada struktur. Perawat dapat mengemban peran kepemimpinan dalam

lingkungan kerja mereka, dan komunitas mereka, meskipun mereka memiliki atau tidak memiliki posisi kepemimpinan yang ditetapkan. Sebagai pemimpin di tempat kerja (puskesmas), mereka dapat membantu dalam perbaikan kualitas perawatan klien. Sebagai pemimpin di profesi, perawat tidak hanya dapat membantu perbaikan perawatan klien, tetapi juga perbaikan lingkungan kerja perawat. Karena pengetahuan dan keterampilan khususnya, perawat dapat mengemban tugas memimpinnya di komunitas, membantu perubahan yang meningkatkan kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosial dalam masyarakat sebagai satu kesatuan. Dan sebagai seorang manajer dan pemberi perawatan klien, perawat mengkoordinasikan berbagai profesional perawatan kesehatan dan layanan mereka untuk membantu klien mendapatkan hasil akhir yang mereka inginkan.

## 10.2 Konsep dan Prinsip Kepemimpinan Manajemen Di Ruang Rawat Dan Puskesmas

1. Manajemen keperawatan seyogyanya berlandaskan perencanaan karena melalui fungsi perencanaan, pimpinan dapat menurunkan risiko pengambilan keputusan, pemecahan masalah yang efektif dan terencana.
2. Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif. Manajer keperawatan yang menghargai waktu akan menyusun perencanaan yang terprogram dengan baik dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan sebelumnya.
3. Manajemen keperawatan akan melibatkan pengambilan keputusan. Berbagai situasi maupun permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan di berbagai tingkat manajerial.
4. Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien merupakan fokus perhatian manajer perawat dengan mempertimbangkan apa yang

pasien lihat, fikir, yakini dan ingini. Kepuasan pasien merupakan poin utama dari seluruh tujuan keperawatan.

5. Manajemen keperawatan harus terorganisir. Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan.
6. Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diorganisasikan.
7. Divisi keperawatan yang baik memotivasi karyawan untuk memperlihatkan penampilan kerja yang baik.
8. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif. Komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan, arah dan pengertian di antara pegawai.
9. Pengembangan staf penting untuk dilaksanakan sebagai upaya persiapan perawat – perawat pelaksana menduduki posisi yang lebih tinggi atau upaya manajer untuk meningkatkan pengetahuan karyawan.
10. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip – prinsip melalui penetapan standar, membandingkan penampilan dengan standar dan memperbaiki kekurangan.

Berdasarkan prinsip – prinsip di atas maka para manajer dan administrator seyogyanya bekerja bersama – sama dalam perencanaan dan pengorganisasian serta fungsi – fungsi manajemen lainnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya



# Daftar Pustaka

- Abdullah, Mulyana. (2018). Meneladani Sifat-Sifat Malaikat Allah Sebagai Bentuk Mengimani Adanya Malaikat. *Jurnal Pendidikan Agama Islam - Ta'lim* Vol. 16 No. 2
- Al-Andalusi, A.J. (T.th.) *Syū'ab al-Imān*. Beirut: Dar al-Qutub al-Ilmiyah.
- AL-Dossary, R. N. (2017). Chapter 14 - Leadership in Nursing. *Contemporary Leadership Challenges*, 251–264.
- Al-Fauzan, S.S. (2010) Iman kepada Malaikat dan Pengaruhnya terhadap Kehidupan Umat. Alih bahasa: Ummu Abdillah al-Buthoniyah. Maktabah Raudhah al-Muhibbin.
- Alnajjar, H., & Hashish, E. A. (2022). Exploring the relationship between leadership and conflict management styles among nursing students. <https://doi.org/10.7748/nm.2022.e2023>
- Amalia. (2015). Peran Perawat dalam Pelaksanaan Standar AsuhanKeperawatan di Ruang Muzdalifah Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan STIK Bina Husada*, Volume 10 No. 4.
- Ardian dan Hariyati. (2017). Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan Melalui Implementasi Diskusi Refleksi Kasus (Drk): Pilot Study. *Jurnal Kesehatan Holistik (The Journal of Holistic Healthcare)*, Volume 11, No.4, Oktober 2017: 234-241
- Asmuji (2017) *Manajemen Keperawatan Konsep dan Aplikasi*. 2nd edn. Edited by M. Sandra. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Ayu, Dewi. (2022). *Supervisi Keperawatan (Dilengkapi Dengan Hasil Penelitian Dan Hasil Pelatihan Tentang Supervisi Klinis Keperawatan)*. Cetakan 1. Cirebon: CV Rumah Pustaka.

- Ayu, I. (2022). Gaya Manajemen Konflik Kepala Ruang. *Jurnal Keperawatan*, 14, 261–266.
- Ayuningtyas, D. (2015). *Perencanaan strategis untuk organisasi pelayanan kesehatan*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa. (2016). KBBI Daring. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/>.
- Basyouni, S.W. (T.th.) *The Rays of Faith*. Qabeelat Hayl Al-Maghrib Institute
- Carebery dan Garavan, (2012). *Leadership and Management Development*. <https://www.researchgate.net/publication/242392127>.
- Cushway, B. dan Lodge , D. (1999) *Organisational behavior and design, perilaku organisasi dan desain organisasi*, Jakarta : PT Elex Media Indonesia, Terjemahan
- Cushway, B. dan Lodge , D. (1999) *Organisational behavior and design, perilaku organisasi dan desain organisasi*, Jakarta : PT Elex Media Indonesia, Terjemahan
- Daft, R.L.. (2016) *Management*. 12th edn. Boston, MA: Cengage Learning.
- Dauglass ,L.A. (1984). *The Effective Nurse Leader ang Manager*, @ nd .ed. St. Louish : The CV Mosby Company
- Dauglass (1992) , *The Effective Nurse : Leader and manager*, 4th, St Louish : Mosby years Book. Fik- UI dan RSUP Ciptp
- Departemen Kesehatan RI (2002) *Standar tenaga keperawatan di Rumah sakit*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI
- Desilia Purnama Dewi (2019). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Unpam Press. Revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Dexter, Akbar. (2012). *Fungsi Pengarahan dalam Management*. [https://www.scribd.com/doc/96274382/Fungsi-Pengarahan-Dalam-Manajemen Swamburg](https://www.scribd.com/doc/96274382/Fungsi-Pengarahan-Dalam-Manajemen-Swamburg),
- EGC (2006) *Model Praktek Keperawatan Profesional, Panduan Implementasi , Edisi pertama*, Jakarta , EGC

- Erita (2021). Modul Bahan Ajar Manajemen Keperawatan. UKI. Jakarta. [repository.uki.ac.id/5943/1/ModulBahanAjarManajemenKeperawatan.pdf](http://repository.uki.ac.id/5943/1/ModulBahanAjarManajemenKeperawatan.pdf)
- Fik- UI dan RSUP Cipto Mangunkusumo, (2000), Semiloka : Model Praktek Keperawatan Profesional II, Jakarta 12 -14 Juli 2000.
- Fika, L. (2020). Metode Pengelolaan Konflik Interprofesional. Kesehatan Indra Husada, 8(1), 8–19.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, Jr., J. H., & Konopaske, R. (2012). *Organizations Behavior, Structure, Processes (Fourteenth)*. McGraw-Hill Irwin.
- Gillies, (1994) *Nursing Management a System Approach*, Philadelphia : WB Saunders Kron and Gray, (1987), *The Management of Patient Care : Putting Leadership Skill to Work*, 6th, Philadelphia: WB Saunders.
- Gillies, D.A. (1994) *Nursing management a system approach*, Philadelphia : W.B Sounders Company
- Harisah, A. (2004) *Keberimanan Kepada Malaikat dalam Perpektif Pendidikan Islam*. Kependidikan Islam. Vol. 2(1). hlm. 73-84.
- Hidayah, Nur (2014). *Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional(MAKP) Tim Dalam Peningkatan Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit*. Jurnal Kesehatan Vol 1. No. 2; 410-426
- Hidayat, Akhmal. (2021). *Penerapan Pre Dan Post Confrence Di Ruang Camar Rumah Sakit Bhayangkara Makassar*. UIN Alaudin Makasar. <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/>
- Hidayat. (2021). *Dokumentasi Keperawatan; Aplikasi Praktik Klinik*. Surabaya: Health Book Publishing.
- Huber, D. L. (2010). *Leadership and Nursing Care Management (Fourth edition)*. Saunders Elsevier.
- Huber, D.L. (2014). *Leadership & Nursing Care Management (5th Ed)*. St.Louis. Missouri: Elsevier Saunders.
- Huber. (2017). *Leadership and Nursing Care Management*. St Louis, Missouri: Elsevier.

- Indartono, S. (2016) Pengantar Manajemen : character inside. Yogyakarta: Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Yogyakarta.
- Institute of Medicine of the National Academies. (2011). The future of nursing: Leading change, advancing health. In *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. <https://doi.org/10.17226/12956>
- Japan International Cooperation Agency. (2017). 5S – Kaizen – TQM: A Gate Way to Improve Quality of Care in Hospitals. Japan: JICA
- Jones, R. A. P. (2007). Nursing Leadership and Management Theories, Processes and Practice. In *The Journal of Continuing Education in Nursing* (Vol. 39, Issue 7). F. A. Davis Company. <https://doi.org/10.3928/00220124-20080701-10>
- Kamil, H. (2017). Handover Dalam Pelayanan Keperawatan. *Idea Nursing Journal*, 2087-2879.
- Kelly, P. (2010). *Essentials of Nursing Leadership & Management* (Second Edi). Delmar Cengage Learning.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Republik Indonesia no 38 tentang Keperawatan. Jakarta: Kemenkumham RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Instrumen Evaluasi Pelayanan Keperawatan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Pedoman Teknik Bangunan Rumah Sakit Rawat Inap. Jakarta : Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik Dan Sarana Kesehatan.
- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia. (2012). Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan, Jakarta: Kemenpan RB RI.
- Keputusan Mentri Kesehatan Republik Indonesia No 129/Menkes/SK/II/2008. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 6 Februari 2008. Jakarta

- Kesrianti, A. M., Noor, N. B., & Maidin, A. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Saat Handover Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- Kron and Gray, (1987), *The Management of Patient Care : Putting Leadership Skill to Work*, 6th, Philadelphia : WB Saunders.
- Kuncoro, Agus. (2014). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta. Nuha medika
- Kurniadi, A. (2013). *Manajemen keperawatan dan prospektifnya (teori, konsep dan alikasi)*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universtas Indonesia.
- Lahana, E., Tsaras, K., Kalaitzidou, A., Galanis, P., Kaitelidou, D., & Sarafis, P. (2017). Conflicts management in public sector nursing. *International Journal of Healthcare Management*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1353787>
- Leonard,MD& Audrey Lyndon, 2014. WIHI: SBAR: Structured Communication and Pshychological Safety in Health Care, [ihi.org](http://ihi.org).
- Mairestika, Setiawan, Rizany. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Timbang Terima. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Volume 4 (1). <https://doi.org/10.32584/jkmk.v4i1.602>
- Mangunkusumo, (2000), *Semiloka : Model Praktek Keperawatan Profesional II*, Jakarta 12 -14 Juli 2000.
- Manurung, S. (2011). *Keperawatan Profesional*. Jakarta : Trans Info Media.
- Mariono, (2001) . Materi kuliah ketenagaan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta
- Mariono, (2001). Materi kuliah ketenagaan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. In *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application (Seventh*

- ed). Walters Kluwer. <https://doi.org/10.1097/00006216-200407000-00013>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing. Theory and Application* (Ninth edit). Walters Kluwer.
- Marquis, B.L. and Huston, C.J. (2017) *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application*. 9th edn. Philadelphia: Wolter Kluwer.
- Muhammad bin Shalih Al-Utsaimin. (1977). *Syarah Tsalatsul Ushul*, Surakarta :Darul Tsarya.
- Murray, E. (2017). *Nursing leadership and Management for patient safety and quality care*. In *The Canadian nurse* (Vol. 101, Issue 3). F. A. Davis Company.
- Nasution, G. A. (2020). *Perencanaan Dalam Manajemen Keperawatan*
- Nazvia, et all (2014). *Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri*. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28, Suplemen No. 1, 2014
- Nofri, Joko. (2022) *Indikator Pelayanan Rawat Inap Kasus Covid-19 Di Rumah Sakit*. Sumatera barat. Azka Pustaka
- Nurbaeti, R. F., Roy, S., & Hulu, K. (2022). *LITERATURE REVIEW : ANALISIS STRATEGI MANAJEMEN KONFLIK PERAWAT MANAJER DENGAN PENDEKATAN KOLABORASI DI IGD RSU X*. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(2), 45–57.
- Nurdiana et all. (2017). *Penerapan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan dalam Pengendalian Mutu Keperawatan*. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia* Vol.02/No.03/Desember2017-Maret 2018.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*”. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Manajemen keperawatan (aplikasi dalam praktik keperawatan professional)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam praktek keperawatan Profesional*, Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika.

- Ohio's Medicare Quality. 2011. SBAR Communication. Ohiokepro.com
- Organization of Nurse Executives, A. (2015). COMMUNICATION KNOWLEDGE LEADERSHIP PROFESSIONALISM BUSINESS SKILLS Nurse Executive Competencies. www.aone.org
- Rhamadani, P, A., Rianti, F., Rizky, F., Safira, W. (2023). Penerapan Iman Kepada Malaikat Pada Kehidupan. Gunung Djati Conference Series Volume 2, hal 314-322
- Rosdiana, Maemunah, dan Ka'arayo. (2021). Efektivitas Penerapan Timbangterima, Preconference, Postconference Sesuai Dengansopdiruangan Unit Stroke Dan Yosep Paviliun Rumah Sakit. <https://doi.org/10.31869/jsam.v1i2.2943>.
- Russel C. (2000). Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan . Jakarta : EGC
- Schwartz, F., Lowe, M., & Sinclair, L.B. (2009) 'Communication in healthcare: considerations and strategies for successful consumer and team dialogue', in.
- Sinambela, L. P. (2016). Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: Bumi Aksara.
- Siregar, E. (2021) Pengantar Ilmu Manajemen. Pertama, Pengantar manajemen dan bisnis. Pertama. Edited by N. Rismawati. Bandung: Widina Bhakti Persada.
- Sitorus Ratna, (1998) , Jurnal Keperawatan Indonesia : Pengembangan Model PKP di RSUP Cipto Mangunkusumo, Jakarta: FIK UI
- Sitorus, R. (2014). Model praktik keperawatan professional di rumah sakit: penataan struktur dan proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat: panduan implementasi. Jakarta: EGC
- Sitorus, Ratna. (2006) Model Praktek Keperawatan Profesional, Edisi pertama, Jakarta , EGC
- Stretton, A. (2015) 'Series on general management functions and activities, and their relevance to the management of projects', PM World Journal Management Organizing Function and Activities, IV(IX), pp. 1–11. Available at: [www.pmworlplib.net](http://www.pmworlplib.net).

- Suarli, S dan Bahtiar. (2012). Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis. Jakarta: Erlangga
- Sullivan, E. J. (2013). Effective Leadership and Management in Nursing (Eight edit). Julie Levin Alexander.
- Swansberg, RC & Swansberg RJ ( 1999) Introductory manajemen and leadership for nurses: an interactive text, Second edition., Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Swansburg Russell, (2001), Pengembangan Staf keperawatan : Alih Bahasa Waluyo Agung, Asih Yasmin, Jakarta, EGC Penerbit Buku Kedokteran
- Syahrir. (2022). Metode Asuhan Keperawatan Profesional Berbasis Knowledge Management Dalam Peningkatan Kinerja Keperawatan di rumah Sakit. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Tappen GR (2001) Nursing Leadership and Management Concep and Practice , 4 th ed, FA Davis, Philadelphia
- Tatapangarsa, humaidi. (1979). Kuliah Aqidah Lengkap, Surabaya: Bina Ilmu
- Tatiwakenga , Mayulub , Larirac. (2021). Hubungan Penggunaan Metode Komunikasi Efektif Sbar Dengan Pelaksanaan Timbang Terima (Handover) Systematic Review. Jurnal Keperawatan, Volume 9, No. 2, (Hal. 77-88).  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/download/36784/34205>
- Tethool, H., M. Ogotan, H. Kolondam. (2019), Kepuasan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Merauke Propinsi Papua. Jurnal Administrasi Publik. 5(76): 12-21
- Thoha. M (2008) Perilaku organisasi: Konsep dasar dan aplikasinya. Cetakan ke18 , Jakarta : :PT Raja Grafindo Persada
- Weiss, S. A., & Tappen, R. M. (2015). Nursing leadership and management nursing leadership (Sixth edit). F. A. Davis Company.  
<https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/138758/1/9780803636637.pdf>
- Weiss, S.A. and Tappen, R.M. (2015) Essentials of Nursing Leadership and Management. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.  
 doi:10.1016/s0001-2092(06)60043-4.

- Wessel, S. and Manthey, M. (2015) Primary nursing : person centered care delivery system design. Minneapolis: Creative Health care Management.
- Whitehead, D. K., Weiss, S. A., & Tappen, R. M. (2010). Essential of Nursing Leadership and Management (fifth edit). F. A. Davis Company.
- WHO, SEARO (2017). Coaching Manual: Point Of Care Quality Improvement (POCQI) : Four Simple Steps To Practice Quality Improvement At Health Facility Level. New Delhi: WHO
- Wijaya. L. Dan D.R.Dewi. (2017). Bahan Ajar Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan II: Sistem Dan Sub Sistem Pelayanan Rmik” Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Wise and Sportsman. (2023). Leading and Managing in Nursing. 8th edition. St Louise, Missouri: Elsevier.
- Yoder-Wise, P. S. (2019). Leading and Managing in Nursing. In American Journal of Nursing (Seventh ed, Vol. 96, Issue 12). Elsevier. <https://doi.org/10.1097/00000446-199612000-00024>
- Zahara et all. (2011). Faktor-Faktor Motivasi Kerja: Supervisi, Penghasilan, Dan Hubungan Interpersonal Memengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 14, No. 2, Juli 2011; hal 73-82
- Zaira Harvia, Elly Wardani, Andara Maurissa. (2022). Penerapan Pre Dan Post Conference Di Ruang Rawat Inap : Suatu Studi Kasus. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan, Volume 6 No. 1. <https://jim.usk.ac.id/FKKe/article/view/19909/9869>



# Biodata Penulis



**Siti Meilan Simbolon.** Saat ini sedang melanjutkan studi Program Doktor Ilmu Keperawatan di Lincoln University Malaysia. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Program S1 di UGM Yogyakarta dan S2 di USU. Dia adalah seorang dosen dan pegiat sosial yang pernah aktif di beberapa NGO baik nasional maupun internasional dan pernah menjadi pimpinan proyek dalam program pemberdayaan masyarakat.

Mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan, Keperawatan keluarga, Keperawatan komunitas, Keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial.

E-mail: [sitimeilansimbolon@gmail.com](mailto:sitimeilansimbolon@gmail.com)



**Grace Benedikta Polii, S.Kep., Ns., M.Kep.** Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle Manado Penulis lahir di Manado tanggal 8 Mei 1985. Penulis adalah dosen tetap yayasan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle Manado. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Ilmu Keperawatan Tahun 2007 dan Profesi Ners pada Tahun 2008 di Universitas Katolik De La Salle

Manado serta melanjutkan S2 Keperawatan Peminatan Manajemen Keperawatan pada Tahun 2017 di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis mengawali karir sebagai Perawat di Klinik Mata Nusantara pada Tahun 2008 – 2009. Selanjutnya mengawali karir sebagai dosen di Program Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado sejak tahun 2010 hingga sekarang dengan mata kuliah spesialisik adalah Manajemen Keperawatan. Penulis berpartisipasi aktif sebagai narasumber dan

fasilitator/ tutor di seminar, dan pelatihan lainnya dengan topik yang berkaitan dengan kesehatan dan keperawatan baik yang diselenggarakan oleh komunitas swasta maupun organisasi profesi. Penulis aktif sebagai pengurus pada organisasi Profesi PPNI.

E-mail: [gpolii@unikadelasalle.ac.id](mailto:gpolii@unikadelasalle.ac.id)



**Shinta Prawitasari** lahir di Jakarta, pada 20 September 1969. Ia tercatat sebagai lulusan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia pada tahun 1994. Studi lanjut pada program magister keperawatan berhasil diluluskan pada tahun 2009 dari Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Shinta ini adalah anak dari pasangan Soedarsono (ayah) dan Shinta Rukmijati (ibu). Shinta Prawitasari memulai kariernya sebagai dosen

keperawatan di Akademi Keperawatan RS Husada pada tahun 1994 yang kemudian beralih bentuk menjadi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada. Selain menjadi dosen, Shinta Prawitasari sempat menjadi pimpinan Akademi Keperawatan RS Husada periode 2010 – 2013 dan 2013-2016.



**Harry Permana Wibowo**, saat ini bertugas sebagai salah seorang Staf Dosen di salah satu perguruan tinggi di Medan, Sumatera Utara. Riwayat pendidikan terakhir Magister Keperawatan lulusan Universitas Sumatera Utara di bidang manajemen keperawatan. Selama bertugas sebagai seorang Dosen, saya sering mengampu mata kuliah manajemen keperawatan, metodologi penelitian, komunitas, gerontik dan beberapa mata kuliah lainnya. Saya aktif terlibat dalam beberapa penelitian dan publikasi ilmiah dan beberapa organisasi

keperawatan. Saat ini saya terlibat aktif di keorganisasian himpunan perawat manajer Indonesia wilayah Sumatera Utara sebagai anggota.

Email : [harrypermanawibowo@gmail.com](mailto:harrypermanawibowo@gmail.com)



**Lilis Komariah, S.Kp, M.Kes, Sp.Mat** lahir di Bekasi, pada 14 Oktober 1965. Pendidikan S2 Spesialis Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia. Saat ini masih aktif sebagai Koordinator Perencanaan dan Evaluasi di RS Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta, Dosen Tetap Khusus di FIKES Universitas Muhammadiyah Tangerang dan Surveior Penilai sekaligus Pengurus pada Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM KPRS).



**Rugaya M. Pandawa**, lahir di Ternate, Provinsi Maluku Utara pada 22 Agustus 1972. Putri ketiga dari enam bersaudara pasangan Bapak (Alm) Munawar M. Pandawa dan Ibu (Almh) Umi Umarella. Pendidikan yang penulis tempuh mulai dari SD Negeri Salero 2 Ternate lulus pada tahun 1985, dilanjutkan ke SMP Negeri 2 Ternate lulus tahun 1988 dan menyelesaikan pendidikan menengah di SMA Negeri 1 Ternate pada tahun 1991. Selanjutnya penulis menempuh pendidikan Diploma 3 di Akper Depkes Ambon lulus pada tahun 1994 dan diangkat

sebagai PNS tahun 1996.

Pada tahun 1998 penulis mendapat kesempatan tugas belajar dari Depkes pada Program S1 Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung lulus pada tahun 2000. Kemudian berkesempatan yang sama sebagai tugas belajar pada tahun 2006 dari Pusdiknakes melanjutkan ke Program S2 Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta lulus tahun 2006. Terakhir kesempatan tugas belajar di tahun 2017 dari Badan PPSDM Kesehatan untuk melanjutkan pendidikan S3 pada Program Studi Penelitian dan Evaluasi Pendidikan (PEP) Universitas Negeri Jakarta.

Pengalaman kerja sebagai guru Sekolah Perawat Kesehatan Ternate mulai tahun 1997-2000, dan sebagai dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Ternate sejak tahun 2001 sampai sekarang. Selanjutnya pengalaman organisasi, sebagai Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi

Maluku Utara sejak tahun 2006-2014 dan sebagai Ketua Majelis Kehormatan Etik PPNI Wilayah Provinsi Maluku Utara sejak tahun 2022 sampai sekarang.



**Vivi Retno Intening.** Lahir di Yogyakarta, 4 September 1985. Saat ini sedang menyelesaikan Program Doctor of Philosophy in Nursing di St. Paul University, Tuguegarao, Philippines. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Program Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di UGM, Yogyakarta kemudian melanjutkan Program Master of Arts in Nursing (MAN) di Trinity University of Asia, Quezon City, Philippines.

Ia adalah dosen tetap Program Studi Sarjana Keperawatan di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta. Mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Keperawatan Dasar, Pendidikan Moral dan Character Building. Selama ini terlibat aktif sebagai dosen pembimbing mahasiswa di area akademik dan klinik keperawatan, serta pembimbing program kreativitas mahasiswa berbasis pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.

Karya yang telah dipublikasikan sesuai dengan minat keilmuannya dibidang Keperawatan terutama Manajemen Keperawatan, Pendidikan Keperawatan terutama Inter-professional Education (IPE), dan Ilmu keperawatan Dasar.

E-mail: [vivi@stikesbethesda.ac.id](mailto:vivi@stikesbethesda.ac.id), [vivi040985@gmail.com](mailto:vivi040985@gmail.com)



**Lili Suryani Tumanggor** lahir di Subulussalam, pada tanggal 21 Oktober 1981. Lulusan Magister Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara. bekerja di STIKes Santa Elisabeth Medan. Email : [lili\\_tumanggor@yahoo.co.id](mailto:lili_tumanggor@yahoo.co.id)

# Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Perawat merupakan jumlah terbesar dari profesional dalam perawatan kesehatan yang bekerja dengan berbagai orang-orang luar biasa termasuk pasien, keluarga pasien, dokter, terapis, pekerja sosial, psikolog, teknisi, dan lainnya. Hal ini menempatkan perawat pada posisi utama untuk menjadi pemimpin di seluruh sistem perawatan kesehatan, mulai dari samping tempat tidur pasien hingga ruang rapat, yang dapat berfungsi sebagai mitra penuh dengan profesional kesehatan lainnya dan bertanggung jawab atas kontribusi mereka sendiri untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi sambil bekerja secara kolaboratif dengan pemimpin dari profesi kesehatan lainnya.

Isi buku ini membahas konsep dasar yang relevan dengan kepemimpinan, manajemen keperawatan dan aplikasinya dalam pelayanan keperawatan yang disusun menjadi 10 bab yaitu:

Bab 1 Kepemimpinan, Peran, Dan Fungsi Manajemen Keperawatan

Bab 2 Perencanaan Manajemen Keperawatan

Bab 3 Fungsi Pengorganisasian

Bab 4 Ketenagaan Keperawatan Sesuai Dengan Kebutuhan Ruang Rawat

Bab 5 Pengarahan Dalam Manajemen Keperawatan

Bab 6 Pengendalian Mutu Asuhan Dan Pelayanan Keperawatan

Bab 7 Konflik Dalam Asuhan Pelayanan Keperawatan Ruang Rawat

Bab 8 Konferensi Dan Timbang Terima Sesuai Konsep Manajemen

Bab 9 Manajemen Dan Pengaturan Di Ruang Inap

Bab 10 Penerapan Teori, Konsep, Dan Prinsip Kepemimpinan  
Manajemen Di Ruang Rawat Dan Puskesmas



YAYASAN KITA MENULIS  
[press@kitamenulis.id](mailto:press@kitamenulis.id)  
[www.kitamenulis.id](http://www.kitamenulis.id)

