



MANAJEMEN dan KEPEMIMPINAN

DALAM KEPERAWATAN

Siti Umrana | R. Jaka Sarwadhamana | Eva Priskila | Anisa Sri Utami
Dian Mitra D.S. | Putria Carolina | Helen Try Juniasti | Ester Rumaseb
Lisdawati Muda | Ellen Rosawita Veronica Purba

EDITOR :
Dr. Adius Kusnan, S.Kep., Ns., M.Kes
Dian Yuniar Syanti Rahayu, SKM., M.Kep



MANAJEMEN dan KEPEMIMPINAN DALAM KEPERAWATAN

Buku Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari 10 bab, yaitu :

- Bab 1 Konsep Umum Manajemen
- Bab 2 Manajemen Keperawatan
- Bab 3 Teori Motivasi dalam Manajemen
- Bab 4 Kepemimpinan dalam Keperawatan
- Bab 5 Perilaku Organisasi dalam Keperawatan
- Bab 6 Teori Berubah dalam Manajemen Keperawatan
- Bab 7 Manajemen Mutu dalam Pelayanan Keperawatan
- Bab 8 Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)
- Bab 9 Penyelesaian Konflik dalam Pelaksanaan Pelayanan Ruang Rawat
- Bab 10 *Patient Safety*



☎ 0858 5343 1992
✉ eurekamediaaksara@gmail.com
📍 Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362



MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN DALAM KEPERAWATAN

Siti Umrana, S.Kep, Ns, M.Kes
R. Jaka Sarwadhamana, S.Kep., Ns., MPH
Eva Priskila, Ns.,M.Kep
Ns. Anisa Sri Utami, S. Kep., M. Kep
Dian Mitra D.S., Ners. M.Kep
Putria Carolina, Ns., M.Kep
Helen Try Juniasti,S.Kep.,Ns.,MPH
Dr. Ester Rumaseb, S.Pd. M.Kes
Dr. Lisdawati Muda, M.Si
Ellen Rosawita Veronica Purba SKep.,Ns.,M.Kep



eureka
media aksara

PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN DALAM KEPERAWATAN

- Penulis** : Siti Umrana, S.Kep, Ns, M.Kes | R. Jaka Sarwadhmana, S.Kep., Ns., MPH | Eva Priskila, Ns.,M.Kep | Ns. Anisa Sri Utami, S.Kep., M. Kep | Dian Mitra D.S., Ners. M.Kep | Putria Carolina, Ns., M.Kep | Helen Try Juniasti, S.Kep.,Ns.,MPH | Dr. Ester Rumaseb, S.Pd. M.Kes | Dr. Lisdawati Muda, M.Si | Ellen Rosawita Veronica Purba SKep.,Ns.,M.Kep
- Editor** : Dr. Adius Kusnan, S.Kep.Ns., M.Kes
Dian Yuniar Syanti Rahayu., SKM., M.Kep
- Desain Sampul** : Eri Setiawan
- Tata Letak** : Nur Cholifatun Nisa
- ISBN** : 978-623-120-249-9

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, FEBRUARI 2024**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992
Surel : eurekamediaaksara@gmail.com
Cetakan Pertama : 2024

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Syukur kehadiran Allah SWT, Salam serta Shalawat kepada Junjungan kita Nabi Muhammad SAW, penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan yang telah disesuaikan dengan perubahan dan perkembangan kurikulum berbasis kompetensi. Penulisan buku ini diperuntukkan bagi tenaga Perawat, mahasiswa keperawatan/kesehatan dan praktisi di Rumah Sakit.

Buku ini disusun dengan memperhatikan kurikulum pendidikan Keperawatan yang diharapkan dapat digunakan sebagai buku referensi di Institusi dan pedoman instansi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan keperawatan.

Buku Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari 10 bab, yaitu :

Bab 1 Konsep Umum Manajemen

Bab 2 Manajemen Keperawatan

Bab 3 Teori Motivasi dalam Manajemen

Bab 4 Kepemimpinan dalam Keperawatan

Bab 5 Perilaku Organisasi dalam Keperawatan

Bab 6 Teori Berubah dalam Manajemen Keperawatan

Bab 7 Manajemen Mutu dalam Pelayanan Keperawatan

Bab 8 Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)

Bab 9 Penyelesaian Konflik dalam Pelaksanaan Pelayanan Ruang Rawat

Bab 10 *Patient Safety*

Penulis berharap buku ini dapat membantu mahasiswa dalam pelaksanaan kegiatan proses belajar mengajar selama menempuh pendidikan kesehatan dan menjadi Praktisi Institusi Pelayanan Kesehatan. Penulis menyadari segala kekurangan baik materi maupun penyusunannya, untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik semua pembaca khususnya teman-teman seprofesi.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam penyusunan buku ini yang disusun dari berbagai sumber yang relevan dengan kurikulum pendidikan keperawatan. Akhir kata, semoga buku ini bermanfaat bagi kita semua, dan bernilai ibadah. Aamiin.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 KONSEP UMUM MANAJEMEN	1
A. Pendahuluan	1
B. Definisi Manajemen.....	2
C. Unsur - Unsur Manajemen.....	2
D. Fungsi - Fungsi Manajemen	3
E. Tingkatan Manajemen	4
F. Sudut Pandang Manajemen	5
G. Karakteristik Manajemen	8
H. Prinsip Konsep Manajemen	10
I. Macam-Macam Konsep Manajemen.....	10
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 MANAJEMEN KEPERAWATAN	13
A. Pendahuluan	13
B. Konsep Manajemen Keperawatan	16
C. Peran dan Fungsi Manajer Keperawatan	17
D. Tanggung Jawab Manajer Keperawatan	19
E. Tingkatan Manajer Keperawatan	20
F. Proses Manajemen Keperawatan	22
DAFTAR PUSTAKA	25
BAB 3 TEORI MOTIVASI DALAM MANAJEMEN	27
A. Pendahuluan	27
B. Definisi Motivasi.....	29
C. Tujuan Motivasi	31
D. Fungsi Motivasi.....	31
E. Teori-teori Motivasi.....	32
F. Faktor Yang Mempengaruhi Motivasi.....	38
DAFTAR PUSTAKA	40
BAB 4 KEPEMIMPINAN DALAM KEPERAWATAN	42
A. Pendahuluan	42
B. Definisi Kepemimpinan.....	42
C. Teori Kepemimpinan	43
D. Fungsi Kepemimpinan.....	44

	E. Gaya Kepemimpinan	46
	DAFTAR PUSTAKA.....	51
BAB 5	PERILAKU ORGANISASI DALAM KEPERAWATAN.....	54
	A. Pendahuluan	54
	B. Konsep Perilaku Organisasi.....	55
	C. Ruang Lingkup Perilaku Organisasi	55
	D. Faktor-faktor Perilaku Organisasi.....	57
	E. Perilaku Individu dalam Organisasi.....	58
	F. Perilaku Kelompok dalam Organisasi.....	61
	G. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Organisasi.....	62
	H. Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia ...	63
	DAFTAR PUSTAKA.....	66
BAB 6	TEORI BERUBAH DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN.....	67
	A. Pendahuluan	67
	B. Pengertian.....	68
	C. Kategori Perubahan	68
	D. Jenis Perubahan	69
	E. Berbagai Teori Perubahan.....	69
	F. Strategi dalam Perubahan	73
	DAFTAR PUSTAKA.....	75
BAB 7	MANAJEMEN MUTU LAYANAN KEPERAWATAN.....	76
	A. Pendahuluan	76
	B. Regulasi Mutu Layanan Kesehatan	77
	C. Manajemen, Mutu, dan Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan	78
	D. Manajemen Mutu Pelayanan Keperawatan Pendekatan Case Manager.....	86
	DAFTAR PUSTAKA.....	94
BAB 8	MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP).....	97
	A. Pendahuluan	97
	B. Konsep Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional.....	99

C. Tujuan Model Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional	101
D. Model Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional	102
DAFTAR PUSTAKA	110
BAB 9 PENYELESAIAN KONFLIK DALAM PELAKSANAAN PELAYANAN RUANG RAWAT...	111
A. Pendahuluan	111
B. Konsep Konflik Organisasi.....	114
C. Berbagai Konflik di Ruang Rawat dan Upaya Mengatasinya dalam Perspektif Administrasi Publik	115
DAFTAR PUSTAKA	137
BAB 10 PATIENT SAFETY.....	139
A. Pendahuluan	139
B. Konsep <i>Patient Safety</i>	141
C. Tujuan <i>Patient Safety</i>	142
D. Sasaran <i>Patient Safety</i>	143
E. Insiden <i>Patient Safety</i>	146
F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan <i>Patient Safety</i>	149
DAFTAR PUSTAKA	152
TENTANG PENULIS	154



MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN DALAM KEPERAWATAN

Siti Umrana, S.Kep, Ns, M.Kes

R. Jaka Sarwadhamana, S.Kep., Ns., MPH

Eva Priskila, Ns.,M.Kep

Ns. Anisa Sri Utami, S. Kep., M. Kep

Dian Mitra D.S., Ners. M.Kep

Putria Carolina, Ns., M.Kep

Helen Try Juniasti,S.Kep.,Ns.,MPH

Dr. Ester Rumaseb, S.Pd. M.Kes

Dr. Lisdawati Muda, M.Si

Ellen Rosawita Veronica Purba SKep.,Ns.,M.Kep



BAB

1

KONSEP UMUM MANAJEMEN

Siti Umrana, S.Kep, Ns, M.Kes

A. Pendahuluan

Dalam menjalankan sebuah organisasi atau perusahaan, tentunya diperlukan manajemen. Sebab manajemen sangat berhubungan dengan dengan penyelesaian masalah untuk mencapai tujuan. Supaya manajemen suatu perusahaan berjalan dengan baik, penting sekali untuk memahami konsep manajemen. Manajemen adalah proses untuk menyelesaikan masalah untuk mencapai tujuan yang efisien dan efektif dalam suatu organisasi. Istilah-istilah yang sangat berkaitan dengan manajemen adalah efektivitas dan efisien. Efektivitas dalam dunia manajemen artinya mampu menyelesaikan kegiatan, melakukan tugas dengan benar, dan mencapai tujuan. Sedangkan efisien berarti menyelesaikan tugas dengan modal atau biaya yang minimum. Keberadaan manajemen berperan besar dalam menetapkan suatu tujuan organisasi atau perusahaan. Manajemen selalu berupaya untuk memperoleh tujuan dengan memanfaatkan keterampilan, keahlian, dan pengetahuan.

Setiap manajemen menginginkan agar tujuan organisasi tercapai secara efektif dan efisien. Dua hal ini menjadi tolok ukur dalam efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan organisasi.

B. Definisi Manajemen

Manajemen adalah sebuah ilmu yang sangat erat dengan kehidupan manusia. Keberadaannya diperlukan dalam usaha untuk menggapai tujuan yang ditetapkan. Manajemen mutlak diperlukan dalam operasional sebuah organisasi atau perusahaan. Manajemen berasal dari kata "to manage" dalam bahasa Inggris, yang artinya adalah mengendalikan, mengatur, memimpin, dan membina. Secara umum manajemen terkandung tiga pengertian yaitu manajemen sebagai proses; manajemen sebagai kolektivitas dari orang-orang yang melakukan aktivitas manajemen; dan manajemen sebagai suatu seni dan ilmu.

Pengertian manajemen menurut para ahli :

1. F.W. Taylor

Management is Art of knowing what you want to do and then seeing that it is done the best and cheapest way.

2. Henry Fayol

To Manage is to forecast, to plan, to organise, to command, to co-ordinate and to control.

3. Peter F. Drucker

Management is work and as such it has its own skills, its own tools and its own techniques.

Berdasarkan ketiga pengertian tersebut maka definisi dari manajemen adalah ilmu dan seni perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, serta pengawasan terhadap usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

C. Unsur - Unsur Manajemen

Unsur-unsur dalam manajemen merupakan komponen agar tujuan yang ditetapkan organisasi atau perusahaan bisa berjalan. Unsur-unsur tersebut meliputi:

1. *Man* (manusia/orang), bertindak sebagai pelaksana aktivitas dalam mencapai tujuan.
2. *Money* (uang), digunakan untuk mencukupi segala hal yang diperlukan untuk mewujudkan tujuan.

3. *Materials* (bahan-bahan material), merupakan materi atau bahan baik setengah jadi atau bahan lain yang diperlukan dalam proses kegiatan.
4. *Machine* (mesin), yaitu permesinan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan kegiatan.
5. *Method* (metode), yaitu pemilihan metode yang tepat guna untuk mencapai tujuan.
6. *Market* (pasar), yakni penguasaan pasar dalam rangka mendistribusikan hasil-hasil produksi.

D. Fungsi - Fungsi Manajemen

Fungsi manajemen merupakan serangkaian kegiatan yang dijalankan pada manajemen berdasarkan fungsinya masing-masing dan mengikuti satu tahapan tertentu saat pelaksanaannya. Fungsi-fungsi manajemen di antaranya meliputi:

1. *Planning* (perencanaan), yaitu kegiatan yang berkaitan dengan usaha membuat rencana seperti ikhtisar rinci tentang segala hal yang diperlukan untuk dikerjakan beserta caranya. Fungsi ini meliputi proses menetapkan tujuan, menentukan strategi, merumuskan rencana, dan mengevaluasi alternatif.
 - a. Melihat ke depan dan memetakan arah operasi di masa depan
 - b. Perumusan Tujuan, Kebijakan, Prosedur, Aturan, Program dan Anggaran
2. *Organizing* (pengorganisasian), yaitu keseluruhan aktivitas manajemen untuk mengalokasi semua sumber daya sesuai rencana yang sudah dibuat. Fungsi ini meliputi proses menentukan struktur, membagi tugas, menempatkan sumber daya, dan menetapkan hubungan antara manajer dan bawahan.
 - a. Menyatukan orang dan mengikat mereka bersama di mengejar tujuan bersama.
 - b. Pencacahan kegiatan, klasifikasi kegiatan, pemasangan individu ke dalam fungsi, penugasan otoritas untuk tindakan.

3. *Actuating* (pengarahan/penggerakan), yaitu tindakan mengusahakan agar seseorang atau semua kelompok mau dan mulai bekerja dengan senang hati dalam melakukan tugas pekerjaan sehingga bisa selesai sesuai tujuan yang ditetapkan. Fungsi ini meliputi proses memberikan instruksi, motivasi, komunikasi, dan kepemimpinan kepada bawahan agar dapat melaksanakan tugasnya dengan baik.
 - a. Tindakan membimbing, mengawasi dan memimpin orang.
 - b. Motivasi, kepemimpinan, pengambilan keputusan.
4. *Controlling* (pengawasan), yaitu rangkaian kegiatan untuk melakukan pengawasan, penyempurnaan, dan penilaian dalam menjamin agar tujuan dapat dicapai seperti yang telah ditetapkan pada perencanaan. Fungsi ini meliputi proses mengukur kinerja, membandingkan dengan standar, mengidentifikasi penyimpangan, dan mengambil tindakan korektif jika diperlukan.
 - a. Meletakkan standar, membandingkan yang sebenarnya dan mengoreksi penyimpangan-mencapai tujuan sesuai rencana.
5. *Coordination* (koordinasi), yaitu proses atau tindakan untuk menggabungkan berbagai elemen atau aktivitas berbeda agar dapat berjalan secara harmonis dan efisien.
 - a. Sinkronisasi dan bekerjasama dengan orang-orang didalam grup/organisasi

E. Tingkatan Manajemen

Manajemen mengenal hierarki yang terbagi ke dalam tiga tingkatan. Setiap tingkatan dipimpin oleh seorang manajer. Tingkatan manajemen meliputi:

1. Manajemen puncak (*top management*), yaitu jenjang manajemen tertinggi di sebuah organisasi atau perusahaan. Manajer di manajemen puncak memiliki tanggung jawab pada seluruh hal di organisasi. Contoh jabatan yang termasuk di dalamnya yaitu anggota dewan direksi dan presiden perusahaan. Jenjang ini meliputi manajer yang

bertanggung jawab atas keseluruhan organisasi atau bisnis. Mereka membuat keputusan strategis dan jangka panjang yang mempengaruhi arah dan tujuan organisasi.

2. Manajemen menengah (*middle management*), yaitu tingkatan manajemen di pertengahan yang membawahi dan mengarahkan manajemen di bawahnya. Tanggung jawab manajemen menengah yaitu kepada manajemen puncak. Contoh jabatan dalam manajemen ini yakni kepala bagian yang membawahi beberapa kepala seksi. Jenjang ini meliputi manajer yang bertanggung jawab atas unit atau bagian tertentu dalam organisasi. Mereka membuat keputusan taktis dan jangka menengah yang mempengaruhi kinerja unit atau bagian mereka.
3. Manajemen bawah (*low management*), yaitu manajemen tingkat bawah yang kerap disebut manajemen lini pertama. Tugasnya adalah mengawasi tenaga operasional dan bertanggung jawab pada manajemen menengah. Contoh jabatan di manajemen ini yaitu mandor atau supervisor. Jenjang ini meliputi manajer yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan operasional dalam organisasi. Mereka membuat keputusan operasional dan jangka pendek yang mempengaruhi efisiensi dan efektivitas proses produksi.

F. Sudut Pandang Manajemen

Manajemen mempunyai sifat yang universal dalam manajemen tidak terdapat sebuah kesepakatan mengenai batasan. Konsep manajemen dapat dilihat dari 4 sudut pandang yang berbeda.

1. Manajemen sebagai suatu Ilmu

Pada awalnya, manajemen tidak termasuk ke dalam sebuah teori atau ilmu. Salah satu syarat teori ialah terdapat konsep yang mampu menjelaskan fenomena. Selain itu, teori juga harus bisa meramalkan mengenai apa yang terjadi dan membuktikan ramalan tersebut. Manajemen terus dipelajari dalam kurun waktu yang cukup lama. Setelah dipelajari, akhirnya manajemen mampu membuktikan secara

penelitian. Manajemen juga sudah dianggap bisa meramalkan alasan orang-orang bekerja sama serta memahami berbagai fenomena.

Sebagai salah satu ilmu pengetahuan, manajemen berusaha secara sistematis untuk memahami bagaimana manusia bekerja sama. Manajemen juga mempelajari tentang cara masing-masing orang dalam mencapai tujuan dan menciptakan sesuatu yang bermanfaat. Kini telah lama manajemen dipelajari dan dijadikan sebagai ilmu pengetahuan. Gejala-gejala yang terdapat dalam manajemen telah diteliti melalui penelitian ilmiah. Oleh karena itu, manajemen dapat dirumuskan pada prinsip-prinsip dalam suatu teori.

Manajemen sebagai ilmu pengetahuan dipakai untuk menerangkan dan menjelaskan berbagai fenomena yang ada. Oleh sebab itu, manajer dapat memperoleh arahan terhadap apa yang dikerjakan.

2. Manajemen sebagai Seni

Manajemen sebagai seni adalah upaya yang nyata untuk memperoleh hasil maksimal dengan usaha yang minimal dalam sebuah bisnis. Dalam hal ini manajemen juga berusaha untuk memberikan pelayanan sebaik mungkin kepada seluruh pihak yang bersangkutan. Seorang ahli bernama Henry M Boettinger menyatakan pendapatnya bahwa manajemen merupakan sebuah seni ketika menentukan keputusan. Hal tersebut juga dapat mengartikan manajemen sebagai keterampilan, kemampuan, dan kemahiran untuk menerapkan prinsip.

Selain menerapkan prinsip-prinsip, manajemen juga menerapkan teknik pada saat menggunakan sumber daya untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Dalam seni manajemen terdapat tiga unsur, yakni:

- a. Pandangan
- b. Pengetahuan teknis
- c. Komunikasi

Berbagai pelatihan - pelatihan manajemen dilakukan untuk mengembangkan ketiga unsur tersebut.

Konsep manajemen sebagai sebuah seni melihat pentingnya kerja sama dengan pihak lain dalam berbisnis. Manajemen sebagai seni juga meliputi bagaimana memerintah serta mengatur orang lain agar mampu bekerja sama dengan baik dan benar. Pada dasarnya manusia merupakan seseorang yang mengatur atau "*managing*".

Terdapat sebuah seni dalam mengatur manusia lain supaya memperoleh hasil yang paling maksimal. Mary Parker Follet pernah menyebutkan "*The art getting things done through people*". Hal tersebut menunjukkan bahwa manajemen menjadi seni untuk mengatur pekerjaan orang lain.

3. Manajemen sebagai Profesi

Manajemen sebagai profesi merupakan salah satu bidang pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang yang memiliki keterampilan dan keahlian sebagai pemimpin. Dalam hal ini orang-orang yang dianggap mampu dijadikan sebagai seorang manajer atau kader.

Dalam manajemen dibutuhkan keterampilan, keahlian, skill, dan kemahiran tertentu sehingga diartikan sebagai sebuah profesi. Kemampuan yang dimiliki oleh seorang manajer bertujuan untuk melaksanakan kegiatan dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Untuk bisa memanfaatkan sumber daya yang ada secara maksimal, maka seluruh pekerjaan harus dilakukan dengan cara yang efisien dan efektif. Sedangkan untuk menjalankan pekerjaan dengan baik dibutuhkan keahlian seseorang dalam mengatur.

Kemampuan untuk mengatur perusahaan atau organisasi merupakan salah satu profesi. Seseorang memperoleh status ahli profesional karena telah mencapai standar prestasi kerja yang dapat dikatakan unggul. Status ahli profesional tidak didasarkan pada berbagai faktor dari

luar, misalnya agama, keturunan, suku, dan kinerja-kinerja lain yang tidak bersangkutan dengan pekerjaan.

4. Manajemen sebagai Proses

Manajemen melakukan banyak hal di mana antara satu kegiatan akan berhubungan dengan kegiatan lain. Hal ini disebabkan untuk tercapainya suatu tujuan tertentu. Konsep manajemen sebagai proses memandang pada proses dalam mengatur pelaksanaan pekerjaan. Terdapat beberapa tindakan yang ada pada proses manajemen, yaitu pengorganisasian, perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian. Berbagai proses tersebut merupakan fungsi dari adanya sebuah manajemen.

Setiap tindakan yang ada pada manajemen memerlukan dan akan menggunakan keahlian dan ilmu pengetahuan. Tanpa adanya keahlian dan ilmu pengetahuan, tujuan dalam sebuah organisasi tidak akan mampu tercapai.

G. Karakteristik Manajemen

Manajemen memiliki beberapa karakteristik, yaitu sebagai berikut :

1. Manajemen Berorientasi pada Tujuan

Sebuah organisasi tentunya mempunyai tujuan utama yang ingin dicapai. Tujuan dalam organisasi menjadi alasan dasar keberadaan organisasi tersebut. Manajemen berperan untuk menyatukan perbedaan berbagai upaya individu dalam menggapai tujuan. Manajemen menciptakan proses untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi atau bisnis.

2. Manajemen Bersifat Luas

Berbagai macam kegiatan terlibat dalam mengatur sebuah perusahaan. Kegiatan tersebut dapat berupa sosial, ekonomi, maupun politik. Manajemen meliputi semua kegiatan yang terlibat dalam mengelola suatu perusahaan, baik di bidang produksi, pemasaran, keuangan, sumber daya manusia, dan lain-lain.

3. Manajemen Bersifat Multidimensi

Manajemen merupakan kegiatan yang sangat kompleks sehingga terdapat berbagai dimensi. Manajemen menyangkut pekerjaan, perorangan, dan operasi atau proses produksi yang saling berinteraksi dalam suatu organisasi. Berikut beberapa dimensi yang ada pada manajemen :

a. Manajemen pekerjaan

Setiap organisasi dan perusahaan tentunya terdapat pekerjaan. Dalam hal ini manajemen mengatur seluruh pekerjaan yang ada pada organisasi untuk menentukan tujuan dan mencapainya.

b. Manajemen Orang

Aset yang paling besar dalam sebuah organisasi adalah sumber daya manusia.

c. Manajemen Operasi

Dalam hal ini dibutuhkan proses produksi yang memerlukan teknologi dan bahan input. Hal tersebut bertujuan untuk mengubah input menjadi output sesuai dengan apa yang diinginkan oleh konsumen.

4. Manajemen Menjadi Proses yang Berkelanjutan

Proses yang ada dalam manajemen merupakan rangkaian fungsi yang komposit dan berkelanjutan. Akan tetapi proses memiliki sifat yang terpisah dan terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengendalian, dan penempatan staf. Seorang manajer dalam suatu perusahaan atau organisasi harus mampu mengatasi fungsi-fungsi proses secara bersamaan. Manajemen merupakan serangkaian fungsi yang dilakukan secara terus-menerus oleh semua manajer sepanjang waktu.

5. Manajemen sebagai Kegiatan Kelompok

Organisasi merupakan sekumpulan individu yang sangat bervariasi dan memiliki kebutuhan yang berbeda-beda. Manajemen harus bisa menjadikan seluruh anggotanya mengalami perkembangan dan tumbuh. Manajemen melibatkan kerjasama antara manajer dan bawahan serta antara manajer dan pihak eksternal.

6. Manajemen Menjadi Kekuatan yang Tidak Terlihat

Manajemen merupakan sebuah kekuatan yang tidak mempunyai bentuk atau wujud. Oleh karena itu, kekuatan dalam manajemen tidak dapat dilihat kehadirannya, melainkan dapat terasa pada fungsi organisasi.

H. Prinsip Konsep Manajemen

Prinsip konsep manajemen adalah pedoman atau aturan dasar yang harus ditaati oleh semua manajer dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemennya. Beberapa prinsip konsep manajemen yang umum digunakan adalah:

1. Prinsip otoritas dan tanggung jawab. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap manajer harus memiliki otoritas yang sesuai dengan tanggung jawabnya dan harus mempertanggungjawabkan hasil kerjanya kepada atasan.
2. Prinsip kesatuan perintah. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap bawahan hanya boleh menerima perintah dari satu atasan saja untuk menghindari konflik dan kebingungan.
3. Prinsip kesatuan arah. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap kegiatan dalam organisasi harus diarahkan kepada pencapaian tujuan yang sama dan harus dilakukan dengan cara yang sama.
4. Prinsip pembagian kerja. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap pekerjaan harus dibagi menjadi bagian-bagian yang lebih kecil dan sederhana agar dapat dilakukan dengan lebih cepat dan mudah.
5. Prinsip koordinasi. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap kegiatan dalam organisasi harus diselaraskan dan disesuaikan dengan kegiatan lainnya agar dapat mencapai hasil yang optimal.

I. Macam-Macam Konsep Manajemen

Macam konsep manajemen adalah variasi atau jenis-jenis konsep manajemen yang berbeda-beda sesuai dengan bidang, tujuan, atau karakteristiknya. Beberapa macam konsep manajemen yang sering ditemui adalah:

1. Manajemen produksi. Konsep ini berfokus pada pengelolaan proses produksi barang atau jasa yang efisien dan efektif.
2. Manajemen sumber daya manusia. Konsep ini berfokus pada pengelolaan sumber daya manusia yang berkualitas dan produktif.
3. Manajemen pemasaran. Konsep ini berfokus pada pengelolaan pemasaran yang menghasilkan kepuasan dan loyalitas pelanggan.
4. Manajemen keuangan. Konsep ini berfokus pada pengelolaan keuangan yang menghasilkan profitabilitas dan likuiditas organisasi.
5. Manajemen informasi. Konsep ini berfokus pada pengelolaan informasi yang menghasilkan pengetahuan dan inovasi organisasi.
6. Manajemen strategi. Konsep ini berfokus pada pengelolaan strategi yang menghasilkan keunggulan kompetitif dan pertumbuhan organisasi.
7. Manajemen operasi. Konsep ini berfokus pada pengelolaan operasi yang menghasilkan kinerja dan kualitas organisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Gibson, M. (2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Erlangga.
- Handoko, T. H. (2011). *Management Personalia dan Sumberdaya Manusia*. Yogyakarta : Penerbit BPFE.
- Nursalam. (2013). *Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam praktik keperawatan professional, edisi 3*, Jakarta : Salemba Medika.
- Robbins, S.P. & Mary, C. (2005). *Manajemen*. Jakarta : PT Indek Kelompok Gramedia.
- Simamoro, R. (2012). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Widodo, S. E. (2015). *Manajemen Pengembangan Sumber Daya Manusia, cetakan pertama*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

BAB 2

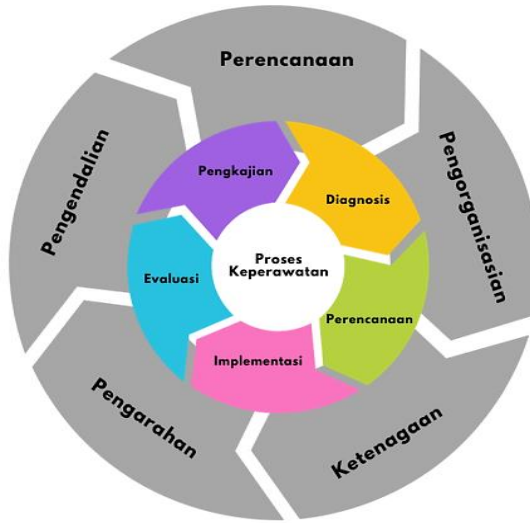
MANAJEMEN KEPERAWATAN

R. Jaka Sarwadhamana, S.Kep., Ns., MPH

A. Pendahuluan

Profesi keperawatan merupakan tulang punggung dalam sistem perawatan kesehatan di seluruh dunia, baik dalam jumlah maupun pengaruhnya dalam pemberian pelayanan. Sering dijumpai perawat, terutama lulusan baru, ingin fokus pada perawatan pasien secara langsung, dengan perhatian terbatas pada spektrum perawatan kesehatan. Namun, lingkungan kerja yang kompleks harus merangsang perawat untuk melihat lebih luas pada sistem yang mempengaruhi cara pemberian pelayanan. Keterampilan memimpin dan mengelola (manajemen), menjadi dasar perawat dalam memberikan perawatan pasien secara langsung atau berkolaborasi dengan tenaga profesi lainnya (Sarwadhamana & Yuliandari, 2021).

Manajemen memiliki peran yang signifikan dalam pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas. Penerapan fungsi manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian menjadi fokus dalam peningkatan mutu dan kualitas pelayanan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa pentingnya peran manajemen yang dilakukan oleh seorang perawat dalam pemberian asuhan keperawatan (Chen *et al.*, 2021). Manajemen keperawatan memberikan jaminan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dilakukan sesuai dengan standar dan memberikan rasa aman.



Gambar 2. 1 Manajemen keperawatan & Proses Keperawatan

Dalam praktiknya pelaksanaan manajemen keperawatan dibagi menjadi dua yaitu manajemen asuhan dan manajemen pelayanan yang tergambar pada Gambar 2.1.

1. Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan merupakan kegiatan untuk memecahkan atau meningkatkan kebutuhan dan kualitas hidup dengan penilaian kebutuhan, perencanaan perawatan dan implementasi perawatan untuk orang yang membutuhkan dukungan karena masalah kesehatan. Manajemen asuhan keperawatan adalah proses asuhan keperawatan yang saling berkaitan satu sama lain meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Aziz Alimul Hidayat, 2021). Tahapan tersebut secara simultan membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang berkesinambungan. Manajemen asuhan keperawatan berfokus kepada kebutuhan pasien (patient centered care) dengan memperhatikan kode etik dan standar praktik keperawatan. Asuhan keperawatan yang bermutu tidak terlepas dari peran dan fungsi kepala ruang sebagai manajer lini pertama.

2. Manajemen Pelayanan Keperawatan

Manajemen pelayanan keperawatan bertujuan untuk memberikan jaminan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan sudah sesuai dengan standar dan mencapai mutu serta kualitas yang diharapkan. Manajemen pelayanan adalah cara untuk mengelola perawat dalam memberikan pelayanan profesional berdasarkan ilmu keperawatan (Nursalam, 2014). Lima dasar dalam proses manajemen pelayanan keperawatan yaitu:

a. Perencanaan (*Planning*)

Manajer keperawatan harus memperhatikan aspek perencanaan yang meliputi 5 M yaitu *man, money, material, machine dan method*.

b. Pengorganisasi (*Organizing*)

Manajer keperawatan membuat pedoman pengorganisasian yang mencakup uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab, hubungan kerja antar unit dan profesi dan standar ketenagaan.

c. Ketenagaan (*Staffing*)

Manajer keperawatan melakukan pengorganisasian ketenagaan perawat dengan cara menetapkan pengaturan jadwal dinas/kerja serta menyusun dan melaksanakan program pengembangan dan pelatihan keperawatan dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

d. Pengarahan (*Actuating*)

Manajer keperawatan melakukan pengarahan untuk mencapai pelayanan keperawatan yang sesuai standar meliputi membuat kebijakan terkait penghargaan dan pemberian sanksi, melakukan supervisi, dan pengarahan terkait cara pendokumentasian asuhan keperawatan.

e. Pengendalian (*Controlling*)

Manajer keperawatan melakukan pengendalian demi terciptanya pelayanan keperawatan yang bermutu dengan cara Menyusun dan melakukan evaluasi pencapaian tujuan pelayanan serta menentukan dan melaksanakan tindak lanjut hasil pencapaian tujuan (Rotanto & Rahmah, 2023).

B. Konsep Manajemen Keperawatan

Manajemen dapat didefinisikan sebagai suatu aktivitas proses ketatalaksanaan untuk menggunakan sumberdaya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan. memahami definisi manajemen tersebut, maka makna penting yang perlu digaris bawahi adalah manajemen merupakan suatu kegiatan yang ditujukan untuk mencapai tujuan tertentu melalui kerjasama dengan orang lain. Sedangkan manajemen keperawatan merupakan bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan melalui penerapan proses manajemen dalam mencapai tujuan dan objektivitas asuhan keperawatan maupun pelayanan keperawatan (Huber, D. & Joseph, 2021). Berikut pendapat para ahli tentang manajemen keperawatan:

1. Gillies, Manajemen keperawatan merupakan suatu proses menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pengobatan dan bantuan kepada pasien yang dirawat
2. Marquis dan Huston, proses manajemen terbagi dalam lima tahap yakni perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan dan pengendalian.

Dapat disimpulkan bahwa manajemen keperawatan adalah serangkaian proses koordinasi dan evaluasi antara perawat dan dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai pelayanan keperawatan yang optimal. Manajemen pelayanan keperawatan meliputi pelayanan di rumah sakit yang dikelola oleh bidang perawatan melalui 3 tingkatan manajerial yaitu kepala bidang keperawatan (manajemen puncak), kepala unit pelayanan atau supervisor (manajemen menengah) dan kepala ruangan (manajemen bawah). Perawat dapat menjalankan fungsinya sebagai leader saat perawat mendemonstrasikan perannya sebagai manajerial untuk mengarahkan perawat lain atau profesi lainnya dalam mencapai visi perawatan kesehatan yang berkualitas. Peran dan fungsi manajer keperawatan dalam menjalankan tugasnya sangat mempengaruhi keberhasilan

pelayanan keperawatan dalam suatu ruangan. Manajer keperawatan bertugas merencanakan, mengatur, mengarahkan dan mengawasi komponen keuangan maupun sarana prasarana serta sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan yang efektif dan ekonomis kepada pasien (Marquis & Huston, 2010).

C. Peran dan Fungsi Manajer Keperawatan

Peran dan fungsi manajer keperawatan sangat penting di rumah sakit yaitu menyusun perencanaan, pengorganisasian, mengatur ketenagaan, melakukan pengarahan, dan pengendalian sebagai upaya untuk memberikan pelayanan keperawatan yang aman dan berkualitas. Adapun peran umum manajer keperawatan yaitu (Clement, 2015):

1. Menciptakan Kerja tim dan koordinasi di antara anggota kelompok.
2. Memberikan kepemimpinan dan motivasi kepada individu.
3. Menciptakan keseimbangan dinamis antara organisasi dan lingkungan yang terus berubah.
4. Bertanggung jawab atas kelangsungan hidup dan pertumbuhan organisasi.
5. Meningkatkan standar melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan material secara efektif.
6. Memantau tugas dan tanggung jawab sesuai dengan visi dan tujuan organisasi.
7. Membangun nilai kepemimpinan dalam tim.
8. Pengambilan keputusan dalam organisasi.
9. Partisipasi sebagai anggota komite penelitian.
10. Menetapkan tujuan dan sasaran untuk pelayanan keperawatan.
11. Pengembangan dan pelaksanaan pelayanan, kebijakan, dan prosedur keperawatan.
12. Dukungan dan pengembangan staf serta pendidikan berkelanjutan bagi staf keperawatan.

Manajer keperawatan juga menetapkan pengaturan jadwal dinas/kerja, melakukan supervisi, pendelegasian dan pengarahan terkait cara pendokumentasian asuhan

keperawatan. Secara spesifik Clement menjabarkan peran dari manajer keperawatan adalah:

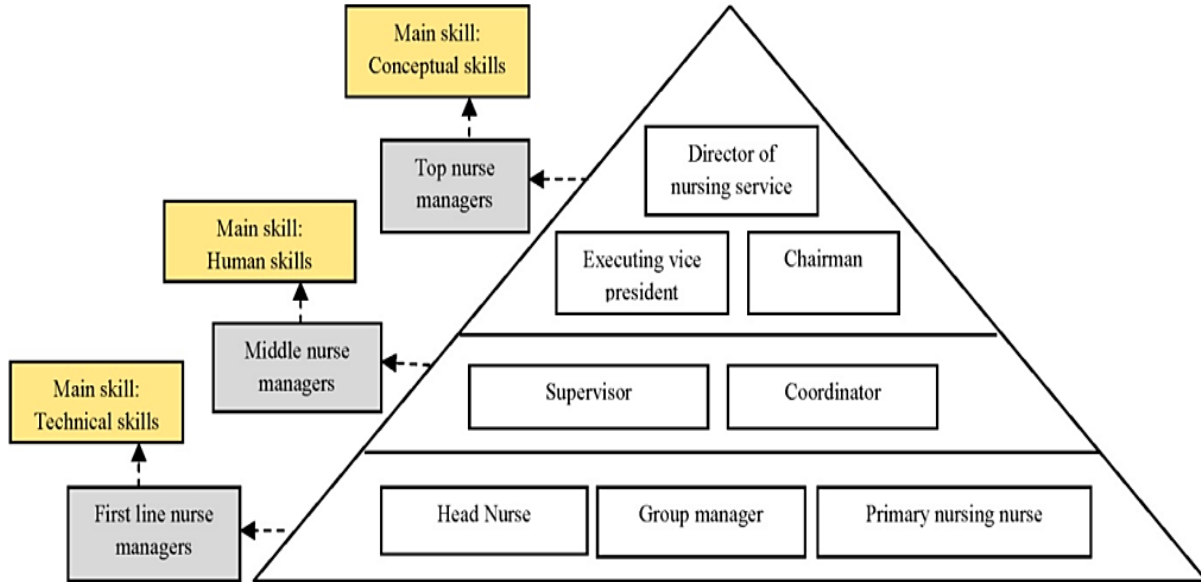
1. Persiapan tujuan: Mengembangkan rencana dan tujuan untuk area kerja yang diberikan.
2. Pengkajian pasien: Melakukan penilaian kebutuhan pasien dan memulai rencana asuhan keperawatan.
3. Pendelegasian tugas: Pelimpahan kewenangan kepada staf lainnya/perawat primer untuk melaksanakan tugas yang belum bisa dilaksanakan oleh manajer karena suatu hambatan.
4. Pengawasan: Mengarahkan staf perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan.
5. Mengkoordinasikan kegiatan: Menjadwalkan penugasan kerja, tetapkan prioritas dan arahkan pekerjaan karyawan.
6. Evaluasi program: Mengevaluasi program keperawatan dan rencana asuhan keperawatan.
7. Evaluasi kinerja: Verifikasi dan evaluasi kinerja perawat melalui tinjauan tugas kerja.
8. Pencatatan dan penyimpanan laporan: Melakukan dokumentasi, menyiapkan laporan, dan menyusun korespondensi yang terkait dengan komunikasi pekerjaan dengan unit lain.
9. Audit: Mengevaluasi dan mendokumentasikan kemajuan pasien.
10. Hubungan masyarakat: Berfungsi sebagai penghubung antara staf perawat dan otoritas yang lebih tinggi.
11. Penasihat: Melayani sebagai konselor disiplin ilmu lain
12. Penganggaran: Menilai kebutuhan staf, persediaan, peralatan, dan fasilitas fisik.
13. Pengembangan staf: Identifikasi kebutuhan pengembangan dan pelatihan staf dan memastikan staf perawat mendapatkan pelatihan yang diperlukan.

D. Tanggung Jawab Manajer Keperawatan

Seorang manajer perawat bertanggung jawab untuk mengelola dan menjalankan tim keperawatan serta berkontribusi pada pertumbuhan dan keberhasilan organisasi dengan membantu dalam pengembangan dan pemeliharaan layanan perawatan yang efisien, menguntungkan dan berkualitas tinggi (Clement, 2015). Adapun tanggung jawab manajer keperawatan sebagai berikut:

1. Memastikan bahwa informasi yang relevan mengenai kondisi pasien yang dikomunikasikan ke tempat rujukan atau anggota tim lainnya.
2. Membantu konsultan rujukan dan tim rumah sakit dalam merencanakan kelancaran perpindahan perawatan pasien dari rumah sakit ke keluarga pasien.
3. Berpartisipasi dalam inisiatif jaminan kualitas pelayanan kesehatan.
4. Memberikan informasi tentang semua prosedur layanan dan memastikan bahwa setiap pasien menerima pelayanan dari perawat dalam jangka waktu yang ditentukan.
5. Menyediakan lingkungan kerja yang aman dan secara efektif mengelola fasilitas dan fungsi administrasi.
6. Berpartisipasi dalam pengangkatan staf keperawatan yang baru.
7. Memberikan dukungan kepada manajer lainnya dan menghadiri pertemuan pengembangan teknologi di bidang keperawatan jika diperlukan.

E. Tingkatan Manajer Keperawatan



Gambar 2. 2 Tingkatan Manajer Keperawatan

Berdasarkan tanggung jawab yang dimiliki di dalam manajemen, manajer keperawatan dibagi menjadi tiga tingkatan, yaitu (Berman, A. *et al.*, 2014);

1. Manajer tingkat pertama

Manajer tingkat pertama bertanggung jawab untuk mengelola pekerjaan personel non-manajerial dan kegiatan sehari-hari dari kelompok kerja tertentu. Tanggung jawab utama mereka adalah memotivasi staf untuk mencapai agenda organisasi. Level manajer ini mengkomunikasikan masalah staf kepada administrasi tingkat atas dan melaporkan pesan administrasi kembali ke staf. Manajer tingkat pertama mencakup perawat primer, Ketua tim, atau Perawat penanggung jawab

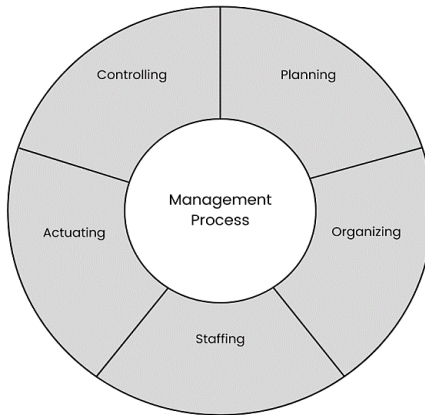
2. Manajer Tingkat Menengah

Manajer tingkat menengah bertugas untuk mengawasi sejumlah manajer tingkat pertama dan bertanggung jawab atas kegiatan di departemen yang mereka awasi. Manajer tingkat menengah berfungsi sebagai penghubung antara manajer tingkat pertama dan manajer tingkat atas. Mereka mungkin dipanggil pengawas (supervisor), manajer perawat, atau kepala perawat

3. Manajer tingkat atas

Manajer tingkat atas adalah eksekutif dari organisasi keperawatan yang bertanggung jawab untuk menetapkan tujuan dan mengembangkan rencana strategis. Perawat eksekutif adalah perawat berlisensi yang bertanggung jawab atas manajemen keperawatan dalam organisasi dan praktik keperawatan. Beberapa perawat eksekutif juga bertanggung jawab untuk unit tambahan seperti farmasi, laboratorium, dan departemen diet. Perawat dalam posisi ini dapat disebut wakil direktur keperawatan, direktur keperawatan, atau kepala bidang perawat.

F. Proses Manajemen Keperawatan



Gambar 2. 3Proses Manajemen Keperawatan

1. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan suatu proses yang mendefinisikan tujuan yang ingin dicapai dalam suatu organisasi, menyusun strategi dalam mencapai tujuan organisasi serta mengembangkan rencana aktivitas kerja pada suatu organisasi. Menurut Huber perencanaan merupakan koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan melalui penerapan proses manajemen untuk mencapai asuhan keperawatan dan tujuan pelayanan keperawatan (Huber, D. & Joseph, 2021). Tahap awal pelaksanaan aktivitas pada sebuah pekerjaan dalam organisasi membutuhkan fungsi perencanaan dalam menentukan arah dan tujuan organisasi kedepan.

Kegiatan perencanaan pelayanan dan asuhan keperawatan menjadi tanggung jawab kepala ruangan. Perencanaan dalam keperawatan dilaksanakan untuk menjamin klien akan menerima pelayanan keperawatan sesuai dengan yang mereka harapkan. Proses medikasi yang aman memerlukan perencanaan yang baik dari manajer keperawatan. Salah satu bentuk perencanaan dalam proses medikasi adalah dengan mengintegrasikan koordinator perawatan ke dalam

pengaturan praktik klinis untuk mengembangkan rencana perawatan yang berpusat pada pasien.

2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Organizing adalah proses mendistribusikan dan mengkonfigurasi sumber daya yang tersedia untuk mencapai tujuan dari organisasi yang telah ditetapkan (Huber, D. & Joseph, 2021). Pengorganisasian terdiri dari membuat struktur organisasi, menetapkan metode pemberian asuhan keperawatan, dan pengelompokkan untuk mencapai tujuan organisasi. Proses organizing juga mencakup penerapan dan implementasi dari wewenang dan kekuasaan yang tepat di dalam struktur organisasi (Marquis & Huston, 2010). Huber mengemukakan bahwa manfaat pengorganisasian untuk menjabarkan secara rinci semua pekerjaan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan, pembagian beban kerja yang disesuaikan dengan kemampuan perorangan/kelompok serta pengaturan mekanisme kerja masing-masing anggota kelompok untuk hubungan dan koordinasi (Huber, D. & Joseph, 2021).

3. Ketenagaan

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

Manager keperawatan harus menyusun perencanaan ketenagaan yang memadai agar kebutuhan asuhan pasien dapat tercukupi. Kebijakan terkait prosedur ketenagaan dan penjadwalan harus dalam bentuk tertulis serta dikomunikasikan pada semua staf dalam ruangan.

Staffing dalam manajemen keperawatan merupakan

prediktor kualitas perawatan dan berperan dalam mencegah kejadian yang membahayakan bagi pasien.

4. Pengarahan

Menurut Huber pengarahan merupakan fungsi manajemen yang melakukan pemantauan dan menyesuaikan perencanaan, proses, dan sumber yang efektif dan efisien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pengarahan merupakan fungsi dasar manajemen yang mencakup membangun iklim kerja yang efektif, menciptakan kesempatan untuk motivasi, supervisi, membina komunikasi, menyelesaikan konflik, membina kerjasama dan pendisiplinan (Huber, D. & Joseph, 2021). pengarahan yang efektif akan meningkatkan dukungan terhadap perawat dalam mencapai tujuan manajemen keperawatan dan tujuan asuhan keperawatan.

5. Pengendalian (Controlling)

Pengendalian adalah proses pengamatan secara terus menerus terhadap rencana kerja yang telah disusun dan mengoreksi penyimpangan yang terjadi. Pengendalian juga didefinisikan sebagai fungsi dalam manajemen keperawatan yang secara terus menerus terjadi selama perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan serta pengarahan. Fungsi pengendalian mencakup evaluasi kinerja, mengukur prestasi kerja, quality control, pengawasan etik dan hukum, serta pengawasan profesional (Marquis & Huston, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

- Aziz Alimul Hidayat. (2021). *Proses Keperawatan; Pendekatan Nanda, Nic, Noc Dan Sdki*. Health Books Publishing.
https://books.google.co.id/books?id=h3scEAAAQBAJ&pg=PA11&dq=Proses+Keperawatan%3B+Pendekatan+NANDA,+NIC,+NOC+dan+SDKI&lr=&hl=id&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q=Proses+Keperawatan%3B+Pendekatan+NANDA%2C+NIC%2C+NOC+dan+SDKI&f=false
- Berman, A., Snyder, S. J., Koziar, B., Erb, G. L., Levett-Jones, T., Dwyer, T., & Stanley, D. (2014). *Koziar & Erb's fundamentals of Nursing Australian edition (Vol. 3)*. Pearson Higher Education AU.
- Chen, W., Chen, J., Hu, J., Zhao, J., Zhang, J., He, G., & Gifford, W. (2021). The professional activities of nurse managers in Chinese hospitals: A cross-sectional survey in hunan province. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 143–151.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13110>
- Clement, I. (2015). *Management of Nursing Services and Education*. Elsevier Health Sciences.
- Huber, D., & Joseph, M. L. (2021). *Leadership and Nursing Care Management*. Elsevier Health Sciences.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan : teori dan aplikasi*. EGC.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika.
- Rotanto, & Rahmah, N. M. (2023). *Manajemen Keperawatan*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
https://books.google.co.id/books?id=SxHAEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Sarwadhmana, R. J., & Yuliandari, N. (2021). Hubungan Gaya Kepemimpinan Transformasional dengan Organizational

Citizenship Behavior (OCB) pada Perawat di RSUD
Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. *Jurnal Manajemen
Kesehatan Indonesia*, 9(3), 191-197.
<https://doi.org/https://doi.org/10.14710/jmki.9.3.2021.191-197>

BAB 3

TEORI MOTIVASI DALAM MANAJEMEN

Eva Priskila, Ns.,M.Kep

A. Pendahuluan

Motivasi merupakan salah satu aspek sentral yang mempengaruhi perilaku manusia dalam berbagai konteks kehidupan, termasuk di lingkungan kerja, pendidikan, dan kehidupan sehari-hari. Sejak zaman kuno hingga era modern, manusia selalu tertarik untuk memahami apa yang mendorong individu untuk bertindak dan mencapai tujuan mereka. Teori-teori motivasi memberikan kerangka kerja untuk menjelaskan proses ini, menganalisis kebutuhan, dorongan, dan faktor-faktor lain yang memotivasi tindakan manusia. Dalam konteks ini, pendahuluan ini akan membahas pentingnya memahami teori motivasi dan bagaimana pemahaman ini dapat memberikan wawasan yang berharga bagi manajemen, pendidikan, dan pengembangan pribadi (Prihartanta, 2015).

Motivasi adalah kekuatan pendorong yang mendorong individu untuk bertindak dan mencapai tujuan mereka. Ini melibatkan rangsangan internal dan eksternal yang memicu, mengarahkan, dan mempertahankan perilaku tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari, kita sering mendengar pertanyaan seperti "Apa yang membuat Anda bersemangat untuk bekerja?" atau "Apa yang mendorong Anda untuk mencapai impian Anda?" Jawaban atas pertanyaan-pertanyaan ini mencerminkan konsep motivasi, yang terdiri dari faktor-faktor yang memotivasi seseorang untuk bergerak maju.

Motivasi memainkan peran sentral dalam berbagai disiplin ilmu, dan teori motivasi memberikan landasan untuk memahami aspek-aspek ini secara lebih mendalam. Dalam konteks manajemen, pemahaman motivasi sangat penting dalam meningkatkan produktivitas, kepuasan kerja, dan kinerja karyawan. Di dunia pendidikan, motivasi adalah elemen kunci dalam membantu siswa belajar dan mencapai tujuan akademis mereka. Selain itu, dalam konteks pengembangan pribadi, pemahaman motivasi dapat memberikan alat untuk menciptakan perubahan positif dalam diri sendiri atau orang lain.

Teori motivasi menyediakan pemahaman sistematis tentang alasan di balik perilaku manusia. Salah satu teori motivasi yang paling terkenal adalah Teori Hirarki Kebutuhan Maslow, yang mengidentifikasi lima tingkat kebutuhan manusia, mulai dari kebutuhan fisiologis hingga kebutuhan aktualisasi diri. Menurut Maslow, manusia akan terdorong untuk memenuhi kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi setelah kebutuhan pada tingkat yang lebih rendah terpenuhi (Takrim *et al.*, 2021).

Mereka berusaha melakukan yang terbaik untuk memenuhi kebutuhan yang seharusnya dimiliki setiap orang. Kebutuhan motivasi dapat menjelaskan banyak perilaku seseorang. Namun, untuk memuaskan kebutuhannya, individu perlu berkomunikasi sebagai langkah untuk memuaskan kebutuhan tersebut. Proses interaksi ini disebut motivasi sederhana.

Motivasi merupakan hal yang penting karena dengan adanya motivasi diharapkan seluruh pegawai mau bekerja keras dan berdedikasi untuk mencapai kinerja yang tinggi. Untuk mengembangkan kepemimpinan yang efektif dalam suatu perusahaan atau organisasi, banyak faktor yang mempengaruhinya. Motivasi kerja yang baik mempengaruhi kerja baik setiap orang (Khaerisman *et al.*, 2021).

Stoner (1996) menyatakan ada empat teori motivasi, yaitu:

1. Motivasi adalah suatu hal yang baik, seseorang termotivasi karena menghargai atau orang lain, mereka bekerja dengan motivasi maka dari itu seseorang menghargai.
2. Motivasi merupakan salah satu faktor yang banyak menentukan kinerja seseorang, faktor lainnya adalah kemampuan, sumber daya, kinerja tempat kerja, kepemimpinan dll.
3. Motivasi dapat berkurang dan perlu diisi kembali dari waktu ke waktu Banyak keadaan psikologis bersifat siklus, sehingga perlu diisi ulang ketika Anda berada pada motivasi paling rendah.
4. Motivasi merupakan alat yang dapat digunakan manajemen untuk memelihara hubungan kerja yang baik dalam organisasi.

B. Definisi Motivasi

Motivasi adalah kekuatan internal atau dorongan yang mendorong individu untuk bertindak atau berperilaku dalam suatu cara tertentu. Ini mencakup proses psikologis, emosional, dan biologis yang mendorong seseorang untuk mencapai tujuan, memenuhi kebutuhan, atau memuaskan hasrat tertentu. Motivasi melibatkan perasaan keinginan, minat, dan dorongan yang menggerakkan individu untuk mencapai prestasi atau memenuhi kebutuhan mereka (Saputri, 2023).

Dalam konteks psikologi, motivasi adalah bidang kajian yang luas dan kompleks yang mencakup berbagai teori dan pendekatan. Ada berbagai definisi motivasi yang disajikan oleh para ahli, dan pemahaman terhadap konsep ini dapat bervariasi tergantung pada kerangka kerja teoritis yang digunakan. Dalam hal ini, beberapa definisi umum motivasi dapat memberikan pandangan yang lebih luas tentang konsep ini.

Menurut Stephen P. Robbins, seorang ahli manajemen terkemuka, motivasi dapat diartikan sebagai proses internal yang memicu, mengarahkan, dan mempertahankan perilaku individu untuk mencapai tujuan tertentu. Robbins menyajikan perspektifnya tentang motivasi dalam konteks manajemen

organisasi, menggarisbawahi pentingnya pemahaman terhadap faktor-faktor yang mendorong karyawan untuk mencapai kinerja optimal (Kartika & Nugraha, 2020).

Motivasi, menurut Robbins, tidak hanya melibatkan dorongan internal, tetapi juga melibatkan interaksi antara kebutuhan, nilai-nilai, dan lingkungan kerja. Dalam perspektif ini, motivasi dilihat sebagai kombinasi kompleks dari faktor-faktor psikologis dan situasional yang membentuk perilaku individu di tempat kerja. Robbins juga menyoroti pentingnya manajer untuk memahami kebutuhan individu dan menyediakan insentif yang sesuai. Dengan memahami keinginan dan motivasi karyawan, manajer dapat merancang strategi yang mendukung kinerja tinggi dan meningkatkan kepuasan kerja. Oleh karena itu, menurut Robbins, motivasi menjadi faktor kunci dalam mencapai tujuan organisasi dan memelihara lingkungan kerja yang produktif dan memuaskan.

Jika dilihat dari sumber kemunculannya, motivasi dibedakan menjadi dua jenis, yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik.

1. Motivasi intrinsik berasal dari dorongan internal individu untuk melakukan suatu aktivitas karena adanya kepuasan pribadi, minat, atau nilai-nilai intrinsik. Contoh dari motivasi intrinsik dapat mencakup keinginan untuk meraih pencapaian pribadi, eksplorasi kreativitas, atau ketertarikan pada suatu topik tertentu. Dalam konteks ini, individu merasa terpenuhi dan puas dengan hasil yang diperoleh dari aktivitas tersebut.
2. Motivasi ekstrinsik berasal dari faktor-faktor eksternal atau ganjaran dari lingkungan, seperti hadiah, pujian, atau hukuman. Individu dengan motivasi ekstrinsik cenderung melakukan aktivitas untuk mendapatkan imbalan atau menghindari konsekuensi negatif. Contoh motivasi ekstrinsik termasuk bekerja keras untuk mendapatkan promosi atau meningkatkan produktivitas karena imbalan finansial.

Motivasi adalah suatu proses manajemen atau sesuatu yang dilakukan oleh seorang manajer untuk meyakinkan atau memotivasi karyawannya agar bertindak dengan cara tertentu sehingga membuahkan hasil yang positif.

C. Tujuan Motivasi

Tujuan motivasi meliputi:

1. Jadikan karakter Anda terkenal karena karya Anda.
2. Meningkatkan kesehatan
3. Bersikap kolaboratif dan kreatif.
4. Membangun kerja dan hubungan yang baik.
5. Menjadi lebih produktif.
6. Meningkatkan kedisiplinan dan mengurangi ketidakhadiran.
7. Memiliki kepercayaan diri dan stabilitas
8. Membangun kapasitas untuk bekerja.
9. Menjaga kepuasan kerja dan semangat kerja
10. Mendorong kerja keras dan dedikasi.

D. Fungsi Motivasi

Motivasi seseorang dipengaruhi oleh kekuatan rangsangan energi yang ada pada diri orang tersebut atau orang yang bersangkutan, rangsangan dari luar juga mempengaruhi motivasi, namun motivasi diri mencerminkan respon seseorang terhadap rangsangan. Tujuan promosi meliputi:

1. Memotivasi orang untuk melakukan sesuatu, dalam hal ini motivasi merupakan penggerak dari segala sesuatu yang perlu dilakukan.
2. Menentukan arah tindakan yaitu menuju tujuan yang ingin dicapai, sehingga motivasi memberikan kegiatan dan tindakan yang harus diikuti.
3. Pilih tindakan, yang bertujuan untuk menentukan cara mencapai suatu tujuan, membuang tindakan yang tidak berguna untuk tujuan tersebut.

E. Teori-teori Motivasi

1. Teori Hirarki Kebutuhan Maslow

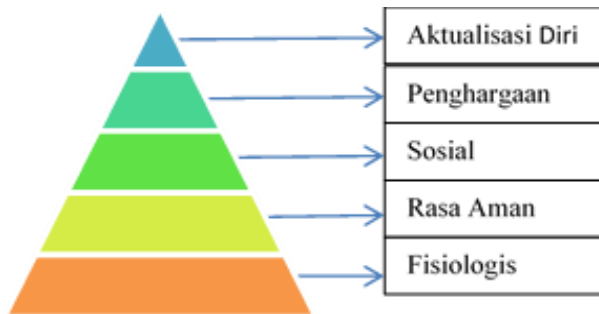
Teori ini dikemukakan oleh Abraham Maslow yang disebut dengan teori ideal. Maslow percaya bahwa setiap manusia mempunyai lima tingkat kebutuhan:

- a. Fisiologis. Teori Hirarki Kebutuhan Maslow dimulai dengan tingkat fisiologis sebagai dasar kebutuhan manusia. Ini mencakup kebutuhan dasar seperti makanan, air, tidur, dan kebutuhan biologis lainnya. Manusia perlu memuaskan kebutuhan ini sebelum melangkah ke tingkat kebutuhan yang lebih tinggi. Ketidakpuasan dalam memenuhi kebutuhan fisiologis dapat menciptakan ketegangan dan memfokuskan individu pada pemenuhan kebutuhan tersebut.
- b. Rasa aman. Setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi, individu cenderung mencari keamanan dan stabilitas. Ini mencakup kebutuhan akan perlindungan fisik dan emosional, kesehatan, serta keamanan finansial. Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan rasa aman dapat membuat individu merasa cemas atau tidak stabil secara emosional, membatasi kemampuan mereka untuk berkembang dan mencapai potensi penuh mereka.
- c. Sosial. Ketika kebutuhan akan keamanan terpenuhi, individu cenderung mencari hubungan sosial dan afiliasi. Ini mencakup kebutuhan akan cinta, kasih sayang, persahabatan, dan keterlibatan dalam kelompok sosial. Manusia secara alamiah adalah makhluk sosial, dan ketidakpuasan dalam kebutuhan sosial dapat mengarah pada isolasi dan ketidakbahagiaan.
- d. Penghargaan. Setelah kebutuhan sosial dipenuhi, individu mencari penghargaan dan pengakuan dari orang lain. Kebutuhan ini mencakup rasa prestasi, penghargaan, pengakuan, dan pertumbuhan pribadi. Manusia memiliki dorongan untuk merasa dihargai dan diakui oleh masyarakat, dan ketidakpuasan dalam kebutuhan penghargaan dapat menyebabkan rendahnya motivasi

dan kepuasan diri.

- e. Aktualisasi diri. Tingkat tertinggi dalam hierarki kebutuhan Maslow adalah aktualisasi diri, yang mencakup pemenuhan potensi penuh individu. Ini melibatkan pencarian makna hidup, kreativitas, eksplorasi potensi diri, dan mencapai tujuan yang lebih tinggi. Ketidakpuasan dalam kebutuhan aktualisasi diri dapat membuat individu merasa tidak puas dengan hidup mereka dan terus mencari makna dan tujuan yang lebih dalam.

Ketika seseorang membutuhkan bantuan, kebutuhan lain menjadi penting. Jadi, jika kita ingin memotivasi seseorang, kita perlu memahami tingkat hierarki kebutuhan orang tersebut saat ini dan fokus pada pemenuhan kebutuhan pada tingkat tersebut dan di atasnya (Henniwati & Eliza, 2020).



Gambar 3. 1 Teori Kebutuhan Abraham Maslow

2. Teori X dan Teori Y

Douglas McGregor, seorang ahli manajemen terkemuka, mengembangkan dua konsep utama dalam teorinya yang dikenal sebagai Teori X dan Teori Y. Kedua teori ini memberikan pandangan berbeda tentang cara manusia berinteraksi dengan pekerjaan dan motivasi di lingkungan kerja.

Teori X, yang dikembangkan oleh McGregor pada tahun 1960, menggambarkan pandangan tradisional dan pesimistis terhadap manusia di tempat kerja. Menurut Teori X, manusia secara alamiah enggan bekerja dan mencari cara untuk menghindari tanggung jawab. Pandangan ini menekankan pada kontrol eksternal, hukuman, dan pengawasan ketat untuk mendorong kinerja yang baik. Manajer yang mengadopsi Teori X mungkin melihat pekerja sebagai individu yang perlu diawasi secara ketat dan diberi instruksi spesifik untuk menghindari potensi kelalaian (Maria, 2023).

Teori Y, yang juga dikemukakan oleh McGregor, menyajikan pandangan yang lebih optimis tentang manusia dan pekerjaan. Menurut Teori Y, pekerjaan dianggap sebagai sesuatu yang alamiah bagi manusia, dan mereka memiliki dorongan bawaan untuk mencapai tujuan dan berkontribusi. Teori Y menganggap bahwa manusia dapat memotivasi diri mereka sendiri dan dapat menanggapi tantangan dengan inovasi dan kreativitas. Manajer yang mengadopsi Teori Y cenderung memberikan lebih banyak kebebasan, tanggung jawab, dan peluang pengembangan kepada karyawan, karena mereka percaya bahwa karyawan akan mengambil inisiatif untuk mencapai tujuan organisasi (Friandi *et al.*, 2019).

3. Teori Dua Faktor

Teori Dua Faktor Herzberg, yang dikembangkan oleh Frederick Herzberg pada tahun 1959, memberikan wawasan mendalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi karyawan di lingkungan kerja. Teori ini dikenal dengan istilah "Motivator-Hygiene" atau "Teori Keinginan dan Ketidakpuasan". Herzberg mengidentifikasi dua kategori faktor yang berpengaruh pada kepuasan dan motivasi karyawan, yaitu Faktor Motivasi dan Faktor Higienis.

a. Faktor Motivasional

Faktor motivasi, juga dikenal sebagai faktor intrinsik atau kepuasan pekerjaan, merujuk pada aspek-aspek pekerjaan yang mempengaruhi kepuasan dan motivasi karyawan. Menurut Herzberg, faktor motivasi adalah faktor-faktor yang berkaitan dengan sifat pekerjaan itu sendiri dan dampaknya terhadap pengembangan pribadi dan pencapaian tujuan. Beberapa faktor motivasi yang diidentifikasi oleh Herzberg termasuk pencapaian, tanggung jawab, promosi, pertumbuhan pribadi, dan pengakuan. Faktor-faktor ini membantu membangun motivasi intrinsik karyawan, mendorong keterlibatan lebih tinggi, dan meningkatkan kepuasan kerja.

Misalnya, karyawan yang merasa mencapai tujuan atau mendapatkan pengakuan atas kontribusi mereka cenderung lebih termotivasi. Faktor motivasi menciptakan kepuasan yang lebih tahan lama karena mereka terkait erat dengan pencapaian pribadi dan perkembangan profesional.

b. Faktor *Hygienis*

Di sisi lain, faktor higienis, atau faktor ekstrinsik, tidak langsung berkaitan dengan sifat pekerjaan itu sendiri, melainkan dengan kondisi di sekitar pekerjaan. Faktor-faktor ini dapat mencakup gaji, kondisi kerja, kebijakan perusahaan, supervisi, hubungan interpersonal, dan faktor-faktor lingkungan lainnya. Herzberg berpendapat bahwa faktor higienis dapat mengurangi ketidakpuasan, tetapi meningkatkannya tidak akan meningkatkan motivasi atau kepuasan secara signifikan.

Sebagai contoh, gaji yang adil dan kondisi kerja yang layak dianggap sebagai faktor higienis yang dapat mencegah ketidakpuasan, tetapi peningkatan gaji atau perbaikan kondisi kerja tidak selalu berarti peningkatan motivasi. Mereka hanya membantu menciptakan lingkungan yang memungkinkan motivator intrinsik bekerja efektif.

Friedrich Herzberg percaya bahwa hubungan seseorang dengan pekerjaan itu penting dan kebiasaan kerja dapat menentukan keberhasilan atau kegagalan. Ini pertama kali terjadi ketika Hertzberg ingin mengetahui apa yang diinginkan orang dari karyanya. Dia meminta orang untuk menggambarkan situasi kerja mereka dan jawabannya sangat bervariasi dan menghasilkan dua emosi yang disebut Hertzberg sebagai kesejahteraan emosional (Masitoh *et al.*, 2020).

4. Teori Kebutuhan McClelland

David McClelland, seorang psikolog sosial terkemuka, mengembangkan Teori Kebutuhan McClelland yang memusatkan perhatiannya pada tiga kebutuhan dasar manusia, yaitu Kebutuhan untuk Berprestasi (nAch), Kebutuhan untuk Berdaya (nPow), dan Kebutuhan untuk Memiliki Hubungan yang Baik di Tempat Kerja. Teori ini memberikan pemahaman mendalam tentang motivasi individu di lingkungan kerja (Ariyah *et al.*, 2023) :

- a. Kebutuhan untuk berprestasi (nAch) merujuk pada dorongan intrinsik untuk mencapai tujuan yang menantang dan untuk berhasil dalam tugas-tugas yang menantang. Individu dengan tingkat nAch yang tinggi cenderung mencari tantangan, mengambil inisiatif, dan menetapkan tujuan yang ambisius. Mereka merasa terdorong oleh pencapaian dan pengakuan atas kinerja mereka. Dalam konteks bisnis, individu dengan nAch tinggi dapat menjadi pemimpin yang efektif, pengusaha, atau inovator, karena mereka merasa puas ketika mencapai hasil yang signifikan. Organisasi dapat memanfaatkan kebutuhan untuk berprestasi dengan memberikan tugas dan proyek yang menantang kepada karyawan yang memiliki tingkat nAch yang tinggi. Memberikan umpan balik yang konstruktif dan pengakuan atas pencapaian dapat meningkatkan motivasi dan keterlibatan mereka dalam pekerjaan.

- b. *Need for power* (nPow) adalah dorongan untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain serta situasi di sekitar mereka. Individu dengan tingkat nPow yang tinggi memiliki hasrat untuk berkuasa, mengambil tanggung jawab kepemimpinan, dan memimpin. Mereka cenderung mencari posisi atau peran yang memberi mereka kekuasaan untuk mempengaruhi keputusan dan hasil di tempat kerja.

Pada tingkat organisasi, memahami kebutuhan untuk berdaya dapat membantu manajer menempatkan individu dengan nPow tinggi dalam peran kepemimpinan atau memberikan tanggung jawab yang memungkinkan mereka untuk berkontribusi secara signifikan. Namun, perlu diperhatikan bahwa dorongan berdaya yang tidak seimbang dapat menyebabkan perilaku otoriter atau manipulatif jika tidak dikelola dengan bijak.

- c. Kebutuhan untuk memiliki hubungan yang baik di tempat kerja mencerminkan dorongan untuk membina dan mempertahankan hubungan interpersonal yang positif dan kooperatif. Individu dengan kebutuhan ini tinggi cenderung peduli dengan kebutuhan orang lain, membangun hubungan yang kuat, dan bekerja sama dengan rekan kerja. Mereka menilai lingkungan kerja yang mendukung kolaborasi dan komunikasi yang efektif.

Manajer dan pemimpin dapat memanfaatkan kebutuhan ini dengan mempromosikan budaya kerja yang mendukung kerjasama dan membangun tim. Memberikan peluang untuk interaksi sosial dan proyek kolaboratif dapat meningkatkan keterlibatan karyawan yang memiliki kebutuhan untuk memiliki hubungan yang baik di tempat kerja tinggi.

F. Faktor yang Mempengaruhi Motivasi

1. Karakteristik Individu: minat, sikap, keterampilan atau kemampuan, pengetahuan dan perasaan
 - a. Minat: Minat individu terhadap tugas atau aktivitas tertentu dapat menjadi pendorong motivasi. Ketika seseorang memiliki minat yang tinggi terhadap suatu pekerjaan, kemungkinan besar motivasi untuk melibatkan diri dalam tugas tersebut akan meningkat.
 - b. Sikap: Sikap positif terhadap pekerjaan atau tugas juga memainkan peran penting dalam motivasi. Jika individu memiliki sikap yang positif terhadap tugasnya, dia cenderung lebih termotivasi untuk bekerja dengan baik.
 - c. Kompetensi: Tingkat kompetensi atau keterampilan individu dalam melakukan suatu pekerjaan dapat mempengaruhi motivasi. Rasa kompetensi yang tinggi dapat meningkatkan motivasi karena individu merasa mampu menyelesaikan tugas dengan baik.
 - d. Pengetahuan: Tingkat pengetahuan dan pemahaman terhadap pekerjaan atau tujuan dapat mempengaruhi motivasi. Ketika individu memiliki pemahaman yang baik, mereka cenderung lebih termotivasi untuk berkontribusi secara efektif.
 - e. Emosi: Aspek emosional juga dapat memainkan peran dalam motivasi. Kondisi emosional yang positif, seperti kegembiraan atau kepuasan, dapat meningkatkan motivasi, sementara emosi negatif seperti frustrasi atau kelelahan dapat mengurangnya.
2. Pekerjaan : Lingkungan kerja, persaingan, manajer, stres rekan kerja, keterlambatan kerja, banyaknya tugas yang diberikan oleh manajer.
 - a. Lingkungan Pekerjaan: Lingkungan kerja yang mendukung, ramah, dan memotivasi dapat meningkatkan motivasi. Faktor-faktor seperti budaya organisasi, dukungan rekan kerja, dan fasilitas kerja dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap pekerjaan dan, sebagai hasilnya, motivasinya.

- b. Tekanan Pimpinan: Gaya kepemimpinan dan tekanan yang diberikan oleh atasan juga dapat mempengaruhi motivasi. Kepemimpinan yang memberdayakan dan mendukung mungkin meningkatkan motivasi, sedangkan tekanan yang berlebihan atau manajemen otoriter dapat mengurangnya.
- c. Menunda Pekerjaan: Kebiasaan menunda pekerjaan atau prokrastinasi dapat menjadi penghalang serius terhadap motivasi. Individu yang cenderung menunda pekerjaan mungkin mengalami penurunan motivasi karena kesulitan dalam memulai atau menyelesaikan tugas.
- d. Banyaknya Pekerjaan: Beban kerja yang berlebihan dapat menjadi faktor yang mengurangi motivasi. Individu yang merasa terlalu banyak pekerjaan atau terlalu banyak tugas untuk dikelola dalam waktu yang terbatas mungkin mengalami kelelahan dan penurunan motivasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyah, N., Surabaya, U. M., Wahjono, S. I., & Surabaya, U. M. (2023). *Pemotivasiian menurut teori Mc Cleland. January.*
- Friandi, R., Suharti, N., & Harmawati, H. (2019). Hubungan Manajemen Kontroling Kepala Ruangan Dengan Motivasi Dan Kelengkapan Pendokumentasian Oleh Perawat Pelaksana Diruang Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 10(2), 108. <https://doi.org/10.30633/jkms.v10i2.375>
- Henniwati, & Eliza. (2020). Hubungan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruangan Rawat Inap Rsud Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 11(2), 123-140. <http://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/medika/article/view/857>
- Kartika, W., & Nugraha, H. S. (2020). PENGARUH MOTIVASI DAN PELATIHAN TERHADAP KINERJA PERAWAT (Studi Kasus Perawat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang). *Jurnal Ilmu Administrasi Bisnis*, 9(2), 32-40. <https://doi.org/10.14710/jiab.2020.27186>
- Khaerisman, M., Syafar, M., & Azis, R. (2021). Analisis Faktor Yang Memengaruhi Motivasi Kerja Perawat Di Puskesmas Pamboang Kabupaten Majene. *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 136. <https://doi.org/10.31602/ann.v8i2.5390>
- Masitoh, I., Firdaus, M. A., & Rinda, R. T. (2020). Pengaruh Motivasi Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan. *Manager: Jurnal Ilmu manajemen*, 2(3), 301. <https://doi.org/10.32832/manager.v2i3.3704>
- Prihartanta, W. (2015). Teori-Teori Motivasi Prestasi. *Universitas Islam Negeri Ar-raniry*, 1(83), 1-11.
- Saputri, N. R. (2023). *Motivasi Di Rumah Sakit Umum Kertha Usada Dalam Meningkatkan Lingkungan Kerja Perawat. July.*

[https://www.researchgate.net/profile/Nabila-Rindiani-Saputri/publication/372135277_MOTIVASI_DI_RUMAH_SAKIT_UMUM_KERTHA_USADA_DALAM_MENINGKATKAN_LINGKUNGAN_KERJA_PERAWAT/links/64a619eb9ed6874a5fc7568/MOTIVASI-DI-RUMAH-SAKIT-UMUM-KERTHA-USADA-DALAM-MENINGKATKAN_LINGKUNGAN_KERJA_PERAWAT](https://www.researchgate.net/profile/Nabila-Rindiani-Saputri/publication/372135277_MOTIVASI_DI_RUMAH_SAKIT_UMUM_KERTHA_USADA_DALAM_MENINGKATKAN_LINGKUNGAN_KERJA_PERAWAT/links/64a619eb9ed6874a5fc7568/MOTIVASI-DI-RUMAH-SAKIT-UMUM-KERTHA-USADA-DALAM-MENINGKATKAN-LINGKUNGAN-KERJA-PERAWAT)

Takrim, M., NAPITUPULU, R. H. M., & ... (2021). Dampak Motivasi Dan Disiplin Kerja Terhadap Kinerja Pengemudi Bus. *Jurnal Administrasi ...*, 9(1), 37-48. <http://www.ejournal-binainsani.ac.id/index.php/JAK/article/view/1474>
<https://www.ejournal-binainsani.ac.id/index.php/JAK/article/download/1474/1302>

BAB 4

KEPEMIMPINAN DALAM KEPERAWATAN

NS.ANISA SRI UTAMI, S.KEP., M.KEP

A. Pendahuluan

Proses manajemen keperawatan diperlukannya konsep kepemimpinan dalam keperawatan untuk membantu proses pelayanan. Seorang manajer harus memiliki karakter pemimpin yang dianggap sebagai penentu arah, mengarahkan perubahan dengan mempengaruhi orang lain menggunakan ilmu manajemen dalam pengelolaan dan pengorganisasian sumber daya (Arif & Yusnaini, 2021).

Kepemimpinan dan manajemen sama pentingnya dalam suatu organisasi untuk pencapaian tujuan. Kepemimpinan dan manajemen. Perbedaan terletak pada fungsi dan perannya. Fungsi manajemen sebagai pencipta peraturan dan konsistensi, sedangkan kepemimpinan membuat suatu perbaikan dan pengembangan. Manajemen memiliki tanggung jawab untuk memimpin organisasi sehingga mencapai visi dan tujuan organisasi. Pengelolaan yang buruk serta tujuan yang tidak tercapai seiring dengan kepemimpinan yang buruk maka tidak ada tujuan dan visi yang jelas untuk dicapai (Zalukhu *et al.*, 2023). Sehingga penerapan kepemimpinan dalam keperawatan perlu diterapkan untuk mencapai tujuan organisasi pelayanan.

B. Definisi Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan kegiatan individu saling bekerja sama dan mempertahankan hubungan yang terwujud dengan adanya kepercayaan, inspirasi, tindakan dan pelayanan

(Huber, 2018). Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan suatu tujuan, visi dan harapan bagi semua perawat profesional dalam segala bentuk praktik. Kepemimpinan memiliki banyak definisi, namun komponen utama dari semua definisi adalah visi, komunikasi, kemampuan untuk memotivasi dan mengembangkan orang serta kemampuan untuk mewujudkan perubahan inovatif .

Kepemimpinan merupakan proses dua arah, dua pihak yaitu satu pihak harus mengetahui cara memimpin dan pihak lain mengikuti (Ahda, 2021). Sehingga kepemimpinan dapat diartikan sebagai suatu kegiatan yang dapat membawa staff atau orang lain dalam arah perubahan untuk kebaikan tujuan organisasi.

C. Teori Kepemimpinan

1. Teori Sifat

Teori sifat mengatakan bahwa pemimpin itu sendiri telah memiliki atribut - atribut yang secara alamiah dan dianugerahi yang tidak dimiliki oleh orang lain yang berupa kemampuan dalam memahami secara mendalam, pandangan masa depan yang terarah dan kemampuan untuk pendekatan ke orang lain (Syarifudin, 2004).

Teori sifat ini beranggapan bahwa manajerial yang berhasil jika memiliki pemimpin yang luar biasa. Kemampuan yang dimiliki berdasarkan teori sifat yaitu:

a. Intelegensia

Pemimpin memiliki intelegensi yang berbeda dengan orang yang dipimpinya. Sehingga akan terdapat masalah jika perbedaan intelegensi yang ekstrim.

b. Kepribadian

Pemimpin memiliki sifat berupa kewaspadaan, keaslian, keyakinan pribadi dan kepercayaan diri.

c. Karakteristik fisik

Penelitian mengatakan bahwa seorang pemimpin efektif dengan karakteristik usia, tinggi badan, berat badan dan penampilan yang menjadi poin penting dalam meraih

posisi pemimpin.

2. Teori Pribadi-Perilaku

Pemimpin dari teori ini lebih kepada eksplorasi pemikiran dari bagaimana seseorang berperilaku daripada menemukan sifat – sifat. Hal ini berpengaruh pada prestasi dan kepuasan dari stafnya.

3. Teori Kepemimpinan Situasional

Pemimpin dalam menggunakan suatu gaya kepemimpinan berdasarkan pemahaman perilakunya, sifat – sifat stafnya dan situasi organisasinya. Hal ini ditekankan bahwa keterampilan diagnostic dalam perilaku manusia diperlukan.

D. Fungsi Kepemimpinan

Seorang pemimpin terlahir mempunyai sifat dan kepribadian untuk memimpin berdasarkan *Great man theory* atau *threath theory*. Namun berdasarkan teori *Garner's leadership* berpendapat bahwa tugas dari seorang pemimpin yaitu berinteraksi dengan pengikutnya. Menurut (Nursalam, 2014) (Blacius dedi, 2020) fungsi kepemimpinan yaitu:

1. Mempengaruhi orang lain

Pemimpin mampu menyampaikan suatu hal berupa ide – ide, pandangan, gagasan dan ajakan yang akan membuat pengikut tertarik dengan ide, gagasan tersebut. Sehingga pemimpin dituntut untuk mampu mengatakan ide pemikiran agar orang-orang yang dipimpinnya memiliki efek positif.

2. Motivator

Kemampuan pemimpin dengan selalu berpikir positif kepada seseorang, kemampuan dalam memberi komentar serta berupa saran yang positif, memberikan penghargaan kepada staf, bersemangat dan selalu antusias untuk melakukan pekerjaan.

3. Model/Tauladan

Pemimpin dalam menjalankan fungsi tauladan sebagai seseorang yang dapat memberi contoh dalam integritas personalitanya. Integritas personality digambarkan sebagai

bentuk disiplin, memiliki komunikasi yang baik, perhatian serta dapat membantu dalam pemecahan masalah, keyakinan tinggi, tidak dapat dipengaruhi, jujur, terbuka terhadap saran dan kritikan, tanggung jawab dan tanggung gugat, berwibawa, berpengetahuan luas, dan bijaksana.

4. Membuat Keputusan

Kepemimpinan diharapkan mampu, berani dan bertanggung gugat dalam mengambil keputusan serta menghadapi risiko sebagai dampak dari keputusan yang diambil. Dalam pengambilan keputusan dipertimbangkan beberapa hal yaitu sosial, psikologis, politik, referensi kekinian, trends issue dan kebijakan. Serta keputusan yang diambil berorientasi pada eksternal dan berdampak terhadap *customer, user* dan *stakeholder*.

Sedangkan Peran pemimpin perawat diposisikan sebagai berikut (Iksan *et al.*, 2023):

1. Memberi pengaruh dengan cara pemanfaatan jaringan formal dan informal guna memperoleh dukungan, meningkatkan strategi atau mendukung perubahan, mengintegrasikan tim di suatu pelayanan.
2. Sebagai validator dengan cara membagikan keahlian klinis untuk pengambilan keputusan merawat pasien, mempunyai proses peningkatan kinerja melalui pengambilan keputusan berdasarkan data, dan adaptasi teknologi baru.
3. Sebagai penasihat strategis sistem pelayanan kesehatan dengan cara memastikan inovasi menggambarkan bukti praktik, memberikan konsultasi baik secara internal maupun eksternal yang berdampak pada keputusan praktik keperawatan, menggunakan lobi dan aktivisme untuk mempengaruhi pengambilan keputusan kebijakan kesehatan (Fuller & Hansen, 2019).

E. Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan klasik menurut (Blacius dedi, 2020) sebagai berikut:

1. Gaya Demokratis

Gaya kepemimpinan ini digambarkan sebagai pemimpin yang memiliki wewenang yang luas kepada bawahan dengan cara melibatkan bawahan dalam setiap masalah (Sultan & Prasetyo, 2023). Staff mendapatkan informasi dari seorang pemimpin mengenai tugas dan tanggung jawabnya merupakan ciri gaya kepemimpinan ini. Gaya demokratis dicirikan sebagai seorang pemimpin selalu meminta pendapat dari karyawan, memiliki kemampuan berpikir kritis, pengambilan keputusan didasarkan pada substansi program kerja.

Kepemimpinan demokratis sangat tepat bagi kelompok yang akan bekerja sama dalam waktu yang panjang yang akan mempengaruhi hubungan interpersonal secara substansial dengan pekerjaan kelompok. Penelitian yang dilakukan (Hakim & Wirajaya, 2021) mengatakan bahwa gaya kepemimpinan demokratis memiliki pengaruh terhadap kepuasan kerja perawat di rumah sakit. Pemimpin demokratis mempunyai ciri-ciri dalam kepemimpinannya, menurut (Sono, 2020), diantaranya:

- a. Pergerakan bawahan melalui kritik, serta penolakan pendapat bahwa manusia merupakan makhluk yang paling mulia.
- b. Menyamakan kepentingan dan tujuan organisasi dengan kepentingan dan tujuan bawahannya.
- c. Mampu menerima saran, pendapat, bahkan komentar bawahannya.
- d. Memprioritaskan kerja sama tim untuk mencapai tujuan.
- e. Memberikan kebebasan staff untuk melakukan kesalahan tanpa dikoreksi sehingga staff berani untuk melakukan kesalahan lain.
- f. Memberikan kesempatan staff lebih berkembang dari pada dirinya.

g. Pemimpin selalu mengembangkan kemampuannya.

2. Gaya Otoriter

Gaya kepemimpinan otoriter dicirikan dengan memberi perintah dan membuat keputusan bagi stafnya serta mendominasi kelompok dan membuat status pemimpin lebih tinggi dari status anggota kelompok (Arif & Yusnaini, 2021). Gaya kepemimpinan otokratis dapat menimbulkan kegagalan tim namun gaya kepemimpinan tersebut sangat efektif diterapkan dalam keadaan darurat misalnya di ruangan IGD (Arif & Yusnaini, 2021). Kepemimpinan otoriter digambarkan sebagai seorang pemimpin yang mengatur kebijakan dan prosedur, memutuskan tujuan apa yang akan dicapai dan mengarahkan semua aktivitas kerja sama dari bawahan. Sehingga pemimpin memiliki digerakkan secara penuh atas tim meninggalkan sedikit otonomi dalam sebuah kelompok. Pemimpin memiliki tujuan dan harus mampu secara efektif memotivasi kelompoknya untuk menyelesaikan tugas. Kelompok diharapkan menyelesaikan tugas-tugas di bawah sangat pengawasan yang ketat, sedangkan wewenang yang tidak terbatas diberikan oleh pemimpin sendiri. Respon dari bawahan terhadap perintah yang diberikan dapat berupa hukuman atau imbalan (Gultom, 2022).

Berdasarkan pemaparan *Mindvalley* dalam (Gultom, 2022), berikut beberapa tip bagus untuk menerapkan sistem gaya kepemimpinan otokratik:

a. Menghargai peran setiap anggota

Pemimpin dengan gaya otokratik harus mampu dengan adil dan menghargai kerja serta upaya stafnya dan memperoleh penghargaan dan kesetiaan walaupun kepemimpinan dengan gaya ini kaku dalam hal aturan tapi jangan sampai membuat pemimpin semakin tidak fleksibel. Sehingga akhirnya resiko turnover pada staff dapat diminimalisir.

b. Berkomunikasi dengan jelas

Kemampuan komunikasi secara terbuka dengan stafnya merupakan ciri pemimpin yang baik. Hal ini dapat menciptakan lingkungan kerja yang lebih mendukung. Ketika aturan yang dibuat jelas maka staff merasa dihargai. Komunikasi terbuka dapat membuat staf bekerja sesuai harapan dan tidak mudah putus asa.

c. Berikan ruang untuk berpendapat

Seorang pemimpin dengan gaya ini harus menghormati staf nya sehingga tercipta hubungan saling percaya meskipun pemimpin yang menjadi pengambilan keputusan. Pemimpin memberikan kesempatan kepada karyawan untuk lebih produktif dalam bekerja. Walaupun pemimpin tidak harus mendengarkan bawahannya.

3. Gaya *laissez Faire*

Pemimpin *laissez faire* umumnya pasif dan tidak direktif kurang membuat perencanaan, keputusan dan mendorong orang lain melakukan sesuatu. Kepemimpinan dengan gaya ini membuat orang bingung dan frustrasi karena tidak ada tujuan, tidak ada pengarahan dan bimbingan (Arif & Yusnaini, 2021).

Sebaliknya, kepemimpinan *laissez-faire* bukanlah gaya ideal di fasilitas pelayanan kesehatan. Kepemimpinan *laissez-faire* meningkatkan tingkat stres, kecemasan, dan tingkat pergantian staf. Akibatnya, semakin tinggi tingkat stres pada staf menyebabkan kesalahan medis, tingkat pergantian staf yang lebih tinggi, dan perawatan yang kurang optimal bagi pasien. Setiap gaya kepemimpinan memiliki kekuatan dan kelemahan; pemimpin perlu menerapkan gaya kepemimpinan yang tepat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, sabar keselamatan, kerja sama tim, dan meningkatkan motivasi dan komitmen staf untuk mengurangi kejadian buruk dalam pelayanan kesehatan fasilitas (Khan & Tidman, 2021).

Gaya kepemimpinan menurut beberapa ahli terdapat dua kategori sebagai berikut :

1. Gaya kepemimpinan Transformasional

Menurut (Marquis & Huston, 2012) kepemimpinan transformasional memiliki ciri yaitu menggerakkan suatu organisasi dengan cara memiliki visi kemudian mengembangkan orang lain dengan visinya serta memberikan energi untuk mencapai tujuan. Huber, (2018) mendefinisikan gaya kepemimpinan transformasional sebagai proses memberdayakan pengikut dengan rasa otonomi dan tanggung jawab, yang dapat meningkatkan komitmen dan efisiensi. Selain itu, pemimpin transformasional memfasilitasi pertumbuhan dan menerjemahkan bukti ke dalamnya praktek untuk mencapai tujuan organisasi. Pemimpin transformasional sangat umum dalam keperawatan, menginspirasi dan memotivasi untuk transformasi yang kuat dari budaya dan struktur organisasi (Robbins, Beverly RN & Davidhizar, 2020) dan dianggap sebagai pilihan terbaik gaya bagi para pemimpin di sektor kesehatan, terutama bagi pemimpin perawat untuk menggerakkan tenaga perawat agar dapat memberikan pelayanan yang optimal dengan lebih baik (Al-Thawabiya *et al.*, 2023). Mulyatiningsih & Sasyari, (2021) mengatakan bahwa gaya kepemimpinan transformasional efektif meningkatkan keselamatan pasien.

2. Gaya kepemimpinan transaksional

Gaya kepemimpinan transaksional bertujuan untuk memobilisasi pengikut untuk mencapai kepentingan organisasi, kepemimpinan transaksional terutama mengakui nilai-nilai organisasi organisasi dan karyawan, namun memandang keduanya secara fundamental terpisah, memerlukan pertukaran transaksional antara organisasi dan organisasinya karyawan (Purwanto *et al.*, 2020).

Pemimpin transaksional memotivasi pengikut dengan imbalan dan hukuman atas keberhasilan atau kegagalannya mencapai tuntutan organisasi (masing-masing). Gaya ini

cocok untuk cocok untuk konteks berbasis tugas di mana otonomi karyawan, kreativitas, dan inovasi tidak menjadi prioritas (A., 2020). Sebaliknya, trans- kepemimpinan aksi juga sangat efektif dalam mengurangi tingkat kesalahan dalam perawatan kesehatan (Fletcher *et al.*, 2019). Gaya kepemimpinan transaksional efektif ketika karyawan sedang stres (Hamilton, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- A., R. (2020). Exploring the benefits and limitations of transactional leadership in healthcare. *Nurs Stand*, 35(12), 46–50. <https://doi.org/doi:10.7748/ns.2020.e11593>.
- Al-Thawabiya, A., Singh, K., Al-Lenjawi, B. A., & Alomari, A. (2023). Leadership styles and transformational leadership skills among nurse leaders in Qatar, a cross-sectional study. *Nursing Open*, January, 3440–3446. <https://doi.org/10.1002/nop2.1636>
- Arif, Y., & Yusnaini. (2021). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Andalas University Press.
- Blacius dedi. (2020). Kepemimpinan dan Manajemen Pelayanan Keperawatan: Teori, Konsep dan Implementasi. In *Ebook*. http://eprints.stikesyahoedsmg.ac.id/287/1/BUKU_KE_2_BLACIUS_DEDI_%3B_Kepemimpinan_dan_Manajemen_Pelayanan_Keperawatan_%28%29.pdf
- Fletcher, K. A., Friedman, A., & Piedimonte, G. (2019). Transformational and transactional leadership in healthcare seen through the lens of pediatrics. *The Journal of Pediatrics*, 204, 7–10.
- Gultom, J. & B. (2022). Autocracy Leadership in Improving Organizational Performance. *Proceeding 2nd International Conference on Business & Social Sciences*, 33–48.
- Hakim, N. R., & Wirajaya, I. G. (2021). Influence of Autocratic, Democratic and Laissez-Faire Leadership Styles Towards Nurse's Job Satisfaction in Inpatient Room of RSU Bhakti Rahayu Tabanan. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(1), 1017–1023. <https://doi.org/10.30994/sjik.v10i1.770>
- Hamilton, T. B. (2020). *Cosmetologists: A practical career guide*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Huber, D. . (2018). *Leadership & Nursing Care Managements* (6th ed.). Elsevier.

- Iksan, R. R., Herdalisa, W., Batubara, S., Yeni, R. I., & Putri, R. B. (2023). Peran dan Fungsi Manajer Keperawatan di Puskesmas. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(1), 83–92.
- Khan, A., & Tidman, D. M. M. (2021). Impacts of Transformational and Laissez-Faire Leadership in Health. *International Journal of Medical Science and Clinical Invention*, 8(09), 5605–5609. <https://doi.org/10.18535/ijmsci/v8i09.04>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2012). *Leadership Role and Management Function in Nursing* (7 th). wolters Kluwer Health.
- Mulyatiningsih, S., & Sasyari, U. (2021). Gaya Kepemimpinan yang Efektif dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik*, 4(1), 27–35. <https://doi.org/10.48079/vol4.iss1.60>
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Keperawatan Profesional Edisi 4*. 342.
- Purwanto, A., Bernarto, I., Asbari, M., Wijayanti, L. M., & Hyun, C. C. (2020). The impacts of leadership and organizational culture on performance in indonesian public health: The mediating effects of innovative work behavior. *International Journal of Control and Automation*, 13(2), 216–227.
- Robbins, Beverly RN, B., & Davidhizar, Ruth RN, DNS, ARNP, BC, F. (2020). Transformational Leadership in Health Care Today. *The Health Care Manager*, 39(3), 117–121. <https://doi.org/DOI:10.1097/HCM.0000000000000296>
- Sono. (2020). *Kepemimpinan Dalam Budaya Organisasi*. 10(1), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.31219/osf.io/gkv6f>
- Sultan, & Prasetyo, J. (2023). The Influence of Leadership Style and Work Motivation on Employee Performance. *Journal Markcount Finance*, 1(3), 206–215. <https://doi.org/10.55849/jmf.v1i3.116>
- Syarifudin, E. (2004). Teori Kepemimpinan. *Alqalam*, 21(102), 459. <https://doi.org/10.32678/alqalam.v21i102.1644>

Zalukhu, J., Sembiring, N., Tampubolon, M., Siregar, A., & Nurhidayah, E. (2023). Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan Terhadap Manajemen Kinerja Perawat Pelaksana: Literature Review. *Jurnal Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan*, 3(1), 1-17.

BAB 5

PERILAKU ORGANISASI DALAM KEPERAWATAN

DIAN MITRA D.S, NERS., M. KEP

A. Pendahuluan

Setiap organisasi yang dibentuk memiliki tujuan tertentu yang harus dicapai melalui kerjasama manusia yang ada didalamnya. Manusia adalah faktor utama yang sangat penting dalam setiap organisasi. Pencapaian tujuan organisasi sangat ditentukan oleh perilaku manusia yang bekerja didalam organisasi tersebut, baik sebagai individu maupun sebagai kelompok. Ketika manusia memasuki dunia organisasi maka itulah awal perilaku manusia yang berada dalam organisasi, manusia senantiasa berkembang berdasarkan situasi dan kondisi yang semakin sulit dikendalikan, maka masalah organisasi dan perilaku organisasi semakin hari semakin berkembang. Perilaku organisasi hakikatnya mendasarkan pada ilmu perilaku itu sendiri.

Perawat adalah salah satu dimensi yang sangat penting dalam organisasi keperawatan dan merupakan salah satu faktor pendukung organisasi. Perilaku organisasi hakikatnya merupakan hasil-hasil interaksi antara individu-individu dalam organisasinya. Individu membawa ke dalam tatanan organisasi meliputi kemampuan, kepercayaan pribadi, pengharapan kebutuhan dan pengalaman masa lalunya. Ini semuanya adalah karakteristik yang dimiliki individu dan karakteristik ini akan dibawa manakala akan memasuki suatu lingkungan baru yakni organisasi. Organisasi juga merupakan suatu lingkungan bagi individu yang memiliki karakteristik yang meliputi usia, jenis

kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, status perkawinan dan status kepegawaian (Thoha, 2008).

B. Konsep Perilaku Organisasi

Perilaku Organisasi adalah suatu disiplin ilmu yang mempelajari tentang perilaku tingkat individu dan tingkat kelompok dalam suatu organisasi serta dampaknya terhadap kinerja (baik kinerja individual, kelompok, maupun organisasi). Perilaku organisasi juga dikenal sebagai studi tentang organisasi (Candra Wijaya, 2017) .

Menurut Luthan dalam (Benhard Tewal, 2017) Perilaku organisasi dapat didefinisikan sebagai pemahaman, prediksi, dan pengelolaan perilaku manusia dalam organisasi.

Perilaku organisasi adalah bidang studi yang menyelidiki dampak yang dimiliki individu, kelompok, dan struktur terhadap perilaku di dalam organisasi, dengan tujuan menerapkan pengetahuan tersebut untuk meningkatkan efektivitas organisasi (Robbins, 2013).

Perilaku organisasi: bidang studi yang mengacu pada teori, metode, dan prinsip dari berbagai disiplin ilmu untuk mempelajari tentang persepsi, nilai, kapasitas belajar, dan tindakan individu saat bekerja dalam kelompok dan di dalam organisasi dan untuk menganalisis dampak lingkungan eksternal pada organisasi dan sumber daya manusia, misi, tujuan, dan strateginya. (James L. Gibson, 2012)

Beberapa definisi perilaku organisasi yang telah dikemukakan oleh para ahli secara umum berbeda berdasarkan lingkup pengetahuan dan pengalaman masing-masing. Perbedaan definisi ini pada dasarnya dapat digunakan untuk saling melengkapi dalam memahami perilaku organisasi.

C. Ruang Lingkup Perilaku Organisasi

Menurut (Wayan Gede Supartha, 2017), menyatakan bahwa dalam mempelajari perilaku organisasi perhatian dipusatkan pada tiga karakteristik yaitu:

1. Perilaku

Fokus dari perilaku keorganisasian adalah perilaku individu dalam organisasi. Untuk dapat memahami perilaku keorganisasian maka harus mampu memahami perilaku berbagai individu dalam organisasi. Tujuan pertama dari mempelajari perilaku keorganisasian adalah untuk dapat memahami dan menjelaskan kejadian-kejadian yang terjadi dalam organisasi. Kita dapat mengembangkan cara berpikir tentang kejadian di dalam lingkungan organisasi. Memahami perilaku yang terjadi didalam organisasi belum cukup, setelah memahami perilaku yang terjadi dalam organisasi, maka tujuan kedua mempelajari perilaku organisasi adalah, kita harus mampu untuk meramalkan dan menjelaskan kejadian yang terjadi dalam organisasi. Jika kita menjumpai pola kejadian yang berulang-ulang dalam organisasi, kita akan mengidentifikasi kelebihan dan kelemahan yang menyebabkan faktor tertentu terjadi. Hal ini penting karena dengan demikian kita akan dapat memprediksikan apa yang akan terjadi jika kondisi yang sama muncul, sehingga membuat lingkungan kita menjadi lebih stabil. Selanjutnya tujuan ketiga yang paling penting dalam mempelajari perilaku organisasi adalah mengendalikan perilaku-perilaku dalam organisasi. Jika pimpinan organisasi dapat memahami dan menjelaskan secara seksama perilaku yang terjadi dalam organisasi, maka akan dapat menciptakan situasi yang menghasilkan perilaku yang diinginkan dan mengurangi perilaku yang tidak diinginkan. Kemampuan kita untuk mengendalikan moral dan perilaku dalam organisasi menjadi isu penting sekarang ini.

2. Struktur

Karakteristik yang kedua dalam mempelajari perilaku keorganisasian adalah struktur dari organisasi dan kelompok. Struktur berkaitan dengan hubungan yang bersifat tetap dalam organisasi, bagaimana tugas dalam organisasi dirancang, bagaimana tugas itu diatur dalam organisasi. Struktur organisasi berpengaruh besar terhadap

perilaku organisasi atau orang dalam organisasi serta efektivitas dari organisasi tersebut.

3. Proses

Karakteristik yang ketiga dari perilaku organisasi adalah proses organisasi. Proses organisasi berkaitan dengan interaksi yang terjadi antara anggota organisasi. Proses organisasi antara lain meliputi komunikasi, kepemimpinan, proses pengambilan keputusan dan kekuasaan. Salah satu pertimbangan utama dalam merancang struktur organisasi yang efektif adalah agar berbagai proses tersebut dapat dilakukan dengan efisien dan efektif.

D. Faktor-faktor Perilaku Organisasi

Suatu organisasi dikatakan produktif bila mencapai tujuan dan melakukannya dengan cara yang tepat. Beberapa faktor yang mempengaruhi produktivitas antara lain.

1. Individual

Faktor ini datang dari dalam diri si pekerja dan sudah ada sebelum ia mulai bekerja. Faktor diri tersebut antara lain: faktor *genetic*, karakteristik biografi, kepribadian dan emosi, nilai-nilai dan sikap, persepsi, motivasi, pembelajaran individual, kemampuan, faktor pengalaman, faktor lingkungan dan faktor Pendidikan.

2. Kelompok

Faktor ini merupakan faktor level kelompok seperti komunikasi, konflik, kekuatan dan politik, tim kerja, struktur kelompok, kepemimpinan dan kepercayaan, dan pembuatan keputusan kelompok.

3. Organisasi

Faktor ini datang dari luar si individu dan hampir sepenuhnya dapat diatur dan diubah oleh pimpinan organisasi sehingga disebut juga faktor-faktor manajemen, yang antara lain:

- a. Faktor sosial dan keorganisasian seperti karakteristik perusahaan, pendidikan dan latihan, pengawasan, pengupahan dan lingkungan sosial.

- b. Faktor fisik antara lain peralatan, material, lingkungan kerja, metode kerja.

E. Perilaku Individu dalam Organisasi

Manusia merupakan salah satu dimensi dalam organisasi yang amat penting, merupakan salah satu faktor dan pendukung organisasi. Perilaku organisasi pada hakikatnya adalah hasil-hasil interaksi antara individu-individu dalam organisasinya. Oleh karena itu untuk memahami perilaku organisasi sebaiknya diketahui terlebih dahulu individu-individu sebagai pendukung organisasi tersebut (Candra Wijaya, 2017).

Secara umum dalam ilmu psikologi terdapat tiga teori kepribadian untuk memahami kepribadian seseorang yaitu *trait theory* (teori sifat), *psychodynamic theory* (teori psikodinamik) dan *humanistic theory* (teori humanistik) teori sifat mengatakan bahwa kepribadian sebagai keunikan yang dimiliki seseorang dilihat dari sifat (*traits*) tertentu, seperti ketelitian dan ketidaktelitian, keramahan dan ketidakramahan, dan lain- lain. Teori ini juga mengasumsikan bahwa semua orang memilikinya, tetapi derajat kepemilikannya berbeda- beda. Misalnya, seseorang lebih ramah dibandingkan orang lain. Teori *psikodinamik*, yang dipelopori oleh Sigmund Freud mengatakan bahwa setiap individu memiliki kepribadian yang berbeda. Hal ini disebabkan oleh setiap orang memiliki cara yang berbeda-beda dalam menghadapi rangsangan- rangsangan yang mereka hadapi. Teori ini mengatakan bahwa dalam diri manusia ibarat ada pertempuran antara *the id* dan *superego* yang dimoderasi oleh *ego*.

Teori *humanistik* menekankan bahwa setiap manusia memiliki kemampuan tumbuh dan beraktualisasi diri. Rogers dalam (Badeni, 2013) meyakini bahwa dorongan atau rangsangan yang paling pokok dalam diri manusia adalah aktualisasi diri yaitu upaya secara terus-menerus untuk merealisasikan potensi yang intrinsik pada diri individu menjadi terwujud.

Dari ketiga penjelasan teori diatas bahwa semua orang mempunyai kepribadian. Tidak ada orang yang mempunyai kepribadian lebih banyak atau lebih besar dibandingkan orang lain. Yang ada adalah setiap individu mempunyai kepribadian yang berbeda.

Salah satu cara untuk memahami sifat-sifat manusia adalah dengan menganalisa kembali prinsip-prinsip dasar yang merupakan salah satu bagian daripadanya. Prinsip-prinsip dasar itu sebagaimana dikemukakan oleh Thoha, dalam (Tahir, 2014) sebagai berikut:

1. Perilaku Berbeda Setiap Individu

Mempelajari prinsip dasar kemampuan amat penting agar dapat diketahui mengapa seseorang berbuat dan berperilaku berbeda dengan yang lain. Dengan adanya keterbatasan kemampuan ini, maka setiap orang di dalam melaksanakan tugasnya akan tidak sama pula. Demikian pula dengan seorang pemimpin. Ada seorang pemimpin bisa mengatasi persoalan yang rumit hanya memerlukan beberapa saat saja, tetapi tidak demikianlah dengan pimpinan yang lain, yang memerlukan waktu cukup lama, dengan berkonsultasi dengan para ahli dibidangnya, dan banyak cara yang dilakukan. Keterbatasan kemampuan ini yang membuat seseorang bertingkah laku yang berbeda.

Banyak yang diinginkan manusia, tetapi jawaban manusia untuk mewujudkan keinginannya itu terbatas, sehingga menyebabkan semua yang diinginkan itu tidak tercapai. Ada yang beranggapan bahwa perbedaan kemampuan ini karena disebabkan sejak lahir manusia ditakdirkan tidak sama kemampuannya. Ada pula yang beranggapan bukan disebabkan sejak lahir, melainkan karena perbedaannya menyerap informasi dan kecerdasan serta pengalaman menyelesaikan masalah. Lepas dari setuju atau tidak setuju dari perbedaan tersebut bahwa kemampuan seseorang dapat membedakan perilakunya. Karena perbedaan kemampuannya ini maka dapat kiranya dipergunakan untuk memprediksi pelaksanaan dan hasil

kerja seseorang yang bekerja sama di dalam suatu organisasi tertentu. Disinilah mengapa kita perlu memahami sifat-sifat manusia, karena dengan memahami hal tersebut dimana mengapa setiap orang berbeda maka kita akan paham mengapa seseorang berperilaku berbeda dengan yang lain di dalam melaksanakan suatu kerja yang sama.

2. Manusia Mempunyai Kebutuhan yang Berbeda

Para ahli sepakat bahwa manusia berperilaku karena didorong oleh serangkaian kebutuhan. Dengan adanya kebutuhan dalam diri setiap individu, hal ini mendorong semangatnya untuk berbuat dalam mencapai sesuatu objek atau hasil. Kebutuhan seseorang berbeda dengan kebutuhan orang lain. Seseorang karyawan yang didorong untuk mendapatkan tambahan gaji supaya dapat hidup satu bulan dengan keluarganya, tingkah perilakunya jelas akan berbeda dengan karyawan yang didorong oleh keinginan memperoleh kedudukan agar mendapatkan harga diri di dalam masyarakat.

Pemahaman kebutuhan yang berbeda dari seseorang ini amat bermanfaat untuk memahami konsep perilaku seseorang di dalam organisasi. Hal ini bisa dipergunakan untuk memprediksi dan menjelaskan perilaku yang berorientasi tujuan di dalam kerja sama organisasi. Ini juga dapat menolong kita untuk memahami mengapa suatu hasil dianggap penting bagi seseorang, dan juga menolong kepada kita untuk mengerti hasil manakah yang akan menjadi terpenting untuk menentukan spesifikasi individu.

3. Manusia Berfikir Tentang Masa Depan

Kebutuhan manusia dapat dipenuhi lewat perilakunya masing-masing. Di Dalam banyak hal, seseorang dihadapi dengan sejumlah kebutuhan yang potensial harus dipenuhi lewat perilaku yang dilakukannya. Teori *expectancy* didasarkan atas proposisi yang sederhana yakni bahwa seseorang memilih berperilaku demikian karena yakin dapat mengerjakan untuk mendapatkan sesuatu hasil tertentu.

4. Memahami Lingkungan

Memahami lingkungan adalah suatu proses yang aktif dimana seseorang mencoba membuat lingkungannya itu mempunyai arti baginya. Proses yang aktif melibatkan seseorang individu mengakui secara selektif aspek-aspek yang berbeda dari lingkungan, menilai apa yang dilihatnya dalam hubungannya dengan pengalaman masa lalu, dan mengevaluasi apa yang dialami dalam kaitannya dengan kebutuhan dan nilainya. Oleh karena kebutuhan dan pengalaman seseorang itu seringkali berbeda sifatnya, maka persepsi terhadap lingkungan juga akan berbeda.

F. Perilaku Kelompok dalam Organisasi

Tiap hari manusia akan terlibat dalam aktivitas kelompok. Setiap manusia menjadi anggota kelompok- kelompok yang berbeda di masyarakat. Ada kelompok sekolah, kelompok kerja, kelompok keluarga, kelompok sosial, kelompok keagamaan, kelompok formal, dan kelompok informal. didalam organisasi akan banyak dijumpai kelompok, pada umumnya manusia yang menjadi anggota dari suatu organisasi besar atau kecil adalah sangat kuat kecenderungannya untuk mencari keakraban dalam kelompok- kelompok tertentu. Dimulai dari adanya kesamaan tugas pekerjaan yang dilakukan, kedekatan tempat kerja, seringnya berjumpa, dan barang kali adanya kesamaan kesenangan bersama, maka timbullah kedekatan satu sama lain. Mulailah mereka berkelompok dalam organisasi tertentu.

Kelompok tidak hanya terbentuk karena tindakan manajerial, tetapi juga karena adanya usaha individu manajer menciptakan kelompok kerja untuk menangani tugas dan pekerjaan yang diberikan. Kelompok semacam ini, yang diciptakan oleh keputusan manajerial disebut kelompok formal. Kelompok juga terbentuk sebagai konsekuensi dari tindakan para pegawai. Kelompok semacam itu disebut kelompok informal, yang terbentuk karena kepentingan yang sama dan pergaulan. Ada beberapa alasan mengapa manusia berkelompok dan berorganisasi.

Menurut (Robbins, 2013) berpendapat bahwa manusia berkelompok untuk alasan:

1. Rasa Aman Rasa

Aman merupakan kebutuhan dasar manusia. Perasaan aman dapat berupa sesuatu yang bersifat material atau non material. Dengan berkelompok dan berorganisasi kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Dapat dibayangkan bagaimana seseorang yang hidup sendiri, tidak bersosialisasi.

2. Harga Diri

Dengan berkelompok dan masuk dalam organisasi akan memunculkan harga diri seseorang. Perasaan itu muncul karena dalam interaksi dengan kelompok terdapat saling ketergantungan.

3. Afiliasi

Setiap manusia memiliki kecenderungan untuk berafiliasi. Afiliasi itu dapat terjadi karena memiliki kesamaan latar belakang, kepribadian, kecenderungan, hobi, dan kesenangan.

4. Status

Manusia memiliki sifat dasar ingin dipuji, diperhatikan, dan diakui keberadaannya. Dengan berkelompok dan berorganisasi kebutuhan tersebut akan diperolehnya.

5. Kekuatan

Manusia memiliki kemampuan yang terbatas. Kekurangan dan kelemahan yang dimiliki dapat ditutupi jika mendapat dukungan dari orang lain.

6. Pencapaian Tujuan

Melalui organisasi, tujuan akan mudah dicapai. Sebagai sasaran dan alat, organisasi dapat digunakan untuk mempercepat proses tujuan bersama.

G. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Organisasi

Menurut (Wayan Gede Supartha, 2017) mengemukakan bahwa kinerja suatu organisasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal seperti berikut.

1. Faktor eksternal yang terdiri dari:
 - a. Faktor Politik
Faktor ini berhubungan dengan keseimbangan kekuasaan negara yang berpengaruh pada keamanan dan ketertiban yang akan mempengaruhi ketenangan organisasi untuk berkarya secara maksimal.
 - b. Faktor Ekonomi
Tingkat perkembangan ekonomi yang berpengaruh pada tingkat pendapatan masyarakat, daya beli, untuk menggerakkan sektor-sektor lainnya sebagai suatu sistem ekonomi yang lebih besar.
 - c. Faktor Sosial
Orientasi nilai yang berkembang ditengah masyarakat yang mempengaruhi pandangan mereka terhadap etos kerja yang dibutuhkan bagi peningkatan kinerja organisasi.
2. Faktor internal yang terdiri dari:
 - a. Tujuan Organisasi
Tujuan organisasi merupakan apa yang ingin dicapai dan apa yang ingin diproduksi oleh suatu Organisasi.
 - b. Struktur Organisasi
Sebagai hasil desain antara fungsi yang akan dijalankan oleh unit organisasi dengan struktur formal yang ada.
 - c. Sumber Daya Manusia
Merupakan kualitas dan pengelolaan anggota organisasi sebagai penggerak jalannya organisasi secara keseluruhan.
 - d. Budaya Organisasi
Merupakan gaya dan identitas suatu organisasi dalam pola kerja yang baku dan menjadi citra organisasi yang bersangkutan.

H. Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Organisasi keperawatan tingkat nasional yang merupakan wadah bagi perawat Indonesia adalah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) yang didirikan tanggal 17 Maret 1974 dan merupakan gabungan dari berbagai organisasi

keperawatan saat itu (Dermawan, 2013). Peran organisasi profesi perawat dijelaskan pada Pasal 42 UU Keperawatan yaitu berfungsi sebagai pemersatu, pembina, pengembang, dan pengawas keperawatan di Indonesia. Berdasarkan Pasal 36 huruf a UU Keperawatan, perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam kaitannya dengan organisasi dibutuhkan komitmen yang kuat seorang perawat dalam organisasi sehingga organisasi perawat yaitu PPNI dapat menjadi wadah aspirasi untuk mengembangkan perawat sebagai profesi yang memiliki kontribusi dan dedikasi bagi tercapainya tujuan kesehatan nasional.

PPNI sebagai organisasi dan wadah aspirasi perawat memiliki tujuan yaitu membina dan mengembangkan organisasi profesi keperawatan, membina, mengembangkan dan mengawasi mutu pendidikan keperawatan di Indonesia, membina, mengembangkan dan mengawasi mutu pelayanan keperawatan di Indonesia serta membina dan mengembangkan IPTEK keperawatan di Indonesia dan membina dan mengupayakan kesejahteraan anggota (Dermawan, 2013).

Komitmen seseorang terhadap organisasi seringkali menjadi isu yang sangat penting pada saat memasuki dunia kerja. Beberapa organisasi sudah memasukkan unsur komitmen sebagai salah satu syarat untuk diterima menjadi anggota suatu organisasi sehingga pada saat proses seleksi diperlukan wawancara mendalam terkait komitmen calon anggota terhadap organisasi. Pemahaman ini sangatlah penting agar tercipta kondisi kerja yang kondusif, loyalitas yang tinggi terhadap organisasi, kepuasan dalam bekerja sehingga organisasi dapat berjalan secara efektif dan efisien baik organisasi milik pemerintah maupun swasta.

Komitmen organisasi merupakan suatu konstruksi yang mencerminkan respon afektif dan kekuatan relatif dari seorang individu akan identifikasi dan keterlibatannya terhadap keseluruhan organisasi. Hal ini dimanifestasikan dengan adanya kepercayaan dan penerimaan yang kuat atas tujuan dan nilai-nilai organisasi, kemauan untuk mengusahakan tercapainya kepentingan organisasi dan keinginan yang kuat untuk mempertahankan kedudukan sebagai anggota organisasi. Respon afektif ini merupakan respon awal yang melatarbelakangi terbentuknya komitmen lanjutan perawat dalam suatu organisasi sehingga diketahuinya komitmen perawat dapat diperoleh gambaran suatu kesetiaan para anggota organisasi terhadap organisasinya (Yatnikasari, 2010)

Menurut (Asmaningrum, 2009) menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi komitmen organisasi, yaitu faktor personal, faktor organisasi dan faktor non organisasional. Dari ketiga faktor tersebut, faktor personal merupakan salah satu determinan penting yang mempengaruhi komitmen organisasi individu di tempat kerjanya. Faktor personal ini meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status kepegawaian. Terbentuknya sebuah komitmen ditentukan oleh sejumlah faktor yang tidak terjadi begitu saja, akan tetapi melalui proses yang cukup panjang dan bertahap.

Beberapa faktor personal yang diantaranya jenis kelamin dengan tingkat pendidikan dimana dinyatakan bahwa perempuan cenderung lebih berkomitmen terhadap organisasi dibandingkan pria sedangkan karyawan yang berpendidikan rendah cenderung mempunyai komitmen yang tinggi dibandingkan dengan karyawan yang berpendidikan tinggi. Selain itu faktor yang berhubungan dengan komitmen adalah karakteristik organisasi, karakteristik pekerjaan dan karakteristik individu (Kurnadi, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- Asmaningrum, 2009. Pengaruh Penerapan Spiritual Leadership Terhadap Komitmen Organisasi Pada Perawat di RS Islam. *Universitas Indonesia*, pp. 5-6.
- Badeni, 2013. *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Bandung: Alfabeta.
- Benhard Tewal, A. M. H., 2017. *Perilaku Organisasi*. Bandung: CV. Patra Media Grafindo.
- Candra Wijaya, D. H. M., 2017. *Perilaku Organisasi*. Medan: Lembaga Peduli Pengembangan.
- Dermawan, R. & R., 2013. *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- James L. Gibson, J. L. I. J. M. D. J. K. R., 2012. *Organizations: Behavior, Structure, Processes*. Fourteenth ed. New York: McGraw-Hill.
- Kurnadi, 2013. *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya: Teori, Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: FKUI.
- Robbins, S. P. & J. T. A., 2013. *Organizational Behavior*. Fifteenth ed. Boston: Pearson.
- Tahir, A., 2014. *Perilaku Organisasi*. 1 ed. Yogyakarta: Deepublish.
- Thoha, N., 2008. *Kompetensi Plus*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Wayan Gede Supartha, D. K. S., 2017. *Pengantar Perilaku Organisasi Teori, Kasus, dan Aplikasi Penelitian*. Denpasar, Bali: CV. Setia Bakti.
- Yatnikasari, 2010. Hubungan Retensi Dengan Komitmen Organisasi Perawat Pelaksana di RSAB Harapan Kita. *Universitas Indonesia*.

BAB 6

TEORI BERUBAH DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN

* Putria Carolina, Ns., M.Kep. *

A. Pendahuluan

Setiap perkembangan zaman tentunya akan mengalami perubahan dan akan terus menerus terjadi yang memiliki efek positif dan negatif. Perubahan yang positif adalah perubahan yang terjadi kearah kemajuan suatu keadaan namun perubahan yang negatif adalah perubahan ke arah suatu yang merugikan.

Tuntutan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu semakin berkembang sejalan dengan semakin meningkatnya tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakat. Pihak pemberi pelayanan kesehatan (*health care providers*) menerima tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan bermutu ditanggapi secara positif dengan melakukan reformasi sektor kesehatan.

Perubahan yang terjadi pada pelayanan kesehatan khusus merupakan kesatuan yang terintegrasi dalam perkembangan dan perubahan keperawatan di indonesia secara khusus. Perubahan merupakan cara keperawatan mempertahankan eksistensi diri sebagai suatu profesi dan berperan aktif dalam menghadapi pesatnya kemajuan zaman di berbagai sektor. Keperawatan memandang segala perubahan yang terjadi bukan sebagai suatu ancaman untuk ditakuti atau dihindari, tetapi merupakan tantangan untuk berupaya lebih kreatif dan inovatif.

B. Pengertian

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), arti kata berubah adalah menjadi lain (berbeda) dari semula.

Perubahan adalah hal (keadaan) berubah; peralihan; pertukaran. Menurut kamus Bahasa Indonesia perubahan dapat diartikan sebagai keadaan yang berubah. Jadi bisa kita definisikan bahwa perubahan adalah peralihan keadaan yang sebelumnya, perubahan tersebut tidak hanya berupa keadaan saja melainkan bisa berupa perubahan pola pikir, dan perilaku suatu masyarakat.

Perubahan adalah proses dinamis dimana yang terjadi pada tingkah laku dan fungsi seseorang, keluarga, kelompok atau komunitas (Perry & Potter, 2010).

Proses berubah juga dapat diartikan sebagai proses beranjaknya seseorang dari keadaan status quo menjadi keadaan keseimbangan semu. *Status quo* "is a situation or state of affairs as it is now, or as it was before a recent change" atau keadaan dimana seseorang belum bergerak dari keadaan semula (Siokal *et al.*, 2017).

Perubahan merupakan suatu proses yang berkelanjutan, karena proses berubah selalu terjadi karena individu hakikatnya akan melakukan sesuatu yang berbeda dari apa yang dilakukan sebelumnya. Perubahan yang terjadi meliputi perubahan tingkah laku, fungsi, keluarga, kelompok atau masyarakat (Lestari & Ramadhaniyati, 2018).

C. Kategori Perubahan

Terdapat empat kategori umum perubahan sosial yang mempengaruhi peran keperawatan (Nursalam, 2016), yaitu pergeseran menuju arah pengasuhan diri sendiri dan rasa tanggung jawab seseorang terhadap kesehatan yang meliputi:

1. Pengaruh faktor-faktor lingkungan terhadap kesehatan.
2. Pergeseran penekanan pelayanan kesehatan dengan lebih menekankan pada upaya pencegahan gangguan kesehatan.
3. Perubahan peran dan pemberi pelayanan kesehatan.

4. Cara-cara baru pengambilan keputusan dalam bidang kesehatan, tanggung jawab yang lebih besar dalam perencanaan kesehatan.

D. Jenis Perubahan

Menurut Harischandra (2007) dalam (Riadi, 2020), berdasarkan sifatnya terdapat tiga jenis perubahan dalam sebuah organisasi, yaitu:

1. *Smooth incremental change*

Perubahan terjadi secara lambat, sistematis dan dapat diprediksi serta mencakup rentetan perubahan dalam kecepatan konstan.

2. *Bumpy incremental change*

Perubahan ini dicirikan sebagai periode relatif tenang yang sekali-sekali disela percepatan gerak perubahan yang dipicu oleh perubahan lingkungan organisasi dan juga bisa bersumber dari internal seperti tuntutan peningkatan efisiensi dan perbaikan metode kerja.

3. *Discontinuous change*

Perubahan ditandai dengan pergeseran-pergeseran cepat atas strategi, struktur, budaya, dan ketiganya sekaligus. *Discontinuous change* adalah *frame breaking change*, yaitu perubahan yang bersifat revolusioner dan cepat.

E. Berbagai Teori Perubahan

Berikut ini beberapa teori perubahan (Nursalam, 2016):

1. Teori Kurt Lewin (1951)

Menurut teori Kurt Lewin (1951) mengungkapkan bahwa perubahan dapat dibedakan menjadi tiga tahapan, yaitu sebagai berikut:

- a. Pencairan (*unfreezing*)

Pencairan (*unfreezing*) adalah motivasi yang kuat untuk beranjak dari keadaan semula dan mengubah keseimbangan yang ada. Perubahan mulai dirasakan perlu pada tahap ini sehingga muncul kesiapan untuk berubah, menyiapkan diri dan upaya untuk melakukan

perubahan.

b. Bergerak (*moving*)

Bergerak (*moving*) yaitu bergerak menuju keadaan yang baru atau tingkatan atau tahapan perkembangan baru karena memiliki cukup informasi, memiliki sikap dan kemampuan untuk berubah, memahami masalah yang dihadapi dan mengetahui langkah-langkah nyata untuk berubah dalam mencapai tingkat atau tahap baru tersebut.

c. Pembekuan (*refreezing*)

Pembekuan (*refreezing*) yaitu keadaan disaat motivasi telah mencapai tingkat atau tahap yang baru atau keseimbangan yang baru. Tingkat baru yang telah dicapai harus dijaga agar tidak mengalami kemunduran pada tingkat atau tahap perkembangan awal. Pentingnya umpan balik dan kritik yang membangun dalam upaya pembinaan (*reinforcement*) yang terus-menerus dan berkelanjutan.

Lewin mengidentifikasi beberapa hal dan alasan yang harus dilaksanakan oleh seorang manajer dalam merencanakan suatu perubahan, yaitu:

- a. Perubahan hanya boleh dilaksanakan untuk alasan yang baik;
- b. Perubahan harus secara bertahap;
- c. Semua individu yang terkena perubahan harus dilibatkan dalam perencanaan perubahan.

Alasan perubahan Lewin yang dapat diterapkan pada berbagai situasi, yaitu:

- a. Perubahan ditujukan untuk menyelesaikan masalah;
- b. Perubahan ditujukan untuk membuat prosedur kerja lebih efisien;
- c. Perubahan ditujukan untuk mengurangi pekerjaan yang tidak penting.

2. Teori Roger (1962)

Roger (1962) mengembangkan teori dari Lewin (1951) tentang tiga tahap perubahan dengan menekankan latar belakang individu yang terlibat dalam perubahan dan lingkungan dimana perubahan tersebut dilaksanakan. Roger menjelaskan lima tahap dalam perubahan yaitu kesadaran, keinginan, evaluasi, mencoba dan penerimaan atau dikenal juga sebagai *awareness, interest, evaluation, trial, adoption* (AIETA).

Setiap individu yang terlibat dalam proses perubahan dapat menerima atau menolaknya. Meskipun perubahan dapat diterima, mungkin pada saat tertentu akan ditolak setelah perubahan tersebut dirasakan sebagai hal yang menghambat. Roger percaya bahwa proses penerimaan terhadap perubahan lebih kompleks dibandingkan teori yang dijabarkan oleh Lewin.

Perubahan yang efektif bergantung pada individu yang terlibat, tertarik dan berupaya untuk selalu berkembang dan maju serta memiliki komitmen untuk bekerja dan melaksanakannya.

3. Teori Lippits (1973)

Lippits (1973) mendefinisikan perubahan sebagai suatu yang direncanakan atau tidak direncanakan terhadap *status quo* dalam individu, situasi atau proses dan dalam perencanaan perubahan yang diharapkan, disusun oleh individu, kelompok, organisasi atau sistem sosial.

Lippits mengidentifikasi tujuh tahap dalam proses perubahan, sebagai berikut:

a. Menentukan masalah

Seseorang yang sedang dalam tahap perubahan harus membuka diri dan menghindari mengambil keputusan sebelum semua fakta terkumpul. Pentingnya untuk sering memikirkan dan mengetahui apa yang salah serta berusaha untuk menghindari informasi atau data-data yang tidak sesuai.

- b. Mengkaji motivasi dan kapasitas perubahan
Keberhasilan perubahan dalam mencapai tujuan yang lebih baik memerlukan kerja keras dan komitmen yang tinggi dari semua orang yang terlibat didalamnya. Semua orang yang terlibat dalam proses harus dikaji terkait kemampuan, hambatan yang mungkin timbul dan dukungan yang akan diberikan. Praktik keperawatan mayoritas berada pada suatu instansi atau organisasi, maka penting untuk melakukan pengkajian pada struktur organisasi yang menyangkut peraturan, kebijakan, budaya organisasi dan orang yang terlibat. Tahap ini berfokus pada identifikasi faktor-faktor yang mendukung dan menghambat dalam proses perubahan yang terjadi.
- c. Mengkaji motivasi agen pembaharu dan sarana yang tersedia
Proses perubahan dalam tahap ini memerlukan komitmen dan motivasi dari seorang manajer keperawatan. Menunjukkan motivasi yang tinggi dan keseriusan dalam pelaksanaan perubahan dengan mendengarkan berbagai masukan untuk mencari solusi yang terbaik.
- d. Menyeleksi tujuan perubahan
Perubahan disusun sebagai suatu kegiatan secara operasional, tersusun dengan sistematis, dampak perubahan terhadap sasaran, kapan waktu akan dilaksanakan. Diperlukan target waktu pada tahap ini dan perlu dilakukan uji coba.
- e. Memilih peran yang sesuai dilaksanakan oleh agen pembaharu
Seorang pemimpin atau manajer yang ahli sesuai bidangnya perlu untuk dipilih pada tahap ini. Pemimpin berperan sebagai mentor untuk memberikan masukan dan solusi yang terbaik bagi stafnya. Perubahan akan sangat efektif jika adanya pemahaman yang sama antara pemimpin dan staf untuk melaksanakan perubahan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

- f. Mempertahankan perubahan yang telah dimulai
Perubahan yang dilaksanakan dengan komitmen untuk dipertahankan. Pentingnya komunikasi yang terbuka dan terus diinformasikan supaya setiap pertanyaan yang masuk dan permasalahan yang terjadi akan mendapatkan solusi yang terbaik.
- g. Mengakhiri bantuan
Proses mengakhiri perubahan diikuti dengan perencanaan yang berkelanjutan dari seorang pemimpin. Hal ini dilaksanakan secara bertahap supaya individu yang terlibat memiliki tanggung jawab untuk mempertahankan perubahan yang terjadi.

F. Strategi dalam Perubahan

Perubahan merupakan respon terencana maupun tidak terencana, yang terjadi sebagai upaya organisasi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan dan berbagai aturan yang menaunginya. Perubahan juga terjadi untuk menjawab berbagai isu, peluang dan ancaman yang mempengaruhi organisasi baik secara langsung maupun tidak langsung, yang secara universal akan mempengaruhi eksistensi organisasi bagi masyarakat yang dilayaninya. Organisasi yang dinamis akan melakukan perubahan secara terus menerus dengan manajemen perubahan yang baik, yaitu dengan perubahan yang terencana, serta kemampuan untuk mengatasi penolakan dan resistensi (Susanti, 2021).

1. Strategi perubahan dengan cara positif yaitu dengan pendidikan dan komunikasi, partisipasi aktif staf, memberikan kemudahan dan dukungan, serta negosiasi. Manajemen perlu menjelaskan secara tuntas tentang latar belakang, tujuan, strategi dan dampak perubahan yang dilakukan.
2. Melibatkan semua unsur organisasi untuk berpartisipasi aktif dalam proses perubahan. Dengarkan setiap aspirasi dan ide-ide kreatif yang mendukung perubahan ke arah yang lebih baik. Berikan dukungan untuk membantu melewati proses

perubahan, dengan peningkatan kompetensi (pengetahuan, keterampilan, sikap perilaku) dan kompensasi yang proporsional.

3. Dukungan organisasi akan menghilangkan kekuatiran terhadap dampak buruk perubahan organisasi. Negosiasi dapat dilakukan secara wajar sesuai dengan ketentuan dan aturan yang berlaku.
4. Perubahan juga dapat dilakukan dengan cara negatif yaitu dengan manipulasi, kooptasi, dan paksaan. Strategi perubahan dengan cara negatif sangat tidak disarankan terlebih untuk tujuan jangka panjang. Karena untuk mewujudkan perubahan yang baik, dibutuhkan dukungan dan kerja sama yang solid dari seluruh staf dan unsur organisasi. Perubahan merupakan suatu proses yang berlangsung secara terus menerus, maka diperlukan cara-cara yang positif dalam mengelola proses dan dampaknya.

DAFTAR PUSTAKA

- Lestari, L., & Ramadhaniyati. (2018). *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Pustaka Belajar.
- Nursalam. (2016). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (5th ed.). Salemba Medika.
- Perry & Potter. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* (4th ed.). EGC.
- Riadi, M. (2020). *Manajemen Perubahan (Pengertian, Pendekatan, Jenis, Tahapan dan Strategi)*.
<https://www.kajianpustaka.com/2020/07/manajemen-perubahan-pengertian.html>
- Siokal, B., Patmawati, & Sudarman. (2017). *Falsafah dan Teori Dalam Keperawatan*. Trans Info Media.
- Susanti. (2021). *Strategi perubahan dalam organisasi*.
<https://kumparan.com/ika-susanti-1602824683517173180/strategi-perubahan-dalam-organisasi-1uuMUUX6Mb7/full>

BAB 7 | MANAJEMEN MUTU LAYANAN KEPERAWATAN

Helen Try Juniasti, S.Kep.,Ners.,M.P.H

A. Pendahuluan

Kewajiban negara dalam memenuhi kebutuhan hak setiap warga memperoleh pelayanan kesehatan dan atas kesehatan telah tertuang dalam Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia (RI) 1945 menyebutkan bahwa “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan”.

Kebutuhan dan tuntutan (*need and demand*) akan pelayanan kesehatan saat ini semakin kompleks sehingga kualitas pelayanan kesehatan pun menjadi hal penting yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Berbagai alasan mengapa mutu pelayanan kesehatan itu penting untuk menjadi perhatian karena adanya tuntutan pelanggan (*Customers*) atas perawatan yang efektif dan efisien, semakin meningkat tantangan persaingan pasar dalam hal ini fasilitas kesehatan, tuntutan pemenuhan regulasi standarisasi pelayanan kesehatan atas lisensi, registrasi, sertifikasi, dan akreditasi, pelaporan indicator nasional mutu (INM), dan keinginan institusi atas penghargaan dengan pelayanan yang paripurna namun, yang paling mendasar akan pemenuhan mutu pelayanan kesehatan yakni untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan (pasien).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas seyogyanya memberikan dampak positif bagi institusi pelayanan kesehatan. Hasil penelitian di RS RSIA PKU Muhammadiyah Cipondoh

menunjukkan terdapat hubungan mutu pelayanan keperawatan dengan minat kunjungan ulang pasien ke RSIA PKU Muhammadiyah Cipondoh (Habibi *et al*, 2019) seiring dengan hasil penelitian (Al, 2021) bahwa kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kunjungan kembali pasien ke fasilitas kesehatan. (Wongsunopparat and Looji, 2023) Hasil penelitian tersebut menerangkan kepada kita bahwa pentingnya akan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Beberapa hasil penelitian diatas menunjukkan kepada kita pentingnya memastikan mutu dalam pelayanan kesehatan bagi pasien sehingga berdampak pada minat pasien untuk kembali ke fasilitas kesehatan. BAB ini akan membahas manajemen mutu pelayanan keperawatan dengan pendekatan manajemen kasus (*case management approach*) namun, sebelum kita membahas lebih spesifik terkait manajemen mutu layanan keperawatan kita memahami terlebih dahulu terkait regulasi yang mendasari serta, apa itu manajemen, mutu, dan manajemen mutu pelayanan kesehatan dan keperawatan.

B. Regulasi Mutu Layanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang bermutu sangat penting diterapkan demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, untuk menjamin masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu Negara telah menerbitkan berbagai regulasi (SEKNEG, 2023) bahwa “setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan dan perawatan yang memenuhi standar pelayanan yang aman, bermutu, terjangkau serta institusi menyelenggarakan upaya kesehatan secara bertanggung jawab, aman, berkualitas, tidak diskriminatif, dan berkeadilan.

Upaya menjamin pasien memperoleh pelayanan yang bermutu (SEKNEG, 2021) menyebutkan bahwa Pasien memiliki hak atas pelayanan yang manusiawi, adil, jujur, dan anti diskriminasi, bermutu sesuai dengan standar profesi maupun praktik, layanan efektif dan efisien, berhak menyampaikan pengaduan atau keluhan mengenai kualitas pelayanan yang

diterima, serta diberikan pelayanan yang memperhatikan keamanan dan keselamatan, serta menuangkan keluhan pelayanan baik pada media cetak maupun elektronik yang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku. Pemenuhan hak tersebut Rumah sakit menyelenggarakan tata kelola RS dan klinik yang baik dengan memastikan pemberian pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, tanpa diskriminasi, efektif dan efisien.

(KEMENKES, 2022) menyebutkan standar kuantitas dan kualitas barang dan atau/jasa, standar kualitas dan kuantitas sumber daya manusia kesehatan, petunjuk teknis pemenuhan standar merupakan standar teknis dari pemenuhan mutu pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan.

Berdasarkan uraian regulasi tersebut diatas sangat jelas bahwa negara menjamin hak atas pelayanan kesehatan bermutu bagi setiap warga negara Indonesia.

C. Manajemen, Mutu, dan Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan

Sejak tahun 1800 an terjadi perkembangan pemikiran manajemen dari perspektif manajemen klasik, perspektif kemanusiaan, perspektif sumber daya manusia, perspektif sains manajemen menjadi perspektif manajemen terbaru yang mencakup teori sistem, pandangan kontinjensi dan manajemen kualitas total.

Berawal dari memahami sejarah perkembangan teori manajemen akan mengajak kita berfikir strategis dan melihat secara luas pemikiran manajemen secara konseptual sehingga kita dapat memilih konsep manajemen apa yang paling tepat untuk diterapkan sesuai dengan kebutuhan organisasi. *Management* merupakan kata kerja dari *to manage* yang berarti mengelola. berikut definisi manajemen oleh para ahli yaitu;

1. Taylor menyatakan bahwa praktik manajemen yang buruk menyebabkan produktivitas terbatas, perlu adanya perubahan manajemen berdasarkan prosedur yang tepat dari hasil kajian secara ilmiah (Siyoto & Supriyanto, 2015) Follet

menyatakan bahwa manajemen adalah seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain.

2. Millet, juga menyebutkan manajemen yakni proses pembimbingan, pengarahan, dan memberikan fasilitas untuk mencapai tujuan yang dikehendaki (Komporis, 2016)
3. WHO (world health organization), menyebutkan Manajemen didefinisikan sebagai suatu tindakan seni atau tata krama dalam mengelola, menangani, mengontrol, mengarahkan suatu institusi maupun bisnis dan merupakan suatu proses maupun sebagai individu maupun kelompok yang mengambil keputusan khususnya pada penyelenggaraan kesehatan. dan kebijakan kesehatan(WHO, 1998).

Berdasarkan berbagai definisi para ahli diatas dapat kita pahami bahwa manajemen merupakan upaya mengelola baik pada aspek sumber daya maupun proses organisasi agar tercapainya tujuan organisasi yang telah ditetapkan dan diinginkan. Setelah memahami konsep manajemen selanjutnya akan masuk pada konsep mutu.

WHO (2007) menyebutkan dalam enam prioritas *building block* salah satunya memprioritaskan pada pemberian pelayanan kesehatan (*health service delivery*) harus berfokus pada mutu layanan kesehatan (*Quality health services*) dengan memperhatikan protocol pengobatan (*protocol treatment*), manajemen klinis (*clinical management*), dukungan supervisi dan penilaian kinerja (*supportive supervision and perfume assessment*), pelatihan dan pendidikan (*training and education*), tata cara pendaftaran, perizinan dan pemeriksaan (*procedure for registration, licensing, and inspection*), serta, memotivasi penyedia pelayanan kesehatan (*motivating health provider*).

Untuk memahami lebih lanjut apa itu mutu berikut definisi mutu menurut para ahli;

1. *Institute of medicine* (IOM) mendefinisikan bahwa kualitas merupakan tingkatan hasil keluaran kesehatan yang diinginkan dan sesuai dengan ilmu pengetahuan saat ini bagi individu dan kelompok (WHO, 1998)

2. *American Medical Association* (AMA) mengemukakan bahwa mutu suatu tahapan dimana layanan kesehatan yang diberikan mempengaruhi optimalnya peluang *outcome* pasien.
3. Xerox menyebutkan bahwa mutu dimana dapat menyediakan produk inovatif dan layanan yang dapat memuaskan permintaan konsumen.
4. Crosby menyatakan bahwa mutu sebagai suatu kepatuhan terhadap persyaratan dan spesifikasi
5. Mutu yang berarti kegiatan yang dilakukan dengan benar dari pertama kali dan untuk berikutnya menjadi lebih baik lagi, serta merupakan proses memenuhi kebutuhan dan harapan konsumen dengan perbaikan bertahap dan terus menerus (Siyoto & Supriyanto, 2015)
6. Desler menyebutkan bahwa nilai- nilai mutu akan terwujud apabila ada komitmen karyawan atas nilai mutu yang akan ditunjukkan melalui perilaku karyawan (Koentjoro, 2011)
7. Gaspersz mengemukakan mutu yang berarti kemampuan memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan (*meeting the needs of customers*) (Gaspersz, 2001)

Dari definisi diatas terdapat perspektif mutu pada aspek barang dan jasa maka untuk memahami lebih lanjut perbedaan mutu diantara keduanya maka akan diuraikan pada tabel karakteristik barang dan jasa dibawah ini (Sari *et al*, 2021)

Barang	Jasa	Implikasi
Tangible	Intangible	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jasa tidak bisa disimpan 2. Jasa tidak bisa dipatenkan 3. Jasa tidak selalu bisa di display atau dikonsumsi sewaktu- waktu 4. Penetapan harga jasa sulit dilakukan
Standarisasi	Heterogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyampaian jasa dan kepuasan konsumen bergantung pada tindakan konsumen

Barang	Jasa	Implikasi
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kualitas jasa bergantung pada sejumlah faktor yang tidak bisa dikontrol 3. Tidak ada pengetahuan yang pasti bahwa jasa telah disampaikan sesuai dengan yang direncanakan dan dipromosikan
Produksi dan konsumsi terpisah	Produksi dan konsumsi simultan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsumen berpartisipasi di dalam dan mempengaruhi interaksi 2. Konsumen saling mempengaruhi 3. Desentralisasi sangat penting 4. Produksi massal sulit dilakukan
Tidak mudah musnah	Mudah musnah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam jasa sulit dilakukan sinkronisasi penawaran dan permintaan 2. Jasa tidak bisa dikembangkan atau di jual kembali.

Berdasarkan tabel diatas kita semakin memahami kompleksitas dinamika mutu dalam perspektif jasa.

Pelayanan kesehatan merupakan bidang yang berkaitan dengan penyediaan jasa. Konsep manajemen dan konsep mutu yang telah diuraikan diatas memberi pemahaman kepada kita bahwa pelayanan kesehatan syarat akan kegiatan yang dinamis dengan kompleksitasnya. Kompleksitas kegiatan pelayanan kesehatan menyebabkan sektor kesehatan rentan terhadap berbagai *issue*, dari masalah aksesibilitas fasilitas kesehatan, pembiayaan kesehatan, pemerataan sarana prasarana, pemerataan sumber daya manusia kesehatan, mutu pelayanan kesehatan dan berbagai tantangan baik dari internal dan eksternal institusi pelayanan kesehatan oleh karena itu institusi pelayanan kesehatan harus mampu memanajemen mutu

pelayanan kesehatan dalam segala bentuk kegiatan di dalamnya.

WHO menyebutkan bahwa manajemen mutu merupakan segala aktivitas fungsi manajemen yang menentukan kebijakan mutu serta sasaran dan bertanggung jawab pada pelaksanaannya dengan proses perencanaan, pengendalian, jaminan dan peningkatan mutu (WHO, 1998) Manajemen mutu merupakan kegiatan proses manajemen yang penting dalam produksi/pelayanan sehingga kualitas produk/jasa yang diinginkan dapat tercapai dengan biaya yang optimal. Selain itu juga manajemen mutu berarti berfokus memperbaiki kualitas secara terus menerus dalam upaya pemenuhan kepuasan pelanggan, manajemen mutu orientasinya pada proses dimana upaya mengintegrasikan sumber daya manusia, pemasok (*suppliers*), pelanggan (*customers*), dalam lingkungan perusahaan (*corporate environment*). Sementara Juran mengemukakan bahwa manajemen mutu yakni sekumpulan aktivitas terkait dengan kualitas tertentu (Gaspersz, 2001)

Ada lima langkah yang dapat dilakukan agar manajemen mutu dalam organisasi kesehatan dapat diterapkan yakni sebagai berikut;

1. Persiapan, dengan terlebih dahulu mempelajari konsep manajemen mutu dan cara penerapannya dan mengembangkan komitmen pimpinan
2. Pembakuan system, dengan menyusun pengorganisasian mutu sebagai wakil manajemen, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan pelanggan, menganalisis sejauh mana sistem pelayanan dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan, pada tingkat organisasi menyusun kebijakan mutu, visi, misi, dan sasaran perbaikan mutu, susun perencanaan strategis, susun pedoman manual mutu sementara pada sistem mikro pelayanan menyusun standar dan indikator pelayanan, prosedur kerja, dan pedoman instruksi kerja.
3. Melakukan pengendalian dan pembinaan untuk memastikan sistem yang dibakukan berjalan dengan baik.

4. Terus melakukan perbaikan sistem yang berkesinambungan pada tingkat organisasi dengan meninjau ulang perbaikan sistem manajemen mutu sementara pada tingkatan mikro pelayanan dengan menetapkan sasaran mutu dan dan upaya perbaikan proses berkesinambungan, mendesain ulang dan berinovasi.
5. Melakukan penilaian dan surveilan melalui pengukuran kinerja, surveilans kepuasan pelanggan, audit, dan tinjauan manajemen untuk mengetahui bagaimana manajemen mutu pelayanan kesehatannya. (Koentjoro, 2011).

(KEMENKES, 2022) menyebutkan mutu dalam pelayanan kesehatan dimana layanan kesehatan diberikan sesuai standar pelayanan, perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta memenuhi hak dan kewajiban pasien yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal bagi individu dan masyarakat.

Institute of medicine (IOM) menyebutkan bahwa alam mutu pelayanan kesehatan terdapat enam aspek yang perlu diperhatikan yaitu berikut

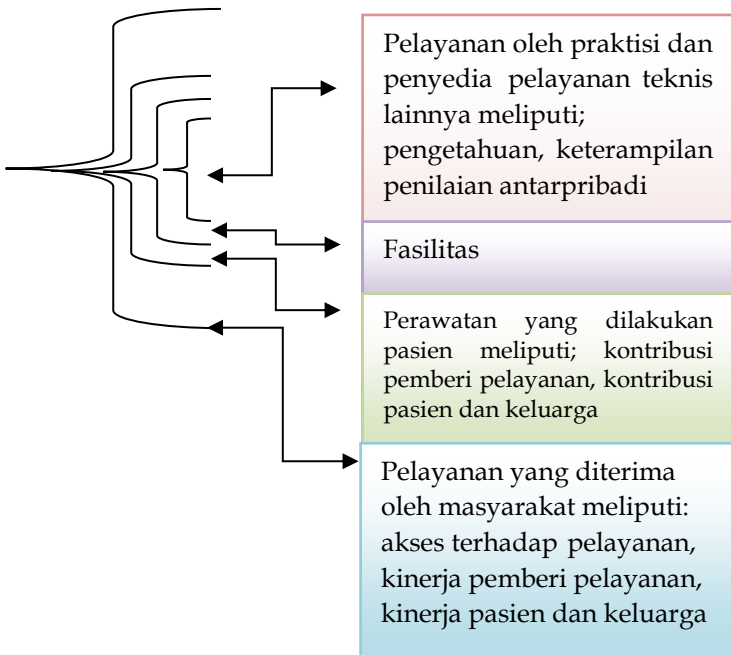
1. Efektif yang berarti pelayanan kesehatan mengacu pada bukti ilmiah dan terbaru serta dapat dipertanggung jawabkan, sesuai dengan indikasi dan menimbulkan luaran yang lebih baik bagi individu/ pasien dan kelompok/ komunitas
2. Efisien yaitu pelayanan kesehatan dengan mengoptimalkan sumber daya yang dimiliki dan menghindari pemborosan sumber daya menggunakan prosedur yang telah ditetapkan.
3. Fokus pada pasien (*Acceptable*) dimana pelayanan kesehatan dilakukan dengan memprioritaskan kebutuhan dan harapan pasien seperti nilai- nilai dan kebudayaan pasien
4. Aman/ (*safety*) yang berarti pelayanan kesehatan diberikan dengan sedapat mungkin menghindari dan mencegah segala bentuk risiko cedera pada pasien contohnya pasien jatuh
5. Tepat waktu (*timely*)maksudnya pelayanan diberikan dengan cepat dan tepat sedapat mungkin pasien tidak perlu menunggu (*care delay*)

6. Adil dan pantas (*equitable*) yakni memberikan kualitas pelayanan yang sama kepada pasien tanpa membedakan suku, agama, gender, ras dan sosial ekonomi pasien (Kasim, 2007)

(KEMENKES, 2022) menyebutkan pada indikator nasional mutu (INM) pelayanan kesehatan di Indonesia terdapat tujuh dimensi mutu pelayanan kesehatan yang digunakan;

1. *Effective/Efektif* yang berarti menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat berbasis bukti
2. *Safe/Keselamatan* dimana adanya upaya meminimalkan kejadian kerugian (*harm*) seperti cedera dan kesalahan medis
3. *People centred/Berorientasi pada pasien* yaitu mengupayakan pemenuhan pelayanan berdasarkan, kebutuhan dan preferensi pasien.
4. *Timely /Tepat waktu* maksudnya meminimalisir baik pada waktu tunggu dan keterlambatan pelayanan.
5. *Efficient/Efisien* yakni pemanfaatan sumber daya yang tersedia secara optimal dan mencegah pemborosan.
6. *Equitable/Adil* yang berarti keseragaman pemberian pelayanan tanpa membedakan jenis kelamin, suku, agama dan lainnya
7. *Integrated/Terintegrasi* yakni adanya koordinasi antar lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan.

(Donabedian A, 1988) mengemukakan bahwa Terdapat beberapa aspek kualitas yang dapat dinilai;



Gambar 7. 1 Aspek kualitas yang dapat dinilai

Gambar 7. 1 menyebutkan bahwa penilaian kualitas pada aspek pelayanan oleh praktisi dan penyedia pelayanan teknis lainnya mencakup tingkat pengetahuan dan keterampilan *interpersonal*. Aspek fasilitas meliputi kemudahan, kenyamanan, ketenangan, privasi. Aspek pemberian perawatan pada pasien melibatkan kontribusi tidak hanya dari penyedia layanan namun juga membutuhkan kontribusi dari pasien dan keluarga. Aspek pelayanan dari kinerja praktisi yang diterima pasien dan masyarakat.

Dari uraian diatas menjelaskan kepada kita bahwa organisasi perlu memanajemen aspek- aspek yang mencakup indikator mutu pelayanan kesehatan guna mencapai pemenuhan kebutuhan pasien atas pelayanan kesehatan yang bermutu.

D. Manajemen Mutu Pelayanan Keperawatan Pendekatan Case Manager

Memajemen mutu layanan kesehatan sudah menjadi kewajiban yang harus dipenuhi oleh institusi penyedia layanan agar tercapainya luaran yang diharapkan baik oleh pasien, keluarga dan penyedia pelayanan itu sendiri. Pelayanan bermutu akan memberikan kepuasan khususnya kepada pasien.

Setelah membahas secara umum tentang manajemen mutu layanan kesehatan maka pada sub ini kita akan membahas lebih spesifik mengenai manajemen mutu pelayanan keperawatan dengan pendekatan *case management*.

Keperawatan merupakan asuhan keperawatan baik dalam keadaan sakit maupun sehat yang sarasannya individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Asuhan keperawatan meliputi Interaksi antara perawat dengan pasien dan lingkungannya dengan tujuan memenuhi kebutuhan dan kemandirian pasien. Pelayanan keperawatan bentuk kegiatan profesional yang terintegrasi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan ilmu dengan senantiasa memperhatikan mutu pelayanan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Upaya meningkatkan mutu perawat melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya (KEMENKES, 2019)

Craven dan Hirnle (2000) menyatakan bahwa proses keperawatan yakni proses pemberian asuhan keperawatan profesional berkesinambungan dimulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan untuk individu, kelompok, keluarga dan komunitas. Gillies mengemukakan bahwa manajemen keperawatan adalah proses mengelola staf keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan, pengobatan, dan bantuan kepada pasien yang dirawat sementara, Huber menyatakan bahwa manajemen keperawatan suatu bentuk dari kegiatan koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan untuk mencapai tujuan dan objektivitas asuhan dan pelayanan keperawatan (Seniwati *et al*, 2023) Sementara Stamatis (1996)

menyatakan bahwa proses pelayanan yakni serangkaian kegiatan dilakukan secara berulang yang mengubah asupan yang disediakan menjadi luaran dalam bentuk pelayanan yang diterima pelanggan (Koentjoro, 2011)

Indikator klinik mutu pelayanan keperawatan yaitu;

1. Keselamatan pasien (*patient safety*) yang berarti pasien aman dari kejadian jatuh, ulkus dekubitus dan kejadian infeksi maka pelayanan keperawatan tersebut dapat dikatakan bermutu.
2. Keterbatasan perawatan diri maksudnya pelayanan keperawatan baik apabila pasien terpelihara dan terawat dirinya dan terbebas dari penyakit yang disebabkan hygiene buruk.
3. Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator mutu keperawatan dengan terpenuhinya kebutuhan dan harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan.
4. Kecemasan dimana perasaan ancaman yang dirasakan pasien setelah intervensi keperawatan juga menjadi indikator mutu keperawatan.
5. Kenyamanan menjadi indikator mutu keperawatan dimana pasien bebas dari rasa nyeri atau nyeri terkontrol sehingga pasien merasa nyaman.
6. Pengetahuan dimana kemampuan melakukan *discharge planning* atau perencanaan pengambilan keputusan dalam memenuhi kebutuhan pasien di tempat perawatan lain (Seniwati *et al*, 2023).

Kompleksitasnya masalah kesehatan pada individu tidak hanya dapat diselesaikan dengan pelayanan profesi keperawatan saja (*nursing profession only*) namun membutuhkan penanganan dari berbagai profesi yang terintegrasi dan bermutu. Upaya meningkatkan mutu pelayanan di tingkat mikrosistem serta menjamin kontinuitas pelayanan yang berfokus pada pasien Salah satu dapat melalui pendekatan *case management system*. Saat ini pelayanan kesehatan sudah terjadi pergeseran nilai dari sebelumnya penyedia pelayanan memposisikan sebagai subjek pelayanan sementara pasien

hanya menjadi objek pelayanan menjadi pelayanan kesehatan berfokus pada pasien yang berarti pasien ikut terlibat dalam perencanaan hingga membuat keputusan atas proses pelayanan kesehatannya, menjawab situasi tersebut rumah sakit telah melakukan peningkatan mutu pelayanan melalui pendekatan *Case manajemen* yakni upaya manajemen pelayanan pasien yang berfokus pada pemenuhan pelayanan tepat waktu, keberlangsungan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.

American Hospital Association (AHA) menyebutkan bahwa *case management* sebuah sistem tata laksana, perencanaan, rujukan, dan tindak lanjut untuk memastikan ketersediaan pelayanan komprehensif dan berkesinambungan serta koordinasi untuk pembayaran dan pembiayaan pasien. KARS (komisi akreditasi rumah sakit) menyatakan bahwa *case manajemen* merupakan pelayanan berkualitas yang terkoordinasi dengan baik dan tepat waktu yang fokus pada pemenuhan kebutuhan pasien dan tercapainya efektivitas biaya pelayanan agar tercapainya luaran pelayanan yang optimal. KASR dan Joint Commission International (JCI) telah menjadikan *case management* sebagai indikator mutu pelayanan dalam akreditasi RS.

Griffith *et al* (2003) menyatakan *case management* di RS merupakan upaya memfasilitasi pelayanan yang tepat (*appropriate*), sesuai waktu (*timely*), berfokus pada pasien (*patient centered care*) efektif, efisien dan adil. Dengan penerapan *Case management* makapasien dengan perawatan yang kompleks harapannya dapat tercapai keluaran yang optimal melalui pengkoordinasian sumber daya kesehatan.

Schoen *et al* (2011) menerangkan bahwa *case management* dapat memperbaiki koordinasi dan komunikasi antar pemberi asuhan sehingga dapat menghindari terjadinya penundaan perawatan (*care delay*) risiko eror dan resiko perawatan yang tidak efektif pada pasien dengan masalah kesehatan yang kompleks. (Kasim, 2007)

Ruang lingkup pelayanan dalam *case management system* menurut *American Case Management Association* meliputi (ACMA, 2013);

1. Edukasi yakni melalui *case management system* dapat memberikan edukasi relevan dalam perawatan efektif, kesesuaian tingkat pelayanan, dan keamanan transisi pasien.
2. Koordinasi asuhan (*care coordination*) dimana dengan menggunakan metode standar *case management* dalam melakukan koordinasi seperti identifikasi (*screening*), dan asesmen kebutuhan pasien terhadap *case management*, melakukan pengawasan, dan intervensi melalui koordinasi asuhan untuk meningkatkan aspek perawatan secara holistic baik klinis, psikososial dan finansial dengan melakukan:
 - a. Fasilitasi penyusunan *care plan* terintegrasi
 - b. Kolaborasi dalam pengawasan dan evaluasi
 - c. Pemberdayaan (*empowering*) melalui edukasi
 - d. Advokasi kebutuhan
 - e. Sasaran *care coordination* adalah pasien, keluarga pasien/*cargiver*, tim profesional pemberi asuhan, manajemen rumah sakit, pihak penjamin/asuransi, serta pemangku kepentingan yang lain
3. Pemenuhan kebutuhan pasien melalui *case management* yang memastikan pemenuhan kebutuhan pasien sesuai dengan standar mutu *case management* sebagai pertanggung jawaban pada Negara, masyarakat, rumah sakit (RS), dan persyaratan akreditasi RS meliputi ruang lingkup pelayanan
 - a. Implementasi *care plan* untuk mencapai tujuan manajemen pasien
 - b. Alokasi sumber daya yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi klinis dan mengakomodasi kebutuhan non klinis yang mendukung optimalnya luaran pasien
 - c. Berpedoman pada tata laksana berbasis bukti terkini yang dapat dipertanggungjawabkan
 - d. Akuntabilitas yang jelas dan terukur

4. Manajemen transisi dimana dari hasil assessment tim pemberi asuhan, pilihan pasien, dan sumber daya tersedia *case management* berperan untuk merencanakan, dan mengkoordinasikan rencana transisi pasien dengan melakukan identifikasi kebutuhan pasien, risiko readmisi dan strategi pencegahan dan perbaikan di atarunit (*intrahospital*) dan atau antar fasilitas kesehatan dalam transisi informasi, dokumentasi demi keselamatan pasien
5. Manajemen utilisasi yaitu *case management* mengadvokasi pasien dalam pemanfaatan sumberdaya yang efektif dan efisien berbasis pengendalian mutu dan biaya meliputi utilisasi medis, kelengkapan berkas pembiayaan, antisipasi penundaan dan penambahan hari rawat(*length of stay*), meminimalkan risiko penolakan pembayaran (klaim), menjembatani komunikasi antar pemberi pelayanan kesehatan dan pihak penjamin (asuransi).

Adapun Prinsip- prinsip pelaksanaan *case management*:

1. Kolaborasi interprofesional secara holistic dan komprehensif yang berfokus pada pasien maksudnya adalah pemberian asuhan pasien terdiri dari berbagai profesi sehingga diperlukan adanya komunikasi baik antar profesi untuk memberikan asuhan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan pasien.
2. Fasilitasi pengambilan keputusan bersama (*shared decision making*) pembelajaran kasus bersama (*interprofessional learning*), dan pendampingan pasien sangat penting diterapkan dalam proses asuhan pasien, konsep kolaborasi interprofesi menekankan pada pengambilan keputusan bersama menetapkan tujuan dan luaran dari asuhan.
3. Kesedaran akan menghargai perbedaan dan kompetensi dari setiap profesi sangatlah penting mengingat pemberian asuhan pasien melibatkan berbagai profesi dengan terciptanya situasi keterbukaan dari pemberi asuhan yang bekerja sesuai otoritasnya maka menghindari pengambilan keputusan sepihak dalam pemberian asuhan kepada pasien.

4. Pelayanan yang berbasis bukti terkini yakni memberikan asuhan pelayanan kepada pasien yang telah terbukti kesahihannya untuk menjamin keselamatan pasien atas penggunaan teknologi dan system terbaru. Standar asuhan pelayanan dituangkan pada panduan praktik klinis dan *clinical pathway* berdasarkan bukti (*evidence based*) terkini.
5. Pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien yang berarti dalam *case management* tim asuhan berfokus pada keselamatan pasien sehingga diperlukan fungsi *team work* yang baik dengan menjaga komunikasi dan koordinasi antar tim agar proses asuhan dan tujuan jelas untuk mencapai hasil yang sesuai kebutuhan pasien serta meminimalisir kejadian yang tidak diinginkan melalui komunikasi efektif antar profesi dengan pola komunikasi kolaborasi SBAR (*situation, background, assessment, and recommendation*) pola komunikasi ini terbukti meningkatkan iklim keselamatan pasien dalam kerja antar profesi.
6. Jejaringan dengan sumber daya di komunitas dimana *case management* menjaga kontinuitas pelayanan seperti pada saat pasien pulang dari RS pasien tetap membutuhkan perawatan lanjutan berbasis komunitas dengan memfasilitasi pasien menemukan jejaring paguyuban dengan permasalahan kesehatan yang sama.
7. Keselarasan dengan sistem kesehatan dalam pencapaian keberhasilan perawatan misalnya dalam proses transfer/transisi pasien dari RS ke fasilitas kesehatan lain atau ke keluarga sesuai dengan sistem kesehatan yang berlaku seperti sistem rujuk balik.
8. Upaya menjaga mutu dan kompetensi pelayanan dengan mengintegrasikan pelayanan kolaboratif antar profesi akan menghasilkan komunikasi dan koordinasi yang baik sehingga proses asuhan pada pasien yang merupakan hasil keputusan antar profesi untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal, Selain pelayanan yang terintegrasi dan kolaboratif antar profesi, pemberi pelayanan juga dituntut memiliki kompetensi yang memadai dan berkomitmen

- memberikan asuhan keperawatan dengan optimal.
9. Upaya mencapai mutu luaran dan pengukuran terhadap luaran tersebut dimana tercapainya luaran mutu pelayanan menjadi tanggung jawab seluruh tim asuhan yang difasilitasi oleh fungsi *case management* sebagai koordinasi, fasilitasi dan komunikasi. Luaran pelayanan yang baik atau buruk merupakan data dan bahan evaluasi untuk terus meningkatkan proses pelayanan. Tolak ukur pelayanan harus berdasarkan indikator mutu terkait keberhasilan *case management system* diantaranya *length of stay* (LOS), kejadian readmisi, insiden keselamatan pasien, penundaan pelayanan (*care delay*), tingkat kepuasan pasien.
 10. Dukungan untuk menjaga kepatuhan terhadap regulasi kesehatan yang ada dimana *case management* melakukan *review* proses pelayanan pemberi pelayanan terhadap kepatuhan standar menggunakan *clinical pathway*, dan panduan praktis klinis yang telah ditetapkan RS sebagai upaya mencapai pelayanan efektif, efisien dan bermutu (Kasim, 2007)

Berbagai hasil penelitian telah membuktikan bahwa dengan menerapkan pendekatan model *case management* berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan seperti yang dibuktikan oleh (Kasim, 2007) bahwa melalui penerapan model *case management* kegiatan kolaborasi pemberian pelayanan kesehatan meningkatkan kualitas pelayanan dan harapan pasien. Penanganan penyakit pada pasien melalui intervensi *case management* berpengaruh pada mutu pelayanan dan tindakan pelayanan keperawatan yang memberikan dampak pada kualitas hidup pasien (Parera *et al*, 2021) sementara, adanya *case manager* mempengaruhi kepuasan pasien dimana tingkat kepuasan pasien menunjukkan lebih tinggi setelah adanya peran *case manager* dibandingkan sebelum adanya peran *case manager* (Prameswari, 2020)

Terdapat faktor yang menghambat penerapan *case management* seperti yang disebutkan dalam hasil penelitian (Lusiyana *et al*, 2021) bahwa kompetensi *case manager*

pada pelaksanaan, komunikasi, dan pemecahan masalah berkaitan dengan kelelahan perawat *Case manager* yang memiliki kompetensi Pengarahan, komunikasi dan kompetensi pemecahan masalah dapat meminimalkan kelelahan perawat pelaksana sehingga perlu meningkatkan kompetensi manajer perawatan untuk mengurangi kelelahan perawat sementara Factor internal dari manajer yang menyebabkan case management tidak efektif dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan pengendalian biaya yaitu kompetensi dan merangkap jabatan sementara factor manajemen meliputi pemberian penghargaan, system penetapan dan evaluasi berkala (Auladi, 2022) maka untuk mencapai mutu pelayanan yang optimal manajemen pelayanan mutu keperawatan dengan pendekatan *case management* perlu terus memperhatikan, meningkatkan, mengembangkan dan mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan *case management*.

DAFTAR PUSTAKA

- Al, G. et (2021) 'Mutu pelayanan dan minat kunjungan ulang pasien rawat jalan di Rumah Sakit X', *Jurnal Prima Medika Sains*, 3(2), pp. 60-67. Available at: <https://doi.org/10.34012/jpms.v3i2.2031>.
- Auladi, S. (2022) 'Efektivitas Case Manager dalam Upaya Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Kesehatan Di RSUP Dr. Hasan Sadikin', *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 2(1), pp. 17-38. Available at: <https://doi.org/10.53756/jjkn.v2i1.49>.
- Donabedian A (1988) 'The Quality of Care: How Can It Be Assessed?', *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 261(8), p. 1151. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03420080065026>.
- Gaspersz (2001) 'Total Quality Management', Yogyakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Habibi *et al* (2019) 'Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan dengan Minat Kunjungan Ulang Rawat Jalan di RSIA PKU Muhammadiyah Cipondoh', *Jurnal JKFT*, 4(2), pp. 11-21.
- Kasim (2007) *Pengembangan model manajer kasus dan dampaknya terhadap kepuasan dan mutu pelayanan klinik di rumah sakit:: Penataan struktur dan proses pemberdayaan manajer kasus di ruang rawat inap*. UGM Press. Available at: <https://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/36390>.
- KEMENKES (2019) 'Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standart Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan' Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/111713/permenkes-no-4-tahun-2019>.
- KEMENKES (2022) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat,

- Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfu', *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, (879), pp. 2004–2006. Available at:<https://peraturan.bpk.go.id/Details/245550/permenkes-no-30-tahun-2022>.
- Koentjoro (2011) *Regulasi Kesehatan di Indonesia, Media Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Komporis (2016) *Organisasi & Manajemen Kesehatan, ADI Journal on Recent Innovation (AJRI)*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Lusiyana *et al* (2021) 'The Relationship Between Case Manager Competence and Nurse Burnout in Indonesia', *KnE Life Sciences*, 2021, pp. 953–968. Available at: <https://doi.org/10.18502/cls.v6i1.8772>.
- Parera *et al* (2021) 'Case Management Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien; Literatur Riview', in, p. 23. Available at: https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=17.%09Parera%2C+M.E.P.%2C+Rahayuwati%2C+L.+and+Yudianto%2C+K.%2C+Case+Management+Dalam+Meningkatkan+Mutu+Pelayanan+Dalam+Meningkatkan+Kualitas+Hidup+Pasien%3A+A+Literature+Review.+In+Conference+Proce.
- Prameswari, *et al* (2020) 'Pengaruh Case Manager Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap (Studi Kasus Dan Implementasi)', *Journals of Ners Community*, 11(2), pp. 265–271. available at:<https://doi.org/10.55129/jnerscommunity.v11i2.1451>.
- Sari *et al* (2021) *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: CV Mine.
- SEKNEG (2021) 'Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan', (086146). Available at:<https://peraturan.bpk.go.id/Details/161982/p-p-no-47-tahun-2021>.

- SEKNEG (2023) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan', *Undang-Undang*, pp. 1-300. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>.
- Seniwati *et al* (2023) *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. CV. Feniks Muda Sejahtera.
- Siyoto & Supriyanto (2015) *Kebijakan & Manajemen Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- WHO (1998) 'Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services', in. Europe: WHO Document Production Services. Available at: www.cbo.gov/publication/53387http://go.usa.gov/ULE.
- Wongsunopparat, S. and Looji, M.I. (2023) 'Factors That Influence Patient Loyalty In Private Hospitals In Bangkok ', 03(02), pp. 311-320.

BAB 8

MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP)

* Dr. Ester Rumaseb S.Pd., M.Kes*

A. Pendahuluan

Pelayanan keperawatan harus mengutamakan kebutuhan konsumen atau pasien (*consumer minded*). Hal ini didasarkan pada kecenderungan perubahan saat ini dan persaingan yang semakin ketat. Oleh karena itu, perawat harus dapat mendefinisikan, mengimplementasikan, dan mengukur perbedaan bahwa praktik keperawatan harus dapat dijadikan sebagai indikator agar kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang profesional di masa depan terpenuhi. Sementara peran perawat harus dapat menunjukkan dampak yang positif terhadap sistem pelayanan kesehatan berdasarkan praktik yang dilakukan (Marquis & Huston, 2010).

Dalam implementasinya, seorang perawat dapat melaksanakan praktiknya secara mandiri maupun berkelompok berdasarkan Undang-Undang No 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan Permenkes No 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan. Adapun praktik yang dapat dilakukan oleh seorang perawat yaitu (Permenkes, 2019):

1. Praktik Keperawatan Rumah Sakit

Wewenang dan tanggung jawab yang diberikan kepada perawat profesional (Ners) dalam melaksanakan praktik keperawatan di rumah sakit dengan sikap dan kemampuannya. Untuk itu, perlu dikembangkan pengertian

praktik keperawatan rumah sakit dan lingkup cakupannya sebagai bentuk praktik keperawatan profesional, seperti proses dan prosedur registrasi.

2. Praktik Keperawatan Rumah

Pendekatan praktik keperawatan rumah diletakkan pada pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan sebagai kelanjutan dari pelayanan rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan oleh perawat profesional rumah sakit, atau melalui pengikutsertaan perawat profesional yang melakukan praktik keperawatan secara individu atau berkelompok (*Home Care*).

3. Praktik Keperawatan Berkelompok

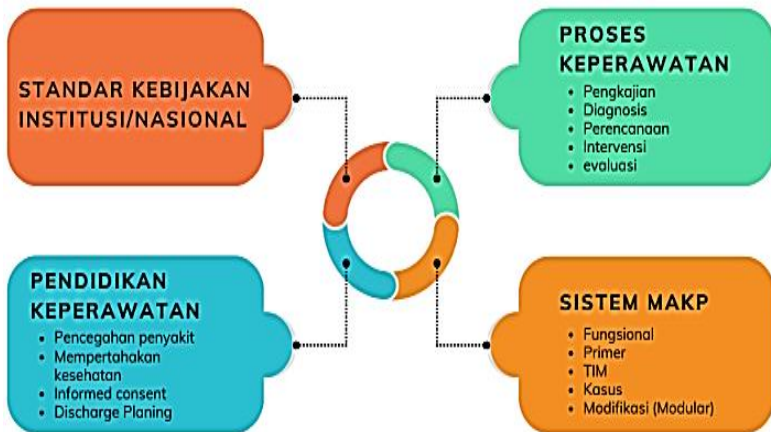
Pendekatan keperawatan berkelompok mengacu pada sekelompok perawat profesional yang membuka praktik keperawatan selama 24 jam kepada masyarakat yang memerlukan asuhan keperawatan dengan pola yang diuraikan dalam pendekatan dan pelaksanaan praktik keperawatan rumah sakit dan rumah. Bentuk praktik keperawatan ini dapat mengatasi berbagai bentuk masalah keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat dan dipandang perlu di masa depan. Lama rawat pasien di rumah sakit perlu dipersingkat karena biaya perawatan di rumah sakit diperkirakan akan terus meningkat.

4. Praktik Keperawatan Individual

Model pendekatan yang dilakukan yaitu perawat profesional yang sudah memiliki Surat Tanda Registrasi perawat (STR) dan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) serta berpengalaman secara mandiri membuka praktik keperawatan dalam jam praktek tertentu untuk memberi asuhan keperawatan. Bentuk praktik keperawatan ini sangat diperlukan oleh kelompok/golongan masyarakat yang tinggal jauh terpencil dari fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga dapat membantu program pemerintah dalam pemerataan pelayanan kesehatan di seluruh daerah.

Sejalan dengan perkembangan dan perubahan pelayanan kesehatan yang terjadi di Indonesia, maka model sistem asuhan keperawatan berubah mengarah pada suatu praktik asuhan keperawatan profesional yang bisa di terapkan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan lainnya. Model sistem manajemen asuhan keperawatan profesional (MAKP) yang dapat dikembangkan adalah metode fungsional, tim, primer, kasus dan modular (Gabungan) (Nursalam, 2014).

Sistem manajemen asuhan keperawatan profesional menjadi suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur yang berkaitan satu dengan yang lainnya, yakni: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP (Nursalam, 2014). Itu sendiri Unsur tersebut diyakini sebagai prinsip-prinsip nilai yang akan menentukan kualitas pelayanan keperawatan. Jika perawat tidak memiliki nilai-nilai tersebut sebagai suatu pengambilan keputusan yang independen, maka tujuan pelayanan kesehatan/keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien tidak akan dapat terwujud.



Gambar 8. 1 Hubungan antara Keempat Unsur dalam Penerapan Sistem MAKP

B. Konsep Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional

Model manajemen asuhan keperawatan didefinisikan sebagai metode pengorganisasian dan penyampaian asuhan keperawatan untuk mencapai hasil pasien yang diinginkan.

Keberhasilan suatu asuhan keperawatan kepada pasien sangat ditentukan oleh pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan profesional. Dengan semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan dan tuntutan perkembangan iptek, maka metode sistem pemberian asuhan keperawatan harus efektif dan efisien.

Model pemilihan manajemen asuhan keperawatan menggambarkan sifat dan derajat kontinuitas dalam penugasan personel keperawatan, jenis koordinasi yang khusus untuk pasien, dan sumber daya keperawatan yang tersedia. Model pemberian asuhan keperawatan mencakup asuhan yang berfokus pada pasien yaitu metode keperawatan tim, keperawatan tugas pribadi, perawatan pasien total, keperawatan fungsional, keperawatan primer, dan berbagai kombinasi (modular) (Nursalam, 2014). Dasar pertimbangan dalam pemilihan model manajemen asuhan keperawatan profesional adalah:

1. Berdasarkan Visi dan Misi Institusi

Visi dan misi rumah sakit menjadi dasar utama penentuan model pemberian asuhan keperawatan. Segala bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan mengacu pada ketercapaian Visi Rumah Sakit (Huber, D. & Joseph, 2021). Penerapan MAKP merupakan salah satu strategi dalam manajemen asuhan keperawatan.

2. Berdasarkan Efektifitas dan efisiensi dalam penggunaan biaya

Setiap suatu perubahan, harus selalu mempertimbangkan biaya dan efektivitas dalam kelancaran pelaksanaannya. Bagaimana pun baiknya suatu model, tanpa ditunjang oleh biaya memadai, maka tidak akan didapat hasil yang sempurna.

3. Berdasarkan Pemenuhan kepuasan pasien, keluarga dan masyarakat

Tujuan akhir asuhan keperawatan adalah kepuasan pelanggan atau pasien terhadap asuhan yang diberikan oleh perawat. Oleh karena itu, model yang baik adalah model

asuhan keperawatan yang dapat menunjang kepuasan pelanggan.

4. Berdasarkan kepuasan dan Kinerja Perawat

Kelancaran pelaksanaan suatu model sangat ditentukan oleh motivasi dan kinerja perawat. Model yang dipilih harus dapat meningkatkan kepuasan perawat, bukan justru menambah beban kerja dan frustrasi dalam pelaksanaannya.

5. Berdasarkan komunikasi tenaga kesehatan

Komunikasi secara profesional sesuai dengan lingkup tanggung jawab merupakan dasar pertimbangan penentuan model. Model asuhan keperawatan diharapkan akan dapat meningkatkan hubungan interpersonal yang baik antara perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

C. Tujuan Model Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional

MAKP menjadi hal yang penting untuk dipahami bagi setiap perawat sebagai bentuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Adapun tujuan dari metode asuhan keperawatan profesional adalah (Rotanto & Rahmah, 2023):

1. Memberikan perawatan yang efektif, efisien dan bermutu tinggi kepada klien
2. Memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang optimal dan sesuai dengan kebutuhan pasien
3. Memberikan pelayanan keperawatan yang terstruktur dan terstandarisasi kepada pasien Secara individu Sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien
4. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan Yang Sistematis dan holistik sehingga dapat mencapai hasil yang optimal dalam perawatan pasien
5. Memenuhi kebutuhan klien secara holistik, pencegahan komplikasi dan promosi Kesehatan
6. Membantu pasien dan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat terkait dengan perawatan pasien.
7. Meningkatkan keamanan pasien dimana metode MAKP mampu memastikan bahwa perawat mengidentifikasi dan

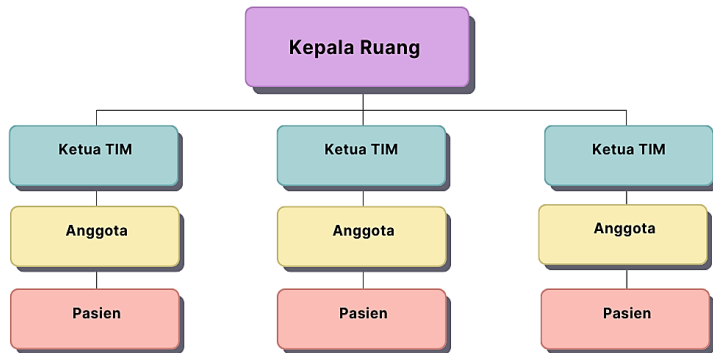
- menangani masalah kesehatan pasien secara tepat waktu, sehingga mengurangi resiko kesalahan dalam perawatan.
8. Meningkatkan kepuasan pasien dimana dengan memberikan perawatan yang terstruktur dan terkoordinasi dengan baik, pasien merasa lebih terlibat dalam perawatan mereka dan merasa puas dengan pelayanan kesehatan Yang diberikan
 9. Meningkatkan kolaborasi antar-profesional. dimana MAKP memungkinkan perawat untuk berkolaborasi dengan profesional kesehatan Lainnya dalam memberikan perawatan yang optimal untuk pasien.

D. Model Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional

Berikut ini merupakan penjabaran secara rinci tentang metode pemberian asuhan keperawatan profesional. Ada lima metode pemberian asuhan keperawatan profesional yang sudah ada dan akan terus dikembangkan di masa depan dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan. Adapun model manajemen asuhan keperawatan profesional sebagai berikut:

1. Model TIM

Metode ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grup yang terdiri atas tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu. Metode tim merupakan pengorganisasian pelayanan keperawatan oleh sekelompok perawat kepada sekelompok pasien yang dipimpin oleh perawat teregistrasi dan berpengalaman serta memiliki pengetahuan dalam bidangnya. Ketua tim bertanggungjawab mengarahkan anggota tim sebelum melakukan asuhan keperawatan dan menerima laporan perkembangan pasien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Metode ini biasa digunakan pada pelayanan keperawatan di unit rawat inap, unit rawat jalan, dan unit gawat darurat (Sulastien & Sudariani, 2020).



Gambar 8. 2 Model Asuhan Keperawatan Profesional TIM

a. Kelebihan Metode MAKP TIM

- 1) Memberikan pelayanan keperawatan yang menyeluruh
- 2) Mendukung pelaksanaan proses keperawatan
- 3) memungkinkan komunikasi antar tim, sehingga konflik mudah di atasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim.

b. Kelemahan Metode MAKP TIM: komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu, yang sulit untuk dilaksanakan pada waktu-waktu sibuk.

c. Tanggung Jawab Anggota TIM

- 1) memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggungjawabnya
- 2) Kerja sama dengan anggota tim dan antartim
- 3) Memberikan laporan

d. Tanggung Jawab Ketua TIM

- 1) Membuat perencanaan
- 2) Membuat penugasan, supervisi, dan evaluasi
- 3) Mengenal/mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhanpasien
- 4) Mengembangkan kemampuan anggota
- 5) Menyelenggarakan *pre* dan *post conference*

e. Tanggung Jawab Kepala Ruang:

1) Perencanaan

- a) Menunjuk ketua tim yang akan bertugas di ruangan masing-masing
- b) Mengikuti serah terima pasien pada sif sebelumnya
- c) mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien: gawat, transisi, danpersiapan pulang, bersama ketua tim
- d) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan kebutuhan pasien bersama ketua tim, mengatur penugasan/penjadwalan
- e) Mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologi, Tindakanmedis yang dilakukan, program pengobatan, dan mendiskusikan dengandokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien
- f) Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan, termasuk kegiatan membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan, membimbing penerapanproses keperawatan dan menilai asuhan keperawatan, mengadakan diskusiuntuk pemecahan masalah, serta memberikan informasi kepada pasien ataukeluarga yang baru masuk
- g) Menjaga terwujudnya visi dan misi keperawatan dan rumah sakit

2) Pengorganisasian

- a) Merumuskan metode penugasan yang digunakan
- b) membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim secara jelas
- c) Membuat rentang kendali, kepala ruangan membawahi 2 ketua tim, danketua tim membawahi 2-3 perawat
- d) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan: membuat proses dinas,mengatur tenaga yang ada setiap hari, dan lain-lain

- e) Mendelegasikan tugas, saat kepala ruang tidak berada di tempat kepadaketua tim

3) Pengarahan

- a) Memberi pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik
- b) Memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap
- c) Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya

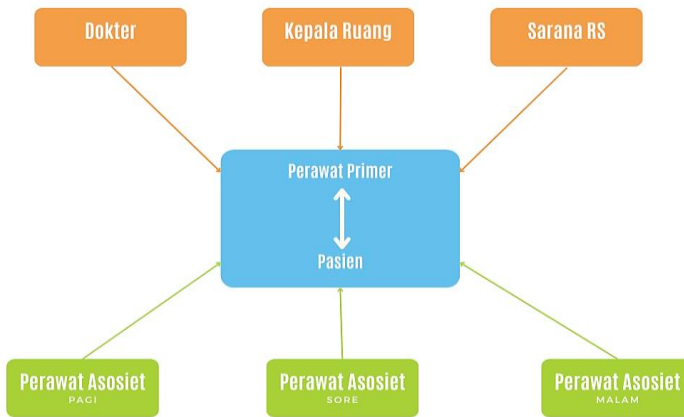
4) Pengawasan

- a) Melalui komunikasi: mengawasi dan berkomunikasi langsung denganketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yangdiberikan kepada pasien
- b) Mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan denganrencana keperawatan yang telah disusun bersama ketua tim
- c) pengawasan langsung dilakukan dengan cara inspeksi, mengamati sendiri, atau melalui laporan langsung secara lisan, dan memperbaiki/mengawasi kelemahan-kelemahan yang ada saat itu juga
- d) pengawasan tidak langsung, yaitu mengecek daftar hadir ketuatim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatanyang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan (didokumentasikan), mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas
- e) Audit keperawatan

2. Model Primer

Suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana satu perawat profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan pasien selama 24 jam/hari. Tanggung jawab meliputi pengkajian pasien, perencanaan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan dari sejak pasien masuk rumah sakit hingga

pasien dinyatakan pulang. Metode primer ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus-menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat. Keperawatan primer ini akan menciptakan kesempatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkelanjutan, dimana asuhan keperawatan berorientasi kepada pasien (Nursalam, 2014).



Gambar 8. 3 Model Asuhan Keperawatan Profesional Primer

Kelebihan MAKP Primer

- a. Bersifat kontinuitas dan komprehensif
- b. Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil, dan memungkinkan pengembangan diri

Kelemahan MAKP Primer: Hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinis, penuh pertimbangan, serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu

Tugas Perawat Primer

- a. Mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif
- b. Membuat tujuan dan rencana keperawatan
- c. Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama ia dinas

- d. Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain
- e. Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai
- f. Merawat 4-6 pasien untuk satu perawat primer
- g. Mengadakan kunjungan rumah

Peran Kepala Ruang

- a. Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer
- b. Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten
- c. Merencanakan/menyelenggarakan pengembangan staf
- d. Evaluasi kinerja

3. Model Fungsional

Model fungsional merupakan model yang menentukan tugas keperawatan berdasarkan kepada pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang digunakan. Model ini digunakan ketika dalam satu ruang keperawatan memiliki keterbatasan tenaga. Selain itu, model ini memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi perawat pelaksana atau mahasiswa praktik untuk keterampilan tertentu. Namun, asuhan keperawatan yang diberikan tidak secara holistik (Nursalam, 2014).



Gambar 8. 4 Model Asuhan Keperawatan Profesional Fungsional

Kelebihan MAKP Fungsional

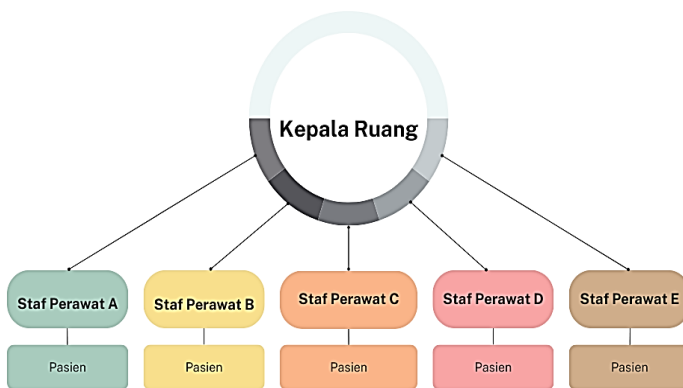
- a. Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga
- b. Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik

Kelemahan MAKP Fungsional

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

4. Model Kasus

Model yang diterapkan yaitu setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap sif, dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini umumnya dilaksanakan untuk perawat privat/pribadi dalam memberikan asuhan keperawatan khusus seperti kasus *isolasi* dan perawatan intensif (*intensive care*) (Nursalam, 2014).



Gambar 8. 5 Model Asuhan Keperawatan Profesional Kasus

Kelebihan MAKP Kasus

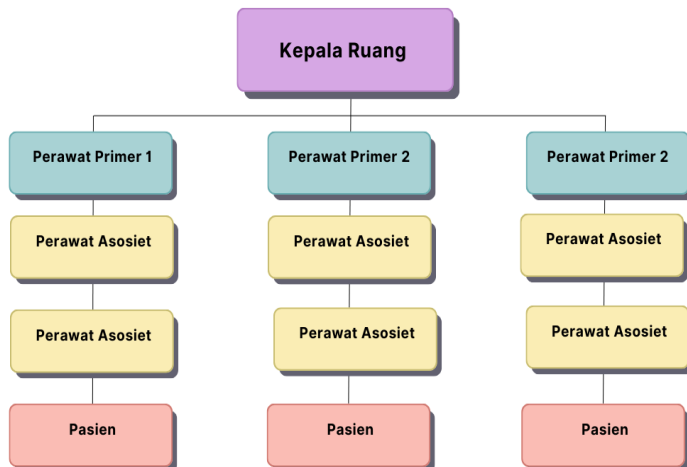
- a. Sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah
- b. Perawat lebih memahami kasus per kasus

Kelemahan MAKP Kasus

- a. Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.
- b. Belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab

5. Model Modular (Modifikasi Primer dan TIM)

Metode modular merupakan gabungan metode primer dan tim terhadap asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (perawat terampil) untuk sekelompok klien dari mulai masuk rumah sakit sampai pulang, disebut tanggung jawab total atau keseluruhan. Untuk metode ini diperlukan perawat yang berpengalaman, terampil dan memiliki kemampuan memimpin. Idealnya 2-3 perawat untuk 8-12 klien. Semua model di atas dapat digunakan untuk melakukan pelayanan asuhan keperawatan sesuai situasi dan kondisi ruangan, jumlah perawat serta kemampuan perawat yang ada. Jumlah perawat yang ada harus seimbang sesuai dengan jumlah klien (Sulastien & Sudariani, 2020).



Gambar 8. 6 Model Asuhan Keperawatan Profesional Modular

DAFTAR PUSTAKA

- Huber, D., & Joseph, M. L. (2021). *Leadership and Nursing Care Management*. Elsevier Health Sciences.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan : teori dan aplikasi*. EGC.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika.
- Permenkes. (2019). *No 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan*.
- Rotanto, & Rahmah, N. M. (2023). *Manajemen Keperawatan*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
https://books.google.co.id/books?id=SxHAEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Sulastien, H., & Sudariani, P. W. (2020). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan dan Kepemimpinan*. Guepedia.

BAB 9 | PENYELESAIAN KONFLIK DALAM PELAKSANAAN PELAYANAN RUANG RAWAT

Dr. Lisdawati Muda, S.Pd, M.Si

A. Pendahuluan

Salah satu tugas terberat bagi seorang pemimpin adalah mengatasi kesulitan atau menyelesaikan konflik, baik yang muncul dari dalam organisasi maupun dari luar organisasi. Sondakh, dkk, 2023:3 menuliskan rumah sakit merupakan suatu organisasi pelayanan publik yang tidak terlepas dari sorotan dan penilaian masyarakat penggunaannya. Pelayanan yang diberikan kepada pasien masih mendapat keluhan dari masyarakat baik berupa pelayanan medis maupun non medis seperti ketersediaan sarana dan prasarana. Perhatian dan keseriusan akan pelayanan kesehatan terhadap pasien di rumah sakit secara cermat dilakukan guna memenuhi keinginan dan meningkatkan kepuasan atas pelayanan yang diberikan. Dalam hal ini kepuasan diperoleh dari terpenuhinya harapan pasien terhadap pelayanan yang diberikan pihak rumah sakit penyedia layanan kesehatan masyarakat termasuk di dalamnya pelayanan di ruang rawat.

Purwoko, 2023 menulis terdapat kamar atau ruang rawat di rumah sakit antara lain:

1. Ruang UGD dan IGD

Pada dasarnya, Unit Gawat Darurat (UGD) dan Instalasi Gawat Darurat berfungsi untuk menangani pasien dengan kondisi medis darurat atau mengancam jiwa pasien. Beberapa kondisi yang memerlukan penanganan di UGD

atau IGD seperti nyeri dada, serangan jantung, kesulitan bernafas, cedera atau pendarahan hebat.

2. ICU

Jika pasien tidak bisa dirawat di ruang rawat inap biasa, maka dokter dapat merujuknya ke *Intensive Care Unit* (ICU) untuk mendapatkan pemantauan dan perawatan intensif. Pasien yang dirawat di ruangan tersebut adalah penderita penyakit jantung, paru dan infeksi serius.

3. HCU

High Care Unit (HCU) berada satu tingkat dibawah ICU dan terletak berdampingan dengan ICU di rumah sakit. Ruangan HCI sendiri ditujukan bagi pasien yang sudah membaik, tetapi masih perlu pengawasan ketat dan belum bisa dirawat di ruang ruang rawat inap biasa.

4. ICCU

Secara umum, *Intensive Coronary Care* (ICCU) tetapi dikhususkan untuk menangani pasien dengan yang mengidap penyakit jantung koroner, gangguan irama jantung yang berat, dan gagal jantung.

5. NICU

Neonatal Intensive Care Unit (NICU), ialah sebuah ruang rawat intensif untuk bayi baru lahir atau neonatus yang membutuhkan perawatan khusus. Bayi yang dirawat di ruang NICU setelah 24 jam kelahirannya. Kondisi bayi yang dirawat yakni, bayi prematur, berat badan rendah dan cacat lahir.

6. PICU

Pediatric Intensive Care Unit (PICU) bertujuan merawat anak-anak usia 1-18 tahun. Bayi yang telah keluar rumah sakit dan perawatan intensif biasanya dirujuk ke ruangan tersebut karena masalah pernapasan parah akibat asma, infeksi serius, maupun kecelakaan atau nyaris tenggelam.

7. Ruang perawatan

Pasien yang membutuhkan rawat inap alias opname akan dirawat di ruang rawat untuk membantu mempercepat pemulihan pasien pasca operasi. Selain itu ruang rawat

digunakan untuk pasien yang menderita gangguan kesehatan serius seperti, seperti infeksi menular, stroke, gagal ginjal, dan perdarahan dalam.

8. Ruang rawat jalan

Saat pertama kali pasien berkunjung ke rumah sakit, biasanya akan diarahkan untuk melakukan pemeriksaan di ruang rawat jalan. Di ruang tersebut pasien akan diperiksa oleh dokter umum atau dokter spesialis dan bila perlu pasien akan diberikan pemeriksaan lanjutan seperti tes radiologi dan laboratorium untuk menegakkan diagnosisnya.

9. Ruang Operasi

Ruang operasi atau kamar operasi merupakan satu ruangan khusus yang digunakan untuk melakukan tindakan pembedahan. Ruang operasi memiliki peralatan yang dirancang khusus sesuai dengan jenis tindakan yang dilakukan. Ruangan ini juga harus steril guna mencegah pasien terkena infeksi pasca operasi.

Mencermati penjelasan di atas mengenai fungsi rumah sakit bisa dilihat dari ketersediaan fasilitas pada masing-masing ruang rawat. Dalam arti indikator keberhasilan rumah sakit tergantung fasilitas dan pelayanan yang diperoleh pasien selama dirawat di rumah sakit.

Telah kita ketahui bersama, terdapat beberapa permasalahan yang sering dialami pasien ketika datang ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan tetapi di luar harapan pasien menemukan permasalahan, seperti: lambannya tenaga medis memberikan pelayanan, sikap dan etika perawat yang ditunjukkan pada saat memberikan pelayanan, minimnya peralatan medis, kurangnya jumlah tenaga medis, ruang rawat yang kurang nyaman dan lain sebagainya. Selain itu pula permasalahan yang mengganggu kelancaran pelayanan di ruang rawat biasanya dipengaruhi oleh perilaku tenaga medis atau tenaga kesehatan yang bertugas khususnya di ruang rawat. Fenomena tersebut di atas membutuhkan penyelesaian dan tindakan seorang pemimpin lebih khusus lagi kepada seorang manajer yang diberikan wewenang dan tanggung jawab

memimpin di ruang rawat. Kemampuan dan keterampilan memimpin bagi seorang pemimpin atau manajer di ruang rawat dalam penyelesaian konflik di ruang rawat akan sangat menentukan keberhasilan dalam memberikan pelayanan terbaik bagi pasien yang memerlukan pelayanan di ruang rawat.

B. Konsep Konflik Organisasi

Konflik organisasi biasanya berupa gangguan yang muncul dari dalam organisasi, maupun datang dari luar organisasi dan dinilai bisa menghambat proses kegiatan organisasi.

Konflik organisasi muncul ketika dua pihak yang saling membutuhkan merasakan ketidaknyamanan, ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan. Selain itu, timbulnya konflik dalam organisasi karena memperebutkan sumber daya yang langka dan campur tangan dari pihak lain atau luar organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. (Sampe, dkk. 2022:13)

Selain Sampe, dkk penulis menemukan dalam sebuah artikel yang ditulis Prihatina (2003) bahwa konflik organisasi bermakna sebagai sebuah proses yang berawal ketika suatu pihak berpandangan bahwa pihak lainnya telah memberikan pengaruh yang kurang baik sehingga dapat menimbulkan konflik terjadi. Konflik atau pertentangan dalam kondisi tertentu akan mampu mengidentifikasi sebuah proses pengelolaan lingkungan dan sumber daya yang tidak berjalan efektif dan efisien. Konflik organisasi juga merupakan perbedaan gagasan dan persepsi di antara pemimpin di dalam organisasi, pemimpin dan anggota organisasi dan sesama anggota organisasi. Pada situasi seperti ini konflik organisasi diartikan sebagai suatu pertentangan antar individu atau kelompok yang dapat meningkatkan ketegangan sebagai dampak dari saling menghalangi dalam perwujudan sasaran organisasi.

Penyebab lain dari terciptanya konflik dikemukakan oleh (Mithra, 2023) antara lain: (a) komunikasi interpersonal terhambat (b) kerjasama dalam organisasi terhalang, (c) aktivitas produksi dan distribusi terganggu; (d) munculnya saling curiga

dan salah paham,(e) Individu yang berkonflik bisa merasakan cemas, tertekan, apatis dan frustrasi, (f) bila terjadi stress berkepanjangan, anggota organisasi yang terlibat konflik bisa saja mangkir dari pekerjaan atau mengundurkan diri dari organisasi tempatnya bekerja.

C. Berbagai Konflik di Ruang Rawat dan Upaya Mengatasinya dalam Perspektif Administrasi Publik

Mencermati arti dan penyebab konflik organisasi seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, maka dapat dipahami konflik organisasi terjadi di lingkungan unit kerja atau kelompok kerja mikro dalam sebuah organisasi. Di rumah sakit memiliki unit-unit pelayanan termasuk ruang rawat. Di setiap unit-unit pelayanan memiliki kendala masing-masing meskipun kendala atau konflik yang terjadi biasanya yang dialami pula oleh organisasi lain.

Seperti unit kerja atau unit pelayanan lainnya ruang rawat tidak pernah luput dari yang namanya konflik atau kendala. Sejumlah kendala yang terjadi di unit ruang rawat antara lain menyangkut:

1. Tenaga kesehatan dan tenaga medis di ruang rawat

Oktavira (2023) menguraikan, tenaga kesehatan adalah setiap individu yang mendapatkan pendidikan baik formal maupun non formal yang mendedikasikan diri dalam berbagai upaya yang bertujuan mencegah, mempertahankan serta meningkatkan derajat kesehatan. Tenaga kesehatan dikelompokkan ke dalam: (a) tenaga psikologi klinis, (b) tenaga keperawatan, (c) tenaga kebidanan, (d) tenaga kefarmasian, (e) tenaga kesehatan masyarakat, (f) tenaga kesehatan lingkungan, (g) tenaga gizi, (h) tenaga kesehatan lingkungan (i) tenaga keterampilan fisik, (j) tenaga keteknisian medis, (k) tenaga teknik biomedika, (l) tenaga kesehatan tradisional dan tenaga kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Tenaga medis diartikan sebagai individu yang merupakan tenaga ahli kedokteran dengan fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya dan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggung jawabkan. Tenaga medis terdiri dari: (a) dokter, (b) dokter gigi, (c) dokter spesialis.

Melihat posisi atau kedudukan tenaga kesehatan dan tenaga medis dalam menjalankan tugas khususnya di ruang rawat bukan tidak mungkin diperhadapkan dengan berbagai permasalahan atau konflik yang sering terjadi seperti (a) munculnya kasus malpraktek medis, (b) keterlambatan mengambil tindakan medis, (c) terjadi kekeliruan memberikan obat, (d) perilaku dan sifat yang kurang baik yang ditunjukkan petugas dalam hal ini tenaga kesehatan dan tenaga medis baik kepada sesama petugas maupun kepada pasien dan keluarga pasien. Perilaku tenaga kesehatan dan tenaga medis yang kurang disiplin dan kurang bertanggung jawab terhadap tugas juga menjadi bukti perilaku kurang baik karena bisa menghambat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien terutama di ruang rawat.

Menyikapi konflik tersebut di atas Farizky, 2022, dkk:7-9 menuliskan langkah-langkah dalam menyelesaikan konflik-konflik terkait dengan perilaku tenaga kesehatan dan tenaga medis adalah saling mengingatkan antara pemimpin dan anggota tim maupun sesama tim mengenai moral dan etika petugas kesehatan antara lain:

a. Otonomi

Azas atau prinsip yang mesti dibangun oleh tenaga kesehatan maupun tenaga medis dalam menghormati hak-hak pasien untuk menentukan nasib sendiri, dan pasien memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan tentang suatu tindakan medis seperti, pasien berhak memutuskan tindakan dilakukan atas persetujuannya.

b. Berbuat baik (*beneficence*)

Prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang bertujuan membawa manfaat dan menyeimbangkan manfaat tersebut dengan resiko dan biaya. Misalnya, seorang dokter meresepkan obat antipruritus, tetapi efeknya berbeda, sehingga dokter harus mempertimbangkan prosedur ini dengan cermat. Demikian pula seorang tenaga kesehatan yang melayani pasien harus mempertimbangkan dan berkonsultasi dengan profesional dalam memberikan pelayanan kesehatan.

c. Tidak berbahaya (*non-maleficence*)

Prinsip moral yang melarang tindakan memperparah kondisi pasien, tidak merugikan dan tidak menimbulkan bahaya fisik dan emosional kepada klien atau pasien. Contohnya: pendapat dokter mengenai pemberian pelayanan tidak bisa diterima pasien dan keluarganya dan dapat merugikan pasien apabila dipaksakan. Begitu pula, dengan tindakan tenaga kesehatan semestinya memberikan pelayanan terbaik dan tidak merugikan pasien.

d. Kerahasiaan

Semua laporan kesehatan pasien harus dibaca hanya terkait dengan perawatan pasien. Tidak semua orang dapat mengakses informasi tentang pasien kecuali pasien telah memberikan persetujuannya. Dalam arti tenaga medis dan tenaga kesehatan merahasiakan nama, alamat pasien dan penyakit yang diderita pasien, dan lain sebagainya.

e. Loyalitas (menepati janji)

Tenaga medis dan tenaga kesehatan hendaknya menepati janji dan menghormati komitmen dalam melindungi kerahasiaan pasien. Loyalitas dimaksud ialah kepatuhan terhadap kode etik tenaga medis dan tenaga kesehatan yang menyatakan bahwa tanggung jawab utama petugas kesehatan adalah meningkatkan derajat

kesehatan, mencegah penyakit pasien agar tidak muncul kembali, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan yang dirasakan pasien.

f. Iman

Memahami dengan sungguh-sungguh setiap perbuatan ataupun tindakan yang dilakukan pasti akan dimintai pertanggung jawaban tidak hanya kepada pasien, keluarga pasien, atasan atau pemimpin akan tetapi dipertanggung jawabkan di hadapan Allah SWT. Dengan demikian semua petugas kesehatan senantiasa mengedepankan rasa keadilan atau tidak membedakan pasien yang satu dengan lainnya, berperilaku jujur, disiplin, berempati, dan lain sebagainya

Selain perilaku yang ditunjukkan oleh tenaga kesehatan dan tenaga medis, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga medis juga berdampak terhadap pelayanan kepada pasien.

Dikutip dari sebuah tulisan minimnya tenaga kesehatan dan tenaga medis berdampak kurang baik pada pelayanan kesehatan bagi pasien, seperti:

- a. Pelayanan kesehatan menjadi terbatas dan terhambat terutama dalam organisasi kesehatan yang memiliki pasien yang banyak. Pelayanan kesehatan terbatas berarti pasien mungkin tidak bisa mendapatkan perawatan yang dibutuhkan tepat waktu sehingga memperparah kondisi pasien.
- b. Kurangnya tenaga kesehatan dan tenaga medis akan menyebabkan beban kerja berlebihan bagi para profesional kesehatan yang tersedia terlebih lagi pada ruang rawat. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga medis sering menuntut mereka untuk bekerja lembur dan menghadapi beban kerja yang tidak proporsional. Kondisi seperti ini mengakibatkan kelelahan fisik dan mental sehingga meningkatkan risiko kesalahan medis. (Rashardy, 2023).

Untuk mengatasi kekurangan tenaga kesehatan dan tenaga medis dapat ditempuh dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1) Meningkatkan alur kerja klinis dengan teknologi.

Salah satu solusi dalam mengurangi kekurangan tenaga kesehatan dan tenaga medis adalah melalui pemanfaatan teknologi. Ketersediaan teknologi dapat membantu mengidentifikasi efisiensi operasional dan menyederhanakan alur kerja, memastikan bahwa sumber tenaga kesehatan dan tenaga medis dialokasikan secara optimal.

2) Pertahankan tenaga kesehatan dan tenaga medis yang telah ada

Untuk mengatasi kekurangan tenaga medis dan tenaga kesehatan hendaknya mempertahankan keberadaan tenaga kerja yang ada. Menerapkan pengakuan dokter, dan mengakui kontribusi perawat bermakna dapat meningkatkan kepuasan secara signifikan dan mengurangi tingkat pengurangan tenaga kesehatan dan tenaga medis.

3) Mendorong mantan tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk kembali bekerja.

Langkah atau strategi ini dapat diterapkan agar tenaga kesehatan dan tenaga medis dapat bertambah dengan jalan menawarkan kesempatan bekerja yang fleksibel dan menciptakan peran yang mengakomodasi preferensi tenaga kesehatan. Dalam hal ini disikapi dalam bentuk tindakan mendorong mantan tenaga kesehatan seperti posisi khusus, akhir pekan, atau pekerjaan yang dilakukan melalui teknologi digital. Komunikasi proaktif melalui media massa dapat memberi informasi kepada mantan tenaga medis dan tenaga kesehatan dan keuntungan untuk kembali bekerja, seperti gaji yang tinggi. Inisiatif seperti ini bisa membangun kembali hubungan dan memberikan insentif yang menarik bagi para tenaga medis dan

tenaga kesehatan untuk kembali bekerja di rumah sakit, klinik, rumah sakit dan di unit ruang rawat.

- 4) Menarik talenta baru dalam tenaga kesehatan dan tenaga medis.

Dalam mengatasi kekurangan tenaga kesehatan dan tenaga medis maka pelayanan kesehatan harus fokus untuk menarik talenta baru ke dalam angkatan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat diwujudkan dengan jalan membentuk jalinan kerjasama kemitraan bersama kampus atau universitas terkait pelayanan kesehatan.

2. Pasien

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) online, pasien adalah orang sakit yang dirawat oleh dokter. Pasien memperoleh pelayanan tinggal atau dirawat pada suatu unit pelayanan kesehatan tertentu yaitu pasien yang di rumah sakit. Pasien terbagi atas: (a) pasien jalan, pasien luar yang hanya memperoleh pelayanan kesehatan tertentu, tidak menginap di unit pelayanan kesehatan, (b) pasien opname, pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan menginap dan dirawat di rumah sakit atau pasien rawat inap.

Pasien pada umumnya yang datang berkunjung ke rumah sakit atau ke tempat pelayanan kesehatan lainnya, memiliki karakteristik tersendiri seperti sikap dan sifat masing-masing. Demikian juga tingkat pendidikan, penguasaan bahasa, profesi dan karier kebiasaan dan lain-lain biasanya mempengaruhi tindakan pasien sehingga tidak jarang terdapat oknum pasien yang cenderung keras kepala, kurang sabar, sombong dan susah diatur sehingga memperlambat proses penyembuhan bagi pasien. Menghadapi pasien yang bertingkah seperti yang telah disebutkan di atas, ada 8 (langkah) yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Kala harus menghadapi amarah dari konsumen atau *client*, hal utama yang harus dilakukan baik oleh tenaga kesehatan maupun tenaga medis adalah tetap bersikap

tenang, mengendalikan diri dalam menghadapi tingkah laku pasien.

b. Jangan dimasukkan ke hati

Bertemu dengan pasien yang menjengkelkan semestinya tidak menyimpan rasa kesal di dalam hati. Sikap pasien yang kurang baik bisa jadi karena menerima pelayanan yang mengecewakan. Oleh karena itu sebagai individu tenaga kesehatan dan tenaga medis tidak terlalu melibatkan perasaan personal dalam menghadapi sikap pasien.

c. Memahami alasan munculnya sikap pasien

Pengertian dan kesabaran dari tenaga kesehatan dan tenaga medis sangat dibutuhkan dalam menyikapi perilaku pasien yang kurang etis. Sebagai seorang petugas kesehatan memperhatikan detail-detail yang diungkapkan pasien dan alasan pasien marah, sedih dan lain-lain perlu dipertimbangkan agar tenaga kesehatan dan tenaga medis secara personal akan lebih mudah dalam memberikan solusi.

d. Tetap mendengarkan

Untuk menyelesaikan konflik salah satunya mendengarkan berbagai keluhan yang disampaikan pasien. Memberikan kesempatan kepada pasien menceritakan apa yang dia rasakan bisa mengurangi beban fisik dan mental pasien, sehingga konflik di ruang rawat dapat dicegah.

e. Memohon maaf atas apa yang terjadi

Mengakui dan memohon maaf atas segala yang terjadi bisa membuat pasien merasa diperhatikan dengan baik karena mereka merasa dihargai sehingga pasien berupaya menuruti saran dari dokter atau perawat.

f. Memberikan solusi

Setelah tenaga kesehatan dan tenaga medis mengetahui hal-hal yang terjadi pada diri pasien terkait kekecewaan, kemarahan, dan kesedihan beserta penyebab dan dampak yang akan terjadi akibat sikap pasien maka memberikan

solusi dan nasehat yang baik akan mampu mengurangi konflik guna kepentingan bagi kesembuhan pasien.

g. Berikan penawaran.

Jika solusi yang ditawarkan dinilai tidak mampu mengurangi konflik, maka memberikan penawaran lainnya dapat dilakukan tenaga medis dan tenaga kesehatan dengan mengedepankan sisi humanis dan kebutuhan pasien.

h. Rehat sejenak

Setelah berhasil menyelesaikan konflik yang terjadi, tenaga medis maupun tenaga kesehatan khususnya yang bertugas di ruang rawat sebaiknya mengambil sedikit waktu untuk beristirahat. Berhadapan dengan pasien yang menjengkelkan bisa menimbulkan kegalauan, sehingga perlu waktu menarik nafas panjang, atau berjalan sebentar keluar dari ruangan.

3. Keluarga pasien

Keluarga pasien adalah seseorang sebagai tulang punggung bagi orang dewasa dengan penyakit kronis untuk memberikan sebagian besar perawatan dan dukungan sosial untuk orang yang mereka sayangi. Keluarga pasien berarti anggota keluarga, saudara, isteri/suami, sahabat, tetangga atau orang yang memiliki hubungan signifikan dengan pasien. Keluarga pasien juga memiliki beragam tugas yang harus dilakukan untuk pasien misalnya: (a) membantu pasien dalam perawatan diri, (b) memantau kepatuhan terapi, (c) membuat janji untuk pemeriksaan medis rutin, (d) membantu dan memantau asupan gizi, (e) mengamati kondisi pasien untuk gejala awal, (f) menyemangati pasien. Rahayu, Teti Rahmawati (2019:4)

Konflik atau kendala yang terjadi pada ruang rawat adalah kesadaran keluarga pasien yang masih rendah terhadap peran serta mereka membantu pasien. Sebagian dari keluarga pasien minim upaya dalam menyemangati keluarga mereka yang sakit termasuk di dalamnya sikap keluarga pasien yang tidak memperhatikan menu makanan

pasien yang dianjurkan atau yang tidak boleh dimakan oleh pasien sesuai saran dokter, tidak melaporkan perubahan kondisi pasien kepada dokter dan perawat, menyerahkan semua urusan perawatan pasien kepada petugas kesehatan dan lain sebagainya. Dalam menghadapi konflik yang timbul karena perilaku keluarga pasien dapat ditempuh dengan jalan: (a) menerapkan aturan tegas untuk melarang keluarga pasien keluar masuk ruang rawat seperti di ruang rawat inap, (b) memeriksa setiap makanan yang dibawa oleh keluarga pasien, (c) pemberian obat seperti obat minum harus dalam pengawasan petugas atau perawat dan tidak diserahkan sepenuhnya kepada keluarga pasien. Mengatasi konflik tersebut perlu disosialisasikan oleh pihak rumah sakit khususnya di ruang rawat kepada keluarga yang datang menjenguk pasien atau menjaga pasien di ruang rawat.

Memberikan penyampaian kepada keluarga pasien tentang penyelamatan pasien diperlukan pula tanggung jawab dan kerjasama yang baik dari keluarga pasien. Seperti yang dikemukakan Sianturi (2020:5) bahwa salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh keluarga pasien untuk keselamatan pasien adalah membangun komunikasi efektif dengan dokter atau perawat untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan keluarga pasien dalam proses pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, di rumah sakit termasuk di ruang rawat hendaknya ada sistem dan mekanisme mendidik keluarga pasien tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dan tanggung jawab keluarga pasien dalam asuhan pasien.

4. Ketersediaan alat kesehatan yang masih kurang dan di bawah standar.

Alat kesehatan adalah barang atau termasuk setiap komponen di dalamnya baik itu bagian atau perlengkapan yang diproduksi untuk tujuan medis. Alat medis digunakan sebagai pemeliharaan, perawatan kesehatan, diagnosa maupun yang lainnya dan berhubungan dengan kesehatan.

Minimnya jumlah dan kualitas alat kesehatan menjadi salah satu penyebab terlambatnya penanganan tindakan medis kepada pasien.

Agar organisasi kesehatan dan unit kesehatan mampu menyiapkan alat kesehatan berkualitas, terdapat 10 (sepuluh) langkah meminimalisir konflik yang terjadi di rumah sakit terlebih lagi di ruang rawat terkait dengan kecepatan pemberian tindakan medis kepada pasien, antara lain:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan dan perencanaan dengan teliti

Mengidentifikasi dan merencanakan alat kesehatan merupakan langkah awal dalam pengadaan alat kesehatan. Tim pengadaan alat mesti bekerja sama dengan tenaga medis dan tenaga ahli untuk memahami kebutuhan akan alat kesehatan dengan mempertimbangkan historis tentang jenis alat kesehatan yang sering dipakai, perlu diperbarui atau ditambahkan dan disesuaikan dengan anggaran yang ada.

- b. Melakukan riset pasar dan evaluasi pemasok.

Hal ini dilakukan untuk mengetahui merek, model dan spesifikasi alat yang memang benar-benar dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan kepada pasien. Selain itu penting melakukan evaluasi mendalam terhadap perusahaan atau lembaga yang menjual atau memberikan alat kesehatan untuk memastikan reputasi penjual alat, kualitas alat, dan produk yang ditawarkan serta pelayanan setelah alat kesehatan diterima.

- c. Pertimbangkan aspek harga dan anggaran

Langkah ini diambil agar pihak organisasi kesehatan lebih teliti dalam penawaran harga yang kompetitif dari beberapa pemasok yang berbeda. Memperhatikan dengan cermat mengenai harga dan kualitas alat kesehatan yang ditawarkan penting disikapi agar alat yang dibeli benar-benar berkualitas dibutuhkan dalam penanganan pasien.

d. Perhatikan kualitas dan keamanan

Memastikan keamanan dan kualitas alat kesehatan perlu dilakukan sesuai dengan standar kualitas internasional atau standar kualitas berlaku pada setiap negara. Pemeriksaan dan verifikasi berkelanjutan terhadap alat kesehatan yang ditawarkan aman digunakan oleh pasien dan petugas tenaga medis dan tenaga kesehatan sehingga mengurangi risiko gangguan atau kecelakaan akibat kerusakan alat.

e. Dukungan teknis dan layanan setelah alat kesehatan dibeli

Dukungan teknis yang diberikan pemasok alat kesehatan dapat diwujudkan melalui pelatihan kepada petugas pengguna alat mengenai prosedur atau mekanisme penggunaan dan perawatan rutin alat kesehatan.

f. Libatkan tim medis dan profesional terkait

Proses pengadaan alat kesehatan hendaknya dilakukan dengan melibatkan tim medis dan profesional terkait dalam pengadaan tersebut. Tim medis dan profesional memiliki pengalaman yang baik, mampu melihat, memetakan serta mengevaluasi kebutuhan spesifik terhadap alat kesehatan yang akan digunakan.

g. Pahami aturan dan persyaratan hukum yang berlaku

Proses pengadaan alat kesehatan harus mematuhi aturan atau regulasi yang berlaku. Pastikan bahwa semua dokumen dan kontrak legal telah diurus dengan baik dan sesuai dengan ketentuan hukum.

h. Pertimbangkan keberlanjutan dan daur ulang

Dewasa ini gerakan peduli lingkungan semakin mendapat perhatian dari berbagai pihak sehingga perlu mempertimbangkan pengadaan alat kesehatan yang ramah lingkungan agar tidak menimbulkan konflik kesehatan lainnya. Selain itu jika ada peluang untuk mendaur ulang atau memperbaiki alat kesehatan yang sudah tidak terpakai, pertimbangkan pilihan ini untuk

meminimalisir dampak lingkungan dari limbah elektronik.

i. Evaluasi dan perbaikan berkelanjutan

Melakukan evaluasi atas kinerja alat kesehatan secara berkala mutlak dilakukan dan membuat catatan mengenai kelebihan dan kekurangan dari masing-masing alat kesehatan. Umpan balik dari tenaga kesehatan, tenaga medis dan pasien sangat penting dalam proses perbaikan berkelanjutan.

j. Jalin kerjasama yang baik dengan pemasok alat kesehatan

Kerjasama yang baik dengan pihak pemasok bisa memberikan manfaat seperti pelayanan berkualitas, mendapatkan harga spesial, penawaran produk terbaru dan dukungan teknis yang lebih baik.

Selain penjelasan sebelumnya mengenai penyebab munculnya konflik dan upaya meminimalisir konflik khususnya di ruang rawat, terdapat strategi penyelesaian konflik dalam Perspektif Administrasi Publik antara lain:

1. Pemimpin yang Terampil

Pemimpin organisasi seperti pada organisasi kesehatan hendaknya senantiasa mengasah keterampilannya dalam memimpin seperti membuat inovasi yang dapat diterapkan dalam organisasi. Pemimpin yang terampil dan inovatif dapat dilihat dari kreativitas yang dibangun seorang pemimpin organisasi secara terus menerus.

Terdapat aspek-aspek yang dapat dibangun oleh pemimpin organisasi antara lain:

a. Memberikan wewenang dan tanggung jawab kepada anggota organisasi. Demikian pula penting melakukan kerjasama dengan anggota organisasi atau tim kerja untuk mencapai tujuan.

b. Pemimpin mesti memberikan harapan kepada anggota organisasi atau tim kerja agar anggota organisasi memiliki nilai dan identitas atau ciri khas yang diyakini anggota. Dalam hal ini pemimpin organisasi mampu mengatasi perbedaan yang terjadi di lingkungan organisasi atau di

unit kerja.

- c. Mampu menciptakan cara-cara adaptif untuk memenuhi perubahan serta dapat mengantisipasi perubahan yang mempengaruhi organisasi di masa mendatang.
- d. Mampu membawa anggota organisasi atau tim kerja ke arah yang jelas dan efektif agar memiliki pandangan bersama dalam menyelesaikan tugas dan tanggung jawab. (Wahyu Andri Mulyana 2023:5).

2. Manajemen konflik

Seorang pemimpin atau manajer di rumah sakit atau di lembaga pelayanan khususnya pada ruang rawat dapat menyelesaikan konflik dengan jalan mengelola konflik atau yang dikenal dengan istilah manajemen konflik. Manajemen konflik bagi seorang pemimpin atau manajer bermakna suatu usaha dalam membuat tahapan yang dilakukan dalam rangka mengelola dan menyelesaikan konflik dengan baik.

Terdapat 5 (lima) model atau gaya yang dapat diterapkan di ruang rawat antara lain:

- a. Berintegrasi (memecahkan masalah)

Dengan model ini semua pihak yang terkait dalam upaya memberikan pelayanan efektif dan efisien di ruang rapat dapat diarahkan untuk bisa saling bekerjasama mengenali masalah yang muncul, dan melakukan pendekatan memberikan solusi alternatif guna penyelesaian konflik.

- b. Memenuhi (memuluskan) permintaan

Orang-orang di dalam ruang rawat dan memiliki kepentingan bersama diarahkan agar bersedia memenuhi permintaan dan menunda kepentingan diri sendiri untuk memberikan yang terbaik untuk orang lain yang membutuhkan bantuan.

- c. Mengurangi sikap mendominasi (memaksa)

Kepedulian yang tinggi terhadap diri sendiri dan kepedulian yang rendah bagi orang lain akan menimbulkan perilaku serakah, egois dan hanya ingin menang sendiri.

d. Tidak menghindar

Tidak menghindar dari masalah merupakan salah satu ciri pemimpin yang bertanggung jawab, justru sebaliknya berupaya memahami penyebab terjadinya masalah atau konflik dan dapat membantu mengatasi konflik yang terjadi

e. Berkompromi

Berkompromi merupakan pendekatan memberi dan menerima yang melibatkan perhatian terhadap konflik yang terjadi dan upaya penyelesaian konflik baik bagi diri sendiri maupun orang lain. (Sutrisno, Edy dan Desanti. 2018:4)

Selain itu Rose, 2022: 2-3 menuliskan manajemen konflik dalam organisasi sangat penting diterapkan, mengingat manajemen konflik memiliki 3 (tiga) manfaat sebagai berikut:

a. Meningkatkan kreativitas dan produktivitas pekerja.

Manajemen konflik adalah untuk menghindari perselisihan atau bahkan permusuhan. Dengan menerapkan manajemen konflik yang baik, maka konflik-konflik yang terjadi bisa diatasi bahkan dicegah sebelum konflik menjadi parah.

Kurangnya gesekan dan tekanan di dalam organisasi akan berdampak positif terhadap kinerja pemimpin dan anggota organisasi atau unit kelompok kerja. Pemimpin dan anggota bisa bekerja efektif dan efisien karena tidak perlu memikirkan konflik dengan atasan atau bawahan.

b. Mengurangi kesenjangan antar sesama anggota organisasi

Konflik sesama anggota organisasi membuat kondisi kerja menjadi tidak nyaman dan suasana kondusif akan hilang sehingga berpengaruh terhadap hubungan antar sesama anggota organisasi menjadi buruk.

Menyikapi suasana yang kurang baik, maka penerapan manajemen konflik penting dilakukan untuk mengurangi kesenjangan antar sesama anggota agar

tercipta suasana kerja yang di dalamnya terdapat sikap saling menghormati antar sesama.

c. Melatih kemampuan dalam penyelesaian konflik

Walaupun konflik dinilai membuat suasana menjadi tidak baik, akan tetapi di sisi lain konflik diperlukan juga di sebuah organisasi. Konflik yang terjadi dapat melatih pemimpin dan anggota organisasi untuk selalu bisa mengatasi konflik sehingga organisasi mampu menghasilkan tujuan yang dikehendaki, tera

Agar manajemen konflik dapat diterapkan efektif terdapat 5 (lima) langkah penting yang dilakukan yaitu:

Pertama, mengidentifikasi konflik atau permasalahan

Pada tahap ini pemimpin atau atasan langsung mengidentifikasi penyebab konflik yang timbul. Diawali dari mencari tau pihak mana saja yang berkonflik, akar permasalahannya, ukuran konflik sampai dengan dampak yang akan terjadi akibat konflik. Apabila penyebab munculnya konflik dapat diketahui dan dibarengi dengan manajemen konflik dengan baik, maka konflik yang terjadi akan terselesaikan dengan baik.

Kedua, diagnosis.

Melakukan analisis dan pemetaan konflik secara menyeluruh terhadap hasil identifikasi awal. Selanjutnya, membuat diagnosis atau *statement* atas konflik yang terjadi, seperti konflik pemimpin dan anggota atau manajer dan anggota tim karena sistem kerja yang tidak teratur. Pada tahap ini pemimpin atau manajer juga perlu menyiapkan kemungkinan-kemungkinan penyelesaian konflik beserta dampaknya yang boleh diterima kedua belah pihak secara adil dan bijaksana.

Ketiga, kesepakatan solusi

Pada tahap ini kedua belah pihak dipertemukan. Seorang pemimpin atau manajer bertindak sebagai penengah seperti, menjabarkan berbagai alternatif penyelesaian yang diambil pada tahap sebelumnya.

Kemudian, memberikan kesempatan kepada kedua belah pihak yang berkonflik untuk mempertimbangkan hingga setuju dalam memilih solusi terbaik bagi keduanya.

Keempat, penerapan solusi

Meskipun telah menemukan solusi bukan berarti konflik telah berakhir, akan tetapi pengawasan terhadap kedua belah pihak tetap dilakukan untuk menerapkan hal-hal yang sudah disepakati. Misalnya kedua belah pihak tidak boleh ikut campur urusan masing-masing. Apabila kesepakatan ditulis beserta sanksi, maka kedua belah pihak juga terkena pasal ini jika melanggar. Oleh karena itu, perlu adanya peran pemimpin atau manajer dalam mengawasi kesepakatan yang telah dibuat oleh kedua belah pihak.

Kelima, evaluasi

Disamping memantau pelaksanaan kesepakatan, penyelesaian konflik dan penerapan solusi hendaknya dievaluasi, untuk melihat efek atau dampak solusi yang telah dipilih. Jika kondisi sudah membaik maka konflik yang terjadi antara kedua belah pihak tidak perlu dikhawatirkan lagi jika konflik yang sama akan terjadi. Namun, jika evaluasi menemukan hal yang kurang baik terkait dengan kesepakatan maka kedua belah pihak harus memulai kembali tahapan kesepakatan untuk memilih kesepakatan baru dalam penyelesaian konflik.

Berdasarkan penjelasan di atas tentang manajemen konflik dalam organisasi dapat dituliskan bahwa manajemen konflik bisa dimaknai sebagai rangkaian kegiatan dalam penyelesaian setiap konflik yang terjadi dengan cara menetapkan langkah-langkah atau strategi agar memperoleh solusi terbaik dan tidak merugikan orang lain.

3. Membuat dan menerapkan kebijakan secara tegas bagi kepentingan bersama.

Ketegasan dan keberanian seorang pemimpin atau manajer dalam membuat dan menerapkan kebijakan dinilai dapat mengatasi berbagai konflik yang terjadi dalam organisasi atau unit kerja yang berkaitan dengan pelayanan publik khususnya pada sektor kesehatan.

Membuat dan menerapkan kebijakan merupakan salah satu upaya yang dilakukan dalam rangka memperjelas mekanisme yang hendak dipertimbangkan dan dilakukan orang-orang yang terkait dengan pemanfaatan ruang rawat di organisasi kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik) baik milik pemerintah maupun swasta.

Prihatin dan Syaprianto (2017: 6-8) menuliskan dalam menerapkan kebijakan untuk kepentingan publik hendaknya mempertimbangkan sisi manfaat yang bisa dirasakan langsung oleh penerima layanan. Manfaat-manfaat tersebut antara lain:

a. *Interests Affected*

Interests Affected, berkaitan dengan berbagai kepentingan dari mereka yang dipengaruhi atau terkena suatu implementasi kebijakan, yaitu mereka yang menjadi sasaran suatu kebijakan. Hal yang mendasarinya ialah, bahwa suatu kebijakan yang dibuat dan diimplementasikan pasti akan berhubungan dengan kepentingan orang banyak. Kebijakan yang dibuat dan diterapkan hendaknya dapat mengakomodir kepentingan atau kebutuhan kelompok sasaran, baik secara kelembagaan atau kelompok-kelompok tertentu yang terhimpun dalam organisasi ataupun kepentingan masyarakat secara keseluruhan dan kepentingan individu-individu.

b. *Type of benefits*

Tipe ini digunakan untuk menjaring informasi apakah dengan implementasi kebijakan dalam menyelesaikan konflik pada pelayanan kesehatan

manfaatnya akan meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien dan peluang untuk sembuh dapat ditingkatkan.

c. *Extent of change envisioned*

Extent of change envisioned, meliputi indikator status kesehatan tanpa membeda-bedakan status sosial agar membawa manfaat yang diharapkan untuk kepentingan semua pihak. Intinya kebijakan atau regulasi yang diterapkan berdampak pada efektivitas pelayanan kesehatan di organisasi kesehatan.

d. *Site of decision making*

Terjadinya kekeliruan dalam memahami regulasi bagi pihak berkepentingan dalam pelayanan publik dapat menjadi konflik dalam organisasi atau unit kerja. Artinya, penerapan atau implementasi kebijakan memperhatikan hal-hal penting seperti: siapa yang berhak dan berwenang dalam implementasi kebijakan serta keberagaman dan letak geografis dalam implementasi kebijakan. Misalnya, lokasi dalam penerapan kebijakan dan orang-orang yang berkaitan dengan implementasi kebijakan.

e. Program implementer.

Implementator kebijakan atau pengambil kebijakan hendaknya mempunyai kemampuan dan keterampilan manajerial, kemampuan teknik terhadap pembagian tugas sesuai peran masing-masing serta bertanggung jawab terhadap implementasi kebijakan. Maksudnya kebijakan yang diterapkan disesuaikan dengan program kerja yang telah disusun sebelumnya dan mendeskripsikan sasaran kebijakan, prosedur, metode, standar dan anggaran. Untuk menghasilkan program organisasi yang diharapkan maka dalam penerapan program kebijakan mempertimbangkan tentang: (1) sasaran yang diinginkan, (2) jangka waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas tertentu, (3) jumlah biaya yang diperlukan, (4) aneka ragam aktivitas yang dikerjakan, (5) sumber daya manusia yang

dibutuhkan baik dilihat dari segi kuantitas ataupun kualitas serta keterampilan dan keahlian.

Dari tulisan Prihatin dan SaPrianto Tersebut penulis berpendapat bahwa semestinya kebijakan atau regulasi yang diberlakukan di rumah sakit terutama di ruang rawat memang benar-benar dapat mengakomodir kepentingan para pengguna. Dalam arti kebijakan yang dibuat dapat berfungsi dalam: (1) kepatuhan pasien mengikuti saran serta petunjuk dokter dan perawat, (2) keseriusan keluarga pasien untuk menjaga, mendampingi dan merawat keluarganya yang sakit, (3) pelayanan yang diberikan petugas kesehatan sesuai dengan prosedur tindakan medis, mengedepankan sisi kemanusiaan, amanah dan bertanggung jawab, (4) penyediaan alat-alat medis disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan bagi pasien dan selalu terjaga pemanfaatannya serta jauh dari praktik penyalahgunaan alat medis. Ketegasan dan kesungguhan pemimpin atau manajer serta pihak terkait terutama di ruang rawat dalam membuat dan menerapkan kebijakan akan sangat membantu proses kelancaran penyembuhan pasien serta mencegah terjadinya kesalahan prosedur dalam memberikan setiap tindakan medis kepada pasien.

4. Membangun Budaya Organisasi

Dalam sebuah artikel yang ditulis oleh Azis (2023) budaya organisasi merupakan 2 (dua) kata yang memiliki pengertian masing-masing. Budaya adalah seperangkat pemahaman penting yang berkembang, diyakini dan diterapkan oleh suatu kelompok. Sedangkan, organisasi adalah suatu kelompok orang dari berbagai latar belakang berbeda bersatu dan bekerjasama untuk mencapai tujuan bersama. Dengan demikian budaya organisasi dapat diartikan sebagai sebuah sistem kepercayaan dan sikap bersama yang dianut oleh sekelompok orang. Sistem kepercayaan dan sikap bersama dalam sebuah organisasi akan membedakannya ke kelompok atau organisasi lainnya. Pada dasarnya, budaya organisasi merupakan nilai-nilai

perilaku yang mesti dimengerti dan diikuti oleh kelompok orang yang menganutnya. Budaya organisasi lazimnya mengaitkan komponen pengalaman, filosofi, pengalaman ekspektasi, dan semua unsur di dalamnya sehingga budaya organisasi akan direfleksikan melalui aktivitas anggota organisasi mulai dari cara berinteraksi dengan orang lain, bekerja dengan orang lain dan ekspektasi di masa depan.

Menurut Armansyah Kuponko (2022:3), budaya organisasi sebagai salah satu alat manajemen organisasi yang dapat digunakan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, produktivitas dan etos kerja dalam mencapai tujuan organisasi. terdapat hubungan yang positif antara budaya organisasi dan kinerja apabila sebuah organisasi memiliki budaya organisasi yang menekankan pada kedisiplinan, ketelitian, mengantisipasi perubahan, terus menerus melakukan perbaikan, loyalitas tepat waktu, orientasi pada proses dan lingkungan kekeluargaan. Budaya kekeluargaan jika diteruskan kepada anggota kelompok atau unit kerja secara terus menerus akan menumbuhkan kesetiaan yang tinggi bagi anggota organisasi.

Agar kesembuhan pasien dapat diwujudkan pihak rumah sakit hendaknya menerapkan budaya keselamatan yang mesti dipatuhi baik oleh tenaga kesehatan dan tenaga medis maupun pasien dan keluarga pasien yang ditunjukkan melalui tindakan-tindakan antara lain:

a. Budaya keselamatan

Tenaga kesehatan dan tenaga medis akan lebih mudah menjalankan tugasnya jika mengikuti budaya keselamatan yang dibangun di rumah sakit atau di organisasi lainnya terutama dalam ruang rawat. Terdapat komponen budaya keselamatan yang dapat diterapkan antara lain:

- 1) Memberikan Informasi: mereka yang mengelola dan mengoperasikan sistem memiliki pengetahuan tentang faktor-faktor manusia, teknik organisasi, dan lingkungan yang menentukan keselamatan (*safety*)

dari sistem sebagai suatu keseluruhan.

- 2) Melapor: suatu iklim organisasi dan unit kesehatan di mana orang-orang disiapkan untuk melaporkan kesalahan yang mereka lakukan yang tepat dari sistem informasi keselamatan dan kemauan untuk merubah informasi jika memang dibutuhkan.
- 3) Bersikap adil: suatu suasana saling percaya (*trust*) bermakna orang-orang didorong bahkan diberikan hadiah untuk memberikan informasi penting terkait keselamatan baik pasien dan keluarga pasien dan petugas kesehatan terkait, tetapi mereka juga diberikan pemahaman tentang garis batas antara perilaku yang dapat diterima dan tidak akseptabel.
- 4) Fleksibel: suatu budaya di mana organisasi kesehatan dan unit kerja mampu merubah diri dan wajah mereka menjadi mampu beroperasi dalam tempo tinggi atau dalam berbagai bahaya tertentu dan seringkali beralih dari hierarkis konvensional ke cara yang lebih sederhana.
- 5) Belajar: suatu organisasi termasuk di unit atau ruang rawat hendaknya memiliki kemauan dan kompetensi untuk menarik kesimpulan

b. *Patient-centered care*

Patient-centered care bermakna pelayanan kesehatan yang mengaitkan tenaga kesehatan, tenaga medis, pasien dan keluarga memahami, menghormati pelayanan kesehatan yang diberikan organisasi lebih khusus lagi pelayanan yang terjadi di ruang rawat inap. Budaya *Patient-centered care* ditunjukkan melalui sikap sebagai berikut:

- 1) Tenaga kesehatan dan tenaga medis memperlakukan pasien, keluarga pasien dengan penuh perhatian, kesabaran, kehati-hatian dan menghargai privasi. Demikian pula pasien dan keluarga pasien bersikap ramah, bertanggung jawab, memperimbangkan dengan baik saran yang diberikan oleh dokter dan

perawat, tidak arogan dan mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di organisasi kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik) terutama di ruang rawat.

- 2) Memahami dan menyadari bahwa budaya *patient-centered care* berfokus pada kepentingan pasien yang dibangun dengan rasa respek, sentivitas, kemitraan, kerjasama, kejujuran, kecerdasan, rasa ingin tahu, toleransi dan saling menghormati dan peduli tentang pelayanan kesehatan. (Endradita, 2022)

Apabila dalam unit kerja ruang rawat membangun dan menjaga kelestarian budaya seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, maka tujuan yang ingin dicapai dalam memberikan pelayanan kesehatan lebih efektif lebih khusus pada ruang rawat akan mudah dicapai.

Budaya kerja tenaga kesehatan dan tenaga medis yang dibentuk sesuai standar operasional prosedur dalam lingkungan organisasi kesehatan, kepatuhan pasien dan keluarga pasien, menjaga dan memanfaatkan peralatan medis dengan baik serta menerapkan aturan atau kebijakan yang efektif sangat dibutuhkan komitmen dan konsistensi semua pihak. Keberlangsungan perilaku yang terbentuk dari budaya dapat dengan mudah menyelesaikan konflik termasuk konflik yang terjadi di ruang rawat. Akan tetapi penting juga dimengerti dan dipahami bahwa kiat dalam penyelesaian konflik menjadi lebih sempurna jika semua komponen terkait menyadari dan meyakini sebesar apapun usaha yang telah dilakukan keberhasilan sangat ditentukan oleh Allah SWT.

DAFTAR PUSTAKA

- Armansyah, Banu&Eddy Kusponco. 2022. *Evaluasi Budaya Organisasi dalam Mewujudkan Visi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita*. <https://jurnal.stialan.ac.id>
- Azis, Yusuf Abdhul. 2023. *Pengertian Budaya Organisasi: Fungsi Jenis, Karakteristik dan Contoh*. <https://deepublishtore.com>
- Farizky, Kevin Aura, dkk. 2022. *Etika dan Moral Tenaga Kesehatan*. <https://journal.forikami.com>
- LPKN. 2023. *10 Langkah Pengadaan Alat Kesehatan bagi Rumah Sakit Pemerintah untuk Mendapatkan Peralatan Medis Terbaik*. <https://diklatpkn.id>
- M. Endradita, Galih.2022. *Budaya Keselamatan di Rumah Sakit dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit 2022*. <https://galihendradita.wordpress.com>
- Mithra. 2023. *Konflik Dalam Organisasi. Dihindari atau Diciptakan?* <https://hangtuah.ac.id>
- Oktavira, Bernadetha Aurelia. 2023. *Perbedaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan*. <https://www.hukumonline.com>
- Perdana, Arkan, 2023. *8 Kiat Ampuh untuk Menghadapi Klien yang Marah*) <https://glints.com>
- Prihatin, Panca Setyo dan Syapriyanto. 2017. *Implementasia Kebijakan dalam Menyelesaikan Konflik (Studi di Areal Hak Pengusahaan Hutan Tanaman Industri PT. Sinar Mas Grup di Kabupaten Pelalawan)* <https://repository.uir.ac.id>
- Prihatina, Ratih. 2023. *Manajemen Konflik dalam Organisasi: Konflik itu Negatif atau Positif Sih?* <https://www.djn.kemenkeu.go.id>
- Purwoko, Satria Aji. 2023. *Daftar Ruangan Penting di Rumah Sakit dan Fungsinya*. <https://yankes.kemkes.go.id>
- Rahayu, Sri, Teti Rahmawati. 2019. *Karakteristik dan Kesiediaan Caregivers Keluarga dari Pasien dengan Penyakit Kronis tentang Pembentukan Support Group*. <https://akper-manggala.e>

journal.id

Rasharady, Azzarya. *Kurangnya Tenaga Kesehatan di Indonesia: Tantangan yang Mendesak.* <https://www.kompasiana.com>

Rose, Andara. 2022. *Manajemen Konflik: Pengertian, Fungsi dan Tahapannya.* <https://dailysocial.id>

Sampe, Ferdinandus, dkk. 2022. *Manajemen Konflik. Strategi Pengelolaan Konflik dalam Organisasi .* Purbalingga: Eureka Media Aksara

Sianturi, Wahyuni Apriani. 2020. *Peran Pasien dan Keluarga sebagai Partner di Pelayanan Kesehatan untuk Mencegah terjadinya Bahaya dan Adverse Events* <https://osf.io>

Sondakh. 2023. *Kualitas Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan di rumah Sakit Umum Daerah Noongan.* Jurnal. <https://ejournal.unsrat.ac.id>

Sutrisno, Edy dan 2018. *Identifikasi Pendekatan dalam Penanganan Konflik dan Pengaruhnya terhadap Kinerja di Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Sanggau Provinsi Kalimantan Barat.* <https://ejournal.ipdn.ac.id>

Wahyuandari, Zhafira Koes & Olievia P. Muyana. 2023. *Hubungan Budaya Organisasi dan Perilaku Inovatif pada Pegawai Dinas Kebudayaan, Pariwisata, Kepemudaan dan Olahraga.* <https://ejournal.unesa.ac.id>

<https://kbbi.web.id>)

<https://www.healthrecoveryolutions>

BAB 10 | *PATIENT SAFETY*

Ellen Rosawita Veronica Purba S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan sistem yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman, meliputi identifikasi risiko pasien, penilaian, pelaporan dan analisis insiden, serta menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko dan mencegah cedera akibat kesalahan yang dihasilkan dari tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Menteri Kesehatan RI, 2017). Secara garis besar bahwa rumah sakit menyediakan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap yang merupakan suatu pelayanan yang diselenggarakan untuk pasien yang disediakan oleh rumah sakit untuk melakukan kebutuhan pengobatan, terapi, rehabilitasi medik, observasi, atau pelayanan medik lainnya (Putri *et al.*, 2018). Pasien yang menempati pelayanan rawat inap membutuhkan pengawasan lebih lama dibandingkan pasien rawat jalan yaitu pengawasan selama 24 jam oleh tenaga kesehatan, sehingga kemungkinan besar terjadinya suatu insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien dalam melakukan perawatan pasien cukup besar.

World Health Organization (WHO) di tahun 2019 melaporkan bahwa di Negara berkembang *adverse event* terjadi pada 1 orang dalam 10 orang pasien rawat inap dan setidaknya 50% dapat dilakukan pencegahan pada tahun 2017 (World Health Organization, 2021). Sebuah studi tentang frekuensi

pengecahan KTD (kejadian yang tidak diharapkan), dari 26 negara berpenghasilan rendah dan menengah, bahwa tingkat kejadian tidak diharapkan ada sekitar 8%, dimana 83% dapat dicegah dan 30% menyebabkan kematian. Dari 421 juta pasien rawat inap di dunia setiap tahun, diantaranya 42,7 juta pasien menderita efek samping selama perawatan di rumah sakit (Ramadhaini E *et al.*, 2021).

Keselamatan pasien merupakan unsur penting guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit sebagai bentuk implementasi dan refleksi sentuhan hasil kompetensi tenaga kesehatan, ketersediaan sarana dan prasarana layanan serta sistem manajemen dan administrasi dalam siklus pelayanan terhadap pasien. Untuk menjamin keselamatan pasien maka organisasi pelayanan kesehatan harus mampu membangun sistem yang membuat proses perawatan pasien lebih aman, baik bagi pasien, petugas kesehatan, maupun masyarakat sekitarnya (keluarga, pengunjung), serta manajemen rumah sakit. Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien menyebutkan bahwa diperlukan adanya kebijakan pemerintah untuk meminimalkan adanya suatu kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit dan kejadian yang sama tidak terulang kembali secara terus menerus, maka rumah sakit memerlukan suatu tindakan yang cepat tanggap dan menyeluruh serta dapat meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Perawat berperan penting dalam peningkatan keselamatan pasien, karena perawat adalah profesi yang secara terus menerus selama 24 jam mendampingi dan berada di dekat pasien. Perawat dapat melaksanakan perannya dalam peningkatan keselamatan pasien, dengan cara diantaranya setiap melakukan asuhan keperawatan seperti menyebutkan pasien dengan namanya, komunikasi menggunakan SBAR, melaksanakan upaya memutus rantai infeksi dengan menjaga kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri, penggunaan teknik aseptik, penanganan alat bekas pakai dan limbah, penanganan benda tajam: pencegahan needle stick

injury dan penanganan pasca pajanan.

B. Konsep *Patient Safety*

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Dhian Satya R, 2023). Berikut definisi tentang keselamatan pasien:

1. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera (*harm*) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan
2. Menurut World Health Organization, Keselamatan pasien merupakan kerangka kegiatan terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi dan lingkungan dalam perawatan kesehatan secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya kerugian yang dapat dihindari, membuat kesalahan lebih kecil kemungkinannya dan mengurangi dampak kerugian ketika hal itu terjadi.
3. Institute of Medicine, keselamatan pasien sebagai freedom from accidental injury yang disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. Accidental injury juga diakibatkan dari melaksanakan suatu Tindakan (*commission*) atau tidak mengambil Tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).
4. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah

suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

5. International Council Nurse, keselamatan pasien merupakan hal mendasar dalam mutu pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Peningkatan keselamatan pasien meliputi tindakan nyata dalam manajemen risiko dan lingkungan yang aman, pengendalian infeksi, penggunaan obat-obat yang aman, peralatan dan lingkungan perawatan yang aman serta akumulasi pengetahuan ilmiah yang terintegrasi serta berfokus pada keselamatan pasien yang disertai dengan dukungan infrastruktur terhadap pengembangan yang ada.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, mencegah terjadinya insiden oleh setiap tenaga kesehatan bagi pasien guna meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien.

C. Tujuan *Patient Safety*

Menurut *Institute of Medicine (IOM)* tahun 2008, Tujuan keselamatan pasien ini diantaranya pasien aman (terhindar dari cedera), pelayanan menjadi lebih efektif dengan adanya bukti yang kuat terhadap terapi yang perlu atau tidak perlu diberikan ke pasien, berfokus pada nilai dan kebutuhan pasien, pengurangan waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan dan efisien dalam penggunaan sumber-sumber yang ada (*Institute of Medicine, 2008*). Tujuan keselamatan pasien sebagai arah dalam mencapai Visi ke depan yaitu:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit

2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD

Tujuan keselamatan pasien secara spesifik adalah:

1. Mengidentifikasi pasien secara benar
2. Meningkatkan komunikasi yang efektif
3. Meningkatkan keamanan dari pengobatan risiko tinggi
4. Mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi
5. mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan
6. mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh

D. Sasaran *Patient Safety*

Sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan Obat Yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh. Dalam Permenkes 1691/Menkes/Per/VIII/2011 menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut (Permenkes RI, 2011):

1. Sasaran 1: Ketepatan identifikasi pasien

Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien. Kegiatan yang dapat dilakukan yaitu:

- a. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien (nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *barcode*), tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien

- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
 - c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
 - d. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
 - e. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi Yang konsisten pada semua situasi dan lokasi
2. Sasaran 2: Meningkatkan komunikasi efektif
- Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif. Kegiatan yang dapat dilakukan yaitu:
- a. Perintah lengkap secara lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
 - b. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
 - c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi Oleh pemberi perintah atau Yang menyampaikan hasil pemeriksaan
 - d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.
3. Sasaran 3: Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
- Rumah sakit atau fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai. Kegiatan yang dapat dilakukan yaitu:
- a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.

- b. Implementasi kebijakan dan prosedur.
 - c. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati hati di area tersebut sesuai kebijakan.
 - d. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label Yang jelas, dan disimpan pada area Yang dibatasi ketat (*restricted*).
4. Sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar
- Rumah sakit atau fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi. Kegiatan yang dapat dilakukan yaitu:
- a. Rumah sakit menggunakan suatu tanda Yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
 - b. Rumah sakit menggunakan Suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasiasaat pre operasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan Yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
 - c. Tim operasi Yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur "sebelum insisi/*time-out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
 - d. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental Yang dilaksanakan di luar kamar operasi.
5. Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan.

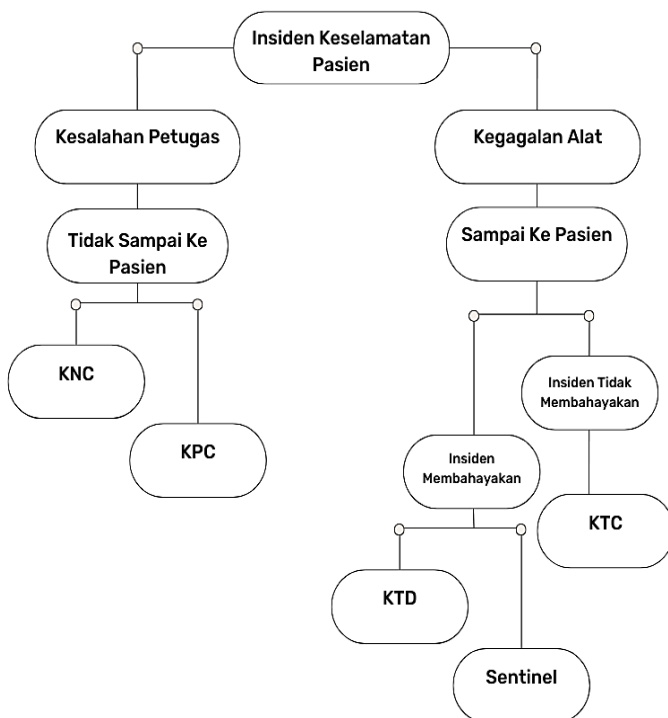
Rumah sakit atau fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Kegiatan yang dapat dilakukan yaitu:

- a. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum.
 - b. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
 - c. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
6. Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh
- Rumah Sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Kegiatan yang dapat dilakukan yaitu:
- a. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
 - b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh
 - c. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.

E. Insiden *Patient Safety*

Permenkes RI No. 1691/Menkes/PER/VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, menyebutkan bahwa insiden keselamatan pasien adalah segala sesuatu yang terjadi secara sengaja atau tidak sengaja dan kondisi mengakibatkan atau berpotensi untuk menimbulkan cedera pada pasien. *Patient Safety Incident* juga diartikan sebagai setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi (Permenkes RI, 2011). *Harm* diartikan sebagai kerusakan struktur atau fungsi tubuh dan atau efek merusak, termasuk penyakit, cedera, penderitaan, cacat, dan kematian

(Kusumastiwi, 2022). Insiden keselamatan pasien dapat berupa:



Gambar 10. 1 Insiden *Patient Safety*

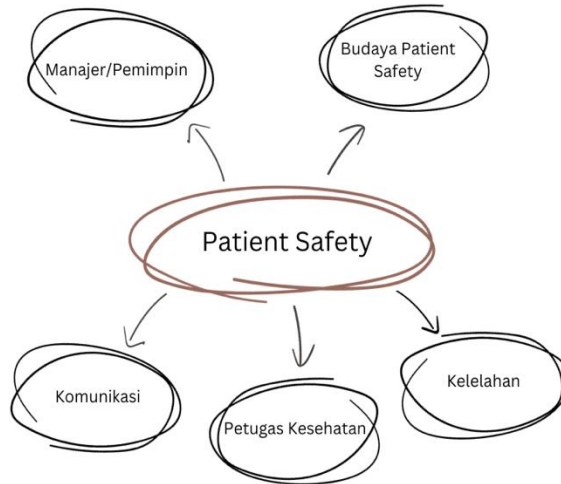
1. *Adverse Event*/Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan (*omission*) dan bukan karena penyakit dasarnya (*underlying disease*) atau kondisi pasien. Kejadian cedera dapat disebabkan oleh kesalahan medis atau faktor lain yang bukan merupakan kesalahan medis. Sebagai contoh, perawat memberikan obat kepada pasien, dan setelah pasien mengkonsumsinya, baru diketahui bahwa obat tersebut memiliki kontraindikasi, yang menyebabkan munculnya efek samping merugikan seperti alergi, muntah, keracunan, dan sebagainya.

2. *Reportable circumstance/Kejadian Potensial Cedera (KPC)*
Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Sebagai contoh yaitu obat-obatan LASA (*look a like sound alike*) disimpan berdekatan dan obat tanpa label waktu *expired*.
3. *Near Miss/Kejadian Nyaris Cedera (KNC)*
Kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Sebagai Contoh seorang pasien hampir menerima dosis obat yang dapat berakibat fatal, namun staf kesehatan lainnya mengetahui hal tersebut dan dengan cepat menghentikan pemberian obat sebelum mencapai pasien. Ini merupakan langkah pencegahan yang mencegah terjadinya risiko serius akibat kesalahan dosis obat.
4. *No Harm Incident/Kejadian Tidak Cidera (KTC)*
Kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil Tindakan yang seluruhnya diambil (*omission*) yang dapat mencederaai pasien tetapi cedera tidak terjadi. Sebagai contoh yaitu perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya dan ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, akan tetapi tidak muncul tanda tanda efek samping obat yang merugikan.
5. *Sentinel Event/Kejadian Sentinel*
Suatu *Adverse Event* yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Kejadian sentinel biasanya dipakai untuk kejadian tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah (Dhian Satya R, 2023).

F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan *Patient Safety*

Faktor yang berkontribusi dalam insiden keselamatan pasien sebagai berikut (Irwan Hadi, 2016):



Gambar 10. 2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Patient Safety*

1. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien dasarnya mencerminkan sikap dan nilai pelaksana yang terkait dengan pengelolaan manajemen dan risiko keselamatan. Dimensi budaya keselamatan organisasi mencakup komitmen manajemen terhadap keselamatan, praktik kerja yang berkaitan dengan keselamatan, kepatuhan terhadap peraturan keselamatan, risiko manajemen, pelaporan kesalahan dan insiden. Budaya keselamatan telah menjadi masalah yang signifikan bagi organisasi kesehatan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Organisasi perlu mengubah budaya perawat untuk mudah melakukan hal yang benar dan tidak melakukan kesalahan dalam perawatan pasien.

2. Manajer atau Pemimpin

Manajer bertanggung jawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan telah disepakati bersama terkait dengan keselamatan pasien di tingkat unit pelayanan

masing-masing dan memegang peranan pada setiap tingkat manajemen, mulai dari manajer bawah (kepala ruang), manajer menengah dan top manajer (Huber, D. & Joseph, 2021). Manajer/pemimpin berkomitmen dan memberikan contoh yang dinyatakan dalam tindakan untuk keberhasilan program keselamatan pasien. Manajer tingkat menengah dan atas harus menunjukkan komitmen terhadap keselamatan pasien dengan cara mengunjungi ruang rawat secara periodik, sehingga mempengaruhi budaya keselamatan para perawat pelaksana. Manajer tingkat bawah (kepala ruangan) sebagai manajer di ruang rawat mempunyai peran yang sangat penting, salah satunya adalah membuat perencanaan ruangan.

3. Komunikasi

Permenkes RI (2011) mengemukakan bahwa komunikasi yang efektif masuk dalam sasaran keselamatan pasien pada sasaran II peningkatan komunikasi yang efektif yaitu komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dalam organisasi biasanya digambarkan sebagai komunikasi satu arah (instruksi tertulis) atau dua arah (percakapan). Perbedaan utama antara komunikasi satu dan dua arah yaitu memberikan umpan balik yang memungkinkan pengirim dan penerima untuk memastikan bahwa arti dalam informasi tersebut telah dipahami. Masalah komunikasi dapat dikategorikan sebagai kegagalan sistem, pesan dan penerimaan saat berkomunikasi.

4. Petugas Kesehatan

Menurut Huber pengarahan merupakan fungsi manajemen yang melakukan pemantauan dan menyesuaikan perencanaan, proses, dan sumber yang efektif dan efisien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pengarahan merupakan fungsi dasar manajemen yang mencakup membangun iklim kerja yang efektif, menciptakan kesempatan untuk motivasi, supervisi, membina

komunikasi, menyelesaikan konflik, membina kerjasama dan pendisiplinan (Huber, D. & Joseph, 2021). pengarahan yang efektif akan meningkatkan dukungan terhadap perawat dalam mencapai tujuan manajemen keperawatan dan tujuan asuhan keperawatan.

5. Kelelahan

Salah satu penyebab *medical error* disebabkan faktor manusia akibat kelelahan yang dialami. Jam kerja yang lama dan kelebihan beban kerja dapat memungkinkan menghasilkan gejala fisik dan mental seperti: merasakan kelelahan dan kecerobohan kognitif. Perasaan subjektif dari kelelahan mengacu pada rasa kelelahan, kekurangan energi, dan mengurangi motivasi yang disertai dengan kewaspadaan mental menurun, gangguan prestasi kerja, meningkatnya rasa kantuk, tertidur pada saat bekerja, dan pada tingkat yang lebih tinggi dapat menyebabkan kecelakaan (Martin, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Dhian Satya R. (2023). *Manajemen Keselamatan Pasien*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Hasmawati, Werdati, S., Fatimah, & Siti, F. (2020). Hubungan Antara Motivasi dengan Perilaku Perawat dalam Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Wates Kulon Progo. *Indonesian Journal of Hospital Administration*, 3(1), 1-16. <https://ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJHAA/article/viewFile/1397/1331>
- Huber, D., & Joseph, M. L. (2021). *Leadership and Nursing Care Management*. Elsevier Health Sciences.
- Institute of Medicine. (2008). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. The National Academies Press.
- Irwan Hadi. (2016). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*. Deepublish.
- Kusumastiwi, P. O. (2022). *Buku Ajar Keselamatan Pasien di Bidang Kedokteran Ggi* (T. T. J. Publishing (ed.); 1st ed.). Cv The Joournal Publishing.
- Martin, D. M. (2015). Nurse Fatigue and Shift Length: a pilot study. *Nursing Economics Journal*, 33(2), 81-87.
- Mentri Kesehatan RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Permenkes RI. (2011). *No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan RI.
- Putri, I. R. R., Zulpahiyana, & Adekayanti, L. (2018). Hubungan Pemberian Informasi Obat Oral dengan Kepuasan Pasien di Ruang Bakung RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Indonesian Journal of Hospital Administration*, 1(14), 63-65. <https://doi.org/10.15900/j.cnki.zylf1995.2018.02.001>

- Ramadhaini E, Fitriani A D, & Nuraini. (2021). Analisis Implementasi Keselamatan Pasien di RSUD Datu Beru Takengon Aceh Tengah. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 07(02), 1-14.
- Ridwan, E. S., Hadi, H., Wu, Y. L., & Tsai, P. S. (2019). Effects of transitional care on hospital readmission and mortality rate in subjects with COPD: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Care*, 64(9), 1146-1156. <https://doi.org/10.4187/respcare.06959>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

TENTANG PENULIS



Siti Umrana, S.Kep, Ns, M.Kes lahir di Tanjung Pinang, pada 5 Desember 1982. Putri pertama dari bapak H. Mansyur dan ibu Hj.Sarwana. Lulus S1 dan profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar Tahun 2008. Lulus Magister Kesehatan di Pasca Sarjana Universitas Indonesia Timur Makassar Tahun 2016. Saat ini aktif sebagai dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Stikes Karya Kesehatan di Kendari. Mengampu beberapa mata kuliah keperawatan dan kesehatan serta aktif menulis beberapa buku referensi dan Artikel pada berbagai jurnal ilmiah keperawatan dan Kesehatan.



R. Jaka Sarwadhama, S. Kep., Ns., MPH lahir di Tanjung Lombok Utara NTB, pada 28 Oktober 1992. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Alma Ata (S1) dan Universitas Gadjah Mada (S2). Laki-laki yang kerap disapa Jaka ini adalah anak dari pasangan Drs. Raden Suadi (ayah) dan Sudiarsip (ibu). Saat ini berkarir sebagai Dosen tetap di Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata. Buku ini dipersembahkan untuk istri tercinta (Vivi Dien Wahyuningrum) dan Anak terkasih (R. Deris Nagara Adinata).



Eva Priskila, Ns., M.Kep. lahir di Hanua, pada 20 September 1990. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. **Eva Priskila**. Memulai karir pada tahun 2015 dan keseharian eva ini mengajar di salah satu Perguruan Tinggi yang berada di Kalimantan Tengah,. Selain mengajar aktivitas lainnya yaitu melakukan penelitian dan pengabdian

masyarakat bersama dengan tim dan mahasiswa.



Ns. Anisa Sri Utami., S.Kep., M.Kep lahir di Tunas Harapan, pada 20 Juli 1995. Ia tercatat sebagai lulusan S1 keperawatan dan Profesi Ners Universitas Sumatera Utara pada tahun 2018 dan S2 Keperawatan Universitas Andalas pada tahun 2020. Saat ini penulis adalah dosen tetap prodi keperawatan fakultas kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.

Mengampu mata kuliah manajemen keperawatan dan sistem informasi keperawatan. Pernah mendapatkan penghargaan peneliti terbaik tingkat hibah internal di Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat tahun 2023. Serta penulis aktif dalam pengelola jurnal pengabdian masyarakat yaitu salingka abdimas terakreditasi sinta sebagai chief editor.



Dian Mitra Desnawati Silalahi, Ns., M. Kep lahir di Palangka Raya, Provinsi Kalimantan Tengah 19 Desember 1986. Penulis menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi di STIKES Eka Harap tahun 2016. Dan Penulis Menyelesaikan Magister Keperawatan (M. Kep) di Universitas Muhammadiyah

Banjarmasin, Kalimantan Selatan tahun 2023. Saat ini penulis sebagai dosen tetap pada program studi profesi Ners di STIKES Eka Harap Palangkaraya, dan mengampu Mata Kuliah Keperawatan Anak dan Keperawatan Keluarga. Aktif dalam Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Saat ini penulis menjabat bagian LPMI (Lembaga Penjaminan Mutu Internal) STIKES Eka Harap hingga sekarang.



Putria Carolina, Ns., M.Kep. lahir di Palangka Raya pada tahun 1982 berdomisili di Kota Palangka Raya Provinsi Kalimantan Tengah. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Eka Harap di Palangka Raya.

Riwayat Pendidikan Penulis yaitu: Pendidikan S1 Keperawatan Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES St. Vincentius a Paulo Surabaya (2007-2009), Pendidikan S2 Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Banjarmasin (2012-2014).

Sebagai seorang dosen yang wajib memenuhi kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi selain pada bidang Pendidikan, penulis juga aktif melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dan melakukan publikasi pada jurnal kesehatan/keperawatan. Selain melaksanakan tugas utama sebagai dosen pada STIKES Eka Harap di Palangka Raya, penulis juga aktif dalam kegiatan penunjang seperti seminar, workshop, pelatihan, maupun kegiatan lain pada tingkat lokal, nasional dan internasional.



Helen Try JuniAsti, S.Kep.,Ns.,MPH lahir pada tanggal 10 Juni 1988 di kota Curup Provinsi Bengkulu. Anak Bungsu dari pasangan **Nusdi** (ayah) dan **Lainah** (ibu) ini. menempuh pendidikan perguruan tinggi strata satu (S1) di Prodi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY) Tamat Th

2012 kemudian, melanjutkan jenjang strata dua (S2) di prodi Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada (UGM) tamat Th 2016 selanjutnya menyelesaikan pendidikan Profesi Ners UMY Th 2017. Sejak 2018 - sekarang menjadi dosen tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan. Universitas Cenderawasih Jayapura Papua. Selain memiliki kesibukan menjadi akademisi juga aktif menjadi pengurus LAFKESPRI (Lembaga Akreditasi Fasilitas

Kesehatan Primer) Korwil Papua serta anggota IAKMI Korwil Papua.



Dr. Ester Rumaseb SPd., M.Kes lahir di Enarotali, 21 Desember 1960. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Gadjah Mada (S3). Saat ini berkarir sebagai dosen tetap di Prodi D-III Keperawatan Jayapura Poltekkes Kemenkes Jayapura-Papua.



Dr. Lisdawati Muda, S.Pd, M.Si lahir di Gorontalo pada 02 Februari 1975. Ia tercatat sebagai lulusan S3 Administrasi Publik UNM Makassar pada tahun 2012. Wanita yang kerap disapa Lisda ini adalah anak dari pasangan H. Anis S. Muda (ayah) dan Hj. Sartin Djou (ibu). Lisdawati Muda juga merupakan seorang pencipta lagu.



Ellen Rosawita Veronica Purba SKep., Ns., M.Kep lahir di Abepura, 12 Oktober 1983. Wanita yang kerap dipanggil Ellen tercatat sebagai lulusan Universitas Gadjah Mada (S2). Saat ini berkarir sebagai dosen tetap di Prodi D-III Keperawatan Jayapura Poltekkes Kemenkes Jayapura-Papua.