

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan Perawat

2.1.1 Konsep Pengetahuan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Pengetahuan berasal dari kata tahu yang berarti mengerti sesudah melihat (menyaksikan, mengalami, dan sebagainya) sedangkan, pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui yang berkaitan dengan kepandaian, atau yang berkenaan dengan suatu hal.

Pengetahuan adalah hasil dari tahu apa yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu (Sunaryo,2004). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*Overt behaviour*). Talbot (1995) dalam Potter dan Perry (2005) mengungkapkan bahwa pengetahuan merupakan sumber informasi dan penemuan yang merupakan suatu proses yang kreatif untuk mendapatkan suatu pengetahuan baru. Dari beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan kemampuan yang dimiliki seseorang melalui proses yang melibatkan panca indra terhadap suatu objek tertentu dan merupakan suatu proses yang melibatkan kreatifitas (Abdad,2012).

Menurut Notoatmodjo (1997) yang mengutip Rigers (1974) dalam Sunaryo (2004), terjadi proses yang berurutan sebelum seseorang mengadopsi sebuah perilaku. Proses tersebut dapat disingkat dengan akronim AIETA:

- A: *awareness* (kesadaran): individu menyadari stimulus.
- I: *interest* (tertarik), individu mulai tertarik pada stimulus.

- E: *Evaluation* (menimbang-nimbang): individu menimbang-nimbang tentang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Pada proses ini, subjek telah memiliki sikap yang lebih baik.
- T: *Trial* (mencoba) individu mulai mencoba perilaku baru tersebut.
- A: *Adoption*, individu berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesadarannya terhadap stimulus.

(Sunaryo,2004)

Berdasarkan domain kognitif, tingkat pengetahuan mencakup 6 tingkatan yaitu (Sunaryo, 2004):

1. Tahu

Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Ukurannya ialah subjek dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan kembali apa yang dipelajarinya.

2. Memahami

Subjek/individu mampu menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang objek yang diketahui. Individu telah memahami, menyimpulkan dan memberi contoh.

3. Penerapan

Yakni individu mampu menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi nyata, dapat menggunakan rumus, hukum-hukum, maupun metode yang dipelajari tersebut pada situasi nyata.

4. Analisis

Yakni individu mampu menguraikan objek kedalam bagian-bagian lebih kecil tapi masih dalam suatu struktur objek tersebut dan masih terkait satu sama lain. Ukuran kemampuan analisis yakni individu mampu menggambarkan, membuat bagan, membedakan,

memisahkan, membuat bagan proses adopsi perilaku dan dapat membedakan pengertian psikologi dengan fisiologi.

5. Sintesis

Yakni kemampuan menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada. Ukuran kemampuannya adalah individu dapat menyusun, meringkas, merencanakan, menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi

Yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek. Evaluasi dapat menggunakan kriteria yang telah ada atau disusun sendiri. Contohnya adaah seorang perawat dapat membedakan gejala apendiksitis dan hepatitis.

2.1.2 Pengetahuan Perawat

Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat perlu memiliki pengetahuan agar apapun yang dilakukannya memiliki dasar dan dapat dipertanggungjawabkan (Abdad, 2012). Pengetahuan perawat merupakan hal pokok yang berkaitan erat dengan kompetensi perawat. Menurut Nursalam (2009) yang mengutip *International Council of Nursing* (ICN,1997), kompetensi bermakna pengetahuan, ketrampilan, sikap, dan pertimbangan yang terintegrasi merupakan hal pokok yang harus dimiliki oleh perawat dalam melakukan tindakan secara aman dalam lingkup praktik keperawatan secara individu. Untuk mendukung penampilan/performa yang baik, dalam melakukan praktik keperawatan secara profesional seorang perawat dituntut harus memiliki pengetahuan, ketrampilan, dan pertimbangan yang dipersyaratkan dalam situasi praktik.

Dengan menguasai hal tersebut, maka perawat akan mampu melakukan:

- Tugas/pekerjaan dengan baik.
- Mengorganisasikan agar pekerjaan tersebut dapat dilaksanakan.
- Memutuskan apa yang harus dilakukan bila terjadi hal-hal yang tak terduga dari perencanaan sebelumnya.
- Menggunakan kemampuan yang dimilikinya untuk memecahkan masalah atau melaksanakan tugas dengan kondisi yang berbeda (*transfer/adaption skills*).
- Mengelola lingkungan dengan sumber-sumber untuk melaksanakan tugas (*job/role environment skills*).

Pengetahuan sangat berkaitan erat dengan perilaku seorang perawat. Menurut Notoatmodjo (2007) dalam Abdad (2012), menyatakan bahwa suatu perilaku yang berlandaskan pengetahuan yang baik lebih bersifat langgeng dibandingkan dengan yang tidak didasari pengetahuan. Penelitian yang dilakukan oleh abdalrahim *et al*, (2010) didapatkan kesimpulan bahwa peningkatan pengetahuan perawat sangat mempengaruhi perawat dalam mengubah sikap terhadap suatu permasalahan yang sangat bermanfaat bagi pengembangan kesadaran diri perawat dalam memberikan pelayanan yang lebih baik kepada klien (Abdad, 2012).

Tingkat pengetahuan individu dipengaruhi oleh berbagai faktor dan berbeda antara satu dengan lainnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang diantaranya adalah usia, tingkat pendidikan, sumber informasi, pengalaman, ekonomi, lingkungan, sosial budaya (Notoatmodjo, 2007). Dalam bidang

keperawatan, pengetahuan seorang perawat dapat terus berkembang dengan variasi yang berbeda-beda tergantung pada pengalaman, pendidikan, inisiatif perawat dalam membaca berbagai literatur atau sumber informasi lainnya. Kedalaman dan keluasan pengetahuan perawat juga dapat mempengaruhi kemampuan menyelesaikan masalah.

2.2 Konsep Perawat

2.2.1 Definisi Perawat

Elis dan Hartley, mendefinisikan perawat sebagai “orang yang mengasuh, merawat dan melindungi, yang merawat orang sakit, luka dan usia lanjut”. Florence Nightingale menyatakan “peran perawat adalah menjaga pasien, mempertahankan kondisi terbaiknya terhadap masalah kesehatan yang menimpa dirinya” (Priharjo,2008).

Virginia Handerson mendefinisikan keperawatan dalam kaitannya dengan peran perawat: “peran unik perawat adalah membantu individu, sakit atau sehat, dalam melakukan tindakan-tindakan yang berperan untuk kesehatan dan kesembuhan (atau kematian yang damai), tindakan-tindakan itu akan dilakukan sendiri oleh individu tersebut seandainya ia memiliki kekuatan, kemauan, atau pengetahuan. Perawat melakukan hal tersebut sedemikian rupa sehingga individu memperoleh kemandirian secepat mungkin” (Handerson dalam Brooker,2008).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa perawat adalah orang yang berperan dalam memberikan asuhan kepada klien yang bertujuan untuk memberikan perawatan terhadap klien dalam



kondisi sakit, mempertahankan kondisi terbaik klien serta membantu klien dalam memperoleh kemandirian.

2.2.2 Peran Perawat

Potter dan Perry (2005) menyatakan saat ini perawat memiliki peran yang lebih luas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, juga memandang klien secara komprehensif. Perawat kontemporer menjalankan fungsi dalam kaitannya dengan berbagai peran pemberi perawatan, pembuat keputusan klinik dan etika, pelindung dan advokat bagi klien, manajer kasus, rehabilitator, pemberi kenyamanan, komunikator, penyuluh dan pendidik.

Doheny (dalam Asmadi, 2008) mengidentifikasi beberapa elemen peran perawat profesional meliputi :

1) *Care giver*

Yaitu pemberi asuhan keperawatan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan secara langsung dan tidak langsung kepada klien, dengan menggunakan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, dan evaluasi.

2) *Client advocate* (pelindung klien)

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasiennya, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk

menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

3) *Counsellor* (pembimbing)

4) *Educator* (pendidik klien)

Peran ini dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dan kemampuan klien mengatasi masalah kesehatannya dan perawat memberi pendidikan kesehatan mengarah pada perubahan perilaku klien.

5) *Collaborator* (bekerja sama dengan tim)

Peran perawat disini dilakukan karena perawat bekerja dalam tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi, atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya (sebagai *partner*) dalam tim kerja.

6) *Coordinator*

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan, serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien. Tujuan perawat sebagai koordinator adalah untuk memenuhi asuhan kesehatan secara efektif, efisien, dan menguntungkan klien. Pengaturan waktu dan seluruh aktifitas atau penanganan pada klien, menggunakan keterampilan perawat untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan dan mengontrol.

7) *Change Agent* (sebagai pembaharu)

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberi layanan keperawatan. Peran

perawat sebagai pembaharu dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya: Kemajuan teknologi, perubahan lisensi-regulasi, meningkatnya peluang pendidikan lanjutan, meningkatnya berbagai tipe petugas asuhan keperawatan.

8) *Consultant*

Perawat memiliki peran sebagai sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi spesifik klien. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

2.2.3 Proses Keperawatan

Menurut Asmadi (2008), Perawat sebagai salah satu profesi, harus berorientasi pada asuhan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan manusia. Tugas utama perawat adalah memberikan asuhan keperawatan kepada klien sehingga dibutuhkan suatu proses keperawatan. Fokus orientasi ini telah memberi implikasi yang sangat besar. Perawat yang berorientasi untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien akan lebih bersifat ramah, sopan, dan selalu siap membantu klien.

Selain itu, asuhan keperawatan yang diberikan harus didasarkan pada kebutuhan objektif. Perawat harus mampu melakukan analisa dan seleksi berbagai tindakan yang merupakan kewenangannya dan yang bukan merupakan kewenangannya (Asmadi,2008).

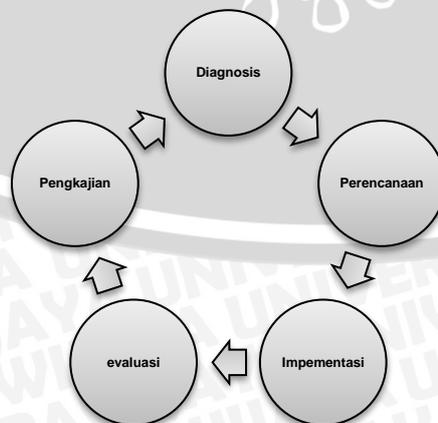
Proses keperawatan memiliki beberapa sifat yang berbeda dengan metode lain diantaranya ialah dinamis, siklus, saling ketergantungan, dan fleksibilitas.

- Dinamis: setiap langkah dalam proses keperawatan dapat diperbaharui jika situasinya berubah, hal ini didasarkan pada

kebutuhan setiap individu yang unik sehingga tidak semua klien mengalami perubahan kondisi kesehatan yang sama.

- Siklus: proses keperawatan selalu berjalan menurut siklus tertentu dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Siklus tersebut berjalan secara beraturan dan siklus terbaru hanya akan dimulai setelah siklus terdahulu berakhir.
- Saling ketergantungan: masing-masing tahapan proses keperawatan saling bergantung satu sama lain.
- Fleksibilitas: pelaksanaan proses keperawatan dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan situasi dan kondisi klien. Sebagai contoh, saat klien datang dengan kondisi emergensi, maka hal yang harus didahulukan adalah memberikan penanganan segera sebelum melakukan pengkajian secara komprehensif.

Sebagai metode ilmiah, proses keperawatan memiliki serangkaian tahap. Beberapa ahli menyebutkan terdapat empat tahap dalam proses keperawatan dan sebagian menyebutkan terdapat lima tahap. Adapun tahapan proses keperawatan menurut Asmadi (2008) adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1: Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan yang dilakukan secara komprehensif terkait biologis, psikologis, sosial maupun spiritual guna mengetahui kondisi klien dan mengumpulkan data yang berguna dalam penentuan diagnosa keperawatan.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien, baik aktual maupun potensial yang ditetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data hasil pengkajian.

Penetapan diagnosis keperawatan terdiri dari tiga fase yakni: 1) memproses data (organisir data, membandingkan data dengan standar nilai normal, mengelompokkan data), 2) menentukan masalah keperawatan klien, 3) menyusun diagnosis keperawatan.

3. Perencanaan

Perencanaan merupakan inti dari proses keperawatan. Beberapa tujuan penting dari tahap perencanaan diantaranya: sebagai alat komunikasi antara sesama perawat dan tim kesehatan lainnya, meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi klien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Unsur yang penting dalam tahap ini adalah membuat prioritas diagnosa, kriteria hasil dan merumuskan intervensi keperawatan.

4. Implementasi

Implementasi berlangsung dalam tiga tahap yakni fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan klien dan keluarga. Fase kedua adalah puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Pada fase



ini, perawat berusaha menyimpulkan data yang dihubungkan dengan reaksi klien. Fase ketiga merupakan fase terminasi perawat klien setelah implementasi selesai dilakukan.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk: 1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan. 2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum. 3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

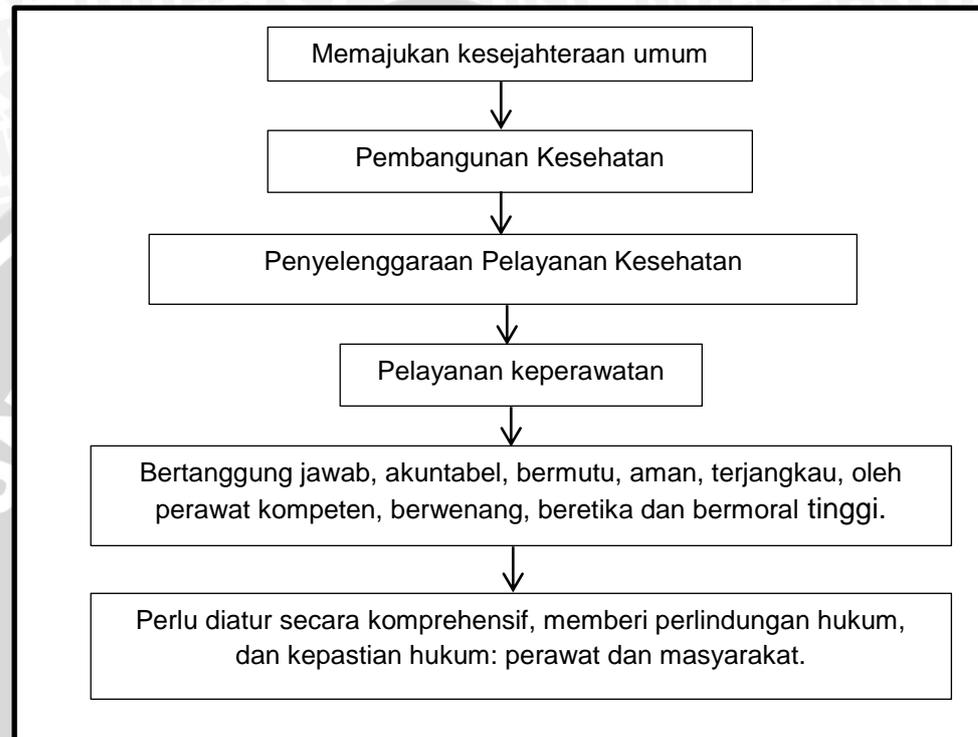
2.3 Konsep Undang – Undang Keperawatan

2.3.1. Undang-Undang Keperawatan

Undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan disahkan oleh Presiden Republik Indonesia pada tanggal 17 Oktober tahun 2014 bersamaan dengan disahkannya undang-undang nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Saat ini, UU tentang Keperawatan telah tercatat dalam lembar negara nomor 307 dan tambahan lembar negara nomor 5612. Sekjen PPNI, Harif Fadhillah dalam seminar Kupas Tuntas UU Keperawatan di Rumah Sakit dr. Syaiful Anwar pada tanggal 24 januari 2015 menyampaikan bahwa, jika telah tercatat dalam lembar negara, bermakna bahwa UU tersebut

sudah tersosialisasi sehingga segala bentuk pelanggaran UU keperawatan dapat ditindak berdasarkan hukum yang berlaku.

Adapun tujuan dari UU keperawatan dapat di jelaskan berdasarkan bagan dibawah ini: (Fadhillah,2015)



Bagan 2.1: Tujuan Undang-Undang Keperawatan

Dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan pembangunan kesehatan yang bermutu maka dibutuhkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan profesional yang bermutu dan prima. Pelayanan kesehatan tidak terlepas dari peran berbagai tenaga kesehatan seperti pelayanan dokter, bidan, farmasi, gizi, dan pelayanan keperawatan.

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling sering berhubungan langsung dengan pasien, harus dapat memberikan pelayanan yang bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman, dan terjangkau. Perawat dituntut harus kompeten dibidangnya, beretika

dan bermoral tinggi serta memiliki kewenangan yang jelas. Oleh karena itu, perlu dibentuk UU keperawatan yang mengatur hal tersebut serta dapat memberi perlindungan hukum terhadap perawat maupun masyarakat.

2.3.2. Anatomi Undang-Undang keperawatan

Undang-undang keperawatan pada dasarnya mengatur tentang kapasitas profesi keperawatan yang terdiri dari empat belas bab yakni: I) Ketentuan Umum, II) Jenis Perawat, III) Pendidikan Keperawatan, Pendidikan Tinggi Keperawatan, IV) Registrasi, Izin Praktik, dan Registrasi Ulang, V) Praktik Keperawatan, VI) Hak dan Kewajiban, VII) Organisasi Profesi, VIII) Kolegium Keperawatan, IX) Konsil Keperawatan, X) Pengembangan, Pembinaan, dan Pengawasan, XI) Larangan, XII) Sanksi Administratif, XIII) Ketentuan Peralihan, XIV) Ketentuan Penutup.

1. Ketentuan Umum

Ketentuan umum pada pasal 1 mendefinisikan istilah-istilah dalam layanan keperawatan. Diantaranya adalah mengenai keperawatan, perawat, pelayanan keperawatan, praktik keperawatan, asuhan keperawatan, Uji kompetensi, Sertifikat Kompetensi, sertifikat profesi, Registrasi, STR, SIPP, Klien, institusi pendidikan keperawatan dan lain-lain.

Ada beberapa hal yang perlu ditekankan pada istilah – istilah dalam ketentuan umum, diantaranya orang, keluarga, kelompok maupun masyarakat menggunakan jasa pelayanan keperawatan diistilahkan sebagai klien. Istilah klien digunakan untuk mengganti istilah pasien. Sedangkan pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan diistilahkan sebagai

praktik keperawatan. Istilah praktik, berbeda dengan istilah bekerja. Praktik mengacu pada standar profesi dan dilakukan dengan mandiri sedangkan bekerja, lebih mengacu pada instruksi sehingga tidak mandiri dalam pengambilan keputusan.

Pada Bab I pasal 2 dan 3 menjelaskan tentang asas praktik keperawatan dan Tujuan pengaturan Keperawatan. Adapun asas prakti keperawatan adalah: a) perikemanusiaan, b) nilai ilmiah, c) etika dan profesionalitas, d) manfaat, e) keadilan, f) perlindungan; dan g) kesehatan dan keselamatan klien. Sedangkan tujuan pengaturan keperawatan adalah: a) meningkatkan mutu perawat, b) meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, c) memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada perawat dan klien; dan d) meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2. Jenis Perawat

Bab II pasal IV menerangkan bahwa perawat terdiri dari 2 jenis yaitu:

- a. Perawat Profesi, terdiri dari: ners dan ners spesialis.
- b. Perawat Vokasi

3. Pendidikan Tinggi Keperawatan

1. Jenis Program

Pendidikan tinggi keperawatan diatur dalam UU keperawatan Pasal 5 – pasal 16. Pada pasal 5 – pasal 8 menjelaskan bahwa pendidikan tinggi keperawatan terdiri atas:

- a. Pendidikan vokasi, yakni program pendidikan diploma keperawatan dan program pendidikan diploma

keperawatan paling rendah adalah diploma tiga keperawatan.

- b. Pendidikan akademik, yang terdiri dari atas sarjana keperawatan, magister keperawatan dan doktor keperawatan.
- c. Pendidikan profesi, terdiri atas program profesi keperawatan dan program spesialis keperawatan.

2. Pendidikan Tinggi Keperawatan

Pada pasal 9 – 10 menjelaskan bahwa pendidikan tinggi keperawatan diselenggarakan oleh perguruan tinggi yang dapat berbentuk universitas, institut, sekolah tinggi, politeknik atau akademi serta memiliki izin sesuai dengan ketentuan perundang – undangan. Selain itu pendidikan tinggi juga harus menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan baik berupa kepemilikan sendiri atau kerja sama yang dapat digunakan sebagai wahana pendidikan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud merupakan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memenuhi persyaratan termasuk jejaring dan komunitas dibawah wilayah binaannya. Perguruan tinggi harus berkoordinasi dengan dengan organisasi profesi perawat, dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan serta menjalankan tri dharma perguruan tinggi.

3. Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi Keperawatan

Pada pasal 11, penyelenggaraan pendidikan tinggi harus memenuhi standar nasional pendidikan keperawatan yang disusun secara bersamaan oleh kementerian yang

mengatur bidang kesehatan, pendidikan, asosiasi institusi pendidikan, dan organisasi profesi perawat dan ditetapkan oleh menteri yang mengatur bidang pendidikan. Standar nasional pendidikan keperawatan harus mengacu pada standar nasional pendidikan tinggi.

Sedangkan pada pasal 12, menjelaskan bahwa pendidikan tinggi keperawatan hanya dapat menerima mahasiswa sesuai dengan kuota nasional dalam rangka menjamin mutu lulusan. Kuota nasional diatur dalam peraturan menteri yang mengatur bidang pendidikan.

4. Dosen

Pada pasal 13, menjelaskan bahwa institusi pendidikan tinggi wajib memiliki dosen dan tenaga kependidikan. Dosen dapat berasal dari: a) perguruan tinggi, dan b) wahana pendidikan keperawatan. Dosen yang berasal dari wahana pendidikan keperawatan memiliki kesetaraan, pengakuan dan angka kredit yang memperhitungkan angka pelayanan kesehatan.

5. Mahasiswa

Pasal 15 dan 16 mengatur tentang mahasiswa keperawatan. Mahasiswa pada akhir pendidikan vokasi dan profesi harus mengikuti uji kompetensi yang ditujukan untuk mencapai standar kompetensi lulusan yang memenuhi standar kompetensi kerja. Uji kompetensi diselenggarakan oleh perguruan tinggi bekerjasama dengan organisasi profesi perawat, lembaga pelatihan, atau lembaga sertifikasi yang terakreditasi. Mahasiswa vokasi yang lulus uji kompetensi

akan diberi sertifikat kompetensi dan mahasiswa profesi yang lulus uji kompetensi akan diberi sertifikat profesi yang diterbitkan oleh perguruan tinggi.

4. Registrasi, Izin Praktik, dan Registrasi Ulang

Pada pasal 17, konsil keperawatan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan mutu perawat sesuai dengan kewenangan masing-masing. Hal ini bertujuan untuk melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu perawat dalam melakukan praktik keperawatan wajib melakukan registrasi dan izin praktik.

a. Registrasi dan Re registrasi

Pada pasal 18 diatur bahwa dalam menjalankan praktik keperawatan wajib melakukan STR (Surat Tanda Registrasi) yang diberikan oleh konsil keperawatan setelah memenuhi persyaratan yakni: a) memiliki ijazah keperawatan, b) memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi, c) memiliki surat keterangan sehat secara fisik maupun mental, d) memiliki surat pertanyaan telah mengucapkan sumpah/janji profesi, dan e) membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

STR memiliki masa berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat di registrasi ulang setiap lima tahun. Adapun persyaratan re-registrasi adalah sama dengan persyaratan registrasi dan ditambah dengan: a) STR lama, b) telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi dibidangnya, dan c) telah memenuhi kecukupan kegiatan

pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.

b. Izin Praktik

- **Perawat WNI (Warga Negara Indonesia)**

Pada pasal 19, menyatakan bahwa perawat yang menjalankan praktik keperawatan wajib memiliki izin dalam bentuk SIPP (Surat izin Praktik Keperawatan) yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat berwenang di kabupaten atau kota tempat perawat tersebut praktik. Adapun persyaratan SIPP adalah perawat harus melampirkan: a) Salinan STR yang masih berlaku, b) Rekomendasi dari organisasi profesi perawat, dan c) Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

Keterangan lebih lanjut tentang SIPP, tercantum dalam pasal 19 – pasal 22. SIPP hanya berlaku di satu tempat praktik dan setiap perawat dapat memiliki maksimal 2 SIPP. SIPP berlaku apabila: a) STR masih berlaku, b) Perawat berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPP.

SIPP tidak berlaku apabila: a) dicabut berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, b) masa berlaku habis, c) atas permintaan perawat, atau d) perawat meninggal dunia.

- **Perawat WNA (Warga Negara Asing)**

Adapun perawat Warga Negara Asing (WNA) yang menjalankan praktik di Indonesia wajib memenuhi persyaratan pada pasal 24 sebagai berikut:

1. Wajib melakukan evaluasi kompetensi melalui:
 - a. Penilaian kelengkapan administratif, berupa:
 - Penilaian keabsahan ijazah oleh menteri terkait dibidang pendidikan.
 - Surat keterangan fisik dan mental.
 - Surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
 - b. Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik, dinyatakan dengan surat keterangan telah mengikuti program evaluasi kompetensi dan sertifikat kompetensi.
2. Memiliki STR sementara (berlaku selama 1 tahun) dan dapat diperpanjang selama 1 tahun berikutnya.
3. Memiliki SIPP yang berlaku selama 1 tahun dan hanya dapat diperpanjang selama 1 tahun berikutnya.

- **Perawat WNI (Warga Negara Indonesia) Lulusan luar Negeri**

Pasal 27 menerangkan tentang perawat WNI lulusan luar negeri yang akan melakukan praktik keperawatan wajib:

1. Melakukan uji kompetensi melalui:
 - a. Penilaian kelengkapan administrasi, minimal terdiri dari:



- 1) Penilaian kebasahan ijazah oleh menteri terkait dibidang pendidikan.
- 2) Surat keterangan sehat fisik dan mental, dan
- 3) Surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

b. Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik keperawatan, melalui uji kompetensi berdasarkan peraturan perundang-undangan.

2. Memiliki STR dan SIPP sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
3. Untuk pengaturan lebih lanjut, diatur dengan peraturan menteri kesehatan.

5 Praktik Keperawatan

a. Umum

Praktik keperawatan diatur dalam UU keperawatan BAB V pasal 28 yang menyatakan bahwa praktik keperawatan dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan klien sasaran dan harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional. Praktik keperawatan terdiri dari 2 jenis yakni:

- a. Praktik keperawatan mandiri
- b. Praktik keperawatan difasilitas pelayanan kesehatan.

Praktik keperawatan mandiri maupun di fasilitas pelayan kesehatan harus didasarkan pada prinsip kebutuhan pelayanan

kesehatan dan/atau keperawatan masyarakat dalam suatu wilayah. Ketentuan lebih lanjut diatur dalam peraturan menteri.

b. Tugas dan wewenang

Perawat dalam menjalankan tugasnya dapat dilaksanakan secara bersama-sama ataupun sendiri-sendiri dan harus dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel. Tugas perawat pada pasal 29 adalah sebagai berikut:

- a) Pemberi asuhan keperawatan
- b) Penyuluh dan konselor bagi klien
- c) Pengelola pelayanan keperawatan
- d) Peneliti keperawatan
- e) Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang
- f) Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

c. Wewenang Perawat

1. Upaya kesehatan perorangan

Perawat dalam bidang upaya kesehatan perorangan berwenang: a) Melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, b) Menetapkan diagnosa keperawatan, c) Merencanakan tindakan keperawatan, d) Melaksanakan tindakan keperawatan, e) melakukan evaluasi hasil tindakan, dan f) melakukan rujukan, g) memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter, i) melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien dengan tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

2. Upaya Kesehatan Masyarakat

Perawat dalam upaya keperawatan masyarakat berwenang: a) melakukan pengkajian keperawatan masyarakat ditingkat keluarga dan kelompok masyarakat, b) menetapkan masalah keperawatan kesehatan masyarakat, c) membantu penemuan kasus penyakit, d) merencanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat, e) melaksanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat, f) melakukan rujukan kasus, g) mengevaluasi hasil tindakan, h) melakukan pemberdayaan masyarakat, i) melaksanakan advokasi, j) menjalin kemitraan, k) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling, l) mengelola kasus, m) melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif.

3. Sebagai Penyuluh dan Konselor:

Sebagai penyuluh dan konselor, perawat berwenang: a) Melakukan pengkajian keperawatan secara holistik ditingkat individu dan keluarga, serta tingkat kelompok masyarakat, b) Melakukan pemberdayaan masyarakat, c) Melakukan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat, d) Menjalinkan kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat, e) Melakukan penyuluhan kesehatan & Konseling

4. Sebagai pengelola layanan keperawatan

Sebagai pengelola layanan keperawatan, perawat berwenang: a) Melakukan pengkajian dan menetapkan

permasalahan, b) Merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi pelayanan keperawatan, c) Mengelola kasus.

5. Sebagai Peneliti Keperawatan

Sebagai peneliti, perawat berwenang: a) Melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika, b) Menggunakan sumber daya pada fasilitas pelayanan kesehatan atas izin pimpinan, c) Menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

d. Pelimpahan Wewenang

Pelimpahan wewenang diatur pada pasal 32 yang menyebutkan bahwa pelimpahan wewenang hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan tindakan medis dan evaluasi pelaksanaan yang dapat dilakukan secara delegatif maupun mandat:

- Delegatif: wewenang yang diberikan kepada perawat dalam melakukan tindakan medis disertai dengan pelimpahan tanggung jawab. Pelimpahan wewenang secara delegatif hanya dapat diberikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi yang memiliki kompetensi yang dibutuhkan dalam melakukan tindakan medis tersebut.
- Mandat: pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis yang diberikan kepada perawat dengan pengawasan. Tanggung jawab dalam pelimpahan wewenang secara mandat berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

Dalam melaksanakan tugas pelimpahan wewenang, perawat berhak:

- a. Melakukan tindakan medis sesuai dengan kompetensinya berdasarkan pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis.
- b. Melakukan tindakan medis dibawah pengawasan pelimpah wewenang mandat.
- c. Memberi pelayanan kesehatan sesuai program pemerintah.

e. Pelaksana Tugas dalam Keadaan Keterbatasan Tertentu

Yang dimaksud dengan pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu pada pasal 29 adalah penugasan pemerintah yang dilaksanakan dalam keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di wilayah tempat perawat bertugas yang keadaan tersebut ditetapkan oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) di bidang kesehatan. Pelaksanaan tersebut harus memperhatikan kompetensi perawat dan dalam pelaksanaannya perawat berwenang:

- a. Melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis.
- b. Merujuk klien sesuai ketentuan pada sistem rujukan.
- c. Melakukan pelayanan kefarmasian terbatas jika tidak terdapat tenaga kefarmasian.

f. Dalam Keadaan Darurat

Dalam keadaan darurat, perawat dapat:

- a. Untuk pertolongan pertama, perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai dengan kompetensinya.
- b. Tujuan pemberian pertama adalah untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
- c. Keadaan darurat yang dimaksud merupakan keadaan yang mengancam nyawa atau kecacatan klien.
- d. Keadaan darurat yang dimaksud ditetapkan oleh perawat berdasarkan keilmuannya.

6 Hak dan Kewajiban

1. Hak Perawat

Pada BAB VI pasal 36, menyebutkan hak perawat antara lain:

- a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan : standar profesi, standar pelayanan, Standar Prosedur Operasional (SPO) dan ketentuan perundang-undangan.
- b. Memperoleh Informasi yang benar, jelas dan jujur dari klien dan/atau keluarga.
- c. Menerima imbal jasa atas pelayanan keperawatan yang telah diberikan.
- d. Menolak keinginan klien yang bertentangan dengan standar profesi, standar pelayanan, standar operasional prosedur, kode etik, dan peraturan perundang-undangan.
- e. Memperoleh fasilitas kerja sesuai standar.

2. Kewajiban Perawat

Adapun kewajiban perawat pada pasal 37 antara lain:

- a. Melengkapi sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan ketentuan perundang-undangan.
- b. Memberi Pelayanan Keperawatan sesuai standar profesi, standar pelayanan, standar operasional prosedur, kode etik, dan peraturan perundang-undangan.
- c. Merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang memiliki lingkup dan kompetensi yang tepat.
- d. Mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai standar.
- e. Memberi informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien dan/atau keluarga sesuai dengan batas kewenangannya.
- f. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain sesuai dengan kompetensi perawat.
- g. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah.

3. Hak Klien

Hak klien diatur dalam pasal 38, yakni klien berhak:

- a. Mendapatkan informasi secara benar, jelas, dan jujur tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan;
- b. Meminta pendapat perawat lain dan/atau tenaga kesehatan lainnya;



- c. Mendapatkan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. Memberi persetujuan atau penolakan tindakan keperawatan yang akan diterimanya; dan
- e. Memperoleh keterjagaan kerahasiaan kondisi kesehatannya.

Pasal 39 mengatur tentang pengungkapan rahasia pada poin e pasal 38. Pengungkapan rahasia kesehatan klien dilakukan atas dasar:

- Kepentingan kesehatan klien.
- Pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakkan hukum.
- Persetujuan klien sendiri.
- Kepentingan pendidikan dan penelitian.
- Ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai kerahasiaan kesehatan klien diatur dalam peraturan menteri.

4. Kewajiban Klien

Pada pasal 40, kewajiban klien yakni:

- a. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur tentang masalah kesehatannya;
- b. Mematuhi nasihat dan petunjuk perawat;
- c. Mematuhi ketentuan yang berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan; dan

- d. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

7 Organisasi Profesi

Organisasi profesi diatur pada pasal 41 yaitu:

- a. Organisasi profesi merupakan wadah yang menghimpun perawat secara nasional dan berbadan hukum.
- b. Tujuan organisasi profesi:
 - Meningkatkan dan /atau mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, martabat, dan etika profesi perawat
 - Mempersatukan dan memberdayakan perawat dalam rangka menunjang pembangunan kesehatan
- c. Fungsi organisasi profesi (pasal 42) adalah pemersatu, pembina, pengembang dan pengawas keperawatan di Indonesia
- d. Organisasi profesi perawat berlokasi di ibukota Negara Kesatuan Republik Indonesia dan dapat membentuk perwakilan daerah.

8 Kolegium Keperawatan

Kolegium Keperawatan dijelaskan pada BAB VIII pasal 44 -46. Pada pasal 44 dijelaskan bahwa kolegium keperawatan merupakan badan otonom dalam organisasi profesi perawat yang bertanggung jawab kepada organisasi profesi perawat.

Fungsi kolegium keperawatan dijelaskan pada pasal 45. Kolegium keperawatan berfungsi mengembangkan cabang disiplin ilmu keperawatan dan standar pendidikan tinggi bagi perawat profesi. Ketentuan lainnya mengenai kolegium keperawatan diatur



oleh organisasi profesi perawat, hal tersebut disebutkan pada pasal 46.

9 **Konsil Keperawatan**

Hal-hal terkait konsil keperawatan diatur pada BAB IX pasal 47 – pasal 52. Konsil keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk meningkatkan mutu praktik keperawatan dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada perawat dan masyarakat. Konsil keperawatan merupakan bagian dari konsil tenaga kesehatan yang berkedudukan di ibukota Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Konsil keperawatan memiliki fungsi pengaturan, penetapan, dan pembinaan perawat dalam menjalankan praktik keperawatan. Dalam menjalankan fungsinya, maka konsil keperawatan memiliki tugas:

- a. Melakukan registrasi perawat.
- b. Melakukan pembinaan perawat dalam menjalankan praktik keperawatan.
- c. Menyusun standar pendidikan keperawatan.
- d. Menyusun standar praktik dan standar kompetensi perawat.
- e. Menegakkan disiplin praktik keperawatan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan dan tugas lainnya diatur sesuai dengan peraturan keperawatan.

Adapun kewenangan konsil keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Menyetujui atau menolak permohonan registrasi perawat, termasuk perawat Warga Negara Asing;
- b. Menerbitkan dan mencabut STR;
- c. Menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi perawat; dan
- d. Menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi perawat; dan
- e. Memberikan pertimbangan pendirian penutupan institusi pendidikan keperawatan.

Dalam hal pendanaan kegiatan konsil keperawatan dibebankan kepada anggaran pendapatan dan belanja negara dan sumber lain sesuai ketentuan perundang-undangan.

Adapun keanggotaan konsil adalah sebagai berikut:

- a. Keanggotaan konsil keperawatan terdiri atas unsur pemerintah, organisasi profesi keperawatan, kolegium keperawatan, asosiasi institusi pendidikan keperawatan, asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan, dan tokoh masyarakat.
- b. Jumlah anggota konsil paling banyak terdiri dari 9 orang.
- c. Ketentuan mengenai susunan organisasi pengangkatan, pemberhentian, dan keanggotaan konsil keperawatan diatur dalam peraturan presiden.

10 Pengembangan, Pembinaan, dan Pengawasan

Pada pasal 53, pengembangan praktik keperawatan dilakukan melalui pendidikan formal dan pendidikan non formal atau pendidikan berkelanjutan yang bertujuan untuk mempertahankan



atau meningkatkan profesionalitas perawat. Adapun pendidikan non formal atau pendidikan berkelanjutan adalah pendidikan yang ditempuh setelah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan. Pemilik atau pengelola fasilitas pelayanan kesehatan harus memfasilitasi perawat mengikuti pendidikan berkelanjutan.

Pendidikan non formal atau pendidikan berkelanjutan dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, organisasi profesi perawat, atau lembaga lain yang terakreditasi dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan praktik keperawatan yang didasarkan pada standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.

Pada pasal 54, menjelaskan bahwa pendidikan keperawatan dibina oleh kementerian dibidang pendidikan dan berkoordinasi dengan kementerian dibidang kesehatan. Sedangkan praktik keperawatan diawasi dan dibina oleh pemerintah, pemerintah daerah, konsil keperawatan, dan organisasi profesi sesuai fungsi dan tugas masing-masing. Hal tersebut dijelaskan pada pasal 55.

Pembinaan pada praktik keperawatan pada pasal 55 diarahkan untuk:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan;
- b. Melindungi masyarakat atas tindakan perawat yang tidak sesuai standar; dan
- c. Memberikan kepastian hukum bagi perawat dan masyarakat.

Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan dan pengawasan praktik keperawatan, diatur dalam peraturan menteri.

11 Sanksi Administratif

Sanksi administratif diberikan kepada setiap orang yang melanggar ketentuan pasal-pasal yang ditetapkan. Sanksi administratif dapat berupa:

- a. Teguran lisan;
- b. Peringatan tertulis;
- c. Denda administratif; dan/atau
- d. Pencabutan izin.

Ketentuan lainnya mengenai tata cara sanksi administratif akan diatur dengan peraturan pemerintah.

12 Ketentuan Peralihan

Ketentuan peralihan diatur pada pasal 59 – 61 yakni:

- STR dan SIPP yang telah dimiliki oleh Perawat sebelum Undang-Undang ini diundangkan dinyatakan tetap berlaku sampai jangka waktu STR dan SIPP berakhir.
- Selama Konsil Keperawatan belum terbentuk, permohonan untuk memperoleh STR yang masih dalam proses diselesaikan dengan prosedur yang berlaku sebelum Undang-Undang ini diundangkan.
- Perawat lulusan sekolah perawat kesehatan yang telah melakukan praktik keperawatan sebelum Undang-Undang ini diundangkan masih diberikan kewenangan melakukan praktik keperawatan dalam jangka waktu 6 (enam) tahun setelah Undang-Undang ini diundangkan.

13 Ketentuan Penutup

Ketentuan penutup terdiri enam pasal yakni pasal 62 – 67:

- Institusi Pendidikan Keperawatan yang telah ada sebelum Undang-Undang ini diundangkan harus menyesuaikan persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 paling lama 3 (tiga) tahun setelah Undang-Undang ini diundangkan.
- Konsil Keperawatan dibentuk paling lama 2 (dua) tahun sejak Undang-Undang ini diundangkan.
- Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku, semua Peraturan Perundang-Undangan yang mengatur mengenai Keperawatan dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan atau belum diganti berdasarkan Undang-Undang ini.
- Peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang ini harus ditetapkan paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan.
- Undang-undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
- Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Undang-Undang ini dengan penempatan dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

14 Konsep Kinerja

2.4. 1. Definisi Kinerja

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, Kinerja merupakan “sesuatu yang dicapai, prestasi yang diperlihatkan dan kemampuan kerja”. Sedangkan dalam bahasa Inggris, Kinerja diistilahkan sebagai *performance* yang sering diartikan sebagai hasil kerja atau prestasi kerja. Kinerja memiliki makna yang lebih luas, bukan hanya sekedar

hasil yang dicapai, tetapi juga menjelaskan bagaimana proses kerja berlangsung yakni mencakup apa yang dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya (Amstrong dan Baron, 1998 dalam Wibowo, 2014).

Menurut Stephen P. Robbins dalam Rai (2008), kinerja merupakan hasil evaluasi terhadap pekerjaan yang telah dilakukan dibandingkan dengan kriteria yang telah ditetapkan bersama. Dari definisi tersebut terlihat bahwa istilah kinerja mengarah pada 2 hal yakni proses dan hasil yang dicapai. Sedangkan kinerja menurut Bastian dalam Tangkillisan (2005) merupakan sebuah gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan tugas dalam suatu organisasi, dalam upaya mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi tersebut. Sehingga dapat dikatakan bahwa kinerja merupakan cara untuk memastikan pekerja sebagai individu maupun tim tahu apa yang diharapkan dari sebuah pekerjaan sehingga pekerja dapat tetap fokus pada tujuan, ukuran dan penilaian (Cascio, 2013 dalam Wibowo, 2014).

Berdasarkan definisii yang telah dijabarkan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa kinerja merupakan hasil pengukuran prestasi kerja seseorang dalam melakukan suatu pekerjaan yang dibandingkan dengan standar atau kriteria yang telah ditetapkan.

2.4. 2. Manajemen Kinerja

Manajemen kinerja diawali dengan penetapan dan perumusan tujuan dari sebuah organisasi. Atas dasar tujuan tersebut, kemudian dilakukan perencanaan dengan merancang sumberdaya yang diperlukan baik sumberdaya manusia, teknologi, dan sumberdaya lainnya, serta mekanisme yang ditempuh untuk mencapai tujuan

tersebut. Kinerja merupakan implementasi dari perencanaan yang telah dibuat. Implementasi kinerja dilaksanakan oleh sumberdaya manusia yang memiliki kemampuan, kompetensi, motivasi maupun kepentingan (Wibowo, 2014).

Perencanaan kinerja sangat dipengaruhi oleh faktor eksternal yang berada diluar organisasi (Wibowo, 2014). Pengaruh faktor eksternal yang besar memunculkan berbagai paradigma. Salah satu paradigma menyatakan bahwa kinerja organisasi harus digerakkan oleh *customer focus*. Sistem kinerja organisasi yang efektif memiliki beberapa syarat:

1. Didasarkan pada aktivitas dan karakteristik organisasi yang disesuaikan dengan perspektif klien.
2. Menggunakan pandangan dan berorientasi pada kebutuhan pelanggan dalam melakukan evaluasi.
3. Melakukan penilaian berbagai aspek kinerja yang berkaitan dengan kepuasan klien secara menyeluruh.
4. Seluruh karyawan atau anggota organisasi harus mengetahui tujuan pencapaian kinerja organisasi sehingga dapat mengenali masalah-masalah yang menghambat kinerja organisasi. (Lynch dan Cross dalam Tangkilisan 2005).

2.4. 3. Model Manajemen Kinerja

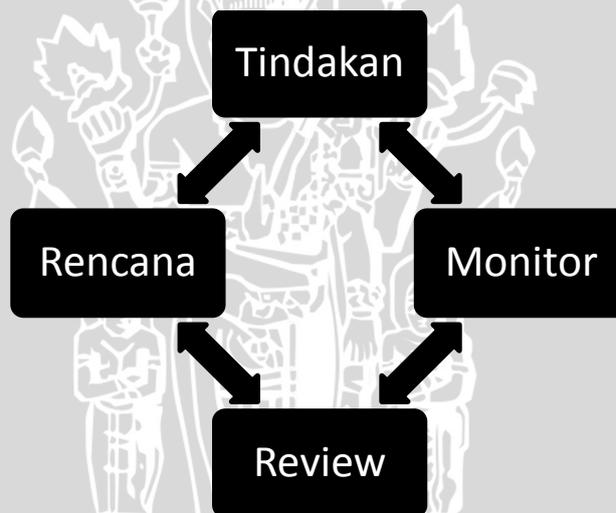
Model manajemen kinerja menurut para pakar diantaranya ialah:

(Wibowo, 2014)

a. Model Deming

Proses manajemen kinerja menurut Deming dimulai dari tahapan menyusun perencanaan, melakukan tindakan memonitor proses dan hasil pelaksanaan, dan *me-review* atau melakukan

peninjauan kembali jalannya pelaksanaan dan kemajuan yang telah dicapai. *Monitoring* dan *review* dapat memberikan kesimpulan bahwa kemajuan telah sesuai dengan perencanaan. Pada proses *monitoring* dan *review*, ketidaksesuaian antara perencanaan dan hasil merupakan hal yang dapat terjadi. Dalam keadaan demikian, maka diperlukan tindakan untuk memperbaiki kinerja sehingga hasil yang ingin diperoleh dapat tercapai pada waktunya. Apabila tidak memungkinkan maka langkah yang diambil adalah dengan melakukan penyesuaian kembali rencana dan tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya. Demikian seterusnya proses kinerja akan terus berulang berdasarkan siklus tersebut.



Gambar 2.2: Siklus Manajemen Kinerja Deming

b. Model Ken Blanchard dan Garry Ridge

Ken Blanchard dan Garry Ridge pada tahun 2009 mengemukakan konsep sederhana yang mereka sebut sebagai sistem manajemen kinerja. Sistem manajemen kinerja yang efektif terdiri dari tiga bagian yakni:

- *performance planning* (perencanaan kinerja): penetapan tujuan, sasaran dan standar kinerja.
- *Day-to-day (coaching setiap hari)* atau *excecution* (pelaksanaan): manajer mengamati dan memonitor kinerja karyawannya, memuji kemajuan dan mengarahkan apabila diperlukan; dan
- *Performance evaluation* (evaluasi kinerja) atau *Review and learning* (peninjauan ulang dan pembelajaran): melakukan evaluasi dan penilaian kinerja terhadap masing-masing individu dalam tim.

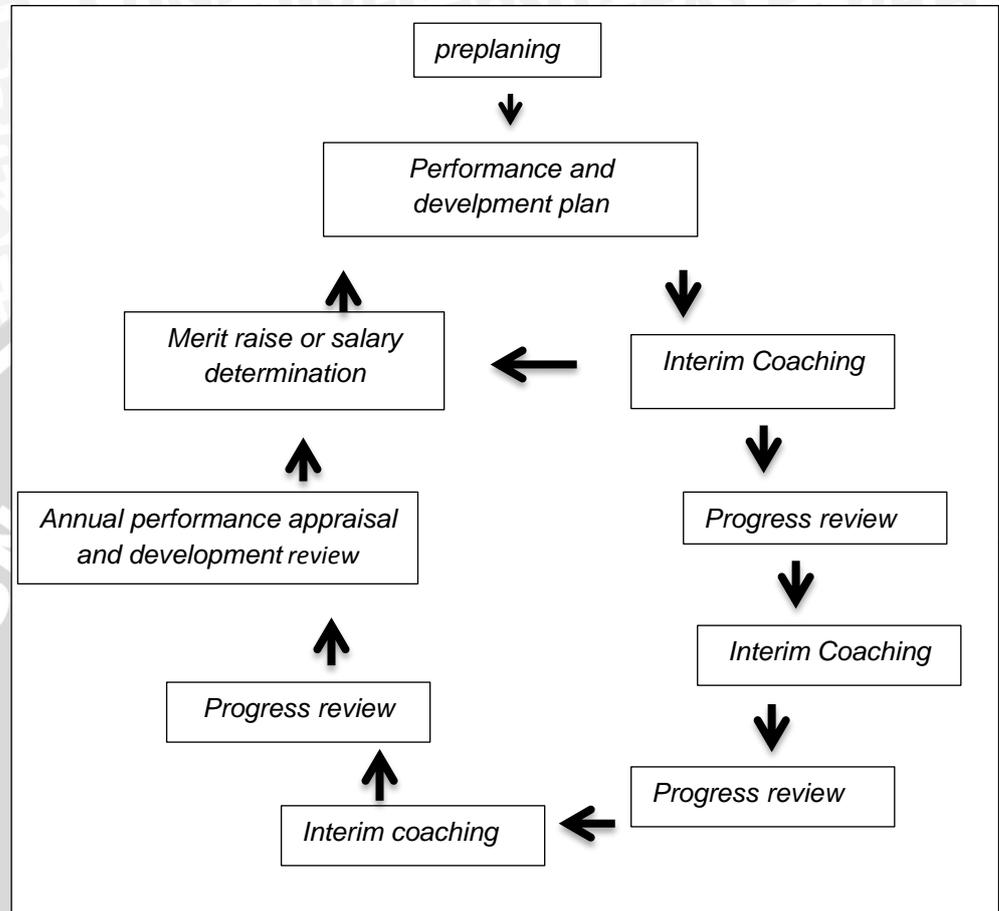
Evaluasi merupakan bagian yang paling banyak menyita waktu manajer karena manajer harus melakukan penilaian kepada satu per satu anggota timnya. Sedangkan yang paling sedikit menyita waktu manajer adalah *day-to-day coaching* atau *excecution* padahal seharusnya fokus manajer seharusnya pada bagian ini, manajer seharusnya memberikan supervisi dengan tepat sehingga mendapatkan hasil kinerja yang terbaik.

c. Model Costello

Proses manajemen kinerja dimulai dari persiapan perencanaan sehingga dapat dibuat rencana dalam bentuk rencana kinerja dan pengembangan. Pada proses pelaksanaan, diberikan *coaching* pada sumberdaya manusia dan juga mengukur kemajuan kinerja, serta *progress review* untuk menilai kemajuan pekerjaan serta mempertimbangkan kemungkinan perubahan rencana apabila terdapat kendala. *Coaching* dan *progress review* dilakukan secara berkala. Pada akhir pelaksanaan rencana, dilakukan penilaian kinerja secara menyeluruh dan digunakan untuk meninjau kembali keberhasilan kinerja pengembangan. Hasil penilaian dapat



digunakan sebagai pertimbangan untuk *reward* maupun penggajian dan menjadi umpan balik untuk rencana berikutnya.



Gambar 2.3 : Siklus Manajemen Kinerja Costello

2.4. 4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Faktor yang mempengaruhi kinerja antara lain:

1. *Personal Factors*, dipengaruhi oleh tingkat ketrampilan, kompetensi, motivasi serta komitmen individu dalam tim.
2. *Leadership factors*, dipengaruhi oleh kualitas manajer atau *tim leader* dalam memberikan bimbingan, dorongan serta dukungan kepada anggota tim.
3. *Team factors*, ditunjukkan oleh kualitas dukungan yang diberikan sesama anggota tim.

4. *System factors*, dipengaruhi oleh sistem kerja dan fasilitas yang diberikan organisasi sebagai sistem pendukung.
5. *Contextual/situational factors*, dipengaruhi besarnya tekanan serta perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal (Wibowo, 2014).

Hersey, Blanchard dan Johnson merumuskan *The achieve model* berdasarkan pendapat dari beberapa pakar. Mereka memaparkan bahwa terdapat tujuh faktor yang dapat mempengaruhi kinerja. Tujuh faktor tersebut dirumuskan dalam akronim *ACHIEVE*:

A – *Ability (knowledge dan skill)*

C – *Clarity (understanding atau role perception)*

H – *Help (organizational support)*

I – *Incentive (Motivation atau willingness)*

E – *Evaluation (Coaching dan performance feedback)*

V – *validity (valid dan legal personnel practices)*

E – *environment (environmental fit)* (Wibowo, 2014).

Beberapa ahli merumuskan persamaan kinerja berdasarkan faktor utama yang mempengaruhinya. Pakar John W. Atkinson mengindikasikan bahwa kinerja merupakan fungsi gabungan dari motivasi dan kemampuan. Dengan demikian, persamaan kinerja = (motivasi x kemampuan). Sedangkan menurut Lyman Porter dan Edward Lawyer, kinerja merupakan fungsi dari keinginan melakukan pekerjaan, ketrampilan yang diperlukan dalam menyelesaikan tugas,

serta pemahaman yang jelas mengenai apa yang dikerjakan. Model persamaan kinerja menurut Lyman Porter dan Edward Lawyer yaitu kinerja = (keinginan melakukan pekerjaan x ketrampilan x pemahaman apa dan bagaimana melakukan). Sementara itu, Jay Lorsch dan Paul Laurence berpendapat bahwa kinerja adalah fungsi atribut individu, organisasi, dan lingkungan sehingga dirumuskan model persamaan kinerja = (atribut individu x organisasi dan lingkungan) (Wibowo, 2014).

2.4.5. Kinerja Perawat

Kinerja perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan merupakan masalah yang sangat penting untuk dikaji dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Kinerja perawat yang baik merupakan jembatan dalam menjawab jaminan kualitas pelayanan kesehatan yang di berikan terhadap pasien baik yang sakit maupun sehat. Kunci utama dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan adalah perawat yang mempunyai kinerja tinggi (Mulyono, 2013).

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja perawat diantaranya ialah:

a. Kompetensi

Kompetensi adalah kemampuan untuk melaksanakan atau melakukan suatu pekerjaan atau tugas yang dilandasi dengan ketrampilan dan pengetahuan serta didukung oleh sikap kerja yang dituntut oleh pekerjaan tersebut. Sehingga dapat dikatakan bahwa kompetensi merupakan karakteristik individu yang mendasari kinerja

atau perilaku ditempat kerja. Terdapat lima karakteristik kompetensi yakni (Wibowo, 2014):

- Motif adalah sesuatu yang secara konsisten dipikirkan atau diinginkan orang yang menyebabkan tindakan. Motif dapat mendorong, mengarahkan, dan memilih perilaku menuju tindakan atau tujuan tertentu.
- Sifat adalah karakteristik fisik dan respon yang konsisten terhadap situasi atau informasi.
- Konsep diri adalah sikap, nilai atau citra diri seseorang. Percaya diri merupakan salah satu bagian konsep diri. Dengan memiliki kepercayaan diri, maka seseorang dapat memiliki keyakinan bahwa mereka dapat efektif dalam setiap situasi.
- Ketrampilan adalah kemampuan mengerjakan tugas fisik atau mental tertentu. Berpikir analitik atau konseptual juga termasuk dalam Kompetensi mental atau ketrampilan kognitif .

Penelitian Mulyono (2013) tidak ada pengaruh kompetensi terhadap kinerja perawat. Berbeda dengan hasil penelitian Sayuni (2012) dalam Mulyono (2013) dimana didapatkan bahwa kompetensi berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana. Begitu juga dengan hasil penelitian Sitepu (2010) dalam Mulyono (2013), ada pengaruh yang signifikan antara kompetensi (sikap dan keterampilan) terhadap kinerja perawat, variabel yang paling dominan memengaruhi kinerja perawat adalah keterampilan

b. Kepuasan kerja

Kepuasan kerja memiliki memiliki korelasi yang sangat kuat terhadap kinerja perawat (Mulyono, 2013). Menurut Wibowo (2014) Produktivitas memberikan dampak yang positif terhadap kegiatan



lainnya. Penelitian empiris tidak mendukung adanya pernyataan bahwa pekerja yang puas adalah pekerja yang pekerja yang produktif. Pada tingkatan individual, produktivitas dapat meningkatkan kepuasan kerja. Organisasi yang memiliki karyawan yang puas mengindikasikan bahwa organisasi tersebut memiliki kinerja yang efektif.

c. Motivasi Kerja

Motivasi adalah dorongan terhadap serangkaian proses perilaku manusia pada pencapaian tujuan. Elemen yang terkandung dalam motivasi meliputi unsur membangkitkan, mengarahkan, menjaga, menunjukkan intensitas, bersifat terus menerus serta memiliki tujuan. Beberapa teori motivasi kerja memiliki asumsi bahwa memberikan rangsangan motivasi yang tepat serta memberi kesempatan kepada karyawan untuk membuktikan dirinya akan berdampak pada hasil pekerjaan yang baik dan positif.

Abraham Maslow dalam teori hirarki kebutuhan mengelompokkan motivasi dalam 5 tingkatan yakni kebutuhan : *physiological* (fisiologis), *safety* (rasa aman), *social* (hubungan sosial), *esteem* (penghargaan), dan *self actualization* (aktualisasi diri). Hirarki Maslow menjelaskan bahwa individu dalam bekerja tidak hanya membutuhkan uang ataupun reward tetapi juga membutuhkan sikap hormat serta interaksi (Robert Heller 1998 dalam Wibowo, 2014).

Hasil penelitian Mulyono (2013) menunjukkan perawat yang memiliki motivasi kerja yang baik sebagian besar kinerjanya tidak baik sedangkan yang memiliki motivasi kerja tidak baik juga cenderung memiliki kinerja tidak baik.

d. Supervisi

Salah satu kegiatan pengendalian mutu pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan kegiatan supervisi yang terutama dilakukan oleh kepala ruangan. Melalui kegiatan supervisi akan dapat diketahui apakah asuhan keperawatan kepada pasien dapat dijalankan dengan benar oleh perawat. Nainggolan dalam Mulyono (2013) yang melakukan penelitian di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Malahyati Medan, didapatkan bahwa terdapat pengaruh supervisi kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana.

e. Kepemimpinan

Kepemimpinan dan gaya kepemimpinan dalam organisasi sangat berperan dalam mempengaruhi kinerja. Hubungan yang terjalin antara pemimpin dan karyawannya, penghargaan yang diberikan pemimpin atas prestasi karyawan, serta cara pemimpin dalam memberdayakan dan mengembangkan kompetensi karyawan sangat mempengaruhi keberhasilan kinerja karyawan (Wibowo, 2014).

Keberadaan pemimpin di tengah-tengah karyawan seperti perawat sangat lain yang diperlukan. Kepemimpinan yang ideal adalah bila mana tujuan dan keputusan kerja dibuat bersama dalam kelompok. Kelompok kerja yang paling produktif cenderung mempunyai pemimpin yang berorientasi pada karyawan ketimbang berorientasi pada produksi. Pemimpin yang paling efektif mempunyai hubungan saling mendukung dengan karyawannya, cenderung tergantung pada pembuatan keputusan kelompok dari pada individu dan mendorong karyawan untuk menentukan dan mencapai sasaran prestasi kerja tinggi. Bagi perawat di ruang rawat inap, kepala ruangan adalah pemimpin yang dapat menggerakkan perawat untuk

dapat melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik (Mulyono,2013).

f. Lingkungan kerja

Lingkungan kerja baik lingkungan internal maupun lingkungan eksternal berpengaruh terhadap kinerja karyawan. Lingkungan internal merupakan lingkungan atau situasi kerja yang nyaman termasuk hubungan antar individu baik sesama rekan kerja maupun atasan dengan bawahannya. Sedangkan lingkungan eksternal merupakan berbagai pengaruh dari luar organisasi seperti kebijakan pemerintah, fluktuasi nilai tukar mata uang dan sebagainya.

g. Kompensasi

Kompensasi adalah apa yang diterima karyawan sebagai tukaran atas kontribusinya terhadap organisasi. Di dalam kompensasi terdapat sistem insentif yang menghubungkan kompensasi dengan kinerja. Dengan kompensasi, pekerja diberikan penghargaan berdasarkan kinerja dan bukan berdasarkan senioritas atau jumlah jam kerja (Werther & Davis, 1996 dalam Wibowo, 2014)

Berbagai jenis kompensasi yang dapat diterima oleh karyawan adalah sebagai berikut:

- *Flat rates* merupakan upah yang diberikan berdasarkan kesepakatan kolektif tanpa memandang senioritas atau kinerja.namun penggunaan *flat rates* membedakan pengupahan terhadap senioritas dan pengalaman pekerja.
- *Payment for time worked* merupakan bayaran yang diterima karyawan berupa upah atau gaji. Upah adalah bayaran yang diterima oleh karyawan berdasarkan tarif kerja per jam. Sedangkan gaji dihitung berdasarkan tarif bulanan atau tahunan.

- *Variable pay* adalah rencana kompensasi yang diberikan kepada tim yang mendukung keberhasilan organisasi.
- *Ownership* merupakan kepemilikan karyawan atas saham perusahaan dengan tujuan untuk meningkatkan komitmen dan kinerja karyawan.
- *Peopled-based pay* merupakan pendekatan untuk mempertimbangan bayaran berbasis orang. Varias dari *people based pay* adalah *skill-based*, *knowledge-based* dan *competenc-based*.
- *Excecutive pay* didasarkan pada *pay for performance* yakni dibayar berdasarkan kinerjanya.
(Wibowo, 2014)

2.4. 6. Indikator kinerja

Menurut Bastian dalam Tangkillisan (2005) indikator kinerja organisasi adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan dengan memperhitungkan elemen-elemen indikator sebagai berikut:

- a. Indikator masukan (*input*) yaitu segala sesuatu yang dibutuhkan agar organisasi mampu menghasilkan produknya, baik barang atau jasa, yang meliputi sumber daya manusia, informasi, kebijakan, dan sebagainya.
- b. Indikator keluaran (*output*), yaitu sesuatu yang diharapkan langsung dicapai dari suatu kegiatan yang berupa fisik ataupun nonfisik.

- c. Indikator hasil (*outcome*), yaitu segala sesuatu yang mencerminkan berfungsinya keluaran kegiatan pada jangka menengah (efek langsung).
- d. Indikator manfaat (*benefit*), yaitu sesuatu yang terkait dengan tujuan akhir dari pelaksanaan suatu kegiatan.
- e. Indikator dampak (*impact*), yaitu pengaruh yang ditimbulkan baik positif maupun negatif, pada setiap tingkatan indikator berdasarkan asumsi yang telah ditetapkan.

Dwiyanto dalam Tangkillisan (2005) mengemukakan ukuran tingkat kinerja suatu organisasi publik sebagai berikut:

- a. Produktivitas

Produktivitas tidak hanya mengukur tingkat efisiensi, tetapi juga efektifitas pelayanan. Produktivitas umumnya dipahami sebagai rasio antara *input* dan *output*.

- b. Orientasi Kualitas Layanan Kepada Pelanggan

Isu mengenai kualitas layanan cenderung semakin penting dalam menjelaskan kinerja organisasi pelayanan publik. Banyak pandangan negatif terbentuk mengenai organisasi layanan publik termasuk pelayanan keperawatan diakibatkan oleh ketidakpuasan masyarakat terhadap kualitas layanan yang diterima. Dengan demikian, kualitas pelayanan terhadap masyarakat dapat dijadikan sebagai indikator kinerja organisasi publik.

- c. Responsivitas

Responsivitas adalah kemampuan organisasi mengenali kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan dan mengembangkan program-program pelayanan sesuai dengan

kebutuhan aspirasi masyarakat. Responsivitas yang rendah ditunjukkan dengan ketidakselarasan antara pelayanan dan kebutuhan masyarakat. Organisasi yang memiliki responsivitas yang rendah dengan sendirinya memiliki kinerja yang jelek pula.

d. Akuntabilitas

Konsep akuntabilitas dapat digunakan untuk melihat seberapa besar kebijakan dan kegiatan organisasi publik konsisten dengan kehendak masyarakat. Kinerja organisasi publik tidak hanya bisa dilihat dari ukuran internal yang dikembangkan oleh organisasi publik atau pemerintah seperti pencapaian target. Kinerja sebaiknya harus dinilai dari ukuran eksternal juga seperti nilai-nilai dan norma yang berlaku dalam masyarakat.

2.4. 7. Penilaian kinerja

a. Pengertian penilaian kinerja

Penilaian kinerja atau *performance appraisal* adalah proses mengukur dan mengevaluasi kinerja individu sehingga dapat diketahui seberapa baik kinerja karyawan selama periode waktu tertentu (Bacal, 2012 dalam Wibowo, 2014).

Penilaian kinerja adalah suatu metode formal untuk mengukur seberapa baik karyawan secara individu melakukan pekerjaan yang sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Maksud utama penilaian kinerja adalah untuk mengkomunikasikan tujuan personal, memberi motivasi kinerja yang baik, memberikan umpan balik yang konstruktif, menetapkan rencana pengembangan yang efektif (Harvard Business Essentials, 2006 dalam Wibowo, 2014).

b. Metode penilaian Kinerja

Secara praktis, banyak metode yang dilakukan dalam melakukan penilaian kinerja. Keseluruhan metode tersebut secara garis besar dikelompokkan dalam dua kategori yaitu: (Hariandja et,al.,2007)

1. Penilaian yang berorientasi masa lalu

Metode penilaian yang berorientasi masa lalu diartikan sebagai penilaian perilaku kerja yang dilakukan pada masa lalu sebelum penilaian dilakukan. Melalui hasil penilaian tersebut dapat dilakukan usaha untuk mengubah perilaku kerja atau pengembangan pegawai. Beberapa metode penilaian ini terdiri dari:

a. *Rating scale*

Rating scale adalah penilaian yang didasarkan pada suatu skala, dari sangat memuaskan, memuaskan, cukup, samapai kurang memuaskan, pada standar-standar unjuk kerja seperti inisiatif, tanggung jawab, hasil kerja secara umum, dan lain-lain. Penilaian biasanya dilakukan oleh atasan langsung yang dilakukan secara subyektif.

b. *Checklist*

Checklist adalah penilaian yang didasarkan pada suatu strandar unjuk kerja yang sudah dideskripsikan terlebih dahulu, kemudian penilai memeriksa apakah pegawai sudah memenuhi atau melakukannya. Standar-standar unjuk kerja misalnya pegawai hadir dan pulang tepat waktu, pegawai bersedia untuk lembur, pegawai patuh pada atasan, dan lain-lain. Penilaian pada umumnya dilakukan secara subjektif.

c. *Critical incident technique*

Critical incident technique adalah penilaian yang didasarkan pada perilaku khusus yang dilakukan di tempat kerja, baik perilaku yang baik atau tidak baik. Penilaian dilakukan melalui observasi langsung ke tempat kerja, kemudian mencatat perilaku-perilaku kritis dan mencatat tanggal dan waktu terjadinya perilaku tersebut.

d. Skala penilaian berjangkarkan perilaku (*Behaviorally Anchored Rating Scaled/BARS*)

Behaviorally Anchored Rating Scaled/BARS adalah penilaian yang dilakukan dengan menspesifikasi unjuk kerja dalam dimensi-dimensi tertentu. Selanjutnya, masing-masing dimensi diidentifikasi berdasarkan perilaku tertentu, baik perilaku yang sangat diharapkan atau tidak diharapkan.

Metode ini membutuhkan formulir penilaian yang secara khusus dirancang bagi tiap kelompok pekerjaan. Langkah pertama adalah mengidentifikasi dimensi pekerjaan pokok atau wilayah tanggung jawab bagi tiap pekerjaan, atau sekelompok pekerjaan yang berkaitan. Sebuah skala digunakan untuk masing-masing dimensi dengan sejumlah nilai mulai dari “mengagumkan atau sangat baik” sampai pada “tidak dapat diterima atau sangat buruk”. Kelebihan metode ini adalah dapat mengarakterisasi skala penilaian konvensional alfabetis atau numerik.

e. Observasi dan tes unjuk kerja

Observasi dan tes unjuk kerja adalah penilaian yang dilakukan melalui tes di lapangan.



f. Metode perbandingan kelompok.

Metode perbandingan kelompok yaitu setiap pegawai dibandingkan dengan pegawai lain untuk menentukan siapa yang terbaik, pegawai yang terbaik adalah pegawai yang memiliki jumlah nilai terbaik dibandingkan dengan yang lain.

2. Penilaian berorientasi masa depan

Metode penilaian masa yang akan datang diartikan dengan penilaian akan potensi seorang pegawai untuk melakukan pekerjaan pada masa yang akan datang. Metode penilaian ini terdiri dari:

a. Penilaian diri sendiri

Penilaian diri sendiri adalah penilaian pegawai untuk diri sendiri dengan harapan pegawai tersebut dapat mengidentifikasi aspek-aspek perilaku kerja yang perlu diperbaiki dimasa yang akan datang. Salah satu kebaikan dari metode ini adalah dapat mencegah terjadinya adalah dapat mencegah terjadinya perilaku membenarkan diri (*defensive behaviour*). Metode ini disebut pendekatan masa depan sebab pegawai akan memperbaiki diri dalam rangka melakukan tugas-tugas untuk masa yang akan datang dengan lebih baik.

b. *Management by objective* (MBO)

Management by objective adalah sebuah program manajemen yang melibatkan pegawai dalam pengambilan keputusan untuk menentukan sasaran-sasaran yang dicapainya, yang dapat dilakukan melalui prosedur.

Kelebihan dari metode ini adalah penilaian kinerja dilakukan berdasarkan standar unjuk kerja dan ukuran kinerja

yang jelas, dapat dipahami oleh atasan dan bawahan, dapat memotivasi karyawan, atasan harus memberikan supervisi untuk menunjukkan bimbingan dan dukungan kepada karyawan dengan tujuan meningkatkan unjuk kerja serta pengembangan pegawai. Sedangkan kelemahan utama dari metode ini adalah seringkali tujuan yang ditetapkan oleh karyawan terlalu sederhana.

Tahapan dalam penilaian MBO:

- Atasan menginformasikan tujuan yang akan dicapai unit kerjanya yang merupakan terjemahan dari tujuan yang lebih atas, dan tentunya dengan tantangan-tantangan yang mungkin dihadapi dalam pencapaian tujuan tersebut.
- Karyawan bersama dengan atasan merundingkan tujuan yang harus capai oleh masing-masing individu dalam periode waktu tertentu serta tantangan yang mungkin dihadapi serta cara mengatasinya.
- Proses pelaksanaan untuk mencapai tujuan. Dalam proses ini, atasan memberikan supervisi serta umpan balik terhadap kinerja anggota.
- Evaluasi dilakukan pada akhir periode yang ditentukan. Atasan serta karyawan menilai keberhasilan pencapaian tujuan yang telah ditentukan.

c. Penilaian secara psikologis

Penilaian secara psikologis merupakan penilaian yang dilakukan oleh para ahli psikologis untuk mengetahui potensi karyawan dalam melaksanakan pekerjaan seperti kemampuan



intelektual, motivasi, dan lain-lain yang bersifat psikologis. Beberapa penilaian yang dilakukan antara lain tes kepribadian, kecerdasan, kecerdasan emosional dan lain-lain.

d. *Assesment centre*

Assesment centre atau pusat penilaian yang dilakukan melalui serangkaian teknik penilaian dan dilakukan oleh sejumlah penilai untuk mengetahui potensi seseorang dalam melakukan tanggung jawab yang lebih besar. Salah satu model *Assesment centre* yang sering digunakan pada model I-HRD (*Integrated – Human resources development*) ditentukan dengan lima jenis penilaian: 1) penilaian kinerja karyawan, 2) hasil psikostest, 3) inovasi yang dilakukan, 4) *continuing professional development* (CPD), dan 5) hasil penilaian kesenjangan kompetensi (Fuad dan Ahmad, 2009).

Proses penilaian sumberdaya manusia sangat bervariasi. Penilaian terhadap manajer berbeda dengan penilaian terhadap karyawan. Tenaga profesional menghadapi tantangan yang berbeda dengan pekerja yang ketrampilannya lebih rendah. Oleh karena itu, setiap organisasi perlu mempertimbangkan relevansi proses, metode dan instrumen yang digunakan pada penilaian (Wibowo, 2014).

Metode penilaian kinerja yang akan dilakukan pada penelitian ini menggunakan penilaian berorientasi masa depan dengan menggunakan metode penilaian diri sendiri dimana perawat melakukan penilaian terhadap kinerjanya dengan mengisi instrumen penilaian kinerja yang telah disediakan oleh peneliti. Proses penilaian kinerja yang berhasil

terletak pada beberapa dasar utama yakni *timing*, *clarity*, dan *consistency* (Allen, 2007 dalam Wibowo, 2014):

1. *Timing* penilaian kinerja harus diatur dalam jangka waktu bulanan atau tahunan bukan jam. Manajer harus melakukan minimal dua kali pertemuan formal dengan pekerja setiap tahun. Sekali di awal waktu perencanaan dan terakhir di akhir untuk evaluasi hasil. Dalam jangka waktu pelaksanaan, manajer harus meng-*coach* karyawannya setiap hari.
2. *Clarity*. Menyampaikan pekerjaan dengan jelas harus dilakukan kepada setiap karyawan agar karyawan dapat menjalankan tugasnya dengan baik. Kita tidak dapat menilai seberapa baik karyawan melakukan pekerjaannya dengan baik jika karyawan belum sepenuhnya memahami dengan baik pekerjaannya.
3. *Consistency*. Proses penilaian yang efektif mengikat langsung dengan mission statement. Sehingga penilaian yang dilakukan harus sama dengan apa yang terdapat pada *mission statement*.