

**PENINGKATAN KUALITAS PERSONAL
DAN PROFESIONAL PERAWAT**

melalui Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan
(PKB)

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

PENINGKATAN KUALITAS PERSONAL DAN PROFESIONAL PERAWAT

melalui Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan
(PKB)

Ns. Ike Puspitaningrum, M.Kep.
Dr. Tri Hartiti, S.K.M., M.Kep.



**PENINGKATAN KUALITAS PERSONAL DAN PROFESIONAL PERAWAT
MELALUI PENGEMBANGAN KEPROFESIAN BERKELANJUTAN (PKB)**

**Ike Puspitaningrum
Tri Hartiti**

Desain Cover : Herlambang Rahmadhani

Tata Letak Isi : Emy Rizka Fadilah

Sumber Gambar : https://nhs.georgetown.edu/sites/nhs/files/styles/rotator_image_overlay_unit_profile/public/NURSMasters.jpg

Cetakan Pertama: Juli 2017

Hak Cipta 2017, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2017 by Deepublish Publisher
All Right Reserved

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

**PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)**

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman

Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581

Telp/Faks: (0274) 4533427

Website: www.deepublish.co.id

www.penerbitdeepublish.com

E-mail: deepublish@ymail.com

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

PUSPITANINGRUM, Ike

Peningkatan Kualitas Personal dan Profesional Perawat melalui Pengembangan
Keprofesian Berkelanjutan (PKB)/oleh Ike Puspitaningrum & Tri Hartiti.-- Ed.1, Cet. 1--
Yogyakarta: Deepublish, Juli-2017.

xii, 245 hlm.; Uk:15.5x23 cm

ISBN 978-Nomor ISBN

1. Keperawatan

I. Judul

610.730692

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya, penyusunan buku dengan judul “Peningkatan kualitas personal dan profesional perawat melalui pengembangan keprofesian berkelanjutan (PKB)” dapat diselesaikan. Buku tentang pengembangan keprofesian berkelanjutan perawat ini disusun dengan tujuan untuk memberikan informasi kepada pembaca mengenai pelaksanaan PKB perawat. Buku ini disusun mengacu pada pedoman PKB yang telah ditetapkan oleh PP PPNI serta berbagai literatur yang dapat dijadikan sumber untuk memperkaya pemahaman mengenai PKB perawat.

Penyusunan buku ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, atas segala bantuan penulis ucapkan terima kasih kepada: *Nursing Division* dan *Nursing Development SMC RS Telogorejo Semarang* beserta jajarannya, Kedua Orang tua dan saudara-saudaraku tercinta yang telah memberikan doa, dukungan dan semangat. Terimakasih kami sampaikan kepada Dr. Tri Hartiti, S.KM. M.Kep, Dra. Ani Margawati, M.Kes.,Ph.D, Dr. Meidiana Dwidiyanti, M.Sc dan Dr. Rr. Sri Endang Pujiastuti, S.KM.,MNS atas support yang luar biasa. Terimakasih atas semangat dan bantuan dari sahabat dan teman-teman Magister Keperawatan Universitas Diponegoro dan seluruh pihak yang telah membantu dalam penyelesaian buku ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan buku ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca sangat diharapkan demi penyempurnaan selanjutnya. Semoga buku “Peningkatan kualitas personal dan profesional perawat melalui pengembangan

keprofesian berkelanjutan (PKB)” dapat memberi manfaat bagi pembaca dan semua pihak yang membutuhkan.

Semarang, April 2017

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB I	PROBLEMATIKA PENGEMBANGAN DIRI
PERAWAT	1
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Pelaksanaan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan.....	9
C. Tujuan Penyusunan Buku.....	10
BAB II	PENGEMBANGAN PROFESIONAL
PERAWAT	11
A. Pengembangan Profesional dalam Standar Kompetensi Perawat	11
B. Pengembangan Staf Keperawatan.....	13
C. Proses Pengembangan Staf Keperawatan.....	15
D. Model Pengembangan Staf Keperawatan.....	16
E. Metode Pengembangan Staf Keperawatan.....	20
F. Pengkajian Kebutuhan Pengembangan Staf	21
G. Evaluasi Kegiatan Pengembangan Staf.....	22
BAB III	KONSEP PEMBELAJARAN
PENGEMBANGAN KEPROFESIAN	
BERKELANJUTAN.....	23
A. Pembelajaran dalam Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan.....	23

	B. Konsep Belajar Orang Dewasa.....	26
	C. Motivasi Belajar Orang Dewasa.....	32
	D. Model Pembelajaran Orang Dewasa.....	44
	E. Pembelajaran Sepanjang Hayat untuk Perawat.....	52
	F. Desain Pembelajaran Klinik Perawat	66
BAB IV	PENGEMBANGAN KEPROFESIAN BERKELANJUTAN DALAM KEPERAWATAN	99
	A. Definisi.....	99
	B. Tujuan.....	103
	C. Manfaat.....	104
	D. Bentuk Kegiatan.....	105
	E. Model Pelaksanaan PKB.....	108
	F. Proses Pelaksanaan PKB.....	113
	G. Kebutuhan PKB Perawat.....	116
	H. Faktor yang Mempengaruhi PKB.....	118
BAB V	MANAJEMEN PKB DI UNIT KEPERAWATAN	131
	A. Model Sistem Manajemen Keperawatan.....	131
	B. Fungsi Manajemen Keperawatan	133
	C. Manajemen PKB.....	136
BAB VI	DOKUMENTASI PENGEMBANGAN DIRI PERAWAT.....	161
	A. Portofolio	161
	B. Manfaat dan Kekurangan dari Portofolio	164
	C. Menyusun Portofolio.....	165

BAB VII	EVALUASI	PENGEMBANGAN	
	KEPROFESIAN BERKELANJUTAN.....		169
	A. Evaluasi Pengembangan Keprofesian		
	Berkelanjutan		169
	B. Strategi Evaluasi Pengembangan		
	Keprofesian		170
	C. Desain Rencana Evaluasi Pengembangan		
	Keprofesian		171
	D. Tantangan Evaluasi Pengembangan		
	Keprofesian		172
BAB VIII	PKB PERAWAT ASIA TENGGARA.....		175
	A. Brunei Darussalam		175
	B. Malaysia		176
	C. Myanmar.....		178
	D. Filipina.....		180
	E. Singapura		180
	F. Thailand.....		181
	G. Vietnam		182
BAB IX	PKB PERAWAT DI INDONESIA.....		183
	A. Dasar Hukum.....		183
	B. Definisi Pengembangan Keprofesian		
	Berkelanjutan		186
	C. Tujuan Pengembangan Keprofesian		
	Berkelanjutan		186
	D. Bentuk Pengembangan Keprofesian		
	Berkelanjutan		187
	E. Prinsip Pengembangan Keprofesian		
	Berkelanjutan		187
	F. Proses dan Mekanisme Pengembangan		
	Keprofesian Berkelanjutan.....		188

	G. Monitoring dan Evaluasi Pengembangan Keperawatan Berkelanjutan oleh PPNI.....	190
BAB X	KEGIATAN PKB PERAWAT INDONESIA.....	195
	A. Praktik Profesional.....	195
	B. Kegiatan Ilmiah.....	196
	C. Pengembangan Ilmu Pengetahuan.....	198
	D. Pengabdian Masyarakat.....	199
BAB XI	PKB DALAM JENJANG KARIR KEPERAWATAN	201
	A. Pengembangan Karir di Keperawatan.....	201
	B. Manfaat penerapan sistem jenjang karir perawat.....	203
	C. Model jenjang karir perawat.....	206
	D. Penjenjangan Karir Perawat Profesional Indonesia.....	208
	E. Manajemen Karir Oleh Organisasi	216
	F. Perencanaan Karir Oleh Perawat.....	219
	G. Implementasi Jenjang Karir Perawat Klinik Di Rumah Sakit.....	221
	H. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Jenjang Karir Perawat di Rumah Sakit.....	229
	DAFTAR PUSTAKA.....	231

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Kerja Kompetensi Perawat Indonesia.....	12
Gambar 2.2	Tahapan dalam Proses Pengembangan Staf.....	15
Gambar 2.3	Model RPTIM pada Pengembangan Profesional	17
Gambar 2.4	Siklus Pengembangan Profesional: Modifikasi Model Iowa.....	19
Gambar 3.1	Proses Pembelajaran dalam PKB.....	26
Gambar 3.2	Tahapan Belajar dalam Kehidupan	54
Gambar 3.3	Proses Teori Belajar Sosial	63
Gambar 4.1	Manfaat Berpartisipasi dalam Program PKB.....	105
Gambar 4.2	Proses PKB di Australia.....	114
Gambar 4.3	Proses PKB di United Kingdom.....	115
Gambar 5.1	Sistem Model <i>Input-Output</i>	132
Gambar 5.2	Manajemen Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan.....	139
Gambar 5.3	Alur Usulan Berjenjang Kegiatan PKB.....	142
Gambar 5.4	Proses PKB Di Salah Satu RS Di Semarang	153
Gambar 11.1	Tahapan Proses Kredensialing bagi Setiap Perawat	219
Gambar 11.2	PKB dalam Jenjang Karir Perawat Indonesia.....	220
Gambar 11.3	Implementasi Jenjang Karir Perawat Baru	222
Gambar 11.4	Implementasi Jenjang Karir Perawat Lama.....	225

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Model Pembelajaran.....	47
Tabel 3.2	Karakteristik Peserta Didik Dewasa dan Pendidik	50
Tabel 3.3	Karakteristik yang Diperlukan untuk <i>Mentor Dan Mentee</i>	86
Tabel 3.4	Perbedaan <i>Preceptorship</i> dan <i>Mentoring</i>	96
Tabel 4.1	Aktivitas Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan	107
Tabel 5.1	Aktivitas Pengelola dan Perawat dalam Manajemen Pkb	136
Tabel 7.1	Strategi Evaluasi Pengembangan Keprofesian	170
Tabel 11.1	Kompenen Pengembangan Karir	203
Tabel 11.2	Level dan Fungsi Perawat Klinik	214

BAB I

PROBLEMATIKA PENGEMBANGAN DIRI PERAWAT

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan bagi masyarakat dituntut memberikan pelayanan yang berkualitas. Kualitas yang diinginkan tidak hanya tersedianya teknologi terkini dan fasilitas berstandar tinggi bagi masyarakat tetapi yang paling penting adalah mempunyai sumber daya manusia yang profesional. Kualitas pelayanan yang diberikan hendaknya senantiasa mengutamakan kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan berkesinambungan dengan memperhatikan pelaksanaan prosedur yang benar, penerapan teknologi yang memadai, keselamatan pasien dan peningkatan kompetensi SDM. Peningkatan kompetensi SDM menjadi sangat vital. Salah satu yang perlu mendapatkan perhatian utama adalah meningkatkan kualitas SDM dalam pelayanan keperawatan.

Rumah sakit melalui bidang keperawatan dan komite keperawatan bertanggungjawab dalam menetapkan sistem keperawatan untuk meningkatkan profesionalisme perawat agar tetap akuntabel dan terjaga standar kinerjanya. Standar praktik profesional keperawatan yang berkualitas tinggi dipertahankan dengan meningkatkan dan mengembangkan praktik keperawatan

profesional (PPNI, 2013). Peningkatan tenaga keperawatan yang profesional dilakukan melalui kegiatan pengembangan keprofesian berkelanjutan (PKB) atau *Continuing Professional Development (CPD)*. Kegiatan PKB disebutkan oleh Konsil keperawatan Irlandia/*National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery* (2004) sebagai bentuk kegiatan yang dapat berdampak pada peningkatan kualitas baik kualitas secara personal maupun profesional.

PKB merupakan proses pengembangan keprofesian sistematis yang meliputi berbagai kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat praktisi untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalismenya sesuai standar kompetensi yang ditetapkan (PPNI,2016). PKB menjadi kewajiban yang harus diikuti oleh perawat sebagai petugas kesehatan dan dilaksanakan oleh rumah sakit dalam pengembangan staf.

Perawat dalam menjalankan praktik senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan tugasnya yang diselenggarakan oleh pemerintah atau organisasi profesi. Hal tersebut tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No.17 Tahun 2013. Mutu profesi tenaga keperawatan harus selalu ditingkatkan melalui program pengembangan profesional berkelanjutan yang disusun secara sistematis, terarah dan terstruktur (PMK No. 49 Tahun 2013).

Kegiatan PKB juga menjadi persyaratan formal untuk registrasi ulang surat tanda registrasi (STR). Setiap perawat yang akan melakukan perpanjangan STR harus memiliki 25 satuan kredit profesi (SKP) yang diperoleh selama lima tahun. Point SKP dapat diperoleh perawat melalui kegiatan praktik profesional, pendidikan berkelanjutan, pengembangan ilmu pengetahuan serta pengabdian

masyarakat. PMK RI No. 46 Tahun 2013 mengatur kegiatan PKB yang diikuti perawat dinyatakan dalam bentuk satuan kredit profesi/SKP oleh organisasi profesi.

PKB perawat diatur oleh organisasi profesi perawat yang dijelaskan dalam buku pedoman PKB yang disusun oleh PP PPNI. Peraturan dan pedoman PKB serta kebijakan yang sudah ada mengenai kewajiban dalam pengembangan staf belum menjamin bahwa PKB telah dilaksanakan sesuai dengan pedoman PPNI. Pelaksanaan PKB belum sepenuhnya diselenggarakan sesuai pedoman yang ada karena belum tersosialisasinya pedoman PKB PPNI, sehingga pemahaman perawat akan PKB masih sangat beragam. Permasalahan lain pelaksanaan PKB belum optimal karena penyelenggaraan diperlukan biaya yang besar, serta jumlah SDM yang belum mencukupi dalam pengaturan ketenagaan khususnya di ruang rawat inap (Puspitaningrum, 2015).

Kendala yang dihadapi PKB dalam sebuah penelitian disebutkan antara lain kurangnya dukungan pimpinan akan kebutuhan pengembangan profesional perawat, kurangnya dukungan keuangan berkaitan dengan kurangnya waktu yang tersedia selama bekerja karena tingginya beban kerja, serta tidak ada pergantian staf ketika mengikuti kegiatan PKB (Ross; Barr; Stevens, 2013). Kurangnya dukungan keuangan juga masih terjadi di Indonesia, belum semua perawat berkesempatan diberikan program PKB dari anggaran rumah sakit. Masih ditemui program PKB perawat sebagai prasyarat registrasi ulang STR belum menjadi program rumah sakit, terbatasnya anggaran pendidikan dan pelatihan bagi perawat, terbatasnya akses perawat dalam memperoleh informasi kegiatan PKB perawat, terbatasnya kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan, serta kurangnya informasi mengenai PKB perawat. Kendala tersebut masih sering dihadapi oleh perawat. Hal ini

mengisyaratkan bahwa institusi tempat bekerja kurang mendukung terhadap pelaksanaan PKB perawat (Purnamawati, 2016).

Kendala lain yang masih terjadi adalah belum ada perencanaan spesifik yang sistematis untuk program PKB perawat. Setiap perawat belum mempunyai perencanaan yang sistematis untuk pelaksanaan PKB. Permasalahan yang dihadapi perawat dalam mengembangkan diri sangat kompleks. Selain dari permasalahan internal perawat, juga adanya kendala secara eksternal. Perlu adanya dukungan dari berbagai pihak untuk terlaksananya program pengembangan diri perawat secara berkelanjutan.

Kegiatan PKB dalam pedoman PPNI belum sepenuhnya dapat dilaksanakan di rumah sakit. Kegiatan PKB yang dilaksanakan masih terbatas pada kegiatan praktik profesional, yaitu pelayanan langsung kepada pasien dan pendidikan berkelanjutan berupa kegiatan pelatihan dan seminar. Kegiatan PKB perawat dalam bentuk pengembangan ilmu pengetahuan melalui kegiatan penelitian, publikasi ilmiah, dan menulis buku yang dipublikasikan belum menjadi prioritas perhatian baik perawat maupun rumah sakit. Aktivitas penelitian di rumah sakit oleh perawat masih belum banyak dilaksanakan. Masalah rendahnya minat perawat untuk melakukan kegiatan penelitian tidak hanya terjadi di Indonesia saja, hal yang sama terjadi di Irlandia. Konsil keperawatan Irlandia (2004) melaporkan hasil penelitian mengenai pelaksanaan penelitian dalam lingkup kecil hanya ada 1% perawat yang melaksanakan setiap 1-3 bulan, 2% untuk setiap 6-12 bulan, 7% yang melakukan sekali dalam setahun dan sebanyak 63% tidak pernah melakukan penelitian. Perawat yang sudah melakukan penelitian terbatas dan hasilnya belum dipublikasikan kedalam jurnal, hanya sebagai konsumsi internal perawat rumah sakit tersebut. Perawat yang menulis jurnal setahun

sekali sebanyak 3% dan sebanyak 76% perawat belum pernah menulis jurnal hasil penelitian. Masalah ini perlu mendapatkan perhatian guna pengembangan keilmuan di keperawatan.

Perawat mengatakan seminar dan workshop menambah kapasitas pribadi perawat tetapi mereka lebih tertarik untuk mengikuti pelatihan teknis yang bisa diaplikasikan di lapangan (McCarthy; Tyrrell; Cronin, 2002). Pelaksanaan kegiatan PKB dalam bentuk seminar, workshop dan pelatihan masih perlu dievaluasi dampaknya terhadap peningkatan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hasil penelitian menyebutkan bahwa salah satu hambatan dalam pelaksanaan PKB adalah tidak adanya sesuatu yang baru dalam PKB yang diikuti (Katsikitis et al, 2013). Hasil penelitian tersebut dapat dijadikan sebagai refleksi pelaksanaan kegiatan seminar keperawatan yang ada di Indonesia. Sering kita temui pada beberapa kegiatan seminar, dimana peserta kurang antusias dengan materi seminar dan membuat suasana seminar menjadi tidak kondusif sebagai sumber informasi. Hasil interview pada perawat senior dan junior dalam sebuah penelitian menyebutkan bahwa tidak semua pelatihan yang diikuti dapat membawa sesuatu yang baru dan pengalaman bisa didapatkan dari aktivitas sehari-hari merawat pasien (Pool; Poell; Cate, 2013). Kesadaran individu akan kebutuhan pengembangan diri masih menjadi masalah dalam pelaksanaan PKB di rumah sakit. Hal ini mencerminkan kurangnya kesadaran perawat dalam meningkatkan kompetensi.

Persepsi perawat tentang PKB masih sangat beragam, banyak perawat yang mempunyai ambisi berorientasi pada pencapaian jenjang karir dan tidak sedikit yang bersedia mengikuti kegiatan pengembangan pendidikan dengan biaya sendiri. Manajemen keperawatan di rumah sakit perlu menyikapi hal tersebut dengan membuat rencana PKB secara sistematis sesuai kebutuhan masing-

masing individu perawat dan juga mempertimbangkan dari segi kebutuhan rumah sakit. Prinsip PKB mengharuskan setiap perawat mempunyai rencana pengembangan diri sebagai upaya untuk meningkatkan mutu profesi (PPNI, 2013). Rencana pengembangan diri dapat berupa *log book* atau mengisi format khusus yang disediakan rumah sakit. Identifikasi perencanaan pengembangan yang dilakukan sejak awal oleh manajemen rumah sakit dapat mengatur kebutuhan PKB perawat sesuai dengan kebutuhan pelayanan di rumah sakit. Masih banyak ditemukan perawat belum mempunyai dokumen rencana pengembangan diri (RPD), dokumen yang sudah ada adalah personal file perawat yang salah satu fungsinya adalah untuk mengumpulkan sertifikat yang diperoleh dari kegiatan PKB.

Perawat memiliki kewajiban profesional untuk menjaga kompetensi dan melakukan perbaikan terus-menerus dalam standar layanan yang diberikan. Hal ini dapat terwujud dengan adanya kebijakan yang dilakukan oleh manajemen keperawatan untuk pelaksanaan PKB perawat. Keberhasilan pelaksanaan program PKB tidak terlepas dari peran komite keperawatan dan para pimpinan keperawatan baik lini bawah sampai dengan lini atas. Hasil penelitian menemukan hanya 12% responden yang memiliki akses untuk izin belajar dan 10% mendapatkan dukungan keuangan (McCarthy; Tyrrell; Cronin, 2002). Penelitian lainnya menyebutkan bahwa kegagalan perawat pelaksana dalam mengakses PKB karena kurangnya dukungan manajer. Manajer sebagai peran kunci untuk memberikan izin atau menahan PKB yang diinginkan serta mengendalikan akses untuk pelatihan. Manajer yang baik dapat mendorong staf untuk mengikuti *study day* dan pelatihan. Secara implisit PKB berpotensi digunakan sebagai alat manajemen untuk memberikan *reward* atau *punishment* (Lawton & Wimpenny, 2003).

Kesenjangan lain yang masih ditemukan dalam pelaksanaan PKB adalah dalam hal penambahan kewenangan. PKB dijelaskan sebagai bentuk kegiatan pengembangan diri yang tidak berdampak pada penambahan kewenangan, tetapi dalam pelaksanaannya hasil dari kegiatan PKB misalkan pelatihan akan berdampak pada penambahan kewenangan klinis dengan sertifikasi yang didapatkan. Fenomena kesenjangan ini perlu dilakukan persamaan persepsi antara pedoman pelaksanaan dan implementasi di rumah sakit. Komite keperawatan dan manajemen keperawatan sebagai pengelola mutu staf keperawatan perlu mempunyai pemahaman yang sama didalam pelaksanaan PKB perawat. Harapannya dapat dirumuskan sebuah metode untuk melaksanakan PKB yang dapat dipahami oleh semua perawat pelaksana.

PKB dalam standar Kompetensi Perawat Indonesia yang dirumuskan oleh PPNI, AIPVIKI, AIPNI (2013) didefinisikan sebagai kegiatan mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan serta pengembangan kualitas pribadi yang dilaksanakan secara sistematis. Hanya sebagian dari kegiatan PKB merupakan program kerja dari komite keperawatan, selebihnya merupakan inisiatif dari perawat pelaksana untuk mengikuti seminar diluar jam kerja. Rumah sakit belum mempunyai standar evaluasi untuk mengetahui efektivitas kegiatan PKB yang dilaksanakan atas inisiatif pribadi perawat. Kontroling PKB oleh manajer keperawatan atau kepala ruang berupa pengumpulan sertifikat yang telah diperoleh perawat pelaksana untuk diakumulasikan sebagai syarat registrasi ulang, belum ada evaluasi yang dilaksanakan terhadap kualitas kegiatan yang diikuti oleh perawat.

Aktivitas dalam PKB pada akhirnya akan dihitung dalam SKP setiap lima tahun (PPNI, 2016). Permasalahan yang perlu dievaluasi adalah pemenuhan syarat SKP tidak hanya terpenuhi

secara kuantitas jumlah SKP tetapi juga selaras dengan meningkatnya kualitas SDM yang akan berdampak pada pelayanan kepada pasien. Manajerial keperawatan sangat berperan dalam mengatasi masalah ini, diperlukan sebuah strategi untuk menyeimbangkan antara kuantitas dan kualitas pengembangan ilmu yang diharapkan dari perawat.

PKB penting diikuti oleh perawat dan harus menjadi perhatian rumah sakit dalam pengembangan staf karena kegiatan PKB akan berdampak terhadap mutu pelayanan. PKB perawat penting untuk pengembangan dan kemajuan profesi dengan tanggung jawab dan otoritas yang lebih luas pada praktek (Lewis et al, 2014). Penelitian mengenai efektivitas PKB, menjelaskan banyak manfaat dari program PKB antara lain perubahan dalam sikap, peningkatan ketrampilan praktis, peningkatan kemampuan dalam merumuskan diagnosa keperawatan, perubahan dalam melakukan tindakan keperawatan, peningkatan pengetahuan, kepuasan dalam belajar, dampak langsung pada rekan kerja, *outcome* pelayanan yang lebih baik serta berdampak pada kepuasan pasien dan keluarga (Schostak, Davis, Hanson, 2010).

Hasil penelitian lain menyebutkan bahwa PKB diperlukan karena dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien. Keuntungan PKB berdampak pada perawatan pasien, organisasi dan individu dan pada akhirnya akan berkontribusi besar terhadap tingginya kepuasan kerja, komitmen organisasi dan penurunan stres kerja. Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa perawat yang tidak mengikuti PKB rentan untuk meninggalkan pekerjaan dan mengundurkan diri dengan cepat sehingga angka *turnover* perawat tinggi (Pool; Poell; Cate, 2013). Penelitian *turnover* pada perawat dan bidan, menemukan bahwa faktor dari sejumlah besar staf keperawatan yang keluar karena tidak memiliki akses update keprofesian (McCarthy; Tyrrell; Cronin, 2002).

Tenaga keperawatan mempunyai kesempatan yang terbatas untuk meningkatkan kemampuan profesinya melalui kegiatan keprofesian berkelanjutan. Diperlukan suatu mekanisme dan sistem pengorganisasian yang terencana dan terarah agar profesionalisme dan pertumbuhan profesi tenaga keperawatan dapat terjadi dan terus berkembang. Komite keperawatan merupakan wadah keprofesian yang dapat menjamin hal tersebut.

B. Masalah Pelaksanaan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

PKB merupakan program untuk menjaga kompetensi perawat dan syarat untuk registrasi ulang, namun dalam pelaksanaannya masih terjadi keberagaman persepsi. PKB dijelaskan sebagai bentuk kegiatan pengembangan diri yang tidak berdampak pada penambahan kewenangan, tetapi dalam pelaksanaannya hasil dari kegiatan PKB seperti pada pelatihan akan berdampak pada penambahan kewenangan klinis dengan sertifikasi yang didapatkan.

Bentuk kegiatan PKB masih berfokus pada pelayanan langsung ke pasien dan kegiatan seminar, *workshop* dan pelatihan sedangkan untuk riset dan penulisan ilmiah belum terlaksana sebagai bentuk kegiatan PKB. Kurang maksimalnya program PKB yang dilaksanakan di rumah sakit perlu mendapatkan perhatian khusus dari manajemen keperawatan. Komite Keperawatan, khususnya sub komite mutu perlu membuat perencanaan yang sistematis untuk masing-masing perawat sampai dengan metode evaluasi yang jelas untuk mengetahui efektivitas PKB dalam menjaga dan meningkatkan kompetensi perawat. Evaluasi kegiatan PKB masih terbatas pada penilaian akhir PKB yang berupa akumulasi nilai SKP selama 5 tahun. Perlu dievaluasi apakah

kuantitas sudah mencerminkan kualitas dari setiap kegiatan yang sudah diikuti oleh perawat.

Persepsi yang sama juga diperlukan dalam mengembangkan staf melalui PKB baik didalam manajerial keperawatan maupun perawat pelaksana. Perawat belum mempunyai rencana pengembangan diri PKB secara pribadi. Manajemen rumah sakit perlu menata ini untuk kemudian disesuaikan dengan kebutuhan pengembangan staf rumah sakit.

C. Tujuan Penyusunan Buku

Buku tentang pengembangan keprofesian berkelanjutan perawat ini disusun dengan tujuan untuk memberikan informasi kepada pembaca mengenai pelaksanaan PKB perawat. Buku ini disusun mengacu pada pedoman PKB yang telah ditetapkan oleh PP PPNI serta berbagai literatur yang dapat dijadikan sumber untuk memperkaya pemahaman mengenai PKB perawat.

BAB II

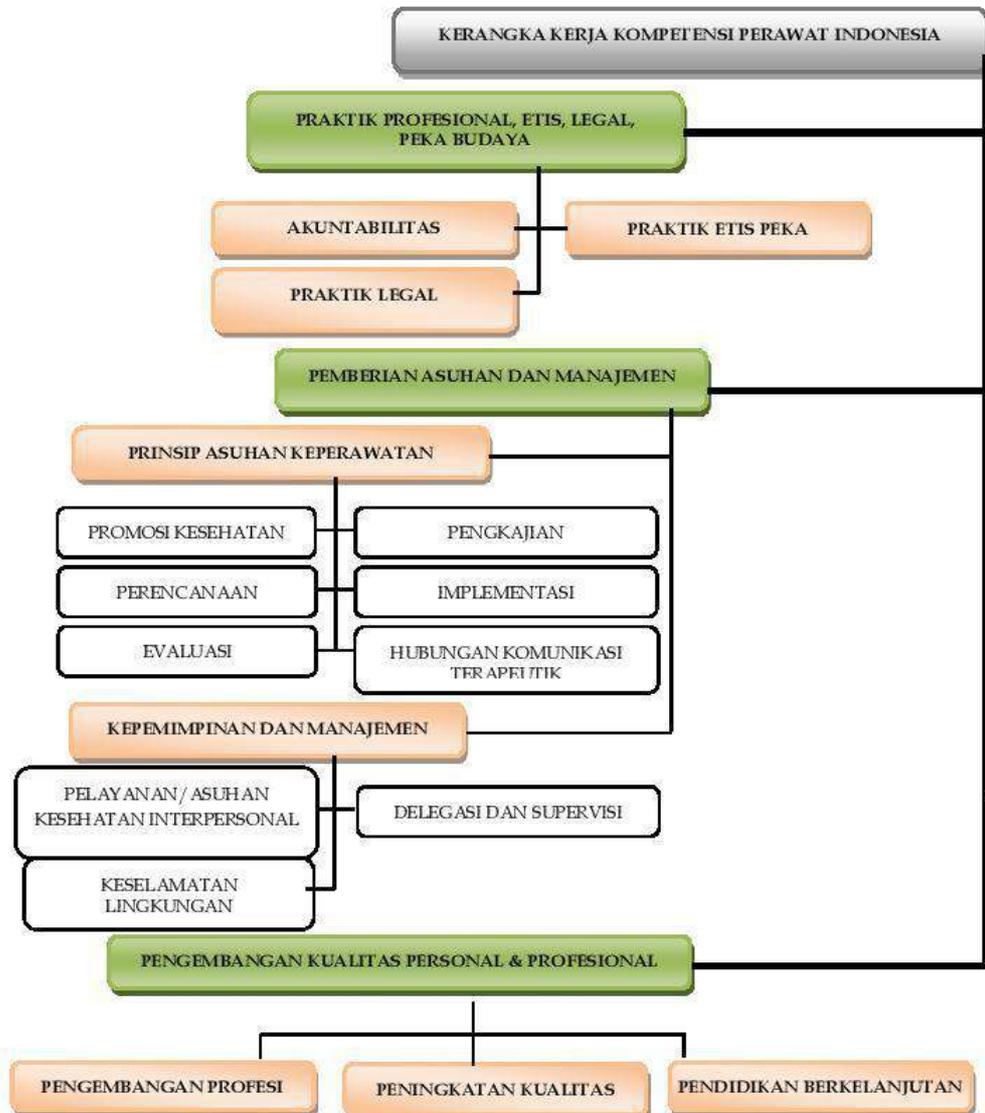
PENGEMBANGAN PROFESIONAL PERAWAT

A. Pengembangan Profesional dalam Standar Kompetensi Perawat

Standar diartikan sebagai ukuran atau patokan yang disepakati, sedangkan kompetensi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja yang ditetapkan. Standar kompetensi perawat merefleksikan kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh individu yang akan bekerja di bidang pelayanan atau pada saat memberikan asuhan keperawatan (Lawton & Wimpenny, 2003).

Standar kompetensi perawat menurut *International Council of Nurses* (ICN) dibagi menjadi tiga ranah utama, yaitu 1) Praktik Profesional, etis, legal dan peka budaya, 2) Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan, dan 3) Pengembangan kualitas personal dan profesional. ICN telah membuat standar kompetensi perawat secara Internasional yang diharapkan dimiliki oleh setiap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. PPNI dalam rumusan Kerangka Kerja Kompetensi bagi Perawat Indonesia sesuai dengan standar kompetensi global yang ditetapkan oleh

ICN. Standar kompetensi perawat Indonesia dijelaskan pada gambar 2.1 mengenai kerangka kerja kompetensi perawat Indonesia.



Gambar 2.1 Kerangka Kerja Kompetensi Perawat Indonesia

(Sumber: PPNI, 2013; Affara, Fadwa. 2009. *International Council of Nurses Regulation series: ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. Geneva: ICN)

PPNI dalam rumusan Kerangka Kerja Kompetensi bagi Perawat Indonesia telah menetapkan Pengembangan Profesional sebagai ranah ketiga, sesuai dengan standar kompetensi global yang ditetapkan oleh *International Council of Nurses* (ICN). Ranah pengembangan kualitas personal dan profesional mencakup pengembangan profesi, peningkatan kualitas dan pendidikan berkelanjutan. Elemen kompetensi dalam ranah tersebut harus dimiliki oleh perawat melalui kegiatan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (PKB).

B. Pengembangan Staf Keperawatan

Peningkatan dan pengembangan staf menjadi tanggungjawab manajer diseluruh level. Tujuan manajer melakukan pengembangan staf dibagi menjadi dua, yaitu untuk kemajuan karir perawat dan meningkatkan produktifitas staf (Schostak; Davis & Hanson, 2010). Tugas penting seorang manajer keperawatan adalah pengembangan staf untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Pengembangan staf yang dilakukan berdasarkan kebutuhan perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Gillies, 2000). Kegiatan-kegiatan pengembangan staf terdiri dari pelatihan dan pendidikan yang diberikan kepada seorang staf untuk memperbaiki pengetahuan, ketrampilan dan perilaku (Schostak; Davis & Hanson, 2010). Kegiatan-kegiatan perkembangan staf diperlukan karena perubahan sosialisasi dan semakin majunya ilmu pengetahuan.

Manajer keperawatan harus selalu berfikir tentang pengembangan staf keperawatan sehingga jenjang karir perawat jelas. Katz menjelaskan terdapat tiga kategori kemampuan yang harus dimiliki oleh seorang manajer agar sukses dalam pengembangan staf. Kemampuan tersebut adalah kemampuan konseptual, teknis dan kemampuan interpersonal (Vati, 2013).

Kemampuan konseptual merupakan kemampuan dalam berfikir yang didasari oleh ilmu pengetahuan dan pengalaman. Kemampuan konseptual mendukung dalam pembuatan perencanaan dan kerangka konsep pekerjaan. Kemampuan teknis adalah kemampuan seorang manajer dalam membuat metode, sistem dan pedoman kerja yang mudah diikuti oleh staf dan mudah untuk dievaluasi. Kemampuan interpersonal merupakan kemampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain baik bawahan, rekan kerja, atasan dan pihak luar yang terkait dengan pelayanan (Vati, 2013).

Tujuan pengembangan staf adalah untuk meningkatkan kinerja dan produktivitas jangka menengah dan jangka panjang. Manfaat pengembangan staf menurut Vati (2013), antara lain untuk:

1. Meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap perawat disetiap level.
2. Merubah sikap staf keperawatan dan memotivasi untuk bekerja dengan sepenuh hati.
3. Menjaga semua staf keperawatan agar selalu memperbaharui pengetahuan tentang teknologi keperawatan dan meningkatkan standar profesi.
4. Mengembangkan masa depan perawat manajer dan administrator.
5. Lingkup yang lebih luas untuk otoritas delegasi.

Aktivitas pengembangan staf terdiri dari *induction training*, orientasi, pendidikan dalam pelayanan, pendidikan berkelanjutan, pelatihan manajemen dan pengembangan organisasi. Setiap aktivitas mempunyai tujuan dan karakteristik yang beragam (Gillies, 2000).

C. Proses Pengembangan Staf Keperawatan

Proses pengembangan staf menurut Vati (2013) terdiri dari lima tahapan meliputi memperkuat kebijakan pengembangan staf, menyusun tujuan, merencanakan program pengembangan staf, implementasi rencana pengembangan dan mengevaluasi program dan memberikan remedial. Tahapan proses pengembangan staf tersebut digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Tahapan dalam Proses Pengembangan Staf

Tahap *pertama* yang diambil dalam proses pengembangan staf adalah memperkuat kebijakan untuk pengembangan staf dengan menentukan prosedur khusus yang akan digunakan untuk melaksanakan program. Kebijakan ini menetapkan pedoman untuk kebijaksanaan administrasi yang diperlukan dalam pelaksanaannya. Tahap ini menekankan perlunya program-program pembangunan yang berhubungan langsung dengan rencana strategis organisasi kesehatan dan maksud serta tujuannya.

Persyaratan minimal, penilaian kebutuhan, program kegiatan, prosedur pelaksanaan, insentif dan sumber daya menjadi perhatian utama dari organisasi.

Tahap *kedua*, menyusun tujuan dan sasaran pengembangan staf. Tujuan dan sasaran dari pengembangan staf harus didasarkan pada kebutuhan staf organisasi dan perawat. Tujuan harus spesifik, terukur, dapat dicapai, realistis dan terikat waktu.

Tahap *ketiga*, rencana program pengembangan staf. Kegiatan perencanaan program mendorong partisipasi kolaboratif, menentukan sistem penyaluran dan menentukan tanggung jawab program. Menentukan apa, kapan, bagaimana, dimana, dan mengapa program secara rinci.

Tahap *keempat* implementasi, yaitu melaksanakan rencana kegiatan program sesuai rencana jadwal. Kegiatan pengembangan staf mencakup kegiatan formal dan informal.

Tahap terakhir, *kelima* mengevaluasi proses pengembangan staf dan mengambil tindakan yang tepat. Pada tahap ini, menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dan tujuan untuk program pengembangan staf terpenuhi serta menentukan rencana perubahan yang akan dibuat, jika diperlukan.

D. Model Pengembangan Staf Keperawatan

Model pengembangan staf beragam, seperti model *Readiness-Planning-Training-Implementation-Maintenance* (RPTIM), model pengembangan *Iowa Professional Development Model* (IPDM) dan model Dennis Sparks Vati (2013). Model Dennis Spark mengidentifikasi lima model pengembangan profesional untuk guru, yaitu model panduan pengembangan profesional individu, model observasi/pengkajian, model keterlibatan, model pelatihan, dan model inquiry. Model RPTIM merupakan metode pengembangan staf yang terdiri dari 5 tahapan, yaitu persiapan, perencanaan, pelatihan, implementasi dan pemeliharaan.



Gambar 2.3 Model RPTIM pada pengembangan profesional

1. Tahap *Readines*-persiapan

Tahap pertama adalah *Readines*-persiapan, tahap ini berpusat pada pengembangan iklim positif sebelum kegiatan pengembangan staf. Selama tahap ini, tujuan untuk pengembangan staf dirumuskan dengan mengumpulkan informasi mengenai praktek saat ini dan untuk mengidentifikasi kebutuhan staf khusus.

2. Tahap *Planning*-perencanaan

Tahap kedua adalah *Planning*-perencanaan, semua kegiatan mengenai program pengembangan staf yang direncanakan. Aktivitas dalam perencanaan menguji perbedaan antara praktik yang diinginkan dan aktual untuk mengidentifikasi kebutuhan pengembangan staf, gaya belajar peserta, tujuan khusus dari berbagai kegiatan pengembangan staf ditentukan.

3. Tahap *Training*-pelatihan

Tahap ketiga, *Training*-pelatihan, tahap ini memberikan pelatihan sesuai program yang telah direncanakan.

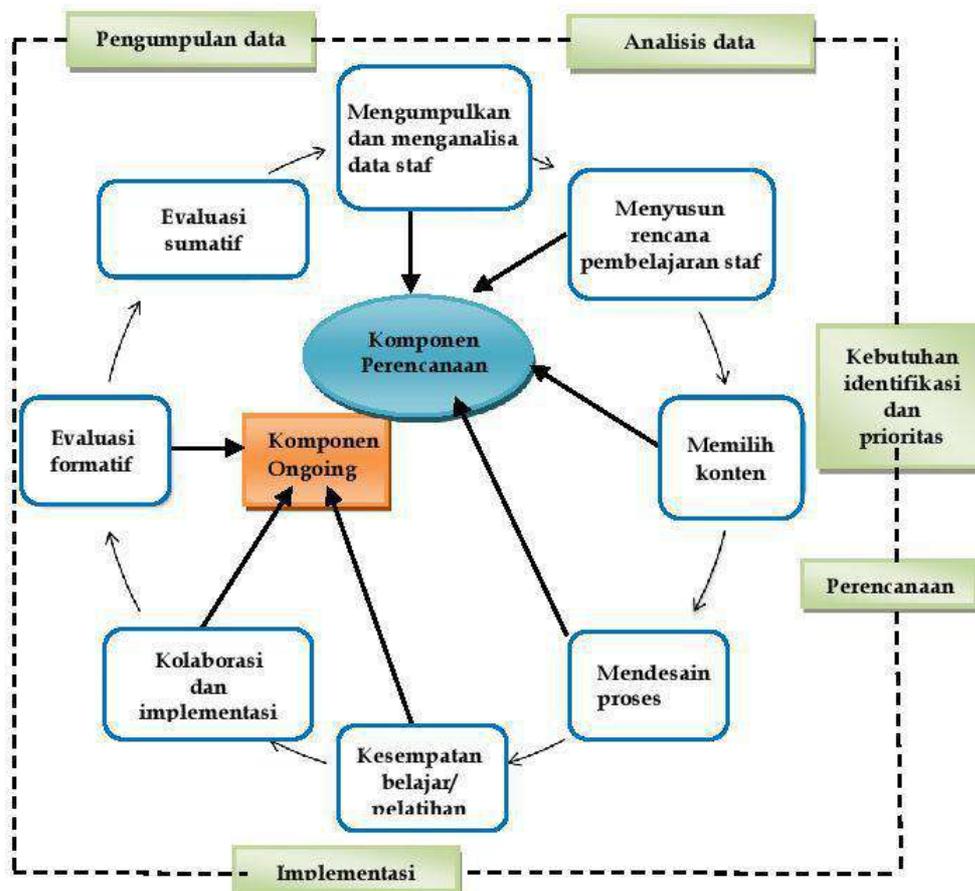
4. Tahap *Implementation*-pelaksanaan

Tahap keempat *Implementation*-pelaksanaan, selama pelaksanaan tahap pelatihan yang diberikan kepada staf dipraktekkan.

5. Tahap *Maintenance*-pemeliharaan

Tahap terakhir adalah *Maintenance*-pemeliharaan, tahap ini meliputi evaluasi prosedur dan hasil program. Perubahan perlu dicatat untuk tujuan meningkatkan upaya pengembangan staf di masa depan.

Model pengembangan profesional IPDM dideskripsikan sebagai proses *action research* untuk studi data, merancang perencanaan, membuat keputusan tentang konten dan desain model pengembangan staf, mendukung kesempatan belajar yang sedang berlangsung, kolaborasi, implementasi, dan evaluasi hasil (Vati, 2013).



Gambar 24 Siklus Pengembangan Profesional: Modifikasi Model Iowa

IPDM dapat digunakan sebagai pedoman untuk melakukan program pengembangan staf keperawatan (Vati, 2013). Siklus pengembangan profesional, menggambarkan proses penelitian tindakan untuk mempelajari data, menetapkan tujuan, membuat keputusan tentang isi dan desain pengembangan profesional, mendukung peluang pembelajaran berkelanjutan, kolaborasi dan pelaksanaan serta mengevaluasi hasil. Siklus dalam komponen siklus sedang berlangsung, setelah tahap perencanaan dan

sebelumnya tahap evaluasi sumatif seperti yang ditunjukkan pada gambar 2.4.

Komponen perencanaan terdiri dari empat langkah. Pertama, mengumpulkan dan menganalisis informasi yang diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan area pengembangan staf. Kedua, penyusunan tujuan dan sasaran untuk program yang sedang dikembangkan staf berdasarkan kebutuhan belajar staf. Ketiga, pemilihan konten: isi program. Keempat, proses perancangan yang mencakup seluruh program dirancang, apa, di mana, kapan, bagaimana, mengapa setiap aspek direncanakan dan diselesaikan.

Komponen yang sedang berlangsung, komponen ini terdiri dari semua kegiatan yang akan dilakukan secara terus menerus, yaitu kegiatan pelatihan dan pembelajaran, kegiatan kolaborasi dan pelaksanaan serta evaluasi formatif. Kegiatan pelatihan dilakukan sesuai rencana berdasarkan upaya yang dilakukan selama fase perencanaan. Setelah itu, peserta berlatih dan dipantau untuk kinerjanya. Program evaluasi sumatif, peserta dievaluasi untuk kinerja mereka dalam hal hasil akhir untuk pemenuhan tujuan organisasi.

E. Metode Pengembangan Staf Keperawatan

Metode pengembangan staf diberikan dengan beragam metode, terdiri dari formal dan informal. Pengembangan staf dapat diartikan dalam berpartisipasi pada kegiatan workshop dan konferensi/seminar, *journaling* dan bertukar pengalaman dengan rekan kerja, membaca hasil publikasi, diskusi dalam pertemuan kolegium, dan masih banyak aktivitas lain yang berhubungan dengan pekerjaan. Banyak metode yang dapat digunakan untuk memberikan pendidikan, pelatihan dan pengembangan staf keperawatan disetiap level. Metode tersebut adalah *on the job training* dan *off the job training methods* (Vati, 2013).

- a) *On the job training* merupakan metode yang digunakan pada staf dalam pekerjaan yang diminati sehari-hari. Metode ini

sederhana dan merupakan metode pelatihan yang efisien dalam pembiayaan. Staf mendapatkan pelatihan dalam setting pekerjaan yang dilakukan. Tujuan dari pelatihan adalah *learning by doing*. Contoh metode *on the job training* adalah rotasi pekerjaan, *coaching*, promosi, dan lain sebagainya. Metode ini dipandu secara individual.

- b) *Off the job training methods* merupakan metode pelatihan yang disediakan jauh dari kondisi kerja yang sebenarnya. Pada umumnya pada staf baru. Contoh metode ini adalah workshop, seminar, pengajaran, diskusi panel, studi kasus, demonstrasi, role play, kursus, sertifikasi, dan lain sebagainya. Metode ini menggunakan metode yang bervariasi termasuk menggunakan konsultan, *mentor ing*, *coaching*, *teacher center*, *assessment center*, perencanaan pengembangan karir, supervisi klinik dan metode penilaian personal.

F. Pengkajian Kebutuhan Pengembangan Staf

Manajer mempunyai tanggungjawab untuk melakukan pengkajian terhadap kebutuhan pengembangan staf keperawatan. Pengembangan diri perawat menjadi perawat yang lebih kompeten dan mempunyai perilaku yang baik mempunyai dampak yang positif terhadap institusi (Marquis & Huston, 2010). Sehingga penting untuk institusi merencanakan program pengembangan diri untuk setiap staf yang ada. Manajer sebagai pimpinan langsung di keperawatan mempunyai tugas untuk menjalankan peran tersebut.

Kebutuhan belajar perawat perlu diidentifikasi dan direncanakan menyesuaikan kebutuhan dari institusi, perkembangan ilmu dan teknologi serta mempertimbangkan minat dan kebutuhan personal perawat. Berikut beberapa cara menurut Marquis & Huston (2010) yang dapat digunakan untuk menyusun rencana pengembangan staf, khususnya dalam hal pendidikan dan pelatihan:

1. Identifikasi pengetahuan dan ketrampilan yang diinginkan yang harus dikuasai staf.
2. Identifikasi tingkat pengetahuan dan ketrampilan saat ini.
3. Tentukan kekurangan dan ketrampilan yang diinginkan.
4. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan.
5. Manfaatkan sumber daya yang tersedia dengan maksimal.
6. Evaluasi dan uji hasil akhir setelah penggunaan sumber daya.

G. Evaluasi Kegiatan Pengembangan Staf

Evaluasi pengembangan staf tidak cukup hanya dinilai dengan menggunakan kuesioner atau format yang telah disediakan disetiap akhir sesi pembelajaran. Evaluasi pengembangan staf meliputi tiga komponen, yaitu indoktrinasi, pelatihan dan pendidikan sehingga evaluasinya menggunakan kriteria sebagai berikut: (Marquis & Huston, 2010).

1. Reaksi peserta didik, yaitu bagaimana persepsi peserta didik terhadap orientasi, kelas, pelatihan atau pembimbing.
2. Perubahan perilaku, yaitu: perubahan perilaku yang dihasilkan dari proses belajar. Apakah pembelajaran dapat ditransfer. Memberikan ujian di akhir program pelatihan tidak dapat menjamin bahwa peserta dapat mengubah perilakunya. Diperlukan metode lanjutan untuk mengamati perubahan perilaku.
3. Dampak terhadap organisasi, contoh pengukurannya melalui mengkaji kualitas asuhan keperawatan, adanya catatan dalam insiden keselamatan pasien, kualitas penilaian klinis dan produktivitas.
4. Efisiensi-biaya, pengembangan staf dievaluasi sebagai kendali mutu, untuk mengetahui dampaknya terhadap institusi dan apakah efisien terhadap biaya.

BAB III

KONSEP PEMBELAJARAN PENGEMBANGAN KEPROFESIAN BERKELANJUTAN

A. Pembelajaran dalam Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

PKB merupakan salah satu bentuk aktivitas pembelajaran sepanjang hayat. Pembelajaran sepanjang hayat adalah proses pemberian dukungan berkelanjutan yang merangsang dan memberdayakan individu untuk memperoleh pengetahuan, nilai-nilai, kemampuan dan pemahaman yang dibutuhkan sepanjang hidup dan menerapkannya dengan kompetensi, kreativitas, dan kegembiraan dalam semua peran, keadaan dan lingkungan (Scales et al, 2011).

Pembelajaran sepanjang hayat dipandang sebagai proses yang berkelanjutan dimana individu tidak terlibat sendiri, tetapi didukung oleh orang lain yang penting, termasuk atasan. Pembelajaran sepanjang hayat harus dilakukan sendiri dan secara aktif agar dapat memberikan nilai maksimal terhadap kualitas hidup individu. Hal ini harus fokus pada pengetahuan, nilai-nilai, keterampilan dan pemahaman, dan melampaui hasil belajar yang diperoleh untuk kepentingan mereka sendiri (Scales et al, 2011). Karakteristik pembelajaran sepanjang hayat meliputi: 1) disengaja - peserta didik sadar bahwa mereka sedang belajar, 2) memiliki

tujuan tertentu, dan tidak ditujukan untuk generalisasi/kesimpulan yang tidak jelas seperti mengembangkan pikiran, 3) tujuan adalah alasan mengapa pembelajaran dilakukan, 4) peserta didik bermaksud untuk mempertahankan dan menggunakan apa yang telah mereka pelajari untuk jangka waktu yang cukup lama.

Pembelajaran sepanjang hayat seharusnya menyeluruh untuk semua aspek kehidupan dan memenuhi berbagai kebutuhan dan tujuan. Pembelajaran sepanjang hayat harus mendorong pengembangan diri, merangsang prestasi, mendorong kreativitas, menyediakan dan meningkatkan kemampuan, berkontribusi pada pengembangan pengetahuan itu sendiri, meningkatkan kegiatan budaya dan waktu luang serta mendukung kehidupan kewarganegaraan dan kemandirian. Hal ini membutuhkan pengakuan dan dukungan dari berbagai pembelajaran, yang dilakukan dalam tempat yang berbeda, dalam berbagai bentuk dan melalui jalur yang berbeda (Norton, 2008).

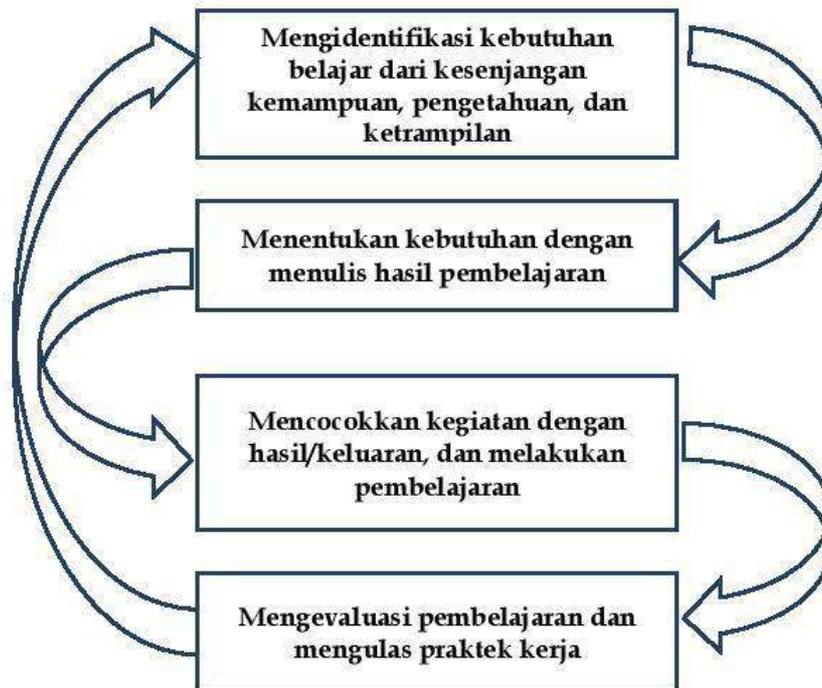
Pembelajaran sepanjang hayat merupakan pembelajaran orang dewasa, dimana dalam proses pembelajaran mempunyai pendekatan khusus melalui pembelajaran dengan konsep andragogi untuk mendukung PKB. PKB didukung oleh konsep andragogi dan hal ini berhubungan dengan praktek reflektif. Kerja yang berpengaruh dalam pembelajaran berbasis pengalaman, gaya belajar, dan praktek reflektif telah memberikan kontribusi besar terhadap pemahaman cara orang dewasa belajar dalam tempat kerja dan menerapkan pembelajarannya dalam praktek mereka.

Kolb berpendapat bahwa belajar adalah fenomena yang muncul secara alami dan bahwa kemampuan belajar adalah kemampuan pro aktif yang memungkinkan kita untuk mempengaruhi dan membentuk lingkungan belajar (Kolb, 2015). Kolb melihat pembelajaran berbasis pengalaman sebagai sebuah siklus yang melibatkan tindakan dan refleksi, teori dan praktek,

dan berpendapat tentang hubungan antara pemikiran dan pengalaman. Siklus belajar ini dirancang untuk membawa perubahan dan peningkatan serta diadopsi pada pelaksanaan proses PKB dalam penentuan kebutuhan, perencanaan tindakan, pelaksanaan, dan tinjauan (Kolb, 2015).

Honey dan Mumford berpendapat bahwa strategi pembelajaran prospektif, yaitu pembelajaran yang direncanakan, merupakan yang paling efektif dan terbaik dalam mencapai tujuan PKB, dibandingkan dengan pembelajaran insidental dan retrospektif (Norton, 2008). Praktek reflektif telah diakui secara luas di profesi kesehatan sebagai sebuah proses untuk mengintegrasikan pembelajaran dan praktek. Kemampuan yang dibutuhkan, dan penerapannya melalui teknik dan proses, seperti supervisi klinis, menghasilkan pengembangan staf dan peningkatan kualitas, dapat diatasi dengan memberikan struktur dan alat yang tepat.

Pengembangan PKB sebagai sebuah proses pendidikan yang terencana, sistematis didasari oleh sejumlah prinsip kunci/utama (Norton, 2008). Prinsip tersebut antara lain 1) Perawat sebagai pembelajar secara individu bertanggung jawab untuk mengelola dan melakukan kegiatan PKB. 2) Proses pembelajaran adalah berkelanjutan dalam siklus sistematis dari analisis, tindakan dan tinjauan. Proses tersebut tergambar pada gambar 3.1, 3) tujuan pembelajaran harus jelas, melayani kebutuhan organisasi, pasien serta tujuan individu, dan 4) Proses ini direncanakan dan berdasarkan output yang teridentifikasi dari pembelajaran yang dicapai.



Gambar 3.1 Proses pembelajaran dalam PKB

B. Konsep Belajar Orang Dewasa

Perawat sebagai pribadi yang dewasa memiliki kematangan konsep diri dari ketergantungan menjadi mandiri dalam pengarahan diri sendiri. Kematangan sebagai seorang pribadi telah mendorong munculnya keinginan untuk dipandang dan diperlakukan orang lain sebagai pribadi yang mandiri tanpa intervensi dan paksaan dari orang lain. Demikian halnya dengan kebutuhan belajar orang dewasa, situasi tersebut harus dipahami ketika memilih metode dan menyusun strategi dalam pembelajaran orang dewasa. Banyak faktor yang perlu diperhatikan dalam proses belajar orang dewasa, beberapa hal diantaranya adalah apa motivasi dalam belajar, kendala yang dialami serta tujuan yang akan dicapai pada akhir pembelajaran.

Kebutuhan belajar orang dewasa berkaitan dengan proses dalam pengembangan diri. Konsep pembelajaran orang dewasa mengacu pada "seni dan ilmu untuk membantu orang dewasa belajar" dan dapat dijelaskan menggunakan asumsi tentang belajar berikut:

- a. Orang dewasa memiliki kebutuhan untuk mengetahui alasan mereka harus belajar sesuatu.
- b. Orang dewasa memiliki kebutuhan untuk menjadi mandiri, mengarahkan diri sendiri.
- c. Orang dewasa memiliki pengalaman yang lebih banyak dan kualitas yang berbeda dari orang-orang yang lebih muda.
- d. Orang dewasa siap untuk belajar ketika mereka membutuhkan pengetahuan atau mampu melakukan sesuatu sehingga mereka dapat melakukan tugas-tugas profesional dengan lebih efektif dan memuaskan.
- e. Orang dewasa masuk ke dalam pengalaman belajar dengan berpusat pada tugas, berpusat pada masalah, atau orientasi yang berpusat pada kehidupan untuk belajar.
- f. Orang dewasa termotivasi untuk belajar dengan berbagai motivasi ekstrinsik dan intrinsik (Davids, 2006).

Manajemen keperawatan disemua lini mempunyai kewajiban dalam memperbaiki perilaku dan meningkatkan kompetensi perawat. Tanggungjawab tersebut mengharuskan manajer disetiap level mempunyai pemahaman yang baik mengenai teori pembelajaran. Harapannya dengan teori pembelajaran yang tepat untuk orang dewasa, manajer dapat merancang program pendidikan dan pelatihan dengan metode yang sesuai sehingga tujuan pengembangan diri perawat tercapai (Marquis & Huston, 2010).

Metode pembelajaran untuk orang dewasa berbeda dengan metode yang digunakan untuk mengajar anak di sekolah atau

pedagogi. Banyak manajer yang masih menggunakan strategi belajar *pedagogi* untuk memberikan pendidikan dan pelatihan untuk perawat. Tipe strategi *pedagogi* kurang efektif digunakan untuk orang dewasa, karena orang dewasa mempunyai kebutuhan khusus. Peserta didik dewasa adalah orang yang sudah matang, mandiri dan dapat mengarahkan diri sendiri serta telah belajar banyak hal dari pengalaman hidup dan berfokus pada pemecahan masalah. Pembelajaran orang dewasa lebih tepat menggunakan konsep *androgogi* (Marquis & Huston, 2010). Diharapkan dengan konsep pembelajaran yang tepat akan menciptakan lingkungan belajar yang efektif.

Andragogi awalnya digunakan oleh Alexander Kapp, seorang pendidik Jerman, pada tahun 1833. Andragogi dikembangkan menjadi teori pendidikan orang dewasa oleh Knowles, seorang pendidik Amerika. Knowles menyatakan bahwa andragogi berasal dari bahasa Yunani, *andros* yang berarti orang dewasa dan *agogus* yang mempunyai arti memimpin. Teori Andragogi yang dikembangkan Knowles meliputi empat prinsip sederhana:

- a. *Self-concept and motivation to learn* (konsep diri dan motivasi belajar). Orang dewasa perlu dilibatkan dalam perencanaan dan evaluasi instruksi mereka.
- b. *Experience*. Pengalaman (termasuk kesalahan) memberikan dasar untuk kegiatan belajar.
- c. *Readiness to learn* (Kesiapan untuk belajar). Orang dewasa paling tertarik pada mata pelajaran yang memiliki relevansi langsung dengan pekerjaan atau kehidupan pribadi .
- d. *Orientation to learning* (orientasi pembelajaran). Pembelajaran orang dewasa lebih berpusat pada masalah daripada berpusat pada isi (Knowles, 1984 dalam Arunachallam, 2009).

Perawat yang sudah mempunyai pengalaman bekerja sebagai praktisi saat mengikuti proses pembelajaran membawa akumulasi pengalaman hidup yang kaya sumber daya untuk belajar. Perawat praktisi akan lebih tertarik pada pembelajaran yang aplikatif, aplikasi langsung dari pengetahuan. Berikut diuraikan elemen dasar dari *andragogy*: *self-direction*, experiential learning dan kolaborasi.

a. *Self-Direction*

Self-direction merupakan elemen dasar dari andragogy. Perawat praktisi sebagai individu yang mandiri menerima tanggung jawab untuk pembelajaran mereka dengan memilih, mengelola dan menilai kegiatan yang mereka butuhkan sepanjang proses belajar mereka. Berbeda dengan konsep pembelajaran ketika menjadi siswa, dimana kebutuhan belajar telah ditentukan oleh pengajar. Kegiatan yang harus dilakukan, apa yang harus dipelajari dan apa tujuan untuk mencapai diarahkan oleh pengajar (Melrose; Park & Perry, 2015).

Ketika perawat memiliki kesempatan terbatas untuk memikul tanggung jawab untuk belajar, instruktur/pengajar klinis dapat membantu dengan mengkomunikasikan bahwa *self-directed* yang diharapkan dan dibutuhkan. Sebagai contoh, instruktur dapat bertanya "Bagaimana Anda mengarahkan belajar Anda sendiri dan bagaimana kita membantu yang terbaik dalam upaya itu?" (Douglass & Morris, 2014).

b. *Experiential Learning*

Experiential learning, atau disebut juga dengan *learning by doing*, merupakan elemen dasar kedua andragogy. Teori *Experiential learning* menjelaskan ketika peserta didik secara langsung terlibat dalam kegiatan dan kemudian mencerminkan analitis pada pengalaman mereka, dapat

mengintegrasikan kognitif, emosional dan fungsi fisik (Melrose; Park & Perry, 2015).

David Kolb menciptakan model untuk menjelaskan *Experiential learning*, Kolb berteori bahwa belajar adalah suatu proses spiral empat langkah. *Pertama*, peserta didik melaksanakan tindakan atau memiliki pengalaman konkret. *Kedua*, mereka berpikir tentang atau merenungkan bahwa tindakan sehubungan dengan situasi tertentu. *Ketiga*, mereka mencoba untuk memahami konsep-konsep abstrak yang terlibat dan mencari cara untuk menggeneralisasi situasi tertentu. *Keempat*, mereka menerapkan pengetahuan dan menguji apa yang mereka temukan dalam situasi baru (Melrose; Park & Perry, 2015).

c. *Collaboration*

Unsur dasar ketiga andragogy adalah kolaborasi. Peserta didik diharapkan untuk menjadi peserta aktif dalam pembelajaran. Motivasi belajar sudah mulai bergeser dari motivasi ekstrinsik menjadi motivasi intrinsik. Dahulu motivasi berasal dari ekstrinsik, misalnya nilai kini menjadi lebih intrinsik dan sebagian mahasiswa memiliki pengalaman bekerja dalam kelompok kecil (Kurczek & Johnson, 2014).

Konsep kolaboratif dalam pengaturan akademik, peran mengajar berubah dari otoritatif menjadi fasilitatif, pengajar berperan sebagai fasilitator dalam proses belajar. Pengajar berupaya untuk lebih memfasilitasi diskusi daripada hanya memberikan pengetahuan melalui ceramah (Beckman & Lee, 2009). Pembelajaran kolaboratif adalah bukan soal yang lebih ahli memberikan pengetahuan kepada yang amatir, tetapi lebih pada bentuk kerjasama untuk mendapatkan pengetahuan yang baru (Barkley, Cross & Mayor, 2005).

Teori dan model pendidikan orang dewasa didasarkan pada asumsi bahwa orang dewasa membawa pengalaman kehidupan untuk setiap peristiwa pembelajaran, kebutuhan belajar mereka kemungkinan besar terkait dengan peran sosial mereka berubah, dan termotivasi oleh faktor internal daripada eksternal. Orang dewasa belajar terbaik ketika menangani masalah nyata kehidupan dan mereka ingin menerapkan apa yang mereka pelajari segera. Dalam keperawatan seorang perawat praktisi yang mengikuti proses belajar menginginkan pengetahuan yang sesuai untuk mengatasi permasalahan yang terjadi pada pasien yang sering dihadapi di rumah sakit dan pelayanan kesehatan. Elemen dasar landasan teori pendidikan orang dewasa adalah bahwa pelajar dewasa melakukan pengarahan diri sendiri, pengalaman belajar dan kolaborasi. Pengarahan diri sendiri melibatkan kemampuan untuk memilih, mengelola dan menilai banyak kegiatan yang diperlukan untuk pembelajaran pengalaman. *Experiential learning* atau '*learning by doing*' berarti benar-benar melakukan suatu kegiatan, mencerminkan analitis pada pengalaman dan membayangkan bagaimana pembelajaran bisa diterapkan di situasi tertentu. Kolaborasi melibatkan berbagi tanggung jawab untuk belajar antara kelompok mahasiswa dan membina hubungan kolaboratif antara pendidik dan peserta didik.

Konsep *androgogi* yang dirumuskan oleh Knowles, mempunyai dampak pada peserta didik dan pendidik sebagai berikut:

- a. Keinginan dan kebutuhan belajar peserta didik dewasa dapat diidentifikasi dengan suasana keterbukaan dan saling menghormati.
- b. Orang dewasa menikmati keterlibatan dan merencanakan pengalaman belajar mereka.
- c. Orang dewasa dilibatkan dalam evaluasi kemajuan belajar.

- d. Teknik yang berhubungan dengan pengalaman sangat cocok untuk orang dewasa.
- e. Kesalahan adalah suatu kesempatan dalam strategi belajar orang dewasa.
- f. Jika nilai pengalaman orang dewasa ditolak, orang dewasa akan merasa ditolak.
- g. Kesiapan belajar orang dewasa adalah ketika mereka merasa ada kebutuhan untuk mengetahui suatu hal.
- h. Pengkajian kebutuhan belajar sangat penting dalam strategi pembelajaran orang dewasa.

Orang dewasa dalam proses pembelajaran mempunyai beberapa hambatan, antara lain: keterbatasan waktu, kepercayaan diri, hambatan situasional, reaksi keluarga serta hambatan individu yang khusus. Disamping hambatan tersebut terdapat beberapa keuntungan belajar, yaitu: motivasi tinggi, dapat mengarahkan diri sendiri, dan sumber pengalaman pengetahuan *androgogi* (Marquis & Huston, 2010). Orang dewasa yang sudah menjadi pribadi yang matang mempunyai kebutuhan dalam menetapkan kebutuhan belajarnya masing-masing.

C. Motivasi Belajar Orang Dewasa

Motivasi merupakan kondisi-kondisi ekstrinsik dan instrinsik yang merangsang timbulnya suatu perilaku tertentu. Respon instrinsik didukung oleh sumber-sumber energi yang disebut motif. Motif digambarkan sebagai kebutuhan, keinginan atau tuntutan (Swansburg, 2001). Motivasi yang timbul dari dalam diri seseorang dapat terjadi karena dua hal, yaitu secara intrinsik atau melalui dirinya sendiri dan secara ekstrinsik atau melalui lingkungannya.

Uno (2007) menyebutkan bahwa motivasi merupakan dorongan internal dan eksternal dari dalam diri seseorang yang ditandai dengan adanya hasrat dan minat untuk melakukan

kegiatan, dorongan dan kebutuhan untuk melakukan kegiatan, harapan dan cita-cita, penghargaan dan penghormatan atas diri, lingkungan yang baik, serta kegiatan yang menarik. Observasi perilaku digunakan sebagai cara dalam menilai motivasi (Swansburg, 2001).

Kaitannya dalam pelaksanaan pengembangan keprofesian berkelanjutan (PKB) perawat mempunyai motivasi yang berbeda-beda. Ada perawat yang secara kontinu mengikuti pelatihan, seminar dan workshop diluar jam kerja untuk mendapatkan update ilmu dan ketrampilan tetapi ada juga yang enggan melakukannya. Ada perawat yang aktif mendedikasikan dirinya untuk kemajuan profesi dengan aktif dalam organisasi profesi atau komunitas keilmuan ada juga yang acuh terhadap organisasi profesinya. Ada perawat yang mempunyai disiplin waktu yang baik, penampilan kerja yang optimal tetapi ada juga yang menunjukkan sikap kinerja yang negatif. Beberapa gambaran tadi dapat menggambarkan bahwa beberapa perawat termotivasi untuk menjadi unggul, sedangkan yang lainnya melakukan pekerjaannya dengan secukupnya. Keadaan motivasi yang berbeda-beda menjadi tantangan bagi organisasi atau tempat bekerja perlu menggunakan cara yang tepat untuk meningkatkan produktivitas kerja staf dan mendapat kepuasan dalam bekerja.

Pelaksanaan pengembangan diri perawat secara berkelanjutan akan menjadi sangat bervariasi bergantung pada kebutuhan dan tujuan serta adanya dorongan baik dari dalam diri maupun dari lingkungannya. Keinginan untuk terus meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan muncul ketika seseorang mempunyai harapan yang lebih tinggi dari kemampuan yang dimiliki sekarang. Sehingga menimbulkan minat untuk terus belajar meningkatkan kemampuan diri.

Dimiyati & Mudjiono, (2002) menyebutkan bahwa perilaku manusia untuk belajar yang timbul karena adanya dorongan mental dari dalam diri seseorang disebut dengan motivasi belajar. Motivasi mempunyai peranan yang penting dalam belajar, menurut Uno (2007) diantara peran tersebut adalah:

- a. Memberikan penguatan terhadap belajar. Motivasi memperkuat seseorang dalam pembelajaran jika diharapkan pada suatu masalah yang harus dipecahkan. Motivasi akan mendorong seseorang untuk mencari cara, alat atau apa pun yang dapat membantunya memecahkan masalah tersebut.
- b. Memperjelas tujuan belajar. Motivasi berkaitan erat dengan kemaknaan belajar. Motivasi belajar seseorang akan bertambah jika sesuatu yang dipelajarinya sedikitnya sudah dapat diketahui atau dinikmati manfaatnya.
- c. Menentukan keajegan dan ketekunan belajar. Seseorang yang termotivasi untuk belajar sesuatu akan berusaha mempelajarinya dengan baik dan tekun, dengan harapan memperoleh hasil yang lebih baik.

Komponen motivasi terdiri dari kebutuhan, dorongan dan tujuan. *Kebutuhan* terjadi apabila individu merasa ada ketidakeimbangan antara apa yang telah dimiliki dengan yang diharapkan. *Dorongan* merupakan kekuatan mental untuk melakukan kegiatan dalam rangka memenuhi harapan atau tujuan. Dorongan yang berorientasi pada tujuan tersebut merupakan inti dari motivasi. *Tujuan* adalah hal yang ingin dicapai oleh seseorang sehingga mengarahkan pada perilaku belajar. Tujuan merupakan pemberi arah pada perilaku dan menjadi titik akhir sementara pencapaian kebutuhan. Jika kebutuhan terpenuhi, maka orang menjadi puas dan dorongan mental untuk berbuat terhenti sementara (Damyati dan Mudjiono, 2002).

Motivasi belajar dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut Suciati dan prasetya (2001), diantaranya adalah cita-cita dan aspirasi, kemampuan peserta didik, kondisi peserta didik, kondisi lingkungan belajar, unsur-unsur dinamis dalam pembelajaran dan upaya pengajar dalam membelajarkan peserta didik.

1. Cita-cita dan aspirasi

Cita-cita merupakan faktor pendorong yang dapat menambah semangat sekaligus memberikan tujuan yang jelas dalam belajar. Cita-cita akan memperkuat motivasi belajar intrinsik maupun ekstrinsik, karena terwujudnya cita-cita akan mewujudkan aktualisasi diri. Cita-cita yang bersumber dari dalam diri sendiri seseorang akan membuat seseorang melakukan upaya lebih banyak, yang dapat diindikasikan dengan:

- a. Sifat ingin tahu dan ingin menyelidiki dunia yang lebih luas
- b. Kreativitas yang tinggi
- c. Berkeinginan untuk memperbaiki kegagalan yang pernah dialami
- d. Berusaha agar teman dan guru memiliki kemampuan bekerja sama
- e. Berusaha menguasai seluruh mata pelajaran
- f. Beranggapan bahwa semua mata pelajaran yang penting.

2. Kemampuan peserta didik

Kemampuan peserta didik akan mempengaruhi motivasi belajar. Kemampuan yang dimaksud adalah segala potensi yang berkaitan dengan intelektual atau inteligensi. Kemampuan psikomotor juga akan memperkuat motivasi.

3. Kondisi peserta didik

Keadaan peserta didik secara jasmaniah dan rohaniah akan mempengaruhi motivasi belajar. Kondisi jasmani dan

rohani yang sehat akan mendukung pemusatan perhatian dan gairah dalam belajar.

4. Kondisi lingkungan belajar

Kondisi lingkungan belajar dapat berupa keadaan alam, lingkungan tempat tinggal, pergaulan, kemasyarakatan dan lingkungan instansi penyelenggara pendidikan. Kondisi lingkungan belajar juga termasuk hal yang penting untuk diperhatikan. Lingkungan yang kondusif juga turut mempengaruhi minat dan kemauan belajar seseorang.

5. Unsur-unsur dinamis dalam pembelajaran

Peserta didik memiliki perasaan, perhatian, ingatan, kemauan dan pengalaman hidup yang turut mempengaruhi minat dan motivasi dalam belajar baik secara langsung maupun tidak langsung.

6. Upaya pengajar dalam membelajarkan peserta didik.

Pengajar merupakan salah satu stimulus yang sangat besar pengaruhnya dalam memotivasi peserta didik untuk belajar. Kemampuan merancang bahan ajar dan perilaku merupakan bagian dari upaya pembelajaran.

Swansburg (2001) memilah teori-teori motivasi kedalam dua klasifikasi teori, yaitu teori isi motivasi dan teori proses motivasi.

1. Teori Isi Motivasi

Teori-teori isi motivasi berfokus pada faktor-faktor atau kebutuhan dalam diri seseorang untuk menimbulkan semangat, mengarahkan, mempertahankan dan menghentikan perilaku.

a. Teori Motivasi Kebutuhan Abraham Maslow

Abraham Maslow mengembangkan teori motivasi berdasarkan hierarki tingkat kebutuhan manusia. Teori ini memandang kebutuhan manusia sebagai lima macam hierarki, mulai dari kebutuhan fisiologis yang

paling mendasar sampai kebutuhan tertinggi, yaitu aktualisasi diri. Hierarki Maslow secara runtut mulai tingkat dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan rasa aman, kebutuhan akan kasih sayang dan cinta, kebutuhan akan harga diri dan kebutuhan akan aktualisasi diri. Tingkatan kebutuhan tersebut akan naik pada tingkat berikutnya ketika tingkat yang lebih dominan (kepuasan-kemajuan) sudah terpenuhi.

Timbulnya motivasi pada perawat juga dapat karena adanya kebutuhan terhadap kebutuhan fisiologis, termasuk kebutuhan terhadap makanan. Perawat juga dapat termotivasi karena kebutuhan akan keselamatan, perlindungan dan perawatan, kebutuhan sosial terhadap teman, perhatian dan cinta, kebutuhan ego terhadap rasa hormat, pengakuan dan status yang menimbulkan rasa menghormati diri sendiri atau aktualisasi diri. Menurut Maslow, individu akan termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang paling kuat bagi mereka pada waktu tertentu (Nursalam, 2014).

Banyak kebutuhan perawat yang mendasari munculnya motivasi untuk mengejar karir atau meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan. Motivasi tersebut mungkin berupa keinginan untuk membantu orang, kebutuhan untuk hidup, kebutuhan untuk mengekspresikan diri atau gabungan dari beberapa kebutuhan sekaligus. Kebutuhan perawat sebagai seorang individu merupakan kebutuhan yang berbeda dan unik (Maslow, 1970 dalam Swansburg, 2001).

Aktualisasi diri merupakan tingkat kebutuhan tingkat paling tinggi dalam hirarki Maslow. Kebutuhan akan aktualisasi diri, yaitu kebutuhan untuk

menggunakan kemampuan, skill dan potensi, berpendapat dengan mengemukakan penilaian dan kritik terhadap sesuatu. Kebutuhan tingkat dibawahnya adalah kebutuhan akan harga diri, yaitu kebutuhan untuk dihormati dan dihargai. Kebutuhan ditingkat ketiga adalah kebutuhan akan kasih sayang dan cinta, yaitu kebutuhan untuk diterima dalam kelompok, berafiliasi, berinteraksi, mencinta dan dicintai. Kebutuhan tingkat kedua adalah kebutuhan akan rasa aman, yaitu kebutuhan perlindungan dari ancaman, dan bahaya lingkungan. Kebutuhan tingkat paling dasar dalam hirarki Maslow adalah kebutuhan fisiologis, yaitu kebutuhan pemenuhan unsur biologis, makan, minum, bernafas, seksual, dll.

b. Teori ERG Alderfer

Teori isi motivasi selanjutnya adalah teori ERG yang menurunkan teori hirarki Maslow dari lima tingkatan kebutuhan menjadi tiga tingkatan, yaitu *Existence* (eksistensi, sama dengan kebutuhan fisiologis dan keamanan), *Relatedness* (Relasi, sama dengan kebutuhan kepemilikan, kasih sayang dan cinta) dan *Growth* (perkembangan, sama dengan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri).

Teori ERG dikemukakan oleh Alderfer, yang menyatakan bahwa orang bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan tentang eksistensi (*Existence*, kebutuhan mendasar dari Maslow), kebutuhan keterkaitan (*Relatedness*, kebutuhan hubungan antarpribadi) dan kebutuhan pertumbuhan (*Growth*, kebutuhan akan kreativitas pribadi, atau pengaruh produktif). Teori ERG menambahkan proses regresi-frustasi dalam tingkatan

kebutuhan manusia. Jika dalam hirarki Maslow menyatakan tingkatan kebutuhan berikutnya akan timbul jika tingkat yang lebih dominan (kepuasan-kemajuan) sudah terpenuhi, Alderfer menyatakan dalam teori ERG jika tingkat kebutuhan yang lebih tinggi menyebabkan frustrasi, kekecewaan maka akan mundur ke kepuasan ditingkat yang lebih rendah.

c. Teori Motivasi Dua Faktor Herzberg

Teori selanjutnya dikemukakan oleh Herzberg, yang dikenal dengan teori motivasi dua faktor. Teori motivasi dua faktor, mendasarkan motivasi pada kepuasan dan ketidakpuasan. Satu faktor dinamai kondisi ekstrinsik, penyebab ketidakpuasan. Yang termasuk dalam faktor ini adalah gaji, keamanan kerja, kondisi pekerjaan, status, prosedur perusahaan, kualitas pengawasan teknis dan kualitas hubungan interpersonal. Faktor-faktor tersebut dikendalikan untuk mencegah ketidakpuasan. Faktor yang kedua adalah faktor intrinsik atau penyebab kepuasan. Termasuk dalam faktor ini adalah pencapaian, pengakuan, tanggungjawab, kemajuan, pekerjaan dan potensi untuk berkembang. Faktor ini menciptakan kesempatan untuk mendapatkan kepuasan yang tinggi, motivasi yang tinggi dan kinerja yang baik.

d. Teori Kebutuhan McClelland

Teori Mc Clelland sangat erat kaitannya dengan konsep pembelajaran. David Mc Clelland menyatakan bahwa kebutuhan individu diperoleh dari waktu ke waktu dan dibentuk oleh pengalaman hidup seseorang. Teori ini berfokus pada tiga kebutuhan yaitu kebutuhan pencapaian (*need for achievement*), kebutuhan kekuasaan

(need for power), dan kebutuhan hubungan (*need for affiliation*).

Teori kebutuhan McClelland menyatakan bahwa pencapaian, kekuasaan/kekuatan dan hubungan merupakan tiga kebutuhan penting yang dapat membantu menjelaskan motivasi. Kebutuhan pencapaian merupakan dorongan untuk melebihi, mencapai standar-standar, dan berjuang untuk berhasil. Kebutuhan kekuatan dapat membuat orang lain berperilaku sedemikian rupa sehingga mereka tidak akan berperilaku sebaliknya, dan kebutuhan hubungan merupakan keinginan antarpersonal yang ramah dan akrab dalam lingkungan organisasi.

McClelland menjelaskan bahwa setiap individu memiliki dorongan yang kuat untuk berhasil. Dorongan ini mengarahkan individu untuk berjuang lebih keras untuk memperoleh pencapaian pribadi daripada memperoleh penghargaan. Hal ini kemudian menyebabkan seseorang melakukan sesuatu yang lebih efisien dibandingkan sebelumnya. Dorong pertama ini dapat disebut sebagai nAch yaitu kebutuhan akan pencapaian. Sedangkan kebutuhan kekuatan (nPow) merupakan keinginan untuk memiliki pengaruh, menjadi yang berpengaruh, dan mengendalikan individu lain atau dengan kata lain kebutuhan atas kekuasaan dan otonomi. Individu dengan nPow tinggi, lebih suka bertanggung jawab, berjuang untuk mempengaruhi individu lain, senang ditempatkan dalam situasi kompetitif, dan berorientasi pada status, dan lebih cenderung lebih khawatir dengan wibawa dan pengaruh yang didapatkan daripada kinerja yang efektif.

Kebutuhan ketiga yaitu nAff adalah kebutuhan untuk memperoleh hubungan sosial yang baik dalam lingkungan kerja. Kebutuhan ini ditandai dengan memiliki motif yang tinggi untuk persahabatan, lebih menyukai situasi kooperatif (dibandingkan kompetitif), dan menginginkan hubungan-hubungan yang melibatkan tingkat pengertian mutual yang tinggi. McClelland mengatakan bahwa kebanyakan orang memiliki dan menunjukkan kombinasi tiga karakteristik tersebut, dan perbedaan ini juga mempengaruhi bagaimana gaya seseorang berperilaku.

Motivasi pencapaian (n-Acc), orang yang memiliki n-Acc yang tinggi cenderung tertarik dengan bagaimana mereka bekerja secara pribadi, dan tidak akan mempengaruhi pekerja lain untuk bekerja dengan baik. Individu-individu dengan kebutuhan prestasi yang tinggi sangat termotivasi dengan bersaing dan menantang pekerjaan. Mereka mencari peluang promosi dalam pekerjaan. Mereka memiliki keinginan yang kuat untuk umpan balik pada prestasi mereka. Orang-orang seperti mencoba untuk mendapatkan kepuasan dalam melakukan hal-hal yang lebih baik. Prestasi yang tinggi secara langsung berkaitan dengan kinerja tinggi.

Motivasi kekuasaan (n-Pow), individu-individu yang termotivasi oleh kekuasaan memiliki keinginan kuat untuk menjadi berpengaruh dan mengendalikan. Mereka ingin pandangan dan ide-ide mereka harus mendominasi dan dengan demikian, mereka ingin memimpin. Individu tersebut termotivasi oleh kebutuhan untuk reputasi dan harga diri. Individu dengan kekuasaan dan kewenangan yang lebih besar akan lebih baik dibanding mereka yang

memiliki daya yang lebih kecil. Umumnya, manajer dengan kebutuhan tinggi untuk daya berubah menjadi manajer yang lebih efisien dan sukses. Mereka lebih tekun dan setia kepada organisasi tempat mereka bekerja.

Motivasi hubungan/afiliasi (n-Aff)
Individu-individu yang termotivasi oleh afiliasi memiliki dorongan untuk lingkungan yang ramah dan mendukung. Individu tersebut yang berkinerja efektif dalam tim. Orang-orang ingin disukai oleh orang lain. Individu yang memiliki kebutuhan afiliasi yang tinggi lebih memilih bekerja di lingkungan yang menyediakan interaksi pribadi yang lebih besar.

Orang yang memiliki kebutuhan kekuasaan (n-Pow) dan kebutuhan afiliasi (n-Aff) memiliki keterkaitan dengan keberhasilan manajerial yang baik. Seorang manajer yang berhasil memiliki n-Pow tinggi dan n-Aff rendah.

2. Teori Proses Motivasi

a. Teori Penguatan Skinner

Teori Penguatan Skinner mengemukakan suatu teori proses motivasi yang disebut *operant conditioning*. Pembelajaran timbul sebagai akibat dari perilaku, yang juga disebut modifikasi perilaku. Perilaku merupakan operant, yang dapat dikendalikan dan diubah melalui penghargaan dan hukuman. Perilaku positif yang diinginkan harus dihargai atau diperkuat, karena penguatan akan memberikan motivasi, meningkatkan kekuatan dari suatu respons atau menyebabkan pengulangannya.

b. Teori Harapan Vroom

Teori harapan dikembangkan oleh Vroom yang diperluas oleh Porter dan Lawler. Inti dari teori harapan terletak pada pendapat yang mengemukakan bahwa kuatnya kecenderungan seseorang bertindak bergantung pada harapan bahwa tindakan tersebut akan diikuti oleh suatu hasil tertentu dan terdapat daya tarik pada hasil tersebut bagi orang yang bersangkutan (Siagian, 2004).

c. Teori Keadilan Adam

Teori keadilan yang dikembangkan oleh Adam, didasarkan pada asumsi bahwa puas atau tidaknya seseorang terhadap apa yang dikerjakannya merupakan hasil dari membandingkan antara *input* usaha, pengalaman, skill, pendidikan dan jam kerjanya dengan *outcome* atau hasil yang didapatkan dari pekerjaan tersebut (Mangkunegara, 2005).

d. Edwin Locke

Edwin Locke mengemukakan bahwa penetapan suatu tujuan tidak hanya berpengaruh terhadap pekerjaan saja, tetapi juga mempengaruhi orang tersebut untuk mencari cara yang efektif untuk mengerjakannya (Mangkunegara, 2005). Kejelasan tujuan yang hendak dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugasnya akan menumbuhkan motivasi yang tinggi. Tujuan yang sulit sekalipun apabila ditetapkan sendiri oleh orang yang bersangkutan ataupun ditentukan oleh organisasi yang membawahnya tetap dapat diterima sebagai tujuan yang pantas dan layak untuk dicapai, dan akan menyebabkan prestasi yang meningkat (Siagian, 2004).

D. Model Pembelajaran Orang Dewasa

Proses belajar pada orang dewasa harus melibatkan orang dewasa tersebut sebagai pendengar yang aktif bukan pendengar pasif dalam proses pembelajaran. Pembelajaran merupakan proses melibatkan peserta didik untuk berfikir, berdiskusi dan mencoba (Swansburg, 2001). Pembelajaran orang dewasa harus bisa memberikan pengalaman belajar yang bermakna. Untuk mewujudkan hal tersebut perlu diciptakan iklim yang mendukung pembelajaran. Iklim fisik penting untuk menciptakan suasana belajar yang nyaman. Lingkungan secara fisik harus dibuat nyaman, misalkan dengan adanya pendingin ruangan dan penerangan yang cukup, kursi yang nyaman serta tersedianya media pengajaran audio visual yang memadai.

Iklim penting selain lingkungan fisik yang perlu diperhatikan adalah iklim psikososial dan budaya. Knowles menggambarkan tujuh karakteristik iklim yang dapat menciptakan pembelajaran yang kondusif, yaitu iklim saling menghargai, iklim kolaborasi, iklim saling mempercayai, iklim yang mendukung, iklim terbuka dan murni, iklim yang menyenangkan dan iklim manusiawi (Knowles 1984 dalam Swansburg, 2001).

Iklim saling menghargai dapat diciptakan dengan memanggil peserta didik dengan namanya, mempelajari latar belakang pendidikan dan pengalaman peserta didik, situasi pekerjaan saat ini dan tujuan peserta didik dalam mengikuti pengembangan diri berkelanjutan. Saling mengungkapkan data pribadi dapat membantu individu merasa dihargai.

Iklim kolaborasi perlu diciptakan karena orang dewasa adalah sumber daya yang kaya untuk setiap pembelajaran orang lain. Saling mengenal antar pribadi dapat membantu dalam mengkomunikasikan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki untuk sharing dan menciptakan kolaborasi. Sharing dapat

meningkatkan harga diri dengan adanya ilmu yang bermanfaat untuk menambah pengetahuan baru bagi orang lain. Selain sharing teknik lain yang dapat digunakan untuk menjalin kolaborasi adalah dengan menciptakan kerja kelompok dalam belajar, project yang dilakukan bersama dan melakukan role play.

Iklim saling mempercayai dapat diciptakan dengan adanya keterbukaan pengajar dalam memberikan informasi pribadi, mendorong peserta didik untuk membuat keputusan mandiri, meminjamkan buku, atau dengan mencairkan suasana belajar dengan humor yang tepat.

Iklim yang mendukung digambarkan dengan kemampuan peserta didik dalam bereksperimen, praktik dan bahkan jika gagal tidak merasa minder dengan kritik. Pendidik harus mampu menekankan pada kelebihan peserta didik daripada berorientasi pada kelemahan saat terjadi kegagalan.

Iklim terbuka dan murni, adalah dukungan dan dorongan pendidik kepada seluruh peserta didik untuk tidak merasa malu, takut dan minder dalam menyampaikan gagasan dan pendapat. Belajar bagaimana cara berdebat dan menyampaikan ketidaksetujuan pandangan tanpa perasaan marah. Pengajar dapat menjadi role model untuk menunjukkan sikap terbuka untuk semua ide yang disampaikan. Pemikiran yang terbuka dapat menjadi cara yang baik dalam memperoleh pemahaman baru.

Iklim yang menyenangkan dalam belajar sangat penting untuk menjaga motivasi belajar peserta didik. Orang dewasa yang mengikuti pendidikan berkelanjutan banyak menemukan kebosanan dalam belajar karena faktor pengalaman sebelumnya. Hal ini menjadi tantangan untuk pendidik dalam menciptakan suasana belajar yang lebih menantang dan menyenangkan. Contoh metode pembelajaran yang menyenangkan dan dapat merangsang

pembelajaran adalah dengan memberikan kuliah tamu, kunjungan lapangan dan debat dikelas.

Knowles berpendapat bahwa Iklim manusiawi penting diciptakan dalam proses belajar karena setiap manusia yang diperlakukan secara manusiawi akan merasa senang dalam belajar. Iklim manusiawi dapat diciptakan dengan memberikan lingkungan yang aman dan nyaman untuk belajar serta menunjukkan perhatian dan penghargaan terhadap proses belajar.

Iklim belajar seperti dijelaskan oleh Knowles tersebut perlu diciptakan untuk mendapatkan hasil belajar yang optimal. Selain iklim belajar yang mendukung, pemilihan metode belajar untuk orang dewasa juga harus tepat. Pembelajaran pada orang dewasa dapat dilakukan dengan berbagai metode pembelajaran. Pemilihan metode belajar harus dipertimbangkan untuk dua kepentingan yaitu peserta didik dan pendidik. Pemilihan metode pengajaran tidak tepat apabila hanya berdasarkan pada kemudahan metode atau metode yang paling dikuasai dan disukai oleh pendidik. Pemilihan metode yang tepat dan baik seharusnya mempertimbangkan aspek tujuan yang ingin dicapai. Selain itu juga harus dipertimbangkan kompetensi yang akan dicapai peserta didik, tingkat kemampuan peserta didik, materi ajar serta sarana dan prasarana yang mendukung (Nursalam & Efendi, 2009). Pemilihan metode belajar juga harus mempertimbangan karakteristik peserta didik dewasa sesuai konsep andragogi. Terdapat beragam model pembelajaran yang dapat diterapkan dalam pembelajaran dewasa, diantaranya diringkas dalam tabel berikut:

Tabel 3.1 Model Pembelajaran

No.	Model Belajar	Aktivitas peserta didik	Aktivitas Pengajar
1.	<i>Small Group Discussion</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membentuk kelompok (5-10) 2. Memilih bahan diskusi 3. Mepresentasikan paper dan mendiskusikan di kelas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat rancangan bahan dikusi dan aturan diskusi. 2. Menjadi moderator dan sekaligus mengulas pada setiap akhir sesi.
2.	<i>Role Play & Simulation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya 2. Mempraktekan/ mencoba berbagai model (komputer) yang telah disiapkan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merancang situasi/ kegiatan yang mirip dengan yang sesungguhnya, bisa berupa bermain peran, atau berbagai latihan simulasi. 2. Membahas kinerja mahasiswa.
3.	<i>Discovery Learning</i>	Mencari, mengumpulkan, dan menyusun informasi yang ada untuk mendeskripsikan suatu pengetahuan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan data, atau petunjuk (metode) untuk menelusuri suatu pengetahuan yang harus dipelajari oleh mahasiswa. 2. Memeriksa dan memberi ulasan terhadap hasil belajar mandiri mahasiswa
4.	<i>Self Directed Learning</i>	Merencanakan kegiatan belajar, melaksanakan, dan menilai pengalaman belajarnya sendiri	Sebagai fasilitator
5.	<i>Cooperative Learning</i>	Membahas dan menyimpulkan masalah/ tugas yang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merancang dan memantau proses belajar dan hasil

No.	Model Belajar	Aktivitas peserta didik	Aktivitas Pengajar
		diberikan dosen secara berkelompok.	belajar kelompok mahasiswa. 2. Menyiapkan suatu masalah/ kasus atau bentuk tugas untuk diselesaikan oleh mahasiswa secara berkelompok.
6.	<i>Collaborative Learning</i>	1. Bekerja sama dengan anggota kelompoknya dalam mengerjakan tugas. 2. Membuat rancangan proses dan bentuk penilaian berdasarkan konsensus kelompoknya sendiri	1. Merancang tugas yang bersifat <i>open ended</i> . 2. Sebagai fasilitator dan motivator.
7.	<i>Contextual Instruction</i>	1. Membahas konsep (teori) kaitannya dengan situasi nyata 2. Melakukan studi lapang/ terjun di dunia nyata untuk mempelajari kesesuaian teori.	1. Menjelaskan bahan kajian yang bersifat teori dan mengkaitkannya dengan situasi nyata dalam kehidupan sehari-hari, atau kerja profesional, atau manajerial, atau <i>entrepreneurial</i> . 2. Menyusun tugas untuk studi mahasiswa terjun ke lapangan
8.	<i>Project Based Learning</i>	1. Mengerjakan tugas (berupa proyek) yang telah dirancang secara sistematis. 2. Menunjukkan kinerja	1. Merancang suatu tugas (proyek) yang sistematis agar mahasiswa belajar pengetahuan dan

No.	Model Belajar	Aktivitas peserta didik	Aktivitas Pengajar
		dan mempertanggung jawabkan hasil kerjanya di forum.	<p>ketrampilan melalui proses pencarian/ penggalian (inquiry), yang terstruktur dan kompleks.</p> <p>2. Merumuskan dan melakukan proses pembimbingan dan asesmen.</p>
9.	<i>Problem Based Learning and Inquiry</i>	Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen.	<p>1. Merancang tugas untuk mencapai kompetensi tertentu</p> <p>2. Membuat petunjuk (metode) untuk mahasiswa dalam mencari pemecahan masalah yang dipilih oleh mahasiswa sendiri atau yang ditetapkan.</p>

Model pembelajaran dalam Nursalam dan Efendi (2009) meliputi:

1. *Small Group Discussion* : mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya atau mempraktikan/ mencoba berbagai model (komputer) yang telah disiapkan.
2. *Role-Play & Simulation* : mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya atau mempraktikan/ mencoba berbagai model (komputer) yang telah disiapkan.
3. *Case Study* : mengkaji kasus dengan mencermati karakteristik kondisi kasus tersebut.
4. *Discovery Learning (DL)* : mencari, mengumpulkan, dan menyusun informasi yang ada untuk mendeskripsikan suatu pengetahuan.

5. *Self-Directed Learning (SDL)* : merencanakan kegiatan belajar, melaksanakan, dan menilai pengalaman belajarnya sendiri.
6. *Cooperative Learning (CL)* : Membahas dan menyimpulkan masalah/ tugas yang diberikan secara berkelompok.
7. *Collaborative Learning (CbL)* : Bekerja sama dengan anggota kelompoknya dalam mengerjakan tugas serta membuat rancangan proses dan bentuk penilaian berdasarkan konsensus kelompoknya sendiri.
8. *Contextual Instruction (CI)*: Membahas konsep (teori) kaitannya dengan situasi nyata dan melakukan studi lapang/ terjun di dunia nyata untuk mempelajari kesesuaian teori.
9. *Project Based Learning (PjBL)*: Mengerjakan tugas (berupa proyek) yang telah dirancang secara sistematis dengan menunjukkan kinerja dan mempertanggung jawabkan hasil kerjanya di forum.
10. *Problem Based Learning and Inquiry (PBL)* : Belajar dengan menggali/mencari informasi (*inquiry*) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual.

Keberhasilan pembelajaran dewasa juga ditentukan oleh pengajar dalam memahami karakter peserta didik dan kemampuan menciptakan suasana kelas yang kondusif. Perlu dipahami karakter masing-masing baik dari peserta didik maupun pengajar agar proses belajar dapat berjalan dengan optimal. Nursalam & Efendy (2009) menjabarkan karakteristik peserta didik dewasa dan pendidik senagai berikut:

Tabel 3. 2 Karakteristik Peserta Didik Dewasa dan Pendidik

Peserta Didik Dewasa	Pengajar
1. Mempunyai pengalaman yang berbeda-beda.	1. Mampu menjadi bagian dari kelompok yang diajar.
2. Lebih suka menerima saran	2. Mampu menciptakan iklim

Peserta Didik Dewasa	Pengajar
<p>daripada digurui.</p> <p>3. Lebih memberikan perhatian pada hal-hal yang menarik bagi mereka dan menjadi kebutuhannya.</p> <p>4. Lebih suka dihargai daripada diberi hukuman dan disalahkan</p> <p>5. Ketidakberhasilan belajar masa lalu menjadi kecenderungan untuk menilai rendah kemampuan belajarnya</p> <p>6. Apa yang biasa dilakukan orang dewasa menunjukkan tahap pemahamannya.</p> <p>7. Orang dewasa secara sengaja mengulang pemahamannya.</p> <p>8. Suka diperlakukan dengan kesungguhan itikad yang baik, adil dan masuk akal</p> <p>9. Orang dewasa sudah belajar sejak kecil tentang cara mengatur hidupnya. Oleh karena itu ada kecenderungan untuk tidak bergantung pada orang lain.</p> <p>10. Menyukai hal-hal yang praktis.</p> <p>11. Membutuhkan waktu yang lama untuk dapat akrab dan menjalin hubungan dekat dengan teman baru.</p>	<p>yang kondusif dalam proses belajar.</p> <p>3. Mempunyai rasa tanggungjawab yang tinggi, pengabdian dan idealisme untuk kerjanya.</p> <p>4. Menirukan/mempelajari kemampuan orang lain</p> <p>5. Menyadari kelemahan, tingkat keterbukaan dan kekuatannya.</p> <p>6. Dapat melihat permasalahan dan menentukan pemecahannya.</p> <p>7. Peka dan mengerti perasaan orang lain melalui pengamatan</p> <p>8. Mengetahui bagaimana meyakinkan dan memperlakukan orang lain</p> <p>9. Selalu optimis dan mempunyai itikad yang baik terhadap orang lain.</p> <p>10. Menyadari bahwa perannya bukan mengajar, tetapi menciptakan iklim untuk belajar</p> <p>11. Menyadari bahwa segala sesuatu mempunyai segi positif dan negatif.</p>

E. Pembelajaran Sepanjang Hayat untuk Perawat

1. *Longlife learning* kebutuhan kecakapan hidup

Dimasa sekarang belajar secara aktif disepanjang kehidupan sudah harus menjadi sebuah kebiasaan. Dalam masyarakat modern dan dinamis frekuensi perubahan yang terjadi dalam hidup seseorang sangat cepat, kemampuan adaptasi dengan kondisi baru yang dihadapi adalah faktor utama yang berkontribusi pada keberhasilan seseorang. Belajar sepanjang hayat sangat penting untuk meningkatkan kemampuan beradaptasi dengan situasi dan lingkungan baru (Andronie, 2012).

Longlife learning merupakan belajar yang dilakukan sepanjang kehidupan, dan terjadi dalam pengalaman kehidupan pribadi sehari-hari serta melalui kegiatan profesional (Go pee, 2003). *Longlife learning* merupakan pengembangan potensi manusia melalui proses terus menerus yang mendukung dan merangsang pemberdayaan individu untuk memperoleh semua pengetahuan, nilai-nilai, keterampilan, dan pemahaman yang dibutuhkan untuk kehidupan dan menerapkannya dengan percaya diri, penuh kreativitas dan kecakapan di semua peran, keadaan dan lingkungan (Longworth, 2003).

Longlife learning atau belajar sepanjang hayat adalah istilah yang mengacu pada akumulasi pengetahuan yang terus menerus dan kemampuan sepanjang hidup seseorang, dari tahap awal (anak usia dini dan sekolah dasar) sampai universitas dan setelah studi di universitas. Belajar sepanjang hayat merupakan kegiatan belajar secara terus menerus yang dilakukan oleh orang dewasa setelah menyelesaikan sekolah formal. Pada umumnya orang dewasa melakukannya terkait dengan karir profesional mereka. Kemajuan karir menjadi

salah satu motivasi orang dewasa untuk terus belajar. Menurut Andronie (2012) motivasi untuk melanjutkan studi setelah menyelesaikan sekolah, diantara adalah untuk meningkatkan kemampuan seseorang dari sudut pandang profesional, memperoleh kemampuan di bidang baru yang menarik dan pemenuhan kebutuhan pribadi.

Belajar sepanjang hayat yang dilakukan oleh orang dewasa juga dapat diklasifikasikan dalam dua kategori utama, yaitu pembelajaran formal dan informal. Pembelajaran formal, terdiri dari kursus formal, biasanya diselenggarakan oleh lembaga pendidikan, narasumber yang terorganisir, memerlukan biaya dan menawarkan sertifikat. Sedangkan, pembelajaran informal, dilakukan secara individual oleh masing-masing orang, pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman, dari orang lain, kemampuan yang diperoleh tidak diukur dan tidak tersedia sertifikat (Andronie, 2012).

Seseorang sepanjang kehidupannya melalui beberapa tahap belajar. Tahapan belajar tersebut seperti dijelaskan pada gambar berikut:



Gambar 3.2 Tahapan Belajar dalam Kehidupan

Tahapan belajar dalam kehidupan seseorang oleh Andronie (2012) diklasifikasikan menjadi tiga tahapan, yaitu pendidikan dasar, pendidikan formatif dan pendidikan lanjutan.

- a. Pendidikan dasar – Terjadi pada masa kanak-kanak, di tahun-tahun pertama kehidupan dan mencakup hal-hal seperti sopan santun dan kebiasaan hidup secara umum. Jenis pendidikan biasanya dilakukan langsung oleh orang tua dan kerabat dekat. Tahap ini adalah salah satu dari tahapan yang paling penting dalam kehidupan seseorang, walaupun tampaknya sederhana tetapi akan berpengaruh pada segala sesuatu yang lain yang mengikuti. Anak-anak pada tahap ini lebih sering meniru

kebiasaan orang tua, menjadikan orang tua sebagai model dalam kehidupan.

- b. Pendidikan formatif - Pendidikan yang diperoleh dari sekolah dasar hingga universitas. Tahap ini anak-anak belajar cara belajar, belajar dibawah pengawasan guru berpengalaman, terutama pada tahap pertama (SD, SMP dan SMA). Pendidikan formatif meliputi pengetahuan yang lebih umum, memandu peserta didik untuk memilih karir, Guru mempunyai peran tanggung jawab yang besar untuk masa depan peserta didik.
 - c. Pendidikan tambahan - Terdiri dari semua pengetahuan dan kemampuan seseorang yang diperoleh setelah menyelesaikan pendidikan formatif. Pendidikan dapat dilakukan dengan menggunakan kemajuan teknologi, misalkan melalui e-learning. Pendidikan tambahan terdiri dari program pendidikan formal dan informal.
 - 1) Program pendidikan formal dapat diikuti oleh orang dewasa. Program tersebut mempunyai tingkat kompleksitas pengetahuan dan ketrampilan yang berbeda. Diselenggarakan untuk memperoleh pengetahuan dan ketrampilan yang lebih spesifik, biasanya terkait dengan karir profesional.
 - 2) Pendidikan Informal - adalah bagian dari pendidikan tambahan yang dilakukan secara individual. Pembelajaran informal dapat dilakukan di tempat kerja atau secara individu, dalam hal ini tidak ada sertifikat yang akan diberikan untuk membuktikan kompetensi dan pengetahuan yang didapat.
2. Perawat sebagai pembelajar sepanjang hayat
- Ilmu keperawatan terus berkembang, sebagai bagian dari perkembangan tersebut, perawat mempunyai tantangan

untuk mengikuti pengembangan keprofesian berkelanjutan. Hal tersebut dapat ditingkatkan melalui proses belajar sepanjang hayat. Mampu menerjemahkan pengetahuan kedalam praktik asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi; menjembatani kesenjangan antara teori dan praktek merupakan hal yang penting dalam mengikuti proses belajar sepanjang hayat (Cruz, Pimenta, & Lunney, 2009).

Belajar sepanjang hayat (*longlife learning*) dalam keperawatan didefinisikan sebagai proses dinamis, yang meliputi baik kehidupan pribadi maupun profesional. Proses pembelajaran dapat dilakukan secara formal maupun informal. Belajar sepanjang hayat melibatkan mencari dan menghargai ide-ide baru untuk mendapatkan perspektif baru. Karakteristik yang paling penting dari seorang pembelajar sepanjang hayat adalah sikap reflektif, kemampuan bertanya, menikmati proses belajar, memahami sifat dinamis dari pengetahuan, terlibat dalam belajar secara aktif dan aktif mencari kesempatan belajar (Davis, Taylor, & Reyes, 2014).

Dalam belajar sepanjang hayat bukan kapasitas kognitif yang diperlukan untuk belajar, tetapi kemampuan untuk mengenali dan memahami informasi (Winch, 2008). Kemampuan lain yang diperlukan adalah adanya keinginan untuk belajar, mengevaluasi dan menghargai apa yang dipelajari. Pendapat lain menyebutkan bahwa kemandirian (*self-direction*) sebagai pembelajar adalah atribut dari sukses belajar sepanjang hayat (Winch, 2008; O'Shea, 2003; Ponton et al., 2005). Kemandirian ini dibangun atas dasar kepercayaan, kesabaran, ketekunan, dan perhatian. Janssen et al. (2007) juga menyatakan perlunya pemikiran independen/ mandiri dan seorang pembelajar juga harus mempunyai pemikiran independen dan aktif dalam mencari berbagai sumber belajar

agar dapat menyaring informasi dengan baik. Belajar sepanjang hayat adalah pusat konsep profesionalisme (Frost, 2001; Raidal & Volet, 2009).

Louglife learning dalam profesi keperawatan memberikan kontribusi besar untuk kesuksesan profesional dan signifikan terhadap kepuasan pribadi. *Louglife learning* penting dibudayakan sebagai kebutuhan untuk mengikuti tren saat ini, praktek dan intervensi terbaru di bidang keperawatan. Intervensi keperawatan merupakan sarana mewujudkan kesehatan pasien, dengan demikian sangat penting untuk meningkatkan kompetensi dan pengetahuan klinis perawat (Kedge & Appleby, 2009). *Louglife learning* dapat meningkatkan keahlian klinis dan kemampuan berpikir kritis perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terbaik untuk pasien. Eason (2010) menyatakan bahwa belajar sepanjang hayat memungkinkan untuk pengembangan berpikir kritis serta mendukung introspeksi dan detail dalam perawatan pasien.

Pembelajaran sepanjang hayat bagi perawat merupakan sarana pengembangan berpikir kritis serta perluasan pengetahuan tentang praktik keperawatan yang tepat dan terupdate. Cruz, Pimenta, & Lunney, (2009) mengatakan bahwa terdapat hubungan yang jelas antara keperawatan, belajar sepanjang hayat, berpikir kritis, dan penalaran klinis. Kasus perawatan pasien sangat dinamis, bervariasi dan kompleks sehingga diperlukan kemampuan yang introspektif, tepat, dan rinci. Kemampuan tersebut dapat dimiliki seorang perawat melalui proses belajar sepanjang hayat. Fokus belajar sepanjang hayat dalam keperawatan memiliki kontribusi besar untuk kesuksesan profesional dan kepuasan individu perawat.

Melanjutkan pendidikan dan mengikuti pembelajaran berkelanjutan bagi perawat sangat diperlukan agar bisa terus mengikuti perkembangan yang cepat berubah (Desilets & Dickerson, 2010). Tempat kerja perawat memainkan peran utama untuk menjadi tempat pembelajaran pengembangan profesional dan peningkatan pendidikan perawat (Clarke & Wilcockson, 2001). Sangat penting bagi perawat untuk membuat keputusan yang tepat dalam mengambil kesempatan untuk meningkatkan keahlian. Perawat harus mempunyai budaya belajar dan proaktif dalam memperluas tingkat pendidikan (Borowske, 2005). Budaya belajar terbentuk dari motivasi dan rasa ingin tahu terhadap pengetahuan baru.

Proses belajar sepanjang hayat disatu sisi dapat dilihat sebagai nilai yang dianut oleh perawat sebagai tenaga kesehatan profesional. Di sisi lain, belajar sepanjang hayat merupakan perilaku yang dianjurkan oleh organisasi profesi dan diadopsi oleh individu perawat. Pengalaman kerja perawat merupakan hasil adopsi nilai-nilai dan pengembangan keterampilan yang dibutuhkan untuk menerjemahkan nilai ke dalam perilaku. Nilai atau keterampilan apa pun dalam proses pembelajaran sepanjang hayat dapat memberikan pengalaman pendidikan dan pengembangan profesional. Diharapkan bahwa karakteristik perawat sebagai pembelajar sepanjang hayat akan menghasilkan keterampilan profesional yang handal.

Hinchliff (1994) dalam Gopee (2003) menunjukkan bahwa untuk menjadi pembelajar seumur hidup, keterampilan atau kompetensi tertentu sangat penting. Kompetensi tersebut meliputi:

- a. Kemampuan untuk mengelola dan bekerja menuju tujuan yang realistis.
- b. Kemampuan mempertahankan motivasi belajar terus menerus dan mengevaluasi efektivitas pembelajaran.
- c. Kemampuan untuk menemukan informasi yang relevan dan sumber daya, serta dapat menggunakan media yang sesuai.

Dave menjelaskan konsep karakteristik pembelajaran sepanjang hayat dan mengidentifikasi karakteristik individu sebagai pembelajar seumur hidup. Perawat sebagai pembelajar sepanjang hayat, memiliki karakteristik yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan, meliputi: (Gopee, 2003)

- a. Inovatif dalam praktek
- b. Fleksibel dalam perubahan tuntutan pekerjaan
- c. Banyak akal dalam metode kerja
- d. Mampu bekerja sebagai agen perubahan
- e. Mambu berbagi pengetahuan dan praktek yang baik
- f. Beradaptasi dengan perubahan kebutuhan perawatan kesehatan
- g. Menyukai tantangan dan kreatif
- h. Mandiri dalam bekerja
- i. Bertanggung jawab dan mempertanggung-jawabkan pekerjaan

Karakteristik pribadi atau kualitas perawat dapat diidentifikasi dari kemauan perawat untuk menjadi pembelajar seumur hidup, mempunyai *self-assessment* dan keinginan untuk memperbaiki diri. Profesionalisme merupakan alasan mendasar dalam melakukan *self-assessment* terhadap kompetensi dan pengetahuan. *Self assessment* tidak

hanya penting untuk proses belajar sepanjang hayat, tetapi juga faktor dalam menciptakan dan mempertahankan budaya organisasi belajar dalam area klinis. Karakteristik perawat sebagai pembelajar sepanjang hayat menurut penelitian Gopee (2003) meliputi:

- a. Motivasi untuk belajar.
- b. Adanya keinginan untuk meningkatkan / memiliki standar yang baik dalam praktik keperawatan
- c. Rasa ingin tahu yang tinggi terhadap pengetahuan.
- d. Mencegah kebosanan.
- e. Belajar sharing.
- f. Mampu memicu perubahan dan melihatnya sebagai hal yang positif.
- g. Mencari dan mencoba hal-hal baru.
- h. Berfikir terbuka dan mampu mengambil ide-ide baru.
- i. Fleksibel, mengidentifikasi hal-hal positif dan area yang mungkin dapat ditingkatkan.
- j. Mempunyai komitmen.
- k. Kemandirian dalam mengarahkan diri sendiri.
- l. Antusias.
- m. Menikmati proses belajar
- n. Tekad pribadi yang tinggi.
- o. Tidak pernah merasa terlalu tua untuk terus belajar, tidak pernah berhenti belajar.
- p. Kerendahan hati untuk mengakui bahwa tidak tahu segalanya.
- q. Kesabaran dalam belajar.
- r. Haus akan pengetahuan, sehingga memiliki kemauan untuk belajar.

Hull juga menunjukkan bahwa pembelajaran seumur hidup mempunyai tujuan yang terarah, terencana dan belajar

aktif. Hull (2000) memberikan saran pengembangan keterampilan belajar seumur hidup yang dapat dilakukan oleh perawat, yaitu sebagai berikut:

- a. Pilih program pengembangan profesional berdasarkan apa yang mereka ketahui
- b. program yang mampu dilaksanakan, akan membantu untuk belajar hal-hal baru, bermakna dan relevan untuk berlatih;
- c. Berbagi ide dengan praktisi kesehatan lain dan mendengarkan gagasan orang lain;
- d. Membuat perspektif batas-batas praktik profesional yang dapat dilaksanakan
- e. Melakukan refleksi pada evaluasi diri, pengembangan profesional dan pembelajaran yang dilakukan.

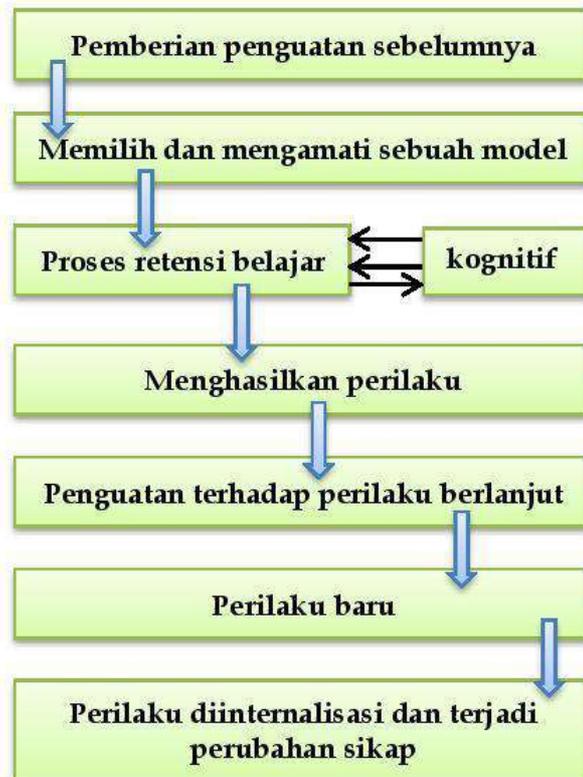
Fokus pada karier merupakan faktor yang memungkinkan perawat untuk menjadi pembelajar seumur hidup. Belajar sepanjang hayat diperlukan untuk meningkatkan kualitas diri seorang perawat. Perawat baru/junior yang berkualitas harus didukung oleh perawat senior yang lebih berpengalaman di bawah mekanisme *preceptorship*.

3. Belajar sebagai kegiatan alami manusia

Keterampilan hidup tertentu seperti keterampilan interpersonal dapat dikembangkan melalui sosialisasi dan pengalaman sosial, dan juga bisa diterapkan saat di rumah sakit. Ada banyak pembelajaran yang berlangsung melalui sosialisasi, komunikasi dan interaksi dengan orang lain. Hubungan dengan pasien dan dengan teman di lingkungan kerja dapat memberikan perubahan dan mengembangkan diri melalui pengalaman kita sendiri. Jenis pembelajaran ini dapat dilihat dalam konsep Bandura sebagai konteks teori

pembelajaran sosial atau pembelajaran observasional, dimana situasi sosial memainkan peran penting dalam belajar. Teori pembelajaran sosial merupakan perspektif pembelajaran yang sangat signifikan, terutama bagi perawat baru. Individu belajar melalui pengamatan terhadap orang lain. Pertama mengamati setiap kegiatan keperawatan yang dipraktikkan oleh orang yang ahli sebelum pada akhirnya mampu melakukan secara mandiri.

Bandura (1977 dalam (Marquis & Huston, 2010) menyatakan bahwa orang mempelajari sebagian besar perilaku dari pengalaman dan pengamatan langsung dan perilaku dipertahankan atau tidak didasarkan pada penghargaan positif dan negatif. Teori belajar sosial terdiri dari empat tahapan. Pertama, seseorang belajar dari hasil pengalaman langsung atas efek dari tindakan mereka. Kedua berasal dari pengalaman orang lain dengan mengamati tindakan orang tersebut. Ketiga, belajar melalui penilaian yang disampaikan oleh orang lain. Keempat, orang mengevaluasi reliabilitas informasi baru dengan logika induktif dan deduktif. Tahapan belajar sosial dijelaskan pada gambar 3.3 proses teori belajar sosial. Reliabilitas teori belajar sosial ditunjukkan dengan keefektifan model peran, pembimbing dan *mentor*.



Gambar 3.3 Proses Teori Belajar Sosial
 (Sumber: Marquis & Huston, 2010)

Role model merupakan konsep utama dalam teori belajar sosial. Dalam keperawatan, sebagai contoh seorang perawat yang sudah lebih ahli dan berpengalaman menjadi *mentor* bagi perawat baru atau perawat level dibawahnya. Para *mentor* berperan sebagai role model menunjukkan sikap dan perilaku profesional sehingga terbentuk cara berfikir, merasakan dan bertindak yang akan ditiru oleh perawat lain.

Proses belajar dalam teori belajar sosial Bandura terbagi menjadi dua, proses eksternal dan internal. Proses diawali dari proses eksternal, yaitu role model memperlihatkan

perilaku yang akan diamati, kemudian terjadi proses internal pengaturan dan pengendalian diri yang terdiri dari empat fase (fase perhatian, pengingatan, peniruan dan motivasi). Fase pertama adalah fase perhatian, yaitu kondisi yang diperlukan agar pembelajaran dapat berlangsung. Kedua, fase pengingatan, tahapan ini berkaitan dengan penyimpanan dan pemanggilan kembali apa yang telah diamati. Ketiga adalah fase peniruan, yaitu menunjukkan perilaku meniru dari apa yang telah diamati. Peniruan perilaku tersebut diperkuat dengan latihan mental, penerapan langsung dan umpan balik yang korektif. Fase keempat adalah fase motivasi, yaitu apakah akan termotivasi untuk melakukan jenis perilaku tertentu atau tidak. Meskipun sangat sesuai untuk situasi praktik keperawatan dan pengembangan staf tetapi pendekatan pembelajaran yang terorganisir ini perlu memperhatikan lingkungan sosial, perilaku yang akan dilakukan dan juga perawat sebagai pembelajar dan individu (Bastable, 2002).

Teori pembelajaran sosial memperluas proses pembelajaran dari hubungan dan pengalaman langsung pendidik dan peserta didik sampai ke dunia sosial yang lebih besar. Pendidik atau pemimpin bertanggungjawab untuk menjadi role model yang baik dan untuk memilih pengalaman yang sehat secara sosial supaya dapat diamati dan ditiru oleh orang lain.

4. Dampak dari pembelajaran sepanjang hayat

Dampak dari pembelajaran sepanjang hayat adalah adanya perubahan sikap terhadap pembelajaran. Ini termasuk dinamika profesionalisme bahwa individu yang memandang dirinya sebagai seorang profesional adalah selalu terbuka untuk belajar hal baru, dan secara aktif terlibat dalam mencari

pengetahuan baru dan meningkatkan kompetensi. Perubahan sikap juga berdampak pada penggunaan evidence-based dalam pelayanan pasien, adaptasi terhadap perubahan dan inovasi dalam bekerja. Sehingga pembelajaran sepanjang hayat yang dilakukan oleh seorang perawat dapat berdampak pada peningkatan kualitas asuhan keperawatan. Selain menunjang kesuksesan profesional, hasil pembelajaran sepanjang hayat dapat memberikan kepuasan perawat sebagai seorang pribadi.

5. Faktor yang mempengaruhi pembelajaran sepanjang hayat

Faktor yang mempengaruhi pembelajaran sepanjang hayat perawat menurut Gopee (2003) terdiri dari faktor organisasi, sosial politik dan personal.

1. Faktor organisasi:

- a. Peraturan profesional dan pendidikan berkelanjutan wajib.
- b. Dukungan biaya untuk belajar sepanjang hayat dan pengembangan keprofesian berkelanjutan.
- c. Tersedia waktu untuk pengembangan keprofesian berkelanjutan.
- d. Kesempatan pengembangan karir.
- e. Work-based learning dan in-service training
- f. Perubahan dalam metode pendidikan perawat.

2. Faktor sosial-politik:

- a. Supervisi klinis, praktek reflektif dan peer review
- b. Pengaturan klinis sebagai lingkungan belajar.
- c. Faktor-faktor sosial dan kebijakan pemerintah yang mempengaruhi pembelajaran.
- d. Perkembangan klinis dan pemikiran baru.

3. Faktor individu:
 - a. Belajar sebagai kegiatan alami manusia.
 - b. Karakteristik perawat sebagai pembelajar seumur hidup.
 - c. Perawat baru yang berkualitas, dan belajar keterampilan umum dan spesialis.
 - d. Keperawatan dilihat sebagai pekerjaan atau sebagai karier.
 - e. Belajar untuk memperbaiki kesempatan sebelumnya.
 - f. Dampak dari perubahan sikap pada pembelajaran.
 - g. Peran perawat sebagai fasilitator pembelajaran seumur hidup.
 - h. Pengaruh belajar seumur hidup pada kehidupan pribadi.

F. Desain Pembelajaran Klinik Perawat

Pembelajaran di klinik bagi perawat berupa bimbingan untuk mengembangkan dan melatih perawat menjadi lebih cakap dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Bimbingan bertujuan membantu orang lain untuk mencapai tingkat performa yang optimum. Bimbingan merupakan suatu alat terpenting untuk memberdayakan pegawai, mengubah perilaku, dan membentuk tim yang kohesif. Bimbingan dapat bersifat jangka panjang atau jangka pendek. Bimbingan jangka pendek ini sering disebut juga sebagai *perceptorship* sedangkan jangka panjang disebut dengan *mentor slip* atau *mentor ing*. Selain itu terdapat juga model bimbingan yang lain yaitu *coaching*, *intership*, *learnership*, *apprenticeship* dan *cooperative programs*.

1. *Preceptorship*

a. Definisi

Preceptorship telah menjadi pendekatan yang sangat efektif dalam pengajaran klinik dan suatu bagian integral dari orientasi perawat baru (Hardiman & Hickey, 2001). *Preceptorship* merupakan pembelajaran yang diberikan oleh perawat berpengalaman yang memberikan dukungan emosioanal dan merupakan model peran klinik yang kuat bagi perawat baru (Watkins, 2013). Metode pengajaran dan pembelajaran dalam *preceptorship* menggunakan perawat sebagai *role model*. Sebuah *role model* dapat membentuk perilaku seseorang yang sedang belajar.

Preceptorship diberikan kepada perawat baru atau perawat dengan peran baru atau untuk kembali berlatih. Program *preceptorship* dilakukan untuk memberikan dukungan baik terhadap pengembangan kompetensi maupun transisi peran dan membantu perawat baru memulai perjalanan karir. Perawat baru akan didukung oleh pembimbing untuk mengembangkan kepercayaan diri mereka sebagai profesional otonom, memperbaiki keterampilan, nilai-nilai dan perilaku dan melanjutkan perjalanan mereka sebagai proses *long life learning*.

Preceptorship bersifat formal, disampaikan secara perseorangan dan individual dalam waktu yang sudah ditentukan sebelumnya antara perawat yang berpengalaman (*preceptor*) dengan perawat baru (*preceptee*) yang didesain untuk membantu perawat baru untuk menyesuaikan diri dengan baik, mengembangkan kemampuan praktik dan menjalankan tugas yang baru sebagai seorang perawat (CNA, 2004; NMC, 2009).

Pelaksanaan *preceptorship* melibatkan seorang *preceptor* dan *preceptee*. Seorang *preceptor* merupakan seorang profesional yang berpengalaman di bidang keperawatan dalam mengajar, mengawasi, dan berfungsi sebagai panutan bagi siswa atau lulusan perawat, untuk jangka waktu yang sudah diatur sebelumnya, dalam program formal. *Preceptor* adalah perawat berpengalaman yang memberikan dukungan emosional dan merupakan model peran klinis yang kuat bagi perawat baru dalam proses adaptasi terhadap peran (Marquis & Huston, 2010, Cooper & Palmer, 2000). Rose (2007) mempunyai pendapat yang sama bahwa *preceptors* adalah orang yang ahli yang memberikan pengalaman praktik, pelatihan, konsultasi, dapat menginspirasi, menjadi *role model* dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan seorang individu (perawat baru).

Seorang *preceptor* adalah orang yang mampu melakukan dan telah mendapatkan kompetensi dasar yang dibutuhkan bagi seorang pemula. Mereka juga membantu perawat baru mempelajari rutinitas, kebijakan, dan prosedur di unit tersebut. Peran utama dari *preceptor* adalah untuk memastikan membangun kepercayaan diri dalam peran baru sesuai dengan standar dan pedoman. *Preceptorship* biasanya dilaksanakan untuk perawat yang baru dalam unit keperawatan guna membantu mereka meningkatkan keterampilan keperawatan dan penilaian klinis yang diperlukan agar dapat melakukan praktik yang efektif dalam lingkungan kerja mereka.

b. Tujuan *Preceptorship*

Program *preceptorship* dalam pembelajaran bertujuan untuk membentuk peran dan tanggungjawab untuk menjadi perawat yang profesional dan berpengetahuan tinggi, dengan menunjukkan sebuah pencapaian berupa memberikan perawatan yang aman, menunjukkan akuntabilitas kerja, dapat dipercaya, menunjukkan kemampuan dalam mengorganisasi perawatan pasien dan mampu berkomunikasi dengan baik terhadap pasien dan staf lainnya (CNA, 2004). *Preceptorship* dapat menyediakan mekanisme dukungan terstruktur untuk perawat baru dalam rangka untuk membangun kepercayaan diri dan kompetensi mereka dalam peran baru dan berlatih sesuai dengan standar institusi tempat bekerja.

c. Waktu Pelaksanaan

Lama waktunya tergantung ciri-ciri dari pada peserta program, kebutuhan sekelompok pasien, dan juga jenis *setting* dari tempat kerja. Menurut Beecroft, Dorey, dan Wentern (2008) bahwa program pembimbingan *preceptorship* dapat berlangsung selama 22 minggu.

d. Manfaat

Manfaat program *Preceptorship* dirasakan memberikan keuntungan terhadap *Preceptee*, *Preceptor*, dan Instansi tempat bekerja (Penprase, 2012; Watkins, 2013). *Preceptorship* bagi *preceptee* dapat memberikan kepuasan kerja, stress berkurang, pengembangan diri yang signifikan, rasa percaya diri meningkat, mencapai sikap, pengetahuan, dan keterampilan baru yang lebih baik. Sedangkan untuk *preceptor*, akan meningkatkan

harga diri dan rasa percaya diri, menjadi sarana dalam mengembangkan diri dan aktualisasi diri serta adanya kesadaran diri sebagai *role model* yang semakin meningkat. Selain berdampak positif terhadap individu yang terlibat langsung dalam program, *preceptorship* juga memberikan keuntungan kepada instansi. Nilai tambah yang didapatkan institusi antara lain peningkatan mutu dalam pelayanan yang diberikan, menurunkan tingginya biaya perawatan, meningkatkan produktivitas, meningkatkan kepuasan pasien dan perawat serta loyalitas yang baik perawat maupun pasien kepada institusi/rumah sakit.

Preceptorship menurut CNA (2004) juga memberikan manfaat untuk profesi keperawatan, yaitu: meningkatkan dukungan terhadap lulusan baru, membantu perawat untuk menjaga dan memperoleh kompetensi baru, meningkatkan jumlah perawat yang cakap dalam kepemimpinan dan terampil mengajar, meningkatkan kualitas kerja bagi perawat yang sudah bekerja, mengurangi kebutuhan perekrutan perawat dan edukasi perawat. Myrick, Yonge & Haase (2002) menambahkan bahwa keuntungan untuk profesi adalah perawat mempunyai ketrampilan berfikir kritis yang semakin meningkat.

e. Kompetensi *Preceptor*

Seorang *preceptor* harus memiliki kompetensi yang sesuai agar perannya sebagai seorang *preceptor* akan lebih diakui dan akan mendukung profesionalitas kerja yang dilakukannya. Canadian Nurses Association menjelaskan ada lima kompetensi yang harus dimiliki seorang *preceptor*, yaitu kolaborasi, atribut personal, fasilitasi

belajar, praktik profesional dan pengetahuan tatanan klinik.

- 1) Kolaborasi.
 - a) Berkolaborasi dengan *preceptee* pada semua tahapan *preceptorship*.
 - b) Menyusun dan menjaga kerjasama dengan institusi pendidikan, profesi pelayanan kesehatan, dan klien.
 - c) Membuat jaringan dengan *preceptor* lain untuk mendiskusikan peningkatan praktik.
 - d) Membantu menginterpretasikan peran *preceptee* kepada individu, keluarga, dan komunitas.
- 2) Atribut Personal
 - a) Menunjukkan antusias dan tertarik pada *preceptor*.
 - b) Menunjukkan ketertarikan dalam kebutuhan dan perkembangan pembelajaran *preceptee*.
 - c) Membantu perkembangan pembelajaran lingkungan yang positif.
 - d) Beradaptasi untuk berubah.
 - e) Menunjukkan kemampuan komunikasi yang efektif dengan klien dan institusi pendidikan.
 - f) Menunjukkan kemampuan pemecahan masalah yang efektif.
 - g) Menunjukkan kesiapan dan keterbukaan untuk belajar dengan *preceptor*.
 - h) Menunjukkan tanggung jawab atas perbedaan *preceptee* (latar belakang pendidikan, ras, kultur dll)
 - i) Menggabungkan *preceptee* kedalam budaya sosial.
 - j) Memiliki kepercayaan diri dan kesabaran.

- k) Mengakui keterbatasan diri dan berkonsultasi dengan oranglain.
- 3) Fasilitasi belajar
- a) Menilai kebutuhan pembelajaran klinik *preceptee* dalam bekerjasama dengan *preceptee* dan institusi pendidikan/koordinator program dengan cara:
 - (1) Meninjau kompetensi dasar sesuai dengan bidang ilmu (praktik, pendidikan), standar praktik, tempat (rumah sakit, klinik spesialis).
 - (2) Membicarakan harapan hasil pembelajaran berdasarkan atas data pada kompetensi dasar.
 - (3) Mengkaji pengalaman *preceptee* sebelumnya dengan tanggung jawab pengetahuan dan keahlian untuk menjaga pemahaman, perkembangan, dan kebutuhan pembelajaran yang spesifik pada tempat praktek.
 - (4) Mengidentifikasi potensi belajar pada tempat praktek yang akan menyesuaikan perkembangan dan kebutuhan belajar *preceptee*.
 - (5) Membantu *preceptee* untuk mengembangkan hasil pembelajaran individu, peran saat praktek sesuai dengan panduan Specific (spesifik), Measurable and observable (dapat diukur dan diobservasi), Achievable (dapat dicapai dengan sumber yang memadai

selama *preceptorship*), Relevant (relevan),
Time(waktu).

- b) Merencanakan aktivitas pembelajaran klinik dalam bekerjasama dengan *preceptee* dan institusi pendidikan/koordinator program, dengan cara:
- (1) Membantu *preceptee* untuk mencari tempat kegiatan pembelajaran untuk mendapatkan hasil pembelajaran dan untuk membuat waktu *preceptee* supaya optimal.
 - (2) Ketika memungkinkan, pilihlah tugas klinik / aktivitas pembelajaran sesuai dengan yang teridentifikasi pada hasil pembelajaran dan cara belajar *preceptee*.
 - (3) Ketika memungkinkan urutkan tugas klinik / aktivitas pembelajaran selama *preceptorship* dari hal yang kecil sampai yang kompleks guna meningkatkan pengetahuan.
- c) Mengimplementasikan pembelajaran klinik dalam tempat praktek dengan bekerjasama dengan *preceptee* dan institusi pendidikan/koordinator program dengan cara:
- (1) Menyusun strategi pembelajaran klinik dengan tepat.
 - (2) Membantu *preceptee* dalam menyiapkan fasilitas pembelajaran.
 - (3) Jika memungkinkan, kaji aktivitas *preceptee*. Ini bertujuan untuk mengetahui kemajuan dan mengatur aktivitas tersebut.
 - (4) Berdiskusi dengan *preceptee* terkait kendala-kendala dalam praktek.

- (5) Mengklarifikasi peran *preceptor* dan *preceptee* untuk merencanakan kegiatan.
 - (6) Memberikan umpan balik secara konstruktif (contohnya pelatihan, dukungan, dorongan dan pujian).
 - (7) Melakukan intervensi secara cepat dalam hal-hal yang tidak diinginkan.
 - (8) Penyesuaian level supervisi guna membantu perkembangan diri.
- d) Mengevaluasi hasil pembelajaran klinik dalam kerjasama dengan *preceptee* dan institusi pendidikan/koordinator program, dengan cara:
- (1) Memberikan umpan balik secara konstruktif menggunakan lembar evaluasi (contohnya evaluasi formatif harian / mingguan)
 - (2) Menanyakan pertanyaan untuk mengetahui pengetahuan *preceptee* yang telah dipelajari.
 - (3) Menjelaskan penilaian *preceptor* terhadap kegiatannya.
 - (4) Mendiskusikan ketidakcocokan antara *preceptor* dan *preceptee*
 - (5) Berpartisipasi dengan mahasiswa dalam melengkapi lembar evaluasi struktur yang menekankan pentingnya evaluasi diri, dan untuk mengetahui kemajuan hasil pembelajaran dan potensi berikutnya (contohnya, evaluasi sumatif yang dilakukan saat tengah dan akhir pembelajaran klinik).
 - (6) Memberikan pujian dan dukungan pembelajaran lingkungan dengan memfokuskan pada potensi mahasiswa,

- pencapaian dan kemajuan menjelang pertemuan melalui proses evaluasi.
- (7) Memberikan umpan balik yang positif tentang peningkatan atau kesalahan untuk mendapatkan fundamental, profesional atau sasaran diri.
 - (8) Melakukan langkah yang tepat jika perkembangan hasil pembelajaran kurang memuaskan (contohnya berkonsultasi dengan pembimbing institusi pendidikan/koordinator program).
 - (9) Menanyakan pertanyaan terbuka kepada mahasiswa untuk menentukan pemahaman keefektifan intervensi *preceptor* untuk memfasilitasi pembelajaran klinik.
- 4) Praktik Profesional
- a) Berperilaku otonomi dan konsisten sesuai dengan standar keperawatan yang diakui oleh peraturan dan kode etik keperawatan.
 - b) Bekerja.
 - c) Membantu mahasiswa untuk mendapatkan ilmu, keahlian dan keputusan peraturan provinsidan kode etik keperawatan.
 - d) Mengklarifikasi peran, hak dan tanggungjawab yang berhubungan dengan pembelajaran klinik.
- 5) Pengetahuan Tatanan Klinik
- a) Isi dasar pengetahuan: Misi dan filosofi, Kebijakan dan prosedur , Lingkungan fisik, Peran dan fungsi interdisiplin, Format, dokumentasi dan mekanisme pelaporan dan sumber pembelajaran.

- b) Menunjukkan peran perawat dengan kelompok mutidisiplin (contohnya; farmasi, pekerja sosial, psikologi, terapi okupasi).
- c) Mengkaji garis besar institusi pendidikan bagi mahasiswa dan *preceptor*/clinical instructor (contohnya; harapan dari pelaksanaan pembelajaran klinik, dan apa yang dilakukan mahasiswa selama pembelajaran klinik).

f. Tugas *Preceptors*

Menurut Minnesota Department of Health (2005), seorang *preceptor* mempunyai 3 peran yaitu sebagai pengasuh, pendidik, dan sebagai panutan. Tugas atau peran seorang *preceptor* adalah menjembatani kesenjangan antara apa yang *preceptee* pelajari ketika di kampus dengan kenyataan yang ada di lapangan. *Preceptor* membantu *preceptee* untuk menumbuhkan kepercayaan diri dan mendapatkan kompetensi-kompetensi yang dibutuhkan ketika melakukan peran barunya sebagai perawat di klinik (Oerman & Heinrich, 2003).

Preceptor memfasilitasi pembelajaran melalui pengembangan sikap saling percaya dalam pelaksanaan *preceptorship*. Seorang *preceptor* harus melihat *preceptee* sebagai seseorang yang mempunyai kemampuan dan ketertarikan untuk menjadi perawat yang berkompeten dengan segala kerentanannya selama proses pembelajaran (Ohrling, 2001). Seorang *preceptor* harus memiliki tanggungjawab sebagai:

- 1) *Role Modelling* (panutan)
 - a) Menunjukkan praktik keperawatan profesional yang kompeten, mendorong *preceptee* untuk

- mengintegrasikan praktik klinikal yang profesional.
- b) Menunjukkan kemampuan berkomunikasi yang efektif dengan anggota tim dan pasien.
 - c) Mengetahui pengetahuan pasien tentang tempat, kebutuhan klinikal umum dan frekuensi penggunaan kemampuan klinikal.
 - d) Mengetahui kebutuhan utama pasien.
- 2) *Skill Building* (Pembangun kemampuan)
- a) Mengembangkan sebuah pembelajaran kontrak atau menggabungkan keinginan *preceptee* tentang akuisisi kemampuan yang dimiliki untuk difungsikan di level yang diharapkan dari area kerja.
 - b) Memastikan *preceptee* menjadi tidak asing lagi dengan kompetensi utama dari areakerja.
 - c) Menyesuaikan gaya pengajaran agar cocok dengan gaya pembelajaran dari *preceptee*.
 - d) Menciptakan kesempatan pembelajaran, mengizinkan untuk praktik, pengulangan dan evaluasi diri.
- 3) *Critical Thinking* (Pemikir yang kritis)
- a) Mengidentifikasi kemampuan dan pengetahuan yang sudah dimiliki *preceptee* dan menggunakan pengetahuan serta kemampuan tersebut sebagai dasar untuk pencapaian tujuan.
 - b) Memberdayakan *preceptee* untuk berpikir melalui masalah.
 - c) Mendorong *preceptee* untuk bertanya dan menjawab pertanyaan.

- d) Menawarkan umpan balik yang konstruktif yang bersifat reguler.
 - e) Mempunyai kemampuan untuk mengartikulasikan rasional untuk praktik *preceptee*.
 - f) Menciptakan lingkungan yang memfasilitasi pengambilan resiko dan pembelajaran, mengizinkan *preceptee* untuk belajar dari kesalahan.
- 4) *Socialization* (Sosialisasi)
- a) Bekerja dengan tim untuk menyambut anggota baru atau praktikan ditempat kerja.
 - b) Memastikan pemahaman tentang aspek sosial dari suatu ruang, peraturan yang tidak dikatakan, pemfungsian unit, rantai perintah dan sumber daya.
 - c) Mengorientasikan *preceptee* terhadap tempatkerja, pengenalan, komunitas di dalam praktik dan budaya tim.
- g. Langkah-langkah *Preceptors* dalam bimbingan klinik
- Ada 3 langkah yang diperlukan *preceptors* dalam pembelajaran klinik yaitu:
- 1) Persiapan awal pertemuan : Hal Yang Perlu dilakukan oleh *preceptors* adalah : 1) Mencari tahu tentang kebutuhan *preceptee* dalam bimbingan klinik; 2) Membantu *preceptee* menentukan tujuan bimbingan yang ingin dicapai; 3) Menanyakan kepada *preceptee* tentang tugas yang dibebankan; 4) Memperkenalkan tentang sikap *preceptors* dan kesempatan bimbingan; 5) Menjajaki psikologis *preceptee* tentang kesiapan bimbingan, serta memberi

dukungan *preceptee* untuk *self – assessment* setiap tahap bimbingan.

- 2) Tahap Pelaksanaan : Hal yang perlu dilakukan oleh *preceptors* adalah : 1) Mendukung *preceptee* untuk mengetahui kelemahan dan kelebihan diri sendiri; 2) Mengklarifikasi setiap ide yang di tentukan oleh *preceptee*. 3) Memberikan saran kepada *preceptee* untuk perbaikan; 4) Mencatat point-point penting yang disampaikan oleh *preceptee* 5) Mengevaluasi kembali perkembangan pengetahuan *preceptee* setelah akhir pembelajaran; 6) Mendorong *preceptee* untuk menjawab pertanyaan *preceptors*.
 - 3) Tahap Evaluasi : Hal yang perlu dilakukan *preceptors* adalah : 1) Menanyakan kepada *preceptee* tentang kesiapan dalam menerapkan hasil wawancara; 2) Mendiskusikan dengan *preceptee* tentang hal- hal yang dianggap penting; 3) Menilai kemajuan dan kemampuan *preceptee* dalam proses pembelajaran tentang topik yang sudah disepakati.
- h. Pertimbangan-pertimbangan Keberhasilan Program *Preceptorship*

Banyak faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengembangkan program *preceptorship*, termasuk tingkat kecemasan pada *preceptee*, beban kerja *preceptor*, konflik dan kemitraan. Pengalaman dalam program *preceptorship* dapat menyebabkan stress yang signifikan terhadap *preceptee* (Yonge, Myrick, & Haase, 2002) dan dapat menimbulkan kekecewaan tentang profesi keperawatan. Keterbukaan dalam berbagi informasi antara *preceptee* dan *preceptor* maupun dengan koordinator program dan penasihat fakultas adalah satu hal yang sangat penting

untuk dilakukan dan harus tetap dipertahankan. Seorang *preceptor* harus mengetahui tentang bagaimana mengenali stress pada *preceptee*, bagaimana cara membantu mereka mengatasi stress atau bagaimana cara memberikan bantuan lebih lanjut, misalnya konseling ketika itu memang dibutuhkan. Sama halnya, beban kerja yang berlebih dapat mempengaruhi kepuasan kerja bagi sebagian *preceptor* (Lockwood-Rayerman, 2003). Beban kerja berlebih mungkin bersumber dari banyaknya pasien yang harus ditangani disamping harus berperan sebagai *preceptor* untuk memenuhi tanggungjawab, mempunyai *preceptee* yang terlalu banyak, dan tidak diberi pilihan dalam mengambil tanggung jawab tambahan sebagai seorang *preceptor*. Ini merupakan isu-isu etik yang harus dipertimbangkan ketika akan menjalankan program *preceptorship* di tempat kerja keperawatan.

Penting untuk mengenali bahwa konflik bisa saja timbul antara *preceptor* dan *preceptee* (Mamchur & Myrick, 2003). Program-program orientasi harus memberikan wawasan dan pendekatan bagi *preceptor* dan *preceptee* tentang bagaimana mengenali dan menyelesaikan masalah.

Faktor yang mempengaruhi lingkungan pembelajaran dan pengajaran dalam pembimbingan meliputi iklim organisasi, emosional, lingkungan fisik, dan kompetensi (Penprase, 2012; Kantar, 2012; Miller, 2013).

1) Iklim Organisasi

Beban kerja dan dukungan memberikan efek yang kuat pada energi dan waktu yang diberikan

kepada *preceptee*, maka *preceptors* harus mengenal secara baik siapa itu *preceptee*. Rasa saling percaya yang tercipta membuat *preceptee* secara jujur mengakui apa yang mereka ketahui dan tidak, apa yang dapat mereka lakukan dan tidak dapat dilakukan. Apabila *preceptors* terbuka dengan *preceptee*, maka mereka merasa tidak tertekan dan yakin bahwa mereka tidak dinilai secara jelek ketika mereka membutuhkan pendampingan dari *preceptors*.

2) Iklim Emosional

Ketika institusi mengalami kesulitan dalam merekrut atau mempertahankan staf perawat, hasil akhirnya adalah dapat meningkatkan stress pada perawat yang ada. Bekerja dengan staf yang terbatas, perubahan struktur, atau perbedaan antara tuntutan kerja dengan sumber daya juga berdampak pada iklim (Miller, 2013).

3) Lingkungan Fisik

Perawat harus menerima lingkungan fisik pekerjaan. Perawat memperlakukan lingkungan kerja sebagai sesuatu yang diberikan, baik suasana ribut, terang, berdebu, sesak, dan sebagainya perawat menerima kondisi itu apa adanya dan bekerja dengan segala kondisi tersebut. Iklim kerja tidak hanya berdampak pada kenyamanan dan kesejahteraan karyawan tetapi juga pada kemampuan inovasi didalam institusi dengan lingkungan fisik yang tidak baik mungkin tidak bisa mengakomodasikan para pembelajaran yang berbeda latar belakangnya.

4) Kompetensi *Preceptors*

Kompetensi adalah pengetahuan, keterampilan, penilaian, dan atribut pribadi yang disyaratkan untuk praktik secara aman dan etis dalam menjalankan peranannya ditempat kerja. Kompetensi perawat dikembangkan pada waktu masuk, pada level khusus dan level praktik lebih lanjut (Kantar, 2012, Miller, 2013).

2. *Mentoring*

Penerapan *mentoring* di Keperawatan dapat meningkatkan kerjasama interprofesional perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. *Mentoring* yang efektif dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit (Grossman, 2014; Anatole, et.al, 2013). *Mentoring* di keperawatan banyak dilakukan untuk memfasilitasi masa transisi perawat baru, selain itu juga dilakukan *mentoring* oleh perawat yang mempunyai dengan level jenjang karir yang lebih tinggi kepada perawat dengan jenjang karir dibawahnya, dengan tujuan untuk meningkatkan kompetensi ketrampilan klinis serta mendukung untuk pencapaian jenjang karir selanjutnya. Individu yang memiliki *mentor* pada umumnya lebih puas dengan pekerjaan dan karir, dan juga lebih sering menerima promosi dan kompensasi (Kim & Zabelina, 2011).

Mentoring dapat mengatasi kekurangan tenaga perawat, meningkatkan kepuasan perawat serta memperbaiki kualitas pelayanan (Block, Claffey, Korow, & McCaffrey, 2005). Metode ini memberikan kesempatan kepada para *mentor* untuk memantau secara mendetil perkembangan *menteed*. *Mentee* diberikan kesempatan untuk membangun pengetahuan dan keterampilan yang didapatkan melalui

interaksi dengan teman sejawat yang telah memiliki pengalaman sehingga terbangun rasa percaya. *Mentoring* dapat juga diartikan sebagai proses pembelajaran dimana *mentor* mampu membuat *mentee* (peserta *mentoring*) yang tadinya tergantung menjadi mandiri melalui kegiatan belajar.

a. Definisi

Mentoring merupakan salah satu sarana yang didalamnya terdapat proses belajar. Orientasi dari *mentoring* adalah pembentukan karakter dan kepribadian seseorang sebagai *mentee* (peserta *mentoring*). Kegiatan *mentoring* menciptakan suasana saling belajar yang akan memberikan perubahan ke titik yang lebih baik. Dari tidak tahu menjadi tahu bahkan masing-masing menjadi ahli dan lebih berpengalaman. Tujuan *mentoring* adalah untuk mendorong, mendukung dan membimbing perawat sehingga perawat akan terus tumbuh secara pribadi dan profesional (Flynn & Stack, 2006). *Mentoring* bisa menjadi suatu alat efektif yang akan menghasilkan motivasi tinggi dan mencapai tujuan organisasi.

Hill & Sawatzky (2011) mendefinisikan *mentoring* sebagai hubungan yang unik antara *mentor* dan *mentee* dengan tujuan menyampaikan pengetahuan dan keterampilan dari *mentor* kepada *mentee*. Dalam hubungan *mentoring* ini, *mentor* memandu *mentee* sekaligus menciptakan lingkungan yang mendukung dan memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan *mentee*. *Mentor* adalah profesional yang kompeten dan berpengalaman yang membina hubungan dengan junior dengan tujuan memberikan saran, dukungan, informasi dan umpan balik untuk mendorong perkembangan individu. *Mentoring* juga merupakan hubungan yang

memberikan umpan balik antara *mentor* dan *mentee* secara terus menerus dan dinamis untuk meningkatkan pertumbuhan personal dan profesional, baik *mentor* maupun *mentee* (Kim & Zabelina, 2011; Olivero, 2014).

Mentoring merupakan suatu hubungan antara dua orang (*mentor* dan *mentee*) yang memberikan kesempatan untuk berdiskusi yang menghasilkan refleksi, melakukan kegiatan/tugas dan pembelajaran untuk keduanya (Rolfe-Flett, 2002). Hubungan perawat (*mentee*) dengan *mentor* merupakan hal yang penting untuk perkembangan karir keperawatan atau pendidikan keperawatan. Melalui *mentoring*, perawat yang berpengalaman dapat juga mendukung pertumbuhan profesional lulusan baru, yang dapat membina mereka menjadi perawat profesional.

b. Tugas *Mentoring*

Tugas utama dalam *mentoring* meliputi membangun hubungan pribadi yang positif, membantu dalam mengembangkan keterampilan hidup, membantu dalam manajemen kasus, meningkatkan kesadaran dan kemampuan untuk berinteraksi dengan kelompok-kelompok sosial dan budaya lainnya.

c. Karakteristik *Mentoring*

Karakteristik *mentoring* yaitu sifat hubungan yang menguatkan dan memberdayakan, menawarkan serangkaian metode untuk memfasilitasi pembinaan dan memberikan dukungan. *Mentoring* memberikan kebebasan untuk memilih baik *mentee* maupun *mentor*, hal ini akan memberikan kenyamanan bagi *mentor* maupun *mentee* dalam membangun hubungan dan bagi pengembangan diri. Hubungan dalam *mentoring*

dilakukan secara berkelanjutan selama waktu yang tidak terbatas atau disesuaikan dengan pencapaian. Hubungan *mentoring* berlangsung lebih lama yaitu beberapa bulan sampai beberapa tahun. Peserta program *mentoring* ditatan klinis atau rumah sakit merupakan perawat yang membutuhkan bimbingan dalam beradaptasi atau menyesuaikan diri dan dalam meningkatkan kompetensi. Kegiatan *mentoring* dapat dilakukan di tempat kerja atau secara formal, di kelas ataupun di tempat pertemuan *mentor* dan *mentee* yang telah disepakati bersama. Konten pembelajaran disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan *mentee*. *Mentor* membantu cara bersosialisasi, komunikasi, tujuan karir dan pemecahan masalah. Melalui pengalaman dan keahlian *mentee* sendiri, *mentor* dapat membantu *mentee* menentukan langkah yang harus diambil. Keberhasilan program *mentoring* dapat dievaluasi dengan memantau kinerja *mentee* di tempat kerja (Flynn & Stack, 2006).

d. Karakteristik *Mentor*

1. *Mentor* memiliki keterampilan dan atribut tertentu. Kemampuan dan kompetensi yang sesuai untuk menjadi role model yang relevan, seperti keterampilan yang dibutuhkan untuk mencapai kinerja yang baik di lingkungan kerja,
2. *Mentor* dan *mentee* sebaiknya memiliki jenis kelamin yang sama.
3. Berusia 8-14 tahun lebih tua.
4. Memiliki posisi kewenangan dalam organisasi. *Mentor* biasa memilih *mentee* karena kualitas kepemimpinan atau manajerialnya.
5. Tidak bekerja di unit kerja yang baru.

6. Perawat yang berpengalaman, perawat praktik lanjut, pimpinan administratif, dan perawat pendidik.
7. *Mentor* dipilih oleh *mentee* melalui daftar yang diberikan koordinator *mentor* kepada *mentee*.
8. Mempunyai sifat Caring
9. Pendengar yang baik
10. Emosi yang stabil.
11. Menunjukkan sikap kepemimpinan
12. Mempunyai komitmen
13. Tidak menghakimi
14. Menjaga rahasia atau informasi yang disampaikan oleh *mentee*
15. Sabar
16. Mempunyai selera humor yang baik dan tepat
17. Mempunyai toleransi yang tinggi

Tabel 3.3 Karakteristik yang diperlukan untuk *mentor* dan *mentee* meliputi:

Sikap	Kemampuan
Asertif	kepemimpinan
Komitmen	Kemampuan untuk bekerja dengan opini yang beragam
Kerahasiaan	kemampuan untuk menimbulkan antusiasme
Kebijaksanaan	Kemampuan mendengarkan
Kejujuran	Komunikasi efektif
Loyalitas	Kemampuan mengidentifikasi kesempatan dan peluang
Motivasi	Kemampuan untuk melihat yang terbaik / potensi dalam diri orang lain
Keterbukaan	Kemampuan untuk bertindak sebagai role model

Sikap	Kemampuan
Kesabaran menghadapi situasi sulit	Kemampuan untuk menerima perubahan
sikap positif dalam bekerja	Kemampuan memecahkan masalah
Realisme	Kemampuan investigasi
Menghormati	Kemampuan untuk memberikan umpan balik yang konstruktif
	Kemampuan untuk menganalisis dan mengevaluasi
	Kemampuan untuk melihat masalah secara berbeda pada setiap <i>mentee</i> (Murray & Owen, 1991)

e. Keuntungan *mentoring*

Mentoring memberikan keuntungan baik bagi *mentor*, *mentee* dan juga institusi (CNA, 2004).

1) Keuntungan bagi *mentee*

Keuntungan untuk *mentee* adalah terjadinya peningkatan kompetensi, percaya diri dan rasa aman, kepuasan kerja, penurunan tingkat stres, jaringan kerja meluas, kemajuan karir, peningkatan pengetahuan dan keterampilan, pengembangan bakat yang diketahui dan yang belum ditemukan, pengembangan etika pribadi, dan pembentukan persahabatan. Peran dan dukungan *Mentor* pada diri *mentee*, mengekspresikan ide-ide secara bebas, dan menjunjung tinggi harapan dapat meningkatkan harga diri, konsep diri, dan kepercayaan diri *mentee* dan dapat menginspirasi perawat pemula untuk mencapai potensi penuh dalam karir profesional keperawatan (Gerhart, 2012). Hubungan *mentoring* yang baik juga dapat menciptakan lingkungan kerja

yang positif yang mendorong pembelajaran, memberikan manfaat bagi perkembangan karir dan psikososial *mentee*, berkurangnya stres dan konflik kerja pada perawat, meningkatnya kepuasan kerja dan karir sehingga dapat menurunkan *turnover* (Kim & Zabelina, 2011).

2) Keuntungan bagi mentor

Keuntungan bagi *mentor* adalah mencapai kepercayaan diri, peningkatan kepuasan kerja dan perasaan berharga, peningkatan ketrampilan, perkembangan diri dan pembelajaran, motivasi akan ide baru, potensial untuk meningkatkan karir. Pengalaman *mentoring* memberi *mentor* kesempatan untuk mengajar dan belajar. *Mentor* juga merasa terdorong untuk tetap *up to date* pada keterampilan klinis dan pengetahuan untuk memastikan bahwa kinerja yang dilakukan berdasarkan *evidence base practice* karena *mentor* menawarkan dukungan klinis untuk para *mentee* (Hill & Sawatzky, 2011). Proses *mentoring* juga memberikan *mentor* energi baru yang segar dan rasa ingin tahu, dan memiliki cara baru dalam memandang sesuatu serta dapat meningkatkan produktivitas kerja *mentor* (Kim & Zabelina, 2011).

3) Keuntungan bagi institusi

Keuntungan yang diperoleh institusi adalah peningkatan kemampuan untuk rekrutment dan komitmen pada organisasi, perbaikan kualitas perawatan, penurunan *turn over*, dan pengembangan kerja sama. *Mentoring* dapat berdampak pada kepuasan kerja perawat dan dapat mendorong

lingkungan kerja yang positif dengan menghasilkan perawat yang puas dengan karir. Hill & Sawatzky (2011) dan Gerhart (2012) menyebutkan *mentoring* dapat menciptakan kerja sama tim yang baik serta menciptakan lingkungan belajar untuk pendidikan berkelanjutan yang dapat berkontribusi terhadap pertumbuhan personal dan institusi tempat bekerja. Institusi juga dapat memanfaatkan program *mentoring* untuk membuat sikap kerja yang positif dan menurunkan *turn over*.

f. Peran dan tanggung jawab *mentor*

Greene dan peutzer dalam CNA, (2004) menggambarkan tiga peran dari *mentor*, yaitu:

- 1) Role model yang mendampingi melalui contoh dan teladan.
- 2) Socializer, yaitu menolong dan memfasilitasi untuk mengintegrasikan *mentee* dan budaya sosial.
- 3) Educator, mengidentifikasi kebutuhan belajar dan merencanakan pengalaman kepada *mentee*.

Tanggungjawab *mentor* adalah bertindak sebagai role model yang profesional, percaya diri dalam praktek kompetensi, berkolaborasi dengan dan melindungi *mentee*, berkomitmen untuk belajar sendiri dan dari orang lain, simpatik, mendukung dan menghargai, mempunyai harapan dan pendekatan yang konsisten dan memfasilitasi pengenalan *mentee* akan organisasi, memberikan penguatan dan pendampingan bagi *mentee*, berkomunikasi dengan koordinator bila perlu (CNA, 2004).

Peran sebagai *mentor* manajer keperawatan adalah sebagai berikut (Darling, 1984 dikutip oleh Marquis dan Huston, 1998).

- 1) *Model*: seseorang yang perilakunya menjadi contoh dan panutan.
- 2) *Envisioner*: seseorang yang dapat melihat dan berkomunikasi arti keperawatan profesional dan keterkaitannya dalam praktik keperawatan.
- 3) *Energizer*: seseorang yang selalu dinamis dan memberikan stimulasi kepada staf untuk berpartisipasi terhadap program kerjanya.
- 4) *Investor*: seseorang yang menginvestasikan waktu dan tenaga dalam perkembangan profesi dan organisasi.
- 5) *Supporter*: seseorang yang memberikan dukungan emosional dan menumbuhkan rasa percaya diri.
- 6) *Standard procedure*: seseorang selalu berpegang pada standar yang ada dan menolak aktivitas yang kurang atau tidak memenuhi kriteria standar.
- 7) *Teacher-coach*: seseorang yang mengajarkan kepada Anda tentang kemampuan skill interpersonal, dan politik yang penting dalam pengembangan.
- 8) *Feedback giver*: seseorang yang memberikan umpan balik, baik secara tulus positif atau positif dalam perkembangan.
- 9) *Eye-opener*: seseorang yang selalu memberikan wawasan/pandangan yang luas tentang situasi terbaru yang terjadi.
- 10) *Door-opener*: seseorang yang selalu membuka diri dan memberikan kesempatan kepada staf untuk berkonsultasi.

- 11) *Idea bouncer*: seseorang yang akan selalu berdiskusi dan mendengar pendapat Anda.
- 12) *Problem solver*: seseorang yang akan membantu dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah.
- 13) *Career counselor*: seseorang yang membantu dalam pengembangan karier (cepat ataupun lambat).
- 14) *Challenger*: seseorang yang mendorong untuk menghadapi perubahan/tantangan secara kritis dan pantang menyerah.

g. Tahapan *mentoring*

Tahap proses *mentoring* terdiri dari tiga tahapan, yaitu tahap invitasi, tahap keraguan dan tahap transisi. Pertama tahap invitasi, pada tahap ini *mentor* menggunakan waktu dan energi untuk mengasuh individu yang bertujuan untuk belajar dan mempercayai *mentor* dengan rasa hormat. Perawat *mentor* memulai tahapan invasi dengan melakukan pertemuan dengan perawat *mentee* untuk berbagi pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman personal mengenai pertumbuhan profesional.

Kedua, tahap keraguan, pada tahap ini perawat baru/*mentee* mengalami keraguan dan takut tidak mampu mencapai tujuan yang telah ditetapkan. *Mentor* membantu *mentee* mengklarifikasi tujuan dan strategi untuk mencapainya, membagi pengalaman personal dan berperan sebagai penasehat dan sumber dukungan selama masa keraguan. Tahap selanjutnya adalah tahap transisi, *mentor* membantu *mentee* untuk menyadari kelebihan/kekuatan dan keunikan dari *mentee* tersebut. *Mentee* tersebut pada tahap ini mampu membina orang lain.

Keberhasilan dari kegiatan *mentoring* tidak lepas dari hubungan yang intens antara *mentor* dan *mentee* dalam menggali pengalaman atau keterampilan sehingga mencapai suatu tujuan yang komprehensif. Selama proses tahapan *mentoring* berlangsung terdapat fase hubungan yang terjadi antara *mentor* dan *mentee*. Fase hubungan dalam *mentoring* menurut Norwood (2010) terdiri atas tiga fase, antara lain: fase inisiasi, fase kerja (pelaksanaan), dan fase terminasi. Fase inisiasi berfokus pada identifikasi kesamaan karakteristik antara individu *mentor* dan *mentee*, kemampuan atau pengakuan nilai-nilai yang dianut. Fase inisiasi bertujuan untuk menyamakan persepsi antara *mentor* dan *mentee* serta untuk mengidentifikasi kemampuan *mentee*. *Mentor* dan *mentee* pada fase inisiasi harus berkomitmen untuk melaksanakan program *mentoring* sampai selesai. Hal yang perlu diperhatikan dalam fase ini adalah keterbatasan *mentor* dan kemampuan *mentee*.

Fase kedua adalah fase kerja (pelaksanaan), fase ini berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan dalam pencapaian program *mentoring*. Fase kerja terdiri dari beberapa sesi pertemuan *mentoring*. Hubungan saling percaya antara *mentor* dan *mentee* mulai terbentuk sejalan dengan perkembangan fase ini. *Mentee* secara bertahap menjadi lebih mandiri dan terkadang tidak mengharapkan bantuan. Selanjutnya, *mentee* dengan segala pemahaman barunya menjadi seorang yang ingin mencoba dan mengambil resiko yang terus dipantau serta didukung. Kegiatan pada fase kerja meliputi kegiatan berlatih dan simulasi dari *mentee* serta penerapan langsung dari apa yang telah dipelajari selama

program *mentoring*. Akhir dari fase kerja ini, kepercayaan diri *mentee* terus meningkat.

Fase yang ketiga adalah fase terminasi, pada fase terminasi, *mentee* bekerja dan bertindak atas inisiatif sendiri dan pada posisi ini *mentee* telah bekerja secara mandiri. Fase terminasi juga melakukan evaluasi dari apa yang telah dilakukan *mentee* dan hambatan yang dirasakan serta pemecahan masalahnya. Jika selama proses dirasakan bermanfaat oleh kedua pihak, maka keduanya dapat mempertahankan hubungan pertemanan. Masalah potensial dalam hubungan *mentoring* dapat berupa *mentor* yang over protektif atau terlalu mengontrol sehingga membekukan kreatifitas dan inovasi *mentee* . Eksploitasi dapat terjadi jika *mentor* memiliki tujuan untuk pelayanan pribadi *mentor* .

Hubungan yang terjalin dengan baik antara *mentor* dan *mentee* selama kegiatan *mentoring* akan berdampak pada pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Proses *mentoring* yang terencana dapat meningkatkan kemampuan secara *hard skill* dan *soft skill*. Kemampuan *hard skill* yang dapat ditingkatkan adalah pencapaian target kompetensi ketrampilan perawat. Hal tersebut dapat ditingkatkan dengan adanya dukungan yang diberikan dalam proses *mentoring* dan penggunaan sumber belajar yang maksimal. Pencapaian kompetensi *soft skill* yang dapat dilihat adalah adanya peningkatan rasa percaya diri *mentee* dalam bekerja dan beradaptasi di lingkungan yang baru. Selain itu keberhasilan *mentoring* dalam peningkatan *soft skill* dapat dilihat dari adanya kemampuan dalam manajemen diri dan *problem solving* serta koping yang digunakan saat menghadapi masalah.

Mentoring dapat memfasilitasi keberhasilan *mentee* dalam menghadapi masa transisi dan membantu adaptasi dengan koping yang adaptif.

3. Pengembangan program *Preceptorship* dan *Mentoring*

Preceptorship dan *mentoring* serta program role modeling yang lainnya akan mencapai tujuan dan hasil yang efektif ketika program tersebut menjadi bagian dari strategi institusi untuk menciptakan lingkungan belajar. Terdapat enam tahapan untuk mengembangkan program dengan sukses, yaitu mengkaji kebutuhan, identifikasi filosofi, menyusun perencanaan, pengorganisasian, implementasi dan evaluasi.

Tahap pertama, mengkaji kebutuhan. Pengkajian kebutuhan harus dilakukan sebelum mengembangkan program. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara: 1) melakukan diskusi/konsultasi dengan kelompok dan individu yang berkaitan (pengelola, organisasi profesi, bidang regulasi), 2) sumber daya yang dimiliki oleh organisasi dan departemen yang mendukung; 3) mengidentifikasi tujuan eksplisit, untuk siapa program tersebut direncanakan dan peran peserta dipersiapkan; 4) Mengidentifikasi kompetensi yang dibutuhkan untuk dilatih; 5) Menjelaskan karakteristik peserta yang akan mempengaruhi kebutuhan dan gaya belajar mereka (misal, usia, budaya, peran sosial); 6) Menjelaskan kompetensi yang dibutuhkan oleh role model; 7) Mengidentifikasi kompetensi peserta dan instruksional dalam menggunakan teknologi yang tepat.

Tahap kedua, identifikasi filosofi. Filosofi program memberikan dasar untuk mengembangkan dan mengimplementasikan program yang diperlukan. Organisasi harus mengidentifikasi filosofi secara tertulis untuk mengurangi kemungkinan kesalahpahaman yang mungkin

timbul dari kurangnya kejelasan tentang program atau pesertanya. Organisasi harus memastikan hal berikut: 1) Filosofi mengidentifikasi kriteria yang relevan dan hubungan antara kriteria termasuk keyakinan tentang klien, perawat (pelajar dewasa), kesehatan dan pendidikan. 2) Filosofinya ditulis dengan jelas dan dijelaskan kepada peserta, dan semua personil yang terlibat dengan program; 3) Filosofi yang dikembangkan sesuai dengan filosofi Organisasi, Kode Etik Perawat, Pemerintah dan standar praktik khusus yang relevan.

Tahap ketiga, menyusun rencana. Rencana disusun berdasarkan pengkajian kebutuhan dan filosofi. Sebuah perencanaan hendaknya dapat menjelaskan peran dan tanggung jawab peserta, berisi tujuan program yang dapat terukur, serta menjelaskan apa yang akan dicapai, kapan dan dengan sumber daya apa (material, Manusia dan fisik), serta bagaimana hal itu akan terlaksana.

Tahap keempat, yaitu pengorganisasian program. Penyelenggara program menyediakan struktur organisasi serta menjelaskan hubungan antar departemen dengan garis wewenang dan tanggung jawab dalam organisasi. Penyelenggara juga mempunyai kebijakan untuk seleksi, penerimaan, dan penyelesaian program bagi yang berhasil. Pada tahap ini dilakukan validasi dan prioritas kompetensi yang dibutuhkan. Pengorganisasian juga memastikan pemilihan dan persiapan *role model* yang tepat serta adanya penghargaan yang memadai untuk *role model*.

Tahap kelima adalah implementasi program. Penyelenggara program harus menerapkan dan memelihara komponen berikut: 1) memastikan jumlah SDM dan beban kerja yang memadai untuk *role model*. 2) menyediakan sumber

daya yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan program, 3) menetapkan kontrak tertulis 4) mengalokasikan role model dengan cermat, 5) menggunakan panduan dalam supervisi dan memberikan arahan, 6) adanya umpan balik untuk meningkatkan program.

Tahap keenam adalah evaluasi program. Evaluasi program sebaiknya dilakukan secara berkala. Evaluasi mencakup: metode penilaian kinerja peserta, kriteria dan metode penilaian *mentor* dan *preceptor*, strategi dan kriteria logis untuk evaluasi formatif dan sumatif terhadap program terkait dengan tujuan, yang harus mencakup umpan balik dari semua pemangku kepentingan.

Tabel 3.4 Perbedaan *preceptorship* dan *mentoring*

	<i>Preceptorship</i>	<i>Mentoring</i>
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Memperoleh kompetensi baru - Mengembangkan kompetensi dalam pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menumbuhkan perkembangan profesional dan pribadi - Memperoleh kompetensi tertentu untuk setting baru atau peran baru - Mengembangkan <i>networking</i> dan karir
Tipe hubungan	<ul style="list-style-type: none"> - Terdiri dari 1 <i>preceptor</i> 1 <i>preceptee</i> - Hubungan profesional - Formal dan terstruktur - Instruksi langsung dan supervisi melalui berbagi beban kerja untuk 	<ul style="list-style-type: none"> - Terdiri dari satu <i>mentor</i> satu <i>mentee</i>, tapi bisa juga dalam kelompok kecil - Informal dan tidak terstruktur; Bisa lebih formal pada bentuk <i>mentoring</i> terstruktur. - Bersifat membimbing, memberi nasihat

	<i>Preceptorship</i>	<i>Mentoring</i>
	<p>belajar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berdasarkan persyaratan program dari pendidikan atau rumah sakit 	<p>daripada mengawasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hubungan timbal balik yang diarahkan oleh kebutuhan <i>mentee</i>
Waktu	<ul style="list-style-type: none"> - Jangka pendek sampai menengah (minggu) - Waktu ditentukan oleh institusi pendidikan atau penyelenggara program 	<ul style="list-style-type: none"> - Jangka menengah sampai panjang (bulan-tahun) - Jumlah waktu ditentukan sesuai kebutuhan dalam kaitannya dengan tujuan
Karakteristik role model	<ul style="list-style-type: none"> - Seorang pembimbing telah menguasai setidaknya kompetensi dasar yang dibutuhkan oleh peserta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seorang <i>mentor</i> sering dikenal sebagai ahli di lapangan, Setidaknya sebagai profesional yang mahir. - <i>Mentor</i> biasanya lebih tua dan lebih senior dari pada <i>Mentee</i>.
Karakteristik partisipan	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta adalah pemula, perawat baru atau perawat yang praktik di area yang baru. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta bukan pemula untuk profesinya tapi mungkin seorang pemula dalam kaitannya dengan peran atau keahlian.
Penilaian dan evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> - Penilaian dan evaluasi secara formal 	<ul style="list-style-type: none"> - Informal; bentuk yang lebih formal pada model program <i>mentoring</i> terstruktur.

BAB IV

PENGEMBANGAN KEPROFESIAN BERKELANJUTAN DALAM KEPERAWATAN

A. Definisi

Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (PKB) atau *Continuing Professional Development* (CPD) menekankan pada sebuah proses yang terencana dan sistematis, melalui peningkatan kinerja profesional yang bermanfaat bagi individu, organisasi, dan masyarakat (Norton, 2008). Madden dan Mitchell mendefinisikan PKB sebagai pemeliharaan dan peningkatan pengetahuan, keahlian, dan kompetensi profesional sepanjang karir sesuai dengan rencana yang telah dirumuskan berdasarkan kebutuhan profesional, atasan, profesi, dan masyarakat (O'Sullivan, 2006).

PKB juga didefinisikan sebagai sebuah proses pembelajaran sepanjang hayat bagi individu dan kelompok yang berfokus pada outcome (Hughes, 2005). PKB merupakan cara peningkatan kapasitas diri yang harus dilakukan sepanjang kehidupan profesional. Definisi yang sama juga disampaikan oleh Ryan (2003) menjelaskan bahwa PKB merupakan komponen dasar yang terletak disepanjang kontinum pembelajaran sepanjang hayat.

Pengembangan Profesi Berkelanjutan telah didefinisikan sebagai proses belajar sepanjang hayat yang terjadi dalam karir profesional. Kegiatan pembelajaran tersebut bertujuan untuk

mengembangkan dan mempertahankan kemampuan untuk menjadi individu yang kompeten dalam lingkungan profesional (Vasuthevan dan Viljoen 2003).

PKB adalah pemeliharaan, peningkatan dan perluasan pengetahuan dan kemampuan yang sistematis, serta pengembangan kualitas diri yang diperlukan untuk pelaksanaan profesional, tugas teknis sepanjang kehidupan kerja individu (Friedman & Phillips, 2004). Pelaksanaan PKB di keperawatan menunjukkan pengaruh pada pengembangan karir, pilihan karir, dan pencapaian serta mempertahankan kompetensi di bidang klinis (O'Sullivan, 2006).

PKB dalam konteks rumpun profesi kesehatan adalah berbagai kegiatan pembelajaran dimana para profesional bertahan dan berkembang sepanjang karir mereka untuk memastikan bahwa mereka mempertahankan kapasitas mereka untuk praktek secara aman, efektif, dan legal dalam ruang lingkup pengembangan praktek mereka. PKB menggambarkan kegiatan belajar yang dilakukan sepanjang kehidupan kerja individu untuk mempertahankan dan meningkatkan kinerja individu. Tempat kerja adalah lingkungan yang berubah secara konstan/terus-menerus dan perubahan ini menghasilkan dan memerlukan banyak pengetahuan, kemampuan, dan informasi yang baru dan luas. Cara untuk tetap mengikuti perkembangan tersebut adalah melalui PKB (Norton, 2008).

PKB meliputi semua pengetahuan teoritis dan keterampilan praktis seorang perawat profesional yang telah dikuasai untuk diperbaharui menyesuaikan lingkungan kerja yang dinamis. Pembaharuan tersebut dapat dilakukan melalui proses evaluasi secara kritis terhadap pengetahuan dan keterampilan up to date dalam praktek perawat. Bentuk kegiatan PKB meliputi pengetahuan dan keterampilan yang berkaitan dengan

mengarahkan pada perawatan pasien, manajemen, pendidikan, dan penelitian. Kegiatan PKB harus memberikan pengetahuan yang tepat, keterampilan, sikap, dan nilai-nilai yang berkaitan dengan bidang keahlian (Arunachallam, 2009).

Sjukhusläkaren (2005), perawat profesional memiliki tugas etis untuk terus berusaha memiliki pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasien, dan perawat juga memiliki hak fundamental atas izin untuk terlibat dalam PKB yang diperlukan. Seorang perawat profesional melakukan kegiatan PKB merupakan kebutuhan seumur hidup karena PKB dalam keperawatan diperlukan untuk meningkatkan kinerja profesional.

Beberapa definisi yang disampaikan oleh para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa pengembangan keprofesian berkelanjutan merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap sebagai perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan masyarakat yang dilakukan sepanjang karir sebagai perawat dan melalui proses yang direncanakan.

ANALISIS KATA KUNCI DARI DEFINISI PKB

Definisi PKB dapat disimpulkan sebagai kegiatan yang dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap sebagai perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan masyarakat yang dilakukan sepanjang karir sebagai perawat dan melalui proses yang direncanakan. Dari definisi PKB tersebut terdapat kata kunci yang dapat dianalisa, yaitu mempertahankan, meningkatkan, profesional, sepanjang karir, kebutuhan masyarakat dan proses yang direncanakan.

1. Mempertahankan

PKB merupakan kegiatan mempertahankan apa yang sudah dipelajari untuk tetap up to date dengan pengetahuan sehingga asuhan

ANALISIS KATA KUNCI DARI DEFINISI PKB	
	keperawatan tetap dapat dilaksanakan dengan baik. Ketika perawat belum dapat meningkatkan kemampuannya setidaknya berusaha untuk tetap mempertahankannya. Kemampuan tersebut meliputi pengetahuan, keterampilan, sikap dan nilai-nilai dari perawat.
2. Meningkatkan	PKB adalah peningkatan pengembangan diri untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, sikap dan nilai-nilai perawat profesional yang diinginkan (Allen, 2004). Sehingga perawat mempunyai kompetensi keahlian yang jelas.
3. Profesional	Profesional mengacu pada orang yang telah menjalani pendidikan dan pelatihan khusus, yang sering kali berisi persiapan akademik yang panjang dan intensif, dan beberapa bentuk praktik magang (Allen, 2004). Keperawatan di Indonesia disebut sebagai perawat profesional ketika sudah menyelesaikan pendidikan di akademik, mempunyai sertifikasi keahlian dan telah lulus uji kompetensi serta mendapatkan surat tanda registrasi perawat (STR). Ketika masa berlaku STR habis dapat diperpanjang dengan melakukan kegiatan PKB untuk mendapatkan 25 SKP dalam 5 tahun.
4. Sepanjang Karir	PKB merupakan kegiatan dimana proses pelaksanaannya dilakukan sepanjang berkarir sebagai seorang perawat. Pembelajaran dilakukan seumur hidup dengan harapan perawat dapat selalu beradaptasi dengan perkembangan ilmu dan teknologi. Perawat profesional yang praktek keperawatan harus terlibat secara teratur dalam PKB selama karir mereka.
5. Kebutuhan Masyarakat	PKB merupakan proses yang direncanakan. Individu mempunyai kebutuhan untuk mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan sehingga perlu adanya perencanaan yang tepat agar tetap bisa mendapatkan kegiatan PKB sepanjang pekerjaan mereka. Rencana PKB bisa dalam bentuk portofolio; profil pribadi dan penilaian kinerja individu dalam pengaturan pekerjaan mereka (Quinn, 1998).
6. Proses yang Direncanakan	Madden dan Mitchell (1993) menyiratkan bahwa PKB didasarkan tidak hanya pada kebutuhan perawat profesional individu tetapi juga pada kebutuhan rumah sakit, profesi keperawatan, dan masyarakat secara keseluruhan. Madden dan Mitchell (1993) juga menekankan pentingnya bahwa PKB harus menjadi proses yang direncanakan.

B. Tujuan

PKB diperlukan untuk terus mengikuti perkembangan baru dalam hal pengetahuan, kemampuan, dan teknologi untuk menjamin kompetensi yang berkelanjutan dalam pekerjaan. Peningkatan pengetahuan dan kemampuan diperlukan untuk dapat memulai dan menanggapi perubahan dalam lingkungan kerja, mengembangkan efektifitas diri dan profesional serta meningkatkan kepuasan kerja (Norton, 2008).

Tujuan dari PKB yang dilaksanakan oleh perawat adalah untuk memastikan bahwa perawat mempunyai pengetahuan yang diperlukan, keterampilan, sikap dan kemampuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi dan meningkatkan kinerja dalam peran profesional mereka, sehingga hasil asuhan keperawatan semakin baik dan kepuasan pelayanan dapat dirasakan oleh pasien (O'Sullivan, 2004; Campbell, et.al, 2010; Cleary M, et al, 2011). Literatur lain menjelaskan bahwa PKB bertujuan untuk memastikan pengetahuan dan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan akademis serta informasi baru dapat diaplikasikan ke dalam praktek keperawatan saat ini (Brine A, 2005). PKB sangat penting untuk mempertahankan dan memperbaharui pengetahuan dasar (Bolderston, et.al, 2007).

Melaksanakan pengembangan keprofesian berkelanjutan merupakan sebuah tanggung jawab seorang perawat sebagai individu dan bagian dari profesi. Semua perawat memiliki tanggung jawab profesional untuk menjaga kompetensi, pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang terbaik.

PKB diperlukan untuk menjamin kompetensi yang berkelanjutan dalam pekerjaan. Semua perawat memiliki tanggung jawab profesional untuk menjaga kompetensi dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang terbaik.

C. Manfaat

Perawat memerlukan penguatan pada pengetahuan dan kemampuan yang diperoleh sebelumnya PKB. PKB membantu para praktisi dalam menjaga kebaruan pengetahuan, ketrampilan dan sikap secara klinis, managerial, dan professional. O'Sullivan (2006) menyampaikan bahwa program pendidikan berkelanjutan dalam keperawatan dan bidan terdapat manfaat secara personal dan profesional. Hal tersebut secara khusus menunjukkan kemampuan baru, pengetahuan baru dan meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan komunikasi berkaitan dengan pengelolaan pasien, dan secara keseluruhan peserta lebih menyadari kebutuhan penelitian dan praktek berdasarkan bukti (*evidence based practice*) sebagai bagian dari peran mereka dalam area klinis.

Hughes (2005) dalam studinya menjelaskan manfaat PKB antara lain adalah menjaga *up to date*, belajar dari orang lain, refleksi, penelitian, motivasi, tanggungjawab, pendidikan dan tantangan. Studi lain menyebutkan terdapat tiga keuntungan paling besar setelah berpartisipasi dalam PKB, yaitu dapat meningkatkan pengetahuan, praktik perawatan pasien dan keterampilan perawat (Villiers,et.al, 2003).

Literatur lain menggambarkan PKB sangat membantu dalam mengatasi perubahan yang terjadi dalam tingkat apapun (klinis, manajerial, teknologi, profesional, dan sebagainya). Hal ini dipandang sebagai salah satu faktor kunci dalam memberikan pelayanan berkualitas tinggi karena tujuan akhir dalam keterlibatan didalamnya adalah untuk mengubah praktek klinis. PKB dapat membantu praktisi dalam menggabungkan antara pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan praktek secara profesional dan berfokus pada perawatan pasien. Manfaat lain dari PKB secara personal adalah meningkatkan kepercayaan diri perawat dan motivasi, meningkatkan kesempatan dalam membangun jaringan

dan peningkatan komitmen terhadap institusi (Cleary, et.al, 2011). PKB berhubungan erat dengan penilaian serta validasi ulang dan juga terkait dengan penilaian kinerja, pemberian lisensi dan akan berdampak pada jenjang karir seorang perawat.



Gambar 4.1 Manfaat berpartisipasi dalam program PKB (Villiers,et.al, 2003; Hughes, 2005; Cleary, et.al, 2011; Puspitaningrum, 2015)

D. Bentuk Kegiatan

Definisi dari PKB mencakup referensi untuk berbagai kegiatan pembelajaran, baik formal maupun informal. Hal ini diakui bahwa fokus PKB bervariasi melalui tahap berbeda dalam karir individu dan oleh karena itu, jumlah PKB yang dilakukan akan naik turun. Pada beberapa tahap, individu akan

mengkonsolidasikan pengetahuan dan kemampuan mereka dan pada waktu lain mungkin berusaha untuk mengkhususkan atau memajukan batas-batas pengetahuan dan praktek. Kegiatan PKB harus merefleksikan tahap yang berbeda-beda dan harus fokus pada pembelajaran yang dicapai dan dampaknya terhadap praktek.

Kegiatan yang berkontribusi terhadap PKB perawat tidak terbatas pada program akademik formal dan pengembangan in-service (Norton, 2008). Bentuk kegiatan PKB meliputi: 1) menghadiri kursus, konferensi, lokakarya, dan seminar singkat, 2) mengambil kursus yang terakreditasi oleh penyelenggara pendidikan tingkat ketiga atau pihak penyedia layanan pendidikan yang diakui, pembelajaran berbasis pekerjaan, 3) proyek kerja, 4) presentasi poster, 5) studi penelitian skala kecil, 6) menulis artikel untuk publikasi internal, regional, nasional atau internasional, 7) menindaklanjuti kesenjangan pengetahuan yang teridentifikasi (personal/unit/ departemen) dengan melakukan pencarian literatur dan tinjauan pustaka untuk menginformasikan pelaksanaan praktek baru, 8) mengunjungi pusat-pusat lain untuk membandingkan praktek atau belajar dari para profesional lain tentang teknik dan praktek, 9) berpartisipasi dalam setiap pembelajaran tindakan, 10) keanggotaan kelompok praktek reflektif atau supervisi klinis, 11) berpartisipasi dalam kegiatan pengelolaan seperti pemilihan dan rekrutmen staf, tinjauan kinerja, pengembangan kebijakan atau perencanaan pelayanan, 12) audit praktek atau beban kerja, 13) pertemuan praktek klinis, 14) kegiatan penilaian resiko dan pengelolaan, dan 15) pelayanan in-service.

Kennie mengelompokkan aktivitas PKB menjadi dua bagian, yaitu formal dan informal (Kennie, 1998). Bentuk PKB formal meliputi kegiatan workshop, seminar, pengajaran, pendidikan formal, pembelajaran interaktif, karya tulis, pembelajaran terstruktur dan penelitian. Bentuk kegiatan PKB informal dibagi

menjadi dua bagian yaitu perluasan pengalaman baru dan pengelolaan perubahan. Perluasan pengalaman meliputi pertukaran, perpindahan ke unit baru, dan mengikuti atau menjadi anggota organisasi. Pengelolaan perubahan antara lain pengembangan keterampilan baru, peningkatan kemampuan dan menilai peningkatan kemampuan.

Ruang lingkup aktivitas pembelajaran PKB sangat luas. Perawat profesional dapat menggunakan perpaduan antara beberapa aktivitas untuk memastikan peningkatan pengetahuan, ketrampilan, sikap dan nilai. Era perkembangan teknologi seperti saat ini sangat memungkinkan perawat untuk menggunakan sumber-sumber elektronik. Beberapa aktivitas PKB dibagi menjadi dua, yaitu on the job methods dan off the job methods, diklasifikasikan pada tabel 2.5 (Muller, Bezuidenhout & Jooste, 2006).

Tabel 4.1 Aktivitas pengembangan keprofesian berkelanjutan

On -the- job methods	Off -the- job methods
Audit pelayanan	Pembelajaran jarak jauh
Rotasi pekerjaan	Pendidikan akademik
Pelatihan dan pendidikan dalam pelayanan	Pelatihan singkat terakreditasi
Supervisi on-site dan bimbingan oleh spesialis	Belajar mandiri
Klub review artikel dan jurnal	Panduan belajar
Penugasan dan proyek kelompok	Seminar dan workshop
Review laporan kasus pasien	Conferences
<i>Mentoring & coaching</i>	Pertemuan dengan organisasi profesional
Teleconference	Pertemuan dalam kolegium ilmu keperawatan
Pertemuan staff dan conferences	Sertifikat kehadiran
Support groups dan problem solving groups	Penelitian

Hal penting dalam menentukan aktivitas yang akan diikuti adalah sesuai dengan praktik klinik / bidang pekerjaan saat ini dan dapat memenuhi kebutuhan belajar yang diinginkan.

E. Model Pelaksanaan PKB

Model PKB terdiri dari empat macam model, yaitu *input-based model*, *outcomes-based model*, *sanctions and benefits models* dan *obligatory model* (Norton, 2008).

a) Input-based model

Model berbasis input menentukan berapa banyak aktivitas PKB yang harus dilakukan selama jangka waktu tertentu baik dalam jam yang dihabiskan atau poin yang dikumpulkan dan hal ini terkait dengan kegiatan belajar yang diakui. Ini merupakan cara langsung dari pengukuran PKB, beberapa berpendapat bahwa ini sederhana, dengan lebih fokus pada kegiatan itu sendiri daripada fokus ke pembelajaran yang diperoleh dan dampaknya terhadap prakteknya.

b) Outcomes-based model

Pendekatan berbasis hasil menempatkan tanggung jawab lebih pada individu untuk memastikan kebutuhan PKB mereka dan mengevaluasi pembelajaran, menunjukkan bagaimana hal ini telah meningkatkan kinerja profesional mereka. Dalam banyak profesi, ada tren untuk menjauh dari model PKB kuantitatif berbasis masukan ke pendekatan PKB kualitatif berbasis hasil. Namun, pengukuran hasil masih tetap merupakan tantangan bagi banyak badan profesional.

c) Sanctions and benefits models

Rapkins menentukan dua model kebijakan dan praktek PKB dari penelitian Madden dan Mitchell: model sanksi dan manfaat. Menurut Madden dan Mitchell (1993), PKB dipandang penting untuk menjaga up to date pengetahuan

untuk praktek dan bisa dikenakan sanksi pada profesional yang tidak mematuhi untuk memperbarui pengetahuan. Model sanksi untuk PKB yang wajib dipantau dengan tujuan memperbarui pengetahuan dan kemampuan teknis, dan ketiadaan partisipasi biasanya menghasilkan sanksi yang dapat menghilangkan keanggotaan atau status resmi. Argumen terhadap model ini fokus pada kurangnya jaminan bahwa kepatuhan mengarah pada penerapan pembelajaran.

Model manfaat adalah kegiatan PKB yang dilaksanakan secara sukarela dan dipantau diri sendiri. Model manfaat berfokus pada peningkatan status profesional atas dasar sukarela, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan untuk praktek (Madden & Mitchell, 1993; Quinn, 1998). PKB dilakukan untuk memperbarui dan memperluas pengetahuan, kemampuan dan keahlian. Model ini menempatkan penekanan pada tanggung jawab individu, otonomi profesional, keterbukaan dan fleksibilitas tetapi tidak ada jaminan bahwa semua profesional akan mengambil bagian dari kegiatan.

d) *Obligatory model*

Penelitian selanjutnya telah membedakan model sanksi dan manfaat ke model paksaan, wajib, sukarela, dan campuran. PKB wajib berhubungan erat dengan konsep profesionalisme karena para profesional diharapkan untuk melakukan PKB yang dipantau diri sendiri untuk pembaharuan dan pengembangan. Tidak ada pemeriksaan kepatuhan. Banyak badan profesional menganggap pendekatan ini berhubungan dengan kode etik. PKB wajib atau perintah sering diadopsi oleh badan pengawas. PKB paksaan/wajib melibatkan kegiatan penegakan hukum dan sering diadopsi oleh badan regulasi.

Selain model PKB seperti yang telah dibahas diatas masih banyak model PKB yang lain. Berbagai macam model PKB telah digunakan oleh berbagai profesi antara lain guru, praktisi kesehatan dan profesi lain. Model PKB dapat ditentukan berdasarkan kebutuhan dan tujuan yang akan dicapai. Kennedy mengembangkan sembilan model PKB dan model ini juga bisa diadopsi untuk program PKB perawat, antara lain:

a) ***Training Model***

PKB dalam bentuk training/pelatihan ini mendukung sebuah ketrampilan dasar dan melihat teknik yang lainnya PKB memberikan kesempatan tenaga profesional untuk update ketrampilan untuk menunjukkan kompetensi dalam pekerjaan mereka. Pelatihan dilaksanakan oleh seorang ahli dibidangnya dan pelatihan lebih utama dilakukan di tempat kerja, tetapi tidak menutup kemungkinan untuk diselenggarakan diluar (Kennedy, 2005). Model pelatihan efektif untuk memperkenalkan pengetahuan baru (Hoban, 2002).

b) ***Award-bearing Model***

Model Award-bearing menekankan pada pentingnya penyelesaian atau berakhirnya Award-bearing program biasanya pada sebuah lembaga pendidikan tinggi seperti universitas. Award/Penghargaan seperti sertifikat, ijazah, gelar dari lembaga pendidikan tinggi, merupakan simbol jaminan kualitas. Semua Award-bearing model yang berasal dari eksternal divalidasi (Kennedy, 2005). Model Award-bearing menjelaskan bahwa sebagai perawat profesional juga dituntut untuk mendapatkan sertifikat / ijazah/gelar dari perguruan tinggi keperawatan, universitas atau lembaga lain.

c) ***The Defisit Model***

Model defisit PKB berkaitan dengan mengatasi defisit/kekurangan yang dirasakan dalam pelaksanaan

pekerjaan oleh profesional. Biasanya ditangani dalam batas-batas manajemen kinerja di tempat kerja (Kennedy, 2005). Perawat profesional juga dikenai penilaian kinerja dari pengawas dan institusi tempat bekerja.

d) ***The Cascade Model***

Model cascade melibatkan individu untuk menghadiri kegiatan pendidikan dan pelatihan individu profesional dan kemudian menanamkan atau Cascading kegiatan belajar tersebut kepada sesama rekan kerja. Metode ini menjadi sarana untuk berbagi keberhasilan pembelajaran dengan sesama rekan (Kennedy, 2005). Model cascade berlaku untuk perawat profesional yang telah mengikuti program pendidikan dan pelatihan kemudian mentransfer ilmu kepada rekan kerja yang lain. Dengan demikian seluruh staf akan mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan dengan outcome yang sama. Mentransfer ilmu juga untuk memberikan umpan balik dari seminar dan konferensi yang dihadiri.

e) ***The Standards-based Model***

Model berbasis standar ada kaitannya dengan pemeliharaan standar dalam profesi. Kennedy, (2005) menjelaskan bahwa pada model ini pelaksanaan PKB menekankan pada standar profesional atau standar kompetensi etika profesi. Hal ini penting untuk diingat bahwa semua standar etika profesi harus ditaati.

f) ***The Coaching/Mentoring Model***

Model *Coaching / Mentoring* ini menjalin hubungan antara satu orang dengan orang yang lainnya. Teknik *Coaching* digunakan untuk memberikan ketrampilan dasar sedangkan *mentoring* untuk melakukan konseling dan dapat menjalin persahabatan yang profesional. (Rhodes & Beneke, 2002).

Mentoring biasanya dilakukan oleh seorang profesional yang lebih berpengalaman (*mentor*) kepada perawat baru (*mentee*). Perawat profesional yang sudah senior sering harus melatih atau *mentor* rekan junior.

g) ***The Community of Practice Model***

The Community of Practice Model pada umumnya melibatkan lebih dari dua orang. Hal ini biasanya mengacu pada departemen tertentu atau unit khusus. Kesadaran peserta akan keberadaan komunitas sebagai pusat pembelajaran. Peran dimainkan oleh anggota tim, belajar bisa menjadi positif atau pasif tergantung pada kekuatan peran oleh anggota tim yang dominan (Kennedy, 2005). Dalam keperawatan juga terjadi dalam konteks multidisiplin dengan dokter, pekerja sosial, terapis okupasi, apoteker dll. Model ini dapat menghambat inovasi aktif dan kreatif dari praktek, meskipun mereka memiliki potensi untuk bekerja dengan baik melalui penggabungan pengetahuan anggota-anggotanya. Tetapi Boreham (2000) mempunyai pendapat yang berbeda, bahwa belajar dalam komunitas mempunyai nilai tambah, adanya pengetahuan individu dan kombinasi pengetahuan beberapa individu melalui praktek, merupakan cara yang kuat untuk penciptaan pengetahuan baru.

h) ***The Action Research Model***

Action Research merupakan studi tentang situasi sosial, yang melibatkan peserta sendiri sebagai peneliti, dengan maksud untuk meningkatkan kualitas tindakan di dalamnya. Kualitas tindakan dapat dianggap sebagai pemahaman peserta dari situasi, serta praktek dalam situasi. Peserta PKB adalah peneliti dengan maksud untuk meningkatkan kualitas tindakan dalam kelompok (Kennedy, 2005). Keperawatan dapat dilihat sebagai bagian dari model medis yang selalu

terlibat dalam penelitian tindakan. Model ini sering digunakan dalam pengembangan kurikulum dimana pendidik bekerja sama dengan para pemangku kepentingan.

Penelitian tindakan sebagai model CPD telah diakui sukses. Model penelitian tindakan, jelas memiliki kapasitas yang signifikan untuk praktek transformatif dan otonomi profesional (Kennedy, 2005).

i) ***The Transformative Model***

Model PKB ini melibatkan kombinasi dari sejumlah proses dan kondisi yang dinyatakan dalam model sebelumnya. Fitur utama yang menjadi kombinasi dari praktek-praktek dan kondisi yang mendukung agenda transformatif (Kennedy, 2005). Keperawatan membutuhkan model PKB yang berbasis luas dan mencakup semua model. Model transformatif mungkin menjadi contoh yang baik untuk pengembangan berkelanjutan keperawatan.

F. Proses Pelaksanaan PKB

Proses PKB pada umumnya dimulai dengan identifikasi kebutuhan staf, menyusun perencanaan, implementasi kegiatan dan melakukan evaluasi kegiatan. Berikut disajikan proses PKB yang dilaksanakan di United Kingdom dan Australia:



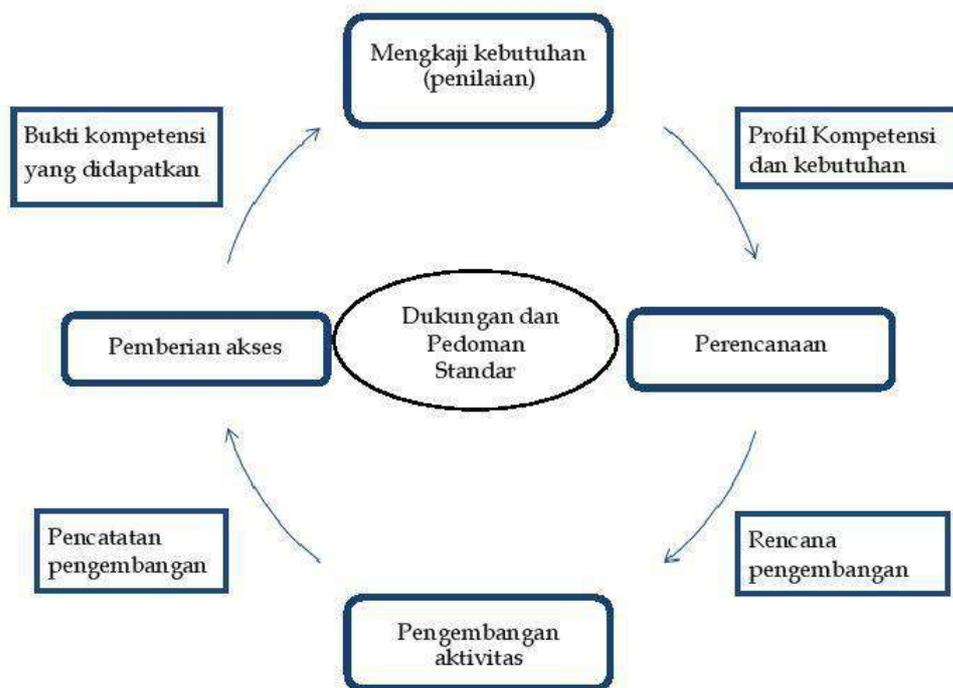
Gambar 4.2 Proses PKB di Australia

Nurses and Midwives Association (2013) dalam pedoman PKB negara Australia, proses PKB dijelaskan pada gambar 2.7. Proses PKB dimulai dari refleksi dan pengkajian praktik. Persyaratan perawat untuk PKB harus mengambil pendekatan terstruktur untuk partisipasi mereka dalam PKB dan menilai praktek mereka terhadap standar kompetensi nasional atau standar profesional yang ditetapkan kemudian tahap kedua mengidentifikasi area prioritas pembelajaran bagi peningkatan praktek mereka sendiri. Perawat mengisi format catatan reflektif praktek untuk mendokumentasikan refleksi dan mengidentifikasi kekuatan atau area yang dimiliki.

Tahap ketiga adalah, menyusun rencana pembelajaran. Rencana pembelajaran adalah panduan pribadi untuk kegiatan PKB. Rencana pembelajaran menyediakan cara terstruktur bagi

perawat untuk mengembangkan tujuan pembelajaran berdasarkan pembelajaran yang dibutuhkan.

Tahap keempat adalah berpartisipasi dalam kegiatan PKB sesuai dengan rencana pengembangan. Tahap terakhir adalah merefleksikan kegiatan PKB yang telah diikuti dengan kegiatan praktik pemberian asuhan keperawatan. Kegiatan PKB yang telah diikuti harus didokumentasikan. Dokumentasi bukti PKB memberikan catatan resmi yang menunjukkan penilaian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi yang telah dilakukan. Dokumentasi bukti PKB harus mematuhi prinsip-prinsip akurasi faktual, akuntabilitas, ketepatan waktu, dan kerahasiaan untuk interaksi dengan pasien dan / atau profesional kesehatan lainnya.



Gambar 4.3 Proses PKB di United Kingdom

Perencanaan PKB perlu mempertimbangkan kendala seperti keuangan dan waktu. Selanjutnya melakukan kegiatan pengembangan yang direncanakan, dan menyimpan catatan pengembangan peserta PKB. Kegiatan pengembangan yang diikuti harus dinilai dan dilihat efek terhadap kompetensi yang baru. Pada beberapa kegiatan tanda lulus/sertifikat dapat memberikan bukti prestasi dan dalam keadaan lain kegiatan PKB bermanfaat jika memperoleh keterampilan yang sebelumnya tidak dimiliki atau meningkatnya kepercayaan diri. Sebuah cara yang berguna untuk mengkonsolidasikan kegiatan PKB adalah dengan mempresentasikan hasil kegiatan PKB pada pertemuan di ruangan. Kegiatan ini kemudian dapat menjadi kegiatan PKB untuk orang lain (Guly, 2000).

Tahapan terakhir, setelah dilakukan program satu tahun PKB, perlu direncanakan untuk tahun selanjutnya. Dengan adanya sistem PKB, perlu adanya penentuan standar yang dibutuhkan praktisi, untuk memantau orang-orang dan untuk memastikan kualitas program pendidikan, pelatihan, dan lain-lain. Cara termudah untuk memantau PKB adalah dengan sistem berbasis kredit. Metode ini mudah untuk dikelola, diukur dan diverifikasi. Sistem ini digunakan di sebagian besar Eropa.

PKB banyak didasarkan pada peningkatan pengetahuan sedangkan apa yang sering dibutuhkan adalah peningkatan keterampilan. Bahkan peningkatan keterampilan tidak secara otomatis menyebabkan peningkatan kinerja.

G. Kebutuhan PKB Perawat

PKB penting dilakukan oleh semua profesi. Profesional yang efektif di semua bidang selalu menyadari pentingnya pengetahuan baru, peningkatan keterampilan dan pengembangan kualitas pribadi. Profesi keperawatan menjadikan pengembangan profesi

dan individu sebagai kompetensi yang harus dilakukan oleh anggota profesinya. Esensi PKB adalah bagian dari praktek profesional yang baik. Sebuah studi yang dilakukan di Inggris mengidentifikasi enam alasan untuk menjelaskan pentingnya PKB dilakukan oleh anggota profesi, antara lain: pemenuhan kompetensi, konsumerisme, litigasi, standar, sistem manajemen mutu dan daya saing (Kennie, 1998).

Sebuah profesi bersifat otonomi, memiliki dasar pengetahuan dan mencakup kepatuhan terhadap etika. Namun, tanggung jawab PKB terletak pada individu sebagai bagian dari peran profesional mereka. Individu yang profesional harus menunjukkan kemampuan untuk terlibat secara sukses dalam PKB untuk mengembangkan dasar pengetahuan profesi, berlatih secara mandiri dan kompeten, dan menjadi akuntabel (O'Sullivan, 2006).

Prinsip-prinsip dasar dari profesionalisme meliputi 1) motivasi untuk memberikan pelayanan kepada orang lain, 2) kepatuhan terhadap kode moral dan etika praktek, 3) mengupayakan yang terbaik, menjaga kesadaran keterbatasan dan ruang lingkup praktek, dan 4) pemberdayaan individu dan tim (Norton, 2008).

Kompetensi dikaitkan dengan pengetahuan dan memastikan bahwa praktek itu aman dan efektif. Eraut berpendapat bahwa kompetensi memiliki minimal dua dimensi, cakupan dan kualitas (Eraut, 2007). Pertama mencakup peran, tugas dan situasi tertentu dimana individu tersebut kompeten, sedangkan yang kedua melibatkan beberapa penilaian tentang kualitas kompetensi itu, mulai dari pemula sampai pakar (Norton, 2008).

Profesional kesehatan dan serumpun diminta untuk mematuhi kode etik profesi dan diharapkan untuk melakukan PKB. PKB merupakan salah satu tanggung jawab yang berhubungan dengan otonomi profesional. Demikian juga, kompetensi pada

intinya merupakan arti menjadi seorang profesional. Kompetensi memiliki unsur-unsur berikut: 1) Individu memiliki tanggung jawab untuk menjamin keamanan dan keberhasilan praktek mereka, 2) Individu harus mampu untuk berpikir kritis tentang apa yang mereka lakukan, bukan hanya berurusan dengan unsur-unsur rutin atau teknis peran mereka, 3) Kompetensi individu tidak ada dalam ruang hampa, tetapi sebagian ditentukan oleh interaksi mereka dengan orang lain dan kemampuan mereka untuk bertindak, mempengaruhi dan merespon dengan tepat dalam konteks apa pun yang mereka praktekkan (Norton, 2008).

H. Faktor yang Mempengaruhi PKB

Partisipasi dalam PKB dipengaruhi oleh banyak faktor. Kajian hasil riset yang dilakukan menyimpulkan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi partisipasi PKB. Faktor tersebut meliputi: faktor individu perawat, kebutuhan pelanggan, pola penyakit, perkembangan teknologi baru, dukungan organisasi dan lingkungan kerja, dukungan teman sejawat, dan dukungan keluarga (Hughes, 2005; Arunachalam, 2009; Cleary, 2011; Katsikis, 2013; Haywood, 2013; Lewis, 2014; Purnamawati, 2016).

1. Faktor individu dan karakteristik perawat

Hambatan dari dalam diri antara lain karena kurangnya pengembangan dalam penelitian dan kehadiran dalam seminar atau workshop, fokus pada kekurangan akan ketidakmampuan sebagai profesi perawat, dan dilema akan keperawatan sebagai profesi (Lewis, 2014). Hambatan lain untuk melakukan PKB yang efektif, seperti kurangnya kemampuan untuk mengartikulasikan pembelajaran berbasis kerja dan merefleksikan praktek, serta mengalokasikan waktu untuk kegiatan non-perawatan.

Pengetahuan yang cukup tentang manfaat dan cara mengikuti kegiatan PKB juga sangat mempengaruhi seseorang mengambil keputusan berpartisipasi dalam kegiatan PKB. Hasil penelitian Katsikitis, et.al (2013) menunjukkan bahwa 20% peserta PKB perawat yang bekerja di sektor publik tidak mengetahui persyaratan PKB dan hanya 50% peserta yang bersedia dan mampu untuk benar-benar menentukan jumlah jam PKB yang dibutuhkan. Pengetahuan tentang PKB sangat menentukan seorang perawat dalam menyusun rencana pengembangan diri yang akan dilakukan. Pengetahuan seseorang didapatkan dari pendidikan atau pengalaman yang berasal dari berbagai sumber.

Selain dari faktor pengetahuan dan motivasi individu perawat. PKB juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik perawat baik dari aspek usia, pendidikan maupun masa kerja. Robins (2001) menyatakan bahwa staf profesional dengan semakin meningkatnya usia, semakin berpengalaman dan semakin meningkat kemampuan profesionalnya. Usia produktif dalam karir profesional, dalam rentang usia 20 - 40 tahun dilaporkan lebih sering berpartisipasi dalam pelaksanaan PKB (Katsikitis, et.al, 2013). Perawat yang berusia lebih dari 50 tahun umumnya sudah mengalami penurunan dalam partisipasi aktif kegiatan PKB, seperti pelatihan (Pool, 2015). Dilihat dari aspek jenis kelamin, staf wanita cenderung lebih rajin, disiplin, teliti serta sabar. Katsikitis, et.al, (2013) dalam studinya menemukan bahwa perawat wanita lebih sering berpartisipasi dalam pelaksanaan PKB.

Karakteristik lain yang turut berpengaruh dalam PKB adalah pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu

karakteristik yang dapat mempengaruhi seseorang, semakin tinggi pendidikan akan semakin kritis, logis dan sistematis dalam berpikir. Siagian (2006) mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Penelitian yang dilakukan Purnamawati (2016) menyebutkan bahwa faktor pendidikan mempunyai hubungan yang paling bermakna dalam keputusan mengikuti kegiatan PKB.

Karakteristik yang selanjutnya, yaitu masa kerja. Masa kerja merupakan berapa lama seseorang bekerja pada masing-masing pekerjaan (Siagian, 2006). Masa kerja sangat erat kaitannya dengan pengalaman kerja. Peningkatan kompetensi perawat menurut Numminen, (2013) berhubungan dengan lamanya pengalaman kerja. Perawat dengan masa kerja 10 tahun atau lebih mempunyai kompetensi yang paling tinggi dan telah mencapai keahliannya (Baxter, et.al, 2014). Lama kerja 10-40 tahun dilaporkan lebih sering berpartisipasi dalam pelaksanaan PKB (Katsikitis, et.al, 2013).

2. Kebutuhan Pelanggan

Peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan berdampak pada ekspektasi yang lebih tinggi terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh perawat profesional. Pasien mengharapkan informasi yang jelas, akurat serta pelayanan yang tepat dan cepat serta memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarga. Tuntutan masyarakat akan informasi mengenai perawatan dan kecakapan perawat dalam melakukan intervensi keperawatan dan penggunaan teknologi kesehatan semakin tinggi. Hal tersebut menjadi salah satu faktor yang mengharuskan

perawat untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan serta sikap dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Pola penyakit

Pola penyakit sangat dinamis dan dapat berubah sepanjang waktu. Pengendalian penyakit adalah upaya penurunan insiden, prevalensi, morbiditas atau mortalitas dari suatu penyakit. Angka kesakitan dan kematian penyakit merupakan indikator dalam menilai derajat kesehatan suatu masyarakat. Pengendalian penyakit yang dilakukan misalnya pengendalian penyakit menular, meliputi penyakit menular langsung, penyakit yang dapat dikendalikan dengan imunisasi, penyakit yang ditularkan melalui vektor dan zoonosis, dan dampak kesehatan akibat bencana. Sebagai salah satu contoh penyakit menular adalah Tuberkulosis dan merupakan penyakit yang menjadi perhatian global. India, Indonesia dan China merupakan negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10% dan 10% dari seluruh penderita di dunia (WHO, Global Tuberculosis Report, 2015). Perawat profesional memerlukan update pengetahuan dan ketrampilan untuk belajar bagaimana cara menangani masalah-masalah kesehatan tersebut. Perawat profesional membutuhkan pembaharuan ketrampilan mereka secara reguler untuk memberikan informasi yang tepat kepada pasien dan masyarakat.

4. Perkembangan teknologi baru

Kemajuan teknologi dalam bidang kesehatan harus diimbangi dengan kesiapan sumber daya tenaga kesehatan dalam memanfaatkan kemajuan teknologi yang terus berkembang. Perkembangan teknologi kesehatan baru seperti diagnostik dan teknik skrining, teknik untuk pemberian obat

misal obat intravena, intervensi bedah, teknologi informasi dan telekomunikasi membutuhkan perubahan substansial dalam keterampilan tenaga kesehatan termasuk perawat dan memiliki implikasi besar terhadap kebutuhan pelatihan untuk perawat profesional (Mc Connell, 2002). Perawat dapat tetap mengikuti perkembangan teknologi jika mereka memperbarui diri terus menerus (Gordon, 2005). Oleh karena itu PKB merupakan sarana untuk perawat agar dapat secara berkelanjutan mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi.

5. Dukungan organisasi dan Lingkungan Kerja

PKB yang efektif dari setiap individu perlu direncanakan dan didukung oleh atasan serta dipandu secara strategis (Norton, 2008). O'Sullivan (2006) menjelaskan faktor yang dapat mempengaruhi terlaksananya PKB adalah masalah organisasional dan manajerial, strategi pembelajaran, dan sistem yang terkait dengan proses PKB. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Katsikitis (2013) bahwa dukungan organisasi mempengaruhi pelaksanaan PKB perawat. Dukungan organisasi dari sudut pandang pegawai merupakan tingkat kepedulian organisasi kepada pegawainya dan menghargai kontribusi para pegawai terhadap organisasi.

Tanggung jawab untuk menilai kebutuhan PKB dan menyediakan dukungan yang tepat bagi stafnya terletak pada organisasi. Menurut Covell (2008) dukungan organisasi dalam pelaksanaan PKB diwujudkan dalam bentuk adanya dukungan biaya, pengaturan/ penggantian staf, ketersediaan waktu belajar dan adanya *Clinical educator*.

Hambatan pelaksanaan PKB dalam penelitian Lewis (2014) meliputi, hambatan dalam organisasi, hubungan dengan pekerjaan dan hambatan secara pribadi. Hambatan

dalam organisasi adalah rendahnya kesadaran atau pemahaman pimpinan, dalam hal ini adalah keterbatasan tenaga, keterbatasan anggaran dan masalah manajemen. Hambatan yang berasal dari hubungan dengan pekerjaan meliputi fokus pada tugas, fokus pada pengelolaan kesehatan mental, beban kerja, kerjasama internal dan eksternal organisasi, hubungan dengan dokter, dan kesepakatan dengan organisasi.

Penelitian Bibb menyebutkan faktor yang menjadi kendala dalam pelaksanaan pengembangan keprofesian, antara lain: kurangnya orientasi perawat yang sistematis, ketidakadeguan waktu dalam orientasi, jadwal kerja, tidak ada pengalaman perseptorship, kurangnya kesempatan mengikuti pelatihan, kurangnya *nurse educator* dan adanya pembatasan dalam pertukaran pelatihan dan rotasi (Bibb et al, 2003). Ketersediaan *nurse educator* atau konsultan untuk membantu perawat dalam pengambilan keputusan klinis merupakan bentuk dukungan organisasi untuk perawat dalam melakukan PKB (Covell, 2008).

Dukungan organisasi terhadap penerapan PKB perawat termasuk pemberian cuti/ijin untuk mengikuti pendidikan profesional berkelanjutan (Bamball, 1992). Dukungan organisasi juga ditunjukkan dalam memberikan kesempatan menerapkan pengetahuan baru untuk berlatih (Haywood, 2013). serta adanya kesempatan yang sama dalam melaksanakan PKB yang tidak terbatas pada lulusan baru (Cleary, 2011).

Organisasi memperhatikan tentang peningkatan kinerja, daya saing dan efektifitas biaya. PKB untuk setiap organisasi harus dikelola secara berkelanjutan melalui promosi pembelajaran sebagai sebuah komponen integral kerja.

Pembelajaran organisasional memfasilitasi pembelajaran untuk seluruh staf dan bermanfaat untuk keduanya, hal ini harus memiliki strategi yang jelas untuk memandu integrasi antara pembelajaran dan pekerjaan dan sumber daya yang tepat untuk mengintegrasikan mereka. Etos sebuah organisasi dapat mendorong dan memungkinkan individu untuk belajar dan berkembang secara terus-menerus, tetapi hal ini butuh didukung sistem dan alat yang memiliki penerapan praktis. Sistem ini perlu dimulai dari tingkat pengelolaan dengan sumber daya yang tepat yang didedikasikan untuk pelatihan, penerapan, dan evaluasi (O'Sullivan, 2006).

Faktor-faktor yang membatasi pengembangan adalah kurangnya waktu, sumber daya, dukungan dan pengakuan. Hart dan Rotem juga merefleksikan dampak lingkungan tempat kerja pada pengembangan profesional pada perawat (O'Sullivan, 2006). Mereka mendukung kebutuhan untuk mengembangkan strategi yang efektif untuk mendukung otonomi profesional, memastikan bahwa staf memiliki kesempatan untuk bernegosiasi dan memperjelas peran dan tanggung jawab mereka di lingkungan, meningkatkan kualitas pengawasan dan menanamkan pendekatan kerjasama untuk penilaian kinerja, mendukung aktifitas kolegial formal dan informal dan meningkatkan kesempatan belajar di tempat kerja dengan memanfaatkan perawat berpengalaman secara efektif sebagai *role model*.

Lingkungan belajar yang efektif adalah salah satu tempat yang mendorong kesadaran pengembangan profesional dan individu merasa didukung. Semua individu dalam sebuah organisasi memiliki peran dan tanggung jawab untuk berkontribusi pada lingkungan belajar yang efektif. Diperlukan pemahaman yang lebih mendalam mengenai

PKB, termasuk pembelajaran di tempat kerja, oleh manajer. Manajer senior memiliki tanggung jawab untuk mempromosikan PKB melalui rencana dan praktek strategis untuk memastikan perhitungan perencanaan yang tepat, misalnya, dampak persyaratan hukum, teknologi baru, dan perubahan dalam praktek kerja. Mereka harus mendorong staf manajerial mereka untuk merencanakan pembelajaran dan pengembangan untuk memfasilitasi perubahan. Dalam kebanyakan organisasi, fokus kontrol terletak pada jajaran manajer, yang bertanggung jawab untuk mengembangkan staf untuk mempertahankan dan meningkatkan kinerja. Manajer berwenang dan menyetujui kesempatan pengembangan dalam kerangka kerja kegiatan umum dan membutuhkan pelatihan yang tepat untuk melakukan hal ini serta memperoleh kesadaran strategis untuk mengelola tanggung jawab PKB mereka untuk mereka sendiri dan staf mereka.

Barribal & While dan Furze & Pearcey menunjukkan bahwa akses ke PKB sangat bervariasi antara berbagai kelompok perawat yang berkualitas (O'Sullivan, 2006). Mereka menegaskan bahwa perawat yang bekerja jaga malam atau paruh waktu lebih sedikit menghadiri kegiatan CPE dari senior dan rekan mereka yang bekerja penuh atau sepanjang hari. Ketersediaan staf pengganti perawat ketika mereka berada jauh dari unit untuk belajar (Covell, 2008) sangat diperlukan sebagai bentuk dukungan organisasi terhadap kesempatan belajar yang diberikan kepada staf.

Mereka melaporkan lebih lanjut bahwa dana yang sedikit, tingkat ke stafan rendah dan tanggung jawab domestik menghalangi partisipasi perawat dalam pendidikan berkelanjutan (O'Sullivan, 2006). Pembiayaan sering

diutarakan dapat mempengaruhi pelaksanaan PKB, kurangnya pendanaan dan pembiayaan sendiri oleh perawat dapat menghalangi partisipasi PKB (Lawton, 2003; Schostak, 2010). Kendala keuangan membuat pembelajaran berlangsung sulit, sesuai dengan hasil penelitian Katsikitis (2013) bahwa kurangnya pendanaan mempengaruhi pelaksanaan PKB. Dukungan organisasi terhadap penerapan PKB perawat termasuk dalam dukungan pembiayaan (Bamball, 1992).

Program PKB memerlukan ketersediaan biaya untuk mendukung terlaksananya kegiatan PKB perawat. Tennant & Field (2004) menyatakan bahwa individu profesional berkontribusi waktu dan tenaga ekstra dan bertahan terhadap banyak stres dalam melakukan PKB. Seharusnya kegiatan PKB didanai oleh institusi tempat bekerja akan tetapi masih sering ditemui sebagian besar program PKB dibayar oleh para profesional secara mandiri.

Faktor-faktor lain seperti kurangnya tempat yang tersedia dan dorongan dari manajer juga berperan sebagai penghambat terhadap perawat dalam mengakses pendidikan selanjutnya (O'Sullivan, 2006).

Ryan dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keputusan yang dibuat oleh para praktisi terhadap akses CPE akan dipengaruhi oleh perubahan dalam keadaan diri dan kerja (Ryan, 2003). Rekomendasi meliputi pertimbangan cermat terhadap penjadwalan, lokasi, dan pendanaan CPE bersamaan dengan kualitas dan relevansi pendidikan terhadap pengembangan diri dan profesional dari para praktisi: CPE harus dilakukan sedemikian rupa sehingga kebutuhan layanan dan praktisi individu dipertimbangkan.

Komitmen dan berbagai bentuk dukungan diperlukan untuk melakukan PKB secara efektif. Manajer memiliki tanggung jawab untuk mendukung staf mereka untuk meningkatkan pemberian layanan dan perawatan pasien dan untuk menanggapi pengembangan layanan. Hal ini dapat dilakukan dengan memperkenalkan sistem dan struktur, seperti supervisi klinis dan klub jurnal, dan menyediakan kesempatan belajar yang tepat yang akan menguntungkan organisasi, tim dan profesional individu. Selain itu, lingkungan kerja harus menjadi salah satu yang membantu perkembangan dan mendorong pertumbuhan melalui diskusi, pertanyaan dan penggunaan penelitian (Norton, 2008).

Manajer harus menyadari sikap positif terhadap PKB dan faktor yang memfasilitasi PKB. Selain itu, faktor inhibisi yang mempengaruhi kemampuan individual untuk terlibat dalam PKB yang efektif. Manajer perlu memahami prinsip-prinsip PKB, mengakui integrasinya ke praktek serta memahami bagaimana staf mereka belajar, baik secara individu maupun kolektif/tim. Perlu ada strategi keseluruhan untuk PKB yang mencakup, misalnya, perlindungan waktu untuk kegiatan, seperti praktik reflektif atau membaca jurnal, serta memiliki seseorang yang bertanggung jawab untuk PKB.

Hambatan dan tingkat motivasi dari profesional layanan kesehatan menjadi faktor terlaksananya PKB. Hambatan utama termasuk kebingungan sumber pendanaan dan tanggung jawab, serta alokasi sumber daya untuk pendanaan PKB. Kesulitan untuk berpartisipasi karena biaya dan kurangnya kesempatan. Jadi motivasi untuk PKB dipengaruhi oleh faktor personal, misalnya, pengembangan karir dan promosi, dan faktor eksternal, seperti pemenuhan

dari persyaratan undang-undang. Namun, motivasi utama adalah keinginan untuk belajar dan berkembang untuk meningkatkan kinerja profesional, serta meningkatkan harga diri dan kepuasan kerja. Motivasi lebih terkait dengan pekerjaan individu terkait tujuan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan daripada mengandalkan perintah PKB. Hal ini berhubungan dengan model PKB manfaat dan sanksi (*sanctions and benefits models*) (O'Sullivan, 2006).

6. Dukungan teman sejawat

Rekan kerja adalah orang-orang yang turut membantu sukses tidaknya kerja yang dilakukan. Perilaku sesama staf mendorong tumbuhnya kepuasan jika satu sama lainnya bersikap menghargai, memotivasi, tidak terjadi konflik negatif dan bersikap bijaksana jika terdapat kesalahan yang dilakukan oleh rekan kerja yang lainnya.

Peserta PKB mengharapkan adanya dukungan dari perawat senior dalam memberikan waktu untuk pelatihan bagi perawat muda, adanya hak yang sama dalam pelaksanaan PKB (Bhandari, 2010). Kurangnya dukungan teman sejawat dapat menyebabkan ketidaktertarikan perawat untuk mengikuti PKB (Katsikitis, et.al, 2013).

7. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2010). Barriball dan While (1996) menjelaskan bahwa komitmen keluarga serta kesulitan membagi waktu dapat mempengaruhi pelaksanaan PKB

perawat. Keluarga mempunyai peran yang besar dalam memberikan dukungan.

Motivasi, komitmen dan tanggung jawab profesional terhadap PKB itu penting, tetapi ini perlu diimbangi dengan beban kerja yang realistis, waktu dan budaya yang mendukung pembelajaran dan pengembangan sebagai bagian integral dari perawatan pasien.

motivasi yang perlu dibangun dalam perencanaan PKB adalah keinginan untuk belajar dan berkembang meningkatkan kinerja profesional, serta meningkatkan harga diri dan kepuasan kerja.

BAB V

MANAJEMEN PKB DI UNIT KEPERAWATAN

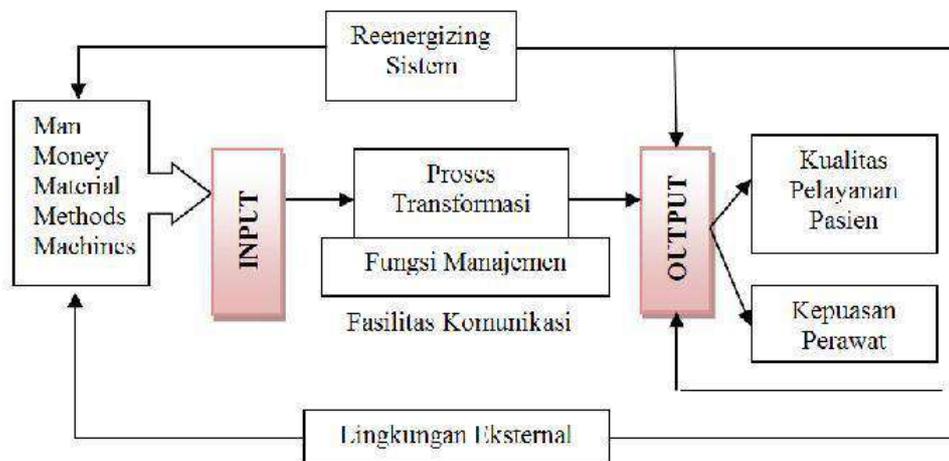
A. Model Sistem Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan merupakan suatu proses yang dilaksanakan dengan pendekatan sistem terbuka, yang terdiri atas beberapa komponen yang tiap-tiap komponen saling berinteraksi. Sistem terbuka tersebut dicirikan oleh lima elemen yaitu input, proses, output, kontrol dan mekanisme umpan balik (Gillies, 2000).

Input adalah proses manajemen keperawatan berupa informasi personel, peralatan dan fasilitas. Proses pada umumnya merupakan kelompok manajemen dari tingkat pengelola tertinggi sampai pada perawat pelaksana yang mempunyai tugas dan wewenang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan dalam pelayanan keperawatan. Output atau keluaran yang umumnya dilihat dari hasil atau kualitas pemberian asuhan keperawatan dan pengembangan staf, serta kegiatan penelitian untuk menindak lanjuti hasil/keluaran. Elemen kontrol dalam manajemen keperawatan sebagai upaya meningkatkan kualitas hasil, kontrol dapat dilakukan melalui penyusunan anggaran yang proposional, evaluasi penampilan kerja perawat, pembuatan prosedur yang sesuai dengan standar dan akreditasi. Selain itu mekanisme umpan balik diperlukan untuk menyelaraskan hasil dan memperbaiki kegiatan yang akan datang.

Mekanisme umpan balik dapat dilakukan melalui laporan keuangan, audit keperawatan dan survei kendalimutu, serta penampilan kerja perawat (Vati, 2013).

Manajemen keperawatan digambarkan sebagai rangkaian kegiatan yang saling terkait. Transformasi sistematis seperti input menjadi produk yang direncanakan sebelumnya, pelayanan pasien dan pemantauan sistem input dan *throughput* atau transformasi proses untuk tujuan memperbaiki kerusakan sistem, dijelaskan pada gambar berikut (vati, 2013).



Gambar 5.1 Sistem model *input-output*

Aplikasi model sistem dalam program PKB perawat juga meliputi input, proses, output, kontrol dan mekanisme umpan balik. Input input terdiri dari sumber daya manusia yang menyusun program PKB dan yang akan peserta yang akan mengikuti kegiatan PKB, peralatan dan fasilitas yang akan digunakan dalam PKB, sumber anggaran untuk kegiatan PKB, serta metode yang akan digunakan dalam memberikan PKB perawat. Sedangkan proses dalam sistem PKB adalah rangkaian fungsi

manajemen yang meliputi perencanaan, pengelolaan, pelaksanaan dan evaluasi yang dilaksanakan oleh pengelola keperawatan atau penyelenggara kegiatan PKB. Penerapan fungsi manajemen juga dilakukan oleh perawat yang mengikuti kegiatan PKB, mulai dari perencanaan kegiatan sampai dengan evaluasi dari kegiatan PKB yang telah diikuti.

Output kegiatan PKB dinilai dari kompetensi baru yang telah dicapai, kinerja dan kualitas pemberian asuhan keperawatan. Pencapaian hasil dari kegiatan PKB yang telah diikuti perlu dilakukan evaluasi apakah hasil yang dicapai sesuai dengan tujuan dan target dalam program PKB perawat. Menilai adanya kompetensi baru yang dimiliki perawat setelah mengikuti kegiatan PKB, apakah perawat mampu mengaplikasikan pengetahuan dan ketrampilan yang telah dimiliki dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Hal tersebut dapat dinilai melalui penilaian kinerja yang dapat dilakukan oleh manager keperawatan. Selain itu diperlukan juga adanya feedback/ umpan balik dan refleksi hasil kegiatan untuk menyelaraskan hasil dan memperbaiki kegiatan yang akan datang.

B. Fungsi Manajemen Keperawatan

Henri Fayol mengidentifikasi fungsi manajemen menjadi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan kontrol. Marquis dan Huston membagi fungsi manajemen menjadilima tahap yaitu perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan dan pengendalian (Marquis & Huston, 2010). Fungsi manajemen keperawatan secara garis besar prosesnya terdiri dari tahapan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian.

1. Perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi dasar dari manajemen. Perencanaan adalah koordinasi dan integrasi sumber daya

keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan layanan keperawatan (Huber, 2006). Perencanaan memberikan informasi untuk mengkoordinasikan pekerjaan secara akurat dan efektif (Swansburg, 2000). Tanpa perencanaan yang adekuat, proses manajemen pelayanan kesehatan akan gagal. Perencanaan yang adekuat dan efektif akan mendorong pengelolaan sumber yang ada dimana harus diidentifikasi tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek serta melakukan perubahan (Marquis & Huston, 2010).

2. Pengorganisasian

Huber menyatakan bahwa pengorganisasian adalah memobilisasi sumber daya manusia dan material dari lembaga untuk mencapai tujuan organisasi, dapat juga untuk mengidentifikasi antara hubungan yang satu dengan yang lain (Huber, 2006). Manfaat pengorganisasian untuk penjabaran secara terinci semua pekerjaan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan, pembagian beban kerja sesuai dengan kemampuan perorangan/ kelompok, dan mengatur mekanisme kerja antar masing-masing anggota kelompok untuk hubungan dan koordinasi (Gillies, 2000). Marquis dan Huston menyatakan bahwa pada pengorganisasian hubungan ditetapkan, prosedur diuraikan, perlengkapan disiapkan, dan tugas diberikan (Marquis & Huston, 2010).

3. Pengarahan

Pengarahan adalah fase kerja manajemen, dimana manajer berusaha memotivasi, membina komunikasi, menangani konflik, kerja sama, dan negosiasi (Marquis & Huston, 2010). Pengarahan adalah fungsi manajemen yang memantau dan menyesuaikan perencanaan, proses, dan

sumber yang efektif dan efisien mencapai tujuan (Gillies, 2000). Pengarahan yang efektif akan meningkatkan dukungan perawat untuk mencapai tujuan manajemen keperawatan dan tujuan asuhan keperawatan (Kurniadi, 2013).

4. Pengendalian

Pengendalian adalah fungsi yang terus menerus dari manajemen keperawatan yang terjadi selama perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan (Vati, 2013). Pengendalian adalah pemantauan dan penyesuaian rencana, proses, dan sumber daya yang secara efektif mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Gillies, 2000). Selama fase pengendalian, kinerja diukur menggunakan standar yang telah ditentukan dan tindakan diambil untuk mengoreksi ketidakcocokan antara standar dan kinerja (Marquis & Huston, 2010).

Prinsip pengawasan yang harus diperhatikan manager keperawatan dalam menjalankan fungsi pengendalian. Prinsip tersebut meliputi: 1) pengawasan yang dilakukan harus dimengerti oleh staf dan hasilnya mudah diukur, 2) pengawasan merupakan kegiatan penting dalam upaya mencapai tujuan organisasi, dan 3) standar untuk kerja harus dijelaskan kepada semua staf (Swansburg, 2000).

Proses pengendalian manajemen keperawatan merupakan satu kesatuan tahapan yang tidak bisa dipisahkan. Adapun tahapan pengendalian mencakup 1) menetapkan standar, yaitu membuat prosedur pengendalian sesuai dengan tujuan akhir yang akan dicapai oleh organisasi, 2) membandingkan standar pelayanan keperawatan yang nyata, 3) membuat perbaikan feedback, dan 4) mempertahankan kesinambungan proses.

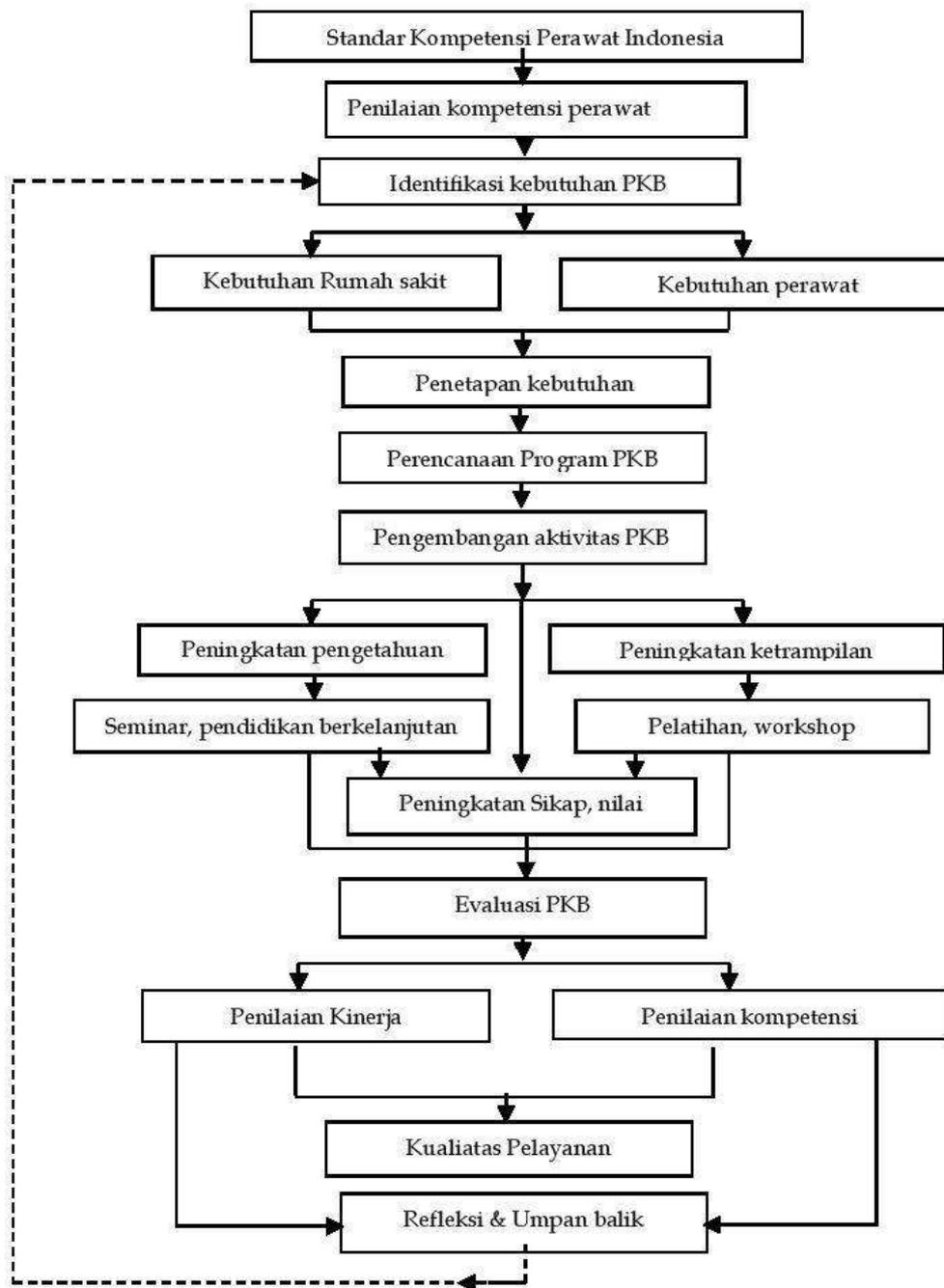
C. Manajemen PKB

Tabel 5.1 Aktivitas pengelola dan perawat dalam manajemen PKB

	AKTIVITAS DEPARTEMEN KEPERAWATAN	AKTIVITAS PERAWAT
PERENCANAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan informasi kesenjangan antara kemampuan, pengetahuan, dan ketrampilan perawat. 2. Menganalisis informasi yang diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan area PKB. 3. Mengidentifikasi kebutuhan PKB. 4. Mengidentifikasi tujuan khusus kegiatan PKB. 5. Menyusun tujuan dan sasaran berdasarkan kebutuhan belajar perawat. 6. Mengidentifikasi outcome pembelajaran 7. Menyusun program PKB. 8. Mengidentifikasi kegiatan PKB yang bersifat mandatori. 9. Mengidentifikasi area prioritas pembelajaran 10. Merencanakan pengembangan materi untuk PKB yang diselenggarakan internal 11. Merencanakan rancangan metode pembelajaran 12. Merencanakan evaluasi kegiatan PKB 13. Merencanakan seleksi perawat yang akan mengikuti PKB 14. Merencanakan anggaran untuk kegiatan PKB 15. Merencanakan waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Refleksi diri akan kemampuan dalam pengetahuan dan ketrampilan memberikan asuhan keperawatan. 2. Menganalisis area peminatan keperawatan yang akan ditekuni. 3. Mengidentifikasi kebutuhan PKB 4. Mengidentifikasi tujuan mengikuti kegiatan PKB 5. Menyusun rencana pengembangan diri. 6. Mencari informasi sumber pengembangan diri yang sesuai. 7. Menghitung kebutuhan point untuk re-registrasi.

	AKTIVITAS DEPARTEMEN KEPERAWATAN	AKTIVITAS PERAWAT
	<p>pelaksanaan PKB</p> <p>16. Mengidentifikasi kendala pelaksanaan PKB</p> <p>17. Merencanakan antisipasi kendala.</p>	
PENGGORGANISASIAN	<p>1. Menyusun rencana pembelajaran</p> <p>2. Mengembangkan tujuan pembelajaran berdasarkan pembelajaran yang dibutuhkan</p> <p>3. Menetapkan kompetensi yang akan dicapai</p> <p>4. Pengorganisasian penyusunan materi</p> <p>5. Pengorganisasian sumber daya manusia yang terlibat dalam penyelenggaraan kegiatan PKB</p> <p>6. Menyusun outcome pembelajaran</p> <p>7. Pengorganisasian penyusunan modul pelatihan</p> <p>8. Pengorganisasian perawat yang mengikuti PKB</p> <p>9. Pengorganisasian metode dan waktu evaluasi</p> <p>10. Pengorganisasian yang mencakup seluruh program: apa, di mana, kapan, bagaimana, siapa, mengapa.</p>	<p>1. Mengikuti seleksi peserta PKB yang dilaksanakan oleh institusi tempat bekerja.</p> <p>2. Mengorganisir jadwal dinas/waktu untuk mengikuti kegiatan PKB</p> <p>3. Melakukan registrasi kegiatan yang akan diikuti.</p>
PELAKSANAAN	<p>1. Melaksanakan kegiatan PKB sesuai dengan rencana program</p> <p>2. Menyelaraskan aktivitas PKB dengan outcome</p> <p>3. Penggunaan sumber belajar</p> <p>4. Dokumentasi pelaksanaan kegiatan</p> <p>5. Pelaksanaan evaluasi kegiatan</p>	<p>1. Berpartisipasi dalam kegiatan PKB sesuai dengan rencana pengembangan diri yang disusun dan sesuai area yang ditekuni.</p> <p>2. Mendokumentasikan hasil PKB yang diikuti</p> <p>3. Mengisi form evaluasi</p>

	AKTIVITAS DEPARTEMEN KEPERAWATAN	AKTIVITAS PERAWAT
		kegiatan yang telah diikuti.
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merumuskan tujuan evaluasi 2. Evaluasi SDM pelaksana 3. Evaluasi proses PKB 4. Evaluasi hasil PKB perawat 5. Evaluasi metode pembelajaran yang digunakan dalam PKB 6. Evaluasi kompetensi baru yang telah dicapai perawat 7. Evaluasi kinerja dalam memberikan pelayanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kompetensi baru yang telah dimiliki 2. Mengevaluasi kompetensi baru yang dimiliki dalam memberikan asuhan keperawatan 3. Membuat catatan refleksi diri untuk mendokumentasikan refleksi dan mengidentifikasi kekuatan atau area yang dimiliki. 4. Menghitung kecukupan point untuk re-registrasi.



Gambar 5.2 Manajemen Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Pengembangan diri yang dilakukan oleh perawat pada akhirnya adalah untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. Hal tersebut dipersyaratkan dengan kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat harus sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh PPNI yang mengacu pada ICN, sehingga diharapkan perawat dalam pengembangan kompetensinya akan sesuai standar keperawatan secara internasional. Dengan beragamnya kompetensi yang harus dicapai, perlu adanya penilaian kompetensi perawat yang selanjutnya akan menjadi pertimbangan dalam memberikan lisensi/ijin pelayanan keperawatan serta akan berdampak pada jenjang karir perawat. Hasil dari uji kompetensi perawat baik pengetahuan, ketrampilan dan sikap dijadikan acuan dalam mengidentifikasi kegiatan PKB yang diperlukan oleh perawat untuk menunjang asuhan keperawatan yang berkualitas.

Bidang keperawatan bersama komite keperawatan dan bidang pendidikan dan pelatihan saling berkoordinasi menyusun program PKB dari hasil identifikasi kebutuhan PKB perawat berdasarkan hasil uji kompetensi, penilaian kinerja, kebutuhan rumah sakit dan usulan perawat secara personal. Rancangan program PKB kemudian diimplementasikan dalam bentuk pengembangan ilmu pengetahuan, ketrampilan serta sikap perawat. Pada saat proses dan akhir kegiatan dilakukan evaluasi yang melibatkan peserta PKB, penyelenggara program dan program PKB itu sendiri. Semua aspek dinilai dan dievaluasi baik secara formatif maupun sumatif. Beragam teknik yang dapat digunakan dalam evaluasi, sebaiknya evaluasi dilakukan dengan beberapa teknik sekaligus, baik teknik untuk menilai kuantitas maupun kualitas dari peserta, program, dan penyelenggara. Evaluasi sebaiknya dilakukan dengan melibatkan peserta PKB (perawat) sehingga diharapkan perawat dapat membuat refleksi

dalam melakukan asuhan keperawatan. Refleksi dan umpan balik dari kegiatan PKB juga menjadi masukan bagi penyelenggara program PKB atau rumah sakit dalam perencanaan program PKB selanjutnya. Berikut dijelaskan secara lebih rinci proses manajemen pengembangan keprofesian berkelanjutan perawat.

1. Perencanaan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan Perawat

Madden dan Mitchell menjelaskan PKB sebagai pemeliharaan dan peningkatan pengetahuan, keahlian, dan kompetensi profesional sepanjang karir sesuai dengan sebuah rencana yang dirumuskan berdasarkan kebutuhan profesional, atasan, profesi, dan masyarakat.

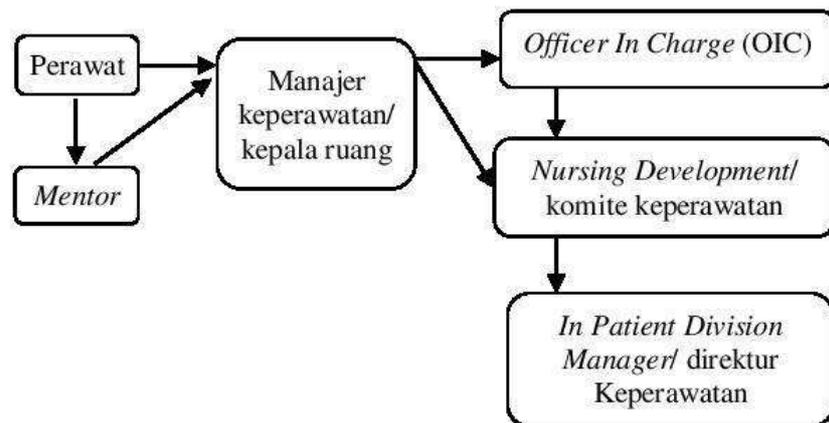
a. Identifikasi kebutuhan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Identifikasi kebutuhan PKB menjadi langkah awal yang dilakukan dalam pelaksanaan PKB. Identifikasi dapat dilakukan oleh pimpinan dan dapat berupa usulan yang bersifat individu dari perawat. Identifikasi dilakukan secara berjenjang dimulai dari tingkat unit oleh manajer keperawatan/ kepala ruang sampai ke tingkat tertinggi oleh direktur keperawatan.

Alur usulan berjenjang kebutuhan PKB dapat dimulai dari usulan perawat pelaksana ke Manajer keperawatan/ kepala ruang langsung atau melalui *Mentor*, kemudian diteruskan ke *Officer In Charge* (OIC) dan *Nursing Development*/Komite Keperawatan untuk selanjutnya ke Direktur Keperawatan.

Kegiatan PKB yang dilaksanakan berdasarkan usulan yang berjenjang dari lini bawah sampai atas perlu mempertimbangkan dampak dari kegiatan yang diusulkan, tingkat kepentingan, tingkat kebutuhan, dana

yang tersedia, pemilihan peserta PKB serta harapan kepada perawat yang dipilih untuk mengikuti kegiatan tersebut. Alur usulan berjenjang tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 5.3. Alur Usulan Berjenjang Kegiatan PKB

Identifikasi kebutuhan PKB, selain dari usulan perawat pelaksana bisa dari program kerja atasan. Identifikasi kebutuhan PKB sebagai program kerja dilaksanakan oleh komite keperawatan dan bidang keperawatan. Identifikasi kebutuhan PKB perawat oleh manager keperawatan dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan yang mendesak di unit, gap kompetensi perawat setelah uji kompetensi, penawaran dari himpunan, kebutuhan rumah sakit dan saran dari *customer* baik internal maupun eksternal.

Identifikasi kebutuhan merupakan tahapan awal sebelum PKB dilaksanakan. Proses pelaksanaan PKB di UK menggambarkan proses yang sama bahwa sebelum dilakukan perencanaan PKB perlu dilakukan pengkajian

kebutuhan atau penilaian (Guly, 2000; Schostak, 2010). Gully dalam penelitiannya menjelaskan bahwa kebutuhan setiap personal berbeda dan harus dimulai dengan sebuah penilaian. Penilaian dilakukan dengan pertimbangan rencana karir, minat dan kelebihan serta kompetensi dalam kegiatan PKB yang dibutuhkan (Guly, 2000).

Penilaian kebutuhan PKB dapat dimulai dengan melakukan assessment kompetensi yang mencakup pengetahuan, ketrampilan, dan perilaku. Assessment kompetensi tersebut digunakan sebagai pertimbangan dalam menentukan bentuk ketrampilan dalam kegiatan mandatory dan sebagai cara menentukan level perawat dalam jenjang karir. Penilaian lain dalam menentukan kebutuhan PKB juga dapat berasal dari usulan perawat berdasarkan minat dan kompetensi. Penilaian atau pengkajian kebutuhan individu dalam kegiatan PKB sangat penting dilakukan sebelum kegiatan PKB dilaksanakan. Kegiatan PKB individu harus mencerminkan dan relevan dengan praktek profesional dan kinerja (UEMS, 2001). Hal tersebut sesuai dengan tujuan penyelenggaraan PKB di Indonesia, bahwa secara umum PKB dilaksanakan untuk meningkatkan kompetensi profesional perawat sesuai dengan perkembangan IPTEK.

Tanggung jawab PKB terletak pada individu sebagai bagian dari peran profesional. Prinsip PKB dalam pedoman PPNI disebutkan bahwa setiap perawat harus mempunyai rencana pengembangan diri untuk menjaga dan meningkatkan profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan (PPNI, 2013). Individu yang

profesional harus menunjukkan kemampuan untuk terlibat secara sukses dalam PKB untuk mengembangkan dasar pengetahuan profesi, berlatih secara mandiri dan kompeten, serta menjadi akuntabel (O'Sullivan, 2006).

Identifikasi kebutuhan PKB juga merupakan tanggungjawab pimpinan dan individu sendiri sebagai tenaga profesi. Peningkatan dan pengembangan staf menjadi tanggungjawab manajer diseluruh level (Gillies, 2000). Tugas penting seorang manajer keperawatan adalah pengembangan staf untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Pengembangan staf yang dilakukan berdasarkan kebutuhan perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Vati, 2013).

Identifikasi kebutuhan PKB yang baik perlu dilakukan dengan metode yang tepat agar dapat memenuhi kebutuhan pengembangan staf dan meningkatkan kualitas pelayanan. Teknik identifikasi kebutuhan PKB yang dapat dilakukan adalah observasi dan penilaian kompetensi perawat. Observasi dan penilaian kompetensi meliputi *skill*, *knowledge* dan *attitude* yang dilaksanakan dalam proses identifikasi kebutuhan PKB oleh pimpinan sangat mempengaruhi PKB yang diperoleh perawat. Hasil penelitian menyebutkan bahwa manajer mempunyai peran yang sangat besar dalam menilai dan menentukan kegiatan PKB yang tepat dan merata untuk staf perawat (Gould, Drey & Berridge, 2007).

Kompetensi jajaran manajer memainkan peran kunci dalam meningkatkan hubungan staf dan kinerja staf, yang dapat berdampak pada peningkatan perawatan pasien dan pelayanan (Ross, Bar & Stevens, 2013). Sebuah

studi menemukan bahwa sejumlah besar staf keperawatan tidak memiliki akses update keprofesian, sehingga berdampak pada *turnover* perawat dan bidan (McCarthy, 2002). Perawat yang tidak mengikuti PKB rentan untuk meninggalkan pekerjaan dan mengundurkan diri dengan cepat sehingga angka *turnover* perawat tinggi (Pool, 2013).

Manajer mempunyai peran yang besar dalam mencegah angka *turnover* perawat, salah satunya adalah memberikan dukungan kepada perawat untuk mengikuti kegiatan pengembangan keprofesian. Manajer terlibat dalam mengidentifikasi pembelajaran dan kebutuhan pengembangan sehingga kebutuhan-kebutuhan yang timbul di tingkat pelayanan dapat terkoordinasi dan dapat dikelola diseluruh rumah sakit (Ross, Bar & Stevens, 2013).

2. Pelaksanaan kegiatan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

a. Bentuk Kegiatan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Kegiatan PKB yang diberikan kepada perawat tidak hanya dari segi pengetahuan tetapi harus mencakup keterampilan dan sikap. Semua kegiatan PKB harus dapat memperbaiki ketiga ranah tersebut. Kegiatan - kegiatan pengembangan staf terdiri dari pelatihan dan pendidikan yang diberikan kepada seorang staf untuk memperbaiki pengetahuan, ketrampilan dan perilaku (Vati, 2013).

Bentuk-bentuk kegiatan PKB yang dapat diselenggarakan di rumah sakit antara lain, pelatihan, seminar, penelitian, *inservice education*, *continuous*

education, study day, dan presentasi kasus. Metode pembelajaran yang dapat digunakan dalam kegiatan PKB antara lain: *mentoring*, *perceptorship*, *bedside teaching*, transfer ilmu melalui presentasi dan simulasi.

Teori pengembangan staf menjelaskan bahwa aktivitas pengembangan staf terdiri dari *induction training*, orientasi, pendidikan dalam pelayanan, pendidikan berkelanjutan, pelatihan manajemen dan pengembangan organisasi. Setiap aktivitas mempunyai tujuan dan karakteristik yang beragam (Vati, 2013). Berdasarkan pedoman PPNI aktivitas atau kegiatan PKB dibagi menjadi empat macam kategori yaitu kegiatan praktik profesional, pendidikan berkelanjutan, pengembangan ilmu pengetahuan dan pengabdian masyarakat.

1) Kegiatan PKB praktik profesional

Kegiatan PKB praktik profesional perawat berupa asuhan keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien. Dalam proses memberikan asuhan kepada pasien dan keluarga, Rumah sakit dapat menerapkan metode pembelajaran *bedside teaching, mentoring* dan transfer ilmu. *Bedside teaching* dilakukan untuk perawat yang masih memerlukan pendampingan dan simulasi untuk perawat junior.

Metode lain yang digunakan dalam merangka meningkatkan pengetahuan adalah dengan transfer ilmu. Transfer ilmu diberikan oleh manajer keperawatan/ kepala ruang, perawat yang selesai mendapatkan pelatihan atau perawat yang mengusulkan diri untuk memberikan materi. Kegiatan transfer ilmu dapat dilakukan secara

terjadwal pada saat *briefing* dan jadwal setiap satu kali dalam seminggu atau transfer ilmu yang dilakukan yang tidak terjadwal atau bersifat insidental.

Metode pembelajaran lain yang digunakan dalam menunjang praktik asuhan keperawatan profesional adalah melalui sistem *mentoring* dan *preceptorship*. *Mentoring* merupakan bentuk kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan perawat dalam rangka memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga. Kelompok *mentoring* dapat disusun berdasarkan level jenjang karir yang sudah ada. Di unit keperawatan dapat dipasang struktur *mentor ing*, yang berisi nama *mentor*, *mentee* dan *key performance indicator* yang harus dicapai.

Pendampingan *mentor*, selain untuk aktivitas sehari-hari dalam asuhan keperawatan juga bisa dilakukan secara intens kepada perawat yang tidak lulus dalam uji kompetensi. Untuk dapat menjalankan tugas sebagai seorang *mentor* yang baik harus ada kriteria yang dipenuhi. Kriteria menjadi *mentor* meliputi: kemampuan dalam memfasilitasi dan membimbing, pengetahuan dan ketrampilan yang baik. Khusus untuk model *preceptorship*, seorang *preceptor* adalah orang yang ahli salah satu kriteria ahli disini adalah perawat yang telah mempunyai masa kerja lebih dari 10 tahun. Penelitian tentang kemahiran kompetensi perawat menjelaskan bahwa perawat dengan masa kerja 10 tahun atau lebih mempunyai kompetensi yang

paling tinggi dan telah mencapai keahliannya (Baxter, 2014). Dengan adanya kriteria tersebut tujuan dalam *mentoring* dan preceptorship diharapkan dapat tercapai.

Hasil penelitian fenomenologis tentang *mentoring* mendefinisikan *mentoring* sebagai proses dimana orang yang lebih berpengalaman dan berpengalaman berperan untuk mendukung, mendorong dan mengawasi orang yang kurang berpengalaman dan berpengalaman sehingga memudahkan dalam karir dan pengembangan pribadi (Robert, 2015). Proses *mentoring* dalam sebuah penelitian dijelaskan, bahwa *mentoring* adalah proses belajar mengajar, proses reflektif, proses pembangunan karir, hubungan mendukung dan membantu. Dukungan dalam *mentor ship*, kelompok sebaya, dan pembelajaran lingkungan yang kondusif dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kompetensi akan berkembang (Robert, 2015). Proses *Mentoring* terdiri dari pembinaan, *support*, *role model*, dan menilai (Grossman, 2014).

Metode pembelajaran melalui *bedside teaching*, *mentoring* dan *transfer knowledge* sangat relevan dalam menunjang praktik profesional asuhan keperawatan. Esensi PKB adalah bagian dari praktek profesional yang baik (kennie, 1998). PKB dalam konteks rumpun profesi kesehatan adalah berbagai kegiatan pembelajaran dimana para profesional bertahan dan berkembang sepanjang karir mereka untuk memastikan bahwa mereka mempertahankan kapasitas mereka untuk praktek secara aman, efektif,

dan legal dalam ruang lingkup pengembangan praktek (O'Sullivan, 2006).

Kegiatan PKB bermanfaat jika memperoleh keterampilan yang sebelumnya tidak dimiliki atau meningkatnya kepercayaan diri. Sebuah cara yang berguna untuk mengkonsolidasikan kegiatan PKB adalah dengan mempresentasikan hasil kegiatan PKB pada pertemuan di ruangan. Kegiatan ini kemudian dapat menjadi kegiatan PKB untuk orang lain (Guly, 2000).

2) Pendidikan Berkelanjutan

Pendidikan berkelanjutan dalam pedoman PKB PPNI diuraikan sebagai bentuk partisipasi perawat pada temu ilmiah, seminar, workshop dan pelatihan. Kegiatan rutin pendidikan berkelanjutan yang bisa dilaksanakan oleh rumah sakit meliputi kegiatan mandatori, *study day*, presentasi kasus, seminar, workshop dan pelatihan. Kegiatan-kegiatan tersebut adalah kegiatan yang bersifat internal atau bisa diselenggarakan di dalam lingkup rumah sakit. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan eksternal adalah seminar, workshop dan pelatihan.

a. Kegiatan Mandatori

Kegiatan mandatori adalah kegiatan wajib yang harus diikuti oleh seluruh perawat dan bertujuan untuk meningkatkan kompetensi perawat dalam memberikan tindakan ke pasien. Penentuan bentuk dan jenis kegiatan mandatori yang dapat diberikan kepada perawat di rumah sakit dapat diseleksi dengan sistem ujian ketrampilan melalui OSCA. Perawat akan

dievaluasi dalam hal melakukan prosedur tindakan keperawatan sesuai SOP. Hasil evaluasi yang tidak lulus diberikan pembelajaran dan remedial. Hasil penelitian menyatakan bahwa kegiatan mandatori dinilai efektif untuk meningkatkan ketrampilan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan, khususnya pada prosedur tindakan yang diujikan (Puspitaningrum, 2015).

b. ***Study Day***

Study day adalah kegiatan yang diselenggarakan untuk membahas *trend issue* kesehatan dengan melibatkan berbagai disiplin ilmu terkait. *Study day* sangat diperlukan untuk pengembangan perawat dan pimpinan perlu memfasilitasi hal tersebut. Penelitian menyebutkan bahwa manajer yang baik dapat mendorong staf untuk mengikuti *study day* dan pelatihan (McCarthy, 2002).

c. **Presentasi Kasus**

Program pengembangan keprofesian dalam hal peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dapat dilakukan melalui presentasi kasus. Presentasi kasus diwajibkan kepada setiap perawat dalam satu semester. Kasus yang dipresentasikan merupakan asuhan keperawatan pada pasien dan telah melalui proses konsultasi dengan *mentor* dan manajer keperawatan/ kepala ruang.

Presentasi kasus dapat dijadikan sebagai salah satu syarat kenaikan level agar

perawat mempunyai tanggungjawab untuk melaksanakan presentasi dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Presentasi kasus dapat dilaksanakan di masing-masing unit dengan didampingi oleh CI dari bidang keperawatan atau komite keperawatan.

Presentasi kasus menjadi wadah untuk membahas asuhan keperawatan pasien dengan tepat, presentasi kasus dihadiri perawat pelaksana, manajer keperawatan/ kepala ruang dan CI. Presentasi dapat disampaikan melalui media powerpoint. Presentasi kasus dapat dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu pemaparan materi, diskusi dan kesimpulan.

Metode presentasi kasus tersebut dapat dijadikan media pembelajaran perawat lain. Guly dalam penelitiannya menjelaskan bahwa mempresentasikan hasil kegiatan PKB pada pertemuan di ruangan adalah bentuk dari gabungan kegiatan PKB dan dapat dijadikan sebagai kegiatan PKB untuk orang lain (Guly, 2000). PKB menggambarkan kegiatan belajar yang dilakukan sepanjang kehidupan kerja individu untuk mempertahankan dan meningkatkan kinerja individu (O'Sullivan, 2006). Kegiatan PKB yang dilaksanakan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat baru dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

3) **Pengembangan ilmu pengetahuan**

Pengembangan ilmu pengetahuan merupakan kegiatan perawat dalam meningkatkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan. Bentuk kegiatan berupa penelitian, publikasi, penulisan buku dan oral presentasi. Perawat dapat melakukan penelitian dan membuat laporan hasil penelitian serta melakukan publikasi dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Selain publikasi dalam bentuk jurnal, hasil penelitian juga dapat dipresentasikan dalam acara ilmiah, baik yang diselenggarakan oleh PPNI, himpunan ataupun oleh institusi pendidikan keperawatan. Selain penelitian bentuk kegiatan pengembangan ilmu yang dapat dilakukan perawat adalah dengan menulis buku dan menerjemahkan buku asing.

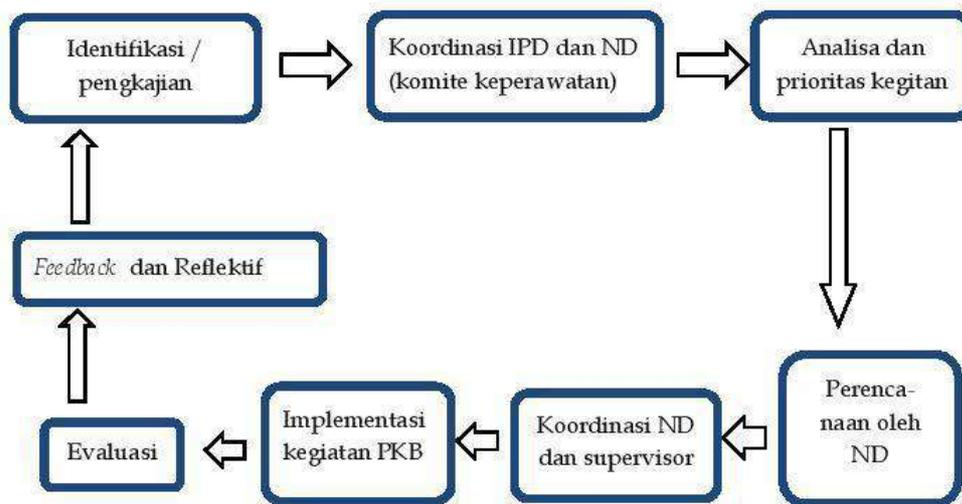
4) **Pengabdian masyarakat**

Pengabdian masyarakat merupakan kegiatan yang dilaksanakan perawat dalam rangka mengabdikan atau memberikan ilmu kepada masyarakat dan perawat. Bentuk-bentuk pengabdian masyarakat yang dapat dilakukan adalah ikut berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat melalui bentuk-bentuk kegiatan sosial, penanggulangan bencana, dan anggota pokja kegiatan keprofesian ataupun berpartisipasi dalam pengabdian Profesi dalam PPNI dan atau himpunan keperawatan. Contoh kegiatan pengabdian yang dilakukan oleh perawat adalah melakukan kunjungan ke masyarakat, bakti sosial dan

membentuk kelompok atau komunitas diabetesi dan penderita jantung.

b. Tahapan Pelaksanaan Kegiatan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Tahapan pelaksanaan kegiatan PKB adalah langkah-langkah proses kegiatan PKB serta pihak yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan. Proses dimulai dari identifikasi kebutuhan PKB, terlaksananya program PKB sampai dengan adanya *feedback* untuk kegiatan PKB selanjutnya. Berikut digambarkan salah satu contoh proses pelaksanaan kegiatan PKB di salah satu rumah sakit di Semarang.



Gambar 5.4 Proses PKB di salah satu RS di Semarang

Tahapan proses PKB terdiri dari 8 tahap, yang meliputi 1) Identifikasi/ pengkajian kebutuhan, 2) Koordinasi Komite Keperawatan/*Nursing Development* dengan bidang keperawatan, 3) Analisa prioritas

kegiatan PKB oleh Komite Keperawatan/ *Nursing Development* dan bidang keperawatan, 4) Perencanaan kegiatan PKB oleh Komite Keperawatan/*Nursing Development*, 5) Koordinasi Komite Keperawatan/*Nursing Development* dengan manajer keperawatan/ kepala ruang/ kepala ruang, 6) Implementasi kegiatan PKB, 7) Evaluasi kegiatan dan 8) *Feedback* dan reflektif kegiatan PKB.

Tahap pertama yang dilakukan oleh rumah sakit adalah identifikasi/pengkajian kebutuhan pengembangan, hal ini sesuai dengan tahapan pada beberapa model pengembangan staf antara lain pada model RPTIM (tahapan *readines*), model IPDM (proses penelitian tindakan untuk mempelajari data), model proses PKB United Kingdom (mengkaji kebutuhan/ penilaian) dan model proses PKB Australia (Refleksi dan pengkajian praktik). Tahap pertama ini menjadi tahapan yang sangat penting dan menentukan untuk keberhasilan kegiatan PKB secara umum. Tahap identifikasi/ pengkajian bertujuan untuk merumuskan kebutuhan pengembangan perawat dengan mengumpulkan informasi mengenai praktek saat ini dan untuk mengidentifikasi kebutuhan perawat secara khusus (Vati, 2013; NSW, 2013; Guly, 2000).

Tahap kedua koordinasi Komite Keperawatan/ *Nursing Development* dengan bidang keperawatan, hal ini sesuai dengan PMK komite keperawatan yang menjelaskan bahwa Komite Keperawatan bekerja sama dan melakukan koordinasi dengan kepala bidang/ direktur keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit.

Tahap ketiga analisa prioritas kegiatan PKB oleh Komite Keperawatan/*Nursing Development* dan bidang keperawatan. Tujuan dari tahap ini adalah membuat prioritas kegiatan yang akan diberikan untuk pengembangan perawat. Proses kegiatan PKB di Australia yang tercantum dalam pedoman Nurses and Midwives Association (2013) mempunyai tujuan tahapan yang sama pada tahap ini, yaitu mengidentifikasi area prioritas pembelajaran bagi peningkatan praktek. Perawat mengisi format catatan reflektif praktek untuk mendokumentasikan refleksi dan mengidentifikasi kekuatan atau area yang dimiliki. Pada tahap ini prioritas kebutuhan PKB dapat ditentukan oleh masing-masing perawat melalui pengisian form reflektif diri atau oleh komite keperawatan bersama dengan pengelola bidang keperawatan.

Tahap keempat perencanaan kegiatan PKB oleh Komite Keperawatan/*Nursing Development*. Kegiatan pada tahap perencanaan berupa menyusun jadwal kegiatan PKB, mentukan bentuk dan metode pembelajaran yang akan digunakan. Hal tersebut sesuai dengan tahapan perencanaan pada model IPDM, pada model IPDM tahapan ini dijelaskan dengan lebih detail dan mencakup beberapa tahapan. Komponen pada tahap perencanaan pada model IPDM mencakup empat langkah. Pertama, mengumpulkan dan menganalisis informasi yang diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan area pengembangan staf. Kedua, penyusunan tujuan dan sasaran untuk program yang sedang dikembangkan staf berdasarkan kebutuhan belajar staf. Ketiga, pemilihan konten: isi program.

Keempat, proses perancangan yang mencakup seluruh program dirancang, apa, di mana, kapan, bagaimana, mengapa setiap aspek direncanakan dan diselesaikan.

Rencana pembelajaran dalam model IPDM merupakan panduan pribadi untuk kegiatan PKB. Rencana pembelajaran menyediakan cara terstruktur bagi perawat untuk mengembangkan tujuan pembelajaran berdasarkan pembelajaran yang dibutuhkan (Vati, 2013). Hal ini yang masih belum optimal diterapkan di rumah sakit, karena kebutuhan pembelajaran staf digeneralisasi untuk semua staf dan ditentukan berdasarkan analisa pimpinan bukan secara individu perawat. Hal tersebut dikarenakan adanya beberapa faktor yang harus dipertimbangkan antara lain kebijakan rumah sakit, ketersediaan sumber biaya dan waktu. Perencanaan PKB perlu mempertimbangkan kendala seperti keuangan dan waktu (Guly, 2000).

Tahap kelima koordinasi Komite Keperawatan/*Nursing Development* dengan manajer keperawatan/ kepala ruang/ kepala ruang. Koordinasi ini sangat penting dilakukan untuk pengaturan ketenagaan di ruangan. Beberapa penelitian menyebutkan kendala pelaksanaan PKB antara lain adalah kecukupan sumber daya perawat di ruangan dan waktu yang terbatas untuk mengikuti PKB (Ross, 2013; McCarthy, 2002; Lewis, 2014; Kolb, 2015; Summers, 2015). Koordinasi antara pihak penyelenggara (*nursing development*) dengan manajer keperawatan/ kepala ruang dalam hal ini sangat penting untuk mengatasi kendala-kendala yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan kegiatan PKB.

Tahap keenam implementasi kegiatan PKB yaitu melaksanakan rencana kegiatan program sesuai rencana jadwal. Tahapan ini sesuai dengan teori Vati, dimana pada tahap *Implementation*-pelaksanaan, yang dimaksud adalah implementasi perawat yang telah diberikan pelatihan untuk dipraktikkan dalam pekerjaan di area klinis (Vati, 2013).

Tahap ketujuh evaluasi kegiatan, evaluasi kegiatan dilaksanakan oleh panitia penyelenggara, pembicara dan peserta. Tahap evaluasi menurut Vati merupakan tahap terakhir untuk mengevaluasi proses pengembangan staf dan mengambil tindakan yang tepat. Pada tahap ini, menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dan tujuan untuk program pengembangan staf terpenuhi serta menentukan rencana perubahan yang akan dibuat, jika diperlukan. Perubahan perlu dicatat untuk tujuan meningkatkan upaya pengembangan staf di masa depan (Vati, 2013, Norton, 2008).

Evaluasi dapat dipilah menjadi dua bagian yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan pada saat penyelenggaraan kegiatan berlangsung. Evaluasi sumatif dapat dilakukan setelah peserta berlatih akan dipantau untuk kinerjanya. Program evaluasi sumatif, peserta dievaluasi untuk kinerja mereka dalam hal hasil akhir untuk pemenuhan tujuan organisasi. Evaluasi sumatif bisa menjadi tahapan tersendiri dalam proses PKB, yaitu tahap pemberian *feedback* yang menjadi tahap terakhir dari seluruh rangkaian tahap proses PKB.

Tahap kedelapan *feedback* dan reflektif kegiatan PKB, *feedback* diberikan kepada perawat dari hasil evaluasi

kegiatan PKB yang telah diikuti. Tindak lanjutnya adalah pembinaan dan pendampingan pada ketrampilan yang masih kurang oleh para *mentor*. Evaluasi dilakukan dengan tujuan untuk perbaikan pada penyelenggaraan kegiatan PKB yang akan datang dan dapat dijadikan masukan untuk bentuk kegiatan PKB yang dibutuhkan untuk tahun berikutnya. Tahap ini juga merefleksikan kegiatan PKB yang telah diikuti dengan kegiatan praktik pemberian asuhan keperawatan. Kegiatan PKB yang diikuti harus diimplementasikan atau dipraktikkan dalam aktivitas pemberian asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan kebijakan rumah sakit. Selain itu kegiatan PKB yang telah diikuti didokumentasikan. Dokumentasi bukti PKB memberikan catatan resmi yang menunjukkan penilaian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi yang telah dilakukan. Dokumentasi bukti PKB harus mematuhi prinsip-prinsip akurasi faktual, akuntabilitas, ketepatan waktu, dan kerahasiaan untuk interaksi dengan pasien dan / atau profesional kesehatan lainnya.

Program kegiatan PKB diselenggarakan berdasarkan rekomendasi sub komite mutu. Pelaksa program PKB bisa saling berkoordinasi antara komite keperawatan dengan bidang keperawatann sesuai dengan mekanisme kerja sub komite mutu yang tertuang dalam PMK no.49 tahun 2013 tentang komite keperawatan. Mekanisme kerja sub komite mutu dalam peraturan menteri kesehatan tersebut dijelaskan bahwa sub komite mutu 1) berkoordinasi dengan bidang keperawatan untuk memperoleh data dasar tentang profil tenaga keperawatan di rumah sakit sesuai area praktiknya berdasarkan jenjang karir; 2) mengidentifikasi

kesenjangan kompetensi yang berasal dari data subkomite Kredensial sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan perubahan standar profesi. Hal tersebut menjadi dasar perencanaan PKB; 3) merekomendasikan perencanaan PKB kepada unit yang berwenang; 4) koordinasi dengan praktisi tenaga keperawatan dalam melakukan pendampingan sesuai kebutuhan; 5) melakukan audit keperawatan dan kebidanan; 6) menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada Ketua Komite Keperawatan.

c. Tindak Lanjut Kegiatan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Tindak lanjut dari kegiatan PKB yang sudah diikuti perawat, khususnya pelatihan yang dikirim oleh rumah sakit, perawat mempunyai kewajiban untuk melakukan transfer ilmu kepada teman-teman perawat yang lain. Waktu pelaksanaan transfer ilmu dapat dilaksanakan pada saat briefing pagi atau dijadwalkan oleh manajer keperawatan/kepala ruang.

Perawat yang mengikuti kegiatan seminar, workshop dan pelatihan mendapatkan SKP. Pencapaian SKP untuk perawat yang mengikuti kegiatan PKB akan didokumentasikan oleh manajer keperawatan/ kepala ruang. Pendokumentasian nilai SKP ditulis dalam log book atau personal file. Selain bertujuan untuk mengetahui nilai akumulasi SKP, pendokumentasian bertujuan untuk menginventaris kegiatan yang sudah diikuti oleh perawat, sehingga manajer keperawatan/ kepala ruang dapat melakukan identifikasi kebutuhan pengembangan diri perawat melalui kegiatan PKB yang lain.

Perawat harus selalu mengembangkan dirinya melalui berbagai kegiatan PKB. Hasil yang diharapkan dari kegiatan PKB adalah meningkatnya mutu profesi. Oleh karena itu PKB merupakan kewajiban yang harus dilakukan sebagai proses pembelajaran *long life learning*. PKB didefinisikan sebagai sebuah proses pembelajaran sepanjang hayat bagi individu dan tim, PKB berfokus pada *outcome* (Hughes, 2005). PKB adalah pemeliharaan, peningkatan dan perluasan pengetahuan dan kemampuan yang sistematis, serta pengembangan kualitas diri yang diperlukan untuk pelaksanaan profesional, tugas teknis sepanjang kehidupan kerja individu (Friedman & Philips, 2004). Pelaksanaan PKB di keperawatan menurut laporan National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery Irlandia melaporkan bahwa PKB berpengaruh pada pengembangan karir, pilihan karir, dan pencapaian serta mempertahankan kompetensi di bidang klinis.

BAB VI

DOKUMENTASI PENGEMBANGAN DIRI PERAWAT

A. Portofolio

Portofolio adalah sebuah file yang berisi sertifikat, artikel, foto, dll yang dijadikan satu file dan merepresentasikan kompetensi dan dapat dijadikan sebagai bukti ketika diperlukan (Meister, 2002). Sedangkan Cooke (1999) mendeskripsikan portofolio sebagai kumpulan data dasar personal yang menggambarkan akuisisi individu yang meliputi pengetahuan, ketrampilan, sikap, penghargaan dan kesepakatan. Portofolio digunakan untuk memantau pengembangan diri perawat dan mudah untuk melihat adanya kekurangan untuk pengembangan diri. Portofolio juga dapat digunakan untuk merekam semua pengalaman profesional, untuk melakukan refleksi, untuk penilaian staf dan dapat digunakan untuk melamar pekerjaan. Portofolio juga berisi sertifikat dari berbagai konferensi, seminar dan update yang telah diikuti.

Sebuah portofolio perawat yang profesional harus berisi material yang mendokumentasikan kompetensi perawat profesional dan semua kegiatan pembelajaran PKB yang telah diikuti. Disarankan kepada perawat untuk menyimpan portofolio profesional dan membuat salinan dari semua data yang ada karena

akan sulit mendapatkan kembali file yang asli dari kursus/pelatihan yang telah diikuti jika portofolio tersebut hilang.

Portofolio profesional perawat merefleksikan pengembangan pengetahuan, ketrampilan, kompetensi dan dapat digunakan ketika mengajukan kenaikan level jenjang karir atau pekerjaan baru di keperawatan. Sebuah portofolio profesional berisi dokumen mengenai kompetensi dan pengalaman serta gambaran karir perawat. Sebuah portofolio profesional juga sebagai sarana monitoring pengembangan diri secara periodik. Portofolio tersebut memberikan bukti kompetensi dan keahlian perawat yang dikembangkan sebagai hasil dari pengalaman.

Terdapat dua jenis portofolio, yaitu portofolio *bestwork* dan *growth and development* (Oermann, 2002). Portofolio *Best-work* memberikan bukti kompetensi dan keahlian perawat. Portofolio ini digunakan sebagai dokumentasi untuk promosi jenjang karir, aplikasi pekerjaan, penilaian kinerja, akreditasi, sertifikasi, dan kegunaan lain yang ditinjau oleh orang lain. Portofolio ini berisi material yang dipilih dan disusun dengan cermat, dan disiapkan untuk dinilai oleh orang lain. Sedangkan portofolio *Growth and development* didesain untuk memonitor perkembangan pada pertemuan individu dan tujuan pembelajaran profesional. Perawat menggunakan portofolio tipe ini untuk mengevaluasi pembelajaran dan pengembangan diri mereka tidak untuk direview atau dinilai oleh orang lain. Portofolio ini adalah dokumen kerja yang memberikan bukti kompetensi yang sedang berlangsung. Perawat dapat memilih dokumen yang terdapat di portofolio *Growth and development* untuk dimasukkan kedalam portofolio *best-work* yang dapat dilihat oleh orang lain.

Sebuah portofolio dapat digunakan sebagai alat untuk memonitor pengembangan kompetensi selama periode waktu tertentu. Dokumen yang terdapat dalam portofolio memberikan

bukti apa yang telah dicapai untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran pribadi dan profesional, kemajuan dalam mencapai tujuan karir, dan di mana pembelajaran lebih lanjut diperlukan. Perawat menggunakan portofolio sebagai sebuah alat dokumentasi kompetensi yang berkelanjutan. Perawat dapat membuat daftar aktivitas belajar yang telah dilakukan, mengevaluasi efektifitas terhadap perkembangan profesional dan kompetensi yang berkelanjutan serta pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Penggunaan portofolio sebagai sebuah perencanaan pengembangan profesional dapat dilakukan dengan tahapan, yaitu pengkajian kebutuhan belajar, penyusunan rencana kebutuhan belajar, implementasi dari rencana belajar, dan evaluasi hasil belajar (Oermann, 2002). Tahapan tahapan tersebut diuraikan sebagai berikut:

1. Tahap pertama, pengkajian kebutuhan belajar dilakukan untuk mengidentifikasi area belajar. Pengkajian kebutuhan dilakukan dengan mengevaluasi pengetahuan dan ketrampilan. Dari pengkajian dapat dirumuskan tujuan baik secara personal maupun profesional.
2. Tahap kedua adalah penyusunan rencana kebutuhan belajar. Perencanaan meliputi: *inservice education*, pendidikan berkelanjutan, penyelesaian pengalaman klinis yang dipilih dan jenis-jenis aktivitas belajar, praktek mandiri, membaca artikel dan jenis lain dari publikasi untuk mengisi kesenjangan dalam pengetahuan, dan banyak lainnya dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan belajar.
3. Tahap ketiga implementasi, merupakan pelaksanaan kegiatan yang telah ditentukan dalam perencanaan. Perlu dicantumkan tanggal pelaksanaan, sehingga dapat memberikan catatan pembelajaran lanjutan dan pengembangan untuk direview dan dinilai oleh orang lain.

Catatan ini dapat dikumpulkan dalam portofolio untuk memberikan bukti aktivitas pembelajaran yang telah selesai, seperti catatan dari pendidikan berkelanjutan yang telah diikuti.

4. Tahap keempat adalah evaluasi hasil belajar, pada tahap ini perawat menilai kemajuan dalam belajar dan memutuskan kebutuhan pada area yang akan dilakukan untuk pengembangan profesional lanjutan.

Sebuah portofolio dapat membantu perawat dalam perencanaan karier mereka. Perawat terkadang mengubah peminatan dalam bidang keperawatan tanpa mempertimbangkan apa dan dimana posisi yang mereka inginkan pada 1, 5, dan 10 tahun yang akan datang dan mereka tidak mengevaluasi bagaimana setiap posisi/peminatan bidang ilmu cocok dengan rencana karir mereka. Dalam portofolio, perawat dapat membuat daftar tujuan profesional yang ingin dicapai dan kerangka waktu yang terkait serta dapat menggunakan portofolio untuk memonitor kemajuan pencapaiannya. Dengan kata lain, portofolio adalah Journal perencanaan karier yang menjadi panduan menetapkan tujuan karir dan membuat keputusan karir.

B. Manfaat dan Kekurangan dari Portofolio

Williams dan Jordan (2007) dalam jurnal pengembangan staf keperawatan menjelaskan manfaat dan kekurangan dari portofolio sebagai berikut:

1. Manfaat sebuah portofolio:

- a. Menunjukkan beragam kompetensi, prestasi khusus, pengalaman yang beragam, evaluasi kinerja dan kontribusi ilmiah.
- b. Memberikan bukti nyata untuk memenuhi kriteria regulasi organisasi, menunjukkan kemahiran kerja dan

motivasi intrinsik perawat untuk mendorong pertumbuhan karir.

- c. Memiliki validitas nyata dan relevansi langsung dengan praktek sehari-hari.
- d. Membuktikan prestasi dan pengembangan pribadi dan profesional.
- e. Merupakan retrospektif dan prospektif yang baik serta mencerminkan tahap perkembangan dan aktivitas individu.

2. Kekurangan sebuah portofolio:

- a. Beberapa sulit untuk dinilai reliabilitas, validitas dan kredibilitas dari isi portofolio.
- b. Bersifat privasi dan rahasia.

C. Menyusun Portofolio

Portofolio profesional merupakan sebuah koleksi terstruktur dan sistematis yang disusun dari berbagai informasi yang menunjukkan aktivitas PKB, pengalaman, kompetensi dan penghargaan profesional perawat (Andre & Heartfield, 2011). Portofolio dibutuhkan oleh seorang perawat sebagai refleksi diri dan pengembangan diri, sumber data ketika mengajukan kenaikan jenjang karir atau untuk mencari pekerjaan.

Pembuatan portofolio dimulai dengan merancang outline data yang akan dikumpulkan kemudian mengelola data tersebut, mengidentifikasi data yang sudah ada untuk merencanakan kebutuhan PKB yang akan datang. Portofolio yang baik berisi sebuah catatan aktifitas belajar yang sesuai dengan praktik, menunjukkan data dalam praktik, menunjukkan bahwa perawat mengenali kebutuhan belajar dan dapat mengidentifikasi kesenjangan yang ada dalam pengetahuan dan keterampilan praktik keperawatan. Portofolio berisi catatan kegiatan

pembelajaran yang relevan dengan praktek dan menunjukkan bukti praktek (Wells dalam Andre & Heartfield, 2011). Berikut contoh struktur dari sebuah portofolio profesional perawat:

1. Daftar isi
2. Ringkasan
3. Tujuan dan penggunaan portofolio
4. Identitas personal
5. Curriculum Vitae
6. Riwayat pendidikan
7. Riwayat aktivitas PKB
8. Riwayat pekerjaan profesional
9. Riwayat pencapaian kompetensi (checklist kompetensi)
10. Catatan kesehatan
11. Penilaian kinerja
12. Refleksi diri
13. Rencana pengembangan profesional
14. Referensi

Dokumen-dokumen dalam portofolio profesional dipilih sesuai dengan tujuannya. Karena ada begitu banyak dokumen yang bisa ditempatkan dalam portofolio, perawat harus selektif dengan apa yang harus disertakan. Portofolio harus berisi bahan yang dapat menggambarkan kompetensi perawat, prestasi dan pendidikan. Misalnya, jika portofolio dimaksudkan untuk pengajuan jenjang karir, file dapat disiapkan untuk setiap kriteria/persyaratan yang harus dipenuhi dalam pengajuan tersebut. File dokumen dalam portofolio sebaiknya dipisah setidaknya dalam empat file dokumen. File pertama berisi tentang pendidikan, antara lain berisi resume atau curriculum vitae, pendidikan formal, nomor lisensi/STR, sertifikasi dan prestasi/penghargaan pendidikan. File kedua berisi tentang kinerja, termasuk deskripsi posisi dan evaluasi kinerja, surat referensi, penghargaan, dan bukti lain dari kinerja.

File ketiga berisi kegiatan keperawatan di masyarakat, seperti keanggotaan dalam organisasi keperawatan dan jenis-jenis organisasi lain, komite kerja, dan jenis-jenis partisipasi lain dalam masyarakat. File keempat dapat diisi dengan dokumen dari pendidikan berkelanjutan yang diikuti. Ketika portofolio akan dinilai oleh orang lain, perawat harus dapat memilih dokumen yang paling relevan untuk dimasukkan dan disusun dengan urutan yang sesuai ketentuan. Dalam menyusun dan pelabelan, perawat harus membuat hubungan yang jelas antara dokumen dan kompetensi, harus menunjukkan bagaimana dokumen tersebut dapat mendukung penilaian kinerja atau promosi jenjang karir, dan dapat menggambarkan pengetahuan dan keahlian. Ketika portofolio dinilai oleh orang lain, misalnya, dalam penilaian kinerja tahunan atau ketika mengajukan posisi baru, sebuah portofolio harus terlihat profesional. Ini berarti bahwa bahan-bahan harus diketik dengan rapi, bagian-bagian harus diberi label dengan jelas, dan terdapat daftar isi. Nama dan informasi kontak perawat harus mudah untuk ditemukan. Seringkali resume atau curriculum vitae ditempatkan pada awal bagian dalam sebuah portofolio (Oermann, 2002).

BAB VII

EVALUASI PENGEMBANGAN KEPROFESIAN BERKELANJUTAN

A. Evaluasi Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Idealnya PKB bagi perawat adalah sebuah proses secara bertahap untuk mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan dengan tujuan akhir meningkatkan pelayanan. Perawat saat ini diwajibkan untuk berpartisipasi dalam kegiatan PKB dengan persyaratan jumlah minimum yang harus diikuti dan dengan jangka waktu yang telah ditentukan. Perawat di Indonesia diwajibkan untuk mendapatkan 25 SKP setiap 5 tahun, hal ini akan berbeda di masing-masing negara.

Keberhasilan dalam pencapaian tujuan dari kegiatan PKB perlu dievaluasi. Monitoring dan evaluasi adalah hal yang sangat krusial untuk memastikan bahwa sistem PKB terlaksana dengan maksimal dan dapat menghasilkan perawat profesional yang kompeten. Evaluasi dari kelompok kerja mempunyai peran penting dalam evaluasi selama pembaruan PKB karena rekan kerja dapat mengevaluasi kinerja satu sama lain yang diukur berdasarkan tolok ukur standar yang telah ditetapkan. Perlu dipastikan bahwa kegiatan PKB tidak hanya memenuhi tujuan mereka di tingkat nasional tetapi juga sesuai dengan standar di tingkat internasional.

Evaluasi merupakan hal yang mendasar dalam sebuah pengembangan keprofesian tetapi di Keperawatan dan kebidanan

evaluasi yang sistematis untuk pengembangan keprofesian masih jarang dilakukan (Gitonga & Muriuki, 2014). Tujuan dari evaluasi adalah untuk mendapatkan informasi mengenai output program, manfaat, dan dampak dari program yang baru selesai dilaksanakan, maupun yang sudah berfungsi (PPNI, 2016). Selain itu evaluasi juga sebagai umpan balik bagi pengambilan keputusan dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan pengendalian program selanjutnya.

Evaluasi dapat memberikan informasi tentang pencapaian tujuan dan hambatan selama proses kegiatan. Hasil evaluasi digunakan sebagai umpan balik untuk memperbaiki dan sebagai proses identifikasi kebutuhan untuk menyesuaikan perencanaan PKB yang akan datang. Dampak perubahan pada peserta dan pihak yang terlibat dalam kegiatan PKB bukan hal mudah untuk didokumentasikan dan harus dinilai dari waktu ke waktu. Namun, informasi tentang efektivitas kegiatan PKB menjadi rumit ketika ada perbedaan dalam mengevaluasi.

B. Strategi Evaluasi Pengembangan Keprofesian

Beberapa strategi evaluasi dapat digunakan untuk menilai dampak dari pengembangan profesional, beberapa strategi diantaranya bergantung pada laporan diri (misalnya, kuesioner, wawancara, kelompok fokus, portofolio). Strategi lain yang melibatkan umpan balik dari orang lain (misalnya, pengamatan, kuesioner tertulis, atau wawancara) dan yang lain adalah tes kompetensi dan latihan simulasi.

Tabel 7.1 Strategi Evaluasi Pengembangan Keprofesian

Tipe	Strategi	Area penilaian
Penilaian instruktur	Observasi Portofolio Jurnal Tim Kolaborasi	Aktivitas dan sikap instruktur Pengetahuan dan ketrampilan instruktur

Tipe	Strategi	Area penilaian
Penilaian peserta	Test Penilaian alternatif	Pengetahuan dan ketrampilan Sikap
Multi-purpose	Kuesioner Interview Fokus group	Reaksi Pengetahuan dan ketrampilan Sikap

Tabel diatas merangkum strategi evaluasi yang tepat untuk menilai dimensi yang berbeda dari pengembangan profesional, dan area terbaik yang dapat digunakan untuk menilai. Banyak strategi yang dapat digunakan untuk mengevaluasi pengembangan keprofesian dan keputusan tentang strategi yang akan digunakan harus didasarkan pada tujuan evaluasi, pertanyaan evaluasi, dan tujuan yang spesifik untuk informasi tersebut. Bila memungkinkan, lebih baik menggunakan berbagai strategi. Banyak strategi dapat digunakan untuk mengevaluasi dampak pada instruktur, program, dan peserta, walaupun ada beberapa yang lebih sesuai untuk area tertentu. Tiga strategi: kuesioner, panduan wawancara, dan kelompok fokus adalah cara paling baik untuk mengumpulkan informasi pengetahuan dan keterampilan yang didapat, serta perilaku. Strategi yang paling sesuai untuk mengevaluasi dampak pada instruktur, trainer atau narasumber program adalah pengamatan, portofolio, jurnal, dan tim kolaboratif. Dua strategi yang sangat sesuai untuk menilai dampak pengembangan profesional pada peserta adalah tes dan penilaian alternatif terhadap peserta.

C. Desain Rencana Evaluasi Pengembangan Keprofesian

Perencanaan evaluasi harus dikembangkan ketika merancang kegiatan pengembangan keprofesian. Memiliki rencana rinci untuk mengumpulkan data evaluasi penting untuk menginformasikan dan memastikan peningkatan program berkelanjutan dan

akuntabilitas program. Perencanaan ini berfungsi sebagai *road map* untuk evaluasi pengembangan keprofesian dan akan membantu memastikan bahwa data yang dikumpulkan sesuai untuk peningkatan program dan akuntabilitas. Komponen dari rencana evaluasi pengembangan keprofesian, dimulai dengan komponen pertama yaitu penentuan tujuan evaluasi, peserta yang akan dievaluasi, dan pertanyaan evaluasi. Komponen ini menetapkan parameter untuk semua komponen rencana lainnya. Strategi dan teknik evaluasi ditetapkan, berdasarkan pada sumber daya manusia dan finansial yang diperlukan untuk menyelesaikan evaluasi dan penting adanya kerangka waktu dalam melakukan evaluasi dengan tepat.

D. Tantangan Evaluasi Pengembangan Keprofesian

Terdapat berbagai tingkat dimana PKB dapat dievaluasi. Evaluasi yang digunakan lebih banyak menggabungkan dari beberapa metode evaluasi, hal ini untuk lebih melengkapi evaluasi yang sifatnya menggunakan ukuran kuantitatif untuk informasi yang lebih formatif kemudian dilakukan evaluasi menggunakan metode kualitatif. Penggabungan dua metode kuantitatif dan kualitatif sering disebut dengan evaluasi holistik (Gitonga & Muriuki, 2014). Khususnya pada proses PKB yang kompleks dan beragam ini perlu direfleksikan dalam strategi evaluasi dengan metode yang tepat untuk setiap komponen. Evaluasi PKB biasanya mempunyai dua tujuan yaitu evaluasi sumatif dan formatif. Evaluasi sumatif untuk menilai apakah program dapat meningkatkan outcome sedangkan penialain formatif untuk mengetahui bagaimanakah program dapat ditingkatkan.

Evaluasi yang baik tidak hanya memberikan gambaran apakah program PKB itu telah berhasil, akan tetapi harus mempunyai manfaat belajar positif yang kuat (WHO, 2010). Untuk

lebih efektif proses evaluasi harus dilakukan tidak hanya di akhir sesi program kegiatan PKB tetapi juga dievaluasi dampaknya terhadap pengetahuan, ketrampilan dan sikap di institusi tempat bekerja.

Evaluasi pada aktivitas PKB saat ini masih terbatas pada penilaian kredit poin yang dicapai atau hanya secara kuantitasnya saja, evaluasi dalam hal kualitas dari PKB terhadap pemberian asuhan keperawatan belum banyak dilakukan. Oleh karena itu perlu dipahami bahwa evaluasi pada kegiatan PKB sangat penting untuk dilakukan tidak hanya sebatas pada pengukuran secara kuantitatif tapi penilaian dan evaluasi yang dilakukan secara kualitatif dan secara sumatif.

Keterlibatan peserta dalam kegiatan evaluasi juga perlu dipertimbangkan. Hasil penelitian Winslade et al (2007) menyebutkan bahwa peserta tidak terlibat dalam mengembangkan evaluasi dan kurang memperhitungkan informasi hasil evaluasi untuk mengubah praktek asuhan keperawatan yang sudah dilakukan. Jika masih terjadi hal demikian akan menjadi tidak mudah untuk melihat efektifitas kegiatan PKB terhadap kualitas asuhan keperawatan.

BAB VIII

PKB PERAWAT ASIA TENGGARA

Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan di Asia Tenggara sangat beragam dalam penentuan jumlah jam ataupun kredit poin yang harus dipenuhi oleh perawat. Secara umum untuk bentuk kegiatan PKB di Indonesia sama dengan negara - negara lain di Asia Tenggara. Berikut diuraikan pelaksanaan PKB perawat di Asia Tenggara berdasarkan laporan *ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing* (AJCCN).

A. Brunei Darussalam

Pengembangan keprofesian berkelanjutan di Brunei Darussalam menjadi tanggungjawab dari pusat pelatihan dan pengembangan keperawatan, organisasi profesi keperawatan Brunei, serta kementerian kesehatan. PKB yang diikuti minimal 30 poin dalam satu tahun. PKB termasuk dalam penilaian kinerja, proses promosi dan pembaharuan kontrak kerja untuk perawat asing. Bentuk kegiatan PKB di Brunei Darussalam antara lain:

- a. Program klinik: seminar kasus, review mortalitas/morbiditas, presentasi studi kasus.
- b. Supervisi klinik: *Preceptorship, Mentor ing*.
- c. Program edukasi: pembelajaran (pendidikan keperawatan berkelanjutan), orientasi, conference, seminar, workshop,

symposium, baik yang diselenggarakan nasional maupun Internasional.

- d. Pertemuan ilmiah: semua pertemuan ilmiah yang berkaitan dengan keperawatan atau kesehatan, baik skala nasional maupun internasional. Pertemuan harus bisa memberikan pengetahuan, praktik dan metode terkini untuk perbaikan praktik keperawatan.
- e. Pelatihan bantuan hidup: pertolongan pertama, bantuan hidup dasar, ACLS/LSCN, BTLS, ATLS, PLS.
- f. Program terakreditasi: PHD, Masters, Postgraduate Diploma, Postgraduate Certificate, Undergraduate, Advance Diploma, Post-basic Diploma, Certificate.
- g. Inisiator kualitas: Auditor, Quality Control Circle (QCC), perencanaan strategis, Total Quality Management (TQM), manajemen resiko.
- h. Penelitian: peneliti, responden/sampel dan anggota tim.
- i. Working attachment: Lokal dan internasional.
- j. Publikasi: Editor, Bulletin, Journal, Newsletter, baik sebagai penulis utama atau anggota.

B. Malaysia

Pusat pendidikan keperawatan berkelanjutan disetiap fasilitas kesehatan (divisi keperawatan, departemen keperawatan disemua fasilitas kesehatan Malaysia) menjadi penanggungjawab pelaksanaan kegiatan PKB. PKB yang diikuti berjumlah 30 poin yang terverifikasi dalam satu tahun. Bentuk kegiatan PKB meliputi:

- a. Kongres/seminar lokal/internasional: kongres/konferen kesehatan yang relevan baik tingkat lokal maupun internasional. Kongres/konferen harus melibatkan pembicara dari lokal dan internasional.

- b. Pertemuan ilmiah: khusus untuk topik yang berhubungan dengan keperawatan dan atau kesehatan. Makalah presentasi harus bisa memberikan pengetahuan, praktik dan metode terkini untuk perbaikan praktik keperawatan.
- c. Workshop/pelatihan: (termasuk hands-on & Skills courses). Kompetensi yang sesuai dengan program. Tes/kuis/penilaian ketrampilan dapat digunakan untuk memverifikasi pencapaian kompetensi oleh peserta.
- d. Pendidikan berkelanjutan: sesi pendidikan keperawatan/kesehatan berkelanjutan bisa dalam bentuk ceramah / diskusi / on line. Pendidikan berkelanjutan mencakup pengajaran insidental terstruktur di bangsal, pengajaran klinis, tinjauan mortalitas dan morbiditas.
- e. Presentasi pada pertemuan terakreditasi: aktivitas yang dapat mendorong pembelajaran berkelanjutan dan pembaharuan pengetahuan.
- f. Publikasi artikel dalam jurnal/bagian bab dalam buku/laporan dan kontribusi dalam perumusan also acknowledgement of contribution towards CPG, SOP dll. Kredit poin hanya diberikan satu kali setiap publikasi.
- g. Belajar mandiri/belajar dalam kelompok/pembelajaran jarak jauh.
- h. Pendidikan keperawatan/kesehatan berkelanjutan yang dilakukan secara online.
- i. Sub-spesialis: Terstruktur dan dilakukan oleh lembaga yang diakui, kredit poin lokal atau internasional dan diberikan hanya sekali setelah selesai studi.
- j. Program sarjana dan pasca sarjana
- k. Partisipasi dalam kepanitiaan atau anggota sebuah projek. Terlibat secara langsung dalam akreditasi, ISO, kendali mutu, fasilitator atau trainer dalam kegiatan pelatihan dan riset.

Aktivitas pendukung pengembangan diri:

- a. Editor/anggota anggota editorial sebagai referee atau reviewer. Poin kredit akan diberikan berkaitan dengan penerbitan jurnal, laporan khusus, buletin,dll.
- b. Keterlibatan dalam kegiatan pendukung lain yang berkaitan dengan perbaikan dan pengembangan diri.

C. Myanmar

Pengembangan keprofesian berkelanjutan perawat menjadi tanggungjawab dari konsil keperawatan dan kebidanan Myanmar, Asosiasi keperawatan dan kebidanan Myanmar serta divisi keperawatan: departemen kesehatan, departemen kesehatan dan kementerian kesehatan. Sub bidang pendidikan keperawatan dari masing-masing rumah sakit, klinik dan fasilitas kesehatan baik negeri maupun swasta dari berbagai tingkat. Bentuk dari kegiatan PKB yang dilaksanakan antara lain:

- a. Program pendidikan: pelatihan singkat, pembelajaran jarak jauh, pelatihan dasar, program jenjang akademik. Pengajaran/demonstrasi, orientasi/on-job training. Kongres/conference tingkat nasional/internasional, pertemuan ilmiah, seminar, simposium, dan workshop.
- b. Program klinik (institusi): partisipasi dalam studi kasus, konferensi kasus, presentasi kasus pasien, *Preceptor*, supervisi klinik/*mentor ing* , orientasi ruangan, ronde keperawatan. Partisipasi dalam aktivitas pendidikan keperawatan, pertemuan klinik rumah sakit, Petunjuk/panduan kebijakan reguler, pendidikan dan pertemuan koordinasi pelayanan, dan kegiatan lain yang berhubungan dengan pengembangan kapasitas.
- c. Partisipasi dalam program kesehatan masyarakat: review morbiditas dan mortalitas, kegiatan kesehatan masyarakat, kegiatan proyek home based care/kegiatan keperawatan

- komunitas, pertemuan bulanan/pertemuan koordinasi, review kebijakan dan regulasi, Petunjuk / panduan kebijakan reguler, dan pertemuan kesehatan lain yang sesuai. Partisipasi dalam aktivitas komunitas pendidikan keperawatan, proyek kesehatan masyarakat, pertemuan advokasi/promosi kesehatan.
- d. Penelitian: Melakukan penelitian, berpartisipasi dalam penelitian keperawatan, Seminar/Presentasi ilmiah, Diseminasi hasil penelitian, presentasi Poster,dll.
 - e. Publikasi: publikasi dalam jurnal nasional dan internasional, anggota editorial, reviewer Jurnal.
 - f. Pendidikan keperawatan berkelanjutan: orientasi pekerjaan yang berkaitan dengan pengetahuan dan ketrampilan, *Preceptor/mentor ing*, pengajar atau narasumber dalam kegiatan pembelajaran, demonstrasi, workshop, seminar, pertemuan bulanan, presentasi pada pertemuan keperawatan, membaca jurnal/publikasi ilmiah keperawatan, pertemuan dan diskusi untuk PKB, aktivitas online pendidikan keperawatan berkelanjutan, dll.
 - g. Partisipasi dalam program lain yang mendukung kompetensi: keterlibatan dalam komite pengembangan keprofesian, kepemimpinan dan manajemen, penilaian kompetensi: kuesioner, interview, tes, ujian ketrampilan, dll. Belajar mandiri, belajar dalam kelompok, tim kerja, dll.
 - h. Partisipasi dalam aktivitas keselamatan hidup: BLS/CPR, Pertolongan Pertama, Manajemen kegawat daruratan dan ambulasi hidup, kedaruratan obstetrik, Kegiatan Penanggulangan Bencana/Resiko dll.

PKB digunakan untuk pertimbangan relicensing dan jenjang karir. Jumlah kredit point yang harus dipenuhi dibedakan disetiap level keperawatan, untuk direktur keperawatan dan profesor

sejumlah 35 kredit poin, 30 kredit point untuk pengajar keperawatan, Assistant Director (Nursing) dan Nursing Superintendent, 25 kredit untuk asisten pengajar dan staf manajemen keperawatan, perawat manajer, kepala sekolah pelatihan perawat, 20 kredit untuk perawat di kabupaten, 15 kredit untuk staf perawat, Lady Health Visitor (LHV) dan 10 kredit untuk perawat dan bidan terlatih.

D. Filipina

Pengembangan keprofesian berkelanjutan di Filipina dilaksanakan untuk memperbarui ID PRC dan menjaga profesionalisme untuk tetap memperbarui dan mempertahankan kompetensi. Satu unit / jam program pelatihan untuk 15 unit kredit setiap tahun dan 45 unit kredit per 3 tahun. Saat ini Filipina melakukan benchmarking dengan negara lain untuk memberikan kredit untuk pendidikan non-formal dengan mempertimbangkan pembelajaran nosional yang mencakup jam yang dihabiskan untuk penelitian, belajar mandiri, konferensi dan kegiatan terkait lainnya untuk mendapatkan kompetensi.

E. Singapura

Kegiatan PKB dengan kredit poin hanya wajib dipenuhi oleh perawat spesialis (*Advanced Practice Nursing/ APN*). Perawat dan bidan direkomendasikan minimum 15 unit pertahun. Sedangkan APN disyaratkan untuk memenuhi 30 unit pertahun, dengan 15 unit harus berkaitan dengan praktik keperawatan spesialis untuk memperbaharui ijin praktik. Bentuk dari kegiatan PKB antara lain:

- a. Kegiatan dalam pelayanan (1 unit persesi maksimal 10 unit pertahun)
- b. Kegiatan lokal dalam konferens, Seminar, workshop, kursus (1 unit untuk 1-2 jam, untuk presenter 2 unit persesi).

- c. Kegiatan di luar negeri: Conference, Seminar, Workshop, Study Trip (1 unit untuk 1-2 jam, untuk presenter 2 unit persesi).
- d. Penelitian, proyek peningkatan kualitas keperawatan (10 perprojek untuk ketua dan 5 untuk anggota).
- e. Presentasi karya ilmiah: presentasi oral dan poster (2 untuk poster dan 4 untuk oral disetiap karya yang dipresentasikan).
- f. Publikasi: jurnal terakreditasi, buku/textbook, publikasi online (1-5 unit bergantung pada jenis publikasi).
- g. Self Directed Learning: e-learning, self-learning package, mobile learning eg medscape, lippincott (1 unit permodul, maksimal 5 unit pertahun).
- h. Belajar mandiri: membaca karya ilmiah dari jurnal kesehatan yang sesuai, publikasi online dan media audio-visual (1 unit setiap kegiatan yang diajukan, maksimal 3 unit pertahun).
- i. Pelatihan/kursus formal: bukan kualifikasi akademik dan kursus yang tidak diberikan poin (2-10 unit bergantung pada jumlah jam yang diikuti).
- j. Clinical Attachmentv: HMDP dan local attachment (2-6 unit bergantung pada jumlah hari yang diikuti, maksimal 10 unit pertahun).

F. Thailand

Kegiatan PKB dibawah tanggungjawab dari organisasi keperawatan: konsil keperawatan dan kebidanan, asosiasi perawat dan asosiasi/ himpunan khusus keperawatan . Selain itu PKB juga dibawah lembaga akreditasi pendidikan keperawatan dan departemen keperawatan (lebih dari 500 rumah sakit). Nilai poin untuk setiap kegiatan PKB selama 1 jam sama dengan 1 poin. PKB yang bertujuan untuk pengajuan ulang ijin praktik keperawatan atau relicensing berjumlah 50 poin untuk setiap perawat. Bentuk kegiatan PKB dibagi kedalam 5 kategori, yaitu:

- a. Kategori 1: peningkatan dalam pengetahuan profesional dan kompetensi.
- b. Kategori 2: partisipasi dalam pengembangan keprofesian staf.
- c. Kategori 3: mengikuti program pendidikan atau kursus/pelatihan keperawatan jangka pendek, kurang dari 4 minggu.
- d. Kategori 4: belajar di program sarjana keperawatan.
- e. Kategori 5: mempunyai pelatihan kekhususan dalam keperawatan. Satu bulan mengikuti program training senilai dengan 12-15 poin dan 50 poin untuk kegiatan selama 4 bulan.

G. Vietnam

Kegiatan PKB dibawah tanggungjawab dari Departement of Science Technology and training administration (MoH); Dept of General Planning (Provincial Health Bureau), Nursing and Midwifery Council, Nursing departments (Central hospitals) dan Training centers of hospital. Kegiatan PKB yang diikuti akan mendapatkan poin yang akan digunakan sebagai pertimbangan dalam pemberian lisensi praktik keperawatan (lisensi akan ditangguhkan jika pemegang tidak memenuhi jam wajib PKB selama dua tahun berturut-turut. Selain itu kegiatan PKB jga ditujukan untuk kriteria dalam kenaikan dalam jenjang karir keperawatan. Adapun bentuk dari kegiatan PKB di Vietnam antara lain:

- a. Kegiatan pelatihan dalam pelayanan (maksimal 24 jam).
- b. Clinical program: Clinical teaching, wound care, Stoma care, case study presentation.
- c. Kegiatan lokal: Conference, Seminar, diskusi
- d. Kegiatan di luar negeri: Conference, Seminar, diskusi
- e. Penelitian dan karya tulis ilmiah.
- f. Penyusunan kurikulum profesional.

BAB IX

PKB PERAWAT DI INDONESIA

A. Dasar Hukum

Pengembangan keprofesian berkelanjutan menjadi kewajiban yang harus diikuti oleh perawat sebagai petugas kesehatan dan dilaksanakan oleh rumah sakit dalam pengembangan staf. Peraturan tersebut tertuang dalam Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang mengamanatkan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Lebih rinci dalam undang undang tersebut dijelaskan pada:

1. Pasal 16 dinyatakan bahwa, pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
2. Pasal 19 menyatakan: Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.
3. Pasal 24 ayat (2) menyatakan: Ketentuan mengenai kode etik dan standar profesi diatur oleh organisasi profesi.
4. Pasal 27 menyatakan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki.

5. Pasal 63 ayat (4) yang menyatakan: Pelaksanaan pengobatan dan/ atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu.

Didukung oleh Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (pasal 5) mempertegas fungsi rumah sakit dalam penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia (SDM). Pengembangan staf menjadi kewajiban rumah sakit yang telah diatur dalam standar akreditasi rumah sakit Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada standar manajemen rumah sakit: kualifikasi dan pengembangan staf (PPNI, 2013). Dikuatkan oleh Undang-undang No.36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan pasal 30 menyebutkan bahwa pengembangan Tenaga Kesehatan diarahkan untuk meningkatkan mutu dan karir tenaga kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan serta kesinambungan dalam menjalankan praktik.

Undang-undang No.38 tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 53 ayat 3, yaitu pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan ditempuh setelah menyelesaikan pendidikan keperawatan. Perawat yang telah selesai dengan pendidikan formal tidak berhenti belajar untuk terus update mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki dengan melaksanakan pendidikan berkelanjutan. Hal tersebut wajib dilakukan agar standar kinerja selalu dapat terjaga dan dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal.

Pengembangan dan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan perawat secara khusus telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No.17 Tahun 2013 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat. Perawat dalam menjalankan praktik senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya

dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan tugasnya yang diselenggarakan oleh pemerintah atau organisasi profesi. PMK No. 49 Tahun 2013 tentang komite keperawatan menjelaskan bahwa mutu profesi tenaga keperawatan harus selalu ditingkatkan melalui program pengembangan profesional berkelanjutan yang disusun secara sistematis, terarah dan terstruktur. Dasar hukum yang lain adalah PMK RI No. 46 Tahun 2013 tentang registrasi tenaga kesehatan disebutkan dalam pasal 4 dan 5 bahwa perpanjangan surat tanda registrasi (STR) dapat dilakukan dengan kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan dan atau kegiatan ilmiah yang dibuktikan dengan pemenuhan syarat satuan kredit profesi yang diperoleh selama lima tahun.

Undang-undang dan PMK tersebut sebagai landasan dalam penyelenggaraan PKB yang harus diikuti oleh semua perawat. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai organisasi profesi yang menaungi profesi keperawatan mempunyai tanggungjawab dalam pelaksanaan PKB. PPNI dalam rumusan Kerangka Kerja Kompetensi bagi Perawat Indonesia telah menetapkan Pengembangan Profesional sebagai ranah ketiga, sesuai dengan standar kompetensi global yang ditetapkan oleh *International Council of Nurses* (ICN). Pengembangan Profesional dalam bentuk PKB dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kompetensi profesional perawat sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi (PPNI, 2016).

Pedoman Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan perawat di Indonesia telah disusun oleh PPNI sebagai acuan operasional bagi semua perawat dalam mengembangkan kariernya. Pedoman PKB PPNI juga mengatur pemberian Satuan Kredit Profesi (SKP) bagi perawat yang telah berupaya mengembangkan dirinya. Pedoman yang telah disusun oleh organisasi profesi perawat

diharapkan ada kejelasan tentang pola pengembangan profesionalisme bagi setiap perawat, sehingga dapat lebih menjamin mutu pelayanan keperawatan. PKB perawat diatur oleh organisasi profesi dalam Keputusan Pengurus Pusat PPNI. Pedoman PKB terbaru diberlakukan melalui surat keputusan PPNI mulai tahun 2016. Pedoman tersebut merupakan edisi kedua, perubahan dari pedoman sebelumnya yang terbit pada tahun 2012.

B. Definisi Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Organisasi profesi perawat, PPNI mendefinisikan PKB Perawat sebagai proses pengembangan keprofesian yang meliputi berbagai kegiatan yang dilakukan seseorang dalam kapasitasnya sebagai perawat praktisi, guna mempertahankan dan meningkatkan profesionalismenya sebagai seorang perawat sesuai standar kompetensi yang ditetapkan. Kegiatan PKB dapat berupa pengalaman memberikan asuhan keperawatan, mengikuti pendidikan/ pelatihan, menulis artikel, melakukan penelitian, publikasi karya ilmiah dan pengabdian masyarakat.

C. Tujuan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Tujuan PKB perawat Indonesia secara umum adalah meningkatkan kompetensi profesional setiap perawat sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang keperawatan khususnya. Tujuan khusus pendidikan keprofesian berkelanjutan untuk memelihara dan meningkatkan kemampuan profesional perawat sesuai standar kompetensi nasional dan global, terjaminnya mutu pelayanan keperawatan melalui upaya pengembangan kompetensi profesional secara terus menerus (PPNI, 2016).

D. Bentuk Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Kegiatan PKB perawat Indonesia mencakup 4 kategori, yaitu kegiatan praktik profesional, pendidikan berkelanjutan, pengembangan ilmu pengetahuan dan pengabdian masyarakat (PPNI, 2016). Kegiatan praktik profesional terdiri dari kegiatan memberikan pelayanan keperawatan, baik berupa praktek di institusi pelayanan kesehatan maupun praktek mandiri diluar institusi, serta membimbing praktek mahasiswa di klinik maupun di masyarakat.

Pendidikan berkelanjutan adalah partisipasi pada temu ilmiah, seminar, workshop, pelatihan. Pengembangan ilmu pengetahuan terdiri dari meneliti, publikasi hasil penelitian di jurnal, menulis artikel di jurnal, dan menulis buku dipublikasikan. Pengabdian masyarakat mencakup partisipasi dalam pemberdayaan masyarakat melalui bentuk-bentuk kegiatan sosial, memberikan penyuluhan, penanggulangan bencana, terlibat aktif dalam pengembangan profesi, anggota pokja kegiatan keprofesian.

E. Prinsip Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Prinsip PKB perawat Indonesia terdiri dari 1) setiap perawat harus mempunyai rencana pengembangan dirinya sebagai upaya untuk meningkatkan mutu keprofesiannya, 2) PKB Perawat merupakan kegiatan mandiri dengan ciri "*self directed*" dan "*practice based*", 3) PKB perawat merupakan syarat untuk mendapatkan rekomendasi dari PPNI dalam rangka perpanjangan sertifikat guna registrasi ulang (STR) atau lisensi (SIPP), 4) PKB perawat harus didasarkan pada motivasi dasar keinginan memberikan pelayanan terbaik bagi pasien, memenuhi Kewajiban sesuai standar profesi, mencegah kejenuhan, dan mendapatkan kepuasan diri dengan berkembangnya kemampuan sesuai dengan jenjang karier profesi (PPNI, 2016).

PKB merupakan syarat untuk mendapatkan rekomendasi PPNI dalam rangka registrasi ulang dan lisensi. Bukti seseorang melakukan kegiatan PKB bagi Perawat dinyatakan dalam bentuk Satuan Kredit Profesi (SKP) oleh organisasi profesi. Kredit prasyarat yang diperlukan sesuai ketentuan yang telah ditetapkan, yaitu sekurang-kurangnya 25 SKP dalam 5 tahun, yang terdiri dari kegiatan praktik profesional, pendidikan berkelanjutan, pengembangan ilmu pengetahuan, dan pengabdian masyarakat.

F. Proses dan Mekanisme Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan

Kegiatan PKB yang telah diikuti oleh perawat dan dibuktikan dengan sertifikat kegiatan ataupun bukti dokumen lain kemudian dipergunakan sebagai persyaratan untuk registrasi ulang atau perpanjangan STR. Perawat dapat mengajukan perpanjangan STR setelah penghitungan jumlah SKP mencukupi (25 SKP). Adapun mekanisme untuk Re-registrasi SKP guna perpanjangan STR adalah:

- a. Rekomendasi diberikan kepada anggota aktif PPNI yang memiliki Nomor Induk Registrasi Anggota (NIRA) PPNI yang dikeluarkan oleh PPNI Pusat sesuai hasil MUNAS PPNI tahun 2010 dan terdaftar sejak 2012. Untuk perawat lulusan setelah tahun 2012, keanggotaan dihitung sejak tahun kelulusan.
- b. Surat Rekomendasi diberikan oleh PPNI Provinsi berdasarkan pendelegasian dari Dewan Pengurus Pusat PPNI (Surat Keputusan Dewan Pengurus Pusat PPNI) dengan memperhatikan status keanggotaan dan terpenuhinya 25 SKP sesuai ketentuan PPNI.
- c. Setiap perawat mengisi formulir laporan evaluasi diri (lampiran 1), formulir permohonan verifikasi (lampiran 2)

- dan melampirkan bukti-bukti sesuai kebijakan PPNI yang tertuang dalam pedoman.
- d. Laporan evaluasi diri, permohonan verifikasi dan bukti-bukti pendukung dikirimkan ke sekretariat PPNI Dewan Pengurus Daerah PPNI Kabupaten/ Kota untuk diverifikasi oleh verifikator PPNI yang ditetapkan melalui SK Dewan Pengurus Pusat PPNI.
 - e. Setelah diverifikasi, verifikator DPD PPNI Kabupaten/ Kota memasukkan data hasil evaluasi diri anggotanya (Perolehan SKP) secara manual (lampiran 4) atau melalui Sistem Informasi Manajemen Keanggotaan (SIM-K) PPNI secara bertahap. Jika perolehan SKP kurang dari 25 SKP, maka verifikator DPD PPNI Kabupaten/ Kota memberikan umpan balik kepada yang bersangkutan secara langsung atau melalui DPK PPNI untuk mendapatkan pembinaan/pengarahan sesuai dengan petunjuk teknis pengembangan kemampuan evaluasi perawat melalui modul guna tercukupi 25 SKP yang masih dirasakan kurang.
 - f. Setelah tercukupi 25 SKP selanjutnya verifikator DPD PPNI Kabupaten/ Kota melakukan verifikasi data evaluasi diri dan menyerahkan hasil verifikasi ke Dewan Pengurus Wilayah PPNI Provinsi untuk dimasukkan dalam data manual atau ke SIM-K Nasional
 - g. Dewan Pengurus Wilayah PPNI Provinsi, atas nama Dewan Pengurus Pusat PPNI memberikan rekomendasi sesuai dengan peraturan organisasi tentang rekomendasi.

G. Monitoring dan Evaluasi Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan oleh PPNI

1. Monitoring

Monitoring adalah proses pengumpulan dan analisis informasi (berdasarkan indikator yang ditetapkan) secara sistematis dan kontinu tentang kegiatan program sehingga dapat dilakukan tindakan koreksi untuk penyempurnaan program selanjutnya.

Tujuan dari dilakukannya monitoring adalah untuk mengkaji kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan perencanaan sebelumnya, mengidentifikasi masalah yang dapat timbul agar langsung dapat diatasi, melakukan penilaian apakah pola kerja dan manajemen yang digunakan sudah tepat untuk mencapai tujuan program kegiatan, mengetahui kaitan antara kegiatan dengan tujuan untuk memperoleh ukuran kemajuan dan untuk menyesuaikan kegiatan dengan lingkungan yang berubah, tanpa menyimpang dari tujuan.

Manfaat dari monitoring pada kegiatan PKB meliputi: untuk pengendalian atau supervisi, sebagai bentuk pertanggungjawaban (akuntabilitas) kinerja, untuk meyakinkan pihak-pihak yang berkepentingan, membantu penentuan langkah-langkah yang berkaitan dengan kegiatan program selanjutnya perlu diperbaiki dan menjaga kinerja yang sudah baik, sebagai dasar untuk melakukan monitoring dan evaluasi selanjutnya dan membantu untuk mempersiapkan laporan dalam waktu yang singkat.

Monitoring dalam kegiatan PKB mencakup input, proses dan output. Aspek masukan (input) program pendidikan profesi berkelanjutan antara lain mencakup: tenaga manusia, dana, bahan, peralatan, jam kerja, data, kebijakan, manajemen

dan sebagainya, yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan program pendidikan profesi berkelanjutan.

Aspek proses / aktivitas yaitu aspek dari proyek yang mencerminkan suatu proses kegiatan, dalam hal ini adalah semua tahapan proses yang terdapat dilangkah langkah metode pengembangan sistem yang dipergunakan. Aspek keluaran (*output*), yaitu aspek proyek yang mencakup hasil dari proses yang terutama berkaitan dengan kuantitas (jumlah) dari setiap tahapan yang ada di metode pengembangan sistem yang dipilih.

Tahapan monitoring PKB oleh PPNI dilakukan secara berjenjang, jika proses pengajuan dilaksanakan di wilayah, maka diperlukan surat keterangan tentang persetujuan penyelenggara kegiatan dari DPW PPNI Provinsi untuk melakukan monitoring. Monitoring dilakukan oleh Tim Penilai/ Tim Telaah PPNI setiap 3 (tiga) bulan sekali untuk menilai keberlangsungan penyelenggaraan kegiatan dan 6 (enam) bulan untuk menilai keberlangsungan lembaga. Setelah dilakukan penilaian, perlu dilaporkan hasilnya kepada Dewan Pengurus Pusat PPNI.

2. Evaluasi

Evaluasi adalah aktivitas yang sistematis dan kontinyu untuk menilai konseptualisasi, desain, implementasi, dan manfaat kebijakan/program. Tujuan dari evaluasi adalah untuk mendapatkan informasi dan menarik pelajaran dari pengalaman mengenai pengelolaan program keluaran, manfaat, dan dampak dari program pengembangan sistem yang baru selesai dilaksanakan, maupun yang sudah berfungsi. Selain itu evaluasi juga sebagai umpan balik bagi pengambilan keputusan dalam rangka perencanaan,

pelaksanaan, pemantauan dan pengendalian program selanjutnya.

Manfaat evaluasi kegiatan adalah untuk evaluasi awal kegiatan, yaitu penilaian terhadap kesiapan pengusulan atau mendeteksi kelayakan kegiatan. Evaluasi memiliki 2 jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif, yaitu penilaian terhadap hasil-hasil yang telah dicapai selama proses kegiatan dilaksanakan. Waktu pelaksanaan dilaksanakan secara rutin setiap selesai satu tahapan dari metode pengembangan sistem yang digunakan. Evaluasi sumatif, yaitu penilaian hasil-hasil yang telah dicapai secara keseluruhan dari awal kegiatan sampai akhir kegiatan. Waktu pelaksanaan pada saat akhir sesuai dengan jangka waktu proyek dilaksanakan. Untuk proyek yang memiliki jangka waktu enam bulan, maka evaluasi sumatif dilaksanakan menjelang akhir bulan keenam. Untuk evaluasi yang menilai dampak, dapat dilaksanakan setelah proyek berakhir dan diperhitungkan dampaknya sudah terlihat nyata.

3. Monitoring dan Evaluasi

Mekanisme pelaksanaan monitoring dan evaluasi sebagai berikut:

- a. Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berjenjang sesuai tingkatan organisasi
- b. Monitoring dan evaluasi kegiatan Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan dilakukan oleh DPW PPNI, DPD PPNI, DPL dan Ikatan/ himpunan, selanjutnya dilaporkan kepada DPP PPNI.
- c. Penyelenggaraan kegiatan di wilayah dengan pengajuan permohonan SKP dan akreditasi lembaga dari DPP PPNI,

maka monitoring dan evaluasi dilakukan oleh DPW PPNI Provinsi

- d. Penyelenggaraan kegiatan dilakukan di daerah dengan pengajuan permohonan SKP dan akreditasi lembaga dari DPP PPNI, maka monitoring dan evaluasi dilakukan oleh DPW PPNI Provinsi dengan berkoordinasi ke DPD PPNI Kabupaten/ Kota
- e. Apabila terjadi pelanggaran pemasangan SKP dan atau nama narasumber/ fasilitator/pelatih tanpa ijin dan tidak sesuai dengan kaidah etika yang berlaku akan dikenakan sanksi sebagai berikut:
 - 1) Lisan, yaitu berupa teguran langsung kepada penyelenggara.
 - 2) Tertulis, yaitu tertuang dalam surat resmi yang dikirimkan kepada penyelenggara, apabila tidak segera dihapus akan dilakukan jalur khusus.
 - 3) Pencabutan ijin kegiatan dan ijin akreditasi lembaga, jika dalam pemberitahuan 3 (tiga) hari tidak ditanggapi secara serius dan tidak ada perubahan.

BAB X

KEGIATAN PKB PERAWAT INDONESIA

A. Praktik Profesional

Kegiatan praktik profesional merupakan kegiatan atau aktivitas perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Pelayanan yang diberikan dapat berupa asuhan keperawatan kepada pasien baik di fasilitas pelayanan kesehatan ataupun praktik mandiri keperawatan. Selain itu dapat juga dalam bentuk memberikan bimbingan kepada mahasiswa yang sedang menjalani praktik klinik baik di rumah sakit maupun di komunitas.

Kegiatan lain yang termasuk praktik profesional adalah seorang perawat yang berperan sebagai pengelola pelayanan keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan, misalnya sebagai kepala bidang keperawatan, ketua tim asuhan keperawatan, manajer keperawatan/ kepala ruang keperawatan, kepala puskesmas, kepala praktik mandiri keperawatan, ketua komite keperawatan dan pengalaman sebagai praktisi keperawatan mandiri.

Dewan PP PPNI dalam pedoman PKB perawat Indonesia menjelaskan bahwa PKB dalam bentuk kegiatan praktik profesional wajib dipenuhi sebanyak 5 SKP dalam 5 tahun (DPP PPNI, 2016). Penentuan SKP dalam kegiatan praktik profesional terbagi dalam 4 (empat) kategori, yaitu pengalaman kerja, pengalaman sebagai pembimbing klinik, pengalaman sebagai pengelola pelayanan

kesehatan dan pengalaman sebagai praktisi praktik keperawatan mandiri. Masing-masing kegiatan tersebut mendapatkan satu SKP untuk satu tahun. Penghitungan SKP pada kegiatan tersebut harus dibuktikan dengan dokumen berupa surat keterangan atau surat ijin praktik, dalam pengajuan SKP harus dilampirkan dokumen pendukung tersebut.

Kegiatan profesional dalam bentuk pengalaman kerja mengelola pasien selama satu tahun akan mendapatkan satu SKP dibuktikan dengan surat keterangan atasan yang berwenang yang menyatakan bahwa perawat yang bersangkutan masih aktif sebagai perawat yang memberikan pelayanan kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk kegiatan pembimbingan mahasiswa selama satu tahun sama dengan satu SKP dibuktikan dengan surat keterangan sebagai pembimbing klinik dari pimpinan institusi. Pengalaman sebagai pengelola pelayanan keperawatan selama satu tahun sama dengan satu SKP dibuktikan dengan surat keterangan dari atasan yang menyatakan bahwa yang bersangkutan masih aktif sebagai pengelola pelayanan keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan untuk pengalaman sebagai praktisi praktik mandiri keperawatan dibuktikan dengan surat ijin praktik/ SIPP praktik keperawatan mandiri yang dijalankan.

B. Kegiatan Ilmiah

Kegiatan ilmiah merupakan kegiatan yang diikuti oleh perawat berupa seminar, temu ilmiah, workshop, lokakarya dan pelatihan. Kegiatan tersebut dibuktikan dengan sertifikat baik sebagai peserta, panitia, moderator ataupun sebagai pemateri atau narasumber. DPP PPNI menetapkan beberapa syarat untuk penetapan SKP pada kegiatan ilmiah yang dapat diikuti dan diselenggarakan oleh perawat. Ketentuan tersebut berupa ketentuan materi yang disajikan dalam kegiatan ilmiah harus

relevan dengan kompetensi keperawatan, narasumber kegiatan ilmiah harus perawat yang memiliki kepakaran dalam materi yang disampaikan kemudian ketentuan untuk tingkat kegiatan ilmiah, dapat berupa kegiatan yang bersifat lokal, nasional dan internasional.

Kegiatan ilmiah yang bersifat lokal diikuti oleh peserta yang berasal dari satu atau dua provinsi dan kegiatan ilmiah tersebut membahas isu kesehatan dan atau keperawatan yang terjadi di provinsi terkait dan hubungannya dengan masalah nasional. Untuk kegiatan pada tingkat nasional peserta berasal dari sedikitnya tiga provinsi. Kegiatan yang diselenggarakan membahas tentang masalah kesehatan dan atau keperawatan yang terjadi di beberapa provinsi atau masalah kesehatan nasional. Narasumber dalam kegiatan tersebut diakui oleh PPNI dan secara nasional kompeten dibidangnya. Sedangkan kegiatan dalam skala internasional apabila kegiatan ilmiah diikuti oleh minimal dua peserta dari luar negeri, pembicara adalah pakar dari luar negeri minimal 2 orang dengan membahas masalah kesehatan atau keperawatan terkait issue internasional atau pelatihan sesuai standar internasional. Kegiatan ilmiah skala internasional menggunakan bahasa pengantar selain bahasa Indonesia menggunakan bahasa asing internasional lainnya.

Kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh perawat terbagi menjadi tiga kategori, yaitu seminar atau temu ilmiah, workshop/lokakarya dan pelatihan. Seminar merupakan pertemuan untuk membahas suatu masalah yang dilakukan secara ilmiah. Pada seminar biasanya menampilkan satu atau beberapa pembicara dengan makalah atau kertas kerja yang sebelumnya telah di persiapkan. Salah satu fungsi dari seminar yaitu untuk menyampaikan suatu gagasan ataupun sesuatu yang baru kepada para peserta seminar dan berharap para peserta dapat memperoleh ilmu dan nantinya dapat dikembangkan lagi untuk menyelesaikan

masalah. Kegiatan seminar hanya boleh diselenggarakan oleh lembaga/institusi, ikatan dan himpunan. Kegiatan seminar yang diberikan SKP oleh PPNI adalah kegiatan seminar yang berlangsung selama lebih kurang 7 jam.

Kegiatan ilmiah dalam bentuk workshop adalah suatu pertemuan ilmiah yang membahas masalah tertentu oleh para pakar dalam bidang tertentu. Sedangkan pelatihan adalah sebuah cara yang digunakan untuk memberikan atau meningkatkan ketrampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan pekerjaan saat ini. Bukti mengikuti kegiatan ilmiah pelatihan berupa sertifikat kehadiran atau sertifikat keahlian. Sertifikat keahlian diberikan ketika seorang perawat telah selesai mengikuti pelatihan dan dapat mencapai kompetensi di area keahlian khusus yang diikutinya. Sertifikat keahlian khusus harus teregister di tingkat pusat. Standar kompetensi perawat di area keahlian khusus ditentukan oleh ikatan/himpunan.

C. Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Pengembangan ilmu pengetahuan merupakan kegiatan perawat dalam meningkatkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan dibidang dalam bentuk penelitian, publikasi, penulisan buku dan oral presentasi. Bukti dokumen telah melaksanakan kegiatan pengembangan ilmu pengetahuan harus disiapkan oleh perawat sebagai kelengkapan dalam pengajuan proses re-registrasi.

Kegiatan penelitian dibuktikan dengan adanya laporan penelitian yang disetujui oleh pimpinan di unitnya. Hasil publikasi ilmiah harus melampirkan cover jurnal dan manuskrip artikel ilmiah sebagai bukti dokumennya. Besaran nilai SKP pada kegiatan publikasi ilmiah dibedakan berdasarkan reputasi jurnal. PPNI mengklasifikasikan menjadi tiga, yaitu jurnal internasional, jurnal

nasional terakreditasi dan jurnal nasional tidak terakreditasi. Sedangkan untuk presentasi oral yang perlu disiapkan sebagai bukti dokumen adalah undangan presentasi oral, jadwal atau susunan acara dan sertifikat. Untuk penulisan buku, perawat dapat sebagai penulis, penerjemah atau penyunting.

D. Pengabdian Masyarakat

Pengabdian masyarakat merupakan kegiatan yang dilaksanakan perawat dalam rangka mengabdikan atau memberikan ilmu kepada masyarakat dan perawat. Bentuk-bentuk pengabdian masyarakat yang diakui oleh PPNI adalah:

1. Partisipasi dalam pemberdayaan masyarakat melalui bentuk-bentuk kegiatan sosial (kegiatan sosial masyarakat, memberikan penyuluhan, pengurus warga), penanggulangan bencana dan anggota pokja kegiatan keprofesian. Dokumen yang diperlukan adalah surat keputusan atau surat tugas dari atasan/pihak berwenang, diberikan untuk setiap kegiatan atau periode pengurus warga dan laporan yang disahkan oleh penanggungjawab kegiatan (jika memungkinkan). Nilai SKP untuk ketua adalah 2 SKP dan anggota 1 SKP.
2. Partisipasi sebagai pengabdian profesi selama periode menjabat. Pemberian SKP dengan kriteria harus memiliki NIRA (nomor induk registrasi keanggotaan) aktif PPNI dan mengikuti satu kali rapat kerja, musyawarah nasional, musyawarah wilayah dan atau musyawarah daerah yang diselenggarakan oleh PPNI.
3. Bekerja di daerah terpencil perbatasan kepulauan (DTPK). Pemberian SKP sebesar 3 SKP per tahun dengan bukti surat keputusan atau surat tugas dari atasan/pihak yang berwenang.

BAB XI

PKB DALAM JENJANG KARIR KEPERAWATAN

A. Pengembangan Karir di Keperawatan

Implementasi jenjang karir profesional perawat merupakan upaya pengembangan profesi dan pelayanan keperawatan ke arah yang lebih baik. Depkes (2006) mendeskripsikan jenjang karir perawat sebagai sistem untuk meningkatkan kinerja dan profesionalisme sesuai dengan bidang pekerjaan melalui peningkatan kompetensi. Sedangkan karir menurut Robins (2006) merupakan suatu deretan posisi yang diduduki oleh seseorang selama perjalanan usianya.

Jenjang karir perawat masih menemukan kendala dalam implementasinya. Kendala masih terjadi di beberapa rumah sakit yang telah menerapkan sistem pengembangan karir perawat. Kendala tersebut terjadi pada beberapa aspek, antara lain dukungan pimpinan, kebijakan pemerintah mengenai Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI), dan rumusan kompetensi perawat oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) (Depkes, 2006). Selain itu yang menjadi kendala adalah bervariasinya penerapan jenjang karir perawat sehingga perawat belum memahami sistem jenjang karir dengan baik. Pengembangan jenjang karir profesional yang sudah dikembangkan oleh rumah sakit dan sarana kesehatan lain masih kurang memperhatikan

tuntutan dan kebutuhan profesi, serta belum dikaitkan dengan kompensasi atau sistem penghargaan.

Penerapan sistem jenjang karir professional perawat di setiap sarana kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan kinerja perawat, sehingga mutu pelayanan kesehatan juga meningkat. Dampak lain dari adanya jenjang karir professional adalah mengarahkan perawat untuk menekuni bidang keahlian di tempat kerjanya dan meningkatkan profesionalismenya. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik, (2013) dalam petunjuk pelaksanaan jenjang karir perawat di rumah sakit mendefinisikan karir perawat sebagai suatu jenjang yang dipilih oleh perawat sebagai individu untuk dapat memenuhi kepuasan kerja perawat, sehingga pada akhirnya akan memberikan kontribusi terhadap bidang profesi yang dipilihnya. Hal ini sejalan dengan adanya tuntutan sistem akreditasi rumah sakit berstandar internasional yang mempersyaratkan perawat memiliki kewenangan dan penugasan klinis yang jelas sesuai area praktiknya, mengharuskan setiap sarana kesehatan mempunyai jenjang karir profesional perawat yang jelas.

Perencanaan dan pengembangan karir profesional perawat tidak hanya menjadi kebutuhan individu perawat tetapi juga menjadi tanggungjawab bersama penyelenggara sarana kesehatan, sehingga diperlukan sebuah sistem pengembangan karir yang jelas dan bisa diterapkan di sarana kesehatan. Sistem pengembangan karir adalah usaha secara formal dan terorganisir serta terencana untuk mencapai keseimbangan antara kepentingan karir individu dengan organisasi secara keseluruhan (Sulistiyani & Rosidah 2003). Pengembangan karir perawat merupakan suatu perencanaan dan penerapan rencana karir yang dapat digunakan untuk penempatan perawat pada jenjang yang sesuai dengan keahliannya, serta menyediakan kesempatan yang lebih baik sesuai dengan

kemampuan dan potensi perawat (Marquis & Huston, 2010). Komponen pengembangan karir dalam Marquis dan Huston (2010), terdiri dari perencanaan karir dan manajemen karir. Perencanaan karir merupakan serangkaian tanggungjawab personal sedangkan manajemen karir adalah serangkaian tanggungjawab manajemen. Komponen karir dalam perencanaan dan manajemen karir diuraikan sebagai berikut:

Tabel 11.1 Komponen Pengembangan Karir

Perencanaan Karir	Manajemen Karir
⊕ Mengkaji minat, ketrampilan, kekuatan, kelemahan dan nilai diri.	⊕ Mengintegrasikan kebutuhan individu pegawai dengan kebutuhan organisasi
⊕ Menentukan tujuan	⊕ Menetapkan, merancang, mengomunikasikan dan mengimplentasikan jalur karir
⊕ Mengkaji kesempatan dalam organisasi	⊕ Mendiseminasikan informasi karir
⊕ Mengkaji kesempatan di luar organisasi	⊕ Memberitahukan dan mengkomunikasikan semua lowongan pekerjaan
⊕ Mengembangkan strategi	⊕ Mengkaji pegawai
⊕ Mengimplementasikan rencana	⊕ Memberikan pengalaman kerja untuk pengembangan
⊕ Mengevaluasi rencana	⊕ Memberikan dukungan dan semangat
⊕ Mengkaji ulang dan membuat rencana baru sesuai kebutuhan, minimal dua kali setahun	⊕ Mengembangkan kebijakan personal yang baru sesuai dengan kebutuhan
	⊕ Memberikan pelatihan dan pendidikan.

B. Manfaat penerapan sistem jenjang karir perawat

Marquis dan Huston (2010) menyampaikan bahwa penerapan sistem jenjang karir merupakan salah satu solusi yang dapat diterapkan untuk menghindari kebosanan dan indifferensi

pekerjaan. Kebosanan dalam pekerjaan terbukti dapat meningkatkan terjadinya pemutusan kerja sejalan dengan waktu dan pekerjaan yang sama.

Manfaat penerapan sistem jenjang karir secara umum adalah untuk mengembangkan prestasi pegawai, mencegah pegawai minta berhenti karena pindah kerja, meningkatkan loyalitas pegawai, memotivasi pegawai agar dapat mengembangkan bakat dan kemampuannya, mengurangi subjektivitas dalam promosi, memberi kepastian hari depan, mendukung organisasi memperoleh tenaga yang cakap dan terampil melaksanakan tugas (Sulistiyani dan Rosidah, 2003). Marquis dan Huston (2010) mengelompokkan manfaat sistem jenjang karir perawat menjadi lima, yaitu:

1. Pengembangan karir

Pengembangan karir adalah perencanaan dan implementasi rencana karir dan dapat dipandang sebagai proses hidup kritis yang melibatkan individu dan pegawai. Sistem jenjang karir menuntut manajemen suatu organisasi untuk menciptakan jalur karir termasuk cara yang dapat ditempuh oleh pegawainya agar mencapai karir tersebut. Laschinger & Havens berpendapat bahwa penciptaan jenjang karir dan program melanjutkan pendidikan oleh organisasi juga dapat mengarah pada pemberdayaan perawat. Komitmen manajemen menciptakan jalur karir dikarenakan hal tersebut dapat menjadi kerangka kerja untuk mengembangkan pengetahuan klinik melalui praktek keperawatan di rumah sakit. Sistem jenjang karir juga bermanfaat untuk memperbaiki moral perawat melalui kepuasan kerja akibat pekerjaan yang dilakukan.

2. Pengakuan

Sistem jenjang karir klinik dapat meningkatkan pengakuan dari profesi lain terhadap peran perawat dalam

pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Bentuk pengakuan yang tampak adalah memberi kesempatan kepada staf untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan, peningkatan kewenangan dan otonomi mengenai kehidupan kerja mereka (Robins, 2006). Pengakuan dan iklim kerja yang baik antara perawat dengan profesi lain seperti dokter, dapat menurunkan stres kerja dan meningkatkan kepuasan kerja perawat (Tabak & Koprak, 2007).

3. Penghargaan

Organisasi dalam hal ini dituntut untuk tidak hanya memberikan pekerjaan kepada pekerja untuk hidup mereka, tetapi organisasi atau perusahaan dapat menawarkan ketrampilan yang berguna dan memungkinkan staf bertahan dalam kondisi yang kacau. Pengembangan karir yang paling mendasar adalah program perencanaan financial yang kemungkinan akan sangat menguntungkan staf. Sistem jenjang karir klinik memungkinkan adanya penghargaan dalam bentuk kenaikan jenjang dan peningkatan penghasilan sebagai dampak dari terpenuhinya kompetensi yang diharapkan (Swansburg, 2000).

4. Pekerjaan yang menantang

Program karir yang kontinu dan menantang bagi pegawai mencakup dukungan untuk mencapai tingkat yang lebih maju dan sertifikasi serta ketrampilan spesialis dan pemindahan pekerjaan (Marquis & Huston, 2010). Sistem jenjang karir klinik dengan peningkatan kompleksitas kompetensi mengandung konsekuensi dan tanggung jawab yang semakin besar pada tiap levelnya. Kondisi ini dapat dijadikan sebagai tantangan bagi perawat untuk terus berkembang dan mengurangi kebosanan dalam pekerjaannya. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Robins

(2006), bahwa pekerjaan yang sedikit tantangan akan menimbulkan kebosanan.

5. Promosi

Promosi adalah penugasan ulang ke posisi yang lebih tinggi, sehingga biasanya diikuti dengan kenaikan gaji (Marquis & Huston, 2010). Promosi berkaitan erat dengan peningkatan status, perubahan titel, kewenangan yang lebih banyak dan tanggung jawab yang lebih besar. Peneliti berpendapat bahwa promosi menjadi hal penting yang diharapkan oleh sebagian besar atau bahkan seluruh staf. Sehingga sistem jenjang karir dapat menjadi alat yang digunakan sebagai panduan dalam menentukan kebijakan promosi.

C. Model jenjang karir perawat

Model jenjang karir perawat telah banyak dikembangkan oleh pakar keperawatan di dunia. Banner pada tahun 1984 mengenalkan teori jenjang karir dikeperawatan yang diadopsi dari model dryfus yang dikemukakan oleh Hubert Dreyfus dan Stuart Dreyfus. Teori yang dikembangkan oleh Patricia Benner dikenal dengan *From Novice To Expert*. Teori *From Novice to Expert* menjelaskan 5 tingkat akuisisi peran dan perkembangan profesi meliputi: (1) *Novice*, (2) *Advance Beginner*, (3) *Competent*, (4) *Proficient*, dan (5) *Expert*.

Tingkat *Novice* pada akuisisi peran pada *Dreyfus Model*, adalah seseorang tanpa latar belakang pengalaman pada situasinya. Perintah yang jelas dan atribut yang obyektif harus diberikan untuk memandu penampilannya. Di sini sulit untuk melihat situasi yang relevan dan irrelevant. Secara umum level ini diaplikasikan untuk mahasiswa keperawatan.

Advance Beginner dalam Model *Dreyfus* adalah ketika seseorang menunjukkan penampilan mengatasi masalah yang

dapat diterima pada situasi nyata. *Advance beginner* mempunyai pengalaman yang cukup untuk memegang suatu situasi. Fungsi perawat pada situasi ini dipandu dengan aturan dan orientasi pada penyelesaian tugas. *Advance beginner* mempunyai tanggung jawab yang lebih besar untuk melakukan manajemen asuhan pada pasien. Benner menempatkan perawat yang baru lulus pada tahap ini.

Level ketiga adalah *Competent*. *Advance beginner* akan menjadi *competent* setelah menyelesaikan pembelajaran praktik dalam situasi yang nyata. Tahap *competent* dari *Model Dreyfus* ditandai dengan kemampuan mempertimbangkan dan membuat perencanaan yang diperlukan untuk suatu situasi dan sudah dapat dilepaskan. Tahap *competent* ditandai dengan konsisten dan kemampuan memprediksi serta manajemen waktu. Perawat *competent* dapat menunjukkan tanggung jawab yang lebih pada respon pasien, lebih realistis dan dapat menampilkan kemampuan kritis pada dirinya.

Level keempat adalah *Proficient*, perawat pada tahap ini menunjukkan kemampuan baru untuk melihat perubahan yang relevan pada situasi, meliputi pengakuan dan mengimplementasikan respon keterampilan dari situasi yang dikembangkan. *Proficient* akan menunjukkan peningkatan percaya diri pada pengetahuan dan keterampilannya. Pada tingkatan ini perawat banyak terlibat dengan keluarga dan pasien.

Pada level kelima atau level tertinggi menurut teori Benner adalah *Expert*. Benner menjelaskan, perawat *expert* mempunyai pegangan *intuitif* dari situasi yang terjadi sehingga mampu mengidentifikasi area dari masalah tanpa kehilangan pertimbangan waktu untuk membuat diagnosa alternatif dan penyelesaian. Perubahan kualitatif pada *expert* adalah "mengetahui pasien" yang berarti mengetahui tipe pola respon dan mengetahui pasien sebagai manusia. Aspek kunci pada perawat *expert* adalah:

- a. Menunjukkan pegangan klinis dan sumber praktis
- b. Mewujudkan proses *know-how*
- c. Melihat gambaran yang luas
- d. Melihat yang tidak diharapkan

Swansburg (2000) selanjutnya mengelompokkan jenjang karir perawat menjadi empat, yaitu perawat klinik, manajemen, pendidik dan peneliti. Model tahapan untuk perawat klinik, terdiri dari lima tingkatan, yaitu perawat klinis/ perawatan I (pemula/belum berpengalaman), perawat klinis/staf II (pemula tahap lanjut), Perawat klinis/ staf III (kompeten), perawat klinis IV (terampil) dan perawat klinis / Staf V (ahli).

D. Penjenjangan Karir Perawat Profesional Indonesia

Penjenjangan karir perawat mempunyai makna tingkatan kompetensi untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akuntabel dan etis sesuai batas kewenangan. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kementerian Kesehatan dalam petunjuk pelaksanaan jenjang karir perawat di rumah sakit (2013) secara umum penjenjangan karir professional perawat terdiri dari 4 (empat) bidang, meliputi: perawat klinik (PK), perawat manajer (PM), perawat pendidik (PP) dan perawat peneliti/riset (PR). Perawat Klinik, yaitu perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien/pasien sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Perawat Manajer yaitu perawat yang mengelola pelayanan keperawatan disarana kesehatan, baik sebagai pengelola tingkat bawah (*front line manager*), tingkat menengah (*middle management*) maupun tingkat atas (*top manager*). Perawat Pendidik yaitu perawat yang memberikan pendidikan kepada peserta didik di institusi pendidikan keperawatan. Perawat Peneliti/Riset yaitu perawat yang bekerja di bidang penelitian keperawatan/ kesehatan.

Pola penjenjangan karir perawat klinik menggambarkan fungsi perawat sebagai pelaksana dalam praktik asuhan keperawatan, pengelola pelayanan keperawatan, pendidik pasien, keluarga dan masyarakat serta fungsi perawat sebagai peneliti. Perawat sebagai pelaksana adalah fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan baik langsung maupun tidak langsung dengan metode proses keperawatan. Perawat sebagai pengelola adalah fungsi perawat dalam mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan dalam kerangka paradigma keperawatan. Perawat sebagai pendidik merupakan fungsi perawat dalam mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat serta tenaga kesehatan yang berada di bawah tanggung jawabnya. Perawat berfungsi sebagai peneliti adalah fungsi perawat dalam mengidentifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metode penelitian, serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan. Fungsi perawat klinik dalam jenjang karir dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Perawat Klinik I (PK I)

Fungsinya :

- a. Memberikan asuhan keperawatan dasar dan umum kepada pasien.
- b. Memberikan pendidikan kepada pasien sehubungan dengan prosedur keperawatan yang dilakukan.

Deskripsi:

- a. Menguasai konsep teoritis bidang keperawatan umum dan mampu menyelesaikan masalah-masalah prosedural,
- b. Mampu mengelola kelompok kerja dengan teman sejawat dan menyusun laporan tertulis,

- c. Bertanggung jawab pada pekerjaan sendiri dan dapat diberi tanggung jawab atas pencapaian hasil kerja sendiri,
- d. Memerlukan supervisi ketat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pasien,
- e. Memperlihatkan keterampilan asuhan keperawatan dasar dan bersifat rutin,
- f. Mulai mengembangkan keterampilan pengkajian pasien dan komunikasi.

2. Perawat Klinik II (PK II)

Fungsinya:

- a. Melaksanakan asuhan keperawatan dasar untuk setiap area praktik keperawatan,
- b. Mengelola asuhan dan pelayanan keperawatan sekelompok pasien pada unit ruang rawat,
- c. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga serta kepada peserta didik dalam tim pembimbing/ pendidik klinik,
- d. Membuat laporan kasus yang sederhana yang menjadi tanggung jawabnya.

Deskripsi :

- a. Mampu mengaplikasikan bidang keperawatan (sesuai area praktik) dan memanfaatkan IPTEK dan atau seni dalam menyelesaikan masalah pasien serta mampu beradaptasi terhadap situasi yang dihadapi,
- b. Menguasai konsep teoritis bidang keperawatan khusus sesuai area praktik serta mampu menyelesaikan masalah prosedural,
- c. Mampu mengambil keputusan yang tepat berdasarkan analisis data dan informasi tentang kondisi pasien dan

mampu memberikan petunjuk dan memilih berbagai tindakan keperawatan secara mandiri dan kelompok,

- d. Mengerti tujuan bagian (unit) tempat bekerja dan berusaha mencapainya,
- e. Bertanggung jawab pada pekerjaan sendiri dan kelompok tempat bekerja,
- f. Memperlihatkan kinerja asuhan dan pelayanan keperawatan yang adekuat dan dapat diterima,
- g. Dapat membedakan pentingnya situasi dan menetapkan prioritas,
- h. Untuk hal-hal tertentu memerlukan sedikit supervisi,
- i. Memperlihatkan keinginan untuk mengembangkan kemampuan profesional berkelanjutan (CPD).

3. Perawat Klinik III (PK III)

Fungsinya :

- a. Melaksanakan asuhan keperawatan mempergunakan proses keperawatan dengan tepat sesuai area praktiknya,
- b. Mengelola pelayanan keperawatan kepada sekelompok pasien pada area manajemen/ organisasi terbatas,
- c. Melaksanakan pendidikan keperawatan/ kesehatan bagi pasien dan peserta didik secara mandiri,
- d. Melakukan pengumpulan data untuk penelitian, mempergunakan hasil penelitian dalam asuhan keperawatan serta membuat laporan kasus berbasis bukti di bidang keahliannya.

Deskripsi :

- a. Mampu merencanakan dan mengelola sumber daya di bawah tanggung jawabnya,
- b. Mampu mengevaluasi pekerjaannya dengan memanfaatkan IPTEK untuk menghasilkan langkah-

langkah pengembangan strategisnya organisasi tempat bekerja,

- c. Mampu melakukan penelitian, menyelesaikan permasalahan IPTEK dalam bidang keilmuan keperawatan melalui pendekatan disiplin keperawatan,
- d. Mampu mengambil keputusan strategis dengan akuntabilitas dan tanggung jawab penuh atas semua aspek yang berada di bawah tanggung jawab bidang keperawatannya,
- e. Memperlihatkan kompetensi, mempergunakan proses keperawatan tanpa supervisi,
- f. Mampu merencanakan dan mengorganisir tujuan jangka pendek dan panjang,
- g. Memperlihatkan arahan dalam kegiatan,
- h. Siap menerima tanggung jawab kepemimpinan,
- i. Memperlihatkan perkembangan keterampilan komunikasi dengan baik,
- j. Bertukar (*share*) ide-ide dan pengetahuan dengan peer-nya.

4. Perawat Klinik IV (PK IV)

Fungsinya:

- a. Melakukan asuhan keperawatan spesialis secara mandiri,
- b. Mengelola pelayanan keperawatan terhadap sekelompok pasien pada area manajemen yang luas,
- c. Melaksanakan dan mengelola pendidikan keperawatan kepada pasien, keluarga, teman sejawat dan peserta didik,
- d. Melaksanakan penelitian keperawatan sesuai bidang keahliannya.

Deskripsi:

- a. Mampu mengembangkan IPTEK bidang keperawatan atau praktik profesionalnya melalui penelitian hingga menghasilkan karya inovatif dan teruji,
- b. Mampu menyelesaikan masalah IPTEK bidang keperawatan melalui pendekatan inter atau multi disiplin,
- c. Memperlihatkan pengetahuan dan keterampilan spesialis keperawatan,
- d. Bertanggung jawab sebagai pemimpin dan supervisor,
- e. Mengakui dan beradaptasi terhadap situasi sesuai nilai dan norma profesi,
- f. Mendelegasikan tanggung jawab dengan tepat, mempergunakan alternatif yang luas dalam menyelesaikan masalah asuhan/pelayanan keperawatan,
- g. Mengembangkan pendidikan keperawatan berkelanjutan.

5. Perawat Klinik V (PK V)

Fungsinya :

- a. Melaksanakan asuhan/ pelayanan keperawatan sebagai expert/ ahli di bidangnya,
- b. Mengelola pelayanan keperawatan dengan menghasilkan kebijakan pada area manajemen yang luas,
- c. Mengelola, memimpin dan mengembangkan riset di bidang keperawatan dan atau terpadu,
- d. Melakukan peran konsultan bagi pasien, teman sejawat dan peserta didik.

Deskripsi :

- a. Mampu mengembangkan IPTEK Keperawatan baru atau praktik profesionalnya melalui riset, hingga menghasilkan karya kreatif, original dan teruji,

- b. Mampu menyelesaikan masalah IPTEK keperawatan melalui pendekatan inter, multi dan transdisipliner,
- c. Mampu mengelola, memimpin dan mengembangkan riset di bidang keperawatan atau terpadu serta mampu mendapat pengakuan nasional dan internasional,
- d. Memperlihatkan keahlian dalam praktik kliniknya,
- e. Menerima dan mendelegasikan tanggung jawab tentang personel dan manajemen,
- f. Melakukan pendidikan/ pendampingan kepada teman sejawat tentang asuhan keperawatan pasien yang kompleks,
- g. Melakukan konsultasi mengenai pendidikan dan praktik profesional sesuai bidang keahliannya,
- h. Mampu merencanakan perubahan di bidang keperawatan secara intuitif, kreatif dan inovatif.

Tabel 11.2 Level dan Fungsi Perawat Klinik

FUNGSI LEVEL	PELAKSANA	PENGELOLA	PENDIDIK	PENELITI
PK V	Pelayanan keperawatan kompleks, spesialis dan sub spesialis	Pengelolaan pelayanan keperawatan di tingkat organisasi fasyankes luas (RS Tipe A)	Pendidikan keperawatan kepada pasien dengan masalah kompleks dan peserta didik	Mengelola, memimpin penelitian keperawatan dan terpadu
PK IV	Pelayanan keperawatan spesialis dan advanced	Pengelolaan Pelayanan keperawatan pada	Pendidik keperawatan kepada pasien	Melakukan penelitian dan <i>Evidence Based Nursing</i>

FUNGSI LEVEL	PELAKSANA	PENGELOLA	PENDIDIK	PENELITI
		organisasi fasyankes terbatas (RS Tipe B)	dengan masalah keperawatan spesifik dan peserta didik di bidang keahlian	<i>Practice</i> (EBNP) di bidang keahliannya
PK III	Pelayanan keperawatan spesialis lanjut	Pengelolaan pelayanan keperawatan pada organisasi fasyankes dasar (RS tipe C/D)	Pendidikan kesehatan kepada sekelompok pasien dan peserta didik	melakukan penelitian terbatas dan membuat laporan kasus
PK II	Pelayanan keperawatan dasar untuk setiap bidang keahlian	Pengelolaan pelayanan keperawatan pada sekelompok pasien di unit ruang rawat	Pendidikan kesehatan kepada sekelompok pasien dengan masalah keperawatan sederhana	Mengumpulkan data penelitian dan laporan kasus berdasarkan bukti.
PK I	Pelayanan keperawatan dasar dan umum	Pengelolaan pelayanan keperawatan terhadap seorang pasien	Pendidikan keperawatan terhadap pasien dengan masalah keperawatan sederhana	Membuat laporan kasus sederhana.

E. Manajemen Karir Oleh Organisasi

Manajemen karir yang baik oleh organisasi diperlukan untuk menunjang produktivitas organisasi. Perawat sebagai individu yang merupakan SDM yang bekerja pada suatu organisasi pelayanan kesehatan/ rumah sakit, mempunyai peran yang besar dalam pencapaian karir perawat itu sendiri. Hal ini sejalan dengan teori Davis dan Werther (1996, dalam Meldona, 2009) yang menguraikan lima faktor yang terkait dengan karir, sebagai berikut:

1. Keadilan karir: Para staf menghendaki keadilan dalam sistem promosi dengan kesempatan sama untuk peningkatan karir.
2. Perhatian dengan penyeliaan: Para staf menginginkan para penyelia memainkan perannya secara aktif dalam pengembangan karir dan menyediakan umpan balik dengan teratur tentang kinerja
3. Kesadaran tentang kesempatan: Staf menghendaki pengetahuan tentang kesempatan untuk peningkatan karir
4. Minat pekerja: Staf membutuhkan sejumlah informasi berbeda dan pada kenyataannya memiliki derajat minat yang berbeda dalam peningkatan karir yang tergantung pada beragam faktor.
5. Kepuasan karir: Staf berdasarkan usia dan kedudukannya memiliki tingkat kepuasan yang berbeda.

Perawat sebagai bagian dari SDM di rumah sakit menginginkan para penyelenggara pelayanan kesehatan/ pimpinan rumah sakit memainkan perannya secara aktif dalam pengembangan karir. Diperlukan pengorganisasian yang baik agar jenjang karir dapat terlaksana dengan baik. Pengorganisasian jenjang karir di rumah sakit melibatkan beberapa unsur terkait yaitu pimpinan rumah sakit, kepala bidang keperawatan, komite keperawatan dan unit terkait lainnya.

Pimpinan/Direktur RS merupakan penanggung jawab utama dalam pelaksanaan jenjang karir perawat melalui peran Kepala Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan serta Bidang/ Unit Diklat. Peran dan fungsi Pimpinan/Direktur RS dalam implementasi jenjang karir sebagai pengarah dan pembuat kebijakan utama dalam menerbitkan Surat Keputusan tentang implementasi jenjang karir. Adapun tugasnya adalah sebagai berikut :

1. Membuat Surat Keputusan tentang Implementasi Jenjang Karir Perawat di Rumah Sakit
2. Memberi arahan kepada Kepala Bidang Keperawatan, Komite keperawatan dan unit terkait lainnya dalam rangka implementasi jenjang karir perawat
3. Menerbitkan Surat Keputusan Penugasan Klinik bagi setiap perawat atas rekomendasi Komite Keperawatan
4. Menerbitkan Surat Keputusan Pencabutan Kewenangan Klinis sekaligus.
5. Penugasan Klinik atas rekomendasi Komite Keperawatan
6. Menerbitkan sertifikat kompetensi bagi program pengembangan profesional berkelanjutan bagi perawat yang dilaksanakan oleh RS (sesuai ketentuan yang berlaku)
7. Mempertimbangkan dan menyetujui pembiayaan dalam rangka implementasi jenjang karir perawat di RS
8. Menerima laporan berkala pelaksanaan implementasi jenjang karir perawat di RS

Implementasi jenjang karir perawat merupakan tanggung jawab Bidang/Direktur Keperawatan dalam rangka melakukan fungsi manajemen keperawatan yaitu ketenagaan (staffing). Adapun tugasnya sebagai berikut :

1. Melakukan seleksi perawat baru (sesuai kebijakan RS)
2. Melakukan magang bagi perawat baru

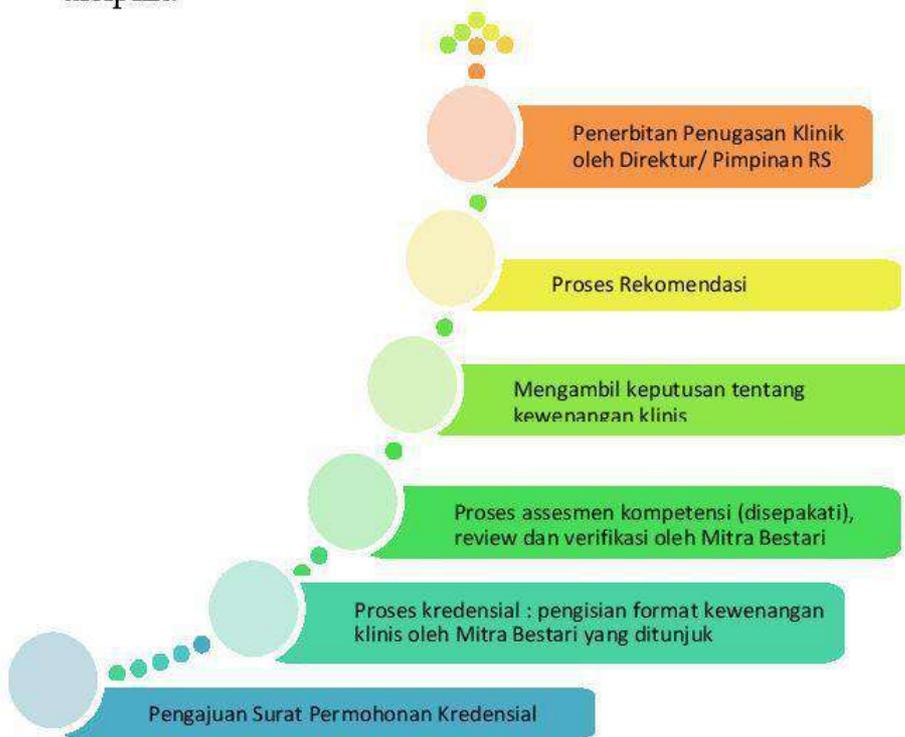
3. Melakukan mapping bagi perawat lama
4. Melakukan assesmen kompetensi (sesuai kebutuhan)
5. Pada akhir magang bagi perawat baru untuk memberi pengakuan sebagai PK I dan pada perawat sesuai hasil mapping untuk validasi dan pengakuan terhadap penjenjangan hasil mapping. Assesmen kompetens juga bisa dipergunakan sebagai seleksi terhadap perawat baru.
6. Mengelola penugasan kerja bagi setiap perawat setelah memperoleh “penugasan klinik” sebagai hasil kredensialing.
7. Melakukan supervisi klinik melalui *preceptorship*
8. Melakukan penilain kinerja bagi setiap perawat
9. Melakukan monitoring evaluasi terhadap implementasi jenjang karir perawat di RS.

Komite keperawatan bertanggung jawab terhadap profesionalisme perawat sehingga dapat melaksanakan tugas sesuai dengan jenjang kewenangannya. Dalam implementasi jenjang karir Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:

1. Melakukan proses kredensialing bagi setiap perawat yang mengajukan surat permohonan kredensial, adapun tahapannya seperti tertera pada gambar 11.1.
2. Membuat rekomendasi hasil assesmen kompetensi (disepakati), review, verifikasi bagi yang berhak untuk diterbitkan penugasan klinis oleh Direktur RS.
3. Memelihara profesionalisme perawat melalui pembinaan mutu profesi dengan melakukan audit mutu profesi dan identifikasi kebutuhan pengembangan profesionalisme berkelanjutan bagi perawat (CPD).
4. Melakukan pembinaan etik-disiplin bagi perawat dalam melaksanakan tugas pemberian asuhan keperawatan. Jika terjadi pelanggaran terhadap standar dan merugikan pasien maka dilakukan kredensial dan merekomendasikan untuk

pencabutan kewenangan klinis sehingga penugasan klinik tidak dapat dipergunakan.

5. Melakukan program pembinaan khusus (proctoring) sesuai permintaan.
6. Melakukan monitoring evaluasi terhadap proses kredensialing peningkatan mutu profesi dan pembinaan etik-disiplin.

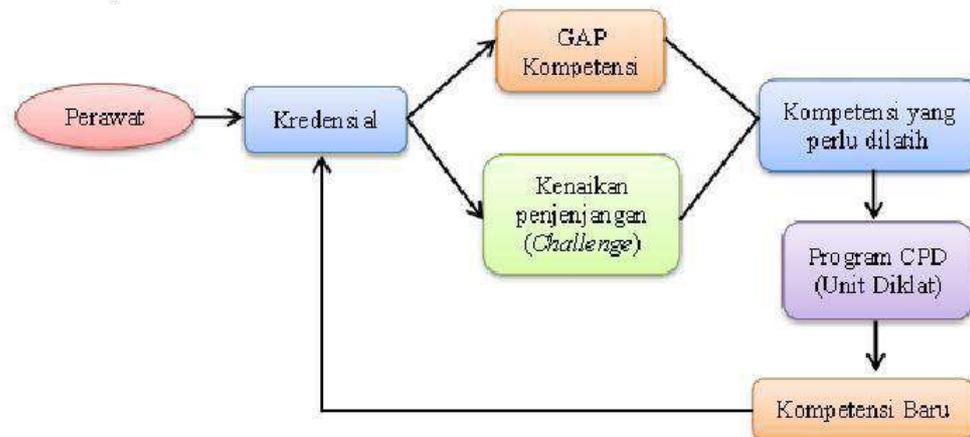


Gambar 11.1 Tahapan Proses Kredensialing bagi Setiap Perawat

F. Perencanaan Karir Oleh Perawat

Pengembangan profesional berkelanjutan bagi perawat dilaksanakan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kompetensi perawat agar tetap dapat melaksanakan tugas berorientasi pada proses dan keselamatan pasien. Terdapat dua

alasan PKB dalam rangka implementasi jenjang karir perawat dapat dilihat pada skema berikut :



Gambar 11.2 PKB dalam Jenjang Karir Perawat Indonesia

Program PKB harus diikuti oleh setiap perawat dalam mencapai karirnya. Terdapat dua PKB yaitu 1) Gap kompetensi karena terjadi perkembangan IPTEK sehingga perlu penyesuaian atau kompetensi yang belum dikuasai; 2) Dalam rangka kenaikan jenjang karir (*challenge*). Setelah mengikuti PKB perawat memperoleh kompetensi baru, dan terhadap kompetensi baru ini perlu dilakukan kredensial ulang untuk mendapatkan penugasan klinik.

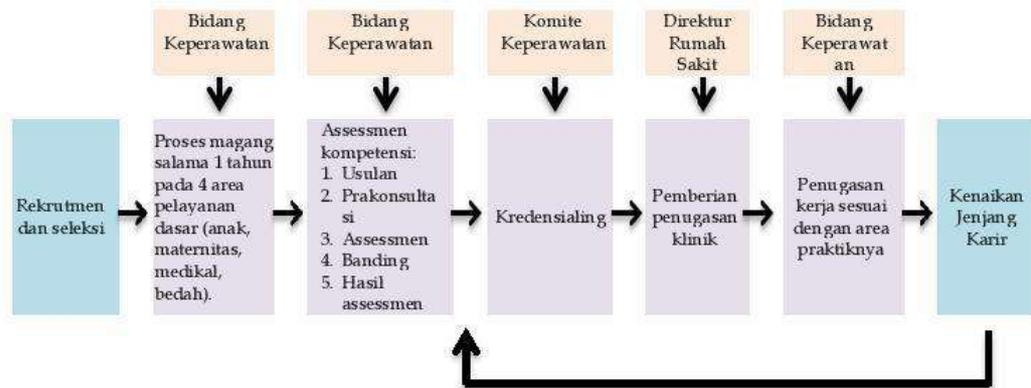
Meyer, Naude dan van Niekerk (2004), berpendapat bahwa pengembangan karir seharusnya dapat dilakukan melalui partisipasi dalam pendidikan dalam pelayanan (*in-service education*) dan pendidikan berkelanjutan di unit keperawatan sesuai dengan harapan dan keinginan perawat profesional. Kegiatan PKB bisa membantu perawat profesional dalam mengembangkan rencana karir masa depan. Rumah sakit, klinik dan layanan kesehatan pada umumnya telah mempunyai perencanaan dan pengembangan

sumber daya manusia, termasuk untuk pengembangan staf keperawatan. Program pengembangan karir di bidang pelayanan kesehatan harus memiliki fokus pada individu perawat. Program pengembangan karir harus menjadi proses yang dinamis, yang berusaha memenuhi kebutuhan organisasi staf, kebutuhan manajer perawat dan perawat profesional. Perawat profesional secara personal bertanggung jawab untuk memulai perencanaan karir bagi diri sendiri, dan oleh karena itu diperlukan kecakapan dalam mengidentifikasi kekurangan atau gap yang berkaitan dengan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan nilai dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Selanjutnya perawat perlu berkomunikasi dengan komite keperawatan atau dengan bagian pengembangan karir untuk mendapatkan informasi tentang pilihan karir sehingga mereka dapat memiliki tujuan karir dan rencana karir untuk masa depan (Muller, Bezuidenhout & Jooste, 2006).

G. Implementasi Jenjang Karir Perawat Klinik Di Rumah Sakit

1. Skema jenjang Karir di Rumah Sakit

Skema implementasi jenjang karir perawat di rumah sakit dalam juklak jenjang karir perawat di rumah sakit (2013) menjelaskan tentang tahapan yang dilalui oleh perawat klinik sesuai dengan perkembangan karirnya, sebagai perawat baru, perawat lama dan pindah tugas. Perawat baru didefinisikan sebagai perawat yang baru lulus pendidikan dan atau baru pertama kali bekerja dengan masa kerja 0-1 tahun sedangkan perawat lama adalah perawat dengan masa kerja lebih dari 1 tahun. Berikut diuraikan skema implementasi jenjang karir perawat baik perawat baru maupun perawat lama.



Gambar 11.3 Implementasi Jenjang Karir Perawat Baru

Tahapan jenjang karir bagi perawat baru pada skema di atas dimulai setelah melalui proses rekrutmen dan seleksi yaitu orientasi dan magang, assesmen kompetensi, kredensialing, penugasan klinik, pelaksanaan praktik/penugasan kerja, dan kenaikan level klinik. Perawat yang lolos rekrutmen adalah perawat yang harus memiliki surat tanda registrasi (STR). Perawat yang memiliki STR sudah diakui secara legal telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk menjalankan praktik dan/ atau pekerjaan profesinya. Perawat dengan STR berhak melakukan praktik pelayanan keperawatan, sehingga perawat baru dapat masuk pada tahap magang atau orientasi. Pada tahap awal ini perawat baru diberikan orientasi mengenai lingkungan kerja organisasi, meliputi organisasi tata laksana, kebijakan, tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang bagi perawat baru. Tujuan dari tahap orientasi adalah menyiapkan perawat baru agar merasa lebih siap dalam menerima tanggung jawab, serta dapat bekerja dengan tujuan yang jelas. Akhir dari tahap

orientasi adalah ada kesepakatan kontrak kerja dengan Rumah Sakit.

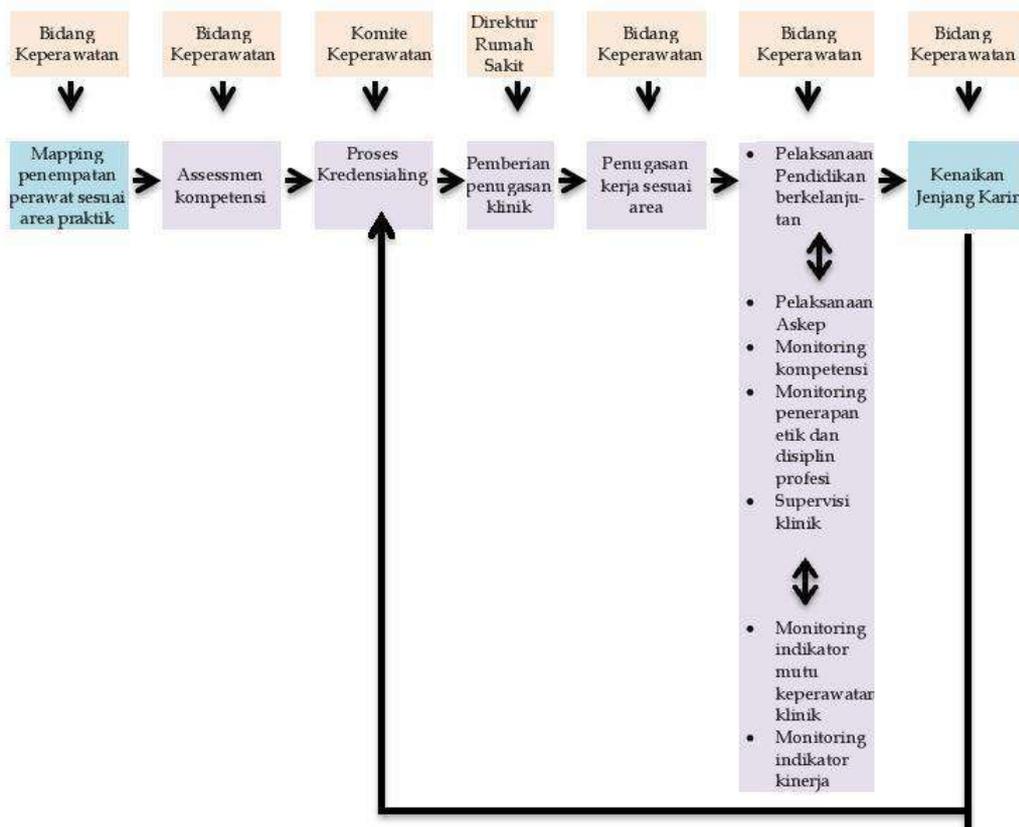
Proses magang atau orientasi merupakan bagian dari proses pembelajaran di bawah tanggung jawab kepala bidang keperawatan. Orientasi pada umumnya diberikan kepada perawat baru selama 1 tahun pada 4 pelayanan dasar yaitu keperawatan anak, keperawatan Maternitas, keperawatan Penyakit dalam dan bedah. Pelaksanaan orientasi perawat baru harus dibawah bimbingan perawat yang lebih berpengalaman, atau dalam hal ini bisa didampingi oleh *mentor* dan atau perseptor. Tujuan dari proses orientasi selain memberikan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan atau keahlian tertentu juga memberikan kesempatan kepada perawat baru untuk beradaptasi dengan lingkungan kerja dan mengurangi shock realita.

Perawat yang telah menyelesaikan masa orientasi selanjutnya masuk pada tahapan selanjutnya, yaitu tahapan assesmen kompetensi. Pada tahap ini perawat baru mengajukan permohonan ke bidang keperawatan untuk dilakukan assesmen kompetensi untuk mengetahui kompetensi yang telah dikuasai sebagai perawat klinis (PK I). Setelah melalui assesmen kompetensi dan telah mendapatkan sertifikat kompetensi selanjutnya perawat akan mengajukan permohonan untuk memperoleh kewenangan klinis kepada ketua komite keperawatan. Kemudian proses kredensialing akan dilaksanakan oleh subkomite kredensial bersama mitra bestari, hasil dari kredensial adalah berupa daftar kewenangan klinis bagi PK I yang selanjutnya perawat akan mendapatkan Penugasan Klinis dari Pimpinan/ Direktur Rumah Sakit atas dasar rekomendasi dari komite keperawatan.

Perawat baru yang telah mendapatkan surat penugasan klinis selanjutnya akan mendapatkan penugasan di unit kerja. Perawat melaksanakan tugasnya dalam memberikan asuhan keperawatan selama 3 (tiga) tahun dengan mempertahankan, mengembangkan dan meningkatkan kompetensi-kompetensi melalui program-program Pengembangan Profesional Berkelanjutan bagi perawat (PKB). Dalam Pelaksanaan tugas ini, bidang keperawatan bersama komite keperawatan melakukan monitoring kompetensi, penerapan etik dan disiplin profesi. Melakukan supervisi klinik melalui preceptorship dan *mentor ship*. Selama melaksanakan penugasan, perawat mengisi logbook.

Setiap perawat mempunyai hak untuk meningkatkan jenjang karir sesuai perencanaan karir yang telah dipilih. Setelah melaksanakan tugas memberikan asuhan keperawatan selama 3 (tiga) tahun, perawat PK I mengusulkan kenaikan tingkat dengan tahapan kredensial (tahap 5) dan selanjutnya melaksanakan tugas pada jenjang yang baru. Bagi perawat yang belum memenuhi persyaratan untuk naik tingkat selama 2-3 tahun akan mendapatkan sanksi sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit.

Perawat klinik yang telah bekerja lebih dari satu tahun (perawat lama) dalam skema jenjang karir dimulai dengan tahapan mapping/pemetaan, assesmen kompetensi, kredensial, pemberian penugasan klisis, penugasan kerja serta kenaikan penjenjangan karir, seperti dijelaskan pada gambar berikut:



Gambar 11.4 Implementasi Jenjang Karir Perawat Lama

Tahap awal bagi rumah sakit yang akan menerapkan jenjang karir adalah melakukan pemetaan/mapping. Mapping atau pemetaan adalah suatu proses mengidentifikasi perawat lama sesuai penjenjangan karir dengan prasyarat yang ditetapkan sesuai kebijakan masing-masing rumah sakit. Pelaksanaan pemetaan tenaga keperawatan dimulai dengan survey data dasar perawat saat ini (proses mapping) yang terdiri dari Nama perawat, Pendidikan Keperawatan terakhir, Pelatihan, lama bekerja, umur, golongan/ pangkat atau level (jika ada). Setelah data

dasar terkumpul kemudian melakukan review dan analisis untuk menetapkan level setiap perawat. Kemudian menyusun rekapitulasi profil perawat berdasarkan penjenjangan karirnya dan tahap selanjutnya setiap perawat harus mengikuti assesmen kompetensi. Perawat lama mengajukan permohonan untuk dilakukan asesmen kompetensi dengan tujuan untuk memvalidasi kompetensi yang dimiliki sesuai dengan hasil mapping. Hasil assesmen kompetensi dibuatkan surat keputusan Direktur/ Pimpinan RS dalam bentuk Daftar Profil Perawat RS sesuai Penjenjangan Klinik. Selanjutnya adalah tahap kredensialing perawat dalam penjenjangan karir yang sesuai (PK I, II, III, IV, dan V). Pada tahap kredensialing dilakukan review, evaluasi terhadap bukti-bukti untuk menetapkan kewenangan klinis setiap perawat sesuai dengan masing-masing penjenjangan. Adapun tahap kredensial perawat lama sama dengan kredensial PK I (perawat baru).

Perawat yang telah dilakukan kredensial akan direkomendasi untuk memperoleh penugasan klinik oleh Pimpinan/ Direktur RS dalam bentuk Surat Keputusan Direktur, untuk selanjutnya perawat melaksanakan tugasnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan Surat Keputusan Penugasan Klinik yang telah diberikan. Selain itu perawat dituntut untuk mempertahankan, mengembangkan dan meningkatkan kompetensi melalui program-program Pengembangan Profesional Berkelanjutan bagi perawat (PKB). Perawat lama (PK I, II, III, IV, V) melaksanakan tugas baik secara individu atau tim, saling membimbing dan dilakukan supervisi berjenjang, setiap perawat memiliki Logbook dan diisi secara benar.

Sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan bagi setiap perawat lama, maka perawat berhak mengajukan permohonan untuk kenaikan jenjang karir, dan mengikuti proses kredensialing. Selanjutnya melaksanakan tugas pada jenjang yang baru dan bagi perawat lama mempunyai hak untuk promosi ke jabatan yang baru. Bagi perawat lama yang 2 x 3 tahun belum memenuhi syarat untuk kenaikan akan mendapatkan sanksi sesuai ketentuan.

2. Pengorganisasian Implementasi Jenjang Karir di Rumah Sakit

Pengembangan karir adalah perencanaan dan implementasi rencana karir dan dapat dipandang sebagai proses hidup kritis yang melibatkan individu dan pegawai (Marquis & Huston, 2010). Perencanaan karir terdiri dari pendidikan karir, informasi perencanaan dan bimbingan karir (Meldona, 2009).

a. Pendidikan karir

Pendidikan karir dimaksudkan untuk meningkatkan kesadaran perawat tentang kebutuhan dan keuntungan perencanaan karir, sehingga dengan demikian maka rumah sakit perlu memberikan informasi tentang pengembangan karir. Pendidikan karir dapat dilakukan melalui teknik pendidikan yang beragam, misalnya melalui seminar dan lokakarya yang dapat meningkatkan minat para perawat dengan menjelaskan konsep yang terkait dengan perencanaan karir. Lokakarya juga membantu perawat menyusun tujuan karir, mengidentifikasi alur karir dan menemukan kegiatan pengembangan karir yang spesifik. Tujuan pendidikan karir menurut Meldona (2009) adalah :

- 1) Membantu para perawat memahami lebih baik bagaimana pekerjaan dan karir mereka dapat mengkontribusi tujuan mereka dimasa depan
 - 2) Menyediakan kebutuhan para perawat dengan sebuah pendekatan perencanaan karir individual
 - 3) Membuat batasan peran para perawat, penyelia dan bagian kepegawaian dalam perencanaan karir dan pengembangan personel
 - 4) Menyediakan pekerjaan yang realistis dan informasi karir untuk membuat rencana karir.
- b. Informasi perencanaan karir

Informasi perencanaan karir dibutuhkan oleh perawat agar dapat memperoleh alur karir yang jelas, untuk itu perlu adanya pengembangan kemajuan pekerjaan secara berurutan. Jenjang kemajuan pekerjaan merupakan bagian dari alur karir dimana beberapa pekerjaan memerlukan beberapa prasyarat tertentu. Informasi dibutuhkan agar perawat mengerti tentang jenjang karir dari jenjang terendah sampai tertinggi (Depkes, 2006). Jenjang tersebut kemungkinan dapat dicapai apabila perawat mampu bekerja secara produktif, loyal kepada organisasi, menunjukkan perilaku profesional serta mampu tumbuh dan berkembang dan memberi kesempatan pada perawat untuk berprestasi dan meniti karir ke jenjang yang lebih berfungsi dan berhak mendapatkan imbalan sesuai jalur karir dan profesional (Marquis & Huston, 2010).

- c. Bimbingan karir

Bimbingan karir dimaksudkan untuk membantu para perawat mengembangkan tujuan karir dan memperoleh alur karir yang tepat. Bimbingan karir

bertujuan untuk mengetahui minat perawat dan menyediakan informasi tentang pekerjaan terkait (Depkes, 2006).

H. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Jenjang Karir Perawat di Rumah Sakit

Monitoring dan evaluasi bertujuan untuk mengetahui keberhasilan/ pencapaian hasil pelaksanaan jenjang karir di rumah sakit. Hal tersebut mencakup proses implementasi jenjang karir dan hasilnya.

Monitoring dan Evaluasi proses	Monitoring dan Evaluasi Hasil
1. Adanya pengorganisasian jenjang karir	1. Peningkatan kinerja perawat dalam melaksanakan tugas
2. Terlaksananya program magang	2. Peningkatan kepuasan kerja perawat
3. Terlaksananya Mapping (pemetaan) perawat lama	3. Peningkatan kepuasan pasien
4. Terlaksananya assesmen (perawat lama dan baru)	4. Peningkatan kualitas pelayanan keperawatan
5. Terlaksananya Proses kredensialing Perawat	
6. Terlaksananya Supervisi Klinik	
7. Terlaksananya program PKB	
8. Terlaksananya program kenaikan tingkat jenjang karir	

DAFTAR PUSTAKA

- Affara, F. (2009). International council of nurses regulation series: ICN framework of competencies for the nurse specialist. Geneva: ICN.
- Anatole, M., Magge, H., Redditt, V., Karamaga, A., Niyonzima, S., Drobac, P. (2013) Nurse mentorship to improve the quality of health care delivery in rural Rwanda. *Nursing Outlook*, 61(3),137-44.
- Andronie, M. (2012). Trends and developments in life long learning systems. *The 8th International Scientific Conference eLearning and software for Education*. Bucharest, April 26-27. Doi: 10.5682/2066-026X-12-094
- Arunachallam. (2009). The development of a model for continuing professional development for professional nurses in South Africa. PhD Thesis: University of the Western Cape
- ASEAN Joint Coordinating Committee on Nursing (AJCCN). (2012). Requirement of continuous professional development. <http://www.asean.org/wp-content/uploads/2012/05/Requirements-for-CPD-21st-AJCCN.pdf>
- Bamball, K.L., While, AE., Norman, I.J. (1992). Continuing professional education for qualified nurses : a review of the literature. *J Adv Nurs*, (17), 1129-40.
- Barkley, E., Cross, P. & Major, C. (2005). Collaborative learning techniques: A handbook for college faculty. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barriball, K.L, While, A.E. (1996). Participation in continuing professional education in nursing : Findings of an interview study. *J Adv Nurs*, (23), 999-1007.

- Baxter, C., warshawsky, N. (2014). Exploring the acquisition of nurse manager competence. *Nurse Leader*, Februari, 46-59.
- Beckman, T. & Lee, M. (2009). Proposal for a collaborative approach to clinical teaching. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(4), 339-344.
- Beecroft, P.C., Dorey, F & Wentern, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurse: a multivariate analysis. *Journal of advanced nursing*, 62 (1), 42-45
- Bhandari N, Singh B. (2010). Nurses ' Views on Need for Professional Development in Nepal. *J Nepal Med Assoc*, 49(179), 209-15.
- Bibb, S., Malebranche, M., Crowell, D., Altman, C. (2003). Professional development needs of registered nurses practicing at a military community hospital. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(1), 39-45
- Block, LM., Claffey, C., Korow, MK., & McCaffrey R. (2005). The value of mentorship within nursing organizations. *Nurs Forum*, 40(4), 134-40. doi:10.1111/j.1744-6198.2005.00026.x
- Bolderston, A., et.al. (2007). Maintaining competence : a holistic view of continuous professional development. *J Radiother Pract*, 6, 133-42.
- Boreham, N. (2000). Collective professional knowledge. *Medical Education*, 34, 505-506
- Borowske, K. (2005). Curiosity and motivation-to-learn. *Proceedings of ACRL Twelfth National Conference*, 7-10 April 2005, Minneapolis: Minnesota, <http://www.ala.org/acrl/sites/ala.org.acrl/files/content/conferences/pdf/borowske05.pdf>
- Brine A, 2005. Continuing Professional Development. USA: Chandos Publishing

- Campbell, C., Silver, L., Sherbino, J., Cate, O.T., Holmboe, E.S. (2010). Competency based continuing professional development. *Med Teach*, (32),657-62.
- Canadian Nurses Association. (2004). Achieving excellence in professional practice a guide to preceptorship and mentoring. Ottawa: driveway
- Clarke, C.L & Wilcockson, J. (2001). Professional and organizational learning: analysing the relationship with the development of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 264-272 doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01753.x
- Cleary, M., Horsfall, J., Hara-aarons, M.O, Jackson, D., Hunt, GE. (2011). The views of mental health nurses on continuing professional development, *J. Clin. Nurs.*, 20,3561-3566.
- Cooke, K. (1999). CPD and portfolios: the process and product. *Journal of Radiotherapy in Practice*, 1,57-64.
- Cooper, A.M & Palmer,A. (2000). Mentoring, preceptorship and clinical supervision: a guide to professional roles in clinical practice. 2 nd edition. London: blackwell science
- Covell, C.L. (2008). The middle-range theory of nursing intellectual capital. *J Adv Nurs*,63(1),94-103.
- Cruz, D.M., Pimenta C.M, & Lunney, M. (2009). Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *J Contin Educ Nurs.*, 40(3),121-7.
- Davids, J.M. (2006). Continuing professional development in nursing. Thesis: University Of Stellenbosch
- Davis, L; Taylor, H; Reyes,H,. (2014). Lifelong learning in nursing: a Delphi study. *Nurse Educ Today.*,34(3), 441-5. doi: 10.1016/j.nedt.2013.04.014.
- Desilets, L.D., Dickerson, P.S., & Dickerson, P.S. (2010). Continuing nursing education: enhancing professional development. *J*

Contin Educ Nurs,41(3),100-1. doi: 10.3928/00220124-20100224-07.

- Dimiyati & Mudjiono. (2002). Belajar dan Pembelajaran. Jakarta: Rineka Cipta
- Direktorat Bina pelayanan Keperawatan (2006). Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. (2013). Petunjuk pelaksanaan jenjang karir perawat di rumah sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Douglass, C. & Morris, S. (2014). Student perspectives on self-directed learning. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 14(1), 13–25.
- Eason, T. (2010). Lifelong Learning: Fostering a Culture of Curiosity. *Academic journal article: Creative Nursing*, 16 (4),155–159.
- Eraut, M.(2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33 (4), 403–422.
- European Union of Medical Specialists (UEMS). (2001). UEMS Policy of Continuing Professional Development. Diakses melalui <http://www.uems.net/uploadedfiles/35.pdf>
- Flynn J.P., Stack, M.C. (2006). The role of the preceptor. Springer Publishing Company
- Friedman, A.L., Phillips, M.E. (2004). Continuing professional development: developing a vision. *Journal of Education and Work*, 17 (3), 361–376. Doi: 10.1080/1363908042000267432
- Friedman, M.M., Bowden, O & Jones, M. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori & praktik; alih bahasa, Achir Yani S.Hamid et al. 5th ed. Tiar E, editor. Jakarta: EGC;

- Frost, N. (2001). Professionalism, change, and the politics of learning. *Studies in Continuing Education*, 23(1), 5-17. doi:10.1080/01580370120043
- Gerhart, L.A. (2012). Mentorship: A New Strategy to Invest in the Capital of Novice Nurse Practitioners. *Nurse Leader*, 10(3), 51-3.
- Gillies, D.A. 2000. Manajemen keperawatan: sebagai suatu pendekatan sistem. Bandung: IAPKP.
- Gitonga, L.K. & Muriuki, N.S. (2014). Evaluation of midwives' and nurses' continuing professional development in reducing maternal and neonatal mortality in Embu County, Kenya. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, 249-259. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.46041>
- Go pee, Luxmi Narainsingh. (2003). The Nurse As A Lifelong Learner: An ExpJoration of Nurses' Perceptions of Lifelong Learning within Nursing, and of Nurses as Lifelong Learners. Thesis: University of Warwick. Diakses melalui: <http://go.warwick.ac.uk/wrap/1237>
- Gordon, S. (2005). Nursing against the odds. USA: Cornell University Press.
- Gould, D., Drey, N., Berridge, E.J. Nurses' experiences of continuing professional development. *Nurse Education Today*, 27 (6), 602-609.
- Grossman, S. (2014). Mentoring in nursing : a dynamic and collaborative. New York: Springer Publishing Company.
- Guglielmino, L. (2014). Self-directed learning for the 21st century - what research says. *International journal of self-directed learning*, 1(7), Diakses melalui <http://www.p21.org/news-events/p21blog/1472>

- Guly, H.(2000). Continuing professional development for doctors in accident and emergency. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 17, 12-14
- Hardiman, R., Hickey, G. (2001). What do newly qualified nurses expect from preceptorship? Exploring the perspective of the perceptor. *Nurse education today*, 21,58-64
- Haywood, H., Pain, H., Ryan, S., Adams, J. (2013). The continuing professional development for nurses and allied health professionals working within musculoskeletal services : a national UK survey. *Musculoskeletal Care*, 11, 63-70.
- Heartfield, M., & Andree, Kate. (2011). Nursing and Midwifery Portfolios: Evidence of Continuing Competence. Ed.2. Australian: Churchill Livingstone. ISBN : 9780729540780
- Hill, L.A, Sawatzky, J.A. (2011) Transitioning into the nurse practitioner role through mentoring. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 27(3),161-7.
- Hoban, G.F. (2002). Teacher Learning for Educational Change. Buckingham: Open University Press.
- Horst, H. V. D., & McDonald, R. (1997). Outcomes based education. A teacher's manual. Pretoria: Kagiso.
- Huber, D.L. (2006). Leadership and nursing care management. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Hughes, E. (2005). Nurses' perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard*, 19 (43), 41-49.
- Hull, C. (2000). Modernising lifelong learning. *Professional Nurse*, 15 (5), 294-295.
- Janssen, J., van den Berg, B., Tattersall, C., Hummel, H., Koper, R. (2007). Navigational support in lifelong learning: enhancing effectiveness through indirect social navigation. *Innovative*

Learning Environments,15,127-136 DOI:
<http://dx.doi.org/10.1080/10494820701343546>.

- Kantar,L. (2012). Clinical Practice of New Nurse Graduates in Lebanon: Challenges and Perspectives Through the Eyes of Preceptors. *J Contin Educ Nurs*, 43(11),518-528.
- Katsikitis, M., Mcallister, M., Sharman, R., Raith, L., Byrne, AF., Priaulx, R. (2013). Continuing professional developmen in nursing in Australia: current awareness, practice and future direction. *Contemporary Nurse*, 45(1), 33-45.
- Kedge, S & Appleby, B. (2009). Promoting a culture of curiosity within nursing practice. *Br J Nurs.*, 18(10), 635-7. DOI:10.12968/bjon.2009.18.10.42485
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang Registrasi Tenaga Kesehatan (Permenkes Nomor 46 Tahun 2013). Jakarta,DKI: Penulis. Diakses dari <http://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-46tahun-2013-tentang-registrasi-tenaga-kesehatan.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Permenkes Nomor 49 Tahun 2013). Jakarta,DKI: Penulis. Diakses dari <http://www.inna-ppni.or.id/index.php/87-agenda-ppni/112-pmk-no-49-tahun-2013-ttg-komite-keperawatan-rs>
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang Perubahan atas Peraturan menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat (Permenkes Nomor 17 Tahun 2013). Jakarta,DKI: Penulis. Diakses dari http://www.hukor.depkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK

- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Petunjuk pelaksanaan jenjang karir perawat di rumah sakit. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik.
- Kennedy, A. (2005). Models of continuing professional development.: a framework for analysis. *Journal of In-service education*, 31(2), 235-250. DOI: 10.1080/13674580500200277
- Kennie, T.J.M. (1998). The growing importance of CPD. *CPD Journal*, 1 (4), 112-119
- Kim, K. H., & Zabelina, D. L. (2011). Mentors. In M. A. Runco & S. R. Pritzker (Eds.), *Encyclopedia of Creativity (2nd ed.)*. Oxford: Elsevier
- Kolb, D.A. (2015). *Experiential Learning: experience as a source of learning and development*. New Jersey: Pearson education.
- Kurczek, J. & Johnson, J. (2014). The student as teacher: reflections on collaborative learning in a senior seminar. *Journal of Undergraduate Neuroscience Education*, 12(2), A93-A99.
- Kurniadi, A. (2013). *Manajemen keperawatan dan prospektifnya teori, konsep dan aplikasi*. Jakarta: badan penerbit FKUI.
- Lawton S, Wimpenny, P. (2013). Continuing professional development: A review. *Nursing Standard*, 17(24), 41.
- Lewis, S.M., et.al. (2014). Barriers to Continuing Education and Continuing Professional Development Among Occupational Health Nurses in Japan. *Workplace Health & Safety*, 62 (5), 198-205
- Lockwood, R.S. (2003). Preceptor leadership style and the nursing practicum. *Journal of Professional Nursing*, 19(1), 32-37.
- Longworth, D. (2003). Lifelong learning. in: encyclopedia of education. vol. 4. 2nd ed. Thomson Gale, Cleveland, OH
- Madden, C. A., & Mitchell, V. A. (1993). Professions, standards and competence: A survey of continuing education for the

- professions, University of Bristol, Department for Continuing Education.
- Mamchur, C., & Myrick, F. (2003). Preceptorship and interpersonal conflict: A multidisciplinary. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 188-96.
- Mangkunegara. 2005. Evaluasi Kinerja SDM. Bandung: Refika Aditama
- Marquis, B.L & Huston, C.J. (1998). *Management Decision Making for Nurses. 124 Case Studies*. Edisi 3. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Marquis, B.L & Huston, C.J. (2010). Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: teori dan aplikasi. 4th ed. Jakarta: EGC.
- Mc Connell, E. A. (2002). New technologies for caring. Nursing, May 2002. Diakses melalui http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3689/is_200205/ai_n9055785/
- McCarthy,G., Tyrrell, M.P, Cronin, C. (2002). National Study of turnover in nursing and midwifery. Dublin: Department of Nursing Studies University.Ireland.
- Meister, L., Heath, J., Andrews, J., & Tinggen, M. S. (2002). Professional nursing portfolios: A global perspective. *MedSurg Nursing*, 11 (4), 177-183.
- Meldona. (2009). Manajemen sumber daya manusia perspektif integratif. Malang : UIN-Malang Press.
- Melrose, S., Park, C. & Perry, B. (2015). Creative clinical teaching in the health professions. Diakses melalui <http://epub-fhd.athabascau.ca/clinical-teaching/>
- Meyer, S., Naude, .M., & VanNiekerk, S. (2004). The nursing unit manager. Sandton: Heinemann.
- Miller, J.A. (2013). The lived experiences of nurses transitioning to a preceptor role. Department of Counseling, Adult and

- Higher Education. Northern Illinois University. Gene Roth and Larinda Dixon, Co-Directors.
- Minnesota Department of Health (2005),
- Muller, M., Bezuidenhout, M., & Jooste, K. (2006). Health service management . Cape Town: Juta.
- Myrick, F., & Yonge, O. (2002). Preceptor behaviours integral to the promotion of student critical thinking. *Journal for Nurses in Staff Development*, 18(3), 127-33.
- National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. (2004). Report on the Continuing Professional Development of Staff Nurses and Staff Midwives. Ireland.
- Norton, M.S. (2008). Human Resources administration for educational leaders. London: Sage Publication.
- Norwood, A.W . (2010). The lived experience of nurse mentors: Mentoring nurses in the profession. Missouri: University of Missouri Columbia
- Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-kilpi, H. (2013) Professional competence of practising nurses. *J Clin Nurs*,22,1411-23.
- Nursalam, (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam; Efendi, F. (2009). Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Nurse Midwifery Council UK. (2009). Mentorship, Preceptorship & coaching Policy. UK: Emas.
- Nurses and Midwives Association. (2013). NSW: Guide to Continuing professional development. Australia.
- O'Sullivan, J. (2006). Continuing professional development. IN: Jones R, Jenkins F, editors. Developing the allied health professional. United Kingdom: Radcliffe Publishing, p.1-20.

- Oerman, & Heinrich. (2003). The utilization and role of the preceptor in undergraduate nursing program. *Teaching and learning in nursing*, 105
- Oermann, M. H. (2002). Developing a professional portfolio in nursing. *Orthopedic Nursing*, 21 (2), 73–82.
- Ohrling, K & Hallberg, I. (2001). The meaning of preceptorship: nurses lived experience of being a preceptor. *Journal of advanced nursing*, 33(4), 530-40.
- Olivero, O.A. (2014). Chapter 1 - Mentoring Definition-The Mentor Within. In: Olivero OA, editor. *Interdisciplinary Mentoring in Science*. San Diego: Academic Press, p. 1-14.
- O'Shea, E. (2003). Self-directed learning in nurse education: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 62–70.
- Penprase, Barbara. (2012). Perceptions, orientation, and transition into nursing practice of accelerated second-degree nursing program graduates. *J Contin Educ Nurs*, 43(1), 29-36.
- Ponton, M., Cerrick, M., Carr, P. (2005). The relationship between resourcefulness and persistence in adult autonomous learning. *Adult Education Quarterly*, 55, 116–128. DOI: 10.1177/074171360271848
- Pool, I., Poell, R., Cate, O. (2013). Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: a focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, (50), 34–43.
- PPNI, AIPVIKI, AIPNI. (2013). *Standar Kompetensi Perawat Indonesia*.
- PPNI. (2013). *Pedoman Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (PKB) Perawat Indonesia*. Jakarta.
- PPNI. (2016). *Pedoman Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (PKB) Perawat Indonesia*. Jakarta.

- Purnamawati, F. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Continuing Professional Development Perawat di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga. Diakses melalui: <http://eprints.undip.ac.id/49058/>
- Puspitaningrum, I. (2015). Manajemen Pelaksanaan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (PKB) di *Semarang Medical Center* (SMC) RS Telogorejo Semarang. Tesis. Universitas Diponegoro.
- Quinn, F. M. (1998). *Continuing professional development in nursing: a guide for practitioners and educators*. Cheltenham: Stanley Thomes.
- Raidal, S., Volet, S. (2009). Preclinical students' predispositions towards social forms of instruction and self-directed learning: a challenge for the development of autonomous and collaborative learners. *Higher Education*, 57, 577-596
- Rhodes, C. & Beneicke, S. (2002). Coaching, Mentoring and Peer-networking: challenges for the management of teacher professional development inschools, *Journal of In-service Education*, 28, 297-309.
- Robbins, P.S. (2006). *Perilaku organisasi: konsep, kontroversi, aplikasi*. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: PT. Indeks
- Robert, S.W., Julie, R., Peter, H.R. (2015). Continuing professional development needs of nursing and allied health professionals with responsibility for prescribing. *Nurse Education Today*, (35), 227-231.
- Rolfe-Flett, A. (2002). *Mentoring in Australia: a practical guide*, Frenchs Forest, NSW, Prentice Hall., Pearson Education
- Rose, S. (2007). *A guide to nursing preceptorship*. High secure service ashworth hospital: mersey care.

- Ross, K., Barr, J., Stevens, J. (2013). Mandatory continuing professional development requirements: what does this mean for Australian nurses. *BMC nursing*, 12(9), 1-7.
- Ryan, J. (2003). Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurse Education Today*, 23, 498- 508.
- Scales, P. et.al. (2011). Continuing professional development in the lifelong learning sector. Newyork: the McGraw Hill companies.
- Schostak, J., Davis, M., Hanson, J. (2010). Effectiveness of Continuing Professional Development project: a summary of findings. *Medical Teacher*, 32(7), 586-592
- Siagian, S. (2004). Teori Motivasi dan Aplikasinya. Jakarta: Rineka Cipta
- Siagian. (2006). Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: Bumi Aksara
- Sjukhusläkaren. (2005). Policy statement on continuing medical education and continuing professional development [Online]. Diakses melalui: http://www.sjukhuslakaren.org/601_cp_plarform.html
- Suciati & Prasetya. 2001. Teori Belajar dan Motivasi. Jakarta : Depdiknas
- Sulistiyani, A.T. & Rosidah. (2003). Manajemen sumber daya manusia: konsep, teori dan pengembangan dalam konteks organisasi publik. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Summers, A., Dickerson, P.S., Lubejko, Barbara, G. (2015). Continuing Professional development in Australia: barriers and Support. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46 (8), 337-339

- Swansburg, R. (2000). Kepemimpinan dan manajemen Keperawatan. untuk perawat klinis, Alih Bahasa Suharyati Samba. Jakarta: EGC
- Swansburg, R. (2001). Pengembangan Staff Keperawatan; Suatu Komponen Pengembangan SDM. Jakarta: EGC
- Tabak, N. & Koprak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15, 321–331
- Tennant, S & Field, R. (2004). Continuing professional development: does it make a difference?. *Nursing Critical Care*, 9, 167-172.
- Uno, H.B. (2007). Teori Motivasi dan Pengukurannya: Analisis di Bidang Pendidikan. Jakarta: Bumi Aksara
- Vasuthevan, S., & Viljoen, M. (2003). Educating for better health. A handbook for healthcare professionals. Cape Town: Juta.
- Vati, J. (2013). Principles and practice of nursing management and administration for BSc & MSc Nursing. India: Jaypee Brothers Medical Publisher.
- Villiers, M.D., Bresick, G., Mash, B. (2003). The value of small group learning : an evaluation of an innovative CPD programme for primary care medical practitioners. *Med Educ*, 37, 815–21.
- Watkins, C. (2013). The effect of preceptor role effectiveness on newly licensed registered nurses' perceived psychological empowerment and professional autonomy. Kennesaw State University.
- Williams, M & Jordan, K. (2007). The nursing professional portfolio: a pathway to career development, *Journal of Nurses Staff Development*, 23 (3), 125-31.
- Winch, C. (2008) Learning how to learn: a critique. *Journal of Philosophy of Education*, 42, 649–665.
- Winslade, E., et al. (2007) Integrating performance assessment, maintenance of competence and CPD of community

- pharmacists. *The American Journal of Pharmaceutical Education*, 71, 15. <http://dx.doi.org/10.5688/aj710115>
- World Health Organization. (2015). Global Tuberculosis Report
- World Health Organization. (2010). World Health Assembly 59.27
Strengthening Nursing and Midwifery.
- Yonge, O., Myrick, F., & Haase, M. (2002). Student nurse stress in the preceptorship experience. *Nurse Educator*, 27(2), 84-88.