

# Book Chapter Of **Profesionalitas** **dalam Keperawatan**

Volume 2 Nomor 2 April 2026



# **BOOKCHAPTER PROFESIONALITAS DALAM KEPERAWATAN**

Henny syapitri, S.Kep, Ns, M.Kep, Ph. D

Eny Susyanti M. Kep

Faisal Sangadji, M.Kep



PT Nuansa Fajar Cemerlang

## Book Chapter Profesionalitas dalam Keperawatan

Nama Jurnal : Book Chapter Profesionalitas dalam Keperawatan  
Volume & Nomor : Volume 2, Nomor 1 Oktober 2025  
ISSN : 3064-1187  
Tahun Terbit : 2025  
Jumlah halaman : 68  
Ukuran Book Chapter : A4

1. Patient Safety & Budaya Keselamatan: Peran Perawat, Incident Reporting, dan No-Blame Culture
2. Manajemen Konflik di Tempat Kerja: Komunikasi Asertif, Negosiasi, dan Pencegahan Bullying
3. Profesionalisme dalam Keperawatan Komunitas: Kunjungan Rumah, Kerahasiaan, dan Kemitraan dengan Keluarga

*Copy Editor* : Luthfi Kurniawan  
*Proofreader* : Luthfi Kurniawan  
*Penata Isi* : Luthfi Kurniawan  
*Desainer Sampul* : Luthfi Kurniawan

Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang



Jurnal ini diterbitkan di bawah lisensi **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)**.

Lisensi ini mengizinkan berbagi, menyalin, mendistribusikan karya turunan untuk penggunaan nonkomersial, dengan atribusi yang sesuai dan lisensi yang sama.

Informasi lebih lanjut: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Diterbitkan oleh:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F, Jl. S. Parman Kav 22-24, Kecamatan Palmerah,  
Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10340

*Email:* [artikeloptimal@gmail.com](mailto:artikeloptimal@gmail.com)

*Website:* [nuansafajarcemerlang.com](http://nuansafajarcemerlang.com)

# DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	1
PENGANTAR PENERBIT .....	3
KATA PENGANTAR.....	4
PRAKATA.....	5
<b>BAB I Patient Safety &amp; Budaya Keselamatan: Peran Perawat, Incident Reporting, dan No-Blame Culture</b> .....	1
A. Profesionalitas dalam keperawatan.....	1
B. Patient Safety & Budaya Keselamatan.....	4
C. Peran Perawat di aspek K3 (Industri & Fasyankes) .....	8
D. Incident Reporting Perawat di Industri dan Fasyankes .....	10
E. No-Blame Culture (SDM K3 Industri dan Fasyankes) .....	13
Referensi.....	19
<b>BAB II Manajemen Konflik di Tempat Kerja: Komunikasi Asertif, Negosiasi, dan Pencegahan Bullying</b> .....	1
A. Konflik di Tempat Kerja.....	1
B. Komunikasi Asertif sebagai Fondasi Manajemen Konflik.....	3
C. Negosiasi Berbasis Solusi dalam Manajemen Konflik.....	4
D. Pencegahan Bullying sebagai Strategi Proaktif dalam Manajemen Konflik .....	5
E. Peran Kepemimpinan dalam Manajemen Konflik .....	6
F. Faktor Budaya Organisasi dalam Konflik .....	7
G. Strategi Penyelesaian Konflik Tim .....	9
H. Dampak Konflik terhadap Kinerja dan Kesejahteraan Karyawan .....	10
I. Evaluasi dan Monitoring Manajemen Konflik .....	11
J. Ringkasan.....	13
Referensi.....	16
<b>BAB III Profesionalisme dalam Keperawatan Komunitas: Kunjungan Rumah, Kerahasiaan, dan Kemitraan dengan Keluarga.....</b>	1
A. Dinamika dan Esensi Profesionalisme Asuhan Keperawatan di Komunitas .....	1
B. Standar Operasional dan Navigasi Keamanan dalam Kunjungan Rumah.....	5
C. Batasan Etik dan Aspek Legal Kerahasiaan Klien di Lingkungan Terbuka .....	9
D. Strategi Kolaboratif dalam Membangun Kemitraan Bersama Keluarga .....	15

<b>E. Sintesis Profesionalisme dan Proyeksi Keperawatan Komunitas Masa Depan .....</b>	<b>20</b>
<b>Referensi.....</b>	<b>22</b>

## PENGANTAR PENERBIT

Dengan rasa syukur dan bangga, kami dari PT Nuansa Fajar Cemerlang menghadirkan *book chapter* berjudul "**Profesionalitas dalam Keperawatan**" sebagai bentuk dukungan kami terhadap dunia keperawatan yang terus berkembang dan berperan penting dalam pelayanan kesehatan.

Perawat bukan hanya tenaga kesehatan yang berada di garis depan, tetapi juga figur yang menjaga, merawat, dan mendampingi pasien dengan empati, pengetahuan, dan ketelatenan. Profesionalitas dalam keperawatan bukan semata tentang keterampilan teknis, tetapi juga menyangkut sikap, tanggung jawab, dan etika dalam melayani sesama manusia.

Melalui buku ini, para penulis yang terdiri dari akademisi dan praktisi berusaha membagikan pengalaman, pemikiran, dan refleksi tentang bagaimana profesionalisme dapat dibangun dan ditumbuhkan dalam keseharian praktik keperawatan. Kami berharap buku ini bisa menjadi sumber inspirasi dan panduan, baik untuk mahasiswa, perawat yang sedang mengembangkan karier, maupun bagi mereka yang telah lama mengabdikan diri dalam dunia keperawatan.

Kami menyampaikan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada seluruh kontributor, editor, dan tim penyusun yang telah bekerja keras mewujudkan karya ini. Terima kasih atas kepercayaannya kepada PT Nuansa Fajar Cemerlang sebagai mitra penerbitan.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat luas, membangkitkan semangat, serta memperkuat peran penting profesi keperawatan di tengah masyarakat.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga *book chapter* berjudul "**Profesionalitas dalam Keperawatan**" ini dapat tersusun dan diterbitkan dengan baik. Buku ini merupakan hasil kerja kolektif dari berbagai akademisi dan praktisi keperawatan yang memiliki komitmen untuk memperkuat landasan profesional dalam praktik keperawatan di Indonesia.

Profesionalitas merupakan pilar utama dalam dunia keperawatan. Tidak hanya mencakup keterampilan teknis, tetapi juga mencakup sikap, etika, tanggung jawab, dan dedikasi terhadap pelayanan yang berfokus pada pasien. Di tengah kompleksitas sistem pelayanan kesehatan yang terus berkembang, perawat dituntut untuk senantiasa mengembangkan diri agar mampu memberikan pelayanan yang bermutu, aman, dan berorientasi pada kebutuhan individu yang dirawat.

Buku ini hadir sebagai kontribusi untuk memperkaya khazanah keilmuan, sekaligus menjadi sumber refleksi dan inspirasi bagi para perawat, pendidik, mahasiswa, maupun pemangku kebijakan dalam bidang keperawatan. Setiap bab dirancang untuk membahas dimensi-dimensi penting profesionalitas dari berbagai sudut pandang, baik teori maupun praktik, agar pembaca memperoleh pemahaman yang utuh dan kontekstual.

Kami menyampaikan terima kasih dan apresiasi yang sebesar-besarnya kepada seluruh penulis, editor, dan semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini. Semoga karya ini dapat memberikan manfaat yang luas, menjadi referensi yang bermakna dalam pendidikan keperawatan, serta mendorong tumbuhnya budaya profesional dalam praktik keperawatan di berbagai tatanan layanan.

Akhir kata, kami menyadari bahwa tidak ada karya yang sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan di masa mendatang.

# PRAKATA

Segala puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, *book chapter* yang berjudul "**Profesionalitas dalam Keperawatan**" ini dapat diselesaikan dan diterbitkan dengan baik. Kehadiran buku ini diharapkan dapat menjadi sumbangan positif dalam penguatan peran dan identitas profesi keperawatan di era pelayanan kesehatan yang semakin kompleks dan dinamis.

Keperawatan sebagai profesi memiliki tanggung jawab yang luas, tidak hanya dalam aspek klinis, tetapi juga dalam hal etika, komunikasi, pengambilan keputusan, serta tanggung jawab sosial. Profesionalitas menjadi landasan utama dalam menjalankan semua peran tersebut secara konsisten dan bermartabat. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam mengenai konsep dan implementasi profesionalitas sangatlah penting untuk terus dikembangkan melalui pendidikan, pelatihan, dan praktik sehari-hari.

Buku ini disusun oleh para penulis dari berbagai latar belakang akademik dan pengalaman praktis, yang dengan semangat kolaboratif ingin berbagi pengetahuan dan wawasan yang aplikatif. Kami berharap setiap bab dalam buku ini mampu memberikan inspirasi, memperkaya pemikiran, serta menjadi rujukan bagi mahasiswa keperawatan, tenaga pendidik, perawat profesional, dan seluruh pemangku kepentingan di bidang kesehatan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah mendukung proses penulisan dan penerbitan buku ini, termasuk tim editor, mitra akademik, dan penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang atas kerja samanya yang luar biasa.

Kami menyadari bahwa karya ini masih memiliki kekurangan. Oleh karena itu, kami sangat terbuka terhadap masukan dan kritik yang membangun demi penyempurnaan di masa mendatang. Selamat membaca. Semoga buku ini memberikan manfaat yang luas dan mendorong semangat profesionalisme yang lebih kuat dalam dunia keperawa



# BAB I

## Patient Safety & Budaya Keselamatan: Peran Perawat, Incident Reporting, dan No-Blame Culture

Ns. Devanda Faiqh Albyn, M.Kep.,M.M(c)

### A. Profesionalitas dalam keperawatan

Profesionalitas dalam keperawatan merujuk pada komitmen perawat untuk menerapkan nilai-nilai utama seperti altruisme, etika, akuntabilitas, dan kolaborasi dalam pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Di Indonesia, ini diatur oleh standar kompetensi dan kode etik dari PPNI serta Kementerian Kesehatan.

#### Definisi Profesionalitas

Profesionalitas keperawatan adalah pelaksanaan konsisten nilai-nilai profesi melalui sikap, pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang mendukung kesehatan optimal pasien, keluarga, serta komunitas. Menurut AACN, ini mencakup altruisme, keunggulan, kepedulian, etika, rasa hormat, komunikasi, dan akuntabilitas.

#### Standar Kompetensi

Standar Kompetensi Perawat Indonesia terdiri dari lima area utama: praktik berdasarkan etik-legal-peka budaya, praktik keperawatan profesional, kepemimpinan dan manajemen, pendidikan-penelitian, serta pengembangan kualitas personal-profesional. Setiap area menekankan tanggung jawab, pengambilan keputusan rasional, dan kolaborasi tim.

#### Prinsip Etika

Kode Etik Keperawatan Indonesia (PPNI) mencakup 5 pokok: hubungan perawat-klien, praktik, sesama perawat, profesi, dan negara, dengan prinsip seperti otonomi,

beneficence, justice, non-maleficence, veracity, fidelity, confidentiality, dan accountability. Pelanggaran dapat berujung sanksi mulai peringatan hingga pencabutan izin.

### **Relevansi di Kesehatan Kerja**

Bagi perawat kesehatan kerja (OHN), profesionalitas melibatkan pencegahan risiko kerja, manajemen kesehatan pekerja, dan kolaborasi dengan tim K3 sesuai standar AAOHN dan APPOKI. Ini mendukung lingkungan kerja aman, selaras dengan SDGs dan regulasi ILO.

Tantangan profesionalitas perawat di Indonesia mencakup beban kerja tinggi, kesenjangan pelayanan, serta adaptasi terhadap perkembangan teknologi dan regulasi. Faktor internal seperti pendidikan dan pengalaman kerja juga memengaruhi, di mana sekitar 46% perawat dinilai kurang profesional di beberapa rumah sakit.

### **Beban Kerja Berlebih**

Perawat sering menangani 5-8 pasien sekaligus, menyebabkan respon lambat terhadap keluhan dan risiko burnout, terutama di era Industri 4.0 dengan tuntutan efisiensi. Hal ini menurunkan kualitas caring dan produktivitas, meningkatkan turnover.

### **Kesenjangan Pendidikan dan Kompetensi**

Pendidikan rendah dan lama kerja pendek menjadi faktor dominan rendahnya profesionalisme, dengan tuntutan lisensi, sertifikasi, dan update ilmu pengetahuan yang belum merata. Institusi keperawatan tumbuh tak terkendali tanpa standar ketat, memicu malpraktik (485 kasus 2010-2015).

### **Diskriminasi Pasien dan Etika**

Kesenjangan pelayanan bagi pasien BPJS vs reguler sering dikeluhkan, termasuk sikap kurang sopan, akibat beban kerja dan kondisi psikologis perawat. Kurangnya profesionalisme juga berdampak pada etika, seperti rendahnya kepedulian (caring).

### **Tantangan Kesehatan Kerja**

Di bidang OHN, perawat menghadapi risiko burnout di pelayanan khusus, workload tidak adil, serta kebutuhan surveilans periodik untuk keselamatan pasien dan lingkungan kerja. Adaptasi teknologi maju menuntut pelatihan manajemen waktu dan reward yang optimal. Tindak Lanjut :

- Solusi mengatasi burnout perawat di Indonesia
- Cara meningkatkan profesionalisme perawat menghadapi industri 4.0
- Perbandingan tantangan perawat Indonesia dan negara lain

- Strategi pemerintah atasi kesenjangan pelayanan BPJS
- Dampak malpraktik perawat terhadap profesi keperawatan

### **Kesenjangan Pendidikan dan Kompetensi**

Pendidikan rendah dan lama kerja pendek menjadi faktor dominan rendahnya profesionalisme, dengan tuntutan lisensi, sertifikasi, dan update ilmu pengetahuan yang belum merata. Institusi keperawatan tumbuh tak terkendali tanpa standar ketat, memicu malpraktik (485 kasus 2010-2015).

### **Diskriminasi Pasien dan Etika**

Kesenjangan pelayanan bagi pasien BPJS vs reguler sering dikeluhkan, termasuk sikap kurang sopan, akibat beban kerja dan kondisi psikologis perawat. Kurangnya profesionalisme juga berdampak pada etika, seperti rendahnya kepedulian (caring).

### **Tantangan Kesehatan Kerja**

Di bidang OHN, perawat menghadapi risiko burnout di pelayanan khusus, workload tidak adil, serta kebutuhan surveilans periodik untuk keselamatan pasien dan lingkungan kerja. Adaptasi teknologi maju menuntut pelatihan manajemen waktu dan reward yang optimal.

Perbandingan tantangan profesionalitas perawat Indonesia dengan negara lain menunjukkan kesamaan seperti burnout dan kekurangan tenaga, tapi Indonesia lebih parah akibat surplus lulusan, gaji rendah, dan regulasi lemah. Di negara maju, fokus pada adaptasi teknologi dan mobilitas global, sementara Indonesia hadapi kesenjangan pendidikan serta kultur praktik ritualistik.

### **Kekurangan dan Surplus Tenaga**

Indonesia punya surplus sementara lulusan perawat (25.073 kekurangan berdasarkan standar 2019), tapi penyerapan rendah dan migrasi keluar tinggi ke Australia, Jepang, dll., mirip Filipina/China. AS/Eropa alami kekurangan kronis (global shortage), tapi gaji tinggi (USD 300 vs IDR 4jt di Indonesia) kurangi migrasi.

### **Tingkat Burnout**

Burnout perawat Indonesia 22-82% (rata 63%), lebih tinggi dari global (11-42%), AS (30%), Australia (41%), dan Taiwan (52%), dipicu jam kerja panjang (5 hari/mgg >10 jam). Pandemi perburuk di semua negara, tapi Indonesia tambah faktor motivasi rendah dan insentif minim.

### **Pendidikan dan Kompetensi**

Pendidikan keperawatan Indonesia selaras tapi kesenjangan standar lisensi internasional, minim master/doktor, dan kurikulum ritualistik; sulit mobilitas global. Negara maju punya pelatihan disaster/teknologi lebih baik, tapi Indonesia hadapi bencana tinggi tanpa dukungan organisasi kuat.

### **Etika dan Adaptasi**

Diskriminasi pasien (BPJS vs reguler) dan konflik profesi unik Indonesia; global tantangan UHC dan penuaan populasi mirip, tapi Indonesia tambah kemiskinan dan ketidaksetaraan. Migrasi picu culture shock bagi perawat Indonesia ke luar negeri.

## **B. Patient Safety & Budaya Keselamatan**

Profesionalitas dalam keperawatan sangat terkait erat dengan keselamatan pasien (patient safety) dan budaya keselamatan, di mana perawat bertanggung jawab menerapkan standar untuk mencegah insiden seperti kesalahan pengobatan atau jatuh pasien. Di Indonesia, 28,3% insiden pelanggaran patient safety melibatkan perawat, dengan peningkatan signifikan dari 289 kasus (2015) menjadi 1.647 kasus (2017).

### **Peran Profesionalitas pada Patient Safety**

Profesionalitas perawat mencakup kepatuhan terhadap sasaran keselamatan pasien (SKP) seperti identifikasi benar, komunikasi efektif (SBAR), dan pencegahan infeksi, yang terbukti menurunkan risiko KTD (kejadian tak diharapkan). Pengetahuan dan sikap profesional berkorelasi positif dengan implementasi SKP, meski sering masih di tingkat "cukup" akibat kurang pelatihan.

### **Budaya Keselamatan Pasien**

Budaya keselamatan melibatkan pelaporan insiden via TKPRS (Tim K3RS), root cause analysis (RCA), dan kolaborasi tim untuk menciptakan lingkungan "just culture" tanpa hukuman berlebih. Perawat profesional peka terhadap risiko, mendokumentasikan akurat, dan mendidik pasien/keluarga, selaras dengan UU No. 44/2009 dan Permenkes No.7/2016.

### **Tantangan di Praktik Indonesia**

Kurangnya ketelitian, motivasi rendah, dan beban kerja tinggi menghambat budaya keselamatan, meski 94,4% perawat menerapkan SKP secara baik di beberapa RS. Solusi termasuk pelatihan berkelanjutan dan reward untuk tingkatkan kepatuhan.

Contoh kasus insiden keselamatan pasien oleh perawat di Indonesia sering melibatkan kesalahan pemberian obat, risiko jatuh, dan kelalaian prosedur, yang dikategorikan sebagai

KTD (Kejadian Tak Diharapkan), KNC (Kejadian Nyaris Cedera), atau KTC (Kejadian Tak Cedera).

#### Kesalahan Pemberian Obat (KTD)

Seorang perawat di RSUD Aceh salah memberikan obat infus pada bayi 34 hari yang demam, menyebabkan muntah, lemas, dan perut kembung; RS meminta maaf dan lanjutkan pengobatan. Kasus lain di RSIA Stella Maris Medan: perawat salah dosis paracetamol (1.000 ml bukannya 300 ml) pada anak demam, untung tak cedera tapi orang tua marah.

#### Risiko Jatuh Pasien (KNC/KTC)

Pasien Ibu Putri (40 tahun) di RS Jakarta tersandung kursi saat ke kamar mandi sendirian karena diare; perawat menahan tepat waktu dan bantu kembali ke ranjang. Kasus lain: pagar pengaman tempat tidur pasien lupa dipasang, tapi perawat lain sadar dan pasang ulang sebelum jatuh.

#### Kasus Fatal (Sentinel Event)

“Bocah di RS Kartika Husada Bekasi meninggal pasca-operasi amandel karena kondisi kritis; dugaan malpraktik oleh tim termasuk perawat, RS minta maaf atas kelalaian. Secara nasional, 7.465 kasus insiden tercatat 2019, banyak akibat komunikasi buruk dan kurang SOP.”

Regulasi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit Indonesia diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 34 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, yang mewajibkan setiap fasilitas kesehatan memiliki sistem pelaporan internal dan eksternal untuk KTD (Kejadian Tak Diharapkan), KNC (Kejadian Nyaris Cedera), dan KTC (Kejadian Tak Cedera).

#### Dasar Hukum Utama

Permenkes No. 34/2017 dan Permenkes No. 80/2020 mengamanatkan pembentukan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) untuk mengelola pelaporan, analisis, dan rekomendasi perbaikan. Pelaporan internal dilakukan maksimal 2x24 jam setelah insiden via formulir IKP (Insiden Keselamatan Pasien), sementara eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) Kemenkes melalui e-reporting setelah analisis.

#### Alur Pelaporan

- **Identifikasi dan Grading:** Unit pelayanan laporkan ke atasan, lalu grading risiko (biru/hijau: investigasi sederhana; kuning/merah: *Root Cause Analysis/RCA* dalam 45 hari).

- **Investigasi:** TKPRS lakukan RCA untuk kasus serius, hasilnya disahkan direktur RS dan disosialisasikan sebagai safety alert.
- **Eksternal:** Laporan final ke Kemenkes via platform digital, termasuk rekomendasi pencegahan berulang.

### Tujuan dan Sanksi

Tujuannya meningkatkan budaya keselamatan "just culture" dan mutu pelayanan, dengan monitoring berkala. Pelanggaran regulasi dapat berujung sanksi administratif hingga pencabutan izin RS. Alur pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit Indonesia mengikuti standar nasional untuk memastikan analisis cepat dan pencegahan berulang, dimulai dari pelaporan internal anonim dalam 2x24 jam. Proses ini melibatkan Tim Keselamatan dan Akreditasi Rumah Sakit (TKARS) atau TKPRS, dengan grading risiko untuk menentukan investigasi.

#### Langkah Awal: Identifikasi dan Pelaporan

Tenaga kesehatan (perawat/dokter) yang menemukan insiden segera tangani pasien, lalu isi formulir IKP (Insiden Keselamatan Pasien) secara anonim pada akhir shift/jam kerja, laporkan ke atasan langsung maksimal 2x24 jam. Atasan verifikasi dan serahkan ke Subkomite Keselamatan Pasien RS untuk rekap bulanan dan monitoring mingguan.

#### Grading Risiko dan Investigasi

TKPRS klasifikasikan berdasarkan matriks (Grade Biru/Hijau: investigasi sederhana <2 minggu; Kuning: analisis komprehensif <45 hari; Merah/Sentinel: Root Cause Analysis/RCA penuh). Lakukan wawancara, pemeriksaan dokumen, dan analisis akar masalah untuk rekomendasi perbaikan sistemik (non-blaming).

#### Tindak Lanjut dan Pelaporan Eksternal

Direktur RS sahkan laporan, sosialisasikan safety alert ke unit terkait, dan terapkan perbaikan. Laporan eksternal ke Komite Keselamatan Pasien Nasional (KKPN) Kemenkes via e-reporting setelah analisis, untuk database nasional dan pembelajaran bersama.

#### Diagram Alur Sederhana

Insiden terjadi → Tangani pasien.

Isi IKP anonim → Serahkan atasan (2x24 jam).

TKPRS grading → Investigasi/RCA.

Rekomendasi → Direktur sahkan → Implementasi.

E-reporting ke Kemenkes (untuk KTD/KNC/KTC serius).

M,,lllllllll,kklaaaaaac

### **Perbedaan pelaporan internal dan eksternal insiden pasien**

Pelaporan internal dan eksternal insiden keselamatan pasien di rumah sakit Indonesia memiliki perbedaan utama dalam ruang lingkup, wa a a ak/??tu, penerima, dan tujuan, sesuai Permenkes No. 34/2017.

Perbandingan Utama

Aspek Pelaporan Internal dan Pelaporan Eksternal

- Ruang Lingkup Di dalam rumah sakit, melibatkan unit terkait, TKPRS/TKARS, dan direktur RS
- Ke luar RS, ke Komite Keselamatan Pasien Nasional (KNKP) Kemenkes via e-reporting
- Waktu Maksimal 2x24 jam setelah insiden (1x24 jam untuk sentinel), anonim via formulir IKP
- Setelah investigasi lengkap (RCA untuk kasus serius, hingga 45 hari), bukan anonim
- Penerima Atasan langsung → Subkomite Keselamatan → Direktur RS
- Direktur RS → Kemenkes melalui platform digital nasional
- Tujuan Analisis cepat, grading risiko, rekomendasi perbaikan lokal, dan safety alert internal
- Database nasional, pembelajaran bersama, pencegahan sistemik, dan monitoring akreditasi
- Kerahasiaan Anonim, non-blaming (just culture) untuk dorong pelaporan Sertakan data lengkap (identitas pasien/unit), tapi lindungi pelapor
- Pelaporan internal fokus perbaikan cepat di RS, sementara eksternal mendukung kebijakan nasional.

Contoh analisis RCA untuk insiden keselamatan pasien

Analisis Root Cause Analysis (RCA) digunakan untuk mengidentifikasi penyebab akar insiden keselamatan pasien secara sistemik, bukan menyalahkan individu, guna mencegah pengulangan.

Langkah-langkah RCA Standar

RCA melibatkan 7 langkah utama oleh tim multidisiplin: identifikasi insiden, bentuk tim, kumpul data (wawancara/dokumen), buat kronologi, identifikasi masalah, analisis akar (5 Whys/fishbone), dan rekomendasi tindakan.

Contoh Kasus: Pasien Jatuh di ICU

Pasien jatuh dari tempat tidur di ICU akibat pagar pengaman longgar; tim RCA temukan akar masalah: kurang observasi perawat (workload tinggi), pelatihan minim, dan

kegagalan checklist harian. Rekomendasi: tambah pelatihan observasi, audit checklist mingguan, dan alarm sensor ranjang.

#### Contoh Kasus: Salah Identifikasi Pasien

Di RSUD Situbondo, pasien atresia ani salah identifikasi saat operasi (KTD); RCA ungkap ketidaksesuaian SOP identifikasi (label lengan hilang), komunikasi tim buruk, dan beban kerja. Solusi: revisi SOP two-checks, pelatihan SBAR, dan audit bulanan.

Dalam penulisan subbab pertama, beberapa elemen penting harus disertakan, seperti latar belakang, kondisi terkini, permasalahan, dan metodologi. Setiap elemen ini sebaiknya disajikan dengan singkat dan jelas agar esensi dari pembahasan dapat dengan mudah dipahami oleh pembaca. Penyampaian yang ringkas dan sederhana akan membantu dalam menjaga alur penulisan yang efektif.

Selain itu, pada akhir subbab ini, sangat penting untuk menyampaikan argumen utama atau tujuan spesifik yang ingin dicapai. Argumen ini akan menjadi dasar bagi pembahasan lebih lanjut dalam bab tersebut, sehingga memberikan arah yang jelas kepada pembaca tentang apa yang akan dibahas dan mengapa hal itu penting.

Dalam hal penulisan judul subbab, tidak disarankan menggunakan istilah umum seperti “Pendahuluan,” “Isi,” atau “Penutup.” Sebaiknya, pilih kata atau frasa yang lebih relevan dengan konten subbab. Untuk subbab-subbab berikutnya, penggunaan judul seperti “Tinjauan Pustaka,” “Metodologi Penelitian,” “Pernyataan/Perumusan Masalah,” “Tujuan Penelitian,” atau “Manfaat Penelitian” juga tidak diperbolehkan. Judul-judul tersebut sebaiknya diganti dengan kalimat topik yang mencerminkan isi subbab secara lebih spesifik dan informatif. (Baskerville Old Face, 12 pt, Spasi 1.5, Rata Kanan Kiri, Tegak)

### **C. Peran Perawat di aspek K3 (Industri & Fasyankes)**

Perawat K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) memainkan peran krusial dalam mencegah risiko kecelakaan, penyakit akibat kerja, dan mempromosikan kesehatan pekerja baik di sektor industri maupun fasilitas kesehatan (fasyankes) di Indonesia. Fokus utama mereka adalah pencegahan primer melalui surveilans, edukasi, dan kolaborasi dengan tim HSE, sesuai regulasi seperti UU No.1/1970 K3 dan Permenkes No.34/2017 K3RS.

#### Peran di Industri

Perawat K3 industri, atau Occupational Health Nurse (OHN), bertanggung jawab mengkaji masalah kesehatan pekerja, menyusun rencana asuhan, melaksanakan pelayanan seperti medical check-up periodik, dan mengkoordinasikan K3 termasuk kunjungan rumah serta promosi keselamatan. Mereka juga memelihara fasilitas kesehatan perusahaan, ikut

pendidikan K3, dan mendukung investigasi kecelakaan untuk tingkatkan produktivitas, selaras dengan standar APPOKI.

### Peran di Fasyankes

Di fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, perawat K3 fokus pada keselamatan pasien dan tenaga kesehatan melalui penggunaan APD tepat, hand hygiene, pengelolaan limbah B3 medis, pelaporan insiden via IKP/TKPRS, serta pencegahan infeksi dan cedera ergonomis. Mereka melaporkan potensi bahaya, ikut pelatihan K3RS, dan terapkan protokol seperti HIRARC untuk kurangi risiko seperti jatuh pasien atau needle stick injury.

Aspek	Industri (OHN)	Fasyankes (K3RS)
Fokus Utama	Kesehatan pekerja & produktivitas <small>appskep</small>	Keselamatan pasien & tenaga kesehatan <small>akperypsbr</small>
Tugas Harian	Surveilans, check-up, promosi K3 <small>scribd</small>	APD, higiene, pelaporan insiden <small>History</small>
Regulasi	UU K3, Permenaker 5/2018 <small>History</small>	Permenkes 34/2017 <small>scribd</small>
Risiko Dominan	Bahaya kimia/fisik industri <small>History</small>	Infeksi, burnout <small>scribd</small>

### Perbedaan peran perawat K3 industri dan rumah sakit

Perawat K3 di industri dan rumah sakit memiliki peran serupa dalam pencegahan risiko kerja, tetapi berbeda signifikan dalam fokus populasi, lingkungan, dan prioritas tugas harian.

#### Fokus Utama

Di industri, perawat K3 (Occupational Health Nurse/OHN) menargetkan kesehatan pekerja dan produktivitas perusahaan melalui pencegahan bahaya spesifik seperti kimia atau fisik. Sebaliknya, di rumah sakit (fasyankes), mereka prioritas keselamatan pasien serta tenaga kesehatan dari risiko medis seperti infeksi atau cedera ergonomis.

#### Tugas Harian

Perawat industri melakukan surveilans kesehatan periodik, medical check-up, promosi K3, dan koordinasi dengan tim HSE termasuk kunjungan rumah pekerja. Di rumah sakit, tugas mencakup penerapan APD, hand hygiene, pelaporan insiden via IKP/TKPRS, dan pengelolaan limbah B3.

### Regulasi Pendukung

Peran industri diatur UU No.1/1970 K3 dan Permenaker No.5/2018 yang menekankan SMK3 serta pencegahan PAK. Sementara di rumah sakit, Permenkes No.34/2017 K3RS mengatur keselamatan pasien dan lingkungan rumah sakit.

Aspek	Industri (OHN)	Rumah Sakit (K3RS)
Populasi Utama	Pekerja & keluarga <small>scribd</small>	Pasien & tenaga kesehatan <small>ejournal.urindo</small>
Risiko Dominan	Bahaya industri (kimia, fisik) <small>History</small>	Infeksi, needle stick <small>scribd</small>
Intervensi	Surveilans, promosi <small>YouTube</small>	Higiene, pelaporan insiden <small>History</small>
Outcome Prioritas	Produktivitas & nol LTKP <small>History</small>	Nol insiden pasien <small>scribd</small>

## D. Incident Reporting Perawat di Industri dan Fasyankes

### Reporting Perawat di Industri dan Fasyankes

Perawat K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) di industri dan fasilitas kesehatan (fasyankes) memiliki sistem pelaporan yang berbeda, disesuaikan dengan regulasi masing-masing untuk mendukung pencegahan risiko dan evaluasi efektivitas.

#### Pelaporan di Industri

Perawat OHN melaporkan melalui Panitia Pembina K3 (P2K3) dengan fokus pada indikator seperti LTKP (Lost Time Injury Frequency), near-miss, dan surveilans kesehatan pekerja via dashboard bulanan. Laporan triwulanan/tahunan diserahkan ke Kemnakertrans sesuai Permenaker No.5/2018, mencakup HIRARC hasil audit, insiden kerja, dan rekomendasi promosi K3.

#### Pelaporan di Fasyankes

Di rumah sakit, pelaporan dilakukan via sistem IKP (Insiden Keselamatan Pasien) atau TKPRS (Tim Keselamatan dan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit) untuk insiden seperti needle stick atau jatuh pasien, sesuai Permenkes No.34/2017. Laporan harian/mingguan ke komite K3RS, e-reporting ke Kemenkes untuk KTD serius, dengan analisis RCA untuk root cause.

**Alur dan Perbedaan Utama**

Aspek	Industri (P2K3)	Fasyankes (IKP/TKPRS)
Frekuensi	Triwulanan/tahunan <a href="#">hki-indonesia</a>	Harian/mingguan <a href="#">History</a>
Fokus Laporan	LTKP, near-miss pekerja <a href="#">History</a>	Insiden pasien, NSI <a href="#">ejournal.urindo.ac</a>
Penerima Akhir	Kemnakertrans <a href="#">History</a>	Kemenkes & Komite RS <a href="#">scribd</a>
Tools	Dashboard HIRARC <a href="#">History</a>	E-reporting IKP <a href="#">History</a>

Proses ini mendukung budaya keselamatan zero accident di kedua setting, dengan kolaborasi APPOKI untuk standarisasi OHN.

### Format laporan triwulan K3 perawat industri

Format laporan triwulan K3 untuk perawat industri biasanya mengikuti standar P2K3 (Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja) sesuai Permenaker No.4/1987 dan No.5/2018, dengan kontribusi data kesehatan dari perawat OHN.

### Struktur Utama

Laporan dimulai dengan kop surat perusahaan, ditujukan ke Disnaker setempat, periode triwulan (misalnya Juli-September), dan mencakup data umum perusahaan (nama, alamat, jumlah tenaga kerja). Bagian inti terdiri dari Data K3, Kegiatan, dan Hambatan, ditandatangani Ketua P2K3 serta disahkan Direktur.

### Komponen Khusus Perawat

Perawat OHN mengisi data pelayanan kesehatan kerja seperti medical check-up, surveilans PAK, statistik LTKP/FR/SR, dan insiden near-miss terkait kesehatan (needle stick, fatigue). Lampirkan tabel jumlah pemeriksaan kesehatan, foto pelatihan K3, dan SOP kesehatan kerja.

### Bagian Detail

**Data Umum:** Profil perusahaan dan struktur P2K3 termasuk anggota perawat.

**Data K3:** Personil bersertifikat (OHN APPOKI), APD kesehatan, fasilitas klinik, data kecelakaan kerja (statistik, FR, SR), penghargaan K3.

**Kegiatan:** Program promosi kesehatan, audit HIRARC oleh perawat, pelatihan higiene industri, realisasi vs target (misalnya 100% check-up).

**Hambatan & Rencana:** Kendala seperti kurang partisipasi pekerja, solusi seperti webinar OHN.

Bagian Laporan	Isi Utama Perawat Industri	Contoh Data <small>scribd</small>
Data K3	Statistik check-up, LTKP	FR: 2.5, SR: 45
Kegiatan	Surveilans triwulan, pelatihan	150 pekerja dilatih
Lampiran	Foto audit, SOP kesehatan	Dashboard P2K3

Laporan diserahkan fisik/digital ke Disnaker triwulanan untuk perpanjangan SKP Ahli K3, mendukung SMK3 zero accident.

Perbandingan sistem pelaporan K3 industri vs rumah sakit

Sistem pelaporan K3 di industri dan rumah sakit berbeda dalam frekuensi, tools, fokus data, serta penerima laporan, meskipun keduanya bertujuan mendukung zero accident dan pencegahan risiko.

### **Fokus dan Frekuensi**

Pelaporan industri via P2K3 berorientasi pada indikator produktivitas pekerja seperti LTKP dan near-miss, dengan frekuensi triwulanan/tahunan ke Disnaker. Di rumah sakit, sistem IKP/TKPRS fokus pada keselamatan pasien (jatuh, NSI) dengan pelaporan harian/mingguan ke komite internal dan e-reporting bulanan ke Kemenkes.

### **Tools dan Proses**

Industri menggunakan dashboard HIRARC dan format standar P2K3 (data kecelakaan, kegiatan promosi kesehatan oleh OHN), disahkan direktur perusahaan. Rumah sakit memanfaatkan sistem informasi K3RS terintegrasi untuk risk register, RCA, dan FMEA, sesuai Permenkes 66/2016.

### **Penerima dan Regulasi**

Laporan industri diserahkan ke Kemnakertrans untuk SMK3 (Permenaker 5/2018), sementara rumah sakit ke Dinkes/Kemenkes untuk akreditasi K3RS (Permenkes 34/2017).

Aspek	Industri (P2K3)	Rumah Sakit (IKP/K3RS)
Frekuensi	Triwulan/tahun <a href="#">scribd</a>	Harian/minggu <a href="#">History</a>
Indikator Utama	LTKP, FR, SR pekerja <a href="#">History</a>	Insiden pasien, PAK <a href="#">ejournal.undip.ac</a>
Tools Digital	Dashboard HIRARC <a href="#">History</a>	Risk register, e-IKP <a href="#">rsudtugukoja.jakarta.go</a>
Penerima Utama	Disnaker <a href="#">garudasystrain</a>	Kemendes/Dinkes <a href="#">ejournal.poltekkesternate</a>
Regulasi Inti	Permenaker 5/2018 <a href="#">History</a>	Permenkes 66/2016 <a href="#">peraturan.bpk.go</a>

## E. No-Blame Culture (SDM K3 Industri dan Fasyankes)

No-Blame Culture (perawat K3 Industri dan Fasyankes)

No-Blame Culture mendorong pelaporan insiden keselamatan tanpa rasa takut dihukum, fokus pada perbaikan sistem daripada menyalahkan individu, sangat relevan bagi perawat K3 industri dan fasyankes di Indonesia.

### Definisi

No-Blame Culture adalah pendekatan organisasi yang menciptakan lingkungan aman untuk melaporkan kesalahan atau near-miss, dengan tujuan belajar dari insiden untuk mencegah pengulangan. Dalam konteks K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), ini kontras dengan blame culture yang menghambat pelaporan dan mengabaikan akar masalah sistemik seperti prosedur buruk atau beban kerja berlebih.

### Relevansi Perawat K3 Industri

Perawat K3 industri bertanggung jawab atas keselamatan pekerja di sektor berisiko tinggi seperti pertambangan atau manufaktur, di mana No-Blame Culture meningkatkan pelaporan insiden untuk identifikasi risiko sistemik. Pendekatan ini selaras dengan standar K3 Indonesia, mendorong transformasi keselamatan berkelanjutan tanpa iklim ketakutan.

### Relevansi Fasyankes

Di fasilitas kesehatan (fasyankes), No-Blame Culture atau Just Culture meningkatkan implementasi keselamatan pasien oleh perawat, seperti terbukti dalam studi RSUP Fatmawati yang menunjukkan hubungan signifikan ( $p=0,003$ ) antara budaya ini dengan praktik safety. Ini mendukung pelaporan insiden tanpa hukuman, kecuali pelanggaran sengaja, untuk perbaikan berkelanjutan.

### Manfaat dan Implementasi

- Meningkatkan pelaporan near-miss, sehingga organisasi belajar dari kesalahan.

- Membangun kepercayaan dan kolaborasi antar tim, termasuk perawat dengan manajemen.
- Fokus investigasi pada "Five Whys" untuk akar masalah, bukan individu.

Implementasikan melalui kepemimpinan autentik, pelatihan, dan monitoring pelaporan anonim.

Cara menerapkan No-Blame Culture di fasilitas kesehatan

Menerapkan No-Blame Culture di fasilitas kesehatan memerlukan komitmen kepemimpinan untuk menciptakan lingkungan aman pelaporan insiden, fokus pada perbaikan sistem daripada menyalahkan individu. Pendekatan ini, sering disebut Just Culture, meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan.

### **Komitmen Kepemimpinan**

Mulailah dengan pimpinan rumah sakit menyusun kebijakan Just Culture yang menekankan transparansi, pelaporan tanpa hukuman untuk kesalahan tak sengaja, dan akuntabilitas adil. Edukasi seluruh staf tentang manfaatnya melalui sosialisasi rutin untuk mengubah blame culture menjadi budaya belajar.

### **Bangun Sistem Pelaporan**

Implementasikan sistem pelaporan insiden anonim dan mudah diakses, seperti aplikasi digital, dengan analisis akar penyebab menggunakan metode seperti Five Whys. Dorong pelaporan near-miss sebagai peluang perbaikan, bukan catatan buruk, dan berikan feedback cepat untuk membangun kepercayaan.

### **Pelatihan dan Kerja Tim**

Lakukan pelatihan berkala tentang komunikasi terbuka, handover pasien aman, dan respons kesalahan tanpa menyalahkan. Bangun teamwork lintas unit dengan pengakuan kontribusi positif, serta monitoring rutin untuk memastikan implementasi konsisten.

### **Monitoring dan Evaluasi**

- Lakukan survei budaya keselamatan secara berkala untuk ukur kemajuan.
- Tinjau insiden bulanan, identifikasi pola sistemik, dan perbaiki SOP terkait.
- Berikan dukungan psikologis bagi staf pasca-insiden untuk cegah burnout.

Contoh sukses: RSUP Fatmawati menunjukkan hubungan positif no blaming culture dengan pelaksanaan keselamatan pasien.

### Alat pengukur efektivitas No-Blame Culture di RS

Efektivitas No-Blame Culture di rumah sakit (RS) dapat diukur melalui alat standar yang menilai persepsi staf terhadap budaya keselamatan pasien, tingkat pelaporan insiden, dan dimensi terkait non-blaming.

### Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Gunakan kuesioner HSOPSC dari Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), yang mencakup 12 dimensi seperti no blaming/non-punitive response to error (respons non-menyalahkan terhadap kesalahan), frekuensi pelaporan insiden, dan umpan balik komunikasi. Skor positif di atas 60-75% pada dimensi no blame menandakan efektivitas tinggi; contohnya, survei di RS Indonesia sering menunjukkan skor 56-71% dengan hubungan signifikan terhadap keselamatan pasien ( $p < 0.05$ ).

### Indikator Pelaporan Insiden

Pantau jumlah laporan insiden dan near-miss per bulan melalui sistem pelaporan (misalnya aplikasi insiden RS), dengan target peningkatan 20-30% setelah implementasi No-Blame Culture. Analisis root cause dari laporan menunjukkan pola sistemik, bukan individu, sebagai indikator sukses; studi RSUP Fatmawati menemukan korelasi kuat ( $p = 0.003$ ).

### Survei dan Audit Internal

- Lakukan survei kepuasan staf tahunan tentang iklim kerja non-blaming (skala Likert), target >80% respon "baik".
- Audit bulanan: Persentase insiden yang diikuti perbaikan SOP vs. hukuman individu.
- Wawancara kualitatif untuk ukur kepercayaan pelaporan anonim.

Kombinasi HSOPSC dengan data kuantitatif pelaporan memberikan gambaran holistik efektivitas.

### Tantangan dalam mengukur No-Blame Culture di fasilitas kesehatan

Mengukur efektivitas No-Blame Culture di fasilitas kesehatan menghadapi berbagai tantangan utama seperti underreporting insiden akibat ketakutan tersisa dari blame culture dan kurangnya kepercayaan staf. Tantangan ini sering kali menghambat data akurat untuk evaluasi.

### **Underreporting dan Ketakutan Pelaporan**

Staf sering menyembunyikan insiden karena khawatir catatan buruk memengaruhi penilaian kinerja, meskipun kebijakan No-Blame ada; survei menunjukkan 40-50% responden merasa iklim kerja masih kurang mendukung pelaporan terbuka. Hal ini menyulitkan pengukuran melalui indikator seperti HSOPSC, karena data pelaporan rendah tidak mencerminkan realitas risiko.

### **Kurangnya Komitmen dan Pelatihan**

Komitmen pimpinan yang lemah serta minimnya sosialisasi menyebabkan staf tidak paham cara melapor atau ragu terhadap anonimitas sistem, sehingga survei persepsi menghasilkan bias self-report. Beban kerja tinggi memperburuk, dengan laporan terlambat atau miskin data, menyulitkan analisis root cause.

### **Keterbatasan Instrumen Pengukur**

- HSOPSC rentan respons bias sosial, di mana staf menjawab "aman" demi kesan baik, meski praktik lapangan berbeda (skor no-blame sering 50-60% di RS Indonesia).
- Sulit membedakan pengaruh No-Blame dari faktor lain seperti teamwork atau pelatihan, membutuhkan desain studi longitudinal yang kompleks.
- Tidak ada reward pelaporan membuat motivasi rendah, memengaruhi validitas data kuantitatif.

Atasi dengan triangulasi data (survei + audit + wawancara) dan intervensi berkelanjutan untuk meningkatkan kepercayaan.

Cara melatih perawat untuk menerapkan No-Blame Culture

Melatih perawat untuk menerapkan No-Blame Culture memerlukan pendekatan bertahap yang mengubah mindset dari menyalahkan individu menjadi fokus perbaikan sistem, sesuai dengan praktik keselamatan pasien di fasilitas kesehatan Indonesia.

### **Workshop Interaktif Awal**

Mulailah dengan workshop 4-8 jam yang menjelaskan konsep Just Culture vs. Blame Culture menggunakan studi kasus nyata seperti kesalahan identifikasi pasien atau pemberian obat, tekankan bahwa kesalahan sering disebabkan sistem buruk (misalnya kurang double-check). Libatkan role-playing di mana perawat berlatih melaporkan insiden tanpa rasa takut, dengan feedback dari fasilitator untuk bangun keberanian.

### **Simulasi dan Latihan Lapangan**

Gunakan simulasi insiden (debriefing setelah skenario near-miss) untuk praktik analisis root cause dengan metode Five Whys, ajarkan pelaporan anonim via aplikasi RS. Integrasikan ke sesi handover harian, dorong saling ingatkan tanpa menyalahkan, seperti "kami saling mengingatkan supaya tidak terjadi kesalahan".

### **Penguatan Berkelanjutan**

- Sosialisasi bulanan oleh kepala ruang dengan cerita sukses pelaporan yang menghasilkan perbaikan SOP.
- Berikan pengakuan (sertifikat atau bonus poin) untuk perawat yang rajin melapor near-miss.
- Mentoring peer-to-peer di mana perawat senior bimbing junior adaptasi budaya ini.

Evaluasi melalui pre-post test pengetahuan dan survei persepsi, target peningkatan pelaporan 25% dalam 3 bulan.

### **No-Blame Culture perawat K3 Industri**

No-Blame Culture sangat krusial bagi perawat K3 industri untuk mendorong pelaporan risiko kerja tanpa takut dihukum, fokus pada perbaikan sistem keselamatan pekerja di lingkungan berisiko tinggi seperti pabrik atau pertambangan.

### **Definisi dan Manfaat**

No-Blame Culture di K3 industri adalah pendekatan yang memisahkan kesalahan manusia tak sengaja dari pelanggaran sengaja, memungkinkan perawat K3 melaporkan near-miss (hampir celaka) untuk identifikasi bahaya sistemik seperti alat rusak atau prosedur ambigu. Manfaatnya termasuk peningkatan pelaporan hingga 30%, pengurangan kecelakaan berulang, dan kepatuhan UU K3 No.1/1970 di Indonesia.

### **Relevansi Perawat K3 Industri**

Perawat K3 bertugas memantau kesehatan pekerja, vaksinasi, dan investigasi insiden; No-Blame Culture membebaskan mereka dari blame atas laporan seperti paparan kimia akibat ventilasi buruk, sehingga tim K3 dapat prioritaskan solusi seperti JSA (Job Safety Analysis). Di Indonesia, ini selaras dengan Permenaker No.5/2018 tentang K3 lingkungan kerja.

### **Implementasi Khusus**

- Workshop K3: Role-play pelaporan insiden industri (misalnya jatuh dari ketinggian) menggunakan Five Whys untuk root cause sistemik.

- Sistem pelaporan anonim via aplikasi OHS mobile, integrasi dengan tim HSE perusahaan.
- Kolaborasi APPOKI: Sosialisasi bulanan bagi perawat K3 untuk ubah mindset dari blame ke just culture.

### **Tantangan dan Solusi**

Tantangan utama adalah budaya industri yang masih blame-oriented; atasi dengan komitmen pimpinan pabrik dan reward pelaporan efektif. Contoh sukses: Perusahaan manufaktur Indonesia meningkatkan safety culture melalui transformasi ini.

#### **No-Blame Culture perawat K3 fasyankes**

No-Blame Culture sangat relevan bagi perawat K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) di fasilitas kesehatan (fasyankes) untuk mendorong pelaporan risiko tanpa rasa takut dihukum, fokus pada perbaikan sistem seperti sterilisasi alat atau pengelolaan limbah medis.

### **Definisi dan Manfaat**

No-Blame Culture di fasyankes adalah budaya yang memungkinkan perawat K3 melaporkan insiden seperti paparan needle-stick atau kegagalan protokol infeksi tanpa menyalahkan individu, melainkan menganalisis akar sistemik untuk cegah pengulangan. Manfaatnya meliputi peningkatan pelaporan near-miss hingga 25-40%, pengurangan kecelakaan kerja tenaga kesehatan, dan dukungan akreditasi KARS serta Permenkes No.26/2022 tentang K3 rumah sakit.

### **Relevansi Perawat K3 Fasyankes**

Perawat K3 fasyankes bertanggung jawab memastikan keselamatan staf dan pasien dari bahaya seperti infeksi nosokomial atau ergonomi buruk; No-Blame Culture membebaskan mereka melapor isu seperti kurang APD tanpa blame, selaras dengan studi RSUP Fatmawati yang tunjukkan hubungan signifikan dengan praktik safety ( $p=0.003$ ).

### **Implementasi Khusus**

- Workshop APPOKI: Latih analisis RCA (Root Cause Analysis) pada kasus K3 fasyankes seperti kontaminasi ruang steril.
- Sistem pelaporan terintegrasi SIMRS dengan anonimitas, kolaborasi komite K3 RS.
- Sosialisasi Just Culture bulanan, reward pelaporan efektif untuk ubah mindset blame ke belajar.

## Tantangan dan Solusi

Tantangan utama adalah resistensi dari budaya hierarki medis; atasi dengan komitmen direktur RS dan mentoring peer di unit rawat inap. Contoh: RS di Indonesia tingkatkan safety culture melalui pendekatan ini.

## Referensi

- Isak Jurun Hans Tukayo, Syaifoel Hardy, Yuliyani, Akhir Fakhruddin, Ridha Afzal, Mahmood Abdulrahman Mahmood Al-Jaidah, Overseas Job Opportunity among Fresh Graduate of Healthcare Workers: A SWOT Analysis , *International Journal of Advanced Health Science and Technology*: Vol. 2 No. 1 (2022): February
- Hardy, S., Tukayo, I. J. H., Fahrudin, A., & Afzal, R. (2022). Determination of Fit to Work Status for Thyroid Cancer Survivor: A Case Study in Occupational Health Setting. *Journal of Public Health for Tropical and Coastal Region*, 5(1), 10-19. <https://doi.org/10.14710/jphtcr.v5i1.13722>
- Albyn, D. F., & Pradana, L. G. (2024). Paper's Literature Review : Urgency making OHN Sciences at Indonesian Nursing Institution to preparation Profetionality of OHN Manpower . *Proceeding of International Conference of Religion, Health, Education, Science and Technology*, 1(1), 15-25. <https://doi.org/10.35316/icorhestech.v1i1.5629>
- Faiqh Albyn, D., Achkanul Hak, D., & Ribowo, D. (2024). *Qualitatif Research : The Needs Urgency Occupational Health Nurse (OHN) Manpower to support Health and Wellness Programe at Indonesian Company*. *Medical : Jurnal Kesehatan Dan Kedokteran*, 1(2), 62-67. <https://doi.org/10.69836/medical-jkk.v1i2.73>
- Faiqh Albyn, D., & Muhdar, R. (2025). *Literatur Review : Urgensi Awareness Hubungan Industrial dan Remunerasi bagi Perawat di Indonesia*. *Medical : Jurnal Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(2), 96-119. <https://doi.org/10.69836/medical-jkk.v2i2.485>
- Devanda Faiqh, A., Rahman, I., & Pandiang, A. S. (2024). Exploring the Integration of Theory and Practice for OHN Practitioners and Educators in Response to Industry Labor Needs. *Journal of Nursing Innovation*, 3(3), 96-104. <https://doi.org/10.61923/jni.v3i3.45>
- Febrianti, N. A., Yusmanisari, E., & Umami, S. F. (2024). Keselamatan dan Kesehatan Kerja dengan Kinerja Perawat. *Jurnal Keperawatan Profesional (KEPO)*, 5(2), 289-295. <https://doi.org/10.36590/kepo.v5i2.1193>
- Triantono, K., Nurani, C., Widiyani, D., Lestari, L. S., Masriah, M., & Dohni, K. B. (2025). HUBUNGAN CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT (CPD) DAN JENJANG KARIR PERAWAT TERHADAP KOMPETENSI DAN MOTIVASI DALAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN: LITERATURE REVIEW. *SINERGI : Jurnal Riset Ilmiah*, 2(12), 5274-5284. <https://doi.org/10.62335/sinergi.v2i12.2008>

- R. A. Zahran and N. Fitria, "Efektivitas Penggunaan Artificial Intelligence (AI) Atau Kecerdasan Buatan Dalam Mendukung Profesionalisme Keperawatan: Tinjauan Literatur Sistematis", *RIGGS*, vol. 4, no. 4, pp. 117-127, Nov. 2025.
- Satiman, S., Hasrullah Djabbar, H. D., & Devanda Faiqh, A. (2025). @ohnurseedu Digital Platform healthcare innovation OHN education opens up a paradigm of job opportunities for nurses in companies based on Evidence Base Practice Healthcare OHN practice and services in Indonesia. *Journal of Nursing Innovation*, 4(2), 58-63. <https://doi.org/10.61923/jni.v4i2.63>
- Devanda Faiqh, A., Perdana, L. G., Wibowo, T. S., Yamini, U., & Samosir, E. (2025). The Perspectives of Nursing Lecturers and Students Regarding Job Opportunities and Nursing Courses in Industry/Companies as Workers As Part Of Occupational Health And Safety : Qualitative Study. *Journal of Nursing Innovation*, 4(1), 26-29. <https://doi.org/10.61923/jni.v4i1.53>
- <https://perawat.org/kompetensi-perawat-indonesia/>
- Kode Etik Keperawatan Indonesia - perawat.org
- 8 Prinsip & 5 Kode Etik Keperawatan beserta Sanksi yang Wajib Dipahami! | Dealls  
IDN-MN-74-02-OPERATIONALGUIDANCE-2013-ind-Nursing-Competencies-Standard-2013.pdf
- Professionalism among Occupational Health Nurses
- APPOKI (Akademi Praktisi Perawat Okupasi Indonesia) Menjawa...
- APPOKI (Akademi Praktisi Perawat Okupasi Indonesia) Pembuka Paradigma Peluang Kerja Perawat di Sektor Industri/Perusahaan sebagai SDM K3 - Mediaperawat.id
- Occupational Health Nurse - Perawat di Tempat Kerja "Perusahaan/Industri" - Blog

## BAB II

# Manajemen Konflik di Tempat Kerja: Komunikasi Asertif, Negosiasi, dan Pencegahan Bullying

Ns. Nevi Kuspiana Lesmana, M.Kep

### A. Konflik di Tempat Kerja.

Konflik di tempat kerja merupakan fenomena yang melekat pada interaksi manusia dalam organisasi. Perbedaan nilai, tujuan, persepsi, dan kepentingan sering kali menjadi pemicu konflik, baik secara interpersonal maupun antar kelompok. Jika tidak dikelola dengan baik, konflik dapat menurunkan produktivitas, memengaruhi kepuasan kerja, dan merusak iklim organisasi (Afrilianty, Fazira & Harahap, 2025). Oleh karena itu, manajemen konflik yang efektif menjadi sangat penting, terutama melalui penerapan komunikasi asertif, kemampuan negosiasi, serta strategi pencegahan perilaku negatif seperti bullying. Komunikasi asertif memungkinkan karyawan menyampaikan pendapat dan kebutuhan mereka secara jelas tanpa menyinggung pihak lain, sehingga membantu mencegah eskalasi konflik dan memelihara hubungan profesional (Ramadhan et al., 2025).

Kondisi terkini menunjukkan bahwa banyak organisasi mulai menekankan pentingnya komunikasi interpersonal yang efektif dan strategi negosiasi adaptif dalam mengelola konflik. Penelitian di berbagai sektor industri, seperti industri kuliner dan perhotelan, membuktikan bahwa komunikasi yang terbuka dan asertif meningkatkan kolaborasi, mengurangi kesalahpahaman, dan membantu penyelesaian konflik secara konstruktif (Nuryanto & Maldin, 2025; Ramadhan et al., 2025). Selain itu, penerapan strategi negosiasi berbasis integratif memungkinkan tercapainya solusi win-win, yang tidak hanya menyelesaikan masalah secara praktis tetapi juga memperkuat hubungan kerja antar

karyawan (Marlina & Suwandi, 2025). Di sisi lain, perilaku bullying tetap menjadi isu serius di banyak organisasi karena dampaknya terhadap kesehatan psikologis dan motivasi kerja karyawan (Silviandari, 2018).

Permasalahan utama dalam implementasi manajemen konflik ini terletak pada hambatan praktis, seperti ego individu, ketimpangan kekuasaan, dan kurangnya keterampilan interpersonal yang memadai. Konflik sering kali diperburuk oleh perilaku bullying yang muncul akibat ketidakseimbangan tugas, tekanan kerja, atau konflik peran yang tidak terselesaikan (Silviandari, 2018). Kurangnya kebijakan organisasi yang jelas dan pelatihan komunikasi yang terstruktur juga membuat karyawan sulit mengadopsi praktik komunikasi asertif dan negosiasi yang efektif. Hal ini menimbulkan kebutuhan mendesak bagi organisasi untuk mengembangkan strategi manajemen konflik yang terintegrasi dan berbasis bukti.

Dalam konteks penelitian, banyak studi menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dan telaah literatur untuk memahami praktik komunikasi, negosiasi, serta pencegahan bullying. Analisis data dilakukan melalui wawancara, observasi partisipatif, maupun studi pustaka, sehingga dapat mengidentifikasi praktik terbaik dan hambatan dalam implementasi komunikasi asertif dan negosiasi. Pendekatan teoritik juga digunakan untuk menjelaskan konsep negosiasi integratif yang menekankan penyelesaian konflik berdasarkan kepentingan bersama, bukan sekadar kompromi posisi (Marlina & Suwandi, 2025; Ramadhan et al., 2025).

Integrasi antara komunikasi asertif, keterampilan negosiasi, dan strategi pencegahan bullying menjadi inti dari manajemen konflik yang efektif. Komunikasi asertif berfungsi sebagai fondasi untuk membangun hubungan kerja yang saling menghormati, sementara negosiasi yang baik memungkinkan tercapainya solusi yang memuaskan semua pihak. Pencegahan bullying menjadi aspek penting karena perilaku ini sering muncul dari ketidakseimbangan kekuasaan dan konflik peran. Dengan demikian, komunikasi asertif tidak hanya bermanfaat sebagai alat penyelesaian konflik, tetapi juga sebagai mekanisme pencegahan perilaku negatif di tempat kerja (Silviandari, 2018; Ramadhan et al., 2025).

Argumen utama dari pembahasan ini adalah bahwa manajemen konflik yang efektif hanya dapat tercapai melalui kombinasi komunikasi asertif, negosiasi berbasis solusi, dan strategi pencegahan bullying yang proaktif. Tujuan spesifik yang ingin dicapai adalah meningkatkan kemampuan karyawan dalam menyelesaikan konflik secara konstruktif,

menciptakan iklim kerja yang sehat, serta mengurangi risiko perilaku negatif yang dapat merusak hubungan kerja dan produktivitas. Dengan pendekatan ini, organisasi dapat membangun lingkungan kerja yang harmonis, kolaboratif, dan berdaya saing tinggi, sekaligus meningkatkan kesejahteraan psikologis para karyawan.

## **B. Komunikasi Asertif sebagai Fondasi Manajemen Konflik**

Komunikasi asertif merupakan kemampuan individu untuk menyampaikan pendapat, perasaan, dan kebutuhan secara jujur dan langsung, tanpa mengabaikan hak orang lain. Dalam konteks manajemen konflik di tempat kerja, komunikasi asertif berperan sebagai fondasi utama karena memungkinkan penyampaian isu dan kepentingan secara jelas, sehingga meminimalkan potensi salah paham dan eskalasi konflik (Ramadhan et al., 2025). Temuan dari penelitian Afrilianty, Fazira, dan Harahap (2025) menunjukkan bahwa karyawan yang memiliki keterampilan komunikasi asertif lebih mampu menghadapi situasi konflik interpersonal tanpa menimbulkan ketegangan tambahan. Hal ini menciptakan lingkungan kerja yang lebih kolaboratif dan produktif.

Analisis lebih lanjut mengungkapkan bahwa komunikasi asertif bukan sekadar gaya berbicara, melainkan juga mencakup pengembangan empati, kemampuan mendengarkan aktif, dan pengendalian emosi dalam menghadapi konflik. Misalnya, dalam sebuah studi di sektor pelayanan kesehatan, karyawan yang dilatih dalam komunikasi asertif mampu menyelesaikan konflik antar tim dengan waktu 30% lebih cepat dibandingkan tim yang menggunakan komunikasi pasif atau agresif (Nuryanto & Maldin, 2025). Temuan ini menegaskan bahwa komunikasi asertif tidak hanya meningkatkan efektivitas penyelesaian konflik, tetapi juga berkontribusi pada kepuasan kerja dan kesejahteraan psikologis karyawan.

Selain itu, komunikasi asertif mendukung negosiasi berbasis solusi. Dengan kemampuan menyampaikan pendapat secara jelas dan menghormati pihak lain, individu dapat mengidentifikasi kepentingan bersama dan membangun kesepakatan win-win. Marlina dan Suwandi (2025) menunjukkan bahwa proses negosiasi yang dimulai dengan komunikasi asertif menghasilkan resolusi konflik yang lebih tahan lama dan diterima secara konsensus oleh semua pihak. Hal ini berbeda dengan pendekatan yang pasif atau agresif, yang sering menimbulkan resistensi atau ketidakpuasan di kemudian hari.

Dukungan data kuantitatif juga menunjukkan hubungan positif antara komunikasi asertif dan penurunan insiden bullying di tempat kerja. Silviandari (2018) mencatat bahwa

organisasi yang menerapkan pelatihan komunikasi asertif secara sistematis memiliki tingkat insiden bullying lebih rendah hingga 20%. Ini menunjukkan bahwa komunikasi yang terbuka dan saling menghormati dapat menjadi mekanisme preventif terhadap perilaku negatif yang merusak iklim kerja.

Dengan demikian, komunikasi asertif tidak sekadar menjadi keterampilan interpersonal, tetapi juga merupakan strategi kunci dalam manajemen konflik yang efektif. Keunggulan komunikasi asertif terletak pada kemampuannya mengurangi salah paham, meningkatkan kolaborasi, memperkuat negosiasi, dan mencegah perilaku bullying. Semua faktor ini menjadikan komunikasi asertif sebagai dasar yang tidak dapat diabaikan dalam upaya menciptakan lingkungan kerja yang harmonis, produktif, dan aman secara psikologis bagi karyawan.

### **C. Negosiasi Berbasis Solusi dalam Manajemen Konflik**

Negosiasi berbasis solusi merupakan pendekatan strategis yang fokus pada kepentingan bersama, bukan sekadar posisi individu. Dalam konteks manajemen konflik di tempat kerja, negosiasi jenis ini memungkinkan pihak-pihak yang terlibat menemukan titik temu yang dapat diterima semua pihak, sekaligus memelihara hubungan kerja jangka panjang (Marlina & Suwandi, 2025). Hal ini berbeda dengan negosiasi kompetitif yang sering menimbulkan kekakuan dan frustrasi, sehingga memperburuk konflik. Dengan pendekatan berbasis solusi, fokus dialihkan pada pencapaian hasil yang optimal dan berkelanjutan, mengedepankan win-win solution daripada kemenangan satu pihak.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa keterampilan negosiasi yang baik memiliki dampak signifikan terhadap efektivitas penyelesaian konflik. Misalnya, studi di sektor pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa tim yang menerapkan strategi negosiasi integratif berhasil menyelesaikan konflik internal lebih cepat, dengan kepuasan tim meningkat hingga 25% dibandingkan tim yang menggunakan pendekatan konfrontatif (Nuryanto & Maldin, 2025). Analisis ini menegaskan bahwa negosiasi berbasis solusi tidak hanya menyelesaikan masalah, tetapi juga memperkuat kolaborasi dan membangun kepercayaan antar anggota tim.

Negosiasi berbasis solusi juga erat kaitannya dengan komunikasi asertif. Karyawan yang mampu menyampaikan kebutuhan, batasan, dan harapan secara jelas dapat membantu proses negosiasi menjadi lebih efisien. Ramadhan, Putra, dan Susilo (2025) menekankan bahwa komunikasi yang terbuka mempermudah identifikasi kepentingan bersama,

mengurangi kesalahpahaman, dan mempercepat pencapaian kesepakatan. Selain itu, pelatihan negosiasi berbasis solusi memberikan keterampilan tambahan, seperti mediasi internal, penyesuaian prioritas, dan pengelolaan emosi, yang berkontribusi pada stabilitas lingkungan kerja.

Data tambahan juga menunjukkan hubungan antara negosiasi yang efektif dengan pengurangan potensi perilaku bullying di organisasi. Silviandari (2018) menemukan bahwa konflik yang tidak terselesaikan cenderung memicu ketegangan interpersonal, yang dapat berkembang menjadi perilaku intimidatif atau bullying. Dengan demikian, negosiasi berbasis solusi tidak hanya menyelesaikan konflik, tetapi juga berperan preventif terhadap dinamika negatif yang mengganggu iklim kerja.

Secara keseluruhan, negosiasi berbasis solusi merupakan strategi krusial dalam manajemen konflik. Pendekatan ini memastikan bahwa konflik diselesaikan secara adil, efisien, dan konstruktif, sambil menjaga hubungan interpersonal yang sehat. Dengan menggabungkan negosiasi yang berorientasi pada kepentingan bersama dengan komunikasi asertif, organisasi dapat menciptakan lingkungan kerja yang harmonis, produktif, dan bebas dari perilaku negatif.

## **D. Pencegahan Bullying sebagai Strategi Proaktif dalam Manajemen Konflik**

Bullying di tempat kerja merupakan perilaku negatif yang disengaja dan berulang, yang bertujuan untuk merendahkan, mengintimidasi, atau menekan individu atau kelompok. Fenomena ini menjadi perhatian serius karena berdampak langsung terhadap kesehatan mental, kepuasan kerja, dan produktivitas karyawan. Bullying dapat berupa verbal, fisik, atau psikologis, dan sering kali sulit diidentifikasi karena terjadi secara subtil dalam interaksi sehari-hari (Savitri et al., 2024).

Di lingkungan kerja modern, bullying muncul akibat berbagai faktor, termasuk perbedaan kekuasaan, stres kerja, budaya organisasi yang kompetitif, serta komunikasi yang tidak efektif. Karyawan yang menjadi korban bullying biasanya mengalami tekanan emosional, rasa tidak aman, dan penurunan motivasi, sementara organisasi menghadapi risiko meningkatnya turnover dan menurunnya kinerja tim (Widyastuti, 2017). Fenomena ini menegaskan pentingnya upaya identifikasi dan pencegahan bullying sebagai bagian dari manajemen konflik yang komprehensif.

## **BAB II**

Bullying di tempat kerja dapat dibedakan menjadi beberapa bentuk. Bullying verbal mencakup hinaan, ejekan, atau komentar merendahkan; bullying non-verbal meliputi isyarat atau sikap yang meremehkan; sedangkan bullying psikologis termasuk manipulasi, isolasi sosial, atau penghambatan peluang karier. Pengenalan bentuk-bentuk ini sangat penting agar individu dan organisasi dapat mendeteksi dan menangani perilaku negatif secara tepat (Anwar, 2015).

Permasalahan utama dalam penanganan bullying adalah minimnya kesadaran dan keterampilan identifikasi di kalangan pekerja dan manajemen. Banyak kasus bullying tidak dilaporkan karena korban merasa takut, malu, atau tidak percaya bahwa tindakan mereka akan ditindaklanjuti. Selain itu, kebijakan organisasi yang belum jelas atau lemahnya prosedur penanganan membuat perilaku bullying sering berlanjut tanpa sanksi (Kurniawan, 2025).

Metodologi kajian bullying dalam manajemen konflik biasanya menggunakan studi literatur dan studi kasus. Studi literatur menelaah teori dan model pencegahan bullying, sementara studi kasus menilai implementasi kebijakan organisasi, efektivitas intervensi, dan dampak bullying terhadap individu dan kinerja organisasi. Pendekatan ini memungkinkan pengembangan strategi pencegahan dan penanganan yang berbasis bukti (Nuryanto & Maldin, 2025).

## **E. Peran Kepemimpinan dalam Manajemen Konflik**

Kepemimpinan memegang peran sentral dalam manajemen konflik di tempat kerja karena sikap, keputusan, dan intervensi pemimpin dapat menentukan arah penyelesaian konflik serta iklim kerja organisasi. Gaya kepemimpinan yang transformatif atau partisipatif terbukti mampu mendorong komunikasi terbuka, kolaborasi, dan keterlibatan karyawan dalam proses penyelesaian masalah (Bass & Riggio, 2006). Pemimpin yang mampu bertindak sebagai mediator, memberikan arahan yang jelas, dan menekankan nilai keadilan dapat membantu menurunkan ketegangan antar individu atau kelompok, serta mencegah eskalasi konflik yang berpotensi merusak produktivitas dan hubungan kerja.

Selain itu, kepemimpinan efektif meningkatkan keberhasilan implementasi strategi komunikasi asertif dan negosiasi berbasis solusi. Ramadhan, Putra, dan Susilo (2025) menunjukkan bahwa pemimpin yang mendorong budaya komunikasi terbuka memfasilitasi karyawan untuk menyampaikan kebutuhan dan opini mereka dengan cara yang konstruktif. Hal ini memungkinkan konflik diselesaikan secara adil dan berorientasi pada kepentingan

bersama, daripada sekadar dominasi pihak tertentu. Pemimpin juga dapat mengidentifikasi potensi konflik sejak dini, memfasilitasi dialog antar pihak, dan menerapkan langkah-langkah preventif sebelum masalah berkembang menjadi lebih kompleks.

Kepemimpinan juga memainkan peran penting dalam pencegahan bullying di tempat kerja. Pemimpin yang tegas menegakkan kebijakan anti-bullying dan memberikan contoh perilaku profesional secara konsisten dapat membentuk budaya kerja yang aman dan menghormati hak individu (Silviandari, 2018). Dengan kepemimpinan yang mendukung, karyawan lebih cenderung melaporkan perilaku negatif, mengikuti prosedur resolusi konflik, dan mematuhi norma organisasi yang mendukung iklim kerja sehat. Penelitian menunjukkan bahwa organisasi dengan kepemimpinan proaktif memiliki tingkat insiden bullying yang lebih rendah dan kepuasan kerja yang lebih tinggi (Afrilianty, Fazira & Harahap, 2025).

Lebih lanjut, kepemimpinan yang efektif membantu membangun sistem evaluasi dan monitoring konflik. Pemimpin dapat menggunakan indikator kinerja, feedback rutin, dan audit konflik untuk menilai efektivitas strategi manajemen konflik dan menyesuaikan intervensi yang diperlukan. Dengan pendekatan ini, pemimpin tidak hanya menjadi pengambil keputusan, tetapi juga fasilitator, pengawas, dan pembimbing dalam menciptakan lingkungan kerja yang harmonis dan produktif (Nuryanto & Maldin, 2025).

Secara keseluruhan, argumen utama sub-bab ini adalah bahwa **kepemimpinan yang efektif merupakan faktor penentu keberhasilan manajemen konflik di tempat kerja**. Kepemimpinan yang partisipatif, transformatif, dan proaktif mendukung komunikasi asertif, negosiasi berbasis solusi, dan pencegahan bullying, sehingga menciptakan budaya organisasi yang sehat, aman, dan produktif. Dengan demikian, peran pemimpin tidak dapat dipisahkan dari upaya membangun lingkungan kerja yang harmonis dan berdaya saing tinggi.

## **F. Faktor Budaya Organisasi dalam Konflik**

Budaya organisasi merupakan salah satu faktor kunci yang memengaruhi munculnya konflik dan efektivitas strategi manajemen konflik di tempat kerja. Budaya organisasi mencakup nilai, norma, dan praktik yang membentuk perilaku karyawan serta cara mereka menyelesaikan perbedaan (Schein, 2010). Organisasi dengan budaya yang terbuka, kolaboratif, dan menghargai komunikasi konstruktif cenderung lebih mampu mencegah konflik eskalatif dan menciptakan lingkungan kerja yang harmonis. Sebaliknya, budaya yang

### **BAB II**

hierarkis, tertutup, atau kompetitif dapat memicu konflik interpersonal dan kelompok karena perbedaan kepentingan sulit diselesaikan secara transparan.

Budaya organisasi juga memengaruhi penerapan komunikasi asertif dan negosiasi berbasis solusi. Ramadhan, Putra, dan Susilo (2025) menunjukkan bahwa organisasi yang menekankan nilai transparansi, penghargaan terhadap pendapat individu, dan partisipasi aktif karyawan mampu meningkatkan efektivitas komunikasi asertif. Karyawan di lingkungan seperti ini lebih percaya diri untuk menyampaikan opini, mengajukan solusi, dan berpartisipasi dalam negosiasi, sehingga konflik dapat diselesaikan secara konstruktif dan produktif. Hal ini menunjukkan bahwa strategi manajemen konflik tidak dapat dilepaskan dari konteks budaya organisasi yang ada.

Selain itu, budaya organisasi berperan penting dalam pencegahan bullying. Organisasi yang membangun nilai saling menghormati, etika kerja, dan kepedulian terhadap kesejahteraan karyawan cenderung memiliki insiden bullying yang lebih rendah (Silviandari, 2018). Budaya yang menekankan accountability dan transparansi mendorong karyawan melaporkan perilaku negatif, sedangkan budaya tertutup atau permisif terhadap intimidasi dapat memperburuk masalah bullying. Oleh karena itu, upaya membentuk budaya organisasi yang sehat harus menjadi bagian dari strategi proaktif dalam manajemen konflik.

Temuan empiris menunjukkan bahwa budaya organisasi yang adaptif dan kolaboratif tidak hanya mengurangi frekuensi konflik, tetapi juga meningkatkan kepuasan kerja, retensi karyawan, dan kinerja tim (Nuryanto & Maldin, 2025). Organisasi yang konsisten menanamkan nilai-nilai keterbukaan, empati, dan penghargaan terhadap keragaman mampu mengubah potensi konflik menjadi peluang pembelajaran dan inovasi. Hal ini menunjukkan bahwa budaya organisasi berfungsi sebagai kerangka kerja yang mendukung semua strategi manajemen konflik, mulai dari komunikasi asertif hingga pencegahan bullying.

Secara keseluruhan, sub-bab ini menegaskan bahwa **budaya organisasi merupakan faktor determinan dalam munculnya dan penyelesaian konflik**. Budaya yang positif memfasilitasi komunikasi terbuka, negosiasi yang adil, dan pencegahan perilaku negatif, sedangkan budaya yang buruk memperburuk konflik dan merusak hubungan kerja. Oleh karena itu, organisasi harus secara aktif membangun budaya kerja yang sehat sebagai bagian integral dari strategi manajemen konflik, sehingga konflik dapat dikelola secara efektif, produktif, dan berkelanjutan.

## G. Strategi Penyelesaian Konflik Tim

Konflik dalam tim kerja merupakan fenomena yang tidak terhindarkan akibat adanya perbedaan latar belakang, persepsi, kepentingan, dan gaya kerja antar anggota. Namun, konflik tim tidak selalu berdampak negatif; jika dikelola dengan baik, konflik justru dapat meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan mendorong inovasi (Robbins & Judge, 2017). Oleh karena itu, strategi penyelesaian konflik tim menjadi penting untuk memastikan bahwa konflik yang muncul dapat diarahkan secara konstruktif dan tidak berkembang menjadi konflik destruktif yang merugikan kinerja tim.

Salah satu strategi utama dalam penyelesaian konflik tim adalah penggunaan komunikasi asertif dan dialog terbuka. Komunikasi asertif memungkinkan setiap anggota tim menyampaikan pandangan mereka secara jujur dan jelas tanpa merendahkan pihak lain. Ramadhan, Putra, dan Susilo (2025) menegaskan bahwa komunikasi terbuka dalam tim membantu mengurangi kesalahpahaman dan mempercepat proses klarifikasi masalah. Selain itu, teknik mendengarkan aktif (*active listening*) juga berperan penting dalam membangun saling pengertian dan empati antar anggota tim, sehingga konflik dapat diselesaikan secara lebih efektif.

Strategi berikutnya adalah penerapan negosiasi berbasis solusi dan mediasi tim. Dalam konteks ini, konflik diselesaikan dengan mengidentifikasi kepentingan bersama dan mencari alternatif solusi yang dapat diterima oleh semua pihak. Marlina dan Suwandi (2025) menjelaskan bahwa negosiasi integratif dalam tim mampu menghasilkan keputusan yang lebih berkualitas dan berkelanjutan karena melibatkan partisipasi aktif semua anggota. Selain itu, peran mediator—baik pemimpin tim maupun pihak ketiga—dapat membantu memfasilitasi diskusi, menjaga objektivitas, dan memastikan bahwa proses penyelesaian konflik berjalan adil dan terarah.

Pendekatan kolaboratif juga menjadi strategi penting dalam penyelesaian konflik tim. Pendekatan ini menekankan kerja sama dalam menemukan solusi, bukan memenangkan argumen. Nuryanto dan Maldin (2025) menemukan bahwa tim yang menerapkan pendekatan kolaboratif memiliki tingkat kohesi yang lebih tinggi dan mampu menyelesaikan konflik dengan lebih cepat dibandingkan tim yang menggunakan pendekatan kompetitif. Dengan demikian, konflik dapat menjadi sarana pembelajaran tim untuk meningkatkan efektivitas kerja dan memperkuat hubungan interpersonal.

Selain itu, organisasi perlu menyediakan mekanisme formal untuk mendukung penyelesaian konflik tim, seperti prosedur penyelesaian konflik, pelatihan manajemen konflik, dan forum diskusi rutin. Afrilianty, Fazira, dan Harahap (2025) menekankan bahwa sistem yang terstruktur membantu memastikan bahwa konflik ditangani secara konsisten dan profesional. Tanpa mekanisme yang jelas, konflik tim berisiko berkembang menjadi masalah yang lebih kompleks, termasuk munculnya perilaku negatif seperti bullying atau penurunan kinerja tim.

Secara keseluruhan, strategi penyelesaian konflik tim menegaskan bahwa konflik harus dikelola secara sistematis melalui komunikasi asertif, negosiasi berbasis solusi, pendekatan kolaboratif, dan dukungan organisasi yang memadai. Dengan menerapkan strategi ini, tim tidak hanya mampu menyelesaikan konflik secara efektif, tetapi juga meningkatkan kualitas kerja sama, kepercayaan, dan kinerja tim secara keseluruhan. Dengan demikian, konflik tidak lagi dipandang sebagai hambatan, melainkan sebagai peluang untuk pertumbuhan dan penguatan tim kerja.

## **H. Dampak Konflik terhadap Kinerja dan Kesejahteraan Karyawan**

Konflik di tempat kerja memiliki dampak yang signifikan terhadap kinerja dan kesejahteraan karyawan, baik secara positif maupun negatif. Konflik yang tidak dikelola dengan baik cenderung menimbulkan stres, menurunkan motivasi, serta mengganggu hubungan kerja antar individu maupun tim. Sebaliknya, konflik yang dikelola secara konstruktif dapat meningkatkan kualitas keputusan, mendorong inovasi, dan memperkuat kolaborasi (Robbins & Judge, 2017). Oleh karena itu, penting untuk memahami bagaimana konflik memengaruhi kinerja dan kesejahteraan karyawan agar organisasi dapat mengelolanya secara efektif.

Dari sisi kinerja, konflik yang bersifat destruktif sering kali menyebabkan penurunan produktivitas, meningkatnya kesalahan kerja, dan terganggunya koordinasi tim. Nuryanto dan Maldin (2025) menunjukkan bahwa konflik interpersonal yang tidak terselesaikan dapat menghambat alur komunikasi dan kerja sama, sehingga berdampak langsung pada pencapaian target organisasi. Selain itu, konflik yang berkepanjangan dapat mengalihkan fokus karyawan dari tugas utama mereka, yang pada akhirnya menurunkan efisiensi kerja secara keseluruhan.

Dari perspektif kesejahteraan karyawan, konflik yang tidak terkendali berpotensi menimbulkan tekanan psikologis, seperti stres kerja, kecemasan, dan kelelahan emosional.

Silviandari (2018) menjelaskan bahwa konflik yang disertai dengan perilaku negatif seperti bullying dapat memperburuk kondisi mental karyawan dan meningkatkan risiko burnout. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga pada organisasi melalui peningkatan absensi, penurunan loyalitas, dan tingginya tingkat turnover karyawan.

Namun demikian, konflik juga dapat memberikan dampak positif apabila dikelola dengan baik melalui komunikasi asertif dan negosiasi berbasis solusi. Ramadhan, Putra, dan Susilo (2025) menegaskan bahwa konflik yang diselesaikan secara konstruktif dapat meningkatkan pemahaman antar individu, memperkuat hubungan kerja, dan menghasilkan solusi yang lebih kreatif. Hal ini menunjukkan bahwa konflik tidak selalu harus dihindari, melainkan perlu diarahkan agar menjadi sarana pembelajaran dan pengembangan tim.

Organisasi memiliki peran penting dalam meminimalkan dampak negatif konflik dan memaksimalkan dampak positifnya. Afrilianty, Fazira, dan Harahap (2025) menyatakan bahwa penerapan pelatihan komunikasi asertif, sistem penyelesaian konflik yang jelas, serta kebijakan pencegahan bullying dapat meningkatkan kesejahteraan karyawan sekaligus menjaga kinerja organisasi. Lingkungan kerja yang mendukung keterbukaan dan saling menghormati akan membantu karyawan merasa aman dalam menyampaikan pendapat dan menyelesaikan konflik secara sehat.

Secara keseluruhan, dampak konflik terhadap kinerja dan kesejahteraan karyawan sangat bergantung pada bagaimana konflik tersebut dikelola. Konflik yang tidak terkontrol cenderung merugikan, sedangkan konflik yang dikelola secara konstruktif dapat memberikan manfaat bagi individu dan organisasi. Oleh karena itu, penting bagi organisasi untuk mengembangkan strategi manajemen konflik yang efektif agar dapat menciptakan keseimbangan antara produktivitas dan kesejahteraan karyawan, serta membangun lingkungan kerja yang sehat dan berkelanjutan.

## **I. Evaluasi dan Monitoring Manajemen Konflik**

Evaluasi dan monitoring merupakan tahap penting dalam memastikan efektivitas penerapan strategi manajemen konflik di tempat kerja. Tanpa adanya proses evaluasi yang sistematis, organisasi akan kesulitan menilai apakah komunikasi asertif, negosiasi berbasis solusi, dan pencegahan bullying telah berjalan sesuai tujuan. Evaluasi memungkinkan organisasi mengidentifikasi keberhasilan, kelemahan, serta area yang perlu diperbaiki dalam pengelolaan konflik, sehingga strategi yang diterapkan dapat terus disempurnakan (Robbins & Judge, 2017).

### **BAB II**

Salah satu pendekatan dalam evaluasi manajemen konflik adalah penggunaan indikator kinerja yang terukur. Indikator tersebut dapat berupa frekuensi konflik, tingkat penyelesaian konflik, kepuasan karyawan terhadap proses resolusi konflik, serta tingkat insiden bullying di tempat kerja. Afrilianty, Fazira, dan Harahap (2025) menekankan bahwa pengukuran yang berbasis data membantu organisasi memahami pola konflik yang terjadi serta efektivitas intervensi yang telah dilakukan. Dengan demikian, organisasi dapat mengambil keputusan yang lebih tepat dalam meningkatkan strategi manajemen konflik.

Selain indikator kuantitatif, evaluasi juga dapat dilakukan melalui pendekatan kualitatif, seperti survei karyawan, wawancara, dan forum diskusi. Nuryanto dan Maldin (2025) menyatakan bahwa umpan balik langsung dari karyawan sangat penting untuk mengetahui pengalaman mereka dalam menghadapi konflik serta persepsi terhadap keadilan dan transparansi proses penyelesaian konflik. Pendekatan ini memberikan gambaran yang lebih mendalam mengenai dinamika konflik di tempat kerja dan membantu organisasi memahami aspek-aspek yang tidak dapat diukur secara angka.

Monitoring yang berkelanjutan juga diperlukan untuk memastikan bahwa kebijakan dan praktik manajemen konflik tetap dijalankan secara konsisten. Ramadhan, Putra, dan Susilo (2025) menekankan pentingnya peran pemimpin dalam melakukan pengawasan terhadap implementasi komunikasi asertif dan negosiasi dalam tim. Selain itu, organisasi perlu memiliki sistem pelaporan yang efektif agar konflik dan perilaku negatif seperti bullying dapat segera ditangani sebelum berkembang menjadi masalah yang lebih besar.

Evaluasi dan monitoring juga berfungsi sebagai alat pembelajaran organisasi. Dengan menganalisis kasus konflik yang terjadi, organisasi dapat mengidentifikasi pola, penyebab utama, serta strategi penyelesaian yang paling efektif. Silviandari (2018) menunjukkan bahwa organisasi yang secara rutin melakukan evaluasi konflik cenderung memiliki tingkat kesejahteraan karyawan yang lebih baik dan insiden konflik yang lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa evaluasi bukan hanya alat kontrol, tetapi juga sarana pengembangan kapasitas organisasi dalam mengelola konflik.

Secara keseluruhan, evaluasi dan monitoring manajemen konflik merupakan komponen penting dalam menciptakan sistem yang adaptif dan berkelanjutan. Dengan menggabungkan indikator kuantitatif dan kualitatif, serta melibatkan peran aktif pemimpin dan karyawan, organisasi dapat memastikan bahwa strategi manajemen konflik berjalan efektif dan memberikan dampak positif. Oleh karena itu, evaluasi dan monitoring

tidak hanya berfungsi sebagai alat penilaian, tetapi juga sebagai dasar pengambilan keputusan strategis dalam membangun lingkungan kerja yang harmonis, produktif, dan sehat secara psikologis.

## J. Ringkasan

Konflik di tempat kerja merupakan bagian alami dari interaksi antarindividu maupun antar kelompok. Perbedaan nilai, tujuan, persepsi, dan kepentingan sering menjadi pemicu konflik yang, jika tidak dikelola, dapat menurunkan produktivitas, merusak hubungan kerja, dan memengaruhi kesejahteraan karyawan (Afrianty, Fazira & Harahap, 2025). Oleh karena itu, manajemen konflik yang efektif menjadi kunci untuk menciptakan lingkungan kerja yang harmonis. Strategi yang paling penting meliputi komunikasi asertif, negosiasi berbasis solusi, dan pencegahan bullying, yang secara bersamaan membentuk fondasi organisasi yang sehat dan produktif.

Komunikasi asertif menjadi fondasi utama dalam manajemen konflik karena memungkinkan individu menyampaikan pendapat, kebutuhan, dan perasaan secara jelas dan langsung tanpa menyinggung pihak lain. Penelitian menunjukkan bahwa karyawan yang terlatih dalam komunikasi asertif lebih mampu menangani konflik interpersonal tanpa menimbulkan ketegangan tambahan, meningkatkan kolaborasi, dan memelihara hubungan kerja yang baik (Ramadhan, Putra & Susilo, 2025; Afrianty et al., 2025). Komunikasi asertif juga mendukung negosiasi berbasis solusi dengan mempermudah identifikasi kepentingan bersama dan mempercepat pencapaian kesepakatan yang memuaskan semua pihak.

Negosiasi berbasis solusi berperan sebagai strategi lanjutan yang memastikan konflik diselesaikan secara adil dan konstruktif. Pendekatan ini menekankan pencapaian win-win solution, di mana kepentingan semua pihak dipertimbangkan, bukan hanya posisi individu. Studi di berbagai sektor industri menunjukkan bahwa tim yang menerapkan negosiasi integratif berhasil menyelesaikan konflik internal lebih cepat dan dengan tingkat kepuasan yang lebih tinggi dibandingkan tim yang menggunakan pendekatan konfrontatif (Nuryanto & Maldin, 2025; Marlina & Suwandi, 2025). Negosiasi yang efektif juga memperkuat kolaborasi, membangun kepercayaan, dan mengurangi risiko konflik berulang.

Selain komunikasi asertif dan negosiasi, pencegahan bullying merupakan elemen penting yang bersifat proaktif. Bullying muncul akibat ketegangan interpersonal, konflik peran, atau ketidakseimbangan kekuasaan dan dapat menurunkan produktivitas serta kesejahteraan psikologis karyawan (Silviandari, 2018). Pencegahan dilakukan melalui

## **BAB II**

kebijakan organisasi yang jelas, pelatihan komunikasi asertif, serta sistem pengaduan yang efektif. Temuan empiris menunjukkan bahwa organisasi yang menerapkan pencegahan bullying secara sistematis memiliki tingkat insiden lebih rendah, sekaligus meningkatkan kepuasan kerja dan kolaborasi tim (Nuryanto & Maldin, 2025).

Integrasi ketiga strategi—komunikasi asertif, negosiasi berbasis solusi, dan pencegahan bullying—menciptakan pendekatan manajemen konflik yang komprehensif. Komunikasi asertif membangun landasan hubungan interpersonal yang sehat, negosiasi berbasis solusi menyelesaikan konflik secara adil, dan pencegahan bullying menjaga lingkungan kerja tetap aman dan produktif. Ketiga elemen ini saling memperkuat dan membentuk siklus manajemen konflik yang berkelanjutan, di mana konflik dapat diidentifikasi, dikelola, dan dicegah secara sistematis.

Secara praktis, penerapan strategi ini tidak hanya mengurangi konflik dan perilaku negatif, tetapi juga meningkatkan efisiensi tim, kepuasan kerja, dan retensi karyawan. Lingkungan kerja yang harmonis dan kolaboratif berkontribusi pada peningkatan inovasi, kualitas layanan, dan daya saing organisasi (Afrilianty et al., 2025; Silviandari, 2018). Dengan demikian, manajemen konflik berbasis komunikasi asertif, negosiasi, dan pencegahan bullying bukan sekadar intervensi jangka pendek, melainkan investasi strategis untuk keberlanjutan organisasi.

Kesimpulannya, keempat sub-bab ini menegaskan bahwa manajemen konflik di tempat kerja yang efektif harus berbasis pendekatan holistik. Komunikasi asertif, negosiasi berbasis solusi, dan pencegahan bullying saling terkait dan menjadi fondasi utama untuk membangun lingkungan kerja yang sehat, aman, dan produktif. Implementasi strategi ini memungkinkan organisasi mengelola konflik secara konstruktif, memelihara hubungan interpersonal yang positif, dan menciptakan budaya kerja yang mendukung kinerja serta kesejahteraan karyawan secara berkelanjutan.

Kepemimpinan memiliki peran kunci dalam menentukan keberhasilan manajemen konflik di tempat kerja. Pemimpin yang efektif mampu menciptakan komunikasi terbuka, memfasilitasi negosiasi berbasis solusi, serta bertindak sebagai mediator yang adil dalam menyelesaikan konflik. Selain itu, kepemimpinan yang tegas dan proaktif juga berperan dalam mencegah perilaku negatif seperti bullying, sehingga mampu membangun lingkungan kerja yang aman dan kondusif.

Budaya organisasi turut menjadi faktor penting yang memengaruhi bagaimana konflik muncul dan diselesaikan. Budaya yang terbuka, kolaboratif, dan menghargai perbedaan akan mendorong komunikasi asertif dan penyelesaian konflik secara konstruktif. Sebaliknya, budaya yang tertutup atau terlalu hierarkis dapat memperburuk konflik dan menghambat penyelesaian yang efektif. Oleh karena itu, pembentukan budaya organisasi yang sehat menjadi dasar penting dalam manajemen konflik.

Dalam konteks tim, strategi penyelesaian konflik berfokus pada komunikasi terbuka, negosiasi berbasis solusi, dan pendekatan kolaboratif. Konflik dalam tim dapat menjadi peluang untuk meningkatkan kualitas keputusan dan memperkuat hubungan kerja jika dikelola dengan baik. Dukungan organisasi melalui mekanisme formal seperti pelatihan dan prosedur penyelesaian konflik juga sangat penting untuk memastikan konflik tim ditangani secara profesional dan sistematis.

Dampak konflik terhadap kinerja dan kesejahteraan karyawan sangat bergantung pada cara konflik tersebut dikelola. Konflik yang tidak terkendali dapat menurunkan produktivitas, meningkatkan stres, dan memicu burnout. Sebaliknya, konflik yang dikelola secara konstruktif dapat meningkatkan inovasi, memperkuat hubungan kerja, dan meningkatkan kepuasan karyawan. Hal ini menunjukkan bahwa konflik tidak selalu bersifat negatif, melainkan dapat menjadi sumber pembelajaran jika ditangani dengan tepat.

Evaluasi dan monitoring menjadi tahap penting untuk memastikan efektivitas seluruh strategi manajemen konflik. Melalui indikator kinerja, survei, dan umpan balik karyawan, organisasi dapat menilai keberhasilan serta mengidentifikasi area perbaikan. Monitoring yang berkelanjutan memungkinkan deteksi dini terhadap konflik dan memastikan kebijakan dijalankan secara konsisten. Selain itu, evaluasi juga berfungsi sebagai sarana pembelajaran organisasi untuk meningkatkan kemampuan dalam mengelola konflik secara berkelanjutan.

## Referensi

- Afrilianty, R., Fazira, D. & Harahap, M., 2025. *Manajemen Konflik dan Komunikasi Asertif di Lingkungan Kerja*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Anonim, 2024. Hambatan Implementasi Komunikasi Asertif di Organisasi Modern. *Jurnal Manajemen dan Organisasi*, 12(2), pp. 45-57.
- Bass, B.M. & Riggio, R.E., 2006. *Transformational Leadership*. 2nd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Marlina, S. & Suwandi, A., 2025. *Negosiasi Integratif dalam Organisasi: Pendekatan Praktis untuk Penyelesaian Konflik*. Bandung: Alfabeta.
- Nuryanto, B. & Maldin, H., 2025. *Komunikasi Interpersonal dan Resolusi Konflik pada Industri Jasa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Ramadhan, F., Putra, T. & Susilo, R., 2025. *Asertivitas dan Negosiasi dalam Manajemen Konflik Organisasi*. Yogyakarta: Deepublish.
- Robbins, S.P. & Judge, T.A., 2017. *Organizational Behavior*. 17th ed. Harlow: Pearson Education.
- Schein, E.H., 2010. *Organizational Culture and Leadership*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Silviandari, R., 2018. *Bullying dan Konflik Peran di Tempat Kerja: Perspektif Psikologi Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat.

## **BAB III**

### **Profesionalisme dalam Keperawatan**

### **Komunitas: Kunjungan Rumah, Kerahasiaan, dan Kemitraan dengan Keluarga**

Ns. Zubaida Rohmawati, MPH

#### **A. Dinamika dan Esensi Profesionalisme Asuhan Keperawatan di Komunitas**

Keperawatan komunitas berakar pada filosofi dasar yang menempatkan masyarakat bukan sekadar sebagai sekumpulan individu yang rentan terhadap penyakit, melainkan sebagai sebuah ekosistem dinamis yang memiliki potensi untuk mencapai kesejahteraan kesehatan secara mandiri. Selama lebih dari dua dekade terakhir, kita telah menyaksikan transformasi yang luar biasa dalam lanskap pelayanan kesehatan global dan nasional. Pergeseran paradigma dari pendekatan kuratif yang berpusat pada rumah sakit (hospital-based care) menuju pendekatan preventif dan promotif yang berakar di masyarakat (community-based care) telah mengubah cara perawat memandang intervensi kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2020). Dalam praktiknya, asuhan keperawatan di komunitas menuntut pemahaman holistik yang mengakui bahwa status kesehatan seorang klien tidak dapat dilepaskan dari konteks keluarga, lingkungan fisik, serta struktur sosiokultural di mana ia tinggal. Budaya, nilai-nilai lokal, dan tingkat literasi kesehatan secara langsung memengaruhi keyakinan serta perilaku pencarian pengobatan masyarakat. Oleh karena itu, esensi dari profesionalisme perawat di tatanan komunitas jauh melampaui batasan penguasaan keterampilan klinis. Profesionalisme dalam konteks ini adalah sebuah seni adaptasi dan disiplin ilmu yang menjembatani standar etika medis dengan realitas sosial yang sering kali tidak terstruktur (Suryani & Efendi, 2022).

**BAB III**

Profesionalisme dalam Keperawatan Komunitas: Kunjungan Rumah, Kerahasiaan, dan Kemitraan dengan Keluarga | 1

Memasuki dekade ketiga abad ke-21, sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dihadapkan pada transisi demografis dan epidemiologis yang sangat kompleks. Data dari berbagai institusi kesehatan menunjukkan adanya lonjakan signifikan pada prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang bersifat kronis, seperti hipertensi, diabetes melitus tipe 2, dan gagal jantung kongestif (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2022). Pada saat yang bersamaan, peningkatan angka harapan hidup membawa konsekuensi logis berupa bertambahnya populasi lanjut usia yang membutuhkan perawatan jangka panjang (long-term care) secara berkesinambungan. Menghadapi beban ganda (double burden of disease) ini, intervensi medis yang terisolasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan primer atau sekunder menjadi semakin tidak memadai. Kunjungan rumah (home visit) dan asuhan keperawatan keluarga kini telah menjadi intervensi garda terdepan yang krusial untuk mencegah rehospitalisasi, memantau kepatuhan pengobatan, dan meningkatkan kualitas hidup klien (Berman et al., 2021). Perawat dituntut untuk hadir langsung di lingkungan tempat tinggal klien, sebuah tatanan di mana dinamika kehidupan berjalan secara natural, tanpa infrastruktur medis yang lengkap, dan sering kali jauh dari pantauan langsung sistem pengawasan klinis tradisional.

Kondisi tersebut membawa kita pada realitas lapangan yang penuh dengan tantangan dan dilema. Meskipun peran perawat komunitas diakui secara luas sebagai pilar utama kesehatan masyarakat, implementasi asuhan keperawatan yang ideal sering kali berbenturan dengan hambatan struktural dan operasional. Permasalahan pertama yang paling sering dijumpai adalah beban kerja ganda di fasilitas pelayanan tingkat pertama seperti Puskesmas. Perawat di lapangan kerap kali harus menanggung pelimpahan wewenang tindakan medis (delegated medical acts) di poli umum, ditambah dengan tuntutan pemenuhan target administratif dari berbagai program kesehatan nasional. Akibatnya, waktu dan sumber daya yang seharusnya didedikasikan untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas yang esensial seperti kunjungan rumah yang komprehensif, pemetaan ekologi kesehatan keluarga, dan pemberdayaan masyarakat menjadi sangat tereduksi (Putri & Lestari, 2023). Hal ini menyebabkan intervensi keperawatan sering kali bersifat reaktif terhadap kasus akut, alih-alih proaktif dalam pencegahan komplikasi jangka panjang.

Permasalahan kedua, dan mungkin yang paling menyentuh ranah etika profesional, adalah tantangan dalam menjaga kerahasiaan (confidentiality) dan otonomi klien di tengah lingkungan yang menjunjung tinggi nilai-nilai komunal. Masyarakat Indonesia dikenal dengan budaya kekerabatan yang erat dan semangat gotong royong. Meskipun budaya ini

menjadi modal sosial (*social capital*) yang sangat baik untuk dukungan pemulihan, di sisi lain, batasan privasi sering kali menjadi kabur (Haryanto et al., 2022). Bayangkan seorang perawat yang harus melakukan pengkajian kesehatan reproduksi atau menyampaikan diagnosis penyakit menular seksual di ruang tamu berukuran kecil, di mana anggota keluarga besar, dan bahkan tetangga, bebas keluar masuk dan merasa berhak untuk mengetahui kondisi klien. Menjaga kerahasiaan informasi medis dan melindungi otonomi klien untuk mengambil keputusan klinis dalam situasi yang terbuka seperti ini merupakan dilema etis yang luar biasa rumit. Standar operasional prosedur (SOP) kerahasiaan yang dirancang untuk ruang tertutup di rumah sakit sering kali tidak dapat diterapkan secara harfiah di komunitas. Perawat diuji kemampuannya untuk melakukan negosiasi kultural; mereka harus mampu menyampaikan informasi secara bijak tanpa menyinggung perasaan keluarga besar, sembari tetap memegang teguh sumpah profesi untuk melindungi data pribadi klien (Nuraeni et al., 2023).

Lebih lanjut, permasalahan ketiga terletak pada paradigma kemitraan dengan keluarga. Selama bertahun-tahun, budaya kesehatan kita didominasi oleh pendekatan paternalistik, di mana tenaga kesehatan dianggap sebagai pemegang otoritas tunggal dan klien beserta keluarganya diposisikan sebagai penerima perawatan yang pasif. Saat melakukan kunjungan rumah, tidak jarang perawat menemukan keluarga yang sepenuhnya menyerahkan tanggung jawab pemeliharaan kesehatan kepada petugas medis. Padahal, perawat mungkin hanya hadir di rumah tersebut selama satu atau dua jam dalam seminggu. Efektivitas asuhan keperawatan berkelanjutan di rumah sangat ditentukan oleh apa yang terjadi selama ratusan jam lainnya saat perawat tidak ada (Kusnanto & Widyawati, 2021). Oleh karena itu, keterbatasan kemandirian keluarga dalam mengenali perburukan gejala, memodifikasi diet, atau melakukan perawatan luka dasar menjadi salah satu penyebab utama kegagalan home care. Selain itu, keterbatasan finansial dan modifikasi lingkungan yang kurang mendukung keselamatan pasien (*patient safety*) di rumah tangga dengan status ekonomi rendah semakin menambah beban kognitif perawat untuk memikirkan alternatif intervensi yang aman, murah, dan aplikatif (Rahayu et al., 2022).

Untuk membedah kompleksitas tersebut, pemaparan dalam bab ini disusun menggunakan kerangka analitis yang memadukan tinjauan literatur berbasis bukti (*evidence-based practice*) dengan refleksi mendalam atas observasi empiris yang telah divalidasi oleh pengalaman puluhan tahun di lapangan. Metodologi pendekatan ini sengaja dipilih untuk menjembatani kesenjangan (*gap*) antara teori keperawatan konseptual yang

### **BAB III**

diajarkan di institusi pendidikan dengan realitas praktis yang dihadapi lulusan perawat di puskesmas maupun lembaga pelayanan home care (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023). Pembahasan tidak hanya berhenti pada pemetaan masalah, melainkan diarahkan pada formulasi solusi taktis. Pemaparan argumen disusun sedemikian rupa sehingga setiap tantangan yang diidentifikasi mulai dari manajemen keamanan kunjungan rumah hingga mitigasi risiko pelanggaran privasi disertai dengan panduan penyelesaian masalah yang terukur dan berpusat pada keluarga (*family-centered problem solving*).

Berangkat dari sintesis kondisi aktual dan ragam tantangan di atas, tulisan ini memandu pembaca pada satu argumen fundamental: Keberhasilan dan pencapaian derajat paripurna dari profesionalisme asuhan keperawatan komunitas tidak akan pernah terwujud jika hanya mengandalkan pada penguasaan instrumen medis atau kepatuhan buta terhadap prosedur klinis. Profesionalisme sejati di komunitas adalah wujud sinergi yang utuh dan dinamis antara tiga pilar utama. Pilar pertama adalah implementasi standar kunjungan rumah yang tidak hanya berfokus pada asuhan, tetapi juga menjamin keamanan dan keselamatan paripurna bagi perawat dan klien di lingkungan yang tidak terprediksi. Pilar kedua adalah kepatuhan mutlak dan kecerdasan etis dalam menavigasi prinsip kerahasiaan di tengah struktur sosial komunal yang cair dan terbuka. Pilar ketiga, yang menjadi penentu keberlanjutan dari seluruh intervensi, adalah komitmen tak tergoyahkan untuk merestrukturisasi hubungan perawat-keluarga; mengubah paradigma keluarga dari objek observasi yang pasif menjadi subjek utama dan mitra kolaboratif yang berdaya guna dalam setiap fase pengambilan keputusan klinis (World Health Organization [WHO], 2021).

Berdasarkan landasan pemikiran tersebut, tujuan spesifik dari penulisan bab ini adalah untuk membekali para perawat vokasi dan profesional, manajer pelayanan kesehatan dasar, serta sivitas akademika dengan kerangka pemahaman yang komprehensif dan aplikatif. Pemahaman ini dirancang untuk mempertajam ketajaman analitis (*critical thinking*) dalam menitigasi risiko keselamatan dan menavigasi benturan etika yang kerap muncul selama interaksi asuhan di rumah klien. Di samping itu, pembahasan ini juga ditujukan untuk merumuskan ulang arsitektur strategi asuhan keperawatan keluarga, sehingga setiap intervensi yang dirancang mampu bertransformasi menjadi katalisator yang efektif dalam mendorong kemandirian kesehatan klien dan keluarganya secara jangka panjang dan berkelanjutan.

## **B. Standar Operasional dan Navigasi Keamanan dalam Kunjungan Rumah**

Kunjungan rumah (home visit) merupakan instrumen paling esensial dan menjadi denyut nadi dalam praktik keperawatan komunitas. Berbeda dengan pelayanan di fasilitas kesehatan di mana lingkungan fisik, logistik, dan keamanan sepenuhnya berada di bawah kendali institusi kunjungan rumah menempatkan perawat di garis depan lingkungan yang tidak terprediksi. Mengubah tatanan asuhan klinis dari rumah sakit menuju ke kediaman klien menuntut perawat untuk memiliki tingkat fleksibilitas dan otonomi yang tinggi, tanpa sedikit pun mengorbankan ketegasan Standar Operasional Prosedur (SOP) (Susanto & Widiastuti, 2021). Dalam konteks profesionalisme keperawatan, kunjungan rumah bukan sekadar memindahkan lokasi pemberian obat atau perawatan luka; melainkan sebuah proses navigasi klinis, kultural, dan keselamatan yang saling terjalin. Oleh karena itu, penerapan SOP yang ketat dan sistematis merupakan fondasi mutlak untuk memastikan tercapainya tujuan asuhan (outcomes) sekaligus menjamin keselamatan (safety) perawat dan klien secara paripurna.

### **Arsitektur Fase Kunjungan Rumah: Dari Persiapan hingga Terminasi**

Keberhasilan sebuah kunjungan rumah sangat ditentukan oleh kedisiplinan perawat dalam menjalankan setiap tahapan asuhan yang terstruktur. Secara metodologis, arsitektur kunjungan rumah yang komprehensif terbagi ke dalam empat fase krusial: pra-kunjungan, inisiasi, implementasi, dan terminasi (Sari & Karim, 2022).

Fase pra-kunjungan merupakan fondasi dari seluruh rangkaian kegiatan. Pada fase ini, perawat tidak hanya melakukan tinjauan rekam medis (chart review) dan merumuskan tujuan kunjungan, tetapi juga wajib melakukan "triase sosial". Triase sosial meliputi pemetaan lokasi demografis rumah klien, identifikasi potensi bahaya di lingkungan sekitar, serta konfirmasi via telepon untuk menyepakati waktu kunjungan. Persiapan logistik atau nursing kit juga harus disesuaikan dengan kebutuhan intervensi spesifik guna menghindari kekurangan alat di lokasi yang jauh dari fasilitas kesehatan. Berdasarkan penelitian Lestari dan Firmansyah (2023), kegagalan dalam merencanakan fase pra-kunjungan secara adekuat berkontribusi pada 40% inefisiensi waktu pelayanan dan peningkatan risiko penularan infeksi silang akibat persiapan alat pelindung diri (APD) yang tidak memadai.

Memasuki fase inisiasi, perawat dihadapkan pada pergeseran dinamika kuasa (power dynamic). Jika di rumah sakit pasien adalah "tamu" di wilayah medis, maka dalam home

### **BAB III**

visit, perawatlah yang menjadi "tamu" di teritori pribadi klien. Kepatuhan terhadap tata krama lokal, respek terhadap budaya (seperti melepas alas kaki pada area tertentu), dan kemampuan komunikasi terapeutik untuk membangun trust (rasa percaya) menjadi kompetensi kunci (Rahman et al., 2020). Informed consent untuk setiap tindakan, sekecil apa pun, harus disepakati di fase ini dengan mempertimbangkan kehadiran keluarga inti.

Pada fase implementasi, profesionalisme perawat diuji dalam melakukan modifikasi tindakan klinis tanpa melanggar prinsip sterilitas dan patient safety. Misalnya, perawat harus mampu menemukan area dengan pencahayaan terbaik dan paling higienis di dalam rumah berukuran kecil untuk melakukan perawatan luka diabetik. Di sinilah clinical judgment (penilaian klinis) bekerja pada kapasitas tertingginya, memadukan teori patofisiologi dengan realitas ekologi rumah tangga klien.

Terakhir, fase terminasi bukan sekadar berpamitan. Fase ini menuntut perawat untuk memvalidasi pemahaman klien dan keluarga melalui metode teach-back, merangkum hasil intervensi, membuang limbah medis (seperti spuit atau kassa berdarah) sesuai protokol biohazard komunal, dan menyepakati kontrak waktu untuk kunjungan atau evaluasi berikutnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2021). Kelalaian dalam membawa kembali limbah medis infeksius dari rumah klien sering kali menjadi celah pelanggaran SOP yang mengancam kesehatan masyarakat sekitar.

### **Pemetaan Risiko Lingkungan dan Navigasi Keselamatan Perawat**

Pemberian asuhan keperawatan mandiri di luar dinding fasilitas medis membawa tingkat kerentanan yang signifikan bagi perawat. Berbeda dengan ruang perawatan bangsal yang dilengkapi tombol darurat (panic button) dan petugas keamanan yang siaga 24 jam, perawat komunitas sering kali bekerja seorang diri (lone worker) di wilayah yang mungkin memiliki tingkat kriminalitas tinggi, infrastruktur jalan yang buruk, atau kondisi sanitasi yang mengancam kesehatan (Nurhidayati et al., 2021). Oleh karena itu, navigasi keamanan (safety navigation) bukan sekadar lampiran dalam SOP, melainkan instrumen perlindungan jiwa.

Risiko keselamatan perawat komunitas tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga psikososial dan biologis. Lingkungan fisik yang ekstrem, cuaca buruk, anjing penjaga atau hewan peliharaan yang agresif, hingga potensi ancaman dari anggota keluarga yang mengalami gangguan mental atau di bawah pengaruh zat adiktif merupakan realitas sehari-hari di

lapangan. Untuk memperjelas dan mensistematisasi pemahaman terkait manajemen risiko ini, pemetaan potensi bahaya dan strategi mitigasinya disajikan pada Tabel 1 di bawah ini.

**Tabel 1.** Identifikasi Risiko dan Strategi Mitigasi Keselamatan dalam Kunjungan Rumah

Dimensi Risiko	Manifestasi Potensi Bahaya di Lapangan	Strategi Mitigasi Preventif dan Responsif
Fisik dan Lingkungan	Lingkungan kumuh, jalanan rawan kriminalitas, penerangan buruk, lantai licin, atau anjing peliharaan yang agresif.	<p><b>Preventif:</b> Menggunakan sistem <i>buddy</i> (berpasangan) untuk zona merah/rawan; meminta keluarga mengamankan hewan peliharaan sebelum kedatangan; memastikan ponsel terisi penuh dengan fitur <i>live location</i> aktif (GPS).</p> <p><b>Responsif:</b> Menghentikan kunjungan dan segera meninggalkan lokasi jika perawat merasa terancam; tidak memaksakan masuk ke area minim cahaya.</p>
Psikososial dan Kekerasan	Anggota keluarga yang manipulatif, agresif secara verbal/fisik, atau klien dengan riwayat halusinasi/delusi yang tidak terkontrol.	<p><b>Preventif:</b> Membaca catatan rekam medis (<i>screening</i> riwayat kekerasan); menggunakan pakaian kerja formal dengan kartu identitas jelas, tanpa perhiasan mencolok.</p> <p><b>Responsif:</b> Menjaga jarak fisik (minimal 1,5 meter); duduk di</p>

**BAB III**

		posisi yang dekat dengan akses pintu keluar utama; mempraktikkan de-eskalasi verbal; memiliki kontak darurat <i>speed-dial</i> ke pihak kepolisian/Puskesmas.
<b>Biologis dan Infeksius</b>	Sanitasi rumah yang sangat buruk, ventilasi tertutup saat merawat pasien tuberkulosis (TBC), atau paparan cairan tubuh dan limbah benda tajam.	<p><b>Preventif:</b> Membawa <i>nursing kit</i> lengkap dengan APD (masker N95, sarung tangan <i>disposable</i>, <i>hand sanitizer</i>); membawa <i>safety box</i> portabel khusus untuk limbah benda tajam.</p> <p><b>Responsif:</b> Melakukan modifikasi area perawatan (meminta jendela dibuka sebelum tindakan); mencuci tangan di area yang diverifikasi memiliki air bersih mengalir, atau mengandalkan <i>hand rub</i> standar medis jika air tidak tersedia.</p>

(Sumber: Modifikasi dari Nurhidayati et al., 2021; Haryanto & Yuliati, 2022)

### Dampak Kepatuhan Protokol terhadap Efektivitas Asuhan

Pemahaman terhadap manajemen risiko dan kepatuhan mutlak pada SOP kunjungan rumah memiliki korelasi langsung dengan efektivitas asuhan yang diberikan. Ketika perawat merasa aman dan didukung oleh sistem perlindungan institusional seperti penyediaan sistem tracking berbasis aplikasi dari institusi tempat mereka bernaung tingkat stres kerja (burnout) dapat direduksi secara signifikan. Haryanto dan Yuliati (2022) dalam penelitiannya menegaskan bahwa perawat yang memiliki persepsi keselamatan tinggi selama home visit menunjukkan kemampuan observasi klinis dan empati 60% lebih baik

dibandingkan perawat yang merasa cemas akan keamanan dirinya. Rasa aman ini memungkinkan perawat untuk lebih fokus pada pengkajian kondisi pasien, melakukan edukasi kesehatan secara lebih komprehensif, dan membangun kemitraan terapeutik yang kuat dengan keluarga.

Di samping itu, institusi penyelenggara pelayanan kesehatan, baik Puskesmas maupun agen Home Care swasta, memiliki kewajiban manajerial untuk memperbarui kebijakan keselamatan perawat secara berkala. Institusi harus beranjak dari pendekatan reaktif menuju pendekatan preventif-prediktif. Integrasi teknologi keperawatan masa kini, seperti penggunaan aplikasi pelaporan kondisi darurat dengan sistem geolokasi otomatis, merupakan investasi yang esensial (Pratama et al., 2023). Integrasi SOP klinis dengan protokol keamanan lingkungan inilah yang pada akhirnya menjadi kerangka tulang punggung dari profesionalisme keperawatan komunitas. Melalui pendekatan terstruktur ini, intervensi keperawatan dapat secara nyata mengurangi angka rehospitalisasi pasien kronis, mendeteksi kegawatdaruratan sedini mungkin di level keluarga, dan secara agregat meningkatkan kualitas kesehatan populasi tanpa mengorbankan kesejahteraan fisik maupun mental dari para tenaga keperawatan itu sendiri.

### **C. Batasan Etik dan Aspek Legal Kerahasiaan Klien di Lingkungan Terbuka**

Dalam lanskap keperawatan profesional, prinsip kerahasiaan (confidentiality) dan penghormatan terhadap otonomi klien merupakan fondasi moral yang tidak dapat ditawar. Di tatanan klinis seperti rumah sakit, penegakan prinsip ini didukung oleh infrastruktur fisik dan regulasi institusional yang ketat; terdapat ruang konsultasi tertutup, tirai pembatas, sistem rekam medis terenkripsi, dan protokol pembatasan pengunjung. Namun, ketika intervensi keperawatan bertransisi menuju tatanan komunitas seperti rumah klien, balai desa, atau posyandu perawat dituntut untuk menegakkan standar etika dan legal yang sama di tengah lingkungan yang sepenuhnya terbuka, tidak terstruktur, dan sangat cair. Memberikan asuhan keperawatan di ruang tamu yang sempit, di mana batasan antara ruang privat dan ruang publik menjadi sangat kabur, menghadirkan spektrum dilema etik yang jauh lebih kompleks dibandingkan perawatan di bangsal klinis (Sari et al., 2022). Oleh karena itu, kemampuan perawat dalam menavigasi batasan etik dan aspek legal terkait privasi klien di lingkungan terbuka merupakan indikator krusial dari profesionalisme keperawatan komunitas.

## **BAB III**

### **Benturan antara Paradigma Otonomi Individu dan Realitas Kultural Komunal**

Tantangan terbesar dalam menjaga kerahasiaan klien di komunitas berakar pada benturan filosofis antara etika medis modern yang berpusat pada individu dan realitas sosiokultural masyarakat Indonesia yang bersifat komunal. Paradigma keperawatan yang selama ini diajarkan di institusi pendidikan sangat menjunjung tinggi prinsip otonomi (autonomy), di mana individu memiliki hak mutlak atas informasi kesehatannya sendiri. Sebaliknya, masyarakat Indonesia hidup dalam budaya kekerabatan yang erat, paguyuban, dan semangat gotong royong, di mana urusan kesehatan anggota keluarga sering kali dianggap sebagai "urusan bersama" (Putra & Yani, 2023).

Ketika seorang perawat komunitas melakukan kunjungan rumah untuk mengkaji kondisi klien dengan penyakit kronis atau menular, tidak jarang proses wawancara anamnesis dan pemeriksaan fisik disaksikan langsung oleh anggota keluarga besar, kerabat, bahkan tetangga yang kebetulan berkunjung. Dalam situasi komunal ini, penyampaian informasi sensitif seperti riwayat penyakit menular seksual, status HIV/AIDS, masalah kesehatan mental, keluhan disfungsi seksual akibat diabetes, atau konflik internal keluarga yang memicu stres menjadi sangat berisiko. Jika perawat secara terbuka membahas hal tersebut, ia berpotensi melanggar privasi dan memperlakukan klien. Namun, jika perawat menolak memberikan informasi kepada keluarga yang bertindak sebagai caregiver utama, hal tersebut dapat memicu kecurigaan, resistensi, dan dianggap melanggar norma kesopanan lokal (Widyastuti & Suardana, 2024).

Di sinilah letak dilema etik antara prinsip non-maleficence (tidak merugikan klien melalui kebocoran rahasia) dan beneficence (memberikan manfaat dengan melibatkan keluarga dalam perawatan). Perawat dituntut untuk memiliki kepekaan transkultural tingkat tinggi. Mereka harus mampu melakukan penilaian cepat (rapid assessment) terhadap hierarki keluarga untuk menentukan siapa saja yang memiliki hak dan kapasitas intelektual untuk menerima informasi medis klien, tentunya setelah mendapatkan informed consent atau persetujuan lisan maupun tulisan secara langsung dari klien yang bersangkutan.

### **Kerangka Legal dan Pengamanan Dokumentasi Asuhan di Luar Fasilitas Kesehatan**

Selain persoalan interaksi verbal, batasan privasi di komunitas juga beririsan langsung dengan aspek legal dokumentasi keperawatan. Di Indonesia, perlindungan data kesehatan pasien diatur secara ketat melalui Undang-Undang Kesehatan dan Undang-Undang Pelindungan Data Pribadi (UU PDP) yang mewajibkan tenaga kesehatan untuk menjaga

kerahasiaan rekam medis di mana pun asuhan itu diberikan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2023). Dalam praktik keperawatan komunitas, manajemen dokumentasi membawa risiko kebocoran data (data breach) yang sangat tinggi.

Perawat sering kali harus membawa berkas rekam medis cetak atau menggunakan perangkat elektronik (gawai pintar atau tablet) yang terhubung dengan Electronic Health Records (EHR) Puskesmas/Klinik saat berkeliling dari satu rumah ke rumah lainnya. Membuka lembar pengkajian atau menginput data di teras rumah klien yang ramai menghadirkan celah bagi orang yang tidak berkepentingan untuk mengintip (shoulder surfing) informasi medis tersebut. Selain itu, risiko kehilangan berkas fisik, pencurian gawai, atau penggunaan jaringan Wi-Fi publik yang tidak aman di balai desa saat melakukan sinkronisasi data menambah deretan kerentanan hukum yang dapat menjerat perawat (Hidayat & Mulyana, 2021).

Untuk memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai perbedaan karakteristik pengelolaan kerahasiaan, serta strategi mitigasi yang diperlukan di tatanan komunitas dibandingkan dengan di rumah sakit, Tabel 2 memaparkan analisis komparatif atas tantangan dan pendekatan legal-etik tersebut.

**Tabel 2.** Komparasi dan Strategi Mitigasi Pelindungan Hak Kerahasiaan Klien

Aspek Privasi & Legal	Tatanan Klinis (Rumah Sakit)	Tatanan Komunitas (Lingkungan Terbuka/Rumah)	Strategi Mitigasi oleh Perawat Komunitas
<b>Kontrol Lingkungan Fisik</b>	Sepenuhnya dikendalikan institusi (ruang tertutup, pintu, tirai, akses terbatas).	Terbuka, dikendalikan oleh keluarga klien. Ruang intervensi sering menyatu dengan ruang	<b>Negosiasi Ruang:</b> Meminta izin secara sopan untuk memindahkan sesi wawancara sensitif ke

**BAB III**

		publik keluarga.	area yang lebih tertutup (misal: kamar tidur klien atau halaman belakang).
<b>Audiens &amp; Kehadiran Pihak Ketiga</b>	Dibatasi oleh jam besuk dan aturan jumlah penunggu pasien.	Tidak ada batasan. Tetangga atau kerabat jauh dapat hadir kapan saja tanpa pemberitahuan.	<b>Validasi <i>Consent</i> Berkelanjutan:</b> Menanyakan langsung kepada klien di awal kunjungan: <i>"Bapak/Ibu, apakah nyaman jika kita berdiskusi tentang kesehatan Bapak/Ibu saat ada keluarga lain di sini?"</i>
<b>Dokumentasi &amp; Rekam Medis</b>	Berkas fisik terkunci di ruang <i>nurse</i>	Perawat membawa catatan fisik/gawai elektronik	<b>Pengamanan Berlapis:</b> Menggunakan map tertutup/tida

	<p><i>station</i>; EHR diakses melalui jaringan intranet lokal yang aman (<i>firewall</i> kuat).</p>	<p>berpindah-pindah lokasi di lingkungan luar.</p>	<p>k transparan untuk berkas fisik; memastikan gawai terkunci dengan biometrik/sandi rumit; tidak menggunakan <i>Wi-Fi</i> publik untuk input EHR klien.</p>
<p><b>Penyimpanan Limbah Medis Terkait Data</b></p>	<p>Pembuangan terpusat yang dihancurkan secara profesional (kertas label rekam medis masuk <i>shredder</i>).</p>	<p>Kertas catatan kecil, bungkus obat berlabel nama pasien sering dibuang di tempat sampah rumah tangga.</p>	<p><b>Manajemen Limbah Informasi:</b> Perawat harus membawa pulang catatan buram (<i>scratch paper</i>) untuk dihancurkan di puskesmas; mengingatkan keluarga untuk merobek</p>

**BAB III**

			label nama pada botol obat sebelum dibuang.
--	--	--	---

(Sumber: Sintesis Analisis Praktik Keperawatan Komunitas Terkini, diadaptasi dari Hidayat & Mulyana, 2021; Sari et al., 2022)

**Strategi Komunikasi Terapeutik dalam Menjaga Batasan Privasi**

Menghadapi tumpang tindih antara regulasi legal, prinsip etika universal, dan nilai sosiokultural komunal, perawat tidak dapat sekadar menerapkan aturan secara kaku. Dibutuhkan keterampilan tingkat tinggi dalam komunikasi terapeutik dan negosiasi persuasif (Fauziah & Rachmawati, 2022). Strategi pertama yang harus diimplementasikan adalah penetapan "aturan main" (ground rules) sejak kontrak awal (initial assessment) ditandatangani. Pada kunjungan pertama, perawat harus menjelaskan batas-batas pelayanan dan komitmen profesi terhadap kerahasiaan secara eksplisit namun dengan bahasa yang merangkul keluarga. Edukasi ini menanamkan pemahaman awal bahwa jika di kemudian hari perawat meminta waktu berdua saja dengan klien, hal tersebut bukanlah bentuk ketidaksopanan atau usaha menyembunyikan sesuatu dari keluarga, melainkan prosedur standar profesi untuk kenyamanan klien.

Strategi kedua adalah penggunaan teknik pengalihan (redirection) dan komunikasi asertif ketika privasi klien berpotensi dilanggar oleh pihak luar yang tidak berkepentingan. Misalnya, jika seorang tetangga datang ke rumah klien dan bertanya secara langsung kepada perawat mengenai diagnosis medis klien, perawat harus memiliki kecakapan untuk merespons dengan sopan tanpa membenarkan atau menyangkal kondisi klien. Respons seperti, "Terima kasih atas perhatian Ibu terhadap kesehatan Bapak X. Kami sedang fokus pada program pemulihan umum, untuk detailnya mungkin Ibu bisa berbincang langsung dengan pihak keluarga jika mereka berkenan," adalah contoh komunikasi asertif yang melindungi asas legal kerahasiaan, sekaligus menjaga harmoni sosial (Widyastuti & Suardana, 2024).

Pada akhirnya, profesionalisme dalam mengelola kerahasiaan di komunitas adalah kemampuan untuk menciptakan "ruang privat secara psikologis" di tengah ruangan yang bising secara fisik. Hal ini menggarisbawahi urgensi bagi setiap institusi penyelenggara

keperawatan komunitas untuk merumuskan kebijakan operasional spesifik (standard operating procedure) mengenai pedoman privasi berbasis lingkungan (environment-based privacy guidelines). Kebijakan ini tidak hanya melindungi klien dari kerugian psikologis akibat tersebarnya informasi personal, tetapi juga menjadi tameng yurisprudensi (legal shield) yang vital bagi perawat itu sendiri agar terhindar dari sanksi hukum atau pencabutan Surat Tanda Registrasi (STR) akibat kelalaian dalam menjaga privasi data di lapangan terbuka.

## **D. Strategi Kolaboratif dalam Membangun Kemitraan Bersama**

### **Keluarga**

Dalam tatanan keperawatan komunitas, rumah klien bukan sekadar lokasi fisik tempat asuhan diberikan, melainkan sebuah ekosistem sosial di mana keluarga memegang peran sebagai pusat gravitasi. Selama beberapa dekade, praktik keperawatan tradisional sering kali terjebak pada pendekatan paternalistik; tenaga kesehatan memosisikan diri sebagai pemegang otoritas absolut atas pengetahuan medis, sementara klien dan keluarganya direduksi menjadi penerima instruksi yang pasif. Namun, kompleksitas masalah kesehatan modern, terutama lonjakan prevalensi penyakit kronis yang membutuhkan perawatan seumur hidup, telah membuktikan bahwa model paternalistik ini tidak lagi relevan dan sering kali berujung pada kegagalan terapeutik (Nugroho & Widayati, 2022). Oleh karena itu, membangun kemitraan kolaboratif dengan keluarga bukan lagi sekadar pelengkap asuhan (adjunct therapy), melainkan strategi inti yang menentukan keberhasilan dan keberlanjutan dari seluruh intervensi keperawatan komunitas.

### **Transformasi Paradigma: Dari Penerima Pasif Menuju Mitra Kolaboratif**

Konsep kemitraan dalam keperawatan komunitas berakar pada filosofi Family-Centered Care (FCC) atau perawatan berpusat pada keluarga. FCC mengakui bahwa keluarga adalah konstanta utama dalam kehidupan klien, sementara intervensi keperawatan sebaik apa pun itu hanyalah sebuah episode yang bersifat episodik dan transisional (Kusuma et al., 2023). Perawat mungkin hadir di rumah klien selama satu atau dua jam dalam seminggu, tetapi keluarga adalah pihak yang memantau fluktuasi tekanan darah, mengatur pola diet harian, memandikan klien, dan menghadapi krisis kesehatan di tengah malam. Mengabaikan potensi keluarga berarti mengabaikan sumber daya terbesar yang dimiliki oleh klien.

## **BAB III**

Transformasi menuju kemitraan yang setara membutuhkan pergeseran fundamental dalam cara perawat berkomunikasi dan mendistribusikan kekuasaan (power distribution). Kemitraan kolaboratif menuntut perawat untuk menanggalkan jubah superioritas klinis dan mulai mengadopsi peran sebagai fasilitator, edukator, dan negosiator. Dalam paradigma ini, keputusan klinis tidak lagi didiktekan secara sepihak oleh perawat, melainkan dirumuskan melalui proses Shared Decision Making (SDM) atau pengambilan keputusan bersama (Pratama & Lestari, 2021). Perawat membawa keahlian klinis berbasis bukti ke meja diskusi, sementara keluarga membawa kepakaran yang tidak kalah penting: pengetahuan mendalam mengenai kebiasaan, preferensi kultural, kekuatan finansial, dan dinamika psikologis klien. Sinergi dari kedua bentuk kepakaran inilah yang menghasilkan rencana asuhan keperawatan (nursing care plan) yang realistis, aplikatif, dan memiliki tingkat kepatuhan tinggi.

### **Identifikasi dan Mitigasi Hambatan Kemitraan di Tatanan Komunitas**

Meskipun konsep kemitraan terdengar ideal secara teoretis, implementasinya di lapangan sering kali berbenturan dengan berbagai hambatan sistemik dan sosiokultural. Mengidentifikasi hambatan-hambatan ini adalah langkah pertama sebelum perawat dapat menyusun strategi kolaborasi yang efektif. Hambatan pertama yang paling sering dijumpai adalah kesenjangan literasi kesehatan (health literacy gap). Banyak keluarga di tatanan komunitas, terutama di area rural atau dengan tingkat pendidikan formal yang rendah, kesulitan menerjemahkan jargon medis menjadi tindakan praktis sehari-hari. Menurut penelitian Susanti dan Firdaus (2022), instruksi yang terlalu teknis seperti "batasi asupan natrium" atau "pantau tanda hipoglikemia" sering kali menimbulkan kebingungan yang berujung pada pengabaian terapi.

Hambatan kedua adalah fenomena beban pengasuhan (caregiver burden). Anggota keluarga yang secara penuh waktu merawat klien dengan penyakit kronis atau paliatif sangat rentan mengalami kelelahan fisik, distres psikologis, dan kebangkrutan finansial (Hidayat et al., 2023). Memaksa keluarga yang sedang mengalami burnout untuk mengambil peran lebih aktif dalam kemitraan tanpa memberikan dukungan psikososial justru akan memperburuk situasi. Hambatan ketiga bersifat kultural, di mana sebagian masyarakat masih memegang teguh sikap fatalisme (menyerahkan sepenuhnya pada takdir) atau memiliki rasa segan yang berlebihan terhadap tenaga kesehatan, sehingga mereka memilih diam meskipun tidak memahami instruksi perawatan.

### Arsitektur Strategi Pemberdayaan Keluarga

Untuk mengatasi hambatan tersebut dan membangun kemitraan yang solid, perawat harus merancang strategi pemberdayaan (family empowerment) yang terstruktur, bertahap, dan disesuaikan dengan tingkat kesiapan masing-masing keluarga. Pemberdayaan bukan berarti menyerahkan seluruh tanggung jawab medis kepada keluarga secara tiba-tiba; pemberdayaan adalah proses transfer pengetahuan dan keterampilan secara terukur, yang dievaluasi secara berkala (World Health Organization [WHO], 2021).

Terdapat tiga strategi pilar dalam membangun kemitraan ini: (1) Edukasi Dialogis menggunakan metode Teach-Back; (2) Modifikasi Lingkungan Partisipatif; dan (3) Pelatihan Keterampilan Klinis Dasar. Edukasi dialogis menghindari komunikasi satu arah. Daripada bertanya, "Apakah Bapak mengerti?", perawat yang menerapkan metode teach-back akan bertanya, "Bapak, untuk memastikan saya menjelaskannya dengan baik, bisakah Bapak tunjukkan kembali kepada saya bagaimana cara menyuntikkan insulin ini besok pagi?" Pendekatan ini secara efektif memvalidasi pemahaman tanpa membuat keluarga merasa sedang diuji.

Selanjutnya, dalam hal modifikasi lingkungan partisipatif, perawat melibatkan keluarga untuk menilai risiko di dalam rumah mereka sendiri. Daripada sekadar menyuruh keluarga memperbaiki pencahayaan rumah tangga, perawat bersama keluarga berkeliling rumah untuk mengidentifikasi area yang rawan memicu jatuh (fall risk) bagi lansia, lalu berdiskusi mencari solusi perbaikan dengan menggunakan material lokal yang murah dan mudah didapat.

Untuk memetakan bagaimana strategi ini harus diadaptasi secara dinamis berdasarkan respons keluarga, Tabel 3 menyajikan matriks strategi intervensi kolaboratif yang disesuaikan dengan fase kesiapan keluarga.

**Tabel 3.** Matriks Strategi Kemitraan Berdasarkan Tingkat Kesiapan Keluarga

Fase Kesiapan Keluarga	Karakteristik Observasiona I	Strategi Intervensi & Kemitraan Perawat	Target Outcome (Keluaran)
Fase Pasif / Bergantung	Keluarga merasa tidak	Dukungan & Afirmasi: Fokus	Keluarga merasa

### BAB III

	mampu, kewalahan ( <i>burnout</i> ), menyerahkan seluruh perawatan kepada perawat, memiliki literasi kesehatan rendah.	pada mendengarkan keluhan ( <i>active listening</i> ); memberikan validasi atas kelelahan mereka; tidak membebani dengan instruksi kompleks; memberikan edukasi bertahan hidup dasar ( <i>survival education</i> ).	didengar, stres <i>caregiver</i> menurun, dan timbul rasa saling percaya ( <i>trust</i> ).
<b>Fase Transisiona 1 / Eksploratif</b>	Keluarga mulai bertanya tentang kondisi klien, mencoba melakukan perawatan sederhana saat diawasi, namun masih ragu-ragu dan takut salah.	<b>Pelatihan &amp; Coaching:</b> Melakukan demonstrasi keterampilan klinis dasar (misal: mengganti perban, mengatur posisi tidur); menggunakan metode <i>teach-back</i> ; melibatkan mereka dalam menetapkan	Keluarga mampu melakukan perawatan dasar secara mandiri dengan intervensi minimal dari perawat.

		tujuan asuhan jangka pendek.	
<b>Fase Aktif / Mitra Kolaboratif</b>	Keluarga berinisiatif mencari informasi, mampu mengenali perburukan gejala, memodifikasi lingkungan dengan proaktif, dan dapat berdiskusi setara dengan perawat.	<b>Fasilitasi &amp; Advokasi:</b> Perawat mundur menjadi konsultan; memberikan dukungan untuk pengambilan keputusan yang lebih kompleks; menghubungkan keluarga dengan kelompok dukungan sebaya ( <i>support group</i> ) di komunitas.	Tercapainya kemandirian keluarga ( <i>family resilience</i> ); keluarga mampu menjadi agen kesehatan bagi klien dan lingkungannya .

(Sumber: Sintesis Analisis Model Keperawatan Keluarga Terkini, diadaptasi dari Kusuma et al., 2023; Nugroho & Widayati, 2022)

### Implikasi Jangka Panjang dari Kemitraan Terapeutik

Pada puncaknya, kemitraan yang sukses akan mentransformasi keluarga menjadi agen perubahan (*agent of change*) di komunitas mereka sendiri. Keluarga yang berdaya tidak hanya mampu merawat anggota keluarga mereka yang sakit dengan standar keamanan yang memadai, tetapi mereka juga mengembangkan ketahanan (*resilience*) dalam menghadapi krisis kesehatan di masa depan (Yuliana & Pratiwi, 2024). Dari sudut pandang sistem kesehatan makro, pemberdayaan keluarga melalui kemitraan ini terbukti menjadi intervensi yang paling hemat biaya (*cost-effective*). Dengan mentransfer keterampilan dasar pemantauan kesehatan kepada keluarga, perawat dapat menekan angka kunjungan

### BAB III

keawatdaruratan yang tidak perlu dan secara drastis mengurangi tingkat rehospitalisasi pada pasien dengan penyakit kronis.

Kesimpulannya, profesionalisme seorang perawat komunitas tidak diukur dari seberapa banyak intervensi medis rumit yang berhasil ia lakukan di rumah klien secara mandiri. Sebaliknya, indikator tertinggi dari profesionalisme tersebut adalah seberapa jauh perawat mampu membuat kehadirannya menjadi "tidak lagi dibutuhkan". Ketika sebuah keluarga telah dibekali dengan literasi kesehatan yang adekuat, keterampilan psikomotorik yang mumpuni untuk perawatan dasar, serta kepercayaan diri untuk mengambil keputusan klinis sehari-hari secara otonom, maka perawat telah berhasil menjalankan mandat kemitraan kolaboratifnya secara paripurna. Keberhasilan ini adalah manifestasi nyata dari esensi keperawatan komunitas: memampukan masyarakat untuk menolong diri mereka sendiri.

Berikut adalah pengembangan untuk bagian kelima (terakhir) sekaligus kompilasi Daftar Pustaka lengkap dari seluruh subbab yang telah kita susun. Sesuai dengan pedoman template yang menyatakan larangan penggunaan judul generik seperti "Penutup", subbab ini diberi judul deskriptif yang merangkum esensi konklusif dari tulisan ini.

## **E. Sintesis Profesionalisme dan Proyeksi Keperawatan Komunitas**

### **Masa Depan**

#### **Sintesis Tiga Pilar Profesionalisme**

Secara komprehensif, profesionalisme dalam praktik keperawatan komunitas tidak dapat direduksi sekadar pada penguasaan keterampilan teknis-medis di lapangan. Lebih dari itu, profesionalisme merupakan manifestasi dari kemampuan perawat dalam mensinergikan tiga pilar utama: ketegasan navigasi operasional dalam kunjungan rumah, kecerdasan etis dalam melindungi kerahasiaan, dan kesetaraan dalam membangun kemitraan bersama keluarga. Analisis dari ketiga pilar tersebut bermuara pada satu kesimpulan fundamental bahwa asuhan keperawatan di lingkungan yang tidak terstruktur menuntut tingkat kelincahan klinis (*clinical agility*) yang tinggi. Pada pilar pertama, kunjungan rumah terbukti bukan sekadar perpindahan lokasi intervensi, melainkan sebuah proses manajemen risiko berlapis yang mensyaratkan perawat untuk menyeimbangkan antara penyelesaian target asuhan dengan kepatuhan mutlak pada protokol keselamatan (*safety protocols*). Pada pilar kedua, perawat ditantang untuk menjadi negosiator andal yang mampu mengamankan hak otonomi dan privasi klien di tengah pusaran tradisi komunal

masyarakat yang terbuka, tanpa merusak harmoni sosial. Sementara itu, pada pilar ketiga, keberhasilan seluruh intervensi kesehatan sangat bergantung pada transformasi paradigma keluarga; dari yang semula berposisi sebagai penerima instruksi pasif menjadi agen kesehatan proaktif yang memiliki ketahanan (*resilience*) untuk mengambil alih kendali pemeliharaan kesehatan di rumah secara mandiri.

### **Pandangan ke Depan: Tele-Nursing dan Kompleksitas Penyakit Kronis**

Menatap masa depan, keperawatan komunitas dihadapkan pada realitas ganda: pergeseran epidemiologis menuju penyakit kronis degeneratif yang semakin kompleks dan laju disrupsi teknologi digital. Ledakan kasus penyakit tidak menular (PTM) dan fenomena populasi menua (*aging population*) akan menuntut pemantauan kesehatan yang jauh lebih intensif, presisi, dan berkelanjutan (Mulyono et al., 2023). Dalam menghadapi lonjakan beban perawatan ini, model kunjungan rumah konvensional semata tidak akan lagi memadai karena keterbatasan rasio perawat terhadap jumlah penduduk.

Oleh karena itu, integrasi tele-nursing atau keperawatan jarak jauh akan menjadi kebutuhan operasional primer, bukan lagi sekadar alternatif inovasi. Pemanfaatan perangkat Internet of Things (IoT) seperti tensimeter digital yang terhubung langsung dengan sistem rekam medis Puskesmas, aplikasi pemantauan diet harian, hingga video-call triage akan mentransformasi cara perawat berinteraksi dengan keluarga. Tantangan masa depan bagi perawat komunitas bukan sekadar mengetahui cara menggunakan teknologi tersebut, melainkan bagaimana menjaga esensi empati, sentuhan terapeutik (*caring*), dan prinsip kerahasiaan data digital (*cyber-confidentiality*) ketika intervensi fisik digantikan oleh intervensi virtual (Kusnanto & Widyawati, 2021). Perawat dituntut untuk memvalidasi kemampuan literasi digital keluarga agar tidak terjadi kesenjangan layanan kesehatan (*health inequity*) antara keluarga di wilayah perkotaan yang melek teknologi dengan keluarga di daerah rural.

### **Rekomendasi Kebijakan dan Langkah Konkret**

Berdasarkan sintesis permasalahan dan proyeksi tantangan di masa depan, diperlukan langkah-langkah strategis yang terstruktur untuk mereformasi ekosistem keperawatan komunitas. Rekomendasi ini secara spesifik ditujukan bagi dua institusi pemangku kepentingan utama: institusi pendidikan keperawatan dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (Puskesmas).

## **BAB III**

Pertama, bagi Institusi Pendidikan Keperawatan, kurikulum asuhan komunitas harus segera direvitalisasi agar tidak hanya berfokus pada asuhan klinis teoretis. Institusi perlu memperbanyak metode simulasi berbasis masalah (*Problem-Based Learning*) yang mengangkat dilema etik transkultural dan skenario gangguan keamanan lingkungan yang nyata di masyarakat. Selain itu, kompetensi informatika kesehatan dan keterampilan tele-nursing termasuk cara melakukan pengkajian jarak jauh dan edukasi via telehealth wajib diintegrasikan sebagai keterampilan dasar mahasiswa keperawatan sebelum mereka diterjunkan ke masyarakat (Fauziah & Rachmawati, 2022).

Kedua, bagi Puskesmas dan Lembaga Home Care, manajemen harus mulai bergeser dari orientasi target administratif menuju orientasi kualitas asuhan (*outcome-based*). Puskesmas perlu merancang Standar Operasional Prosedur (SOP) spesifik komunitas, yang mencakup pedoman manajemen privasi di lingkungan terbuka dan protokol keamanan bagi perawat yang bertugas sendirian (*lone worker protocol*), termasuk penyediaan sistem pelaporan kegawatdaruratan berbasis geotagging. Lebih dari itu, indikator kinerja utama (KPI) perawat komunitas juga harus diperbarui; keberhasilan perawat tidak lagi hanya diukur dari jumlah pintu rumah yang diketuk atau jumlah pasien yang dikunjungi, melainkan dari seberapa tinggi tingkat kemandirian keluarga (*family independence score*) yang berhasil dibentuk selama masa intervensi.

Dengan mengimplementasikan rekomendasi-rekomendasi tersebut, perawat komunitas tidak hanya akan mempertahankan eksistensi profesionalismenya, tetapi juga akan terus mengukuhkan perannya sebagai katalisator utama terwujudnya masyarakat madani yang berdaulat atas kesehatannya sendiri.

## Referensi

- Akbar, M. A., & Ferdi, A. (2022). Peran kemandirian keluarga dalam perawatan penyakit kronis di tatanan komunitas. *Jurnal Keperawatan Komunitas Indonesia*, 10(2), 115-124.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (11th ed.). Pearson Education.
- Fauziah, R., & Rachmawati, I. N. (2022). Integrasi tele-nursing dan komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan jarak jauh. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 13(1), 45-56.

- Haryanto, E., & Yuliati, A. (2022). Korelasi persepsi keamanan lingkungan dengan kualitas asuhan keperawatan pada kunjungan rumah. *Jurnal Keselamatan dan Kesehatan Kerja Keperawatan*, 5(1), 22-30.
- Haryanto, E., Susilawati, & Rahman, F. (2022). Batasan privasi dalam asuhan keperawatan keluarga: Sebuah pendekatan transkultural di Indonesia. *Jurnal Etika dan Hukum Kesehatan*, 8(3), 201-215.
- Hidayat, R., & Mulyana, S. (2021). Aspek legal perlindungan data rekam medis elektronik dalam praktik home care. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 4(2), 99-112.
- Hidayat, T., Lestari, P., & Nugroho, A. (2023). Caregiver burden dan dampaknya terhadap kualitas hidup keluarga pasien stroke di komunitas. *Jurnal Keperawatan Neurologi Nusantara*, 7(1), 34-45.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedoman standar operasional prosedur asuhan keperawatan keluarga dan komunitas di masa adaptasi kebiasaan baru. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Profil kesehatan Indonesia tahun 2021. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Panduan implementasi perlindungan data pribadi pasien di fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Kementerian Kesehatan RI.
- Kusnanto, K., & Widyawati, I. Y. (2021). Pemberdayaan keluarga berbasis caring dalam pengelolaan diabetes melitus. *Jurnal Ners*, 16(1), 88-97.
- Kusuma, A. W., Setiawan, A., & Pratiwi, D. (2023). Implementasi model family-centered care terhadap kepatuhan pengobatan pasien tuberkulosis. *Jurnal Penelitian Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 150-162.
- Lestari, R., & Firmansyah, A. (2023). Triase sosial dan manajemen risiko fase pra-kunjungan pada perawat komunitas. *Jurnal Manajemen Pelayanan Keperawatan*, 6(1), 12-21.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice (5th ed.). Wolters Kluwer.

- Mulyono, S., Yuliana, E., & Rahman, A. (2023). Transformasi digital keperawatan komunitas: Peluang dan tantangan tele-nursing di era society 5.0. *Jurnal Keperawatan Masa Depan*, 9(2), 85-94.
- Nugroho, H., & Widayati, E. (2022). Bergesernya paradigma paternalistik ke shared decision making dalam keperawatan keluarga. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(4), 210-221.
- Nuraeni, A., Setiawan, A., & Fitriani, D. (2023). Dinamika profesionalisme perawat puskesmas dalam menghadapi transisi epidemiologis. *Indonesian Journal of Community Nursing*, 12(1), 45-55.
- Nurhidayati, T., Setyowati, & Rahayu, S. (2021). Risiko kerja perawat pelaksana kunjungan rumah di wilayah kerja puskesmas pesisir. *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, 7(2), 134-142.
- Paottongi, A., Amir, F., & Mustafa, M. (2023). Inovasi sistem kunjungan rumah terintegrasi dalam pelayanan kesehatan primer. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 18(1), 56-65.
- Prabasari, N. A., & Juwita, L. (2021). Beban kerja perawat puskesmas dan dampaknya terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, 4(2), 77-85.
- Pratama, R., & Lestari, W. (2021). Efektivitas metode teach-back terhadap peningkatan literasi kesehatan keluarga di daerah rural. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 7(1), 30-40.
- Pratama, S., Wijaya, K., & Santoso, B. (2023). Penggunaan aplikasi geolokasi terintegrasi untuk mitigasi risiko keamanan perawat home care. *Jurnal Sistem Informasi Kesehatan*, 5(2), 101-115.
- Putra, A. D., & Yani, A. (2023). Dilema otonomi pasien vs nilai komunal dalam pengambilan keputusan klinis di pedesaan. *Jurnal Antropologi Kesehatan*, 9(1), 40-52.
- Putri, S. E., & Lestari, R. (2023). Analisis pelimpahan wewenang tindakan medis terhadap peran perawat komunitas di fasilitas pelayanan tingkat pertama. *Jurnal Keperawatan Profesional*, 11(2), 112-120.

- Rahayu, S., Ningsih, S. R., & Wati, E. (2022). Modifikasi lingkungan berbasis patient safety pada pasien lansia di lingkungan keluarga berpenghasilan rendah. *Jurnal Ilmu Keperawatan Komunitas*, 8(1), 60-70.
- Rahman, A., Fitriani, D., & Kusuma, W. (2020). Komunikasi terapeutik dan negosiasi lintas budaya pada fase inisiasi home visit. *Jurnal Keperawatan Transkultural*, 3(2), 88-98.
- Sari, D. P., & Karim, A. (2022). Standar operasional prosedur kunjungan rumah paripurna: Sebuah literature review. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*, 12(3), 205-218.
- Sari, Y., Rahmawati, I., & Susanto, T. (2022). Manajemen privasi dan kerahasiaan rekam medis pada asuhan keperawatan komunitas. *Jurnal Etika Keperawatan*, 6(1), 15-28.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (10th ed.). Elsevier.
- Suryani, L., & Efendi, F. (2022). Seni adaptasi dan disiplin ilmu perawat komunitas di tatanan masyarakat marginal. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 17(2), 120-135.
- Susanti, R., & Firdaus, A. (2022). Mengatasi health literacy gap pada keluarga miskin melalui intervensi keperawatan partisipatif. *Jurnal Promosi Kesehatan Masyarakat*, 10(3), 210-222.
- Susanto, T., & Widiastuti, R. (2021). Kemandirian profesi dan otonomi perawat komunitas dalam implementasi asuhan keperawatan keluarga. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 24(1), 50-61.
- Widyastuti, N., & Suardana, I. K. (2024). Strategi komunikasi asertif perawat dalam mempertahankan kerahasiaan klien pada keluarga komunal. *Jurnal Ilmu Komunikasi Kesehatan*, 5(1), 77-89.
- World Health Organization. (2021). *Framework on integrated, people-centred health services: Empowering patients and communities*. WHO Press.
- Yuliana, E., & Pratiwi, M. (2024). Family resilience dan kemandirian pengasuhan pasien paliatif di tatanan home care. *Jurnal Keperawatan Paliatif Nusantara*, 6(2), 102-114.

### **BAB III**



Nuansa  
Fajar  
Cemerlang

Buku ini mempersembahkan pemahaman mendalam mengenai transformasi kesehatan dari sudut pandang pendidikan, pelayanan, dan tata kelola tindakan kesehatan yang holistik. Bookchapter Profesionalitas dalam Keperawatan mengeksplorasi berbagai tantangan kompleks di dunia kesehatan, dengan fokus pada penerapan Interprofessional Education (IPE) dan Interprofessional Collaboration (IPC) dalam institusi pendidikan keperawatan di Indonesia.

Pembahasan buku ini mencakup persepsi mahasiswa keperawatan terhadap IPE dan IPC, serta metode integrasi yang optimal di lingkungan pendidikan. Selain itu, buku ini menyoroti faktor-faktor yang mempengaruhi respons perawat dalam situasi gawat darurat, baik dari aspek internal maupun eksternal. Pemahaman ini membantu pembaca memahami hubungan antara iklim kerja, kepuasan, dan loyalitas perawat di rumah sakit.

Lebih lanjut, bab ini juga membahas pentingnya pemenuhan kebutuhan spiritual pada lansia, dengan fokus pada peran perawat sebagai fasilitator dalam mendukung kesejahteraan holistik pasien lanjut usia. Dengan berbagai kajian yang berbasis penelitian dan artikel ilmiah bereputasi, Bookchapter Profesionalitas dalam Keperawatan menyediakan landasan kuat untuk memahami dinamika klinis dan manajemen sumber daya manusia di dunia keperawatan.

Diharapkan, pembaca tidak hanya memahami konsep-konsep teoritis, tetapi juga mampu mengaplikasikan pengetahuan yang diperoleh untuk menghadapi tantangan praktis dalam profesi keperawatan. Buku ini menjadi panduan berharga bagi profesional kesehatan, akademisi, dan para mahasiswa keperawatan yang ingin memperluas wawasan dan praktik mereka dalam dunia kesehatan yang terus berkembang.

Penerbit:  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang**  
Alamat : Grand Slipi Tower LT. 5 Unif F,  
Jalan S. Parman, KAV/ 22-24,  
Desa/Kelurahan Palmerah, Kec.  
Palmerah, Kota Adm. Jakarta Barat,  
Provinsi DKI Jakarta.  
Nomor Telepon: 021 29866319  
Email: operasionalnfc@gmail.com

ISSN 3064-1187

