

# Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia Dengan Menggunakan Model *CIPPO* Menuju Revolusi Industri 4.0

Dr. Labora Sitinjak, SKp., M.Kep  
Prof. Dr. Burhanuddin Tola, MA  
Prof. Dr. Mansyur Ramly



Labora Sitinjak, SKp., M.Kep  
Prof. Dr. Burhanuddin Tola, MA  
Prof. Dr. Mansyur Ramly

Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia Dengan Menggunakan Model *CIPPO* Menuju Revolusi Industri 4.0

ISBN 978-623-7376-07-1



**EVALUASI STANDAR KOMPETENSI PERAWAT INDONESIA  
DENGAN MENGGUNAKAN MODEL CIPPO  
MENUJU REVOLUSI INDUSTRI 4.0**

**Dr. Labora Sitinjak, SKp., M.Kep  
Prof. Dr. Burhanuddin Tola, MA  
Prof. Dr. Mansyur Ramly**



Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Copyright : **Labora Sitinjak, SKp., M.Kep**

**Prof. Dr. Burhanuddin Tola, MA**

**Prof. Dr. Mansyur Ramly**

**EVALUASI STANDAR KOMPETENSI PERAWAT INDONESIA  
DENGAN MENGGUNAKAN MODEL CIPPO MENUJU  
REVOLUSI INDUSTRI 4.0**

**Penata Letak /Cover : Labora Sitinjak, SKp., M.Kep**

**Cetakan Pertama : 2019**

**ISBN : 978-623-7376-07-1**

**Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang**

**No : 000154443**

Surat Pencatatan Hak Cipta atau Produk terkait ini sesuai dengan Pasal 72  
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

**Penerbit :**

Lembaga Penerbitan Universitas Nasional (LPU-UNAS)

Jl. Sawo Manila, No. 61. Pejaten. Pasar Minggu.

Jakarta Selatan. 12520. Telphon : 021-78837310/021-7806700

(hunting). Ex. 172. Fax : 021-7802718

Email : [bee\\_bers@yahoo.com](mailto:bee_bers@yahoo.com)

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, di mana atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan buku tentang *HRM (Human Resources Management)* dengan judul: Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia (SKPI) Menuju Revolusi Industri 4.0 dengan Menggunakan Model *CIPPO (Context, Input, Process, Product, Outcome)*, dengan baik. Buku ini menjelaskan tentang pentingnya standar kompetensi perawat yang teradaptasi dengan revolusi industri terkini yang saat ini adalah revolusi industri 4.0. Revolusi industri 4.0 saat ini mengubah pola kerja dan membutuhkan sumber daya manusia yang melek digital. Dengan melek digital atau meliterasi digitalisasi maka seorang atau perawat akan mampu membuat keputusan dan tindakan-tindakan yang efisien dan efektif. Pada standar kompetensi perawat Indonesia yang diterbitkan tahun 2009 belum mengakomodir kompetensi yang teradaptasi revolusi industri 4.0 dan belum mengakomodir kebijakan yang terbit setelah tahun 2009 hingga sekarang. SKPI tahun 2009 perlu dievaluasi dan dikembangkan untuk teradaptasi dengan kebijakan terkini termasuk revolusi industri 4.0. Melalui standar kompetensi perawat yang mutakhir maka perawat tampil dengan percaya diri dan elegan bagi penerima pelayanan yang diberikan oleh seorang yang kompeten. Buku ini telah disusun dengan sebaik mungkin sesuai kemampuan penulis, namun bagi pembaca yang bermaksud memberikan masukan maka penulis akan menerima sehingga ke depan dapat diperbaiki dan ditingkatkan. Akhir kata, penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian buku ini.

**Penulis**

**SAMBUTAN KAPRODI ILMU MANAJEMEN SDM  
PASCASARJANA UNIVERSITAS NEGERI JAKARTA**

**Prof. Dr. Hamidah, SE, M.Si**

Saya menyambut baik atas terbitnya buku ini, yang ditulis oleh Sdri. Labora Sitingjak, M.Kep, Prof. Dr. Burhanuddin Tola, MA, Prof. Dr. Mansyur Ramly, berjudul **“Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia dengan Menggunakan Model CIPPO Menuju Revolusi Industri 4.0”**. Judul yang sangat menarik untuk dibaca. Secara khusus saya sangat menghargai dan memberi apresiasi yang tinggi atas ketekunan dan semangat penulis di mana salah satu penulis buku ini adalah seorang mahasiswa kandidat Doktor pada Program Studi Ilmu Manajemen Konsentrasi Manajemen Sumber Daya Manusia Pascasarjana Universitas Negeri Jakarta angkatan 2016/2017. Buku ini merupakan hasil riset skala nasional yang dilakukan di dua provinsi yaitu DKI Jakarta dan Kalimantan Barat dengan informan/narasumber dari Pusat dan Daerah. Buku ini sangat aktual dan relevan dengan situasi dan kondisi saat ini. Buku ini selain sebagai bentuk kepedulian dan partisipasi penulis dalam pengembangan kualitas Standar Kompetensi Perawat Indonesia, juga memotivasi literasi perawat terhadap revolusi industri 4.0, digitalisasi dan *big data*.

Dengan hadirnya buku ini, diharapkan dapat membantu setiap tenaga perawat dan mahasiswa keperawatan yang sedang menempuh perkuliahan bahkan dosen, untuk dijadikan sebagai salah satu rujukan khususnya yang berkaitan dengan tema “Evaluasi dengan menggunakan model *CIPPO*”. Semoga karya yang telah dihasilkan ini tidak berhenti sampai di buku ini dan akan lahir karya-karya penulis yang berikutnya, sebagai bahan pengkayaan bagi mahasiswa, dosen dan masyarakat umumnya di seluruh tanah air Indonesia. Semoga Allah memberi keberkahan. Amin.

Jakarta, September 2019

Prof. Dr. Hamidah, SE., M.Si

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	iii
DAFTAR TABEL .....	v
DAFTAR BAGAN .....	v
DAFTAR GAMBAR .....	vi
DAFTAR LAMPIRAN .....	vi
SEJARAH KEPERAWATAN DUNIA .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Fokus & Batasan Penelitian .....	11
C. Rumusan Masalah Penelitian.....	12
D. Tujuan Penelitian .....	13
E. Signifikansi Penelitian .....	13
F. Kebaruan Penelitian ( <i>State Of The Art</i> ) .....	14
<b>BAB II KAJIAN TEORITIK</b>	
A. Konsep Evaluasi .....	17
1. Pengertian Evaluasi .....	17
2. Evaluasi Kebijakan .....	20
3. Model Evaluasi Kebijakan .....	20
4. Dimensi Evaluasi Kebijakan .....	25
5. Fungsi Evaluasi Kebijakan .....	27
6. Kriteria Evaluasi Dampak Kebijakan .....	28
7. Evaluasi terhadap Dampak Kebijakan .....	31
8. Indikator Evaluasi Kebijakan .....	35
B. Konsep Kebijakan Yang Dievaluasi .....	35
1. Kebijakan Publik .....	35
2. Standar .....	40
3. Kompetensi .....	47
4. Perawat .....	50
5. Standar Kompetensi Perawat Indonesia .....	53
6. Revolusi Industri 4.0 .....	65

C. Model Evaluasi Kebijakan Yang Dipilih .....	75
D. Hasil Penelitian Yang Relevan .....	78
E. Kriteria Evaluasi .....	87
F. Kerangka Teori .....	91
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Tempat dan Waktu Penelitian .....	95
B. Pendekatan, Metode dan Disain Penelitian .....	95
C. Instrumen Penelitian .....	100
D. Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data .....	106
E. Teknik Analisis Data .....	110
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN</b>	
A. Hasil Penelitian .....	113
1. Hasil Evaluasi Konteks ( <i>Context</i> ) .....	113
2. Hasil Evaluasi Input ( <i>Input</i> ) .....	118
3. Hasil Evaluasi Proses ( <i>Process</i> ) .....	146
4. Hasil Evaluasi Produk ( <i>Product</i> ) .....	148
5. Hasil Evaluasi Dampak ( <i>Outcome</i> ) .....	150
B. Pembahasan .....	151
1. Pembahasan Aspek Konteks ( <i>Context</i> ) .....	152
2. Pembahasan Aspek Input ( <i>Input</i> ) .....	154
3. Pembahasan Aspek Proses ( <i>Process</i> ) .....	155
4. Pembahasan Aspek Produk ( <i>Product</i> ) .....	157
5. Pembahasan Aspek Dampak ( <i>Outcome</i> ) .....	159
C. Novelty Penelitian .....	160
<b>BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI</b>	
A. Kesimpulan .....	161
B. Rekomendasi .....	167
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	171
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	180

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kompetensi lulusan DIII Keperawatan .....	55
Tabel 2.2	Kompetensi lulusan S1 Keperawatan .....	55
Tabel 2.3	Kompetensi lulusan S2 Keperawatan .....	56
Tabel 2.4	Kompetensi lulusan S3 Keperawatan .....	57
Tabel 2.5	Kriteria Evaluasi .....	88
Tabel 3. 1	Pedoman Penilaian Evaluasi .....	101
Tabel 3.2	Kisi-kisi wawancara Aspek Konteks SKPI .....	102
Tabel 3.3	Kisi-kisi wawancara tentang Aspek Input SKPI .....	103
Tabel 3.4.	Kisi-kisi wawancara tentang Aspek Proses SKPI .....	105
Tabel 3.5.	Kisi-kisi wawancara tentang Aspek Produk SKPI .....	105
Tabel 3.6.	Kisi-kisi wawancara tentang Aspek Dampak SKPI .....	106
Tabel 4.1	Hasil Evaluasi Konteks ( <i>Context</i> ) SKPI .....	117
Tabel 4.2	Hasil Evaluasi Input ( <i>Input</i> ) SKPI .....	144
Tabel 4.3	Hasil Evaluasi Proses ( <i>Process</i> ) SKPI .....	147
Tabel 4.4	Hasil Evaluasi Produk ( <i>Product</i> ) SKPI .....	149
Tabel 4.5	Hasil Evaluasi Dampak ( <i>Outcome</i> ) SKPI .....	151

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Siklus Pengembangan Kebijakan .....	19
Bagan 2.2	Model Evaluasi <i>CIPP</i> .....	22
Bagan 2.3	Kerangka Kerja Kompetensi Perawat .....	58
Bagan 2.6	Kerangka Teori .....	93
Bagan 3.1	Disain evaluasi pelaksanaan SKPI .....	99
Bagan 3.2.	Proses Analisis Data .....	110
Bagan 4.1	Alur pihak-pihak yang terlibat dalam proses pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi, pelaksanaan, <i>monitoring</i> evaluasi dan pengembangan SKPI .....	123

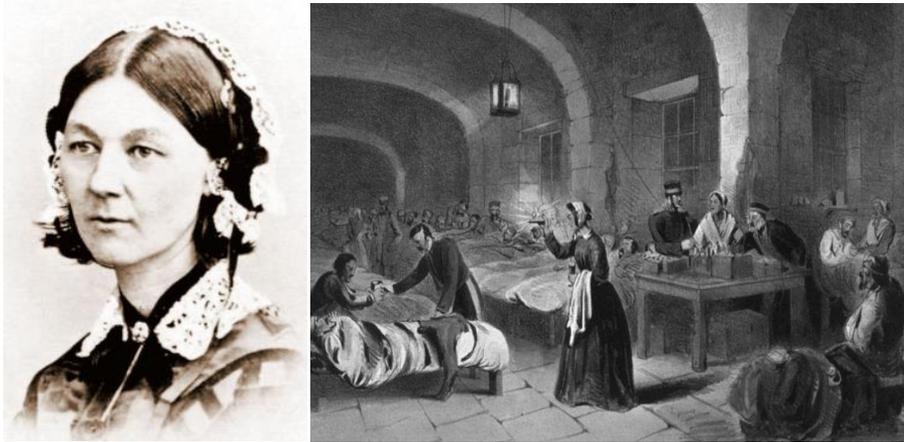
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Revolusi Industri 4.0 .....	67
Gambar 2.2 Literasi Digital Perawat .....	69

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keputusan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia tentang Standar Kompetensi Perawat Indonesia .....	
Lampiran 2. Surat Pendaftaran Ciptaan ke Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia .....	
Lampiran 3. Standar Kompetensi Perawat Indonesia dalam Buku Standar Profesi & Kode Etik Perawat Indonesia .....	
Lampiran 4. Surat Keterangan Turnitin Duplikasi Disertasi .....	
Lampiran 5. Riwayat Hidup .....	

## Sejarah Keperawatan Dunia



### Teladan Keperawatan dari Florence Nightingale

Dulu, perawat dianggap sebagai profesi hina dan rumah sakit merupakan tempat yang kotor. Semua itu berubah ketika "Bidadari Berlampu" mereformasi dunia keperawatan sebagai pekerjaan terhormat bagi perempuan. Dia adalah Florence Nightingale, seorang perempuan, berasal dari keluarga bangsawan kaya di Inggris, menjadi pelopor perawat modern. Pemikirannya mempengaruhi kebijakan perawatan pasien yang tepat pada abad 19 dan 20. Bagaimana Florence merintis karirnya, dan bagaimana dia mendapat julukan "Bidadari Berlampu"? Kehidupan awal seperti namanya, dia lahir di kota Florence, Italia, 12 Mei 1820, sebagai anak bungsu dari dua bersaudara. Kembali ke Inggris tahun 1821, keluarga Nightingale tidak mengalami kesulitan finansial. Mereka memiliki kehidupan nyaman dan kerap bepergian untuk berlibur. Florence dibesarkan di rumah keluarganya di Lea Hurst. Kendati ibunya menyukai kehidupan sosial di antara orang kaya, Florence justru canggung menghadapi situasi tersebut. Dia lebih suka menghindar menjadi pusat perhatian. Walau kerap beradu pemikiran dengan sang ibu, namun dia tetap ingin selalu menyenangkannya. "Saya pikir, saya memiliki sesuatu yang lebih baik dan sesuai," tulis Florence. Sejak usia muda, Florence aktif melayani orang-orang sakit dan miskin di desa dekat tempat tinggal keluarganya.

Usia 16 tahun, dia menyadari bahwa menjadi perawat merupakan panggilan dari Tuhan baginya. Orangtua Florence menolak ambisinya menjadi perawat. Di era Victoria, seorang perempuan muda dari kelas sosial seperti keluarga Nightingale diharapkan menikah dengan pria. Perempuan tidak boleh mengambil pekerjaan rendahan. Menginjak usia 17 tahun, dia menolak lamaran dari Richard Monckton Milnes, pria yang dianggap cocok dengannya. Bertekad untuk mengejar panggilan hatinya meski mendapat pertentangan dari orangtua, Florence mendaftarkan diri di Rumah Sakit Lutheran Pastor Fluedner, di Kaiserwerth, Jerman, untuk studi keperawatan. Selama dua pekan pelatihan pada Juli 1950 dan tiga bulan pada Juli 1851, Florence belajar keterampilan keperawatan dasar, pengamatan pasien, dan value organisasi rumah sakit yang baik. Florence Nightingale mendapatkan julukan “Bidadari Berlampu” dari tentara Inggris. Perang Crimea Awal 1950-an, Florence kembali ke London dan bekerja di rumah sakit. Kinerjanya mengesankan atasannya, sehingga dia dipromosikan menjadi pengawas rumah sakit. Dia juga pernah menjadi sukarelawan di rumah sakit Middlesex, yang tengah bergulat dengan wabah kolera. Kondisi yang tidak steril mempercepat penyebaran penyakit. Florence menerbitkan misi untuk meningkatkan praktik kebersihan di rumah sakit. Secara signifikan, jumlah kematian menjadi menurun. Oktober 1853, Perang Crimea pecah. Pasukan Sekutu Inggris dan Perancis berperang melawan Kekaisaran Rusia untuk menguasai wilayah Ottoman. Tahun 1854, sekitar 18.000 tentara harus masuk rumah sakit militer dan tidak ada perawat perempuan yang ditempatkan di Krimea. Tentara yang sakit dan terluka terabaikan, kondisi rumah sakit sangat tidak sehat. Florence menerima surat dari Menteri Sidney Herbert yang memintanya mengirim korps perawat ke Krimea. Dengan sigap, dia mengumpulkan 38 perawat dari berbagai latar belakang dan berlayar menuju Krimea. Tiba di pangkalan rumah sakit Inggris di Scutari November 1854, rombongan itu melihat tempat perawatan sangat kotor. Pasien terbaring di lorong bersama kotoran mereka, hewan pengerat, dan serangga. Persediaan verban dan sabun menipis, begitu pula dengan air. Florence mengatur semua manajemen rumah sakit untuk meningkatkan persediaan makanan, selimut, tempat tidur,

dan kebersihan. Setiap malam, dengan membawa lampu penerangan, dia memeriksa kondisi tentara di rumah sakit. Dari situlah, Florence mendapat julukan "Bidadari Berlampu". Dia mendapatkan penghormatan dari para prajurit. Prestasinya telah mengurangi tingkat kematian hingga 2% membawa ketenaran baginya, di mana pers dan surat-surat tentara mewartakan dirinya. Sempat jatuh sakit karena kemungkinan meminum susu yang terkontaminasi, dia tetap bertahan di Scutari meski perang telah usai pada 30 Maret 1856. Dia kembali ke rumahnya di Derbyshire 7 Agustus 1856 sebagai pahlawan. Semangat reformasi setelah kembali ke Inggris, sumbangan dana mengalir ke Nightingale Fund. Uang tersebut memungkinkan Florence melanjutkan reformasi keperawatannya di rumah sakit sipil. Dengan menunjukkan grafik statistik pasien tentara di Perang Crimea, dia menunjukkan banyak pria yang meninggal karena penyakit ketimbang disebabkan dari luka-luka mereka derita akibat perang. Sumbangan dari Nightingale Fund digunakan untuk mendirikan The Nightingale Training School tahun 1860. Reputasi sekolah itu menyebar ke seluruh dunia dan banyak yang memintanya untuk membangun lembaga serupa di Australia, Amerika, dan Afrika. Meski harus dirawat di tempat tidur akibat penyakit yang diderita sebelumnya, Florence terus mendorong reformasi keperawatan, dengan menulis sekitar 13.000 surat. Tahun 1859, dia menerbitkan buku *Notes on Hospitals*, yang berfokus pada cara mengelola rumah sakit sipil dengan benar. Selama Perang Saudara di Amerika Serikat, dia secara teratur memberikan konsultasi mengenai cara terbaik mengelola rumah sakit lapangan. Florence menjadi otoritas menangani masalah sanitasi publik baik untuk militer maupun masyarakat di India, meskipun dia belum pernah ke sana. Dia dianugerahi penghargaan Royal Red Cross tahun 1883. Tahun 1907, dia menjadi perempuan pertama penerima Order of Merit, penghargaan sipil tertinggi di Inggris. Mei 1910, Florence menerima ucapan selamat ulang tahun ke-90 dari Raja George. Beberapa bulan setelah ulang tahunnya, Agustus 1910, Florence kembali jatuh sakit. Sempat membaik, namun tidak dapat bertahan dan meninggal dunia 13 Agustus 1910, di rumahnya, di London. Dia dimakamkan di pemakaman keluarga, di samping anggota keluarga lainnya di Hampshire. Untuk

menghormati keinginan terakhir "Bidadari Berlampu", kerabatnya menolak melakukan upacara pemakaman nasional. Florence Nightingale dipuji sebagai pelopor keperawatan modern.

Saya berharap bahwa setiap perawat menyadari panggilannya sebagai perawat untuk menjalankan tugas mulia bagi sesama dan lingkungannya. Suatu panggilan mulia, suatu keputusan penting meresponi panggilan mulia tersebut. Pembentukan karakter mulia untuk mengerjakan pekerjaan mulia sepanjang hidup.

### **Referensi:**

Yasinta V, 2018, *Biografi Tokoh Dunia Florence Nightingale Perawat dan Bidadari Berlampu*, <https://internasional.kompas.com>, diakses 13/09/2019 Pk. 02.33 AM

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Profesi perawat sangat diperlukan untuk membangun kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, dalam mensosialisasikan dan mengaplikasikan ilmu keperawatan dibutuhkan kompetensi yang terstandar sehingga bermanfaat bagi seluruh anggota masyarakat baik individu maupun keluarga serta masyarakat yang memerlukan bantuan. Perawat merupakan sumber daya manusia yang sangat penting bagi suatu negara untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Setiap perawat diharapkan mampu mencapai, mempertahankan bahkan memulihkan kesehatan klien secara optimal dengan kualitas hidup yang baik mulai dari konsepsi, lahir hingga meninggal dunia.

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling banyak berhubungan dengan klien baik langsung maupun tidak langsung. Menurut Berman et al (2016), salah satu peran perawat adalah sebagai komunikator. Perawat menjadi pemberi informasi bagi klien tentang kondisi klien tersebut dan juga menjadi pemberi informasi bagi tim kesehatan lainnya tentang perubahan dan perkembangan kondisi klien. Perawat memberi asuhan kepada klien sebagai wujud penerapan kompetensi yang dimilikinya. Kompetensi yang dicapai seorang perawat akan menentukan kualitas pelayanan keperawatan kepada masyarakat. Kualitas kompetensi perawat dapat menentukan kualitas pelayanan pada institusi kesehatan, hal ini disebabkan tenaga perawat dalam institusi pelayanan kesehatan berkisar antara 60-75% dari total

sumber daya manusia dalam lembaga pelayanan kesehatan tersebut serta berada di dekat klien dalam pelayanan kesehatan selama 24 jam.

Puspitasari D., (2014) menjelaskan bahwa sejarah perkembangan keperawatan, kompetensi perawat berkembang sesuai perkembangan pendidikan perawat yang diawali pada zaman Purba hanya dengan kemampuan *Primitive Culture* atau naluri ibu kemudian berkembang hingga hadirnya Florence Nightingale, putri bangsawan yang terpanggil menjadi perawat. Sejak saat itu keadaan dan kualitas pelayanan keperawatan semakin baik. Pendidikan maupun pelayanan keperawatan dilakukan secara profesional berdasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan etika. Perawat mengembangkan berbagai kompetensi dalam penelitian, kemudian berkembang secara ilmiah sebagai teori-teori dalam ilmu keperawatan, selanjutnya berperan sebagai landasan pemberian asuhan keperawatan secara profesional kepada klien.

Sejarah perkembangan dan kemajuan kompetensi perawat di Indonesia setelah kemerdekaan Negara Republik Indonesia tahun 1945 hingga 1950-an, pada periode awal pasca kemerdekaan Republik Indonesia, terjadi perubahan-perubahan pada kondisi pemerintahan. Pada masa ini belum tampak gejala-gejala tentang perubahan dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan disebabkan ketatanegaraan menjadi prioritas utama untuk diselesaikan. Pelayanan keperawatan masih menggunakan lulusan pendidikan Belanda yakni *Meer Uitgebreid Lager Onderwijs (MULO)* ditambah tiga tahun pendidikan keperawatan. Ijazah dengan kategori “A” merupakan perawat umum, sedangkan ijazah dengan kategori “B” merupakan perawat jiwa. Pendidikan perawat dengan dasar Sekolah Rakyat ditambah empat tahun pendidikan perawat. Kompetensi lulusan ini mampu sebagai mantri juru rawat.

Sekolah Pengatur Rawat dimulai tahun 1953 yakni lulusan tenaga perawat dengan kompetensi yang lebih baik. Pendidikan SDK (Sekolah Djuru Kesehatan) dimulai tahun 1955, menerima siswa baru lulusan Sekolah Rakyat (SR) dengan tambahan pendidikan keperawatan selama satu tahun. Pendidikan Sekolah Pengamat Kesehatan merupakan pendidikan sebagai pengembangan pendidikan SDK dengan tambahan pendidikan keperawatan satu tahun untuk kompetensi sebagai penilik

atau supervisi keperawatan. Perkembangan dalam pendidikan dan pengembangan kompetensi tenaga perawat pun belum memperlihatkan perubahan yang signifikan pada masa tersebut.

Pendidikan tinggi keperawatan yakni Akademi Keperawatan dimulai tahun 1962, dengan calon mahasiswa lulusan SLTA. Sejak itu mulai bermunculan beberapa pendidikan tinggi ilmu keperawatan. Meskipun telah berdiri beberapa pendidikan tinggi keperawatan, namun perubahan dan perkembangan kompetensi perawat yang lebih baik dari hasil pendidikan tinggi keperawatan hingga saat tersebut belum memperlihatkan kemajuan yang signifikan. Pada era 1963 hingga 1983-an, pun belum begitu kelihatan perkembangan kualitas pendidikan dan pelayanan keperawatan yang signifikan, walaupun secara terus menerus sudah semakin diperbanyak perubahan-perubahan pada pendidikan tinggi keperawatan secara kualitas dan kuantitas.

Pada tanggal 17 Maret 1972, terbentuklah organisasi profesi dengan nama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Jakarta. Momen pendirian organisasi profesi ini merupakan kemajuan satu langkah lagi oleh karena hadirnya arah kemajuan pendidikan dan pelayanan keperawatan. Peran organisasi profesi ini membantu pembenahan pendidikan maupun pelayanan keperawatan. Tahun 1983 organisasi profesi PPNI mulai berkecimpung secara total dalam upaya memperbaiki kualitas pelayanan keperawatan melalui kerja sama dengan Departemen Kesehatan Republik Indonesia bersama organisasi lain yang terkait dengan pendidikan dan pelayanan keperawatan untuk menciptakan kompetensi-kompetensi baru sesuai perkembangan ilmu dan teknologi dan sesuai harapan pemerintah dan masyarakat. Pada waktu tersebut juga dilaksanakan lokakarya nasional dan disepakati bersama bahwa keperawatan adalah Profesi.

Periode tahun 1984 hingga 1996-an, awal tahun akademik 1985/1986 dimulai pendidikan S1 keperawatan untuk menghasilkan sarjana keperawatan di Universitas Indonesia. Nama Program studinya adalah PSIK (Program Studi Ilmu Keperawatan) pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) di Salemba Raya, Jakarta Pusat. Pendidikan ini meluluskan tenaga perawat level sarjana keperawatan dengan menggunakan kurikulum S1 Keperawatan. Proses

pembelajaran dilaksanakan untuk pembentukan kompetensi yang lebih tinggi pada perawat.

UU RI Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, dijabarkan dalam PP Nomor 32 tahun 1996 yang mengakui bahwa tenaga keperawatan adalah Profesi. Kemudian pada tahun 1996, Universitas Padjadjaran Bandung membuka Program Studi Ilmu Keperawatan. Bersamaan dengan saat itu, konsep model praktik keperawatan di Indonesia dengan resmi diberikan kepada organisasi profesi keperawatan yaitu PPNI.

Tahun 1997, PSIK UI melakukan perubahan status menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI). Organisasi profesi bersama asosiasi pendidikan keperawatan melakukan evaluasi terhadap pembuatan, pembagian dan pengembangan kurikulum pembelajaran sebagai pembentuk utama dan pertama kompetensi perawat bagi strata satu keperawatan dan level DIII keperawatan. Demi perkembangan dan peningkatan kualitas kompetensi lulusan, maka pada tahun 1998 kurikulum pembelajaran pendidikan Ners ditetapkan dan mulai digunakan. Tingkat pendidikan keperawatan berkembang dan meningkat lagi ke level S2 atau Magister Keperawatan serta Spesialisasi dalam ilmu keperawatan. Spesialisasi kompetensi Perawat Spesialis Keperawatan Maternitas, Perawat Spesialis Keperawatan Anak, Perawat Spesialis Keperawatan Jiwa, Perawat Spesialis Keperawatan Medikal Bedah, Perawat Spesialis Keperawatan Komunitas dan Perawat Spesialis Keperawatan Kritis dilaksanakan pada beberapa Universitas atau Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan di Indonesia baik negeri maupun swasta. Pendidikan S3 Keperawatan atau program Doktorat Keperawatan dibuka sejak 18 September 2008 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jabatan fungsional atau jabatan akademik tenaga pendidik keperawatan sama dengan jabatan fungsional atau jabatan akademik pada disiplin ilmu lainnya yaitu jabatan akademik Asisten Ahli, Lektor, Lektor Kepala, Professor maupun Guru Besar.

Profesi Keperawatan memiliki empat level dengan kompetensi masing-masing level yakni lulusan DIII Keperawatan yang disebut sebagai Ahli Madya Keperawatan. Lulusan Sarjana Keperawatan

ditambah profesi satu tahun yang disebut sebagai Ners. Lulusan S2 Keperawatan ditambah spesialisasi satu tahun yang disebut sebagai Ners Spesialis. Lulusan S3 Keperawatan atau pendidikan Doktoral Keperawatan disebut sebagai Ners Konsultan. Masing-masing level ini telah diatur dengan jelas batasan kompetensinya.

Kualitas pemberian asuhan keperawatan pada lembaga-lembaga pelayanan kesehatan akan terjaga dengan baik melalui keseimbangan dalam pembentukan, pemeliharaan dan pengembangan kompetensi tenaga perawat. Salah satu faktor penentu kualitas sumber daya manusia keperawatan adalah dengan tersedianya Standar Kompetensi Perawat yang jelas bagi masing-masing level tenaga keperawatan. Standar kompetensi tersebut menjadi acuan minimal yang dimiliki setiap tenaga perawat untuk melakukan tindakan keperawatan yang akan mengakibatkan atau berdampak pada kualitas pelayanan keperawatan dan tingkat kepuasan penerima layanan keperawatan yang bernilai tinggi.

Masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan yang baik. Kebutuhan ini dapat dipenuhi dengan menyediakan tenaga perawat yang memiliki kompetensi yang memadai untuk menjawab tantangan perubahan zaman dan tuntutan masyarakat. Kompetensi perawat ini perlu terstandar secara nasional dan institusional sehingga ada acuan praktik dari setiap perawat melakukan tugas sehari-hari.

Pembentukan pertama dan utama kompetensi tenaga keperawatan adalah pada pelaksanaan kurikulum pembelajaran yang baik pada pendidikan keperawatan. Selain itu ada acuan lembaga pelayanan kesehatan membuat Standar Kompetensi Perawat yang dimodifikasi dengan pencapaian visi, misi dan tujuan lembaga pelayanan kesehatan tersebut. Ada panduan bagi organisasi yang bertanggung jawab menerbitkan lisensi praktik perawat yang kaitannya dengan materi uji kompetensi.

Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang berlaku saat ini merupakan Standar Kompetensi Perawat yang ditetapkan tanggal 17 Desember 2009 oleh Organisasi Profesi yakni Pengurus Pusat PPNI. Penyusunan Standar Kompetensi Perawat Indonesia dilakukan tim

penyusun terdiri dari unsur PPNI, pemerintah dalam hal ini Kemenkes RI, Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI), Asosiasi Institusi Pendidikan Diploma Keperawatan Indonesia (AIPDiKI) yang sekarang berubah menjadi Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI) bersama pakar keperawatan. Standar kompetensi ini digunakan dari tahun 2009 hingga saat ini.

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 4 poin (1) a dan b, menyatakan tentang perawat terdiri dari 2 jenis yakni Perawat Vokasi dan Perawat Profesi. Perawat profesi terdiri dari Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan. Jenis-jenis perawat ini telah memiliki kewenangan dan standar kompetensi masing-masing. Jenis dan level pendidikan keperawatan juga dibagi menjadi pendidikan Vokasi (minimal DIII Keperawatan), Akademik (Sarjana, Magister Keperawatan dan Doktor Keperawatan) dan pendidikan profesi yang terdiri dari Ners, Ners Spesialis serta yang tertinggi adalah Ners Konsultan.

Dasar penetapan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang diterbitkan tahun 2009 belum menggunakan Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, Permenkes 148 tahun 2010 tentang ijin praktik keperawatan, Permenkes RI Nomor 40 tahun 2017 tentang Jenjang Karir Perawat dan Perpres RI Nomor 90 tahun 2017 tentang konsil tenaga kesehatan yang di dalamnya termasuk konsil tenaga keperawatan. Aturan-aturan di atas perlu digunakan sebagai landasan penyusunan Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Dengan demikian bahwa Standar Kompetensi Perawat Indonesia perlu diperbaharui.

Perpres RI Nomor 90 tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan di dalamnya terdapat Konsil Tenaga Keperawatan mengatakan bahwa yang bertugas menjadi Penyusun Standar Praktik dan Standar Kompetensi Tenaga Keperawatan adalah Konsil Tenaga Keperawatan Indonesia. Tahun 2009 yang menyusun Standar Kompetensi Perawat Indonesia adalah PPNI bersama tim yang mengandung unsur pemerintah, pakar keperawatan, AIPNI dan AIPViKI. Perubahan perundang-undangan, Perpres dan Peraturan Menteri ini mengarahkan perlu adanya perubahan penyusunan Standar

Kompetensi Perawat Indonesia yang tadinya disusun oleh PPNI bersama tim, akan disusun oleh Konsil Tenaga Keperawatan Indonesia. Konsil tenaga keperawatan terdiri dari pemerintah (Kemenkes RI, Kementerian Pendidikan), PPNI, Kolegium, AIPNI, AIPViKI, Asosiasi Pelayanan Kesehatan dan Tokoh Masyarakat.

Standar Kompetensi Perawat Indonesia perlu mengakomodir Kompetensi Perawat yang tertuang dalam UU RI Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pada pasal 29, 30, 31, 32, 33, 35 dalam bentuk wewenang perawat. Pasal 36 dan 37 adalah kompetensi perawat dalam bentuk kewajiban. Selain itu perubahan kompetensi perawat dari Permenkes No. 148 tahun 2010 kepada Permenkes No. 17 yang diputuskan Maret tahun 2013.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 tahun 2012 mengenai Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) yang menyampaikan tentang kompetensi dari masing-masing kategori kualifikasi lulusan pendidikan telah diuraikan. Lulusan DIII Keperawatan pada level 5, lulusan S1 Keperawatan di level 6, Profesi Ners di level 7, lulusan S2 Keperawatan di level 8 dan S3 Keperawatan di level 9. Setiap level memiliki uraian kompetensi masing-masing yang akan dibandingkan dengan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang sedang berlaku sekarang dan perubahan ke depan tentang Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Uraian kompetensi ini perlu semua terakomodir dalam Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang diterbitkan tahun 2009. Demikian juga dengan Level 6, 7, 8 dan 9 dalam KKNI perlu diakomodir dalam Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang akan diperbaharui. Selain dari pada itu, sudah perlu mengakomodir sistem pemberian asuhan keperawatan pada era digitalisasi dalam era revolusi industri 4.0 tentang disrupsi dan *big data*.

Hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan Ketua PPNI Jakarta Utara, pada tanggal 1 Maret 2018 bahwa Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang berlaku saat ini belum dievaluasi pelaksanaannya sehingga sudah saatnya untuk dievaluasi. Demikian juga hasil percakapan dengan Ketua Umum Pengurus Pusat PPNI, pada tanggal 1 Maret 2018, bahwa belum pernah dilakukan evaluasi

terhadap Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang ditetapkan tanggal 17 Desember 2009 dan mempersilahkan melakukan evaluasi terhadap Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang berlaku saat ini untuk kemungkinan dilakukan pengembangan atau perbaikan. Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang diterbitkan PPNI tahun 2009 sudah dilaksanakan selama hampir 10 tahun. Artinya perlu dilakukan evaluasi, baik isi hingga pelaksanaan standar tersebut, apakah masih relevan pada zaman sekarang atau memang sudah perlu dilakukan perubahan, perbaikan bahkan pengembangan.

Pada umumnya pelaksanaan evaluasi kebijakan merupakan kegiatan mengukur atau menilai kebijakan tersebut. Kegiatan menilai dengan pengukuran adalah merupakan proses evaluasi. Penghitungan/pengukuran, penentuan nilai dan pelaksanaan evaluasi merupakan kegiatan yang bersifat berjenjang atau hirarki. Hal ini menjelaskan bahwa ketiga aktifitas tersebut di atas tidak terpisahkan antara satu dengan yang lainnya dan dalam penerapannya perlu dilaksanakan secara teratur dan sistematis.

Wirawan, 2016 dalam bukunya yang berjudul *Evaluasi: Teori, Model, Standar, Aplikasi, dan Profesi* mengatakan bahwa:

*“..... evaluasi sebagai riset untuk mengumpulkan, menganalisis dan menyajikan informasi yang bermanfaat mengenai objek evaluasi, menilainya yang membandingkan dengan indikator evaluasi dan hasilnya dipergunakan untuk mengambil keputusan mengenai nilai dan manfaat objek evaluasi”*

Kata evaluasi berasal dari bahasa Inggris *evaluation*, yang berarti penilaian atau penafsiran (John M. Echols dan Hasan Shadily, 1983). Menurut Stufflebeam, dkk (1971) mendefinisikan evaluasi sebagai *“The process of delineating, obtaining, and providing useful information for judging decision alternatives”*. Evaluasi merupakan proses mendeskripsikan, memperoleh dan menyajikan informasi yang berguna untuk merumuskan suatu alternatif keputusan.

Lester dan Stewart dalam Porniadi F. (2014) menyampaikan bahwa evaluasi kebijakan dibedakan dalam dua tugas. Tugas pertama

untuk konsekuensi yang ditimbulkan suatu kebijakan dengan cara mendeskripsikan implikasi atau pengaruhnya. Tugas kedua, menilai kesuksesan/keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standar atau kriteria sebelumnya. Evaluasi kebijakan merupakan persoalan fakta yakni berupa pengukuran serta penilaian terhadap tahap implementasi kebijakan maupun terhadap hasil (*outcome*) atau dampak (*impact*) dari bekerjanya suatu kebijakan tertentu, sehingga dapat menentukan langkah yang akan diambil di masa mendatang.

Objek yang dievaluasi merupakan sesuatu yang sedang diukur atau dinilai. Evaluasi diselenggarakan pada semua sektor kehidupan di mana setiap sektor mempunyai objek evaluasi yang unik. Objek evaluasi dalam penelitian ini adalah Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Dalam hal ini yang akan dievaluasi adalah Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang ditetapkan PPNI tahun 2009.

Mengapa Kebijakan Publik dalam hal ini Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang ditetapkan tahun 2009 perlu dievaluasi? Jawabannya adalah untuk mengetahui sampai di mana kualitas isi dan proses pelaksanaan, produk dan implikasi dari Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang ditetapkan tahun 2009 tersebut tercapai. Melalui pelaksanaan evaluasi terhadap Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang telah ditetapkan tahun 2009 tersebut ternyata telah digunakan selama lebih dari sembilan tahun sehingga Standar Kompetensi Perawat Indonesia tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan masyarakat pada zaman sekarang khususnya pada era revolusi industri 4.0 di mana digitalisasi, disrupsi dan *big data* perlu dipertimbangkan dalam pengembangan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang terbaru.

Alasan lain perlu dilakukan evaluasi terhadap kebijakan yang dibagi dalam dua dimensi yakni internal dan eksternal. Yang bersifat internal, antara lain: (1) mengetahui keberhasilan Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Dengan melakukan evaluasi, dapat ditemukan informasi tentang apakah kebijakan sukses atau sebaliknya; (2) mengetahui efektivitas kebijakan Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Kegiatan evaluasi ini dapat menghasilkan penilaian apakah

kebijakan mencapai tujuan atau tidak; (3) menjamin terhindarnya pengulangan kesalahan (*guarantee to non-recurrence*) artinya kompetensi yang sedang berlaku sudah tidak atau kurang relevan sebagai standar untuk saat ini. Informasi yang baik tentang nilai dari suatu hasil kebijakan yang akan memberikan tanda-tanda agar kesalahan tidak terulang kembali pada implementasi yang serupa pada masa yang akan datang.

Alasan yang bersifat eksternal sekurang-kurangnya memiliki dua kepentingan yakni: (1) memenuhi prinsip akuntabilitas publik terhadap Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Kegiatan penilaian ini ditujukan kepada kinerja kebijakan yang dilaksanakan. Hal ini merupakan bentuk pertanggungjawaban penyusun kebijakan kepada publik, baik terkait langsung maupun tidak langsung terhadap implementasi kebijakan; (2) mensosialisasikan dampak dari suatu kebijakan yakni Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Pengaruh dari kegiatan evaluasi kebijakan maka masyarakat luas secara khusus sasaran dan penerima manfaat kebijakan akan mengetahui dampak atau implikasi dari Standar Kompetensi Perawat Indonesia secara sistematis dan terukur.

Konsep kebijakan publik (*public policy*) menurut Sulaiman (1998) merupakan proses yang mengandung berbagai tipe kegiatan tertentu yang merupakan keputusan yang berkaitan dengan tindakan untuk mencapai tujuan dengan beberapa cara. Konsep kebijakan Standar Kompetensi Perawat Indonesia berkaitan dengan tujuan dan tipe kegiatan pengelolaan terhadap berbagai masalah yang mengandung tujuan yang ingin dicapai dalam pelayanan keperawatan.

Kebijakan yang baik dan ideal ditetapkan berdasarkan hasil riset/penelitian dan pengembangan yang disebut sebagai *research and development (R & D)*. Metode *R & D* membutuhkan tindakan pengujian dan tindakan evaluasi pada semua dan setiap tahap pengembangan. Metoda riset yang digunakan pada proses perubahan dan pengembangan kebijakan didapati bervariasi. Misalnya: pada saat formulasi kebijakan dibutuhkan tindakan *Focus Group Discussion (FGD)*. Hasil *FGD* disusun secara penggambaran kualitatif. Sesudah kebijakan terformulasi, maka dibutuhkan pelaksanaan sosialisasi dan

tindakan uji publik agar memahami bahwa kebijakan tersebut masih layak atau tidak layak lagi untuk dipertahankan dan diimplementasikan. Tahap ini membutuhkan metoda riset dengan cara survei. Sesudah kebijakan dilaksanakan, maka hasil dan implikasi atau dampak dari kebijakan tersebut membutuhkan tindakan evaluasi agar dapat melihat implikasi positif maupun negatif sebagai dampak dari kebijakan tersebut. Tahap ini membutuhkan metoda riset atau penelitian evaluasi terhadap kebijakan yang sedang berlaku dalam hal ini Standar Kompetensi Perawat Indonesia.

Masyarakat zaman sekarang ini sedang mengalami dan menjalani disrupsi atau perubahan secara fundamental dalam ilmu pengetahuan dan teknologi termasuk dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan yang semakin kritis dan perlu diakomodir oleh pemberi jasa layanan kesehatan. Salah satu instrumen untuk mengakomodir hal tersebut yakni melalui tersedianya layanan dengan kompetensi yang terstandar. Sumber daya manusia mempunyai kompetensi yang mengakomodir harapan masyarakat dan tantangan perubahan pada zaman sekarang. Kebutuhan untuk memperbaharui Standar Kompetensi Perawat Indonesia perlu direalisasi. Standar yang terbaru akan diperoleh dengan melakukan riset terhadap isi dan proses implementasi Standar sebelumnya yakni Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang ditetapkan tahun 2009.

## **B. Fokus atau Batasan Penelitian**

Menurut Moleong, fokus riset ini bermanfaat bagi pencapaian dua harapan yaitu: Pertama, penetapan fokus riset yang membatasi studi. Pada harapan ini, fokus akan membatasi bidang inkuiri sehingga periset tidak kehilangan arah pada lokasi riset; Kedua, penetapan fokus riset yang bertugas untuk memenuhi kriteria inklusi dan eksklusif. Penelitian ini akan melaksanakan identifikasi melalui assesmen yang lebih mendalam terhadap Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia.

Evaluasi terhadap Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang ditetapkan tahun 2009 ini akan memakai Model Evaluasi *CIPP* (*Context, Input, Process, Product*) dari Stufflebeam D. (1966) dalam

Wirawan (2016). Pemakaian model evaluasi ini akan menggambarkan, menghasilkan dan menyiapkan informasi yang bermanfaat bagi pengambilan keputusan terhadap perubahan dan pengembangan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang terbaru ke depan. Harapan terhadap pelaksanaan riset ini, akan memperbaiki kualitas isi dan proses pelaksanaan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang mampu menjawab tantangan perubahan dan perkembangan zaman dan ilmu pengetahuan dan teknologi sekarang ini khususnya dirupsu dalam Revolusi Industri 4.0 era digitalisasi dan *big data*.

Pada penelitian ini unsur yang akan diteliti adalah isi dan hasil implementasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang berisikan praktik profesional, etis, legal dan peka budaya berdasarkan kategori perawat yakni Ahli Madya Keperawatan, Ners, Ners Spesialis maupun Ners Konsultan. Kompetensi inti pemberian asuhan keperawatan berdasarkan kategori perawat Ahli Madya Keperawatan, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan. Kompetensi Kepemimpinan & Manajemen/Pengelolaan pelayanan keperawatan berdasarkan kategori perawat Ahli Madya Keperawatan, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan; dan kompetensi pengembangan kualitas personal dan profesional berdasarkan kategori perawat yakni Ahli Madya Keperawatan, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan.

### **C. Rumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan uraian di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana *Context* (konteks) Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang terbaru dan teradaptasi dengan Revolusi Industri 4.0?
2. Bagaimana *Input* Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang terbaru dan teradaptasi dengan Revolusi Industri 4.0?
3. Bagaimana *Process* (proses) pelaksanaan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang terbaru dan teradaptasi dengan Revolusi Industri 4.0?

4. Bagaimana *Product* Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang terbaru dan teradaptasi dengan Revolusi Industri 4.0?
5. Bagaimana dampak *Outcome* pelaksanaan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang terbaru dan teradaptasi dengan Revolusi Industri 4.0?

#### **D. Tujuan Penelitian**

Secara umum penelitian ini bertujuan mengevaluasi isi Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Penelitian ini juga dilakukan untuk mengetahui hasil implementasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang memiliki kontribusi besar dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Sebagai penelitian evaluasi, maka penelitian ini juga bertujuan mengidentifikasi komponen yang dapat mempengaruhi efektifitas Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Secara operasional, penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menganalisis isi Standar Kompetensi Perawat Indonesia (*Context*)
2. Menganalisis kesiapan implementasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia (*Input*)
3. Menganalisis proses pelaksanaan Standar Kompetensi Perawat Indonesia (*Process*)
4. Menganalisis produk Standar Kompetensi Perawat Indonesia (*Product*)
5. Menganalisis kontribusi Standar Kompetensi Perawat Indonesia terhadap kualitas layanan perawat bagi masyarakat penerima layanan perawat (*Outcome*)
6. Merekomendasikan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang terbaru dan teradaptasi Revolusi Industri 4.0.

#### **E. Signifikansi Penelitian**

Signifikansi dalam penelitian ini adalah:

1. Bagi pembuat kebijakan yakni organisasi profesi dan Konsil Keperawatan Indonesia: Sebagai dasar informasi atau pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk memperbaiki, meningkatkan dan mengembangkan Standar Kompetensi Perawat

Indonesia sehingga menghasilkan Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang selalu terbaru dan teradaptasi revolusi industri terkini.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan: Sebagai masukan dan pertimbangan untuk melakukan perubahan, perbaikan dan pengembangan kurikulum pembelajaran sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya revolusi industri 4,0 dan sesuai Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang telah diperbaharui oleh Penyusun Standar Kompetensi Perawat Indonesia yakni Konsil Keperawatan Indonesia. Pembangunan kurikulum yang menciptakan kompetensi pertama dan utama bagi lulusan institusi pendidikan keperawatan.
3. Bagi Perawat Indonesia: Sebagai dasar atau landasan praktik dalam melaksanakan tugas sehari-hari sebagai tenaga Perawat Indonesia sesuai dengan level dan kewenangan masing-masing tenaga perawat Indonesia yang terstandar secara nasional dan unik.
4. Bagi Institusi tempat Perawat Indonesia berkarya adalah merupakan landasan untuk menetapkan Standar Kompetensi Perawat Institusi yang terbaru dan yang disesuaikan dengan kekhususan visi, misi dan tujuan institusi tersebut.

## **F. Kebaruan Penelitian (*State Of The Art*)**

Kebaharuan dari penelitian ini adalah bahwa SKPI tahun 2009, kompetensi keperawatan umumnya konvensional, dan belum menuntut kompetensi digitalisasi perawat. Saat ini terjadi perubahan fundamental yakni disrupsi pada era revolusi industri 4.0 yang menjadi tantangan baru bagi bangsa dan negara Indonesia bahkan dunia. Hal ini memiliki implikasi dalam pemberian pelayanan keperawatan. Menteri Hanif (2018) menyatakan bahwa perubahan pada era digitalisasi dengan *big data* sangat berdampak pada karakter pekerjaan hingga kompetensi yang diperlukan pekerja juga berubah. Sumber daya manusia keperawatan perlu beradaptasi dan mengantisipasi kompetensi terhadap sistem maupun peralatan baru serta prosedur kerja berbasis teknologi

digital. Literasi perawat terhadap digitalisasi dan *big data* sangat perlu untuk meningkatkan kompetensi yang teradaptasi dengan revolusi industri 4.0. Artinya SKPI perlu dibaharui.

Ariani A. P (2018) menyatakan bahwa perawat turut memiliki tantangan tersendiri di tengah globalisasi dan era digitalisasi. Perawat saat ini harus bisa mengimbangi dan beradaptasi dengan lingkungan sekitar yang berbasis teknologi terkini. Globalisasi revolusi industri 4.0 dalam bidang keperawatan merupakan fenomena tersendiri yang terus bergulir di masyarakat. Kehadiran teknologi informasi dan komunikasi yang mempercepat proses globalisasi dan proses bekerja di bidang keperawatan. Kenyataan bahwa globalisasi menyentuh hingga ke seluruh bidang penting dalam kehidupan manusia. Globalisasi digitalisasi dalam revolusi industri 4.0 menimbulkan berbagai tantangan dan permasalahan yang harus dihadapi, dijawab dan diselesaikan dalam upaya menggunakan globalisasi demi kepentingan kehidupan masyarakat yang lebih baik.

Akhirfiarta B.T (2019), mengatakan bahwa literasi digital merupakan kemampuan memahami dan menggunakan informasi dari berbagai sumber digital. Artinya bukan hanya mencakup kemampuan membaca, namun dibutuhkan suatu proses berpikir secara kritis untuk melakukan evaluasi terhadap informasi yang ditemukan melalui media digital. Tenaga perawat juga memerlukan kemampuan ini di pelayanan kesehatan. SKPI perlu mengakomodir kompetensi perawat akibat literasi terhadap digital. Globalisasi digital dalam revolusi industri 4.0 juga berimplikasi pada semua atau berbagai sisi kehidupan manusia, termasuk pelayanan kesehatan/keperawatan. Hal ini akan melakukan perubahan sistem kerja, standar dan prosedur kerja serta menuntut kompetensi yang teradaptasi revolusi industri dari setiap tenaga kerja perawat. Tenaga kerja keperawatan yang tidak menyiapkan diri menghadapi globalisasi digital dalam revolusi industri 4.0 tersebut akan tertinggal jauh bahkan terisolasi dari kemajuan zaman baik sebagai individu maupun sebagai tenaga pemberi atau penyedia layanan.

Tenaga keperawatan asing yang menyiapkan diri dan mempunyai kemampuan untuk menghadapi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, sudah, sedang dan akan terus datang bekerja di Indonesia.

Siapakah perawat Indonesia menghadapi hal tersebut sehingga tenaga keperawatan Indonesia masih bisa menjadi tuan rumah di negara sendiri dalam melakukan praktik keperawatan kepada masyarakat? Harapan kita bahwa setiap individu perawat Indonesia telah mempunyai kompetensi yang memadai dan terbarukan serta teradaptasi dengan era digitalisasi dalam revolusi industri 4.0.

Penelitian Egbert N et al (2018) mengatakan bahwa ketika perawat melek digital pada berbagai domain pada tingkat mahir akan membantu untuk lebih mudah memperoleh keterampilan dan kompetensi lainnya dalam kehidupan. Pelayanan keperawatan akan mengalami efisiensi dan efektifitas dengan percepatan yang tinggi mencapai tujuan pelayanan ketika perawat terliterasi dan melek digitalisasi.

# BAB II

## KAJIAN TEORITIK

### A. Konsep Evaluasi

#### 1. Pengertian Evaluasi

Wirawan (2016), menyampaikan pengertian Evaluasi dari beberapa pakar sebagai berikut: *The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* menyampaikan evaluasi adalah investigasi sistematis terhadap nilai dan kelayakan suatu objek; menurut Ralph Tyler, evaluasi merupakan proses penetapan prestasi dalam mencapai tujuan; *USA Office of Health Evaluation* menyampaikan penelitian evaluasi adalah pengumpulan informasi secara sistematis terhadap proses dan hasil suatu program kegiatan yang menarik perhatian untuk menilai aspek spesifik dan afeksi dari program itu sendiri. *American Evaluation Association*: ..... evaluasi yang melibatkan pengkajian terhadap kekuatan dan kelemahan dari program, kebijakan, sumber daya manusia, produk dan organisasi untuk mengembangkan efektivitasnya. Dalam [http://www.social\\_researchmethod.net/](http://www.social_researchmethod.net/) bahwa evaluasi merupakan perolehan dan pengkajian informasi untuk menyediakan umpan balik yang bermanfaat terhadap suatu objek. Peter H. Rossi & Howard E Freeman menyampaikan penelitian evaluasi sebagai aplikasi sistematis dari prosedur riset sosial dalam mengkaji konsep dan merancang implementasi serta pemanfaatan program intervensi sosial.

Menurut Stufflebeam D.L. (2017), evaluasi adalah proses yang melukiskan, memperoleh, melaporkan dan menggambarkan serta menilai informasi tentang suatu objek yang pantas dan bernilai jujur serta mengarahkan secara signifikan untuk mengambil keputusan,

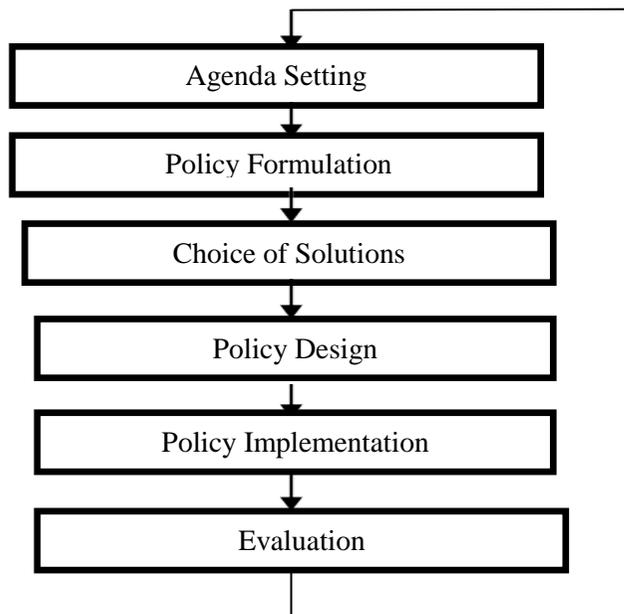
mendukung akuntabilitas, mendiseminasikan secara efektif dalam praktik serta meningkatkan pemahaman keterlibatan dalam suatu fenomena. Alkin mengatakan bahwa istilah evaluasi merujuk kepada aktifitas pengumpulan yang sistematis, menganalisa, melaporkan informasi yang digunakan untuk mengubah sikap atau memperbaiki proyek atau program. Kata sistematik menetapkan bahwa evaluasi direncanakan. Weiss CH mengatakan bahwa: ..... pengkajian sistematik dari kegiatan dan atau hasil suatu program maupun suatu kebijakan tertentu, membandingkan terhadap standar yang telah ditentukan, sebagai kontribusi untuk memperbaiki program atau kebijakan. Sedangkan Evert Vendung mengatakan bahwa pengkajian yang cermat secara retrospektif tentang kelayakan, nilai administrasi, hasil dan dampak intervensi pemerintah yang berarti memainkan aturan di masa mendatang dan dalam situasi yang sedang terjadi. M. E. Gredler menyampaikan bahwa dalam pendidikan, evaluasi merujuk pada penetapan kegiatan yang terlibat dalam pengumpulan informasi tentang pelaksanaan dan efek kebijakan, program, kurikulum, kursus, *softwear* pendidikan dan materi-materi instruksi lainnya.

Wirawan menyimpulkan bahwa evaluasi merupakan penelitian untuk mengumpulkan, menganalisis dan menyajikan informasi yang bermanfaat tentang objek evaluasi, menilainya melalui perbandingan dengan indikator evaluasi dan hasilnya digunakan untuk mengambil keputusan tentang nilai dan manfaat dari objek evaluasi. Evaluasi memerlukan riset dan riset evaluasi itu sendiri memerlukan metodologi evaluasi.

Kesimpulan penulis terhadap pengertian riset evaluasi bahwa penelitian evaluasi merupakan proses penelitian dengan metodologi yang relevan dilaksanakan untuk mengevaluasi atau menilai sesuatu. Proses evaluasi itu sendiri dengan metode tertentu dilaksanakan untuk menilai, menyimpulkan, menguji dan menetapkan sesuatu. Evaluasi melaksanakan riset dengan mengumpulkan data, menganalisa, menyimpulkan hasil dan merekomendasikan ide perubahan atau perbaikan dari sesuatu objek.

Evaluasi kebijakan biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana efektifitas kebijakan yang ditetapkan dapat dipertanggungjawabkan

kepada konstituen. Sejauh mana tujuan penetapan kebijakan dicapai serta seberapa jauh kesenjangan antara harapan dengan kenyataan. Winarno (2012) mengatakan bahwa umumnya evaluasi kebijakan dikatakan sebagai kegiatan menyangkut ramalan atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak pelaksanaan kebijakan. Berikut siklus pengembangan kebijakan menurut Wiliam N. Dunn (2003):



Sumber: Dunn W.N (2003)

### **Bagan 2.1 Siklus Pengembangan Kebijakan**

Evaluasi kebijakan perlu direncanakan secara sistematis untuk melakukan perubahan atau perbaikan sehingga memperoleh dampak berkualitas dari kebijakan yang dibuat dan dievaluasi. Lester dan Stewart dalam Winarno (2012) menyampaikan tentang penilaian kebijakan yang dibagi menjadi dua fungsi. Fungsi pertama menetapkan akibat yang dimunculkan kebijakan melalui mekanisme penggambaran dampak. Fungsi kedua adalah evaluasi terhadap kesuksesan dan atau kegagalan kebijakan melalui standar atau kriteria yang ditetapkan

sebelumnya. Penilaian terhadap kebijakan umumnya menjadi masalah fakta seperti evaluasi atau pengukuran terhadap tahap pelaksanaan kebijakan tersebut bahkan hasil (*outcome*) maupun dampak (*impact*) pelaksanaan kebijakan, untuk menetapkan tindakan yang mungkin dilaksanakan pada masa mendatang. Standar Kompetensi Perawat Indonesia (SKPI) yang dievaluasi dapat menyampaikan informasi apakah SKPI tersebut berhasil menjadi pedoman praktik keperawatan dan berhasil memberi kepuasan kepada masyarakat penerima layanan keperawatan.

## **2. Evaluasi Kebijakan**

Winarno menyampaikan bahwa penilaian kebijakan dibagi menjadi tiga jenis. Setiap jenis evaluasi ditampilkan melalui pengertian para pelaku evaluasi terhadap evaluasi itu sendiri meliputi: a) Evaluasi kebijakan merupakan aktifitas fungsional. Ketika evaluasi kebijakan dimengerti sebagai aktifitas fungsional maka penilaian kebijakan dianggap merupakan aktifitas yang sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri; b) Jenis penilaian difokuskan pada cara kerja kebijakan. Jenis ini lebih memfokuskan dan menyampaikan kejujuran atau tindakan yang efisien dalam proses aplikasi dari kebijakan; c) Penilaian kebijakan yang sistematis. Jenis ini memandang secara otentik suatu kebijakan yang dilaksanakan untuk menilai dampak terhadap masyarakat serta memandang sejauh mana tujuan tercapai.

Ketiga jenis evaluasi tersebut sangat sesuai dengan riset ini. Pada penilaian pertama adalah pengukuran terhadap SKPI yang sama nilainya dengan SKPI tersebut. Jenis penilaian kedua merupakan pengukuran terhadap aplikasi atau implementasi SKPI apakah dilakukan secara efisien dan efektif. Sedangkan jenis ketiga mengukur ketercapaian tujuan dari penetapan dan implementasi SKPI.

## **3. Model Evaluasi Kebijakan**

Pendapat para ahli tentang berbagai model yang dibuat sebagai model evaluasi terhadap pelaksanaan riset evaluasi. Di bawah ini uraian terhadap beberapa model evaluasi kebijakan:

**a. Model Penilaian CIPP (*Context, Input, Process, Product*)**

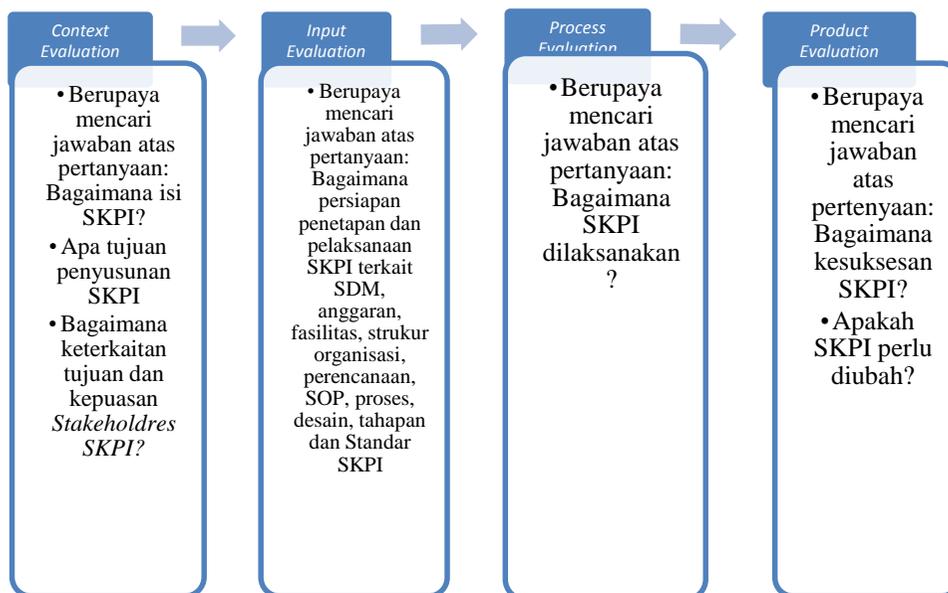
Model evaluasi ini disampaikan Stufflebeam *et al* (2014), disampaikan bahwa pengembangan model terhadap pendokumentasian evaluasi pada pendidikan untuk mengambil keputusan. Buku yang dihasilkan komite studi nasional di Amerika Serikat terhadap evaluasi yang ditunjukkan *Phi Delta Kappa (PDK)* Internasional pada tahun 1969.

Model *CIPP* dipandu oleh prinsip belajar dan bekerja. Prinsip ini merupakan usaha yang dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan identifikasi serta mengoreksi kesalahan yang telah terjadi dalam pelaksanaan evaluasi demi menciptakan, menguji dan mempertahankan prosedur baru, secara khusus untuk penyatuan pelaksanaan yang efektif. Model *CIPP* merupakan konsep inti dalam pelaksanaan evaluasi terhadap *Context, input, process* dan *product*.

Pada evaluasi konteks, pelaku evaluasi menilai keperluan yang mendasari kebijakan seperti standar dievaluasi. Pada evaluasi input, pelaku evaluasi mengidentifikasi masalah aset serta peluang-peluang yang memungkinkan untuk menolong menetapkan keputusan, menggambarkan tujuan dan mengidentifikasi alternatif-alternatif pendekatan serta mengevaluasi rancangan langkah-langkah maupun ketentuan sumber daya manusia serta anggaran dan biaya yang seefektif dan seefisien mungkin dalam menemukan keperluan atau target pencapaian tujuan.

Pada evaluasi proses, pelaku evaluasi melakukan *monitoring* terhadap dokumen. Hal ini dilakukan untuk memastikan kebenaran, mengukur dan mempresentasikan program perencanaan untuk menolong penyusun kebijakan melakukan aktifitas serta menolong kelompok tertentu mengevaluasi kesuksesan pelaksanaan kebijakan serta menjelaskan manfaatnya. Sedangkan pada evaluasi produk, pelaku evaluasi mengidentifikasi dan mengukur hasil, baik yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan untuk jangka pendek dan jangka panjang. Kedua hal tersebut akan menolong penyusun kebijakan memelihara usaha-usaha memfokuskan pada pencapaian tujuan. Penyusun kebijakan akan memberi *feedback* sepanjang pelaksanaan kebijakan pada level di mana tujuan penetapan kebijakan dicapai.

Model *CIPP* dari Stufflebeam bersifat linier, artinya penilaian input diawali penilaian konteks, penilaian proses diawali penilaian input dan penilaian produk diawali penilaian konteks, input dan proses. Pada model evaluasi *CIPP* ada juga evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif diselenggarakan dalam jangka pendek, dapat disesuaikan dan dikembangkan ketika kebijakan yang direncanakan tidak terlaksana dengan baik. Pada penilaian sumatif, akan berusaha memperoleh informasi berikut: Apakah usaha yang dilaksanakan diawali rencana dan anggaran biaya yang memungkinkan kebijakan dipertahankan dan atau dilanjutkan? Apakah keperluan yang penting memungkinkan ditangani dengan baik? Apakah rancangan untuk pelayanan dilakukan dengan komprehensif serta bisa dimodifikasi ketika diperlukan? Apakah usaha yang dilaksanakan sukses dengan baik? Bagan di bawah ini merupakan model evaluasi *CIPP*



Sumber: Modifikasi dari: Stufflebeam D L dan Chris L. S. Coryn, 2014

### **Bagan 2.2 Model Evaluasi CIPP**

**b. Model Goal Oriented Evaluation**

Model ini dikembangkan Tyler dalam Fadly M.P (2016) bahwa objek observasi pada model ini merupakan tujuan dari kebijakan yang telah ditetapkan sebelum kebijakan diaplikasi. Evaluasi dilaksanakan secara kontiniu serta mengidentifikasi sejauh mana tujuan tercapai dalam proses penerapan kebijakan.

**c. Goal Free Evaluation Model**

Model yang bertentangan dengan model yang dikembangkan Tyler. Model ini lepas dari tujuan yang dikembangkan Michael Scriven yang mengatakan bahwa yang perlu diperhatikan pelaku evaluasi adalah bagaimana bekerjanya SKPI, dengan melakukan identifikasi penampilan-penampilan yang terjadi baik hal-hal positif yaitu hal yang diharapkan maupun hal negatif yang sebetulnya tidak diharapkan. Sehingga dalam melaksanakan evaluasi SKPI, pelaku evaluasi tidak membutuhkan apa yang menjadi tujuan SKPI. Dalam model ini yang dimaksud lepas dari tujuan adalah bukan lepas sama sekali dari tujuan, tetapi hanya lepas dari tujuan khusus, sehingga hanya mempertimbangkan tujuan umum yang akan dicapai SKPI tersebut.

**d. Model Evaluasi Formatif dan Sumatif**

Model evaluasi formatif dan sumatif ini dikembangkan Michael Scriven. Menurut *The program Evaluation Standards* yang mendefinisikan evaluasi formatif sebagai evaluasi yang didesain dan dipakai untuk memperbaiki suatu objek ketika objek tersebut sedang dikembangkan. Proses pembelajaran mata kuliah pada pendidikan tinggi menggunakan evaluasi formatif dalam bentuk ujian tengah semester dan evaluasi sumatif dilaksanakan pada akhir smester atau akhir pelaksanaan program studi. Evaluasi sumatif dilakukan untuk mengukur kinerja akhir objek evaluasi.

**e. Model Evaluasi Sistem Analisis**

Model evaluasi sistem analisis ini sering disebut *Management Evaluation Model*. Agar bisa memahami teori ini, terlebih dahulu memahami teori sistem. Teori umum sistem (*General System Theory*)

pertama kali dikemukakan Karl Ludwig von Bertalanffy, seorang biolog Jerman. Teori sistem merupakan sains mengenai keseluruhan atau *science of wholeness*. Teori ini sama dengan teori Gestalt dalam psikologi yang menyatakan bahwa untuk memahami sesuatu, harus memahami keseluruhan dari sesuatu tersebut. Model evaluasi sistem analisis memiliki empat jenis evaluasi yakni evaluasi masukan (*input evaluation*), evaluasi proses (*process evaluation*), evaluasi keluaran (*output evaluation*), evaluasi akibat (*outcome evaluation*), dan evaluasi pengaruh (*impact evaluation*). Sebagai sistem terbuka memungkinkan terjadinya pengaruh lingkungan eksternal terhadap sistem.

Berdasarkan model-model evaluasi yang telah diuraikan di atas peneliti menyimpulkan bahwa ada persamaan dan perbedaan antar masing-masing model evaluasi. Persamaan *model CIPP* menurut Stufflebeam et al dengan model sistem analisis yang pertamakali dikembangkan Ludwig von Bertalanffy adalah adanya evaluasi masukan, evaluasi proses dan evaluasi pengaruh. Sedangkan perbedaannya bahwa pada evaluasi sistem analisis setiap jenis evaluasi dapat dilakukan tersendiri namun pada *Model CIPP* bersifat linier dan berkesinambungan di mana evaluasi *input* didahului evaluasi konteks, evaluasi proses didahului evaluasi input. Pada evaluasi *Model CIPP*, evaluasi pengaruh menjadi satu dalam evaluasi produk sedangkan pada evaluasi sistem analisis evaluasi akibat dan evaluasi pengaruh keduanya terpisah. Tujuan utama evaluasi tidak hanya untuk *to prove*/membuktikan, namun yang lebih penting adalah *to improve*/memperbaiki.

Persamaan model evaluasi formatif dan sumatif yang dikembangkan Michael Scriven dengan evaluasi *model CIPP* adalah bahwa pada evaluasi *model CIPP* dilakukan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif di mana evaluasi formatif dilakukan pada saat objek evaluasi sedang dilakukan sedangkan evaluasi sumatif dilakukan untuk mengukur kinerja akhir objek evaluasi.

Model evaluasi *goal oriented evaluation* untuk program pemrosesan yang dilakukan Tyler, evaluasi dilakukan secara terus menerus berkesinambungan, dan mengecek seberapa jauh tujuan dicapai dalam proses pelaksanaan kebijakan seperti SKPI. Berbeda dengan *goal*

*free evaluation model* yang bertentangan dengan model yang dikembangkan Tyler. Perhatian yang perlu adalah bagaimana cara kerja kebijakan dalam hal ini SKPI dengan menilai penampilan-penampilan yang terjadi baik positif/yang diharapkan maupun negatif/yang tidak diharapkan. Pertimbangan hanya pada tujuan umum, lepas dari tujuan khusus.

Suharto E (2012) mengatakan bahwa model-model yang umum digunakan dalam analisis kebijakan adalah: a) Model Prospektif, merupakan bentuk kebijakan yang mengarahkan kajian pada konsekuensi kebijakan sebelum suatu kebijakan diterapkan. Model ini disebut juga model prediktif; b) Model Retrospektif, analisis kebijakan yang dilakukan terhadap akibat kebijakan sesudah kebijakan diimplementasikan. Model ini disebut model evaluatif, karena banyak melibatkan pendekatan evaluasi terhadap dampak kebijakan yang sedang atau sudah diimplementasikan; dan c) Model Integratif, merupakan model perpaduan antara model prospektif dan model retrospektif. Model ini sering disebut sebagai model komprehensif, karena analisis dilakukan terhadap konsekuensi kebijakan yang mungkin timbul, baik sebelum maupun sesudah kebijakan diterapkan.

#### **4. Dimensi Evaluasi Kebijakan**

Dampak kebijakan memiliki beberapa dimensi yang perlu diperhatikan ketika membicarakan evaluasi. Winarno (2012) menyatakan lima dimensi yang perlu dibahas dalam memperhitungkan dampak kebijakan. Dimensi tersebut meliputi: a) Dampak kebijakan pada masalah-masalah publik dan dampak kebijakan pada orang-orang yang terlibat; b) Kebijakan mungkin memiliki dampak pada keadaan atau kelompok-kelompok di luar sasaran atau tujuan kebijakan; c) Kebijakan mungkin memiliki dampak pada keadaan sekarang dan yang akan datang; d) Evaluasi juga menyangkut unsur lain yakni biaya langsung yang dikeluarkan untuk membiayai program dari kebijakan dalam hal ini SKPI; e) Biaya tidak langsung yang ditanggung masyarakat atau beberapa anggota masyarakat akibat adanya SKPI; f) Evaluasi kebijakan sebagai aktivitas fungsional, sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri.

Pada dasarnya ketika seseorang hendak melakukan evaluasi dampak kebijakan, ada tiga hal yang perlu diperhatikan: a) Evaluasi kebijakan berusaha memberi informasi valid tentang kinerja kebijakan. Evaluasi dalam hal ini berfungsi menilai aspek instrumen kebijakan dan menilai hasil penggunaan instrumen tersebut; b) Evaluasi kebijakan berusaha menilai kepastian tujuan atau target dengan masalah yang dihadapi. Pada fungsi ini evaluasi kebijakan memfokuskan diri pada substansi kebijakan yang ada. Dasar asumsi yang digunakan adalah bahwa kebijakan dibuat untuk menyelesaikan masalah. Hal yang sering terjadi adalah tujuan tercapai namun masalah belum terselesaikan; c) Evaluasi kebijakan berusaha memberi sumbangan pada evaluasi kebijakan lain terutama dari segi metodologi. Artinya, evaluasi kebijakan: SKPI diupayakan menghasilkan rekomendasi dari penilaian yang dilakukan atas SKPI yang dievaluasi.

Pelaksanaan tugas perawat di Indonesia selaku pengguna SKPI, disesuaikan dengan standar kompetensi secara konsisten. Jika ada masalah inkonsistensi dalam pelaksanaannya, maka perlu dievaluasi dan diperbaiki sehingga terjadi pemerataan dan keseimbangan pelaksanaan tugas yang sesuai dengan kompetensi masing-masing kategori perawat Indonesia. Subarsono (2012) berkata bahwa dampak merupakan akibat lanjut pada masyarakat sebagai konsekuensi adanya kebijakan yang diimplementasikan. Dampak yang diharapkan dari pelaksanaan SKPI adalah bahwa masyarakat merasa puas dengan pelayanan keperawatan dari seorang perawat yang bekerja secara kompeten.

Evaluasi kebijakan secara sederhana disampaikan Dunn W. (2003), berkenaan dengan produksi informasi terhadap nilai atau manfaat kebijakan. Ketika kebijakan bernilai dan bermanfaat bagi penilaian atas penyelesaian masalah, maka hasil tersebut memberi sumbangan pada pencapaian tujuan dan sasaran bagi pelaku evaluasi secara khusus dan pengguna lainnya secara umum. Hal ini dikatakan bermanfaat apabila fungsi evaluasi kebijakan memang terpenuhi dengan baik. Salah satu fungsi evaluasi kebijakan bahwa harus memberi informasi yang valid dan dipercaya tentang kinerja kebijakan.

Dampak kebijakan dalam hal ini melingkupi komponen: a) Kesesuaian antara kebijakan dengan keperluan masyarakat, untuk mengukur seberapa jauh keperluan, nilai dan kesempatan dicapai melalui tindakan kebijakan. Dalam hal ini evaluasi kebijakan mengungkapkan seberapa jauh tujuan tertentu dicapai; Pelaksanaan kebijakan, untuk mengetahui apakah tindakan yang ditempuh *implementing agencies* benar-benar efektif, responsif, akuntabel dan adil. Dalam bagian ini evaluasi kebijakan juga memperhatikan masalah hak azasi manusia ketika kebijakan itu dilaksanakan. Hal ini diperlukan para pelaku evaluasi kebijakan karena jangan sampai tujuan dan sasaran kebijakan terlaksana, namun ketika itu diimplementasikan ternyata melanggar banyak hak azasi warga. Selain itu untuk mengetahui bagaimana dampak kebijakan itu sendiri. Dalam bagian ini, pelaku evaluasi kebijakan perlu memberdayakan *output* dan *outcome* yang dihasilkan dalam implementasi kebijakan.

## 5. Fungsi Evaluasi Kebijakan

Menurut Samudra dkk dalam Nugroho (2014), evaluasi kebijakan memiliki empat fungsi yakni a) Eksplanasi, melalui evaluasi dapat digambarkan realitas pelaksanaan kebijakan dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola hubungan antara berbagai dimensi realitas yang diamati. Dari evaluasi ini pelaku evaluasi dapat mengidentifikasi masalah, kondisi dan pendukung keberhasilan atau kegagalan kebijakan; b) Kepatuhan, melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan pelaku sesuai standar dan prosedur yang ditetapkan kebijakan; c) Audit, melalui evaluasi dapat diketahui, apakah *output* benar-benar sampai ke tangan kelompok sasaran kebijakan atau justru ada penyimpangan; d) Akunting, dengan evaluasi dapat diketahui apa akibat sosial ekonomi dari kebijakan.

Arwildayanto, Sucking A., Sumar W.T., (2018) menyampaikan tentang isu kritis dalam evaluasi dampak kebijakan tentang apakah kebijakan sudah menghasilkan efek yang lebih atau tidak, yang terjadi secara alami meski tanpa intervensi atau dibandingkan dengan intervensi alternatif. Tujuan pokok penilaian dampak adalah untuk menafsirkan efek yang menguntungkan atau hasil yang menguntungkan

dari suatu intervensi. William Dunn (2003) mendeskripsikan evaluasi atas dampak untuk memperkirakan apakah intervensi menghasilkan efek yang diharapkan atau tidak. Perkiraan seperti ini tidak menghasilkan jawaban yang pasti tetapi hanya beberapa jawaban yang mungkin masuk akal.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, penulis menyimpulkan bahwa evaluasi sistematis kebijakan adalah aktivitas untuk menjawab pertanyaan seperti: Apakah kebijakan yang dijalankan mencapai tujuan yang ditetapkan sebelumnya; Berapa biaya yang dikeluarkan; Keuntungan apa yang didapat dan siapa yang menerima keuntungan dari kebijakan yang sudah dijalankan organisasi.

## **6. Kriteria Evaluasi Dampak Kebijakan**

Mengevaluasi dampak kebijakan publik diperlukan kriteria untuk mengukur keberhasilan kebijakan. Kinerja kebijakan menghasilkan informasi yang memiliki kriteria evaluasi dampak kebijakan seperti disampaikan Winarno (2012): Efektivitas, berasal dari kata efektif yang mengandung pengertian tercapai tujuan yang ditetapkan. Efektivitas disebut juga hasil guna. Efektivitas selalu terkait hubungan antara hasil yang diharapkan dengan hasil yang sesungguhnya dicapai. Bilamana pencapaian tujuan kebijakan semakin besar, maka semakin besar pula efektivitasnya. Pengertian tersebut disimpulkan bahwa ada pencapaian tujuan yang besar dari organisasi, sehingga semakin besar hasil yang akan dicapai dari tujuan tersebut. Setelah pelaksanaan kebijakan ternyata dampaknya tidak mampu memecahkan masalah yang sedang dihadapi masyarakat, maka dapat dikatakan bahwa kebijakan tersebut gagal, namun adakalanya suatu kebijakan di mana hasilnya tidak langsung efektif dalam jangka pendek, akan tetapi jangka menengah atau panjang setelah melalui proses tertentu. Efektivitas merupakan hubungan antara *output* dengan tujuan, semakin besar kontribusi *output* terhadap pencapaian tujuan, maka semakin efektif kebijakan organisasi, program atau kegiatan. Hasil peninjauan dari segi pengertian efektivitas kebijakan tersebut, dapat diartikan bahwa efektivitas merupakan gambaran seberapa jauh mencapai tujuan pada waktu yang tepat dalam pelaksanaan tugas pokok, kualitas produk yang dihasilkan dan

perkembangannya. Efektivitas merupakan daya untuk mempengaruhi atau tingkat kemampuan pesan untuk mempengaruhi. Sehubungan dengan hal-hal tersebut, maka ukuran efektivitas merupakan suatu standar terhadap terpenuhinya sasaran dan tujuan yang dicapai. Selain itu juga akan menunjukkan pada tingkat mana organisasi atau kegiatan melaksanakan fungsinya secara optimal.

Efisiensi, berkenaan dengan jumlah daya yang diperlukan menghasilkan tingkat efektivitas tertentu. Efisiensi merupakan sinonim dari rasionalitas ekonomi, yakni hubungan antara efektivitas dan usaha, yang terakhir umumnya diukur dari biaya moneter. Efisiensi biasanya ditentukan melalui perhitungan biaya per unit produk atau layanan. Kebijakan yang mencapai efektivitas tertinggi dengan biaya terkecil dinamakan efisien. Apabila sasaran yang ingin dicapai kebijakan ternyata sangat sederhana sedangkan biaya yang dikeluarkan terlampau besar dibandingkan dengan hasil yang dicapai. Ini berarti kebijakan telah melakukan pemborosan dan tidak layak untuk dilaksanakan atau dilanjutkan.

Kecukupan, dalam kebijakan dapat dikatakan bahwa tujuan yang sudah dicapai telah dirasakan mencukupi dalam berbagai hal. Kecukupan (*adequacy*) berkenaan dengan seberapa jauh tingkat efektivitas memuaskan keperluan, nilai atau peluang. Kecukupan masih berhubungan dengan efektivitas dengan mengukur atau memprediksi seberapa jauh alternatif dapat memuaskan keperluan, nilai atau kesempatan menyelesaikan masalah yang terjadi. Berbagai masalah bisa terjadi akibat kebijakan sehingga disimpulkan bahwa suatu masalah menjadi masalah baru akibat kebijakan. Hal ini berarti bahwa sebelum suatu produk kebijakan disahkan dan dilaksanakan harus ada analisis kesesuaian metoda yang akan dilaksanakan dengan sasaran yang akan dicapai, apakah caranya sudah benar atau menyalahi aturan atau teknis pelaksanaan.

Pemerataan dalam kebijakan publik memiliki arti dengan keadilan yang diberikan dan diperoleh sasaran kebijakan. Kriteria kesamaan (*equity*) erat hubungannya dengan rasionalitas, legal dan sosial yang menunjuk pada distribusi akibat dan usaha antara kelompok yang berbeda dalam masyarakat. Kebijakan yang berorientasi pada

pemerataan adalah kebijakan yang akibatnya atau usaha secara adil didistribusikan. Program tertentu mungkin dapat efektif, efisien dan mencukupi apabila biaya dan manfaat merata. Seberapa jauh kebijakan dapat memaksimalkan kesejahteraan sosial, hal ini dapat dicari melalui beberapa cara seperti: a) Memaksimalkan kesejahteraan individu. Analisis berusaha memaksimalkan kesejahteraan individu secara simultan. Hal ini menuntut peringkat preferensi transitif tunggal dikonstruksikan berdasarkan nilai semua individu; b) Melindungi kesejahteraan minimum. Di sini analisis mengupayakan peningkatan kesejahteraan sebagian orang dan pada saat yang sama melindungi posisi orang-orang yang dirugikan (*worst off*). Pendekatan ini didasarkan pada kriteria Pareto yang menyatakan bahwa keadaan sosial dikatakan lebih baik dari yang lainnya jika paling tidak ada satu orang yang diuntungkan atau dirugikan; c) Memaksimalkan kesejahteraan bersih. Di sini analisis berusaha meningkatkan kesejahteraan bersih tetapi mengasumsikan bahwa perolehan yang dihasilkan dapat digunakan untuk mengganti bagian yang hilang. Pendekatan ini didasarkan pada kriteria *Kaldor-Hicks*: Suatu keadaan sosial lebih baik dari yang lainnya jika terdapat perolehan bersih dalam efisiensi dan jika mereka yang memperolehnya dapat menggantikan mereka yang kehilangan. Untuk tujuan praktis kriteria yang tidak mempersyaratkan bahwa yang kehilangan secara nyata memperoleh kompensasi ini, mengabaikan isu pemerataan; d) Memaksimalkan kesejahteraan redistributif. Di sini analisis berusaha memaksimalkan manfaat redistributif untuk kelompok terpilih, misalnya mereka yang secara rasial merasakan ketidakadilan. Salah satu kriteria redistributif dirumuskan filsuf John Rawls: Suatu situasi sosial dikatakan lebih baik dari yang lainnya, jika menghasilkan pencapaian keadilan yang dirasakan anggota masyarakat yang merasa dirugikan.

Responsivitas, dalam kebijakan diartikan sebagai respons dari suatu aktifitas. Hal ini berarti tanggapan sasaran kebijakan atas penerapan kebijakan. Responsivitas berkenaan dengan seberapa jauh kebijakan dapat memuaskan, preferensi atau nilai kelompok masyarakat tertentu. Keberhasilan kebijakan dapat dilihat melalui tanggapan masyarakat terhadap pelaksanaan sesudah terlebih dahulu

memprediksi pengaruh yang akan terjadi jika kebijakan dilaksanakan. Juga tanggapan masyarakat setelah dampak kebijakan mulai dirasakan dalam bentuk dukungan/penolakan. Kriteria responsivitas penting, karena analisis menemukan yang dapat memuaskan semua kriteria lainnya (efektivitas, efisiensi, kecukupan, kesamaan) masih gagal jika belum menanggapi keperluan aktual dari kelompok yang semestinya diuntungkan dari adanya kebijakan. Oleh karena itu, kriteria responsivitas adalah cerminan nyata keperluan, preferensi dan nilai dari kelompok tertentu terhadap kriteria efektivitas, efisiensi, kecukupan dan kesamaan.

Ketepatan, merujuk pada nilai atau harga dari tujuan kebijakan dan pada kuatnya asumsi yang melandasi tujuan-tujuan tersebut. Kriteria yang dipakai untuk menseleksi sejumlah alternatif untuk dijadikan rekomendasi dengan menilai apakah hasil dari alternatif yang direkomendasikan tersebut merupakan pilihan tujuan yang layak. Kriteria kelayakan dihubungkan dengan rasionalitas substantif, karena kriteria ini menyangkut substansi tujuan bukan cara atau instrumen untuk merealisasi tujuan.

Berdasarkan uraian di atas, evaluasi dampak kebijakan dalam penelitian ini adalah suatu evaluasi terhadap pelaksanaan kebijakan seperti SKPI yang sudah diberlakukan organisasi profesi dengan cara mengevaluasi aspek dampak kebijakan meliputi efektivitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas dan ketepatan pelaksanaan kebijakan ditinjau dari aspek masyarakat sebagai sasaran kebijakan.

## **7. Evaluasi Terhadap Dampak Kebijakan**

Winarno (2012) menyampaikan bahwa evaluasi dampak memberi perhatian lebih besar kepada *output* dan dampak kebijakan dibanding proses pelaksanaannya, meskipun proses pelaksanaan tidak dikesampingkan dari penelitian evaluatif. Dampak yang diharapkan mengandung pengertian bahwa ketika kebijakan dibuat, pembuat kebijakan memetakan dampak apa yang akan terjadi. Di antara dampak yang diduga akan terjadi dampak yang diharapkan dan yang tak diharapkan. Pada akhir implementasi dinilai pula dampak yang tak terduga, di antaranya ada yang diharapkan dan tak diharapkan.

Peramalan, proses pembuatan kebijakan ada tahapan yang sangat penting, yakni peramalan atau *forecasting*. Kebijakan dimaksudkan menciptakan kondisi tertentu di masa depan, dan usaha penciptaan itu terkait erat dengan perkembangan lingkungan, baik sebagai sasaran perubahan kondisi maupun sekaligus sebagai penyedia sumber daya, maka peramalan merupakan tahap yang penting. Ketidaktepatan peramalan yang terwujud sebagai *overestimating* maupun *underestimating*, dapat menjadikan kebijakan yang dibuat tidak efektif. Contoh SKPI kurang memuaskan penerima layanan keperawatan. Tadinya diramalkan bahwa kompetensi perawat yang sudah ditetapkan akan memuaskan kostumer pelayanan keperawatan sebagai penerima layanan. Namun dengan perbedaan budaya individu, keluarga dan masyarakat serta perbedaan persepsi antar individu akibat perbedaan pengetahuan, agama dan sebagainya yang menggagalkan ramalan keberhasilan dari SKPI tersebut. Peramalan atau *forecasting* dapat dipandang sebagai bentuk evaluasi, yakni evaluasi yang dilakukan sebelum kebijakan ditetapkan dan diterapkan. Istilah lain dari evaluasi semacam ini adalah *estimating*, *assessment*, prediksi atau prakiraan. Evaluasi pada tahap pra kebijakan ini dapat berupa prediksi tentang *output* kebijakan maupun dampaknya.

Pembahasan berikut tentang *assessment* terhadap dampak kebijakan, khususnya dampak sosial. Untuk mudahnya digunakan istilah yang cukup populer, yaitu Analisis Dampak Sistem (ADS). Pada karakteristik ADS, beberapa sifat dituntut dalam penelitian, ADS sebagai kerja intelektual harus bersifat empiris, tidak biasa, rasional, handal dan sah. ADS dilakukan secara logika empiris. Analisis bersifat empirik dalam arti bahwa penilaian yang dilakukan tidak hanya bersifat spekulatif hipotetik atau asumtif-teoritik, namun perlu diuji atau dikuatkan dengan data, setidaknya hasil penelitian yang pernah dilakukan. Selanjutnya, karena analisis dilakukan terhadap alternatif yang tersedia, di mana hasilnya nanti adalah pemilihan alternatif yang paling tepat atau baik, maka harus bersikap tidak memihak terhadap salah satu alternatif. Maksudnya, sebelum analisis dilakukan, maka tidak menentukan atau memilih alternatif mana yang dianggap baik. Sementara menjaga validitas hasil analisis, prosedur analisis pun

hendaknya handal atau reliabel, dan data atau informasi yang dihimpun akurat. Ketika data dari birokrasi pemerintah kurang dapat diandalkan validitasnya, terutama jika data diperoleh dari buku laporan bawahan kepada atasan. Akhirnya, analisis dilakukan secara rasional, dalam arti sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan di hadapan pakar yang diakui otoritasnya. ADS dengan karakteristik tadi dapat bermanfaat apabila proses pembuatan kebijakan bersifat rasional. Kebijakan yang dianalisis perlu memiliki tujuan maupun alternatif tindakan yang jelas, di samping *policy maker* yang terbuka untuk dikritik. Demikian juga dengan kriteria yang jelas tanpa standar ganda untuk mengevaluasi alternatif, sehingga secara obyektif memilih alternatif terbaik. Apabila kebijakan dibuat dengan pertimbangan yang kurang obyektif maka ADS sukar dilaksanakan. Analisis semacam ini dipaksakan memberi legitimasi "ilmiah" terhadap kebijakan. Jika analisis dilakukan secara rasional, maka hasil mungkin tidak dimanfaatkan pembuat kebijakan.

Langkah ADS: Secara vertikal memetakan jenis-jenis dampak yang mungkin terjadi dan secara horisontal melihat maupun memprediksi kecenderungan reaksi yang diberikan subyek yang terkena dampak. Kemudian secara komprehensif merumuskan penyesuaian kebijakan yang harus dilakukan *policy maker*. Analisis perlu membatasi alternatif kebijakan yang akan dievaluasi. Kebijakan bisa memiliki alternatif yang tidak terbatas, yang tidak mungkin dianalisis semuanya. Oleh karena itu, terlebih dahulu analisis perlu secara konseptual menentukan alternatif kebijakan yang potensial, untuk diimplementasikan. Cara termudah memfokuskan alternatif kebijakan adalah dengan menjawab pertanyaan "Aspek apa dan mengenai kelompok sosial mana yang perlu dikaji?" Sebagai contoh, ada rencana mengubah SKPI. Pertanyaannya adalah "Apakah perubahan SKPI betul-betul diperlukan? Mengapa?"; "Kompetensi apa yang diubah?" Sesudah ditentukan apa yang diubah perlu dicermati, maka pertanyaannya adalah "Memang perlu sekaligus perubahan ini? Mengapa?" Jika jawabannya positif, barulah dilakukan analisis terhadap aspek teknis, dampaknya terhadap masyarakat dan juga kemungkinan peningkatan peruntukan atau pemanfaatan kompetensi.

Beberapa kriteria yang dapat dipakai untuk memilih dampak yang dijadikan fokus analisis: a) Peluang terjadinya dampak; b) Jumlah orang yang akan terkena dampak; c) Untung-rugi yang diderita subyek dampak; d) Ketersediaan data untuk melakukan analisis; e) Relevansi terhadap kebijakan; dan f) Perhatian publik terhadap dampak. ADS dimulai dengan menetapkan kebijakan yang akan dianalisis. Teknologi apa yang dipakai dalam kebijakan dan bagaimana langkah-langkah implementasinya. Kajian isi kebijakan selain dilakukan terhadap aspek teknologinya juga terhadap aspek manajemen programnya, kemudian dianalisis dampak secara teoretik yang dapat terjadi. Demikian juga dengan analisis dampak lingkungan pada umumnya.

Langkah berikut, mendeskripsikan dampak sosial kebijakan. Jika pada langkah pertama sudah dianalisis dampak secara global, maka dalam langkah berikut secara spesifik dan rinci dianalisis dampak sosial. Dalam hal ini ada dua kategori yang harus dianalisis, yakni unit yang terkena dampak dalam arti unit sosial yang terkena dampak dan jenis/aspek dampak dalam arti bidang kehidupan yang terkena dampak. Selanjutnya penentuan respons individu maupun kelompok yang menjadi unit dampak. Sikap terhadap kebijakan secara keseluruhan dianalisis pada tahap berikutnya. Selain sikap unit dampak, perlu dikaji sikap masyarakat serta pengguna atau manfaat SKPI dan sikap pelaku kebijakan. Akibat sikap dan pandangan yang tidak selalu homogen setelah melihat sikap kelompok terhadap SKPI, analisis perlu melihat adaptasi terhadap SKPI dan usaha yang dilakukan terutama dari kalangan pembuat dan pemodifikasi SKPI.

Informasi yang diperoleh dari beberapa langkah di atas dimanfaatkan untuk merumuskan beberapa tindakan penyesuaian kebijakan (*policy adjustments*) yang dipandang perlu. Pada rumusan ini bisa dilakukan penyesuaian terhadap tujuan kebijakan itu sendiri, maupun hanya terhadap waktu pelaksanaan serta syarat dari prosedurnya. Penyesuaian kebijakan juga dimaksudkan untuk lebih merinci kebijakan, misalnya perlu diperjelas regulasi dan persyaratan lainnya, serta memberi tambahan instrumen kebijakan seperti bantuan terhadap dampak, menyediakan saluran kontrol sosial, dan menambah fasilitas lain.

## **8. Indikator Evaluasi Kebijakan**

Berdasarkan jenis evaluasi kebijakan yang dikemukakan Winarno (2012) bahwa jenis evaluasi kebijakan sistematis, maka jenis kebijakan ini melihat secara obyektif program kebijakan yang dijalankan untuk mengukur dampaknya bagi masyarakat dan melihat seberapa jauh tujuan yang sudah dinyatakan tercapai. Jenis evaluasi kebijakan sistematis dalam penelitian dimaksudkan mengukur pelaksanaan SKPI sesuai tujuan yang ditetapkan. Tujuan kebijakan sebagaimana tertuang dalam SKPI, PPNI (2009):

### **a. Tujuan Umum**

Sebagai acuan berbagai pihak tentang standar minimum Kompetensi Perawat Indonesia.

### **b. Tujuan Khusus**

- 1) Pedoman minimum bagi perawat dalam menjalankan peran profesinya.
- 2) Pedoman minimum bagi institusi pendidikan menyelenggarakan pendidikan tinggi keperawatan melalui kurikulum.
- 3) Pedoman minimum bagi industri atau dunia usaha bidang kesehatan dalam menentukan perencanaan, pendayagunaan dan pengembangan kompetensi Perawat pada Institusi kesehatan.
- 4) Pedoman minimum SKPI bagi pemerintah menetapkan kebijakan bidang keperawatan/kesehatan.

## **B. Konsep Kebijakan Yang Dievaluasi**

Sebelum menjelaskan kebijakan tentang SKPI, ada baiknya dijelaskan terlebih dahulu beberapa hal tentang kebijakan umum berikut:

### **1. Kebijakan Publik**

#### **a. Pengertian Kebijakan Publik**

Menurut Indiahono D (2009), kebijakan publik dalam kerangka substantif adalah segala aktivitas yang dilakukan untuk memecahkan

masalah publik yang dihadapi. Dengan membawa kebijakan publik ke ranah upaya pemecahan masalah publik maka administrasi publik akan lebih terasa. Pengertian ini menekankan bahwa kebijakan publik merupakan upaya yang ditempuh untuk menyelesaikan masalah publik, melalui perencanaan manajemen yang baik sehingga organisasi dapat melihat keadaan ke depan, memperhitungkan kemungkinan yang akan terjadi, serta menjabarkan kegiatan dan membuat urutan prioritas utama yang ingin dicapai.

Nugroho R (2014) menyampaikan bahwa kebijakan publik merupakan jalan mencapai tujuan bersama yang dicita-citakan. Jika cita-cita bangsa mencapai masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila (Ketuhanan, Kemanusiaan, Persatuan, Demokrasi dan Keadilan) dan UUD 1945 berdasar hukum dan tidak semata-mata kekuasaan, maka kebijakan publik merupakan seluruh prasarana dan sarana untuk mencapai tujuan.

Lutfhi J K & Mustafa (2012) menyampaikan definisi kebijakan publik diklasifikasikan dalam empat hal. Pertama, definisi kebijakan publik dalam lapis pemaknaan sebagai proses *decision making*. Kedua, kebijakan publik sebagai proses manajerial. Kebijakan publik diartikan sebagai rangkaian kerja pejabat publik membuat dan menerapkan kebijakan. Ketiga, definisi kebijakan publik yang dikategorikan sebagai bentuk kerja sistem sosial dalam masyarakat. Keempat, pendefinisian kebijakan publik yang masuk dalam lapis pemaknaan interaksi antara negara dan rakyat.

Berdasarkan beberapa definisi di atas disimpulkan bahwa kebijakan publik merupakan serangkaian tindakan yang dilaksanakan atau tidak dilaksanakan pemerintah yang memiliki tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu untuk kepentingan seluruh masyarakat. Kebijakan pemerintah merupakan pengalokasian nilai-nilai kekuasaan untuk seluruh masyarakat yang keberadaannya mengikat, sehingga cukup pemerintah yang dapat melakukan sesuatu dengan sah untuk masyarakat dan bentuk dari sesuatu yang dipilih pemerintah tersebut merupakan pengalokasian nilai-nilai kepada masyarakat.

**b. Ciri-Ciri Kebijakan Publik**

Kebijakan merupakan upaya yang dilakukan dengan langkah logis untuk mencapai tujuan yang ditetapkan pada masa mendatang dengan mempertimbangkan kemungkinan yang terjadi dan menggunakan sumber daya yang tersedia. Suharno (2010) menyampaikan bahwa kebijakan publik memiliki ciri-ciri: 1) Kebijakan publik lebih merupakan tindakan yang mengarah pada tujuan daripada perilaku atau bukan tindakan serba acak dan kebetulan, melainkan tindakan yang direncanakan; 2) Kebijakan publik pada hakekatnya terdiri atas tindakan-tindakan yang saling berkaitan dan berpola mengarah pada tujuan tertentu yang dilakukan pejabat pemerintah bukan merupakan keputusan yang berdiri sendiri. Misalnya: Kebijakan tidak hanya mencangkup keputusan membuat Undang-Undang dalam bidang tertentu, akan tetapi diikuti keputusan berkaitan dengan implementasi dan pemaksaan pemberlakuannya; 3) Kebijakan bersangkut paut dengan apa yang dilakukan pemerintah dalam bidang-bidang tertentu, dalam arti setiap kebijakan pemerintah diikuti tindakan-tindakan konkrit; 4) Kebijakan publik berbentuk positif maupun negatif. Bentuk positif, kebijakan mencakup beberapa bentuk tindakan pemerintah yang dimaksudkan mempengaruhi masalah tertentu, sementara bentuk negatif, kebijakan meliputi keputusan para pejabat pemerintah untuk tidak bertindak atau tidak melakukan apapun dalam masalah-masalah di mana campur tangan pemerintah justru diperlukan.

**c. Isu/Masalah Publik**

Dwiyanto I (2009), menyampaikan bahwa masalah publik yang melibatkan orang lain dan penyelesaiannya dapat mempengaruhi berbagai pihak secara luas, termasuk negara. Penyelesaian masalah publik dilakukan kebijakan pemerintah yang diharapkan mampu mengatasi masalah publik. Masalah publik perlu diatasi dengan melakukan beberapa langkah seperti: a) Pencarian masalah yakni tahap mengenali akar masalah. Masalah publik melibatkan banyak pihak, maka pemerintah perlu menilik secara serius apa sebenarnya permasalahannya; b) Pendefinisian masalah, merangkum permasalahan

yang dikemukakan sebagai pihak menjadi satu permasalahan formal; c) Spesifikasi masalah, sesudah merangkum seluruh permasalahan, langkah selanjutnya mempertimbangkan masalah mana yang harus diselesaikan terlebih dahulu dengan memperhatikan karakteristik masalah dan sumber daya yang dimiliki; d) Agenda pemerintah, sesudah ditetapkan masalah mana yang harus diselesaikan terlebih dahulu, barulah ditetapkan menjadi agenda pemerintah dan segera dibentuk kebijakan yang nantinya akan menyelesaikan masalah public tersebut.

#### **d. Proses Kebijakan Publik**

Dwiyanto I (2009) menyampaikan bahwa proses politik kebijakan adalah proses melegitimasi kebijakan publik dengan menyandarkan pada proses pembahasan kebijakan di lembaga politik yang diakui. Jika lembaga politik benar-benar menampung aspirasi publik, maka kebijakan yang direkomendasikan tidak mengalami hambatan untuk dilegitimasi menjadi suatu kebijakan publik. Proses politik kebijakan publik meliputi: 1) Pernyataan kebijakan yang merupakan pernyataan pemerintah atas suatu kebijakan yang diambil untuk menyelesaikan masalah publik tertentu. Setiap pernyataan kebijakan mendapatkan pernyataan legitimasi dari pihak hukum. Pernyataan kebijakan diketahui publik dengan sebaik-baiknya, sehingga dibutuhkan proses sosialisasi secara detail. 2) Implementasi kebijakan, apakah kebijakan yang disusun dilaksanakan seperti yang direncanakan, benar-benar teraplikasi di lapangan dan benar-benar mampu mengatasi masalah publik. 3) Evaluasi kebijakan, menilai keberhasilan/kegagalan kebijakan berdasarkan indikator yang ditentukan. Apabila kebijakan dinyatakan gagal mengatasi permasalahan publik, maka akan dibuat kebijakan baru dan belajar dari pengalaman sebelumnya. Ini yang disebut analisis kebijakan yang dinamis.

William N. Dunn (2003) menyampaikan tahapan kebijakan publik:

**a. Penyusunan Agenda**

*Agenda setting* merupakan fase dan proses yang sangat strategis dalam realitas kebijakan publik. Proses ini memiliki ruang memaknai masalah publik dan prioritas dalam agenda publik untuk dipertaruhkan. Jika isu berhasil mendapatkan status sebagai masalah publik, dan mendapatkan prioritas dalam agenda publik, maka isu tersebut berhak mendapatkan alokasi sumber daya publik yang lebih daripada isu lain.

**b. Formulasi kebijakan**

Masalah yang masuk dalam agenda kebijakan dibahas para pembuat kebijakan. Masalah-masalah didefinisikan dan dicari pemecahan terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan yang ada. Sama halnya dengan perjuangan suatu masalah untuk masuk dalam agenda kebijakan, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah.

**c. Adopsi/Legitimasi Kebijakan**

Tujuan legitimasi untuk memberi otorisasi pada proses pemerintahan. Jika tindakan legitimasi di masyarakat diatur kedaulatan rakyat, warga negara akan mengikuti arahan pemerintah, namun warga negara harus percaya bahwa tindakan pemerintah yang sah mendukung pelaksanaan kebijakan. Legitimasi dikelola melalui manipulasi simbol-simbol tertentu, di mana melalui proses ini orang belajar mendukung pemerintah.

**d. Penilaian/Evaluasi Kebijakan**

Secara umum evaluasi kebijakan dikatakan sebagai kegiatan menyangkut ramalan atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini, evaluasi dipandang sebagai kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan kebijakan, program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah, implementasi maupun tahap dampak kebijakan.

## **2. Standar**

### **a. Pendahuluan**

Standardisasi merupakan usaha bersama untuk membentuk standar. Standar adalah aturan, biasanya digunakan sebagai penuntun tetapi juga berupa kewajiban (paling sedikit dalam praktik), memberi batasan spesifik dan penggunaan objek atau karakteristik proses dan/atau karakteristik metode. Tujuan standar digambarkan sebagai berikut: Jika seluruh dunia memproduksi masing-masing alat kesehatan/keperawatan sehingga peralatan dan prosedur berbeda-beda, maka tidaklah mungkin berbagai alat dan prosedur serasi satu sama lainnya. Bilamana setiap lokasi pelayanan dapat memproduksi alat dan prosedur semauanya tanpa memperhatikan lembaga dan daerah lain, maka dapat terjadi kekacauan. Masing-masing pelayanan dengan alat yang tidak setara dengan alat produk lainnya, terjadi pembuangan uang, waktu, tenaga. Pasaran terpecah menjadi segmen kecil, masing-masing dikuasai produk tertentu. Akhirnya terjadi kemacetan. Sebaliknya bila masing-masing lembaga dan negara membuat alat kesehatan/keperawatan dengan prosedur sesuai model dan aturan yang disepakati bersama, maka ini disebut standardisasi sehingga pembakuan tersebut akan menyederhanakan produksi, memperluas pasar, produk bertukarkan dengan produk lain serta saling terkoneksi satu sama lain.

Standardisasi dalam bidang informasi ilmu pengetahuan dan dan kompetensi perawat tidak kalah penting dengan standardisasi bidang lain, bahkan standardisasi mutlak diperlukan karena kerjasama antar lembaga pelayanan kesehatan di dalam maupun di luar negeri mutlak dilakukan. Standardisasi berdampak terhadap alat, prosedur maupun perlengkapan. Standardisasi juga menyederhanakan dan merasionalisasi metode dan teknik serta mengharmoniskan produk pelayanan. Keharmonisan produk/prosedur ini memudahkan operasional tindakan keperawatan, dokumentasi, mengurangi biaya, menurunkan waktu tunda serta memungkinkan pertukaran pelayanan dan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat dunia.

Dalam dunia pelayanan kesehatan, dengan semakin banyaknya badan, media dan orang yang mengambil bagian dalam pelayanan

kesehatan/keperawatan serta komunikasi ilmiah dalam keperawatan, maka besar peluang akan terjadi kesalahpahaman bilamana masing-masing menggunakan standar sendiri-sendiri. Di samping itu dalam pengolahan informasi serta prosedur pelayanan kesehatan perlu dilakukan pengolahan dokumen secara efisien dan murah sehingga dalam pelayanan kesehatan pun diperlukan standardisasi. Dengan demikian standardisasi merupakan proses perumusan dan penerapan peraturan yang disepakati bersama dengan rancangan teratur dalam aktivitas khusus demi manfaat dengan kerjasama semua pihak terikat, khususnya untuk promosi kesehatan dan ekonomi keseluruhan yang optimum dengan mempertimbangkan kondisi fungsional dan tuntutan keselamatan.

#### **b. Definisi Standar**

Sujayanto G (2016), menyampaikan bahwa standar berasal dari bahasa Prancis Kuno artinya titik tempat berkumpul, dalam bahasa Inggris Kuno merupakan gabungan kata *standan* artinya berdiri dan *or* (juga bahasa Inggris Kuno) artinya titik. Merriam-Webster (2000) kemudian menyerap dalam bahasa Inggris sebagai kata *standard*. Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak terkait memperhatikan syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan, perkembangan Iptek serta pengalaman dan perkembangan masa kini dan masa mendatang untuk memperoleh manfaat optimal.

Kamus Oxford (2016) memberikan beberapa definisi standar: a) Standar adalah dasar peningkatan untuk mencapai derajat terbaik; b) Standar memberi dasar perbandingan; c) Standar adalah suatu catatan minimum di mana terdapat kelayakan isi; d) Standar adalah sebagai model yang dapat ditiru; e) Standar digunakan untuk menilai diri sendiri; f) Standar sebagai suatu patokan pencapaian yang didasarkan kepada tingkat keinginan terbaik; g) Standar merupakan keadaan ideal atau tingkat pencapaian tertinggi dan sempurna yang digunakan sebagai batas penerimaan minimal; h) Standar adalah spesifikasi dari fungsi dan tujuan yang harus dipenuhi suatu sarana pelayanan agar pemakai jasa

pelayanan dapat memperoleh keuntungan maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan; i) Standar adalah tujuan produksi yang numerik. Lazimnya ditetapkan secara sendiri namun bersifat meningkat yang dapat dipakai sebagai pedoman memisahkan yang tidak dapat diterima atau buruk dengan yang dapat diterima atau baik.

Standar diartikan sebagai ukuran atau patokan yang disepakati, sedangkan kompetensi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja (*performance*) yang ditetapkan. Standar kompetensi perawat merefleksikan kompetensi yang harus dimiliki seseorang untuk memberikan asuhan keperawatan profesional. Standar Kompetensi Perawat Indonesia (SKPI) setara dengan standar internasional. Dengan demikian perawat Indonesia mendapatkan pengakuan yang sama dengan perawat dari negara lain.

*ISO (Internasional Standardization for Organization)* menyampaikan batasan standar sebagai .... *a document, established by consensus and approved by a recognized body, that provides, for common and repeated use, rules, guidelines or characteristics for activities or their results, aimed at the achievement of the optimum degree of order in a given context ...* Standar hendaknya berdasarkan hasil iptek dan pengalaman yang telah terkonsolidasi dan bertujuan meningkatkan manfaat komunitas yang optimum (*ISO/IEC, 2004*). Dari kata standar muncul kata standardisasi artinya proses merumuskan, menetapkan, menerapkan dan merevisi standar, yang dilaksanakan secara tertib melalui kerjasama dengan semua pihak yang berkepentingan.

### **c. Tujuan standar**

Basuki S. (2013), dengan memperhatikan definisi standar maka standar bertujuan: 1) Mengupayakan pengembangan, efektifitas dan efisiensi pelayanan yang cepat, tepat, aman dan bermanfaat optimal; 2) Memfasilitasi pelayanan masyarakat nasional dan dunia yang lebih adil; 3) Menjadi pegangan teknis pemerintah untuk keselamatan kesehatan, legislasi lingkungan dan assesmen konformitas atau

penyetaraan; 4) Berbagi kemajuan teknologi dan praktik manajemen pelayanan yang baik; 5) Memencarkan, menyempurnakan dan mempercepat waktu produk masuk pasar serta jasa yang berasal dari inovasi; 6) Menjaga konsumen dan pemakai secara umum, khususnya menyangkut produk dan jasa; 7) Membuat hidup lebih nyaman dan lebih sederhana karena adanya pemecahan masalah bersama.

#### **d. Apa yang dilakukan standar**

Keberadaan standar menjamin produk dan jasa yang kita inginkan bersama, misalnya menyangkut mutu, lingkungan yang baik, keamanan, keandalan, efisiensi dengan biaya yang ekonomis. Seharusnya produk dan jasa memenuhi harapan masyarakat, Namun bila tidak ada standar, maka akan segera tampak. Produk bermutu rendah, tidak cocok dengan produk lainnya, tidak serasi dengan perlengkapan yang digunakan, berbahaya atau tidak dapat dipercaya. Bila produk dan jasa berjalan lancar maka hal itu karena memenuhi standar. Contoh: Peraut pensil harus sesuai dengan pensil yang diraut, bagaimana kalau lubang peraut tidak setara dengan besar pensil?

#### **e. Sasaran Standar**

Standar yang berlaku di suatu negara sering disebut standar nasional, dikeluarkan oleh badan standar masing-masing negara. Contoh di Indonesia oleh Badan Standardisasi Nasional (BSN), American National Standards Institute (ANSI), Deutsches Institute fur Normung (DIN), *British Standard Institute (BSI)* dll. Pada tingkat internasional dikenal *International Organization for Standardization*, lebih dikenal dengan singkatan *ISO*. Standar *ISO* memberi manfaat teknologi, ekonomi masyarakat berikut: 1) Untuk bisnis, pemencaran standar *ISO* memungkinkan pemasok mengembangkan, memberi produk dan jasa sesuai spesifikasi yang diterima di pasar internasional. Bisnis yang menggunakan standar *ISO* mampu bersaing di pasar dunia. 2) Inovator teknologi baru, standar *ISO* menyangkut aspek terminologi, keserasian atau kompatibilitas dan keselamatan mempercepat pemencaran inovasi dan pengembangannya dalam produk yang dapat dimanufaktur dan terpasarkan. 3) Untuk

konsumen seluruh dunia, kompatibilitas teknologi sejagad raya tercapai bila produk dan jasa didasarkan pada standar *ISO*, dengan demikian konsumen memperoleh banyak pilihan. Misalnya pisau operasi berbagai merek namun standarnya sama akan menguntungkan konsumen karena konsumen dapat memilih berbagai merek namun standarnya sama. Konsumen juga memperoleh keuntungan karena produsen bersaing untuk memasarkan produknya. 4) Untuk pejabat perdagangan, standar internasional membuat lapangan permainan selaras bagi semua kompetitor pada pasar yang sama, misalnya para pesaing memasarkan *foley catheter* yang sesuai standar internasional di semua negara. Bila ada negara atau kawasan yang menggunakan standar yang berbeda maka hal itu merupakan hambatan bagi perdagangan. Standar merupakan sarana teknis bagi penerapan kesepakatan perdagangan. 5) Bagi pemerintah, standar internasional merupakan landasan teknologi dan ilmiah yang mendukung legislasi kesehatan, keselamatan dan lingkungan. Contohnya standar pendingin udara versi Uni Eropa R2 kini diterapkan pada hampir semua kendaraan bermotor. 6) Bagi negara berkembang, standar internasional yang mewakili konsensus internasional menyangkut keadaan terkini merupakan sumber pengetahuan. Standar internasional memberi batasan karakter jasa dan produk yang diharapkan memenuhi kebutuhan ekspor maka negara berkembang berpacu memenuhi standar internasional. 7) Bagi konsumen, kesetaraan atau konformitas produk dan jasa dengan standar internasional dapat menjamin kualitas, keamanan dan keandalan produk dan jasa. 8) Bagi siapa saja, standar internasional menjamin bahwa angkutan, mesin, alat dan kebijakan yang digunakan adalah aman.

Untuk dunia, standar internasional menyangkut emisi gas, radiasi dan aspek lingkungan produk mampu menyumbang upaya melestarikan lingkungan. Standardisasi terminologi memungkinkan transfer teknologi lebih mudah dan lebih aman. Konsensus terminologi merupakan tahap penting dalam kemajuan teknologi dan pemencaran inovasi. Standardisasi dalam bidang perbankan, telepon, kesehatan dan lain lain membuat hidup lebih nyaman. Kartu kredit memiliki dimensi yang sama di mana-mana sehingga pemakai dapat menggunakan ATM

dengan nyaman. Bagi penyandang cacat, tanpa standardisasi mereka akan mengalami kesulitan menggunakan transportasi publik atau akses ke gedung karena lebar rampa (*ramp*) tidak sama. Simbol yang dibakukan mampu memberi informasi dan peringatan melewati tapal batas linguistik, misalnya rambu lalu lintas mengenai bahaya tanah longsor dipahami di mana saja karena sudah dibakukan. Standardisasi protokol komputer memungkinkan produk berbagai penjaja (*vendor*) berbicara dengan produk lainnya. Tanpa kesepakatan internasional yang termuat dalam standar *ISO* menyangkut kuantitas dan unit metrik maka perdagangan menghadapi hambatan.

#### **f. Tahap pembuatan standar**

Pembuatan standar baik pada tingkat *ISO* maupun Indonesia, lazimnya ada enam tahap: 1) Tahap pengusulan, pemangku kepentingan mengajukan permintaan tentang perlunya standar dalam bidangnya. Misalnya pihak pemangku kepentingan pelayanan kesehatan memerlukan standar kompetensi perawat. Kegiatan ini sering disebut “*call for proposal*.” 2) Tahap persiapan. *ISO* atau BSN membentuk panitia terdiri dari pakar untuk menyusun naskah kerja, di dalamnya termasuk kajian apakah usulan yang diajukan sudah sesuai kebutuhan, apakah layak dari segi teknis. 3) Tahap Komisi, dibuat naskah kerja, namun sudah menyerupai naskah standar, diedarkan di kalangan komisi untuk ditelaah dan disetujui. Bila komisi merasa naskah baik menangani masalah yang dibahas maka ditingkatkan ke tahap berikutnya. 4) Tahap permintaan pendapat (*inquiry*). Disebarkan ke anggota serta publik yang berminat memperoleh masukan. 5) Tahap persetujuan, dimintakan pendapat dari anggota komisi dan masyarakat. Bila pernyataan setuju di atas kuorum, maka naskah dijadikan naskah final komisi. 6) Tahap publikasi, naskah dijadikan standar lalu diberi nomor dan diikuti tahun publikasi.

#### **g. Bentuk standar**

Standar dapat berupa standar fisik artinya dapat diukur dan dihitung (dimensi tetap) dan/atau standar intelektual yaitu kualitatif (merupakan definisi). Terdapat beberapa jenis standar: 1) Ukuran; 2)

Kualitas; 3) Definisi, kosakata, istilah dan simbol yang dibakukan, misalnya standar untuk transliterasi, simbol; 4) Metode dan prosedur yang dibakukan (misalnya peraturan baku guna menangani sesuatu secara khusus, standar atau panduan penyusunan *thesaurus*).

Standar berfungsi sebagai pemandu atau patokan, seringkali hanya diterapkan pada aspek penting dari suatu produk atau proses sehingga pemakai dapat menyesuaikan dirinya. Tidak dapat dibantah bahwa adanya standardisasi memiliki keuntungan seperti menghemat waktu, uang dan tenaga.

Dalam setiap hal, pemakai harus memeriksa apakah terdapat suatu standar atau lebih yang dapat diterapkan bagi pemakai. Kadang-kadang pemakai harus memilih satu dari berbagai standar yang ada. Misalnya menyangkut standar mengenai sistem informasi internasional terdapat standar nasional maupun standar internasional. Standar yang memperoleh pengutamaan ialah standar yang paling banyak memberi sumbangan dalam mencapai tujuan dan/atau untuk efisiensi serta paling cocok dengan situasi masing-masing negara. Karena menyangkut situasi masing-masing negara, maka syarat penerapan standar, prosesnya serta penyesuaiannya perlu dipikir sungguh-sungguh sebelum diterima.

#### **h. Kriteria memilih standar**

Dalam memilih standar perlu mempertimbangkan kriteria misalnya: 1) Tingkat yang sesuai kebutuhan yang telah dirancang sebelumnya; 2) Kemudahan penerapan; 3) Instruksi standar yang tepat; 4) Pemakai mudah menerimanya; 4) Apabila diterapkan pada masyarakat yang berbeda-beda atau situasi tertentu akan mempunyai hasil yang sama.

Perubahan standar mencerminkan kebutuhan dan teknik baru. Bilamana standar tidak bermanfaat maka standar tersebut dapat diabaikan. Bilamana perlu, standar dapat diubah atau diganti dengan standar baru yang lebih tepat guna.

### **i. Syarat standar**

Standar memenuhi syarat seperti: 1) Berwibawa, artinya dipercaya dalam bentuk, isi dan sumbernya; 2) Dapat dijadikan alat pengukur jasa informasi; 3) Realistis, artinya standar tersebut dapat diterima masyarakat dan dapat dilaksanakan; 4) Mudah diperoleh, artinya pemakai dapat memperoleh standar dari berbagai tempat.

### **j. Asesmen kecocokan/konformitas (*conformity assessment*)**

Asesmen kecocokan (konformitas) artinya pengecekan bahwa jasa, produk, material, jasa, sistem, proses, orang mengukur sesuai spesifikasi standar atau spesifikasi yang relevan. Dewasa ini banyak produk mensyaratkan pengujian kecocokan dengan spesifikasi atau mengikuti ketentuan keselamatan atau peraturan lain sebelum dipasarkan. Panduan asesmen *ISO* merupakan konsensus internasional. Penggunaannya menghasilkan konsistensi assesmen konformitas sedunia sehingga mampu mendorong perdagangan internasional.

### **k. Urut-urutan standar**

Urut-urutan standar dimulai dari yang paling atas adalah sebagai berikut: 1) Standar; 2) Rekomendasi; 3) Peraturan, pedoman dan 4) Panduan, glosari, buku pegangan. Standar merupakan produk standardisasi *ISO* yang paling tinggi karena sudah memperoleh persetujuan nasional atau negara anggota. Di bawahnya adalah rekomendasi yang merupakan saran *ISO* bagi negara anggota. Karena sifatnya rekomendasi maka sebagai produk pembakuan, rekomendasi tidak harus diterima oleh negara anggota.

## **3. Kompetensi**

### **a. Pengertian Kompetensi**

Rustikayanti (2017) menyampaikan bahwa kompetensi adalah kemampuan menguasai dan melakukan suatu pekerjaan atau bagian dari pekerjaan secara kompeten. Kompetensi didefinisikan sebagai karakteristik dasar individu yang memiliki hubungan kausal atau sebab akibat dengan kriteria yang dijadikan acuan, efektif atau berpenampilan

superior di tempat kerja pada situasi tertentu. PPNI (2010) menguraikan kompetensi sebagai kemampuan yang dimiliki seseorang untuk melakukan suatu pekerjaan yang didasari pengetahuan, keterampilan dan sikap sesuai petunjuk kerja yang ditetapkan serta dapat terobservasi. Simamora (2008) mengatakan bahwa kompetensi merupakan kualitas pribadi atau kemampuan melaksanakan tugas yang diperlukan dengan kompeten.

Kompetensi menurut beberapa ahli disampaikan dalam [www.seputar-pengetahuan.co.id](http://www.seputar-pengetahuan.co.id) (2017) seperti: Stephen Robbin (2007), kemampuan seseorang mengerjakan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan, di mana kemampuan ini ditentukan dua faktor kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Suparno (2012), kecakapan yang memadai melakukan tugas atau memiliki keterampilan dan kecakapan yang diisyaratkan. Poerwadarminta (1993), kekuasaan (kewenangan) menentukan atau memutuskan suatu hal.

Van Looy, Van Dierdonck, dan Gemmel (1998), karakteristik manusia yang berhubungan dengan efektifitas performa, karakteristik ini dapat dilihat sebagai gaya bertindak, berperilaku, dan berpikir. UU No.13 (2003), kemampuan kerja setiap individu mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja sesuai standar yang ditetapkan. Sedarmayanti (2008), karakteristik mendasar yang dimiliki seseorang yang berpengaruh langsung terhadap, atau dapat memprediksi kinerja yang sangat baik.

Mitrani (2002), bagian kepribadian yang mendalam dan melekat pada seseorang serta perilaku yang dapat diprediksi pada berbagai keadaan dan tugas pekerjaan. Mangkunegara (2005), faktor mendasar yang dimiliki seseorang yang mempunyai kemampuan lebih, yang membuatnya berbeda dengan seseorang yang mempunyai kemampuan rata-rata atau biasa saja. Byars Dan Rue (1997), suatu sifat atau karakteristik yang dibutuhkan seorang pemegang jabatan agar dapat melaksanakan jabatannya dengan baik, dapat juga berarti karakteristik/ciri-ciri seseorang yang mudah dilihat termasuk pengetahuan, keahlian dan perilaku yang memungkinkan untuk bekerja. *Webstre's Ninth New Collegiate Dictionary* dalam Sri Lastanti (2005), keterampilan dari seorang ahli, di mana ahli didefinisikan sebagai

seseorang yang memiliki tingkat keterampilan tertentu atau pengetahuan tinggi dalam subyek tertentu yang diperoleh dari pelatihan dan pengalaman

Boyatzis dalam Hutapea & Thoha N (2008), kapasitas yang ada pada seseorang yang bisa membuat orang tersebut mampu memenuhi apa yang diisyaratkan pekerjaan dalam organisasi sehingga organisasi tersebut mampu mencapai hasil yang diharapkan. Spencer & Spencer dalam Palan (2007), sebagai karakteristik dasar yang dimiliki individu berhubungan secara kausal dalam memenuhi kriteria yang diperlukan dalam menduduki suatu jabatan. Fogg (2004), dibagi menjadi 2 yaitu kompetensi dasar (*threshold*) dan kompetensi pembeda (*differentiating*). Kompetensi dasar adalah karakteristik utama, yang biasanya berupa pengetahuan atau keahlian dasar seperti kemampuan membaca. Kompetensi pembeda adalah kompetensi yang membuat seseorang berbeda dari yang lain

Edaran kepala BKN No 46A (2003), kemampuan dan karakteristik yang dimiliki seorang PNS berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan melaksanakan tugas, sehingga PNS tersebut dapat melaksanakan tugas secara profesional, efektif dan efisien. Wibowo (2007), kemampuan melaksanakan atau melakukan pekerjaan atau tugas yang dilandasi keterampilan dan pengetahuan kerja yang dituntut pekerjaan tersebut.

#### **b. Karakteristik Kompetensi**

Moehariono (2014), menyampaikan karakteristik kompetensi sebagai berikut: 1) Motif, adalah sesuatu yang secara konsisten dipikirkan atau diinginkan seseorang yang akan menyebabkan munculnya suatu tindakan. Motif akan mengarahkan dan menseleksi sikap menjadi tindakan atau tujuan sehingga lain dari yang lain; 2) Bawaan, dapat berupa karakteristik fisik atau kebiasaan seseorang merespons situasi atau informasi tertentu. Contoh kompetensi bawaan adalah bertindak cepat dan tepat yang diperlukan perawat gawat darurat; 3) Pengetahuan Akademik, perawat memiliki informasi pada area yang spesifik. Pengetahuan merupakan kompetensi yang kompleks. Skor pada tes pengetahuan sering kali kurang bermanfaat

untuk memprediksi kinerja seseorang di tempat kerja karena sulitnya mengukur keperluan pengetahuan dan keahlian yang secara nyata digunakan dalam pekerjaan; 4) Keahlian (*skill*) adalah kemampuan melakukan aktivitas fisik dan mental. Kompetensi keahlian, mental atau kognitif meliputi pemikiran analitis (memproses pengetahuan atau data, menentukan sebab dan pengaruh, serta mengorganisasikan data dan rencana) juga pemikiran konseptual (pengenalan pola data yang kompleks).

### c. Manfaat Kompetensi

StudineWS (2017) menyampaikan bahwa manfaat kompetensi adalah: 1) Prediktor kesuksesan kerja, model kompetensi yang akurat akan dapat menentukan secara tepat pengetahuan dan ketrampilan apa saja yang dibutuhkan untuk berhasil dalam suatu pekerjaan. Jika seseorang pemegang posisi memiliki kompetensi yang dipersyaratkan pada posisinya maka ia bisa diprediksikan akan sukses. 2) Merekrut karyawan yang andal, jika telah berhasil menentukan kompetensi apa saja yang diperlukan posisi tertentu, maka dengan mudah dapat dijadikan kriteria dasar dalam rekrutmen karyawan baru. 3) Dasar penilaian dan pengembangan karyawan, indentifikasi kompetensi pekerjaan yang akurat juga dapat digunakan sebagai tolok ukur kemampuan seseorang.

## 4. Perawat

### a. Definisi Perawat

Harley (1997), perawat atau *nurse* berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, injuri dan proses penuaan. Perawat merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui pemerintah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Menurut UU RI No. 36 (2009) tentang kesehatan, mendefinisikan perawat adalah yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki, yang diperoleh

melalui pendidikan keperawatan. Sedangkan menurut *International Council of Nurses (ICN)*, perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di Negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien.

#### **b. Peran Perawat**

Hidayat (2012) menyampaikan peran perawat adalah tingkah laku yang diharapkan orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukan dalam sistem, dapat dipengaruhi keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan. Peran perawat terdiri dari: 1) Pemberi asuhan keperawatan, peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang diberikan melalui pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan dilakukan dari yang sederhana sampai ke tingkat yang paling kompleks. 2) Advokat klien, peran ini dilakukan perawat untuk membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan keputusan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak pasien meliputi hak atas pelayanan terbaik, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak menentukan nasibnya sendiri dan hak menerima ganti rugi akibat kelalaian. 3) Edukator, peran ini dilakukan dengan membantu klien meningkatkan pengetahuan terhadap kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan. 4) Koordinator, peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisir pelayanan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan terarah serta sesuai kebutuhan klien. 5) Kolaborator, peran perawat ini

dilakukan karena perawat bekerja bersama tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain yang berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya. 6) Konsultan, peran ini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan. 7) Peneliti/Pembaharu, peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai metode pemberian pelayanan keperawatan dan sesuai kebutuhan pelayanan dan kepuasan klien.

### c. Fungsi Perawat

Kozier (2010) mengatakan bahwa dalam menjalankan perannya, perawat melaksanakan berbagai fungsi di antaranya:

- 1) Fungsi Independen, merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain. Perawat melaksanakan tugas secara mandiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi keperluan dasar manusia seperti pemenuhan keperluan fisiologis (keperluan oksigen, cairan dan elektrolit, nutrisi, aktifitas dan lain-lain), pemenuhan keperluan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan cinta mencintai, pemenuhan keperluan harga diri dan aktualisasi diri.
- 2) Fungsi Dependen, merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi perawat atau petugas medis lainnya, sehingga sebagian tindakan dilakukan atas pelimpahan tugas yang diberikan perawat atau petugas medis lainnya. Hal ini biasanya dilakukan perawat spesialis kepada perawat umum atau dari perawat primer ke perawat pelaksana atau perawat asosiasi.
- 3) Fungsi Interdependen, fungsi ini dilakukan dalam tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti

pemberian asuhan keperawatan pada klien yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dengan dokter ataupun tim kesehatan lainnya.

#### **d. Tugas Perawat**

Tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat dilaksanakan sesuai tahapan dalam proses keperawatan. Tugas perawat ini disepakati dalam lokakarya tahun 1983 berdasarkan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan: 1) Mengumpulkan Data; 2) Menganalisis dan mengintegrasikan data; 3) Mengembangkan rencana tindakan keperawatan; 4) Menggunakan dan menerapkan konsep-konsep dan prinsip-prinsip ilmu perilaku, sosial budaya, ilmu biomedik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka memenuhi keperluan dasar manusia dari setiap klien yang ditangani; 5) Menentukan kriteria yang dapat diukur dalam menilai rencana keperawatan; 6) Menilai tingkat pencapaian tujuan; 7) Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan; 8) Mengevaluasi data permasalahan keperawatan; 9) Mencatat data dalam proses keperawatan; 10) Menggunakan catatan klien untuk memonitor kualitas asuhan keperawatan; 11) Mengidentifikasi masalah-masalah penelitian dalam bidang keperawatan; 12) Membuat usulan rencana penelitian keperawatan; 13) Menerapkan hasil penelitian dalam praktik keperawatan; 14) Mengidentifikasi keperluan pendidikan kesehatan; 15) Membuat rencana penyuluhan kesehatan; 16) Melaksanakan penyuluhan kesehatan; 17) Mengevaluasi penyuluhan kesehatan; 18) Berperan serta dalam pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat; 19) Menciptakan komunikasi yang efektif, baik dengan tim keperawatan maupun tim kesehatan lain

### **5. Standar Kompetensi Perawat Indonesia**

#### **a. Pengertian Kompetensi Perawat**

PPNI (2010) mengatakan bahwa kompetensi perawat merefleksikan kompetensi yang diharapkan dimiliki individu yang akan bekerja di bidang pelayanan keperawatan. Kompetensi perawat terdiri

dari kompetensi teknis dan kompetensi perilaku. Seseorang dikatakan memiliki kompetensi yang sesuai dengan pekerjaannya, apabila dapat memanfaatkan secara optimal kedua komponen utama tersebut. PPNI menyampaikan bahwa cakupan kompetensi dasar yang harus dimiliki setiap perawat Indonesia pada semua jenjang: 1) Menerapkan prinsip etika dalam keperawatan; 2) Melakukan komunikasi interpersonal dalam asuhan keperawatan; 3) Mewujudkan dan memelihara lingkungan keperawatan yang aman melalui jaminan kualitas dan manajemen risiko (*patient safety*); 4) Melakukan tindakan-tindakan untuk mencegah cedera pada klien; 5) Memfasilitasi keperluan oksigen; 6) Memfasilitasi keperluan elektrolit dan cairan; 7) Mengukur tanda-tanda vital; 8) Menganalisis, menginterpretasikan dan mendokumentasikan data secara akurat; 9) Melakukan perawatan luka; 10) Memberi obat dengan aman dan benar; Mengelola pemberian darah dengan aman; 11) Nursalam (2008) menyampaikan bahwa kompetensi perawat merupakan sesuatu yang terlihat secara menyeluruh dari seorang perawat dalam memberi pelayanan profesional kepada klien, mencakup pengetahuan, keterampilan, dan pertimbangan yang dipersyaratkan dalam situasi praktik.

Kompetensi dalam dunia keperawatan mencerminkan: Pengetahuan, pemahaman dan pengkajian; Serangkaian keterampilan kognitif, teknik psikomotor dan interpersonal; Kepribadian dan sikap serta perilaku. Sikap yang perlu ditonjolkan sebagai sosok perawat yang siap bekerja di dalam dan di luar negeri dengan karakteristik budaya Indonesia adalah 5S (Salam, Senyum, Sapa, Sopan dan Santun). Kompetensi tidak hanya menyangkut bidang ilmu dan pengetahuan, tetapi tidak kalah pentingnya sikap dan keyakinan akan nilai-nilai sosok perawat dan berpenampilan menarik. Standar kompetensi profesi lebih berorientasi pada kualitas kinerja sehingga menggambarkan kinerja seperti yang diharapkan dan dapat dilakukan seseorang yang mempunyai kompetensi tersebut. Kompetensi perawat yang disesuaikan dengan peraturan Presiden tentang KKNi adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.1 Kompetensi lulusan DIII Keperawatan**

Jenjang Kualifikasi	Uraian
5	<p>Mampu menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas, memilih metode yang sesuai, dari beragam pilihan yang sudah maupun belum baku dengan menganalisis data, serta mampu menunjukkan kinerja dengan mutu dan kuantitas terukur.</p> <hr/> <p>Menguasai konsep teoritis bidang pengetahuan tertentu secara umum, serta mampu memformulasikan penyelesaian masalah prosedural.</p> <hr/> <p>Mampu mengelola kelompok kerja dan menyusun laporan tertulis secara komprehensif.</p> <hr/> <p>Bertanggung jawab pada pekerjaan sendiri dan dapat diberi tanggung jawab atas pencapaian hasil kerja kelompok.</p>

**Tabel 2.2 Kompetensi lulusan S1 Keperawatan**

Jenjang Kualifikasi	Uraian
6	<p>Mampu mengaplikasikan bidang keahliannya dan memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan/atau seni pada bidangnya dalam penyelesaian masalah serta mampu beradaptasi terhadap situasi yang dihadapi</p> <hr/> <p>Menguasai konsep teoritis bidang pengetahuan tertentu secara umum dan konsep teoritis bagian khusus dalam bidang pengetahuan tersebut secara mendalam, serta mampu memformulasikan penyelesaian masalah procedural</p> <hr/> <p>Mampu mengambil keputusan yang tepat berdasarkan analisis informasi dan data, dan mampu memberi</p>

Jenjang Kualifikasi	Uraian
	petunjuk memilih berbagai alternatif solusi secara mandiri dan kelompok.
	Bertanggung jawab pada pekerjaan sendiri dan dapat diberi tanggung jawab atas pencapaian hasil kerja organisasi.
7	Kelompok, mampu merencanakan & mengelola sumberdaya di bawah tanggung jawabnya, dan mengevaluasi secara komprehensif kerjanya dengan memanfaatkan Iptek dan/atau seni untuk menghasilkan langkah-langkah pengembangan strategis organisasi.
	Mampu memecahkan permasalahan ilmu pengetahuan, teknologi, dan/atau seni di dalam bidang keilmuannya melalui pendekatan monodisipliner.
	Mampu melakukan riset dan mengambil keputusan strategis dengan akuntabilitas dan tanggung jawab penuh atas semua aspek yang berada di bawah tanggung jawab bidang keahliannya.

**Tabel 2.3 Kompetensi lulusan S2 Keperawatan**

Jenjang Kualifikasi	Uraian
8	Mampu mengembangkan pengetahuan, teknologi, dan/atau seni di bidang keilmuan atau praktik profesional melalui riset, hingga menghasilkan karya inovatif dan teruji.
	Mampu memecahkan permasalahan ilmu pengetahuan, teknologi, dan/atau seni di dalam bidang keilmuannya

---

melalui pendekatan inter atau multidisipliner.

---

Mampu mengelola riset dan pengembangan yang bermanfaat bagi masyarakat dan keilmuan, serta mampu mendapat pengakuan nasional dan internasional.

---

**Tabel 2.4 Kompetensi lulusan S3 Keperawatan**

Jenjang Kualifikasi	Uraian
9	Mampu mengembangkan pengetahuan, teknologi, dan/atau seni baru di dalam bidang keilmuannya atau praktik profesionalnya melalui riset, hingga menghasilkan karya kreatif, original, dan teruji.
	Mampu memecahkan permasalahan ilmu pengetahuan, teknologi dan/atau seni di dalam bidang keilmuannya melalui pendekatan inter, multi, dan transdisipliner.
	Mampu mengelola, memimpin, dan mengembangkan riset dan pengembangan yang bermanfaat bagi kemaslahatan umat manusia, serta mampu mendapat pengakuan nasional dan internasional.

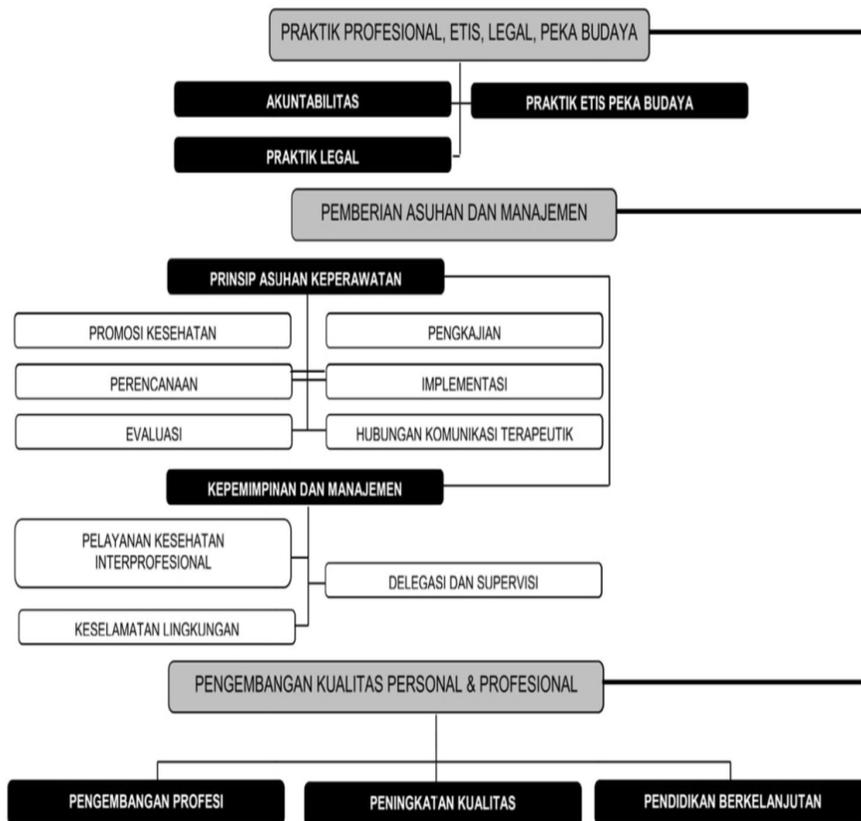
---

**b. Kompetensi Perawat Indonesia Menurut PPNI (2010)**

Standar Kompetensi Perawat (SKP), merupakan tingkat penampilan/ kinerja yang ditunjukkan dengan penerapan pengetahuan, keterampilan dan pertimbangan yang efektif, sehingga dengan menguasai kompetensi tersebut, maka perawat mampu melakukan hal-hal berikut: Mengerjakan suatu tugas/pekerjaan (*task skills*); Mengorganisir pekerjaan agar dapat dilaksanakan (*task management skills*); Memutuskan apa yang harus dilakukan bila terjadi sesuatu yang berbeda dengan rencana semula (*contingency management skills*).

Tujuan dari penyusunan standar kompetensi adalah: a) Bagi lembaga pelatihan/pendidikan keperawatan: Memberi informasi dan acuan pengembangan program dan kurikulum serta sebagai acuan penyelenggaraan pelatihan/kursus keterampilan. b) Bagi dunia usaha/industri dan penggunaan tenaga kerja: Penetapan uraian tugas bagi tenaga keperawatan, rekrutmen tenaga perawat, penilaian unjuk kerja dan pengembangan program pelatihan yang spesifik. c) Bagi Institusi penyelenggara pengujian dan sertifikasi: Acuan merumuskan paket-paket program sertifikasi sesuai kualifikasi dan jenisnya.

Kerangka kerja kompetensi perawat Indonesia digambarkan dalam skema berikut:



Sumber: PPNI, 2009

**Bagan 2.3 Kerangka Kerja Kompetensi Perawat Indonesia**

Ranah Kompetensi Perawat dan Kerangka Kerja Kompetensi Perawat Indonesia: a) Ranah utama kompetensi perawat dikelompokkan menjadi 3 ranah utama yaitu: Praktik profesional, etis, legal dan peka budaya, bertanggung gugat terhadap praktik profesional dengan melaksanakan praktik keperawatan (secara etis dan peka budaya) dan melaksanakan praktik secara legal; Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan meliputi: Menerapkan prinsip-prinsip pokok dalam pemberian dan manajemen asuhan keperawatan, melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan keperawatan, melakukan pengkajian keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana, mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan, menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam pemberian pelayanan, menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman, menggunakan hubungan interprofesional dalam pelayanan keperawatan/ pelayanan kesehatan, menggunakan delegasi dan supervisi dalam pelayanan asuhan keperawatan; Pengembangan profesional meliputi melaksanakan peningkatan profesional dalam praktik keperawatan, melaksanakan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan, mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi.

Kompetensi keperawatan yang sudah diuraikan tersebut wajib dimiliki perawat manajerial maupun perawat pelaksana. Kompetensi pada pelayanan kesehatan dapat ditandai dengan mutu pelayanan pada tempat pelayanan kesehatan tersebut baik di Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik maupun pelayanan kesehatan lainnya yang tercermin dalam hasil akreditasinya.

Ruang Lingkup standar kompetensi perawat yang dirumuskan terutama bagi perawat di tatanan pelayanan klinik langsung, terdiri dari kompetensi Perawat Ahli Madya, Ners dan Ners Spesialis dan Ners Konsultan. Standar kompetensi perawat mencakup: Kerangka kerja kompetensi perawat Indonesia, meliputi praktik profesional, etis, legal dan peka budaya, pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan, dan pengembangan kualitas personal dan profesional.

Rincian unit kompetensi dengan kodifikasinya, penjabaran kompetensi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Dasar hukum adalah Undang-Undang Nomor 36 (2009) tentang Kesehatan, UU No 20 (2003) tentang Sisdiknas, Peraturan Pemerintah No. 32 (1996) tentang Tenaga Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/Menkes/148/2010 tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1796/Menkes/SK/VIII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan, UU RI No 12 (2012) tentang Pendidikan Tinggi, Peraturan Presiden Nomor 8 (2012) tentang KKNI, Permenkes Perubahan Nomor 17 (2013) atas Permenkes No 148 (2010) tentang praktik keperawatan.

Cakupan praktik keperawatan diberikan melalui asuhan keperawatan untuk klien individu, keluarga, masyarakat dan kelompok khusus dalam menyelesaikan masalah kesehatan sederhana sampai kompleks baik sehat maupun sakit sepanjang rentang kehidupan manusia. Praktik keperawatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan pada berbagai tingkat pelayanan kesehatan (primer, sekunder dan tersier). Praktik Keperawatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) Perawat.

Pelayanan Keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilandasi aspek etik, legal dan peka budaya untuk memenuhi keperluan klien. Kegiatan tersebut meliputi tindakan prosedural, pengambilan keputusan klinik yang memerlukan analisis kritis serta kegiatan advokasi dengan menunjukkan perilaku *caring*. Pengelolaan pelayanan keperawatan merupakan kewenangan dan tanggung jawab perawat yang memiliki kompetensi sebagai manager. Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien berfokus pada pelayanan berbasis bukti. Perwujudan pelayanan tersebut diperlukan banyak penelitian yang dilakukan perawat yang memiliki kompetensi peneliti.

Pelayanan keperawatan terdiri dari komponen tenaga keperawatan, misalnya mahasiswa keperawatan. Untuk menjamin kinerja mahasiswa keperawatan agar sejalan dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan maka diperlukan pendidik keperawatan klinik maupun akademik yang kompeten.

Tim dalam praktik keperawatan. Asuhan keperawatan dilakukan melalui tindakan keperawatan mandiri dan atau kolaborasi oleh tim keperawatan (Perawat Ahli Madya, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan) maupun dengan tim Kesehatan lainnya. Dalam pelaksanaannya, tindakan oleh tim keperawatan dilakukan sesuai batasan kewenangan dan kompetensi masing-masing jenis tenaga Perawat.

**Perawat Ahli Madya**, mampu menguasai sains keperawatan dasar; melakukan asuhan keperawatan yang telah direncanakan secara terampil dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi keperluan bio-psiko-sosio-spiritual secara holistik dan berdasarkan standar asuhan keperawatan, standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; mampu bekerjasama dengan tim keperawatan.

**Ners** mampu menguasai sains keperawatan lanjut; mengelola asuhan keperawatan secara terampil dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi keperluan bio-psiko-sosio-spiritual secara holistik dan berdasarkan pada standar asuhan keperawatan serta standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; menggunakan hasil riset; mampu bekerjasama dengan tim keperawatan maupun dengan tim kesehatan lain.

**Ners Spesialis dan konsultan** mampu menguasai sains keperawatan lanjut; mengelola asuhan keperawatan secara terampil dan inovatif dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi keperluan bio-psiko-sosio-spiritual secara holistik berdasarkan standar asuhan keperawatan serta standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; melakukan riset berbasis bukti klinik dalam menjawab permasalahan sains, teknologi dalam bidang spesialisasinya; mampu bekerja sama dengan tim keperawatan lain (Perawat peneliti/doktor keperawatan) dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain.

Dengan semakin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan termasuk ilmu keperawatan, di mana diperlukan kemampuan kepakaran yang lebih tinggi dalam mengatasi masalah keperawatan

yang lebih kompleks, maka diperlukan peran Ners Spesialis yang dapat berfungsi sebagai pusat rujukan bagi tenaga keperawatan di bawahnya. Pengakuan sebagai pusat rujukan keperawatan ditunjukkan melalui kemampuan sebagai **Ners Konsultan**.

**Ners Manajer** mampu menerapkan konsep, prinsip, teori manajemen dalam proses pelayanan keperawatan dengan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen keperawatan, meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pergerakan dan pengendalian sumber-sumber dalam organisasi untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja. Ners Manajer berperan dalam pengelolaan pelayanan keperawatan mencakup level bawah (*Front line manager*), level tengah (*Midle Manager*), dan level puncak (*Top Manager*)

Pendekatan dalam Praktik Keperawatan. Praktik keperawatan diselenggarakan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang dinamis dan berkesinambungan meliputi pengkajian, penetapan masalah atau diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada klien dengan berbagai kondisi, baik sehat maupun sakit sepanjang rentang kehidupan.

Pengkajian keperawatan dilakukan secara komprehensif ditujukan untuk mengenali masalah kesehatan yang dihadapi klien dan penyebab timbulnya masalah tersebut. Dikenalnya masalah dan penyebabnya dengan tepat akan mendasari penyusunan rencana penanggulangannya agar efektif dan efisien.

Rencana tindakan keperawatan dibuat berdasarkan keperluan klien. Pelaksanaan praktik keperawatan dilakukan sesuai rencana yang telah disepakati bersama antara klien dan keluarganya dengan Ners. Pelaksanaan praktik keperawatan harus berpedoman pada standar profesi.

Tindakan mandiri keperawatan mencakup observasi keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan komplementer, tindakan keperawatan modalitas, penyuluhan kesehatan, advokasi, edukasi dan konseling dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan untuk pemenuhan keperluan dasar manusia dalam upaya memandirikan klien dan mengatasi masalah kesehatan serta melaksanakan program pemerintah bidang kesehatan.

Tindakan kolaborasi keperawatan dilakukan dengan tim kesehatan lain dalam pemberian asuhan keperawatan, perencanaan terhadap upaya penyembuhan serta pemulihan kesehatan klien. Kolaborasi keperawatan dapat juga dilakukan secara lintas sektoral untuk pengembangan dan pelaksanaan program kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat. Proses maupun hasil asuhan keperawatan selalu dievaluasi dan dimonitor secara terus menerus dan berkesinambungan, kemudian diadakan perbaikan dan modifikasi sesuai hasil evaluasi dan monitoring serta tujuan yang telah ditetapkan bersama klien. Tujuan yang telah ditetapkan dapat berupa hilangnya gejala, menurunnya resiko, tercegahnya komplikasi, meningkatnya pengetahuan dan kemampuan mengatasi masalah kesehatan serta mempersiapkan klien agar meninggal dengan damai dan bermartabat.

Praktik keperawatan yang memenuhi keperluan dan harapan dapat diselenggarakan pada semua sarana/tatanan pelayanan/asuhan kesehatan baik di rumah sakit umum maupun khusus, puskesmas, praktik keperawatan di rumah (*home care*), *nursing home/residential health care*, praktik keperawatan berkelompok (klinik bersama), dan praktik keperawatan perorangan, serta praktik keperawatan fasilitas pelayanan/asuhan kesehatan bergerak (*mobile/ambulatory*). Praktik keperawatan diselenggarakan dengan memperhatikan keterjangkauan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan/asuhan keperawatan dalam konteks pelayanan/asuhan kesehatan.

Praktik keperawatan profesional mencakup kegiatan-kegiatan mulai dari yang sangat sederhana hingga kompleks. Praktik keperawatan dilakukan dengan mengutamakan kualitas, efektifitas dan efisiensi, agar tetap terjangkau oleh masyarakat serta berfokus pada keselamatan klien. Dalam melaksanakan praktik keperawatan untuk tindakan keperawatan yang sederhana dan tidak beresiko, Ners dapat bekerja sama dengan perawat vokasi.

Di samping berperan sebagai perawat praktisi yang dilakukan Perawat ahli madya, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan, perawat juga berperan sebagai perawat manajer oleh Ners Manajer dengan kompetensi pengembangan dan pengelolaan manajemen pelayanan

keperawatan. Dalam pengembangan keilmuan keperawatan dikembangkan pula perawat peneliti dengan kompetensinya yang berfokus pada penelitian untuk pengembangan keilmuan keperawatan. Peran ini dilakukan oleh magister dan doktor keperawatan.

Area Kompetensi Perawat Indonesia. Kerangka Kompetensi Perawat dikelompokkan dalam tiga area kompetensi yakni Praktik Profesional, etis, legal dan peka budaya, pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan, pengembangan kualitas personal dan professional. Setiap area kompetensi dijabarkan menjadi kompetensi inti. Penjabaran area kompetensi, kompetensi inti, kompetensi penunjang dan kompetensi lainnya. Setiap area kompetensi dijabarkan menjadi kompetensi inti yang terdiri dari: 1) Area praktik profesional, etis, legal dan peka budaya Kompetensi Inti: Bertanggung gugat terhadap praktik professional; Melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya; Melaksanakan praktik secara legal. 2) Area Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan. Kompetensi Inti: Menerapkan prinsip dasar dalam pemberian asuhan keperawatan dan pengelolaannya meliputi Melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan, melakukan pengkajian keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana, mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan, menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam pemberian pelayanan dan asuhan keperawatan. Menerapkan kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan pelayanan keperawatan meliputi: Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman, membina hubungan interprofesional dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan, menjalankan fungsi delegasi dan supervisi baik dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan. 3) Area Pengembangan kualitas personal dan professional. Kompetensi inti: Melaksanakan peningkatan profesional dalam praktik keperawatan, melaksanakan peningkatan mutu pelayanan maupun asuhan keperawatan, mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi.

## 6. Revolusi Industri 4.0

Revolusi industri saat ini memasuki fase keempat. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sangat pesat memberikan dampak yang besar terhadap kehidupan manusia. Banyak kemudahan dan inovasi yang diperoleh dengan adanya dukungan teknologi digital. Layanan menjadi lebih cepat dan efisien serta memiliki jangkauan koneksi yang lebih luas dengan sistem online. Hidup menjadi lebih mudah dan murah.

Namun demikian, digitalisasi program juga membawa dampak negatif. Peran manusia setahap demi setahap diambil alih oleh mesin otomatis. Akibatnya, jumlah pengangguran meningkat. Hal ini tentu saja menambah beban masalah lokal maupun nasional. Oleh karena itu, untuk memanfaatkan peluang dan menjawab tantangan revolusi industri 4.0, para mahasiswa keperawatan dan perawat wajib memiliki kemampuan literasi data, digitalisasi, teknologi dan manusia. Literasi data dibutuhkan untuk meningkatkan *skill* dalam mengolah dan menganalisis *big data* untuk kepentingan peningkatan layanan publik dan bisnis. Literasi teknologi menunjukkan kemampuan memanfaatkan teknologi digital guna mengolah data dan informasi. Sedangkan literasi manusia wajib dikuasai karena menunjukkan elemen *softskill* atau pengembangan karakter individu untuk bisa berkolaborasi, adaptif dan menjadi arif di era “banjir” informasi.

Presiden RI Joko Widodo mengatakan bahwa digitalisasi, *computing power* dan *data analytic* telah melahirkan terobosan-terobosan yang mengejutkan di berbagai bidang, mendisrupsi (mengubah secara fundamental) kehidupan kita. Bahkan mendisrupsi peradaban kita, yang mengubah tatanan ekonomi global, nasional dan daerah serta tatanan politik global, nasional dan daerah. Tatanan interaksi global, nasional dan daerah, semuanya akan berubah.

### a. Pengertian Revolusi Industri 4.0

Menurut Prof Klaus Schwab, ekonom terkenal dunia asal Jerman, pendiri dan ketua eksekutif *World Economic Forum (WEF)* yang memperkenalkan konsep Revolusi Industri 4.0. Dalam bukunya yang berjudul “*The Fourth Industrial Revolution*”, Prof Schwab

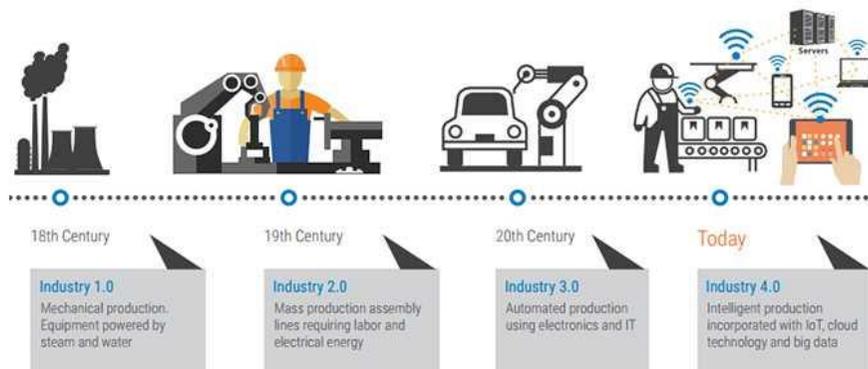
menjelaskan revolusi industri 4.0 telah mengubah hidup dan kerja manusia secara fundamental. Berbeda dengan revolusi industri sebelumnya, revolusi industri generasi ke-4 memiliki skala, ruang lingkup dan kompleksitas yang lebih luas. Kemajuan teknologi baru yang mengintegrasikan dunia fisik, digital dan biologis yang mempengaruhi semua disiplin ilmu, kesehatan, ekonomi, industri dan pemerintah. Bidang-bidang yang mengalami terobosan akibat kemajuan teknologi baru di antaranya (1) robot kecerdasan buatan (*artificial intelligence robotic*), (2) teknologi nano, (3) bioteknologi, dan (4) teknologi komputer kuantum, (5) *blockchain* (seperti *bitcoin*), (6) teknologi berbasis internet, dan (7) printer 3D.

Revolusi industri 4.0 merupakan fase keempat dari perjalanan sejarah revolusi industri yang dimulai pada abad ke-18. Menurut Prof Schwab, dunia mengalami empat revolusi industri. Revolusi industri 1.0 ditandai penemuan mesin uap untuk mendukung mesin produksi, kereta api dan kapal layar. Berbagai peralatan kerja yang semula bergantung pada tenaga manusia dan hewan kemudian digantikan tenaga mesin uap. Dampaknya, produksi dapat dilipatgandakan dan didistribusikan ke berbagai wilayah secara lebih masif. Namun demikian, revolusi industri ini juga menimbulkan dampak negatif dalam bentuk pengangguran masal.

Penemuan energi listrik dan konsep pembagian tenaga kerja untuk menghasilkan produksi dalam jumlah besar pada awal abad 19 telah menandai lahirnya revolusi industri 2.0. Energi listrik mendorong para ilmuwan menemukan berbagai teknologi lainnya seperti lampu, mesin telegraf, dan teknologi ban berjalan. Puncaknya, diperoleh efisiensi produksi hingga 300%.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin pesat pada awal abad 20 telah melahirkan teknologi informasi dan proses produksi yang dikendalikan secara otomatis. Mesin industri tidak lagi dikendalikan tenaga manusia tetapi menggunakan *Programmable Logic Controller (PLC)* atau sistem otomatisasi berbasis komputer. Dampaknya, biaya produksi menjadi semakin murah. Teknologi informasi juga semakin maju di antaranya teknologi kamera yang terintegrasi dengan *mobile phone*.

Revolusi industri mengalami puncaknya saat ini dengan lahirnya teknologi digital yang berdampak masif terhadap hidup manusia di seluruh dunia. Revolusi industri terkini atau generasi keempat mendorong sistem otomatisasi di dalam semua proses aktivitas. Teknologi internet yang semakin masif tidak hanya menghubungkan jutaan manusia di seluruh dunia tetapi juga telah menjadi basis transaksi perdagangan dan transportasi secara *online*. Munculnya bisnis transportasi *online* seperti Gojek dan Grab menunjukkan integrasi aktivitas manusia dengan teknologi informasi dan ekonomi menjadi semakin meningkat. Berkembangnya teknologi *autonomous vehicle* (mobil tanpa supir), drone, aplikasi media sosial, bioteknologi dan nanoteknologi semakin menegaskan bahwa dunia dan kehidupan manusia telah berubah secara fundamental.



Sumber: Rosiady S., 2018

**Gambar 2.1 Revolusi Industri 4.0**

### b. Karakteristik Revolusi Industri 4.0

Karakteristik revolusi industri 4.0 ditandai berbagai teknologi terapan (*applied technology*), seperti *advance robotics*, *artificial inteligency*, *internet of things*, *virtual and augmented reality*, *additive manufacturing* serta *distributed manufacturing* yang secara keseluruhan mampu mengubah pola produksi dan model bisnis di berbagai sektor industri. Pengertian istilah-istilah di atas adalah:

- 1) *Advance Robotics*, instrumen ini merupakan peralatan yang digunakan secara mandiri, yang mampu berinteraksi secara

langsung dengan manusia, serta menyesuaikan perilaku berdasarkan sensor data yang diberikan. Fungsi utamanya untuk memperpendek waktu tunggu dan waktu layanan, sehingga menghasilkan efisiensi

- 2) *Artificial Intelligence (AI)*. *AI* adalah sistem mesin berteknologi komputer yang mampu mengadopsi kemampuan manusia. Ini dimaksudkan untuk meningkatkan kinerja dan produktivitas, sekaligus meminimalisir risiko kesalahan yang bisa dilakukan oleh manusia
- 3) *Internet of Things (IoT)*. *IoT* merupakan teknologi yang memungkinkan setiap instrumen terkoneksi satu sama lain secara virtual, sehingga mampu mendukung kinerja operasional usaha, pengawasan terhadap performa manajemen, serta peningkatan nilai guna *output*
- 4) *Virtual and Augmented Reality* merupakan simulasi yang dilakukan oleh komputer dalam membentuk realitas rekaan. Teknologi ini mampu memanipulasi penglihatan manusia sehingga seolah-olah berada di tempat atau lingkungan yang berbeda dari kenyataan sesungguhnya. Sementara *Augmented Reality* adalah teknologi yang mampu menghasilkan informasi dari kondisi lingkungan sebenarnya, lalu diproses secara digital dan digunakan untuk tujuan tertentu.
- 5) *Distributed Manufacturing*, merupakan konsep penempatan lokasi produksi dan pengintegrasian proses produksi, sehingga bisa berada sedekat mungkin dengan konsumen untuk menjawab kebutuhan riil mereka. Tujuannya untuk mencapai *economic of scale*, sekaligus mengurangi beban biaya (*cost efficiency*).

Melalui penerapan teknologi moderen, sektor industri tidak lagi semata-mata berfokus pada pengembangan usaha dan peningkatan laba, melainkan juga pada pendayagunaan dan optimalisasi setiap aktivitas, mulai dari pengadaan modal, proses produksi, hingga layanan kepada konsumen (*World economic Forum. Impact of the Fourth Industrial Revolution on Supply Chains*, 2017).

c. **Literasi digital di era revolusi Industri 4.0 dalam keperawatan**

Hasil penelitian Egbert N, Thye J, Hackl WO, Muller-Staub M, Ammenwerth E, Hubner U (2018) dengan judul: “*Competencies for nursing in a digital world*” menyampaikan bahwa perawat membutuhkan pemahaman atau literasi digital yakni kemampuan untuk hidup, belajar, bekerja, berpartisipasi dan berkembang dalam masyarakat digital. Manusia menjadi melek digital yang melibatkan pengembangan keterampilan, sikap, nilai-nilai dan perilaku yang dapat dikategorikan sebagai: Identitas digital, kesejahteraan dan keselamatan, komunikasi, kolaborasi dan partisipasi, pengajaran, pembelajaran dan pengembangan diri, kemampuan teknis informasi, membuat data dan literasi media digital dan inovasi. Melek digital pada berbagai domain pada tingkat mahir akan membantu untuk lebih mudah memperoleh keterampilan dan kompetensi lainnya dalam kehidupan. Gambar berikut menunjukkan enam domain dalam konteks keperawatan diadaptasi dari *Jisc Digital Capacity Framework* (2015) Jisc Helen Beetham.



Sumber: Egbert N et al (2018)

**Gambar 2.2 Literasi Digital Perawat**

Penjelasan gambar di atas adalah sebagai berikut: 1) Informasi, data dan literasi media: Dengan dukungan warga dan pasien akan menemukan informasi terpercaya, membantu mereka menggunakan catatan kesehatan pasien secara elektronik dan portal, menggunakan teknologi untuk koordinasi perawatan, mengidentifikasi informasi yang diperlukan untuk meningkatkan pengambilan keputusan klinis, memahami bagaimana data terstruktur dalam sistem catatan kesehatan, mematuhi persyaratan hukum, profesional ketika menggunakan dan berbagi informasi. 2) Pengajaran, pembelajaran dan pengembangan diri: Berpartisipasi dalam pembelajaran dengan media digital seperti pembelajaran online dan jaringan sosial, menggunakan alat-alat digital untuk merencanakan dan proses belajar, memahami perilaku profesional di ruang media sosial. 3) Komunikasi, kolaborasi dan partisipasi: Menggunakan proses komunikasi sesuai bentuk komunikasi, mengakui sudut pandang dan perbedaan budaya, hubungan terapeutik online, mengembangkan jaringan profesional. 4) Identitas digital, kesejahteraan dan keselamatan: Mengelola identitas pribadi dan profesional, tapak atau jejak digital, mengenali *bullying online* dan mengelola waktu efektif *online*. 5) Kemampuan teknis: Menggunakan perangkat, aplikasi dan perangkat lunak untuk berbagai tugas-tugas perawat, tetap *up-to-date* dengan perkembangan teknologi, kemampuan memberikan umpan balik pada teknologi, mengartikulasikan manfaat dan risiko. 6) Penciptaan digital, inovasi dan riset: Kemampuan untuk bekerja dengan pasien dan warga bersama merancang dan mengembangkan kemampuan digital, membentuk agenda riset untuk inovasi digital.

#### **d. Peluang**

Revolusi industri 4.0 membuka peluang yang luas bagi siapapun untuk maju. Teknologi informasi yang semakin mudah terakses hingga ke seluruh pelosok menyebabkan semua orang dapat terhubung dalam suatu jejaring sosial. Banjir informasi seperti yang diprediksikan Futurolog Alvin Tofler menjadi realitas yang ditemukan di era revolusi industri saat ini. Informasi yang sangat melimpah ini menyediakan

manfaat yang besar untuk pengembangan ilmu pengetahuan maupun perekonomian.

Jalaluddin R., membagi era informasi ke dalam lima karakteristik, yaitu *kekayaan, teknosfer, infosfer, sosiosfer dan psikosfer*. Karakteristik informasi sebagai kekayaan menunjukkan bahwa informasi yang diterima dan dikuasai seseorang dapat dimanfaatkan untuk sarana akumulasi kekayaan atau sumber komersialisasi. Dalam konteks ini, alumni atau mahasiswa dapat mempromosikan hasil kreasinya kepada publik melalui jejaring media sosial untuk mendapatkan tanggapan atau respons sehingga dapat dijadikan ukuran untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas produknya. Banyak kisah sukses para pengusaha muda atau bahkan ibu rumah tangga dalam menjalankan bisnis mereka dengan memanfaatkan teknologi informasi khususnya media sosial. Kunci kesuksesan mereka adalah menjual produk inovatif, menjaga kualitas dan kepercayaan konsumen serta tentu saja kreatif.

Karakteristik informasi yang kedua adalah *teknosfer atau pola lingkungan teknologi*. Masyarakat di era revolusi industri 4.0 memiliki ketergantungan yang sangat besar dalam menggunakan teknologi informasi. Survei tahun 2014 dilakukan Nokia menemukan temuan-temuan yang mengejutkan mengenai tingkat ketergantungan manusia terhadap teknologi. Pertama, rata-rata hampir setiap enam setengah menit seseorang mengecek ponselnya. Bahkan dalam waktu 16 jam saat orang beraktivitas, mereka melakukan 150 kali per hari untuk memeriksa ponsel mereka. Kedua, satu dari empat orang mengakui durasi online-nya lebih banyak daripada durasi tidurnya dalam setiap harinya. Ketiga, 1.500 responden di Inggris menghabiskan waktunya dengan bermedia sosial selama 62 juta jam per hari. Keempat, perempuan lebih sering berselancar di facebook daripada laki-laki. Kelima, tingkat kecanduan terhadap media sosial seperti twitter dan facebook lebih tinggi daripada merokok. Fakta ini merupakan peluang yang dapat dimanfaatkan para mahasiswa ataupun alumni untuk memasarkan produknya dengan menggunakan pasar virtual di media sosial. Saat ini pasar atau toko secara fisik tidak lagi populer. Di samping ongkos pembangunan atau sewanya mahal, pasar

*konvensional makin sulit dijangkau karena kepadatan lalu lintas dan mahalnya biaya transportasi.*

Infosfer atau bentuk lingkungan informasi merupakan karakter ketiga dari era informasi. Daya jangkau teknologi informasi tidak hanya berskala lokal tetapi hingga skala global. Melalui internet, akses informasi dapat dijangkau hingga ke berbagai penjuru dunia. Fakta ini menjadi peluang bagi para wirausahawan muda untuk mempromosikan produk-produk kreatifnya hingga ke berbagai belahan dunia.

Karakteristik era informasi lainnya adalah sosiosfer atau pergeseran lingkungan komunikasi sosial. Dulu para guru, kyai, ulama, pendeta, birokrat dan politisi memiliki pengaruh yang besar sebagai agen sosialisasi. Namun saat ini, peran sosialisasi tradisional mereka telah diambil alih media komputer dan *smarthphone*. Efek ketergantungan yang tinggi dalam penggunaan media informasi digital telah membentuk opini setiap individu. Saat ini setiap orang memiliki akses yang tinggi untuk terlibat aktif memberikan dan membagikan opini kepada pihak lain melalui media sosial *online*. Situasi ini membuka peluang bagi para mahasiswa dan alumni untuk membentuk opini positif tentang berbagai hal kepada pihak lain. Bahkan teknologi media sosial dapat dimanfaatkan untuk membentuk “keluarga besar kelompok tertentu di dunia virtual, walaupun secara geografis berjauhan tetapi didekatkan dengan media sosial. Hal ini menjadi peluang untuk saling bekerja sama di antara para pekerja untuk berbagi informasi maupun transaksi bisnis *online*.

Karakteristik era informasi yang terakhir adalah psikosfer. Karakter psikosfer merupakan kemampuan seseorang untuk bertahan dalam era “banjir” informasi. Melimpahnya informasi tentunya tidak hanya membawa pengetahuan positif tetapi juga negatif. Kemampuan seseorang mengolah pengetahuan (*knowledge*) menjadi kearifan (*wisdom*) dalam lingkungan sosialnya akan menentukan tingkat ketahanannya di era informasi. Dengan demikian, tindakan *share and re-sharing* informasi telah didasari nilai-nilai etis sehingga tidak akan menciptakan eskalasi kegaduhan publik.

Sebagai contoh, derasnya informasi *hoax* (berita bohong) menjelang pilkada serentak maupun pilpres tidak akan meningkatkan

kegaduhan jika penerima informasi telah memiliki kesadaran etis dalam menyaring informasi *hoax*. Dalam bahasa sederhananya: mahasiswa dan alumni harus memiliki pedoman etis “*think first before you share*”. Oleh karena itu, peluang yang dapat diambil oleh para mahasiswa dan alumni dalam konteks ini adalah dengan ikut berperan mempromosikan literasi etis dalam menggunakan media informasi secara sehat.

#### e. Tantangan

Revolusi industri generasi empat tidak hanya menyediakan peluang, tetapi juga tantangan bagi generasi milineal. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagai pemicu revolusi industri juga diikuti implikasi lain seperti pengangguran, kompetisi manusia vs mesin, dan tuntutan kompetensi yang semakin tinggi.

Menurut Dwikorita K. (2017), revolusi industri 4.0 dalam lima tahun mendatang akan menghapus 35% jenis pekerjaan, bahkan pada 10 tahun yang akan datang jenis pekerjaan yang akan hilang bertambah menjadi 75%. Hal ini disebabkan pekerjaan yang diperankan manusia setahap demi setahap digantikan teknologi digitalisasi. Dampaknya, proses produksi menjadi lebih cepat dikerjakan dan lebih mudah didistribusikan secara masif dengan keterlibatan manusia yang minim. Di Amerika Serikat, misalnya, dengan berkembangnya sistem *online* perbankan telah memudahkan proses transaksi layanan perbankan. Akibatnya, 48.000 teller bank harus menghadapi pemutusan hubungan kerja karena alasan efisiensi.

Bahkan menurut survei McKinsey, suatu korporasi konsultan manajemen multinasional, di Indonesia sebanyak 52,6 juta lapangan pekerjaan berpotensi digantikan sistem digital. Artinya, 52% angkatan kerja atau merepresentasikan 52,6 juta orang akan kehilangan pekerjaan.

Lapangan pekerjaan potensial diotomatisasikan di antaranya usaha pengolahan (*manufacturing*), perdagangan ritel, transportasi dan pergudangan, tenaga administrasi, konstruksi, layanan makanan dan akomodasi, pertanian, perikanan, dan kehutanan, serta layanan kesehatan dan keuangan/asuransi. Dengan demikian, revolusi industri 4.0 dapat mengancam makin tingginya pengangguran di Indonesia.

Namun demikian, bidang pekerjaan yang berkaitan dengan keahlian komputer, manajemen sistem informasi, matematika, arsitektur dan teknik akan semakin banyak dibutuhkan. Bidang-bidang keahlian ini diproyeksikan sesuai tuntutan pekerjaan yang mengandalkan teknologi digital.

Situasi pergeseran tenaga kerja manusia ke arah digitalisasi merupakan bentuk tantangan yang perlu direspons para mahasiswa dan alumni. Tantangan ini perlu dijawab dengan peningkatan kompetensi alumni terutama penguasaan teknologi komputer, keterampilan berkomunikasi, kemampuan bekerjasama secara kolaboratif, dan kemampuan untuk terus belajar dan adaptif terhadap perubahan lingkungan khususnya Ipteks.

#### **f. Revolusi Industri 4.0 dalam Keperawatan/Kesehatan**

Hasil penelitian Raymond R T mengatakan bahwa Area kesehatan akan mendapat keuntungan terbesar pada revolusi industri keempat. Di antara berbagai sektor yang terdampak revolusi industri keempat, tampaknya sektor kesehatan adalah sektor yang paling mungkin mendapatkan keuntungan dari bergabungnya sistem fisika, digital dan biologi, walaupun sektor ini mungkin juga paling tidak siap menerimanya. Hal ini diperkuat dari hasil survei terhadap 622 pemimpin bisnis dari berbagai industri di seluruh dunia oleh *The Economic Intelligence Unit*. Jajak pendapat terhadap para pemimpin bisnis ini menunjukkan bahwa mayoritas yang signifikan dari para eksekutif disurvei bahwa kesehatan adalah sektor yang akan mendapatkan keuntungan besar dari dampak revolusi industri keempat ini. Saat ini teknologi konsumen yang memakai telepon genggam dan alat kebugaran yang dipakai sehari-hari dapat mengumpulkan berbagai data secara detil tentang kesehatan dan status kebugaran seseorang. Data seperti ini berpotensi mentransformasi, tidak hanya kesehatan individual dan keperluan medisnya, namun juga untuk penelitian kesehatan. Bahkan ada suatu studi yang juga dilakukan *The Economic Intelligence Unit* mengatakan bahwa 50% dari para tenaga medis percaya bahwa teknologi telepon pintar sangat memberdayakan pasien

agar mereka berperan dalam mengatur kesehatan mereka secara proaktif.

Sementara itu, banyak penyedia layanan kesehatan mengeksplorasi potensi *telemedicine*, *telenursing* yaitu suatu pemantauan pengobatan dan perawatan pasien dari jarak jauh melalui sensor yang tersambung dengan internet. Diharapkan bahwa *telemedicine/telenursing* akan terbukti sangat berharga dalam pengobatan penyakit kronis yang banyak dialami oleh pasien lansia.

### C. Model Evaluasi Kebijakan Yang Dipilih

Pada penelitian ini peneliti menggunakan *CIPP Evaluation Model* yang dikembangkan Stufflebeam D. *CIPP* merupakan singkatan dari: *Context Evaluation*: Evaluasi terhadap konteks; *Input Evaluation*: Evaluasi terhadap masukan; *Process Evaluation*: Evaluasi terhadap proses; *Product Evaluation*: Evaluasi terhadap hasil dan ditambahkan *Outcome Evaluation*: Evaluasi terhadap dampak. Dengan melihat penjelasan tersebut, maka langkah evaluasi yang dilakukan adalah menganalisis program berdasarkan komponen-komponennya.

Stufflebeam (2017) mengemukakan model evaluasi *CIPP* sebagai berikut:

*The models core concepts are denoted by acronym CIPP, which stands for evaluations of an entity's context, input, process, and product. Context evaluations assess needs, problems, assets, and opportunities to help decisions makers define goals and priorities and help broader group of user judge goals, priorities, and outcomes. Input evaluations assess alternative approaches, competing action plans, and budgets for their feasibility and potential cost-effectiveness to meet targeted needs and achieved goals. Decision makers use input evaluations in choosing among competing plans, writing funding proposals, allocation resources, assigning staff, scheduling work, and ultimately in helping others judge an effort's plans and budget.*

Evaluasi *context* menentukan keperluan, masalah-masalah, asset dan kesempatan membantu pengambil keputusan, menetapkan tujuan dan prioritas serta membantu kelompok yang lebih luas dalam penetapan tujuan, prioritas, dan hasil. Evaluasi input menentukan pendekatan, pelaksanaan rencana kegiatan, penyediaan sarana, penyediaan biaya efektif untuk penyiapan keperluan dan pencapaian tujuan. Pengambil keputusan dalam evaluasi input di dalamnya memilih penyusunan rencana, penulisan proposal, alokasi sumber daya, pengelolaan ketenagaan, jadwal kegiatan, tersusun rapi dalam membantu pengambil keputusan berusaha menyiapkan rencana dan pembiayaan. Lebih lanjut Stufflebeam (2017) juga mengatakan:

*Process evaluations assess the implementation of plans to help staff carry out activities and later help the board group of users judge program performance and interpret outcomes. Product evaluations identify and assess outcomes-intended and unintended, short term and long term-both to help a staff keep an enterprise focused on achieving important outcomes and ultimately to help the broader group of user gauge the effort's success in meeting targeted needs.*

Evaluasi proses menilai pelaksanaan rencana untuk membantu staf melaksanakan kegiatan, kemudian membantu pengguna menilai kinerja program, dan membuat penafsiran hasilnya. Evaluasi produk mengidentifikasi dan menilai hasil, baik jangka pendek dan jangka panjang untuk membantu staf agar pada hasil yang penting dan hasil akhir serta mengukur kepentingan dan hasil akhir serta mengukur keberhasilan upaya dalam memenuhi target yang ditetapkan.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat dikemukakan bahwa dalam proses evaluasi dapat dilakukan dari dua sisi yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Kedua hasil evaluasi ini akan membantu staf dan pengguna program melihat hasil yang dicapai dari program tersebut, kendala dan hambatan yang ditemukan dalam pelaksanaan program, kelemahan dan keunggulan pengembangan lebih lanjut. Penelitian ini melakukan evaluasi dengan menggunakan model evaluasi *CIPPO*.

Arikunto menjelaskan secara rinci terkait evaluasi model *CIPPO*. Evaluasi *context* adalah upaya menggambarkan dan merinci lingkungan, keperluan yang tidak terpenuhi, populasi dan sampel yang dilayani dan penetapan tujuan. Evaluasi masukan (*input*), merupakan evaluasi yang bertujuan menyediakan informasi untuk menentukan bagaimana menggunakan sumber daya yang tersedia dalam mencapai tujuan program. Evaluasi masukan meliputi analisis personal yang berhubungan dengan bagaimana penggunaan sumber-sumber yang tersedia, alternatif strategi yang harus dipertimbangkan untuk mencapai suatu program. Mengidentifikasi dan menilai kapabilitas strategi program, desain prosedur untuk strategi implementasi, pembiayaan dan penjadwalan.

Evaluasi proses menunjuk pada apa kegiatan yang dilakukan dalam program, siapa yang ditunjuk sebagai penanggungjawab program, kapan kegiatan akan selesai dilaksanakan. Evaluasi proses merupakan evaluasi yang dirancang dan diaplikasikan dalam implementasi kegiatan, mengidentifikasi permasalahan prosedur, baik tata laksana kejadian dan aktivitas. Setiap aktivitas dimonitor perubahan-perubahan yang terjadi secara jujur dan cermat. Pencatatan berguna untuk menentukan tindak lanjut penyempurnaan dan menentukan kekuatan dan kelemahan atau keterkaitan program dengan hasil yang ditemukan. Evaluasi proses diarahkan pada seberapa jauh kegiatan yang dilaksanakan dalam program sudah terlaksana sesuai rencana dan pedoman yang ditetapkan.

Evaluasi *product* merupakan kumpulan deskripsi dan “*judgement outcomes*” dalam hubungannya dengan *context*, masukan, dan *process*, terkait dengan perencanaan, pelaksanaan dan keberhasilan kegiatan. Evaluasi hasil diarahkan pada hal-hal yang menunjukkan perubahan yang terjadi pada masukan. Evaluasi *product* adalah evaluasi yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pencapaian tujuan. Evaluasi ini merupakan catatan pencapaian hasil dan keputusan-keputusan untuk perbaikan dan aktualisasi.

Secara garis besar evaluasi *product* meliputi kegiatan penetapan tujuan operasional program, kriteria-kriteria pengukuran yang telah

dicapai, membandingkan antara kenyataan di lapangan dengan rumusan tujuan dan menyusun penafsiran yang rasional.

#### **D. Hasil Penelitian Yang Relevan**

Pada bagian ini peneliti mendeskripsikan hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dan relevan dengan penelitian yang penulis lakukan yaitu sebagai berikut:

1. Hasil penelitian Jan Dewing dan Victoria Trynor (2005), tentang kompetensi perawat Admiral dikatakan bahwa pentingnya penelitian kerja (*action research*) secara kontiniu untuk pengembangan dan peningkatan kualitas kompetensi perawat. Hal ini memang penting untuk secara terus menerus memperbaiki mutu pelayanan keperawatan sehingga derajat kesehatan akan semakin baik dari waktu ke waktu.
2. *ANCC Accreditation (American Nursing Credentialing Centre)* (2017), menyampaikan bahwa individu perawat yang berhasil menyelesaikan pendidikan atau kursus tentang kompetensi serta memiliki sertifikat kompetensi, tidak serta merta memiliki kemampuan atau kompeten dalam praktik keperawatan. Individu yang berhasil dan diakui memiliki keahlian atau kompetensi dalam keperawatan adalah individu yang telah berhasil melaksanakan kompetensi tersebut dalam pelaksanaan tugas sehari-hari.
3. Penelitian dari Halcomb E, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C (2016) dalam *Journal of Clinical Nursing* dengan judul *Nursing Competency Standards In Primary Health Care: An Integrative Review*. Dalam artikel ini dikatakan bahwa dengan pengujian dan penilaian standar kompetensi perawat secara terus menerus dapat memperkuat dan mengembangkan kompetensi kerja perawat dalam pelayanan kesehatan primer. Hal ini sangat diperlukan untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan keperawatan. Dengan melakukan penilaian terhadap standar kompetensi perawat secara berkesinambungan akan meningkatkan derajat kesehatan

masyarakat dan memperkuat pengakuan masyarakat terhadap profesi keperawatan itu sendiri.

4. Hasil penelitian Meida Agnes Wijaya, Gilny Aileen Rantung (2015) dengan judul *Persepsi Pasien Terhadap Kompetensi Profesional Perawat*. Dalam penelitian ini dikatakan bahwa: Persepsi pasien terhadap keterampilan mengkaji dan intervensi perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk dalam interpretasi baik; Persepsi pasien terhadap keterampilan komunikasi perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk dalam interpretasi baik; Persepsi pasien terhadap keterampilan berpikir kritis perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk dalam interpretasi baik; Persepsi pasien terhadap keterampilan kepedulian sosial dan relasi sosial perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk dalam interpretasi baik; Persepsi pasien terhadap keterampilan manajemen perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk interpretasi baik; Persepsi pasien terhadap keterampilan kepemimpinan perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk interpretasi baik; Persepsi pasien terhadap keterampilan pengajaran perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk dalam interpretasi baik; Persepsi pasien terhadap keterampilan mengintegrasikan pengetahuan perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk dalam interpretasi baik; Persepsi pasien terhadap kompetensi profesional perawat di Rumah Sakit Advent Bandung termasuk dalam interpretasi baik; Butir yang dipersepsikan paling dominan adalah butir pernyataan “perawat menghargai budaya/agama yang dimiliki pasien”. Butir tersebut termasuk ke dalam keterampilan kepedulian sosial dan relasi sosial. Sedangkan butir yang dipersepsikan kurang dominan adalah butir pernyataan “perawat memiliki pengetahuan di luar bidang ilmunya”. Butir tersebut termasuk dalam keterampilan mengintegrasikan pengetahuan.
5. Hasil penelitian Gerry Silaban, Arfah Mardiana Lubis, Umi Salmah (2015) dalam *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas* dengan judul: *Rancangan Sistem Penilaian Kinerja Berbasis Kompetensi Perawat Gawat Darurat di RSUD Harna Medan*.

Dalam Penelitian ini dikatakan bahwa beberapa rumah sakit umum (RSU) di Medan masih ada yang belum memenuhi standar *Key Performance Indicator (KPI)* IGD, salah satunya adalah RSU Herna Medan. Dibutuhkan penilaian kinerja perawat gawat darurat yang disusun berdasarkan kompetensi, agar mampu memberikan kinerja terbaik. Penelitian yang menggunakan deskriptif kualitatif dengan studi dokumen dan *Focus Group Discussion (FGD)*. Bertujuan merancang penilaian kinerja berbasis kompetensi perawat gawat darurat di RSU Herna Medan. Delapan orang partisipan terpilih mengikuti *FGD* tanggal 11 Mei 2015. Analisis isi digunakan untuk data dokumen dan analisis tematik bagi data *FGD*. Hasil analisis data dokumen, tidak tercantum tujuan penilaian kinerja, penilaian kinerja disusun berdasarkan *task-focused performance dimension*, cara penilaian dan hasilnya tidak diberitahukan pada perawat yang dinilai. Hasil analisa data *FGD*, kompetensi perawat gawat darurat di RSU Herna Medan adalah dampak dan pengaruh mengembangkan orang lain, empati, percaya diri, pengendalian diri, komitmen terhadap organisasi, keahlian teknikal, berorientasi kepada pelanggan, kerja sama kelompok, berpikir analitis, berpikir konseptual, inisiatif, fleksibilitas, kemampuan mengarahkan perintah dan semangat berprestasi. Disarankan pihak manajemen menggunakan lembar penilaian kinerja yang telah disusun minimal satu kali enam bulan. Penilaian terhadap kompetensi perawat sangat penting untuk mengetahui apakah kebijakan atau standar tersebut digunakan dengan baik dan apakah berdampak terhadap kepuasan konsumen yang berarti bahwa kualitas standar atau kebijakan tersebut baik dan dilaksanakan dengan baik.

6. Hasil Penelitian Ni Nyoman Tri Darmayanti, Puput Oktamianti (2013) dengan judul Analisis Kompetensi Perawat Ruang Intensif (*Intensive Care Unit*) Rumah Sakit Umum Tabanan. Hasil penelitian ini menyampaikan tentang Kompetensi perawat ICU RSU. Tabanan dalam kompetensi pengetahuan, kompetensi teknikal dan kompetensi komunikasi masih kurang. Setiap perawat ICU harus mampu mengerjakan seluruh tindakan yang

dinilai, mengingat ruang ICU sebagai ruang perawatan pasien dalam kondisi kritis maka setiap perawat sebaiknya memiliki kemampuan yang baik dalam asuhan keperawatan pasien. Dengan demikian hasil penilaian kompetensi ini menjadi dasar pelatihan dan pendidikan bagi perawat. Di samping itu juga dapat menjadi acuan bagi manajemen untuk meningkatkan pembinaan terhadap perawat yang efektif dan sesuai standar, melakukan evaluasi dan supervisi perawat secara berkesinambungan. Terdapat hubungan yang signifikan antara sistem rekrutmen, sistem penempatan dan orientasi serta pengembangan SDM dengan kompetensi perawat ICU RSUD Tabanan. Sistem rekrutmen tenaga perawat baru di RSUD Tabanan telah diatur dalam peraturan direktur RSUD Tabanan, namun dalam pelaksanaannya rekrutmen tenaga perawat tidak melibatkan unit yang membutuhkan dan pengangkatan tenaga perawat sesuai keperluan unit layanan. Sistem penempatan tenaga baru di unit layanan rumah sakit belum berdasarkan keahlian/kompetensi yang dimiliki tenaga baru karena belum ada standar penempatan tenaga perawat yang berlaku. Walaupun pelaksanaan orientasi tenaga perawat RSUD Tabanan telah diatur dalam SOP orientasi, namun dalam implementasinya tidak sesuai dengan waktu orientasi yang ditetapkan, karena mendesaknya keperluan unit layanan terhadap tenaga perawat baru. Padahal dalam pelaksanaan tugas pelayanan pasien masa orientasi sangat penting oleh karena selama itu perawat dapat lebih memahami tugasnya di tempat yang baru. Pengembangan SDM perawat ICU RSUD Tabanan dinilai oleh responden berjalan dengan baik, kebijakan manajemen dalam memberikan kesempatan tenaga perawat untuk memperoleh pelatihan dan meningkatkan pendidikannya diberikan sama kepada seluruh tenaga perawat di ICU.

7. Hasil penelitian Carrie L. Cormack, Bonnie Dumas, Catherine O. Durham, Elizabeth Jensen, Gigi Smith (2018) dengan judul penelitian: *The 360 degree evaluation model: A method for assessing competency in graduate nursing students, a pilot research study*. Metoda penelitian ini bertujuan menilai kemajuan

kompetensi dalam praktik mahasiswa keperawatan. Hasil penelitian ini mengidentifikasi mahasiswa yang lulus *OSCEs*. Ujian dengan metoda *OSCE* dilakukan untuk mengidentifikasi kelemahan kelompok untuk menciptakan kesempatan belajar berikutnya. Standar evaluasi pasien terhadap kinerja mahasiswa keperawatan dinilai dari pengetahuan, keterampilan dan sikap yang menunjukkan nilai yang tinggi lebih dari 96% dalam *OSCEs*. Mahasiswa menilai diri sendiri terhadap kekuatan dan kelemahan, menunjukkan bahwa mahasiswa sedang berkembang kemampuannya. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan rata-rata 90%-95% dalam ujian klinis pertama.

8. Hasil penelitian Katherine Tan, Chong Mei Chan dan Pathmawathy Subramaniam (2017) dengan judul *The effectiveness of outcome based education (OBE) on the competencies of nursing students: A systematic review* mengatakan bahwa dampak pendidikan terhadap kompetensi mahasiswa keperawatan. Dalam penelitian ini dikatakan bahwa pendidikan dan pengalaman akan memperkuat kompetensi seseorang.
9. Hasil penelitian Donna D. Scott Tilley, PhD, RN (2008) dengan judul: *Competency in Nursing: A Concept Analysis*. Dalam penelitian ini dijelaskan bahwa kompetensi adalah topik yang sangat menarik bagi para pendidik dan administrator dalam praktik disiplin ilmu, terutama disiplin ilmu keperawatan. Artikel ini berfokus pada peran dari kompetensi dalam praktik keperawatan. Melalui konsep proses analisis, berbagai elemen kompetensi dinilai. Pengertian kompetensi adalah penerapan keahlian dalam semua domain untuk peran praktik, instruksi yang berfokus pada hasil yang spesifik atau kompetensi, dukungan untuk peningkatan kualitas kompetensi, akuntabilitas mahasiswa keperawatan, *praktik-based learning*, penilaian diri, dan pengalaman belajar individual. Lingkungan belajar untuk jaminan kompetensi yang melibatkan mahasiswa keperawatan dalam penilaian dan menghitung kemampuan, menyediakan kesempatan belajar berbasis praktik, dan pengalaman belajar individual.

10. Hasil penelitian Leanne S. Cowin, Cecily Hengstberger-Sims, Sandy C. Eagar, Linda Gregory, Sharon Andrew & John Rolley (2008) dengan judul *Competency measurements: Testing convergent validity for two measures*. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa ini adalah laporan studi untuk meneliti standar kompetensi nasional Australia untuk perawat, ternyata menunjukkan korelasi dengan skala kompetensi perawat Finlandia. Latar belakang, penilaian kompetensi telah menjadi persyaratan peraturan utama dan statistik kinerja. Istilah kompetensi bagaimanapun juga tidak memiliki definisi yang diterima secara global dan ini memiliki potensi untuk menciptakan kontroversi, ambiguitas dan kebingungan. Variasi dalam arti dan definisi yang diadopsi di tempat kerja dan pengaturan dalam pendidikan akan mempengaruhi interpretasi hasil penelitian dan memiliki implikasi terhadap profesi perawat. Metode, desain non-eksperimental yang digunakan dengan sampel 116 perawat lulusan baru pada tahun 2005. Versi kedua dari standar kompetensi perawat di Australia bahwa kompetensi digunakan untuk memunculkan tanggapan yang dinilai kompetensinya pada tahun pertama terdaftar sebagai perawat. Temuan, analisis korelasi yang dinilai terhadap tingkat kompetensi, mengungkapkan hubungan antara standar kompetensi nasional Australia (ANCI). Kesimpulan: Meskipun temuan konvergen validitas tidak mencukupi untuk menetapkan validitas kompetensi seperti yang digunakan dalam langkah kedua dalam studi ini, hal itu adalah langkah penting menuju pencapaian tujuan. Studi masa depan pada korelasi harus memperhitungkan keabsahan dan keandalan alat.
11. Hasil penelitian Ruth Schofield, Andrea Chircop, Cynthia Baker, Marie Dietrich Leurer, Susan Duncan, Donald Wotton (2018) dengan judul: *Entry to practice public health nursing competencies: A Delphi method and knowledge translation strategy* dalam jurnal *Nurse education today*. Dalam penelitian ini dijelaskan tentang: Latar belakang untuk menopang dan memperkuat kontribusi perawat dalam pelayanan kesehatan

umum dan masyarakat pada abad 21, sebagian masih bergantung pada kualitas pendidikan keperawatan. Jelas diartikulasikan tentang catatan dalam praktik bahwa kompetensi akan berkontribusi terhadap kapasitas program pendidikan keperawatan yang mempersiapkan lulusan mempromosikan kesehatan populasi lokal, nasional dan global. Tujuannya adalah bahwa asosiasi dari pendidikan keperawatan di Kanada diberikan tugas untuk kekuatan pengembangan konsensus kompetensi inti praktik keperawatan untuk mahasiswa sarjana keperawatan pada kesehatan masyarakat umum yang diajarkan secara *online*. Responden: Perawat dengan pengalaman pendidikan dan latihan kesehatan masyarakat, dan perwakilan dari organisasi kesehatan masyarakat di seluruh Kanada. Metode: Bertahap pada tiga pengembangan kompetensi termasuk: 1) Area memindai; 2) Proses berulang untuk rancangan kompetensi; dan 3) Modifikasi proses Delphi untuk kerangka kompetensi yang melibatkan secara langsung konsultan dan surveyor. Strategi pengajaran untuk pengetahuan melibatkan *peer-review* dan ada interaktif *online* terhadap sumber daya. Hasil: 242 orang pendidik kesehatan masyarakat dan praktisi yang berpartisipasi dalam konsensus konsultasi. Terdokumentasi 19 uraian kompetensi disertai indikator. Terdapat 123 strategi mengajar yang diajukan dengan sumber *online* dan 50 diterima sebagai strategi pengajaran yang patut dicontoh. Kesimpulan: Proses pengembangan kompetensi ini dapat memberikan petunjuk untuk pengembangan kompetensi di negara lain. Dengan demikian terjadi penguatan pendidikan keperawatan untuk pusat kesehatan masyarakat secara global. Keputusan peningkatan kompetensi dasar dalam praktik yang dibandingkan dengan tingkat lanjutan, disempurnakan penerapannya pada lulusan pendidikan keperawatan. Perkembangan penyediaan tambahan strategi pengajaran yang menciptakan inovatif untuk pendidik keperawatan dan praktisi di seluruh dunia untuk mendukung adopsi standar kompetensi pada praktik keperawatan pada kesehatan masyarakat umum.

12. Hasil penelitian Ann M. Bowling, Rhonda Cooper, Ashley Kellish, Laura Kubin, Tedra Smith (2017) dengan judul: *No Evidence to Support Number of Clinical Hours Necessary for Nursing Competency dalam Journal of Pediatric Nursing*. Penelitian ini menjelaskan tentang mahasiswa keperawatan pediatrik yang memerlukan rekomendasi dari asosiasi dalam mengakui kompetensi sebelum bekerja sebagai perawat anak.
13. Hasil penelitian Fang-qin Wu, Yan-ling Wang, Ying Wu, Ming Guo (2014) dengan judul *Application of nursing core competency standard education in the training of nursing undergraduates* dalam jurnal: *International Nursing Science*. Penelitian ini menjelaskan bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi efektifitas standar kompetensi inti pada pendidikan sarjana keperawatan. Metode: 42 orang sarjana keperawatan direkrut sebagai kelompok kontrol yang menggunakan metode pengajaran konvensional, sementara 31 mahasiswa direkrut sebagai kelompok eksperimental keperawatan untuk standar kompetensi inti pendidikan keperawatan. Hasil pengajaran dievaluasi menggunakan pengetahuan teoritis pada pemeriksaan komprehensif dan pemeriksaan klinis terstruktur. Hasil: Kinerja dalam pengumpulan informasi kesehatan, pemeriksaan fisik, skenario simulasi dan komunikasi dalam kelompok eksperimental secara signifikan lebih tinggi ( $p < 0,05$ ). Kesimpulan: Standar kompetensi inti pada pendidikan keperawatan perlu ditetapkan dan berguna untuk pelatihan dan pendidikan kompetensi keperawatan tersebut.
14. Hasil penelitian Kevin White, Heather Macfarlane, Bernadette Hoffmann, Helene Sirvas-Brown, Kathryn Hines, John Xavier Rolley dan Sandi Graham (2017) dengan judul: *Consensus Statement of Standards for Intervention Cardiovascular Nursing Practice* dalam jurnal *Heart, Lung and Circulation (HLC)*. Penelitian ini menjelaskan tentang kompetensi perawat dalam melakukan intervensi keperawatan kardiovaskular. Keperawatan ini merupakan keperawatan kritis khusus yang menyediakan intervensi keperawatan untuk pasien yang rentan terhadap

kemerosotan klinis, melalui gabungan risiko patofisiologi penyakit dan yang mengalami teknis prosedur kompleks pada penyakit kardiovaskular. Pedoman perlu dibuat untuk seluruh dunia yang akan membantu penyediaan layanan kesehatan dan lembaga pendidikan tenaga kerja untuk mengembangkan pedoman yang akan meminimalkan risiko efek samping yang terjadi pada pasien. *The International Council of Nurses (ICN)* mengembangkan definisi dan ruang lingkup latihan untuk intervensi keperawatan pada penyakit jantung tahun 2013. Komite Eksekutif *ICN* didirikan yakni perwakilan dari Australia dan Selandia Baru. Pemilihan ini didasarkan pada keahlian dalam intervensi keperawatan kardiovaskular dan pengalaman menyediakan pendidikan dan *mentoring* dalam lingkungan klinis serta Pasca Sarjana. Pencarian literatur pada *electronic databases science direct, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, Medline dan sumber kesehatan menampilkan penggunaan istilah pencarian kemerosotan klinis, infark miokard elevasi ST, tanda-tanda vital, intervensi utama *percutaneous coronary, PCI, AMI, STEMI*, sindrom akut, peri-prosedural keperawatan, tidak stabil pada angina, PCI komplikasi, penyakit jantung total, manajemen irama jantung, studi elektrofisiologi, akses pembuluh darah. Artikel ini terbatas pada laboratorium kateterisasi kardiak dan relevansi hasil-hasil keperawatan. Daftar referensi dipelajari untuk mengidentifikasi artikel yang relevan yang tidak terjawab pada pencarian awal. Literatur dibandingkan dengan standar kompetensi nasional, kualitas dan keamanan dokumen dan definisi *ICN* serta lingkup praktik. Tema umum, taksonomi pendidikan dan tujuh domain kompetensi yang dicapai melalui telekonfrens serta tatap muka. Hasil kerja standar dirampungkan 14 Juli 2017.

15. Hasil penelitian Hye-Young Park, Ji-Soo Kim (2017), dengan judul *Factors influencing disaster nursing core competencies of emergency nurses* dalam jurnal *Applied Nursing Research*. Latar belakang penelitian ini adalah tentang Perawat yang bekerja di bagian Gawat Darurat diharapkan mampu memberikan layanan

keperawatan yang diperlukan dengan menggunakan keahlian untuk mengurangi risiko yang ditimbulkan bencana. Dengan demikian, perawat *emergency & disaster*. Kompetensi inti keperawatan ini penting untuk mengatasi bencana. Tujuan studi ini adalah untuk melaporkan hasil identifikasi faktor yang mempengaruhi kompetensi inti keperawatan pada perawat gawat darurat & bencana. Metode: Survei ini dilakukan pada 231 perawat gawat darurat & bencana yang bekerja di 12 rumah sakit di Korea Selatan. Data dikumpulkan melalui kuesioner tentang kompetensi inti pada perawat yang berpengalaman terkait bencana, sikap, pengetahuan tentang bencana. Hasil: Dalam analisis regresi, pengalaman terkait bencana memberi pengaruh terkuat kompetensi inti keperawatan pada bencana, diikuti pengetahuan terkait bencana. Kekuatan penjelas dari faktor ini adalah 25,6% dengan signifikansi  $F= 12.189$ ,  $p<0.001$ . Kesimpulan: Temuan ini menunjukkan bahwa kompetensi inti keperawatan perawat gawat darurat dan bencana dapat ditingkatkan melalui program pendidikan dan pelatihan yang meningkatkan kesiap-siagaan terhadap bencana. Profesi perawat perlu berpartisipasi aktif dalam pengembangan pendidikan keperawatan dan program pelatihan dalam penanganan bencana.

16. Hasil penelitian Egbert N, Thye J, Hackl WO, Muller-Staub M, Ammenwerth E, Hubner U (2018) dengan judul: *Competencies for nursing in a digital world. Methodology, results, and use of the DACH-recommendations for nursing informatics core competency areas in Austria, Germany, and Switzerland* pada *Journal NCBI (National Centre for Biotechnology Information)*. Pada penelitian ini disampaikan bahwa perawat perlu memahami digitalisasi untuk menghadapi pelayanan klien di era digitalisasi.

#### **E. Kriteria Evaluasi**

Pengertian kriteria adalah suatu ukuran yang menjadi patokan yang harus dicapai. Kriteria sebaiknya ditetapkan orang-orang yang akan menggunakannya, yaitu calon pelaku evaluasi. Tujuannya agar

pada saat menerapkan tidak ada masalah karena sudah memahami, dan tahu apa yang melatarbelakanginya.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka ditetapkan kriteria evaluasi yang akan digunakan peneliti sebagai tolok ukur efektifitas kinerja Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan Standar Kompetensi Perawat. Kriteria keberhasilan kinerja Standar Kompetensi Perawat Indonesia sebagai tolok ukurnya sesuai tahapan-tahapan yang dijelaskan dalam tahapan evaluasi konteks, input, proses, produk dan dampak yang menjadi standar atau alat ukur, yang dibandingkan dengan standar yang telah ada. Kriteria-kriteria yang dibuat sebagai acuan penilaian adalah sesuai dengan yang tercantum dalam tabel berikut ini:

**Tabel 2.5 Kriteria Evaluasi**

<b>Komponen</b>	<b>Aspek Yang Dievaluasi</b>	<b>Kriteria Evaluasi SKPI Sekarang</b>	<b>Kriteria Evaluasi SKPI Baru</b>
Konteks (Context)	Isi SKPI	SKPI mengakomodir regulasi yang sedang berlaku	SKPI mengakomodir regulasi yang sedang berlaku & teradaptasi revolusi industri 4.0. Kemampuan perawat meliterasi identitas digital; informasi, data& literasi media; Pembelajaran & pengembangan diri; Komunikasi, kolaborasi & partisipasi; Kemampuan teknis; Penciptaan digital, inovasi & riset.
	Perumusan tujuan penetapan SKPI	Tujuan implementasi SKPI untuk kepuas-an <i>stakeholders</i>	Tujuan implementasi SKPI untuk kepuasan <i>stakeholders</i> yang teradaptasi revolusi industri 4.0. Pada SKPI tergambar kemampu-an perawat meliterasi

<b>Komponen</b>	<b>Aspek Yang Dievaluasi</b>	<b>Kriteria Evaluasi SKPI Sekarang</b>	<b>Kriteria Evaluasi SKPI Baru</b>
			identitas digital; informasi, data & literasi media; Pembelajaran & pengembangan diri; Komunikasi, kolaborasi & partisipasi; Kemampuan teknis; Penciptaan digital, inovasi & riset.
Masukan ( <i>Input</i> )	Sumber daya, struktur, peren-canaan, prosedur, disain, tahapan & standar penetapan SKPI untuk kesi-apan pelaksanaan SKPI.	Tersedia sumber daya, struktur, perencanaan, prosedur, disain, tahapan & standar penetapan SKPI untuk kesiapan pe-laksanaan SKPI.	Tersedia SDM perawat yang mampu meliterasi identitas digital; Informasi, data & literasi media; pembelajaran & pengembangan diri; Kemampuan komunikasi, kolaborasi & partisipasi; Kemampuan teknis; Penciptaan digital, inovasi & riset agar mengelola struktur, perencanaan, prosedur, disain, tahapan & standar penetapan SKPI tersedia & teradaptasi revolusi industri 4.0.
Proses ( <i>Process</i> )	Proses penetapan, implementasi, <i>monitoring</i> evaluasi & pengembangan SKPI	Ada proses penetapan, implementasi, <i>monitoring</i> evaluasi & pengembangan SKPI di Yankes & penetapan, imple-mentasi, <i>monitoring</i> evaluasi & pengem-bangan kurikulum	Ada proses penetapan, implementasi, <i>monitoring</i> evaluasi & pengembangan SKPI di Yankes & kurikulum pendidikan keperawatan di mana perawat mampu meliterasi identitas

<b>Komponen</b>	<b>Aspek Yang Dievaluasi</b>	<b>Kriteria Evaluasi SKPI Sekarang</b>	<b>Kriteria Evaluasi SKPI Baru</b>
		pendidikan keperawatan yang berpedoman pada SKPI.	digital; Informasi, data & literasi media; pembelajaran & pengembangan diri; Komunikasi, kolaborasi & partisipasi; Kemampuan teknis; Penciptaan digital, inovasi & riset
Produk ( <i>Product</i> )	Produk SKPI	Kurikulum pendidikan keperawatan & standar kompetensi perawat di Yankes berpedoman pada SKPI	Kurikulum pendidikan keperawatan & standar kompetensi perawat di Yankes yang menciptakan dan mengembangkan kemampuan literasi calon perawat & perawat terhadap identitas digital; informasi, data & literasi media; pembelajaran & pengembangan diri; Kemampuan komunikasi, ko-laborasi & partisipasi; Kemampuan teknis; Penciptaan digital, inovasi & riset.
Dampak ( <i>Outcome</i> )	Kepuasan <i>stakeholders</i>	<i>Stakeholders</i> puas atas kinerja SKPI	<i>Stakeholders</i> milenial puas atas kinerja kompetensi perawat di era digitalisasi. Perawat memiliki kemampuan bekerja dengan klien/warga secara bersama merancang dan mengembangkan

Komponen	Aspek Yang Dievaluasi	Kriteria Evaluasi SKPI Sekarang	Kriteria Evaluasi SKPI Baru
			kemampuan digital, membentuk agenda riset untuk inovasi digital secara kontiniu dalam pelayanan kesehatan.

Kriteria-kriteria tersebut merupakan ukuran atau patokan standar objektif. Hasil evaluasi dari lapangan akan dibandingkan dengan standar objektif yang telah ditetapkan. Teknik pengambilan keputusan aktualitas pada setiap komponen atau aspek dengan cara melakukan pengukuran pada setiap fokus evaluasi. Aktualitas keputusan per indikator yang dievaluasi ditetapkan dengan menggunakan 3 (tiga) pilihan kategori yaitu tinggi (*high*), sedang (*moderate*), dan rendah (*low*). Ketiga kategori ini akan dipilih berdasarkan realita yang ada dan dipetakan berdasarkan pedoman penilaian evaluasi. Keputusan pada setiap tahapan evaluasi akan menghasilkan sejumlah rekomendasi akhir yang diajukan untuk perbaikan implementasi SKPI. Kriteria evaluasi SKPI baru tidak diukur tetapi akan menjadi rekomendasi bagi pembuat SKPI ke depan.

## F. Kerangka Teori

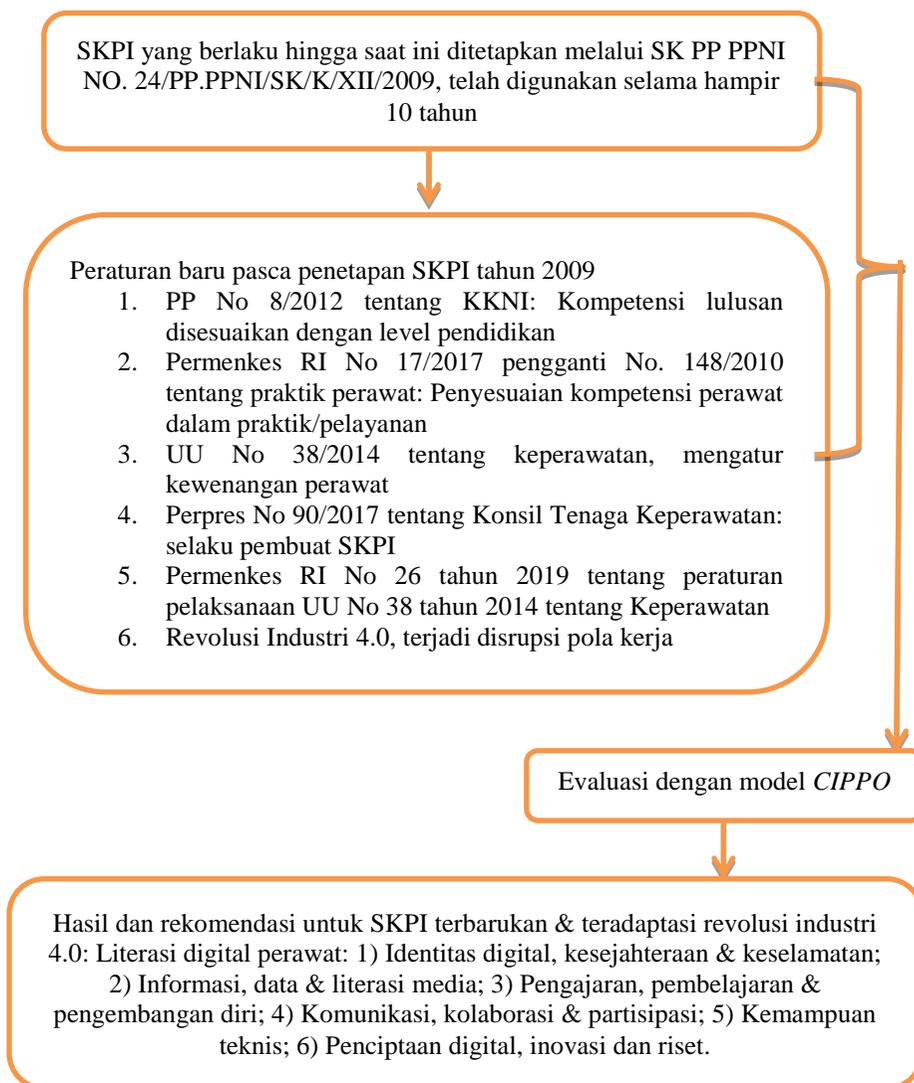
SKPI yang ditetapkan tahun 2009 telah berlangsung selama hampir 10 tahun. SKPI tersebut belum pernah dievaluasi. Selain saat ini adalah era revolusi industri 4.0 dengan digitalisasi dan terjadi disrupsi terhadap pola kerja yang membutuhkan kompetensi terbaru. Perawat yang memberikan pelayanan kepada masyarakat membutuhkan perubahan dan penyesuaian kompetensi terkait dengan revolusi industri 4.0 tersebut.

Pasca penetapan SKPI tahun 2009, muncul beberapa peraturan baru tentang praktik perawat beserta kompetensinya. Antara lain PP No 8/2012 tentang KKNi yang mengatur kompetensi pada masing-masing level pendidikan. Permenkes RI No 17/2017 pengganti No. 148/2010 tentang praktik perawat yang mencantumkan perubahan wewenang dan

kompetensi perawat dalam praktik/pelayanan keperawatan. UU No 38/2014 tentang keperawatan mengatur kewenangan perawat dan Perpres No 90/2017 tentang Konsil Tenaga Keperawatan. Konsil tenaga perawat yang bertugas membuat dan menyusun SKPI.

Revolusi industri 4.0 saat ini memunculkan perubahan yang fundamental. Disrupsi perlu diantisipasi pun dalam pelayanan keperawatan bagi masyarakat. Kompetensi perawat yang belum diadaptasi dengan revolusi industri 4.0 akan ketinggalan dan tidak mampu menghadapi tantangan yang terjadi saat ini.

SKPI dievaluasi dengan pendekatan Model Evaluasi *CIPPO*. SKPI yang telah dievaluasi dan terbarukan akan mampu menciptakan kepuasan *stakeholders*. Perawat mampu memberikan pelayanan yang terbaik dan terbarukan. Dampaknya status kesehatan masyarakat semakin lebih baik.



### **Bagan 2.6 Kerangka Teori**

Sumber: Modifikasi: PPNI (2009), PP No. 8 (2012), Permenkes RI No 17 (2017) pengganti Permenkes RI No 148 (2010), UU no 38 (2014), Perpres No 90 (2017), Penelitian Egbert N et al (2018)



# BAB III

## METODOLOGI PENELITIAN

### A. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Jakarta dan Kalimantan Barat. Partisipan dalam penelitian ini adalah organisasi profesi yakni ketua umum pengurus pusat PPNI, ketua umum ssosiasi institusi pendidikan vokasi keperawatan Indonesia (AIPViKI), ketua umum asosiasi institusi pendidikan ners Indonesia (AIPNI), beberapa lembaga pelayanan kesehatan di DKI Jakarta yakni RS. R. P. Jakarta, RS. P. Jakarta, RS Pln. Jakarta, Akademi Keperawatan Pln Jakarta, lembaga pelayanan kesehatan di Kalimantan Barat yakni RSUD. K. B., RSUD, RS. St. V, RSUD. dr. A. A, seorang perawat dari Amerika Serikat yang sedang bekerja di Kalimantan Barat dan seorang perawat dari Indonesia. Proses penelitian dilaksanakan mulai bulan Oktober 2018.

### B. Pendekatan, Metode dan Desain Penelitian

#### 1. Pendekatan Penelitian

Judul penelitian ini adalah: “Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia dengan Menggunakan Model *CIPPO* Menuju Revolusi Industri 4.0”. Model evaluasi yang relevan dalam penelitian ini yakni model evaluasi *CIPP* (*Context, Input, Process, Product*) yang dikembangkan Stufflebeam bersama sejawatnya di *Ohio State University*. Evaluasi model *CIPP* merupakan format yang komprehensif pada tahapan evaluasi berupa unsur konteks, input, proses, produk ditambah dampak (*outcome*). Dengan demikian studi evaluasi yang digunakan di sini adalah model evaluasi *CIPPO* untuk melakukan identifikasi serta menganalisis isi dan implementasi SKPI.

Indikator yang digunakan untuk mempermudah dan memperlancar proses evaluasi dalam penelitian ini adalah:

- a. Evaluasi konteks (*Context*), merupakan proses evaluasi yang dilaksanakan untuk mengidentifikasi dan menganalisis kesesuaian dan kualitas isi dari SKPI serta keterkaitan tujuan dengan kepuasan *stakeholder*.
- b. Evaluasi masukan (*Input*), merupakan serangkaian kegiatan untuk mengidentifikasi dan menganalisis sumber daya yang digunakan dalam mensukseskan penetapan dan implementasi SKPI. Input tersebut terdiri dari sumber daya manusia yang terlibat, anggaran, fasilitas, struktur organisasi, perencanaan, prosedur penetapan dan implementasi, desain, tahapan serta standar SKPI. Hal-hal di atas akan mampu mendeskripsikan efektifitas dan efisiensi keberhasilan penetapan isi dan pelaksanaan SKPI.
- c. Evaluasi proses (*Process*), merupakan serangkaian aktifitas untuk mengidentifikasi dan menganalisis proses penetapan dan implementasi SKPI. Pada aktifitas ini dilakukan *monitoring* dan pendokumentasian perubahan-perubahan yang ditemukan.
- d. Evaluasi produk (*Product*), berupa kegiatan untuk mengidentifikasi dan menganalisis produk yang berkaitan dengan aspek konteks, input dan proses. Kemudian diinterpretasikan secara data, fakta dan realita. Evaluasi produk merupakan evaluasi untuk mengukur produksi dan pendukung kesuksesan terhadap pencapaian tujuan SKPI. Evaluasi ini juga sebagai dokumentasi hasil pencapaian serta keputusan untuk melakukan perbaikan, pelaksanaan dan aktualisasi. Kegiatan atau aktivitas evaluasi produk merupakan usaha untuk menilai dan menginterpretasikan hasil yang telah dicapai. Penilaian dikembangkan dan didokumentasikan secara akurat, cermat dan teliti. Kecermatan dan keakuratan analisis menjadi bahan pertimbangan untuk penetapan serta pengajuan rekomendasi tentang hasil penetapan isi dan pelaksanaan SKPI yang dianggap layak untuk dilaksanakan.
- e. Evaluasi dampak (*Outcome*), adalah kegiatan untuk mengidentifikasi dan menganalisis informasi tentang dampak

penetapan dan pelaksanaan SKPI sesuai harapan organisasi. Evaluasi terhadap dampak ini mengidentifikasi dan menganalisis implikasi dari kegiatan yang telah dilaksanakan sesuai ekspektasi dan target. Keakuratan informasi yang ditampilkan dari sumber-sumber sesuai keperluan riset dan akan diidentifikasi dan dianalisis sehingga mampu menyediakan informasi secara komprehensif.

Melalui pendekatan kualitatif, data yang diperoleh dari hasil wawancara, hasil pengamatan dan analisis dokumen, peneliti susun menjadi laporan penelitian ilmiah. Data yang penulis temukan dianalisis dengan informasi yang komprehensif, mencari keterkaitan, melakukan perbandingan, memperoleh hasil dari data aslinya. Hasil analisis berupa pemaparan data tentang keadaan yang penulis presentasikan melalui deskripsi naratif.

## **2. Metode Penelitian**

Riset ini memanfaatkan metode evaluasi kebijakan dengan tujuan mengukur atau mengevaluasi penetapan dan pelaksanaan SKPI. Ada tiga fokus evaluasi yang dilaksanakan. Yang pertama, evaluasi terhadap rancangan isi SKPI yaitu bagaimana kualitas isi SKPI. Kedua, evaluasi yang bersifat kegiatan *monitoring*. Artinya kegiatan pengukuran dengan melihat apakah SKPI telah efektif dan efisien dalam pelaksanaannya. Ketiga, evaluasi yang berkaitan dengan dampak SKPI, artinya mencapai tujuan yakni memperoleh kepuasan bagi *stakeholders*.

Sebagai kebijakan maka SKPI membutuhkan rekomendasi dalam setiap unsur dan tahapan yang dijalani. Evaluasi dan observasi juga ditujukan untuk melihat pencapaian tujuan SKPI, apakah ada penyimpangan yang membutuhkan tindakan perbaikan. Metode evaluasi riset dengan *CIPPO*, peneliti melaksanakan penilaian terhadap isi, input, proses, produk dan dampak SKPI. Definisi evaluasi yang sudah disampaikan para ahli, bahwa evaluasi terhadap pelaksanaan SKPI mempunyai akibat serta implikasi bagi tujuan organisasi. Kegiatan dalam pelaksanaan SKPI membutuhkan kebijakan dan tata tertib yang ditetapkan organisasi penyusun SKPI untuk mencapai

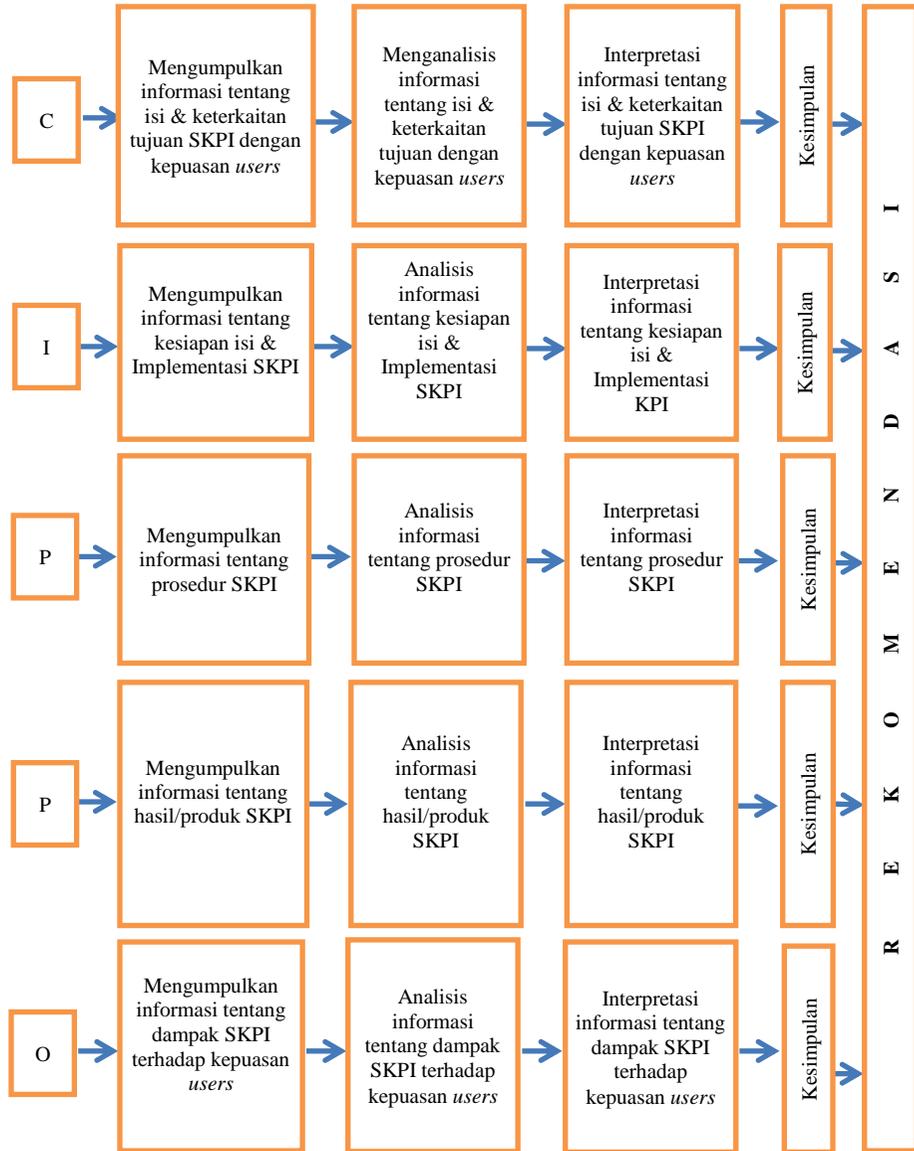
tujuan SKPI. Untuk itu, maka dalam pelaksanaan evaluasi perlu ditetapkan ukuran kesuksesan aplikasi SKPI. Pencapaian keberhasilan pelaksanaan SKPI dinilai dan didesain melalui model evaluasi kebijakan yakni *CIPPO*. Metode dalam penelitian ini dijelaskan dalam rancangan riset melalui dua kegiatan yaitu konseptual keilmuan dan empirik yang disusun melalui *data collecting*.

Penetapan model *CIPPO* berdasarkan relevansi dengan model riset evaluasi. Model *CIPPO* dipakai untuk memetakan isi dan proses pelaksanaan SKPI yang disesuaikan berdasarkan kenyataan. Unsur konteks mengidentifikasi dan menganalisis isi SKPI. Unsur *input* mengidentifikasi dan menganalisis perencanaan dan persiapan pelaksanaan SKPI, dukungan sumber daya, struktur organisasi yang terlibat untuk melaksanakan SKPI. Unsur proses mengidentifikasi dan menganalisis prosedur penetapan dan pelaksanaan SKPI. Unsur produk mengidentifikasi dan menganalisis hasil penetapan dan implementasi SKPI. Unsur dampak mengidentifikasi dan menganalisis kepuasan *users/stakeholders*.

### **3. Desain Model Penelitian**

Rancangan penelitian ini dideskripsikan seperti yang dijelaskan pada fokus penelitian melalui wawancara dan observasi terhadap efektivitas pelaksanaan SKPI pada tahap pencapaian ekspektasi maupun kenyataan dampak pada *output* untuk mengambil keputusan melakukan perubahan dan perbaikan SKPI dalam rangka peningkatan kualitas kompetensi perawat Indonesia. Model penilaian yang ditetapkan adalah model *CIPPO* yang dikembangkan Stufflebeam. Penilaian konteks akan menolong mempertimbangkan dan merencanakan isi yang mencantumkan tujuan yang ingin dicapai melalui pelaksanaan SKPI. Penilaian input, menetapkan dan menyediakan persiapan dan kesiapan kebutuhan untuk penetapan dan pelaksanaan SKPI sehingga mencapai tujuan berupa kepuasan *users* dari SKPI. Penilaian proses yakni proses pengukuran pelaksanaan SKPI yang dilaksanakan secara efektif dan efisien. Penilaian produk berupa hasil penetapan dan implementasi SKPI berdasarkan unsur *KSA* (*Knowledge, Skill, Abilities*). Penilaian dampak berupa pengaruh atau

akibat penetapan dan pelaksanaan SKPI. Berikut adalah desain pelaksanaan evaluasi SKPI:



Keterangan: C: Context I: Input P: Process P: Product O: Outcome

Sumber: Modifikasi dari: Stufflebeam, Daniel L. dan Chris L. S. Coryn, 2014

**Bagan 3.1 Disain Evaluasi Penetapan & Pelaksanaan SKPI**

### C. Instrumen Penelitian

Riset ini merupakan penelitian kualitatif. Peneliti sendiri menjadi instrumen atau alat penelitian utama. Riset evaluasi memiliki empat teknik *data collecting* yaitu wawancara, observasi dokumen, arsip dan bukti fisik. Penelitian ini menggunakan instrumen *data collecting* berupa wawancara terbuka, observasi dokumen sebagai data sekunder dan observasi langsung. Pemanfaatan alat pengumpul data tidak hanya terfokus pada satu tahapan penilaian, namun tersebar dan disesuaikan dengan keperluan pada keempat tahapan penilaian tersebut. Proses penetapan alat penelitian ini adalah berdasarkan proses yang disertai hasil konsultasi dengan para pakar.

Peneliti sebagai alat penelitian memiliki pengetahuan dan pemahaman terhadap metode penelitian kualitatif, kesiapan peneliti sendiri untuk mendatangi obyek penelitian, memiliki wawasan tentang bidang yang sedang diteliti dan melakukan konfirmasi dan validasi oleh peneliti sendiri melalui penilaian pada faktor-faktor yang terkait dengan penelitian tersebut. Pada riset evaluasi ini kebijakan yang dinilai adalah Standar Kompetensi Perawat Indonesia (SKPI).

SKPI yang ditetapkan PPNI tanggal 17 Desember 2009 adalah standar baku yang jelas dalam praktik keperawatan di Indonesia melalui Surat Pendaftaran Ciptaan di Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia dengan nomor pendaftaran 052205 pada tanggal 28 Juli 2011. Perawat sebagai figur utama dalam praktik keperawatan untuk pemberian asuhan keperawatan kepada klien baik pelaksanaan hingga manajemen keperawatan yang menjadi faktor utama keberhasilan praktik keperawatan di Indonesia adalah tersedianya Standar Pelayanan antara lain Standar Kompetensi Perawat Indonesia secara nasional, regional dan institusional.

Standar keberhasilan yang dipakai berdasarkan pelaksanaan semua unsur atau aspek dari masing-masing komponen SKPI yang telah ditetapkan. Kemudian dirancang terhadap setiap aspek unsur-unsur SKPI dan dijelaskan di dalam setiap unsur komponen dalam mencapai setiap dan semua unsur komponen penetapan dan aplikasi SKPI sebagai fokus masalah riset. Riset penilaian SKPI mendeskripsikan *out line* elemen komponen penetapan hingga

implementasi SKPI yang merupakan usaha untuk meningkatkan kualitas kinerja sumber daya manusia (*human capital*) pada organisasi PPNI. Komponen yang terkait SKPI tersebut adalah tujuan, strategi ketersediaan dan kapasitas sumber daya manusia, anggaran dan fasilitas, proses implementasi dan hasil dari implementasi SKPI serta produk dari pelaksanaan SKPI baik berupa ekspektasi maupun di luar ekspektasi.

Dalam riset ini dilaksanakan verifikasi pada setiap komponen tahapan penilaian konteks (*Context*), masukan (*Input*), proses (*Process*), hasil (*Product*) hingga dampak (*Outcome*). Konklusi dari setiap tahapan penilaian dipresentasikan dalam bentuk peringkat atau *rating* penilaian yakni rendah, moderat dan tinggi. Peringkat hasil evaluasi ini telah dilaksanakan oleh Tumber dalam menetapkan indikator penilaian yang disesuaikan dengan kriteria evaluasi riset. Peringkat ini dilaksanakan untuk mengetahui seberapa jauh derajat kesuksesan pelaksanaan SKPI yang telah dilaksanakan. Sesudah pelaksanaan analisis data, selanjutnya dilaksanakan pemetaan yang disesuaikan dengan fokus riset untuk ditetapkan hasil penilaian. Alat penelitian dikembangkan berdasarkan proses penyesuaian dan rancangan ulang berdasarkan permasalahan penelitian, tujuan yang ingin dicapai dan didesain berdasarkan tingkat pencapaian hasil penelitian. Hasil pelaksanaan dan hasil dari setiap unsur komponen yang dinilai ditampilkan melalui deskripsi berikut:

**Tabel 3. 1. Pedoman Penilaian Evaluasi**

<b>Skala Penilaian</b>	<b>Peringkat/Rating</b>	<b>Deskripsi</b>
1	Rendah	Kriteria Evaluasi tidak terpenuhi semuanya atau terpenuhi sebagian di bawah 50% dari jumlah butir kriteria
2	Moderat	Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian, $\geq 50\%$ dari jumlah butir kriteria
3	Tinggi	Kriteria Evaluasi terpenuhi semua

Proses interview ditujukan pada komponen pembuat kebijakan dan pengguna SKPI. Riset ini memakai metode interview, pengamatan dan analisis dokumen untuk memperoleh informasi yang lebih komprehensif tentang pelaksanaan SKPI. Wawancara dilakukan dengan ketua umum pengurus pusat PPNI, ketua umum AIPViKI, ketua umum AIPNI, pimpinan keperawatan RS. R. P. Jakarta, pimpinan keperawatan RS. P. Jakarta, pimpinan keperawatan RS, Pln Jakarta, pimpinan keperawatan RSUD. K.B. Kalimantan Barat, pimpinan keperawatan RSUD. B. Kalimantan Barat, pimpinan keperawatan RS. St. V. Kalimantan Barat, pimpinan keperawatan RSUD. Dr. A. A. Kalimantan Barat, pimpinan Akademi Keperawatan Pln Jakarta, perawat sebagai pelaksana SKPI. Metode wawancara untuk memperoleh informasi yang komprehensif dari setiap unsur penilaian pada model *CIPPO* (*Context, Input, Process, Product, Outcome*). Berikut merupakan kisi-kisi pertanyaan pada wawancara yang akan peneliti jadikan sebagai instrumen pertanyaan yaitu:

### 1. Aspek Konteks (*Context*)

**Tabel 3.2 Kisi-kisi wawancara Aspek Konteks SKPI**

Aspek yang Dievaluasi	Sumber Informasi	Indikator	Butir Pertanyaan Wawancara	Teknik Instrumen
Menganalisis konteks SKPI	Wawancara dengan Ketua Umum PPNI, Ketua AIPNI, Ketua AIPViKI	SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0 dibuat berdasarkan UU, peraturan yang sedang berlaku. Keterkaitan tujuan SKPI dengan kepuasan <i>stakeholders</i>	Bagaimana penetapan SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0? Bagaimana tujuan penetapan SKPI yang teradaptasi rev. Ind 4,0?	Wawancara

## 2. Aspek Input (*Input*)

**Tabel 3.3 Kisi-kisi wawancara tentang Aspek Input SKPI**

Aspek yang Dievaluasi	Sumber Informasi	Indikator	Butir Pertanyaan Wawancara	Teknik Instrumen
Sumber daya yang digunakan dalam penetapan dan pelaksanaan SKPI	Wawancara dengan Ketum PP PPNI, Ketum AIPNI, Ketum AIPViKI menjelaskan kebutuhan sumber daya meliputi anggaran & fasilitas dalam penetapan dan pelaksanaan SKPI	Penetapan dan pelaksanaan SKPI didukung pembuat dan penyusun SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0	Sumber daya apa saja yang digunakan dalam aktifitas penetapan dan implementasi SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0?	Wawancara
Struktur organisasi yang terlibat dalam penetapan dan implementasi SKPI.	Wawancara dengan Ketua Umum PP PPNI, Ketum AIPViKI, Ketum AIPNI yang menjelaskan tentang Struktur organisasi yang terlibat dalam penetapan dan implementasi SKPI	Mengakomodir Perpres No 90 tahun 2017 tentang KTKI	Siapa saja yang terlibat dalam penetapan, implementasi dan monitoring implementasi SKPI yang ter-adaptasi Rev. Ind 4,0? Bagaimana pembagian tugas masing-masing pihak yang terlibat dalam penetapan dan pelaksanaannya?	Wawancara
Perencanaan dan implementasi SKPI	Wawancara dengan Ketua Umum PP PPNI, Ketum AIPNI, Ketum	Setiap pihak yang terlibat memiliki perencanaan penetapan dan	Bagaimana prosedur merumuskan & merencanakan penetapan dan pelaksanaan	Wawancara

<b>Aspek yang Dievaluasi</b>	<b>Sumber Informasi</b>	<b>Indikator</b>	<b>Butir Pertanyaan Wawancara</b>	<b>Teknik Instrumen</b>
	AIPViKI	pelaksanaan SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0	SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0?	
Prosedur penetapan dan pelaksanaan SKPI	Wawancara dengan Ketua Umum PP PPNi, Ketum AIPNI, Ketum AIPViKI	Proses pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi, & aplikasi & monev serta pengembangan SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0	Bagaimana prosedur penetapan dan pelaksanaan SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0?	Wawancara
Desain SKPI	Wawancara dengan Ketua Umum PP PPNi, Ketum AIPNI, Ketum AIPViKI	Menjelaskan des-kripsi & spesifikasi desain SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0	Bagaimana desain SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0?	Wawancara
Tahapan penetapan SKPI	Wawancara dengan Ketua Umum PP PPNi, Ketum AIPNI, Ketum AIPViKI	Pelaksanaan tahapan mulai dari penetapan SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0 berlangsung sesuai prosedur yang telah ditetapkan	Bagaimana tahapan penetapan dan pengembangan SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0?	Wawancara
Standar penetapan SKPI	Wawancara dengan Ketua Umum PP PPNi, Ketum AIPNI, Ketum AIPViKI	Standar penetapan SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0 tersedia referensi seperti	Bagaimana penetapan standar dari SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0 dan	Wawancara

Aspek yang Dievaluasi	Sumber Informasi	Indikator	Butir Pertanyaan Wawancara	Teknik Instrumen
		UU dan peraturan & kebijakan yang sedang berlaku	bagaimana melakukan seleksi terhadap beberapa alternatif standar atau referensi?	

### 3. Aspek Proses (*Process*)

**Tabel 3.4. Kisi-kisi wawancara tentang Aspek proses SKPI**

Aspek yang Dievaluasi	Sumber Informasi	Indikator	Butir Pertanyaan Wawancara	Teknik Instrumen
Prosedur Implementasi SKPI	Wawancara dengan Ketua Umum PP PPNi, Ketum AIPNI, Ketum AIPViKI	Pelaksanaan tahapan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan	Bagaimana tahapan implementasi SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0 dilaksanakan dengan konsisten?	Wawancara

### 4. Aspek Produk (*Product*)

**Tabel 3.5. Kisi-kisi wawancara tentang Aspek Produk SKPI**

Aspek yang Dievaluasi	Sumber Informasi	Indikator	Butir Pertanyaan Wawancara	Teknik Instrumen
Produk yang dihasilkan SKPI	Wawancara dengan Ketua Umum PP PPNi, Ketum AIPNI, Ketum AIPViKI	Tersedia Standar Kompetensi Perawat pada Yankes kurikulum pada pendidikan keperawatan yang telah	Bagaimana produk SKPI yang teradaptasi Rev. Ind 4,0?	Wawancara



dengan pembahasan, penyusunan, penetapan isi dan memutuskan implementasi SKPI serta produk SKPI itu sendiri. Pengumpulan data yang dilaksanakan dalam penelitian ini terimplementasi berdasarkan hasil wawancara yang terstruktur, wawancara mendalam serta penelusuran dokumen.

Proses *data collecting* dilaksanakan peneliti berdasarkan aktifitas-aktifitas berikut:

### 1. Dokumentasi

Dokumentasi dilaksanakan dalam pengumpulan data, mengidentifikasi data serta mengumpulkan informasi yang terdapat pada sumber data. Pada penelitian ini, dokumentasi yang diidentifikasi dalam pengumpulan data tentang kebijakan dan landasan hukum SKPI, tentang organisasi yang terlibat dalam penetapan dan pelaksanaan SKPI, sumber daya manusia, fasilitas, hasil pengamatan dan hasil implementasi SKPI.

### 2. Observasi

Pada observasi yang dilaksanakan dalam penelitian ini adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui pertemuan langsung pada subjek dan objek yang menjadi partisipan penelitian. Aktifitas ini terlaksana untuk mengumpulkan data dalam penetapan isi dan pelaksanaan SKPI, hasil pelaksanaan SKPI, *monitoring* dan evaluasi, fasilitas, sumber daya manusia, dan lain-lain yang berhubungan dengan keperluan penelitian.

### 3. Wawancara

Wawancara atau *interview* adalah cara mengumpulkan data yang dilaksanakan berdasarkan dialog langsung bertatap muka antara peneliti dengan partisipan atau informan data yang dianggap dapat menyampaikan informasi/data tentang apa, bagaimana, siapa, di mana, kapan dan mengapa serta keadaan, pendapat dan sikap yang terkait dengan SKPI. Definisi wawancara yang dikemukakan Sekaran dan Bougie (2013) yaitu:

*Interviewing is a useful data collection method, especially during the exploratory stages of research. Where large number of interviews are conducted with a number of different interviewers, it is important to train the interviewers with care in order to*

*minimize interviewer bias manifested in such ways as voice inflections, differences in wording, and interpretation. Good training decreases interviewer bias.*

Wawancara merupakan metoda *data collecting* yang bermanfaat khususnya pada tahap-tahap eksplorasi riset di mana dengan sejumlah tertentu wawancara yang dilaksanakan dengan sejumlah *interviewer* yang berbeda. Dalam hal ini penting dalam melatih *interviewer* secara teliti dan cermat untuk meminimalisir kejadian bias oleh *interviewer* yang dinyatakan dalam cara catatan, rekaman suara, perbedaan dalam kata dan perbedaan interpretasi. Sekaran dan Bougie (2013) menyampaikan beberapa macam *interview* yang dipakai dalam penelitian seperti:

**a. Wawancara Terstruktur (*Structured Interview*)**

Wawancara ini dipakai sebagai teknik *data collecting*, ketika peneliti atau seseorang yang bertugas mengumpulkan data sudah memahami secara pasti mengenai informasi yang ingin diperoleh. Pada saat pelaksanaan wawancara maka petugas pengumpul data sudah menyediakan alat penelitian seperti pertanyaan-pertanyaan tertulis di mana pilihan-pilihan jawabannya juga sudah disiapkan. Melalui wawancara terstruktur ini setiap partisipan ditanyakan dengan pertanyaan yang sama dan pengumpul data akan mencatat atau merekamnya. Sekaran dan Bougie (2013) menyampaikan pengertian dari wawancara terstruktur secara lebih jelas:

*Structured interviews are those conducted when it is known at the outset what information is needed. The interviewer has a list of predetermined questions to be asked of the respondents either personally, through telephone, or via computer. When a sufficient number of structured interviews has been conducted and adequate information obtained to understand and describe the important factors operating in the situation, the researcher stops the interviews. The information is then tabulated and the data analyzed. This helps the researcher to accomplish the task he set out to achieve, such as describing the phenomena, or quantifying them, or identifying the specific problem and evolving a theory of*

*the factors that influence the problem, or finding answers to the research question. Much qualitative research is done in this manner.*

Wawancara terstruktur merupakan cara yang digunakan pada saat peneliti telah mengetahui dari awal tentang informasi yang diperlukan. Interviewer mempunyai daftar pertanyaan yang sudah disiapkan dan ditentukan untuk disampaikan kepada partisipan dan diminta langsung secara pribadi, melalui sambungan telepon maupun melalui komputer. Pada saat jumlahnya telah cukup untuk wawancara terstruktur dan informasi yang memadai yang dibutuhkan telah diperoleh untuk memahami dan mendeskripsikan faktor penting yang berpengaruh pada kondisi dan situasi tertentu maka peneliti dapat menghentikan proses wawancara. Kemudian informasi yang diperoleh ditranskripsikan dan data dianalisis. Langkah ini akan menolong peneliti menuntaskan tugas yang sudah dimulai untuk memperoleh kesempurnaan dan komprehensifitas informasi, seperti mendeskripsikan masalah maupun menilai kesenjangan atau mengidentifikasi fenomena yang spesifik dan perkembangan teori terhadap faktor yang mempengaruhi masalah atau memperoleh jawaban atas pertanyaan kualitatif.

**b. Wawancara Semi Terstruktur (*Semi-Scstructured Interview*)**

Tipe wawancara semi terstruktur (*Semi-Scstructured Interview*) ini termasuk dalam jenis *in-depht interview*. Dalam pelaksanaannya lebih bebas dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara semi terstruktur ini adalah untuk memperoleh fenomena dengan cara yang lebih terbuka. Pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya. Dalam pelaksanaan wawancara peneliti perlu mendengarkan secara cermat dan teliti serta mencatat hal-hal yang disampaikan partisipan/informan.

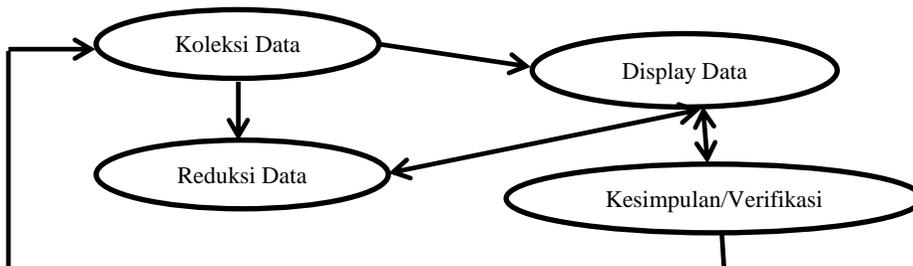
**c. Wawancara Tak Terstruktur (*Unstructured Interview*)**

Wawancara tak terstruktur ini merupakan wawancara yang bebas. Peneliti tanpa penggunaan panduan wawancara yang disusun sebelumnya secara sistematis dan lengkap untuk mengumpulkan data.

Pedoman wawancara yang dipakai hanya garis besar masalah yang ingin ditanyakan. Dalam wawancara tak terstruktur ini, peneliti lebih banyak menjadi pendengar yang baik terhadap hal-hal yang akan diceritakan oleh partisipan/informan. Wawancara tak terstruktur begitu diberi label pewawancara yang tidak mempunyai pengaturan dengan urutan yang direncanakan terhadap pertanyaan untuk ditanyakan kepada partisipan/informan. Tujuan wawancara ini kemungkinan untuk membawa beberapa masalah awal ke permukaan agar peneliti dapat menetapkan dan memutuskan faktor-faktor spesifik yang memang perlu untuk diteliti lebih dalam.

### E. Teknik Analisis Data

Pengolahan data dilakukan dengan analisis berupa pengujian data dalam bentuk kompilasi triangulasi, yang diperoleh untuk setiap komponen dan kelompok data yang dievaluasi dan dianalisis pada tingkat ketercapaian tujuan, kemudian dilaporkan dalam deskripsi pembahasan sebagai hasil temuan. Dalam kegiatan analisis data terdiri dari tiga alur kegiatan atau proses yang terjadi secara bersamaan, yakni reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Alur data dapat dilihat pada gambar berikut:



**Bagan 3.2. Proses Analisis Data**

Sumber: Moleong L. J. 2017

Tahap reduksi data, pelaksanaan penetapan proses memilah data sesuai pengelompokan data yang relevan dengan tujuan yang ditetapkan agar menginformasikan deskripsi yang lebih tajam mengenai hasil observasi dalam memudahkan mencari data yang dibutuhkan

sebagai data tambahan terhadap data sebelumnya. Reduksi data akan terjadi secara kontiniu sepanjang penelitian berlangsung. Saat pengumpulan data sedang terlaksana maka terjadi tahap reduksi berikutnya seperti membuat ringkasan, membuat kode, menuliskan catatan-catatan hingga terus berkelanjut sampai penelitian lapangan dan sampai laporan akhir selesai disusun. Pada penelitian ini tindakan reduksi data dilaksanakan pada setiap komponen dari tahap evaluasi *CIPPO*. Hasil penyederhanaan, pengelompokan dan pemberian makna dari data yang kemudian diuji kelayakannya melalui kriteria evaluasi yang sudah ditentukan.

Data yang sudah dikumpulkan dikelompokkan berdasarkan masalah, kemudian dibuat matriks agar mempermudah mengidentifikasi pola-pola dari hubungan data yang satu dengan data yang lainnya. Ketika penelitian ini menyajikan data maka dilaksanakan pada setiap unsur dari tahapan penilaian. Presentasi data dari hasil penilaian, kriteria penilaian, hasil temuan, penilaian temuan serta hasil keputusan ditetapkan.



# BAB IV

## HASIL PENELITIAN

### A. Hasil Penelitian

Hasil penelitian evaluasi terhadap SKPI yang sedang berlaku saat ini, penulis presentasikan dari hasil wawancara, observasi dan dokumen-dokumen yang berkaitan dengan penetapan isi dan pelaksanaan SKPI. Penelitian ini menggunakan metode *CIPPO* dengan lima tahapan evaluasi yakni *Context, Input, Process, Product, Outcome*, yang diuraikan sebagai berikut:

#### 1. Hasil Evaluasi Konteks (*Context*)

Pada tahap evaluasi konteks, penulis melakukan penilaian terhadap penetapan isi SKPI. Dalam tahap merumuskan dan menetapkan SKPI didasarkan pada arah pencapaian tujuan menuju pelayanan keperawatan profesional, bermutu dan bermanfaat bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Penyusunan SKPI merujuk kepada Undang Undang Dasar RI 1945, Undang Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, Undang Undang RI Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, kebijakan-kebijakan terkait SKPI, kesepakatan dalam rapat organisasi profesi PPNI bersama pusat pemberdayaan profesi tenaga kesehatan serta hasil konvensi nasional PPNI pada tanggal 1 sampai 2 Juni 2006 tentang Standar Kompetensi Perawat Vokasi dan Standar Kompetensi Perawat Generalis Indonesia. Di samping itu juga merujuk pada Standar-Standar Kompetensi Perawat di negara-negara lain seperti Amerika, Australia, Kanada bahkan Standar Kompetensi Perawat Sedunia dari ICN (*International Council of Nurses*). SKPI ditetapkan melalui pembahasan, penyusunan

oleh tim dan ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Ketua Umum PP PPNI pada tanggal 17 Desember 2009 No. 024/PP.PPNI/SK/K/XII/2009 bahkan memiliki Surat pendaftaran ciptaan kepada Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia pada tanggal 28 Juli 2011 dengan Nomor Pendaftaran: 052205.

Isi SKPI komprehensif, terinci dengan jelas tentang kompetensi masing-masing kategori perawat untuk dilaksanakan setiap individu perawat Indonesia menurut masing-masing kategori lulusan. Rincian SKPI yang telah ditetapkan dibagi sesuai masing-masing kategori dan kualifikasi perawat. SKPI dirincikan sebagai kompetensi untuk perawat lulusan DIII yaitu perawat vokasi atau Ahli Madya Keperawatan, kompetensi perawat profesional Ners lulusan S1 Keperawatan ditambah profesi Ners, kompetensi perawat profesi Ners Spesialis lulusan S2 Keperawatan, kompetensi perawat profesi Ners Konsultan lulusan S3 atau Doktor Keperawatan.

Penilaian aspek konteks (*context*) menganalisis keterkaitan antara tujuan penyusunan dan penetapan SKPI dalam rangka pencapaian kepuasan *stakeholders*. Tujuan penetapan SKPI mempunyai keterkaitan dengan pencapaian kepuasan *stakeholders*. Hal ini dapat dilihat pada uraian tujuan tersebut. Tujuan pertama bagi lembaga pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan. Institusi pendidikan keperawatan adalah wadah utama yang membentuk dan menanamkan kompetensi pertama dan utama dalam diri mahasiswa keperawatan sebagai calon perawat yang akan menerapkan kompetensinya bagi masyarakat. Institusi pendidikan keperawatan memiliki kekuatan dan tanggung jawab utama untuk menanamkan kompetensi kepada mahasiswa selaku calon tenaga perawat yang kompeten. Institusi pendidikan keperawatan yang memiliki kurikulum dan metoda pembelajaran yang baik dan yakin mampu membentuk profil kompetensi individu perawat yang berkualitas baik. Proses pembelajaran yang baik di institusi pendidikan keperawatan akan menghasilkan tenaga perawat yang kompeten. Lulusan yang mempunyai fundamen kompetensi yang baik pasti mampu melaksanakan SKPI dengan baik dan berdampak positif bagi pengguna dan masyarakat. Hasil wawancara dengan para informan menyatakan bahwa kurikulum pada pendidikan keperawatan telah

disusun untuk diberlakukan secara nasional di seluruh Indonesia berpedoman pada salah satu acuan penting yakni SKPI yang sedang berlaku saat ini. Kurikulum tersebut disusun menurut kategori atau level pendidikan DIII, S1 Keperawatan akademik dan profesi Ners, S2 Keperawatan akademik dan profesi Ners Spesialis serta S3 Keperawatan akademik dan Ners Konsultan. Kurikulum yang baik apabila disampaikan kepada mahasiswa dengan metoda pembelajaran dan SDM pengajar yang berkualitas akan menghasilkan perawat yang memiliki kompetensi yang baik yang ditanamkan sejak di pendidikan keperawatan.

Tujuan kedua SKPI bagi pengguna tenaga keperawatan untuk rekrutmen, menetapkan uraian tugas, penilaian unjuk kerja dan pengembangan tenaga keperawatan dilaksanakan secara terstandar. Hasil wawancara dengan para pengguna yakni Kepala Bidang Keperawatan sekaligus sebagai surveyor akreditasi pelayanan kesehatan khususnya keperawatan di beberapa rumah sakit maupun Puskesmas di Jakarta yang telah menggunakan SKPI sebagai acuan utama dalam penetapan Standar Kompetensi Perawat di lembaga pelayanan keperawatan tersebut. SKPI juga menjadi acuan utama pada borang akreditasi pelayanan keperawatan. Demikian juga dengan para Kepala Bidang Keperawatan di beberapa pelayanan kesehatan di daerah Kalimantan Barat. Komite keperawatan bersama-sama pimpinan eksekutif keperawatan menyusun Standar Kompetensi Perawat di Institusi pelayanan kesehatan masing-masing dengan mengacu kepada SKPI yang ditetapkan tahun 2009, namun dilengkapi dan dimodifikasi dengan kompetensi-kompetensi khusus terkait pencapaian visi, misi dan tujuan lembaga tersebut. Umumnya lembaga pelayanan kesehatan telah memiliki Standar Kompetensi Perawat masing-masing terkait akreditasi pelayanan keperawatan yang mewajibkan ada dan dilaksanakannya Standar Kompetensi Perawat di Institusi tersebut. Lembaga pelayanan kesehatan juga wajib memiliki Standar Kompetensi Perawat sebagai acuan kerja bagi perawat, acuan penetapan *job description* perawat menurut level kompetensi dan kategori kualifikasi pendidikan perawat serta acuan penilaian

penampilan kompetensi masing-masing perawat yang bekerja di lembaga tersebut.

Tujuan ketiga adalah untuk institusi pengujian dan sertifikasi perawat yakni sebagai panduan penetapan materi uji kompetensi sebelum pemberian lisensi atau sertifikasi. Hal ini sangat penting dalam pelaksanaan kredensialing tenaga perawat sehingga perawat yang sungguh-sungguh lulus uji kompetensi dan berhasil memperoleh lisensi dan sertifikasi adalah benar-benar perawat yang kredibel yang aman dalam melayani masyarakat. Hasil wawancara dengan para informan menyampaikan bahwa saat ini masih Asosiasi pendidikan keperawatan yang membuat dan melaksanakan proses uji kompetensi. Bahkan direncanakan akan melaksanakan uji kompetensi pada pendidikan keperawatan sebagai *exit exam*. Artinya lulusan belum dapat diwisuda dan belum memperoleh ijazah tanpa lulus uji kompetensi. Setelah lulus uji kompetensi barulah calon perawat tersebut memperoleh sertifikat kompetensi yang berlanjut kepada pengurusan Surat Tanda Registrasi (STR) sebagai perawat. Hal ini masih belum bisa dievaluasi apakah akan berdampak menciptakan peningkatan kualitas kompetensi lulusan. Lembaga yang menangani STR adalah MTKI (Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia) di bawah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Artinya berbeda organisasi yang melakukan uji kompetensi dengan yang mengeluarkan STR. Uji kompetensi dilaksanakan asosiasi pendidikan keperawatan sedangkan STR diterbitkan MTKI. Namun pada tahun 2017 telah ditetapkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 90 tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia di mana di dalamnya ada Konsil Tenaga Keperawatan Indonesia (KTKI) pada pasal 6 ayat 1 a. Tugas KTKI antara lain menerbitkan STR bagi tenaga perawat, melakukan pembinaan dan pemantauan terhadap kualitas praktik dan kompetensi tenaga keperawatan, menetapkan SKPI. Harapan ini akan lebih baik ke depan karena yang menerbitkan maupun mencabut STR, memantau dan membina tenaga keperawatan, memberikan sanksi bagi yang melakukan pelanggaran dilaksanakan oleh organisasi yang sama yakni KTKI. Sertifikasi kompetensi perawat saat ini masih ditangani institusi pendidikan keperawatan namun ke depan sedang dalam proses dan

pembahasan organisasi pelaksana sertifikasi dan lisensi serta legalitas praktik perawat sehingga terwujud konsistensi terhadap *monitoring* evaluasi implementasi SKPI di lembaga-lembaga pengguna tenaga keperawatan. Pelaksana evaluasi implementasi SKPI perlu dikaji ulang sehingga mempunyai kekuatan yang dikaitkan dengan lisensi praktik individu perawat. Indikator dalam evaluasi konteks ini telah tercapai sebahagian dengan baik, namun konteks SKPI tersebut masih perlu teradaptasi dengan revolusi industri 4.0. Literasi kompetensi perawat terhadap digitalisasi perlu tergambar dalam isi SKPI.

**Tabel 4.1 Hasil Evaluasi Konteks (*Context*) SKPI**

Aspek Yang Dievaluasi	Kriteria Evaluasi	Temuan Evaluasi	Peringkat			Keputusan
			R	M	T	
Menganalisis konteks SKPI	Isi SKPI mengakomodir regulasi terkait yang sedang berlaku & teradaptasi revolusi industri 4.0. Tujuan penetapan SKPI terkait pencapaian kepuasan <i>stakeholders</i> yang teradaptasi revolusi industri 4.0.	SKPI memiliki referensi yang komprehensif namun belum mengakomodir kebijakan terbaru pasca 2009. Dalam isi SKPI belum tergambar kompetensi yang teradaptasi revolusi industri 4.0. Tujuan penyusunan SKPI terkait pencapaian kepuasan <i>stakeholders</i> , belum optimal & belum teradaptasi revolusi industri 4.0		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%

Tabel di atas menjelaskan bahwa SKPI disusun dengan baik melalui referensi yang baik serta mengakomodir undang-undang, peraturan-peraturan serta kebijakan terkait standar kompetensi perawat di dalam maupun di luar negeri namun belum tergambar pernyataan kompetensi-kompetensi yang teradaptasi dengan revolusi industri 4.0. SKPI ditetapkan melalui keputusan pengurus pusat PPNI dan memiliki tujuan untuk pencapaian kepuasan *stakeholders*. Dengan demikian nilai hasil evaluasi konteks adalah moderat.

## **2. Hasil Evaluasi Input (*Input*)**

Hasil evaluasi Input meliputi sumber daya manusia, anggaran, fasilitas, struktur organisasi yang terlibat dalam penetapan SKPI, perencanaan, pembahasan, penetapan dan pelaksanaan SKPI. Sumber daya yang teradaptasi dengan revolusi industri 4.0 sangat penting untuk kesiapan keberhasilan dari penetapan hingga pelaksanaan SKPI. Sumber daya yang baik dan berkualitas akan menjamin keberhasilan dari penetapan isi hingga pelaksanaan SKPI. Berikut diuraikan secara rinci:

### **a. Sumber daya**

Sumber daya yang digunakan dalam pembahasan hingga penetapan isi dan pelaksanaan SKPI adalah sumber daya manusia, anggaran dan fasilitas. Berikut penjelasan sumber daya yang dibutuhkan:

#### **1) Sumber Daya Manusia**

Hasil wawancara dengan informan, penulis memperoleh beberapa pernyataan tentang sumber daya manusia yang terlibat dalam pembahasan hingga penerapan dan evaluasi SKPI terdiri dari: Pertama, sumber daya manusia pada pembahasan, penyusunan hingga penetapan SKPI menggunakan sumber daya manusia yang relevan untuk menghasilkan kualitas isi SKPI yang melibatkan PPNI sebagai koordinator, baik dari tingkat pusat, wilayah (provinsi), Kabupaten/Kota hingga komisariat di lembaga pelayanan kesehatan sebagai pengguna tenaga keperawatan. Selain organisasi PPNI juga dilibatkan asosiasi pendidikan keperawatan Indonesia baik vokasi

maupun Profesi S1, S2 dan S3. Selain itu juga melibatkan pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, para pengguna tenaga keperawatan, para pakar keperawatan, assesor akreditasi pendidikan dan surveyor akreditasi pelayanan keperawatan. Semuanya berkoordinasi dan bersinergi untuk membahas dan menyusun sehingga PPNI menetapkan SKPI tersebut pada tanggal 17 Desember 2009 dengan Nomor 024/PP.PPNI/SK/K/XII/2009. Sedangkan sumber daya manusia yang terlibat pada sosialisasi, *monitoring* dan evaluasi pelaksanaan SKPI adalah PPNI pada tahap sosialisasi, sedangkan tahap pelaksanaan dan *monitoring* evaluasi adalah pimpinan langsung dan tidak langsung dari setiap perawat yang melaksanakan kompetensinya di lembaga di mana perawat tersebut bekerja. Organisasi PPNI menganggap bahwa pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi dan pelaksanaan SKPI, merupakan proses penting dalam mencapai tujuan organisasi yakni pelayanan keperawatan profesional dengan kualitas terbaik. Berdasarkan hasil temuan peneliti maka unsur sumber daya manusia ini berkualitas cukup baik sesuai prosedur dan kebutuhan namun belum tergambar kompetensi terhadap digitalisasi, sehingga nilai komponen ini rendah. Hal ini disebabkan karena yang melakukan evaluasi secara langsung pada pelaksanaan SKPI terhadap setiap individu perawat adalah pimpinan langsung di mana perawat tersebut bekerja. Setelah melakukan wawancara dengan seorang perawat dari Amerika Serikat mengatakan bahwa di Amerika Serikat yang melakukan evaluasi terhadap penampilan kompetensi setiap tenaga perawat, selain pimpinan langsung di tempat bekerja maka kompetensi setiap individu perawat juga dievaluasi dan dimonitor oleh organisasi profesi keperawatan secara langsung atau melalui laporan dari orang lain misalnya perawat, pimpinan perawat maupun masyarakat. Laporan tersebut akan divalidasi organisasi profesi perawat untuk diberikan sanksi atau penghargaan. Hal ini juga terkait dengan penerbitan atau perpanjangan masa berlaku dari sertifikat kompetensi tenaga perawat. Organisasi profesi perawat di Amerika yakni ANA (*American Nurses Association*) maupun *board*-nya menjadi pusat kredensialing dan akreditasi perawat di negara tersebut.

Di Indonesia sesungguhnya pengurus PPNI tingkat komisariat ada pada lembaga pelayanan kesehatan hanya belum terlibat melaksanakan pengawasan terhadap pelaksanaan SKPI di lembaga pelayanan kesehatan di mana pengurus komisariat PPNI tersebut bekerja. Keuntungan apabila melibatkan PPNI tingkat komisariat untuk melakukan *monitoring* dan evaluasi pelaksanaan SKPI antara lain dapat mencegah dan meminimalkan kejadian kecerobohan/kelalaian dan malpraktik keperawatan. Ketidakterlibatan ini juga dapat terjadi kemungkinan karena yang melakukan sertifikasi dan penerbitan lisensi belum dilaksanakan oleh organisasi profesi melainkan oleh MTKI (Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia) atau MTKP (Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi) di bawah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

SDM perawat tanpa literasi digital akan menghambat percepatan pencapaian tujuan pelayanan keperawatan yang teradaptasi revolusi industri 4.0. SKPI perlu menggambarkan kompetensi perawat yang teradaptasi revolusi industri 4.0. perawat menjadi melek digital yang melibatkan pengembangan keterampilan, sikap, nilai-nilai dan perilaku yang dapat dikategorikan sebagai: Kompetensi Identitas digital, kesejahteraan dan keselamatan, komunikasi, kolaborasi dan partisipasi, pengajaran, pembelajaran dan pengembangan diri, kemampuan teknis informasi, membuat data dan literasi media digital dan inovasi. Hal ini belum tergambar dalam SKPI yang berlaku sekarang sehingga nilainya rendah.

## 2) Anggaran

Proses pembuatan dan pelaksanaan SKPI mulai dari pembahasan, penyusunan, penetapan dan sosialisasi, dilaksanakan oleh PPNI dengan anggaran dari organisasi PPNI sendiri. Sedangkan untuk sosialisasi internal, *monitoring* dan evaluasi penerapan SKPI dilakukan oleh masing-masing pengguna tenaga keperawatan dengan anggaran dari masing-masing institusi tersebut. Komponen biaya yang digunakan dalam proses aplikasi SKPI terdiri dari biaya komunikasi, administrasi, telekomunikasi serta pendidikan dan pelatihan kompetensi perawat. Hasil temuan pada penelitian ini menjelaskan bahwa anggaran

pembahasan, penyusunan, penetapan hingga sosialisasi SKPI ditempatkan pada organisasi PPNI. Sedangkan anggaran untuk sosialisasi internal, pelaksanaan dan *monitoring* evaluasi ditempatkan pada setiap unit atau lembaga pelayanan kesehatan di mana tenaga perawat bekerja. Alur proses anggaran dipusatkan pada bendahara PPNI yakni untuk pembahasan, penyusunan, penetapan dan sosialisasi. Sedangkan anggaran untuk sosialisasi internal, pelaksanaan, *monitoring* dan evaluasi internal dan eksternal (akreditasi) dipusatkan di bagian keuangan lembaga pelayanan kesehatan di mana perawat tersebut bekerja yakni pada unit sumber daya manusia keperawatan atau bidang keperawatan untuk melihat jumlah kebutuhan pada setiap unit, proses seleksi, *monitoring*, pembinaan dan media yang digunakan dalam menginformasikan yang berkaitan dengan kompetensi perawat serta pihak yang terlibat dalam SKPI. Anggaran ini tersedia secara baik sesuai prosedur di masing-masing organisasi. Proses pelaksanaan dan implementasi anggaran sesuai perencanaan. Implementasi penggunaan anggaran pada aplikasi SKPI diberikan kepada setiap unit pelayanan keperawatan untuk merencanakan kebutuhan setiap tahun. Anggaran penetapan, pelaksanaan dan evaluasi SKPI pada masing-masing institusi pelayanan kesehatan dibagi kepada dua pengelompokan, pertama adalah untuk penyusunan dan penetapan Standar Kompetensi Perawat dan yang kedua adalah pelaksanaan dan *monitoring* evaluasi pelaksanaan Standar Kompetensi Perawat di institusi tersebut. Berdasarkan hasil temuan, maka hal ini telah berjalan dengan baik sesuai prosedur dan kebutuhan, namun belum dikelola secara digitalisasi yang akan mempercepat proses pengadaan dan penggunaan serta efisiensi dan efektifitas penggunaan anggaran sehingga sehingga nilainya moderat.

### 3) Fasilitas

Pada tahap pembahasan, penyusunan, penetapan dan sosialisasi SKPI disediakan fasilitas oleh organisasi PPNI. Sedangkan pada tahap sosialisasi internal, pelaksanaan, *monitoring* dan evaluasi pelaksanaan SKPI disediakan fasilitas oleh lembaga pelayanan kesehatan di mana perawat bekerja. Pada proses pembahasan hingga pelaksanaan SKPI,

fasilitas yang disediakan terdiri dari ruang rapat/diskusi, ruang penyusunan/pengetikan, laptop/komputer, printer, alat tulis kantor dan proyektor. Fasilitas digunakan untuk mendukung proses pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi dan *monitoring* evaluasi pelaksanaan SKPI sehingga dapat dilihat pada setiap individu perawat serta institusi pelayanan kesehatan di mana perawat bertugas. Hasil temuan penelitian menjelaskan bahwa organisasi PPNI menyediakan fasilitas dalam aktivitas pembahasan, penyusunan, penetapan dan sosialisasi SKPI. Pada penerapan Standar Kompetensi Perawat hingga *monitoring* evaluasi disediakan di masing-masing pelayanan kesehatan di mana tenaga perawat bekerja. Berdasarkan hasil wawancara dengan Ketum PPNI dan para pimpinan keperawatan pada lembaga pelayanan kesehatan di mana perawat bekerja serta pada observasi bahwa penyediaan fasilitas SKPI sudah direncanakan dan disediakan oleh institusi dan organisasi profesi dengan baik. Kesimpulan bahwa fasilitas yang disediakan PPNI dalam mendukung proses pembahasan, penyusunan, penetapan hingga sosialisasi SKPI tersedia. Fasilitas dalam rangka sosialisasi internal hingga *monitoring* dan evaluasi Standar Kompetensi Perawat disediakan institusi pelayanan kesehatan sebagai pengguna tenaga perawat. Seluruh fasilitas yang dibutuhkan untuk pengadaan hingga penerapan Standar Kompetensi Perawat telah disediakan untuk mendukung penetapan hingga pelaksanaan SKPI. Fasilitas ini telah tersedia dengan baik sesuai prosedur dan kebutuhan namun belum optimal teradaptasi dengan revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat.

#### **b. Struktur Organisasi yang Terlibat dalam Penetapan dan Pelaksanaan SKPI**

*Stakeholders* yang terlibat dalam penetapan dan pelaksanaan SKPI adalah sebagai berikut: Pada proses pembahasan, penyusunan, penetapan hingga sosialisasi SKPI ditangani tim yang dipimpin PPNI. PPNI membentuk tim penyusun SKPI. Pihak-pihak yang terlibat dalam tim tersebut untuk pembahasan, penyusunan, penetapan hingga sosialisasi SKPI terdiri dari asosiasi pendidikan keperawatan di Indonesia yakni AIPViKI & AIPNI yang berkaitan dengan penetapan

kurikulum pendidikan untuk membentuk kompetensi pertama para calon perawat. Di samping itu juga ada keterlibatan pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Sedangkan struktur yang terlibat dalam sosialisasi internal, pelaksanaan dan *monitoring* evaluasi dilaksanakan *users* sebagai lembaga pengguna tenaga keperawatan, *surveyor* akreditasi pelayanan kesehatan dan asesor akreditasi pendidikan keperawatan. Di bawah ini alur pihak-pihak yang terlibat dalam proses pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi, pelaksanaan dan *monitoring* evaluasi hingga pengembangan SKPI yang diterbitkan tahun 2009:



Sumber: PPNI, 2009

**Bagan 4.1 Alur pihak-pihak yang terlibat dalam proses pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi, pelaksanaan, *monitoring* evaluasi dan pengembangan SKPI**

Hasil temuan penelitian menjelaskan bahwa dalam proses pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi, pelaksanaan dan

*monitoring* evaluasi SKPI terlaksana dengan baik kecuali dalam proses evaluasi yang belum melibatkan langsung Dewan Pengurus Komisariat (DPK) PPNI yang sebenarnya berada di lembaga pelayanan kesehatan dan berhubungan langsung dengan tenaga perawat pada lembaga tersebut. Di samping itu juga tim yang belum optimal memiliki literasi terhadap digitalisasi, sehingga nilainya rendah.

### c. **Perencanaan SKPI**

Proses perencanaan SKPI dimulai dari kebutuhan praktik keperawatan di Indonesia. Kemudian dilakukan perencanaan terhadap pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi dan pelaksanaan SKPI baik oleh PPNI maupun lembaga pelayanan kesehatan yang mempekerjakan perawat. Pembahasan meliputi isi SKPI terkait kompetensi masing-masing kategori perawat yakni lulusan DIII Keperawatan sebagai Ahli Madya Keperawatan, lulusan S1 Keperawatan dengan profesi Ners, lulusan S2 Keperawatan (Ners Spesialis) dan lulusan S3 Keperawatan (Ners Konsultan). SKPI untuk masing-masing kategori lulusan dibuat dengan jelas batas kewenangannya.

Perencanaan diawali *brain storming* dan melakukan pembahasan tentang rencana isi SKPI dengan merujuk kepada aturan-aturan pemerintah serta kebijakan-kebijakan lainnya tentang kompetensi perawat. Contoh standar kompetensi perawat di beberapa negara bahkan kompetensi perawat dari *ICN* atau persatuan perawat sedunia. Proses *brain storming* dan pembahasan rencana isi SKPI dipimpin PPNI. PPNI mengundang asosiasi serta pakar keperawatan yang ada di pemerintahan dan lembaga-lembaga pelayanan kesehatan di mana tenaga perawat bertugas. Pertemuan ini berlangsung beberapa kali hingga tersusun dan ditetapkannya SKPI melalui SK Ketum PPNI Nomor 024/PP.PPNI/SK/K/XII/2009 pada tanggal 17 Desember 2009. SKPI ini kemudian disosialisasikan kepada PPNI Provinsi, Kabupaten/Kota dan komisariat serta pimpinan-pimpinan keperawatan pada lembaga-lembaga pelayanan kesehatan agar menyusun standar kompetensi perawat pada lembaga tersebut dengan mengacu kepada

SKPI namun dikembangkan dan dimodifikasi untuk pencapaian visi, misi dan tujuan masing-masing lembaga.

Evaluasi terhadap pelaksanaan SKPI dilakukan pimpinan langsung dan tidak langsung dari masing-masing individu perawat. Komisariat PPNI secara organisasi belum dilibatkan dalam pelaksanaan evaluasi kinerja SKPI pada individu perawat dan lembaga pelayanan kesehatan. Keterlibatan komisariat PPNI dalam melakukan evaluasi terhadap penerapan SKPI di lembaga pelayanan kesehatan seharusnya dikaitkan dengan lisensi tenaga perawat, maka diharapkan dapat memperkuat motivasi individu perawat bekerja sesuai kewenangan kompetensinya dengan menghindari kesalahan maupun pelanggaran dalam praktik keperawatan. Berdasarkan hasil temuan, maka hal ini berjalan sesuai prosedur namun belum melibatkan komisariat PPNI dan belum teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat.

#### **d. Desain dan Uraian SKPI**

Temuan tentang desain SKPI yang ditetapkan tahun 2009 dibagi dalam praktik profesional, legal dan etis meliputi tanggung gugat perawat vokasi adalah: Mengambil akuntabilitas untuk keputusan dan perlakuan profesional yang disesuaikan dengan lingkup praktik keperawatan dan hukum atau peraturan perundangan; Untuk perawat profesi Ners: Mengambil akuntabilitas untuk keputusan terhadap perlakuan profesional bagi hasil proses keperawatan serta kompetensi lanjut yang sesuai area praktik keperawatan dalam peraturan yang sedang berlaku; Untuk perawat profesi Ners Spesialis: Mengambil akuntabilitas dan responsibiliti yang lebih besar lagi bagi keputusan, perlakuan profesional serta kompetensi lanjutan sesuai lingkup praktik keperawatan, hukum atau peraturan perundangan; Untuk perawat profesi Ners Konsultan: Mengambil akuntabilitas dan responsibiliti yang semakin besar untuk keputusan, perlakuan profesional serta kompetensi lanjutan sesuai perubahan lingkup praktik keperawatan, hukum atau peraturan perundangan.

Praktik etik untuk perawat vokasional: Melakukan prinsip etis dalam praktik keperawatan yang disesuaikan dengan Kode Etik Perawat Indonesia; Melakukan sikap yang menghargai hak pribadi atau

privasi serta martabat klien; Melakukan sikap menghargai hak klien untuk menetapkan serta menentukan sendiri asuhan keperawatan/ kesehatan yang diterima; Tidak membuka kerahasiaan serta keamanan informasi tertulis, baik verbal maupun elektronik yang didapatkan dalam kapasitas selaku seorang perawat yakni Ahli Madya Keperawatan. Praktik etik untuk perawat profesi Ners: Melakukan prinsip etik dalam praktik keperawatan disesuaikan dengan Kode Etik Perawat Indonesia; Melakukan sikap menghargai hak privasi; Melakukan sikap menghargai hak klien untuk mendapatkan informasi; Menetapkan dan menentukan sendiri proses keperawatan/ kesehatan yang diberikan; Tidak membuka kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis baik verbal maupun elektronik yang diterima dalam kapasitasnya selaku seorang Ners. Praktik etik untuk perawat Ners Spesialis: Melakukan prinsip etik dalam praktik keperawatan yang disesuaikan dengan Kode Etik Perawat Indonesia; Melakukan sikap menghargai hak privasi klien; Melaksanakan sikap menghargai hak klien untuk mendapatkan informasi; Menetapkan dan menentukan sendiri asuhan keperawatan/kesehatan yang diterima. Tidak membuka kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang didapatkan dalam kapasitas selaku seorang perawat profesional. Praktik etis untuk perawat profesi Ners Konsultan: Melaksanakan prinsip etis dalam praktik keperawatan yang disesuaikan dengan Kode Etik Perawat Indonesia; Melaksanakan sikap menghargai hak privasi; Berperan serta dalam menetapkan kebijakan yang menegaskan hak klien untuk mendapatkan informasi; Menentukan dan menetapkan sendiri asuhan keperawatan/ kesehatannya serta melakukannya dalam praktik keperawatan. Berperan serta dalam pengembangan dan peningkatan kualitas kebijakan dan sistem untuk meningkatkan kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal maupun elektronik yang didapatkan dalam kapasitasnya selaku seorang perawat profesional.

Praktik legal untuk perawat vokasional, melaksanakan praktik keperawatan yang sesuai peraturan perundangan. Prinsip praktik legal bagi perawat profesi Ners melakukan praktik keperawatan profesional sesuai kewenangan perawat dengan peraturan perundangan. Praktik

legal bagi perawat profesi Ners Spesialis melakukan praktik keperawatan profesional sesuai peraturan perundangan termasuk area khusus praktik spesialis. Perawat profesi Ners Konsultan memiliki prinsip praktik legal untuk melaksanakan praktik keperawatan profesional yang sesuai peraturan dan perundangan termasuk kekhususan dalam peran praktik lanjutannya.

Perawat vokasional mempunyai prinsip terhadap pemberian asuhan keperawatan untuk memanfaatkan kemampuan *problem solving* dalam menuntun praktik keperawatan. Perawat Profesi Ners mempunyai prinsip pemberian asuhan keperawatan untuk melaksanakan kemampuan berpikir kritis dengan pendekatan sistem *problem solving* serta membuat keputusan tindakan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan secara profesional. Perawat Profesi Ners Spesialis mempunyai prinsip pemberian asuhan keperawatan untuk: Melaksanakan kemampuan berpikir kritis dengan pendekatan sistem *problem solving* dan pengambilan keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan spesialis. Perawat Profesi Ners Konsultan mempunyai prinsip pemberian asuhan keperawatan untuk: Melaksanakan kemampuan berpikir kritis, pertimbangan klinis dan keahlian mengambil keputusan di daerah-daerah praktik yang lebih kompleks dalam konteks pemberian asuhan secara profesional.

Seorang Ahli Madya Keperawatan atau perawat vokasi akan berperan serta dalam promosi kesehatan bersama perawat profesional dan profesional lainnya serta kelompok masyarakat dengan tujuan mengurangi rasa sakit kemudian meningkatkan gaya hidup dan lingkungan sehat. Sedangkan untuk perawat profesi Ners: Manajemen Promkes melalui kerjasama dengan sesama perawat maupun profesional lainnya beserta masyarakat dengan tujuan mengurangi rasa sakit kemudian meningkatkan gaya hidup dengan lingkungan sehat. Prinsip Promkes untuk perawat profesi Ners Spesialis melaksanakan pengelolaan Promkes melalui kerjasama dengan sesama perawat dan profesional lainnya dengan masyarakat ditambah kelompok khusus tertentu dalam meminimalkan rasa sakit kemudian meningkatkan gaya hidup dengan lingkungan sehat untuk praktik spesialis. Bagi perawat profesi Ners Konsultan berperan serta aktif bersama profesional

kesehatan lainnya dalam perencanaan, pembuatan kebijakan dengan kelompok masyarakat dan advokasi dalam merumuskan cara-cara yang strategis serta menggerakkan sumber-sumber dalam peningkatan status kesehatan masyarakat.

Seorang perawat vokasi mempunyai prinsip dalam asuhan pada pengkajian yakni melaksanakan pengumpulan data kesehatan sesuai aspek yang didelegasikan kemudian mengkontribusikan data dan informasi tersebut untuk pengkajian yang dibuat perawat terregistrasi, mengidentifikasi masalah kesehatan yang umum, aktual dan potensial serta mencatat temuan yang menyimpang, melaporkan dan menjaga keakuratan, mencatat temuan tepat waktu sesuai standar profesi dan kebijakan organisasi. Prinsip asuhan pada pengkajian bagi perawat profesi Ners: Melakukan pengkajian melalui pengumpulan data obyektif dan subyektif yang akurat dan relevan melalui pengkajian kesehatan dan keperawatan yang sistematis, mengorganisasikan, mensintesis, menganalisis, menterjemahkan data dari berbagai sumber untuk menegakkan diagnosis keperawatan dan menetapkan rencana asuhan, berbagi temuan dan mendokumentasikannya secara akurat dan tepat waktu sesuai standar profesi dan kebijakan organisasi. Prinsip asuhan pada pengkajian bagi perawat profesi Ners Spesialis: Mengumpulkan data obyektif dan subyektif yang akurat dan relevan yang dibutuhkan untuk praktik di area khusus melalui pengkajian kesehatan dan keperawatan yang sistematis, mengajukan permintaan pemeriksaan dan prosedur diagnostik yang diperbolehkan dalam lingkup praktik spesialis dan peraturan perundangan, mengorganisasikan, mensintesis, menganalisis, menterjemahkan data dari berbagai sumber untuk menegakkan diagnosis keperawatan dan menetapkan rencana asuhan, berbagi temuan dan mendokumentasikannya secara akurat dan tepat waktu sesuai standar profesi dan kebijakan organisasi. Prinsip asuhan pada pengkajian bagi perawat profesi Ners Konsultan: Mengumpulkan data obyektif dan subyektif yang akurat dan relevan yang dibutuhkan untuk praktik di area khusus melalui pengkajian kesehatan dan keperawatan yang sistematis, mengajukan permintaan pemeriksaan dan prosedur diagnostik yang diperbolehkan dalam lingkup praktik spesialis dan

peraturan perundangan; Menerapkan pertimbangan klinis lanjutan dan pengetahuan yang mendalam untuk menegakkan diagnosis banding dan menetapkan rencana asuhan yang komprehensif; Berbagi temuan dan mendokumentasikannya secara akurat dan tepat waktu sesuai standar profesi dan kebijakan organisasi.

Prinsip asuhan pada intervensi/perencanaan bagi perawat vokasi: Membantu perawat terregistrasi merencanakan asuhan klien berdasarkan hasil pengkajian, menetapkan prioritas asuhan yang diberikan bersama perawat supervisor, memberi informasi akurat kepada klien tentang aspek rencana asuhan yang menjadi tanggung jawabnya, melibatkan penasehat atau pendamping membuat keputusan, memberi persetujuan, atau mengalami hambatan bahasa; Berkoordinasi dengan perawat terregistrasi mengkaji kembali dan merevisi rencana asuhan secara regular; Menjaga kelangsungan rencana asuhan yang terkini, akurat dan catatan terkait di bawah supervisi perawat terregistrasi. Prinsip asuhan pada intervensi/perencanaan bagi perawat profesi Ners: Merumuskan rencana asuhan yang komprehensif dengan hasil asuhan yang teridentifikasi berdasarkan diagnosis keperawatan, hasil pengkajian keperawatan dan kesehatan, masukan dari anggota tim kesehatan lain, dan standar praktik keperawatan, menetapkan prioritas asuhan melalui kolaborasi dengan pemberi asuhan lain dan klien, melibatkan klien apabila memungkinkan, dalam rencana asuhan untuk menjamin klien mendapatkan informasi akurat, dapat dimengerti, sebagai dasar persetujuan asuhan yang diberikan, melibatkan penasehat atau pendamping apabila klien, keluarga atau pemberi asuhan meminta dukungan atau mempunyai keterbatasan kemampuan membuat keputusan, memberi persetujuan, atau mengalami hambatan bahasa, mengkaji kembali dan merevisi rencana asuhan secara regular, jika diperlukan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dan klien, Menjaga kelangsungan rencana asuhan terkini, akurat dan catatan terkait. Prinsip asuhan pada intervensi/perencanaan bagi perawat profesi Ners Spesialis: Merumuskan rencana asuhan yang komprehensif dengan hasil asuhan yang teridentifikasi berdasarkan diagnosis keperawatan, hasil pengkajian keperawatan dan kesehatan, masukan dari anggota tim kesehatan lain, dan standar praktik keperawatan, menetapkan prioritas

asuhan melalui kolaborasi dengan pemberi asuhan lain dan klien, melibatkan klien apabila memungkinkan, dalam rencana asuhan untuk menjamin klien mendapatkan informasi akurat, dapat dimengerti, sebagai dasar persetujuan asuhan yang diberikan, melibatkan seorang penasehat apabila klien, keluarga atau pemberi asuhan meminta dukungan atau mempunyai keterbatasan kemampuan dalam membuat keputusan, memberi persetujuan atau mengalami hambatan bahasa; Mengkaji kembali dan merevisi rencana asuhan secara reguler, jika diperlukan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dan klien, menjaga kelangsungan rencana asuhan terkini, akurat dan catatan terkait. Prinsip asuhan pada intervensi/perencanaan bagi perawat profesi Ners Konsultan: Merumuskan dan memobilisasi sumber daya untuk menyusun rencana asuhan yang komprehensif dan terkoordinasi sesuai hasil asuhan yang diharapkan berdasarkan standar praktik keperawatan lanjutan serta keputusan tentang pencegahan, diagnostik dan intervensi terapeutik, bernegosiasi memenuhi prioritas asuhan yang diberikan di dalam sumber kesehatan dan kemampuan sistem yang tersedia, melibatkan klien apabila memungkinkan, dalam rencana asuhan untuk menjamin klien mendapatkan informasi akurat, dapat dimengerti, sebagai dasar persetujuan asuhan yang diberikan, melibatkan penasehat apabila klien, keluarga atau pemberi asuhan meminta dukungan atau mempunyai keterbatasan kemampuan dalam membuat keputusan, memberi persetujuan, atau mengalami hambatan bahasa, mengkaji kembali dan merevisi rencana asuhan secara reguler, apabila memungkinkan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, klien dan/atau pemberi asuhan, menjaga kelangsungan rencana asuhan terkini, akurat dan catatan terkait.

Prinsip asuhan pada implementasi bagi perawat vokasi: Melaksanakan intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai standar praktik keperawatan di bawah pengawasan perawat terregistrasi, mendokumentasikan intervensi dan respons klien secara akurat dan tepat waktu, mengidentifikasi dan melaporkan situasi perubahan yang tidak diharapkan, meminta bantuan cepat dan tepat dalam situasi gawat darurat/bencana, menerapkan keterampilan bantuan hidup dasar sampai bantuan tiba. Prinsip asuhan pada implementasi

bagi perawat profesi Ners: Melaksanakan serangkaian prosedur, *treatment* dan intervensi yang berada dalam lingkup praktik keperawatan bagi perawat terregistrasi dan sesuai standar asuhan keperawatan, mendokumentasikan intervensi dan respons klien secara akurat dan tepat waktu; Merespons situasi perubahan yang cepat atau yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat; Merespons situasi gawat darurat/bencana secara cepat dan tepat, termasuk melakukan prosedur bantuan hidup jika diperlukan, dan prosedur gawat darurat/bencana lainnya. Prinsip asuhan pada implementasi bagi perawat profesi Ners Spesialis: Melaksanakan serangkaian prosedur, *treatment* dan intervensi yang berada dalam lingkup praktik spesialis dan sesuai standar praktik keperawatan spesialis, mendokumentasikan intervensi dan respons klien secara akurat dan tepat waktu, merespons situasi perubahan yang cepat atau yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat, merespons situasi gawat darurat/bencana secara cepat dan tepat, mengambil peran kepemimpinan dalam *triage* dan koordinasi asuhan klien sesuai kebutuhan asuhan khusus. Prinsip asuhan pada implementasi bagi perawat profesi Ners Konsultan: Melaksanakan prosedur, *treatment* dan intervensi yang berada dalam kewenangan legal lingkup praktik yang diperluas dan sesuai standar praktik keperawatan, mendokumentasikan intervensi dan respons klien secara akurat dan tepat waktu, menyesuaikan intervensi untuk memenuhi kebutuhan klien dan/atau lingkungan dalam situasi yang berubah secara cepat atau tidak diharapkan; Memobilisasi dan mengkoordinasikan sumber daya dan mengambil peran kepemimpinan dalam situasi gawat darurat dan/atau bencana.

Prinsip asuhan pada evaluasi bagi perawat vokasi: Memonitor dan mendokumentasikan kemajuan hasil asuhan yang diharapkan secara akurat dan lengkap; Memberikan kontribusi kepada tim dalam evaluasi kemajuan terhadap hasil/pencapaian yang ditargetkan, memberi kontribusi data evaluasi dan saran perbaikan terhadap rencana asuhan kepada perawat terregistrasi. Prinsip asuhan pada evaluasi bagi perawat profesi Ners: Memonitor dan mendokumentasikan kemajuan hasil asuhan yang diharapkan secara akurat dan lengkap; Mengevaluasi kemajuan hasil asuhan terhadap pencapaian yang ditargetkan dengan

melibatkan klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan/asuhan, serta anggota tim kesehatan lain, menggunakan data evaluasi untuk memodifikasi rencana asuhan. Prinsip asuhan pada evaluasi bagi perawat profesi Ners Spesialis: Memonitor dan mendokumentasikan kemajuan hasil asuhan yang diharapkan secara akurat dan lengkap; Mengevaluasi kemajuan hasil asuhan terhadap pencapaian yang ditargetkan, dengan melibatkan klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan/asuhan, serta anggota tim kesehatan lain, menggunakan data evaluasi untuk memodifikasi rencana asuhan. Prinsip asuhan pada evaluasi bagi perawat profesi Ners Konsultan: Memonitor dan mendokumentasikan kemajuan hasil asuhan yang diharapkan secara akurat dan lengkap; Mengevaluasi kemajuan hasil asuhan terhadap pencapaian yang ditargetkan melalui partisipasi dengan interdisiplin, dan melibatkan klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan: Menggunakan data evaluasi untuk mempengaruhi strategi asuhan dan menginformasikan kecenderungan/praktik di masa depan.

Komunikasi terapeutik dalam hubungan interpersonal bagi perawat vokasi: Mengkomunikasikan secara jelas, konsisten dan akurat informasi baik verbal, tertulis maupun elektronik, sesuai tanggung jawab profesionalnya, berinteraksi dengan cara menghargai dan menghormati budaya klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan dari berbagai latar belakang budaya, mengkomunikasikan dan berbagi informasi yang relevan, mencakup pandangan klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan dengan anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian pelayanan/asuhan kesehatan. Komunikasi terapeutik dalam hubungan interpersonal bagi perawat profesi Ners: Mengkomunikasikan secara jelas, konsisten dan akurat informasi baik verbal, tertulis maupun elektronik, sesuai tanggung jawab profesionalnya; Berinteraksi dengan cara menghargai dan menghormati budaya klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan dari berbagai latar belakang budaya; Mengkomunikasikan dan berbagi informasi yang relevan, mencakup pandangan klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan dengan anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian pelayanan/asuhan kesehatan. Komunikasi terapeutik dalam hubungan interpersonal bagi perawat profesi Ners Spesialis:

Mengkomunikasikan secara jelas, konsisten dan akurat informasi baik verbal, tertulis maupun elektronik, sesuai tanggung jawab profesionalnya, berinteraksi dengan cara menghargai dan menghormati budaya klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan dari berbagai latar belakang budaya, mengkomunikasikan dan berbagi informasi yang relevan, mencakup pandangan klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan dengan anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian pelayanan/asuhan kesehatan. Komunikasi terapeutik dalam hubungan interpersonal bagi perawat profesi Ners Konsultan: Mengkomunikasikan secara jelas, konsisten dan akurat informasi baik verbal, tertulis maupun elektronik, sesuai tanggung jawab profesionalnya; Berinteraksi dengan cara menghargai dan menghormati budaya klien, keluarga dan/atau pemberi pelayanan dari berbagai latar belakang budaya; Menciptakan mekanisme yang efektif untuk mengkomunikasikan dan berbagi informasi dengan anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian pelayanan/asuhan kesehatan.

Kepemimpinan dan manajemen bagi perawat vokasi: Memberikan advokasi dan berkontribusi menciptakan lingkungan kerja yang positif, memahami kebutuhan pendekatan dan berbagai gaya kepemimpinan dalam situasi yang berbeda, mengenali konflik dan menggunakan keterampilan interpersonal serta mekanisme organisasi untuk mencapai solusi, mendukung pemimpin secara konsisten untuk meningkatkan rasa saling menghargai, hormat dan percaya diri di antara anggota tim, memprioritaskan beban kerja dan mengelola waktu secara efektif, memahami bagaimana kebijakan dan prosedur dikembangkan serta memberi kontribusi untuk umpan balik komite *review*; Berpartisipasi dalam kegiatan pembelajaran berbasis unit, memberi umpan balik dan saran untuk perubahan di lingkungan praktiknya sendiri secara efektif. Kepemimpinan dan manajemen bagi perawat profesi Ners: Memberi advokasi dan berkontribusi menciptakan lingkungan kerja yang positif, menyesuaikan pendekatan dan gaya kepemimpinan dalam situasi yang berbeda, menghadapi konflik dengan cara yang bijaksana, menggunakan keterampilan komunikasi yang efektif dan mekanisme untuk mencapai solusi,

memberi kontribusi untuk kepemimpinan tim dengan memperkuat tujuan sehingga dapat meningkatkan sikap saling menghargai dan percaya diri di antara anggota tim, mengekspresikan pemikiran kepemimpinannya secara jelas dan mendukung harapan anggota tim lainnya, memprioritaskan beban kerja dan mengelola waktu secara efektif, memberi kontribusi terhadap pendidikan dan pengembangan profesional mahasiswa dan sejawat di tempat kerja, memberi umpan balik dan saran perubahan di lingkungan praktiknya sendiri atau organisasi secara efektif. Kepemimpinan dan manajemen bagi perawat profesi Ners Spesialis: Memberi advokasi dan berkontribusi menciptakan lingkungan kerja yang positif, menyesuaikan pendekatan dan gaya kepemimpinan dalam situasi khusus di area praktik spesialis, menghadapi konflik dengan cara bijaksana, menggunakan keterampilan komunikasi yang efektif dan mekanisme untuk mencapai solusi, memimpin dengan cara yang dapat menginspirasi rasa saling menghargai dan percaya diri di antara anggota tim lain, menetapkan secara jelas kontribusi dan harapan-harapan yang diinginkan anggota tim, dalam perannya sebagai ketua tim dan sesuai uraian tugas terbaru, memprioritaskan beban kerja dan mengelola waktu secara efektif dan mengalokasikan sumber-sumber untuk mencapai hasil optimal; Memberi kontribusi terhadap pengembangan dan implementasi pendidikan spesialis serta pengembangan profesional mahasiswa dan sejawat di tempat kerja; Memberi kontribusi terhadap pengembangan dan implementasi pendidikan spesialis serta pengembangan profesional mahasiswa dan sejawat di tempat kerja, menggunakan proses berubah untuk mempengaruhi pengenalan inovasi dan adaptasi pada praktik spesialis dan organisasi pelayanan. Kepemimpinan dan manajemen bagi perawat profesi Ners konsultan: Memberi advokasi dan mengimplementasikan kebijakan dan strategi yang berkaitan dengan sistem kesehatan untuk membangun lingkungan praktik yang positif termasuk rekrutmen, retensi dan pengembangan sumber daya manusia; Melibatkan diri dalam kaderisasi pemimpin masa depan, melalui pendidikan, *coaching* dan *mentoring*; Menghadapi konflik dengan cepat dan kreatif, mengenali/mengetahui potensi peluang mendapat solusi baru; Menciptakan rasa percaya diri dan organisasi untuk

menginspirasi melalui sikap kepemimpinan guna memaksimalkan kontribusi orang lain; Menciptakan visi dan bertindak memberikan rasa memiliki kepada seluruh anggota dan mengawasi seluruh kegiatan kerja mereka; Memprioritaskan beban kerja dan mengelola waktu secara efektif dan mengalokasikan sumber-sumber untuk mencapai hasil optimal; Mengembangkan dan melaksanakan mekanisme *monitoring* dan evaluasi kebijakan secara berkala yang berdampak pada pelayanan keperawatan dan menterjemahkannya dalam rencana, struktur dan program kesehatan; mempromosikan kebijakan dan mengadvokasi sumber-sumber untuk mendukung pendidikan dan pengembangan profesional di lingkungan kerja; Memperkenalkan, mengevaluasi dan mengelola inovasi dan perubahan dalam sistem kesehatan dengan mendorong kreatifitas.

Pelayanan kesehatan interprofesional bagi perawat vokasi: Memahami dan menghargai peran, pengetahuan dan keterampilan anggota tim kesehatan yang berkaitan dengan tanggung jawabnya, bekerjasama mempertahankan kerja tim multi disiplin secara efektif; Menggunakan pengetahuan tentang praktik kerja inter dan intra profesional yang efektif, menyampaikan pandangan pasien/klien dan atau pemberi pelayanan untuk membantu pembuatan keputusan oleh tim inter-profesional, merujuk klien kepada perawat terregistrasi untuk menjamin klien mendapatkan intervensi terbaik yang tersedia, pelayanan kesehatan interprofesional bagi perawat profesi Ners: Memahami dan menghargai peran, pengetahuan dan keterampilan anggota tim kesehatan yang berkaitan dengan tanggung jawabnya, berkolaborasi dengan profesional kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan keperawatan dan kesehatan yang dapat dijangkau klien, menggunakan pengetahuan tentang praktik kerja inter dan intra profesional yang efektif, memaparkan dan mendukung pandangan klien, keluarga, dan/atau pemberi pelayanan selama pembuatan keputusan oleh inter-profesional, merujuk memastikan klien mendapatkan intervensi terbaik yang tersedia. Pelayanan kesehatan interprofesional bagi perawat profesi Ners Spesialis: Memahami dan menghargai peran, pengetahuan dan keterampilan anggota tim kesehatan yang berkaitan dengan tanggung jawabnya, berkolaborasi

dengan professional kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan keperawatan dan kesehatan yang diberikan dalam area khusus, menggunakan pengetahuan tentang praktik kerja inter dan intra profesional yang efektif, memaparkan pandangan klien, keluarga, dan/atau pemberi pelayanan dalam pembuatan keputusan oleh tim inter profesional dan membantu negosiasi keputusan yang disepakati bersama; Merujuk klien dan menerima rujukan dari pemberi pelayanan kesehatan lain untuk menjamin klien mendapatkan intervensi terbaik yang tersedia. Pelayanan kesehatan interprofesional bagi perawat profesi Ners Konsultan: Menciptakan lingkungan yang membangun kepercayaan di antara pemberi asuhan kesehatan, memahami pengetahuan dan keterampilan berbagai profesi dan disiplin ilmu dalam memberi pelayanan kesehatan, Menggunakan kepemimpinan, pembangunan tim, negosiasi dan keterampilan menyelesaikan konflik untuk membangun hubungan intra/inter profesional dan lembaga lain serta masyarakat, guna meningkatkan kualitas asuhan serta mengatasi hambatan menjangkau pelayanan; Melibatkan diri secara aktif dalam meningkatkan praktik kerja kolaboratif inter dan intra profesional dalam lingkungan praktik; Memaparkan pandangan klien, keluarga, dan/atau pemberi pelayanan dalam pembuatan keputusan oleh tim inter profesional dan membantu negosiasi keputusan yang disepakati bersama; Merujuk klien dan menerima rujukan dari pemberi pelayanan kesehatan lain untuk menjamin klien mendapatkan intervensi terbaik yang tersedia; Menerima akuntabilitas dan tanggung jawab untuk pengelolaan kasus yang kompleks.

Delegasi dan supervisi bagi perawat vokasi: Menerima kegiatan yang didelegasikan sesuai tingkat keahlian lingkup praktik legal, memberi umpan balik kepada orang yang mendelegasikan/menugaskan kegiatan dan mengawasi kerjanya, mempertahankan akuntabilitas terhadap hasil kegiatan yang didelegasikan. Delegasi dan supervisi bagi perawat profesi Ners: Mendelegasikan kepada orang lain kegiatan sesuai kemampuan, tingkat persiapan, keahlian dan lingkup praktik legal; Menerima kegiatan yang didelegasikan sesuai tingkat keahliannya dan lingkup praktik legal, memonitor dan menggunakan serangkaian strategi pendukung termasuk *precepting* ketika

pengawasan dan/atau *monitoring* asuhan didelegasikan, mempertahankan akuntabilitas dan tanggung jawab saat mendelegasikan aspek asuhan kepada orang lain, memberi kontribusi terhadap pengembangan panduan dan kebijakan yang berkaitan dengan pendelegasian tanggung jawab klinik. Delegasi dan supervisi bagi perawat profesi Ners Spesialis: Mendelegasikan kepada orang lain kegiatan sesuai kemampuan, tingkat persiapan, keahlian dan lingkup praktik legal; Menerima kegiatan yang didelegasikan sesuai tingkat keahliannya dan lingkup praktik legal, memonitor dan menggunakan serangkaian strategi pendukung termasuk *precepting* dan *mentoring* ketika pengawasan dan/atau monitoring asuhan didelegasikan, mempertahankan akuntabilitas dan tanggung jawab saat mendelegasikan aspek asuhan kepada orang lain, memberi kontribusi terhadap pengembangan panduan dan kebijakan yang berkaitan dengan pendelegasian tanggung jawab klinik yang khusus pada praktik spesialis. Delegasi dan supervisi bagi perawat profesi Ners Konsultan: Mendelegasikan kepada orang lain kegiatan sesuai kemampuan, tingkat persiapan, keahlian dan lingkup praktik legal, menawarkan strategi pengawasan termasuk *mentoring*, *coaching* dan *precepting* sebagai bagian dari tanggungjawab pengawasan, mempertahankan akuntabilitas dan tanggung jawab saat mendelegasikan aspek asuhan kepada orang lain; Memberikan kontribusi terhadap pengembangan panduan dan kebijakan yang berkaitan dengan pendelegasian tanggung jawab klinik dalam keperawatan dan lintas profesi kesehatan.

Keselamatan lingkungan bagi perawat vokasi: Mengidentifikasi dan melaporkan situasi yang dapat membahayakan keselamatan klien dan staf, mempertahankan lingkungan asuhan yang aman melalui tindakan tepat waktu, mengikuti peraturan nasional dan persyaratan keselamatan serta kesehatan di tempat kerja, kebijakan dan prosedur, menyimpan bahan-bahan pengobatan dengan memperhatikan keamanan dan keselamatan, memberikan dan mencatat obat di bawah pengawasan seorang perawat terregistrasi bila secara hukum diijinkan, memenuhi prosedur pencegahan infeksi, mengetahui tindakan yang dilakukan pada saat dinyatakan terjadi bencana. Keselamatan lingkungan bagi perawat profesi Ners: Menggunakan alat pengkajian

yang tepat mengidentifikasi risiko aktual dan potensial terhadap keselamatan dan melaporkan kepada pihak berwenang; Mengambil tindakan segera dengan menggunakan strategi manajemen risiko, peningkatan kualitas menciptakan dan menjaga lingkungan asuhan yang aman dan memenuhi peraturan nasional, persyaratan keselamatan dan kesehatan tempat kerja, serta kebijakan dan prosedur, menjamin keamanan dan ketepatan penyimpanan, pemberian dan pencatatan bahan-bahan pengobatan, memberikan, mencatat, mengkaji efek samping dan mengukur dosis yang sesuai resep yang ditetapkan, memenuhi prosedur pencegahan infeksi dan mencegah terjadinya pelanggaran dalam praktik yang dilakukan pada praktisi lain, mengetahui tanggung jawab dari prosedur yang harus diikuti pada saat dinyatakan terjadi bencana.

Keselamatan lingkungan bagi perawat profesi Ners Spesialis: Menggunakan alat pengkajian yang tepat untuk mengidentifikasi risiko aktual dan potensial terhadap keselamatan dan melaporkan kepada pihak yang berwenang, mengambil tindakan segera dengan menggunakan strategi manajemen risiko, peningkatan kualitas menciptakan dan menjaga lingkungan asuhan yang aman dan memenuhi peraturan nasional, persyaratan keselamatan dan kesehatan tempat kerja, serta kebijakan dan prosedur, menjamin keamanan dan ketepatan penyimpanan, pemberian dan pencatatan bahan-bahan pengobatan, memberikan obat termasuk dosis yang tepat, cara, frekuensi berdasarkan pengetahuan yang akurat tentang efek farmakologis, karakteristik klien dan terapi yang disetujui, sesuai resep yang ditetapkan, memenuhi prosedur pencegahan infeksi dan mencegah terjadinya pelanggaran dalam praktik yang dilakukan praktisi lain, mengidentifikasi dan merencanakan langkah-langkah khusus yang diperlukan menangani klien di area praktik khusus dalam kondisi bencana.

Keselamatan lingkungan bagi perawat profesi Ners Konsultan: Menggunakan alat pengkajian yang tepat untuk mengidentifikasi risiko aktual dan potensial terhadap keselamatan dan melaporkan kepada pihak yang berwenang, menggunakan berbagai intervensi dan strategi manajemen risiko, peningkatan kualitas memprakarsai perubahan dan menjaga lingkungan aman dalam sistem dan memenuhi peraturan nasional, persyaratan keselamatan dan

kesehatan tempat kerja. menjamin bahwa kebijakan prosedur sudah dijalankan untuk keamanan dan ketepatan penyimpanan, pemberian dan pencatatan bahan-bahan pengobatan, memberi obat termasuk dosis yang tepat, cara, frekuensi berdasarkan pengetahuan yang akurat tentang efek farmakologis, karakteristik klien dan terapi yang disetujui, sesuai resep yang ditetapkan, bersikap proaktif menyoroti dan mengajukan perbaikan dan strategi pengawasan infeksi untuk semua tempat praktik, memberi kontribusi pada perumusan rencana pelayanan bencana dan pemulihan.

Pengembangan profesi bagi perawat vokasi: Mengetahui dan mengikuti standar profesi dan praktik terbaik yang diterapkan sebagai tanggung jawab profesi, meningkatkan dan mempertahankan citra keperawatan yang positif, bertindak sebagai model peran yang efektif bagi mahasiswa keperawatan (*enrolled nurse students*) dan staf pendukung, bertindak sebagai nara sumber bagi mahasiswa keperawatan dan staf pendukung, ikut serta dalam kegiatan advokasi melalui organisasi profesi untuk mempengaruhi kebijakan pelayanan kesehatan dan sosial serta masuk ke dalam pelayanan. Pengembangan profesi bagi perawat profesi Ners: Meningkatkan diseminasi penggunaan, *monitoring* dan penelaahan standar profesi serta pedoman praktik terbaik, meningkatkan dan mempertahankan citra keperawatan yang positif, bertindak sebagai model peran yang efektif bagi mahasiswa keperawatan dan dalam tim pemberi asuhan, bertindak sebagai nara sumber bagi mahasiswa, anggota tim kesehatan lain dan masyarakat, menghargai penelitian dalam memberi kontribusi pada pengembangan keperawatan dan menggunakan hasil penelitian sebagai alat untuk meningkatkan standar asuhan, mencermati lingkungan praktik dan literatur keperawatan untuk mengidentifikasi kecenderungan (*trend*) dan isu yang muncul, ikut serta dalam kegiatan advokasi melalui organisasi profesi untuk mempengaruhi kebijakan pelayanan kesehatan dan sosial serta masuk ke dalam pelayanan. Pengembangan profesi bagi perawat profesi Ners Spesialis: Meningkatkan diseminasi penggunaan, *monitoring* dan penelaahan standar profesi spesialis dan pedoman praktik terbaik serta berpartisipasi mengembangkan dan menyesuaikan standar dalam

konteks praktik, meningkatkan praktik keperawatan spesialis sebagai bagian esensial dari pemberian pelayanan kesehatan, bertindak sebagai model peran yang efektif bagi mahasiswa keperawatan dan dalam tim pemberi asuhan, bertindak sebagai nara sumber di area spesialis bagi mahasiswa, anggota tim kesehatan lain, perencana kesehatan dan masyarakat; Memberikan kontribusi dalam pengembangan pengetahuan dan praktik keperawatan klinis spesialis melalui identifikasi dan pelaksanaan penelitian sesuai kebutuhan; Memberi advokasi dan berpartisipasi mendapatkan pengakuan pimpinan, hukum dan masyarakat terhadap kualifikasi spesialis; Perlindungan hak sebagai perawat spesialis dan lingkup praktik terkait; Mengamati lingkungan praktik dan literatur keperawatan spesialis untuk mengidentifikasi kecenderungan (*trend*) dan isu yang muncul; Ikut serta dalam kegiatan advokasi melalui organisasi profesi untuk mempengaruhi kebijakan pelayanan kesehatan dan sosial serta pemberian pelayanan di area spesialisnya. Pengembangan profesi bagi perawat profesi Ners Konsultan: Memberi kepemimpinan dalam mengembangkan standar profesi dan praktik terbaik berdasarkan bukti/fakta (*evidence base*) dan membimbing untuk mengembangkan dan menyesuaikan standar dalam konteks praktik, menyampaikan dan meningkatkan peran keperawatan praktik lanjutan dalam konteks klinis, politis dan profesional; Bertindak sebagai model peran yang efektif bagi mahasiswa keperawatan dan dalam tim pemberi asuhan, bertindak sebagai nara sumber dalam praktik keperawatan lanjutan bagi mahasiswa, anggota tim kesehatan lain, perencana kesehatan dan masyarakat; Memberikan kontribusi pengetahuan baru untuk pengembangan praktik dengan melakukan penelitian, diseminasi dan menggabungkan hasil penelitian ke dalam praktik; Memberikan advokasi dan berpartisipasi mendapatkan pengakuan pimpinan, hukum dan masyarakat terhadap kualifikasi spesialis, perlindungan hak sebagai perawat konsultan dan lingkup praktiknya, mencermati lingkungan global terhadap kecenderungan (*trend*) dalam praktik lanjutan dan asuhan kesehatan, memimpin kegiatan advokasi melalui organisasi profesi untuk mempengaruhi kebijakan pelayanan kesehatan dan sosial yang berdampak pada

ketersediaan dan keterjangkauan terhadap pelayanan praktik keperawatan lanjut.

Peningkatan kualitas bagi perawat vokasi: Melaksanakan tugas sesuai arahan dan kebijakan, ketentuan, tolok ukur kualitas dan juga sesuai tingkat pelatihan yang diikutinya; Berperan serta dalam peningkatan kualitas dan prosedur penjaminan mutu. Peningkatan kualitas bagi perawat profesi Ners: Mengikuti pedoman praktik terbaik dan berdasarkan pembuktian (*evidence-based*) dalam melakukan praktik keperawatan, berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan kualitas dan penjaminan mutu. Peningkatan kualitas bagi perawat profesi Ners Spesialis: Menggunakan dan berkontribusi dalam penelitian untuk memperoleh pembuktian guna praktik yang aman, efektif dan efisien, di area spesialisasinya, melakukan telaah secara sistematis untuk meningkatkan kepuasan dan hasil asuhan sesuai area spesialisinya. Peningkatan kualitas bagi perawat profesi Ners Konsultan: Menggali dan mengintegrasikan penelitian untuk menghasilkan praktik berbasis pembuktian (*evidence based practice*) untuk memperbaiki keamanan, efisiensi dan efektifitas asuhan keperawatan, berpartisipasi dalam pengawasan dan telaah intra dan inter disiplin untuk meningkatkan dan memperbaiki kepuasan dan hasil asuhan yang diharapkan klien.

PKB atau pendidikan berkelanjutan perawat Vokasi adalah: Melakukan kajian secara teratur tentang praktik yang dilaksanakannya dengan cara refleksi dan *peer review*, bertanggung jawab untuk belajar seumur hidup, pengembangan profesional dan meningkatkan kompetensi yang dimilikinya, menyempatkan diri belajar bersama orang lain untuk memberi kontribusi terhadap asuhan kesehatan. Pendidikan berkelanjutan bagi perawat profesi Ners: melakukan kajian secara teratur tentang praktik yang dilaksanakannya dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta *peer review*; Bertanggung jawab untuk belajar seumur hidup, pengembangan profesional dan meningkatkan kompetensi yang dimilikinya; Menyempatkan diri belajar bersama orang lain untuk memberi kontribusi terhadap asuhan kesehatan. Pendidikan berkelanjutan bagi perawat profesi Ners Spesialis: Melakukan kajian secara teratur tentang praktik yang dilaksanakannya dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta

*peer review*; Bertanggung jawab untuk belajar seumur hidup, pengembangan profesional dan meningkatkan kompetensi yang dimilikinya; Menyempatkan diri belajar bersama orang lain untuk memberi kontribusi terhadap asuhan kesehatan. Pendidikan berkelanjutan bagi perawat profesi Ners Konsultan: Melakukan kajian secara teratur tentang praktik yang dilaksanakannya dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta *peer review*; Bertanggung jawab untuk belajar seumur hidup; Pengembangan profesional dan meningkatkan kompetensi yang dimilikinya; Meningkatkan dan mendorong berbagai program yang mendukung pendidikan asuhan kesehatan yang bersifat interdisiplin.

Berdasarkan hasil temuan di atas, bahwa desain SKPI terinci dengan jelas kompetensi masing-masing kategori perawat namun belum ada pernyataan kompetensi terkait digitalisasi dalam praktik keperawatan, sehingga nilainya moderat.

#### **e. Tahapan penetapan SKPI**

- 1) *Brainstorming*, dalam rapat pembahasan SKPI. PPNI membentuk tim dan melaksanakan rapat pembahasan SKPI, termasuk di dalam tim tersebut yakni unsur pakar keperawatan, PPNI, AIPViKI, AIPNI, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan *users*
- 2) Setelah pembahasan maka dilakukan penyusunan SKPI oleh tim yang telah dibentuk
- 3) Penetapan SKPI berdasarkan Surat Keputusan Ketum PP PPNI yakni Profesor Achir Yani S. Hamid, MN, D.N.Sc pada tanggal 17 Desember 2009
- 4) Sosialisasi SKPI dilakukan melalui website PPNI Pusat
- 5) Pelaksanaan SKPI pada pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, panti, praktik mandiri dan komunitas
- 6) Evaluasi pelaksanaan SKPI yang dilaksanakan unit-unit keperawatan (eksekutif dan komite keperawatan) pada fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, panti, praktik mandiri dan komunitas

- 7) Pengembangan SKPI. Hal ini baru dilaksanakan masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan sesuai kebutuhannya dan tuntutan masyarakat serta pelaksana akreditasi pelayanan kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil temuan di atas bahwa tahapan penetapan SKPI sesuai prosedur, namun belum teradaptasi dengan revolusi industri 4.0, sehingga nilainya moderat.

#### **f. Standar Penetapan SKPI**

Standar penyusunan SKPI mengakomodir UUD 1945, UU RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, UU No 8 tahun 1985 tentang organisasi kemasyarakatan, UU RI No. 20 tahun 2003 tentang Sisdiknas, Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 9a/Menkes.SK/III/1982 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Kepmenkes RI No. 1239/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, Keputusan Munas PPNI VII tahun 2005 tentang anggaran dasar dan Anggaran Rumah Tangga PPNI, hasil kesepakatan rapat antara Organisasi Profesi dengan pusat Pemberdayaan Profesi Tenaga Kesehatan dan hasil konvensi nasional tanggal 1-2 Juni 2006 tentang Standar Kompetensi Perawat Vokasi dan Perawat Generalis Indonesia. Di samping itu juga standar-standar kompetensi perawat di negara-negara lain dan organisasi perawat sedunia. Namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0 dan belum mengakomodir kebijakan-kebijakan yang ditetapkan setelah tahun 2009 antara lain UU RI No 38/2014, Perpres No 90/2017, Permenkes No 26/2019. Berdasarkan hasil temuan di atas, maka standar penetapan SKPI belum optimal sehingga nilainya moderat.

**Tabel 4.2 Hasil Evaluasi Input (*Input*) SKPI**

Aspek yang dievaluasi	Kriteria Evaluasi	Temuan Evaluasi	Peringkat			Keputusan
			R	M	T	
SDM dalam penetapan dan pelaksanaan SKPI	SDM perawat yang mampu meliterasi identitas digital; Informasi, data & literasi media; pembelajaran & pengembangan diri; kemampuan komunikasi, kolaborasi & partisipasi; kemampuan teknis; Penciptaan digital, inovasi & riset	SDM yang menetapkan dan melaksanakan SKPI belum mampu meliterasi identitas digital; Informasi, data & literasi media; pembelajaran & pengembangan diri; kemampuan komunikasi, kolaborasi & partisipasi; kemampuan teknis; Penciptaan digital, inovasi & riset	V			Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: <50%
Sumber daya anggaran yang digunakan dalam penetapan dan pelaksanaan SKPI	Anggaran cukup dengan pengelolaan berbasis teknologi terkini	Anggaran cukup, namun sistem pengelolaan belum berbasis digital untuk percepatan efisiensi & efektifitas penetapan & pelaksanaan SKPI		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%
Sumber daya fasilitas yang digunakan dalam penetapan dan pelaksanaan SKPI	Fasilitas cukup dengan pengelolaan berbasis teknologi terkini	Fasilitas cukup, namun belum optimal pengelolaan berbasis digital untuk percepatan efisiensi & efektifitas pelaksanaan SKPI		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%
Struktur organisasi yang terlibat dalam penetapan dan pelaksanaan SKPI	KTKI memiliki kemampuan terhadap literasi digitalisasi	Belum diberlakukan Permenkes RI No 90/2017 dan belum teradaptasi revolusi industri 4.0	V			Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: <50%

*Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia dengan Menggunakan Model CIPPO Menuju Revolusi Industri 4.0*

Aspek yang dievaluasi	Kriteria Evaluasi	Temuan Evaluasi	Peringkat			Keputusan
			R	M	T	
Perencanaan oleh Struktur organisasi yang terlibat dalam pembuatan dan implementasi SKPI	Setiap pihak yang terlibat mempunyai perencanaan dan pelaksanaan SKPI yang teradaptasi revolusi industri 4.0	Setiap pihak yang terlibat memiliki perencanaan penetapan dan pelaksanaan SKPI namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0.		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%
Desain SKPI	Menjelaskan deskripsi & spesifikasi SKPI bagi setiap kategori perawat & menggambarkan kompetensi-kompetensi yang teradaptasi revolusi industri 4.0	Deskripsi dan spesifikasi SKPI tergambaran menurut kategori perawat namun belum tergambaran kompetensi-kompetensi yang teradaptasi revolusi industri 4.0		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%
Tahapan penetapan SKPI	Tahapan penetapan SKPI berlangsung sesuai prosedur & teradaptasi revolusi industri 4.0	Tahapan penetapan SKPI berlangsung sesuai prosedur namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0.		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%
Standar penetapan SKPI	Standar penetapan SKPI menggunakan referensi terkini & teradaptasi revolusi industri 4.0.	Standar penetapan SKPI belum mengakomodir kebijakan terkait yang ditetapkan di atas tahun 2009 dan belum teradaptasi revolusi industri 4.0		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%

Tabel di atas menjelaskan bahwa SDM cukup namun Komisariat PPNI belum berperanserta dalam monev implementasi Standar Kompetensi Perawat di institusi Yankes. SDM belum memiliki literasi terhadap digitalisasi. SDM dalam penetapan SKPI telah melibatkan

*stakeholders* yang relevan, namun belum melibatkan Komisariat PPNI dalam *monitoring* evaluasi pelaksanaan SKPI di lembaga pelayanan kesehatan di mana perawat bekerja sehingga nilainya rendah. Sumberdaya anggaran dan fasilitas terpenuhi namun belum dikelola berbasis teknologi terkini untuk efisiensi dan efektifitas sehingga nilainya moderat. Dalam struktur organisasi yang terlibat belum memberlakukan Permenkes RI No 90/2017 dan belum teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya rendah. Perencanaan setiap unit yang terlibat dalam struktur organisasi memiliki perencanaan penetapan dan pelaksanaan SKPI namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat. Prosedur penetapan dan pelaksanaan SKPI terpenuhi namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0, sehingga nilainya moderat. Desain SKPI telah menjelaskan deskripsi dan spesifikasi SKPI pada setiap kategori perawat namun belum tergambar kompetensi-kompetensi yang terkait dengan digitalisasi, sehingga peringkatnya moderat. Tahapan penetapan dan pelaksanaan SKPI telah sesuai prosedur namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0, sehingga nilainya moderat. Standar penetapan SKPI telah menggunakan referensi yang lengkap saat itu namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0 dan belum mengakomodir kebijakan-kebijakan yang ditetapkan setelah tahun 2009 hingga sekarang, sehingga nilainya moderat.

### **3. Hasil Evaluasi Proses (*Process*)**

Pada tahapan evaluasi Proses menganalisis bagaimana pelaksanaan tahapan penetapan hingga pelaksanaan SKPI. Analisis konsistensi pada penetapan hingga penerapan SKPI, adalah sebagai berikut:

#### **a. Evaluasi Internal**

Evaluasi internal terhadap pelaksanaan SKPI dilakukan oleh *users* yakni pimpinan langsung setiap individu perawat pada institusi pelayanan kesehatan di mana perawat bekerja. Pelaksana evaluasi adalah ketua tim, kepala ruangan dan supervisor. Evaluasi dilaksanakan setiap waktu dengan rekapitulasi hasil evaluasi setiap tahun tergantung kebijakan institusi pelayanan kesehatan. Format penilaian didasarkan

pada uraian tugas perawat yang telah disesuaikan dengan standar kompetensi perawat pada institusi tersebut. Pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit mempunyai komite keperawatan yang menetapkan Standar Kompetensi Perawat di institusi pelayanan kesehatan. Sedangkan Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Ruangan, Ketua tim dan Supervisor akan melakukan *monitoring* evaluasi terhadap pelaksanaan kompetensi setiap perawat di tempat di mana perawat tersebut bekerja. Pelaksanaan *monitoring* evaluasi dilakukan setiap waktu dan direkapitulasi setiap tahun untuk menetapkan *performance* setiap individu perawat dalam praktik atau pelaksanaan kompetensinya.

#### b. Evaluasi Eksternal

Evaluasi eksternal dilaksanakan pihak akreditasi pelayanan kesehatan. Salah satu bidang yang dievaluasi oleh pihak akreditasi adalah pelaksanaan evaluasi terhadap kompetensi perawat pada institusi tersebut. Instrumen yang digunakan pihak akreditasi telah disesuaikan dengan unsur-unsur kompetensi perawat menurut kualifikasi dan level jenjang karir setiap perawat.

**Tabel 4.3 Hasil Evaluasi Proses (*Process*) SKPI**

Aspek Yang Dievaluasi	Kriteria Evaluasi	Temuan Evaluasi	Peringkat			Keputusan
			R	M	T	
Tahapan proses implementasi SKPI	Tahapan proses implementasi SKPI sesuai SOP dan teradaptasi digitalisasi	Tahapan proses implementasi SKPI sesuai prosedur namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%

Tabel di atas menjelaskan bahwa tahapan proses implementasi SKPI sesuai SOP, namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat.

#### 4. Hasil Evaluasi Produk (*Product*)

Evaluasi ini terlaksana dengan melakukan wawancara terhadap pimpinan keperawatan dari tujuh rumah sakit terdiri dari tiga rumah sakit di DKI Jakarta, dua rumah sakit di Kabupaten Bengkayang Kalimantan Barat, dua rumah sakit di Kota Singkawang Kalimantan Barat, satu orang perawat dari Amerika Serikat, satu orang direktur Akademi Keperawatan, satu orang dosen, satu orang surveyor akreditasi rumah sakit. Umumnya partisipan mengatakan telah tersedia Standar Kompetensi Perawat pada masing-masing lembaga pelayanan kesehatan berdasarkan SKPI dan dimodifikasi dengan Permenkes RI No. 40 tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis. Beberapa rumah sakit telah menerapkan Permenkes tersebut untuk memodifikasi kewenangan atau kompetensi perawat di lembaga pelayanan tertentu.

Bagi institusi pendidikan keperawatan selaku produser tenaga keperawatan telah mengakomodir SKPI untuk menjadi acuan dalam penetapan kurikulum pembelajaran sesuai tingkat kategori pendidikan keperawatan. Hasil wawancara dengan informan menyampaikan bahwa SKPI telah menjadi salah satu acuan untuk penetapan kurikulum pembelajaran dalam membentuk dan menghasilkan perawat yang kompeten sesuai standar masing-masing kategori. Namun perlu diadaptasi dan diakomodir perkembangan teknologi terkini yaitu digitalisasi. Pada SKPI yang sedang berlaku saat ini belum terakomodir secara spesifik dan tajam pernyataan-pernyataan tentang kompetensi yang teradaptasi revolusi industri 4.0. Perlu perubahan SKPI yang teradaptasi dengan perkembangan Ipteks khususnya revolusi industri 4.0.

Saat ini perkembangan digitalisasi dan *big data* termasuk dalam lingkup praktik keperawatan seperti penggunaan *PDA (personal digital assistant)*, pelayanan keperawatan berbasis *on line*. Perawat telah menawarkan dan memasarkan diri dengan melengkapi profil dan kompetensinya secara *on line* sehingga klien yang membutuhkan pelayanan keperawatan secara pribadi atau pelayanan keperawatan di rumah dapat memintanya secara *on line*. Untuk mengantisipasi semua perkembangan ini perlu disiapkan oleh pembuat SKPI tentang

kompetensi perawat dalam penggunaan digitalisasi sehingga aman bagi pelaku dan pengguna SKPI. Segera dibutuhkan SKPI yang teradaptasi dengan perkembangan teknologi terkini khususnya digitalisasi dengan semua dampaknya.

Yang melaksanakan evaluasi terhadap produk SKPI ini pada lembaga pelayanan kesehatan adalah pihak internal dan eksternal. Pihak internal dilaksanakan masing-masing pimpinan institusi khususnya secara langsung Bidang Keperawatan dan secara tidak langsung oleh pimpinan lembaga. Pihak eksternal dilaksanakan oleh akreditasi baik akreditasi pelayanan kesehatan maupun akreditasi pendidikan keperawatan. Proses ini dilaksanakan dengan baik namun belum optimal teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat.

**Tabel 4.4 Hasil Evaluasi Produk (*Product*) SKPI**

Aspek Yang Dievaluasi	Kriteria Evaluasi	Temuan Evaluasi	Peringkat			Keputusan
			R	M	T	
Produk SKPI: Standar Kompetensi Perawat di lembaga pelayanan kesehatan dan kurikulum pada lembaga pendidikan keperawatan Berbasis SKPI	Tersedia Standar kompetensi perawat di lembaga pelayanan keperawatan berdasarkan SKPI dan tersedia kurikulum pada setiap kategori pendidikan keperawatan berdasarkan SKPI serta teradaptasi revolusi industri 4,0	Tersedia Standar kompetensi Perawat di lembaga pelayanan keperawatan berdasarkan SKPI dan tersedia kurikulum pada setiap kategori pendidikan keperawatan berdasarkan SKPI namun belum optimal teradaptasi revolusi industri 4.0		V		Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: >50%

Tabel di atas menjelaskan bahwa produk SKPI pada lembaga pelayanan kesehatan telah memiliki standar kompetensi perawat yang berpedoman pada SKPI dan pada lembaga pendidikan keperawatan tersedia kurikulum yang mengacu kepada SKPI namun belum optimal teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat.

## 5. Hasil Evaluasi Dampak (*Outcome*)

Evaluasi dampak pada penelitian ini mengidentifikasi antara lain tentang penetapan kurikulum pembelajaran yang menghasilkan profil lulusan yang sesuai SKPI. Evaluasi dampak pada penelitian ini mengidentifikasi juga bahwa data kelulusan UKNI periode IV Tahun 2015 dari total peserta yang mengikuti Uji Kompetensi Nasional sebanyak 10.009 lulusan program profesi Ners, teridentifikasi sejumlah 6.223 peserta ujian (62.17%) dinyatakan kompeten dan sebanyak 3.786 (37.83%) dinyatakan tidak kompeten. Pada Uji Kompetensi Ners Nasional periode V Tahun 2016 mengalami penurunan dari total peserta ujian sebanyak 14.873 lulusan, teridentifikasi sebanyak 7.466 (50.19%) dinyatakan kompeten dan sisanya sebanyak 7.407 (49.81%) dinyatakan tidak kompeten. Dimulai periode V tahun 2016 sampai dengan periode VIII 2017, Uji Kompetensi Ners Indonesia setiap periodenya mengalami penurunan tingkat kelulusan, di antaranya tingkat kelulusan Periode VI tahun 2016 sebesar 47,16% dinyatakan kompeten, periode VII tahun 2017 diperoleh sebesar 44.62% dinyatakan kompeten dan periode VIII tahun 2017 diperoleh sebesar 41.12% (ukners.dikti.go.id). Artinya tingkat kelulusan uji kompetensi secara nasional masih rendah. Hal ini perlu diteliti lanjut tentang penyebab rendahnya tingkat kelulusan uji kompetensi tersebut apakah karena individu mahasiswanya atau kualitas proses pembelajarannya, atau kurikulumnya atau pembuatan soal uji kompetensinya.

Evaluasi dampak penetapan dan pelaksanaan SKPI pada lembaga pelayanan kesehatan belum memberikan kepuasan optimal kepada *Stakeholders*. Hal ini disebabkan beberapa faktor antara lain kompetensi yang dimiliki setelah lulus dari perguruan tinggi di mana sebagian lulusan belum siap bekerja. Institusi pelayanan kesehatan umumnya harus melakukan *in job training* bagi perawat *fresh graduate*

untuk memulai perjuangan mereka secara nyata pada lembaga pelayanan kesehatan di mana mereka bekerja. Faktor lain adalah proses pembinaan, pelatihan dan pemantauan dari pimpinan langsung individu perawat harus terus dilakukan untuk menciptakan keberhasilan individu perawat melaksanakan kompetensinya. Berdasarkan hasil temuan, maka dampak SKPI belum memuaskan *Stakeholders* secara optimal.

**Tabel 4.5 Hasil Evaluasi Dampak (*Outcome*) SKPI**

Aspek Yang Dievaluasi	Kriteria Evaluasi	Temuan Evaluasi	Peringkat			Keputusan
			R	M	T	
Kepuasan <i>Stakeholders</i> terhadap kinerja SKPI	Perawat memiliki kompetensi yang berhasil memberi kepuasan bagi <i>Stakeholders</i>	Pimpinan pelayanan kesehatan/keperawatan menyampaikan bahwa belum puas terhadap kinerja SKPI dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada lembaga Yankes	V			Kriteria Evaluasi terpenuhi sebagian: <50%

Tabel di atas menjelaskan bahwa implikasi SKPI terhadap kepuasan *stakeholders* masih belum optimal, sehingga nilainya rendah.

## B. Pembahasan

Setelah menganalisis hasil penelitian berdasarkan model evaluasi *CIPPO* (*Context, Input, Process, Product, Outcome*), selanjutnya akan dibahas lebih rinci mengenai temuan evaluasi untuk menemukan rekomendasi bagi peningkatan kualitas penetapan dan pelaksanaan SKPI. Rekomendasi ini akan digambarkan berdasarkan temuan evaluasi melalui kriteria evaluasi dengan sub-fokus penelitian. Hal ini bertujuan memberikan input positif bagi organisasi untuk melakukan perubahan dan perbaikan terhadap penetapan dan pelaksanaan SKPI di masa mendatang demi mencapai tujuan penetapan dan pelaksanaan SKPI itu sendiri. Di bawah ini pembahasan tentang hasil penelitian sebagai berikut:

## 1. Pembahasan Aspek Konteks

Hasil temuan evaluasi aspek konteks, SKPI disusun dengan baik melalui referensi yang baik serta mengakomodir undang-undang, peraturan-peraturan serta kebijakan terkait standar kompetensi perawat di dalam maupun di luar negeri namun belum tergambar pernyataan kompetensi-kompetensi yang teradaptasi dengan revolusi industri 4.0. SKPI ditetapkan melalui keputusan pengurus pusat PPNI dan memiliki tujuan untuk pencapaian kepuasan *stakeholders*. Dengan demikian nilai hasil evaluasi konteks adalah moderat. Hasil penelitian Halcomb E et al (2016) mengatakan bahwa dengan pengujian dan penilaian standar kompetensi perawat secara terus menerus dapat memperkuat dan mengembangkan kompetensi kerja perawat dalam pelayanan kesehatan primer. Hal ini sangat diperlukan untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan keperawatan. Dengan melakukan penilaian terhadap standar kompetensi perawat secara berkesinambungan akan meningkatkan kualitas SKPI dan menghasilkan perawat yang kompeten yang akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan memperkuat pengakuan masyarakat terhadap profesi keperawatan itu sendiri.

SKPI ditetapkan dan diberlakukan berdasarkan Surat Keputusan Ketua Umum Pengurus Pusat PPNI No. 024/PP.PPNI/SK/K/XII/2009 pada tanggal 17 Desember 2009 sudah memiliki referensi yang komprehensif namun ke depan perlu mengakomodir referensi terbaru yang terbit setelah tahun 2009. SKPI perlu dikembangkan untuk menjawab tantangan global dan pasar bebas serta revolusi industri terkini dengan digitalisasi dan *big data*. Individu perawat yang bekerja di bidang pelayanan keperawatan perlu memiliki kompetensi yang setara dengan standar kompetensi untuk diberlakukan pada era globalisasi.

SKPI merupakan naskah yang menjadi acuan setiap pengembangan di bidang pelayanan keperawatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan kebutuhan sumber daya keperawatan dan penetapan kebijakan-kebijakan yang menyangkut keperawatan. Penetapan SKPI telah diamanatkan oleh musyawarah nasional organisasi profesi PPNI. Musyawarah nasional memegang kekuasaan

tertinggi organisasi. Artinya penetapan dan pelaksanaan SKPI berlaku dengan berkekuatan hukum yang jelas. Isi SKPI sudah jelas dengan rinci untuk setiap kualifikasi tenaga perawat. Namun untuk sekarang perlu mengakomodir perkembangan teknologi yakni era revolusi industri 4.0 di mana digitalisasi sedang dan akan mendominasi sistem kerja di Indonesia bahkan di seluruh dunia. Oleh sebab itu ke depan perlu menyusun kembali dengan memperbaharui SKPI yang teradaptasi dengan revolusi industri 4.0 atau revolusi industri terkini.

Tujuan penetapan dan pelaksanaan SKPI, tujuan pertama bagi lembaga pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan yang menyediakan kurikulum yang baik sehingga menghasilkan tenaga keperawatan yang memiliki kompetensi yang berkualitas baik. Kurikulum dalam pendidikan keperawatan secara nasional, regional dan institusional perlu disusun secara terinci dan teradaptasi dengan Revolusi Industri terkini. Kurikulum dan proses pembelajaran di institusi pendidikan keperawatan harus berubah untuk mengakomodir perubahan zaman pada era digitalisasi dan *big data*.

Tujuan kedua SKPI bagi lembaga pelayanan kesehatan sebagai pengguna tenaga keperawatan yakni menjadi panduan untuk menetapkan uraian tugas, rekrutmen, penilaian unjuk kerja dan pengembangan tenaga keperawatan agar dilaksanakan secara terstandar. Perawat perlu acuan kerja dengan kompetensi yang jelas untuk mencapai tujuan organisasi di mana perawat bekerja. Standar ini perlu selalu dibaharui secara kontiniu untuk mengakomodir perkembangan Ipteks terkini.

Tujuan ketiga penetapan SKPI untuk institusi penguji dan sertifikasi perawat yakni sebagai panduan materi uji sehingga tenaga perawat tersertifikasi dengan mutu yang baik. Soal-soal uji kompetensi perlu konsisten dengan profil kompetensi yang telah dibentuk pada saat menjalankan pendidikan keperawatan. Uji kompetensi perlu mengakomodir kompetensi yang teradaptasi revolusi industri terkini.

Tujuan penetapan dan pelaksanaan SKPI ini telah jelas memiliki keterkaitan dengan pencapaian kepuasan *stakeholders* khususnya kepuasan masyarakat penerima layanan dari seorang perawat yang kompeten. Isi SKPI ke depan akan dikembangkan dan teradaptasi

dengan perkembangan Ipteks terkini dengan era digitalisasi dan *big data*. Adaptasi ini dilaksanakan untuk kepentingan percepatan kemajuan dan efektifitas serta efisiensi pelaksanaan asuhan keperawatan yang berdampak positif kepada kepuasan *stakeholders*.

SKPI secara kontiniu dan secara berkala harus diteliti dan dievaluasi untuk dikembangkan supaya teradaptasi dengan perkembangan Ipteks dan mampu menjawab tantangan global. SKPI diharapkan mampu mengangkat harkat dan martabat pelayanan keperawatan sehingga pekerjaan keperawatan diakui masyarakat sebagai pekerjaan mulia dan ilmiah. Perawat merawat individu manusia yang sedang membutuhkan uluran tangan dan hati pelayanan dari seorang perawat yang kompeten. Perawat yang kompeten adalah perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan *Caring*. *Caring* adalah inti dari pelayanan keperawatan. SKPI harus mampu meningkatkan status kesehatan masyarakat, bangsa dan negara Indonesia. Tenaga keperawatan dengan jumlah terbesar pada pelayanan kesehatan diharapkan mampu mengungkit kualitas pelayanan pada lembaga di mana perawat bekerja.

## **2. Pembahasan Aspek Input**

Hasil temuan evaluasi aspek input, SDM belum memiliki literasi terhadap digitalisasi. SDM dalam penetapan SKPI telah melibatkan stakeholders yang relevan., namun belum melibatkan komisariat PPNI dalam monitoring evaluasi pelaksanaan SKPI di lembaga pelayanan kesehatan dimana perawat bekerja sehingga nilainya rendah. Sumberdaya anggaran dan fasilitas terpenuhi namun pengelolaannya belum teradaptasi revolusi industry 4.0 sehingga nilainya moderat. Struktur organisasi yang terlibat belum memberlakukan Permenkes RI No 90/2017 dan belum teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya rendah. Perencanaan setiap unit yang terlibat dalam struktur organisasi memiliki perencanaan penetapan dan pelaksanaan SKPI namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat. Prosedur penetapan dan pelaksanaan SKPI terpenuhi namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0, sehingga nilainya moderat. Desain SKPI telah menjelaskan deskripsi dan spesifikasi SKPI pada

setiap kategori perawat namun belum tergambar kompetensi-kompetensi terkait dengan digitalisasi, sehingga peringkatnya moderat. Tahapan penetapan dan pelaksanaan SKPI telah sesuai prosedur namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0, sehingga nilainya moderat. Standar penetapan SKPI telah menggunakan referensi yang lengkap saat itu namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0 dan belum mengakomodir kebijakan-kebijakan yang ditetapkan setelah tahun 2009 hingga sekarang, sehingga nilainya moderat. Hasil penelitian *ANCC Accreditation (American Nursing Credentialing Centre)*, 2017 mengatakan bahwa kompetensi perawat perlu dievaluasi dan diakreditasi secara terus menerus untuk menjaga kesiapan SKPI menghasilkan kualitas yang baik. Konsil Tenaga Keperawatan Indonesia (KTKI) telah ditetapkan melalui Permenkes No 90 tahun 2017 khususnya pada pasal 8. Fungsi konsil adalah pengaturan, penetapan dan pembinaan tenaga keperawatan dalam menjalankan praktik keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Tugas konsil keperawatan untuk melakukan registrasi tenaga keperawatan, melakukan pembinaan tenaga keperawatan menjalankan praktiknya, menyusun standar nasional pendidikan tenaga Keperawatan, menyusun standar praktik dan standar kompetensi tenaga kesehatan dan menegakkan disiplin praktik tenaga keperawatan. Dalam Perpres ini telah terakomodir konsistensi pembuat SKPI akan mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan SKPI serta menegakkan disiplin praktik tenaga keperawatan. Perlu menyediakan alat atau *tools* sehingga tujuan Perpres ini akan berhasil dicapai dalam peningkatan status kesehatan masyarakat.

### **3. Pembahasan Aspek Proses**

Hasil temuan evaluasi aspek proses, tahapan proses implementasi SKPI sesuai SOP, namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat. Aspek proses yang diteliti pada pelaksanaan SKPI adalah konsistensi pelaksanaan mulai dari pembahasan, penyusunan, penetapan, sosialisasi dan pelaksanaan serta *monitoring* evaluasi. Proses pembahasan terlaksana dengan baik melalui diskusi dalam pertemuan-pertemuan oleh tim pembuat SKPI bersama para

pakar keperawatan. Setelah pembahasan maka dilakukan penyusunan dan penetapan SKPI. Penetapan SKPI terjadi setelah dibahas dalam musyawarah nasional sebagai kekuatan tertinggi dalam legalitas SKPI. Sosialisasi dilaksanakan dari pusat hingga daerah-daerah.

Proses *monitoring* dan evaluasi yang dilakukan di kota-kota besar memang berbeda dengan di daerah. Peneliti melakukan wawancara kepada pimpinan-pimpinan keperawatan di kota dan di daerah. Hasil wawancara dengan pimpinan keperawatan di daerah menyampaikan bahwa kadangkala ketinggalan dengan informasi-informasi terbaru tentang perubahan-perubahan kebijakan termasuk tentang SKPI. Proses sosialisasi masih perlu ditingkatkan untuk menjamin tersampainya kebijakan-kebijakan baru yang berkaitan dengan keperawatan yang perlu disampaikan kepada setiap individu perawat baik di daerah mau pun di kota. Media sosial saat ini dapat digunakan untuk proses sosialisasi tersebut di masa mendatang baik melalui Web, email, WA dan lain sebagainya.

Keterlibatan PPNI pada tingkat komisariat diharapkan terlaksana baik dalam sosialisasi maupun proses *monitoring* evaluasi pelaksanaan SKPI. Umumnya komisariat PPNI berada langsung pada lembaga-lembaga pelayanan kesehatan di mana tenaga keperawatan bekerja. *Monitoring* evaluasi yang dilaksanakan komisariat ini dikaitkan dengan perpanjangan lisensi yang dilaksanakan rutin setiap lima tahun sehingga setiap individu perawat merasa dimonitor, dibina dan dievaluasi kinerjanya di tempat pelayanan/pekerjaan. Sistem ini akan menguntungkan bagi individu perawat, organisasi profesi, lembaga pelayanan di mana perawat tersebut bekerja serta menguntungkan masyarakat. Sistem *monitoring* dan evaluasi yang baik akan mencegah atau meminimalkan individu perawat melakukan mal praktik maupun kelalaian atau kecerobohan. Dengan demikian masyarakat dilindungi dari praktik perawat yang tidak bertanggungjawab. *Users* juga diuntungkan karena perawat yang kompeten dipekerjakan, dijaga dan dikembangkan sehingga dapat mengungkit kualitas pelayanan sesuai yang diharapkan. Perpres Nomor 90 tahun 2017 telah mengakomodir konsistensi pembuatan hingga *monitoring* evaluasi dan pengembangan SKPI ke depan oleh KTKI.

Proses *monitoring* dan evaluasi ini juga akan menjadi sesuatu yang sangat penting dalam proses pengembangan SKPI secara berkesinambungan sehingga SKPI tersebut selalu terbaru. Pengadaan SKPI yang terkini akan mampu memuaskan *stakeholders*. Proses pengadaan SKPI yang terbaru akan membuat perawat melaksanakan tugas dengan percaya diri dan bermartabat.

Hasil penelitian *ANCC Accreditation (American Nursing Credentialing Centre)*, 2017, menyampaikan bahwa individu perawat yang berhasil menyelesaikan pendidikan atau kursus tentang kompetensi serta memiliki sertifikat kompetensi, tidak serta merta memiliki kemampuan atau kompeten dalam praktik keperawatan. Individu yang berhasil dan diakui memiliki keahlian atau kompetensi dalam keperawatan adalah individu yang telah berhasil melaksanakan kompetensi tersebut dalam pelaksanaan tugas sehari-hari. Kompetensi tersebut harus selalu dikembangkan dan diteliti agar secara kontiniu meningkatkan kualitas pelayanan.

#### **4. Pembahasan Aspek Produk**

Hasil temuan evaluasi aspek produk SKPI pada lembaga pelayanan kesehatan telah memiliki standar kompetensi perawat yang berpedoman pada SKPI dan pada lembaga pendidikan keperawatan tersedia kurikulum yang mengacu kepada SKPI namun belum optimal teradaptasi revolusi industri 4.0 sehingga nilainya moderat. SKPI telah dilaksanakan pada setiap lembaga pelayanan keperawatan. Konsistensi pelaksanaan SKPI ini terjadi dengan *monitoring* dan evaluasi langsung oleh para pimpinan setiap individu perawat tersebut di tempat kerjanya. Ke depan produk ini akan dilaksanakan oleh KTKI secara konsisten mulai dari pembuatan hingga pengembangan SKPI. KTKI terdiri dari unsur kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebanyak satu orang; kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebanyak satu orang; organisasi profesi keperawatan sebanyak dua orang; kolegium keperawatan sebanyak dua orang; asosiasi institusi pendidikan keperawatan sebanyak satu orang; asosiasi fasilitas

pelayanan kesehatan sebanyak satu orang dan tokoh masyarakat sebanyak satu orang.

Selain ketersediaan standar kompetensi perawat di lembaga pelayanan kesehatan, maka tersedia juga kurikulum pada pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan. Kurikulum tersebut mengacu dan mengakomodir SKPI sehingga pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan mampu menghasilkan profil kompetensi lulusan yang sesuai SKPI. Lulusan pendidikan tinggi keperawatan di Indonesia masih perlu ditingkatkan persentasi kelulusan pada uji kompetensi. Hal ini konsisten juga dengan pernyataan beberapa partisipan yang menyampaikan bahwa banyak lulusan pendidikan keperawatan yang kurang siap bekerja. Pengguna perlu melatih kembali kompetensi-kompetensi keperawatan yang akan dilakukan individu perawat dengan aman saat melakukan tindakan keperawatan kepada klien atau masyarakat.

Hasil penelitian Fang-Qin Wu et al (2014) menyampaikan tentang konsistensi dan efektifitas pencapaian kompetensi perawat yang ditetapkan dalam kurikulum pendidikan. Demikian juga dengan hasil penelitian Ruth S., et al (2018), dengan judul *Entry-to-practice public health nursing competencies: A Delphi method and knowledge translation strategy* dalam jurnal *Nurse Education Today*. Dalam penelitian ini dijelaskan tentang latar belakang untuk menopang dan memperkuat kontribusi perawat dalam pelayanan kesehatan umum dan masyarakat pada abad 21, sebagian masih bergantung pada kualitas pendidikan Keperawatan.

Hasil penelitian Egbert N., et al (2018) dengan judul: *Competencies for nursing in a digital world. Methodology, results, and use of the DACH-recommendations for nursing informatics core competency areas in Austria, Germany, and Switzerland* pada *Journal NCBI (National Centre for Biotechnology Information)*. Pada penelitian ini disampaikan bahwa perawat membutuhkan pemahaman atau literasi digital yakni kemampuan untuk hidup, belajar, bekerja, berpartisipasi dan berkembang dalam masyarakat digital. Manusia menjadi melek digital yang melibatkan pengembangan keterampilan, sikap, nilai-nilai dan perilaku yang dapat dikategorikan sebagai: Identitas digital,

kesejahteraan dan keselamatan, komunikasi, kolaborasi dan partisipasi, pengajaran, pembelajaran dan pengembangan diri, kemampuan teknis informasi, membuat data dan literasi media digital dan inovasi. Melek digital pada berbagai domain pada tingkat mahir akan membantu untuk lebih mudah memperoleh keterampilan dan kompetensi lainnya dalam kehidupan.

## 5. Pembahasan Aspek Dampak

Hasil temuan evaluasi aspek dampak. Implikasi SKPI terhadap kepuasan *stakeholders* masih belum optimal, sehingga nilainya rendah. Hasil penelitian Silaban G., dkk (2015) dalam jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas dengan judul Rancangan Sistem Penilaian Kinerja Berbasis Kompetensi Perawat Gawat Darurat di RSUD XX Medan. Dalam penelitian tersebut dikatakan bahwa beberapa rumah sakit umum (RSU) di Medan masih ada yang belum memenuhi standar *Key Performance Indicator (KPI) IGD*, salah satu adalah RSUD XX Medan. Dibutuhkan penilaian kinerja perawat gawat darurat yang disusun berdasarkan kompetensi, agar mampu memberikan kinerja terbaik. Dengan demikian kompetensi perawat perlu dievaluasi secara kontiniu untuk menciptakan kepuasan yang optimal bagi para *stakeholders*.

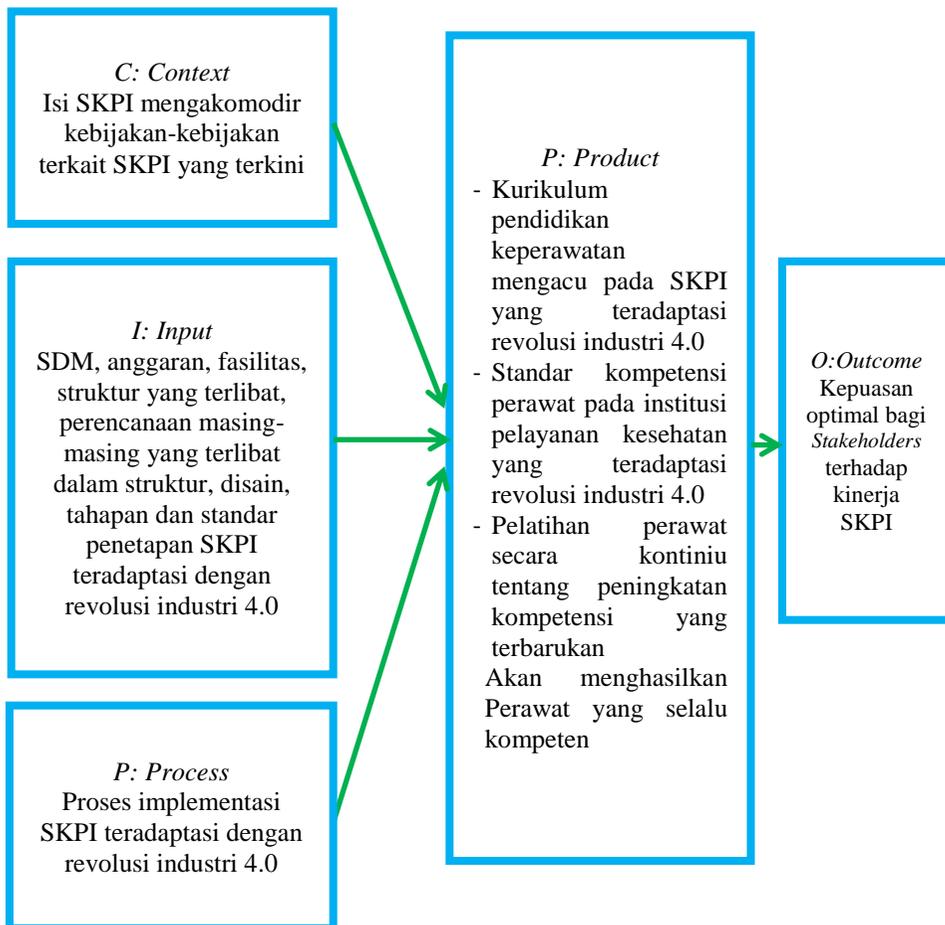
Pada aspek dampak yang dianalisis adalah tentang kepuasan *stakeholders* terhadap isi dan pelaksanaan SKPI. *Stakeholders* di sini adalah pembuat kebijakan yang terdiri dari PPNI, AIPViKI, AIPNI, Pemerintah dalam hal ini Kemenkes RI. *Stakeholders* selain pembuat kebijakan adalah pengguna kebijakan yakni lembaga-lembaga pelayanan kesehatan negeri, swasta, wiraswasta dan masyarakat. Pelaku kebijakan dalam hal ini adalah individu-individu perawat.

Hasil wawancara dengan narasumber menunjukkan bahwa pelaksanaan SKPI belum memuaskan pihak *stakeholders*. Umumnya partisipan mengatakan tentang tingkat kepuasan mereka belum optimal. Hal ini menunjukkan bahwa penetapan dan pelaksanaan SKPI masih perlu diperbaiki sehingga dampaknya semakin positif bagi pembuat kebijakan, pengguna kebijakan dan pelaku kebijakan yang akan menguntungkan masyarakat penerima layanan keperawatan. Secara khusus pada era sekarang pada revolusi industri 4.0 dengan

digitalisasi dan *big data* yang mendorong tenaga perawat mengadaptasikan diri dengan disrupsi tersebut.

### C. *Novelty Penelitian*

*Novelty* penelitian ini adalah pengembangan model penetapan dan implementasi SKPI. Dari pembahasan di atas penulis menggambarkan pengembangan model SKPI berdasarkan evaluasi *CIPPO* sebagai berikut:



**BAB**  
**V**

## **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

### **A. Kesimpulan**

Temuan terhadap hasil evaluasi SKPI dalam riset ini menghasilkan beberapa kesimpulan. Lima aspek pada model *CIPPO* (*Context, Input, Process, Product, Outcome*) memberi gambaran temuan dalam pembahasan, penyusunan, penetapan, pelaksanaan, monitoring evaluasi dan pengembangan SKPI. Wawancara, observasi dan dokumentasi, merupakan metode pengumpulan data, kemudian dianalisis kelima aspek *CIPPO* tersebut. Temuan dan pembahasan hasil evaluasi disimpulkan sebagai berikut:

#### **1. Aspek Konteks (*Context*)**

Hasil evaluasi dan analisis konteks pada SKPI, ternyata memiliki dasar hukum: UUD RI tahun 1945, UU RI Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, UU RI Nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, hasil kesepakatan rapat antara organisasi profesi dengan pusat pemberdayaan profesi tenaga kesehatan dan hasil konvensi nasional PPNI pada tanggal 1-2 Juni 2006 mengenai Standar Kompetensi Perawat Vokasi dan Perawat Generalis Indonesia. Namun SKPI yang berlaku sekarang belum mengakomodir kebijakan-kebijakan yang ditetapkan setelah tahun 2009 dan belum teradaptasi revolusi industri 4.0. Dengan demikian peneliti mengambil kesimpulan bahwa dalam isi SKPI memiliki dasar acuan dan panduan yang belum optimal. SKPI memerlukan pembaharuan yang mengakomodir kebijakan terkait dan teradaptasi revolusi industri 4.0 yakni digitalisasi dan *big data*.

Hasil temuan berdasarkan wawancara dengan informan menjelaskan bahwa tujuan dari penetapan isi dan aplikasi SKPI telah konsisten dengan landasan untuk kepuasan *stakeholders*. Perumusan tujuan dari penetapan SKPI telah melibatkan pakar keperawatan pada organisasi profesi perawat Indonesia yaitu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Asosiasi Pendidikan Keperawatan dan para pengguna perawat yakni pimpinan lembaga pelayanan kesehatan di mana perawat bekerja. Tujuan penetapan SKPI adalah untuk mencapai *goals* organisasi profesi PPNI.

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa aspek konteks berada pada peringkat moderat. Peneliti melihat bahwa penetapan dan pelaksanaan SKPI telah dirumuskan melalui Surat Keputusan Ketua Umum Pengurus Pusat PPNI No. 024/PP.PPNI/SK/K/XII/2009 pada tanggal 17 Desember 2009. Narasumber memberi jawaban atas pertanyaan dalam wawancara secara konsisten menyampaikan bahwa SKPI telah ditetapkan melalui keputusan Pengurus Pusat Organisasi Profesi Keperawatan. Dasar hukum yang dipakai dalam ketetapan SKPI adalah UUD RI tahun 1945, UU RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, UU RI Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem pendidikan nasional, standar-standar kompetensi perawat internasional, hasil kesepakatan pada rapat organisasi profesi dengan pusat pemberdayaan profesi tenaga kesehatan dan hasil konvensi nasional PPNI tanggal 1-2 Juni 2006 tentang standar kompetensi perawat Vokasi dan perawat Generalis Indonesia. Surat Keputusan Ketua Umum Pengurus Pusat PPNI Nomor 024/PP.PPNI/SK/K/XII/2009, dijadikan sebagai dasar operasional dalam pelaksanaan SKPI. Dengan demikian maka beberapa kesimpulan pada aspek konteks adalah sebagai berikut:

- a. SKPI telah ditetapkan melalui Surat Keputusan Ketua Umum Pengurus Pusat PPNI No. 024/PP.PPNI/SK/K/XII/2009 pada tanggal 17 Desember 2009
- b. SKPI untuk kategori vokasi difokuskan menjadi Standar Kompetensi Perawat lulusan DIII Keperawatan sebagai Ahli Madya Keperawatan yang mampu memenuhi ekspektasi organisasi.

- c. SKPI untuk kategori Ners difokuskan menjadi SKPI bagi lulusan S1 Keperawatan dengan profesi Ners yang mampu memenuhi ekspektasi organisasi.
- d. SKPI untuk kategori Ners Spesialis difokuskan menjadi SKPI bagi lulusan S2 Keperawatan yang mampu memenuhi ekspektasi organisasi.
- e. SKPI untuk kategori Ners Konsultan difokuskan menjadi SKPI bagi lulusan S3 Keperawatan yang mampu memenuhi ekspektasi organisasi.
- f. SKPI bertujuan menjadi pedoman penetapan kurikulum pendidikan dan pelatihan keperawatan untuk menghasilkan tenaga perawat yang kompeten secara nasional bahkan internasional.
- g. SKPI bertujuan menjadi pedoman melaksanakan pengukuran *performance* tenaga keperawatan pada praktik keperawatan di lembaga pelayanan kesehatan di mana perawat bekerja.
- h. SKPI bertujuan menjadi pedoman bagi pelaksana sertifikasi dalam pemberian lisensi bagi tenaga keperawatan.
- i. Koordinasi antar pemangku kepentingan berjalan dengan baik dalam merumuskan isi dan tujuan SKPI.
- j. Pelaksanaan SKPI dianggap penting sehingga melibatkan seluruh pemangku kepentingan baik organisasi profesi keperawatan, asosiasi pendidikan keperawatan, pemerintah dan *users*
- k. SKPI mampu membawa perawat memahami tujuan organisasi sehingga termotivasi melaksanakan proses praktik dalam pelayanan keperawatan kepada masyarakat dengan baik.
- l. SKPI mampu membuat Perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dengan memberikan bahkan menghasilkan karya-karya ilmiah untuk memajukan praktik keperawatan baik lokal, nasional dan internasional.
- m. SKPI perlu mengakomodir kebijakan-kebijakan terbaru sebagai landasan penyusunan isi
- n. SKPI ke depan perlu terbarukan dan teradaptasi dengan revolusi industri 4.0, digitalisasi dan *big data*.

- o. Ketersediaan perawat yang kompeten dan memiliki literasi digital mampu memenuhi harapan masyarakat maupun pemerintah.

## **2. Aspek Input**

Pada aspek input, komponen yang dianalisis yaitu sumber daya manusia, anggaran, fasilitas, struktur organisasi, perencanaan penetapan SKPI, disain SKPI, tahapan penetapan SKPI dan Standar penetapan SKPI. Sumber daya manusia yang terlibat dalam pembuatan dan pelaksanaan SKPI perlu disesuaikan dengan Perpres No 90 tahun 2017 tentang KTKI. Anggaran dan fasilitas yang dibutuhkan telah diatur dengan baik namun belum optimal menciptakan efisiensi dan efektifitas pelaksanaan SKPI karena belum optimal teradaptasi dengan digitalisasi. Perencanaan penetapan hingga pelaksanaan SKPI sudah dilaksanakan dengan baik namun belum teradaptasi dengan revolusi industri 4.0. Desain SKPI ditetapkan namun belum tergambar kompetensi-kompetensi yang teradaptasi dengan revolusi industri 4.0. Tahapan penetapan isi dan standar penetapan SKPI telah memenuhi unsur-unsur yang baik namun belum teradaptasi revolusi industri 4.0.

Hasil riset yang sudah dilakukan melalui wawancara, observasi dan dokumen, maka peneliti menyimpulkan tentang input yang diperlukan dalam pelaksanaan penetapan isi dan pelaksanaan SKPI itu berada pada peringkat rata-rata moderat. Unsur atau komponen yang berada pada peringkat rendah adalah penggunaan sumber daya, struktur organisasi yang terlibat dalam penetapan isi dan pelaksanaan SKPI. Komponen ini sangat perlu ditingkatkan untuk perencanaan penetapan isi dan pelaksanaan SKPI di masa depan. Literasi SDM keperawatan terhadap digitalisasi menjadi sangat perlu untuk dilaksanakan. Unsur atau komponen yang berada pada peringkat moderat meliputi anggaran, fasilitas, desain SKPI, tahapan penetapan isi SKPI dan standar penetapan isi SKPI. Komponen-komponen ini perlu perbaikan dan peningkatan kualitas yang teradaptasi revolusi industri 4.0 yakni digitalisasi yang dilaksanakan secara konsisten untuk mendapatkan standar penetapan SKPI yang terbaru. Beberapa kesimpulan pada aspek input ini adalah sebagai berikut:

- a. Pada aspek sumber daya manusia dan struktur organisasi perlu disesuaikan dengan Perpres No 90 tahun 2017 dan literasi SDM perawat terhadap digitalisasi.
- b. Anggaran dan fasilitas yang diperlukan dalam penetapan hingga pelaksanaan SKPI terencana dan tercukupi dengan baik namun perlu dikelola secara digitalisasi untuk efisiensi dan efektifitas.
- c. Perencanaan penetapan dan pelaksanaan SKPI, disain SKPI, tahapan penetapan SKPI dan Standar penetapan SKPI cukup baik, namun perlu teradaptasi dengan revolusi industri 4.0.

### **3. Aspek Proses (*process*)**

Aspek proses menganalisis pembahasan, penyusunan, penetapan isi, pelaksanaan dan *monitoring* evaluasi SKPI. Pelaksanaan tahapan pembahasan, penyusunan, penetapan, pelaksanaan dan *monitoring* evaluasi dilakukan sesuai prosedur yang berlaku saat itu. Peneliti menyimpulkan bahwa aspek proses berada pada peringkat moderat. Semua tahapan dilaksanakan baik namun perlu teradaptasi dengan digitalisasi.

### **4. Aspek Produk (*Product*)**

Unsur atau komponen yang dianalisis pada aspek produk adalah buku SKPI yang telah disahkan dan ditetapkan oleh Ketua Umum Pengurus Pusat PPNI. Pada lembaga pelayanan kesehatan di mana tenaga perawat bekerja telah tersedia Standar Kompetensi Perawat Institusi yang disusun dengan berpedoman pada SKPI. Standar Kompetensi Perawat Institusi dibuat sesuai SKPI dimodifikasi untuk mencapai visi, misi dan tujuan lembaga pelayanan kesehatan di mana perawat bekerja. SKPI dijadikan pedoman untuk menyusun kriteria unjuk kerja maupun uraian tugas tenaga keperawatan pada institusi tersebut.

SKPI digunakan sebagai dasar penyusunan dan penetapan isi kurikulum pembelajaran pada institusi pendidikan keperawatan. Lembaga pendidikan keperawatan bertanggungjawab menanamkan kompetensi utama dan pertama kepada mahasiswa sebagai calon tenaga perawat, sehingga siap mengemban tugas keperawatan dengan

kompetensi yang baik. Kurikulum yang memadai yang telah disesuaikan dengan SKPI disertai metoda pembelajaran yang baik menjadi faktor keberhasilan pembentukan lulusan yang kompeten.

Dari hasil penelitian yang sudah dilaksanakan, penulis mengambil kesimpulan tentang aspek produk berada pada peringkat moderat karena belum optimal masing-masing produk teradaptasi dengan digitalisasi. Beberapa hal yang dapat disimpulkan dari aspek produk sebagai berikut:

- a. SKPI untuk kategori lulusan DIII Keperawatan yaitu Ahli Madya Keperawatan tersedia dengan jelas dan rinci
- b. SKPI untuk kategori lulusan S1 Keperawatan dengan profesi Ners tersedia dengan jelas dan rinci
- c. SKPI untuk kategori lulusan S2 Keperawatan yakni Ners Spesialis tersedia dengan jelas dan rinci
- d. SKPI untuk kategori lulusan S3 Keperawatan yakni Ners Konsultan tersedia dengan jelas dan rinci
- e. Batas kewenangan kompetensi masing-masing kategori perawat tergambar dengan jelas.
- f. Kurikulum inti pendidikan keperawatan yang ditetapkan secara nasional telah berpedoman kepada SKPI
- g. Standar kompetensi perawat dan kurikulum pendidikan keperawatan memerlukan pernyataan kompetensi digitalisasi.

##### **5. Aspek Dampak (*Outcome*)**

Aspek dampak yang dianalisis adalah kepuasan *stakeholders* yakni pengguna dan pelaku SKPI. Partisipan menyampaikan bahwa mereka belum puas terhadap kinerja SKPI. Hasil wawancara pada pengguna, partisipan menyampaikan bahwa kepuasan belum optimal. Hal ini terjadi akibat beberapa faktor seperti sebagian lulusan dari pendidikan keperawatan yang belum siap kerja, tingkat kelulusan uji kompetensi masih rendah, belum mengakomodir Perpres No 90 tahun 2017.

Hasil penelitian ini pada aspek dampak berada pada peringkat rendah. Perlu penelitian lanjut tentang kekurangsiapan lulusan bekerja. Institusi pendidikan keperawatan perlu secara terus menerus

membenahi proses belajar dalam hal pembentukan kompetensi lulusan. Beberapa kesimpulan yang dapat diambil pada aspek dampak sebagai berikut:

- a. Dampak penetapan isi dan pelaksanaan SKPI memiliki efek positif bagi institusi pendidikan keperawatan sebagai landasan penetapan kurikulum pembelajaran
- b. Dampak penetapan isi dan pelaksanaan SKPI memiliki efek positif bagi institusi pelayanan kesehatan sebagai pedoman penyusunan uraian tugas, landasan pengukuran *performance* tenaga keperawatan.
- c. Tingkat kepuasan *stakeholders* terhadap pelaksanaan SKPI belum optimal.

## **B. Rekomendasi**

Saat ini dunia berada dalam era disrupsi pada revolusi industri 4.0. Secara umum era revolusi industri 4.0 diketahui sebagai era di mana perubahan pola kerja yang menitikberatkan pengelolaan data, sistem kerja industri maupun jasa melalui kemajuan teknologi, komunikasi dan peningkatan efisiensi kerja yang berkaitan dengan interaksi manusia. Perawat perlu disiapkan menghadapi era revolusi industri 4.0. perawat perlu literasi terhadap digitalisasi. Disrupsi pola kerja berakibat pada kompetensi kerja perawat. Perawat perlu memahami dan terampil dalam era teknologi terkini. Teknologi informasi menjadi basis utama dalam kehidupan manusia termasuk di lingkungan keperawatan. Segala hal menjadi tanpa batas (*borderless*) dengan penggunaan daya komputasi dan data yang tidak terbatas (*unlimited*) karena dipengaruhi perkembangan internet dan teknologi digital yang masif sebagai dasar pergerakan dan konektivitas manusia, informasi dan mesin. Era ini juga mendisrupsi berbagai aktivitas perawat, termasuk bidang ilmu pengetahuan dan teknologi serta pendidikan.

Perawat merupakan tenaga kerja yang berdasarkan kompetensi dan harus siap menghadapi industri kerja yang kian berkembang seiring kemajuan teknologi. Keahlian kerja, kemampuan adaptasi dan pola pikir yang kreatif dan dinamis menjadi tantangan bagi perawat di era

revolusi industri 4.0 ini. Kuantitas tidak menjadi indikator utama bagi pelayanan kesehatan mencapai kesuksesan, melainkan kualitas SDM yang akan mampu meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien.

Kesuksesan negara menghadapi revolusi industri 4.0 erat kaitannya dengan inovasi yang diciptakan sumber daya yang berkualitas. Dengan demikian perawat juga turut wajib menjawab tantangan dalam menghadapi kemajuan teknologi dan persaingan dunia kerja di era globalisasi sekarang ini. Perawat perlu mampu menciptakan keberhasilan bertindak berdasarkan Iptek yang inovatif, adaptif, dan kompetitif sebagai konsep utama daya saing pembangunan bangsa di era revolusi industri 4.0. Terobosan inovasi ini akan berujung pada peningkatan kualitas status kesehatan masyarakat melalui lembaga pelayanan kesehatan yang berbasis teknologi terkini.

Rekonstruksi pola pikir perawat yang responsif terhadap revolusi industri terkini juga diperlukan, seperti desain ulang kompetensi perawat dengan pendekatan *human digital* dan keahlian berbasis digital. Selain itu perawat juga mampu beradaptasi dengan revolusi industri terkini yang merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan perawat untuk meningkatkan daya saing terhadap kompetitor dan daya tarik bagi lembaga kesehatan. Berbagai tantangan sedang hadir di depan mata. Perawat perlu segera menyiapkan diri di era revolusi industri terbaru dalam persaingan global.

Perawat memiliki tantangan tersendiri di tengah globalisasi, digitalisasi dalam revolusi industri 4.0. Perawat saat ini perlu mampu mengimbangi dan beradaptasi dengan lingkungan sekitar yang berbasis teknologi. Perawat perlu melek terhadap teknologi informasi yang mengutamakan keselamatan dalam peningkatan mutu layanan terhadap pasien.

SKPI yang berlaku saat ini ditetapkan tahun 2009 dan dilaksanakan hingga saat ini tahun 2019. Artinya telah berlangsung hampir selama 10 tahun. Saat ini merupakan era digital dalam revolusi industri 4.0 dengan disrupsi dan *big data*. Hal ini perlu diakomodir dalam SKPI yang baru.

Selain masalah digitalisasi juga terdapat beberapa kendala yang ditemukan dalam penelitian ini yang dinilai berdasarkan model *CIPPO* (*Context, Input, Process, Product, Outcome*) terhadap pelaksanaan SKPI. Kendala tersebut terdapat pada pelaksanaan dan *monitoring* evaluasi SKPI. Penyusun SKPI perlu dengan tegas untuk turut memonitor pelaksanaan SKPI itu sendiri.

Sebagai seorang peneliti evaluasi, peneliti memberikan beberapa rekomendasi kepada lembaga penyusun SKPI yakni Konsil Tenaga Keperawatan Indonesia untuk peningkatan kualitas penetapan isi, pelaksanaan, *monitoring* evaluasi dan pengembangan SKPI ke depan. Beberapa rekomendasi tersebut sebagai berikut:

1. Pembahasan, penetapan, sosialisasi, pelaksanaan, evaluasi dan pengembangan SKPI ke depan akan dikoordinir oleh KTKI (Konsil Tenaga Keperawatan Indonesia) sesuai Perpres No 90 tahun 2017
2. Literasi perawat terhadap digitalisasi dalam era revolusi industri 4.0 perlu dilakukan baik melalui pendidikan keperawatan maupun pada pelaksanaan kompetensi perawat di institusi pelayanan kesehatan
3. Menyusun dan menetapkan serta memonitor implementasi SKPI yang teradaptasi revolusi industri 4.0.



## DAFTAR PUSTAKA

- Akhirfiarta B.T (2019), *Literasi Digital pada Pegawai RSUD dr. Soetomo Surabaya*, <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-lna3e16b8d81full.pdf>, diakses tanggal 18/8/2019
- Al-Maqassary A., 2016, *Karakteristik Kompetensi*, <http://www.e-jurnal.com/2014/02/karakteristik-kompetensi.html>
- ANCC Accreditation (American Nursing Credentialing Centre), 2017, *Nursing Skills Competency Program: Application Handbook, Terjemahan: Program kompetensi ketrampilan perawat: Buku saku aplikasi, nursecredentialing.org*
- Anderson, James E. *Public Policy Making*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979
- Arikunto, Suharsimi dan Jabar, Cepri Safruddin A., 2010, *Evaluasi Program Pendidikan*, Jakarta, Bumi Aksara
- Ann M. Bowling, Rhonda Cooper, Ashley Kellish, Laura Kubin, Tedra Smith, 2017, *No Evidence to Support Number of Clinical Hours Necessary for Nursing Competency, Terjemahan: Tidak ada bukti yang mendukung bahwa jumlah jam klinis yang diperlukan untuk kompetensi keperawatan, dalam Journal of Pediatric Nursing*, Journal of Pediatric Nursing, Journal of Pediatric Nursing 39 (2018) 27–36
- Ariani A. P (2018), *Perawat Harus Bisa Beradaptasi Di Era Digital*, <https://www.republika.co.id/berita/pendidikan/dunia-kampus/18/03/17/p5q0fn284-perawat-harus-bisa-beradaptasi-di-era-digital>, diakses tanggal 18/8/2019 Pk. 16.26
- Arikunto, Suharsimi, 2014, *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktis*, Jakarta: PT. Rineke Cipta
- Arwildayanto, Sukung A., Sumar W.T., (2018), *Analisis Kebijakan Pendidikan, Teoritis, Eksploratif dan Aplikatif*, Cendekia Press, Bandung

- Azmy A., 2017, *Evaluasi Program Rekrutmen Dosen Di Universitas Tanri Abeng*, Pascasarjana UNJ
- Basuki S. (2013), *Standar dan Standarisasi: Sebuah pengantar yang sangat singkat*, <https://sulistyobasuki.wordpress.com/2013/10/23/standard-dan-standardisasi-sebuah-pengantar-sangat-singkat/> diakses tanggal 18/8/2019
- Berman, Koziar & Erb's., 2016, *Fundamentals of Nursing Concept, Process, Practice, Terjemahan: Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, Praktik*, 10th Ed. New Jersey: Pearson Education
- Bougie, & Sekaran. (2013). Edisi 5, *Research Methods for Business: A skill Building Approach, Terjemahan: Metodologi riset untuk bisnis: Pendekatan membangun ketrampilan*, New York: John wiley@Sons.
- Brown B, Sikes J, and Willmott P., 2013, *Bullish on digital: McKinsey Global Survey results, Terjemahan: Digital bullish: hasil survey McKinsey global* <https://www.mckinsey.com/business-functions/digital-mckinsey/our-insights/bullish-on-digital-mckinsey-global-survey-results>, diakses tanggal 21 Juli 2018
- Carrie L. Cormack, Bonnie Dumas, Catherine O. Durham, Elizabeth Jensen, Gigi Smith, 2018, *The 360 degree evaluation model: A method for assessing competency in graduate nursing students, a pilot research study, Terjemahan: Model evaluasi 360 derajat: Cara untuk menilai kompetensi mahasiswa pascasarjana keperawatan, suatu studi penelitian percontohan, Nurse Education Today*, College of Nursing, Medical University of South Carolina, 99 Jonathan Lucas Street, Charleston, SC 29425
- Depi P., 2014, *Definisi, Sejarah dan Perkembangan Keperawatan*,
- Diah A., 2014, *Ada Apa Dengan SDM Kesehatan*, [https://www.kompasiana.com/dia\\_anggraini/54f91d05a3331100448b4c15/ada-apa-dengan-sdm-kesehatan](https://www.kompasiana.com/dia_anggraini/54f91d05a3331100448b4c15/ada-apa-dengan-sdm-kesehatan), diakses 1 Juni 2018 Pk. 11.50
- Donna D. Scott Tilley, PhD, RN, 2008, *Competency in Nursing: A Concept Analysis, Terjemahan: Kompetensi dalam keperawatan:*

*Suatu konsep analisis, The Journal of Continuing Education in Nursing* · February 2008 · Vol 39, No 2, Earn 2.3

- Dunn, W. N. 2003. *Public Policy Analysis: An Introduction*, New Jersey: Pearson Education. Edisi bahasa Indonesia diterjemahkan dari edisi kedua (1994) diterbitkan sejak 1999 dengan judul *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Egbert N, Thye J, Hackl WO, Muller-Staub M, Ammenwerth E, Hubner U (2018) *Competencies for nursing in a digital world, Terjemahan: Kompetensi perawat dalam dunia digital*, Inform Health Soc Care.
- Fang-qin Wu, Yan-ling Wang, Ying Wu, Ming Guo, 2014, *Application of nursing core competency standard education in the training of nursing undergraduates, Terjemahan: Penerapan standar kompetensi inti keperawatan dalam Diklat sarjana keperawatan, International Nursing Science, journal homepage: <http://www.elsevier.com/journals/international-journal-of-nursing-sciences/2352-0132>*
- Farhan F., 2018, *Pekerjaan Yang Diprediksi Punah Akibat Revolusi Industri 4.0 Apa Saja?*, <https://regional.kompas.com/read/2018/01/31> diakses tanggal 2 Juni 2018 Pk 17.00
- Frismasari S., 2015, *Kebijakan Publik Menurut Para Ahli*, <http://indriansyah03.blogspot.com/2015/02/kebijakan-publik-menurut-para-ahli.html>, diakses tanggal 18/8/2019
- Graha G., *Pengertian Standar*, <http://www.pengertianilmu.com/2016/05/pengertian-standar.html> diakses tanggal 3 Januari 2018
- Halcomb E, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C, 2016, *Nursing competency standards in primary health care: an integrative review, Terjemahan: Standar kompetensi perawatan kesehatan primer: Tinjauan Integratif*, J Clin Nurs, © 2016 John Wiley & Sons Ltd

- Hanif (2018), *MenakerIngatkan Perguruan Tinggi Siap Menghadapi Era Industri 4.0*, <https://www.nu.or.id/post/read/89134/menaker-ingatkan-perguruan-tinggi-siap-hadapi-era-industri-40> diakses tanggal 7 Juni 2018 Pk. 12.00
- Harley C.A (1997) dalam Blog Perawat77, 2010, *Pengertian Peran Perawat* diunduh dari <http://perawat77.blogspot.com/2010/05/definisi-peran-fungsi-dan-tugas-perawat.html> diakses tanggal 7 Juni 2018 Pk. 12.00
- Herdian F., 2016, *Pengertian Perawat*, <http://dosen.stikesdhh.ac.id/itra-herdian/wp-content/uploads/sites/19/2016/02/> diakses tanggal 7 Juni 2018
- Hidayat & Uliyah, 2012, *Konsep Dasar Manusia*, Health book, Surabaya Publishing
- Husada D., 2016, *Sejarah dan Perkembangan Keperawatan di Indonesia*, [http://ikepuspandari.blogspot.com/p/blog-page\\_4634.html](http://ikepuspandari.blogspot.com/p/blog-page_4634.html), diakses 1 Juni 2018 Pk. 12.00
- Hye-Young Park, Ji-Soo Kim, 2017, *Factors influencing disaster nursing core competencies of emergency nurses* dalam jurnal *Applied Nursing Research*, *Applied Nursing Research*, *Terjemahan: Faktor yang memengaruhi kompetensi inti keperawatan bencana dari perawat gawat darurat dalam, penelitian Keperawatan terapan, College of Nursing, Gachon University, 191 Hambakmoero, Yeonsu-gu, Incheon, 406-799, Republic of Korea*
- Indiahono, Dwiyanto. 2009. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*. Gava Media: Yogyakarta
- International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies, Kerangka kerja keperawatan bencana oleh ICN. Geneva Switzerland: International Council of Nurses (ICN)*

- Jan Dewing dan Victoria Traynor, 2015, *Admiral nursing competency project: Practice, development and action research*, *Proyek pembinaan keperawatan Laksamana: Praktek, pengembangan dan penelitian tindakan*, *Journal of Clinical Nursing*, <https://www.researchgate.net/publication/7796724>
- Katherine Tan, Chong Mei Chan dan Pathmawathy Subramaniam, 2017, *The effectiveness of outcome based education (OBE) on the competencies of nursing students: A systematic review*, *Nurse Education Today*, *Departement of Nursing Science*, *Terjemahan: Efektivitas hasil pendidikan berdasarkan kompetensi siswa: Review sistematis*, *Departemen Ilmu Keperawatan University of Malaya*, Kuala Lumpur, Malaysia.
- Kemennaker RI, 2018, *Era Revolusi Industri 4.0 Harus Diantisipasi Perguruan Tinggi*, <http://www.tribunnews.com/kilas-kementerian/2018/02/11/era-revolusi-industri-40-harus-diantisipasi-perguruan-tinggi>. Diakses 1 Juni 2018 Pk. 11.56
- Kevin White, Heather Macfarlane, Bernadette Hoffmann, Helene Sirvas-Brown, Kathryn Hines, John Xavier Rolley dan Sandi Graham, 2017, *Consensus Statement of Standards for Interventional Cardiovascular Nursing Practice*, *Terjemahan: Pernyataan konsensus standar untuk praktik perawatan kardiovaskular*, dalam jurnal *Heart, Lung and Circulation (HLC)*, *Heart, Lung and Circulation* (2017) xx, 1–17
- Kurniawan, Lutfhi J dan Mustafa Lutfi. 2012, *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara Kebijakan Publik, Setara Press. Malang
- Leanne S. Cowin, Cecily Hengstberger-Sims, Sandy C. Eagar, Linda Gregory, Sharon Andrew & John Rolley, 2008, *Competency measurements: testing convergent validity for two measures*, *Terjemahan: Prngukuran kompetensi: pengujian konvergen validitas untuk dua ukuran*, Jan Original Research, *Journal of Advanced Nursing* 64(3), 272–277
- Luthfi J. Kurniawan & Mustafa Lutfi. 2012. *Perihal Negara, Hukum & Kebijakan Publik*. Malang. Setara Press

- Meida Agnes Wijaya, Gilny Aileen Rantung, 2015, *Persepsi Pasien Terhadap Kompetensi Profesional Perawat*, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Advent Indonesia
- Menkes RI, 2010, Permenkes RI No. HK. 02.02/MENKES/148/2010 Tentang *Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat*, <https://perawattegal.files.wordpress.com/2010/08/permenkes-no-148-ttg-praktik-pwt-2010.pdf>, diakses tanggal 2 Juni 2018 Pk. 12.00
- Menkes RI, 2013, Permenkes RI No 17 Tahun 2013 Tentang *Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat*, [http://hukor.depkes.go.id/uploads/produk\\_hukum](http://hukor.depkes.go.id/uploads/produk_hukum), diakses tanggal 2 Juni 2018 Pk. 12.30
- Menkes RI, 2019, Permenkes RI No 26 Tahun 2019 *Tentang Peraturan Pelaksanaan UU Keperawatan No 38 tahun 2014*
- Moeheriono (2014), *Pengukuran kinerja Berbasis Kompetensi, Edisi Revisi*, Jakarta: Rajawali Press
- Moleong L. J. 2017. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Rosda Karya Cetakan-37, 2017. Hal. 97.
- Ni Nyoman Tri Darmayanti, Puput Oktamianti, 2013, *Analisis Kompetensi Perawat Ruang Intensif (Intensive Care Unit) Rumah Sakit Umum Tabanan, Rumah Sakit Umum Tabanan Bali & Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- Nugroho, Riant. 2014. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2010, *Standar Profesi dan Kode Etik Perawat Indonesia*. Jakarta

- Porniadi F (2014), *Evaluasi Kebijakan publik*, <http://fikiporniadi.blogspot.com/2014/-04/evaluasi-kebijakan.html>, diakses tanggal 18 Agustus 2019 Pk. 16.00
- Presiden RI, 2009, *Undang-Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*, <http://www.balitbangham.go.id/po-content/peraturan/uu> diakses 1 Juli 2018 Pk. 12.50.
- Presiden RI, 2012, *Perpres RI No. 8 tahun 2012 Tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia*, [http://kkni-kemenristekdikti.org/asset/pdf/perpres\\_no\\_8\\_tahun\\_2012\\_ttg\\_kkni.pdf](http://kkni-kemenristekdikti.org/asset/pdf/perpres_no_8_tahun_2012_ttg_kkni.pdf), diakses tanggal 2 Juni 2018 Pk. 13.00
- Presiden RI, 2014, *Undang-Undang RI No. 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan*, <https://ppniqatar.files.wordpress.com/2015/12/uu-38-tentang-keperawatan.pdf>, diakses tanggal 2 Juni 2018 Pk. 11.00
- Presiden RI, 2017, *Perpres No. 90 tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan*.
- Presiden RI, 2018 *Revolusi Industri 4.0*, [www.merdeka.com](http://www.merdeka.com), diunduh 16 Februari 2018
- Puspitasari D., 2014, *Definisi, Sejarah dan Perkembangan Keperawatan*, [Wordpress.com](http://Wordpress.com)
- Putra F.M., 2016, *Goal Oriented Evaluation Model*, <http://blogspot.com>, diakses tanggal 7 Februari 2019 Pk. 22.000
- Riadi M., 2012, *Peran Perawat Sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan*, <https://www.kajianpustaka.com/2012/10/peran-perawat-asuhan-keperawatan.html> diakses tanggal 14 Juni 2018 Pk 22.30
- Rosyadi S., 2018, *Revolusi Industri 4.0: Peluang dan Tantangan bagi Alumni Universitas Terbuka*, [https://www.researchgate.net/publication/324220813\\_REVOLUSI\\_INDUSTRI\\_40](https://www.researchgate.net/publication/324220813_REVOLUSI_INDUSTRI_40) diakses tanggal 2 Juni 2018

- Rustikayanti (2017), *Kompetensi Perawat*, <https://docplayer.info/63873102-Kompetensi-perawat-r-nety-rustikayanti.html>, diakses tanggal 18/8/2019 Pk. 19.21
- Ruth Schofield, Andrea Chircop, Cynthia Baker, Marie Dietrich Leurer, Susan Duncan, Donalda Wotton, 2018, *Entry-to-practice public health nursing competencies: A Delphi method and knowledge translation strategy*, *Terjemahan: Catatan-untuk-praktek kesehatan masyarakat, kompetensi keperawatan: Strategi terjemahan metode dan pengetahuan di Delphi*, journal homepage: [www.elsevier.com/locate/nedt](http://www.elsevier.com/locate/nedt)
- Sari L. P., 2017, *Mengapa Perlu Diadakan Evaluasi Kinerja Kebijakan Publik?*, <https://www.dictionario.id/t/> Diakses tanggal 1 Juni 2018 Pk. 23.00
- Silaban G., Lubis A.M., 2015, *Rancangan Sistem Penilaian Kinerja Berbasis Kompetensi Perawat Gawat Darurat di RSUD Herna Medan*, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas
- Studinews, 2017, *Pengertian Kompetensi, Jenis, Manfaat dan Faktornya*, <https://www.studinews.co.id/2017/11/pengertian-kompetensi-jenis-jenis-manfaat-faktor-yang-mempengaruhi.html> diakses tanggal 18/8/2019 Pk. 19.35
- Stufflebeam, Daniel L. dan Chris L. S. Coryn, 2014, *Evaluation Theory, Models, and Applications*, *Terjemahan Evaluasi teori, model, dan aplikasi: Second Edition*, San Fransisco: Jossey-Bass A Wiley Brand
- Stufflebeam, Daniel L. dan Guili Zhang, 2017, *The CIPP Evaluation Model: How to Evaluate Improvement and Accountability*, *Terjemahan: CIPP Model evaluasi: Bagaimana mengevaluasi perkembangan dan akuntabilitas*, London: A Division of Guilford Publication, Inc
- Subarsono A.G., 2012. *Analisis Kebijakan Publik (Konsep, teori, dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

- Suharno. 2010. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Yogyakarta: UNY Press.
- Suharto E.. 2012. *Pekerjaan Sosial di Indonesia: Sejarah dan Dinamika Perkembangan*. Bandung: Alfabeta
- Sujayanto G (2016), *Pentingnya Standarisasi dalam Perdagangan Modern*, <https://www.kompasiana.com/gsujayanto/56d599cc5093736e23ad24ae/pentingnya-standarisasi-dalam-perdagangan-modern?page=all#targetText=Standar%20berasal%20dari%20bahasa%20Prancis,Merriam%2DWebster%2C%202000>). Diakses tanggal 18/8/2019
- Tjandrawinata R.R., 2016, *Industri 4.0: revolusi industri abad ini dan pengaruhnya pada bidang kesehatan dan bioteknologi*, [https://www.researchgate.net/publication/293695551\\_Industri\\_40\\_revolusi\\_industri\\_abad\\_%20ini\\_dan\\_pengaruhnya\\_pada\\_bidang\\_kesehatan\\_dan\\_bioteknologi](https://www.researchgate.net/publication/293695551_Industri_40_revolusi_industri_abad_%20ini_dan_pengaruhnya_pada_bidang_kesehatan_dan_bioteknologi), diakses tanggal 21 Juni 2018
- Wikipedia, 2016, *Inovasi disruptif*, [https://id.wikipedia.org/wiki/Inovasi\\_disruptif](https://id.wikipedia.org/wiki/Inovasi_disruptif), diakses tanggal 21 Juni 2018
- Winarno B., 2012. *Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus)*. BukuSeru, Yogyakarta
- Wirawan, 2016, *Evaluasi Teori, Model, Standar, Aplikasi dan Profesi*, Jakarta: PT. Rajawali Pers, 2016.



## RIWAYAT HIDUP



Labora Sitinjak dilahirkan di Tamba, Sumatera Utara pada tanggal 26 Juni 1956. Anak kedua dari sebelas bersaudara dari pasangan bapak E. Sitinjak (Alm) dengan ibu I. Tamba (Alm). Peneliti menyelesaikan pendidikan SDN 2 Tamba Sumatera Utara tahun 1969, pendidikan SMP Budi Mulia Panguruan, Sumatera Utara lulus tahun 1972, pendidikan SMA Bintang Timur Balige Sumatera Utara lulus tahun 1975, pendidikan DIII Keperawatan Akper RS PGI Cikini

Jakarta lulus tahun 1980, pendidikan S1 Keperawatan FIK UI lulus tahun 1998, pendidikan S2 Manajemen & Kepemimpinan Keperawatan FIK UI lulus tahun 2008 dan pendidikan S3 program studi IM-SDM Universitas Negeri Jakarta mulai September tahun 2016-2019.

Riwayat pekerjaan penulis adalah sebagai perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RS PGI Cikini tahun 1980-1983, Penanggung jawab unit transfusi darah RS PGI Cikini tahun 1983-1985. Akhir tahun 1985 pindah ke Kalimantan Barat sebagai Supervisor Keperawatan RSU. Bhetesda Serukam Kalbar dan CI SPK RSU. Bhetesda Serukam Kalbar 1986-2001, Kepala Bidang Personalia RSU Bhetesda Serukam Kalbar tahun 1987-1994, Kepala Bidang Keperawatan RSU. Bhetesda Serukam 1994-1995 dan tahun 1998-2004. Dosen Akademi Keperawatan Bhetesda Serukam Kalbar tahun 2001-2013, Direktur Akademi Keperawatan Bethesda Serukam Kalbar 2004-2006 & 2008-2012 & 2012-2013, Direktur Akademi Keperawatan RS. Efarina Purwakarta 2013/2014, Wakil Direktur 1 Akademi Keperawatan HKJ 2014-2018, Ketua P2M & Diklat Akademi Keperawatan HKJ 2018, Ketua Business Centre Akademi Keperawatan HKJ 2019.

Beberapa buku yang ditulis peneliti: 1) Keseimbangan Antara *Attitude, Skill & Knowledge* dalam Profesionalisme SDM Keperawatan; 2) Perawat Kristen, Sebuah Perjalanan Iman dalam Memaknai Hidup & Pelayanan; 3) Buku Ketrampilan Keperawatan Jilid 1 & 2 Materi Ajar & Panduan Praktik Ketrampilan Mahasiswa Keperawatan; 4) Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia Menuju Revolusi Industri 4.0 dengan Menggunakan Model *CIPPO*. Pengalaman dalam organisasi antara lain sebagai konsultan Home Health Care, Ketua Akreditasi Rumah Sakit, Ketua Akreditasi Institusi pendidikan, Pengurus PPNI.

#### **Seminar International & Publikasi Ilmiah:**

1. *The Third International Nursing Conference: Nursing Contribution at Disaster Risk Management: Impact Psychosocial and Learning from Nations, Indonesia, 2019*
2. Sitinjak L., Efendy H., 2017: *Effect of Application of Career Stage Systems on the Natural Work Satisfaction in PGI "C" Hospital, International Journal of human Resource Studies Vol. 7. No. 3. August 2017, Macrothink Institute, ISSN: 2162-3058, doi: 10.5296/ijhrs.v7i3.11528, URL: <https://doi.org/10.5296/ijhrs.v7i3.11528>*
3. Sitinjak L., Tola B., Ramly M., 2019, *The Evaluation with Model CIPPO of Indonesian Nurse Standard Competencies For Industry 4.0, International Journal of nursing Education Scholarship, ISSN 1548-923X Online Journal Homepage: <https://www.degruyter.com/view/j/ijnes>.*



## CURRICULUM VITAE

1. Name : Prof. DR. Burhanuddin Tola, MA
2. Place and Date of Born : Bone-Sulsel, 18- 08-1951
3. Official : Lecturer in Faculty of Educational Psychology and Graduate School, State University of Jakarta (SUJ)
4. Home Address : Jl. Ciputat Raya, RT 02/ 01,  
No.48 Cipayung Ciputat, Jakarta Selatan
5. Phone and HP WA : 087779754520
6. School Address : Faculty of Educational Psychology, SUJ,  
Jl. Halimun No. 2, Jakarta Pusat Graduate School,  
SUJ, Jl. Rawamangun Muka  
Jakarta Timur.  
E-mail : [burhanuddin.tola@gmail.com](mailto:burhanuddin.tola@gmail.com)
7. Expertist Fields : Student Assessment; Program Evaluation;  
School Effectiveness; School Accreditation;  
Performance Assessment, Experimental  
Psychology, Quality Assurance Quality Control  
and Quality Improvement; as well Policy,  
Planning and Evaluation.

### 8. Educational Background

Education	From to Year	Place
Public Elementary School	1957 s.d. 1963	Mare-Bone Sulsel
Public Junior High School	1964 s.d. 1966	Mare-Bone Sulsel
Public Senior High School	1967 s.d. 1969	Mare-Bone Sulsel
Bachelor in Chemistry IKIP Bandung	1972 s.d 1978	Bandung Jabar
Master in Research Methodology, School of Education, Univ. of Pittsburgh USA	1989 s.d 1990	Pittsburgh USA
Doctor in Student Assessment & Eva. Prog, School of Education, Univ of Pittsburgh USA	1992 s.d 1997	Pittsburgh USA

## 9. Work Bibliography

No	Institution	Official	Stage	Year
1.	Center for Educational Assessment	Formal Director	IV/c	2005-2009
2.	Center for Educ. Research &Innov.	Formal Director	IV/c	2009-2010
3.	Secretary of Institute of Educational	Formal Head	IV/d	2010-2012
4.	Research and Development, Mone	Formal Head	IV/d	2010-2012
5.	Secretary of Ex Officio BAN PT, BAN S/M, BAN NNF, BSNP	Secretariat, Ex Officio	IV/c	2006-2012
6.	International Research for TIMSS/PISA/PIRL	Formal National Research	IV/d	2012-now
7.	Teaching on Undergraduate and Graduate School of SUJ	Coordinator (NRC)	IV/d	2011-now
8.	Article Development in Graduate School, SUJ	Lecturer	IV/d	2016
9.	Pembangunan 2 Gedung UNJ (Gedung Muh Hatta dan Gedung Hasyim Ashari)	Coordinator	IV/d	June, 2017-Feb 2018
10		Penanggung Jawab	IV/d	Jan 2017-June 2017
11.	Prodi PEP, Graduate School, SUJ	Formal Koprodi	IV/d	Januari 2012-now
12	Graduate School, SUJ	Formal Asisten Director 2, Graduate School	IV/d	2018
			IV/d	2019
13	Lecturing on S1 Faculty of Educ. Psychology, S2, and S3 of Graduate School, SUJ	Lecturer	IV/d	2018-2019
14	Evaluasi Standad Penilaian oleh Badan Standar Nasional Pendidikan (BSNP)	Wakil Ketua		
15	Penyusunan Draft Permen Standar Penilaian Tingkat SD/MI, SMP/MTs, dan SMA/MA	Tim Ahli		
16	Penyiapan Dokumen Borang Akreditasi 9 Prodi di Tanri Abeng University (TAU)	Nara Sumber		

## 10. Lecturer Experiences

No.	Subject Names	CrSys	Institution Names	Year
1.	Statistics for Business	3	Graduate School, STIE, Ganesha, Jakartagb^	2000-2011
2.	Research Methodology	3	Psychology Department, Graduate School, SUJ	2011-now
3.	Classroom Based Assessment	3	Graduate School, SUJ	1999-now
4.	Measurement and Evaluation	3	Graduate School Lampung State Univ.	2001-2006
5.	Educational Policy Analysis	4	Graduate School Lampung State Univ.	2001-2006
6.	Classroom Assessment	3	Graduate School, SUJ	2004-now
7.	Program Evaluation	3	UHAMKA. Jakarta	2006-2007
8.	Educational Measurement	3	Graduate School, UI	2011- 2012
9.	Advance Qualitative Research	3	Graduate School, SUJ	2005-2009
10.	Experimental Design	3	Graduate School, UHAMKA	2011-2012
11.	Experimental Psychology	3	Psychology Department, SUJ	2012-now
12.	Educational Assessment	3	Graduate School, SUJ	2012-now
13.	Research Method	3	Graduate School, SUJ	2013-2017
14.	Experimental Psychology	3	Psychology Department, SUJ	2013-now
15.	Qualitative Research Method	3	Graduate School, SUJ	2013-now
16.	Statistic Inferensial	3	Undergraduate , SUJ	2018-now
17.	Test Construction Development	3	State University of Jakarta	2018-now

## 11. Academic Activities and Researches

No.	Titles (in Indonesia and English)	Publisher	Year
1.	Pengembangan Bank Soal	Center for Educational	1999
2.	Pengantar Pedomian Penilaian Performan, Portofolio, Afektif	Assessment (CEA)	1999
3.	Apa itu school based amangement?	CEA	1999
4.	Akuntabilitas dan Perbaikan Sekolah	CEA	1999
5.	Evaluasi Pelaksanaan Ujian Akhir	CEA	1999
6.	Standar Kompetensi Lulusan	CEA	1999

7.	Studi Pengembangan Model Akreditasi	Yogyakarta State University (YSU)	2000
8.	Pengembangan Penilaian Sekolah Efektif	YSU	2000
9.	Guide for International Study: TIMSS , PISA, PIRLS	Indonesia Education University (IEU/UPI)	2000
10.	Kualiatas, Akreditasi, dan Kriteria	CEA	2001
11.	Manajemen Sekolah Berbasis	Office of Educational	2001
12.	Perubahan Penilaian Berbasis Kompetensi	Research and Development (OERD)	2001
13.	Dasar-dasar Evaluasi	CEA	2001
14.	Penilaian Berbasis Kelas	CEA	2001
15.	Keefektifan Sekolah dan MBS	CEA	2001
16.	Prosedur dan Desain Sampel Penelitian	CEA	2001
17.	Educational Quality Control (EQC)	OERI	2002
18.	Penilaian Berbasis Kompetensi	CEA	2002
19.	Evaluasi Program (Draft)	Open University	2002
20.	Pedoman Penulisan Artikel Ilmiah	Pasca Sarjana UNJ	2011
21.	Psikologi Eksperimen (Draft)	Graduate School SUJ Psychology SUJ	2013
22.	Student Assesment	Graduate School, SUJ	2017
23.	Ramalan Peningkatan Mutu Pendidikan Dasar	Univ Teknologi Malaysia, G. Scholar	2013
24.	Effective School Evaluation Model: A Development Study	Academic Star Publishing, Google Scholar	2014
25.	Factors Affecting the Science Ability of 15 Year Old Indonesia Student Base on PISA Study	Scottish Journal of Arts, Social Science and Scientific	2014
26.	A meaningful Brain-Based Literature Learning Model	Studies, Google Scholar	2015
27.	The effectiveness of Teacher Training Lessons	Asian American Journal of Psychology, Google Scholar	2015 2014
28.	Study Comparison Junior High School Teacher ITE Graduate with NONITE	Asian-Pasific Journal of Teacher, Google Scholar	2019
29.	Komparasi estimasi rerata skor responden antara item sampling, examinee sampling dan multiple matrix sampling	America Journal of Education Research, Google Scholar	2018
30.	Ethic of University Lectures in Indonesia in the Facing of Industrial	Prosiding konferensi Ilmiah Tahunan HEPI, Google	2018

31.	Revolution4.0. An analysis of the National Items Writing Program Evaluation Questionare Based on the SIAP Application.	Scholar Journal of Survey Statistics and Methodology, Google Scholar	2018
32.	Seminar Pendidikan IPA Menyongsong Revolusi Industri 4.0, Fakultas Pendidikan Universitas Lampung	Keynote Speaker	2018
33.	International Conference Educational Research and Evaluation ke 2 (ICERE ) oleh Himpunan Evaluasi Pendidikan Indonesia (HEPI) Ukade Jabodetabek kerjasama dengan UNJ	Penanggung Jawab sebagai Ketua HEPI Ukade Jabodetabek	2018

## 12. Social/Communities Activities

No.	Organization Names	Official	Year
1.	American Educational Research Association (AERA)	Anggota	1994-Now
2.	Policy Studies Organization (PSO)	Anggota	1996-2000
3.	Educational Comparative Studies (ECS)	Anggota	1996-2000
4.	International School Effectiveness and Improvement (ISEI)	Anggota	2001-Now
5.	Himpunan Evaluasi Pendidikan Indonesia, Orsat DKI Jakarta	Ketua	2001-now
7.	ICMI	Anggota	1995-now
8	Indonesia Bermutu (IB)	Pendiri, dan Ketua Pembina	2016-now

### 13. Appreciation has been gotten

No.	Appreciation Names	Institution	Year
1.	The Charters of Training, Symposium, Seminar, and Relevant	Center for Educational Assessment, Institution of Educational Research and Development, MONE.  Directorate General of Elementary and High Education	1995-2011
2.	“Satya Lencana” 20 years had worked	Directorate General of Higher Education	2002
3.	Professor in research method and experimental psychology	Directorate General of Nonformal Education  Presiden RI Menteri RISTEK and Dikti	2016

Jakarta, 18-06- 2018

**Prof. DR. Burhanuddin Tola, MA**  
NIP: 195108181981120101

# RIWAYAT HIDUP

## Identitas Pribadi:



Nama Lengkap : Prof. Dr. H. Mansyur Ramly  
N I P : 19540826 198103 1 001  
Tempat/tgl lahir : Makassar, 26 Agustus 1954  
Alamat Rumah : Jl. Prof. Dr. Abdurahman Basalamah  
Komplek Perumahan UMI Blok AA/3  
Makassar. Telp : 0411-444219; Fax:  
0411-446623  
Jl. Kelapa Sawit Raya EE/7 Kelapa  
Gading Timur, Jakarta Utara  
Telepon : 021-45842250, HP : 0811 422268;  
Email : [mansyur.ramly@umi.ac.id](mailto:mansyur.ramly@umi.ac.id)  
[mansyur.ramly1954@gmail.com](mailto:mansyur.ramly1954@gmail.com)

Alamat Kantor : Menara UMI Lantai 7 Kampus II Universitas Muslim  
Indonesia (UMI). Jl. Urip Sumoharjo KM. 5 Makassar  
Pendidikan Terakhir : Doktor (S-3) Bidang Ekonomi/Manajemen Universitas  
Hasanuddin Makassar tahun 1993  
Jabatan Akademik : Guru Besar/Golongan IV/e

## Jabatan:

1. Rektor Universitas Muslim Indonesia Makassar (1997-2002 dan 2002-2003)
2. Rektor Universitas Islam Makassar (2003-2004)
3. Ketua Badan Pembina Yayasan Wakaf UMI (2005-sekarang)
4. Komisioner Komnas Anak (2000-2005)
5. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kemdiknas (2005-2011)
6. Coordinator APEC Human Resources Development Working Group (2005-2011)
7. President APEC Learning Community Builders (ALCoB) (2011-)
8. Ketua BAN-PT (2012-2016)
9. Vice President AQAN (ASEAN Quality Assurance Network) (2014-2016)
10. Anggota Majelis Akreditasi BAN-PT (2016-2021)
11. Koordinator Wilayah Ikatan Ahli Ekonomi Islam (IAEI) (2014-2019)
12. Koordinator Wilayah Masyarakat Ekonomi Syariah (MES) (2018-2023)

**Pelatihan/Kursus**

- 1990 : Short course tentang University Administration and Management di University of Kentucky Lexington Kentucky Amerika;
- 1991 : Short Course tentang “Operation Research and Management Science” di IOWA USA;
- 1995 : Short Courses tentang “Operation Research” yang diselenggarakan oleh ORSA (Operation Research Society Association) di Georgetown University USA;
- 1995 : Pelatihan dan studi banding tentang Management university di beberapa perguruan tinggi maju di Amerika
- 1996 : Short course tentang Human Resource Management di Singapura
- 1997 : Kursus Singkat Pimpinan Perguruan Tinggi pada Lembaga Ketahanan Nasional (Lemhannas) dan meraih predikat sebagai peserta terbaik dan berprestasi tinggi
- 1999 : Pelatihan dan Lokakarya tentang penanggulangan krisis ekonomi (*Economic crisis in Asia : causes and consequences*) pada Thammasat University di Bangkok
- 2000 : Short course dan training mengenai operasionalisasi lembaga ekonomi syariah di Kuala Lumpur.

**Penghargaan yang pernah diperoleh:**

1. Penghargaan “Parama Karya” dari Masyarakat Peduli Kualitas SDM Indonesia, pada tahun 1997
2. Penghargaan sebagai lulusan terbaik berprestasi tinggi Kursus Pimpinan Perguruan Tinggi Lemhannas pada tahun 1997
3. Penghargaan “Mangala Karya Kencana” dari Menteri Negara Kependudukan/Kepala BKKBN thn 1999
4. Penghargaan Satya Lancana Karya Satya pada tahun 2006
5. Penghargaan berupa: Pluque of Honour Awards dari The Office for National Education Standards and Quality Assesement (ONESQA) pd tgl 14 Oktober 2015 di Bangkok.

**Buku yang diterbitkan terakhir:**

1. Buku berjudul “Memperkuat Masyarakat Madani melalui Pendidikan”, Penerbit Hikmah (PT Mizan Publika), 2007
2. Buku berjudul “ Employee Turnover : A Conceptual Perspective”, diterbitkan oleh Fitrah Publisher pada tahun 2008
3. Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi, PT Rajagrafindo Persada, 2014
4. Manajemen Sumberdaya Manusia untuk Perusahaan, Rajawali Press, 2014

### **Pertemuan dan Makalah Internasional yang pernah dipresentasikan/dihadiri:**

1. Sebagai DELRI dalam pertemuan WTO di Geneva Switzerland (Juni 2005)
2. Menghadiri PISA (Program for International Students Assessment) Governing Board Meeting di Islandia (2006)
3. Menghadiri International Education Forum di Brisbane, Australia (3-5 April 2006)
4. Menghadiri 47<sup>th</sup> Annual General Assembly of the International Association for the Evaluation of Education Achievement (IEA) di Amiens Prancis (9-12 Oktober 2006)
5. Menghadiri The 2<sup>nd</sup> APEC Future Education Forum and The 4<sup>th</sup> International ALCoB Conference di Busan Korea Selatan (22-24 November 2006)
6. Mempresentasikan makalah “Research based Education Policy Formulation in Indonesia” pada APEC Education Research Association (APERA) Conference di Hongkong (28-30 November 2006)
7. Mempresentasikan makalah “Implementation of Morality Values (أخلاق الكريمة) In System of Education in Indonesia pada acara The First International Conference on the Sireh of Holy Prophet (PBUH) and The School Curricula di Tehran Iran (19 – 20 May 2007)
8. Menghadiri APEC Senior Official Meeting di Hanoi, Vietnam ( Juli 2007)
9. Menghadiri PISA (Program for International Students Assessment) Governing Board Meeting di Oslo Norway (Oktober 2007)
10. Mempresentasikan makalah “Recent Development in Management Science” pada acara seminar Internasional yang diselenggarakan oleh Management Science Association Malaysia di Kuala Lumpur (16 Februari 2008)
11. Menghadiri 25<sup>th</sup> PISA (Program for International Students Assessment) Governing Board Meeting di Warsawa Polandia (7-9 April 2008)
12. Menghadiri 30<sup>th</sup> APEC Human Resources Development Working Group Toward Decentralization, Equitable & Sustainable 21<sup>th</sup> Century di Filipina
13. Menghadiri APERA Board Meeting di Singapura (26-27 November 2008)
14. Menghadiri PISA (Program for International Students Assessment) Governing Board Meeting di Bratislava Slovakia (5-9 April 2009)
15. Menghadiri 29<sup>th</sup> Society for Teaching Learning Annual Conference in Higher Education (STLHE): Between the Tie di New Brunswick Kanada (5-9 April 2009)
16. Menghadiri 32<sup>th</sup> Annual Business Meeting of the APEC Human Resources Development Working Group di Chicago USA (22-25 Juni 2009)
17. Menghadiri 50<sup>th</sup> IEA General Assembly di Tallin Estonia (4-9 Oktober 2009)
18. Menghadiri The First Senior Official Meeting (SOM I) APEC di Hiroshima Jepang (23-25 Feb 2010)
19. Menghadiri PISA (Program for International Students Assessment) Governing Board Meeting di Copenhagen Denmark (4-8 Mei 2010)

20. Mempresentasikan Makalah “Inovasi Pengajaran Bahasa dan Sastra Indonesia” pada Kongres Internasional Bahasa-Bahasa daerah di Bau-Bau Sulawesi Tenggara (18-20 Juli 2010)
21. Menghadiri PISA Share Point Site for the 30th Meeting of the PGB di Wina Austria (31 Okt-3 Nov 2010)
22. Menghadiri PIAAC (The Programme for the International Assesement of Adult Competencies) di Paris Prancis (26-28 Januari 2011)
23. Menghadiri 33<sup>th</sup> APEC Human Resources Development Working Group Meeting di Washington DC, USA (5-11 Maret 2011)
24. Delegasi Indonesia (MUI Pusat) di 26th International Conference of Islamic Unity di Teheran Iran, Jan 2013
25. Delegasi Indonesia di The ASEAN Plus Three Quality Assurance Expert Meeting di Bali, 16-17 Okt 2014
26. Delegasi pada seminar internasional tentang Institutional Partnership on Quality Assurance in Strengthening Islamic Higher Education oleh Association of Quality Assurance Agencies of the Islamic World pada 5-8 Oktober 2015 di Jakarta
27. Keynote speaker pada International Conference on Quality Assurance, Quality Building and Quality Culture di Bangna Bangkok Thailand 14 Oktober 2015
28. Keynote speaker pada International Conference Asosiasi Dosen RI pada tanggal 2 Maret 2017 di Batam

Makassar, September 2019  
Yang membuat,



**Prof. Dr. H. Mansyur Ramly**



REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

# SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00201971380, 16 September 2019

## Pencipta

Nama : **Labora Sitinjak.,SKp.,M.Kep, Prof. Dr. Burhanuddin Tola, MA, , dkk**  
Alamat : Perumahan Griya Sawangan Asri Blok C-1 No. 47 Rt. 006 Rw.004, Pasir Putih, Sawangan, Kota Depok , Depok, Jawa Barat, 16519  
Kewarganegaraan : Indonesia

## Pemegang Hak Cipta

Nama : **Labora Sitinjak., SKp.,M.Kep**  
Alamat : Perumahan Griya Sawangan Asri Blok C-1 No. 47 Rt. 006 Rw.004, Pasir Putih, Sawangan, Kota Depok, Depok, Jawa Barat, 16519  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Jenis Ciptaan : **Buku**  
Judul Ciptaan : **Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia Dengan Menggunakan Model CIPPO Menuju Revolusi Industri 4.0**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 7 September 2019, di Jakarta

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, dihitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000154443

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.  
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL



Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.  
NIP. 196611181994031001

## LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Labora Sitinjak.,SKp.,M.Kep	Perumahan Griya Sawangan Asri Blok C-1 No. 47 Rt. 006 Rw.004, Pasir Putih, Sawangan, Kota Depok
2	Prof. Dr. Burhanuddin Tola, MA	Cimanggis Rt.002/Rw.01, Cipayung, Ciputat Tangerang Selatan
3	Prof.Dr. Mansyur Ramly	Jl. Racang Centre Blok AA, No.3 Komp. UMI Karampuang-panakukkang, Kota Makasar

