



Nomor : P.089 / Bidang Keperawatan RS/PSPN /VII/2021 Jakarta, 26 Juli 2021

Lampiran : Susunan Acara & Formulir Pendaftaran

Perihal : Pelatihan Manajemen Pelayanan Keperawatan kepala Bidang Keperawatan RS

Kepada Yth,

Direktur / Pimpinan

**RUMAH SAKIT PEMERINTAH/ SWASTA & KLINIK KESEHATAN  
PERGURUAN TINGGI, FAKULTAS DAN PRODI KEPERAWATAN**

Di,-T e m p a t

Up. Ka/Staf Keperawatan, atau Semua pihan yang terlibat dengan keperawatan

Dengan Hormat,

Peningkatan mutu yang berkesinambungan dan keselamatan pasien merupakan hal utama yang harus dilakukan Rumah Sakit dalam menghadapi era globalisasi. Pelayanan keperawatan professional merupakan pelayanan yang menempati posisi yang strategis dalam mewujudkan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu. Oleh karena itu pelayanan keperawatan harus dipimpin oleh seorang perawat professional yang mempunyai kemampuan manajerial yang tinggi.

Pemerintah telah memberlakukan Akreditasi Rumah Sakit sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159b Menkes/Per/II/1988, dan SK. MenKes. No. 436/1993 tentang Penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis, serta mulai Januari 2018 diberlakukan *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi I (SNARS I)*, maka seluruh Rumah Sakit diwajibkan untuk menerapkan Standar tersebut tanpa memandang kelas dan status kepemilikannya. Dalam tata kelola Rumah Sakit dinyatakan bahwa kepalabidang/divisikeperawatan dilibatkan dalam mendefinisi operasional misi Rumah Sakit. Kepala bidang keperawatan bekerja sama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Sehubungan dengan hal Tersebut, Maka kami dari **Pusat Studi Profesi Nasional**, Melaksanakan Pelatihan dengan tema: **MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN KEPALA BIDANG KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT** yang akan dilaksanakan pada:

Hari / Tanggal	Tempat Pelaksanaan	Biaya Pelatihan
Rabu – Kamis 25 - 26 Agustus 2021	Pelatihan Menggunakan aplikasi “Zoom Meeting” (Online Class)	Rp. 2.750.000,-Peserta

Tujuan Khusus Pelatihan:

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu:

1. Menyusun perencanaan kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit
2. Melakukan penggerakan dan pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit
3. Melakukan pengawasan, pengendalian dan penilaian kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

Demikian undangan kami, atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu kearah sukses dan terlaksananya dengan baik kegiatan tersebut, kami ucapkan terimakasih.

Hormat Kami

**PUSAT STUDI PROFESI NASIONAL**

  
Muchlis Subandi  
Ketua Pelaksana

**JADWAL & MATERI BAHASAN**  
**MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN KEPALA BIDANG KEPERAWATAN**  
**DI RUMAH SAKIT**

<b>Waktu</b>	<b>Materi Bahasan Hari Pertama</b>	
08.30 – 09.00	<b>Persiapan Teknis dan Memastikan Para Peserta Sudah Terkoneksi ZOOM Meeting</b>	
09.00 – 12.00	<b>Materi Dasar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kebijakan Manajemen Keperawatan</li> <li>○ Etiko Legal dalam Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit</li> </ul>	
12.00 – 13.00	<b>ISTIRAHAT</b>	
13.00 – 15.30	<b>Materi Inti:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perencanaan kegiatan pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit</li> <li>○ Penggerakan dan pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit</li> </ul>	
<b>Waktu</b>	<b>Materi Bahasan Hari Kedua</b>	
09.00 – 12.00	<b>Lanjutan Materi Inti:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kegiatan pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit</li> </ul>	
12.00 – 13.00	<b>ISTIRAHAT</b>	
13.00 – 14.30	<b>Materi Penunjang:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Building Learning Commitment</li> <li>○ RTL (Rencana Tindak Lanjut)</li> <li>○ Anti Korupsi</li> </ul>	
<b>Narasumber</b>	<b>Drs. Kurnia Saputa M.Kom., Akt., Ak., CA &amp; Tim</b> ( Praktisi & Akademisi RS )	
<b>BIAYA KONTRIBUSI PESERTA</b>		<b>PEMBAYARAN DILAKUKAN DENGAN CARA TRANSFER KE:</b>
@ Rp. 2.750.000,-/ Peserta		Bank Mandiri. No. Rek. 120-00-1137356-5 A/N: PUSAT STUDI PROFESI NASIONAL

**FORMULIR PENDAFTARAN PESERTA**

\*\* Formulir dapat diperbanyak sesuai kebutuhan \*\*

Instansi/Perusahaan:.....  
 Alamat :.....  
 Telp :..... Fax..... eMail.....

NO.	NAMA PESERTA	JABATAN / UNIT KERJA	CONTACT/HP
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**Contact Pendaftaran:**

**Sdr. Azis**, Hp. 0812-8486 8835 (Call/WhatsApp)

.....2021

**Formulir Pendaftaran Dikirim Via:**

e-Mai: [diklatpspn@gmail.com](mailto:diklatpspn@gmail.com), Atau

WatshApp: 0812 8486 8835

Pendaftar

**Fasilitas Peserta:**

- e-Sertificate
- e-Modul

TTD

(.....)  
 Nama & Cap Stempel