

SKRIPSI

**GAMBARAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN
PROFESIONAL (MPKP) DI INSTALASI RAWAT INAP (IRNA)
VIP, KELAS I, DAN KELAS II/III RS UNIVERSITAS
HASANUDDIN MAKASSAR**



**SUHARNO USMAN
C12112612**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2014**

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

**GAMBARAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN
PROFESIONAL (MPKP) DI RS UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

Oleh

**SUHARNO USMAN
C12112612**


Telah disetujui untuk dilakukan penelitian

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



DR. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep

Pembimbing II



Nurmaulid, S.Kep.,Ns., M.Kep

Dosen Penguji

Penguji I


Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji II


Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep



Mengetahui,
Ketua Program Studi


DR. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep

**Halaman Persetujuan
Skripsi**

**GAMBARAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN
PROFESIONAL (MPKP) DI INSTALASI RAWAT INAP (IRNA)
VIP, KELAS I, DAN KELAS II/III RS UNIVERSITAS
HASANUDDIN MAKASSAR TAHUN 2013**

Oleh

**SUHARNO USMAN
C12112612**

Disetujui untuk diseminarkan

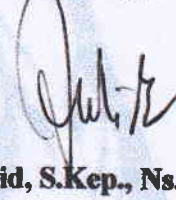
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep

Pembimbing II



Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep

Diketahui,

Ketua Program Studi,



**Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP.1950 001/14 197 207 2001**

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**GAMBARAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN
PROFESIONAL (MPKP) DI INSTALASI RAWAT INAP (IRNA)
VIP, KELAS I, DAN KELAS II/III RS UNIVERSITAS
HASANUDDIN MAKASSAR**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

Hari/Tanggal : Kamis, 09 Januari 2014

Pukul : 10.00 – 11.00

Oleh:

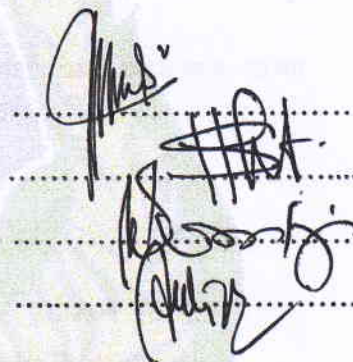
SUHARNO USMAN
C121 12 612

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir:

Penguji I : Erfina, S. Kep.,Ns., M. Kep
Penguji II : Suni Hariati, S. Kep., Ns.,M.Kep
Penguji III : Dr. Werna Nontji, S. Kp., M. Kep
Penguji IV : Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep



Mengetahui:

A.n. Dekan

Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,

Ketua Program Studi Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hassanuddin,



Prof. dr. Budu, Ph. D., SpM(K), M. MedED
Nip. 19661231 199503 1 009



Dr. Werna Nontji, S/ Kp., M. Kep
Nip. 1950 0114 197207 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SUHARNO USMAN

Nomor Mahasiswa : C 121 12 612

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa SKRIPSI yang berjudul :
“**GAMBARAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) DI INSTALASI RAWAT INAP VIP, KELAS I, KELAS II/III RS UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**” yang saya buat ini benar-benar merupakan **HASIL KARYA SAYA SENDIRI**, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkannya sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada unsur paksaan sama sekali.

Makassar, Januari 2014

Yang Membuat Pernyataan




SUHARNO USMAN

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul ***“Gambaran Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instlasi Rawat Inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar”*** yang digunakan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan. Dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih terdapat beberapa poin yang perlu perbaikan dan tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih terdapat beberapa kekeliruan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat konstruktif dari para pembaca demi perbaikan atas kekurangan dari proposal ini. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada berbagai pihak yang telah ikut membantu dalam proses penulisan skripsi ini :

1. Prof. DR. dr. Idrus A. Paturusi, selaku direktur RS Unhas dan juga Rektor unhas yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di RS Unhas.
2. Prof. dr. Budu, Ph.D., SpM(K), M.MedEd, selaku dekan fakultas kedokteran yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan S-1 keperawatan di PSIK-FK Unhas.

3. Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep, selaku ketua program studi ilmu keperawatan unhas, kepala bidang keperawatan RS Unhas sekaligus sebagai pembimbing pertama dari peneliti atas bimbingan dan pengarahannya dari awal hingga akhir penyusunan skripsi ini.
4. dr. Isra Wahid, Ph.D, selaku kepala bidang penelitian yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di RS Unhas.
5. dr. Harun Iskandar, Sp.Pd., Sp.P, selaku kepala instalasi rawat inap Rumah sakit Unhas yang telah memberikan persetujuan kepada peneliti untuk melakukan penelitian di instalasi rawat inap
6. Ns. Maulid, S.Kep., M.Kep, selaku pembimbing kedua atas bimbingan, masukan dan saran kepada peneliti dalam proses penyusunan skripsi ini.
7. Ns. Erfina, S.Kep., M.Kep, selaku penguji pertama dan Ns. Suni Hariati, S.Kep., M.Kep selaku penguji kedua, atas kritik dan saran yang konstruktif dalam proses penyelesaian skripsi ini.
8. Segenap staf keperawatan Rumah sakit Universitas Hasanuddin atas kerja samanya selama proses penelitian ini berlangsung.
9. Orang tua, saudara, sahabat dan rekan sejawat (Ns. B 2012) yang telah memberikan *support* (dukungan) moril, dan motivasi kepada peneliti.

Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya di kalangan perawat. Akhir kata penulis mengucapkan sekian dan terima kasih. Wassalamu alaikum warahmatullahi wabarkatuh.

Makassar, Januari 2014

Penulis

ABSTRAK

Suharno Usman, C12112612. **GAMBARAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) DI INSTALASI RAWAT INAP VIP, KELAS I, DAN KELAS II/III RS UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**, dibimbing oleh Werna Nontji dan Nurmaulid.

Latar belakang : Model praktik keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem yang memfasilitasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan berkualitas. Hasil penelitian terdahulu tentang analisis pelaksanaan MPKP di RS Ibnu Sina (2009), menyimpulkan bahwa ada 32 (56%) mengatakan pelaksanaan MPKP masih belum optimal.

Tujuan penelitian : Untuk mengetahui gambaran penerapan model praktik keperawatan profesional (MPKP) di RS Unhas Makassar.

Metode penelitian : Penelitian ini menggunakan desain survei deskriptif. Instrumen penelitian menggunakan *check list MPKP* (lembar observasi). Objek penelitian sistem penerapan MPKP

Hasil penelitian : Jumlah tenaga perawat sebagian besar perawat D3 berada di ruang kelas II/III (56,52%), perawat S1 berada di ruang VIP (65%). Jumlah bed paling banyak di ruang kelas II/III (54 bed) dan nilai BOR yang kurang baik pada kelas II/III (68,13%). Jenis tenaga, kepala ruangan dan PP berpendidikan S1 Ners, PA minimal berpendidikan D3 keperawatan, dan CCM magister keperawatan. Format SAK (20 domain belum disahkan). Metode asuhan (modifikasi tim-primer). Operan di ruang VIP (74,35%) dan kelas I (83,75%), ruang kelas II/III (58,96%). Konferensi di ruang VIP (52,8%) dan kelas II/III (48,6%). Ronde keperawatan, supervisi, *discharge planning* (48,48%) belum rutin dilaksanakan. Sentralisasi obat, (100%) baik, Pendokumentasian baik nilai median VIP (16,3), Kelas I (18,6), Kelas II/III (15,1).

Simpulan & Saran : Jumlah dan jenis tenaga sebagian besar cukup serta metode asuhan (sesuai teori MPKP), SAK belum formal, teknik pendokumentasian dan operan sebagian besar baik, konferensi, ronde keperawatan, *discharge planning* dan supervisi sebagian besar masih kurang baik, belum rutin dilaksanakan, sentralisasi obat sudah baik. Diperlukan motivasi kuat pada semua perawat di ruangan agar perawat mampu menerapkan MPKP secara maksimal, berkualitas, kerja sama tim yang baik, dan berdedikasi tinggi terhadap pekerjaan (asuhan) yang dilakukan.

Kata kunci : MPKP (model praktik keperawatan profesional).

Kepustakaan : 32 (2000-2013)

ABSTRACT

SuharnoUsman, C12112612. **THE DESCRIPTION OF APPLICATION PROFESSIONAL NURSING PRACTICE MODELS (PNPM/MPKP) IN VIP WARD, CLASS I WARD, AND CLASS II/III WARD HASANUDDIN UNIVERSITY HOSPITAL MAKASSAR**, Supervised by Werna Nontji and Nurmaulid.

Background :Professional nursing practice models (PNPM) is a system that facilitates nurses in providing nursing care in a professional and quality. The results of previous research about analysis of the implementation of PNPM at Ibnu Sina Hospital (2009), concluded that there were 32 (56%) said that the implementation of PNPM is still not effective.

Aims : To find out the description of the application professional nursing practice models (PNPM) in unhashospitals Makassar.

Methods of study : This study used a descriptive survey design. The research instrument using a check list PNPM (observation sheet). Research objectis application system PNPM.

Results: The number of nurses most of the nurses were in the room D3 class II/III (56.52%), nurses S1 is in the VIP room (65 %). Beds number in the room most class II/III (54 beds) and BOR value that is less good on class II/III (68.13 %). Kinds of personnel, the head of the room and PN S1 educated nurses, AN minimally educated D3 nursing, and CCM is master of nursing education. Standard format nursing care/SFN (20 of domain yet ratified). Methods of care (modification of team-primer). Operands in the VIP room (74.35%) and class I (83.75%), classroom II/III (58.96%). Conference at the VIP lounge (52.8%) and class II/III (48.6%). Nursing rounds, supervision, discharge planning (48.48%) have not been routinely implemented. Centralized drug (100%) good, good documentation VIP median value (16.3), Class I (18.6), Class II/III (15.1).

Conclusion and Suggestion :The number and kind of personnel sufficient most enough as well as methods of care (according to the theory PNPM), SFN yet formal, technical documentation and operands are mostly good, conferences, nursing rounds, discharge planning and supervision most are unfavorable, yet routinely implemented, centralization drugs overall good. Necessary strong motivation to all the nurses in the room so that nurses are able to apply the maximum PNPM, quality, good teamwork, and dedicated to the job (care) performed.

Keywords : PNPM/MPKP (professional nursing practice model) .

Bibliography : 32 (2000-2013)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN PENELITIAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Definisi Praktik Keperawatan	9
B. Pelayanan Keperawatan Profesional	9
1. Pengertian Pelayanan Keperawatan Profesional	9
2. Pelayanan Keperawatan Profesional	9
C. Model Praktik Keperawatan Profesional	11
1. Definisi MPKP	11
2. Tujuan Penerapan MPKP	12
3. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Perubahan MPKP	12
4. Dasar Pertimbangan Pemilihan Model Askep Profesional MPKP	14
5. Jenis Model Praktik Keperawatan Profesional	15

6. MPKP di Indonesia	16
D. Pelaksanaan Kegiatan MPKP	25
E. Kerangka Teori	43
BAB III Kerangka Konsep & Definisi Operasional	
A. Kerangka Konsep Penelitian	44
B. Definisi Operasional	45
BAB IV Metode Penelitian	
A. Rancangan Penelitian	48
B. Tempat dan Waktu Penelitian	48
C. Objek Penelitian	49
D. Alur Penelitian	49
E. Instrumen Penelitian	49
F. Metode Pengumpulan Data	50
G. Rencana Pengolahan & Analisa Data	51
H. Etika Penelitian	52
BAB V Hasil dan Pembahasan	
A. Hasil	55
B. Pembahasan	61
C. Keterbatasan Penelitian	97
BAB VI Kesimpulan dan Saran	
A. Kesimpulan	98
B. Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	xv
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Jenis Model Praktik Asuhan Keperawatan	15
Tabel 2 Nilai Standar Jumlah Perawat Per Shift Berdasarkan Klasifikasi Pasien	18
Tabel 3 Indikator/Standar Asuhan Keperawatan	23
Tabel 4 Definsi Operasional	45
Tabel 5 Distribusi frekuensi jumlah tenaga perawat	57
Tabel 6 Distribusi frekuensi jumlah tempat tidur dan BOR	57
Tabel 7 Distribusi frekuensi jenis tenaga perawat	58
Tabel 8 Distribusi frekuensi teknik pendokumentasian	59
Tabel 9 Pelaksanaan Operan IRNA Vip, Kelas I, & Kelas II/III	59
Tabel 10 Pelaksanaan Konferensi IRNA Vip, Kelas I, & Kelas II/III	59
Tabel 11 Discharge Planning IRNA VIP, Kelas I, Kelas & II/III	60

DAFTAR BAGAN

Bagan 1 Metode TIM-Primer (Modifikasi)	19
Bagan 2 MPKP FKUI-RSUPN dr. CiptoMangunkusumo	25
Bagan 3 Alur Operan	26
Bagan 4 Langkah-Langkah Kegiatan Ronde Keperawatan	31
Bagan 5 Alur Pelaksanaan Sentralisasi Obat	32
Bagan 6 Alur Pelaksanaan Supervisi	36
Bagan 7 Kerangka Teori	43
Bagan 8 Kerangka Konsep	44
Bagan 4.1 Alur Penelitian	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Instrumen Penelitian (Lembar Observasi)	xvi
Lampiran 2 Master Tabel Pelaksanaan Operan	xxiv
Lampiran 3 Master Tabel Pelaksanaan Konferensi	xxv
Lampiran 4 Master Tabel Teknik Pendokumentasian	xxvi
Lampiran 5 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan (Operan, Konferensi, <i>Discharge Planning</i>)	xxix
Lampiran 6 Surat Izin Penelitian	
Lampiran 7 Surat Keterangan Selesai Penelitian	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan keperawatan adalah salah satu faktor terpenting dalam pemberian pelayanan kesehatan klien di rumah sakit, oleh karena itu profesi keperawatan harus sejalan dengan kualitas asuhan yang diberikan. Pelayanan keperawatan di Rumah sakit merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang tidak dapat dipisahkan secara menyeluruh karena termasuk kedalam salah satu tolak ukur dalam menilai keberhasilan pencapaian tujuan suatu Rumah sakit. Pelayanan keperawatan sebuah Rumah sakit tidak akan berjalan dengan maksimal bilamana proses keperawatan yang dijalankan tidak terstruktur secara baik (PPNI, 2006).

Akibat yang ditimbulkan jika proses keperawatan tidak terstruktur dengan baik adalah mutu pelayanan tidak akan optimal, masyarakat akan merasakan tidak puas dengan pelayanan yang diberikan dan tidak kalah pentingnya citra Rumah sakit di mata masyarakat akan kurang baik. Hasil penelitian oleh Wirawan (2000), yang meneliti tentang tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan, hasilnya menyajikan hanya 17% pasien rawat inap yang menyatakan puas, sedangkan 83% menyatakan tidak puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa layanan keperawatan yang diberikan belum sesuai dengan apa yang diharapkan oleh masyarakat.

Hasil penelitian kualitatif Rohmiyati (2009) di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang mengatakan sumber daya manusia atau tenaga perawatnya masih kurang, sehingga menjadi salah satu hambatan dalam pemberian asuhan keperawatan yang bermutu. Penghitungan tenaga keperawatan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien dan untuk menghindari kekurangan tenaga perawatan, sebaiknya dibuat perencanaan penghitungan tenaga keperawatan. Selain itu, juga diperlukan penetapan ketenagaan yang sesuai dengan kategori tingkat kebutuhan untuk pemberian asuhan keperawatan kepada klien untuk setiap ruang agar pelayanan dapat terlaksana dengan seoptimal mungkin.

Pemaparan di atas menjelaskan bahwa pelayanan keperawatan yang ada di Rumah sakit dapat dianggap masih kurang optimal baik oleh masyarakat maupun pihak Rumah sakit dalam hal ini tenaga keperawatan. Oleh sebab itu diperlukan adanya suatu metode yang mampu melakukan perbaikan dalam pengolahan sistem penatalaksanaan asuhan keperawatan, salah satunya ialah dengan menerapkan Model Praktik Keperawatan Profesional bagi instansi (Rumah Sakit) yang belum menerapkan dan mengembangkan MPKP bagi yang telah menerapkannya (Sitorus, 2006). Model praktik keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional), yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan (Sitorus & Yulia, 2006).

Di Indonesia MPKP mulai dikembangkan oleh Sitorus (1997) di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta dan sampai saat ini telah diimplementasikan di beberapa rumah sakit lainnya, termasuk diantaranya adalah Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (RS UNHAS). Hasil penelitian yang terkait dilakukan oleh Solihati tahun 2012, yang meneliti tentang penerapan model pelayanan keperawatan profesional di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta, menyimpulkan hasil penelitiannya bahwasanya jumlah tenaga keperawatan yang kurang akan berpengaruh terhadap pemberian asuhan keperawatan, kualitas kerja akan menurun, penetapan jenis tenaga yang kebanyakan masih DIII akan berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Standar keperawatan yang digunakan sudah baku, akan tetapi model pelayanan yang diterapkan belum efektif karena masih terdapat beberapa tenaga perawat yang bingung dengan metode yang diterapkan.

Standar rencana perawatan (renpra) yang telah dibakukan agar dapat digunakan sebagai validasi terhadap diagnosa keperawatan yang ditemukan, dibuat seefisien mungkin agar tidak menyita waktu perawat terlalu lama dalam menulis. Standar renpra akan divalidasi oleh PP berdasarkan pengkajian yang dilakukan untuk setiap klien, selanjutnya renpra yang telah divalidasi, dibahas dengan PA dalam masing-masing tim dan mengarahkan PA pada pelaksanaan tindakan keperawatan. Standar renpra dikembangkan untuk beberapa (10 buah) kasus utama di ruang rawat dan kemudian dikembangkan sesuai kebutuhan kasus lainnya (Sitorus, 2006).

Hasil studi yang dilakukan oleh Duffy (2004) menyatakan bahwa proses praktik berdasarkan temuan atau bukti yang ada merupakan gabungan dari proses perawatan dalam ilmu keperawatan. Pendokumentasian yang baik dan otentifikasi yang tinggi sangat diperlukan mengingat masyarakat saat ini yang sadar akan hukum semakin meningkat. Kejelian mata masyarakat dalam melihat dan menangkap adanya suatu kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan ataupun keperawatan juga semakin berkembang.

Selain itu, Penetapan jenis tenaga keperawatan pada setiap unit perawatan MPKP akan ditemukan beberapa jenis tenaga perawat yang akan memberikan asuhan keperawatan, yaitu, *Clinical Care Manager (CCM)*, perawat primer (PP/PN), dan perawat asosiet. Selain dari pada itu juga terdapat jenis tenaga kepala ruangan, (Sitorus & Yulia, 2006). Tugas dari masing-masing tenaga tersebut sebagai penentu bagaimana pengelolaan pemberian asuhan keperawatan. Perincian peran atau tugas dari tiap-tiap tenaga dibuat dengan tujuan agar tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

Sebuah hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurida yang meneliti tentang analisis pelaksanaan MPKP di RS Ibnu Sina (2009), menyimpulkan bahwa dari beberapa komponen pada MPKP yang diteliti yaitu kontak/orientasi klien atau keluarga masih belum efektif karena dapat dilihat ada 32 (56%) responden mengatakan orientasi perawat kurang baik diduga karena beban kerja yang meningkat. Dari segi pelaksanaan konferensi masih terdapat 20 (35,1%) responden yang menganggap belum optimal terkait dengan komposisi

anggota tim yang berubah, Sedangkan pada pelaksanaan supervisi masih terdapat 13 responden (22,8%) yang mengatakan kurang baik diduga karena responden belum melaksanakan orientasi praktik di ruangan.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, salah satu programnya dalam melakukan perekrutan tenaga perawat baru adalah mewajibkan kepada semua tenaga perawat baru untuk mengikuti pelatihan tentang metode pemberian asuhan keperawatan MPKP dengan tujuan tenaga perawat baru dapat bekerja secara profesional dan mampu beradaptasi dengan tenaga perawat yang sudah lama. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang proses penerapan MPKP di RS Universitas Hasanuddin Makassar” apakah sudah terlaksana dengan optimal sesuai dengan konsep MPKP atau belum.

B. Rumusan Masalah

Hasil penelitian oleh Wirawan (2000), yang meneliti tentang tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan, hasilnya menyajikan hanya 17% pasien rawat inap yang menyatakan puas, sedangkan 83% menyatakan tidak puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hasil penelitian kualitatif Rohmiyati (2009) di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang mengatakan sumber daya manusia atau tenaga perawatnya masih kurang, sehingga menjadi salah satu hambatan dalam pemberian asuhan keperawatan yang bermutu.

Standar rencana perawatan (renpra) yang telah dibakukan agar dapat digunakan sebagai validasi terhadap diagnosa keperawatan yang ditemukan, dibuat seefisien mungkin agar tidak menyita waktu perawat terlalu lama dalam

menulis. Selain itu, yang dianggap perlu dinilai adalah proses adaptasi yang dilakukan oleh tenaga perawat baru terhadap lingkungan keperawatan di RS UNHAS dan penerapan MPKP. Bertolak dari latar belakang masalah, peneliti tertarik untuk mempelajari dan mengetahui gambaran MPKP di RS Universitas Hasanuddin, maka pertanyaan penelitian ini ialah “Bagaimana Gambaran Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di RS Universitas Hasanuddin ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran proses penerapan model praktik keperawatan profesional (MPKP) di RS Universitas Hasanuddin Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya karakteristik jumlah tenaga perawat di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.
- b. Diketuinya karakteristik jenis tenaga keperawatan di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.
- c. Diketuinya karakteristik standar asuhan keperawatan (SAK) yang digunakan di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.
- d. Diketuinya karakteristik metode asuhan keperawatan yang diterapkan di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III
- e. Diketuinya karakteristik teknik pendokumentasian perawat di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.

- f. Diketuahuinya penerapan Operan di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.
- g. Diketuahuinya penerapan Konferensi (*pre and post conferens*) di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.
- h. Diketuahuinya penerapan Ronde keperawatan di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.
- i. Diketuahuinya penerapan Sentralisasi obat di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.
- j. Diketuahuinya penerapan *Discharge planning* (perencanaan pulan) di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.
- k. Diketuahuinya penerapan Supervisi ruangan di instalasi rawat inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III.

D. Manfaat Penelitian

1. Akademis

Penelitian ini mampu memberikan informasi bagi civitas akademik mengenai penerapan metode praktik keperawatan professional (MPKP) di RS Universitas Hasanuddin.

2. Instansi Pelayanan (Praktis)

Secara praktis, penelitian ini bisa bermanfaat untuk memberikan sumbangsih pemikiran kepada Instansi pelayanan dalam hal ini pihak manajemen Rumah Sakit Universitas Hasanuddin khususnya pada bidang keperawatan tentang pengaplikasian metode MPKP yang tengah berjalan dan mengembangkan hal-hal baru dari proses MPKP.

3. Bagi Peneliti

Pengembangan ilmu tentang penelitian dan metode yang digunakan secara konkret dan menambah wawasan tentang model asuhan atau praktik keperawatan profesional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Praktik Keperawatan

Menurut WHO-*Expert Commite on Nursing* (1982) dalam kelompok kerja keperawatan, KDIK (1992), praktik keperawatan adalah kombinasi ilmu kesehatan dan seni tentang asuhan (*care*) dan merupakan perpaduan secara humanistis pengetahuan ilmiah, falsafah keperawatan, praktik ilmiah, praktik klinik, komunikasi, dan ilmu sosial (Sitorus, 2006).

B. Pelayanan Keperawatan Profesional

1. Pengertian pelayanan keperawatan profesional

Pelayanan keperawatan profesional adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan. Yang berasaskan pada ilmu dan kiat keperawatan, yang mencakup pelayanan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual yang komprehensif (KDIK, 1992 dalam Sitorus, 2006)

2. Pelayanan Keperawatan Profesional Di Rumah Sakit

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit sehingga mutu pelayanan kesehatan juga ikut ditentukan oleh mutu pelayanan keperawatan, sehingga bisa dikatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan terutama diperuntukkan bagi pemenuhan kebutuhan dasar manusia (Kuntoro, 2010).

Keberhasilan pengelolaan suatu bentuk pelayanan keperawatan dianggap akan menghasilkan asuhan keperawatan berkualitas yang dilakukan oleh para perawat pelaksana, apabila upaya manajerial keperawatan dilakukan semaksimal mungkin. Masalah manajerial dalam pengelolaan ruangan selalu dikaitkan dengan bagaimana manajer atau kepala ruang mengatur dan merencanakan manajemen ruangan untuk pengelolaan pasien. Menanggapi hal tersebut diperlukan adanya struktur manajemen yang baik, Pada umumnya struktur dari sebuah manajemen terdiri atas beberapa kegiatan, antara lain perencanaan yang baik, pengorganisasian yang terstruktur, ketenagaan yang efektif, pengarahan, pengendalian, dan komunikasi serta penataan lingkungan yang kondusif (Kuntoro, 2010).

Model perawatan atau model praktek keperawatan mengacu pada model operasional untuk mendesain ulang praktik keperawatan pada penyediaan perawatan pasien dalam pengaturan organisasi, khusus pada tingkat unit pelayanan klinis (lingkungan). Seperti Model perawatan yang merupakan dimensi struktural dan kontekstual praktik keperawatan. Selanjutnya, model eksplisit atau implisit perawatan mengatur cara di mana perawat mengorganisir kelompok-kelompok kerja, berkomunikasi dengan anggota kelompok kerja dan dengan disiplin ilmu lain, berinteraksi, membuat keputusan, dan menciptakan lingkungan di mana perawatan disampaikan melalui penyedia layanan, dan menentukan

komunikasi dan koordinasi pola yang diperlukan untuk mendukung perawatan (Fowler, Hardy, & Howarth, 2006).

C. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

1. Definisi MPKP

Model adalah bagan kerja yang menata beberapa bagian sedemikian rupa sehingga menjadi utuh. Sebuah model yang berkualitas mampu menyajikan informasi yang tersusun dengan baik dan menghasilkan informasi yang relevan dan diperkaya oleh pengalaman-pengalaman yang sebelumnya (Nursalam, 2007).

Sistem model MAKP (Metode Asuhan Keperawatan Profesional) atau yang lebih dikenal dengan sebutan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional) ialah suatu kerangka kerja yang menggabungkan beberapa unsur terkandung didalamnya (struktur, standar, proses keperawatan dan nilai-nilai profesional, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP/MPKP itu sendiri) yang mendukung perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan, pengambilan keputusan yang independen yang nantinya dapat menopang pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas. Kurnia, Damayanti, & Nursalam (2011) menyebutkan bahwa MAKP/MPKP mempunyai empat unsur utama yang perlu diperhatikan, yaitu : Kebutuhan klien/pasien, keadaan demografi populasi klien/pasien, jumlah ketenagaan (perawat), rasio perawat dengan beragam peran dan tingkat responsibilitas.

Berdasarkan MPKP yang telah dikembangkan di berbagai rumah sakit, Hoffart & Woods (1996) dikutip oleh Sitorus (2006), mengatakan bahwa MPKP terdiri dari lima komponen, yakni : nilai-nilai profesional (inti dari MPKP), hubungan antar-profesi, metode pemberian asuhan keperawatan, pendekatan manajemen utamanya pada perubahan pengambilan keputusan serta sistem kompensasi dan penghargaan. Model MPKP yang ada masa kini diantaranya Tim, Primer, Modular dan Manajemen Kasus (Sitorus, 2006)

2. Tujuan Penerapan Model Praktek Pelayanan Keperawatan Profesional

- a. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan
- b. Mengurangi konflik, tumpang tindih dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
- c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
- d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijakan dan keputusan.
- e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap tim keperawatan

3. Faktor-faktor yang berhubungan dalam perubahan MAKP/MPKP

Menurut Nursalam (2013), ada tiga faktor yang mempunyai hubungan dengan perubahan MPKP, yaitu :

- a. Kualitas pelayanan keperawatan

Setiap upaya untuk meningkatkan pelayanan keperawatan selalu membahas mengenai kualitas. Kualitas sangat diperlukan untuk :

- 1) Meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien/keluarga
- 2) Menghasilkan keuntungan (pendapatan) institusi
- 3) Mempertahankan eksistensi institusi
- 4) Meningkatkan kepuasan kerja
- 5) Meningkatkan kepercayaan konsumen/pelanggan
- 6) Menjalankan kegiatan sesuai aturan/standar

b. Standar praktik keperawatan

Di Indonesia standar praktik keperawatan disusun oleh Depkes RI (1995) terdiri atas beberapa standar. Menurut JCHO : Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisation (1999: 1;4: 249-554), antara lain :

- 1) Menghargai hak-hak pasien
- 2) Penerimaan sewaktu pasien masuk rumah sakit
- 3) Observasi keadaan pasien
- 4) Pemenuhan kebutuhan nutrisi
- 5) Asuhan pada tindakan non-operatif dan administratif
- 6) Asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif
- 7) Pendidikan kepada pasien dan keluarga
- 8) Pemberian asuhan secara terus-menerus dan berkesinambungan.

c. Model praktik

- 1) Praktik keperawatan rumah sakit (perawat profesional/Ners punya wewenang dan tanggung jawab dalam melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit dengan sikap dan kemampuannya.

- 2) Praktik keperawatan rumah (diletakkan pada pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan sebagai kelanjutan dari pelayanan rumah sakit).
- 3) Praktik keperawatan berkelompok (perawat profesional membuka praktik keperawatan selama 24 jam kepada masyarakat yang memerlukan asuhan keperawatan dengan pola yang sesuai dengan pendekatan dan pelaksanaan praktik keperawatan di rumah sakit dan di rumah).
- 4) Praktik keperawatan individual (pola pendekatannya sama dengan pendekatan praktik keperawatan yang diuraikan di rumah sakit).

4. Dasar Pertimbangan pemilihan model metode asuhan keperawatan profesional (MAKP/MPKP), (Nursalam, 2013).

- a. Sesuai dengan visi dan misi institusi.
- b. Dapat diaplikasikannya proses keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan (proses asuhan keperawatan yang berkesinambungan kepada pasien).
- c. Efisien dan efektif dalam penggunaan biaya (Sebaik-baiknya suatu model, tanpa ditunjang oleh biaya memadai, maka akan susah mendapatkan hasil yang baik ataupun sempurna).
- d. Terpenuhinya kepuasan pasien, keluarga, dan masyarakat.
- e. Kepuasan dan kinerja perawat.
- f. Terlaksananya komunikasi yang baik antara perawat dan tim disiplin ilmu kesehatan lain.

5. Jenis Model (Metode Praktik Keperawatan Profesional)

Menurut Gillies (1989) yang dikutip oleh Sitorus (2012) mengatakan bahwa terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, antara lain : metode kasus, fungsional, tim, dan metode keperawatan primer. Akhir-akhir ini terdapat metode pemberian asuhan *differentiated practice* dan manajemen kasus (Loveridge & Cummings, 1996; Marquis & Huston, 2000).

Jenis Model Praktik Keperawatan Profesional
Tabel 1 Jenis Model Praktik Asuhan Keperawatan menurut Grant & Massey (1997) dan Marquis & Huston (1998)

Model	Deskripsi	Penanggung Jawab
Fungsional (Bukan model MPKP)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Berdasarkan orientasi tugas ❖ Perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada ❖ Intervensi yang diberikan terbatas. 	Perawat yang bertugas pada tindakan tertentu
Kasus	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Berdasarkan pendekatan holistik ❖ Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan dan observasi pada pasien tertentu. ❖ Rasio 1:1 (Perawat-Pasien) 	Manajer Keperawatan
Tim	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Berdasarkan pada kelompok ❖ Enam-tujuh perawat profesional dan perawat pelaksana bekerja sebagai satu tim, disupervisi oleh ketua tim. ❖ Metode ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien ❖ Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grup yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu. 	Ketua Tim
Primer	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Berdasarkan pada tindakan yang komprehensif ❖ Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan keperawatan ❖ Metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. 	Perawat primer (PP)

6. Model Praktik Keperawatan Profesional (Indonesia)

1. Modifikasi Tim-Primer

Berdasarkan model praktik keperawatan profesional yang ada di atas, mulailah dikembangkannya MPKP modifikasi di Indonesia oleh Sitorus (1997) di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo. Model yang digunakan adalah gabungan antara metode Tim dan Primer.

Keperawatan fungsional adalah model di mana perawatan diatur dan disediakan sesuai dengan tugas. misalnya asisten perawat akan memberikan perawatan pribadi, perawat praktis yang berlisensi akan memberi obat dan melakukan perawatan yang rumit seperti irigasi luka, penerapan pemberian obat, dan perawat yang terdaftar akan melakukan ketetapan dalam memberi obat dan perawatan, pemberian darah (transfusi), dan sebagainya, sedangkan keperawatan tim adalah model yang mempekerjakan sekelompok tenaga kesehatan yang punya beragam keterampilan dan diberikan penugasan serta diarahkan oleh seorang pemimpin tim untuk memberikan layanan secara keseluruhan pada kelompok tertentu (pasien). Bentuk dari sebuah tim adalah tindakan kooperatif dan kolaboratif (Zimmerman, 2007).

2. Karakteristik model MPKP

MPKP FIKUI-RSUPNCM pada penataan struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan mengandung empat unsur yang menjadi karakteristik model, yaitu :

1) Penetapan jumlah tenaga keperawatan

(Nursalam, 2013) merangkum beberapa model pendekatan dari berbagai sumber yang dapat dipergunakan dalam penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit, antara lain, :

- a) Berdasarkan klasifikasi pasien : tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus, rata-rata pasien per hari, jam perawatan yang diperlukan/hari/pasien, jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari, jam efektif setiap perawat yaitu tujuh hari. Jumlah tenaga yang dibutuhkan, dengan cara :

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan}}{\text{Jam kerja efektif/shift}} = \dots\dots\dots \text{perawat}$$

Untuk penghitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksi) dengan hari libur/cuti/hari besar (*loss day*)

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu/tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{Jam hari kerja efektif}} \times \text{jumlah perawat tersedia}$$

Jumlah tenaga perawat yang mengerjakan tugas-tugas non-keperawatan (*non-nursing job*), seperti ; membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien dan lain-lain, diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan. (jumlah tenaga perawat + *loss day*) x 25%, dan jumlah tenaga/tenaga yang tersedia + faktor koreksi).

- b) Berdasarkan metode hasil lokakarya keperawatan : rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah perawatan 24 jam x 7 (tempat tidur x BOR)}}{\text{Jam hari kerja efektif x 40 jam}} + 25\%$$

Formula ini memperhitungkan hari kerja yang efektif adalah 41 minggu. Tambahan 25% untuk penyesuaian terhadap produktivitas.

- c) Berdasarkan metode Douglas : bagi pasien rawat inap, standar waktu pelayanan pasien, yakni :

- (1) Perawatan minimal memerlukan waktu: 1-2 jam/24 jam
- (2) Perawatan intermediate memerlukan waktu: 3-4 jam/24 jam
- (3) Perawatan maksimal/total membutuhkan waktu: 5-6 jam/24 jam.

Douglas menetapkan jumlah tenaga perawat, yang diperlukan pada tiap-tiap unit perawatan dikategorikan berdasarkan klasifikasi pasien dimana tiap kategori tersebut mempunyai nilai standar per shift, seperti pada tabel di bawah ini :

Tabel 2 Nilai standar jumlah perawat per shift berdasarkan klasifikasi pasien

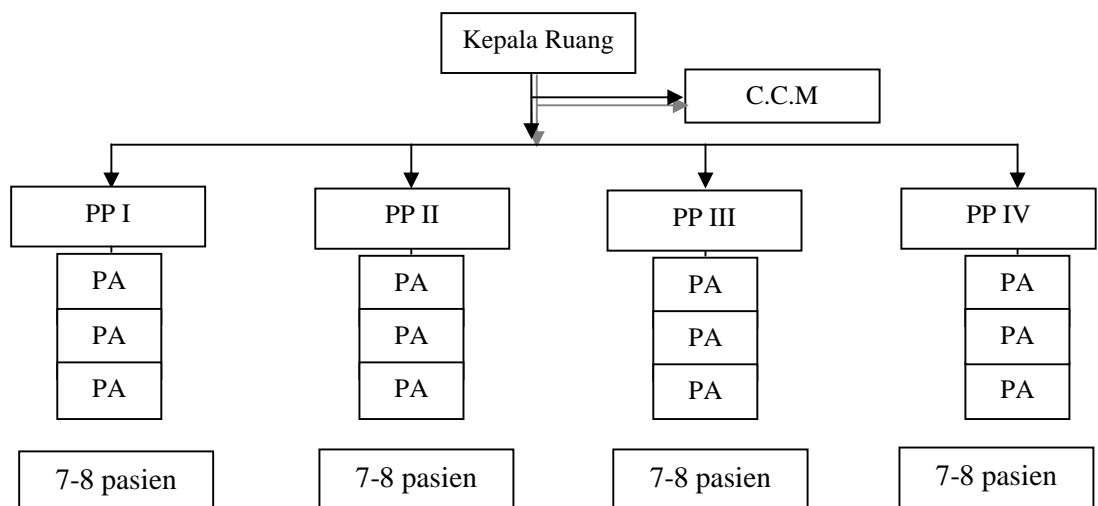
Jumlah pasien	Klasifikasi Pasien								
	Minimal			Parsial			Total		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
1	0,17	0,14	0,10	0,27	0,15	0,07	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,20	0,54	0,30	0,14	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,30	0,81	0,45	0,21	1,08	0,90	0,60
Dst.									

Keterangan : P (pagi), S (siang), M (malam)

Perhitungannya : (Jumlah klien sesuai dengan klasifikasi x setiap jadwal shift)

2) Penetapan jenis tenaga keperawatan

Penetapan jenis tenaga keperawatan dipengaruhi oleh metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan pada MPKP, metode yang digunakan adalah metode modifikasi tim dan primer, dengan demikian terdapat beberapa jenis tenaga pemberi asuhan keperawatan diantaranya : *Clinical Care Manager* (CCM), perawat primer (PP), dan perawat asosiet/pelaksana (PA) dan juga kepala ruang perawatan yang bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan keperawatan di ruang rawat tersebut (Sitorus, 2006).



(Pengaturan jadwal Pagi, Sore, Malam, Dan Libur/Cuti)

Bagan 1 Metode Tim – Primer (Modifikasi)

Berdasarkan figur di atas pembagian peran atau tugas tiap-tiap komponen : kepala ruang, perawat primer/nursing primary (PP/PN), clinical care manager, dan perawat *associate* (PA), seperti berikut ini : (Nursalam, 2013, & Sitorus, 2006).

a) Kepala ruang

Unit perawatan dengan MPKP pemula, kepala ruang ialah dengan kemampuan atau skill DIII keperawatan yang berpengalaman dan pada MPKP tingkat I ialah perawat dengan kemampuan S.Kp (S.Kep) atau Ners yang berpengalaman dan seorang kepala ruang bertugas pada shift pagi. Adapun tugas atau tanggung jawab dari seorang kepala ruangan, yaitu : Menerima klien/pasien baru, memimpin jalannya rapat, mengevaluasi kinerja anggota, merancang daftar shift, memfasilitasi material/bahan, *Planning, direction, and observation*) (Sitorus, 2006).

b) *Clinical Care Manager* (CCM)

Pada unit perawatan dengan MPKP pemula, *clinical care manager* ialah S.Kp (S.Kep) atau Ners dengan pengalaman dan pada MPKP tingkat I ialah seorang Ners spesialis. Sedangkan pada tingkat II, jumlah ners spesialis lebih dari satu orang disesuaikan dengan kekhususan (*Majoring*) kasus yang tersedia. Seorang CCM bertugas pada shift (dinas) pagi dan sebaiknya CCM telah mempelajari atau berpengalaman pernah menjadi perawat primer (PP) minimal enam bulan. Adapun tugas dari seorang CCM, yaitu : membimbing perawat primer (PP) dalam implementasi MPKP, bersama dengan PP memvalidasi setiap diagnosis keperawatan, mengarahkan PP

dalam membuat standar asuhan keperawatan (renpra), bersama dengan PP membuat pembagian tugas PA (perawat asosiate), mempresentasikan isu-isu terbaru terkait dengan asuhan keperawatan, mengidentifikasi fakta atau temuan, mengidentifikasi hasil penelitian, merancang dan melakukan penelitian, bekerja sama dengan kepala ruangan dalam melakukan penilaian evaluasi tentang mutu asuhan keperawatan dan implementasi MPKP (Sitorus, 2006).

c) Perawat primer

Pada MPKP pemula yang menjadi perawat primer (PP) ialah lulusan DIII keperawatan dengan pengalaman minimal empat tahun, dan pada MPKP tingkat I, yang menjadi PP ialah perawat lulusan S.Kep/S.Kp (Ners) dengan pengalaman minimal satu tahun. Perawat primer sebaiknya bertugas hanya pada pagi atau sore karena jika bertugas pada malam hari, PP akan libur beberapa hari sehingga agak sulit menilai perkembangan pasien/klien, dan apabila bertugas pada sore hari ada baiknya didampingi oleh minimal satu orang perawat asosiate (PA) hal ini dimaksudkan agar perawat primer memiliki waktu untuk menilai tingkat perkembangan pasien/klien dan juga bertanggung jawab pada *shift* tersebut. Adapun tugas dari seorang PP yaitu, Merancang intervensi Asuhan Keperawatan, membuat tindakan kolaborasi,

memimpin overan (timbang terima), pendelegasian beban atau tugas, memimpin ronde keperawatan, mengarahkan, membimbing dan memberi tugas kepada PA, mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan oleh PA, tanggungjawab terhadap pasien, memberi petunjuk kepada perawat asosiasi (PA) jika pasien akan pulang, dan pengisian resume keperawatan (Sitorus, 2006).

d) Perawat *Associate* (perawat pelaksana)

Pada MPKP tingkat pemula atau MPKP tingkat I yang menjadi perawat asosiasi (PA) ialah perawat dengan kualifikasi pendidikan DIII keperawatan. Namun pada beberapa situasi jika ada beberapa tenaga keperawatan yang belum melanjutkan pendidikannya ke perguruan tinggi maka yang menjadi PA adalah perawat lulusan SMU/SPK tetapi telah mempunyai pengalaman yang cukup lama di rumah sakit. Adapun tugas dari seorang PA (perawat asosiasi) antara lain : Memberikan asuhan keperawatan, mengikuti proses timbang terima (operan), menjalankan tugas yang didelegasikan dari PP (perawat primer), mendokumentasikan semua implementasi keperawatan) (Sitorus, 2006).

3) Penetapan standar rencana asuhan keperawatan (renpra)

Potter & Perry (2005) mengatakan bahwa perlunya standar renpra ditetapkan, sebab berdasarkan hasil observasi, penulisan renpra

dapat menyita waktu karena fenomena keperawatan mencakup empat belas kebutuhan dasar manusia.

Tabel 3 Indikator/Standar Asuhan Keperawatan (Pendokumentasian), (Nursalam, 2013)

Bidang hasil pokok tugas utama	Indikator
Mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, & berkelanjutan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah cara pengumpulan data 2. Tingkat partisipasi klien dalam proses pengumpulan data 3. Focus pengambilan data
Menganalisa data untuk memutuskan diagnosa keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan diagnosis keperawatan (PES) 2. Tingkat keterlibatan pihak lain dalam proses menegakkan diagnosis
Merancang intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan klien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan komponen perencanaan secara tertulis 2. Kesesuaian rencana dengan kondisi atau kebutuhan klien.
Mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan partisipasi dari klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerja sama dan komunikasi dengan pasien atau keluarga. 2. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. 3. Respons/tanggap terhadap respon klien. 4. Persentase penyimpanan dari standar operasional prosedur (SOP.)
Mengevaluasi perkembangan kesehatan klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat pemanfaatan data dasar dan respons klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan. 2. Tingkat partisipasi klien dan sejawat dalam memvalidasi dan menganalisis data baru. 3. Tingkat partisipasi klien atau keluarga dalam memodifikasi rancangan askep (SOAP). 4. Tingkat kesinambungan komprehensif dan ketepatan waktu.

Panduan bagi PP dalam penggunaan standar renpra (Sitorus, 2006) :

- a) Penetapan renpra oleh PP minimal 24 jam setelah klien masuk, berdasarkan standar rencana perawatan yang telah dikembangkan
- b) Renpra ditempatkan di papan yang telah disiapkan di sisi tempat tidur klien

- c) Rencana tindakan yang terdapat pada renpra merupakan pedoman bagi PP dalam memberikan pelayanan keperawatan
- d) Pada 24 jam pertama, PP membuat minimal dua diagnosa keperawatan utama (prioritas)
- e) Renpra dievaluasi setiap hari dengan menggunakan metode “SOAP”

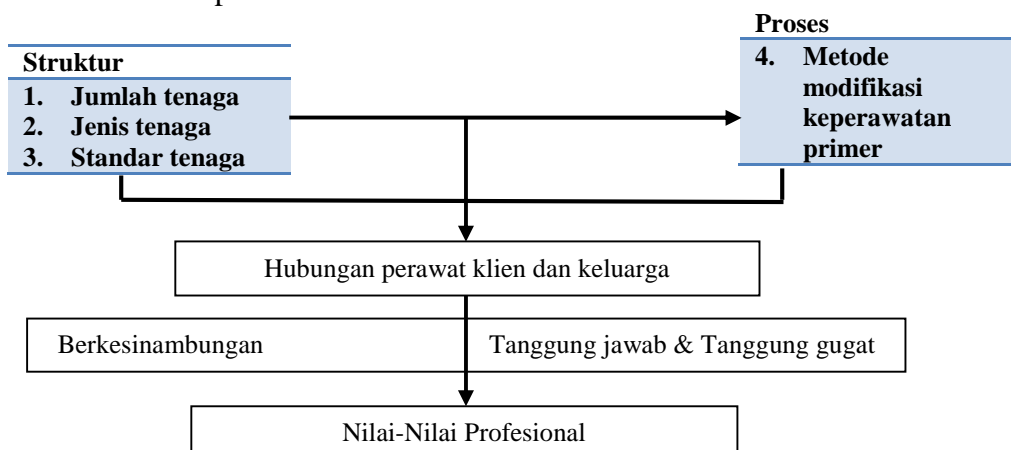
4) Penggunaan metode modifikasi keperawatan primer, terdapat satu orang perawat profesional dalam hal ini perawat primer/nursing primary (PP/PN) yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. CCM (Clinical Care Manager) bertugas mengarahkan dan membimbing perawat primer dalam pemberian asuhan keperawatan. Harapan kedepannya *Clinical Care Manager* (CCM) akan menjadi peran dari seorang Ners spesialis (Sitorus, 2006).

5) Model MPKP Tim-Primer digunakan dengan cara mengkombinasikan keduanya

Menurut Ratna S. Sudarsono (2000) ditetapkannya sistem model ini didasarkan pada beberapa pertimbangan :

- a) Keperawatan primer penggunaannya tidak secara murni, disebabkan perawat primer harus mempunyai background pendidikan S-1 Keperawatan atau sederajat.

- b) Penggunaan keperawatan tim juga tidak secara murni, tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi di berbagai tim.
- c) Melalui kombinasi keduanya diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas asuhan keperawatan terdapat pada primer, disebabkan saat ini perawat yang bertugas di rumah sakit masih di dominasi oleh lulusan D-3, ketua tim atau perawat primer yang memberikan bimbingan tentang asuhan keperawatan.



Bagan 2 MPKP FIKUI-RSPN dr. Cipto Mangunkusumo (Sitorus, 2006, p. 10)

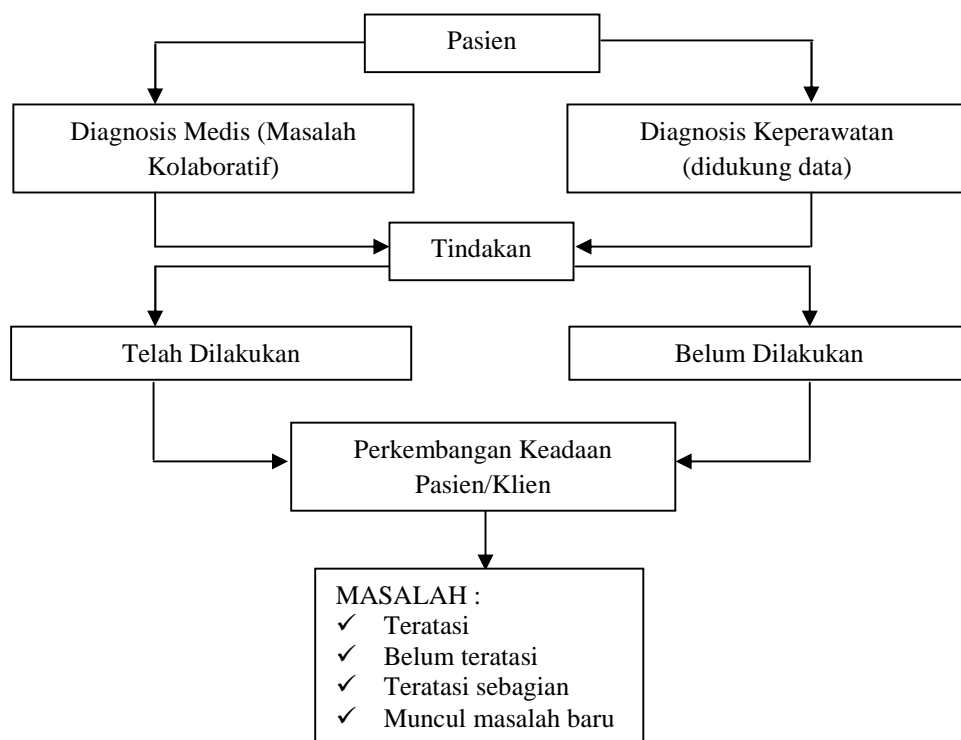
D. Pelaksanaan Kegiatan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Ada beberapa tahap atau langkah-langkah yang dilakukan dalam penerapan (implementasi) MPKP, adapun tahap-tahap tersebut, yaitu :

1. Bimbingan perawat primer (PP) dalam melakukan Operan

Sebelum konferensi dilakukan terlebih dahulu operan dinas/shift dilaksanakan. Operan merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima laporan menyangkut keadaan pasien/klien dan dilakukan

setiap hari. Operan pasien harus dilakukan seefektif mungkin dengan penjelasan singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, kolaboratif yang telah dilakukan dan belum dilakukan serta perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat agar nantinya asuhan keperawatan dapat berjalan secara berkesinambungan. Operan dilakukan oleh perawat primer ke perawat primer (penanggung jawab) dinas sore atau dinas malam (ruang MPKP dengan tiga tim) secara tulis dan lisan, (Nursalam, 2013).



Bagan 3 Alur Operan (Shift/Hand Over)

Renstra (Rencana Strategi) Operan mencakup dua aspek, yaitu :

a. Pelaksanaan operan

- 1) Metode
- 2) Media

3) Pengorganisasian

4) Uraian Kegiatan

b. Evaluasi

1) Struktur (Input)

Pada operan, sarana dan prasarana yang menunjang telah tersedia antara lain : catatan operan, status klien dan kelompok shift operan. Kepala ruang selalu memimpin kegiatan operan yang dilaksanakan pada pergantian shift yaitu malam ke pagi, pagi ke sore. Kegiatan operan pada shift sore ke malam di pimpin oleh perawat primer yang bertugas saat itu.

2) Proses

Proses operan dipimpin oleh kepala ruang dan dilaksanakan oleh seluruh perawat yang bertugas maupun yang akan mengganti shift. Perawat primer mengoperkan ke perawat primer berikutnya yang akan mengganti shift. Operan pertama dilakukan di Nurse Station kemudian ke ruang perawatan, pasien dan kembali lagi ke Nurse Station. Isi operan mencakup jumlah pasien, diagnosis keperawatan, intervensi yang belum/sudah dilakukan. Setiap pasien tidak lebih dari lima menit saat klarifikasi ke pasien.

3) Hasil

Operan dapat dilaksanakan setiap pergantian shift. Setiap perawat dapat mengetahui perkembangan pasien. Komunikasi antar perawat berjalan dengan baik.

2. Bimbingan/Panduan PP dalam Melakukan Konferensi

Setelah melaksanakan operan selanjutnya konferensi dilaksanakan, konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari sama seperti operan, konferensi sebaiknya dilakukan di ruangan tersendiri sehingga dapat mengurangi distraksi dari luar (Sitorus, 2012). Konferensi bertujuan untuk :

- a. Membahas masalah setiap pasien/klien berdasarkan standar asuhan (renpra) yang telah dibuat PP (perawat primer)
- b. Menetapkan klien yang menjadi tanggung jawab masing-masing PA
- c. Membahas intervensi tindakan keperawatan untuk setiap pasien.klien berdasarkan prosedur renpra yang telah ditetapkan
- d. Mengidentifikasi tugas PA untuk setiap klien yang menjadi tanggung jawabnya.

Adapun panduan pelaksanaan konferensi (Sitorus, 2006) :

- a. Konferensi dilakukan setiap hari segera setelah dilakukan pergantian dinas pagi/sore sesuai dengan jadwal dinas PP
- b. Konferensi dihadiri oleh PP & PA dalam timnya masing-masing
- c. Penyampaian perkembangan dan masalah klien berdasarkan hasil evaluasi kemarin dan kondisi klien yang dilaporkan oleh dinas malam.

Hal-hal yang disampaikan oleh PP meliputi :

- 1) Keadaan umum klien
- 2) Keluhan klien
- 3) Tanda-tanda vital & kesadaran

- 4) Hasil pemeriksaan laboratorium/diagnostik terbaru
 - 5) Masalah keperawatan
 - 6) Rencana keperawatan hari ini
 - 7) Perubahan terapi medis
 - 8) Rencana medis
- d. PP mendiskusikan dan mengarahkan PA tentang masalah yang terkait dengan keperawatan klien meliputi :
- a) Keluhan klien yang terkait dengan pelayanan, seperti : keterlibatan, kesalahan pemberian makan, kebisingan pengunjung lain, ketidakhadiran dokter yang dikonsulkan.
 - b) Ketepatan pemberian infus
 - c) Ketepatan pemantauan obat oral atau injeksi
 - d) Ketepatan pelaksanaan tindakan lain
 - e) Ketepatan dokumentasi
- e. Mengingat kembali standar prosedur yang ditetapkan
- f. Mengingat kembali tentang kedisiplinan, ketelitian, kejujuran, dan kemajuan masing-masing PA
- g. Membantu PA menyelesaikan masalah yang tidak dapat diselesaikannya.

3. Bimbingan PP/CCM melakukan Ronde dengan PA

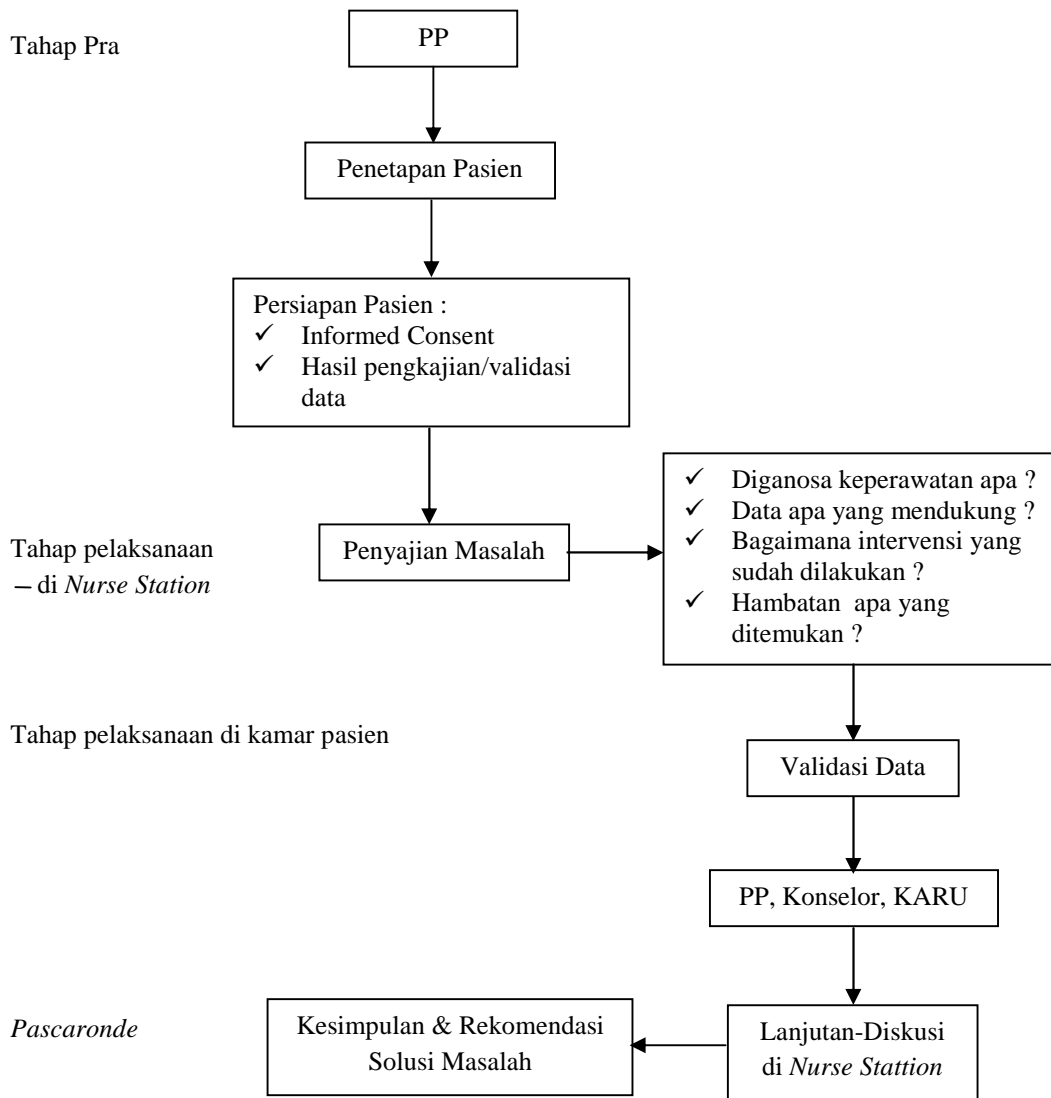
Ronde keperawatan ialah kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan klien/pasien dan dilakukan oleh perawat selain melibatkan pasien/klien untuk membahas dan melaksanakan asuhan

keperawatan. Ronde keperawatan dilaksanakan oleh PP bersama dengan PA dan sebaiknya dilaksanakan setiap hari. Ronde penting dilaksanakan dengan tujuan untuk supervisi kegiatan PA dan sebagai sarana bagi PP untuk mendapatkan data tambahan tentang kondisi klien/pasien (Sitorus, 2006). Pada kondisi tertentu ronde dapat dilaksanakan oleh kepala ruangan, perawat asosiet yang juga perlu melibatkan seluruh anggota tim kesehatan.

Panduan bagi PP dalam melakukan ronde dengan PA (Sitorus, 2006) :

- a. PP menentukan 2-3 klien yang akan dironde
- b. Memilih klien yang berkebutuhan khusus dengan masalah yang relatif lebih kompleks atau lebih dari satu masalah yang sedang dihadapi
- c. Ronde dilakukan setiap hari, utamanya pada waktu intensitas kegiatan di ruang rawat sudah tenang dan waktu pelaksanaan yang dibutuhkan \pm satu jam
- d. PA menyajikan kondisi klien dan tindakan perawatan yang telah diberikan
- e. PP memberikan saran (input) kepada PA dan Reinforcement terhadap PA pada hal-hal tertentu
- f. Masalah yang sensitif dan sangat privasi sebaiknya tidak dibicarakan di depan klien.

Adapun langkah-langkah dalam pelaksanaan kegiatan ronde keperawatan, seperti pada tabel di bawah ini :



Bagan 4 Langkah-Langkah Kegiatan Ronde Keperawatan (Nursalam, 2013)

Keterangan :

- a. **Praronde** : Menentukan kasus dan topik (masalah yang tidak teratasi dan masalah yang langka, menentukan tim ronde, mencari sumber atau literatur, Membuat proposal, Mempersiapkan pasien, diskusi tentang diagnosa keperawatan, data pendukung, asuhan keperawatan yang diberikan, dan hambatan selama perawatan pasien/klien.
- b. **Pelaksanaan ronde** : Penjelasan keadaan pasien/klien oleh perawat primer yang berfokus pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan dilakukan atau telah dilakukan serta memilih prioritas yang perlu dibahas/diskusikan, diskusi antaranggota tim tentang kasus tersebut, pemberian justifikasi oleh perawat primer atau clinical care manager (konselor)/kepala ruangan tentang masalah pasien serta intervensi tindakan yang akan dilaksanakan.

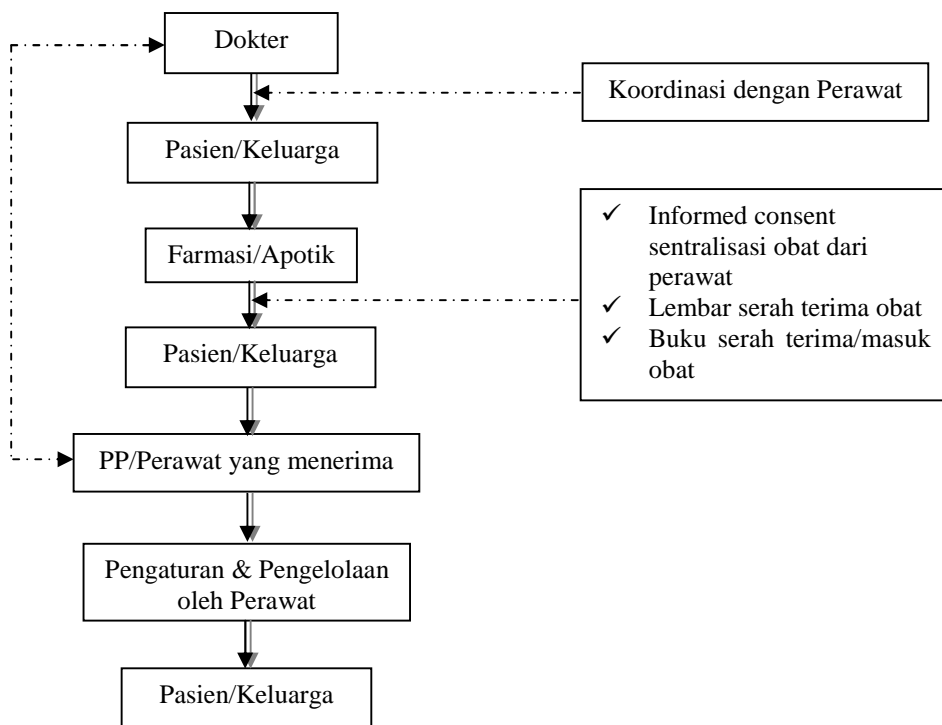
- c. **Pascaronde** : Evaluasi, revisi, dan perbaikan. Kesimpulan dan rekomendasi penegakan diagnosis; intervensi keperawatan selanjutnya.

4. Sentralisasi obat (Pengelolaan Obat)

Sentralisasi obat ialah pengelolaan obat dimana semua obat yang akan diberikan kepada klien/pasien diserahkan sepenuhnya oleh perawat, (Nursalam, 2007).

Sentralisasi obat dilakukan dengan maksud agar penggunaan obat secara lebih bijaksana dan menghindari pemborosan obat, sehingga kebutuhan asuhan keperawatan dapat tercapai sepenuhnya.

Adapun alur pelaksanaan sentralisasi obat, dapat dilihat pada bagan berikut ini :



Bagan 5 Alur Pelaksanaan Sentralisasi Obat, (Nursalam, 2013)

Pengadaan KARDEX (daftar obat, tekanan darah, nadi, suhu, dan pemeriksaan laboratorium) Format daftar infus sesuai dengan kebutuhan

masing-masing rumah sakit. Format tersebut harus diisi dengan jelas dan lengkap (waktu pelaksanaan, tanggal, jam, jenis tindakan, dosis obat, nama obat/cairan infus pada setiap catatan perkembangan pasien atau lembar terintegrasi perawat-dokter). Nama penanggung jawab dan tandatangan perawat atau dokter serta menyertakan lembar *informed consent* (Sitorus, 2006).

5. Perencanaan pulang (*Discharge Planning*)

Merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan. Perencanaan pulang diperlukan oleh pasien/klien dan harus berpusat pada masalah pasien/klien, yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta perawatan rutin yang sebetulnya (Swenberg, 2000 yang dikutip Nursalam, 2013).

Perawatan di rumah sakit akan lebih berarti jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Akan tetapi, untuk saat ini perencanaan pulang bagi pasien yang dirawat belum optimal sepenuhnya karena peran perawat masih terbatas pada pelaksanaan kegiatan yang rutin dilaksanakan, misalnya hanya memberikan informasi tentang jadwal kontrol ulang, (Nursalam, 2007 : 248).

Faktor-faktor yang dikaji dalam *Discharge Planning*, adalah :

- a. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, terapi, pengobatan dan perawatan yang diperlukan
- b. Kebutuhan psikologis dan hubungan interpersonal di dalam lingkup keluarga
- c. Bantuan yang diperlukan pasien/klien
- d. Pemenuhan kebutuhan aktivitas setiap hari seperti makan, minum, eliminasi, istirahat dan tidur, berpakaian, *personal hygiene*, *safety*, *communication*, spiritual, rekreasi, dan lain-lain.
- e. Sumber dan sistem pendukung di masyarakat
- f. Fasilitas yang ada di rumah dan harapan pasien/keluarga setelah dirawat
- g. Kebutuhan perawatan dan supervisi di rumah

Menurut Neylor (2003) dikutip oleh Kristina (2007) dalam Nursalam (2013), ada beberapa tindakan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien/klien sebelum diperbolehkan pulang, antara lain :

- a. Pendidikan kesehatan : harapannya, melalui pendidikan kesehatan dapat mengurangi angka kekambuhan atau komplikasi dan meningkatkan pengetahuan pasien serta keluarga mengenai perawatan pascarawat di rumah sakit.
- b. Program pulang bertahan : bertujuan untuk melatih pasien/klien untuk kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Meliputi apa yang

harus dilakukan pasien/klien di rumah sakit dan apa yang harus dilakukan oleh keluarga.

- c. Rujukan : integritas pelayanan kesehatan harus mempunyai hubungan langsung antara perawat komunitas atau praktik kemandirian perawat dengan rumah sakit sehingga dapat mengetahui perkembangan pasien di rumah.

6. Supervisi kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan

Merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan perawat pelaksana agar mereka mampu melaksanakan tugas secara seefisien dan seefektif mungkin sesuai dengan standar asuhan (remora) yang telah ditetapkan. Cahyati, 2000 yang dikutip Kuntoro, 2010 mendefinisikan supervisi sebagai suatu pengamatan dan pengawasan secara langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan yang bersifat rutin.

Pelaksana supervisi dilaksanakan oleh :

- a. Kepala ruang
 - 1) Bertanggung jawab dalam supervise pelayanan keperawatan pada pasien/klien di ruang perawatan
 - 2) Merupakan ujung tombak penentu berhasil atau tidaknya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit
 - 3) Mengawasi perawat pelaksana dalam melaksanakan praktik keperawatan di ruang perawatan sesuai dengan pendelegasian.

b. Pengawasan keperawatan

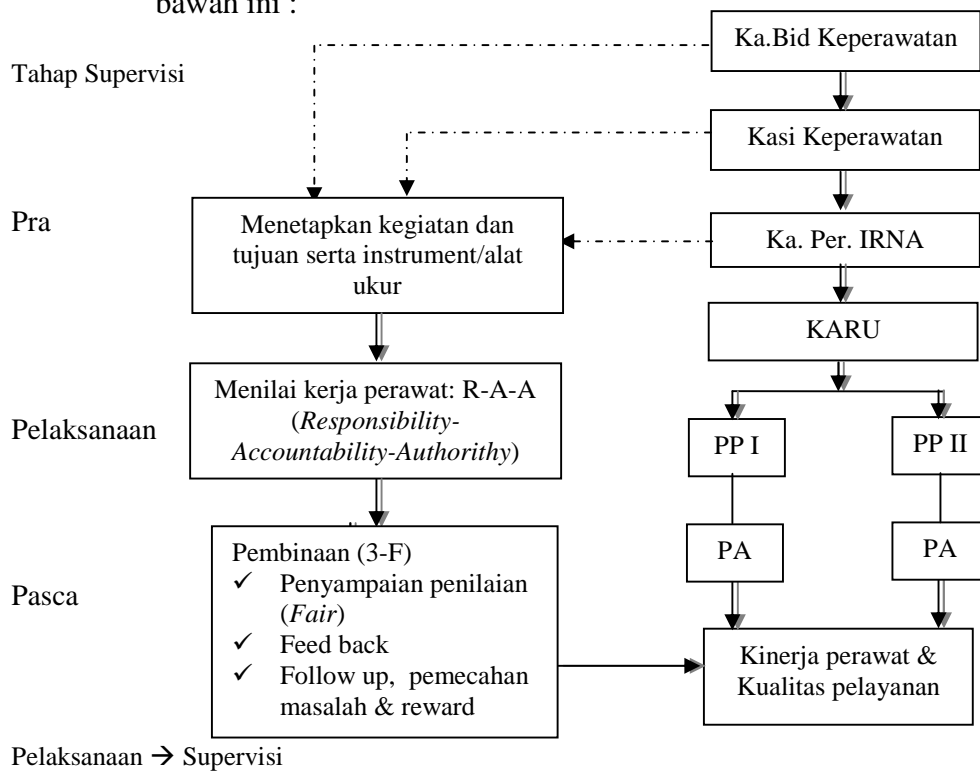
Bertanggung jawab dalam mensupervisi pelayanan kepada kepala ruang yang ada di instalasinya.

c. Kepala seksi perawatan

Mengawasi instalasi dalam melaksanakan tugas secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung

Adapun alur pelaksanaan supervisi, seperti pada sketsa/gambar di

bawah ini :



Bagan 6 Alur Pelaksanaan Supervisi, (Nursalam, 2013)

Tahap Supervisi :

a. Prasupevisi

- 1) Supervisor menetapkan kegiatan apa yang akan disupervisi
- 2) Supervisor menetapkan tujuan

b. Pelaksanaan supervisi

- 1) Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrument yang telah dibuat
- 2) Supervisor mendapat beberapa hal atau bagian-bagian yang memerlukan pembinaan
- 3) Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi masalah keperawatan yang ada
- 4) Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, interview, dan validasi data sekunder (Tanya jawab dengan perawat)

c. Pascasupervisi (3F);

- 1) Supervisor (pengawas) memberikan penilaian supervise (*F-Fair*)
- 2) Supervisor memberikan *Feed back* dan klarifikasi
- 3) Supervisor memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan

7. Dokumentasi keperawatan

Ada empat aspek kunci pada model pelayanan, keempat aspek kunci tersebut antara lain: *Planning* (perencanaan), *Development* (perkembangan pasien / klien), *Implementation* (tindakan keperawatan), *Evaluation* (evaluasi hasil), (Fowler, Hardy, & Howarth, 2006).

Tahap-tahap pada asuhan keperawatan wajib dibuatkan sebuah catatan atau pendokumentasian. Dokumentasi keperawatan merupakan komponen penting pada sistem pelayanan keperawatan, karena dengan memiliki pendokumentasian yang baik, maka informasi tentang kondisi kesehatan klien dapat diketahui secara berkesinambungan. Selain itu,

pendokumentasian merupakan sebuah catatan otentik dan legal mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan. Secara khusus, dokumentasi memiliki fungsi sebagai sarana komunikasi tidak langsung antar profesi kesehatan, sumber data dalam pemberian asuhan keperawatan dan penelitian, sebagai bukti konkrit atas tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan oleh perawat profesional kepada setiap pasien/klien (Potter & Perry, 2005).

Pembuatan catatan keperawatan juga mempunyai tujuan, sebagai berikut :

- a. Sebagai alat komunikasi antar perawat dengan tenaga kesehatan lainnya
- b. Sebagai dokumentasi legal dan mempunyai aspek hukum
- c. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan
- d. Sebagai literatur atau bahan rujukan dalam peningkatan ilmu dan kiat keperawatan
- e. Memiliki nilai riset penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan

Kegiatan pendokumentasian sering dilakukan pada minggu ke I-II untuk uji coba dan aplikasi dilaksanakan minggu III-IV, secara garis besar model pendokumentasian PIE (*planning, intervention, and evaluation*) yang berorientasi pada masalah (*POR/problem oriented record*), yang meliputi :

- a. Pengkajian keperawatan : pengumpulan data (LLARB; legal, lengkap, akurat, relevan dan baru), data-data melalui pemeriksaan TTV (tanda-tanda vital), pemeriksaan fisik IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, dan

auskultasi), pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, dan lain-lain), data biologis, psikologis, dan spiritual lewat wawancara dan observasi, format pengkajian data awal menggunakan model ROS (*review of system*), data demografi pasien, riwayat kesehatan atau keperawatan, observasi dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang/diagnostik.

Format pengkajian keperawatan (Sitorus, 2006) :

- 1) Diisi lengkap dalam 24 jam pertama klien masuk (untuk klien baru)
- 2) Format pengkajian diisi oleh PP dengan lengkap atau oleh PA, yang mencakup : identitas klien, identitas keluarga, tanda vital saat klien masuk
- 3) Keluhan utama saat klien masuk, kemudian beri tanda *check list* (√) pada kotak yang dimaksud
- 4) Selanjutnya mengisi titik-titik yang kosong dengan penjelasan sesuai yang didapat dari klie/keluarga
- 5) Format ini hanya ditandatangani oleh PP

Bila data pengkajian dimasukkan kedalam proses keperawatan, format SOAPIE dapat digunakan (*S/subjektif, O/objektif, A/assasement, P/planning, I/intervention, E/evaluation*), (Priharjo, 2012).

- b. Diagnosa keperawatan : dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan pasien, diagnosa dibuat sesuai dengan wewenang perawat dengan memperhatikan masalah atau kesenjangan yang ada.

- c. Perencanaan (intervensi) : terdiri atas berbagai komponen, antara lain;
- 1) Prioritas masalah, kriteria :
 - a) Masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas masalah
 - b) Masalah yang mengancam kesehatan merupakan prioritas kedua
 - c) Masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga
 - 2) Tujuan asuhan keperawatan, memenuhi criteria (NOC_ *Nursing Outcome Criteria*) sesuai standar pencapaian :
 - a) Tujuan dirumuskan secara singkat
 - b) Disusun berdasarkan diagnosa keperawatan
 - c) Spesifik pada diagnosis keperawatan
 - d) Dapat diukur
 - e) Dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah
 - f) Punya target waktu pencapaian
 - 3) Rencana tindakan didasarkan pada NIC (*Nursing Intervention Classification*) sesuai dengan ketentuan, biasanya meliputi tiga komponen : DET keperawatan (diagnosa/observasi, edukasi/*health education*), tindakan/independen, dependen, dan interdependen), (Nursalam, 2013). Kriteria :
 - a) Berdasarkan tujuan asuhan keperawatan
 - b) Tindakan alternative secara tepat

- c) Melibatkan pasien dan keluarga
 - d) Mempertimbangkan latar belakang social budaya pasien dan keluarga
 - e) Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku
 - f) Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien
 - g) Menggunakan format yang baku
- 4) Tindakan keperawatan (Implementasi) : pada tahap pelaksanaan atau implementasi keperawatan terdapat beberapa kegiatan lanjutan dari tahap sebelumnya, seperti ; validasi rencana keperawatan + pendokumentasian rencana keperawatan + pemberian asuhan keperawatan + pengumpulan data lanjutan, (Lismidar, 2005).
- 5) Evaluasi
- Dilaksanakan secara periodik, sistematis dan terencana untuk menilai perkembangan pasien/klien setelah tindakan keperawatan.
- kriteria :
- a) Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi
 - b) Evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien
 - c) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan untuk diambil tindakan selanjutnya
 - d) Evaluasi melibatkan pasien dan tim kesehatan lainnya
 - e) Evaluasi dilaksanakan dengan standar (tujuan yang ingin dicapai dan standar praktik keperawatan)

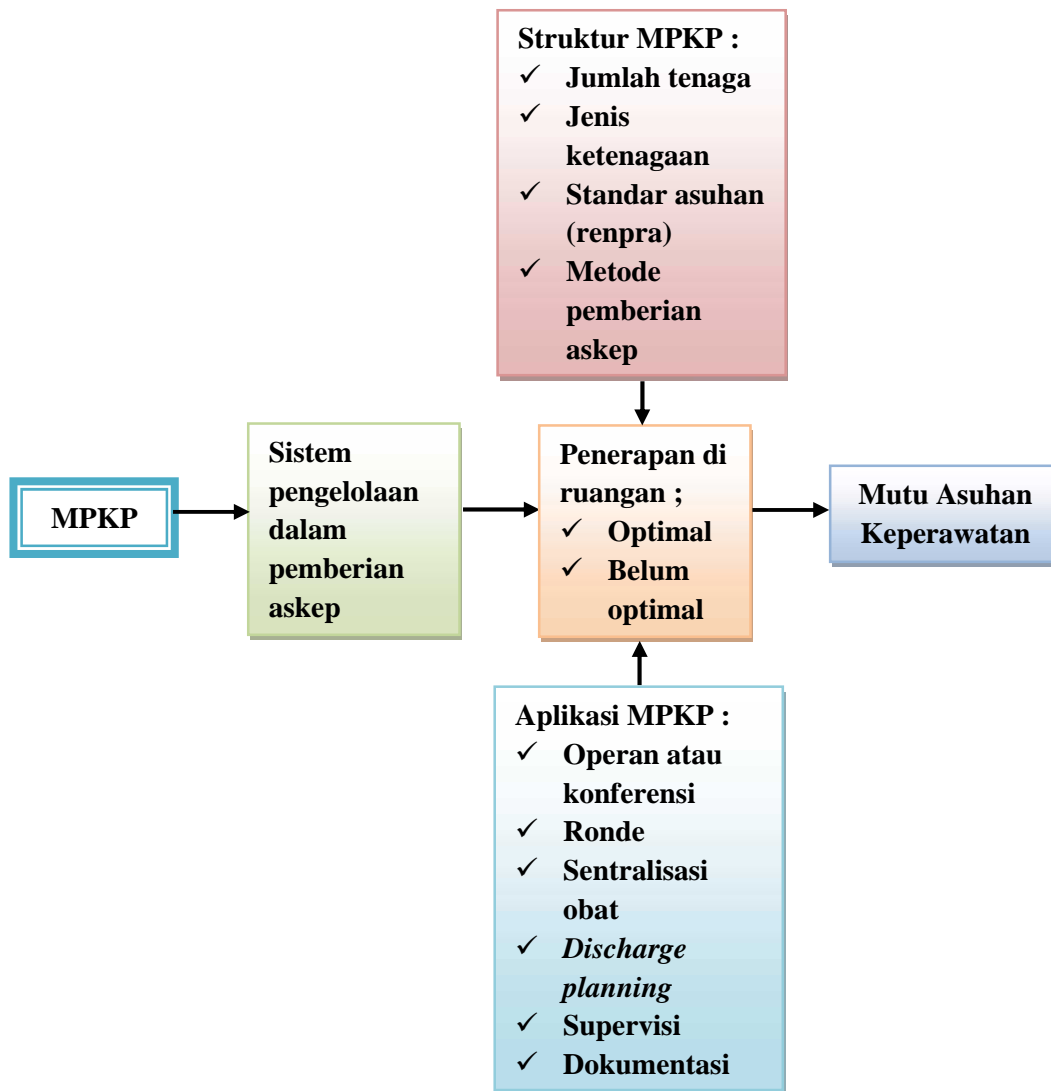
Komponen evaluasi, mencakup aspek (KAPP; kognitif, afektif, psikomotor, perubahan psikologis).

- a) Kognitif (pengetahuan klien tentang penyakitnya)
- b) Afektif (sikap klien terhadap tindakan yang dilakukan)
- c) Psikomotor (tindakan atau upaya klien dalam proses penyembuhan)
- d) Perubahan biologis (vital sign, system & imunologis)

Interpretasi (keputusan) dalam evaluasi hasil :

- a) Masalah teratasi
- b) Masalah tidak teratasi, harus dilakukan pengkajian dan perencanaan tindakan selanjutnya
- c) Sebagian masalah teratasi, modifikasi rencana tindakan diperlukan
- d) Timbulnya suatu masalah kesehatan atau keperawatan yang baru.

E. Kerangka Teori



Bagan 7 Kerangka Teori, (Sitorus, 2006), Hoffart & Woods (1996).