

## DAFTAR PUSTAKA

- Bimo, P. (2009). *Evaluasi penerapan model praktik keperawatan primer di ruang Maranata I Rumah sakit Mardi Rahayu Kudus*, <http://eprints.undip.ac.id/10726/artikel.pdf>. diunduh tanggal 05 juni 2013.
- Chandra, B. (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI, (2002). *Standart tenaga keperawatan di Rumah sakit*, Jakarta Direktorat Pelayanan Keperawatan Depkes RI.
- Duffy, J.R. 2004. *Implementing the Quality-Caring Model in Acute Care*. Journal Of Nursing administration. 35(1): p. 4-6.
- Fowler, J., Hardy, J., & Howarth, T. 2006. *Trialling Collaborative nursing models of care : The impact of change*. Australian Journal of Advanced Nursing Vol. 23, No. 4, p. 41.
- Hastono, P.S & Sabri, L. (2010). *Statistik Kesehatan*. Ed. 1, Jakarta : Rajawali.
- Keliat, B.A., dkk (2000). *Pedoman manajemen sumber daya manusia perawat ruang model praktek keperawatan profesional rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Makalah : tidak dipublikasikan.
- Komite Nasional Etika Penelitian Kesehatan 2005, *Pedoman Nasional Etika Penelitian Kesehatan*, Depkes, diakses tanggal 05 juni 2013, <http://www.knepk.litbang.depkes.go.id/knepk/>.
- Kuntoro, A. (2010). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kurnia, E., Damayanti, N. A., & Nursalam. (April 2011). *Formula Penghitungan Tenaga Keperawatan Modifikasi FTE dengan Model Asuhan Keperawatan Profesional Tim*. *Jurnal Ners vol.6 No.1* , 11-20.
- Lismidar. (2005). *Proses Keperawatan*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI – Press).
- Marquis, B. L., and Huston, C. J., (2000), *Leadership roles and management function in nursing : teory and application*, Lippincott, Philadelphia.
- Muninjaya, G. (2011). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Nursalam. (2003). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2007). *Manajemen Keperawatan (Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional)*. Ed.2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Manajemen Keperawatan (Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional)*, Ed.3. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurida, (2009). *Analisis pelaksanaan MPKP di RS Ibnu Sina Makassar*. Tidak dipublikasikan.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia, (2006). *Standar Profesi Keperawatan*, Jakarta : PPNI
- Potter & Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan ; Konsep Proses & Praktik*, Ed.4, alih bahasa Yasmin, dkk. Jakarta : EGC.
- Pratiwi, A. dan Muhlisin, A, (2008). *Kajian penerapan model praktik keperawatan profesional (MPKP) dalam Pemberian Asuhan Keperawatan di RS*. Jurnal Kesehatan. <http://e-prints.ums.ac.id/1446>. diunduh pada juli 2013.
- Priharjo, R. (2012). *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Rohmiyati, Ana. (2009). *Studi Fenomenologi : Pengalaman Perawat dalam Menerapkan MPKP di RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang*. diakses tanggal 7 juni 2013.  
<http://eprints.undip.ac.id/14822/4/artikel.MPKP>.
- Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (2013). *Data Kepegawaian (SDM) & Medical Record 2012-2013*, Makassar.
- Sitorus, R. (2000). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit. Diktat Bahan Ajar Manajemen Asuhan Keperawatan*. Jakarta, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta: EGC.
- Sitorus, R. (2006). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Sitorus, R. & Yulia. (2006). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit : Panduan Implementasi*. Jakarta: EGC.
- Solihati, I. (2012). *Gambaran Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional Menurut Persepsi Perawat Pelaksana di Irna B RSUP Fatmawati*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung:

Alpabeta.

Swansburg & swansburg, (2000). *Introductory management and leaderships for nurses: An Interactive text* (2 ed.) Canada : Jones & Bartlett Publishers.

Wirawan, (2000). *Gambaran tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap asuhan keperawatan di RSUD Jawa Timur*. Diakses 03 Agustus 2013 dari [http://: www.kepuasan-pasien-terhadap-pelayanan-rawat-inap-RSUD-Jatim/doc](http://www.kepuasan-pasien-terhadap-pelayanan-rawat-inap-RSUD-Jatim/doc).

Zimmerman, B. I. (2007). *Comparing Functional and Team Nursing Models of Care Delivery on Patient Outcomes*. Washington, USA.

**Lampiran 1 : Lembar Observasi Kegiatan Keperawatan di Ruang MPKP VIP,  
Kelas I, & Kelas II/III RS Universitas Hasanuddin**

No.	Kegiatan	Dilaksanakan		Ket.
		Ya	Tidak	
1.	<b>OPERAN (Overan)</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Persiapan (Praoperan) <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Operan dilaksanakan setiap pergantian shift/operan</li> <li>2) Semua pasien yang sedang menjalani perawatan di ruangan baik pasien baru masuk maupun yang sudah lama</li> <li>3) Perawat menyampaikan operan pada perawat berikutnya</li> </ul> </li> <li>b. Pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Kedua kelompok dinas sudah siap atau shif jaga</li> <li>2) Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan</li> <li>3) Kepala ruang/PP/PJ shift membuka acara operan</li> <li>4) Perawat melakukan klarifikasi, tanya jawab, dan validasi</li> <li>5) Kepala ruang/perawat primer/penanggung jawab shift menanyakan kebutuhan pasien kepada perawat shift sebelumnya</li> <li>6) Pengkajian secara penuh</li> <li>7) Lama operan ± 5 menit/klien</li> </ul> </li> <li>c. Pascaoperan <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Diskusi dengan tim &amp; PA</li> <li>2) Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung</li> <li>3) Ditutup oleh kepala ruang/perawat primer</li> </ul> </li> </ul>			
2.	<b>KONFERENSI (Conference)</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Pre Conference</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Dilakukan di meja masing-masing tim</li> <li>2) KaRu/KaTim/PP/PJ shift membuka acara</li> </ul> </li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) Katim/PP menanyakan rencana harian masing-masing perawat pelaksana (PA)</li> <li>4) Katim/PP memberikan masukan dan tindak lanjut terkait dengan asuhan yang diberikan saat itu</li> <li>5) Katim/PP memberikan reinforcement/reward</li> <li>6) Katim/PP/Pj shift menutup acara</li> </ul> <p>b. <i>Post Conference</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Dilakukan di meja masing-masing tim</li> <li>2) Katim/PP menanyakan hasil asuhan masing-masing klien/pasien</li> <li>3) KaRu/Katim/PP/Pj Tim membuka acara</li> <li>4) Katim/PP menanyakan kendala dalam asuhan yang telah diberikan</li> <li>5) Katim/PP menanyakan tindak lanjut asuhan klien yang harus dioperkan kepada perawat shift berikutnya</li> <li>6) Katim/PP menutup acara</li> </ul>			
<p><b>3.</b></p>	<p><b>RONDE KEPERAWATAN (Nursing Round)</b></p> <p>a. Persiapan (Praronde)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Menentukan kasus &amp; topik</li> <li>2) Menentukan tim ronde</li> <li>3) Mencari sumber atau literatur</li> <li>4) Membuat proposal (studi kasus atau resume keperawatan)</li> <li>5) Mempersiapkan pasien : informed consent &amp; pengkajian</li> <li>6) Diskusi dengan anggota tim/PA.</li> </ul> <p>b. Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Penjelasan tentang pasien oleh perawat yang berfokus pada masalah keperawatan</li> <li>2) Diskusi antaranggota tim tentang kasus tersebut</li> <li>3) Pemberian justifikasi oleh</li> </ul>			

	<p>perawat tentang masalah pasien serta rencana tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>c. Pascaronde</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi, revisi dan perbaikan</li> <li>2) Kesimpulan &amp; rekomendasi penegakan diagnosis, intervensi keperawatan selanjutnya.</li> </ol>			
<b>4.</b>	<b>SENTRALISASI OBAT (Pengelolaan logistik &amp; obat)</b>			
	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penanggung jawab pengelolaan obat adalah kepala ruangan yang dapat didelegasikan kepada staf (perawat) yang ditunjuk</li> <li>b. Format sentralisasi obat berisi : nama, no. registrasi, umur, ruangan</li> <li>c. Mekanisme penyimpanan</li> <li>d. Obat yang diterima dicatat dalam buku besar persediaan atau dalam kartu persediaan</li> <li>e. Memeriksa persediaan obat, pemisahan antara obat untuk penggunaan obat oral dan luar</li> <li>f. Mengupdate informasi kardex setiap pergantian shift</li> </ol>			
<b>5.</b>	<b>PERENCANAAN PULANG (Discharge Planning)</b>			
	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persiapan : Mengidentifikasi kebutuhan pemulangan pasien dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang, antar lain : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit</li> <li>2) Kebutuhan psikologis</li> <li>3) Bantuan yang diperlukan pasien</li> <li>4) Pemenuhan kebutuhan aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, minum, eliminasi, dan lain-lain</li> <li>5) Sumber dan sistem yang ada di</li> </ol> </li> </ol>			

	<p>masyarakat</p> <p>6) Sumber finansial</p> <p>7) Fasilitas saat di rumah</p> <p>8) Kebutuhan perawatan dan supervisi di rumah</p> <p>b. Pelaksanaan</p> <p>1) Pemberian HE (Health Education)</p> <p>2) Pembagian brosur/leaflet</p> <p>3) Dilakukan secara kolaboratif serta disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada</p>			
6.	<p><b>SUPERVISI</b></p> <p>a. Pelaksanaan</p> <p>1) Supervisi dilakukan oleh ketua tim terhadap kinerja dari anggotanya dalam melaksanakan askep</p> <p>2) Proses askep secara keseluruhan diproses oleh kepala ruangan</p> <p>3) Supervisi sudah dilaksanakan, namun petunjuk pelaksanaan supervisi belum ada, sehingga tidak ada program kerja supervisi</p> <p>b. Pasca-Supervisi-3F</p> <p>1) Supervisor memberikan nilai supervisi (adil)</p> <p>2) Supervisor memberikan feedback dan klarifikasi</p> <p>3) Supervisor memberikan reinforcement dan follow up perbaikan.</p>			

**Lampiran 2 : INSTRUMEN EVALUASI DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

No	Aspek Yang Dinilai	Kode Berkas Rekam Medik												
<b>A.</b>	<b>Pengkajian</b>													
1.	Pengkajian meliputi pemeriksaan fisik													
2.	Pengkajian meliputi status psikososial-spiritual klien													
3.	Pengkajian meliputi pola hidup klien													
4.	Pengkajian lengkap dilakukan dalam waktu 24 jam setelah klien masuk													
5.	Pengkajian lengkap dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab terhadap klien tersebut													
<b>B.</b>	<b>Diagnosis Keperawatan</b>													
1.	Diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah klien													
2.	Diagnosis keperawatan mencakup tentang masalah psikososial													
3.	Diagnosis keperawatan mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien													
4.	Diagnosis keperawatan dirumuskan dengan benar (PE/PES)													
<b>C.</b>	<b>Perencanaan (Intervensi)</b>													
1.	Rencana asuhan keperawatan dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut													
2.	Terdapat rumusan tujuan keperawatan disertai kriteria evaluasi													
3.	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan observasi keperawatan													
4.	Rencana asuhan keperawatan mencakup terapi keperawatan													
5.	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan pendidikan kesehatan													
6.	Rencana asuhan keperawatan berisi tindakan kolaborasi													
7.	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan yang menggambarkan keterlibatan klien/keluarga													



No	Aspek Yang Dinilai	Kode Berkas Rekam Medik										
<b>D.</b>	<b>Tindakan (Implementasi)</b>											
1.	Tindakan observasi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan											
2.	Tindakan terapi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan											
3.	Tindakan pendidikan kesehatan yang dilakukan didokumentasikan											
4.	Tindakan kolaborasi yang dilakukan didokumentasikan											
5.	Respons klien terhadap tindakan keperawatan didokumentasikan											
<b>E.</b>	<b>Evaluasi</b>											
1.	Diagnosis keperawatan dievaluasi setiap hari sesuai dengan SOAP/SOAPIE											
2.	Diagnosis keperawatan yang sudah teratasi terlihat di dalam dokumentasi											

Cara pengisian :

1. Setiap status rekam medik dinilai berdasarkan penjelasan pada kolom yang ada di atas, dan status pertama menjadi nomor satu pada kolom kode berkas rekam medik.
2. Beri angka satu (1) bila > 75% dokumentasi yang terisi, dan beri angka nol (0) bila kurang dari 75% dokumentasi yang terisi

**Master Tabel  
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Operan**

Ruang	Operan I (Pagi)													Total	Operan II (Pagi)													Total	Operan III (Pagi)													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item
VIP (Lepa-Lepa)	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	11	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	11	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	10
Kelas I (Sandeq)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12
Kelas II/III (Katinting)	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	8	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	10	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	10

Ruang	Operan I (Sore)													Total	Operan II (Sore)													Total	Operan III (Sore)													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item
VIP (Lepa-Lepa)	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	9	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	10	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	10
Kelas I (Sandeq)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	10
Kelas II/III (Katinting)	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	6	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	8	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	8

Ruang	Operan I (Malam)													Total	Operan II (Malam)													Total	Operan III (Malam)													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Item
VIP (Lepa-Lepa)	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	9	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	9	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	8
Kelas I (Sandeq)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	10	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	10	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	11
Kelas II/III (Katinting)	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	7	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	7	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5

Keterangan :  
Ya = 1  
Tidak = 0

**Master Tabel  
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Konferensi**

Ruang	Konferensi I (Pagi)												Total Item	Konferensi II (Pagi)												Total Item	Konferensi III (Pagi)												Total Item
	Pre Conference						Post Conference							Pre Conference						Post Conference							Pre Conference						Post Conference						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
VIP (Lepa-Lepa)	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	<b>6</b>	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	<b>6</b>	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	<b>7</b>
Kelas I (Sandeq)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	<b>10</b>	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	<b>9</b>	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	<b>8</b>
Kelas II/III (Katinting)	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	<b>6</b>	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	<b>7</b>	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	<b>5</b>

Ruang	Konferensi I (Sore)												Total Item	Konferensi II (Sore)												Total Item	Konferensi III (Sore)												Total Item
	Pre Conference						Post Conference							Pre Conference						Post Conference							Pre Conference						Post Conference						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
VIP (Lepa-Lepa)	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	<b>5</b>	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	<b>6</b>	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	<b>8</b>
Kelas I (Sandeq)	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	<b>7</b>	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	<b>8</b>	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	<b>7</b>
Kelas II/III (Katinting)	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	<b>4</b>	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	<b>6</b>	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	<b>6</b>

Keterangan :  
Ya = 1  
Tidak = 0

|

## Lampiran 3

## INSTRUMEN EVALUASI DOKUMENTASI KEPERAWATAN

No	Aspek Yang Dinilai	Kode Berkas Rekam Medik										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>A. Pengkajian</b>		<b>Ruang VIP (Lepa-Lepa)</b>										
1	Pengkajian meliputi pemeriksaan fisik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Pengkajian meliputi status psikososial-spiritual klien	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8
3	Pengkajian meliputi pola hidup klien	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8
4	Pengkajian lengkap dilakukan dalam waktu 24 jam setelah klien masuk	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8
5	Pengkajian lengkap dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab terhadap klien tersebut	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8
<b>B. Diagnosis Keperawatan</b>												
1	Diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah klien	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Diagnosis keperawatan mencakup tentang masalah psikososial	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	7
3	Diagnosis keperawatan mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	7
4	Diagnosis keperawatan dirumuskan dengan benar (PE/PES)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>C. Perencanaan (Intervensi)</b>												
1	Rencana asuhan keperawatan dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	7
2	Terdapat rumusan tujuan keperawatan disertai kriteria evaluasi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan observasi keperawatan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
4	Rencana asuhan keperawatan mencakup terapi keperawatan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan pendidikan kesehatan	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	7
6	Rencana asuhan keperawatan berisi tindakan kolaborasi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
7	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan yang menggambarkan keterlibatan klien/keluarga	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	6

No	Aspek Yang Dinilai	Kode Berkas Rekam Medik										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>D. Tindakan (Implementasi)</b>		<b>Ruang VIP (Lepa-Lepa)</b>										
1	Tindakan observasi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Tindakan terapi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	Tindakan pendidikan kesehatan yang dilakukan didokumentasikan	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	4
4	Tindakan kolaborasi yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	Respons klien terhadap tindakan keperawatan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>E. Evaluasi</b>												
1	Diagnosis keperawatan dievaluasi setiap hari sesuai dengan SOAP/SOAPIE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Diagnosis keperawatan yang sudah teratasi terlihat di dalam dokumentasi	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	7
Total		21	19	17	21	17	20	19	20	22	21	197
Kode		1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	8

Cara pengisian :

- Setiap status rekam medik dinilai berdasarkan penjelasan pada kolom yang ada di atas, dan status pertama menjadi nomor satu pada kolom kode berkas rekam medik.
- Beri angka satu (1) bila > 75% dokumentasi yang terisi, dan beri angka nol (0) bila kurang dari 75% dokumentasi yang terisi

Ya : 1 Tidak : 0

Ket : Teknik Pendokumentasian

Nilai Median =  
> 11,5% dikatakan Baik  
< 11,5% dikatakan Kurang Baik  
Rentang Min-Max = 0 - 23

No	Aspek Yang Dinilai	Kode Berkas Rekam Medik										Ket.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>A. Pengkajian</b>		<b>Ruang Kelas I (Sandeq)</b>										
1	Pengkajian meliputi pemeriksaan fisik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Pengkajian meliputi status psikososial-spiritual klien	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
3	Pengkajian meliputi pola hidup klien	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
4	Pengkajian lengkap dilakukan dalam waktu 24 jam setelah klien masuk	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
5	Pengkajian lengkap dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab terhadap klien tersebut	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>B. Diagnosis Keperawatan</b>												
1	Diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah klien	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Diagnosis keperawatan mencakup tentang masalah psikososial	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
3	Diagnosis keperawatan mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8
4	Diagnosis keperawatan dirumuskan dengan benar (PE/PES)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>C. Perencanaan (Intervensi)</b>												
1	Rencana asuhan keperawatan dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8
2	Terdapat rumusan tujuan keperawatan disertai kriteria evaluasi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan observasi keperawatan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
4	Rencana asuhan keperawatan mencakup terapi keperawatan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan pendidikan kesehatan	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8
6	Rencana asuhan keperawatan berisi tindakan kolaborasi	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8
7	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan yang menggambarkan keterlibatan klien/keluarga	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	6

No	Aspek Yang Dinilai	Kode Berkas Rekam Medik										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>D. Tindakan (Implementasi)</b>		<b>Ruang Kelas I (Sandeq)</b>										
1	Tindakan observasi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Tindakan terapi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	Tindakan pendidikan kesehatan yang dilakukan didokumentasikan	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
4	Tindakan kolaborasi yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	Respons klien terhadap tindakan keperawatan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>E. Evaluasi</b>												
1	Diagnosis keperawatan dievaluasi setiap hari sesuai dengan SOAP/SOAPIE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Diagnosis keperawatan yang sudah teratasi terlihat di dalam dokumentasi	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7
Total		22	20	18	17	20	20	22	21	21	22	203
Kode		1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9

Cara pengisian :

- Setiap status rekam medik dinilai berdasarkan penjelasan pada kolom yang ada di atas, dan status pertama menjadi nomor satu pada kolom kode berkas rekam medik.
- Beri angka satu (1) bila > 75% dokumentasi yang terisi, dan beri angka nol (0) bila kurang dari 75% dokumentasi yang terisi

Ya : 1 Tidak : 0

Ket : Teknik Pendokumentasian

Nilai Median =

> 11,5% dikatakan Baik

< 11,5% dikatakan Kurang Baik

Rentang Min-Max = 0 - 23

No	Aspek Yang Dinilai	Kode Berkas Rekam Medik										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>A. Pengkajian</b>		<b>Ruang Kelas II/III (Katinting)</b>										
1	Pengkajian meliputi pemeriksaan fisik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Pengkajian meliputi status psikososial-spiritual klien	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	7
3	Pengkajian meliputi pola hidup klien	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	7
4	Pengkajian lengkap dilakukan dalam waktu 24 jam setelah klien masuk	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	7
5	Pengkajian lengkap dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab terhadap klien tersebut	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8
<b>B. Diagnosis Keperawatan</b>												
1	Diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah klien	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Diagnosis keperawatan mencakup tentang masalah psikososial	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	6
3	Diagnosis keperawatan mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	7
4	Diagnosis keperawatan dirumuskan dengan benar (PE/PES)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>C. Perencanaan (Intervensi)</b>												
1	Rencana asuhan keperawatan dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7
2	Terdapat rumusan tujuan keperawatan disertai kriteria evaluasi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan observasi keperawatan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
4	Rencana asuhan keperawatan mencakup terapi keperawatan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan pendidikan kesehatan	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7
6	Rencana asuhan keperawatan berisi tindakan kolaborasi	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	7
7	Rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan yang menggambarkan keterlibatan klien/keluarga	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	5

No	Aspek Yang Dinilai	Kode Berkas Rekam Medik										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>D. Tindakan (Implementasi)</b>		<b>Ruang Kelas II/III (Katinting)</b>										
1	Tindakan observasi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Tindakan terapi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	Tindakan pendidikan kesehatan yang dilakukan didokumentasikan	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
4	Tindakan kolaborasi yang dilakukan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	Respons klien terhadap tindakan keperawatan didokumentasikan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>E. Evaluasi</b>												
1	Diagnosis keperawatan dievaluasi setiap hari sesuai dengan SOAP/SOAPIE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Diagnosis keperawatan yang sudah teratasi terlihat di dalam dokumentasi	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	5
Total		19	17	18	18	19	17	20	19	18	20	185
Kode		1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8

Cara pengisian :

- Setiap status rekam medik dinilai berdasarkan penjelasan pada kolom yang ada di atas, dan status pertama menjadi nomor satu pada kolom kode berkas rekam medik.
- Beri angka satu (1) bila > 75% dokumentasi yang terisi, dan beri angka nol (0) bila kurang dari 75% dokumentasi yang terisi

Ya : 1      Tidak : 0

Ket : Teknik Pendokumentasian

Nilai Median =

> 11,5% dikatakan Baik

< 11,5% dikatakan Kurang Baik

Rentang Min-Max = 0 - 23

**Distribusi Frekuensi Kegiatan Ruang MPKP : Instalasi Rawat Inap VIP, Kelas I, dan Kelas II/III RS Univesitas Hasanuddin**

No.	Ruangan	Kegiatan	Shift (Pagi)						Total (%)	Shift (Sore)						Total (%)	Shift (Malam)						Total (%)
			1		2		3			1		2		3			1		2		3		
			f	%	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%	
1.	VIP (Lepa-Lepa)	1. Operan (Overan)	11	84,61	11	84,61	10	76,9	<b>82,04</b>	9	69,2	10	76,92	10	76,92	<b>74,35</b>	9	69,23	9	69,23	8	61,53	<b>66,66</b>
		2. Konferensi																					
		a. Pre conferens	3	50	3	50	5	83,3	<b>61,11</b>	3	50	3	50	4	66,67	<b>55,6</b>							
		b. Post conferens	3	50	3	50	2	33,3	<b>44,43</b>	2	33,3	3	50	4	66,67	<b>50</b>							
2.	Kelas I (Sandeq)	1. Operan (Overan)	12	92,3	12	92,3	12	92,3	<b>92,30</b>	10	76,92	11	84,61	10	76,92	<b>79,48</b>	10	76,92	10	76,92	11	84,61	<b>79,48</b>
		2. Konferensi																					
		a. Pre conferens	5	83,3	4	66,67	4	66,67	<b>72,21</b>	3	50	4	66,67	4	66,67	<b>61,11</b>							
		b. Post conferens	5	83,3	5	83,3	4	66,67	<b>77,76</b>	4	66,67	4	66,67	3	50	<b>61,11</b>							
3.	Kelas II/III (Katinting)	1. Operan (Overan)	8	61,53	10	76,92	10	76,92	<b>71,79</b>	6	46,15	8	61,53	8	61,53	<b>56,40</b>	7	53,84	7	53,84	5	38,46	<b>48,71</b>
		2. Konferensi																					
		a. Pre conferens	3	50	3	50	3	50	<b>50</b>	2	33,3	3	50	3	50	<b>44,43</b>							
		b. Post conferens	3	50	4	66,67	2	33,3	<b>55,6</b>	2	33,3	3	50	3	50	<b>44,43</b>							

Keterangan :

A. Kegiatan konferensi : nilai pre dan post conferens di jumlahkan kemudian dibagi dengan dua (pagi & sore)

1. VIP	= Pre	61,11 + 55,6	= 116,7/2	= 58,35%
	= Post	44,43 + 50	= 94,43/2	= 47,21%
2. Kelas I	= Pre	72,21 + 61,11	= 133,32/2	= 66,66%
	= Post	77,76 + 61,11	= 138,87/2	= 69,44%
3. Kelas II/III	= Pre	50 + 44,43	= 94,43/2	= 47,21%
	= Post	55,6 + 44,43	= 100,03/2	= 50,01%



B. Pelaksanaan *discharge planning* diukur/observasi sebanyak 3x/ruangan :

1. VIP (Lepa-Lepa') :

a. 6 = 54,54%

b. 4 = 36,36%

c. 5 = 45,45%

persentase (%) :  $a+b+c = 136,35/3 = 45,45\%$

2. Kelas I (Sandeq) :

a. 5 = 45,45%

b. 7 = 63,63%

c. 7 = 63,63%

persentase (%) :  $a+b+c = 172,71/3 = 57,57\%$

3. Kelas II/III (Katinting) :

a. 4 = 36,36%

b. 5 = 45,45%

c. 5 = 45,45%

persentase (%) :  $a+b+c = 127,26/3 = 42,42\%$



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (PSIK)**  
JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM. 10 MAKASSAR 90245  
TELP : 0411-586010, 586296 FAX. 0411 - 586297

08 Juli 2013

Nomor : 417/UN.4.7.4.1.27/PL.02/2013  
Hal : Izin Penelitian

Kepada  
Yth. : Direktur RS. Universitas Hasanuddin

di -  
Tempat

Dengan hormat, dalam rangka penyelesaian studi Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, maka dengan ini dimohon kiranya Mahasiswa yang tersebut namanya di bawah ini :


Nama : Suharno Usman

No. Pokok : C12112612

Judul Penelitian : GAMBARAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) DI RS.UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR

dapat diberikan izin penelitian untuk penyusunan skripsi di RS.UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR pada tanggal 12 Agustus s/d 12 September 2013.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Program,  
  
Dr. Werna Nentji, S.Kp, M.Kep  
NIP. 19500114/197207 2001



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN & KEBUDAYAAN  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Sekretariat: Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245  
Telp: (0411) 591 331 Fax: (0411) 591332, email: [rs\\_unhas@yahoo.com](mailto:rs_unhas@yahoo.com)

**SURAT KETERANGAN**

NO. : 280 /UN4.32.2/UM.15/2014

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar yang menerangkan bahwa :

Nama : Suharno Usman  
NIM : C12112612  
Institusi : Prodi Keperawatan, Fakultas Kedokteran Unhas  
Judul Penelitian : Gambaran Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap VIP, Kelas 1, dan Kelas 2&3 RS Unhas Makassar

telah menjalankan kegiatan penelitian di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar, sejak tanggal 12 Agustus – 12 Oktober 2013 dan dinyatakan bebas tunggakan.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 23 Januari 2014

**Direktur Pendidikan Pelatihan dan Penelitian**

  
**dr. A. Kurnia Bintang, Sp., S.MARS**  
NIP. 196405021991032001