

TESIS

**OPTIMALISASI MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN
PROFESIONAL DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN
PRIMER DALAM MENINGKATKAN MUTU
ASUHAN KEPERAWATAN**

(Riset Operasional di RSUD Mataram)

No.
T.H. 07, 07
Ker
0



GUSTI BAGUS KERTAYASA

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**



TESIS

**OPTIMALISASI MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN
PROFESIONAL DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN
PRIMER DALAM MENINGKATKAN MUTU
ASUHAN KEPERAWATAN
(Riset Operasional di RSUD Mataram)**

Untuk memperoleh Gelar Magister
dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat Administrasi Rumah Sakit
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh :

GUSTI BAGUS KERTAYASA
NIM. 090410808/L

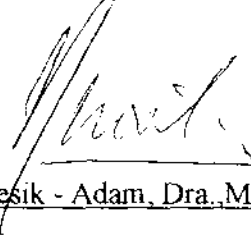
**PROGRAM MAGISTER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2006**

LEMBARAN PENGESAHAN

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL : 28 JULI 2006**

Oleh :

Pembimbing Ketua,



M. R. Emma Pesik - Adam, Dra. MARS

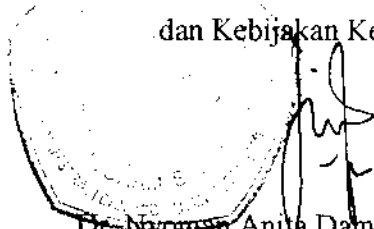
Pembimbing,



Ratna Dwi Wulandari, SKM., M.Kes
NIP. 132 230 983

Mengetahui :

Ketua Program Studi Administrasi
dan Kebijakan Kesehatan,



Dr. Noorhan Anisa Damayanti, drg., MS
NIP. 131 871 470

PENETAPAN PANITIA PENGUJIAN TESIS

Telah diuji pada :

Tanggal 15 Agustus 2006

PANITIA PENGUJI TESIS

Panitia Penguji

Ketua : Prof. Dr. S. Supriyanto,dr.,MS

Anggota :

1. M. R. Emma Pesik Adam, Dra.,MARS
2. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg.,MS
3. Ratna Dwi Wulandari, SKM.,M.Kes
4. Drs. M. Bagus Qomaruddin, MSc.
5. Purwaningsih, SKp.,MARS

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya. Penulis menyadari bahwa terwujudnya tesis ini bukanlah semata-mata karya penulis pribadi melainkan atas bantuan dari berbagai pihak.

Sehubungan dengan hal tersebut perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu M.R. Emma Pesik - Adam, Dra.,MARS selaku pembimbing ketua dan Ibu Ratna Dwi Wulandari, Dra.,M.Kes, sebagai pembimbing kedua dengan kesibukan beliau masih menyempatkan waktunya untuk memberikan bimbingan, dorongan, kritik dan saran dari masalah penetapan judul sampai dengan tesis.
2. Bapak Widodo J. Pudjirahardjo dr.,MS.,MPH,Dr.PH., selaku Ketua Minat Studi MARS yang telah memotivasi dan membimbing kami dalam penyelesaian tesis.
3. Ibu Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg.,MS, Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang banyak memberikan bimbingan dan dorongan dalam penyelesaian tesis.
4. Bapak Prof. Dr. S. Supriyanto,dr.,MS dan Ibu Purwaningsih, SKp.,MARS serta Bapak Drs. M. Bagus Qomaruddin, Msc, selaku penguji perkenan meluangkan waktunya, bantuan serta dorongan dalam ujian tesis.
5. Direktur Pascasarjana Universitas Airlangga atas kesempatan yang diberikan kepada penulis menjadi mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

6. Bapak H. Slamet Tjahjono, dr.,Sp.P, selaku Direktur RSUD Mataram yang telah memberikan ijin survei pendahuluan dalam penyelesaian tesis ini.
7. Bapak H. Lalu Marzuki, drs., M.Kes, selaku Kepala Bidang Keperawatan RSUD Mataram dan jajarannya yang telah banyak membantu dalam proses pencarian data pendukung tesis.
8. Seluruh perawat di RRI Cempaka yang dijadikan sebagai responden dan sekaligus sebagai peserta pelatihan yang telah banyak membantu guna kelancaran pelaksanaan penelitian ini.
9. Seluruh pasien dan keluarganya yang dirawat di RRI Cempaka RSUD Mataram sebagai responden yang telah meluangkan waktunya untuk diwawancarai selama penelitian ini.
10. Semua kolega dan teman-teman seangkatan yang telah memberikan bantuan dan sumbangan pikiran serta semangat sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Dan akhirnya saya ucapkan terima kasih kepada istri tercinta dan anak-anak tersayang atas pengorbanan waktu dorongan semangat dan dukungan doa sampai selesainya tesis ini.

Mataram, Juli 2006

Penulis

RINGKASAN

Optimalisasi Model Praktik Keperawatan Profesional dengan Modifikasi Keperawatan Primer dalam meningkatkan Mutu Asuhan Keperawatan (Riset Operasional di RSUD Mataram)

Model praktek keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang dapat mendukung asuhan keperawatan. Pada aspek struktur ditetapkan jumlah tenaga keperawatan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien, jenis tenaga disuatu ruang rawat yaitu kepala ruangan, *Clinical Care Manager (CCM)*, Perawat Primer (PP) dan Perawat Asosiet (PA) serta standar rencana perawatan. Pada aspek proses ditetapkan penggunaan metoda modifikasi keperawatan primer. Metode modifikasi perawatan primer merupakan kombinasi dari kedua metode tim dan primer, diharapkan kontinuitas asuhan keperawatan dan akontabilitas asuhan keperawatan terdapat pada perawat primer. Pelayanan keperawatan sebagai inti dari praktik keperawatan profesional menuntut kemampuan perawat untuk dapat berperan sebagai pengelola pelayanan keperawatan melalui pelaksanaan MPKP sehingga mutu asuhan keperawatan dapat ditingkatkan.

RSU Mataram tahun 2004 mencoba menerapkan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di 4 (empat) ruangan rawat inap antara lain Cempaka, Kenanga, Dahlia dan Seruni. Hasil survei pendahuluan menunjukkan bahwa ruangan yang menerapkan MPKP belum mempunyai struktur ketenagaan, uraian tugas dan fasilitas MPKP. Kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan masih belum optimal terlihat dari ketidaklengkapan dokumen asuhan keperawatan pasien berdampak terhadap kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka masalah penelitian ini adalah pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer belum optimal, hal ini dikarenakan faktor organisasi rumah sakit, perawat dan asuhan keperawatan.

Tujuan penelitian ini adalah mengoptimalkan pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Desain penelitian menggunakan penelitian operasional dengan melakukan pengukuran sebelum dan sesudah intervensi terhadap kondisi ketenagaan (jumlah, jenis tenaga MPKP, pengetahuan perawat), pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer meliputi tugas dan tanggung jawab, dokumentasi keperawatan, nilai-nilai profesional dan kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya serta pengukuran terhadap indikator keberhasilan MPKP yakni kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan dan kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan. Penelitian ini dilakukan di RRI Cempaka RSUD Mataram karena ruangan tersebut dijadikan *training center* dan sebagai *revenue center* selama dua setengah bulan mulai tanggal 20 Maret 2006 sampai dengan 3 Juni 2006. Jumlah sampel perawat 21 orang

dan pasien sebanyak 80 orang dengan tehnik pengambilan sampel adalah purposif sampel. Tehnik analisis data menggunakan uji statistik Wilcoxon Sign Rank Test khusus variabel pengetahuan dan kepatuhan perawat.

Hasil penelitian menunjukkan jumlah tenaga perawat yang tersedia dibandingkan dengan jumlah tenaga berdasarkan perhitungan derajat ketergantungan pasien cukup memadai dalam mendukung pelaksanaan MPKP. Untuk tenaga *Clinical Care Manager (CCM)* belum tersedia. Sebagian besar dan tanggung jawab dalam MPKP sudah dilaksanakan kecuali merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan dan melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal 3 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien. Pada dokumentasi keperawatan formulir yang tersedia belum terdapat kolom tanda tangan format pengkajian dan perumusan tujuan pada standar rencana keperawatan. Fasilitas MPKP sebagian besar sudah dipenuhi sedangkan mengenai papan nama yang digantung pada tempat tidur pasien belum disediakan, sementara formulir seperti infus, obat-obatan digantung pada tempat tidur pasien. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya sebagian besar sudah dilaksanakan oleh PP sedangkan yang belum dilaksanakan adalah keberadaan ronde antar profesional yang dikoordinir oleh PP. Nilai profesional dalam pengembangan MPKP sudah dilaksanakan hanya pelaksanaan komunikasi yang belum optimal dari perawat dalam memberikan asuhan keperawatan seperti penjelasan sebelum melakukan tindakan keperawatan, obat yang digunakan, orientasi dan penjelasan pendidikan kesehatan. Evaluasi hasil intervensi menunjukkan adanya perubahan struktur ketenagaan MPKP, peningkatan pengetahuan sebesar 11,27 %, peningkatan proses penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer, kepatuhan perawat terhadap asuhan keperawatan sebesar 17,18 % serta kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan juga meningkat.

Kesimpulan yang didapat adalah optimalisasi penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer berpengaruh terhadap mutu asuhan keperawatan.

Beberapa saran berdasarkan hasil penelitian adalah diperlukan peningkatan pendidikan Ners Spesialis bagi perawat yang berprestasi untuk menjadi CCM, evaluasi asuhan keperawatan meliputi persepsi, dokumentasi, implementasi dan pentingnya pelatihan komunikasi terapeutik serta pembinaan MPKP secara berkelanjutan.

SUMMARY

Optimizing Professional Nursing Practice Model with Primary Nursing Modification to Improve the Quality of Nursing Care (An Operational Research at Mataram General Hospital)

Professional Nursing Practice Model (PNPM) is a system (structure, process, and professional values) which enables a professional nurse to provide nursing care and to manage a supportive environment. In structural aspect, the number of nursing personnel is decided based on the number of patient according to patient's degree of dependency. The type of personnel in a ward consists of Clinical Care Manager (CCM), Primary Nurse (PN), and Associate Nurse (AN) plus a nursing care standard plan. Primary Nursing Modification Method is a combination of team and primary nursing methods. The continuity and the accountability of nursing care is expected to be on the shoulder of Primary Nurse. Nursing care as the core of professional nursing practice, demands nurse's ability to perform as the executor of nursing care through the application of PNPM with one goal to improve nursing care quality.

Mataram General Hospital (MGH) in 2004 had tried to apply PNPM first level with primary nursing modification method at four inpatient wards i.e. Cempaka, Kenanga, Dahlia, and Seruni. A preliminary survey at MGH disclosed that those four wards practicing PNPM were not equipped with personnel structure, job description, and PNPM facilities. Nurse compliance in practicing standard nursing care was not optimal, proven by incomplete nursing care documents which effecting patient's dissatisfaction towards nursing service. Based on these facts, the problem presented in this research was the execution of PNPM first level with primary nursing modification was not yet optimal due to hospital organization, nurses and nursing care factors.

The aim of this research was to optimize the execution of PNPM first level with primary nursing modification at Mataram General Hospital in an effort to improve the quality of nursing care. This was an operational research, measuring: 1) pre and post-intervention to personnel's condition (number, type, knowledge); 2) the execution of PNPM first level with primary nursing modification consisted of job and responsibility, nursing care documentation, professional values and joint-cooperative work between PN, AP and other health personnel; and 3) the PNPM success indicator, that was nurse compliance towards nursing care standard and the satisfaction of patient/family to nursing service. The research took place at Cempaka ward of MGH due to the utilization of that ward for 2.5 months (March 20 until June 3, 2006) as training and revenue centers. Respondents (primary data) were 40 patients (pre test), 40 (post test), and total population of nurses (21 people) amounting to total 101 respondents, while the secondary data was from MGH medical record.

The research result showed that the number of available nurses compared to the number of personnel based on patient's degree of dependency was in proportion to support the application of PNPM. No Clinical Care Manager was available. Most of PNPM duty and responsibility had been executed except for planning and actuating

nursing care evaluation and meeting with patients and their relatives to discuss patient's nursing service condition (minimal within 3 days after admittance). In nursing document, inside the form, there was no column for signature for goal formulation and assessment of Standard Nursing Planning. Most PNPM facilities were on hand but the name board on patient's bed did not exist, instead, intravenous drip and medicine forms were hanged on patient's bed. Joint-cooperative work between PN, AP and other health personnel for most part was already practiced by PN except the existence of patient's rounds among professionals coordinated by PN. Professional values in developing PNPM was actuated, yet nurse's communication in delivering nursing care was not optimal, for instance nurse's insufficient explanation prior to do nursing measures, no clarification of medicines/drugs used, no health orientation and health education briefings.

Evaluation of intervention result showed that there was a change of PNPM personnel structure, 11.27% knowledge improvement, improved process of the execution of PNPM first level with primary nursing modification, 17.18% improved nurse's compliance towards nursing care standard, increased patient's satisfaction to nursing care. The statistical test with Wilcoxon Sign Rank test ($\alpha = 0.05$) showed nurse's knowledge and compliance towards nursing care standard had a significant difference between pre and post-intervention ($p=0.000$).

Several suggestions based on the research result are: 1) improving education to be Specialist Nurses (SN); 2) for Specialist Nurses with good performance to become CCM; 3) evaluating nursing care comprises of perception, documentation, and implementation, 4) emphasizing the importance of therapeutic communication training, and: 5) sustaining continuous Professional Nursing Practice Model supervision.

ABSTRACT

**Optimizing Professional Nursing Practice Model with
Primary Nursing Modification to Improve the Quality of Nursing Care
(An Operational Research at Mataram General Hospital)**

Mataram General Hospital (MGH) in 2004 had tried to apply PNPM first level with primary nursing modification method at four inpatient wards. The problem presented in this research was the execution of PNPM first level with primary nursing modification had not been optimal due to hospital organization, nurses and nursing care factors.

The aim of this research was to optimize the execution of PNPM first level with primary nursing modification at MGH to improve the quality of nursing care. This was an operational research, measuring: 1) pre and post-intervention to personnel's condition; 2) the execution of PNPM first level with primary nursing modification; and 3) the PNPM success indicator, that was nurse compliance towards nursing care standard and the satisfaction of patient/family to nursing service. The research took place at Cempaka ward of MGH from March 20 until June 3, 2006. Respondents (primary data) were 40 patients (pre test), 40 (post test), and total population of nurses (21 people) amounting to total 101 respondents, while the secondary data was from MGH medical record.

The research result showed that the number of available nurses compared to the number of personnel based on patient's degree of dependency was in proportion to support the application of PNPM. No Clinical Care Manager was available. Most of PNPM duty and responsibility had been executed except for planning and actuating nursing care evaluation and meeting with patients and their relatives to discuss patient's nursing service condition (minimal within 3 days after admittance). In nursing document, inside the form, there was no column for signature for goal formulation and assessment of Standard Nursing Planning. Most PNPM facilities were on hand but the name board on patient's bed did not exist, instead, intravenous drip and medicine forms were hanged on patient's bed. Joint-cooperative work between PN, AP and other health personnel for most part was already practiced by PN except the existence of patient's rounds among professionals coordinated by PN. Professional values in developing PNPM was actuated, yet nurse's communication in delivering nursing care was not optimal.

Evaluation of intervention result showed that there was a change of PNPM personnel structure, 11.27% knowledge improvement, improved process of the execution of PNPM first level with primary nursing modification, 17.18% improved nurse's compliance towards nursing care standard, and 32.26% increased patient's satisfaction to nursing care. The statistical test with Wilcoxon Sign Rank test ($\alpha= 0.05$) showed nurse's knowledge and compliance towards nursing care standard had a significant difference between pre and post-intervention ($p=0.000$).

Key words: Professional Nursing Practice Model, Primary Nursing Modification, Nurse's compliance, patient's satisfaction

DAFTAR ISI

Sampul Dalam	i
Sampul Depan	ii
Persyaratan Gelar	iii
Lembar Pengesahaan	iv
Penetapan Panitia Penguji	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Ringkasan	viii
Summary	x
Abstract	xii
Daftar Isi	xiii
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xix
Daftar Lampiran	xx
Daftar Singkatan	xxii
BAB 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Identifikasi Penyebab Masalah	12
1.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah	23
1.3.1 Pembatasan masalah	23
1.3.2 Rumusan masalah	24
1.4 Tujuan Penelitian	25
1.4.1 Tujuan umum	25
1.4.2 Tujuan khusus	25
1.5 Manfaat Penelitian	26
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	28
2.1 Riset Operasional	28
2.2 Asuhan Keperawatan	31
2.3 Dokumentasi Keperawatan	36
2.4 Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP)	41
2.5 Nilai-nilai Profesional Dalam Praktek Keperawatan	61
2.6 Kerjasama Profesional Anantara PP,PA dan Tenaga Kesehatan lainnya ..	63
2.7 Kepuasan Pelanggan	65
BAB 3 : KERANGKA KONSEPTUAL	72

BAB 4 : METODE PENELITIAN	74
4.1 Desain Penelitian	74
4.2 Subyek Penelitian	74
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	76
4.4 Kerangka Operasional Penelitian	78
4.5 Variabel Penelitian	79
4.6 Definisi Operasional, Cara Pengukuran	79
4.7 Instrumen Penelitian	84
4.8 Pengumpulan Data	85
4.9 Analisa Data	86
BAB 5 : HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS PENELITIAN	87
5.1 Gambaran Umum RSUD Mataram	87
5.2 Gambaran Deskriptif Responden Penelitian	92
5.3 Gambaran Deskriptif Variabel Penelitian dan Analisisnya	98
BAB 6 : PEMBAHASAN	136
6.1 Kondisi Tenaga Perawat	136
6.2 Pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan Modifikasi Keperawatan Primer ..	138
6.3 Kepatuhan Perawat terhadap Standar Asuhan Keperawatan berdasarkan Dokumentasi Keperawatan	146
6.4 Kepuasan Pasien/Keluarga terhadap Pelayanan Keperawatan	149
6.5 Kendala yang Dihadapi dalam Pelaksanaan MPKP	150
dengan Modifikasi Keperawatan Primer	
6.6 Optimalisasi MPKP Tingkat I dengan Modifikasi Keperawatan Primer	152
6.7 Evaluasi dan Analisis Hasil Pelaksanaan Optimalisasi MPKP dengan Modifikasi Keperawatan Primer	156
6.8 Evaluasi dan Analisis Kondisi Tenaga Perawat Hasil Optimalisasi Penerapan MPKP Tingkat I dengan Modifikasi Keperawatan Primer ...	157
6.9 Evaluasi dan Analisis Kepatuhan Perawat terhadap Standar Asuhan Keperawatan melalui Dokumentasi Asuhan Keperawatan Hasil Penerapan MPKP Tingkat I dengan Modifikasi Keperawatan Primer ...	158
6.10 Evaluasi dan analisis Kepuasan Pasien/Keluarga terhadap Hasil penerapan MPKP Tingkat I dengan Modifikasi Keperawatan Primer	160
BAB 7 : KESIMPULAN DAN SARAN	163
7.1 Kesimpulan	163
7.2 Saran	165
Daftar Pustaka	168

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Metode asuhan keperawatan yang digunakan di ruang rawat inap RSU Mataram tahun 2004 – 2005	6
1.2 Hasil pengamatan MPKP Pemula di ruang perawatan RSU Mataram	7
1.3 Alasan responden MPKP belum optimal di ruang rawat inap RSU Mataram	8
1.4 Kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap RSU Mataram	9
1.5 Kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan di ruang rawat inap Cempaka, Mawar, Kenanga, Seruni RSU Mataram ...	10
1.6 Tingkat kepuasan pasien dan keluarganya terhadap asuhan keperawatan di ruang rawat inap Cempaka, Mawar, Kenanga, Seruni RSU Mataram ...	11
2.1 MPKP dan spesifikasinya	54
4.1 Jumlah pasien yang dirawat di ruang rawat inap Cempaka RSU Mataram tahun 2004	75
4.2 Jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan pada suatu ruang rawat yang menerapkan MPKP dengan modifikasi primer	80
5.1 Jumlah karyawan RSU Mataram sampai dengan Desember tahun 2005	88
5.2 Hasil kinerja pelayanan RSU Mataram tahun 2002 s/d 2005.....	91
5.3 Hasil kinerja pelayanan RRI Cempaka RSU Mataram bulan Juli s/d Desember tahun 2005	92
5.4 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan umur di Ruang Rawat Inap Cempaka RSU Mataram tahun 2006	93
5.5 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan jenis kelamin di Ruang Rawat Inap Cempaka RSU Mataram tahun 2006	93
5.6 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan pendidikan di Ruang Rawat Ina Cempaka RSU Mataram tahun 2006	94

5.7	Distribusi frekuensi perawat berdasarkan status kepegawaian di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006	94
5.8	Distribusi frekuensi perawat di RRI Cempaka berdasarkan lama kerja di RSUD Mataram tahun 2006	95
5.9	Distribusi frekuensi pasien / keluarga berdasarkan umur di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006	96
5.10	Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan jenis kelamin di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006	96
5.11	Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan pendidikan di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram	97
5.12	Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan pekerjaan di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram	98
5.13	Jenis ketenagaan MPKP sebelum intervensi di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006	99
5.14	Distribusi pengetahuan perawat tentang MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram	100
5.15	Distribusi frekuensi perawat berdasarkan katagori pengetahuan tentang MPKP	101
5.16	Distribusi frekuensi sikap perawat terhadap nilai profesional dalam pengembangan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram	111
5.17	Distribusi frekuensi perawat berdasarkan sikap perawat terhadap nilai Profesional dalam pengembangan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram	112
5.18	Distribusi frekuensi perawat berdasarkan kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya di RRI Cempaka RSUD Mataram	113
5.19	Distribusi frekuensi perawat berdasarkan tingkat kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya di RRI Cempaka RSUD Mataram.	114
5.20	Distribusi frekuensi kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan berdasarkan pengamatan dokumen asuhan keperawatan di RRI Cempaka RSUD Mataram	115

5.21	Distribusi frekuensi tingkat kepatuhan perawat berdasarkan pengamatan dokumentasi asuhan keperawatan di RRI Cempaka RSUD Mataram	117
5.22	Tingkat kepuasan pasien/keluarganya terhadap pelayanan keperawatan di RRI Cempaka RSUD Mataram	118
5.23	Distribusi frekuensi/keluarga berdasarkan katagori kepuasan pasien Terhadap asuhan keperawatan	119
5.24	Masalah yang dihadapi perawat dalam pelaksanaan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram	120
5.25	Jumlah kebutuhan tenaga perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien di RRI Cempaka RSUD Mataram	123
5.26	Distribusi pengetahuan perawat tentang MPKP setelah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram	125
5.27	Distribusi frekuensi perawat berdasarkan katagori pengetahuan tentang MPKP	126
5.28	Total skor pengetahuan perawat tentang MPKP masing-masing perawat sebelum dan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram	126
5.29	Distribusi frekuensi kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan berdasarkan pengamatan dokumentasi asuhan keperawatan di RRI Cempaka RSUD Mataram	128
5.30	Distribusi frekuensi tingkat kepatuhan perawat berdasarkan pengamatan dokumen asuhan keperawatan di RRI Cempaka RSUD Mataram	130
5.31	Total skor kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan berdasarkan dokumentasi asuhan keperawatan pasien sebelum dan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram	131
5.32	Distribusi jawaban pasien/keluarga tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan setelah Intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram	133
5.33	Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan katagori kepuasan terhadap pelayanan keperawatan di RRI Cempaka RSUD Mataram	134

5.34	Tingkat kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan sebelum dan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram	134
5.35	Pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer evaluasi hasil optimalisasi di RRI Cempaka RSUD Mataram	135

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1.1 Identifikasi Penyebab Masalah	13
2.1 Model Rancangan Pra dan Pasca ntervensi	31
2.2 Skema MPKP	43
2.3. Struktur Ketenagaan Keperawatan pada MPKP	47
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	72
4.1 Kerangka Operasional Penelitian	78
5.1 Struktur organisasi RRI Cempaka RSUD Mataram	99
5.2 Struktur ketenagaan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram Setelah Intervensi	122

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	halaman
1. Kuesoner pengetahuan perawat tentang MPKP	171
2. Kuesioner nilai profesional dalam pengembangan MPKP	175
3. Kuesioner perawat tentang masalah yang dihadapi dalam pelaksanaanMPKP	176
4. Ceklyst observasi pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer	177
5. Ceklyst observasi jenis ketenagaan MPKP	181
6. Ceklyst observasi kebutuhan tenaga perawat di RRI Cempaka	182
7. Instrumen evaluasi kepatuhan perawat terhadap SAK	183
8. Kuesioner evaluasi kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan	185
9. Kerangka acuan pelatihan MPKP	188
10. Jadwal pelatihan MPKP	192
11. Materi pelatihan MPKP	194
12. Absensi peserta pelatihan	209
13. Dokumen asuhan keperawatan RSUD Mataram	215
14. Kesepakatan perawat tentang standar MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RRI Cempaka	224
15. Format orientasi bagi pasien dan keluarga	235
16. Petunjuk pelaksanaan konfrens	237
17. Petunjuk pelaksanaan ronde keperawatan	240
18. Jawaban perawat tentang nilai-nilai profesional dalam pengembangan MPKP	243
19. Jawaban perawat tentang kerjasama PP, PA, tenaga kesehatan lainnya	244
20. Jawaban pengetahuan perawat tentang MPKP	245
21. Uji statistik Wilcoxon Signed Ranks Test pengetahuan perawat	247
22. Kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan berdasarkan observasi dokumen aspek pasien	248

23. Uji statistik Wilcoxon Signed Ranks Test kepatuhan perawat standar asuhan keperawatan	252
24. Jawaban responden tentang kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan	253
25. Ijin penelitian	257

DAFTAR SINGKATAN

MPKP	= Model Praktik Keperawatan Profesional
CCM	= <i>Clinical Care Management</i>
PP	= Perawat Primer
PA	= Perawat Asosiet
SAK	= Standar Asuhan Keperawatan
Askep	= Asuhan Keperawatan
Renpra	= Rencana Keperawatan
RRI	= Ruang Rawat Inap

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Di dalam Sistem Kesehatan Nasional disebutkan bahwa pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Guna mencapai tujuan tersebut berbagai upaya dilaksanakan oleh pemerintah diantaranya pengembangan sumber daya manusia kesehatan dan menghimpun Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) secara terpadu, salah satunya yakni pemberian pelayanan Rumah Sakit (Depkes. RI, 2004).

Rumah sakit saat ini merupakan institusi yang kompleks, dinamis padat modal dan padat karya yang multi disiplin, serta dipengaruhi oleh lingkungan yang selalu berubah. Oleh karena itu rumah sakit tetap dituntut untuk menjalankan misinya sebagai institusi pelayanan sosial dengan mengutamakan pelayanan kepada masyarakat banyak dan harus selalu memperhatikan etika pelayanan dengan tetap memperhatikan prinsip ekonomi.

Dengan demikian pengelolaan rumah sakit sifatnya sangat spesifik yang harus selalu menyelaraskan berbagai kebutuhan, nilai dan prinsip manajemen modern agar pelayanan dapat diberikan secara bermutu, efektif dan efisien. Manajemen rumah sakit harus dapat menyesuaikan dengan kemajuan dan perkembangan teknologi serta mengantisipasi berbagai perubahan dengan mengembangkan proses berkelanjutan (*sustainability*), dapat

dipercaya (*accountability*), dapat dipertanggungjawabkan (*responsibility*), serta dapat menjawab tantangan (Aditama, 2000).

Peningkatan pendidikan dan keadaan sosial ekonomi penduduk serta kemajuan teknologi di bidang kesehatan, akan mendorong makin meningkatnya perhatian dan tuntutan masyarakat termasuk pelayanan rumah sakit kearah pelayanan yang bermutu yang berorientasi kepada kebutuhan pelanggan. Yang dimaksud pelanggan disini selain pasien dan keluarganya termasuk dokter, perawat, karyawan lainnya, penanggung biaya dan pemasok yang secara keseluruhan harus memperhatikan harapan dan kebutuhannya sehingga terjadi interaksi positif dalam pemberian pelayanan rumah sakit.

Produk yang ditawarkan rumah sakit adalah jasa, yang sangat padat karya sehingga peranan sumber daya manusia dalam memberikan jasa pelayanan sangat besar. Mindset atau sikap mental yang mapan dari organisasi serta seluruh komponen sumber daya yang dimiliki rumah sakit harus dipersiapkan dalam menghadapi perubahan lingkungan rumah sakit (Setyawan, 2001).

Salah satu produk pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit adalah pelayanan keperawatan yang tidak dapat dipisahkan dari pelayanan rumah sakit. Pelayanan keperawatan sebagai bentuk kegiatan utama dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat belum dapat diwujudkan sebagai pelayanan yang berkualitas. Keadaan aktual pelayanan keperawatan menunjukkan bahwa tenaga keperawatan dalam pelaksanaan tugasnya lebih berkonsentrasi dan terlibat dengan pengobatan dan penggunaan teknologi yang berorientasi medik untuk mengatasi kompleksitas penyakit.

Disamping itu tenaga perawat yang memberikan pelayanan keperawatan belum berorientasi keperawatan yang berlandaskan pada teori dan konsep keperawatan untuk

memenuhi kebutuhan individu yang sedang mengalami respon terhadap penyakit dan pengobatan. Saat ini berbagai upaya telah dilakukan diberbagai rumah sakit untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui kegiatan pendidikan berkelanjutan, pembentukan komite keperawatan, pembentukan komite mutu dan termasuk pengembangan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP).

Model praktek keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang dapat mendukung asuhan keperawatan (Sitorus, 2004^c)

Pada aspek struktur ditetapkan jumlah tenaga keperawatan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien dan jenis tenaga disuatu ruang rawat yaitu kepala ruangan, *Clinical Care Manager* (CCM), Perawat Primer (PP) dan Perawat Asosiet (PA) sehingga peran dan fungsi setiap tenaga keperawatan sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam sistem pemberian asuhan keperawatan. Pada aspek ini ditetapkan juga standar rencana keperawatan (renpra), hal ini ditetapkan karena berdasarkan observasi waktu yang dibutuhkan untuk menulis rencana perawatan menyita waktu karena fenomena keperawatan mencakup 14 komponen kebutuhan dasar manusia. Dengan adanya standar renpra, PP hanya melakukan validasi terhadap diagnosa keperawatan klien berdasarkan pengkajian yang dilakukan.

Pada aspek proses ditetapkan penggunaan metoda modifikasi keperawatan primer. Penetapan metode ini didasarkan atas beberapa alasan : (Sitorus, 2004^c)

1. Metode keperawatan primer tidak dapat digunakan secara murni karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan S1 Keperawatan atau setara. Bila menggunakan metode ini secara murni dibutuhkan tenaga S1 Keperawatan atau setara dalam jumlah yang banyak.
2. Metode tim tidak digunakan secara murni karena pada metode ini tanggung jawab tentang asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim.
3. Melalui kombinasi kedua metode ini diharapkan kontinuitas asuhan keperawatan dan akontabilitas asuhan keperawatan terdapat pada perawat primer. Disamping itu karena saat ini jenis pendidikan perawat yang ada di rumah sakit, mayoritas lulusan SPK (Sekolah Perawat Kesehatan).

MPKP mempunyai berbagai tingkatan, MPKP Pemula dan MPKP tingkat I, metode penugasannya dengan menggunakan modifikasi keperawatan primer sedangkan MPKP tingkat II dan III menggunakan manajemen kasus.

Metode modifikasi perawatan primer merupakan kombinasi dari kedua metode tersebut dan diharapkan kontinuitas asuhan keperawatan dan akontabilitas asuhan keperawatan terdapat pada perawat primer. Disamping itu pada metode ini adanya koordinasi dalam pengelolaan asuhan keperawatan. Perawat primer sebagai perawat profesional bertanggung jawab dalam mengarahkan dan membimbing perawat asosiet di bawah kelolaannya, untuk melaksanakan rencana keperawatan yang sudah dikembangkan. Perawat primer bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan primer yang diberikan oleh tim.

Metode asuhan keperawatan dengan modifikasi keperawatan primer memiliki keunggulan dibandingkan dengan metode asuhan keperawatan yang lainnya seperti

metode fungsional, tim maupun kasus karena pada modifikasi perawatan primer bisa dilaksanakan pada rumah sakit yang memiliki keterbatasan tenaga S1 Keperawatan, pemenuhan kebutuhan pasien secara komprehensif (kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual) dan adanya kordinasi yang jelas antara kepala ruangan, CCM, PP dan PA serta tenaga kesehatan lainnya. Sedangkan pada metode tim, asuhan keperawatan masih terfragmentasi, metode fungsional perawat bekerja hanya pada tugas yang diberikan dan kurang memperhatikan kebutuhan pasien, demikian halnya dengan metode kasus setiap perawat yang merawat pada kasus yang ditugaskan oleh kepala ruangan dan kurang mengenal pasien yang lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian di RSCM Jakarta, dengan desain eksperimen dalam bentuk *pre dan post test with control group* dengan menggunakan kelompok intervensi (ruang rawat) pemberian asuhan keperawatan dilakukan dengan MPKP dan kelompok kontrol (ruang rawat) pemberian asuhan keperawatan tanpa MPKP, menunjukkan bahwa : kepuasan klien dan keluarga terhadap keperawatan sebelum MPKP dan setelah MPKP berbeda secara bermakna dengan $p=0,000$ ($\alpha<0,05$), artinya setelah diterapkan MPKP kepuasan klien dan keluarga lebih tinggi dibandingkan sebelum MPKP. Demikian halnya dampak terhadap lama hari rawat dan angka infeksi nosokomial, serta kepatuhan perawat terhadap penerapan standar asuhan keperawatan. Lama hari rawat lebih pendek setelah MPKP dibandingkan sebelum MPKP dan untuk angka infeksi nosokomial menunjukkan adanya penurunan setelah MPKP serta kepatuhan perawat akan lebih bagus setelah penerapan MPKP (Sitorus, 2003).

Rumah Sakit Umum Mataram di kota Mataram adalah rumah sakit milik pemerintah propinsi Nusa Tenggara Barat yang letaknya cukup strategis karena berada

pada pusat kota propinsi dan menjadi jalur utama transportasi yang menghubungkan antar kota kecamatan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 13/Menkes/ SK/I/2005 RSUD Mataram termasuk rumah sakit Kelas B Pendidikan, dengan memiliki 289 tempat tidur.

Tahun 2004 RSUD Mataram mencoba menerapkan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di 4 (empat) ruang rawat inap, terlihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1 Metode asuhan keperawatan yang digunakan di Ruang Rawat Inap RSUD Mataram Tahun 2004 – 2005

No	Metode Askep	Ruang Rawat Inap											
		Anggrek	Melati	Teratai	Cempaka	Flamboyan	Kenanga	Dahlia	Seruni	Mawar	Bogenvil	ICU	NICU
1.	Fungsional	√	√	√		√	-	-	-	-	√	√	√
2.	Kasus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.	Tim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.	Perawatan primer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.	Modifikasi perawatan primer	-	-	-	√	-	√	√	√	-	-	-	-

Dari tabel tersebut di atas, menunjukkan bahwa ada 4 ruangan yang menerapkan metode asuhan keperawatan dengan modifikasi keperawatan primer, sehingga dapat dikategorikan menerapkan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer.

Berdasarkan hasil pengamatan secara langsung tentang pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di ruangan perawatan RSUD Mataram yang menerapkan MPKP menunjukkan hanya standar rencana perawatan dan

dokumentasi yang dikerjakan sedangkan struktur ketenagaan belum dibuat. Dalam pelaksanaannya yang bertanggung jawab terhadap MPKP adalah Kepala Sub Bidang Asuhan Keperawatan RSUD Mataram. Standar rencana keperawatan sudah ada, dilengkapi dengan format dokumentasi keperawatan seperti format pengkajian keperawatan, rencana perawatan dan tindakan, catatan perkembangan perawatan pasien dan catatan penunjang lainnya. Fasilitas yang diperlukan dalam MPKP hanya papan MPKP yang sudah lengkap yang diletakkan di *nurse station* tetapi papan nama dan kartu nama tim belum ada. Secara fisik hasil pengamatan penerapan MPKP di RSUD Mataram, terlihat pada tabel berikut :

Tabel 1.2 Hasil pengamatan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di ruang rawat inap Cempaka, Dahlia, Kenanga, Seruni RSUD Mataram.

No	Ruangan MPKP	Struktur ketenagaan	Standar Rencana perawatan	Dokumentasi keperawatan	Kartu Nama Tim	Papan Nama	Papan MPKP
1.	Cempaka	-	v	v	-	-	v
2.	Dahlia	-	v	v	-	-	v
3.	Kenanga	-	v	v	-	-	v
4.	Seruni	-	v	v	-	-	v

Dari tabel tersebut di atas, menunjukkan bahwa seluruhnya (100%) secara fisik penerapan MPKP belum dilengkapi dengan struktur ketenagaan, kartu nama tim dan papan nama.

Sedangkan standar MPKP yang lain pada struktur ketenagaan terdiri dari kepala ruangan, *Clinical Care Manager* (CCM), Perawat Primer (PP) dan Perawat Asosiet (PA), di RSUD Mataram belum terdapat *Clinical Care Manager* (CCM).

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dilaksanakan pada tanggal 7 s/d 12 Nopember 2005 dengan jumlah responden sebanyak 20 perawat, masing masing 5

orang di setiap ruang rawat inap yang menerapkan MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer yakni ruang rawat inap Cempaka, Dahlia, Kenanga dan Seruni, menunjukkan bahwa seluruhnya (100%) menyatakan pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer belum sesuai dengan yang diharapkan. Pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer belum dilaksanakan sesuai harapan, hal ini disampaikan oleh responden dengan alasan sebagai berikut, terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1.3 Alasan responden MPKP belum optimal di ruang rawat inap Cempaka, Dahlia, Kenanga, Seruni RSUD Mataram.

No	Alasan MPKP belum optimal	Jumlah	%
1.	Kurangnya pemahaman MPKP	14	70
2.	Keterbatasan tenaga perawat	6	30
	Jumlah	20	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas, menunjukkan bahwa sebagian besar responden (70 %) menyatakan pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer belum berjalan sesuai dengan yang diharapkan yang disebabkan oleh karena pemahaman tentang MPKP masih kurang dan sebagian kecil (30 %) menyatakan adanya keterbatasan tenaga perawat.

Hasil studi dokumentasi yang dilaksanakan pada saat survei pendahuluan terhadap rekam medik pasien yang dirawat dengan mengambil rekam medik pasien secara acak sebanyak 5 rekam medik di setiap ruang rawat inap yang menerapkan MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer. Caranya dengan melihat kelengkapan dokumentasi keperawatan mulai pengkajian data keperawatan, rencana keperawatan dan tindakan perawatan serta evaluasi keperawatan atau catatan perkembangan pasien

menunjukkan bahwa kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan masih belum optimal. Untuk lebih jelasnya kelengkapan dokumentasi keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1.4 Kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap Cempaka, Dahlia, Kenanga, Seruni RSUD Mataram

No	Ruang Rawat Inap	Nomor Rekam Medik Pasien	Kelengkapan Dokumen Askep		
			Pengkajian	Rencana keperawatan, Tindakan	Catatan Perkembangan
1.	Cempaka	68 93 78	-	+	-
		68 93 84	-	+	-
		68 91 84	+	+	+
		68 53 44	-	+	+
		68 62 52	-	+	+
2.	Dahlia	68 93 67	+	+	+
		68 93 73	+	+	+
		68 94 12	+	+	+
		68 84 30	-	+	+
		68 91 14	-	+	-
3.	Kenanga	68 94 19	+	+	-
		68 84 27	-	+	+
		68 93 97	-	+	+
		68 92 98	-	+	+
		68 91 39	-	+	+
4.	Seruni	68 92 81	-	+	+
		68 93 79	-	+	+
		68 89 10	-	+	-
		68 94 33	+	+	+
		68 82 10	+	+	+

Keterangan : - = kurang lengkap
+ = lengkap

Berdasarkan tabel tersebut di atas, menunjukkan bahwa kepatuhan perawat dalam menerapkan Standar Asuhan Keperawatan masih belum optimal terlihat dari 65 % status pasien pengkajian keperawatan belum lengkap dan 25% evaluasi keperawatan (mencatat perkembangan pasien). Dari format yang disediakan untuk pengkajian data keperawatan beberapa item kebutuhan bio-psiko-sosial masih belum lengkap.

Pada survei pendahuluan juga dilakukan wawancara kepada pasien tentang kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan kepada perawat pada ruang rawat inap yang menerapkan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer.

Hasil penilaian pasien terhadap perawat terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1.5 Kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan di Ruang Rawat Inap Cempaka, Dahlia, Kenanga, Seruni RSU Mataram

No	Aspek Yang Dinilai	Jawaban responden				Jumlah	%
		Ya	%	Tdk	%		
1.	Bekerja tidak kelihatan ragu-ragu.	19	95,00	1	5,00	20	100
2.	Diperkenalkan dengan dokter / perawat yang merawat, tata tertib serta lingkungan waktu masuk RS.	4	25,00	16	75,00	20	100
3.	Memberikan informasi tentang perawatan penyakitnya.	6	30,00	14	70,00	20	100
4.	Perawat menjelaskan reaksi obat setelah diminum	2	10,00	18	90,00	20	100
5.	Setiap ganti jaga perawat menanyakan keadaannya	3	15,00	17	85,00	20	100
6.	Perawat selalu mengingatkan anda mengenai hal – hal yang tidak diperbolehkan dokter selama perawatan.	7	35,00	13	65,00	20	100
7.	Penampilan perawat sudah rapi waktu memberikan pelayanan keperawatan	20	100	0	0	20	100
8.	Ruang perawatan ini dibersihkan tiap hari	20	100	0	0	20	100
9.	Perawat memandikan bapak / ibu setiap hari.	0	0	20	100	20	100
10.	Perawat ramah dan sopan dalam memberikan pelayanan keperawatan	19	95,00	1	5,00	20	100
11.	Perawat segera datang seandainya anda membutuhkan sesuatu	20	100	0	0	20	100

Dari tabel tersebut di atas, menunjukkan bahwa sebagian besar (95%) menyatakan bahwa perawat pada waktu bekerja tidak kelihatan ragu-ragu, 75 % pasien dan keluarganya menyatakan belum diperkenalkan terhadap dokter dan perawat yang merawat, tata tertib dan lingkungan rumah sakit, 70 % belum memperoleh informasi tentang perawatan penyakitnya, 90 % perawat tidak menjelaskan tentang reaksi obat, 85 % perawat tidak menanyakan keluhan pasien setiap ganti jaga, 65 % tidak mengingatkan hal hal yang diperbolehkan oleh dokter dan seluruhnya responden (100%) pasien tidak pernah dimandikan oleh perawat. Berdasarkan jawaban responden tersebut dapat penulis katagorikan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, nampak pada tabel berikut :

Tabel 1.6 Tingkat kepuasan pasien dan keluarganya terhadap asuhan keperawatan di Ruang rawat inap Cempaka, Dahlia, Kenanga dan Seruni RSUD Mataram

No.	Tingkat Kepuasan	Jumlah	Porsentase (%)
1.	Puas, bila skor 8 - 11	4	35
2.	Kurang Puas, bila skor 4 -7	13	65
3.	Tidak Puas, bila skor 1-3	2	10
	Jumlah	20	100

Berdasarkan tabel tersebut diatas, sebagian besar (65 %) pasien dan keluarganya kurang puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan terutama dalam hal komunikasi perawat terhadap pasien dan sebagian kecil (10%) yang tidak puas.

Melihat hasil pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di ruang rawat inap Cempaka, Dahlia, Kenanga dan Seruni RSUD Mataram, maka dapat disimpulkan bahwa penerapannya masih belum optimal. Hal ini mencerminkan mutu asuhan keperawatan yang diberikan belum sesuai dengan yang diharapkan. Mutu asuhan keperawatan yang masih kurang baik mengakibatkan kepuasan

pelanggan belum terpenuhi dapat juga mencerminkan pelayanan keperawatan di RSUD Mataram belum berfokus pada pelanggan (*customer focus*).

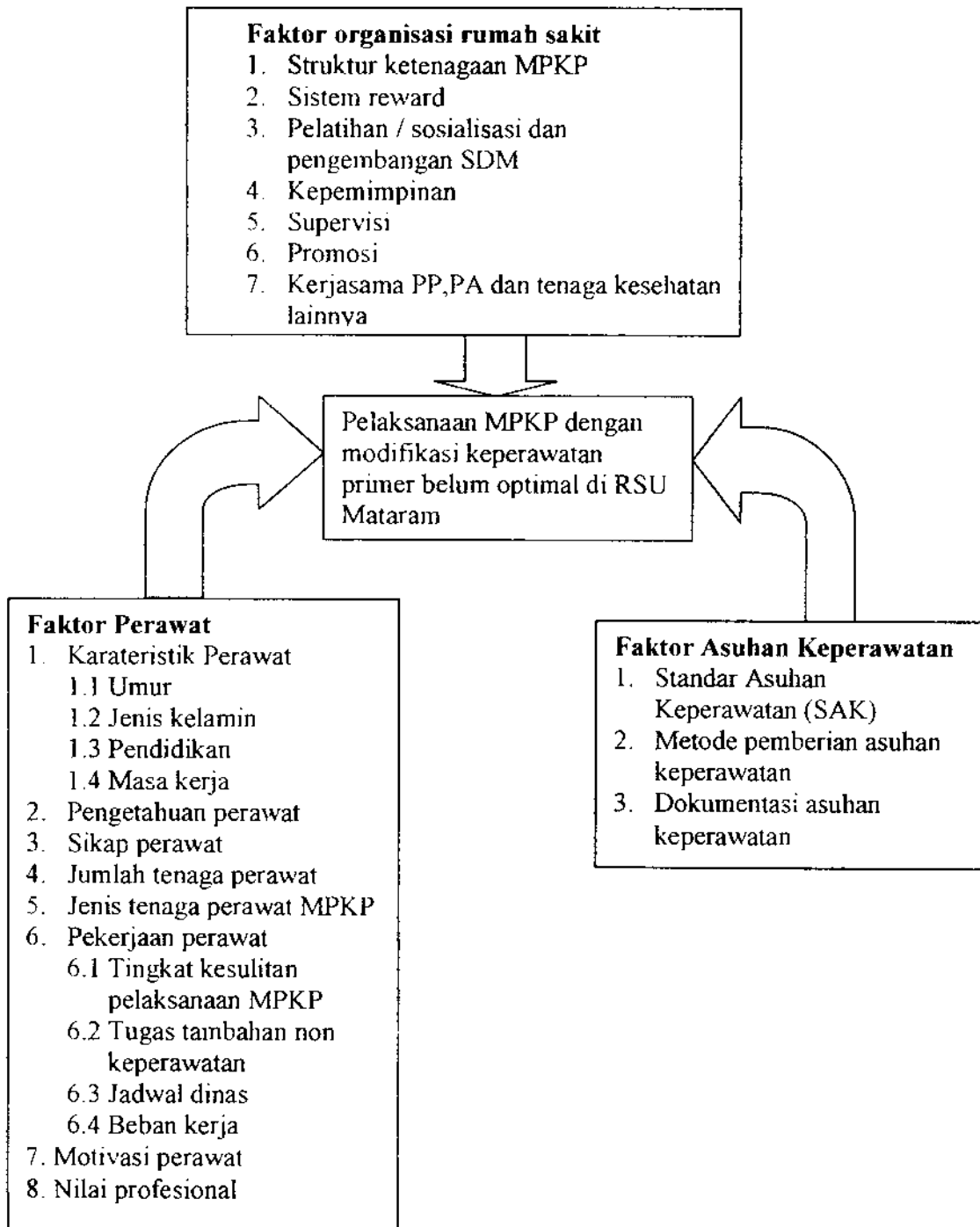
Keadaan seperti ini dapat berdampak terhadap keselamatan pasien, kepuasan pasien dan akhirnya dapat menurunkan daya saing rumah sakit serta kelangsungan hidup rumah sakit. Tanpa ada upaya peningkatan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer serta perubahan mindset perawat dapat mengakibatkan kepuasan pasien akan menurun. Oleh karena itu perlu ada upaya untuk meningkatkan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer, sehingga dapat menjaga mutu asuhan keperawatan. Keberhasilan pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer sangat tergantung 5 komponen yaitu nilai profesional, metode pemberian asuhan keperawatan, dan pendekatan manajemen terutama dalam perubahan pengambilan keputusan serta sistem kompensasi dan penghargaan.

Berdasarkan hal tersebut di atas, masalah yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer belum optimal (100% secara fisik MPKP belum lengkap (struktur ketenagaan, kartu nama tim dan papan nama), 100 % responden menyatakan pelaksanaan MPKP belum sesuai harapan, 65 % status pasien pengkajian keperawatan belum lengkap dan 25 % terhadap pencatatan perkembangan pasien serta, 65 % pasien menyatakan kurang puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan)

1.2 Identifikasi Penyebab Masalah

Dari latar belakang masalah di atas kemungkinan faktor yang menyebabkan belum optimalnya pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan

primer di RSUD Mataram adalah faktor organisasi rumah sakit, faktor perawat dan karakteristik tenaga perawat, seperti gambar berikut :



Gambar 1.1 Identifikasi Penyebab Masalah

1.2.1 Faktor organisasi rumah sakit

1. Struktur ketenagaan MPKP Tingkat I

Struktur ketenagaan MPKP belum ada disetiap ruangan MPKP termasuk uraian tugasnya belum ada, baik pada tingkat fungsional maupun pada tingkat struktural termasuk koordinasi antara bagian struktural dan fungsional yakni bidang keperawatan, komite keperawatan maupun koordinator asuhan keperawatan lantai I dan II belum tergambar dengan jelas.

Dari uraian tersebut di atas tugas dari perawat primer, perawat asosiet dan kepala ruangan belum jelas termasuk hubungannya dengan komite keperawatan yang merupakan salah satu tugas melakukan pembinaan terhadap MPKP, dengan demikian akan menimbulkan ketidakjelasan dalam pencapaian tujuan organisasi dan pada akhirnya dapat mempengaruhi pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

2. Sistem reward

Sistem reward yang ada dapat berupa pemberian yang bersifat material atau non material dari orang lain atau atasan atas pekerjaan yang dilakukan. RSUD Mataram adalah merupakan rumah sakit pemerintah, dalam pemberian gaji dan insentif perawat diatur berdasarkan jabatan dan golongan untuk perawat yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS), sedangkan untuk tenaga kontrak diatur sendiri oleh pemerintah propinsi mengingat RSUD Mataram merupakan rumah sakit milik pemerintah propinsi. Di RSUD Mataram belum terdapat sistem yang baku seperti remunerasi dalam pengaturannya, tetapi masih menggunakan sistem indeks. Untuk reward yang berupa non material dapat berupa kesempatan untuk mengikuti pendidikan keperawatan yang lebih tinggi. Ruangan yang menerapkan MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer perlu mendapat

perhatian khusus dalam memperoleh kompensasi sesuai dengan beban kerjanya. Dengan adanya kesesuaian reward yang diterima maka diharapkan kinerja akan meningkat.

3. Pelatihan/sosialisasi dan pengembangan SDM

Pengembangan SDM yang dilakukan oleh RSUD Mataram dalam meningkatkan pemahaman tentang manajemen keperawatan dilakukan melalui beberapa pelatihan seperti pelatihan manajemen keperawatan dan MPKP. Sebagian kecil (3,5%) perawat dilatih tentang MPKP ke luar daerah, terutama pada 4 ruangan yang menerapkan MPKP. Hal ini juga akan berpengaruh dalam meningkatkan kepuasan kerja seorang perawat (Barret, 1988 dan Mc Dowell, 1989) dalam Abraham dan Shanley, 1997.

4. Kepemimpinan

Kepemimpinan kepala ruangan, koordinator asuhan keperawatan, ketua komite keperawatan dan kepala bidang keperawatan sangat berpengaruh dalam pelaksanaan penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer. Pemimpin harus menjadi *role model* di masing-masing unitnya sehingga akan tumbuh jiwa kepemimpinan di masing – masing individu perawat. Jiwa kepemimpinan yang perlu dikembangkan dalam pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer adalah komitmen, integritas dan kesungguhan dalam melaksanakan MPKP tersebut. Pejabat dan pelaksana keperawatan harus sadar bahwa penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer dapat mempengaruhi kesembuhan pasien, menimbulkan kepuasan pasien dan keluarganya yang akhirnya dapat mempengaruhi kelangsungan hidup rumah sakit itu sendiri. Lemahnya kepemimpinan dalam menggerakkan perawat dapat mempengaruhi pelaksanaan MPKP dimaksud.

5. Supervisi

Kegiatan supervisi yang mendorong keterbukaan dalam pemecahan masalah bersama disebutkan dapat membuat perawat merasa lebih puas terhadap pekerjaannya (Rivicki dan May, 1989) dalam Abraham dan Shanley (1997). Pelaksanaan supervisi di RSUD Mataram dilaksanakan oleh supervisor yang telah ditetapkan oleh direktur rumah sakit. Pada dasarnya supervisor dalam melaksanakan supervisinya belum menyentuh pelaksanaan MPKP dengan modifikasi primer tersebut. Berdasarkan survei pendahuluan, sebagian besar (65%) responden menyatakan belum pernah dilakukan pembinaan/supervisi khususnya tentang pelaksanaan MPKP tersebut.

6. Promosi

Promosi merupakan salah satu bentuk pengembangan karier yang tidak berjalan baik akan mengakibatkan kurang didayagunakan potensi karyawan dan hal ini dapat menimbulkan ketidakpuasan pada karyawan (Simamora, 2001), Promosi di RSUD Mataram berjalan dengan cukup baik terlihat dengan diberikan kesempatan kepada tenaga keperawatan untuk mengikuti pendidikan pada jenjang yang lebih tinggi.

7. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya

Kerjasama antara PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya (dokter, ahli gizi, ahli farmasi, laboratorium) belum dilaksanakan dalam MPKP, terutama belum dilaksanakannya penjelasan rencana keperawatan kepada PA, konfrens, ronde keperawatan secara tersruktur dan terjadwal.

Kerjasama tim dan tenaga kesehatan sangat diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Keberhasilan dalam menjalin kerjasama yang baik, sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

1.2.2 Faktor perawat

1. Karakteristik perawat

a. Umur

Umur perawat menentukan produktivitas seseorang. Hubungan umur dengan produktivitas yaitu bahwa produktivitas seseorang karyawan akan menurun disebabkan oleh bertambahnya umur. Hal ini disebabkan karena keterampilan fisik seperti kecepatan, kelenturan, kekuatan dan koordinasi akan menurun dengan bertambahnya umur, tetapi produktivitas karyawan yang sudah tua tidak bisa diabaikan karena pengalamannya dan kebijakannya dalam pengambilan keputusan. (Robbins, 1996).

Karyawan RSUD Mataram terutama di ruangan yang menerapkan MPKP sebagian besar umurnya relatif muda dan sangat produktif. Tenaga yang masih muda lebih cepat untuk menerima perubahan dalam lingkungan rumah sakit untuk mencapai tujuan organisasi.

b. Jenis kelamin

Sebagian besar tenaga perawat (62%) yang bertugas di ruangan yang menerapkan MPKP adalah berjenis kelamin perempuan baik tenaga PNS maupun kontrak. Meskipun dijumpai bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi otoritas dan bahwa laki-laki lebih besar dari pada perempuan dalam memiliki pengharapan sukses, namun tidak ada bukti yang menyatakan jenis kelamin mempengaruhi kinerja (Robbins, 1996)

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan perawat yang bertugas di ruangan yang menerapkan MPKP di RSUD Mataram sebagian besar (81,6%) adalah D3 Keperawatan, sebagian kecil (4,6%) S.1 Keperawatan, sedangkan SPK hanya 13,8%. Pendidikan perawat yang semakin tinggi akan menambah pengetahuan yang dimilikinya. Hidayati (1996) dalam Rivai (2000) menyebabkan semakin tingginya pendidikan perawat semakin baik kinerjanya.

d. Masa kerja

Masa kerja perawat yang bekerja di ruang perawatan dengan MPKP yang berstatus pegawai negeri sebagian besar (74,7%) mempunyai masa kerja lebih di atas 3 tahun (Juni 2005). Sedangkan bagi yang berstatus kontrak sebagian kecil (25,3%) masa kerjanya kurang dari 3 tahun (Juni 2005). Semakin lama masa kerja seseorang, semakin banyak pengalaman dan semakin tinggi pula tingkat kepegangannya, penghasilan yang diterimanya akan semakin besar pula. Semakin lama masa kerja tentunya akan berdampak terhadap pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer.

2. Pengetahuan perawat

Pengetahuan seseorang akan mempengaruhi pelaksanaan penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer tersebut. Dengan adanya perbedaan katagori pendidikan tersebut maka akan terjadi perbedaan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Persepsi perawat tentang proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan dan evaluasi akan berbeda antara perawat yang satu dengan

perawat yang lain demikian juga dengan pemahaman tentang manajemen keperawatan akan berbeda pula (Gillies, 1989).

3. Sikap perawat

Sikap seseorang terhadap sesuatu akan mempengaruhi dalam perilakunya. Jika seseorang memiliki sikap yang positif dengan pekerjaannya, maka mereka akan berperilaku yang baik terhadap pekerjaannya sehingga akan melakukan pekerjaannya dengan baik termasuk dalam pelaksanaan penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer. Hasil survei pendahuluan menunjukkan bahwa sebagian besar (90 %) menyatakan setuju terhadap penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer di ruang perawatan tempat kerjanya dan sebagian kecil (10 %) yang kurang setuju, sehingga diharapkan akan berperilaku positif terhadap penerapan MPKP.

4. Jumlah Tenaga perawat

Jumlah tenaga perawat di ruangan yang menerapkan MPKP sebanyak 86 orang, dibandingkan dengan jumlah tempat tidur sebanyak 128 buah menunjukkan bahwa jumlah tenaga perawat kurang memadai. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 262/Menkes/Per/VII/1979 tentang Standarisasi Ketenagaan Rumah Sakit Pemerintah, dijelaskan bahwa ratio tempat tidur dibanding dengan paramedis perawatan untuk rumah sakit kelas B sebesar 1 : 1. Jadi rumah sakit dalam hal ini masih kekurangan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan, dengan demikian akan berdampak terhadap pelaksanaan MPKP itu sendiri.

5. Jenis tenaga perawat

Jenis tenaga perawat dalam MPKP yang ada di RSU Mataram menunjukkan belum lengkapnya jenis tenaga yang dibutuhkan dalam pelaksanaan MPKP seperti adanya

Clinical Care Manajer (CCM) sehingga dalam pelaksanaan tugasnya masih dirangkap oleh kepala ruangan atau perawat primer. Keberhasilan pelaksanaan MPKP dipengaruhi oleh jenis tenaga perawat dalam MPKP.

6. Pekerjaan perawat

a. Tingkat kesulitan pelaksanaan MPKP

Berdasarkan tabel 1.2 yang telah diuraikan sebelumnya bahwa alasan responden / perawat dalam pelaksanaan MPKP modifikasi keperawatan primer belum optimal, Sebagian besar (70 %) menyatakan kesulitan dalam pemahaman MPKP dan hanya 30 % menyatakan keterbatasan tenaga perawat. Adanya hambatan/kesulitan tentang pemahaman MPKP sangat berpengaruh di dalam melaksanakan MPKP dengan benar di ruang rawat inap.

b. Tugas tambahan non keperawatan

Tugas tambahan non keperawatan sebagai tugas perbantuan atau tugas tambahan yang dibebankan kepada perawat dapat mempengaruhi penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer. Di RSUD Mataram perawat yang bekerja sebagai pelaksana perawatan tidak diberikan tugas tambahan di luar tugas asuhan keperawatan tetapi hanya satu orang disertai tugas untuk menyelesaikan masalah administrasi pasien pulang.

c. Jadwal dinas

Perawat merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di rumah sakit, sebab perawat berada di damping pasien selama 24 jam untuk memberikan pelayanan keperawatan secara langsung atau tidak langsung. Pengaturan jadwal kerja yang fleksibel dapat mengembangkan kerjasama dan kebersamaan perawat. Pengaturan

jadwal kerja perawat di RSUD Mataram dibagi menjadi 3 (tiga) sifit jaga (Jaga Pagi, Sore dan Malam) antara lain : jaga pagi : pukul 07.00 – 14.00, jaga sore : pukul 14.00 – 20.00, jaga malam : pukul 20.00 – 07.00.

d. Beban kerja

Hasil survei pendahuluan menunjukkan, sebagian besar responden (90%) menyatakan pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer tidak menjadi beban bagi perawat. Hal ini sangat menguntungkan rumah sakit karena dengan tidak adanya beban bagi perawat dalam penerapan MPKP diharapkan pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer dapat berjalan.

7. Motivasi perawat

Motivasi perawat dalam pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer cukup tinggi terlihat dari sebagian besar (90 %) menyatakan setuju terhadap penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer di ruang perawatan tempat kerjanya dan sebagian kecil (10 %) yang kurang setuju dan sebagian besar responden (90%) tidak menjadikan beban. Dengan demikian diharapkan akan timbul dorongan/keinginan berperilaku positif terhadap pelaksanaan MPKP sehingga dapat mendukung pelaksanaan MPKP sesuai dengan yang diharapkan.

8. Nilai profesional pengembangan MPKP

Nilai profesional telah digariskan dalam kode etik keperawatan yang menjadi pedoman dalam hubungan perawat dan pasien. Di RSUD Mataram nilai profesional telah dituangkan/disyahkan melalui keputusan direktur rumah sakit namun dalam penerapannya belum dilaksanakan secara optimal terutama dalam komunikasi kepada pasien dalam memberikan asuhan keperawatan.

1.2.3 Faktor asuhan keperawatan

1. Standar Asuhan Keperawatan (SAK)

RSU Mataram dalam memberikan pelayanan keperawatan mengacu kepada Standar Asuhan Keperawatan yang telah ditetapkan oleh direktur rumah sakit. Standar Asuhan Keperawatan merupakan struktur dari MPKP sehingga dalam pelaksanaan MPKP secara keseluruhan sangat berpengaruh dengan keberadaan standar asuhan keperawatan itu sendiri.

2. Metode pemberian asuhan keperawatan

Metode asuhan keperawatan yang diterapkan oleh RSU Mataram mulai tahun 2004 nampak pada tabel 1.1 menunjukkan bahwa hanya 4 ruangan yang menerapkan MPKP dengan modifikasi perawatan primer dari 12 ruangan rawat inap yang ada di RSU Mataram. Dalam hal ini RSU Mataram masih dalam persiapan awal untuk mengembangkan MPKP di seluruh ruangan rawat inap dengan membenahan sumber daya yang tersedia.

3. Dokumentasi asuhan keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan yang dikembangkan di RSU Mataram terlihat pada tabel 1.4 studi dokumentasi status pasien yang ada di empat ruangan rawat inap yang menerapkan MPKP (Cempaka, Dahlia, Kenanga dan Seruni) yaitu mulai dari pengkajian data, rencana perawatan dan tindakan serta mencatat perkembangan pasien dengan menggunakan format standar. Hasil pencatatan dokumentasi keperawatan saat survei pendahuluan menunjukkan 65 % status pasien pengkajian keperawatan belum lengkap dan 25% evaluasi keperawatan. Hal ini akan berdampak terhadap pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

1.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah

1.3.1 Pembatasan masalah

Dari latar belakang dan identifikasi masalah tersebut di atas, penelitian ini dibatasi pada faktor organisasi rumah sakit (kerja sama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya) dan faktor perawat (pengetahuan perawat tentang MPKP, jumlah dan jenis tenaga perawat, nilai profesional) serta faktor asuhan keperawatan. Disamping itu tingkatan MPKP yang diteliti adalah MPKP tingkat I dari 4 tingkatan MPKP yakni MPKP Pemula, Tingkat I, II dan III serta metode yang digunakan adalah metode modifikasi keperawatan primer, dengan justifikasi sebagai berikut :

1. Faktor asuhan keperawatan merupakan hal yang sangat mendasar yang dimiliki oleh seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan mulai dari penerapan standar asuhan keperawatan, metode yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan dan termasuk pendokumentasiannya. Dalam penerapannya sangat berpengaruh dalam pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.
2. Kerjasama antar PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya sangat mendukung terlaksananya MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer karena model tersebut merupakan kerjasama suatu tim.
3. Pengetahuan merupakan hal yang sangat penting guna terlaksananya MPKP dengan modifikasi keperawatan primer tersebut. Dari hasil survei pendahuluan sebagian kecil (3,5%) sudah dilatih MPKP dan sebagian besar belum mendapatkan pelatihan. Disamping itu MPKP merupakan hal yang baru didalam menerapkan manajemen keperawatan. Tanpa didasari dengan pengetahuan yang cukup, kegiatan MPKP tersebut tidak akan berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

4. Sedangkan faktor perawat yang lainnya itu sendiri sangat mendukung pelaksanaan penerapan MPKP dengan modifikasi primer antara lain : sebagian besar umur perawat produktif, sebagian besar (74,7%) mempunyai pengalaman kerja lebih dari 5 tahun, tingkat pendidikan sebagian besar (81,6) D.III Keperawatan dan hampir seluruhnya (90%) perawat setuju diterapkannya MPKP dengan modifikasi keperawatan primer dan sebagian besar (90%) perawat menyatakan dalam pelaksanaan MPKP tidak menjadikan beban.

1.3.2 Rumusan masalah

Dari latar belakang masalah dan pembatasan masalah, maka rumusan masalah penelitian ini adalah :

1. Bagaimana kondisi tenaga perawat di ruang perawatan yang menerapkan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram, yang meliputi : jumlah, jenis ketenagaan dan tingkat pengetahuan ?
2. Bagaimana pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer yang telah dilaksanakan di RSUD Mataram ?
3. Bagaimana kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan melalui dokumentasi keperawatan dalam MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram ?
4. Bagaimana tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan melalui pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram ?
5. Bagaimana masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram ?

6. Bagaimana optimalisasi MPKP dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram sesuai dengan standar MPKP Tingkat I ?
7. Bagaimana hasil evaluasi pelaksanaan optimalisasi MPKP dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram ?
8. Bagaimana hasil evaluasi kondisi tenaga perawat setelah penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram, yang meliputi : jumlah, jenis dan tingkat pengetahuan ?
9. Bagaimana hasil evaluasi kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan setelah penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram ?
10. Bagaimana hasil evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan setelah penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Mengoptimalkan pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kondisi tenaga perawat di ruang perawatan yang melaksanakan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram, yang meliputi (jumlah, jenis ketenagaan dan tingkat pengetahuan perawat tentang MPKP).
2. Mengidentifikasi pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer yang telah dilaksanakan di RSUD Mataram.

3. Mengidentifikasi kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan melalui dokumentasi asuhan keperawatan dalam MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram.
4. Mengidentifikasi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan melalui pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer di RSUD Mataram.
5. Mengidentifikasi masalah dalam pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram.
6. Mengoptimalkan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram sesuai dengan standar MPKP Tingkat I.
7. Mengevaluasi dan menganalisis hasil pelaksanaan optimalisasi MPKP dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram.
8. Mengevaluasi dan menganalisis kondisi tenaga perawat hasil penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram, yang meliputi : (jumlah, jenis ketenagaan dan tingkat pengetahuan perawat tentang MPKP).
9. Mengevaluasi dan menganalisis kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan melalui dokumentasi asuhan keperawatan hasil penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram.
10. Mengevaluasi dan menganalisis tingkat kepuasan pasien terhadap hasil penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RSUD Mataram.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat bagi manajemen rumah sakit.

1. Sebagai bahan masukan bagi rumah sakit dalam pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer.

2. Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan kinerja perawat khususnya pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer.
3. Sebagai bahan masukan rumah sakit untuk meningkatkan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

1.5.2 Manfaat bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan evaluasi mahasiswa dalam penerapan ilmu yang diperoleh selama kegiatan belajar mengajar di Minat Studi MARS Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan Pascasarjana Universitas Airlangga.

1.5.3 Manfaat bagi peneliti

1. Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan di Minat Studi MARS Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan Pascasarjana Universitas Airlangga.
2. Dapat memperluas wawasan dan pengetahuan peneliti tentang penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer di rumah sakit.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Operasional

2.1.1 Pengertian

Penelitian operasional dalam bidang kesehatan merupakan salah satu pendekatan untuk memecahkan masalah operasional di lapangan dan untuk mengadakan perbaikan program pelayanan di masa yang akan datang. Ini berarti bahwa penelitian operasional merupakan penelitian berorientasi ke depan (Budiarto, 2003).

2.1.2 Tujuan

Tujuan penelitian operasional adalah untuk mencari perbaikan program pelayanan kesehatan dan tidak mencari ketepatan yang optimal. Tujuan tersebut meliputi :

1. Perbaikan kebijaksanaan
2. Perbaikan program pelayanan
3. Perbaikan pelatihan

2.1.3 Ciri penelitian operasional

1. Penelitian operasional dilakukan untuk memecahkan masalah operasional program pelayanan kesehatan.
2. Penelitian operasional merupakan penelitian terapan yang bersifat prospektif.
3. Waktu penelitian tidak terlalu lama, agar hasil penelitian dapat segera diaplikasikan dan masalah yang dihadapi dapat segera dipecahkan.

4. Terdapat kerjasama antara peneliti dan pengelola program. Dengan adanya kerjasama antara pengelola program dengan peneliti diharapkan dapat saling memberikan informasi.
5. Metodologi penelitian operasional tidak ketat seperti penelitian konvensional, tetapi masih mengikuti beberapa kaidah penelitian yang berlaku. Dalam penelitian operasional metode kuantitatif dan kualitatif dapat digunakan.
6. Identifikasi peluang. Walaupun pada dasarnya penelitian operasional bertujuan memecahkan masalah operasional di lapangan atau uji coba pengembangan model, tetapi hendaknya penelitian operasional diarahkan juga untuk mengidentifikasi adanya peluang untuk memperbaiki program pelayanan
7. Berbagai rancangan penelitian dapat digunakan sesuai dengan masalah yang dihadapi

2.1.4 Keuntungan dan kerugian

Beberapa keuntungan dikembangkannya penelitian operasional adalah sebagai berikut :

1. Efektifitas dan efisiensi program pelayanan dapat ditingkatkan dalam waktu yang relatif singkat dengan biaya yang relatif kecil.
2. Penelitian operasional dapat digunakan untuk memecahkan berbagai macam masalah operasional di lapangan yang inovatif dan mengadakan evaluasi hasil pelayanan untuk dilakukan perencanaan ulang dan sebagainya.
3. Dengan adanya kerjasama antara peneliti dengan pengelola program, kemungkinan besar hasil penelitian dapat diaplikasikan di lapangan atau dapat digunakan untuk menyusun perencanaan program di masa datang.

4. Penelitian operasional sangat fleksibel sehingga rancangan penelitian yang semula telah ditetapkan dapat diubah sesuai keadaan dan kebutuhan.

Selain keuntungan yang telah disebutkan, penelitian operasional tidak luput dari beberapa kerugian atau kelemahan sebagai berikut :

1. Penelitian operasional dilakukan dalam periode yang relatif singkat sehingga pada saat dilakukan evaluasi, kemungkinan hasil yang diharapkan belum tampak sehingga belum dapat ditarik kesimpulan hasil penelitian.
2. Kesimpulan hasil penelitian mempunyai potensi untuk terjadi bias.

2.1.5 Rencana dan pelaksanaan

Secara garis besar, perencanaan dan pelaksanaan penelitian operasional terdiri dari 3 fase berikut :

1. Analisis masalah

Fase ini terdiri dari beberapa kegiatan berikut :

- a. Merumuskan masalah operasional
 - b. Mengadakan analisis yang lebih mendalam tentang berbagai masalah yang dihadapi.
 - c. Menentukan prioritas masalah.
2. Mengembangkan rencana pemecahan masalah

Pada fase kedua ini dilakukan kegiatan sebagai berikut :

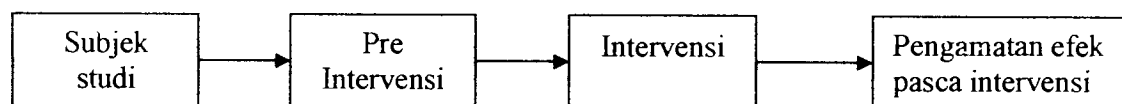
- a. Menentukan tujuan penelitian.
- b. Menentukan variabel yang akan diukur.
- c. Menentukan hambatan yang mungkin terjadi dengan tujuan tersebut
- d. Mengembangkan model pemecahan masalah.

- e. Menentukan cara pengumpulan data.
 - f. Rencana analisis.
3. Validasi pemecahan masalah

Pada fase ketiga ini dilakukan beberapa kegiatan sebagai berikut :

- a. Mengembangkan rancangan penelitian.
 - b. Melaksanakan kegiatan.
 - c. Mengadakan analisis untuk mengevaluasi hasil penelitian.
 - d. Bila perlu dilakukan perubahan terhadap rencana pemecahan masalah.
- 2.1.6 Rancangan pra dan pasca intervensi

Rancangan ini hampir sama dengan rancangan pasca intervensi tanpa kelompok kontrol, tetapi pada rancangan ini dilakukan pengamatan sebelum intervensi dan dilakukan pengamatan ulang beberapa saat setelah intervensi. Perubahan yang terjadi setelah intervensi dicatat dan dibandingkan dengan keadaan sebelum intervensi. Secara skematis model rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Model Rancangan Pra dan Pasca Intervensi (Budiarto, 2003).

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengertian

Asuhan keperawatan adalah suatu rangkaian atau proses kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada klien atau pasien, pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dengan menggunakan pendekatan proses perawatan, berpedoman

pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etiket keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Sukanda (1997) dalam Pesik (1999) serta Wolf dan Weitzel dalam Efendi (1995) menyebutkan bahwa proses perawatan adalah serangkaian perbuatan atau tindakan untuk menetapkan, merencanakan dan melaksanakan pelayanan keperawatan dalam rangka membantu klien untuk mencapai dan memelihara kesehatannya seoptimal mungkin.

Disamping itu ada beberapa pengertian asuhan keperawatan yang dirumuskan oleh para ahli keperawatan, namun pada dasarnya asuhan keperawatan menurut Pedoman Penerapan Proses Keperawatan di Rumah Sakit (1994) adalah :

1. Serangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan menggunakan pemikiran.
2. Kegiatan yang didasarkan pada ilmiah.
3. Metode pendekatan yang digunakan oleh tenaga keperawatan dalam membantu pemecahan masalah pasien.
4. Kegiatan yang terdiri dari lima tahap yaitu : tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan tahap evaluasi keperawatan.

Asuhan keperawatan sangat penting karena berfungsi sebagai kerangka berfikir untuk menjalankan fungsi dan tanggung jawab keperawatan dalam lingkup yang luas. Di samping itu sebagai alat untuk mengenal masalah pasien, menyusun perencanaan keperawatan secara sistematis, melaksanakan tindakan dan menilai hasil tindakan keperawatan. Tanpa cara pendekatan yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan, akan terjadi kekurangan atau kemungkinan duplikasi dalam melaksanakan tindakan.

Asuhan keperawatan merupakan sistem yang mempunyai beberapa komponen yang terpisah tetapi saling tergantung, saling berhubungan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Kegagalan dari suatu komponen tertentu akan mempengaruhi dan menimbulkan kegagalan yang lain, karena sifat asuhan keperawatan adalah dinamis dan saling tergantung.

Asuhan keperawatan sangat relevan dengan upaya dan arah perkembangan profesionalisme keperawatan dewasa ini, dan dalam pelaksanaannya dapat memberikan beberapa keuntungan menurut Pedoman Penerapan Proses Keperawatan di Rumah Sakit (1994), sebagai berikut :

1. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
2. Mengembangkan keterampilan teknis.
3. Meningkatkan citra keperawatan.
4. Meningkatkan rasa solidaritas dan rasa kesatuan perawat.
5. Menggambarkan kewenangan atau otonomi dan tanggung jawab perawat
6. Menghasilkan praktik keperawatan yang profesional.
7. Mendukung pengembangan penelitian keperawatan.
8. Mendukung pengembangan ilmu keperawatan.
9. Meningkatkan peran perawat dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan.
10. Meningkatkan kepuasan kerja.

2.2.2 Tahapan asuhan keperawatan

1. Tahap penjajagan keperawatan

Penjajagan adalah langkah awal dan dasar dalam asuhan keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi pasien yang dibutuhkan,

dikumpulkan untuk menentukan masalah kesehatan atau keperawatan. Tahap penjajagan terdiri dari tiga kegiatan yaitu :

- a. Pengumpulan data keperawatan.
 - b. Pengelompokkan data atau analisa data.
 - c. Perumusan diagnosa keperawatan.
2. Tahap diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan dari masalah pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan, yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batas kewenangan perawat. Dalam merumuskan diagnosis keperawatan perlu diketahui sifat hakiki diagnosis keperawatan yaitu :

- a. Berorientasi pada kebutuhan dasar manusia (Hirarki Abraham Maslow)
- b. Menggambarkan tanggapan (respon) individu terhadap proses sakit, kondisi dan situasi.
- c. Berubah bila tanggapan (respon) pasien berubah.

Cara merumuskan diagnosa keperawatan (Pedoman Penerapan Proses Keperawatan di rumah Sakit, 1994), dapat menggunakan pendekatan sebagai berikut :

Rumus PES : *Problem* (masalah), *Etiologi* (penyebab), *Symptom* (gejala atau tanda)

3. Tahap perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan tindakan pada asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien. Dalam tahap perencanaan keperawatan, perawat menggunakan keterampilan pemecahan masalah dan menentukan masalah khusus pasien. Tujuan perencanaan keperawatan adalah sebagai

alat komunikasi antar teman sejawat dan tenaga kesehatan lain, serta untuk meningkatkan keseimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan. Dalam tahap perencanaan ini akan ditetapkan urutan prioritas masalah, rumusan tujuan keperawatan yang akan dicapai dan menentukan rencana tindakan keperawatannya.

4. Tahap tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Tindakan keperawatan tersebut dapat dilaksanakan oleh pasien itu sendiri, oleh perawat secara mandiri atau mungkin dilakukan secara kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi dan ahli fisioterapi. Hal ini sangat tergantung dari jenis tindakan, kemampuan atau keterampilan dan keinginan pasien serta tenaga perawat itu sendiri. Dengan demikian tampak bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan bukan semata-mata tugas perawat saja tetapi melibatkan banyak pihak. Namun demikian yang memikul tanggung jawab secara keseluruhan adalah tetap tenaga perawat tersebut.

5. Tahap evaluasi

Tahap ini akan menjawab pertanyaan “sejauh mana masalah yang dihadapi berhasil diatasi”. Kegiatan yang dilaksanakan adalah membandingkan hasil pelayanan keperawatan yang telah dicapai dengan tujuan yang telah ditetapkan, dengan kemungkinan seluruh masalah dapat diatasi, sebagian masalah dapat diatasi, seluruh masalah tidak dapat diatasi dan timbul masalah baru. Sahar (1997) dalam Emma (2004) menjelaskan bahwa masalah tidak teratasi perlu dinilai dari : (a) apakah diagnosa yang ditetapkan sudah benar, (b) apakah rencana dapat dilaksanakan secara tepat, (c) apakah sumber daya yang ada cukup memadai, (d) apakah dijumpai faktor penghambat.

2.3 Dokumentasi keperawatan

Taylor (1989) menegaskan bahwa perawat bertanggung jawab mendokumentasikan setiap fase proses perawatan. Pendokumentasian harus dikerjakan setelah setiap fase proses perawatan selesai dilakukan.

Kozier (1998) menjadikan pendokumentasian sebagai salah satu kriteria pengukuran dalam setiap standar fase proses perawatan dan mengharuskan setiap perawat mendokumentasikan setiap fase dari proses keperawatan secara seksama. Brooks (1998) menegaskan bahwa tanpa dokumentasi asuhan keperawatan maka asuhan keperawatan belum mencerminkan praktek keperawatan.

Dokumentasi keperawatan memudahkan kerja perawat dalam mengetahui perkembangan kondisi pasien. Disamping itu juga sebagai alat ukur yang baik untuk mengevaluasi pelaksanaan pelayanan dan asuhan keperawatan yang diberikan. Menurut Trisuryani (2004) dokumentasi keperawatan dalam pelaksanaan MPKP meliputi :

1. Format pengkajian keperawatan
 - a. Format pengkajian diisi lengkap dalam 1 x 24 jam sejak klien masuk.
 - b. Format pengkajian diisi oleh PP dengan lengkap. Bila PP tidak ada, format pengkajian diisi oleh PA diantaranya identitas klien, identitas keluarga, tanda-tanda vital dan keluhan utama saat klien masuk.
 - c. Isi dengan tanda rumput (√) pada kotak yang dimaksud.
 - d. Selanjutnya isi titik-titik (.) yang kosong dengan penjelasan sesuai yang didapatkan dari klien atau keluarga.
 - e. Format ini hanya ditandatangani oleh PP.

2. Format rencana keperawatan (renpra)

- a. Pada saat menerima klien baru PP harus segera menyiapkan standar renpra berdasarkan diagnosa medis pada saat klien masuk.
- b. Standar renpra berdasarkan diagnosa medis, dianalisis dan ditetapkan oleh PP sesuai hasil pengkajian. Sertakan tanggal terjadinya pada kolom tanggal dipaling kiri format.
- c. Bila diagnosa medis belum jelas/belum terdiagnosa, gunakan standar renpra berdasarkan sistem terkait yang mengalami gangguan atau umum dan sesuai dengan keluhan utama pasien.
- d. Bila PP tidak ada, PA menerapkan minimal 1 diagnosa keperawatan utama berdasarkan hasil pengkajian. Diskusikan dengan penanggungjawab saat itu.
- e. Diagnosa keperawatan yang ada pada klien minimal dua diagnosa dalam 1 x 24 jam pertama, selanjutnya ditambah sesuai dengan perkembangan klien dan apabila klien sudah dirawat 1 minggu jumlah diagnosa keperawatan minimal 4 diagnosa yang ditetapkan termasuk psikososial dan kurang pengetahuan (bila ada).
- f. PP memberi tanda rumput (√) garis bawah pada etiologi yang sesuai dengan klien melengkapi data subyektif dan obyektif serta memberikan tanda rumput pada kotak yang tersedia di daftar tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi klien.
- g. Bila diagnosa keperawatan teratasi tulis tanggal teratasi pada kolom keterangan.
- h. Evaluasi terhadap renpra dilakukan setiap hari oleh PP dan ini harus terlihat pada catatan perkembangan.

3. Format implementasi tindakan keperawatan

- a. Format implementasi ini diisi setelah melaksanakan tindakan baik yang melakukan tindakan tersebut adalah PP atau PA.
- b. Kolom observasi diisi berdasarkan jam dan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh PA.
- c. Kolom pemasukan dan pengeluaran ditulis jenis dan jumlah cairan yang masuk dan keluar.
- d. Cairan preteral dituliskan jenis dan sisa cairan setiap pergantian dinas.
- e. Kolom tindakan keperawatan (selain observasi) diisi dengan paraf perawat yang melaksanakan tindakan tersebut, bila tidak dilakukan jangan di paraf.
- f. Tindakan keperawatan selain observasi minimal dilakukan 2 kali setiap dinas atau sesuai indikasi.
- g. Untuk tindakan-tindakan tidak rutin diisi pada kolom jenis tindakan yang tersedia, misalnya : pasang/ganti *Naso Gastric Tube* (NGT), pasang/ganti botol *Water Seal Drainage* (WSD), klisma dan lain-lain.
- h. Kolom hal istimewa diisi dengan kejadian tidak rutin misalnya pemberian obat khusus, hasil laboratorium.

4. Format catatan perkembangan

- a. Catatan perkembangan diisi oleh PP pada setiap akhir tugas jaga.
- b. Catatan perkembangan dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan yang ada pada klien.
- c. Catatan perkembangan diisi dengan metode SOAP, yaitu :
 - 1) Subyektif (S) : respon verbal klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- 2) Objektif (O) : data yang ditemukan perawat pada klien sebagai hasil observasi setelah tindakan keperawatan.
 - 3) Analisis (A) : menurut analisis PP masalah yang ada teratasi, tidak teratasi atau teratasi sebagian.
 - 4) Perencanaan (P) : berdasarkan hasil analisis apa yang akan dilakukan selanjutnya.
- d. Tuliskan tanggal evaluasi dan sertakan paraf dan nama jelas PP pada setiap SOAP yang telah dibuat.
 - e. Bila masalah sudah teratasi tulis tanggal teratasi pada standar renpra kolom keterangan.
5. Kardex (daftar obat, tekanan darah, nadi, suhu dan pemeriksaan laboratorium)
- a. Kardex ini untuk setiap rumah rumah sakit sangat bervariasi sesuai dengan kebutuhan masing-masing rumah sakit.
 - b. Identitas klien diisi oleh perawat.
 - c. Grafik tekanan darah, suhu, nadi diisi sesuai hasil observasi klien, garis dibuat setelah selesai mengukur.
 - d. Kolom laboratorium diisi sesuai dengan jenis pemeriksaan laboratorium pada hari tersebut.
 - e. Pada kolom obat, untuk obat-obatan baru diisi oleh dokter dan untuk selanjutnya dapat diisi oleh perawat.
 - f. Untuk obat oral dituliskan mulai dari baris atas dan untuk obat injeksi dimulai dari baris bawah.

- g. Bukti telah memberikan obat dilakukan dengan menuliskan jam pemberian dan paraf pada kolom yang tersedia.
 - h. Jika obat tidak diberikan cukup memberikan tanda titik (.) pada kolom yang tersedia, kemudian keterangan tentang obat yang tidak diberikan dituliskan pada format tindakan keperawatan pada kolom hal istimewa.
6. Format daftar infus
- a. Di isi sesuai dengan ketentuan setiap rumah sakit.
 - b. Format diisi oleh dokter dan harus dilengkapi dengan tanggal dan jam saat penulisan pesanan oleh dokter.
 - c. Nama dan jenis cairan infus yang diberikan diisi oleh perawat dan dituliskan serta paraf perawat yang memasang atau mengganti cairan infus tersebut.
7. Resume pasien
- Pada resume perawatan pasien ditulis identitas lengkap pasien, masalah perawatan pada saat pasien dirawat, tindakan perawatan selama dirawat, evaluasi serta nasehat pada waktu pasien pulang.
8. Format laporan pergantian dinas
- a. Laporan pergantian dinas diisi oleh PA diakhir tugas jaga dan diperiksa kembali oleh PP.
 - b. Pada kolom pergantian dinas diisi :
 - 1) Keadaan umum klien, misalnya : tenang, gelisah, lemah, payah.
 - 2) Berbagai hal penting yang telah dilakukan pagi hari dan memerlukan pemantaun atau perhatian pada sore hari.

- 3) Pesan untuk dinas berikutnya misalnya : hasil trombosit terakhir belum ada, ingatkan klien untuk latihan nafas dalam, dan lain-lain.

c. Laporan pergantian dinas ditanda tangani oleh PA.

2.4 Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP).

Pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit, menentukan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, oleh karena itu keberadaan perawat yang memberi asuhan keperawatan selama 24 jam berkesinambungan. Keluhan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan pada umumnya ditujukan sikap perawat yang kurang baik, kurang trampil dalam berkomunikasi. Menyikapi keluhan tersebut dirasakan perlunya mengembangkan suatu metode baru dalam pemberian asuhan keperawatan melalui penerapan MPKP.

2.4.1 Pengertian MPKP

Menurut Sitorus (2004^c) MPKP adalah merupakan penataan struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan pada tingkat ruang rawat sehingga memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional.

Pada aspek struktur ditetapkan jumlah tenaga keperawatan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien. Penetapan jumlah perawat sesuai dengan kebutuhan menjadi hal yang penting, karena bila jumlah perawat tidak sesuai dengan kebutuhan klien, tidak ada waktu perawat untuk melakukan tindakan keperawatan yang seharusnya dilakukan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan (renpra). Disamping jumlah perawat, perlu ditetapkan pula jenis tenaga disuatu ruang rawat yaitu kepala ruangan, *clinical care manager* (CCM), perawat primer (PP) dan perawat asosiet (PA) sehingga peran dan fungsi masing –masing tenaga sesuai dengan kemampuannya

dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam sistem pemberian asuhan keperawatan. Pada aspek ini ditetapkan juga standar renpra. Hal ini ditetapkan karena berdasarkan observasi waktu yang dibutuhkan untuk menulis renpra menyita waktu karena fenomena keperawatan mencakup 14 komponen kebutuhan dasar manusia. Dengan adanya standar renpra PP hanya melakukan validasi terhadap diagnosa keperawatan klien berdasarkan pengkajian yang dilakukan.

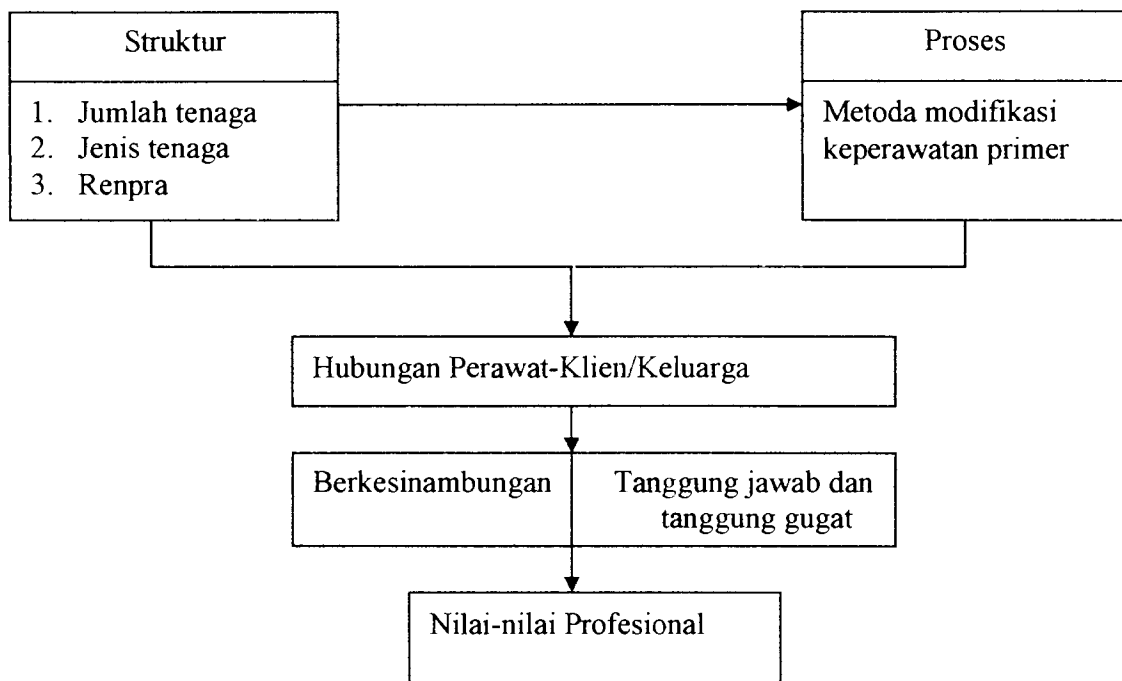
Pada aspek proses ditetapkan penggunaan metoda modifikasi keperawatan primer. Penetapan metode ini didasarkan pada beberapa alasan sebagai berikut :

1. Pada kelompok keperawatan primer pemberian asuhan keperawatan dilakukan secara berkesinambungan sehingga memungkinkan adanya tanggung jawab dan tanggung gugat.
2. Terdapat satu orang perawat profesional yang disebut perawat primer (PP) yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan.
3. Pada metode keperawatan primer hubungan profesional dapat ditingkatkan terutama dengan profesi lain, karena ada satu orang perawat profesional yang memahami kondisi klien secara detail sehingga mampu melakukan hubungan kolaborasi secara optimal.
4. Metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena apabila menggunakan metode ini secara murni dibutuhkan jumlah S1 Keperawatan/Ners dalam jumlah yang lebih banyak.
5. Saat ini terdapat beberapa jenis tenaga keperawatan dengan kemampuan yang berbeda-beda, maka konsep metode tim menjadi penting sehingga perawat dengan

kemampuan yang lebih tinggi dapat mengarahkan dan membimbing perawat lain dibawah tanggungjawabnya

6. Metode tim tidak digunakan secara murni karena metode ini tanggung jawab tentang asuhan keperawatan terfragmentasi pada berbagai anggota tim, sehingga sukar menunjukkan akuntabilitas tenaga keperawatan.

Melalui penataan struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan, hubungan perawat klien berkesinambungan sehingga memungkinkan PP bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dibawah tanggung jawabnya. Dengan demikian diharapkan hubungan perawat-klien didasarkan pada nilai-nilai profesional yang merupakan inti suatu pelayanan profesional. Secara skema terlihat pada gambar berikut :



Gambar 2.2 Skema MPKP. (Sitorus, 2004^c)

2.4.2 Manfaat MPKP dengan modifikasi keperawatan primer

Menurut Swansburg (1999) dalam Sitorus (2004^c) manfaat menerapkan MPKP dengan modifikasi primer diterapkan adalah sebagai berikut :

1. Memberi peningkatan otonomi kepada perawat, sehingga meningkatkan motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat.
2. Menjamin kesinambungan asuhan keperawatan
3. Pengetahuan perawat tentang psikososial dan kebutuhan fisik pasien lebih meningkat karena perawat primer mengerjakan pengkajian fisik serta wawancara pasien, membuat rencana keperawatan serta berperan sebagai penghubung antara pasien dengan petugas kesehatan lain.
4. Meningkatkan penilaian dan kepercayaan antara perawat – pasien yang mendukung terbentuknya hubungan terapeutik.
5. Meningkatkan komunikasi informasi kepada dokter.
6. Mencegah pembantu perawat untuk tidak memberikan asuhan keperawatan langsung.

2.4.3 Komponen MPKP

Komponen MPKP yang dijelaskan oleh Hoffart & Wood (1996) dalam Sitorus (2004 c) meliputi :

1. Nilai profesional sebagai inti model

Pada model ini PP dan PA membangun kontrak dengan klien dan keluarga yang merupakan awal dari penghargaan atas harkat dan martabat manusia. Hubungan itu akan terus dibina selama klien dirawat di ruang rawat tersebut sehingga klien dan keluarga menjadi partner dalam memberi asuhan keperawatan. Pada MPKP ini terdapat perawat satu orang perawat primer yang bertanggungjawab dan bertanggung

gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan. PP inilah yang akan meningkatkan implementasi nilai profesional dalam pemberian asuhan keperawatan antara lain menghargai otonomi klien, melakukan yang baik, dan sebagainya.

2. Pendekatan manajemen

Pada model ini diberlakukan manajemen SDM, artinya ada garis komunikasi yang jelas antara PP dan PA atau antara CCM dan PP. Performan PA dalam satu tim menjadi tanggung jawab PP. Hal itu sangat penting, sehingga PP mempunyai kewajiban membimbing PA dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga kinerja PA sesuai dengan yang diharapkan dilakukan.

3. Metode pemberian asuhan keperawatan

Metode pemberian asuhan yang digunakan ialah modifikasi keperawatan primer sehingga keputusan tentang rencana keperawatan ditetapkan oleh PP dan mengarahkan PA dibawah tanggung jawabnya dalam mengimplementasikannya.

4. Hubungan profesional

Hubungan profesional dalam tim kesehatan dilakukan oleh PP. PP yang paling mengetahui tentang perkembangan kondisi klien sejak awal masuk ke suatu ruang rawat sehingga mampu memberikan data adekuat tentang kondisi klien kepada profesi lain khususnya dokter. Pemberian informasi yang akurat tentang perkembangan klien akan membantu dalam penetapan rencana tindakan medik.

5. Sistem kompensasi dan penghargaan

PP dan timnya berhak atas kompensasi dan penghargaan untuk asuhan keperawatan yang dilakukan sebagai asuhan yang profesional. Dengan demikian kompensasi dan penghargaan yang diberikan kepada perawat bukan bagian dari

asuhan medis atau kompensasi dan penghargaan berdasarkan prosedur. Kompensasi berupa jasa dapat diberikan kepada PP dan PA dalam satu tim yang dapat ditentukan berdasarkan derajat ketergantungan klien. Disamping itu kompensasi dapat diberikan berupa kesempatan untuk mengikuti pendidikan Ners Spesialis.

2.4.4 Klasifikasi klien berdasarkan derajat ketergantungan

1. Perawatan minimal

- a. Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri.
- b. Makan dan minum dilakukan sendiri.
- c. Ambulasi dengan pengawasan.
- d. Observasi tanda vital dilakukan setiap tugas jaga (*shift*)
- e. Pengobatan minimal, status psikologis stabil.

2. Perawatan Parsial

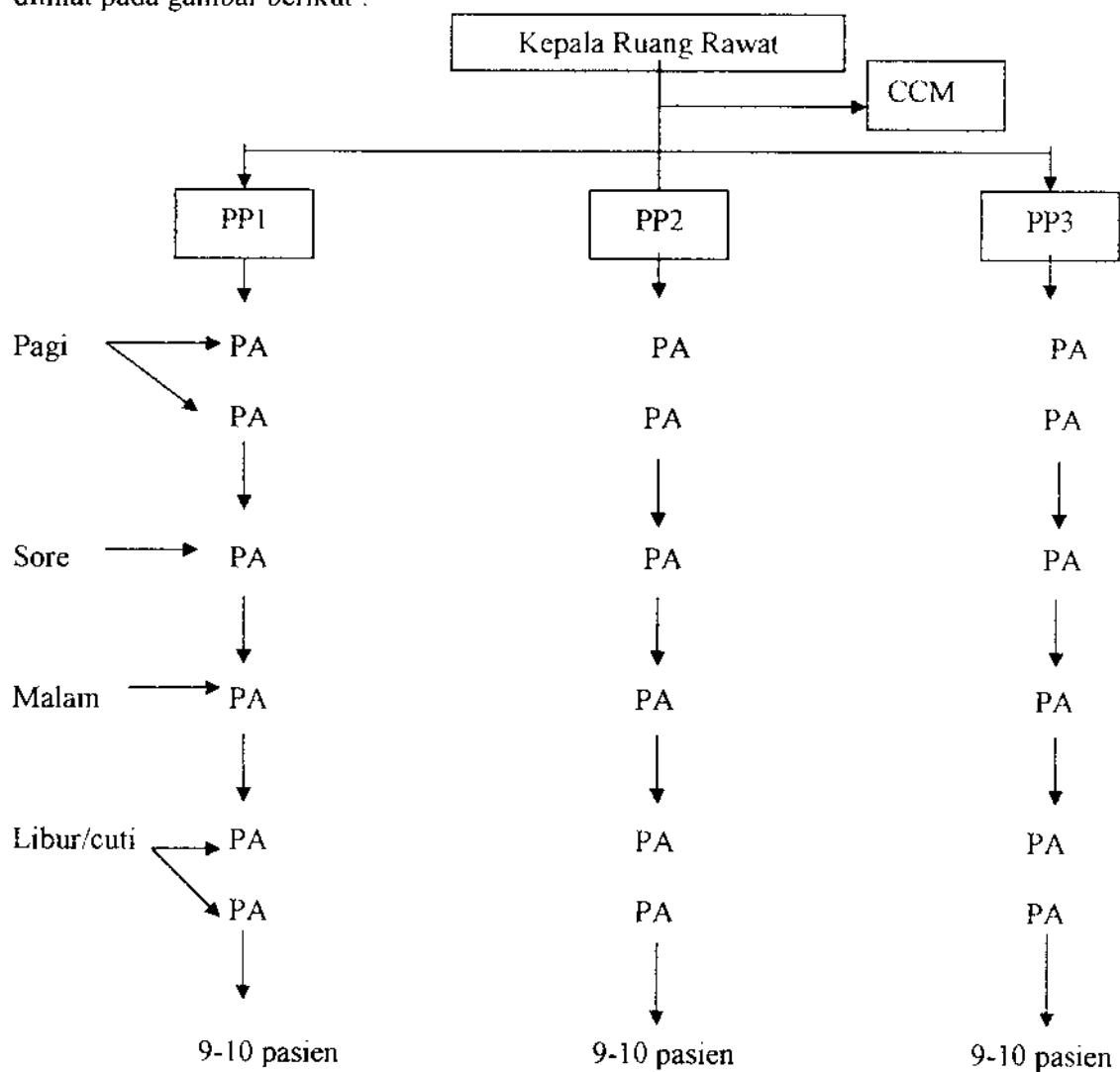
- a. Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu.
- b. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.
- c. Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali.
- d. Folley chateter, *intake output* dicatat.
- e. Klien dengan pasang infus, persiapan pengobatan memerlukan prosedur.

3. Perawatan Total

- a. Semua kebutuhan dibantu.
- b. Posisi yang diatur, observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam.
- c. Makan melalui *NGT*, terapi intra vena.
- d. Pemakaian suction.
- e. Gelisah disorientasi

2.4.5 Jenis tenaga dalam MPKP

Penetapan jenis tenaga keperawatan dipengaruhi oleh metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan. Pada MPKP, metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah metode modifikasi keperawatan primer. Jenis tenaga dalam satu ruang rawat, meliputi : kepala ruangan rawat, *Clinical Care Manager (CCM)*, perawat primer (PP) dan perawat asosiet (PA). Struktur ketenagaan pada ruang MPKP dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2.3 Struktur ketenagaan keperawatan pada MPKP (Sitorus, 2004^c)

2.4.6 Metode pemberian asuhan keperawatan

Menurut Gillies (1994) terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan yaitu metode kasus, metode fungsional, metode tim, dan metode keperawatan primer. Perkembangan berikutnya terdapat metode pemberian asuhan *differentiated practice* dan manajemen kasus menurut Loveridge dan Ummings (1996) dan Marquis and Huston, (2000) dalam Sitorus (2004^b) adalah sebagai berikut :

1. Metode kasus

Metode kasus merupakan metode pemberian asuhan yang pertama digunakan. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat tergantung kepada kemampuan perawat itu dan kompleksitas kebutuhan klien.

2. Metode fungsional

Pada metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien di suatu ruangan. Seorang perawat dapat bertanggung jawab dalam pemberian obat, mengganti balutan, memonitor infus, dan lain-lain. Prioritas utama yang dikerjakan adalah kebutuhan fisik dan kurang menekankan pada pemenuhan kebutuhan secara holistik. Mutu asuhan sering terabaikan karena pemberian asuhan terfragmentasi. Komunikasi antar perawat sangat terbatas sehingga tidak ada satu perawat yang mengetahui tentang satu klien secara komprehensif, kecuali mungkin kepala ruangan. Keterbatasan itu sering menyebabkan klien kurang puas dengan layanan atau asuhan keperawatan yang

diberikan karena seringkali klien tidak mendapatkan jawaban yang tepat tentang hal-hal yang ditanyakan. Klien kurang merasakan adanya hubungan saling percaya dengan perawat. Pada metode ini kepala ruangan menentukan tugas setiap perawat dalam suatu ruangan. Perawat akan melaporkan tugas yang dikerjakannya kepada kepala ruangan dan kepala ruangan yang bertanggung jawab dalam membuat laporan klien.

3. Metode tim

Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Douglas, 1984) Metode tim ini didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga pada perawat timbul motivasi dan rasa tanggung jawab yang tinggi, dengan demikian mutu asuhan keperawatan meningkat. Menurut Kron and Gray (1987), pelaksanaan metode tim harus berlandaskan konsep berikut :

- a. Ketua tim sebagai perawat profesional, harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang prioritas perencanaan, supervisi dan evaluasi asuhan keperawatan. Pelaksanaan konsep tim sangat bergantung pada filosofi ketua tim, yakni apakah berorientasi pada tugas atau pada klien.
- b. Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas renpra terjamin.
- c. Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim.

- d. Peran kepala ruangan penting dalam metode tim antara lain : menetapkan standar kinerja, menetapkan sasaran, pengembangan kepemimpinan, orientasi tenaga, menjadi nara sumber dan menciptakan iklim komunikasi yang terbuka.

Hasil penelitian Lambertson dalam Douglas (1984) menunjukkan bahwa metode tim jika dilakukan dengan benar merupakan metode pemberian asuhan keperawatan yang tepat untuk meningkatkan pemanfaatan tenaga keperawatan yang bervariasi kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan. Namun pada metode itu kesinambungan asuhan keperawatan belum optimal sehingga para pakar mengembangkan metode keperawatan primer.

4. Metode keperawatan primer

Menurut Gillies (1994) *Primary nursing is a method of nursing care delivery that is characterized by a strong and continuing bond between the patient and one particular nurse who is responsible for planning, administering and coordinating the patient's nursing care throughout an entire episode illness.* Pada metode itu perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (*primary nurse*). Pada metode perawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan sehingga bersifat komprehensif serta dapat dipertanggungjawabkan. Setiap perawat primer biasanya merawat 4 – 6 klien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama klien itu dirawat di rumah sakit atau disuatu ruangan. Perawat akan melakukan wawancara, mengkaji secara komprehensif, dan merencanakan asuhan keperawatan. Perawat primer yang paling mengetahui keadaan klien dengan sebaik-baiknya. Demikian juga klien, keluarga, staf medis dan staf keperawatan akan mengetahui bahwa klien tertentu merupakan tanggung jawab PP tertentu. PP

bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan juga akan membuat rencana pulang klien jika diperlukan. Jika PP sedang tidak bertugas, kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (*associate nurse*). PP bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan klien dan menginformasikan keadaan klien kepada kepala ruangan, dokter, dan staf keperawatan. Metode ini dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan karena :

- a. Terdapat satu perawat yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan koordinasi asuhan keperawatan.
- b. Jangkauan observasi setiap perawat hanya 4 – 6 klien.
- c. PP bertanggung jawab selama 24 jam.
- d. Rencana pulang klien dapat diberikan lebih awal.
- e. Rencana asuhan keperawatan dan rencana asuhan medik dapat berjalan paralel.

5. *Differentiated practice*

National League for Nursing (NLN) dalam Kozier (1955), menjelaskan bahwa *differentiated practice* merupakan suatu pendekatan yang bertujuan menjamin mutu asuhan melalui pemanfaatan beberapa sumber keperawatan yang tepat. Terdapat dua model yaitu model kompetensi (*competency model*) dan model pendidikan (*educational model*). Pada model kompetensi, perawat terdaftar (*registered nurse*) diberikan tugas berdasarkan tanggung jawab dan struktur peran yang sesuai dengan kemampuannya. Kemampuan dapat diukur melalui keterampilan, pengetahuan, dan sikap. Untuk itu perlu dikembangkan alat ukur kemampuan yang didemonstrasikan kepada setiap perawat terdaftar.

Menurut Cydelotte dalam Kozier (1997) pemanfaatan beberapa jenis tenaga keperawatan dapat menguntungkan berbagai pihak. Perbedaan jenis tenaga keperawatan dapat menguntungkan berbagai pihak. Perbedaan pendidikan atau kompetensi akan menetapkan apa yang menjadi tanggung jawab setiap perawat dan bagaimana hubungan antar tenaga tersebut diatur.

Metode ini masih baru, masih diperlukan hasil penelitian yang dapat menunjukkan manfaat metode itu sebelum digunakan lebih luas lagi (Baker dalam Marquis and Huston, 2000)

6. Manajemen Kasus

Menurut *American Nursing Association* dalam Marquis and Huston (2000) mengatakan manajemen kasus merupakan proses pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan memberikan asuhan keperawatan, mengurangi fragmentasi, meningkatkan kualitas hidup klien dan efisiensi pembiayaan. Menurut Bower dalam Cohen (1996) fokus utama manajemen kasus ialah integrasi, koordinasi, dan advokasi klien, keluarga dan masyarakat yang memerlukan layanan yang ekstensif. Metode manajemen kasus meliputi elemen utama yaitu

- a. Pendekatan berfokus pada klien.
- b. Koordinasi asuhan dan layanan antar institusi.
- c. Berorientasi pada hasil.
- d. Efisiensi sumber daya
- e. Kolaborasi.

Pada manajemen kasus, rencana asuhan kesehatan terdapat pada *critical pathways*, yakni rencana tertulis yang mengidentifikasi insiden utama, kritis, dan

dapat diprediksi yang harus dilakukan pada klien dalam upaya mencapai hasil ditetapkan berdasarkan lama waktu tertentu untuk dirawat di rumah sakit (Cohen,1996).

Critical pathways merupakan suatu metode pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi efektivitas pembiayaan asuhan klien. *Critical pathways* memberikan standarisasi asuhan medik untuk diagnosis medik tertentu. Pada *critical pathways* ditentukan lama hari rawat. Apabila lama hari rawat yang ditetapkan tidak bisa dipenuhi klien, hal itu dianggap sebagai suatu variasi yang memerlukan analisis sehingga dapat dipertimbangkan tindakan selanjutnya. Adanya *critical pathways* sebagai cara meningkatkan mutu asuhan dengan biaya yang terjangkau menyebabkan hilangnya mutu asuhan jika ditinjau dari hubungan perawat klien. Keperawatan dilibatkan lebih pada pelaksanaan tugas karena perencanaan pada *critical pathways* lebih pada faktor ekonomi bukan pada individu klien (Vezlau,T.M.1999).

Manajemen kasus mirip dengan keperawatan primer. Artinya satu perawat bertanggung jawab untuk mengkoordinasi kegiatan asuhan pada seorang klien. Perbedaannya adalah case manager mengkoordinasikan asuhan pada berbagai disiplin dan fokusnya ialah perencanaan, koordinasi dan evaluasi asuhan. Pada manajemen kasus, berbagai metode pemberian asuhan keprawatan dapat digunakan yaitu keperawatan primer, tim, fungsional, atau total (Komplin dalam Marquis and Huston, 2000).

2.4.7 Tingkat MPKP dan spesifikasinya

Berdasarkan Sitorus (2004^c) jenis model praktek keperawatan profesional dan spesifikasinya terlihat pada tabel berikut :

Tabel 2.1 MPKP dan spesifikasinya

No.	Jenis	Metode penugasan	Ketenagaan	Dokumen-tasi	Aspek Riset
1.	Model PKP III	<i>Case Management</i>	a. Jumlah sesuai kebutuhan b. Dokter Keperawatan Klinik (Konsultan) c. Spesialis keperawatan d. S.I Keperawatan	<i>Critical Pathway</i>	a. Riset eksperimen lebih banyak b. Tindakan keperawatan berdasarkan hasil riset mutakhir
2.	Model PKP II	<i>Case Management</i>	a. Jumlah sesuai kebutuhan b. Spesialis keperawatan (1:10PN) c. S.I Keperawatan (1 : 9-10 KI) d. D.III Keperawatan	<i>Critical Pathway</i> Standar renpra (masalah aktual dan risiko)	a. Riset deskriptif oleh PN dan eksperimen oleh spesialis b. Identifikasi masalah riset c. Pemanfaatan hasil riset
	Model PKP I	Modifikasi Keperawatan Primer	b. Jumlah sesuai kebutuhan c. S.I Keperawatan (1 : 9-10 KI) d. D.III Keperawatan	Standar renpra (masalah aktual dan risiko)	a. Riset deskriptif oleh PN b. Identifikasi masalah riset c. Pemanfaatan hasil riset
	Model PKP Pemula	Modifikasi Keperawatan Primer	a. Jumlah sesuai kebutuhan b. S.I Keperawatan (1 : 25-30 KI) c. D.III Keperawatan (Sebagai ketua tim)	Standar renpra (masalah aktual)	-

2.4.8 Tugas dan tanggung jawab perawat pada MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

Pada metode modifikasi keperawatan primer tugas dan tanggung jawab di dalam melaksanakan asuhan keperawatan dibedakan atas tugas dan tanggung jawab kepala ruangan, *Clinical Care Manager (CCM)*, PP dan PA. Tugas dan tanggung jawab perawat menurut Sitorus (2004 b) adalah sebagai berikut :

1. Kepala ruang rawat.

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, kepala ruang rawat adalah perawat dengan kemampuan DIII Keperawatan dengan pengalaman dan pada MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan SKp/Ners dengan pengalaman. Kepala ruang rawat bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat adalah :

- a. Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadwal dinas).
- b. Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan.
- c. Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan.
- d. Membimbing siswa/mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan, dengan mengikuti sistem MPKP yang sudah ada.
- e. Melakukan kegiatan administrasi dan surat menyurat.
- f. Mengorientasi pegawai baru, residen, mahasiswa kedokteran, dan mahasiswa keperawatan yang akan melakukan praktek di ruangan.
- g. Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain.
- h. Mencek kelengkapan persediaan status keperawatan minimal 5 set setiap hari.

- i. Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal penerapan MPKP termasuk sikap tingkah laku profesional.
 - j. Bila PP cuti, tugas dan tanggung jawab PP tersebut diambil alih oleh kepala ruangan, dan dapat didelegasikan kepada PA senior (wakil PP pemula yang ditunjuk) tetapi tetap dibawah pengawasan kepala ruangan.
 - k. Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan.
 - l. Memonitor dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada diruangan dan membuat DP3 serta usulan kenaikan pangkat.
 - m. Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan diruangan.
 - n. Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan.
2. *Clinical Care Manager (CCM)*

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula CCM adalah SKp/Ners dengan pengalaman dan MPKP tingkat I adalah seorang Ners Spesialis. Pada MPKP tingkat II jumlah Ners Spesialis lebih dari satu orang tetapi disesuaikan dengan kekhususan sesuai dengan kasus yang ada. CCM bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab CCM adalah :

- a. Melakukan bimbingan dan evaluasi tentang implementasi MPKP (ronde keperawatan). Kegiatan yang dilakukan meliputi :
 - 1) Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadwal dinas).
 - 2) Bersama dengan PP mengevaluasi status berdasarkan instrumen evaluasi implementasi MPKP oleh CCM.

- 3) Apakah diagnosa yang ditetapkan sesuai dengan kondisi klien, apakah diperlukan pengkajian lebih lanjut.
 - 4) Apakah diagnosa yang ditetapkan masih menjadi masalah klien atau sudah teratasi. Bila sudah teratasi apakah sudah didokumentasikan.
 - 5) Apakah semua tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada renpra sudah dilakukan dan didokumentasikan pada format implementasi tindakan keperawatan.
 - 6) Apakah masalah psikossial sudah diidentifikasi
 - 7) Apakah masalah kurangnya pengetahuan sudah diidentifikasi ?
 - 8) Apakah laporan perkembangan klien diisi sesuai panduan ?
 - 9) Mengidentifikasi masalah yang dihadapi oleh PP dan tim.
- b. Mendokumentasikan semua kegiatan tersebut pada buku komunikasi CCM.
 - c. Memberikan masukan pada diskusi kasus yang dilakukan PP dan PA.
 - d. Mempresentasikan isu-isu baru terkait dengan asuhan keperawatan.
 - e. Mengidentifikasi *evidence* yang memerlukan pembuktian.
 - f. Mengidentifikasi masalah penelitian, merancang usulan dan melakukan penelitian.
 - g. Menerapkan hasil penelitian dalam memberikan asuhan keperawatan.
 - h. Bekerja sama dengan kepala ruangan dalam hal : melakukan evaluasi tentang mutu asuhan keperawatan, mengkoordinir, mengarahkan dan mengevaluasi tentang penerapan MPKP.
 - i. Mengevaluasi pendidikan kesehatan yang dilakukan PP dan memberikan masukan untuk perbaikan.

- j. Merancang pertemuan ilmiah untuk membahas hasil evaluasi/penelitian tentang asuhan keperawatan.

3. Perawat Primer (PP)

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, PP pemula adalah perawat dengan kemampuan D.III Keperawatan dengan pengalaman dan MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan SKp/Ners. PP dapat bertugas pagi, sore atau malam hari namun sebaiknya PP hanya bertugas pada pagi atau sore saja karena bila bertugas pada malam hari, PP akan libur beberapa hari sehingga sulit menilai perkembangan klien. Bila PP bertugas pada sore hari PP harus didampingi oleh minimal 1 orang PA dari timnya. Hal ini bertujuan agar pada sore hari PP mempunyai waktu untuk menilai perkembangan semua kliennya. Disamping itu bila PP bertugas sore hari, ia akan menjadi penanggung jawab pada shift tersebut.

Tugas dan tanggung jawab PP adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan kontrak dengan klien dan keluarga pada awal masuk ruangan berdasarkan formal orientasi klien dan keluarga sehingga tercipta hubungan terapeutik. Hubungan ini dibina secara terus menerus pada saat melakukan pengkajian/tindakan kepada klien dan keluarga.
- b. Melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP pada sore, malam atau hari libur.
- c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian.
- d. Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan kepada PA dibawah tanggung jawabnya sesuai klien yang dirawat (*pre conference*).

- e. Menetapkan PA yang bertanggung jawab pada setiap klien pada setiap giliran jaga (shift), sesuai kondisi yang ada. Bila PP bertugas dengan 2 orang PA pada satu giliran jaga, maka semua klien akan dibagi kepada kedua PA. Bila PP bertugas dengan seseorang PP akan melakukan tindakan keperawatan sesuai tanggung jawabnya. Pengaturan ini dilakukan dengan PP dapat dilakukan semua tugasnya dengan lebih optimal.
- f. Melakukan bimbingan dan evaluasi (mengecek) pada PA dalam implementasi tindakan keperawatan, apakah sesuai dengan *Standar Operating Procedure* (SOP).
- g. Memonitor dokumentasi yang dilakukan oleh PA.
- h. Membantu dan memfasilitasi terlaksananya kegiatan PA.
- i. Melakukan tindakan keperawatan yang bersifat terapi keperawatan dan tindakan keperawatan yang tidak dapat dilakukan oleh PA.
- j. Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium
- k. Melakukan kegiatan serah terima klien bersama dengan PA.
- l. Mendampingi dokter visite klien dibawah tanggung jawabnya. Bila PP tidak ada visite didampingi oleh PA sesuai dengan timnya.
- m. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan klien setiap hari.
- n. Melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien.
- o. Bila PP cuti/libur, tugas PP didelegasikan kepada PA yang telah ditunjuk (wakil PP) sebagai pembimbing dengan arahan kepala ruangan.

- p. Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga.
 - q. Membuat perencanaan pulang
 - r. Bekerja sama dengan *clinical care manager* (CCM).
 - s. Mengidentifikasi isu yang memerlukan pembuktian sehingga tercipta *Evidence Based Practice* (EBP).
4. Perawat Asosiet (PA)

Kemampuan PA pada MPKP pemula atau MPKP tingkat I, sebaiknya perawat dengan kemampuan DIII Keperawatan. Namun pada beberapa kondisi bila belum semua tenaga mendapat pendidikan tambahan pada beberapa MPKP yang dikembangkan, PA adalah perawat dengan pendidikan SPK tetapi sudah mempunyai pengalaman yang sudah cukup lama di rumah sakit tersebut.

Tanggung jawab PA adalah sebagai berikut :

- a. Membaca renpra yang telah ditetapkan PP.
- b. Membina hubungan terapeutik dengan klien dan keluarga, sebagai lanjutan kontrak yang dilakukan PP.
- c. Menerima klien baru (kontrak) dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi klien dan keluarga jika PP tidak ada ditempat.
- d. Melakukan tindakan keperawatan kliennya berdasarkan renpra.
- e. Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikannya pada format yang tersedia.
- f. Mengikuti visite dokter bila PP tidak ditempat
- g. Mengecek kerapihan dan kelengkapan status keperawatan.
- h. Membuat laporan pergantian dinas dan setelah selesai diparaf.

- i. Mengkomunikasikan kepada PP dinas bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan.
- j. Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan dan tindakan.
- k. Berperan serta dalam pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga yang dilakukan PP.
- l. Melakukan inventarisasi fasilitas terkait dengan timnya.
- m. Membantu tim lain yang membutuhkan.
- n. Memberikan resep dan menerima obat dari keluarga klien yang menjadi tanggung jawabnya dengan berkoordinasi dengan PP.

2.5 Nilai Profesional Dalam Praktek Keperawatan

Watson dalam Kozier (1997) dalam Sitorus (2004^a) menyebutkan bahwa terdapat empat nilai profesional yang penting yaitu :

2.5.1 Komitmen yang tinggi untuk melayani

Landasan pemberian pelayanan keperawatan adalah *sense of caring* yang mengandung arti adanya perhatian, tanggung jawab terhadap layanan yang diberikan, dan semua dilakukan dengan rela, dengan tulus, tidak terpaksa (*wanting to, having to*) demi kesejahteraan manusia.

2.5.2 Penghargaan atas harkat dan martabat klien sebagai manusia.

Perawat selalu bertindak untuk melakukan yang terbaik bagi klien tanpa membeda-bedakan bangsa, suku agama, politik dan ekonomi.

2.5.3 Komitmen pada pendidikan

Komitmen ini direfleksikan pada keinginan untuk belajar secara berkelanjutan

demi mempertahankan dan meningkatkan kemampuan perawat.

2.5.4 Otonomi

Perawat perlu lebih asertif dalam meningkatkan kemampuannya untuk berfungsi independen dalam mengatur pemberian asuhan keperawatan.

Disamping itu menurut Kozier (1997) terdapat beberapa konsep dasar tentang hubungan perawat klien yang merupakan konsep yang sangat relevan dalam praktik keperawatan profesional yaitu konsep tentang hubungan saling percaya, empati, *caring*, otonomi dan mutualitas.

1. Konsep tentang hubungan saling percaya

Hubungan saling percaya ditumbuhkan melalui sikap ikhlas dari perawat (*genuineness*) sehingga klien akan merasakan keiklasan itu sehingga klien percaya. Perhatian yang tepat (*careful attention*) terhadap setiap permintaan klien sangat berpengaruh dalam menumbuhkan hubungan saling percaya. Melalui kehadiran perawat dekat klien, sikap yang *caring* dan dengan komunikasi yang kompeten akan membuat klien merasa diperhatikan.

2. Konsep tentang empati

Kemampuan seseorang perawat untuk empati terhadap klien mempunyai pengaruh yang besar terhadap hubungan perawat-klien. Sikap empati dapat membantu klien mengerti dan mengeksplorasi perasaannya sehingga dapat mengatasi masalahnya.

3. Konsep tentang caring

Caring berarti mengandung 3 hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab dan dilakukan dengan ikhlas (Kozier and Erb,1988). Perasaan bahwa klien diperhatikan sebagai individu membuat klien merasa aman walaupun dalam

keadaan sakit. Pada umumnya klien merasa cemas saat kontak dengan perawat, sehingga sikap perawat yang memperhatikan, mau membantu dan menghargai klien akan membantu mengurangi kecemasan klien.

Menurut Leddy and Pepper (1993), perilaku seorang perawat yang *caring* pada klien, misalnya menjadi pendengar yang baik karena mendengarkan dengan baik memberi arti kepada klien. Tanpa menjadi pendengar yang baik, klien tidak akan terbuka, merasa tidak dihargai dan tidak akan puas.

4. Konsep tentang otonomi dan mutualitas.

Otonomi adalah kemampuan untuk menentukan sendiri atau kemampuan untuk mengatur diri sendiri. Hal ini berarti bahwa otonomi menghargai manusia sebagai seseorang yang mampu menentukan sendiri apa yang bagi dirinya (Bandman,1990). Mutualitas berarti kerja sama dengan orang lain. Konsep itu sangat penting dalam hubungan perawat-klien karena menjadi satu tim dalam bekerja.

2.6 Kerjasama Profesional Antara Perawat Primer (PP) dan Perawat Asosiet (PA) serta Tenaga Kesehatan Lainnya.

Menurut Yulia (2004) kerjasama profesional antara PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya diartikan sebagai hubungan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi secara komprehensif, yang meliputi :

2.6.1 Peran *manajerial* dan *leadership* PP

Sebagai bagian dalam menjalankan fungsi manajerialnya, PP dituntut untuk memiliki kemampuan untuk mendelegasikan sebagian tindakan keperawatan yang telah direncanakan pada PA. Pembagian tanggungjawab PA terhadap pasien yang menjadi

tanggung jawab tim, didasarkan pada tingkat ketergantungan pasien dan kemampuan PA dalam menerima pendelegasian. Dalam metode tim PP-PA, PP dituntut untuk memiliki keterampilan kepemimpinan dalam mengarahkan dan mengkoordinasikan PA dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien. PP berkewajiban untuk membimbing PA agar mampu memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang ada. Bimbingan tersebut dapat dilaksanakan secara langsung, yakni mendampingi PA saat melakukan tindakan tertentu pada pasien atau secara tidak langsung pada saat melakukan konfrens. Selain terkait dengan bimbingan keterampilan pada PA, sebagai bagian dari peran kepemimpinan seorang PP, PP seharusnya juga memiliki kemampuan untuk mengatasi konflik yang mungkin terjadi antar PA. Dalam hal ini PP harus berperan menjadi penengah yang bijaksana sehingga konflik bisa teratasi dan tidak mengganggu produktivitas PA dalam membantu memberikan asuhan keperawatan.

2.6.2 Komunikasi tim melalui rencana keperawatan

Rencana asuhan keperawatan selain berfungsi sebagai pedoman bagi PP – PA dalam memberikan asuhan keperawatan juga merupakan landasan profesional bahwa asuhan keperawatan diberikan berdasarkan ilmu pengetahuan. Dalam kerjasama profesional PP-PA, rencana keperawatan selain berfungsi sebagai petunjuk perencanaan asuhan yang diberikan juga berfungsi sebagai media komunikasi PP pada PA.

2.6.3 Komunikasi tim melalui konfrens

Konfrens adalah pertemuan yang direncanakan antara PP dan PA untuk membahas kondisi pasien dan rencana asuhan yang direncanakan setiap hari. Konfrens biasanya merupakan lanjutan dari kegiatan serah terima *shift* (operan pergantian dinas). Hal-hal yang ingin dibicarakan lebih rinci dan sensitif untuk dibicarakan didekat pasien

dapat dibahas lebih jauh di dalam konfrens. Konfrens ini lebih bersifat dua arah (diskusi) antara PP-PA tentang rencana asuhan keperawatan dan klarifikasi dari PA dan hal lain yang terkait. Pada konfrens ini PP memberikan pendelegasian pada PA tentang tindakan yang harus dilakukan pada hari itu untuk setiap pasien yang menjadi tanggungjawab PA.

2.6.4 Komunikasi tim melalui ronde keperawatan

Ronde keperawatan yang dilakukan dalam tim ini harus dibedakan dengan ronde keperawatan yang dilakukan oleh *Clinical Care Manager* (CCM). Tujuan ronde keperawatan dalam tim adalah agar PP dan PA bersama-sama melihat proses asuhan keperawatan yang diberikan.

2.6.5 Kerjasama dengan tim kesehatan lainnya

Yang dimaksud dengan tim kesehatan lain adalah dokter, ahli gizi, ahli farmasi, fisioterapi, staf laboratorium dan lain-lain yang biasa bekerjasama di rumah sakit. Peran PP dalam melakukan kerjasama dengan tim kesehatan lain tersebut adalah mengkolaborasikan, mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan semua aspek perawatan pasien yang menjadi tanggungjawabnya.

2.7 Kepuasan Pelanggan

2.7.1 Pengertian kepuasan pelanggan

Giese dan Cote (2000), pakar dari *Washington State University* ini menemukan kesamaan dalam tiga hal komponen utama yaitu kepuasan pelanggan merupakan respon emosional atau *kognitif*, respon tersebut menyangkut fokus tertentu (ekspektasi, produk, pengalaman konsumsi dan seterusnya) dan respon terjadi pada waktu tertentu (setelah konsumsi, setelah pemilihan produk/jasa, berdasarkan pengalaman akumulatif, dan lain-lain. Secara singkat dapat dikatakan bahwa kepuasan pelanggan terdiri atas tiga

komponen yaitu respon menyangkut fokus tertentu yang ditentukan pada waktu tertentu (Tjiptono, 2004). Menurut Kotler (2002), kepuasan didefinisikan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapan.

Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa agar dapat memuaskan konsumen maka harus diidentifikasi terlebih dahulu apa keinginan, kebutuhan dan harapan konsumen sehingga pengorbanan yang telah dikeluarkan oleh konsumen sebanding dengan yang didapat bahkan lebih. Kepuasan pelanggan merupakan penilaian pelanggan terhadap produk atau jasa sesuai atau melebihi harapan atau permintannya.

Kepuasan pelanggan harus menjadi prioritas utama bagi setiap organisasi baik profit maupun nonprofit. Saat ini masyarakat makin sadar pentingnya kesehatan dan mendapatkan perawatan kesehatan yang terbaik, sehingga biaya untuk itu tidak menjadi masalah utama bagi mereka, terutama bagi yang memiliki kemampuan finansial.

Demikian juga yang terjadi di dalam bidang pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit. Agar hal ini dapat dicapai, bila rumah sakit harus berusaha memberi kepuasan kepada pelanggan. Untuk itu, setiap instansi atau rumah sakit yang mengutamakan pelanggan harus selalu berusaha memenuhi kebutuhan dan keinginan para pelanggan, sehingga perlu memahami tingkah laku pelanggan.

2.7.2 Model kepuasan

Secara garis besar, riset dalam kepuasan pelanggan didasarkan pada tiga teori utama yaitu *contrast theory*, *assimilation theory* dan *assimilation contrast theory* Chiou (1999) dalam Tjiptono (2005).

Contrast theory berasumsi bahwa konsumen akan membandingkan kinerja produk aktual dengan ekspektasi prapembelian. Apabila kinerja aktual lebih besar atau sama dengan ekspektasi, maka pelanggan akan puas. Sebaliknya, jika kinerja aktual lebih rendah dibandingkan ekspektasi, maka konsumen akan tidak puas.

Assimilation theory menyatakan bahwa evaluasi purna beli merupakan fungsi positif dari ekspektasi konsumen prapembelian. Karena proses diskonfirmasi secara psikologis tidak enak dilakukan, konsumen cenderung secara perseptual mendistorsi perbedaan antara ekspektasi dan kinerjanya ke arah ekspektasi awal. Dengan kata lain, penyimpangan dari ekspektasinya cenderung akan diterima oleh konsumen bersangkutan.

Assimilation contrast theory bahwa terjadinya efek asimilasi (*assimilation effect*) atau efek kontras (*contrast effect*) merupakan fungsi dari tingkat kesenjangan antara kinerja yang diharapkan dan kinerja aktual. Apabila kesenjangan besar, konsumen akan memperbesar gap tersebut, sehingga produk dipersepsikan jauh lebih bagus/buruk dibandingkan kenyataannya (sebagaimana halnya *contrast theory*). Namun, jika kesenjangan tidak terlampau besar, *assimilation* yang berlaku.

2.7.3 Pengukuran dan analisis tingkat kepuasan pelanggan

Konsep kepuasan pelanggan ini perlu diperhatikan karena walaupun rumah sakit telah menyediakan jasanya sesuai dengan permintaan dan harapan pelanggan, tetapi pihak *provider* tetap harus mengevaluasi kepuasan yang diperoleh pelanggan demi perbaikan pelayanan kepada pelanggannya atau demi peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit.

Menurut Kotler (2002) dalam Tjiptono, (2005), mengidentifikasi empat metode untuk mengukur kepuasan pelanggan yaitu :

1. Sistem keluhan dan saran

Untuk mengetahui kepuasan pelanggan sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, maka rumah sakit memberi kesempatan kepada pelanggan untuk menyampaikan keluhan, saran dan pendapatnya melalui daftar pertanyaan atau kuesioner, kemudian memasukkannya pada kotak saran yang telah disediakan ditempat yang strategis. Penyampaian daftar pertanyaan sebagai evaluasi ini dapat dilaksanakan secara aktif maupun pasif. Dikatakan aktif jika daftar pertanyaan disampaikan secara langsung kepada penderita atau keluarganya, sedangkan pasif bila disediakan pada suatu tempat tertentu agar penderita atau pelanggan rumah sakit dapat mengambil dan mengisi tanpa adanya usaha dari pihak rumah sakit.

2. *Ghost shopping*

Cara untuk memperoleh gambaran kepuasan pelanggan dengan jalan :

- a. Mempekerjakan orang lain untuk berperan sebagai pembeli atau,
- b. Para manajer terjun langsung sebagai pelanggan, tetapi jangan sampai petugasnya tahu bila proses pelayanan ini dinilai.

3. *Lost customer analysis*

Mengetahui gambaran kepuasan pelanggan dengan menghubungi para pelanggan yang pindah ke pelayanan kesehatan lain agar mengetahui apa sebab sampai pindah ke pelayanan kesehatan lain tersebut. Dengan demikian dapat dipahami mengapa hal ini terjadi. Selanjutnya dapat digunakan sebagai perbaikan kebijakan.

4. Survei kepuasan pelanggan

Menurut Mc. Neal dan Lamb dalam Paterson dan Wilson (1992) dalam Tjiptono (2005), bahwa umumnya banyak penelitian mengenai kepuasan pelanggan yang

dilakukan dengan penelitian survei, baik dengan survei melalui pos, telepon, maupun wawancara pribadi. Melalui survei ini akan diperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dan juga mendapat nilai positif bahwa instansi atau rumah sakit memberi perhatian terhadap para pelanggannya.

2.7.4 Pengelolaan keluhan/komplain pelanggan

Mudie & Cottam (1999) dalam Tjiptono, (2005) menyatakan bahwa umumnya pelanggan yang tidak puas pada sebuah jasa dan menyampaikan keluhannya tidaklah sebanyak pada kasus ketidakpuasan pada barang.

Setiap konsumen yang merasa tidak puas terhadap kinerja produk, jasa dan atau perusahaan tertentu akan bereaksi dengan tindakan yang berbeda-beda. Ada yang mendiamkan saja dan ada pula yang melakukan komplain atau keluhan. Berkaitan dengan hal ini, ada tiga kategori komplain terhadap ketidakpuasan yaitu *voice responses*, *private responses*, dan *third-party responses* menurut Singh, (1998) dalam Tjiptono (2005)

1. *Voice response*

Pelanggan menyampaikan keluhan secara langsung dan atau meminta ganti rugi (kompensasi) kepada perusahaan bersangkutan dan atau distributornya, sebetulnya perusahaan masih mungkin memperoleh beberapa manfaat. Pertama, pelanggan memberikan kesempatan sekali lagi kepada perusahaan untuk memuaskan mereka. Kedua, resiko publisitas buruk dapat ditekan, baik publisitas dalam bentuk rekomendasi *gethok tular* negatif maupun melalui media massa. Dan yang ketiga, memberikan masukan positif mengenai kekurangan pelayanan yang perlu diperbaiki oleh perusahaan. Melalui perbaikan dan pemulihan layanan, perusahaan dapat memelihara hubungan baik dan loyalitas pelanggannya.

2. *Private response*

Obyek dalam *private response* bukanlah pihak eksternal bagi jejaring sosial konsumen dan juga bukan pihak yang terlibat langsung dalam pengalaman yang tidak memuaskan. Kategori ini meliputi memperingatkan atau memberitahu kolega, teman atau keluarganya mengenai pengalaman buruknya terhadap produk atau perusahaan bersangkutan. Umumnya tindakan ini sering dilakukan dan dampaknya sangat besar bagi citra perusahaan.

3. *Third-party response*

Third-party response ditujukan pada beberapa obyek eksternal yang tidak secara langsung terlibat dalam pengalaman yang tidak memuaskan (misalnya, surat kabar, lembaga konsumen, lembaga bantuan hukum, dan lain sebagainya). Bentuk responsnya bisa berupa menuntut ganti rugi secara hukum, mengadu melalui media massa (misalnya menulis di surat pembaca) atau secara langsung mendatangi lembaga konsumen, instansi hukum dan lain sebagainya.

Kendati sekilas kelihatannya sederhana, namun taktik pengelolaan atau penanganan dan pemulihan layanan terhadap komplain atau keluhan pelanggan berkontribusi positif pada minat pembelian ulang, loyalitas dan komitmen pelanggan.

Secara garis besar, aktivitas yang diperlukan dalam rangka memulihkan layanan pelanggan meliputi ;

- a. Respons, yaitu pengakuan bahwa telah terjadi masalah atau kegagalan jasa, permohonan maaf, empati, respons yang cepat dan keterlibatan manajemen.
- b. Informasi, yaitu penjelasan atas kegagalan yang terjadi, mendengarkan pandangan pelanggan terhadap solusi yang diharapkan, menyepakati solusi dan menjamin bahwa

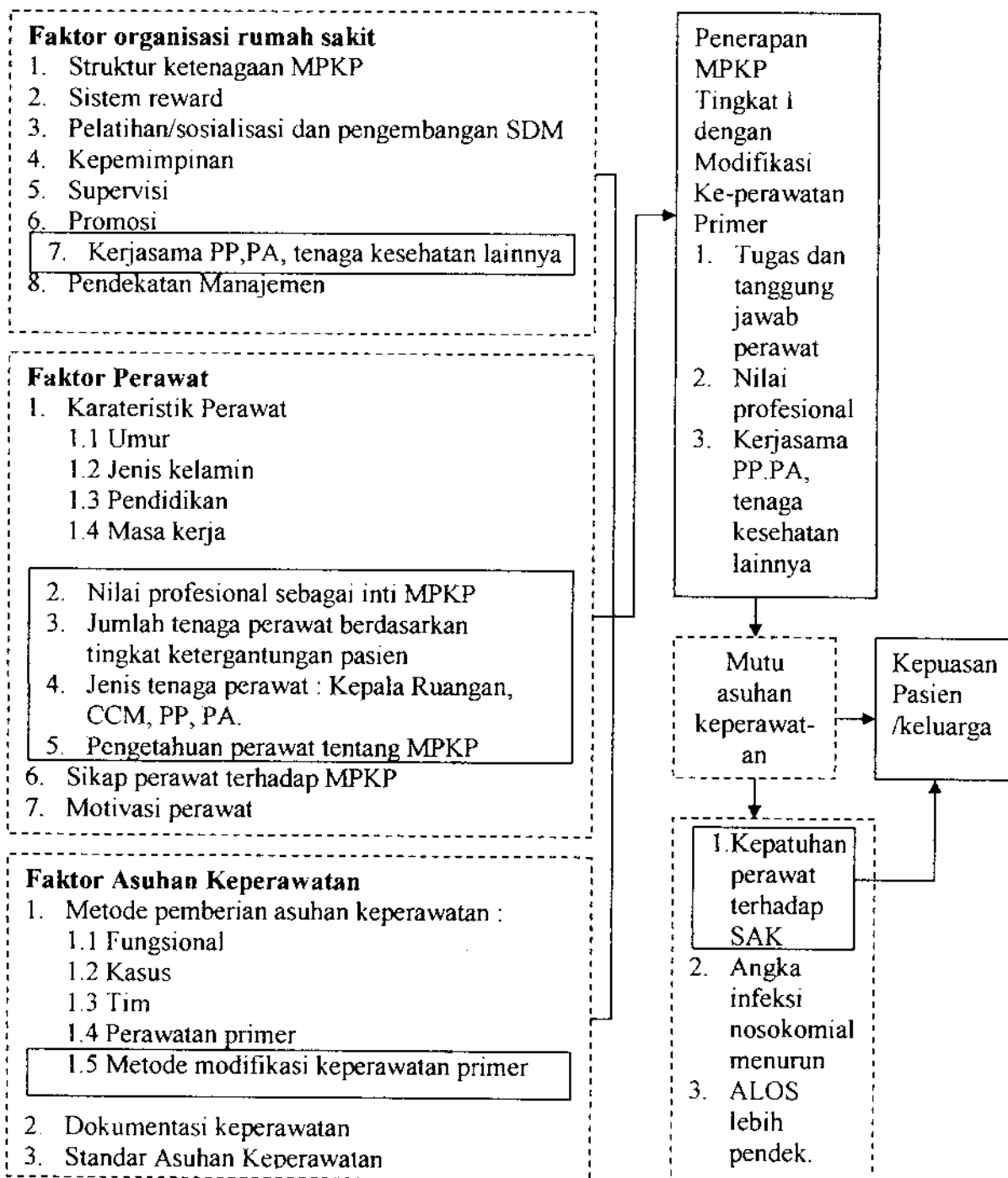
masalah yang sama tidak akan terjadi lagi serta permohonan maaf secara tertulis.

- c. Tindakan, yaitu melakukan koreksi atas kegagalan atau kesalahan, mengambil langkah-langkah perbaikan seperti mengubah prosedur untuk mencegah terulangnya masalah di kemudian hari, melakukan tindak lanjut untuk memeriksa dampak setelah penanganan keluhan.
- d. Kompensasi, yaitu pemberian ganti rugi keuangan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

Kerangka konseptual penelitian, terlihat pada gambar berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

: Diteliti
 : Tidak diteliti

Berdasarkan gambar 3.1, dapat dijelaskan bahwa mutu asuhan keperawatan dengan indikator kepuasan pasien/keluarga, kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan dan ALOS dipengaruhi oleh penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer. Penerapannya meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi antara lain : tugas dan tanggung jawab perawat, nilai profesional dan kerjasama perawat primer (PP), perawat asosiet (PA) dan tenaga kesehatan lainnya. Semakin optimal dalam penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer diharapkan mutu asuhan keperawatan akan lebih meningkat. Penerapan MPKP tersebut secara garis besar juga dipengaruhi oleh faktor organisasi rumah sakit yaitu : struktur ketenagaan, sistem reward, pelatihan/sosialisasi dan pengembangan staf, kepemimpinan, supervisi, promosi, kerjasama PP,PA dan tenaga kesehatan lainnya serta pendekatan manajemen. Faktor perawat meliputi karakteristik perawat, nilai profesional, jumlah dan jenis ketenagaan, pengetahuan, sikap dan motivasi perawat. Sedangkan faktor asuhan keperawatan yang mempengaruhi penerapan MPKP antara lain : metode pemberian asuhan keperawatan, dokumentasi keperawatan dan standar asuhan keperawatan. Dari beberapa faktor tersebut di atas, faktor yang akan diteliti meliputi : kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya, nilai profesional sebagai inti MPKP, jumlah tenaga perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien, jenis tenaga perawat, pengetahuan perawat tentang MPKP dan penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan *Operation Research* disertai dengan penilaian sebelum dan sesudah pemberian intervensi (pre dan post intervensi). Penelitian *Operation Research* mempunyai hubungan erat dengan kegiatan operasional pelayanan keperawatan yang sedang berjalan atau yang sedang dilaksanakan. Perawat diberikan pelatihan sebagai perlakuan mengenai MPKP dengan modifikasi keperawatan primer, dilaksanakannya penerapan model tersebut dan pada akhir penerapan dilakukan penilaian untuk mengetahui perubahan penerapannya.

4.2 Subyek Penelitian

4.2.1 Perawat

Seluruh perawat pelaksana termasuk kepala ruangan yang bertugas di ruang rawat inap Cempaka RSUD Mataram yang dijadikan sebagai *training center* penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer yakni sebanyak 21 (dua puluh satu) orang.

4.2.2 Pasien/keluarga

Pasien yang dirawat di ruang rawat inap Cempaka RSUD Mataram, dengan menggunakan rumus besar sampel yang dikemukakan menurut Notoatmojo (2002) adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan :

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan

Jumlah pasien yang diambil sebagai populasi penelitian, dihitung berdasarkan rata-rata pasien yang dirawat setiap bulan di ruang rawat inap Cempaka. Jumlah pasien yang dirawat tahun 2004 terlihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1. Jumlah pasien yang dirawat di ruang rawat inap Cempaka RSUD Mataram selama tahun 2004

No	Bulan tahun 2004	Jumlah	Persentase (%)
1	Januari	91	7,58
2	Pebruari	74	6,16
3	Maret	116	9,66
4	April	107	8,91
5	Mei	102	8,49
6	Juni	109	9,08
7	Juli	102	8,49
8	Agustus	104	8,66
9	September	86	7,16
10	Oktober	110	9,16
11	Nopember	78	6,49
12	Desember	122	10,16
	Jumlah	1.184	100
	Rata-rata	100,08	

Sumber : Laporan beban kerja ruang rawat inap shift pagi RSUD Mataram tahun 2004

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa, jumlah pasien yang paling banyak di rawat adalah sebesar 10,16 % pada bulan Desember dan paling sedikit : 6,16 % pada bulan Februari, dengan jumlah rata-rata per bulan adalah sebesar 100,08 orang.

Jadi jumlah besar sampel dengan formulasi rumus tersebut di atas adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{100,08}{1 + 99 (0,05^2)} = 80,23 \text{ dibulatkan menjadi } 80 \text{ orang}$$

Jumlah pasien/keluarga tersebut yang dijadikan sampel saat penelitian adalah masing-masing terdiri dari 40 orang sebelum dan sesudah intervensi.

4.2.3 Status pasien

Status pasien yang dijadikan sebagai studi dokumentasi sama dengan jumlah pasien yang dijadikan responden yakni sebesar 40 orang. Status pasien yang diamati pada penelitian ini setelah pasien pulang.

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.3.1 Lokasi

Lokasi penelitian adalah di ruang rawat inap Cempaka RSUD Mataram, dengan justifikasi sebagai berikut :

1. Ruang rawat inap Cempaka yang nantinya akan dikembangkan sebagai pusat pelatihan bagi perawat dari ruang rawat lain dan mahasiswa keperawatan (*training center*).
2. Ruang tersebut selanjutnya akan menjadi lahan praktek yang bermanfaat dalam menumbuhkan kemampuan klinik dan untuk melakukan praktik berdasarkan pembuktian (*evidence based practice*).
3. Dari segi pengembangan MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer dilihat dari segi sumber daya sudah sangat mendukung antara lain : 66,7 % tenaga

D.III Keperawatan dan 2 orang S1 Keperawatan, terdapat perawatan kelas I dan II serta pasien yang dirawat adalah kasus Bedah, Dalam, Jantung dan Syaraf.

4. Ruang ini merupakan pusat penghasilan (*revenue center*) dibanding dengan ruang perawatan yang lain karena ruang perawatan Cempaka adalah ruang perawatan kelas I dan II.

4.3.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian mulai dari sebelum identifikasi sampai dengan pasca intervensi yakni selama 2,5 (dua setengah) bulan mulai tanggal 20 Maret s/d 3 Juni 2006. Waktu pelaksanaan secara rinci adalah sebagai berikut :

1. Sebelum intervensi :

Kegiatan yang dilaksanakan adalah mengidentifikasi jumlah dan jenis ketenagaan MPKP, pengetahuan perawat tentang MPKP, nilai profesional pengembangan MPKP, dokumentasi keperawatan serta kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya. Disamping itu juga mengidentifikasi kepuasan pasien / keluarga serta dan kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan. Waktu pelaksanaan adalah 2 (dua) minggu tanggal 20 s/d 31 Maret 2006.

2. Intervensi

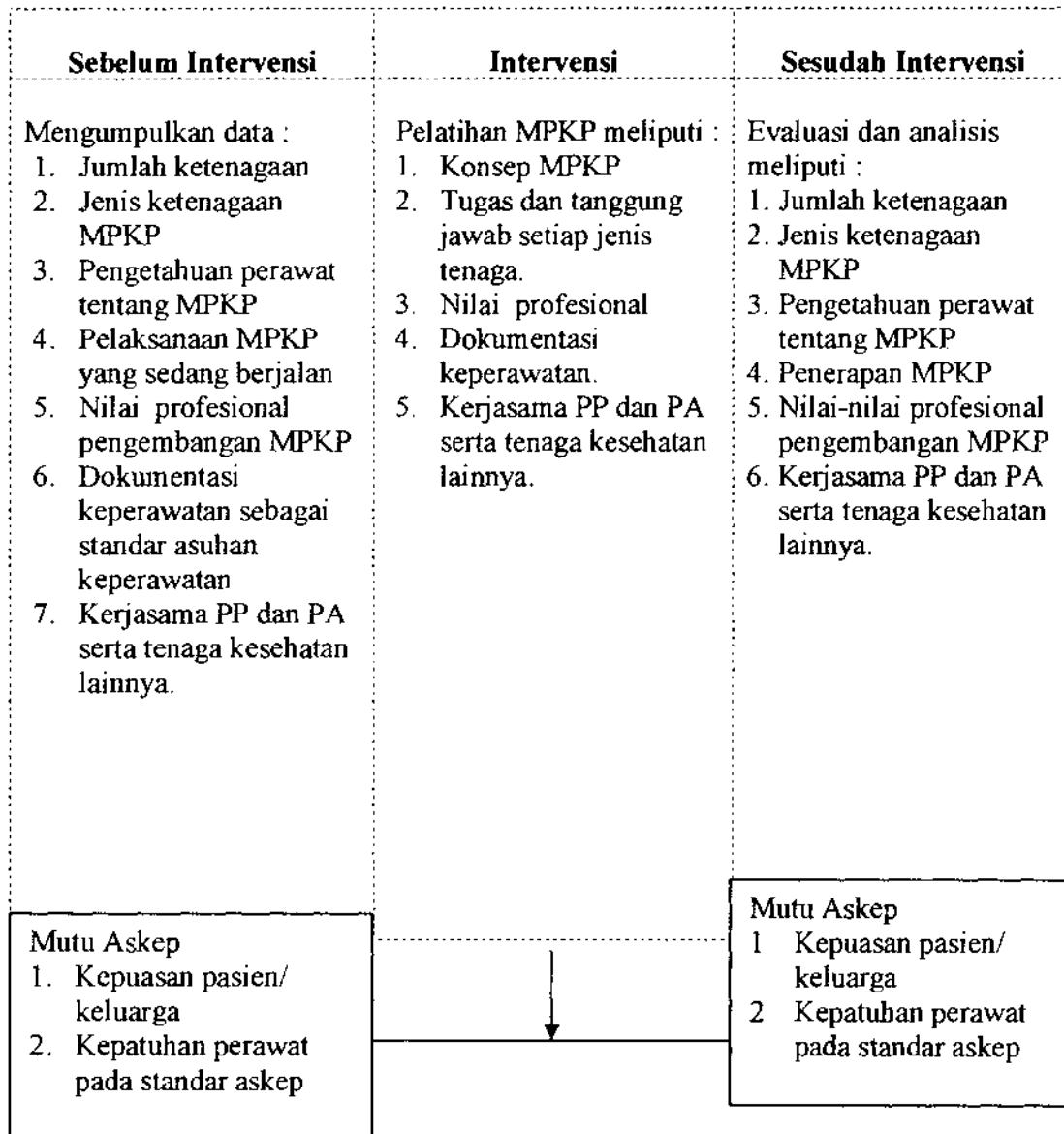
Optimalisasi MPKP dengan modifikasi perawatan primer melalui kegiatan pelatihan yang dilaksanakan pada tanggal 3 s/d 8 April 2006.

3. Sesudah intervensi

Kegiatan sesudah intervensi adalah melaksanakan evaluasi dan analisis kondisi ketenagaan, pelaksanaan MPKP, kepatuhan perawat dan kepuasan pasien. Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 21 Mei s/d 3 Juni 2006

4.4 Kerangka Operasional Penelitian

Kerangka operasional penelitian yang dilakukan, seperti pada gambar berikut :



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian

4.4 Variabel Penelitian

1. Jumlah ketenagaan
2. Jenis ketenagaan MPKP
3. Pengetahuan perawat tentang MPKP
4. MPKP dengan modifikasi keperawatan primer :
 - a. Tugas dan tanggung jawab
 - b. Dokumentasi asuhan keperawatan
 - c. Nilai profesional pengembangan MPKP
 - d. Kerjasama PP dan PA serta tenaga kesehatan lainnya
5. Kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan
6. Kepuasan pasien/ keluarga

4.5 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel.

Agar penelitian ini menjadi jelas, maka perlu diberikan batasan operasional setiap variabel sebagai berikut :

4.5.1 Jumlah ketenagaan

Jumlah ketenagaan adalah jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dalam MPKP berdasarkan tingkat ketergantungan pasien. Cara mengukurnya adalah terlebih dahulu mengidentifikasi derajat ketergantungan pasien (tingkat ketergantungan minimal, parsial dan total) kemudian dihitung jumlah perawat yang dibutuhkan untuk setiap jaga pagi, siang dan malam. Menurut Douglas (1984) dalam Sitorus (2004 c) jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan di rumah sakit pada pagi, sore, dan malam berdasarkan klasifikasi klien dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut :

Tabel 4.2 Jumlah proposi tenaga perawat yang dibutuhkan pada suatu ruang rawat yang menerapkan MPKP dengan modifikasi primer

Jumlah klien	Klasifikasi Klien								
	Minimal			Parsial			Total		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,60
n=40	6,80	5,60	2,80	10,80	6,00	4,00	14,40	12,00	8,00

Sebagai contoh, suatu ruang rawat dengan 22 pasien (3 klien dengan klasifikasi minimal, 14 klien dengan klasifikasi parsial dan 5 klien dengan klasifikasi total) maka jumlah perawat yang dibutuhkan untuk jaga pagi adalah :

$$\begin{array}{rcl}
 3 \times 0,17 & = & 0,51 \\
 14 \times 0,27 & = & 3,78 \\
 5 \times 0,36 & = & 1,90 \\
 \hline
 \text{Jumlah} & = & 6,09 \rightarrow 6 \text{ orang}
 \end{array}$$

4.5.2 Jenis ketenagaan MPKP

Jenis tenaga MPKP yang dimaksud adalah jenis tenaga perawat sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya yang terdiri dari : kepala ruangan, *Clinical Care Manajer* (CCM), perawat primer dan perawat asosiet. Di samping itu juga termasuk bagan ketenagaan MPKP dan uraian tugasnya. Cara pengukurannya melalui observasi dengan bantuan ceklis.

4.5.3 Pengetahuan perawat

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui oleh perawat tentang MPKP dengan modifikasi perawatan primer meliputi : pengertian , manfaat, komponen, metode asuhan keperawatan, tingkatan, serta tugas dan tanggung jawab perawat dalam MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer. Cara pengukurannya adalah pengisian

kuesioner oleh perawat, dengan jumlah pertanyaan sebanyak 15 buah. Bila jawaban benar diberi skor 2 dan salah diberi skor 1. dari jawaban responden kemudian dikategorikan sebagai berikut :

1. Pengetahuan baik, bila skor : 25 - 30
2. Pengetahuan sedang, bila skor : 20 - 24
3. Pengetahuan kurang, bila skor : 15 - 19

4.5.4 MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer

MPKP yang merupakan kombinasi antara metode tim dengan keperawatan primer yang dilakukan perawat dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan meliputi : tugas dan tanggung jawab, dokumentasi asuhan keperawatan, nilai profesional pengembangan MPKP serta kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya.

1. Tugas dan tanggung jawab

Tugas dan tanggung jawab dimaksud adalah kegiatan pekerjaan tertentu yang dilakukan oleh kepala ruangan, CCM, PP, dan PA yang merupakan tanggung jawabnya dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Cara mengukurnya adalah dengan melakukan observasi kepada perawat.

2. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah catatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengetahui perkembangan pasien terdiri dari format pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi, catatan perkembangan, kardex, daftar infus dan catatan perkembangan pasien serta laporan pergantian dinas. Cara mengukurnya adalah dengan melakukan observasi melalui format asuhan keperawatan yang tersedia serta wawancara.

3. Nilai profesional pengembangan MPKP Tingkat I

Nilai profesional merupakan moral yang tertanam pada setiap individu perawat yang merupakan salah satu kaedah profesi keperawatan yang dikembangkan dalam pelaksanaan MPKP yang meliputi :

- a. Komitmen yang tinggi untuk melayani artinya ikhlas dalam memberikan pelayanan, perhatian terhadap setiap permintaan klien, kehadiran perawat selalu dekat pasien.
- b. Penghargaan atas harkat dan martabat klien sebagai manusia maksudnya memahami perasaan pasien, tidak membeda-bedakan bangsa, suku, agama, politik dan ekonomi dalam memberikan pelayanan,
- c. Sikap *caring* dalam hal berkomunikasi meningkatkan kepercayaan klien terhadap perawat.
- d. Sikap empati dalam arti memahami perasaan klien.
- e. Perawat memberi kesempatan kepada klien untuk membuat keputusan bagi dirinya walaupun dalam hal sederhana.
- f. Komitmen pada pendidikan adalah direfleksikan pada keinginan untuk belajar.

Cara pengukuran menggunakan *Skala Likert* dengan jumlah pertanyaan sebanyak 8 buah. Bila jawaban sangat setuju diberi skor 4, setuju : 3, tidak setuju : 2 dan sangat tidak setuju : 1. Dari jawaban responden kemudian dikategorikan sebagai berikut :

1. Sangat setuju, bila skor : 26 - 32
2. Setuju, bila skor : 20 - 25
3. Kurang setuju, bila skor : 14 - 19
4. Tidak setuju, bila skor : 8 - 13

Disamping kuesioner dibagikan kepada perawat untuk melihat nilai profesional dalam pengembangan MPKP juga dilihat dari hasil wawancara kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

4. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya

Kerjasama dimaksud adalah hubungan PP dengan PA dalam hal mengkomunikasikan rencana keperawatan kepada PA melalui konfrens dan ronde keperawatan. Hubungan antara PP dengan tenaga kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi meliputi adanya tindakan kolaborasi. Dilakukan dengan cara pengisian kuesioner oleh perawat dan observasi, selanjutnya dikatagorikan sebagai berikut :

1. Baik, bila skor : 18 - 20
2. Sedang, bila skor : 14 - 17
3. Kurang, bila skor : 10 - 13

4.5.5 Kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan

Kepatuhan perawat dimaksud adalah kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan serta evaluasi. Cara pengukurannya dengan melakukan observasi terhadap dokumentasi asuhan keperawatan pada status pasien setelah pasien pulang. Item yang diamati sebanyak 23 item. Hasil observasi tentang kepatuhan perawat diberikan skor 2 bila patuh dan 1 bila tidak, selanjutnya dikatagorikan sebagai berikut :

1. Sangat patuh, bila skor : 41 - 46
2. Patuh, bila skor : 35 - 40
3. Kurang patuh, bila skor : 29 - 34
4. Tidak patuh, bila skor : 23 - 28

4.5.6 Kepuasan pasien/ keluarga

Ungkapan perasaan pasien setelah mendapatkan pelayanan keperawatan selama di rawat di rumah sakit. Cara pengukuran melalui wawancara terstruktur dengan bantuan kuesioner, dengan jumlah pertanyaan sebanyak 21. Untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan, digunakan *rating scale* dengan memberi pertanyaan pilihan dari 1 hingga 4 :

- Nilai 4 = skala 4 : sangat memuaskan
- Nilai 3 = skala 3 : memuaskan
- Nilai 2 = skala 2 : kurang memuaskan
- Nilai 1 = skala 1 : tidak memuaskan

Dari jawaban responden, kemudian dapat dikategorikan sebagai berikut :

1. Sangat puas, bila skor : 69 - 84
2. Puas, bila skor : 53 - 68
3. Kurang puas, bila skor : 37 - 52
4. Tidak puas, bila skor : 21 - 36

4.6 Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner berdasarkan daftar yang telah disiapkan sebelumnya. Pengisian kuesioner dilakukan oleh responden terutama untuk variabel pengetahuan, Disamping itu dilakukan observasi dengan menggunakan ceklist untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer meliputi : tugas dan tanggung jawab, dokumentasi asuhan keperawatan, nilai-nilai profesional pengembangan MPKP, kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya, termasuk jumlah ketenagaan dan jenis

ketenagaan MPKP. Untuk memperoleh data kepuasan pasien dilakukan melalui wawancara terstruktur dengan bantuan kuesioner, sedangkan kepatuhan perawat dalam penerapan standar asuhan keperawatan melalui pengamatan status dokumentasi asuhan keperawatan pasien.

4.7 Pengumpulan Data

4.8.1 Data primer

Data primer diperoleh langsung dari subyek penelitian, dengan metode pengumpulan data sebagai berikut :

1. Metode pengisian kuesioner

Metode ini digunakan untuk memperoleh tingkat pengetahuan perawat tentang MPKP dengan memilih jawaban yang benar dari pernyataan yang telah disediakan melalui kuesioner serta nilai-nilai profesional pengembangan MPKP.

Pengisian kuesioner juga dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi perawatan primer meliputi tugas dan tanggung jawab, dokumentasi asuhan keperawatan, nilai-nilai profesional pengembangan MPKP, kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya.

2. Metode wawancara

Wawancara dilakukan kepada perawat untuk memperoleh data tentang jumlah dan jenis ketenagaan MPKP serta untuk memperoleh data tentang kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan.

3. Metode observasi

Merupakan proses pengamatan secara langsung dengan menggunakan daftar pengamatan (ceklist) tentang variabel jumlah dan jenis ketenagaan ketenagaan MPKP

serta MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer meliputi tugas dan tanggung jawab, dokumentasi asuhan keperawatan, nilai profesional pengembangan MPKP, kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya.

Sedangkan kepatuhan perawat dalam penerapan standar asuhan keperawatan melalui pengamatan status dokumentasi asuhan keperawatan pasien.

4.8.2 Data sekunder

Data skunder adalah data yang tersedia di bagian rekam medik, pencatatan dan laporan dari bidang keperawatan RSUD Mataram., meliputi data gambaran umum rumah sakit (ketenagaan dan pelayanan rumah sakit serta pelayanan khususnya RRI Cempaka).

4.9 Analisis Data

Data yang diperoleh adalah data tentang jumlah dan jenis ketenagaan MPKP, tingkat pengetahuan, pelaksanaan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer, kepuasan pasien/keluarga, serta kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan. Hasil data tersebut kemudian dianalisis secara deskriptif dan dilakukan uji statistik dengan menggunakan Uji Jenjang Bertanda Wilcoxon (*Wilcoxon's Signed Rank Test*) untuk mengetahui perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Rumah Sakit Umum Mataram

Rumah Sakit Umum Mataram adalah rumah sakit milik Pemerintah Propinsi Nusa Tenggara Barat, berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Nusa Tenggara Barat Nomor : 448/Pem.47/5/151 tanggal 5 Nopember 1969, merupakan unsur penunjang Pemerintah Daerah yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan secara teknis operasional bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor : 13/Menkes/SK/I/2005 Kelas Rumah Sakit Umum Mataram menjadi Rumah Sakit Umum Kelas B Pendidikan, dengan jumlah tempat tidur sebanyak 289 buah dan sejak tahun 1997 telah lulus sebagai rumah sakit terakreditasi secara penuh dengan 12 pelayanan termasuk didalamnya pelayanan keperawatan.

Untuk mendapat gambaran tentang Rumah Sakit Umum Mataram secara umum berikut ini ditampilkan keadaan Rumah Sakit Umum Mataram pada tahun 2005 sebelum penelitian dilaksanakan meliputi keadaan ketenagaan, pelayanan dan hasil kinerja pelayanan.

Ketenagaan RSU Mataram terdiri dari tenaga medis, keperawatan, kefarmasian, kesehatan masyarakat, gizi, keterampilan fisik, keteknisian medis dan tenaga non kesehatan terdiri dari PNS sebanyak 550 orang dan tenaga honor

sebanyak 210 orang. Untuk jelasnya data ketenagaan RSUD Mataram terlihat pada tabel 5.1 sebagai berikut :

Tabel 5.1 Jumlah karyawan RSUD Mataram sampai dengan Desember tahun 2005

No	Jenis Ketenagaan	Status karyawan		Jumlah	%
		PNS	Honor/PTT		
A	Medis	69	0	69	9,08
1	Dokter Spesialis	33	0	33	
2	Dokter Umum	32	0	32	
3	Dokter Gigi	4	0	4	
B	Keperawatan	285	69	354	46,58
1	S2 Keperawatan	0	0	0	
2	S1 Keperawatan	9	0	9	
3	D3 Keperawatan	123	67	190	
4	D3 Kebidanan	9	2	11	
5	D3 Keperawatan Anestesi	7	0	7	
6	D3 Keperawatan Gigi	1	0	1	
7	SPK/SPR	113	4	117	
8	Perawat Bidan (P2B)	2	0	2	
9	Bidan	12	0	12	
10	SPRG	4	1	5	
C	Kefarmasian	18	0	18	2,37
1	Apoteker	5	0	5	
2	Asisten Apoteker	13	0	13	
D	Kesehatan Masyarakat	10	0	10	1,31
1	S1 Kes. Masyarakat	4	0	4	
2	D3 Sanitarian	4	0	4	
3	D1 Sanitarian	2	0	2	
E	Gizi	13	1	14	5,79
1	D4 Gizi	1	0	1	
2	D3 Gizi	10	1	11	
3	SPAG	2	0	2	
F	Keterampilan Fisik	6	1	7	0,92
1	D3 Fisioterapis	5	0	5	
2	D3 Terapi Wicara	1	0	1	
3	D3 Okupasi terapis	0	1	1	

Dilanjutkan ke

Lanjutan tabel 5.1

No	Jenis Ketenagan	Status karyawan		Jumlah	%
		PNS	Honor/PTT		
G	Keteknisian Medis	40	4	44	5,79
1	D3 Tehnik Radiologi dan Radioterapi	8	0	8	
2	D3 Perekam Medis	1	1	2	
3	D3 Tehnik Elektro Medik	6	1	7	
4	D3 Analis Kesehatan	2	0	2	
5	D3 Refraksionis	1	1	2	
6	Analis Kesehatan (SMAK)	21	1	22	
7	Teknik Gigi	1	0	1	
H	Tenaga Non Kesehatan	114	130	244	32,11
1	S1 Biologi	1	1	2	
2	S1 Psikologi	1	1	2	
3	S1 Ekonomi/Akuntansi	3	9	12	
4	S1 Administrasi	6	1	7	
5	S1 Hukum	1	0	1	
6	S1 Teknik	2	1	3	
7	S1 Komputer	0	1	1	
8	S1 lainnya	7	2	9	
9	D3 Ekonomi/Akuntansi	1	2	3	
10	D3 Hukum	1	0	1	
11	D3 Sekretaris	0	1	1	
12	D3 lainnya	3	5	8	
13	SMA/SMU	25	74	99	
14	SMEA	11	6	17	
15	STM	10	9	19	
16	SMKK	0	6	6	
17	SMTP	25	0	25	
18	SD	17	11	28	
TOTAL		550 (72,27%)	210 (27,73%)	760	100

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Mataram tahun 2005

Berdasarkan tabel tersebut di atas, dapat diketahui hampir separuhnya (46,58%) tenaga yang ada di Rumah Sakit Umum Mataram adalah tenaga keperawatan dan

sebagian kecil (0,92%) tenaga keterampilan fisik. Dari seluruh tenaga rumah sakit hanya 27,73% yang masih honor.

Jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Mataram terdiri dari pelayanan medis, penunjang medis dan penunjang non medis.

1. Pelayanan medis

- a. Instalasi Rawat Darurat dengan pelayanan 24 jam.
- b. Rawat jalan terdiri dari 20 poliklinik dan one day care
- c. Instalasi rawat inap
- d. Instalasi bedah sentral

2. Pelayanan penunjang medis

- a. Laboratorium klinik
- b. Patologi Klinik dan Patologi Anatomi
- c. Radiologi dan CT-Scan
- d. Elektromedis (ECG, USG, EEG, Endoskopi dan Spirometri, Broncoscopy)
- e. Pelayanan farmasi
- f. Pelayanan Hemodialisa
- g. Pemulasaraan Jenazah
- h. Rehabilitasi medis

3. Pelayanan penunjang non medis

- a. Gizi
- b. Laundry/linen
- c. Sentral Sterilisasi
- d. Kesehatan lingkungan

e. Pemeliharaan sarana dan prasarana

Hasil kinerja pelayanan RSUD Mataram dapat dilihat dari indikator yang nampak pada tabel 5.2 di bawah ini :

Tabel 5.2 Hasil kinerja pelayanan RSUD Mataram tahun 2002 s/d 2005.

No	Indikator Kinerja	2002	2003	2004	2005
1	BOR	68,9	59,29	56,60	60,52
2	ALS	5,2	4	4,1	3,65
3	BTO	49,6	62,70	54,1	61,86
4	TOI	2,3	3	2,9	1,5
5	NDR	29,2	20	28	31,1
6	GDR	67	47	62	59

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Mataram tahun 2005

Kinerja pelayanan RSUD Mataram dapat dilihat dari tabel tersebut di atas, selama 3 tahun terakhir BOR mengalami penurunan. BOR ini menunjukkan pemanfaatan tempat tidur yang belum sepenuhnya terpenuhi karena menurunnya jumlah pasien rawat inap. ALS, BTO dan TOI setiap tahunnya berada dalam batas normal atau sesuai dengan standar sedangkan angka kematian (NDR dan GDR) melebihi batas standar yang diharapkan, kecuali NDR tahun 2003 di bawah standar. Dengan adanya MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer dilaksanakan secara berkesinambungan di seluruh ruang rawat inap diharapkan hasil kinerja pelayanan rumah sakit lebih meningkat.

Hasil kinerja pelayanan 6 (enam) bulan terakhir tahun 2005, khususnya RRI Cempaka RSUD Mataram meliputi jumlah pasien masuk, hari rawat, rata-rata di rawat

per hari, BOR, lama dirawat, pasien keluar, LOS, TOI dan BTO. Lebih jelas terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.3 Hasil kinerja pelayanan RRI Cempaka RSUD Mataram bulan Juli s/d Desember tahun 2005

No	Indikator Kinerja	Juli	Agst	Sept	Okt	Nop	Des
1	Tempat tidur	22	22	22	22	22	22
2	Jumlah pasien masuk	136	144	137	155	133	167
3	Hari rawat	580	558	551	424	498	568
4	Rata-rata dirawat per hari	19	18	18	14	17	18
5	BOR	84,04	81,81	83,48	62,17	75,45	83,28
6	Lama dirawat	587	545	535	518	464	598
7	Pasien keluar	114	119	132	118	144	158
8	LOS	5,14	4,57	4,05	4,38	4,07	3,78
9	TOI	0,89	1,04	0,82	2,18	1,42	0,72
10	BTO	52	54	60	54	52	72

Sumber : Laporan Beban Kerja Perawatan Rawat Inap RSUD Mataram tahun 2005

Dari tabel tersebut di atas dapat diketahui jumlah tempat tidur setiap bulannya tetap sebanyak 22 buah terdiri dari kelas I sebanyak 10 buah dan kelas II sebanyak 12 buah. Adanya penurunan BOR pada bulan Oktober 2005 selanjutnya meningkat setiap bulan sampai bulan Desember 2005 tetapi masih dalam batas standar idealnya. TOI dan BTO setiap bulannya berada dalam batas standar ideal.

5.2 Gambaran Deskriptif Responden Penelitian

Responden pada penelitian ini terdiri dari perawat dan pasien/keluarganya. Untuk responden perawat meliputi keadaan umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian dan lama kerja sedangkan responden pasien/keluarganya terdiri dari umur, jenis kelamin dan pendidikan, dapat dilihat pada tabel 5.4 sampai dengan 5.12 berikut ini :

5.2.1 Responden Perawat

1. Distribusi umur perawat

Distribusi perawat berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut :

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan umur di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006

No	Umur (tahun)	Frekuensi	Persentase
1	20 – 30	15	71,4
2	31 – 40	4	19,0
3	41 – 50	1	4,8
4	51 – 60	1	4,8
Total		21	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas, terlihat sebagian besar (71,4%) responden masih berumur 20 - 30 tahun dan hanya 4,8 % yang mendekati pensiun. Umur yang masih relatif muda mempunyai semangat kerja yang tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan.

2. Distribusi jenis kelamin perawat

Distribusi perawat berdasarkan jenis kelamin, dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan jenis kelamin di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006

No	Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Laki-laki	7	33,3
2	Perempuan	14	66,7
Total		21	100

Dari tabel tersebut di atas, menunjukkan sebagian besar (66,7%) responden berjenis kelamin perempuan dan sebagian kecil (33,3%) laki-laki. Perbedaan jenis kelamin dapat mempengaruhi kinerja dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga akan berdampak terhadap kepuasan pasien/keluarga.

3. Distribusi pendidikan perawat

Distribusi perawat berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan pendidikan di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1	S1 Keperawatan	2	9,5
2	D.3 Keperawatan	14	66,7
3	SPK	5	23,8
Total		21	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas, didapatkan sebagian besar (66,7%) responden berpendidikan D.III Keperawatan dan hanya sebagian kecil (9,5%) berpendidikan S.I Keperawatan. Dalam pelaksanaan MPKP dengan pendidikan D.III Keperawatan yang dominan sangat mendukung keberhasilan penerapannya. Dengan adanya S.I Keperawatan memenuhi syarat MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer.

4. Distribusi status kepegawaian perawat

Distribusi perawat berdasarkan status kepegawaian dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan status kepegawaian di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006

No	Status kepegawaian	Frekuensi	Persentase
1	PNS	14	66,7
2	Honor	7	33,3
Total		21	100

Berdasarkan tabel tersebut, terlihat sebagian besar (66,7%) status kepegawaian perawat adalah PNS dan sebagian kecil (33,3%) yang berstatus honor daerah. Adanya

perbedaan dari tingkat kesejahteraan antara PNS dengan honor terutama dalam hal gaji akan berpengaruh terhadap pelaksanaan MPKP.

5. Distribusi lama kerja perawat

Distribusi responden penelitian berdasarkan lama kerja dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi perawat di RRI Cempaka berdasarkan lama kerja di RSUD Mataram tahun 2006

No	Lama kerja	Frekuensi	Persentase
1	< 3 tahun	6	28,6
2	3 – 10 tahun	10	47,6
3	> 10 tahun	5	23,8
Total		21	100

Dari tabel 5.8 dapat diketahui bahwa sebagian besar (47,6%) lama kerja sebagai perawat di RSUD Mataram adalah antara 3 – 10 tahun. Pengalaman perawat yang dilihat dari lama kerja sangat mendukung dalam pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer.

5.2.2 Responden pasien/keluarga pada sebelum dan sesudah intervensi

Responden yang diwawancara untuk memperoleh kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebelum intervensi, dari 40 orang responden terdiri dari 30 orang (75%) respondennya pasien dan 10 orang (25%) adalah keluarganya sedangkan setelah intervensi terdiri 32 orang (80%) pasien dan 8 orang (20%) keluarga. Keluarga pasien diambil sebagai responden karena pasien masih dalam kondisi kurang sehat seperti pada kasus kecelakaan dan post operasi. Distribusi frekuensi karakteristik responden adalah sebagai berikut :

1. Distribusi umur pasien/keluarga

Distribusi pasien/keluarga berdasarkan umur pada sebelum dan sesudah intervensi, dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.9 Distribusi frekuensi pasien / keluarga berdasarkan umur di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006

No	Umur (tahun)	Sebelum intervensi		Sesudah intervensi	
		f	%	f	%
1	< 12	0	0	0	0
2	12 – 18	3	7,5	2	5,0
3	19 – 40	15	37,5	19	47,5
4	41 – 55	9	22,5	4	10,0
5	> 55	13	32,5	15	37,5
Total		40	100	40	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas, menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada saat sebelum dan sesudah intervensi adalah berumur antara 19 – 40 tahun dan tidak ada responden yang berumur kurang dari 12 tahun mengingat pasien anak tidak dirawat di RRI Cempaka.

2. Distribusi jenis kelamin pasien/keluarga

Distribusi pasien/keluarga berdasarkan jenis kelamin pada saat sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.10 Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan jenis kelamin di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006

No	Jenis kelamin	Sebelum intervensi		Sesudah intervensi	
		f	%	f	%
1	Laki-laki	28	70,0	19	47,5
2	Perempuan	12	30,0	21	52,5
Total		40	100	40	100

Berdasarkan tabel 5.10, menunjukkan bahwa pasien/keluarga yang menjadi responden pada penelitian awal sebagian besar (70%) adalah laki-laki sedangkan pada penelitian akhir adalah sebagian besar perempuan (47,5%).

3. Distribusi pendidikan pasien/keluarga

Distribusi pasien/keluarga berdasarkan pendidikan pada sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.11 Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan pendidikan di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram

No	Pendidikan	Sebelum intervensi		Sesudah intervensi	
		F	%	f	%
1	S1/S2	6	15,0	9	22,5
2	D1,D2,D3 Sederajat	4	10,0	3	7,5
3	SMA Sederajat	16	40,0	15	37,5
4	SMP Sederajat	7	17,5	9	22,5
5	SD Sederajat	7	17,5	4	10,0
6	Tidak Tamat SD	0	0	0	0
7	Tidak Sekolah / Buta Huruf	0	0	0	0
Total		40	100	40	100

Dari tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa pendidikan pasien/keluarga pada saat sebelum dan sesudah intervensi sebagian besar berpendidikan SMA sehingga memudahkan untuk melakukan komunikasi dalam memperoleh informasi kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Sedangkan untuk responden yang tidak tamat SD dan tidak sekolah/buta huruf pada penelitian awal dan akhir tidak ada.

4. Distribusi pekerjaan pasien/keluarga pada sebelum dan sesudah intervensi

Pekerjaan responden pasien/keluarga yang merupakan mata pencaharian dalam pemenuhan kehidupan sehari-hari, terlihat pada distribusi pasien/keluarga

berdasarkan pekerjaan, pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.12 Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan pekerjaan di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram

No	Pekerjaan	Sebelum intervensi		Setelah intervensi	
		f	%	f	%
1	PNS / TNI / Polri	9	22,5	9	22,5
2	Swasta	7	17,5	8	20,0
3	Pensiunan	4	10,0	5	12,5
3	Nelayan	1	2,5	1	2,5
4	Petani	2	5,0	3	7,5
5	Buruh (Tani, bangunan)	0	0	0	0
7	Lain-lain (IRT,Mahasiswa)	17	42,5	14	35
	Total	40	100	40	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui sebagian besar responden tidak bekerja (Ibu rumah tangga, mahasiswa/pelajar) baik sebelum maupun pada sesudah intervensi dan tidak ada yang bekerja sebagai buruh (tani/bangunan)

5.3 Gambaran Deskriptif Variabel Penelitian

5.3.1 Sebelum intervensi

Pelaksanaan penelitian sebelum intervensi dilakukan pada tanggal 20 Maret 2006 sampai dengan 31 Maret 2006 di Ruang Rawat Inap Cempaka melalui wawancara, observasi dan pengamatan dokumentasi asuhan keperawatan, dengan hasil sebagai berikut :

1. Kondisi ketenagaan MPKP di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram

Berdasarkan hasil pengamatan sebelum dilakukan intervensi keadaan tenaga di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram berjumlah 21 orang dengan klasifikasi pendidikan sesuai dengan tabel 5.6 yang telah diuraikan sebelumnya.

Jenis ketenagaan MPKP dari jumlah tenaga keperawatan yang tersedia, terlihat pada tabel di bawah ini :

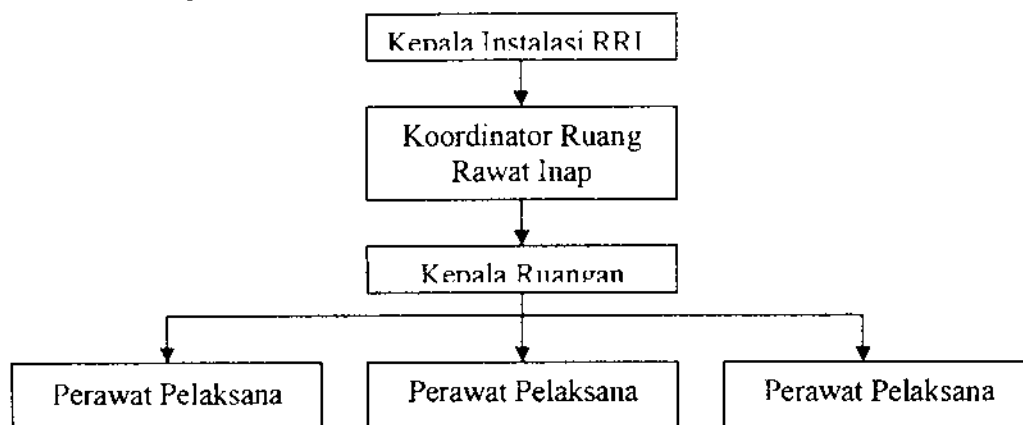
Tabel 5.13 Jenis ketenagaan MPKP sebelum intervensi di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Mataram tahun 2006

No	Jenis ketenagaan MPKP	Jumlah
1	Kepala ruangan	1
2	Clinical Care Manager (CCM)	0
3	Perawat Primer	2
4	Perawat Assosiet	18
Total		21

Berdasarkan jenis ketenagaan tersebut di atas, menunjukkan adanya ketenagaan MPKP telah memenuhi syarat yang terdiri dari kepala ruangan, perawat primer maupun perawat asosiet kendatipun belum dilengkapi dengan tenaga CCM.

Berdasarkan observasi seluruh jenis ketenagaan MPKP yang ada belum memiliki uraian tugas termasuk struktur organisasi MPKP. Dari jumlah tenaga yang ada hanya 1 orang yang sudah mengikuti pelatihan MPKP.

Struktur yang ada adalah struktur organisasi RRI Cempaka terlihat pada gambar 5.1 sebagai berikut :



Gambar 5.1 Struktur organisasi RRI Cempaka RSUD Mataram

Walaupun struktur organisasi RRI Cempaka RSUD Mataram sudah ada, akan tetapi penempatan tenaga perawat belum sesuai dengan ketenagaan MPKP seperti perawat primer maupun perawat asosiet.

Kondisi pengetahuan perawat tentang MPKP terlihat dari jawaban perawat tentang pengetahuan MPKP sebelum pelaksanaan pelatihan dilaksanakan nampak pada tabel 5.14 berikut :

Tabel 5.14 Distribusi pengetahuan perawat tentang MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram

No.	Item pertanyaan	Jawaban Responden				Jumlah	%
		Benar		Salah			
		f	%	f	%	f	%
1	Penataan struktur MPKP	13	61,9	8	38,1	21	100
2	Alasan penetapan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer.	5	23,8	16	76,2	21	100
3	Komponen MPKP	7	33,3	14	66,7	21	100
4	Penetapan jenis tenaga keperawatan MPKP	16	76,2	5	23,8	21	100
5	Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat	3	14,3	18	85,7	21	100
6	Tugas dan tanggung jawab PP.	6	28,6	15	71,4	21	100
7	Tugas dan tanggung jawab PA	8	38,1	13	61,9	21	100
8	Fasilitas minimal ruang MPKP	9	42,9	12	57,1	21	100
9	Isi dari papan nama di ruangan MPKP	12	57,1	9	42,9	21	100
10	Tujuan konfrens	8	38,1	13	61,9	21	100
11	Format catatan perkembangan	6	28,6	15	71,4	21	100
12	Spesifikasi tingkatan MPKP	6	28,6	15	71,4	21	100
13	Klasifikasi perawatan parsial	10	47,6	11	52,4	21	100
14	Skor klasifikasi klien dengan tingkat ketergantungan total	6	28,6	15	71,4	21	100
15	Perhitungan kebutuhan tenaga	4	19,0	17	81,0	21	100

Berdasarkan tabel 5.14, dari 21 responden didapatkan sebagian besar perawat belum memahami dan mengerti tentang item pertanyaan dalam MPKP secara keseluruhan. Dari beberapa pertanyaan, sebagian besar (76,2%) perawat hanya mengerti tentang penetapan jenis tenaga keperawatan MPKP dan 52,4 % perawat tentang isi dari papan nama di ruangan MPKP. Dari uraian jawaban perawat di atas, menunjukkan bahwa masih banyak perawat belum mengetahui dengan jelas tentang MPKP.

Adapun distribusi frekuensi dari perawat berdasarkan pengelompokan katagori pengetahuan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.15 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan katagori pengetahuan tentang MPKP

No	Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1	Baik	1	4,8
2	Sedang	10	47,6
3	Kurang	10	47,6
Total		21	100

Berdasarkan tabel tersebut menunjukkan bahwa sebagian pengetahuan perawat tentang MPKP masih kurang dan sedang sebanyak 47,6 % serta hanya 4,8% yang pengetahuannya baik.

2. Pelaksanaan MPKP

Identifikasi pelaksanaan MPKP pada saat sebelum intervensi meliputi tugas dan tanggung jawab, dokumentasi keperawatan, nilai profesional dalam pengembangan MPKP dan kerja sama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya adalah sebagai berikut :

a. Tugas dan tanggung jawab

Dari hasil observasi tugas dan tanggung jawab kepala ruangan, perawat primer dan perawat asosiet sebelum intervensi adalah sebagai berikut :

1) Kepala ruang rawat.

Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat adalah :

a) Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadwal dinas).

Jadwal dinas dibuat setiap bulan dengan melihat senioritas dari perawat untuk dinas setiap shift jaga. Disamping itu mengatur setiap perawat yang ijin maupun cuti untuk mencari pengganti yang jaga.

b) Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan.

Kebersihan ruangan dilaksanakan oleh *cleaning service*, kepala ruangan mengatur jadwal membersihkan ruangan termasuk ketertiban ruangan dari jam besuk pengunjung.

c) Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan.

Diskusi membahas mengenai permasalahan pemberian asuhan keperawatan atau peralatan/fasilitas pendukung keperawatan dan belum dilaksanakan secara periodik karena tidak ada jadwal diskusi.

d) Membimbing siswa/mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan, dengan mengikuti sistem MPKP yang sudah ada.

Terdapat mahasiswa D.III Keperawatan yang praktik di RRI Cempaka, dalam memberikan asuhan keperawatan dibimbing oleh kepala ruangan karena sekaligus kepala ruangan sebagai pembimbing yang ditunjuk melalui surat keputusan direktur institusi pendidikan.

- e) Melakukan kegiatan administrasi dan surat menyurat.

Kegiatan yang dilakukan adalah menyusun rencana kebutuhan peralatan / bahan habis pakai setiap 3 bulan serta pengolahan penilaian mutu asuhan keperawatan.

- f) Mengorientasi pegawai baru, mahasiswa keperawatan yang akan melakukan praktek di ruangan.

Orientasi hanya dilakukan untuk pegawai baru yang dilaksanakan oleh bidang keperawatan sesuai dengan prosedur orientasi pegawai baru, sedangkan mahasiswa keperawatan orientasi meliputi sarana/fasilitas yang tersedia dalam mendukung kegiatan keperawatan yang dilakukan oleh kepala ruangan.

- g) Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain.

Bila ada waktu kepala ruangan mengunjungi pasien yang dirawat dengan menanyakan kondisi pasien.

- h) Mengecek kelengkapan persediaan status keperawatan minimal 5 (lima) set setiap hari.

Pengecekan tidak dilakukan setiap hari karena persediaan status pasien disediakan dalam jumlah banyak di ruang perawat. Dilakukan sewaktu-waktu sehingga terdapat adanya status pasien yang kurang lengkap dokumen asuhan keperawatannya.

- i) Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal penerapan MPKP termasuk sikap tingkah laku profesional. Terutama dalam hal pengisian dokumen asuhan keperawatan.
- j) Bila PP cuti, tugas dan tanggung jawab PP tersebut diambil alih oleh kepala ruangan, dan dapat didelegasikan kepada PA senior (wakil PP pemula yang ditunjuk) tetapi tetap dibawah pengawasan kepala ruangan.
- k) Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan.
- l) Memonitor dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada diruangan dan membuat DP3 serta usulan kenaikan pangkat.
- m) Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan diruangan.

Pertemuan rutin dilaksanakan oleh bidang keperawatan setiap 3 bulan di RRI Cempaka yang dihadiri oleh seluruh perawat RRI Cempaka. Membahas asuhan keperawatan dan fasilitas/sarana pendukung dalam memberikan pelayanan keperawatan.

- n) Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan.

Pelaksanaan evaluasi asuhan keperawatan hanya menyangkut instrumen B tentang perpepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan dan dilaksanakan setiap 3 bulan.

2) Perawat Primer (PP)

Tugas dan tanggung jawab perawat primer adalah :

- a) Melakukan kontrak dengan klien dan keluarga pada awal masuk ruangan berdasarkan format orientasi klien dan keluarga sehingga tercipta hubungan terapeutik.

Pada saat pasien diterima ditempatkan pada ruangan yang telah disediakan sesuai dengan permintaan pasien selanjutnya dilakukan pengkajian keperawatan. Perawat primer belum melakukan kontrak dengan pasien dan keluarganya berdasarkan format orientasi mengingat format orientasi tidak ada.

- b) Melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP pada sore, malam atau hari libur.

Pengkajian dilakukan oleh perawat yang jaga pada saat pasien masuk rumah sakit, perawat primer belum melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan perawat assosiet yang bertugas.

- c) Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian.

Hasil observasi menunjukkan ruangan belum memiliki standar rencana asuhan keperawatan untuk 10 besar penyakit yang dirawat khususnya di RRI Cempaka. Dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil pengkajian.

- d) Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan kepada PA dibawah tanggung jawabnya sesuai klien yang dirawat.

Conference tidak pernah dilakukan, perawat bekerja berdasarkan laporan dinas setiap shift jaga.

- e) Menetapkan PA yang bertanggung jawab pada setiap klien pada setiap giliran jaga (shift), sesuai kondisi yang ada.

Belum ada PA yang bertanggung jawab pada setiap giliran shift jaga, terlihat hasil pengamatan pada jadwal dinas tidak ada perawat yang ditunjuk.

- f) Melakukan bimbingan dan evaluasi (mengecek) pada PA dalam implementasi tindakan keperawatan, apakah sesuai dengan SOP.

Belum dilakukan bimbingan dan evaluasi kepada perawat asosiet apakah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SOP. Terlihat tidak tersedianya instrumen penilaian perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

- g) Memonitor dokumentasi yang dilakukan oleh PA.

Memonitor dokumentasi asuhan keperawatan belum dilaksanakan oleh perawat primer, sementara dilakukan oleh kepala ruangan.

- h) Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium.

Jadwal konsul di buat oleh perawat yang melakukan visite dokter dan dikonfirmasi kepada perawat yang lainnya. Perawat primer belum sepenuhnya mengatur tentang konsul dan pemeriksaan laboratorium.

- i) Melakukan kegiatan serah terima klien bersama dengan PA.

Kegiatan serah terima belum dilakukan oleh perawat primer.

- j) Mendampingi dokter visite klien dibawah tanggung jawabnya. Bila PP tida ada visite didampingi oleh PA sesuai dengan timnya.

Visite lebih sering dilakukan oleh PA dan kepala ruangan kendatipun pada saat itu PP ada.

- k) Melakukan evaluasi asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan klien setiap hari.

Catatan perkembangan perawat dilakukan setiap hari oleh perawat yang jaga dan dilakukan evaluasi dengan menggunakan metode SOAP.

- l) Melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien.

Tidak pernah dilaksanakan pertemuan dengan klien dan keluarga dalam membahas kondisi keperawatan klien.

- m) Bila PP cuti/libur, tugas-tugas PP didelegasikan kepada PA yang telah ditunjuk (wakil PP) sebagai pembimbing dengan arahan kepala ruangan.

Pada saat pengamatan sebelum intervensi PP tetap bertugas di ruangan sebagai perawat primer.

- n) Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga.

Tidak pernah dilakukan pendidikan kesehatan kepada klien, terlihat belum adanya dokumentasi tentang pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

- o) Membuat perencanaan pulang

Perencanaan pulang di buat oleh perawat yang jaga dan tidak hanya dibuat oleh kepala ruangan atau perawat primer sesuai dengan format yang tersedia.

2) Perawat Asosiet (PA)

Tanggung jawab PA adalah sebagai berikut :

- a) Membaca renpra yang telah ditetapkan PP.

Perawat yang jaga hanya membaca laporan dinas yang dibuat setiap laporan jaga dan membaca catatan pengobatan serta tindakan medik lainnya.

- b) Membina hubungan terapeutik dengan klien dan keluarga, sebagai lanjutan kontrak yang dilakukan PP.

Perawat hanya melakukan pertemuan dengan pasien pada saat melakukan tindakan keperawatan saja dan belum memanfaatkan waktu kosong untuk melihat kondisi pasien.

- c) Menerima klien baru (kontrak) dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi klien dan keluarga jika PP tidak ada ditempat.

Menerima pasien baru setiap jaga dan belum menggunakan format orientasi pasien dan keluarga.

- d) Melakukan tindakan keperawatan kliennya berdasarkan renpra.

- e) Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikannya pada format yang tersedia.

- f) Mengikuti visite dokter bila PP tidak ditempat

- g) Mengecek kerapihan dan kelengkapan status keperawatan.

- h) Membuat laporan pergantian dinas dan setelah selesai diparaf.

- i) Mengkomunikasikan kepada PP dinas bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan.

- j) Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan dan tindakan.
- k) Berperan serta dalam pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga yang dilakukan PP.

Peran PA dalam pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tidak pernah dilakukan karena PP sendiri tidak pernah melakukan pendidikan kesehatan.

- l) Memberikan resep dan menerima obat dari keluarga klien yang menjadi tanggung jawabnya dengan berkoordinasi dengan PP.

b. Dokumentasi keperawatan

1) Pengkajian keperawatan

Dalam melakukan pengkajian menggunakan format RM Nomor 38a tentang pengkajian keperawatan umum terdiri dari data identitas responden, keluhan utama, riwayat penyakit, data biologis, pola istirahat, merawat diri, psikososial, spiritual dan pemeriksaan fisik. Diisi oleh perawat yang jaga pada saat pasien masuk rumah sakit. Tidak ada tempat tanda tangan perawat yang melakukan pengkajian.

2) Asuhan keperawatan

Format asuhan keperawatan dengan nomor format RM 38b terdiri dari tanggal/jam, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, tindakan dan nama perawat/tanda tangan. Rencana keperawatan di buat oleh perawat yang jaga pada saat pasien masuk dan dibuat hanya sekali dan tidak ada perumusan

tujuan. Tindakan diisi setiap melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dan disertai dengan tanda tangan perawat.

3) Catatan perkembangan

Nomor RM 38c merupakan format catatan perkembangan pasien. Format ini diisi oleh perawat setiap shift jaga dengan cara mengisi mengacu pada SOAP dan diberi tanda tangan oleh perawat yang melakukan evaluasi.

4) Grafik

Pada format grafik RM 14 berisikan perkembangan suhu dan nadi selama dirawat digambar dengan menggunakan pensil warna merah dan biru yang dilakukan oleh perawat jaga malam.

5) Lembar catatan pemberian cairan infus

Merupakan format RM 17a berisikan nama cairan infus, jumlah dosis, waktu pemasangan dan waktu habisnya cairan serta tanda tangan perawat yang melakukan tindakan tersebut.

6) Daftar pemberian obat

Nomor RM format ini adalah RM 17 yang berisikan waktu pemberian obat oral maupun injeksi serta dosis obat sesuai dengan program dokter. Diisi oleh perawat yang jaga setiap hari.

7) Resume keperawatan

Format resume keperawatan bernomor RM 38d berisikan identitas, masalah keperawatan, tindakan keperawatan dan tindakan medis selama pasien dirawat serta nasehat pada waktu pulang. Disamping itu pada waktu pasien pulang ditulis mengenai masalah keperawatan yang perlu dilanjutkan

di rumah, waktu kontrol dan tempat, terapi/obat yang dibawa pulang, serta keadaan pasien pulang. Format ini diisi pada saat pasien pulang.

c. Nilai profesional dalam pengembangan MPKP

Distribusi frekuensi perawat dalam pengembangan nilai profesional MPKP sebelum intervensi, terlihat pada tabel berikut :

Tabel 5.16 Distribusi frekuensi sikap perawat terhadap nilai profesional dalam pengembangan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Item pernyataan	Tingkat sikap								Σ	%
		Sangat Setuju		Setuju		Kurang Setuju		Tidak Setuju			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
1.	Perhatian dalam pemenuhan kebutuhan	5	23,8	16	76,2	0	0	0	0	21	100
2.	Selalu dekat pasien melalui komunikasi	0	0	21	100	0	0	0	0	21	100
3.	Rela dan tulus ikhlas / tidak terpaksa	5	23,8	16	76,2	0	0	0	0	21	100
4.	Sikap empati	0	0	21	100	0	0	0	0	21	100
5.	Tidak membedakan	8	61,9	13	38,1	0	0	0	0	21	100
6.	sikap caring dalam hal berkomunikasi	4	19,0	17	81,0	0	0	0	0	21	100
7.	Memberi kesempatan kepada klien untuk membuat keputusan bagi dirinya	0	0	21	100	0	0	0	0	21	100
8.	Komitmen pada pendidikan	0	0	21	100	0	0	0	0	21	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas, dapat diketahui bahwa seluruhnya perawat menyetujui nilai profesional yang dikembangkan dalam MPKP seperti selalu dekat pasien melalui komunikasi, memberi kesempatan kepada klien untuk

membuat keputusan bagi dirinya, komitmen pada pendidikan dan sebagian responden sangat setuju memberikan perhatian kepada pasien dalam pemenuhan kebutuhan, tidak membeda-bedakan serta rela dan tulus ikhlas/tidak terpaksa dalam memberikan pelayanan serta memberikan kesempatan kepada pasien/keluarga untuk membuat keputusan bagi dirinya. Dalam hal ini ada sikap perawat yang positif terhadap pengembangan nilai profesional MPKP.

Adapun distribusi frekuensi perawat berdasarkan pengelompokan kategori sikap perawat terhadap nilai profesional dalam pengembangan MPKP dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.17 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan sikap perawat terhadap nilai profesional dalam pengembangan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram.

No	Tingkat Sikap Perawat	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	7	33,3
2	Setuju	14	66,7
3	Kurang setuju	0	0
4	Tidak setuju	0	0
Total		21	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa sebagian besar (66,7%) sikap perawat menyetujui nilai profesional yang dikembangkan dalam MPKP dan hanya 33,3 % yang sangat setuju. Hal ini berarti ada sikap yang positif dalam mendukung keberhasilan penerapan MPKP.

d. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya

Distribusi frekuensi perawat dalam pengembangan kerjasama PP, PA dan tim kesehatan lainnya sebelum intervensi, terlihat pada tabel berikut :

Tabel 5.18 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya di RRI Cempaka RSUD Mataram

No.	Item pertanyaan	Jawaban Responden				Jumlah	%
		Ya		Tidak			
		f	%	f	%	f	%
1.	PP mengkomunikasikan rencana kepada PA	14	66,7	7	33,3	21	100
2.	PP memberikan informasi tentang kondisi pasien setelah visite dokter	15	71,4	6	28,6	21	100
3.	Konfrens dilaksanakan setiap hari	11	52,4	10	47,6	21	100
4.	Ada petunjuk pelaksanaan konfrens	0	0	21	100	21	100
5.	Konfrens membahas tentang asuhan keperawatan pasien	10	47,6	11	52,4	21	100
6.	Keberadaan ronde keperawatan dalam tim	7	33,3	14	66,7	21	100
7.	Ronde keperawatan melibatkan klien	5	23,8	16	76,2	21	100
8.	Ronde keperawatan dilaksanakan setiap hari	8	38,1	13	61,9	21	100
9.	Ada petunjuk pelaksanaan ronde keperawatan	0	0	21	100	21	100
10.	Keberadaan ronde antar profesional yang dikoordinir oleh PP	0	0	21	100	21	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas diketahui bahwa sebagian besar PP mengkomunikasikan rencana keperawatan kepada PA dan memberikan informasi tentang keadaan pasien setelah visite dokter. Mengenai petunjuk pelaksanaan konfrens dan ronde keperawatan belum ada serta keberadaan pelaksanaan ronde keperawatan antar profesi belum pernah dilaksanakan.

Adapun distribusi frekuensi perawat berdasarkan pengelompokan katagori tingkat pelaksanaan kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.19 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan tingkat kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya di RRI Cempaka RSUD Mataram.

No	Tingkat Kerjasama	Frekuensi	Persentase
1	Baik	0	0
2	Sedang	9	42,9
3	Kurang	12	57,1
Total		21	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa sebagian besar (57,1%) perawat menyatakan kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya masih kurang dan hanya 42,9% yang sedang. Kondisi ini dapat mempengaruhi keberhasilan penerapan MPKP karena kurangnya komunikasi antar PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya sehingga kebutuhan pasien kurang terpenuhi.

Hasil observasi didapatkan konfrens yang dimaksud oleh perawat adalah operan biasa yang rutin dilaksanakan setiap jaga. Ronde keperawatan tidak dilaksanakan, tetapi yang hanya dilaksanakan adalah mendampingi dokter pada saat visite. Dari uraian tersebut di atas pelaksanaan konfrens dan ronde keperawatan belum secara optimal dilaksanakan pada saat sebelum intervensi

3. Kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan

Kepatuhan perawat terhadap penerapan standar asuhan keperawatan sebelum intervensi nampak dari hasil pengamatan dokumentasi keperawatan yang ada pada status pasien selama dirawat adalah terlihat pada tabel 5.20 berikut ini :

Tabel 5.20 Distribusi frekuensi kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan berdasarkan pengamatan dokumen asuhan keperawatan di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Aspek yang dinilai	Hasil Observasi				Jumlah	%
		Ya		Tidak			
		f	%	f	%		
A. Pengkajian							
1	Pemeriksaan fisik	40	100	0	0	40	100
2	Status psikososial-spiritual klien	40	100	0	0	40	100
3	Pola hidup klien	40	100	0	0	40	100
4	Pengkajian lengkap dalam waktu 24 jam	29	72,5	11	27,5	40	100
5	Pengkajian lengkap dilakukan perawat yang bertanggung jawab	15	37,5	25	62,5	40	100
B. Diagnosa Keperawatan							
1	Sesuai dengan prioritas masalah klien saat itu	14	35,0	26	65,0	40	100
2	Mencakup tentang masalah psikososial	8	20,0	32	80,0	40	100
3	Mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien	0	0	40	100	40	100
4	Dirumuskan dengan benar (PE/PES)	19	47,5	21	52,5	40	100
C. Perencanaan							
1	Dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut	18	45,0	22	55,0	40	100
2	Terdapat rumusan tujuan keperawatan	0	0	40	100	40	100
3	Mencakup tindakan observasi keperawatan.	40	100	0	0	40	100
4	Mencakup terapi keperawatan	40	100	0	0	40	100
5	Mencakup tindakan pendidikan kesehatan	0	0	40	100	40	100
6	Berisi tindakan kolaborasi	27	67,5	13	32,5	40	100
7	Menggambarkan keterlibatan klien/keluarga	0	0	40	100	40	100
D. Implementasi							
1	Tindakan observasi didokumentasikan	40	100	0	0	40	100

Dilanjutkan ke

Lanjutan tabel 5.20

2	Tindakan terapi keperawatan didokumentasikan	40	100	0	0	40	100
No	Aspek yang dinilai	Hasil Observasi				Jumlah	%
		Ya		Tidak			
		f	%	f	%		
3	Tindakan pendidikan kesehatan didokumentasikan	0	0	40	100	40	100
4	Tindakan kolaborasi didokumentasikan	27	67,5	13	32,5	40	100
5	Respon klien terhadap tindakan didokumentasikan	0	0	40	100	40	100
E	Evaluasi						100
1	Dievaluasi setiap hari sesuai SOAP	40	100	0	0	40	100
2	Diagnosa keperawatan yang sudah teratasi terlihat	0	0	40	100	40	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas, menunjukkan bahwa seluruh dokumentasi (100%) sudah dilengkapi pengkajian yang meliputi pemeriksaan fisik, status sosial-spritual, pola hidup dan sebagian besar (72,5%) pengkajian lengkap dalam 24 jam dan hanya 62,5% belum dilengkapi oleh perawat yang bertanggung jawab.

Pada penentuan diagnosa keperawatan seluruh dokumentasi keperawatan pasien (100%) belum mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan pasien dan sebagian besar (82,5%) belum mencakup masalah psikososial.

Pada perencanaan tindakan observasi dan terapi keperawatan seluruh status pasien (100%) sudah didokumentasikan, sedangkan perencanaan tindakan pendidikan kesehatan pada status pasien tidak didokumentasikan termasuk tindakan yang menggambarkan keterlibatan pasien/keluarganya. Untuk tindakan kolaborasi pada perencanaan sebagian besar (67,5%) didokumentasikan.

Pada implementasi tindakan observasi dan terapi keperawatan pada status pasien seluruhnya (100%) didokumentasikan sedangkan tindakan pendidikan kesehatan sama sekali tidak didokumentasikan, termasuk respon klien terhadap tindakan.

Pada evaluasi seluruh dokumen (100%) sudah menggunakan SOAP dalam mengevaluasi dan 100% diagnosa keperawatan yang sudah teratasi tidak terlihat.

Adapun distribusi kepatuhan perawat melalui pengamatan dari dokumentasi asuhan keperawatan pasien berdasarkan pengelompokan katagori kepatuhan perawat terhadap penerapan standar asuhan keperawatan, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.21 Distribusi frekuensi tingkat kepatuhan perawat berdasarkan pengamatan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Tingkat Kepatuhan	Frekuensi	Persentase
1	Sangat patuh	0	0
2	Patuh	21	52,5
3	Kurang patuh	19	47,5
4	Tidak patuh	0	0
Total		40	100

Dari tabel tersebut di atas, terlihat bahwa sebagian besar perawat (52,5%) patuh terhadap standar asuhan keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dan keluarganya dan hanya 47,5 % kurang patuh.

4. Kepuasan pasien/keluarga dalam pelayanan keperawatan

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien/keluarganya di dapatkan tingkat kepuasan pasien selama di rawat sebelum intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram, didapatkan hasil yang tertuang dalam tabel 5.22 berikut ini :

Tabel 5.22 Tingkat kepuasan pasien/keluarganya terhadap pelayanan keperawatan sebelum intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Item pernyataan	Tingkat kepuasan								Σ	%
		Sangat Puas		Puas		Kurang Puas		Tidak Puas			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
1.	Penuh perhatian	10	25,0	24	60,0	6	15,0	0	0	40	100
2.	Cepat tanggap	12	30,0	28	70,0	0	0	0	0	40	100
3.	Informasi sama antar perawat	6	15,0	27	67,5	7	17,5	0	0	40	100
4.	Peralatan siap	0	0	22	55,0	18	45,0	0	0	40	100
5.	Penjelasan perawat	0	0	8	20,0	26	65,0	6	15,0	40	100
6.	Perawat terampil.	13	67,5	27	32,5	0	0	0	0	40	100
7.	Membantu saya dalam melakukan kegiatan	0	0	7	17,5	19	47,5	14	35,0	40	100
8.	Kejelasan informasi	0	0	17	42,5	15	37,5	8	20,0	40	100
9.	Kejelasan menjawab pertanyaan	7	17,5	25	62,5	8	20,0	0	0	40	100
10.	Penjelasan obat-obatan	0	0	6	15,0	16	40,0	18	45,0	40	100
11.	Cukup waktu	0	0	24	60,0	16	40,0	0	0	40	100
12.	Mengatasi kekhawatiran	0	0	5	12,5	23	57,5	12	30,0	40	100
13.	Merasa tenang	0	0	15	37,5	18	45,0	7	17,5	40	100
14.	Penjelasan sebelum melakukan tindakan	0	0	9	22,5	24	60,0	7	17,5	40	100
15.	Perlakuan keluarga	12	30,0	18	79,0	0	0	0	0	40	100
16.	Penjelasan peraturan RS/orientasi	0	0	0	0	21	52,5	19	47,5	40	100
17.	Penyampaian perawat yang bertanggung jawab	0	0	2	5,0	20	50,0	18	45,0	40	100
18.	Masalah saya dapat diatasi.	9	22,5	31	77,5	0	0	0	0	40	100
19.	Perawat sopan dan ramah	7	17,5	32	80,0	1	2,5	0	0	40	100
20.	Penjelasan tentang cara menjaga kesehatan di rumah.	0	0	1	2,5	23	57,5	16	40,0	40	100
21.	Perawat menemui saya pada sore / malam hari.	0	0	21	52,5	11	27,5	8	20	40	100

Berdasarkan tabel 5.22, diketahui bahwa sebagian besar pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarganya masih belum puas seperti penjelasan perawat yang membuat pasien bersemangat, membantu dalam melaksanakan kegiatan menjaga kebersihan diri, latihan gerak, penjelasan tentang obat-obatan, penjelasan peraturan rumah sakit/orientasi, penyampaian perawat yang bertanggung jawab serta penjelasan cara menjaga kesehatan di rumah.

Dari uraian jawaban pasien/keluarga tersebut, dapat dikategorikan tingkat kepuasan pasien sebagai berikut

Tabel 5.23 Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan katagori kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan sebelum intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Tingkat kepuasan	Frekuensi	Persentase
1	Sangat puas	0	0
2	Puas	19	47,5
3	Kurang puas	21	52,5
4	Tidak puas	0	0
Total		40	100

Dari tabel tersebut di atas, terlihat bahwa sebagian besar (52,5%) pasien/keluarganya merasa kurang puas dengan pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat, dan hanya 47,5% kurang puas terhadap pelayanan keperawatan.

5. Mengidentifikasi masalah pelaksanaan MPKP

Dari hasil wawancara menunjukkan beberapa masalah yang dihadapi oleh perawat dalam pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RRI Cempaka RSUD Mataram, terlihat pada tabel 5.24 berikut ini :

Tabel 5.24 Masalah yang dihadapi perawat dalam pelaksanaan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan MPKP	Jawaban Responden				Jumlah	%
		Ya	%	Tidak	%		
1	Keterbatasan tenaga	20	95,2	1	4,8	21	100
2.	Pemahaman MPKP kurang	21	100	0	0	21	100
3.	Ketidakjelasan tugas : Kepala Ruang PP dan PA	18	85,7	3	14,3	21	100
4.	Tidak ada dukungan direktur	17	81,0	4	19,0	21	100
5.	Belum ada SK ketenagaan MPKP	21	100	0	0	21	100
6.	Reward belum memadai	20	95,2	1	4,8	21	100
7.	Tidak ada pembinaan MPKP dari komite keperawatan	20	95,2	1	4,8	21	100
8.	Tidak ada pembinaan MPKP dari struktural keperawatan	20	95,2	1	4,8	21	100
9.	Tidak ada pembinaan MPKP dari supervisor keperawatan dan koordinator asuhan keperawatan.	20	95,2	1	4,8	21	100
10.	Belum ada petunjuk pelaksanaan MPKP di ruangan.	21	100	0	0	21	100

Berdasarkan tabel tersebut didapatkan bahwa seluruh responden (100%) menyatakan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan MPKP adalah pemahaman MPKP kurang, belum ada SK ketenagaan MPKP dan sebagian besar menyatakan tidak adanya pembinaan dari komite, struktural, supervisor keperawatan serta ketidakjelasan tugas.

5.3.2 Tahap Penelitian Intervensi

Pada tahap intervensi ini dilakukan beberapa kegiatan antara lain :

1. Membuat beberapa standar penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer yang dimungkinkan untuk dapat dilaksanakan di RRI Cempaka RSUD Mataram berdasarkan standar normatif. Standar tersebut disepakati secara

bersama dengan seluruh peserta pelatihan sesuai dengan jadwal pelatihan. Standar MPKP dengan modifikasi keperawatan primer sebagaimana terlampir pada lampiran 14 halaman 223.

2. Menerapkan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer sesuai dengan standar yang telah disepakati.

Pada kegiatan ini dilakukan penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer sesuai dengan standar yang disepakati bersama berdasarkan standar normatif di RRI Cempaka RSUD Mataram. Kegiatan ini diawali dengan pemberian pelatihan kepada seluruh perawat di RRI Cempaka antara lain kepala ruangan, perawat primer dan perawat asosiet selama 6 (enam) hari mulai tanggal 3 s/d 8 April 2006 dengan jumlah peserta sebanyak 21 orang. Materi yang disampaikan antara lain :

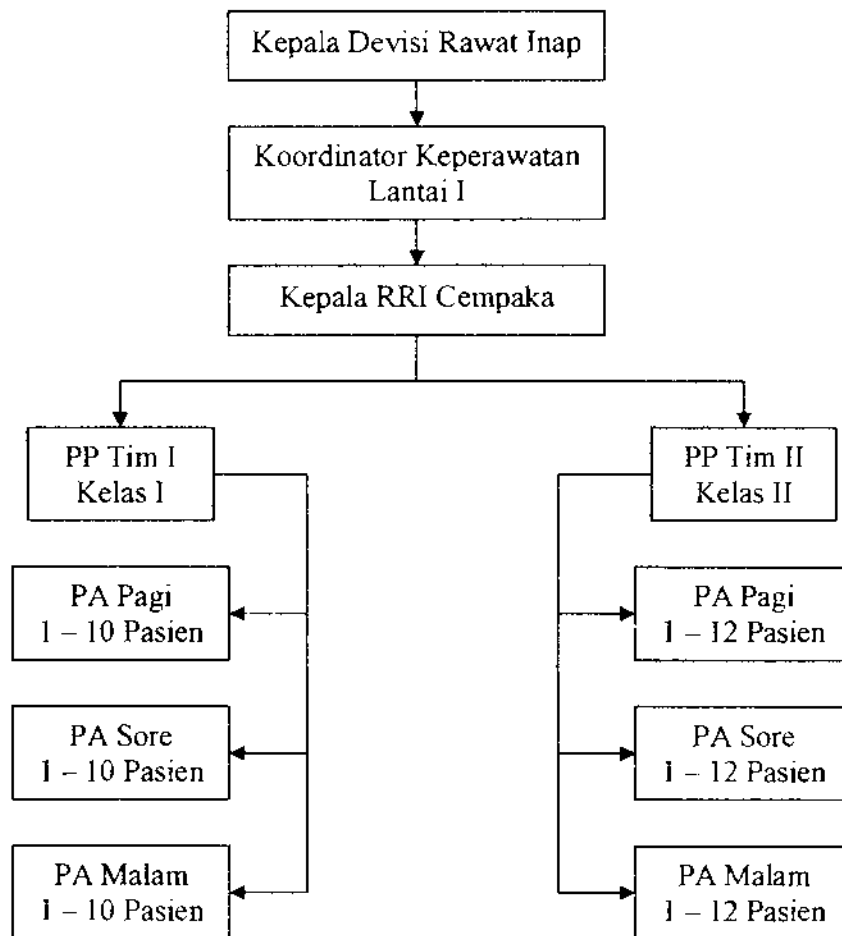
- a. Pengembangan MPKP sebagai suatu upaya peningkatan mutu askep.
- b. Dokumentasi keperawatan dalam MPKP
- c. Nilai – nilai profesional dalam pengembangan MPKP
- d. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya.
- e. Metode asuhan keperawatan

Materi disampaikan oleh peneliti yang didampingi pembimbing serta fasilitator dari RSUD Mataram yang pernah mengikuti pelatihan MPKP. Kerangka acuan, jadwal pelatihan, materi pelatihan dan absensi peserta terlampir pada lampiran 9 - 12 halaman 188 - 214.

Penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer dilakukan setelah pelatihan yakni selama 45 (empat puluh lima) hari dari tanggal 9 April s/d 20 Mei 2006. Pada saat penerapan dilakukan pembinaan secara berkelanjutan oleh peneliti

dan fasilitator dari RSUD Mataram, yang sekaligus menjabat sebagai kepala divisi rawat inap RSUD Mataram.

Penetapan struktur ketenagaan dalam penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer sudah dipersiapkan sebelum pelatihan. Hal ini bertujuan agar dalam memberikan ashan keperawatan memberikan arah yang jelas kepada perawat akan tugas dan tanggung jawab yang diembannya. Struktur ketenagaan MPKP RRI Cempaka adalah sebagai berikut :



Gambar 5.2 Struktur ketenagaan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram Setelah intervensi

5.3.3 Tahap penelitian sesudah intervensi

Pada tahap ini, kegiatan yang dilakukan adalah mengevaluasi dan menganalisis kondisi tenaga perawat, kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawat dan kepuasan pasien terhadap hasil penerapan MPKP dengan modifikasi perawatan primer di RRI Cempaka RSUD Mataram. Kegiatan penelitian dilakukan selama 2 (dua) minggu mulai tanggal 21 Mei s/d 3 Juni 2006. Hasil dari kegiatan penelitian tersebut adalah sebagai berikut :

1. Mengevaluasi dan menganalisis kondisi tenaga perawat hasil penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

- a. Jumlah ketenagaan

Jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien, terlihat pada tabel berikut :

Tabel 5.25 Jumlah kebutuhan tenaga perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien di RRI Cempaka RSUD Mataram

Hari ke	Klasifikasi			Jumlah Klien	Jumlah Kebutuhan Perawat		
	Minimal	Parsial	Total		Pagi	Sore	Malam
1	0	11	5	16	4,77	3,15	2,10
2	0	14	4	18	5,22	3,30	2,20
3	0	16	3	19	5,40	3,30	2,20
4	1	11	4	16	4,58	2,99	1,97
5	0	13	4	17	4,95	3,15	2,10
6	3	12	4	19	5,19	3,42	2,21
7	4	9	4	17	4,55	3,11	1,98
8	1	15	3	19	5,30	3,29	2,17

Dilanjutkan ke

Lanjutan tabel 5.25

Hari ke	Klasifikasi			Jumlah Klient	Jumlah Kebutuhan Perawat		
	Minimal	Parsial	Total		Pagi	Sore	Malam
9	1	16	1	18	4,85	2,84	1,87
10	1	15	2	18	4,94	2,99	1,97
11	5	12	0	17	4,09	2,50	1,55
12	6	12	1	19	4,62	2,94	1,82
13	5	12	3	20	5,17	3,40	2,15
14	5	11	2	18	4,54	2,95	1,85
15	4	8	3	15	3,92	2,66	1,68
16	3	13	2	18	4,74	2,97	1,91
17	1	14	2	17	4,67	2,84	1,87
18	2	16	1	19	5,02	2,98	1,94
19	2	15	1	18	4,75	2,83	1,84
20	4	8	3	15	3,92	2,66	1,68
21	3	9	4	16	4,38	2,97	1,91
22	7	7	2	16	3,80	2,63	1,59
Rata - rata					4,70	2,99	1,93

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa jumlah kebutuhan perawat setiap hari adalah : $4,70 + 2,99 + 1,93 = 9,62$, dibulatkan menjadi 10 orang. Libur dan cuti = 5 orang. Jadi jumlah yang dibutuhkan adalah $10 + 5 = 15$ orang + 1 kepala ruangan + 2 orang PP = 18 orang. Dari hasil perhitungan jumlah tenaga berdasarkan tingkat ketergantungan pasien maka jumlah tenaga yang tersedia : 21 orang sudah memadai dalam penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

b. Pengetahuan perawat tentang MPKP

Distribusi jawaban perawat yang merupakan hasil evaluasi pengetahuan setelah intervensi dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.26 Distribusi pengetahuan perawat tentang MPKP setelah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No.	Item pertanyaan	Jawaban Responden				Jumlah	%
		Benar		Salah			
		f	%	f	%	f	%
1	Penataan struktur MPKP	18	85,7	3	14,3	21	100
2	Alasan penetapan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer.	13	61,9	8	38,1	21	100
3	Komponen MPKP	10	47,6	11	52,4	21	100
4	Penetapan jenis tenaga keperawatan MPKP	15	71,4	6	28,6	21	100
5	Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat	7	33,3	14	66,7	21	100
6	Tugas dan tanggung jawab PP	7	33,3	14	66,7	21	100
7	Tugas dan tanggung jawab PA	11	52,4	10	47,6	21	100
8	Fasilitas minimal ruang MPKP	10	47,6	11	52,4	21	100
9	Isi dari papan nama	14	66,7	7	33,3	21	100
10	Tujuan komferens	10	47,6	11	52,4	21	100
11	Format catatan perkembangan	10	47,6	11	52,4	21	100
12	Spesifikasi tingkatan MPKP	12	57,1	9	42,9	21	100
13	Klasifikasi perawatan parsial	13	61,9	8	38,1	21	100
14	Skor klasifikasi klien dengan tingkat ketergantungan <i>total</i>	10	47,6	11	52,4	21	100
15	Perhitungan kebutuhan tenaga	8	38,1	13	61,9	21	100

Pada tabel tersebut tampak bahwa sebagian besar responden sudah memahami tentang MPKP dari penataan struktur sampai dengan perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden dapat dikategorikan seperti pada tabel 5.27 berikut ini :

Tabel 5.27 Distribusi frekuensi perawat berdasarkan katagori pengetahuan tentang MPKP sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram.

No	Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1	Baik	6	28,6
2	Sedang	13	61,9
3	Kurang	2	9,5
Total		21	100

Berdasarkan tabel tersebut dapat dijelaskan bahwa sebagian besar (61,9%) tingkat pengetahuan responden tentang MPKP sedang dan hanya 9,5 % yang masih kurang.

Total skor tingkat pengetahuan perawat tentang MPKP untuk masing-masing perawat pada saat sebelum dan sesudah intervensi, terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.28 Total skor pengetahuan perawat tentang MPKP masing-masing perawat sebelum dan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

Nomor Responden	Sebelum (total skor)	Sesudah (Total skor)	Selisih
1	23	26	3
2	21	24	3
3	24	27	3
4	19	23	4
5	19	22	3
6	21	23	2
7	19	22	3
8	19	19	0
9	22	21	-1
10	24	26	2
11	20	24	4
12	18	20	2
13	18	20	2
14	23	27	4
15	19	22	3
16	23	26	3
17	25	28	3
18	19	20	1

Dilanjutkan ke

Lanjutan tabel 5.28

Nomor Responden	Sebelum (total skor)	Sesudah (Total skor)	Selisih
19	22	24	2
20	19	19	0
21	17	20	3
Jumlah	434	483	49
Rata-rata	20,67	23,00	2,33

Berdasarkan tabel tersebut di atas, secara analisis deskriptif menunjukkan bahwa adanya peningkatan skor pengetahuan setelah dilakukan intervensi sebesar 2,33 dari sebelum intervensi (23,00 – 20,67) atau peningkatan pengetahuan sebesar 11,27 % (rata-rata sesudah – sebelum : rata-rata sebelum dikalikan 100 %).

Untuk memperkuat hasil analisis deskriptif dilakukan uji statistik Wilcoxon Signed Rank Test dengan hasil yaitu $p = 0,000 < \alpha = 0,05$, berarti ada perbedaan yang bermakna pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi.

Dari analisis tersebut di atas, pengetahuan perawat tentang MPKP menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi. Dalam hal ini dapat diasumsikan bahwa pengetahuan perawat meningkat karena pelatihan yang diberikan serta pengalaman melalui penerapan MPKP yang dilaksanakan secara berkelanjutan.

2. Mengevaluasi dan menganalisis kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan.

Distribusi dokumentasi keperawatan yang merupakan hasil evaluasi kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan setelah intervensi dapat dilihat pada tabel 5.29 berikut ini :

Tabel 5.29 Distribusi frekuensi kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan berdasarkan pengamatan dokumentasi asuhan keperawatan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram.

No	Aspek yang dinilai	Hasil Observasi				Jumlah	%
		Ya		Tidak			
		f	%	f	%		
A.	Pengkajian						
1	Pemeriksaan fisik	40	100	0	0	40	100
2	Status psikososial-spiritual klien	40	100	0	0	40	100
3	Pola hidup klien	40	100	0	0	40	100
4	Lengkap dalam waktu 24 jam	29	72,5	11	27,5		
5	Lengkap dilakukan perawat yang bertanggung jawab	28	70,0	12	30,0	40	100
B.	Diagnosa Keperawatan						
1	Sesuai dengan prioritas masalah klien saat itu	32	80,0	8	20,0	40	100
2	Mencakup tentang masalah psikososial	30	75,0	10	25,0	40	100
3	Mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien	24	60,0	16	40,0	40	100
4	Dirumuskan dengan benar (PE/PES)	32	80,0	8	20,0	40	100
C.	Perencanaan						
1	Dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut	40	100	0	0	40	100
2	Terdapat rumusan tujuan keperawatan	0	0	40	100	40	100
3	Mencakup tindakan observasi keperawatan.	40	100	0	0	40	100
4	Mencakup terapi keperawatan	40	100	0	0	40	100
5	Mencakup tindakan pendidikan kesehatan	22	55,0	18	45,0	40	100
6	Berisi tindakan kolaborasi	35	87,5	5	12,5	40	100
7	Menggambarkan keterlibatan klien/keluarga	27	67,5	13	32,5	40	100
D.	Implementasi						
1	Tindakan observasi didokumentasikan	40	100	0	0	40	100
2	Tindakan terapi keperawatan didokumentasikan	40	100	0	0	40	100

Dilanjutkan ke

Lanjutan tabel 5.29

No	Aspek yang dinilai	Hasil Observasi				Jumlah	%
		Ya		Tidak			
		f	%	f	%		
3	Tindakan pendidikan kesehatan didokumentasikan	20	50,0	20	50,0	40	100
4	Tindakan kolaborasi didokumentasikan	29	72,5	11	27,5	40	100
5	Respon klien terhadap tindakan didokumentasikan	20	50,0	20	50,0	40	100
E	Evaluasi						
1	Dievaluasi setiap hari sesuai SOAP	40	100	0	0	40	100
2	Diagnosa keperawatan yang sudah teratasi terlihat	29	72,5	11	27,5	40	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas, menunjukkan bahwa seluruh dokumentasi (100%) sudah dilakukan pengkajian yang meliputi pemeriksaan fisik, status sosial-spiritual, pola hidup dan sebagian besar (72,5%) pengkajian lengkap dalam 24 jam dan hanya 70,0% dilengkapi oleh perawat yang bertanggung jawab.

Pada penentuan diagnosa keperawatan sudah sesuai dengan prioritas masalah, dokumentasi keperawatan pasien (60,0%) sudah mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan pasien dan sebagian besar (75,0%) belum mencakup masalah psikososial.

Pada perencanaan seluruh dokumentasi (100%) perencanaan sudah dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab, tindakan observasi, terapi keperawatan dan kolaborasi sudah didokumentasikan dan seluruh dokumentasi (100%) belum ada perumusan tujuan.

Sebagian dokumen keperawatan pada implementasi sudah didokumentasikan seperti tindakan pendidikan kesehatan, tindakan kolaborasi dan respon klien terhadap tindakan.

Pada evaluasi seluruh dokumen (100%) sudah menggunakan SOAP dalam mengevaluasi dan 100% diagnosa keperawatan yang sudah teratasi hanya 72,5% sudah terlihat.

Adapun distribusi kepatuhan perawat yang dilihat dari dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan pengelompokan katagori kepatuhan perawat dalam penerapan standar asuhan keperawatan, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.30 Distribusi frekuensi tingkat kepatuhan perawat berdasarkan pengamatan dokumen asuhan keperawatan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Tingkat Kepatuhan	Frekuensi	Persentase
1	Sangat patuh	25	62,5
2	Patuh	15	37,5
3	Kurang patuh	0	0
4	Tidak patuh	0	0
Total		40	100

Berdasarkan tabel tersebut diatas, menunjukkan bahwa sebagian besar (62,5%) perawat sangat patuh terhadap standar asuhan keperawatan dan hanya 37,5% yang patuh.

Kepatuhan perawat terhadap asuhan keperawatan tersebut di atas didasarkan atas kerja tim perawat di RRI Cempaka karena dokumen asuhan keperawatan pada status pasien dikerjakan oleh tim.

Total skor tingkat kepatuhan perawat terhadap penerapan standar asuhan keperawatan dilihat dari dokumentasi asuhan keperawatan pada status pasien pada

saat sebelum dan sesudah intervensi, tampak pada tabel berikut :

Tabel 5.31 Total skor kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan berdasarkan dokumentasi asuhan keperawatan pasien sebelum dan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram.

Nomor Dokumen	Sebelum (total skor)	Sesudah (Total skor)	Selisih
1	35	41	6
2	36	44	8
3	32	41	9
4	38	37	-1
5	31	38	7
6	38	42	4
7	35	42	7
8	34	44	10
9	32	42	10
10	34	36	2
11	37	40	3
12	33	44	11
13	32	40	8
14	36	44	8
15	34	43	9
16	35	42	7
17	37	41	4
18	33	38	5
19	33	41	8
20	34	43	9
21	33	42	9
22	37	42	5
23	38	37	-1
24	34	39	5
25	32	41	9
26	38	43	5
27	34	37	3
28	33	40	7
29	38	42	4
30	35	40	5
31	31	37	6
32	38	38	0
33	38	45	7
34	38	42	4

Dilanjutkan ke

Lanjutan tabel 5.31

No	Sebelum (total skor)	Sesudah (Total skor)	Selisih
35	33	43	10
36	35	38	3
37	38	42	4
38	31	38	7
39	39	44	5
40	35	44	9
Jumlah	1397	1637	240
Rata-rata	34,93	40,93	6,00

Berdasarkan tabel tersebut di atas, secara analisis deskriptif menunjukkan bahwa adanya peningkatan kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan setelah dilakukan intervensi sebesar 6,00 dari sebelum intervensi (40,93 - 34,93) atau peningkatan kepatuhan perawat sebesar 17,18 % (rata-rata sesudah – sebelum : rata-rata sebelum dikalikan 100 %).

Untuk memperkuat hasil analisis deskriptif dilakukan uji statistik Wilcoxon Signed Rank Test dengan hasil yaitu $p = 0,000 < \alpha = 0,05$, berarti ada perbedaan yang bermakna antara kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan sebelum dan sesudah intervensi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarganya. Hal ini menunjukkan peningkatan pelaksanaan MPKP Tingkat I modifikasi keperawatan primer sebelum dan sesudah intervensi.

3. Mengevaluasi dan menganalisis kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan

Distribusi frekuensi jawaban pasien/keluarga yang merupakan hasil evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan setelah intervensi dapat dilihat pada tabel 5.32 berikut ini :

Tabel 5.32 Distribusi jawaban pasien/keluarga tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sesudah Intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Item pernyataan	Tingkat kepuasan								Σ	%
		Sangat Puas		Puas		Kurang Puas		Tidak Puas			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
1.	Penuh perhatian	21	52,5	19	47,5	0	0	0	0	40	100
2.	Cepat tanggap	26	65,0	14	35	0	0	0	0	40	100
3.	Informasi sama antar perawat	17	42,5	23	57,5	0	0	0	0	40	100
4.	Peralatan siap	5	12,5	22	55,0	13	32,5	0	0	40	100
5.	Penjelasan perawat	14	35,0	26	65,0	0	0	0	0	40	100
6.	Perawat terampil.	21	52,5	19	47,5	0	0	0	0	40	100
7.	Membantu saya dalam melakukan kegiatan	4	10,0	21	52,5	15	37,5	0	0	40	100
8.	Kejelasan informasi	7	17,5	33	82,5	0	0	0	0	40	100
9.	Kejelasan menjawab pertanyaan	19	47,5	21	52,5	0	0	0	0	40	100
10.	Penjelasan obat-obatan	0	0	24	60,0	16	40,0	0	0	40	100
11.	Cukup waktu	20	50,0	20	50,0	0	0	0	0	40	100
12.	Mengatasi kekhawatiran	21	52,5	19	47,5	0	0	0	0	40	100
13.	Merasa tenang	19	47,5	21	52,5	0	0	0	0	40	100
14.	Penjelasan sebelum melakukan tindakan	0	0	31	77,5	9	22,5	0	0	40	100
15.	Perlakuan keluarga	14	35,0	26	65,0	0	0	0	0	40	100
16.	Penjelasan peraturan RS/orientasi	0	0	32	80,0	8	20,0	0	0	40	100
17.	Penyampaian perawat yang bertanggung jawab	26	65,0	14	35,0	0	0	0	0	40	100
18.	Masalah saya dapat diatasi.	22	55,0	18	45,0	0	0	0	0	40	100
19.	Perawat sopan dan ramah	24	60,0	16	40,0	0	0	0	0	40	100
20.	Penjelasan tentang cara menjaga kesehatan di rumah.	0	0	28	70,0	12	30,0	0	0	40	100
21.	Perawat menemui saya pada sore / malam hari.	8	20,0	25	62,5	7	17,5	0	0	40	100

Berdasarkan tabel 5.32 di atas, menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dan keluarganya sudah puas terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan.

Adapun distribusi tingkat kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan setelah intervensi, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.33 Distribusi frekuensi pasien/keluarga berdasarkan katagori kepuasan terhadap pelayanan keperawatan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Tingkat kepuasan	Frekuensi	Persentase
1	Sangat puas	18	45
2	Puas	22	55
3	Kurang puas	0	0
4	Tidak puas	0	0
Total		40	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas, diketahui bahwa sebagian besar (55%) pasien puas terhadap pelayanan keperawatan dan hanya 45 % sangat puas.

Tingkat kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan pada saat sebelum dan sesudah intervensi, terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.34 Tingkat kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan sebelum dan sesudah intervensi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No	Tingkat kepuasan	Sebelum intervensi		Sesudah intervensi	
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
1	Sangat puas	0	0	18	45
2	Puas	19	47,5	22	55
3	Kurang	21	52,5	0	0
4	Tidak puas	0	0	0	0
Total		40	100	40	100

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebelum dan sesudah intervensi adanya perbedaan.

4. Mengevaluasi pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer sebelum dan sesudah intervensi.

Evaluasi pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer terdiri dari penataan struktur dan proses MPKP nampak pada tabel 5.35 berikut :

Tabel 5.35 Pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer evaluasi hasil optimalisasi di RRI Cempaka RSUD Mataram

No.	Aspek MPKP	Sebelum intervensi	Sesudah intervensi
1.	Struktur ketenagaan MPKP dan uraian tugas	Struktur lama, uraian tugas belum ada	Terbaru, uraian tugas ada
2.	Jenis ketenagaan MPKP : CCM	Belum ada	Belum ada
3.	Jumlah perawat	Memadai	Memadai
4.	Evaluasi mutu aspek	Hanya persepsi pasien	Sama
5.	Pertemuan dengan pasien dan keluarga minimal 3 hari	Belum dilaksanakan	Belum dilaksanakan
6.	Kolom tanda tangan format pengkajian keperawatan	Format yang ada di RS.	Menggunakan format lama
7.	Perumusan tujuan pada rencana perawatan	Format yang ada di RS.	Menggunakan format lama
8.	Papan nama yang digantung pada tempat tidur pasien	Belum tersedia	Belum tersedia
9.	Petunjuk pelaksanaan konfrens	Tidak ada	Ada
10.	Pelaksanaan konfrens	Belum	Dilaksanakan
11.	Petunjuk pelaksanaan ronde	Tidak ada	Ada
12.	Pelaksanaan ronde	Belum	Hanya dalam tim

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa ada beberapa hal yang belum dilaksanakan dalam penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer dari hasil optimalisasi penerapan MPKP yang telah dilaksanakan. Struktur dan proses pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer dapat dikatakan pelaksanaannya masih belum optimal sesuai dengan yang diharapkan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang telah peneliti lakukan serta beberapa konsep yang mendasari penelitian ini, maka peneliti akan membahasnya sebagai berikut :

6.1 Kondisi Tenaga Perawat

Kondisi tenaga di RRI Cempaka yang dibahas meliputi jumlah, jenis ketenagaan MPKP dan pengetahuan perawat tentang MPKP antara lain :

6.1.1 Jumlah tenaga perawat

Jumlah tenaga perawat di RRI Cempaka RSUD Mataram adalah 21 orang sebagian besar adalah lulusan D.III Keperawatan dan mempunyai pengalaman kerja sebagai perawat di RSUD Mataram selama 3 – 10 tahun. Pendidikan dan pengalaman yang dimiliki oleh perawat sangat berpengaruh dalam memberikan pelayanan keperawatan. Menurut Sitorus (2006^b) dengan jumlah tenaga yang tersedia dan adanya tenaga S.1 Keperawatan berjumlah 2 orang dan sebagian besar lulusan D.3 Keperawatan cukup mendukung pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

6.1.2 Jenis ketenagaan MPKP

Jenis ketenagaan MPKP Tingkat I di RRI Cempaka RSUD Mataram terdiri dari Kepala Ruangan, Perawat Primer dan Perawat Asosiet. Untuk jenis tenaga *Clinical Care Manager (CCM)* ditiadakan karena rumah sakit belum memiliki tenaga

Ners Spesialis. Menurut Sitorus (2006^a) pada klasifikasi MPKP Tingkat I disebutkan bahwa kualifikasi tenaga CCM adalah Ners Spesialis. SKp/Ners sebagai perawat primer dan D.III Keperawatan adalah perawat asosiet.

Struktur atau bagan di RRI Cempaka terpasang struktur organisasi yang lama dan belum mengacu pada struktur atau bagan organisasi MPKP termasuk belum adanya uraian tugas untuk setiap jenis ketenagaan MPKP. Hal ini disebabkan sebagian besar perawat belum memahami MPKP karena baru satu orang yang telah mendapatkan pelatihan MPKP. Menurut Sitorus (2006^a) struktur ketenagaan keperawatan MPKP dan tugas serta tanggung jawab untuk setiap jenis tenaga sangat perlu sehingga ada kejelasan dan diharapkan adanya peningkatan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

6.1.3 Pengetahuan perawat tentang MPKP

Hasil penelitian menunjukkan sebagian perawat tingkat pengetahuannya tentang MPKP adalah kurang dan sedang. Pemahaman materi tentang MPKP yang belum dipahami oleh sebagian besar perawat adalah alasan penetapan metode modifikasi keperawatan primer, komponen MPKP, tugas dan tanggung jawab kepala ruangan, PP, PA, klasifikasi MPKP, klasifikasi klien berdasarkan tingkat ketergantungan serta perhitungan kebutuhan tenaga. Dari materi yang disampaikan sebelum pelatihan sebagian besar belum memahami materi tentang MPKP.

Pengetahuan kurang dari perawat, dikarenakan MPKP belum pernah diberikan pada saat mengikuti pendidikan dan juga belum mendapatkan pelatihan maupun sosialisasi dari perawat yang pernah mengikuti pelatihan MPKP. Hanya 1 orang

perawat di RRI Cempaka yang pernah mengikuti pelatihan MPKP.

Menurut Edelman dan Mande (1994) dalam Potter (2005) menyatakan bahwa kemampuan kognitif juga berhubungan terhadap kemampuan seseorang perawat untuk berusaha memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dapat diasumsikan pengetahuan yang kurang akan berpengaruh terhadap pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer.

6.2 Pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan Modifikasi Keperawatan Primer

Pelaksanaan MPKP dengan modifikasi primer yang dibahas meliputi : tugas dan tanggung jawab, dokumentasi keperawatan, nilai profesional, kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya adalah sebagai berikut :

6.2.1 Tugas dan tanggung jawab

1. Kepala ruangan

Tugas dan tanggung jawab dari kepala ruangan sebagian sudah dilaksanakan. Ada beberapa kegiatan yang belum dilaksanakan seperti mengadakan pertemuan secara periodik untuk membahas peralatan/fasilitas pendukung keperawatan. Hal ini belum dilaksanakan karena pertemuan hal tersebut sudah dilaksanakan pada tingkat bidang keperawatan setiap 3 bulan yang secara bergilir diadakan di seluruh ruang rawat inap. Menurut Elton Mayo (1930) dalam Nursalam (2002) menekankan bahwa jika perhatian penuh diberikan kepada pegawai oleh manajemen, maka hasil produksi akan meningkat dengan tidak mengabaikan kondisi lingkungan kerja. Pertemuan secara periodik bila dilaksanakan oleh kepala ruangan untuk merencanakan fasilitas keperawatan dalam mendukung pelayanan keperawatan, perawat akan merasa lebih puas dan kinerjanya akan lebih bagus dalam memberikan asuhan keperawatan yang

berdampak kepuasan pasien dan keluarganya akan meningkat.

Pengecekan kelengkapan ketersediaan status keperawatan tidak dilakukan setiap hari karena persediaan status pasien yang disediakan di ruang perawat sudah cukup banyak sehingga dilakukan pengecekan bila belangko mendekati habis. Menurut Sitorus (2006^b) untuk menghindari kurangnya kelengkapan persediaan status perlu dilakukan pengecekan minimal 5 (lima) set setiap hari.

Dalam mengevaluasi mutu asuhan keperawatan, kepala ruangan hanya melakukan evaluasi terhadap persepsi pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan sedangkan terhadap dokumentasi keperawatan serta implementasi/tindakan keperawatan belum dilaksanakan. Hal ini disebabkan oleh karena adanya tim SAK di rumah sakit belum berfungsi optimal. Dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan perlu dilakukannya evaluasi terhadap 3 aspek yakni persepsi pasien/keluarga terhadap asuhan keperawatan, dokumentasi asuhan keperawatan serta implementasi/tindakan keperawatan (Dep. Kes. 1995).

2. Perawat primer

Perawat primer dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya sebagian besar belum dilaksanakan antara lain : (1) melakukan orientasi pada saat awal pasien masuk rumah sakit, (2) melengkapi pengkajian keperawatan, (3) pelaksanaan *conference*, (4) bimbingan kepada PA dalam implementasi tindakan keperawatan, (5) pengaturan pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium (6) visite dokter, (7) pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari, (8) pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga.

Pelaksanaan orientasi pada saat awal pasien masuk ruangan karena penerimaan pasien dilakukan perawat asosiet dan belum memiliki format orientasi. Orientasi kepada pasien dan keluarga dimaksudkan untuk menjalin hubungan terapeutik dengan pasien sehingga pasien merasa diperhatikan (Sitorus, 2004^c).

Perawat primer belum melengkapi pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat asosiet karena dilakukan oleh kepala ruangan. Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu pengkajian yang akurat, lengkap sesuai dengan kenyataan, kebenaran sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu, sebagaimana yang telah ditentukan dalam standar praktek keperawatan dari ANA (*American Nursing Association*) dalam (Nursalam, 2001).

Pelaksanaan *conference* belum pernah dilakukan, hal ini disebabkan karena kebiasaan membaca laporan dinas setiap pergantian dinas dan belum ada petunjuk pelaksanaan *conference*. Menurut Yulia, 2004, konfrens merupakan pertemuan yang direncanakan antara PP dan PA untuk membahas kondisi pasien dan rencana asuhan yang akan dilakukan setiap hari. Konfrens biasanya merupakan lanjutan dari kegiatan serah terima shift (operan pergantian dinas). Berbagai hal yang ingin dibicarakan lebih rinci dan sensitive untuk dibicarakan didekat pasien dapat dibahas lebih jauh di dalam konfrens.

Bimbingan PP kepada PA dalam implementasi tindakan keperawatan belum dilakukan karena belum ada sosialisasi tentang instrumen penilaian implementasi keperawatan dan adanya tim pada tingkat struktural keperawatan. Penilaian perawat primer terhadap implementasi atau tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat asosiet sangatlah perlu, dengan demikian dapat diketahui sejauhmana kemampuan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kondisi peralatan yang tersedia dalam mendukung tindakan tersebut.

Pengaturan pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh perawat yang mengikuti visite dokter dan mengkonfirmasi kepada perawat yang lainnya melalui buku catatan konsul dan pemeriksaan laboratorium. Menurut Sitorus (2006^a) perawat primer mempunyai tugas untuk mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium sehingga adanya kejelasan tanggungjawab.

Visite oleh PP belum dilaksanakan secara optimal karena visite dilakukan oleh kepala ruangan atau perawat asosiet yang ada pada saat itu. Dalam hal visite dokter seharusnya dilakukan oleh perawat primer sehingga perawat primer diharapkan mengetahui keadaan pasien dan tindakan medik yang diberikan.

Pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari untuk membahas kondisi pasien belum pernah dilakukan karena sudah dilakukan oleh perawat setiap melakukan tindakan keperawatan dan kurangnya pemahaman tugas yang diembanya. Pertemuan dengan pasien dan keluarganya sangat perlu guna mengetahui kondisi pasien lebih lanjut dan masalah yang dirasakan sehingga kebutuhan akan keperawatan dapat terpenuhi.

Pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga belum pernah dilakukan oleh perawat primer karena dilihat dari pengkajian yang dilakukan tidak menyangkut masalah pengetahuan yang kurang. Menurut Suliha (2001) pendidikan kesehatan di dalam keperawatan merupakan salah satu jenis intervensi/tindakan yang ditujukan untuk memecahkan diagnosis keperawatan, yaitu kurangnya pengetahuan pada klien.

3. Perawat asosiet

Belum semuanya tugas perawat asosiet dilaksanakan seperti : (1) membaca rencana perawatan, (2) hubungan terapeutik dengan klien yang merupakan lanjutan kontrak yang dilakukan oleh PP, (3) orientasi klien dan keluarga, (4) berperan serta dalam pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga.

Membaca rencana keperawatan belum dilakukan, yang dibaca hanya laporan dinas, buku tindakan pemberian obat, cairan infus dan tindakan medik lainnya. Hal ini disebabkan karena kebiasaan dari perawat dalam memberikan asuhan keperawatan lebih berpedoman pada buku laporan dinas bukan pada rencana keperawatan yang ada. Menurut Sitorus (2006^b) rencana keperawatan perlu dipahami oleh perawat dan dilaksanakan karena rencana keperawatan disusun berdasarkan standar rencana keperawatan dan hasil dari pengkajian sehingga diharapkan pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Menjalin hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga yang merupakan lanjutan kontrak yang dilakukan oleh PP belum dilaksanakan dan perawat hanya melakukan kontak dengan pasien pada saat melakukan tindakan saja, sedangkan pada jam istirahat tidak dimanfaatkan. Hubungan saling percaya ditumbuhkan melalui

sikap ikhlas dari perawat (*genuineess*) sehingga klien akan merasakan keiklasan itu dan akhirnya klien percaya (Potter and Perry, 2005). Melalui kehadiran perawat di dekat klien, dengan sikap *caring* dan dengan komunikasi yang kompeten akan membuat pasien merasa aman dan diperhatikan.

Orientasi pasien dan keluarga yang dilakukan oleh perawat asosiet bila perawat primer tidak ada juga belum dilaksanakan karena format orientasi belum ada. Pasien dan keluarga diterima langsung diistirahatkan di tempat tidur yang telah disiapkan sebelumnya dan langsung melakukan pengkajian. Orientasi pasien dan keluarga sangatlah perlu sehingga pasien dan keluarga mengetahui berbagai peraturan rumah sakit, kelengkapan yang boleh dibawa serta prosedur asuhan keperawatan.

Perawat asosiet belum berperan serta dalam pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, terlihat dari pengkajian yang dilakukan belum mencakup masalah pengetahuan pasien. Menurut Wong (1974) dalam Suliha (2001) salah satu tujuan dari pendidikan kesehatan adalah agar pasien memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan, dan masyarakat.

6.2.2 Dokumentasi keperawatan

Berdasarkan hasil observasi dokumentasi asuhan keperawatan yang digunakan oleh rumah sakit, sebagian besar tidak bermasalah. Ada beberapa hal yang belum nampak pada dokumentasi keperawatan seperti belum tersedia tempat tanda tangan perawat yang melakukan pengkajian dan rencana keperawatan belum berisikan tujuan keperawatan. Hal ini disebabkan karena keberadaan formulir pengkajian yang tidak dilengkapi dengan tanda tangan termasuk juga rencana keperawatan yang tidak berisikan tujuan keperawatan. Pengkajian keperawatan dalam MPKP diisi oleh PP

dengan lengkap, bila PP tidak ada maka format pengkajian harus diisi oleh PA dan ditandatangani oleh PP (Trisuryani, 2004). Perumusan tujuan keperawatan pada rencana asuhan keperawatan sangat perlu dibuat sebagai standar atau ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan klien atau keterampilan perawat. Menurut Alfaro (1994) dalam Nursalam (2001) tujuan klien merupakan pernyataan yang menjelaskan suatu perilaku klien, keluarga atau kelompok yang dapat diukur setelah intervensi keperawatan diberikan, sebaliknya tujuan keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat.

Dengan demikian tanda tangan pada formulir pengkajian sangatlah diperlukan sebagai legalitas pelayanan keperawatan, karena PP bertanggung jawab dan bertanggung gugat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Perumusan tujuan sangat diperlukan karena akan memberikan arah dalam pencapaian tujuan keperawatan sehingga proses penyembuhan pasien dapat optimal.

6.2.3 Nilai profesional dalam pengembangan MPKP

Sebagian besar perawat mempunyai sikap menyetujui nilai profesional dalam pengembangan MPKP seperti perhatian dalam pemenuhan kebutuhan, dekat dengan pasien melalui komunikasi, rela dan tulus ikhlas, sikap empati, tidak membedakan, caring dalam berkomunikasi, kesempatan kecil untuk membuat keputusan, komitmen pada pendidikan. Menurut Sitorus (2004^a) berbagai nilai profesional tersebut digariskan dalam kode etik keperawatan yang menjadi pedoman dalam hubungan perawat dengan klien yang menjadi dasar dalam melakukan praktek

keperawatan. Adanya sikap positif dari perawat terhadap nilai profesional dalam pengembangan MPKP merupakan salah satu hal yang mendukung keberhasilan dalam penerapan MPKP.

6.2.4 Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya

Sebagian kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya sudah dilaksanakan tetapi berdasarkan hasil pengamatan kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya belum dilaksanakan secara optimal, dilihat dari konfrens dan ronde keperawatan belum dilaksanakan. Kerjasama tersebut belum dilaksanakan karena belum adanya petunjuk tentang pelaksanaan konfrens dan ronde keperawatan. Menurut Nursalam (2002) konfrens atau timbang terima adalah suatu cara dalam menyampaikan laporan dan menerima suatu laporan yang berkaitan dengan keadaan klien. Tujuannya adalah menyampaikan kondisi klien secara umum, menyampaikan beberapa hal penting yang perlu ditindaklanjuti dan tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya.

Demikian halnya dengan ronde keperawatan perlu dilaksanakan dalam rangka meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Menurut Nursalam (2002) ronde keperawatan merupakan suatu kegiatan untuk mengatasi masalah keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat dengan melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan akan tetapi pada kasus tertentu perlu melibatkan konsuler.

Dengan optimalnya pelaksanaan konfrens dan ronde keperawatan diharapkan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan kebutuhannya sehingga akan mempercepat proses penyembuhan pasien.

6.3 Kepatuhan Perawat Terhadap Standar Asuhan Keperawatan berdasarkan Dokumentasi Keperawatan

Sebagian besar perawat patuh terhadap standar asuhan keperawatan dilihat dari dokumentasi asuhan keperawatan pada status pasien. Beberapa hal yang belum dipatuhi oleh perawat dalam penerapan standar asuhan keperawatan dilihat dari dokumentasi asuhan keperawatan adalah (1) pengkajian lengkap dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab, (2) diagnosa keperawatan mencakup masalah psikososial, (3) diagnosa keperawatan mencakup masalah pengetahuan, (4) perumusan diagnosa kurang lengkap, (5) perencanaan dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab, (6) perumusan tujuan, (7) tindakan pendidikan kesehatan, (8) menggambarkan keterlibatan klien/keluarga. (8) respon klien terhadap tindakan, (9) diagnosa keperawatan yang teratasi.

Pengkajian lengkap dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab, dalam hal ini adalah perawat primer. Ketidaklengkapan pengkajian keperawatan selama pasien di rawat karena belum pahamnya tentang tugas dan tanggung jawab dari perawat primer. Menurut Sitorus (2006^b) perawat primer bertugas melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP pada sore, malam atau hari libur. Pengkajian keperawatan yang merupakan tahap awal dari proses keperawatan sangatlah penting guna mengetahui kebutuhan pasien secara komprehensif.

Diagnosa keperawatan belum mencakup masalah psikososial karena kelemahan pada saat mengkaji kebutuhan pasien yang hanya berfokus pada

kebutuhan fisik pasien. Masalah psikososial perlu menjadi perhatian bagi perawat karena mendukung proses penyembuhan pasien.

Diagnosa keperawatan mencakup masalah pengetahuan belum dilaksanakan oleh perawat karena belum didokumentasikan. Hal ini disebabkan karena pengkajian kurang lengkap sehingga belum dimunculkan diagnosa keperawatan menyangkut pengetahuan pasien. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*) (Notoatmojo, 2003).

Perumusan diagnosa keperawatan kurang lengkap. Menurut Carpentio (2000) dalam Nursalam (2001) bahwa syarat dalam merumuskan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsur PES (Problem, Etiologi dan Syptom) sedangkan untuk merumuskan diagnosa keperawatan resiko adanya unsur PE (Problem dan Etiologi). Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit, faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah dan kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah (Nursalam, 2001).

Perencanaan dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab belum dilaksanakan secara optimal. Perencanaan dibuat oleh perawat jaga dan penerima pasien baru. Menurut Sitorus (2006^b) pengembangan perencanaan dan penetapan rencana asuhan keperawatan merupakan tugas dan tanggung jawab PP. Pengembangan rencana asuhan keperawatan sangat penting terutama dalam hal rencana tindakan keperawatan sehingga kebutuhan pasien/keluarganya lebih terpenuhi.

Perumusan tujuan belum dilakukan karena pada formulir tidak terdapat tujuan keperawatan yang merupakan bagian dari langkah perencanaan. Menurut Sitorus (2006^b) pada standar rencana asuhan keperawatan MPKP perlu dibuat perumusan tujuan mengingat untuk mengetahui sejauhmana tingkat keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tindakan pendidikan kesehatan belum dituangkan pada rencana keperawatan karena tidak dilakukan pada waktu pengkajian keperawatan. Menurut Notoatmojo (2003) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Tindakan keperawatan yang direncanakan belum menggambarkan keterlibatan klien/keluarga. Perawat belum memahami beberapa tugas yang melibatkan pasien dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan. Pasien dan keluarganya perlu dilibatkan terutama dalam hal perawatan dasar, menjaga kebersihan diri yang terlebih dahulu mendapat penjelasan dari perawat.

Respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan belum didokumentasikan karena belum memahami arti respon pasien dalam memberikan asuhan keperawatan. Respon pasien sangat penting untuk mengetahui tingkat keberhasilan dalam memberikan tindakan keperawatan. Menurut Nursalam (2001) respon pasien digunakan dalam merumuskan diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang sudah teratasi juga belum nampak pada catatan perkembangan pasien karena belum dituliskan tanggal diagnosa tersebut teratasi. Keberhasilan asuhan keperawatan dilihat dari diagnosa keperawatan apakah sudah

teratasi atau belum, dengan demikian perawat lebih fokus kepada diagnosa keperawatan yang masih menjadikan masalah bagi pasien.

6.4 Kepuasan Pasien/Keluarga Terhadap Pelayanan Keperawatan

Sebagian besar pasien/keluarganya merasa puas terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat. Beberapa hal pasien/keluarga kurang puas terhadap pelayanan keperawatan antara lain : (1) kesiapan alat bila diperlukan (pispot, urinal, alat mandi), (2) penjelasan perawat tentang membuat semangat pasien, kejelasan informasi keadaan pasien, obat-obatan, mengatasi kekhawatiran, ketenangan, sebelum melakukan tindakan, peraturan rumah sakit/orientasi, perawat yang bertanggung jawab, cara menjaga kesehatan di rumah.

Peralatan yang belum siap bila diperlukan pasien disebabkan karena keterbatasan alat yang tersedia. Persediaan alat yang cukup sangat mendukung dalam memberikan asuhan keperawatan. Menurut Dep. Kes (2001) standar alat keperawatan seperti pispot dan urinal yang dibutuhkan adalah 1 : 2 pasien dan waskom mandi : 8-12 /ruangan serta waslap : 1 : 5 pasien. Dalam memberikan asuhan keperawatan tidak terlepas dari dukungan peralatan yang tersedia sehingga berdampak terhadap mutu asuhan keperawatan.

Penjelasan perawat tentang membuat semangat pasien, kejelasan informasi keadaan pasien, obat-obatan, mengatasi kekhawatiran, ketenangan, sebelum melakukan tindakan, peraturan rumah sakit/orientasi, perawat yang bertanggung jawab, cara menjaga kesehatan di rumah belum optimal dilaksanakan. Pada dasarnya beberapa penjelasan perawat tersebut belum dilaksanakan karena pemahaman tentang komunikasi interpersonal atau komunikasi terapeutik masih kurang. Menurut Potter

and Perry (2005) komunikasi terapeutik menentukan perawat untuk menetapkan hubungan kerja dengan klien dan keluarganya. Proses komunikasi terapeutik sering kali meliputi kemampuan dan komitmen yang tulus pada pihak perawat untuk membantu klien mencapai keberhasilan keperawatan bersama.

6.5 Kendala Yang Dihadapi Dalam Pelaksanaan MPKP Dengan Modifikasi Keperawatan Primer

Seluruh perawat menyatakan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram adalah (1) keterbatasan tenaga, (2) pemahaman MPKP kurang, (3) ketidakjelasan tugas dan tanggung jawab, (4) tidak ada dukungan direktur, (5) belum ada SK ketenagaan MPKP, (6) reward belum memadai, (7) tidak ada pembinaan dari komite keperawatan, (8) struktural keperawatan dan supervisor serta (10) belum ada petunjuk pelaksanaan MPKP di ruangan.

Keterbatasan tenaga yang dirasakan oleh perawat dikarenakan belum adanya tugas yang jelas dari jenis ketenagaan MPKP. Setelah dilakukan perhitungan menurut Douglas (1992) dalam Sitorus (2006^b) jumlah kebutuhan tenaga berdasarkan derajat ketergantungan pasien sudah mencukupi dalam arti sesuai dengan tenaga yang tersedia.

Pemahaman MPKP kurang karena sebagian besar belum memperoleh pelatihan maupun sosialisasi tentang MPKP, dengan diberikan materi tentang MPKP pada saat pelatihan adanya peningkatan pengetahuan sebesar : 11,27 %. Menurut Lawrence Green (1980) bahwa peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan

perubahan perilaku, namun ada hubungan positif antara ke dua variabel tersebut. Dalam hal ini pengetahuan perawat tentang MPKP yang tinggi akan berpengaruh optimalnya pelaksanaan MPKP.

Ketidakjelasan tugas dan tanggung jawab terlihat dari belum adanya uraian tugas dan tanggung jawab setiap jenis ketenagaan MPKP. Pelatihan MPKP dengan bermain peran dari tugas dan tanggung jawab kepala ruangan, PP dan PA sangat membantu dalam keberhasilan penerapan MPKP karena akan mengerti atau memahami tugas yang diembannya.

Tidak adanya dukungan direktur rumah sakit sangat menentukan keberhasilan dalam pelaksanaan MPKP. Dukungan diberikan pada saat pelaksanaan seminar pra proposal yang dihadiri oleh direktur rumah sakit dan pada saat pembukaan pelatihan serta adanya kunjungan ke tempat lokasi penelitian.

Pada awal penelitian surat keputusan direktur rumah sakit tentang ketenagaan MPKP belum ada dan pada saat evaluasi surat keputusan tersebut sudah ada. Menurut Sitorus (2006^a) salah satu subsistem MPKP adalah kompensasi dan penghargaan. Pemberian salah satu penghargaan melalui surat keputusan direktur tentang ketenagaan MPKP merupakan penghargaan bagi perawat untuk mendapatkan kredit point dalam jabatan fungsionalnya.

Pemberian reward belum memadai karena pemberian kesejahteraan/insentif untuk setiap tenaga yang ada di rumah sakit mendapat perlakuan sama dibandingkan dengan perawat di ruangan lain, Menurut Sitorus (2006^b) salah satu subsistim MPKP

adalah kompensasi dan penghargaan. Dengan pemberian kompensasi yang memadai sangat mendukung dalam keberhasilan MPKP.

Pembinaan yang dilakukan komite keperawatan, struktural keperawatan dan supervisor belum optimal. Adanya komitmen serta dukungan dari komite, struktural dan supervisor dilihat dari kehadirannya pada saat pembukaan pelatihan dan penekanan pembinaan dari direktur rumah sakit. Keberhasilan pelaksanaan MPKP tidak terlepas dari bimbingan unit terkait yang menjadi tanggungjawabnya.

Petunjuk pelaksanaan MPKP di ruangan merupakan hal yang sangat penting karena dapat dijadikan pedoman dalam pelaksanaannya. Kesepakatan standar MPKP di RRI Cempaka RSUD Mataram dapat dijadikan pedoman dan tersedianya buku Panduan Implementasi MPKP sangat mendukung keberhasilan penerapannya secara berkesinambungan.

6.6 Optimalisasi MPKP Tingkat I Dengan Modifikasi Keperawatan Primer

Optimalisasi pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer telah dilaksanakan melalui pelatihan MPKP dengan metode ceramah dan tanya jawab, role playing serta penerapan langsung di RRI Cempaka. Pada role playing diminta kepada perawat untuk bermain peran sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. Disamping itu juga pada saat praktek dilakukan latihan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan, operan, konfrens dan ronde keperawatan. Dengan bermain peran dan praktek langsung diharapkan perawat dapat memahami dan mengerti serta mau melaksanakan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer dengan benar.

6.7 Evaluasi Dan Analisis Hasil Pelaksanaan Optimalisasi MPKP Dengan Modifikasi Keperawatan Primer

Evaluasi hasil penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer menunjukkan bahwa sebagian besar optimaisasi penerapan MPKP di RRI Cempaka seperti struktur ketenagaan, tugas dan tanggung jawab, dokumentasi keperawatan fasilitas MPKP, kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya serta nilai profesional dalam pengembangan MPKP dilaksanakan sesuai dengan standar yang telah disepakati. Beberapa hal yang masih belum sesuai degan standar normatif adalah sebagai berikut :

6.7.1 Jenis ketenagaan MPKP.

Pada jenis ketenagaan MPKP RRI Cempaka seperti *Clinical Care Manager (CCM)* ditiadakan karena rumah sakit belum memiliki tenaga Ners Spesialis. Menurut Nurachmah (2004) pada klasifikasi MPKP Tingkat I disebutkan bahwa kualifikasi tenaga CCM adalah Ners Spesialis, SKp/Ners sebagai perawat primer dan D.III Keperawatan adalah perawat asosiet.

6.7.2 Tugas dan tanggung jawab

Tugas dan tanggung jawab kepala ruangan yang belum dilaksanakan adalah merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan karena adanya tim penilai standar asuhan keperawatan dan berkoordinasi dengan bidang keperawatan. Evaluasi mutu asuhan keperawatan yang pernah dilaksanakan sebelumnya adalah penilaian persepsi pasien terhadap asuhan keperawatan pada saat pasien pulang. Dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan perlu dilakukannya evaluasi terhadap 3 aspek yakni persepsi pasien terhadap asuhan

keperawatan, dokumentasi asuhan keperawatan serta implementasi/tindakan keperawatan (Dep. Kes., 1995). Menurut Nursalam (2006) kepala ruangan bertanggung jawab dalam perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan. Semakin baik tanggung jawab kepala ruangan dijalankan maka mutu asuhan keperawatan semakin baik dan tentunya kepuasan pasien semakin tinggi pula.

Untuk perawat primer tugas dan tanggung jawab yang belum dilaksanakan adalah melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal 3 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien. Hal tersebut belum dilaksanakan karena operan setiap hari dengan mengunjungi pasien, konfrens dan ronde keperawatan keperawatan sudah dilaksanakan setiap hari. Untuk menjalin hubungan yang harmonis dengan pasien dan untuk mengetahui kebutuhan pasien akan pelayanan keperawatan maka pertemuan perawat primer dan klien beserta keluarga sangatlah perlu dilaksanakan.

6.7.3 Dokumentasi keperawatan

Format dokumentasi keperawatan masih menggunakan format yang ada pada saat penelitian karena sebagian besar formulir tersebut sudah sesuai dengan standar formulir MPKP. Beberapa yang belum disesuaikan dilihat dari evaluasi hasil optimalisasi adalah kolom tanda tangan format pengkajian dan perumusan tujuan pada standar rencana keperawatan. Hal ini disebabkan karena persediaan formulir dokumentasi keperawatan masih banyak. Menurut Sitorus (2006^b) tugas dan tanggung jawab PP adalah melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang dilakukan oleh PA pada sore, malam atau hari libur dan

ditandatangani pada format pengkajian keperawatan. Sedangkan untuk perumusan tujuan keperawatan pada rencana asuhan keperawatan sangat perlu dibuat sebagai standar atau ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan klien atau keterampilan perawat. Menurut Alfaro (1994) dalam Nursalam (2001) tujuan klien merupakan pernyataan yang menjelaskan suatu perilaku klien, keluarga atau kelompok yang dapat diukur setelah intervensi keperawatan diberikan, sebaliknya tujuan keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat. Dari uraian tersebut di atas menurut Emma (2004) format asuhan keperawatan atau status lama bersifat statis sehingga tidak memungkinkan perawat untuk melaksanakan keterampilan menganalisis dan memecahkan masalah.

6.7.4 Fasilitas MPKP.

Fasilitas MPKP yang belum disiapkan adalah papan nama yang digantung pada tempat tidur pasien, sementara formulir untuk pencatatan infus, obat-obatan digantung pada tempat tidur pasien. Papan tersebut belum disediakan mengingat keterbatasan anggaran yang tersedia tetapi ada dukungan dari direktur rumah sakit untuk direncanakan pengadaannya. Papan tersebut sangat penting bagi perawat maupun pasien/keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang pengobatan dan perawatan pasien.

6.7.5 Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya

Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya sebagian besar sudah dilaksanakan oleh PP sedangkan yang belum dilaksanakan adalah keberadaan ronde antar profesional yang dikoordinir oleh PP. Pelaksanaan tersebut kesulitan dalam

pelaksanaannya karena melibatkan profesi lain seperti dokter, fisioterapi maupun petugas gizi. Untuk pasien yang memerlukan penanganan khusus yang melibatkan konsuler perlu diadakan ronde keperawatan antar profesi karena mengingat keterbatasan kemampuan yang dimiliki perawat, dengan demikian kebutuhan pasien/keluarganya secara komprehensif dapat terpenuhi.

6.7.6 Nilai profesional dalam pengembangan MPKP

Evaluasi hasil penerapan nilai profesional dalam pengembangan MPKP sudah dilaksanakan hanya pelaksanaan komunikasi yang belum optimal dari perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Komunikasi sangatlah penting dalam menyampaikan informasi kepada pasien/keluarga, dengan komunikasi yang efektif didasari oleh sifat empati akan menumbuhkan rasa percaya kepada pasien. Menurut Niven (2000), melakukan komunikasi secara efektif dengan pasien membutuhkan tingkat empati tertentu dan kemampuan untuk melihat masalah dari pandangan pasien. Jika tenaga kesehatan mempunyai pandangan yang sinis dan dingin maka akan sangat sulit bagi mereka yang bersikap empati kepada pasien.

6.8 Evaluasi Dan Analisis Kondisi Tenaga Perawat Hasil Penerapan MPKP Dengan Modifikasi Keperawatan Primer.

Kodisi tenaga perawat meliputi jumlah, jenis ketenagaan MPKP serta pengetahuan perawat tentang MPKP.

6.8.1 Jumlah tenaga perawat

Jumlah tenaga perawat di RRI Cempaka RSUD Mataram adalah 21 orang, dengan sebagian besar adalah lulusan D.III Keperawatan. Menurut Douglas (1992)

dalam Sitorus (2006^b) hasil perhitungan kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien (minimal, parsial, total) didapatkan 18 orang sudah termasuk kepala ruangan, PP dan perawat cuti/libur. Jumlah tenaga perawat yang tersedia saat ini tidak menjadikan kendala dalam penerapan MPKP sebagaimana halnya disampaikan oleh sebagian besar perawat kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan MPKP adalah keterbatasan tenaga.

Hal ini berarti dengan adanya kesesuaian kebutuhan tenaga dalam pelaksanaan MPKP diharapkan adanya penerapan MPKP yang berkesinambungan dan tercapainya pelayanan keperawatan yang bermutu serta profesionalisme.

6.8.2 Jenis ketenagaan MPKP

Jenis ketenagaan MPKP yang diterapkan terdiri dari kepala ruangan, perawat primer dan perawat asosiet. Jenis ketenagaan tersebut tidak sesuai menurut Sitorus (2004) bahwa jenis ketenagaan pada ruang MPKP terdiri dari kepala ruangan, CCM, PP dan PA. Keberadaan CCM di RRI Cempaka belum dimungkinkan karena syarat untuk MPKP tingkat I adalah seorang ners spesialis dan RSUD Mataram belum memiliki tenaga tersebut. Disamping itu peserta penelitian pada saat penyusunan kesepakatan standar MPKP di RRI Cempaka yang akan diterapkan menyepakati belum perlunya CCM mengingat kondisi rumah sakit.

Uraian tersebut dapat diasumsikan bahwa keberhasilan suatu model yang akan diterapkan berkaitan dengan kemampuan sumber daya yang dimiliki oleh organisasi maupun yang akan melaksanakan.

6.8.3 Pengetahuan perawat tentang MPKP

Berdasarkan analisis deskriptif menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan sebesar 11,27 % dan hasil uji statistik menunjukkan $p = 0.000 < \alpha = 0,05$ berarti adanya perbedaan yang signifikan perawat sebelum dan sesudah intervensi. Menurut Notoatmojo (2003) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*).

6.9 Mengevaluasi Dan Menganalisis Kepatuhan Perawat Terhadap Standar Asuhan Keperawatan Melalui Dokumentasi Keperawatan Hasil Penerapan MPKP Tingkat I Dengan Modifikasi Keperawatan Primer.

Sebagian besar perawat sangat patuh terhadap standar asuhan keperawatan hanya sebagian kecil yang patuh. Standar asuhan keperawatan yang belum dipatuhi oleh perawat dilihat dari pencatatan dokumentasi keperawatan adalah diagnosa keperawatan yang meliputi pengetahuan, tindakan pendidikan kesehatan keterlibatan klien/keluarga dan respon klien terhadap tindakan yang diberikan serta perumusan tujuan keperawatan.

Berdasarkan tabel 5.31 analisis deskriptif menunjukkan adanya peningkatan kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan sebesar 17,18 % dan hasil uji statistik menunjukkan $p = 0.000 < \alpha = 0,05$ berarti adanya perbedaan yang signifikan kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan sebelum dan sesudah intervensi.

Pengetahuan pasien/keluarganya tentang masalah kesehatan pasien dan keluarganya yang berkaitan dengan pola hidup sehat perlu dikaji dan dibuatkan diagnosa keperawatannya serta diberikan pendidikan kesehatan sehingga dapat menunjang proses penyembuhan penderita. Menurut Suliha (2001) persepsi klien tentang keadaan masalah kesehatannya saat ini dan bagaimana mereka menaruh perhatian terhadap masalahnya dapat memberikan informasi kepada perawat tentang seberapa jauh pengetahuan mereka mengenai masalah dan pengaruhnya terhadap kebiasaan aktivitas.

Menurut Notoatmojo (2003) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*).

Perumusan tujuan keperawatan yang terdapat pada tahap perencanaan dari proses keperawatan belum termuat dalam dokumen asuhan keperawatan pasien. Hal ini dikarenakan formulir asuhan keperawatan masih banyak dan kesepakan pada saat pelatihan. Menurut Sitorus (2006 b) pada standar rencana asuhan keperawatan MPKP perlu dibuat perumusan tujuan mengingat untuk mengetahui sejauhmana tingkat keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan harus mempunyai kriteria hasil yang dapat diukur dengan tujuan sehingga diharapkan dapat mencerminkan masalah klien (Nursalam, 2001).

6.10 Mengevaluasi Dan Menganalisis Kepuasan Pasien/Keluarga Terhadap Hasil Penerapan MPKP Dengan Modifikasi Keperawatan Primer.

Sebagian pasien/keluarga merasa sangat puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat di RRI Cempaka dan sebagian besar puas. Pelayanan keperawatan yang belum dapat dipenuhi oleh perawat dalam penerapan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer adalah (1) peralatan sudah siap bila diperlukan antara lain pispot, urinal, alat mandi, (2) membantu dalam melakukan kegiatan antara lain kebersihan diri, latihan gerak, latihan nafas dalam, (3) penjelasan tentang obat-obatan, (4) penjelasan tentang keadaan dan peraturan rumah sakit, (5) menjelaskan sebelum memberikan tindakan, dan (6) cara menjaga kesehatan di rumah dan perawat menemui sore dan malam hari.

Berdasarkan analisis deskriptif menunjukkan adanya peningkatan kepuasan pasien/keluarga terhadap asuhan keperawatan yang diberikan berarti adanya perbedaan yang signifikan kepuasan pasien/ keluarga terhadap asuhan keperawatan sebelum dan sesudah intervensi.

Peralatan belum siap bila diperlukan oleh pasien antara lain pispot, urinal, alat mandi, karena keterbatasan alat yang tersedia. Menurut Dep.Kes (2001) standar alat keperawatan seperti pispot dan urinal yang dibutuhkan adalah 1 : 2 pasien dan waskom mandi : 8-12 / ruangan serta waslap : 1 : 5 pasien. Peralatan tersebut perlu disiapkan dalam keadaan siap pakai sehingga kebutuhan pasien dengan segera dapat terpenuhi sehingga menambah hubungan yang harmonis dengan pasien/keluarganya.

Membantu dalam melakukan kegiatan antara lain kebersihan diri, latihan gerak, latihan nafas dalam belum optimal dilaksanakan karena disamping keterbatasan

alat juga pemahaman latihan gerak/nafas masih kurang. Menurut Sitorus yang dikutip dari Roger dan Suddarsth (1994) dalam (Kariasa, 2004) bahwa hubungan saling membantu sebagai suatu keadaan dimana salah satu pihak mempunyai niat untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan terhadap suatu kehidupan.

Penjelasan tentang obat yang digunakan pasien belum optimal dilaksanakan karena pemahaman tentang obat belum sepenuhnya dipahami oleh perawat sehingga perlu kolaborasi dengan bagian farmasi. Penjelasan tentang obat yang digunakan pasien akan memberikan rasa aman kepada pasien dan menjalin hubungan yang baik dengan pasien.

Memberikan penjelasan tentang keadaan dan peraturan rumah sakit belum sepenuhnya dilaksanakan oleh perawat pada saat menerima pasien baru karena kebiasaan perawat yang belum melakukan orientasi kepada pasien. Menurut Sitorus (2006^b) bahwa untuk menjalin hubungan baik melalui kontrak pasien awal masuk rumah sakit adalah melalui orientasi dengan menggunakan format orientasi. Menjalinkan kontrak awal dengan pasien dan keluarganya akan membuat pasien dan keluarganya mengerti yang perlu dipersiapkan atau dipatuhi selama perawatan di rumah sakit. Perhatian dan sikap yang wajar membuat klien merasa aman dan nyaman yang pada akhirnya tercipta rasa percaya diri klien terhadap perawat.

Penjelasan sebelum memberikan tindakan belum sepenuhnya dilaksanakan oleh perawat karena pemahaman tentang komunikasi terapeutik masih kurang. Menurut Kariasa (2004) untuk menjalin hubungan perawat-klien yang kondusif

diperlukan dasar pengetahuan khusus bagi perawat termasuk tehnik komunikasi dari hubungan interpersonal dan sikap dasar tertentu dari perawat.

Penjelasan tentang cara menjaga kesehatan di rumah belum optimal dilaksanakan karena kelemahan pada saat pengkajian keperawatan tentang masalah pengetahuan pasien/keluarganya sehingga pada tindakan pendidikan kesehatan belum dilaksanakan. Menurut Burt (1998) salah satu dari indikator kualitas pelayanan keperawatan adalah kepuasan pasien berdasarkan informasi pendidikan. Oleh karena itu pendidikan kesehatan tentang cara menjaga kesehatan di rumah sangatlah penting sehingga diharapkan pasien dan keluarganya dapat berperilaku hidup sehat.

Perawat menemui pasien pada sore dan malam hari belum optimal dilaksanakan karena pengaturan waktu yang belum dilaksanakan. Menemui pasien pada sore dan malam hari bukan hanya pada saat memberikan tindakan keperawatan saja melainkan waktu menanyakan/melihat kondisi pasien, jadi harus berkesinambungan. Menurut Potter and Perry (1997) dalam Sitorus (2004^a) hubungan perawat-klien empati menambah suatu dimensi lain bagi adanya saling pengertian diantara perawat-klien. Sikap empati dapat membantu klien mengerti dan mengeksplorasi perasaannya sehingga dapat mengatasi masalahnya.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Kondisi ketenagaan RRI Cempaka RSUD Mataram dilihat dari jumlah tenaga perawat yang tersedia sudah memadai dalam pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer. Jenis ketenagaan MPKP yakni CCM ditiadakan karena tidak ada tenaga Ners Spesialis di RSUD Mataram. Adanya peningkatan pengetahuan sebesar 11,27 % menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna pengetahuan perawat sebelum dan sesudah intervensi.
2. Penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer sebagian besar sudah dilaksanakan sesuai dengan standar yang telah disepakati. Beberapa hal yang belum dilaksanakan adalah sebagai berikut :

- a. Tugas dan tanggung jawab

Tugas dan tanggung jawab kepala ruangan yang belum dilaksanakan adalah merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan. Perawat primer melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal 3 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien.

- b. Dokumentasi keperawatan

Formulir dokumentasi keperawatan masih menggunakan formulir yang ada di rumah sakit karena sebagian besar formulir tersebut sudah sesuai dengan

standar formulir MPKP. Beberapa formulir yang belum sesuai adalah kolom tanda tangan format pengkajian dan perumusan tujuan pada standar rencana keperawatan.

c. Fasilitas MPKP.

Fasilitas MPKP sebagian besar sudah dipenuhi sedangkan mengenai papan nama yang digantung pada tempat tidur pasien belum disediakan, sementara formulir seperti infus, obat-obatan digantung pada tempat tidur pasien.

d. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya

Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya sebagian besar sudah dilaksanakan oleh PP sedangkan yang belum dilaksanakan adalah keberadaan ronde keperawatan antar profesional yang dikoordinir oleh PP.

e. Nilai profesional dalam pengembangan MPKP

Evaluasi hasil penerapan nilai profesional dalam pengembangan MPKP sudah dilaksanakan hanya pelaksanaan komunikasi yang belum optimal seperti penjelasan sebelum melakukan tindakan keperawatan, obat yang digunakan, orientasi dan penjelasan pendidikan kesehatan.

3. Hasil analisis pengetahuan perawat tentang MPKP, kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan dan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Pengetahuan perawat tentang MPKP, secara analisis deskriptif menunjukkan bahwa adanya peningkatan skor pengetahuan setelah dilakukan intervensi sebesar 11,27 % berarti adanya perbedaan yang signifikan pengetahuan perawat tentang MPKP sebelum dan sesudah intervensi. Pengetahuan perawat tentang MPKP

- untuk masing-masing item MPKP beberapa perawat masih belum memahami untuk setiap item MPKP yang ditanyakan.
- b. Berdasarkan analisis deskriptif menunjukkan adanya peningkatan kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan sebesar 17,18 % berarti adanya perbedaan yang signifikan kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan sebelum dan sesudah intervensi. Standar asuhan keperawatan yang belum dipatuhi oleh perawat dilihat dari pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan adalah diagnosa keperawatan yang meliputi pengetahuan, tindakan pendidikan kesehatan keterlibatan klien/keluarga dan respon klien terhadap tindakan yang diberikan serta perumusan tujuan keperawatan.
- c. Adanya perbedaan tingkat kepuasan pasien/keluarga terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sebelum dan sesudah intervensi. Pelayanan keperawatan yang belum optimal dipenuhi oleh perawat antara lain : peralatan sudah siap bila diperlukan (pispot, urinal, alat mandi), membantu dalam melakukan kegiatan (kebersihan diri, latihan gerak, latihan nafas dalam), penjelasan tentang obat-obatan, memberikan penjelasan tentang keadaan dan peraturan rumah sakit, penjelasan sebelum memberikan tindakan, dan cara menjaga kesehatan di rumah serta perawat menemui sore dan malam hari.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas, maka peneliti memberikan beberapa saran diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Jenis ketenagaan MPKP yakni CCM perlu dipersiapkan dalam rangka mengoptimalkan penerapan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan

- primer di RRI Cempaka RSUD Mataram melalui pengiriman perawat yang berpotensi untuk mengikuti pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi (Ners Spesialis).
2. Agar pelaksanaan MPKP Tingkat I dengan modifikasi keperawatan primer di RRI Cempaka berlanjut dan berkesinambungan, perlu dilakukan pembinaan oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Devisi Rawat Inap, Koordinator Asuhan Keperawatan Lantai I terutama pelaksanaan evaluasi mutu asuhan keperawatan.
 3. Formulir asuhan keperawatan yang belum sesuai dengan standar MPKP menyangkut legalitas asuhan keperawatan dan perumusan tujuan keperawatan agar disesuaikan atau dilengkapi melalui forum yang sudah dibentuk yakni Tim Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dengan melibatkan Komite Keperawatan.
 4. Agar pihak bidang keperawatan berkoordinasi dengan unit terkait untuk dapat menyediakan papan nama MPKP sehingga informasi tentang asuhan keperawatan kepada pasien dapat lebih jelas.
 5. Untuk mengoptimalkan ronde keperawatan dengan melibatkan profesi lain (dokter, gizi, fisioterapi) perlu dilakukan koordinasi oleh perawat primer dengan profesi tersebut dan dibuatkan rencana pelaksanaan ronde sesuai dengan petunjuk pelaksanaan yang ada serta difasilitasi oleh bidang keperawatan dan komite keperawatan.
 6. Dalam rangka peningkatan penerapan nilai profesional dalam pengembangan MPKP terutama hubungan harmonis melalui komunikasi perawat dengan pasien

dan keluarganya perlu dilakukan pelatihan komunikasi terapeutik sehingga diharapkan perawat lebih *care* dalam memberikan asuhan keperawatan.

7. Rumah sakit perlu merencanakan pelatihan proses keperawatan dan MPKP secara berkesinambungan dalam meningkatkan kepatuhan perawat terhadap penerapan standar asuhan keperawatan sehingga diharapkan perawat bekerja dengan lebih profesional dan mutu asuhan keperawatan dapat ditingkatkan.
8. Sebagai penunjang dalam memberikan asuhan keperawatan agar bidang keperawatan merencanakan kebutuhan peralatan seperti urinal, pispot dan perlengkapan mandi dan berkoordinasi dengan pihak terkait dalam pengadaannya karena peralatan tersebut sangat diperlukan oleh pasien.
9. Dalam menjaga kelangsungan pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer maka perlu dibentuk Tim MPKP rumah sakit dengan melibatkan unsur terkait yang mempunyai tugas melaksanakan pembinaan serta menyiapkan fasilitas pendukung.
10. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh pelaksanaan MPKP dengan modifikasi keperawatan primer terhadap infeksi nosokomial rumah sakit dan lama pasien dirawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C dan Shanley, E. (1997), *Psikologi Sosial untuk Perawat*, (terjemahan) Edisi I, Jakarta, EGC.
- Aditama, T.Y., (2003), *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Edisi II, Jakarta, Universitas Indonesia.
- Budiarto E., (2003), *Metodologi Penelitian Kedokteran Sebuah Pengantar*, Jakarta, EGC
- Departemen Kesehatan RI., (1997), *Kumpulan Peraturan tentang Rumah Sakit*, Jakarta, PT. Mitra Info.
- Departemen Kesehatan RI., (1995), *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*, Cetakan I, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI.,(1991), *Pedoman Penerapan Proses Keperawatan di Rumah Sakit*, Direktorat RSU dan Pendidikan, Jakarta, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik bekerjasama dengan W.H.O.
- Departemen Kesehatan RI., (2004), *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI., (2001), *Standar Peralatan Keperawatan dan Kebidanan di Sarana Kesehatan*, Jakarta Direktorat Pelayanan Keperawatan Ditjen Yanmedik.
- Gillies DA., (1994), *Nursing Management, A System Approach*, 3 edition, Philadelphia, WB. Saunders Company.
- Kariasa, *Pengembangan Hubungan Efektif Antara Perawat Primer dan Klien / Keluarga*, Semiloka Model Praktik Keperawatan Profesional III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia - RSUPN Cipto Mangunkusumo tanggal 13 – 16 Juli 2004.
- Katrina Burtt, (1998), *State Nurses Associations Work to Prove Nursing Quality*. American Journal Nursing Volume 98 No.5
[hhh://www.Nursingcenter.com](http://www.Nursingcenter.com)
- Kotler P., (2002), *Manajemen Pemasaran*, Edisi Milenium, Jakarta, PT. Prenhalindo.
- Nursalam, (2001), *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktik*, Edisi I, Jakarta, Salemba Medika.

- Nursalam, (2002), *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi I, Jakarta, Salemba.
- Nursalam, Mira Trihartini, Chistiano N, Purwaningsih, (2006), *Analisis Hubungan Penerapan Model Asuhan Keperawatan Tim dengan Kepuasan Pasien*, Jurnal Ners, Volume 1 No. 1, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Notoatmodjo S., (2002), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, PT Rineka Cipta.
- Notoatmojo S., (2003), *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta, PT. Rineka Cipta.
- Pesik Emma M.R., 1991, *Dokumentasi Keperawatan*, Lokakarya Asuhan Keperawatan, PANTAP III PERSI Cabang Jawa Timur di Surabaya tanggal 16 – 21 Desember.
- Pesik Emma M.R., (2004), *Pengembangan Format Asuhan Keperawatan Untuk Ruang Rawat Bayi Neonatus*, Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Volume 2 No.1, Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
- Potter dan Perry (2005), *Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik* (terjemahan) Edisi 4, Jakarta, EGC.
- Rivai, F. (2000), *Analisis Faktor Dominan yang Mempengaruhi Kinerja Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di RRI RSUD Haji Surabaya*, Tesis, Universitas Airlangga Surabaya.
- Robbins S.P. (1996), *Perilaku Organisasi*, Edisi 7, Jakarta, PT. Prenhalindo.
- Sitorus R., (2003), *Dampak Implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional Terhadap Mutu Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*, Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 7 No. 2, Jakarta, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sitorus R., (2004^a), *Nilai - nilai Profesional Sebagai Dasar Pada Praktik Keperawatan*, Semiloka Model Praktik Keperawatan Profesional III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia - RSUPN Cipto Mangunkusumo tanggal 13 – 16 Juli 2004.
- Sitorus R., (2004^b), *Modifikasi Keperawatan Primer Sebagai Suatu Metode Pemberian Asuhan Keperawatan Pada Praktik Keperawatan Profesional*, Semiloka Model Praktik Keperawatan Profesional III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia - RSUPN Cipto Mangunkusumo tanggal 13 – 16 Juli 2004.

- Sitorus R., (2004^c), *Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) sebagai Suatu Upaya Meningkatkan Mutu Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*, Semiloka Model Praktik Keperawatan Profesional III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia - RSUPN Cipto Mangunkusumo tanggal 13 – 16 Juli 2004.
- Sitorus R., (2006^a), *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit, Penataan Struktur dan Proses (Sistem) Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang rawat*, Jakarta, EGC.
- Sitorus R., (2006^b), *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit, Penataan Struktur dan Proses (Sistem) Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang rawat, Panduan Implementasi*, Jakarta, EGC.
- Simamora H., (2001), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Kedua, Yogyakarta, STIE YPKN.
- Setyawan J., Mulyadi (2000), *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen; Sistem Pelipatganda Kinerja Perusahaan*, Yogyakarta, Aditya Medi.
- Suliha, Herawani, Sumiati, Resnayati, (2001), *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*, Jakarta, EGC
- Taylor C, Lillis C, dan Le Mone P., (1989), *Fundamental of Nursing. The Art and Science of Nursing Care*, Philadelphia, JB Lippincott Company.
- Tjiptono F., Chandra, G., (2005), *Service Quality Satisfaction*, Yogyakarta, Andi.
- Trisuryani C., (2004), *Dokumentasi Keperawatan di Ruang MPKP Termasuk Standar Renpra*, Semiloka Model Praktik Keperawatan Profesional III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia - RSUPN Cipto Mangunkusumo tanggal 13 – 16 Juli 2004.
- W Green Lawrence, Marshall, Kreuter (1980), *Health Education Planing a Diagnosis Approach*, Mayfield Publishing.
- Yuli S.,(2004), *Kerjasama Profesional Antara Perawat Primer (PP) dan Perawat Asosiet (PA) Serta Tenaga Kesehatan Lainnya*. Semiloka Model Praktik Keperawatan Profesional III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia - RSUPN Cipto Mangunkusumo tanggal 13 – 16 Juli 2004.

Lmpiran 1

KUESIONER
PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG MPKP
DALAM OPTIMALISASI MODEL PRAKTEK
KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)
DI RSUD MATARAM

Bapak / Ibu yang terhormat,

Selamat pagi dan salam sejahtera

Kami Gusti Bagus Kertayasa, mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Airlangga, ingin mengetahui sejauhmana pemahaman Ibu / Bapak tentang Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) dengan Modifikasi Perawatan Primer. Hasil tingkat pengetahuan Ibu / Bapak nantinya dapat dijadikan sebagai langkah awal dalam pengambilan kebijakan keperawatan, dengan harapan mutu pelayanan keperawatan Rumah Sakit dapat lebih meningkat.

Selanjutnya kami mohon kesedian Bapak / Ibu menjawab kuesioner ini sesuai dengan petunjuk soal berikut.

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama : _____
2. Umur : _____
3. Jenis Kelamin : _____
4. Pendidikan : _____
 - a. SPK A/C
 - b. SPK / SPR
 - c. D. III Keperawatan
 - d. D.IV Keperawatan
 - e. S1. Keperawatan
5. Masa kerja (mulai diangkat sebagai perawat) : tahun, Bulan
6. Pelatihan yang pernah diikuti (5 tahun terakhir)
 1. _____
 2. _____
7. Jabatan dalam penerapan MPKP
 - a. Kepala Ruangan
 - b. Clinical Care Manajer (CCM)
 - c. Perawat Primer (PP)
 - d. Perawat Asosiat (PA)
 - e. Tidak tahu

B. BERILAH TANDA SILANG (X) SALAH SATU JAWABAN YANG DIANGGAP BENAR

1. Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan penataan struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan pada tingkat ruang rawat sehingga memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional. Penataan struktur meliputi, kecuali :
 - a. Jumlah tenaga
 - b. Jenis tenaga
 - c. Standar renpra
 - d. Metode modifikasi perawatan primer.

2. Penetapan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer didasarkan pada beberapa alasan sebagai berikut :
 - a. Terdapat satu orang perawat profesional yang disebut perawat primer yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan.
 - b. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam suatu periode dinas sesuai dengan kemampuan perawat dan kompleksnya kebutuhan klien.
 - c. Metode ini menekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur misalnya bertanggung jawab dalam memberikan obat.
 - d. Semua benar.

3. MPKP terdiri dari 5 komponen, kecuali :
 - a. Manajemen aproach
 - b. Professional Relationship
 - c. Human Resources
 - d. Profesional value

4. Penetapan jenis tenaga keperawatan dipengaruhi oleh metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan. Pada MPKP metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah metode modifikasi perawatan primer. Penetapan jenis tenaga yang dimaksud adalah :
 - a. Kepala Ruang rawat
 - b. Perawat Primer (PP)
 - c. Perawat Asosiet (PA)
 - d. Semua benar.

5. Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat dalam pelaksanaan MPKP di bawah ini kecuali :
 - a. Mengatur pemberian tugas jaga perawat (jadwal dinas)
 - b. Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal implementasi MPKP termasuk sikap tingkah laku profesional.
 - c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian.
 - d. Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan.

6. Pada ruang rawat dengan MPKP Pemula, PP adalah perawat dengan kemampuan DIII Keperawatan yang mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut :
 - a. Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan, kepada PA dibawah tanggung jawabnya sesuai klien yang dirawat (pre conference)
 - b. Melakukan inventarisasi fasilitas yang terkait dengan timnya.
 - c. Mengecek kerapihan dan kelengkapan status keperawatan.
 - d. Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan dan tindakan.

7. Menerima klien baru dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi klien dan keluarga jika PP tidak ada ditempat, merupakan tugas dan tanggung jawab dari :
 - a. Kepala ruang rawat.
 - b. Clinical Care Manager (CCM)
 - c. Perawat Primer (PP)
 - d. Perawat Asosiet (PA)

8. Fasilitas minimal yang dibutuhkan pada suatu ruang MPKP sama dengan fasilitas yang dibutuhkan pada suatu ruang rawat. Untuk ruang MPKP diperlukan tambahan fasilitas berikut :
 - a. Kartu nama tim
 - b. Papan nama
 - c. Papan MPKP
 - d. Semua benar.

9. Pada papan nama di ruangan MPKP berisikan, kecuali :
 - a. Nama klien.
 - b. Nama perawat primer
 - c. Nama dokter
 - d. Nama perawat asosiet.

10. Komferens merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari setelah melakukan operan dinas sesuai dengan jadwal PP. Pernyataan di bawah merupakan tujuan dari pelaksanaan komferens, kecuali :
 - a. Membahas masalah setiap klien berdasarkan renpra yang dibuat oleh PP.
 - b. Membagi klien yang menjadi tanggung jawab masing-masing PA.
 - c. Menilai penampilan kerja PA dalam memberikan asuhan keperawatan.
 - d. Menyepakati rencana tindakan untuk setiap klien pada hari itu.

11. Dibawah ini merupakan pernyataan format catatan perkembangan pasien, kecuali
 - a. Catatan perkembangan diisi dengan metode SOAP.
 - b. Tanggal evaluasi ditulis dan sertakan paraf dan nama jelas.
 - c. Kepatuhan perawat dalam penerapan SAK.
 - d. Catatan perkembangan dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan yang ada pada klien.

12. Pernyataan di bawah ini yang bukan merupakan spesifikasi tingkatan MPKP Pemula adalah sebagai berikut :
- Spesialis keperawatan (1 : 9 – 10 klien)
 - Metode asuhan keperawatan modifikasi keperawatan primer
 - DIII Keperawatan ialah perawat primer pemula
 - Standar renpra (masalah aktual)
13. Perawatan parsial yang dilakukan menurut Douglas (Klasifikasi klien berdasarkan derajat ketergantungan) adalah, kecuali :
- Kebersihan diri dan makan minum dibantu.
 - Ambulasi dengan pengawasan
 - Klien dengan pasang infus, persiapan pengobatan memerlukan prosedur.
 - Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.
14. Klasifikasi klien dengan tingkat derajat ketergantungan *total* memiliki skor dalam menghitung kebutuhan tenaga sebagai berikut :
- Pagi : 0,17, siang : 0,14 dan malam : 0,07
 - Pagi : 0,27, siang : 0,15 dan malam : 0,10
 - Pagi : 0,36, siang : 0,30 dan malam : 0,20
 - Pagi : 0,45, siang : 0,40 dan malam : 0,30
15. Suatu ruang rawat dengan 22 klien (3 klien dengan klasifikasi minimal, 14 klien dengan klasifikasi parsial dan 5 klien dengan klasifikasi total) maka jumlah perawat yang dibutuhkan untuk jaga pagi adalah :
- 4 orang
 - 5 orang
 - 6 orang
 - 7 orang

Lampiran 2

KUESIONER

NILAI PROFESIONAL DALAM PENGEMBANGAN MPKP DI RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM

Nama : _____

No.	Aspek nilai-nilai profesional dalam memberikan asuhan keperawatan	Jawaban Responden			
		Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju
1.	Perawat ikhlas dalam memberikan pelayanan keperawatan				
2.	Perhatian terhadap setiap permintaan klien				
3.	Kehadiran perawat selalu dekat pasien melalui komunikasi yang kompeten				
4.	Memberikan pelayanan dengan rela dan tulus ikhlas / tidak terpaksa				
5.	Sikap empati dalam arti memahami perasaan klien.				
6.	Tidak membedakan bangsa, suku, agama, politik dan ekonomi dalam memberikan pelayanan.				
7.	Sikap caring dalam hal berkomunikasi meningkatkan kepercayaan klien terhadap perawat.				
8.	Sikap caring perawat dengan menunjukkan komitmennya mengerti, menerima klien dan meningkatkan kemampuan klien untuk bertanggung jawab atas dirinya.				
9.	Perawat memberi kesempatan kepada klien untuk membuat keputusan bagi dirinya walaupun dalam hal yang sederhana.				
10.	Komitmen pada pendidikan, direfleksikan pada keinginan untuk belajar secara berkelanjutan.				

Keterangan :

Jawaban diberi tanda rumput (V)

Pada kolom jawaban responden.

Lampiran 3

KUESIONER PERAWAT
MASALAH YANG DIHADAPI DALAM PELAKSANAAN MPKP
DI RUANG CEMPAKA RSU MATARAM

Nama : _____

No	Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan MPKP	Jawaban Responden		Ket
		Ya	Tidak	
1	Keterbatasan tenaga			
2.	Pemahaman MPKP kurang			
3.	Ketidakjelasan tugas : Kepala Ruang PP dan PA			
4.	Tidak ada dukungan direktur			
5.	Belum ada SK ketenagaan MPKP			
6.	Reward belum memadai			
7.	Tidak ada pembinaan MPKP dari komite keperawatan			
8.	Tidak ada pembinaan MPKP dari struktural keperawatan			
9.	Tidak ada pembinaan MPKP dari supervisor keperawatan dan koordinator asuhan keperawatan.			
10.	Belum ada petunjuk pelaksanaan MPKP di ruangan.			

Ket. : diisi tanda rumpit (V) pada kolom jawaban responden.

Lampiran 4

**CEKLYST OBSERVASI
PELAKSANAAN MPKP TINGKAT I
DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER
DI RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM**

Waktu pelaksanaan observasi : _____

No	Aspek Yang Diobservasi	Keberadaan		Ket.
		Ya	Tidak	
1	2	3	4	5
A.	TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB			
	<i>Kepala Ruangan</i>			
1	Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadwal inas).			
2	Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan.			
3	Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan.			
4	Membimbing siswa / mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan, dengan mengikuti sistem MPKP yang sudah ada.			
5	Melakukan kegiatan administrasi dan surat menyurat.			
6	Mengorientasi pegawai baru dan mahasiswa keperawatan yang akan melakukan praktek di ruangan.			
7	Mencek kelengkapan persediaan status keperawatan minimal 5 (lima) set setiap hari.			
8	Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal penerapan MPKP termasuk sikap tingkah laku profesional.			
9	Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan.			
10	Memonitor dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada di ruangan dan membuat DP3 dan usulan kenaikan pangkat.			
11	Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan di ruangan.			
12	Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan.			

1	2	3	4	5
	Perawat Primer (PP)			
1	Melakukan kontrak dengan klien dan keluarga pada awal masuk ruangan berdasarkan formal orientasi klien dan keluarga sehingga tercipta hubungan terapeutik.			
2	Melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP pada sore, malam atau hari libur.			
3	Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian.			
4	Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan kepada PA dibawah tanggungjawabnya sesuai klien yang dirawat (pre conference).			
5	Menetapkan PA yang bertanggung jawab pada setiap klien pada setiap giliran jaga (shift), sesuai kondisi yang ada..			
6	Melakukan bimbingan dan evaluasi (mengecek) pada PA dalam implementasi tindakan keperawatan, apakah sesuai dengan SOP.			
7	Memonitor dokumentasi yang dilakukan oleh PA.			
8	Membantu & memfasilitasi terlaksananya kegiatan PA			
9	Melakukan tindakan keperawatan yang bersifat terapi keperawatan dan tindakan keperawatan yang tidak dapat dilakukan oleh PA.			
10	Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium			
11	Melakukan kegiatan serah terima klien bersama dengan PA.			
12	Mendampingi dokter visite klien dibawah tanggung jawabnya.			
13	Melakukan evaluasi asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan klien setiap hari.			
14	Melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien.			
15	Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga			
16	Membuat perencanaan pulang			
	Perawat Asosiet (PA)			
1	Membaca renpra yang telah ditetapkan PP.			
2	Membina hubungan terapeutik dengan klien dan keluarga, sebagai lanjutan kontrak yang dilakukan PP			

1	2	3	4	5
3	Menerima klien baru dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi klien dan keluarga jika PP tidak ada ditempat			
4	Melakukan tindakan keperawatan kliennya berdasarkan renpra.			
5	Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikannya pada format yang tersedia.			
6	Mengecek kerapihan dan kelengkapan status keperawatan.			
7	Membuat laporan pergantian dinas dan setelah selesai diparaf.			
8	Mengkomunikasikan kepada PP bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan.			
9	Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan dan tindakan.			
10	Berperan serta dalam pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga yang dilakukan PP.			
11	Melakukan inventarisasi fasilitas terkait dengan timnya.			
12	Memberikan resep dan menerima obat dari keluarga klien yang menjadi tanggung jawabnya dengan berkoordinasi dengan PP.			
	B. DOKUMENTASI KEPERAWATAN			
1	Pengkajian keperawatan			
2	Rencana keperawatan			
3	Implementasi tindakan keperawatan			
4	Catatan perkembangan			
5	Grafik suhu nadi			
6	Obat-obatan			
7	Laboratorium			
8	Daftar infus			
9	Resume pasien			
10	Laporan pergantian dinas			
	C. KERJASAMA PP, PA DAN TENAGA KESEHATAN LAINNYA			
1	PP mengkomunikasikan rencana keperawatan kepada PA			
2	PP memberikan informasi tentang kondisi pasien setelah visite dokter			
3	Konfrens dilaksanakan setiap hari			

1	2	3	4	5
4	Ada petunjuk pelaksanaan konfrens			
5	Konfrens membahas tentang asuhan keperawatan			
6	Keberadaan ronde keperawatan dalam tim			
7	Ronde Keperawatan melibatkan klien			
8	Ronde keperawatan dilaksanakan setiap hari			
9	Ada petunjuk pelaksanaan ronde keperawatan			
10	Keberadaan ronde antar profesional yang dikoordinir oleh PP			

Keterangan :

- V = sudah dilaksanakan
 - = belum dilaksanakan

Lampiran 5

CEKLIS OBSERVASI
JENIS KETENAGAAN MPKP
DI RUANG RAWAT INAP MAWAR RSU MATARAM

Waktu Pengambilan Data :

No	Aspek yang diobservasi	Keberadaan		Ket.
		Ada	Tidak	
1.	Jenis tenaga MPKP			
	a. Kepala ruangan			
	b. Clinical Care Manager (CCM)			
	c. Perawat Primer (PP)			
	d. Perawat Asosiet (PA)			
2.	Bagan ketenagaan MPKP			
3.	a. Dipasang pada tempat yang mudah terlihat.			
	b. Perawat yang duduk di jenis ketenagaan dimaksud.			
4.	Uraian tugas dan tanggung jawab setiap jenis tenaga.			

Lampiran 6

**CEKLYS OBSERVASI KEBUTUHAN PERAWAT
DI RRI. MAWAR RSU MATARAM
BERDASARKAN TINGKAT KETERGANTUNGAN PASIEN**

Hari ke	Klasifikasi			Jumlah Klien	Jumlah Kebutuhan Perawat			Ket
	Minimal	Parsial	Total		Pagi	Sore	Malam	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
Rata – rata								

Lampiran 7

**INTRUMEN
EVALUASI KEPATUHAN PERAWAT TERHADAP
STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN
MELALUI DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM

No	Aspek yang dinilai	Kode berkas rekam medik					Ket.
		3	4	5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7	8
A.	Pengkajian						
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.	Diagnosa Keperawatan						
1	Diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah klien saat itu						
2	Diagnosa keperawatan mencakup tentang masalah psikososial						
3	Diagnosa keperawatan mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien						
4	Diagnosa keperawatan dirumuskan dengan benar (PE/PES)						
C.	Perencanaan						
1	Rencana asuhan keperawatan dikembangkan oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut						

1	2	3	4	5	6	7	8
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						
D.	Implementasi						
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	Respon klien terhadap tindakan keperawatan didokumentasikan						
E.	Evaluasi						
1	Diagnosa keperawatan dievaluasi setiap hari sesuai SOAP						
2	Diagnosa keperawatan yang sudah teratasi terlihat dalam dokumentasi						

KUESIONER

EVALUASI KEPUASAN PASIEN

TERHADAP ASUHAN KEPERAWATAN

Bapak / Ibu yang terhormat,

Selamat pagi dan salam sejahtera

Kami Gusti Bagus Kertayasa, mahasiswa Pascasarjana Universitas Airlangga, ingin mengetahui tingkat kepuasan Ibu / Bapak dalam memperoleh pelayanan keperawatan di RSUD Mataram, sebagai bahan perbaikan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan Rumah Sakit. Selanjutnya kami mohon kesediaan Ibu / Bapak menjawab kuesioner ini sesuai dengan apa adanya dan kami menjamin kerahasiaannya serta jawaban Ibu / Bapak / tidak berpengaruh terhadap pelayanan yang kami berikan.

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama : _____
(Hubungan dg pasien) : _____
2. Umur : _____
3. Jenis Kelamin : _____
4. Pendidikan : _____
 - a. Tidak Tamat SD
 - b. SD / Sederajat
 - c. SMP / Sederajat
 - d. SMA / Sederajat
 - e. D1/D2/D3/Akademi
 - f. Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan : _____
 - a. PNS / TNI / Polri
 - b. Karyawan Swasta
 - c. Nelayan
 - d. Pedagang
 - e. Buruh (Tani, bangunan)
 - f. Pensiunan
 - g. Lain – lain
6. Alamat : _____

B. KEPUASAN PELAYANAN KEPERAWATAN

Beri tanda rumpu (V) pada kolom jawaban yang telah disediakan

No	Pernyataan	Selama saya di rawat di ruang perawat Cempaka				Keterangan
		Sangat Puas	Puas	Kurang Puas	Tidak Puas	
		4	3	2	1	
1.	Perawat memperhatikan saya dengan sepenuh hati					
2.	Bila saya memanggil perawat mereka segera datang.					
3.	Informasi yang saya dapat dari seorang perawat dengan perawat yang lainnya sama.					
4.	Alat-alat yang saya butuhkan antara pispot, urinal, alat mandi, sudah siap bila saya perlukan.					
5.	Penjelasan perawat, membuat saya bersemangat menghadapi penyakit saya.					
6.	Perawat yang merawat saya kelihatan terampil.					
7.	Perawat membantu saya dalam melakukan kegiatan antara lain : kebersihan diri, latihan gerak, latihan nafas dalam.					
8.	Saya mendapat informasi yang jelas dari perawat tentang kondisi kesehatan saya.					
9.	Perawat menjawab pertanyaan saya dengan jelas.					
10.	Perawat menjelaskan pada saya tentang obat-obatan yang saya gunakan.					
11.	Perawat mempunyai cukup waktu untuk mendengarkan keluhan saya.					
12.	Perawat membantu saya dalam mengatasi kekhawatiran saya					
13.	Perawat membuat saya merasa tenang, selama di rumah sakit.					
14.	Sebelum melakukan tindakan, perawat terlebih dahulu memberikan penjelasan tentang tindakan tersebut.					

15.	Perawat memperlakukan keluarga saya dengan baik.					
16.	Perawat memberi penjelasan tentang keadaan/peraturan ruangan/rumah sakit.					
17.	Perawat primer (perawat yang bertanggung jawab tentang perawatan saya) merawat saya selama di ruangan ini.					
18.	Saya merasa, karena berbagai tindakan perawat, masalah saya dapat diatasi.					
19.	Perawat di ruangan ini sopan dan ramah					
20.	Saya mendapat penjelasan dari perawat tentang cara saya menjaga kesehatan di rumah.					
21.	Perawat menemui saya pada sore / malam hari.					

Demikian yang dapat kami tanyakan kepada Ibu / Bapak, semoga apa yang Ibu / Bapak sampaikan dapat bermanfaat bagi kami dan khususnya dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Mataram.

Selanjutnya kami mohon maaf mengganggu Ibu / Bapak selama pengisian ini dan kami mengucapkan banyak terima kasih atas bantuannya.

Lampiran 9

KERANGKA ACUAN
PELATIHAN MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)
DI RSUD MATARAM

I. Pendahuluan

Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan belum berorientasi keperawatan yang berlandaskan pada teori dan konsep keperawatan untuk memenuhi kebutuhan individu yang sedang mengalami respon terhadap penyakit dan pengobatan, dalam arti masih berorientasi pada pekerjaan rutinitas. Berbagai upaya telah dilakukan diberbagai rumah sakit untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan diantaranya pengembangan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP).

Model praktek keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang dapat mendukung asuhan keperawatan. (Sitorus, 2004)

Tahun 2004 RSUD Mataram mencoba menerapkan MPKP Pemula dengan modifikasi perawatan primer di 4 (empat) ruangan rawat inap antara lain ruang rawat inap Cempaka, Dahlia, Kenanga dan Seruni.

Survei pendahuluan menunjukkan bahwa seluruhnya (100%) secara fisik penerapan MPKP belum dilengkapi dengan struktur ketenagaan, kartu nama tim dan papan nama. Kepatuhan perawat dalam menerapkan Standar Asuhan Keperawatan masih belum optimal terlihat dari 65 % status pasien pengkajian keperawatan belum lengkap dan 25% evaluasi keperawatan (mencatat perkembangan pasien). Dari format yang disediakan untuk pengkajian data keperawatan beberapa item kebutuhan bio-psiko-sosial masih belum lengkap.

III. Kegiatan

Kegiatan yang dilaksanakan pada pelatihan ini adalah sebagai berikut :

1. Penyampaian materi tentang MPKP selama 4 (empat) hari dengan menggunakan metode Ceramah Tanya Jawab (CTJ) dan penugasan
2. Rool Playing pelaksanaan MPKP di ruang rawat inap Cempaka RSUD Mataram selama 2 (dua) hari

IV. Peserta

A. Kriteria Peserta

Peserta adalah kepala ruangan dan seluruh perawat ruang rawat inap Cempaka RSUD Mataram.

B. Jumlah Peserta

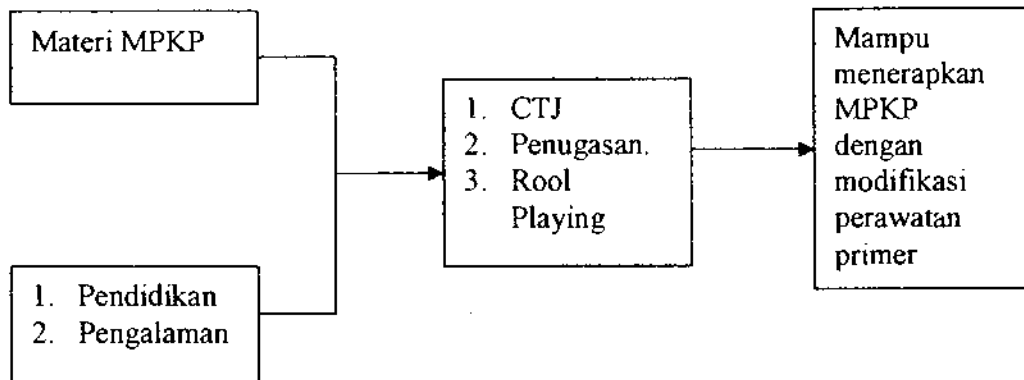
Peserta pelatihan berjumlah 21 orang.

V. Materi

1. Pengembangan MPKP sebagai suatu upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
2. Metode asuhan keperawatan
3. Dokumen asuhan keperawatan
4. Nilai-nilai profesional dalam pengembangan MPKP
5. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya
6. Perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan tingkat ketergantungan pasien.

VI. Metode dan Proses Pelatihan

Proses pelatihan dirancang sebagai suatu kesatuan yang utuh dengan menggunakan metode pembelajaran : Ceramah Tanya Jawab (CTJ), Penugasan dan Praktek Lapangan, terlihat pada gambar berikut :



VII. Nara Sumber / Peiatih/Pendamping

1. M.R. Emma Pesik Adam, Dra.,MARS.
2. Gusti Bagus Kertayasa, SK (Peneliti)
3. Masani, S.ST

VIII. Waktu dan Tempat

A. Waktu :

Pelatihan diselenggarakan dari tanggal 3 s/d 8 April 2006 selama 6 (enam) hari. Waktu pelatihan mulai pukul 08.00 – 18.00 Wita.

B. Tempat

Di Aula Trauma Center RSUD Mataram

Demikian kerangka acuan ini dibuat, untuk dapat dijadikan pedoman dalam penyelenggaraan pelatihan.

**JADWAL PELATIHAN MPKP DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER
DI RUMAH SAKIT UMUM MATARAM**

No.	Hari/Tanggal	J a m	Materi	Fasilitator /Nara Sumber	Metode	Pendamping
1	Senin, 3 April 2006	08.00 - 08.30	Pembukaan	Direktur RSUD Mataram		Diklat RSUD Mataram
		08.30 - 09.00	Istirahat			
		09.00 - 10.30	Pengembangan MPKP sebagai suatu upaya meningkatkan mutu askep.	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	CTJ	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		10.30 - 12.00	Metode asuhan keperawatan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	CTJ	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		12.00 - 13.30	Penugasan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Penugasan	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		13.00 - 14.00	Istirahat			
		14.00 - 17.00	Idem dengan jadwal pagi	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	idem	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
2	Selasa, 4 April 2006	08.00 - 09.30	Dokumentasi Asuhan Keperawatan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	CTJ	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		09.30 - 10.00	Istirahat			
		10.00 - 11.30	Perhitungan kebutuhan tenaga	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	CTJ	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		11.30 - 13.00	Penugasan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Penugasan	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		13.00 - 14.00	Istirahat			
		14.00 - 17.00	Idem dengan jadwal pagi	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	idem	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
3	Rabu, 5 April 2006	08.00 - 09.30	Nilai-nilai profesional dalam pengembangan MPKP	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	CTJ	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		09.30 - 10.00	Istirahat			
		10.00 - 11.30	Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	CTJ	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		11.30 - 13.00	Penugasan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Penugasan	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		13.00 - 14.00	Istirahat			
		14.00 - 17.00	Idem dengan jadwal pagi	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	idem	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
3	Kamis, 6 April 2006	08.00 - 09.30	Menyusun standar MPKP RRI Cempaka	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	CTJ	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		09.30 - 10.00	Istirahat			
		10.00 - 11.30	Lanjutan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	CTJ	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		11.30 - 13.00	Pembahasan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Diskusi	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.
		13.00 - 14.00	Istirahat			
		14.00 - 17.00	Idem dengan jadwal pagi	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	idem	M.R. Emma Pesik A, Dra.,MARS.

No.	Hari/Tanggal	J a m	Materi	Fasilitator /Nara Sumber	Metode	Pendamping
3	Jumat, 7 April 2006	08.00 - 09.30	Role playing MPKP	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Role Playing	Masani, SST
		09.30 - 10.00	Istirahat			
		10.00 - 11.30	Lanjutan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Role Playing	Masani, SST
		11.30 - 14.00	Istirahat			
6	Sabtu, 8 April 2006	08.00 - 09.30	Role playing MPKP	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Role Playing	Masani, SST
		09.30 - 10.00	Istirahat			
		10.00 - 11.30	Lanjutan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Role Playing	Masani, SST
		11.30 - 13.30	Pembahasan	Gusti Bagus Kertayasa, SKM	Diskusi	Masani, SST
		13.30 - 14.00	Penutupan	Direktur RSU Mataram		Diklat RSU Mataram

Lampiran II

MATERI PELATIHAN MPKP

1. Pengembangan MPKP sebagai suatu upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
2. Metode asuhan keperawatan
3. Dokumen asuhan keperawatan
4. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya
5. Nilai-nilai profesional dalam pengembangan MPKP
6. Perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan tingkat ketergantungan pasien.
7. Standar Rencana Keperawatan

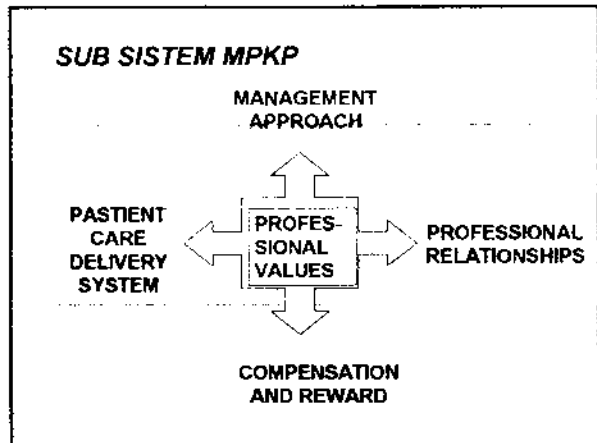
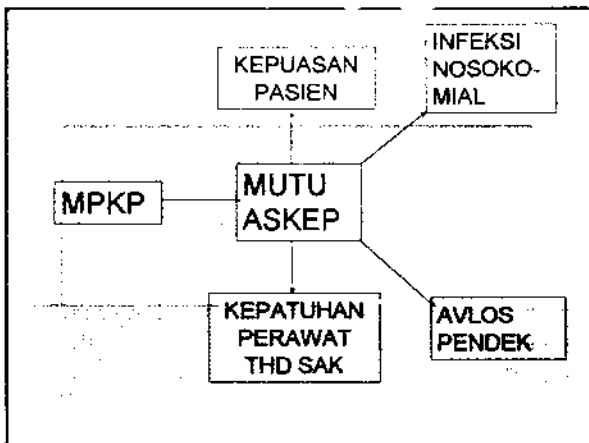
PENGEMBANGAN MPKP SEBAGAI SUATU UPAYA MENINGKATKAN MUTU ASUHAN KEPERAWATAN

OLEH :

GUSTI BAGUS KERTAYASA

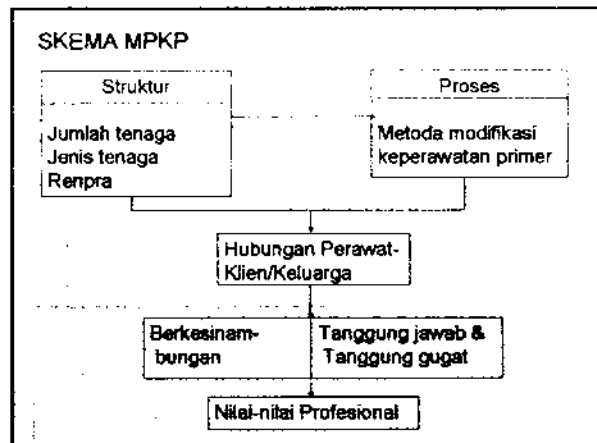
PENDAHULUAN

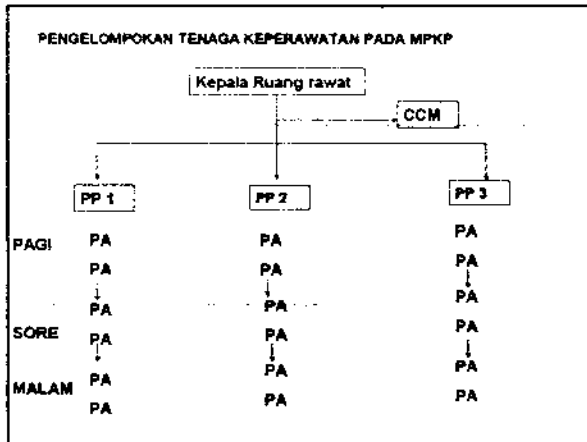
- Di Indonesia MPKP mulai dikembangkan oleh Sitorus (1996) di RSUPNCM dan sampai saat ini telah diimplementasikan di beberapa RS lainnya.
- MPKP yang dikembangkan adalah penataan struktur dan proses (sistem) pemberian askep pada tingkat ruang rawat.
- Pada MPKP ini ditetapkan jumlah dan jenis tenaga keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien, digunakan metode modifikasi keperawatan primer dan ditetapkan standar rencana keperawatan.



ALASAN PENETAPAN PENGGUNAAN METODE MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER

- Pemberian askep dilakukan secara berkesinambungan
- Terdapat satu orang perawat profesional yang disebut perawat primer (PP)
- Hubungan profesional dapat ditingkatkan dengan profesi lain.
- Tidak digunakan secara murni
- Terdapat kemampuan perawat yang berbeda
- Metode tim tidak digunakan secara murni





TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB PERAWAT PADA METODE MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER

1. Kepala ruang rawat
 MPKP Pemula : Perawat dg DIII.
 MPKP Tk I : Perawat dg SKp/Ners
 Tugas dan tanggung jawab :
 - * Mengatur jadwal dinas
 - * Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan
 - * Mengadakan diskusi dg staf untuk memecahkan masalah ruangan

lanjutan

- Membimbing siswa / mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan, dg mengikuti sistem MPKP yang sudah ada.
- Melakukan kegiatan adm. dan surat menyurat.
- Mengorientasi pegawai baru, residen, mahasiswa keperawatan.
- Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan klien, keluarga dan tim kes. lain.
- Mengecek kelengkapan persediaan status keperawatan minimal 5 (lima) set setiap hari.

lanjutan

- Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA
- Bila PP cuti, tugas dan tanggung jawab PP tersebut diambil alih oleh kepala ruangan, dan dapat didelegasikan kepada PA senior
- Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yg dibutuhkan di ruangan.
- Memonitor dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada di ruangan
- Melakukan pertemuan rutin dg semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan di ruangan.
- Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan.

Clinical Care Manager (CCM)

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula CCM adalah SKp/Ners dengan pengalaman dan MPKP tingkat I adalah seorang Ners Spesialis. Pada MPKP tingkat II jumlah Ners Spesialis lebih dari satu orang tetapi disesuaikan dengan kekhususan sesuai dengan kasus yang ada. CCM bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab CCM

- Melakukan bimbingan dan evaluasi tentang implementasi MPKP (ronde keperawatan).
 - Mempresentasikan isu-isu baru terkait dg askep.
 - Mengidentifikasi evidence yg memerlukan pembuktian.
 - Mengidentifikasi masalah penelitian, merancang usulan dan melakukan penelitian.
 - Menerapkan hasil penelitian dim berikan askep
 - Bekerja sama dengan kepala ruangan dalam hal : melakukan evaluasi tentang mutu asuhan keperawatan

lanjutan

- Mengevaluasi pendidikan kesehatan yang dilakukan PP dan memberikan masukan untuk perbaikan.
- Merancang pertemuan ilmiah untuk membahas hasil evaluasi/penelitian tentang asuhan keperawatan.

Perawat Primer (PP)

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, PP pemula adalah perawat dengan kemampuan D.III Keperawatan dengan pengalaman dan MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan SKp/Ners. PP dapat bertugas pagi, sore atau malam hari namun sebaiknya PP hanya bertugas pada pagi atau sore saja karena bila bertugas pada malam hari, PP akan libur beberapa hari sehingga sulit menilai perkembangan klien. Bila PP bertugas pada sore hari PP harus didampingi oleh minimal 1 orang PA dari timnya. Hal ini bertujuan agar pada sore hari PP mempunyai waktu untuk menilai perkembangan semua kliennya.

Tugas dan tanggung jawab

- Melakukan kontrak dengan klien dan keluarga pada awal masuk ruangan berdasarkan formal orientasi
- Melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP Menetapkan rencana askep berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian.
- Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan kepada PA dibawah tanggung jawabnya sesuai klien yang dirawat (*pre conference*).

lanjutan

- Menetapkan PA yg bertanggung jawab pada setiap klien pd setiap giliran jaga, sesuai kondisi yang ada.
- Melakukan bimbingan dan evaluasi (mengecek) pada PA dalam implementasi tindakan keperawatan
- Memonitor dokumentasi yg dilakukan PA.
- Membantu dan memfasilitasi terlaksananya keg. PA.
- Melakukan tindakan keperawatan yang bersifat terapi keperawatan dan tindakan keperawatan yang tidak dapat dilakukan oleh PA.

lanjutan

- Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium
- Melakukan kegiatan serah terima klien bersama dengan PA.
- Mendampingi dokter visite klien dibawah tanggung jawabnya.
- Melakukan evaluasi askep dan membuat catatan perkembangan klien setiap hari.
- Melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari

lanjutan

- Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga.
- Membuat perencanaan pulang
- Bekerja sama dengan clinical care manager (CCM).
- Mengidentifikasi isu yang memerlukan pembuktian sehingga tercipta evidence based practice (EBP).

Perawat Asosiet (PA)

Kemampuan PA pada MPKP pemula atau MPKP tingkat I, sebaiknya perawat dengan kemampuan DIII Keperawatan. Namun pada beberapa kondisi bila belum semua tenaga mendapat pendidikan tambahan pada beberapa MPKP yang dikembangkan, PA adalah perawat dengan pendidikan SPK tetapi sudah mempunyai pengalaman yang sudah cukup lama di rumah sakit tersebut.

Tugas dan tanggung jawab PA

- Membaca renpra yang telah ditetapkan PP.
- Membina hub. terapeutik dgn klien dan keluarga,
- Menerima klien baru (kontrak) dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi klien dan keluarga jika PP tidak ada ditempat.
- Melakukan tindakan keperawatan berdasarkan renpra.
- Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikannya pada format yang tersedia.
- Mengikuti visite dokter bila PP tidak ditempat

lanjutan

- Mengecek kerapihan dan kelengkapan status
- Membuat laporan pergantian dinas & diparaf.
- Mengkomunikasikan kepada PP dinas bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan.
- Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan dan tindakan.
- Berperan serta dalam pendidikan kesehatan
- Melakukan inventarisasi fasilitas terkait degan timnya.
- Membantu tim lain yang membutuhkan.
- Memberikan resep & menerima obat dr keluarga klien yg menjadi tanggung jawabnya dg berkoordinasi dengan PP.

Klasifikasi pasien berdasarkan derajat ketergantungan

Perawatan minimal

- Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri.
- Makan dan minum dilakukan sendiri.
- Ambulasi degan pengawasan.
- Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap tugas jaga (shif)
- Pengobatan minimal, status psikologis stabil.

lanjutan

Perawatan Parsial

- Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu.
- Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.
- Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali.
- Folley chateter, intake output dicatat.
- Klien dengan pasang infus, persiapan pengobatan memerlukan prosedur.

lanjutan

Perawatan Total

- Semua kebutuhan dibantu.
- Posisi yang diatur, observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam.
- Makan melalui NGT, terapi intra vena.
- Pemakaian suction.
- Gelisah disorientasi

METODA ASUHAN KEPERAWATAN

OLEH :
GUSTI BAGUS KERTAYASA

Beberapa metode asuhan keperawatan (Gillies, 1989) :

1. Metoda Fungsional

- Penekanan pada penyelesaian tugas dan prosedur.
- Prioritas utama pada kebutuhan fisik tidak holistik
- Mutu terabaikan, asuhan terfragmentasi, tidak komprehensif.
- Komunikasi antar perawat terbatas.
- Klien kurang puas & hub. saling percaya kurang
- Laporan klien dibuat oleh kepala ruangan.

2. Metoda Kasus

- Seorang perawat memberikan askep secara total pada kliendalam satu periode dinas.
- Layanan keperawatan sesuai kemampuannya.

3. METODA TIM

- Askep pd sekelompok klien oleh seorang perawat prof
- Upaya kooperatif dan kolaboratif sangat diutamakan
- Ketua tim seorang perawat profesional yang mampu membantu memahami tugas mereka
- Ketua tim memutuskan prioritas perencanaan, supervisi dan askep
- Komunikasi efektif penting agar kontinuitas askep terjamin.
- Anggota tim harus menghargai ketua tim
- Peran kepala ruangan sangat penting.
- Kelemahan : kesinambungan askep belum optimal

4. Metoda Keperawatan Primer

- Perawat penanggung jawab askep disebut Perawat Primer (PP)
- Terdapat kontinuitas keperawatan komprehensif serta dapat dipertanggung-jawabkan.
- PP bertanggung jawab 24 jam
- PP berwenang melakukan rujukan pada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik dan mengadakan kunjungan rumah.

Lanjutan

- Disisi lain PP dituntut berkemampuan asertif, self direction, mampu mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akontabel serta mampu berkolaborasi dengan baik.
- Klien dan keluarga, staf medis, staf keperawatan mengetahui PP sebagai penanggung jawab.
- Rencana pulang klien dapat diberikan lebih awal.
- Rencana askep dan asuhan medis dapat berjalan paralel.

5. Manajemen Kasus

- Sistem askep secara multidisiplin untuk memanfaatkan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber yang ada.
- Bertujuan mengoptimalkan layanan yang dibutuhkan.
- Ada 5 elemen utama :
 - Pendekatan berfokus pada klien.
 - Koordinasi asuhan antar institusi.
 - Berorientasi pada hasil
 - Efisiensi sumber daya
 - Kolaborasi

Lanjutan

- Dapat ditemukan pada rencana asuhan Critical Pathway, suatu rencana tertulis tentang insiden utama, kritis dan yg dapat diprediksi dalam upaya mencapai hasil. Critical Pathway, hari rawat ditentukan, lebih pada faktor ekonomi bukan pada individu klien.
- Menurut beberapa sumber, pada metoda ini, berbagai metoda dapat digunakan dg catatan seorang perawat tetap bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan kegiatan asuhan pada seorang klien.

6. Modifikasi keperawatan primer

- Pada MPKP yang digunakan adalah modifikasi keperawatan primer yaitu kombinasi metode tim dan keperawatan primer. Beberapa alasan :
 - PP pada metode keperawatan primer harus S.1 keperawatan.
 - Kebutuhan S.1 keperawatan banyak.
 - Metode tim kesinambungan askep tidak optimal.
 - Dengan mengkombinasi kedua metode ini, diperoleh kontinuitas & akuntabilitas askep
 - Masih ada perawat lulusan SPK yang perlu mendapat bimbingan ketua tim.

Terima Kasih

DOKUMENTASI KEPERAWATAN DALAM PENERAPAN MPKP

OLEH :

GUSTI BAGUS KERTAYASA

PENDAHULUAN

- Dokumentasi keperawatan adalah sistem pencatatan dan pelaporan ttg kesehatan klien dan semua yang dilakukan perawat (Potter & Perry, 1984) dan bertujuan :
 - Memudahkan pekerjaan perawat.
 - Mengetahui kondisi klien.
 - Sebagai alat ukur untuk evaluasi.
 - Mengumpulkan & mendesiminasi info.
 - Menyimpan fakta penting secara terus menerus (F.T.Fischbach, 1991)

Lanjutan

- Pada MPKP dokumentasi keperawatan dibuat lebih spesifik untuk memungkinkan pemantauan tindakan keperawatan yang komprehensif, catatan perkembangan dilakukan tiap hari oleh PP yang bertujuan menilai perkembangan klien.

PENTINGNYA DOKUMENTASI KEPERAWATAN

- Aspek legal
 - Dokumentasi resmi dan bernilai hukum
 - Sebagai barang bukti di pengadilan
- Sebagai jaminan mutu
 - Pengorganisasian data klien lengkap dan akurat.
 - Sejauh mana masalah teratasi
 - Seberapa jauh masalah baru tertacak
 - Dimonitor melalui sistem pencatatan yang akurat.

Lanjutan

- Aspek komunikasi
 - Alat perekam kejadian
 - "Misi Pesan " bagi tim yang terlibat
- Aspek finansial
 - Dapat bernilai keuangan.
 - Bahan untuk menetapkan pembayaran jasa pelayanan.

Lanjutan

- Aspek pendidikan
 - Nilai pendidikan.
 - Bahan pengajaran bagi perawat profesional
- Aspek penelitian
 - Obyek penelitian dan pengembangan
- Aspek akreditasi
 - Nilai akreditasi
 - Cermin keberhasilan
 - Pembinaan dan pengembangan selanjutnya

Format pengkajian keperawatan

- Format pengkajian diisi lengkap dalam 1 x 24 jam sejak klien masuk.
- Format pengkajian diisi oleh PP dengan isi dengan tanda rumput (√) pada kotak yang dimaksud.
- Selanjutnya isi titik-titik (.) yang kosong dengan penjelasan sesuai yang didapatkan dari klien atau keluarga.
- Format ini hanya ditandatangani oleh PP.

Format rencana keperawatan (renpra)

- Pada saat menerima klien baru PP harus segera menyiapkan renpra berdasarkan diagnosa medis saat klien masuk.
- Standar renpra berdasarkan diagnosa medis, dianalisis dan ditetapkan oleh PP sesuai hasil pengkajian. Sertakan tanggal terjadinya pada kolom tanggal.
- Bila diagnosa medis belum jelas/belum terdiagnosa, gunakan standar renpra berdasarkan sistem terkait yang mengalami gangguan atau umum dan sesuai dg keluhan utama pasien.
- Bila PP tidak ada, PA menerapkan minimal 1 diagnosa keperawatan utama berdasarkan hasil pengkajian.

lanjutan

- Diagnosa keperawatan yang ada pada klien minimal dua diagnosa dalam 1 x 24 jam pertama, selanjutnya ditambah sesuai dengan perkembangan klien dan apabila klien sudah dirawat 1 minggu jumlah diagnosa keperawatan minimal 4 diagnosa yang ditetapkan
- PP memberi tanda rumput (√) garis bawah pada etiologi yang sesuai dengan klien untuk melengkapi data subyektif dan obyektif
- Bila diagnosa keperawatan teratasi tulis tanggal teratasi pada kolom keterangan.
- Evaluasi terhadap renpra dilakukan setiap hari oleh PP & ini harus terlihat pd catatan perkembangan.

Format implementasi tindakan keperawatan

- Format implementasi ini diisi setelah melaksanakan tindakan baik yang melakukan tindakan tersebut adalah PP atau PA.
- Kolom observasi diisi berdasarkan jam dan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh PA.
- Kolom pemasukan dan pengeluaran ditulis jenis dan jumlah cairan yang masuk dan keluar.
- Menuliskan jenis cairan parenteral dan sisa cairan setiap pergantian dinas.

lanjutan

- Kolom tindakan keperawatan (selain observasi) diisi dengan paraf perawat yang melaksanakan tindakan tersebut, bila tidak dilakukan jangan di paraf.
- Tindakan keperawatan selain observasi minimal dilakukan 2 kali setiap dinas atau sesuai indikasi.
- Untuk tindakan-tindakan tidak rutin diisi pada kolom jenis tindakan yang tersedia, misalnya : pasang/ganti NGT, pasang/ganti botol WSD, klisma dan lain-lain.
- Kolom hal-hal istimewa diisi dengan kejadian tidak rutin misalnya pemberian obat khusus, hasil laboratorium

Catatan perkembangan (Progress Notes)

- Diisi oleh PP pada setiap akhir tugas
- Dibuat untuk setiap diagnosa dan diisi dengan metode SOAP/SOAPIE
- Tuliskan tanggal evaluasi dan sertakan paraf dan nama jelas PP.
- Bila masalah sudah teratasi tulis tanggal teratasi pada standar renpra kolom keterangan.

Kardex (daftar obat, tekanan darah, nadi, suhu dan pemeriksaan laboratorium)

- Kardex ini untuk setiap rumah sakit sangat bervariasi sesuai dengan kebutuhan masing-masing rumah sakit
- Identitas klien diisi oleh perawat.
- Grafik tekanan darah, suhu, nadi diisi sesuai hasil observasi klien, garis dibuat setelah selesai mengukur
- Kolom laboratorium diisi sesuai dengan jenis pemeriksaan laboratorium pada hari tersebut.
- Pada kolom obat, untuk jenis obat baru diisi oleh dokter dan untuk selanjutnya dapat diisi oleh perawat.

lanjutan

- Untuk obat oral dituliskan mulai dari baris atas dan untuk obat injeksi dimulai dari baris bawah
- Bukti telah memberikan obat dilakukan dengan menuliskan jam pemberian dan paraf pada kolom yang tersedia
- Jika obat tidak diberikan cukup memberikan tanda titik (.) pada kolom yang tersedia, kemudian keterangan tentang obat yang tidak diberikan dituliskan pada format tindakan keperawatan pada kolom hal istimewa

Format daftar infus

- Di isi sesuai dengan ketentuan rumah sakit.
- Diisi oleh dokter dan harus dilengkapi dengan tanggal dan jam saat penulisan pesanan.
- Nama dan jenis cairan infus yang diberikan diisi oleh perawat yang memasang atau mengganti cairan infus harus paraf.

Resume pasien

- Identitas klien (lengkap)
- Masalah perawatan
- Tindakan perawatan
- Evaluasi perawatan
- Nasehat waktu klien pulang

Format laporan pergantian dinas

- Diisi oleh PA diakhir tugas jaga dan diperiksa kembali oleh PP.
- Pada kolom pergantian dinas diisi :
 - Keadaan umum klien
 - Hal-hal penting yang telah dilakukan pagi hari dan memerlukan pemantauan atau perhatian pada sore hari.
 - Pesan untuk dinas berikutnya misalnya : hasil trombosit terakhir belum ada Laporan pergantian dinas ditanda tangani oleh PA.



KERJASAMA PROFESIONAL ANTARA PP, PA SERTA NAKES LAINNYA

OLEH

GUSTI BAGUS KERTAYASA

PENDAHULUAN

PP bertanggung jawab dan bertanggung gugat thd aspek mulai pasien masuk sampai pulang, dlm kurun waktu tertentu akan bekerjasama sebagai suatu tim yang relatif tetap.

Tim berjalan efektif jika di dalam tim itu sendiri terjalin kerjasama yang profesional antara PP dan PA

Mampu membangun kerjasama profesional dengan tim kes. lainnya

PERAN MANAGERIAL & LEADERSHIP PP

- PP sebagai ketua tim → membuat renpra
- Mengkoordinir semua staf (PA)
- Mendelegasikan sebagian tindakan keperawatan yang telah direncanakan.
- Mengevaluasi aspek.

Lanjutan

- PP mampu mengarahkan, mengkoordinasikan dalam memberikan aspek
- Memimbing PA agar mampu memberikan aspek sesuai dengan standar yang ada.

KOMUNIKASI TIM

- Komunikasi tim melalui renpra
 - Renpra sebagai pedoman dlm memberikan aspek.
 - Landasan profesional
 - Media komunikasi

- Komunikasi tim melalui konfrens

- Konfrens pertemuan yg direncanakan PP dan PA untuk membahas kondisi pasien dan rencana asuhan yang akan dilakukan setiap hari
- Konfrens biasanya merupakan lanjutan dari kegiatan serah terima shift (operan pergantian dinas)
- Konfrens lebih bersifat 2 arah (antara PP dan PA)

**NILAI-NILAI PROFESIONAL
SEBAGAI DASAR PADA PRAKTEK
KEPERAWATAN**

OLEH :

GUSTI BAGUS KERTAYASA

PENDAHULUAN

- Secara keseluruhan pemberian asuhan keperawatan dituntut untuk menyediakan pelayanan yang didasarkan atas kedah-kaedah profesi
- Salah satu karakteristik utama praktik profesional adalah praktik yang didasarkan pada nilai-nilai profesional

**PROSES PROFESIONAL KEPERAWATAN DI
INDONESIA**

- Pandangan & keyakinan sbg profesi.
- Berdasarkan kaedah profesi :
 - Teknologi kes.berkembang pesat
 - Tuntutan profesi
 - Layanan yang bermutu
 - Perlindungan hak klien
 - Moral perawat dan perawatan
- Bergesernya asuhan keperawatan
Prosedur medis → metode ilmiah yg kokoh & bersifat mandiri.
- Kepercayaan masyarakat
 - Layanan bermutu, profesional
 - Mampu melindungi haknya

PRINSIP MORAL PRAKTEK KEPERAWATAN

- Autonomy
 - Hargai harkat dan martabat manusia
 - Hargai keputusan klien.
 - Libatkan klien dalam askep
 - Pentingnya informasi relevan yang harus diketahui klien untuk memilih.
- Beneficence
 - Tidak merugikan
 - Tidak membahayakan
 - Tanggung jawab moral (sterilitas)
- Justice
 - Adil pada tiap individu.
 - Kesempatan yang sama

Lanjutan

- Fidelity (kesetiaan)
 - Setia pada komitmen
 - Tepat janji
 - Menyimpan rahasia
 - Care, perhatian, beri harapan, kebebasan, buat klien sejahtera
- Veracity (kejujuran)
 - Katakan yang sebenarnya.
 - Kebenaran dasar untuk membangun hubungan dengan klien.
 - Hargai otonomi klien
 - Hubungan saling percaya (trust)

Lanjutan

- Avoiding Killing
 - Hargai kehidupan klien
 - Konsekuen untuk melindungi dan pertahankan kehidupannya.

**NILAI PROFESIONAL PRAKTIK
KEPERAWATAN (Kozier,1977)**

- Komitmen tinggi untuk melayani -> landasan pelayanan adalah *Sense Of Caring*.
- Penghargaan atas harkat dan martabat klien sebagai manusia.
- Komitmen, pendidikan berkelanjutan
- Otonomi, lebih asertif

**KONSEP DASAR HUBUNGAN PERAWAT -
KLIEN DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN
PROFESIONAL**

- Hubungan saling percaya
 - Hub. Ibu – anak refleksi ke hub. Perawat – klien
 - Kasih sayang
 - Perhatian yang tepat
 - Bantuan
 - saling percaya, terbuka
 - Iklas
 - komunikasi yang kompeten

Lanjutan

- Empati (aspek penting)
 - Identification : memahami situasi dan perasaan klien.
 - Incorporation : situasi dan perasaan klien seolah-olah menjadi situasi perawat.
 - Revergeration : perasaat tersebut berinteraksi dg perasaan perawat.
 - Detachment : akhirnya perawat kembali pada perasaan semula.

Lanjutan

- *Caring*
 - Perhatian, tanggung jawab dan ikhlas (tidak dapat dipisahkan)
 - Menyatu dalam hubungan membantu.
 - Menjadi pendengar yang baik
 - Menghasilkan rasa aman dan nyaman.
 - Kepercayaan klien meningkat

Lanjutan

- *Otonomi*
 - Perlu lebih asertif
 - Berfungsi secara independen

TERIMA KASIH

PERHITUNGAN KEBUTUHAN TENAGA BERDASARKAN TINGKAT KETERGANTUNGAN PASIEN

Tabel : Skor Klasifikasi Klien berdasarkan Tingkat Ketergantungan Klien menurut Douglas

Jumlah klien	Klasifikasi Klien								
	Minimal			Parsial			Total		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,60
dst									

Sebagai contoh, suatu ruang rawat dengan 22 pasien (3 klien dengan klasifikasi minimal, 14 klien dengan klasifikasi parsial dan 5 klien dengan klasifikasi total) maka jumlah perawat yang dibutuhkan untuk jaga pagi adalah :

$$\begin{array}{rcl}
 3 \times 0,17 & = & 0,51 \\
 14 \times 0,27 & = & 3,78 \\
 5 \times 0,36 & = & 1,90 \\
 \hline
 \text{Jumlah} & = & 6,09 \rightarrow 6 \text{ orang}
 \end{array}$$

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Perawat Primer Pemula :

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan Keperawatan	Ket.
	<p>Gangguan keseimbangan cairan : berlebihan b.d :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan filtrasi glomerular. - Penurunan curah jantung - Peingkatan produksi ADH - Retensi cairan/garam <p>Data penunjang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balance Cairan Intake ml Output ... ml Total ml - Urine pekat. - BBkg - Edema - Sesak - Distensi Abdomen 	<p>Cairan tubuh seimbang</p> <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebutuhan cairan seimbang - Urin jernih - BB sesuai dengan TB - Tdk edema - Tdk sesak 	<p>Mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor urine output, catat keseimbangan setiap hari. - Monitor karakteristik, warna dan konsentrasi urin. - Timbang BB dan ukur lingkar perut. - Pertahankan posisi berbaring selama fase akut. - Monitor adanya distensi vena jugularis dan perifer. - Catat adanya edema. - Auskultasi bunyi nafas. - Monitor BP, CVP (bila dipasang) - Auskultasi bising usus - Berikan makan porsi kecil tapi sering dan mudah dicerna. - Palpasi adanya hepatomegali. - Monitor nyeri pada perut kanan atas. - Catat adanya alergi, hipotensi dan kram otot. - Jelaskan klien untuk membatasi intake cairan. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan terapi sesuai dengan program : diuretic, aldacton, konsul dokter. - Konsultasi dengan ahli gizi diit RG DJ - Monitor hasil Ro Thorax., Lab : elektrolit, ureum, creatinin, urine lengkap, DPL 	

Lampiran 12 **DAFTAR ABSENSI PESERTA PELATIHAN MPKP
DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER RSU MATARAM
(PERAWAT RUANG RAWAT INAP CEMPAKA)**

HARI/TANGGAL : Senin, 3 April 2006

No.	Nama	Jabatan Tim	Tanda Tangan
1	Victoria Maria R, AMK	Kepala Ruang Rawat Inap	
2	Reny Yuli Aspiani, S.Kep. Ners	Perawat Primer (PP)	
3	Hartini Mansyur, S.Kep.Ners	Perawat Primer (PP)	
4	Bq. Maeniah	Perawat Asosiet (PA)	
5	Niken Tri Utami, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
6	Syamsiah, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
7	Made Suardana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
8	Nurlaila, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
9	Rolly Arman, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
10	Ni Yu Mulyana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
11	Eka Hartini, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
12	Putu Ayu Komala Dewi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
13	St. Fatihaturrohmi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
14	I Nengah Karejaya, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
15	M. Faizul Bayani, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
16	Emma Yuliana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
17	Indrawati Syarlin, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
18	Gusti Ayu Candrawati	Perawat Asosiet (PA)	
19	Erwin Sukmana	Perawat Asosiet (PA)	
20	Anita	Perawat Asosiet (PA)	
21	Sahabudin	Perawat Asosiet (PA)	

**DAFTAR ABSENSI PESERTA PELATIHAN MPKP
DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER RSU MATARAM
(PERAWAT RUANG RAWAT INAP CEMPAKA)**

HARI/TANGGAL : Selasa, 4 April 2006

No.	N a m a	Jabatan Tim	Tanda Tangan
1	Victoria Maria R, AMK	Kepala Ruang Rawat Inap	
2	Reny Yuli Aspianti, S.Kep. Ners	Perawat Primer (PP)	
3	Hartini Mansyur, S.Kep.Ners	Perawat Primer (PP)	
4	Bq. Maeniah	Perawat Asosiet (PA)	
5	Niken Tri Utami, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
6	Syamsiah, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
7	Made Suardana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
8	Nurlaila, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
9	Rolly Arman, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
10	Ni Yu Mulyana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
11	Eka Hartini, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
12	Putu Ayu Komala Dewi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
13	St. Fatihaturrohmi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
14	I Nengah Karejaya, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
15	M. Faizul Bayani, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
16	Ema Yuliana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
17	Indrawati Syarlin, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
18	Gusti Ayu Candrawati	Perawat Asosiet (PA)	
19	Erwin Sukmana	Perawat Asosiet (PA)	
20	Anita	Perawat Asosiet (PA)	
21	Sahabudin	Perawat Asosiet (PA)	

**DAFTAR ABSENSI PESERTA PELATIHAN MPKP
DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER RSU MATARAM
(PERAWAT RUANG RAWAT INAP CEMPAKA)**

HARI/TANGGAL : Rabu, 5 April 2006

No.	N a m a	Jabatan Tim	Tanda Tangan
1	Victoria Maria R, AMK	Kepala Ruang Rawat Inap	
2	Reny Yuli Aspriani, S Kep. Ners	Perawat Primer (PP)	
3	Hartini Mansyur, S.Kep.Ners	Perawat Primer (PP)	
4	Bq. Maeniah	Perawat Asosiet (PA)	
5	Niken Tri Utami, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
6	Syamsiah, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
7	Made Suardana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
8	Nurlaila, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
9	Rolly Arman, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
10	Ni Yu Mulyana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
11	Eka Hartini, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
12	Putu Ayu Komala Dewi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
13	St. Fathaturrohmi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
14	I Nengah Karejaya, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
15	M. Faizul Bayani, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
16	Ema Yuliana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
17	Indrawati Syarlin, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
18	Gusti Ayu Candrawati	Perawat Asosiet (PA)	
19	Erwin Sukmana	Perawat Asosiet (PA)	
20	Anita	Perawat Asosiet (PA)	
21	Sahabudin	Perawat Asosiet (PA)	

**DAFTAR ABSENSI PESERTA PELATIHAN MPKP
DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER RSU MATARAM
(PERAWAT RUANG RAWAT INAP CEMPAKA)**

HARI/TANGGAL : Kamis, 6 April 2006

No.	N a m a	Jabatan Tim	Tanda Tangan
1	Victoria Maria R, AMK	Kepala Ruang Rawat Inap	
2	Reny Yuli Aspiani, S.Kep. Ners	Perawat Primer (PP)	
3	Hartini Mansyur, S.Kep. Ners	Perawat Primer (PP)	
4	Bq. Maeniah	Perawat Asosiet (PA)	
5	Niken Tri Utami, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
6	Syamsiah, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
7	Made Suardana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
8	Nurlaila, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
9	Rolly Arman, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
10	Ni Yu Mulyana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
11	Eka Hartini, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
12	Putu Ayu Komala Dewi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
13	St. Fatihaturrohmi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
14	i Nengah Karejaya, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
15	M. Faizul Bayani, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
16	Ema Yuliana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
17	Indrawati Syarlin, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
18	Gusti Ayu Candrawati	Perawat Asosiet (PA)	
19	Erwin Sukmana	Perawat Asosiet (PA)	
20	Anita	Perawat Asosiet (PA)	
21	Sahabudin	Perawat Asosiet (PA)	

**DAFTAR ABSENSI PESERTA PELATIHAN MPKP
DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER RSU MATARAM
(PERAWAT RUANG RAWAT INAP CEMPAKA)**

HARI/TANGGAL : Jumat, 7 April 2006

No.	N a m a	Jabatan Tim	Tanda Tangan
1	Victoria Maria R, AMK	Kepala Ruang Rawat Inap	
2	Reny Yuli Aspiani, S Kep Ners	Perawat Primer (PP)	
3	Hartini Mansyur, S.Kep.Ners	Perawat Primer (PP)	
4	Bq. Maeniah	Perawat Asosiet (PA)	
5	Niken Tri Utami, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
6	Syamsiah, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
7	Made Suardana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
8	Nurlaila, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
9	Roliy Arman, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
10	Ni Yu Mulyana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
11	Eka Hartini, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
12	Putu Ayu Komala Dewi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
13	St. Fatihaturrohmi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
14	I Nengah Karejaya, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
15	M Faizul Bayani, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
16	Ema Yuliana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
17	Indrawati Syarlin, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
18	Gusti Ayu Candrawati	Perawat Asosiet (PA)	
19	Erwin Sukmana	Perawat Asosiet (PA)	
20	Anita	Perawat Asosiet (PA)	
21	Sahabudin	Perawat Asosiet (PA)	

**DAFTAR ABSENSI PESERTA PELATIHAN MPKP
DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER RSU MATARAM
(PERAWAT RUANG RAWAT INAP CEMPAKA)**

HARI/TANGGAL : Sabtu, 8 April 2006

No.	N a m a	Jabatan Tim	Tanda Tangan
1	Victoria Maria R, AMK	Kepala Ruang Rawat Inap	
2	Reny Yuli Aspiani, S.Kep. Ners	Perawat Primer (PP)	
3	Hartini Mansyur, S.Kep.Ners	Perawat Primer (PP)	
4	Bq. Maeniah	Perawat Asosiet (PA)	
5	Niken Tri Utami, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
6	Syamsiah, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
7	Made Suardana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
8	Nurlaila, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
9	Rolly Arman, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
10	Ni Yu Mulyana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
11	Eka Hartini, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
12	Putu Ayu Komala Dewi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
13	St. Fatihaturrohmi, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
14	I Nengah Karejaya, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
15	M. Faizul Bayani, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
16	Ema Yuliana, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
17	Indrawati Syarlin, AMK	Perawat Asosiet (PA)	
18	Gusti Ayu Candrawati	Perawat Asosiet (PA)	
19	Erwin Sukmana	Perawat Asosiet (PA)	
20	Anita	Perawat Asosiet (PA)	
21	Sahabudin	Perawat Asosiet (PA)	

Lampiran 13

**DOKUMEN ASUHAN KEPERAWATAN
RSU MATARAM**

1. Pengkajian Keperawatan Umum
2. Asuhan Keperawatan
3. Catatan Perkembangan
4. Grafik
5. Daftar Pemberian Obat
6. Lembar Catatan Pemberian Cairan Infus
7. Resume Keperawatan



RUMAH SAKIT UMUM MATARAM

216

Jalan Pejanggik No. 6 Telp. (0370) 623876 Mataram

PENGAJIAN KEPERAWATAN UMUM

Nama Pasien :									
Umur :			L / P	No. Register :					
Dokter :	Rng/Kls :		SMI :	No. MR :					

1. Pengkajian diambil dari : Pasien sendiri.
 Orang tua
 Keluarga lain.

N a m a
 Hubungan dengan pasien

2. Keluhan utama/Alasan MRS :
 3. Riwayat Penyakit Keluarga :
 4. Alergi : Makanan jenis : Reaksi :
 Obat-obatan jenis : Reaksi :

5. Data Biologis

A. Nutrisi :

BB : Kg TB : Cm
 Pola Makan : Frekwensi : X / hr
 Pola Minum : Jumlah : cc/hari
 Nafsu Makan : Ada Tidak Ada Kurang Berlebihan
 Keluhan : Mual Muntah Sukar menelan

B. Eliminasi :

B.a.k. : Frekwensi : X/hari Warna : Jumlah : cc
 Lancar Menetes Retensi Inkontinensi
 B.a.b : Frekwensi : X/hari Konsistensi :
 Warna :
 Bau : Melewa Bau Obolera Bau Proses Normal

6. Pola Istirahat (Tidur)

Lama Tidur : Cukup Kurang

7. Pola Merawat Diri : Ketergantungan Mandiri

8. Data Psikososial

Komunikasi : Verbal Nonverbal
 Ekspresi : Gembira Sedih Takut Gelisah Marah

9. Data Spiritual

Melaksanakan Ibadah : Selalu Kadang-kadang Tidak Pernah
 Persepsi terhadap sehat / sakit : Menerima Menolak Putus Asa/pasrah

10. Pemeriksaan Fisik

A. Tanda Vital

Suhu : °C
 Pernapasan : X/menit
 Nadi : X/menit
 TD : mmHg

B. Sistem Persarafan

G C S :

C. Sistem Sensorik

a. Penglihatan :

- Normal
 Berkunang - kunang
 Kabur
 Buta

b. Pendengaran

- Normal
 Berdengung
 Berkurang
 Tuli

Sclera : Normal Kuning Merah Keluhan Lain :
 Cornea : Normal Keruh Bintik - bintik
 Conjunctiva : Normal Anemis
 Alat Bantu : Kaca mata Kotak lensa Tidak ada

D. Sistem Pernapasan.

Normal Batuk Nyeri Napas berbunyi Napas cuping hidung

E. Sesak napas pada saat : Istirahat Aktivitas

Normal Nyeri dada Berdebar Cyanosis Pusing Oedema

F. Leher

Normal Ada Benjolan Pembesaran Vena Yugularis

G. Abdomen

Normal Nyeri tekan Tegang Kembang

Membesar

H. Sistem Muskuloskeletal

Keluhan :

I. Kulit Dan Selaput Lendir

Normal : Kemerahan Pucat Cyanosis Kering Lembab

Trugor Kulit : Baik Sedang Jelek

Dekubitus : Ya Tidak

J. Selaput Lendir : Mulut kering Bibir pucat Normal

Catatan lain - lain :



ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien :		Th.		Bln.	
Umur :	L / P	No. Register :		[][] [][] [][][][]	
Dokter :	Rng/Kls :	SMF :	No. MR. :		[][] [][] [][]

Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan (Masalah Keperawatan)	Rencana Tindakan	Tindakan	Nama Perawat/ TTD



RUMAH SAKIT UMUM MATARAM

Jalan Pejanggalik No. 6 Telp. (0370) 623876 Mataram

Nama Pasien :		L / P		Th.		Bln.	
Umur				No. Register :		[][] [][] [][][][]	
Dokter :		Rng/Kls :		SMF :		No. MR. : [][] [][] [][]	
Tanggal/ Jam	CATATAN PERKEMBANGAN					Nama Perawat/ TTD	



RUMAH SAKIT UMUM MATARAM

Jalan Pejanggalik No. 6 Telp. (0370) 623876 Mataram

GRAFIK

Nama Pasien :		L / P		Th.		Bln.	
Umur :				No. Register			
Dokter :		Rng/Kls :		SMF :		No. MR.	

TANGGAL		6 12 18			6 12 18			6 12 18			6 12 18			6 12 18			6 12 18		
N	S																		
180	42																		
160	41																		
140	40																		
120	39																		
100	38																		
80	37																		
60	36																		
40	35																		
Pernafasan		/			/			/			/			/			/		
Tekanan darah		/			/			/			/			/			/		
BB. & T.B																			
Per Oral																			
Perenteral																			
Kemih																			
Muntah																			
NGT																			
Defeksi																			
Berkemih																			
C A T A T A N																			



DAFTAR PEMBERIAN OBAT

Nama Pasien :	L / P			No. Register :	Th.	Bln.			
Umur :									
Ruang :	Kls :	SMF :		No. MR. :					

Nama Obat-Dosis	Tgl.																			
	Pagi Jam	S Jam	Sr Jam	M Jam	Pagi Jam	S Jam	Sr Jam	M Jam	Pagi Jam	S Jam	Sr Jam	M Jam	Pagi Jam	S Jam	Sr Jam	M Jam	Pagi Jam	S Jam	Sr Jam	M Jam

DAFTAR INJEKSI

DAFTAR BAHAN - BAHAN ALAT KESEHATAN



RUMAH SAKIT UMUM MATARAM

Jalan Pejangik No. 6 Telp. (0370) 623876 Mataram

LEMBAR CATATAN PEMBERIAN CAIRAN INFUS

Nama Pasien :					Th.	Bln.					
Umur :	L / P			No. Register	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dokter :	Rng/Kis :	SMF :		No RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T G L	NAMA CAIRAN INFUS	BOTOL KE	CAI RAN KE	OBAT TAMBAHAN		TETE- SAN/ MENIT	DIPA- SANG JAM	SELE- SAI JAM	KETERANGAN	TANDA TANGAN
				NAMA OBAT	JML					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Catatan :



RUMAH SAKIT UMUM MATARAM

Jalan Pejangik No. 6 Telp. (0370) 623876 Mataram

223

RESUME KEPERAWATAN

Nama Pasien : Umur : L / P	Th. Bln. No. Register : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. MR. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dokter : Rng/Kls : SMF :	No. MR. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

I. Tgl. Masuk RS : Tgl. Keluar RS :

Diagnosa Medis : Dokter yang merawat :

..... Dokter konsulent :

Riwayat masuk :

Data Obyektif: TD :mmHg. Suhu :oC Nadi :X/mnt. Pernapasan :X/mnt
 BB : Kg. TB : Cm.

II. Masa Perawatan :

1. Masalah keperawatan selama pasien dirawat :

2. Tindakan yang diberikan selama pasien dirawat :
 a. Tindakan keperawatan :

b. Tindakan medis :

Nasihat pada waktu pulang :

Data Obyektif: TD :mmHg. Suhu :oC Nadi :X/mnt. Pernapasan :X/mnt
 BB : Kg. TB : Cm.

III. Pasien pulang :

1. Masalah keperawatan yang perlu dilanjutkan di rumah :

2. Kontrol hari/tgl./jam :

3. Tempat :

4. Terapi/obat yang dibawa pulang (jumlah & dosis) :

Yang disertakan waktu pulang :

- Hasil pemeriksaan : Ro" USG ECG Echo CT Scaning PA (foto copy) Lab.
- Surat keterangan : Sakit/opname Surat istirahat Surat kontrol

Kedaaan pasien keluar / pulang :

Sembuh Dirujuk Meninggal
 Pindah Kabur Paksa
 Belum sembuh (dengan ijin dokter)

Mataram,
 Kepala Ruang/Tim/Petugas Jaga,

 Nama Terang

Lampiran 14

**KESEPAKATAN PERAWAT TENTANG STANDAR
MPKP TINGKAT I DENGAN MODIFIKSI KEPERAWATAN PRIMER
DI RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM**

1. Struktur Ketenagaan MPKP

Terdiri dari Kepala Ruangan dengan kualifikasi pendidikan D.III berpengalaman, Perawat Primer dengan pendidikan S1 Keperawatan berjumlah: 2 orang dan Perawat Asosiet adalah 8 orang setiap 1 orang PP dengan tingkat pendidikan D.III dan SPK. Untuk jenis tenaga CCM ditiadakan sehubungan dengan keterbatasan tenaga S.1 Keperawatan. Masing perawat primer bertanggung jawab pada ruang kelas I dengan jumlah tempat tidur : 10 buah dan kelas II sebanyak 12 buah.

2. Tugas dan Tanggung Jawab

a. Kepala ruang rawat.

Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat adalah :

- 1) Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadwal dinas).
- 2) Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan.
- 3) Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan.
- 4) Membimbing siswa / mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan, dengan mengikuti sistem MPKP yang sudah ada.
- 5) Melakukan kegiatan administrasi dan surat menyurat.

- 6) Mengorientasi pegawai baru, residen, mahasiswa kedokteran, dan mahasiswa keperawatan yang akan melakukan praktek di ruangan.
 - 7) Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain.
 - 8) Mengecek kelengkapan persediaan status keperawatan minimal 5 (lima) set setiap hari.
 - 9) Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal penerapan MPKP termasuk sikap tingkah laku profesional.
 - 10) Bila PP cuti, tugas dan tanggung jawab PP tersebut diambil alih oleh kepala ruangan, dan dapat didelegasikan kepada PA senior (wakil PP pemula yang ditunjuk) tetapi tetap dibawah pengawasan kepala ruangan.
 - 11) Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan.
 - 12) Memonitor dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada di ruangan dan membuat DP3 serta usulan kenaikan pangkat.
 - 13) Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan di ruangan.
 - 14) Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan.
- 2) Perawat Primer
- Tugas dan tanggung jawab PP adalah sebagai berikut :
- a) Melakukan kontrak dengan klien dan keluarga pada awal masuk ruangan berdasarkan format orientasi klien dan keluarga sehingga tercipta hubungan terapeutik.

- b) Melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP pada sore, malam atau hari libur.
- c) Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian.
- d) Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan kepada PA dibawah tanggung jawabnya sesuai klien yang dirawat (*pre conference*).
- e) Menetapkan PA yang bertanggung jawab pada setiap klien pada setiap giliran jaga (shift), sesuai kondisi yang ada. Bila PP bertugas dengan 2 orang PA pada satu giliran jaga.
- f) Melakukan bimbingan dan evaluasi (mengecek) pada PA dalam implementasi tindakan keperawatan, apakah sesuai dengan SOP.
- g) Memonitor dokumentasi yang dilakukan oleh PA.
- h) Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium
- i) Melakukan kegiatan serah terima klien bersama dengan PA.
- j) Mendampingi dokter visite klien dibawah tanggung jawabnya. Bila PP tidak ada visite didampingi oleh PA sesuai dengan timnya.
- k) Melakukan evaluasi asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan klien setiap hari.
- l) Melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien.
- m) Bila PP cuti/libur, tugas-tugas PP didelegasikan kepada PA yang telah ditunjuk (wakil PP) sebagai pembimbing dengan arahan kepala ruangan.
- n) Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga.

o) Membuat perencanaan pulang

3) Perawat Asosiet (PA)

Tanggung jawab PA adalah sebagai berikut :

- a) Membaca renpra yang telah ditetapkan PP.
- b) Membina hubungan terapeutik dengan klien dan keluarga, sebagai lanjutan kontrak yang dilakukan PP.
- c) Menerima klien baru (kontrak) dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi klien dan keluarga jika PP tidak ada ditempat.
- d) Melakukan tindakan keperawatan kliennya berdasarkan renpra.
- e) Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikannya pada format yang tersedia.
- f) Mengikuti visite dokter bila PP tidak ditempat
- g) Mengecek kerapihan dan kelengkapan status keperawatan.
- h) Membuat laporan pergantian dinas dan setelah selesai diparaf.
- i) Mengkomunikasikan kepada PP dinas bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan.
- j) Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan dan tindakan.
- k) Berperan serta dalam pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga yang dilakukan PP.
- l) Memberikan resep dan menerima obat dari keluarga klien yang menjadi tanggung jawabnya dengan berkoordinasi dengan PP.

3. Dokumentasi Keperawatan

a. Format pengkajian keperawatan

- 1) Format yang digunakan adalah format yang sedang digunakan oleh rumah sakit (terlampir)
- 2) Format pengkajian diisi lengkap dalam 1 x 24 jam sejak klien masuk.
- 3) Format pengkajian diisi oleh PP dengan lengkap. Bila PP tidak ada, format pengkajian diisi oleh PA diantaranya identitas klien, identitas keluarga, tanda-tanda vital dan keluhan utama saat klien masuk.
- 4) Isi dengan tanda rumput (√) pada kotak yang dimaksud.
- 5) Selanjutnya isi titik-titik (.) yang kosong dengan penjelasan sesuai yang didapatkan dari klien atau keluarga.
- 6) Format ini hanya ditandatangani oleh PP.

b. Format rencana keperawatan (renpra)

- 1) Format yang digunakan adalah format yang sesuai dengan di rumah sakit (terlampir). Pada format ini tidak ada tujuan keperawatan karena terlalu banyak mencatat serta merupakan kesepakatan rumah sakit pada waktu pembahasan standar asuhan keperawatan.
- 2) Pada saat menerima klien baru PP harus segera menyiapkan standar renpra berdasarkan diagnosa medis pada saat klien masuk.
- 3) Standar renpra berdasarkan diagnosa medis, dianalisis dan ditetapkan oleh PP sesuai hasil pengkajian. Sertakan tanggal terjadinya pada kolom tanggal dipaling kiri format.

- 4) Bila diagnosa medis belum jelas/belum terdiagnosa, gunakan standar renpra berdasarkan sistem terkait yang mengalami gangguan atau umum dan sesuai dengan keluhan utama pasien.
 - 5) Bila PP tidak ada, PA menerapkan minimal 1 diagnosa keperawatan utama berdasarkan hasil pengkajian. Diskusikan dengan penanggungjawab saat itu.
 - 6) Diagnosa keperawatan yang ada pada klien minimal dua diagnosa dalam 1 x 24 jam pertama, selanjutnya ditambah sesuai dengan perkembangan klien dan apabila klien sudah dirawat 1 minggu jumlah diagnosa keperawatan minimal 4 diagnosa yang ditetapkan termasuk psikososial dan kurang pengetahuan (bila ada).
 - 7) Bila diagnosa keperawatan teratasi tulis tanggal teratasi pada kolom keterangan.
 - 8) Evaluasi terhadap renpra dilakukan setiap hari oleh PP dan ini harus terlihat pada catatan perkembangan.
- c. Format implementasi tindakan keperawatan
- 1) Format untuk implementasi juga yang digunakan pada saat ini (terlampir), bergabung dengan rencana keperawatan.
 - 2) Format implementasi ini diisi setelah melaksanakan tindakan baik yang melakukan tindakan tersebut adalah PP atau PA.
 - 3) Kolom observasi diisi berdasarkan jam dan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh PA.

- 4) Kolom pemasukan dan pengeluaran ditulis jenis dan jumlah cairan yang masuk dan keluar.
- 5) Cairan prenteral dituliskan jenis dan sisa cairan setiap pergantian dinas.
- 6) Kolom tindakan keperawatan (selain observasi) diisi dengan paraf perawat yang melaksanakan tindakan tersebut, bila tidak dilakukan jangan di paraf.
- 7) Tindakan keperawatan selain observasi minimal dilakukan 2 kali setiap dinas atau sesuai indikasi.

d. Format catatan perkembangan

- 1) Format yang digunakan adalah format sesuai yang ada di rumah sakit.
- 2) Catatan perkembangan diisi oleh PP atau PA setiap akhir tugas jaga.
- 3) Catatan perkembangan dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan yang ada pada klien.
- 4) Catatan perkembangan diisi dengan metode SOAP, yaitu :
 - a) Subyektif (S) : respon verbal klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
 - b) Objektif (O) : data yang ditemukan perawat pada klien sebagai hasil observasi setelah tindakan keperawatan.
 - c) Analisis (A) : menurut analisis PP masalah yang ada teratasi, tidak teratasi atau teratasi sebagian.
 - d) Perencanaan (P) : berdasarkan hasil analisis apa yang akan dilakukan selanjutnya.

- 5) Tuliskan tanggal evaluasi dan sertakan paraf dan nama jelas PP pada setiap SOAP yang telah dibuat.
 - 6) Bila masalah sudah teratasi, tanggal teratasi ditulis pada kolom perkembangan.
- e. Format pemberian obat
- 1) Identitas pasien dilengkapi oleh perawat.
 - 2) Jenis obat dan dosis setiap hari ditulis oleh perawat baik obat oral maupun injeksi.
 - 3) Ditulis juga bahan-bahan alat kesehatan yang digunakan seperti NGT, Blood Set, dll.
- f. Format grafik suhu nadi
- 1) Identitas klien diisi oleh perawat
 - 2) Grafik suhu dan nadi dibuat oleh perawat setiap hari sesuai dengan hasil observasi klien.
- g. Format catatan pemberian cairan infus
- 1) Format diisi oleh perawat dan harus dilengkapi dengan tanggal dan jam saat penulisan pesanan oleh dokter.
 - 2) Nama dan jenis cairan infus yang diberikan diisi oleh perawat dan dituliskan serta paraf perawat yang memasang atau mengganti cairan infus tersebut.
- h. Resume pasien
- Pada resume perawatan pasien ditulis identitas lengkap pasien, masalah perawatan pada saat pasien dirawat, tindakan perawatan selama dirawat,

evaluasi serta nasehat pada waktu pasien pulang.

- i. Format laporan pergantian dinas
 - 1) Laporan pergantian dinas diisi oleh PA diakhir tugas jaga dan diperiksa kembali oleh PP.
 - 2) Pada laporan pergantian dinas diisi : keadaan umum klien, misalnya : tenang, gelisah, lemah, payah dan hal-hal penting yang telah dilakukan pagi hari dan memerlukan pemantaun atau perhatian pada sore hari serta pesan untuk dinas berikutnya.
 - 3) Laporan pergantian dinas ditanda tangani oleh PA.

4. Fasilitas MPKP

- a. Kartu nama tim, yang berisikan nama PP, PA ditempel pada tembok yang mudah terlihat oleh klien/keluarga.
- b. Papan nama, berisikan nama pasien, dokter dan PP serta dokumentasi keperawatan yang terkait.
- c. Papan MPKP berisikan nama-nama klien, PP dan timnya serta dokter yang merawat.
- d. Ada ruang nurses'station.

5. Kerjasama PP, PA dan tenaga kesehatan lainnya

- a. PP mengkomunikasikan rencana keperawatan kepada PA
- b. PP memberikan informasi tentang kondisi pasien setelah visite dokter
- c. Konfrens dilaksanakan setiap hari

- d. Ada petunjuk pelaksanaan konfrens
- e. Konfrens membahas tentang asuhan keperawatan pasien
- f. Keberadaa ronde keperawatan dalam tim
- g. Ronde keperawatan melibatkan klien
- h. Ronde keperawatan dilaksanakan setiap hari
- i. Ada petunjuk pelaksanaan ronde keperawatan
- j. Keberadaan ronde antar profesional yang dikoordinir oleh PP

6. Nilai-nilai profesional dalam pengembangan MPKP

- a. Perhatian terhadap setiap permintaan klien
- b. Kehadiran perawat selalu dekat pasien melalui komunikasi yang kompeten
- c. Memberikan pelayanan dengan rela dan tulus ikhlas / tidak terpaksa
- d. Sikap empati dalam arti memahami perasaan klien.
- e. Tidak membedakan bangsa, suku, agama, politik dan ekonomi dalam memberikan pelayanan.
- f. Sikap caring dalam hai berkomunikasi meningkatkan kepercayaan klien terhadap perawat.
- g. Perawat memberi kesempatan kepada klien untuk membuat keputusan bagi dirinya walaupun dalam hal yang sederhana.
- h. Komitmen pada pendidikan, direfleksikan pada keinginan untuk belajar secara berkelanjutan.

Lampiran 15

FORMAT ORIENTASI

BAGI PASIEN DAN KELUARGA DI RRI CEMPAKA RSU MATARAM

Selamat datang di ruang rawat inap Cempaka lantai I RSUD Mataram. Ruangan ini adalah ruangan perawatan penyakit Bedah dan Dalam terdiri dari kelas I dan kelas II dengan kapasitas tempat tidur 22 buah. Selama ibu / bapak /saudara dirawat di ruang ini ada beberapa hal yang perlu diketahui :

1. Perawat

- a. Selama dirawat di ruangan ini, bapak / ibu / saudara akan dirawat oleh beberapa orang perawat, namun ada seorang perawat yang bertanggung jawab terhadap perawatan bapak / ibu / saudara yang disebut Perawat Primer.
- b. Bila bapak / ibu / saudara ingin mendapatkan informasi tentang perawatan bapak / ibu / saudara dapat bertanya pada perawat primer atau kepada perawat asosiet yang bertugas bila perawat primer tidak ada.

2. Dokter

- a. Selama di ruangan ini program pengobatan bapak / ibu / saudara akan di bawah tanggung jawab seorang dokter.
- b. Dokter yang merawat sesuai dengan diagnosa medis yang di informasikan kepada pasien.

3. Perlengkapan sehari-hari

- a. Pasien dianjurkan membawa pakaian sendiri untuk dipakai di rumah sakit.
- b. Pasien dianjurkan membawa perlengkapan makan / minum.

- c. Pasien dianjurkan untuk membawa perlengkapan untuk menjaga kebersihan diri.
- d. Barang-barang keperluan pasien dapat disimpan di lemari kecil disamping tempat tidur.

4. Keluarga / pengunjung

- a. Pasien dapat ditunggu oleh seorang anggota keluarga dengan persetujuan perawat primer / kepala ruangan.
- b. Penunggu pasien / keluarga tidak diperkenankan menggunakan fasilitas bagi pasien misalnya : kamar mandi, WC ruangan tetapi disediakan disebelah kiri ruangan ruangan ini.
- c. Penunggu pasien tidak diperkenankan merokok, makan / minum di dalam ruang rawat.

5. Obat-obatan

- a. Obat-obatan dibeli oleh pasien dengan menggunakan resep yang ditulis dokter.
- b. Obat-obatan / cairan infus / bahan habis pakai atau peralatan kedokteran yang telah dibeli diserahkan / dilaporkan pada perawat primer atau perawat asosiet yang merawat saudara.

6. Administrasi dan keuangan

- a. Bagi pasien peserta askes biaya yang ditanggung sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan perlunya penyampaian prosedur administrasi askes
- b. Bagi pasien umum penyelesaian keuangan pada saat pasien pulang.

7. Waktu berkunjung

- a. Pagi : 11.00 s/d 13.00 wita dan 16.00 s/d 19.00 wita
- b. Anak-anak usia < 13 tahun tidak diperkenankan masuk ke ruang rawat.

8. Pindah ruang / keluar dari RS

- a. Pasien yang akan pindah ruang rawat atau keluar rumah sakit harus mendapat persetujuan tertulis dari dokter.
- b. Pengurus surat pindah atau keluar dari rumah sakit dilakukan pada bagian administrasi ruangan ini.

Lampiran 16

**PETUNJUK PELAKSANAAN KONFRENS
DI RUANG RAWAT INAP CEMPAKA
RSU MATARAM**

1. Pendahuluan

Untuk memperoleh informasi yang jelas dan adanya persepsi yang sama antar perawat dalam memberikan asuhan keperawatan perlu dilakukan konfrens. Yang dimaksud dengan konfrens adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien.

2. Tujuan

- a. Menyampaikan kondisi atau keadaan secara umum klien.
- b. Menyampaikan hal-hal penting yang perlu ditindaklanjuti oleh dinas berikutnya.
- c. Tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya.

3. Langkah-langkah

- a. Kedua kelompok shift dalam keadaan sudah siap.
- b. Shift yang akan menyerahkan dan mengoperkan perlu mempersiapkan hal-hal apa yang akan disampaikan.
- c. Perawat primer menyampaikan kepada penanggung jawab shift, meliputi :
 - 1) Kondisi atau keadaan secara umum klien.
 - 2) Tindak lanjut untuk dinas yang menerima operan.
 - 3) Rencana kerja untuk dinas yang menerima operan.

- d. Penyampaian operan dinas (point c) harus dilakukan secara jelas dan tidak terburu-buru.
- e. Perawat primer dan anggota kedua shift bersama-sama secara langsung melihat keadaan pasien.

4. Prosedur

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam prosedur konfrens adalah :

a. Persiapan

- 1) Kedua kelompok harus dalam keadaan siap.
- 2) Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.

b. Pelaksanaan

- 1) Dilakukan setiap pergantian shift/operan.
- 2) Dari *nurse station* perawat berdiskusi untuk melakukan serah terima dengan mengkaji secara komprehensif yang berkaitan dengan masalah keperawatan pasien, rencana tindakan yang sudah dan yang belum dilaksanakan serta hal-hal lainnya yang perlu dilimpahkan.
- 3) Hal-hal yang sifatnya khusus untuk kemudian diserahkan kepada perawat jaga berikutnya.
- 4) Hal –hal yang perlu disampaikan saat konfrens adalah :
 - a) Identitas pasien dan diagnosa medis.
 - b) Masalah keperawatan yang kemungkinan masih muncul.
 - c) Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan.
 - d) Intervensi kolaboratif.

- e) Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya, misalnya operasi, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang lainnya, persiapan untuk konsultasi atau prosedur lain yang tidak dilakukan secara rutim.
- 5) Perawat yang melakukan serah terima dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang kurang jelas.
- 6) Penyampaian secara singkat dan jelas.
- 7) Lama serah terima setiap pasien tidak lebih dari 5 menit, kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci.
- 8) Evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan pasien.

Lampiran 17

PETUNJUK PELAKSANAAN RONDE KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM

1. Pendahuluan

Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan, salah satu kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah ronde keperawatan dengan maksud untuk mengatasi masalah – masalah keperawatan pasien dimana fokus kegiatannya melibatkan pasien sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Karakteristik dari ronde keperawatan adalah :

- a. Klien dilibatkan secara langsung.
- b. Klien merupakan fokus kegiatan
- c. Perawat asosiet, perawat primer dan konsuler melakukan diskusi bersama.
- d. Konsuler membantu mengembangkan kemampuan perawat primer dan perawat asosiet untuk meningkatkan kemampuan dalam mengatasi masalah klien.

2. Tujuan

- a. Menumbuhkan rasa berpikir secara kritis.
- b. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berasal dari masalah klien.
- c. Menilai kemampuan justifikasi
- d. Meningkatkan kemampuan menilai hasil kerja.
- e. Meningkatkan kemampuan untuk memodifikasi rencana keperawatan.

3. Peran Perawat

- a. Perawat primer dan perawat asosiet
 - 1) Menjelaskan keadaan klien.
 - 2) Menjelaskan masalah keperawatan utama
 - 3) Menjelaskan intrvensi yang belum dan yang akan dilakukan.
 - 4) Menjelaskan tindakan selanjutnya
 - 5) Menjelaskan alasan ilmiah tindakan yang akan di ambil.
- b. Perawat primer dan atau konsuler
 - 1) Memberikan justifikasi
 - 2) Memberikan reinforcement
 - 3) Menilai kebenaran dari suatu masalah, intervensi keperawatan serta tindakan yang rasional

4. Langkah

- a. Persiapan
 - 1) Penetapan kasus minimal 1 hari sebelum waktu pelaksanaan ronde
 - 2) Pemberian informed consent kepada klien / keluarga
- b. Pelaksanaan ronde
 - 1) Penjelasan tentang klien oleh perawat primer dalam hal ini penjelasan difokuskan pada masalah keperawatn dan rencana tindakan yang akan atau telah dilaksanakan dan memilih prioritas yang perlu didiskusikan.
 - 2) Diskusi antar anggota tim tentang kasus tersebut.

- 3) Pemberian justifikasi oleh perawat primer atau perawat konselor/ kepala ruangan tentang masalah klien serta rencana tindakan yang akan dilakukan.
- 4) Tindakan keperawatan pada masalah prioritas yang telah dan yang akan dilakukan.

5. Waktu dan tempat

- a. Waktu pelaksanaan ronde keperawatan dilakukan setiap hari dan 1 kasus yang telah ditetapkan oleh perawat primer.
- b. Tempat di ruangan perawatan pasien, dan diskusi dilanjutkan di ruang perawat.

6. Pasca ronde

Mendiskusikan hasil temuan dan tindakan pada klien serta menetapkan tindakan yang akan diperlukan.

**DAFTAR JAWABAN SIKAP RESPONDEN
TERHADAP NILAI PROFESIONAL DALAM PENGEMBANGAN MPKP**

No. Res	Umur (tahun)	Jenis Kel.	Pen- didikan	Ssatus ke- pegawaiian	Lama kerja	Jawaban sikap responden								Total Skor	Kata- gori
						1	2	3	4	5	6	7	8		
1	35	L	D.3	PNS	14	3	3	3	3	4	3	3	3	25	3
2	34	P	D.3	PNS	11	4	3	4	3	3	3	3	3	26	4
3	29	P	S.1	PNS	9	3	3	3	3	4	4	3	3	26	4
4	25	P	D.3	Honor	2	3	3	3	3	4	3	3	3	25	3
5	25	P	D.3	PNS	3	3	3	4	3	4	3	3	3	26	4
6	31	L	SPK	PNS	9	3	3	3	3	4	3	3	3	25	3
7	27	P	D.3	PNS	6	3	3	3	3	3	4	3	3	25	3
8	24	P	D.3	Honor	1	3	3	3	3	4	3	3	3	25	3
9	24	L	D.3	Honor	2	3	3	3	3	4	3	3	3	25	3
10	53	P	SPK	PNS	35	3	3	3	3	3	4	3	3	25	3
11	30	L	D.3	PNS	6	4	3	3	3	3	3	3	3	25	3
12	23	P	D.3	Honor	2	3	3	4	3	4	3	3	3	26	4
13	25	P	D.3	Honor	3	3	3	4	3	4	3	3	3	26	4
14	38	L	D.3	PNS	18	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3
15	30	P	SPK	PNS	12	3	3	3	3	4	3	3	3	25	3
16	48	P	D.3	PNS	25	4	3	3	3	3	3	3	3	25	3
17	28	P	S.1	PNS	6	3	3	3	3	4	4	3	3	26	4
18	28	P	D.3	PNS	3	3	3	4	3	4	3	3	3	26	4
19	33	L	D.3	PNS	9	4	3	3	3	3	3	3	3	25	3
20	27	L	SPK	Honor	1	3	3	3	3	4	3	3	3	25	3
21	30	P	SPK	Honor	1	4	3	3	3	3	3	3	3	25	3

Keterangan :

Skor jawaban :

- 1 = Tidak Setuju
- 2 = Kurang Setuju
- 3 = Setuju
- 4 = Sangat Setuju

Katagor :

- 1. Tidak Setuju, bila skor 8 - 13
- 2. Kurang Setuju, bila skor 14 - 19
- 3. Setuju, bila skor 20 - 25
- 4. Sangat Setuju, bila skor 26 - 32

**DAFTAR JAWABAN RESPONDEN
KERJASAMA PP, PA DAN TENAGA KESEHATAN LAINNYA**

No. Res	Umur (tahun)	Jenis Kel.	Pen-didikan	Ssatus ke-pegawalan	Lama kerja	Jawaban responden tentang kerjasama										Total Skor	Kata-gori
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	35	L	D.3	PNS	14	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	16	2
2	34	P	D.3	PNS	11	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	13	3
3	29	P	S.1	PNS	9	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	17	2
4	25	P	D.3	Honor	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	3
5	25	P	D.3	PNS	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	12	3
6	31	L	SPK	PNS	9	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	14	2
7	27	P	D.3	PNS	6	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	16	2
8	24	P	D.3	Honor	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	3
9	24	L	D.3	Honor	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	12	3
10	53	P	SPK	PNS	35	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	15	2
11	30	L	D.3	PNS	6	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12	3
12	23	P	D.3	Honor	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	3
13	25	P	D.3	Honor	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	3
14	38	L	D.3	PNS	18	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	15	2
15	30	P	SPK	PNS	12	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	13	3
16	48	P	D.3	PNS	25	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	16	2
17	28	P	S.1	PNS	6	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	13	3
18	28	P	D.3	PNS	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12	3
19	33	L	D.3	PNS	9	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	14	2
20	27	L	SPK	Honor	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	13	3
21	30	P	SPK	Honor	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	14	2

Keterangan :

Skor jawaban :

1 = Tidak

2 = Ya

Katagori :

1. Baik, bila skor 18 - 20

2. Sedang, bila skor 14 - 17

3. Kurang, bila skor 10 -13

**JAWABAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG MPKP
RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM**

PRE

No. Res	Umur (tahun)	Jenis Kel.	Pendidikan	Ssatus ke-pegawaian	Lama kerja	Jawaban pengetahuan responden tentang MPKP															Total Skor	Kategori
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	35	L	D.3	PNS	14	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	23	2
2	34	P	D.3	PNS	11	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	21	2
3	29	P	S.1	PNS	9	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	24	2
4	25	P	D.3	Honor	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	19	3
5	25	P	D.3	PNS	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	19	3
6	31	L	SPK	PNS	9	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	21	2
7	27	P	D.3	PNS	6	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	19	3
8	24	P	D.3	Honor	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	19	3
9	24	L	D.3	Honor	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	22	2
10	53	P	SPK	PNS	35	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	24	2
11	30	L	D.3	PNS	6	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	20	2
12	23	P	D.3	Honor	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	18	3
13	25	P	D.3	Honor	3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	18	3
14	38	L	D.3	PNS	18	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	23	2
15	30	P	SPK	PNS	12	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	19	3
16	48	P	D.3	PNS	25	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	23	2
17	28	P	S.1	PNS	6	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	25	1
18	28	P	D.3	PNS	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	19	3
19	33	L	D.3	PNS	9	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	22	2
20	27	L	SPK	Honor	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	19	3
21	30	P	SPK	Honor	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	17	3

Keterangan :

Skor jawaban :

1 = salah

2 = benar

Skor katagori :

1. Baik, bila skor 25 - 30

2. Sedang, bila skor 20 - 24

3. Kurang, bila skor 15 - 19

**JAWABAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG MPKP
RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM**

POST

No. Res	Umur (tahun)	Jenis Kel.	Pen- didikan	Ssatus ke- pegawaiian	Lama kerja	Jawaban pengetahuan responden tentang MPKP															Total Skor	Kata- gori	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
1	35	L	D.3	PNS	14	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	26	1
2	34	P	D.3	PNS	11	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	24	2
3	29	P	S.1	PNS	9	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	27	1
4	25	P	D.3	Honor	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	23	2
5	25	P	D.3	PNS	3	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	22	2
6	31	L	SPK	PNS	9	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	23	2
7	27	P	D.3	PNS	6	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	22	2
8	24	P	D.3	Honor	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	19	3
9	24	L	D.3	Honor	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	21	2
10	53	P	SPK	PNS	35	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	26	1
11	30	L	D.3	PNS	6	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	24	2
12	23	P	D.3	Honor	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	20	2
13	25	P	D.3	Honor	3	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	20	2
14	38	L	D.3	PNS	18	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	27	1
15	30	P	SPK	PNS	12	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	22	2
16	48	P	D.3	PNS	25	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	26	1
17	28	P	S.1	PNS	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	28	1
18	28	P	D.3	PNS	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	20	2
19	33	L	D.3	PNS	9	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	24	2
20	27	L	SPK	Honor	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	19	3
21	30	P	SPK	Honor	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	20	2

Keterangan :

Skor jawaban :

1 = salah

2 = benar

Skor katagori :

1. Baik, bila skor 25 - 30

2. Sedang, bila skor 20 - 24

3. Kurang, bila skor 15 - 19

Lampiran 21

Analisis Pengetahuan Perawat Tentang MPKP**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
SESUDAH - SEBELUM	Negative Ranks	1 ^a	1,50	1,50
	Positive Ranks	18 ^b	10,47	188,50
	Ties	2 ^c		
	Total	21		

a. SESUDAH < SEBELUM

b. SESUDAH > SEBELUM

c. SESUDAH = SEBELUM

Test Statistics^b

	SESUDAH - SEBELUM
Z	-3,819 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**KEPATUHAN PERAWAT TERHADAP STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN
BERDASARKAN OBSERVASI DOKUMENTASI ASKEP DI RRI CEMPAKA RSU MATARAM**

PRE

No. Dok.	Nomor RM	Skor kepatuhan perawat terhadap penerapan Standar Asuhan Keperawatan																						Total Skor	Kategori	
		A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	B.1	B.2	B.3	B.4	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5	E.1			E.2
1	718537	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	35	2
2	598841	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	36	2
3	702388	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	32	3
4	718693	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2
5	718752	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	31	3
6	718990	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2
7	718014	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	35	2
8	718243	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	34	3
9	718120	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	32	3
10	719078	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	34	3
11	719148	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	37	2
12	719161	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	33	3
13	719183	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	32	3
14	718773	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	36	2
15	719371	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	34	3
16	719491	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	35	2
17	719396	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	37	2
18	719429	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	33	3
19	692148	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	33	3
20	709299	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	34	3
21	719699	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	33	3
22	717983	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	37	2
23	719492	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2
24	719714	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	34	3
25	220304	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	32	3
26	719092	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2
27	690448	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	34	3
28	710138	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	33	3

No. Dok.	Nomor RM	Skor kepatuhan perawat terhadap penerapan Standar Asuhan Keperawatan																								Total Skor	Kategori
		A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	B.1	B.2	B.3	B.4	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5	E.1	E.2			
29	719263	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2	
30	720272	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	35	2	
31	720280	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	31	3	
32	720074	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2	
33	720031	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2	
34	720395	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2	
35	720446	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	33	3	
36	720628	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	35	2	
37	720354	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	38	2	
38	719225	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	31	3	
39	547339	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	39	2	
40	718102	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	35	2	

Keterangan :

Skor jawaban

1 = tidak

2 = ya

Skor katagori :

- | | |
|------------------------------------|-------|
| 1. Sangat patuh, bila skor 41 - 46 | 41-46 |
| 2. Patuh, bila skor 35 - 40 | 35-40 |
| 3. Kurang patuh, bila skor 29 - 34 | 29-34 |
| 4. Tidak patuh, bila skor 23 - 28 | 23-28 |

**KEPATUHAN PERAWAT TERHADAP STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN
BERDASARKAN OBSERVASI DOKUMENTASI ASKEP DI RRI CEMPAKA RSU MATARAM**

POST

No. Dok.	No. RM	Skor kepatuhan perawat terhadap penerapan Standar Asuhan Keperawatan																				Total Skor	Kategori			
		A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	B.1	B.2	B.3	B.4	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	D.1	D.2	D.3	D.4			D.5	E.1	E.2
1	729174	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	41	1
2	731276	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	44	1
3	731270	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	41	1
4	713457	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	37	2
5	731396	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	38	2
6	731456	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	42	1
7	731151	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	42	1
8	727849	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	44	1
9	731495	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	42	1
10	731563	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	36	2
11	730820	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	40	2
12	731640	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	44	1
13	731615	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	40	2
14	731293	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	44	1
15	731674	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	43	1
16	731731	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	42	1
17	731743	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	41	1
18	731770	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	38	2
19	730478	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	41	1
20	730510	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	43	1
21	730694	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	42	1
22	700712	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	42	1
23	730536	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	37	2
24	730534	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	39	2
25	730715	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	41	1
26	730791	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	43	1
27	730518	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	37	2
28	727756	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	40	2

No. Dok.	Nomor RM	Skor kepatuhan perawat terhadap penerapan Standar Asuhan Keperawatan																						Total Skor	Kategori	
		A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	B.1	B.2	B.3	B.4	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5	E.1			E.2
29	642925	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	42	1
30	729458	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	40	2
31	730657	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	37	2
32	730717	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	38	2
33	563781	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	45	1
34	731099	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	42	1
35	731238	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	43	1
36	731258	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	38	2
37	720554	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	42	1
38	731831	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	38	2
39	828028	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	44	1
40	731886	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	44	1

Keterangan :

Skor jawaban

1 = tidak

2 = ya

Skor katagori :

- | | |
|------------------------------------|-------|
| 1. Sangat patuh, bila skor 41 - 46 | 41-46 |
| 2. Patuh, bila skor 35 - 40 | 35-40 |
| 3. Kurang patuh, bila skor 29 - 34 | 29-34 |
| 4. Tidak patuh, bila skor 23 - 28 | 23-28 |

Lampiran 23

Analisis Kepatuhan Perawat

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SESUDAH - SEBELUM Negative Ranks	2 ^a	1,50	3,00
Positive Ranks	37 ^b	21,00	777,00
Ties	1 ^c		
Total	40		

a. SESUDAH < SEBELUM

b. SESUDAH > SEBELUM

c. SESUDAH = SEBELUM

Test Statistics^b

	SESUDAH - SEBELUM
Z	-5,410 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**JAWABAN RESPONDEN TENTANG KEPUASAN PASIEN TERHADAP ASUHAN KEPERAWATAN
RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM**

PRE

No. Resp.	Nomor RM	Umur (tahun)	Jenis Kel.	Pen- didikan	Pekerjaan	Skor jawaban responden tentang kepuasan pasien untuk setiap pernyataan																					Total Skor	Kata- gori
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
1	718537	60	L	SMA	Swasta	3	3	3	2	2	3	1	2	3	1	3	2	3	2	4	1	2	3	4	1	3	51	3
2	598841	70	L	S.1	Swasta	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	3	2	1	3	3	2	2	46	3
3	702388	60	P	SD	Lain-lain	4	4	4	3	3	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	62	2
4	718693	37	L	SMA	Swasta	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	2	2	3	1	1	3	3	1	2	43	3
5	718752	50	P	SMA	Lain-lain	4	3	4	3	3	4	2	1	3	1	3	2	1	3	4	2	2	4	3	2	3	57	2
6	718990	30	L	D.3	Swasta	3	4	3	3	3	3	1	2	3	2	3	1	2	2	3	2	2	3	3	2	1	51	3
7	718014	20	L	SMA	Swasta	3	3	4	2	2	4	2	2	4	1	3	2	2	3	4	2	2	4	4	1	2	56	2
8	718243	49	L	D.3	PNS	2	3	3	2	1	3	1	1	3	1	2	2	1	2	3	1	2	3	3	1	1	41	3
9	718120	60	L	S.1	Pensiunan	4	4	3	3	2	4	2	2	4	2	3	2	3	3	4	2	1	4	3	2	3	60	2
10	719078	38	L	SMA	Nelayan	3	3	3	2	1	3	2	3	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	4	2	3	51	3
11	719148	20	L	SMA	Swasta	3	4	4	2	2	4	2	3	2	2	3	2	2	2	4	1	1	4	3	1	3	54	2
12	719161	27	L	SMA	Swasta	3	3	3	2	2	4	2	2	3	1	2	1	2	3	4	2	2	3	4	2	3	53	2
13	719183	80	L	SD	Lain-lain	4	4	3	3	2	3	1	3	4	3	3	2	3	2	3	1	1	3	3	1	2	54	2
14	718773	21	P	SMA	Mahasiswa	4	3	3	3	3	4	2	1	3	2	3	1	2	2	4	1	2	3	3	2	3	54	2
15	719371	19	L	SMA	Mahasiswa	3	3	3	3	2	4	3	1	3	1	3	2	3	2	4	2	1	3	3	1	2	52	3
16	719491	35	P	S.1	PNS	2	3	2	2	1	3	1	1	2	1	2	1	2	2	3	1	1	3	3	1	2	39	3
17	719396	19	L	SMA	Mahasiswa	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	2	3	54	2
18	719429	30	P	D.3	Swasta	3	3	2	2	1	3	2	3	3	1	2	1	1	2	3	1	1	3	3	1	1	42	3
19	692148	56	L	SD	Petani	4	4	4	3	2	3	3	3	4	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	61	2
20	709299	54	L	SD	Swasta	3	4	3	3	3	3	1	3	3	1	2	2	1	1	3	1	1	3	3	1	1	46	3
21	719699	60	L	SMP	Pensiunan	4	3	3	3	2	3	2	2	3	1	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	55	2
22	717983	13	L	SD	Pelajar	3	3	2	2	2	3	1	2	3	2	3	2	3	2	3	1	3	3	3	2	3	51	3
23	719492	33	P	S.1	PNS	3	3	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	2	1	3	1	1	3	3	1	3	43	3
24	719714	60	L	SD	Lain-lain	3	4	4	3	3	4	2	3	3	1	2	2	3	3	4	2	1	3	3	1	1	55	2
25	220304	65	L	SMP	Lain-lain	3	3	3	2	1	3	1	3	4	3	3	3	2	2	4	1	1	4	3	2	3	54	2
26	719092	40	P	S.1	PNS	2	3	2	3	2	3	1	1	3	2	3	2	1	1	3	1	2	3	3	2	3	46	3
27	690448	42	L	SMA	Swasta	3	3	3	3	2	3	1	3	2	1	2	2	2	2	3	2	2	3	4	2	3	51	3
28	710138	59	L	S.1	Pensiunan	4	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	1	2	3	1	1	3	3	2	1	48	3
29	719263	50	L	SMP	Petani	2	3	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	3	51	3
30	720272	59	L	SMA	Pensiunan	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	1	1	3	3	2	3	55	2
31	720280	16	L	SMP	Pelajar	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	1	3	2	2	4	2	3	2	52	3

No. Resp.	Nomor RM	Umur (tahun)	Jenis Kel.	Pen-didikan	Pekerjaan	Skor jawaban responden tentang kepuasan pasien untuk setiap pernyataan																Total Skor	Kata-gori					
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			17	18	19	20	21
32	720074	68	L	SMP	Lain-lain	3	4	3	2	2	4	3	2	4	3	3	3	2	4	2	2	4	4	2	2	61	2	
33	720031	50	P	SMA	Lain-lain	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	3	2	3	1	2	4	3	2	3	60	2
34	720395	24	P	SMP	Swasta	3	4	3	3	2	4	2	3	2	1	3	1	3	1	4	1	1	3	4	1	2	51	3
35	720446	17	P	SMA	Pelajar	4	3	3	3	2	3	1	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	4	3	2	3	54	2
36	720628	36	L	SMP	Swasta	3	3	3	2	2	4	3	3	4	1	3	1	3	1	3	1	2	3	3	2	3	53	2
37	720354	20	L	SMA	PNS	3	3	3	2	1	3	1	1	3	2	2	1	2	2	3	1	1	3	3	1	1	42	3
38	719225	52	L	D.3	PNS	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	54	2
39	547339	58	P	SMA	PNS	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	1	3	3	1	2	47	3
40	718102	49	P	S.1	PNS	3	3	2	3	2	3	2	1	3	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	1	48	3

Keterangan

Skor jawaban :

- 1 = Tidak puas
- 2 = Kurang puas
- 3 = Puas
- 4 = Sangat puas

Skor katagori :

- 1. Sangat puas, bila skor 69 - 84
- 2. Puas, bila skor 53 - 68
- 3. Kurang puas, bila skor 37 - 52
- 4. Tidak puas, bila skor 21 - 36

**JAWABAN RESPONDEN TENTANG KEPUASAN PASIEN TERHADAP ASUHAN KEPERAWATAN
RUANG RAWAT INAP CEMPAKA RSU MATARAM**

POST

No. Resp.	Nomor RM	Umur (tahun)	Jenis Kel.	Pen- didikan	Pekerjaan	Skor jawaban responden tentang kepuasan pasien untuk setiap pernyataan																					Total Skor	Kata- gori
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
1	729174	32	P	D.3	Swasta	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	69	1
2	731276	65	L	SMA	Petani	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	2	73	1
3	731270	20	L	SMA	Mahasiswa	3	3	4	2	3	4	2	3	4	2	3	3	3	2	4	3	3	4	4	3	3	65	2
4	713457	34	P	SD	Petani	4	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	73	1
5	731396	38	P	SMA	PNS	3	3	4	2	3	4	2	3	4	2	3	3	4	2	4	2	4	4	4	3	2	65	2
6	731456	37	L	S.1	PNS	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	4	65	2
7	731151	60	L	SMA	Swasta	4	4	3	2	3	4	2	3	3	2	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	69	1
8	727849	69	P	SMP	IRT	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	74	1
9	731495	61	L	S.1	Pensiunan	4	3	3	2	4	4	2	3	3	2	4	3	3	3	4	3	3	4	3	2	3	65	2
10	731563	36	P	S.1	PNS	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	2	3	65	2
11	730820	41	L	SMA	PNS	3	3	4	2	3	4	2	3	4	2	3	4	3	2	3	3	4	3	3	2	3	67	2
12	731640	26	P	D.3	PNS	4	3	3	4	4	4	4	3	3	2	4	3	3	2	3	3	4	3	3	2	3	67	2
13	731615	27	L	SMA	Nelayan	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	2	4	4	4	3	3	69	1
14	731293	75	L	SMP	Pensiunan	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	71	1
15	731674	37	P	SMA	Swasta	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	70	1
16	731731	75	L	SMP	Petani	4	4	4	2	3	4	2	4	4	2	4	4	3	3	3	3	4	3	3	2	3	68	2
17	731743	21	P	SMA	Mahasiswa	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	66	2
18	731770	70	P	S.1	Lain-lain	4	3	3	2	3	3	2	3	3	2	4	3	3	3	3	3	4	4	3	2	3	63	2
19	730478	38	P	SMA	Swasta	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	2	3	4	4	2	3	68	2
20	730510	22	P	SMA	Mahasiswa	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	3	4	2	3	3	4	3	4	3	2	70	1
21	730694	37	P	S.1	Swasta	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	2	3	2	3	3	3	3	3	67	2
22	700712	18	L	SMP	Pelajar	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	4	4	4	2	3	65	2
23	730536	40	L	S.1	PNS	3	3	4	2	4	4	2	4	4	2	3	3	4	3	3	2	3	3	3	2	2	63	2
24	730534	31	L	SMA	Swasta	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	73	1
25	730715	20	L	SMA	Mahasiswa	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	70	1
26	730791	41	P	SMP	Swasta	4	4	3	2	3	3	2	3	3	2	4	4	3	3	3	3	4	3	4	2	3	65	2
27	730518	59	P	SD	IRT	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	73	1
28	727756	88	P	SMP	Lain-lain	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	73	1
29	642925	28	P	D.3	PNS	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	2	3	2	4	3	3	2	3	66	2
30	729458	58	P	SMA	IRT	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	71	1
31	730657	23	L	SMA	Mahasiswa	3	3	3	3	3	4	2	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	66	2

No. Resp.	Nomor RM	Umur (tahun)	Jenis Kel.	Pen-didikan	Pekerjaan	Skor jawaban responden tentang kepuasan pasien untuk setiap pernyataan																					Total Skor	Kata-gori
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
32	730717	60	P	SD	IRT	3	4	4	2	4	4	3	3	4	2	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	70	1
33	563781	56	L	S.1	Pensiunan	4	4	3	3	3	3	2	3	4	2	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	67	2
34	731099	55	P	SD	IRT	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	74	1
35	731238	67	L	SMP	Pensiunan	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	71	1
36	731258	33	L	SMA	PNS	3	3	3	2	3	4	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	2	2	61	2
37	720554	44	P	S.1	PNS	3	4	3	3	3	4	2	4	3	2	3	4	4	3	3	2	3	4	3	2	3	65	2
38	731831	37	L	S.1	Swasta	3	4	4	3	3	3	2	3	3	2	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	66	2
39	828028	60	L	SMP	Pensiunan	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	2	70	1
40	031886	71	P	SMP	IRT	3	4	4	2	3	4	3	3	4	2	3	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	68	2

Keterangan :

Skor jawaban :

- 1 = Tidak puas
- 2 = Kurang puas
- 3 = Puas
- 4 = Sangat puas

Skor katagori :

- 1. Sangat puas, bila skor 69 - 84
- 2. Puas, bila skor 53 - 68
- 3. Kurang puas, bila skor 37 - 52
- 4. Tidak puas, bila skor 21 - 36



**PEMERINTAH PROPINSI NUSA TENGGARA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM MATARAM**

Jln. Pejanggik No. 6 Telepon (0370) 23876 Mataram

Mataram, 22 Maret 2006

Nomor : 070/ 691 /RSUM/III/2006
Lampiran :
Perihal : Izin Melaksanakan Penelitian

Kepada Yth.
Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga
Cq. As. Direktur Bidang Akademik
di-
Surabaya

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat saudara Nomor : 652/J03.4/PP/2006. tanggal 16 Maret 2006, perihal tersebut diatas, dengan ini kami sampaikan bahwa Mahasiswa :

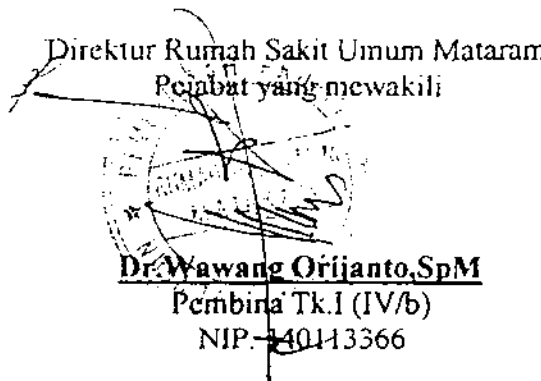
Nama	: Gusti Bagus Kertayasa
NIM	: 090410808-L
Judul	: OPTIMALISASI MPKP DENGAN MODIFIKASI KEPERAWATAN PRIMER DALAM MENINGKATKAN MUTU ASUHAN KEPERAWATAN (RISET OPERASIONAL DI RSU MATARAM).
Pembimbing	: M. R. Emma Pesik Adam, Dra, MARS
Pembimbing I	: Ratna Dwi Wulandari, SKM, M.Kes.

Pada prinsipnya permohonan saudara dapat kami setujui selama mematuhi tata tertib dan ketentuan yang berlaku di RSU Mataram.

Bahwa untuk dimaklumi, hasil penelitian 1 (satu) rangkap diserahkan kepada pihak Rumah Sakit Umum Mataram.

Demikian untuk maklum dan terima kasih.

Direktur Rumah Sakit Umum Mataram
Pejabat yang mewakili



Dr. Wawang Orijanto, SpM
Pembina Tk.I (IV/b)
NIP. 140113366