

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah kemampuan individu untuk mengingat kembali (*recall*) atau mengenali kembali nama, kata, inspirasi, rumus, dan sebagainya (Widyawati, 2020). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, pengetahuan terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra pengelihatn, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Tanpa pengetahuan, seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Pakpahan dkk., 2021).

Pengetahuan individu tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan aspek negatif. Adanya aspek positif dan aspek negatif tersebut dapat menentukan sikap individu dalam berperilaku dan jika lebih banyak aspek dan objek positif yang diketahui dapat menimbulkan perilaku positif terhadap objek tertentu (Sinaga, 2021).

2.1.2 Jenis – jenis Pengetahuan

Menurut Pakpahan dkk., (2021) pengetahuan terdiri dari berbagai jenis, antara lain :

1. Pengetahuan faktual, yaitu pengetahuan yang berupa potongan-potongan informasi yang terpisah-pisah atas unsur dasar yang ada dalam suatu disiplin ilmu tertentu.
2. Pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan yang menunjukkan saling keterkaitan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya berfungsi bersama-sama.
3. Pengetahuan prosedural, yaitu pengetahuan tentang bagaimana mengerjakan sesuatu, baik bersifat rutin maupun yang baru.
4. Pengetahuan metakognitif, yaitu pengetahuan tentang kognisi secara umum dan pengetahuan tentang diri sendiri.

2.1.3 Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif menurut Pakpahan dkk., (2021) mempunyai enam tingkatan, yaitu :

1. Tahu (*know*) adalah kemampuan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali. Contoh: seorang dental assistant yang dapat menyebutkan bahan-bahan untuk melakukan desinfeksi permukaan kerja.
2. Memahami (*comprehension*) adalah bentuk kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Contoh: seorang dental assistant dapat menjelaskan teknik-teknik sterilisasi untuk instrumen kritis dan semi-kritis.

3. Aplikasi (*application*) adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Contoh: seorang dental assistant dapat menghitung jumlah cairan desinfektan yang dibutuhkan untuk melakukan sterilisasi.
4. Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis (*synthesis*) adalah kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi (*evaluation*) adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.1.4 Cara Memperoleh Pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan bervariasi, ada berbagai cara untuk bisa memperoleh pengetahuan, dari berbagai cara yang sudah dipakai untuk mendapatkan kesesuaian pengetahuan tersebut dikelompokkan menjadi 2 cara, yaitu cara tradisional (non ilmiah) atau cara memperoleh pengetahuan tanpa dilakukan penelitian ilmiah dan cara modern (ilmiah) yang diperoleh dengan prosedur penelitian (Notoatmodjo, 2018).

1. Cara non ilmiah

Cara non ilmiah merupakan cara tradisional atau kuno yang digunakan untuk memperoleh pengetahuan, cara ini digunakan sebelum ditemukannya metode

ilmiah. Cara non ilmiah digunakan tanpa melalui proses penelitian dengan cara metode penemuan secara sistematis dan logis.

a. Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara ini merupakan cara yang paling lama digunakan karena orang sudah menggunakan cara ini sebelum adanya adat, bahkan mungkin sebelum adanya kultur. Cara ini dilakukan dengan sebagian peluang dalam membongkar suatu perkara, dan seandainya kemungkinan tersebut tidak berhasil maka diganti dengan kemungkinan lainnya.

b. Secara Kebetulan

Cara ini merupakan cara yang penemunya tidak sengaja menemukan suatu kebenaran atau secara kebetulan bisa terjadi karena ketidaksengajaan.

c. Cara kekuasaan (Otoritas)

Cara ini merupakan kebiasaan yang diwariskan secara empiris dari satu Angkatan ke angkatan berikutnya. Kebiasaan ini tidak hanya terjadi dalam masyarakat kuno tetapi juga terjadi pada masyarakat kontemporer. Pengetahuan didapat berlandaskan dari seorang yang berpengaruh, yaitu seseorang yang mendominasi dan memiliki karisma dalam hal adatistiadat, kekuasaan pemerintahan, pengaruh pemimpin agama, ataupun seorang ilmuan.

d. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Ada peribahasa yang berbunyi bahwa pengalaman merupakan guru terbaik. Peribahasa ini mempunyai arti bahwa pengalaman adalah benih pengetahuan atau cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

Pengalaman pribadi bisa digunakan sebagai cara untuk memperoleh pengetahuan dengan melalui pengulangan kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi di masa lalu

e. Cara Akal Sehat

Akal sehat atau disebut juga common sense bisa digunakan untuk menemukan teori atau kebenaran. Akal sehat sebagai cara untuk memperoleh pengetahuan yang didapatkan secara tidak sengaja bersifat sporadic dan kebetulan.

f. Kebenaran Melalui Wahyu

Ajaran atau akidah agama merupakan kebenaran yang diwahyukan dari tuhan melalui para nabi. Kebenaran yang diterima nabi adalah wahyu dari Allah bukan dari hasil akibat pemikiran atau penelitian manusia.

g. Kebenaran Secara Intuitif

Pengetahuan secara intuitif didapatkan secara cepat melalui metode diluar kesadaran dan tidak melalui metode pemikiran. Kebenaran yang didapatkan secara intuitif sulit diyakini karena karena tidak memakai metode yang sistematis dan terstruktur.

h. Melalui Jalan Pemikiran

Untuk bisa mendapatkan pengetahuan manusia bisa menggunakan jalan pikirannya, baik cara induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi merupakan cara membuat pemikiran secara langsung maupun tidak langsung melalui penjelasan yang dijabarkan oleh seseorang yang kemudian dihubungkan hingga didapatkan suatu kesimpulan.

i. Induksi

Induksi adalah cara untuk menarik sebuah kesimpulan yang dimulai dari sebuah pertanyaan khusus kearah pertanyaan umum. Kesimpulan yang terbentuk dalam induksi didasarkan pada pengalaman empiris yang diterima oleh indera. Berdasarkan pada proses pemikiran induksi dikelompokkan menjadi dua yaitu induksi sempurna dan induksi tidak sempurna. Induksi sempurna apabila suatu kesimpulan didapat dari penjumlahan kesimpulan tertentu. Proses berpikir induksi ini terjadi apabila dalam proses berpikir tersebut menggunakan hasil pengamatan mengenai segala peristiwa tertentu yang berhubungan dengan suatu hal, maka dari itu disebut induksi sempurna. Induksi tidak sempurna terbentuk ketika kesimpulan yang didapat diperoleh dari lompatan dari pertanyaan-pertanyaan khusus. Dasar dari kesimpulan yang didapatkan tidak berasal dari penjumlahan dari masing-masing objek yang diteliti tetapi dari sebagian subjek yang dijadikan bahan penelitian.

j. Deduksi

Deduksi merupakan kebalikan dari induksi, karena pembuatan kesimpulan deduksi berasal dari pernyataan-pernyataan yang bersifat umum kearah pernyataan yang bersifat khusus. Dalam prosedur berpikir deduksi sesuatu yang dianggap benar secara umum hanya ada pada kelas tertentu, begitu juga dengan kebenaran suatu peristiwa yang terjadi pada kelas tersebut.

2. Cara ilmiah

Cara ilmiah merupakan cara baru (*modern*) untuk mendapatkan pengetahuan karena sifatnya lebih terstruktur, rasional dan saintifik. Cara ini disebut sebagai metode penelitian (*research methodology*). Farncis Bacon merupakan seorang tokoh yang mengembangkan cara berpikir induktif, beliau juga merupakan orang mengembangkan metode ilmiah. Cara ilmiah dilakukan dengan melakukan observasi secara langsung mengenai fenomena alam maupun populasi, selanjutnya hasil pengamatan tersebut digabungkan dan dikategorikan lalu hasil akhirnya dijadikan sebuah kesimpulan umum. Kesimpulan umum didapatkan dari observasi langsung dan catatan fakta sehubungan dengan objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2018).

2.1.5 Faktor-Faktor Pengetahuan

Menurut Azhar Affandi dan Euis Soliha, 2023: faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan antara lain:

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan memengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah seseorang tersebut untuk menerima informasi. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan di mana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula

pengetahuannya. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal.

2. Umur

Umur merupakan lama waktu hidup atau sejak kelahiran. Ada dua sikap mengenai jalannya perkembangan selama hidup, yaitu:

- a. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai, semakin banyak hal yang dikerjakan.
- b. Tidak dapat mengerjakan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental.

3. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu yang dilakukan untuk mencari nafkah, adanya pekerjaan memerlukan waktu dan tenaga untuk menyelesaikan berbagai jenis pekerjaan masing-masing dianggap penting dan memerlukan perhatian, masyarakat yang sibuk hanya memiliki sedikit waktu untuk memperoleh informasi.

4. Pengalaman

Seseorang yang memiliki pengalaman yang luas akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuannya.

5. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal

balik ataupun tidak yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

6. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan, status ekonomi seseorang juga akan menentukan terjadinya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan memengaruhi pengetahuan seseorang.

2.1.6 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau lewat angket yang menanyakan tentang suatu materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

Menurut Arikunto (2014), pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yaitu:

1. Baik: Bila subyek mampu menjawab dengan benar 76% - 100% dari seluruh pertanyaan
2. Cukup: Bila subyek mampu menjawab dengan benar 56%- 75% dari seluruh pertanyaan
3. Kurang: Bila subyek mampu menjawab dengan benar $\leq 55\%$ dari seluruh pertanyaan

2.2 Konsep Penerapan

2.2.1 Pengertian Penerapan

Kamus Besar Bahasa Indonesia mengartikan sebagai penerapan atau pelaksanaan. Menurut Mulyana (2014), aktualisasi mengacu pada aktualisasi kurikulum sebagai pembelajaran dan pembentukan kompetensi dan karakter peserta didik. Menurut Hamalik (2013) implementasi atau penerapan adalah suatu penerapan ide, konsep, strategi, atau inovasi dalam bentuk tindakan praktis sehingga memberikan dampak, baik perubahan pengetahuan, ketrampilan, maupun nilai dan sikap. Kemudian menurut Gordon (Mulyadi, 2015) menyatakan implementasi atau penerapan mengenai berbagai kegiatan yang diarahkan pada realisasi program.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa implementasi adalah pelaksanaan tindakan yang telah direncanakan secara matang dan disusun secara rinci sehingga dapat memberikan dampak perubahan pengetahuan, keterampilan, dan sikap pada peserta didik. Seperti halnya guru dalam mengimplementasikan kurikulum 2013, pendidik sesungguhnya harus memahami kurikulum pendidikan agar dapat mencapai tujuan yang telah ditentukan atau yang telah direncanakan.

2.3 MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)

2.3.1 Definisi MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)

Menurut Ratna Sitorus dan Yuli (2006), Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah suatu sistem menyeluruh yang mencakup struktur,

proses dan nilai-nilai profesional, yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan. Selain itu, Ratna Sitorus & Yulia, (2005) mendefinisikan MPKP sebagai metode pelayanan keperawatan dari sistem, struktur, proses dan nilai-nilai profesional, yang memfasilitasi perawat profesional yang mempunyai kemampuan dan tanggung jawab dalam mengatasi masalah keperawatan dan telah menghasilkan berbagai jenjang produk keperawatan untuk pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan tempat asuhan keperawatan tersebut diberikan.

MPKP dicirikan oleh empat komponen utama yaitu standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan dan system MPKP. definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini dan akan menentukan kualitas produksi atau jasa layanan keperawatan. Untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan atau keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien, sangat penting bagi perawat untuk bertindak sebagai pengambil keputusan yang independen, berpedoman pada nilai nilai tersebut (Nursalam, 2011). Secara keseluruhan MPKP merupakan sistem atau prinsip keperawatan yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan demi meningkatkan kepuasan pasien.

Seperti yang dijelaskan oleh Hoffart dan Woods (1996) dalam karya (Nursalam, 2011), Model Praktik Keperawatan Profesional merupakan suatu system baik itu struktur, proses, maupun nilai-nilai yang berpotensi perawat profesional memenejemen pemberian asuhan keperawatan salah satunya lingkungan untuk mendukung proses pemberian asuhan keperawatan. Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) memiliki potensi untuk

meningkatkan kualitas asuhan keperawatan melalui beberapa langkah kronologis yang melibatkan struktur, proses, dan nilai-nilai yang diterapkan dalam praktik keperawatan. Terdapat beberapa penelitian yang mendukung kontribusi penerapan MPKP dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Salah satunya adalah penelitian oleh Prasetyo dan Rahmawati (2018), yang menemukan bahwa penerapan MPKP di rumah sakit tertentu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, terutama dalam hal penggunaan metode penilaian yang tepat, identifikasi kebutuhan pasien yang komprehensif, dan pelaksanaan intervensi yang efektif. Selain itu, penelitian oleh Nursalam (2011) menunjukkan bahwa penerapan MPKP berkontribusi pada peningkatan kepuasan pasien, keterlibatan keluarga dalam perawatan, serta kolaborasi antarperawat dan tim kesehatan lainnya.

Sistem MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional) Tim adalah metode yang menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2 – 3 tim/ group yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling membantu. Metode ini biasa digunakan pada pelayanan keperawatan di unit rawat inap, rawat jalan dan unit gawat darurat (Nursalam, 2015). Nursalam (2015) menjelaskan konsep pelaksanaan metode tim ruang rawat antara lain: ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan; pentingnya komunikasi yang efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin; anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim; peran kepala ruangan penting dalam model tim, model ini akan berhasil bila didukung oleh kepala ruangan.

Berikut Kelebihan pelaksanaan metode tim (Nursalam, 2015) antara lain: memudahkan pemberian pelayanan keperawatan yang komprehensif, membantu pelaksanaan proses keperawatan dan memfasilitasi komunikasi antar tim sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim. Kelemahan dari pelaksanaan metode tim (Nursalam, 2015) adalah komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu dimana sulit untuk melaksanakan pada waktu-waktu sibuk. Saat ini, sudah cukup banyak lembaga pelayanan kesehatan yang menerapkan sistem MPKP.

2.3.2 Dasar Pertimbangan Pemilihan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Menurut Mc.Laughin dan Thomas Dignitary Barterm (1995) sebagaimana dikutip dalam karya (Nursalam, 2011) terdapat 8 model pemberian asuhan keperawatan, namun model yang umum digunakan di rumah sakit adalah Keperawatan Tim dan Keperawatan Primer. Saat mempertimbangkan perubahan dalam model praktik keperawatan, perlu untuk mempertimbangkan lima unsur utama dalam penentuan pemilihan model praktik keperawatan profesional yaitu :

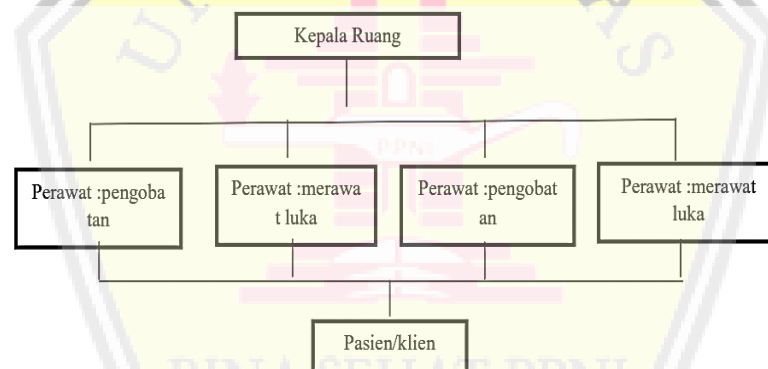
1. Sesuai dengan visi dan misi institusi.
2. Dapat diterapkan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan.
3. Efisien dan efektif penggunaan biaya.
4. Terpenuhinya kepuasan klien keluarga dan masyarakat.
5. Kepuasan kinerja perawat.

2.3.3 Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Macam-macam Model Praktik Keperawatan Profesional menurut Ratna Sitorus (2011) dalam bukunya yang berjudul *Nursing in the Ongoing Room* adalah sebagai berikut:

1. Fungsional

Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua. Pada saat itu karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat maka setiap perawat hanya melakukan 1-2 jenis intervensi (misalnya, merawat luka) keperawatan kepada semua pasien di bangsal.



Sumber: (Wibowo Hanafi Ari Susanto et al., 2023:45)

GAMBAR 2.1. STRUKTUR FUNGSIONAL

Kelebihan:

- 1) Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik.
- 2) Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga.
- 3) Perawat senior menyibukkan diri dengan tugas manajerial, sedangkan perawat pasien di serahkan kepada perawat junior dan atau belum

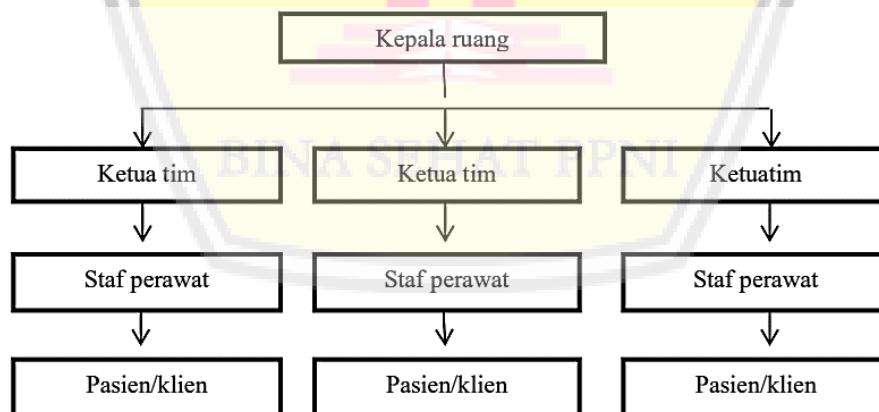
berpengalaman.

Kekurangan:

- 1) Tidak memberikan kepuasan pada pasien maupun perawat.
- 2) Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan.
- 3) Persepsi perawat cenderung kepada tindakan yang berkaitan dengan keterampilan saja.

2. Keperawatan Tim

Metode ini menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grup yang terdiri dari tenaga profesional, tehnikal dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling membantu.



Sumber: (Wibowo Hanafi Ari Susanto et al., 2023:47)

Gambar 2.2. Struktur Keperawatan Tim

Kelebihan:

- 1) Memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh.

- 2) Mendukung pelaksanaan proses keperawatan.
- 3) Memungkinkan komunikasi antar tim sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim.

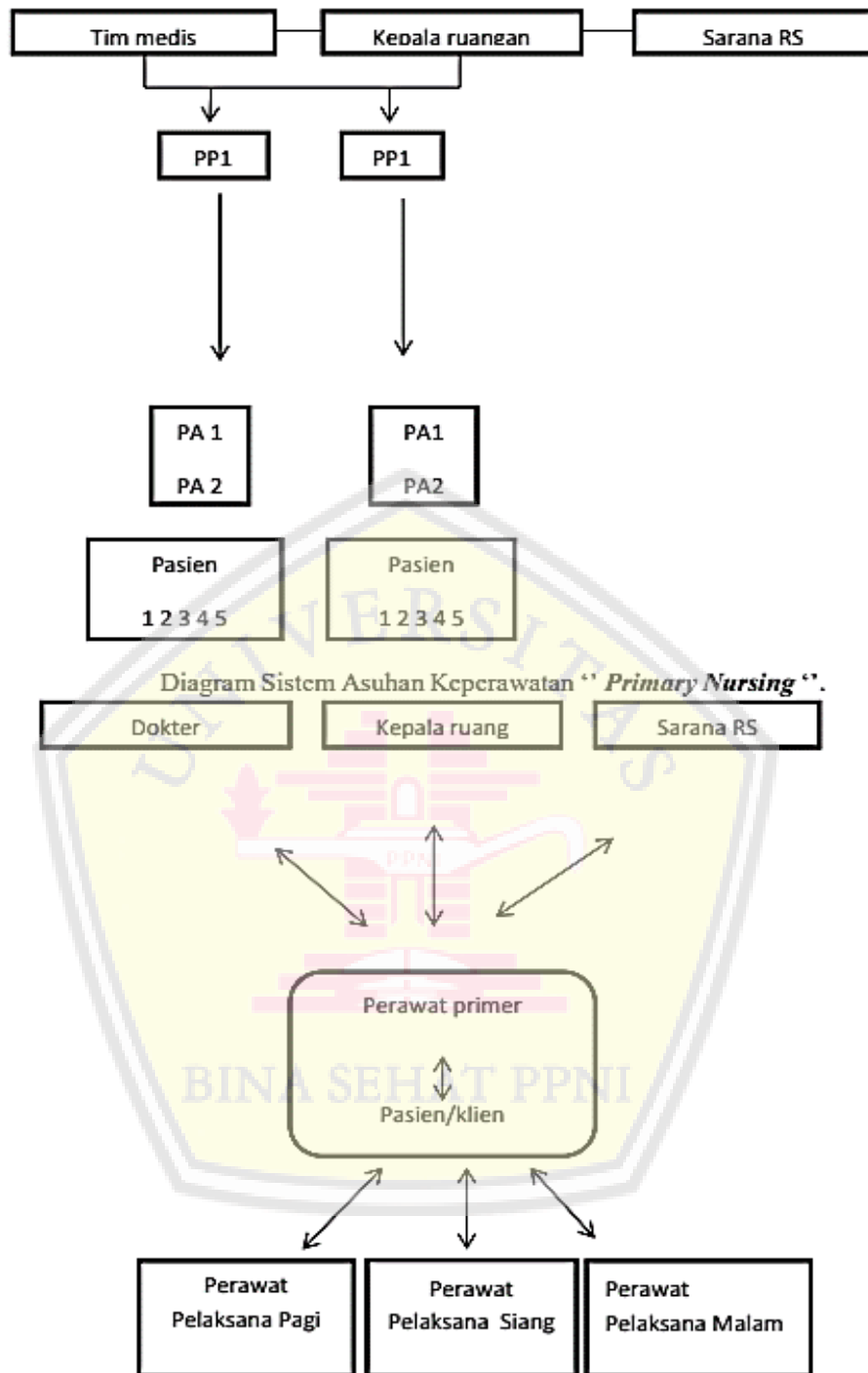
Kekurangan:

- 1) Komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu dimana sulit untuk melaksanakan pada waktu-waktu sibuk.

Konsep metode tim:

- 1) Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan.
 - 2) Pentingnya komunikasi yang efektif agar komunikasi yang efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin.
 - 3) Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim.
 - 4) Peran kepala ruang penting dalam model tim. Model tim akan berhasil baik bila didukung oleh Kepala Ruang.
3. Keperawatan primer

Metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara si pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi Asuhan Keperawatan selama pasien dirawat.



Sumber: (Wibowo Hanafi Ari Susanto et al., 2023:49)

Gambar 2.3. Struktur Keperawatan Primer

Kelebihan:

- 1) Bersifat kontinuitas dan komprehensif.

- 2) Perawat primer mendapatkan akontabilitas yang tinggi terhadap hasil dan memungkinkan pengembangan diri.
- 3) Keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter, dan rumah sakit (Gillies, 1989). Keuntungan yang dirasakan adalah pasien merasa dimanusiawikan karena terpenuhinya kebutuhan secara individu. Selain itu asuhan yang diberikan bermutu tinggi dan tercapai pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi dan advokasi. Dokter juga merasakan kepuasan dengan model primer karena senantiasa mendapatkan informasi tentang kondisi pasien yang selalu diperbarui dan komprehensif.

Kekurangan:

- 1) Hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin.

4. Manajemen Kasus

Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk keperawatan khusus seperti : isolasi, *intensive care*.



Sumber: (Wibowo Hanafi Ari Susanto et al., 2023:50)

Gambar 2.4. Struktur Manajemen Kasus

Kelebihan:

- 1) Perawat lebih memahami kasus per kasus.
- 2) Sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah.

Kekurangan :

- 1) Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggung jawab.
- 2) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.

5. Modifikasi: Tim Primer

Pada model MPKP Tim Primer digunakan secara kombinasi dari kedua sistem.

Menurut Sitorus (2000) penetapan sistem model MPKP ini didasarkan pada beberapa alasan.

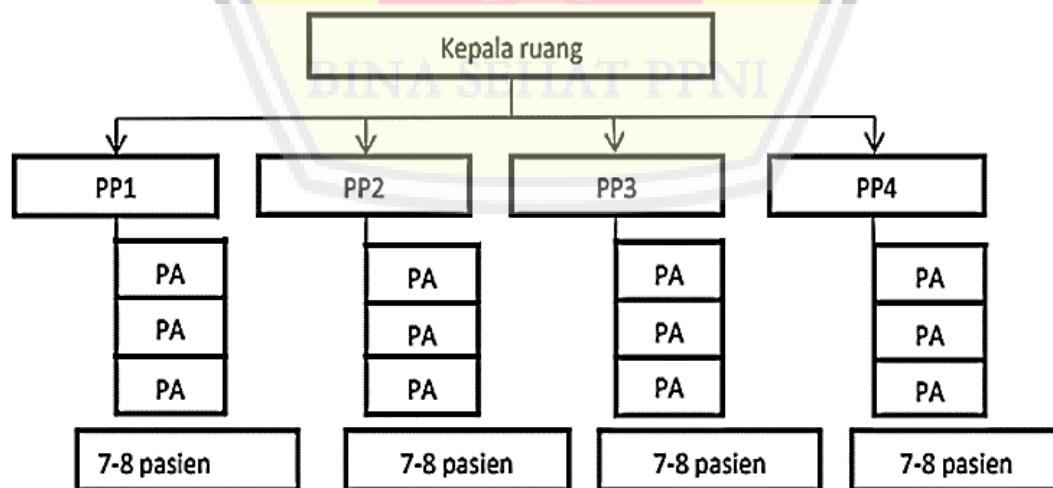
- 1) Keperawatan primer tidak digunakan secara murni, karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan S1 Keperawatan atau setara.
- 2) Keperawatan Tim tidak digunakan secara murni, karena tanggung jawab

asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada bagian TIM.

- 3) Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akontabilitas asuhan keperawatan terdapat pada primer. Disamping itu karena saat ini jenis pendidikan perawat yang ada di RS, sebagian besar adalah lulusan SPK, maka akan mendapat bimbingan dari perawat primer /Ketua Tim tentang asuhan keperawatan.

Contoh (dikutip dari Sitorus, 2002)

Untuk ruang model MPKP ini diperlukan 26 perawat. Dengan menggunakan model modifikasi keperawatan primer ini diperlukan 4 (empat) orang perawat primer (PP) dengan kualifikasi S1 Keperawatan/DIV Keperawatan, di samping seorang kepala ruang rawat juga S1/DIV Kep. Perawat Asociet (PA) 21 orang, kualifikasi pendidikan perawat asociet terdiri dari lulusan D3 Kep dan SPK (3 orang). Pengelompokan Tim pada setiap shift/jaga terlihat pada gambar di bawah ini.



(Wibowo Hanafi Ari Susanto et al., 2023:51)

Gambar 2.5. Struktur Modifikasi Tim Primer

2.3.4 Indikator MPKP

Indikator mutu pelayanan keperawatan berdasarkan pada departemen kesehatan republik indonesia tahun 2008 adalah:

1. Keselamatan pasien

Indikator keselamatan pasien meliputi berbagai aspek, termasuk pencegahan dekubitus (ulkus tekan), pencegahan jatuh, pengelolaan dan pencegahan kesalahan dalam pemberian obat, serta pencegahan cedera yang disebabkan oleh penggunaan restraint (penahanan fisik).

2. Perawatan diri

Indikator perawatan diri mencakup penilaian terhadap kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, berpindah tempat, berpakaian, dan melakukan kegiatan lain yang terkait dengan perawatan diri.

3. Kepuasan pasien

Indikator kepuasan pasien mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Aspek-aspek yang dievaluasi dalam indikator ini meliputi komunikasi yang efektif, empati dari tenaga kesehatan, kepatuhan terhadap privasi pasien, kejelasan informasi, waktu tanggapan yang memadai, dan pemenuhan kebutuhan pasien.

4. Kecemasan

Indikator kecemasan mencakup penilaian terhadap tingkat kecemasan pasien selama menjalani perawatan. Faktor-faktor seperti kekhawatiran, ketidaknyamanan, perasaan tidak aman, dan ketidakpastian dapat dinilai dalam indikator ini.

5. Kenyamanan

Indikator kenyamanan mengevaluasi tingkat kenyamanan pasien selama menjalani perawatan. Faktor-faktor yang dievaluasi meliputi kenyamanan fisik seperti suhu, kebisingan, kenyamanan tempat tidur, serta kenyamanan lingkungan di sekitar pasien.

6. Pengetahuan

Indikator pengetahuan mencakup penilaian terhadap tingkat pengetahuan pasien tentang kondisi kesehatannya, rencana perawatan, dan tindakan yang harus dilakukan untuk pemulihan. Penilaian pengetahuan dapat dilakukan melalui percakapan, pertanyaan langsung kepada pasien, dan pemberian informasi kepada pasien.

2.3.5 Pilar - Pilar Dalam Model Praktik Keperawatan Professional (MPKP)

Dalam model praktik keperawatan professional terdiri dari empat pilar (Keliat, 2012) diantaranya adalah

1. Pilar I : Pendekatan Manajemen Keperawatan

Dalam model praktik keperawatan mensyaratkan pendekatan manajemen sebagai pilar praktik perawatan professional yang pertama. Pada pilar I yaitu pendekatan manajemen terdiri dari

- 1) *Planning* (Perencanaan) merupakan kegiatan merumuskan visi, misi, filosofi, kebijakan, dan rencana jangka pendek (harian, bulanan, dan tahunan). Dalam konteks ruang MPKP (Manajemen Pelayanan Keperawatan), perencanaan melibatkan penyusunan strategi dan tujuan

yang akan dikejar oleh tim atau unit keperawatan. Hal ini termasuk perumusan visi dan misi departemen keperawatan, filosofi pelayanan yang akan diusung, serta penetapan kebijakan dan rencana kerja jangka pendek.

- 2) *Organizing* (Pengorganisasian) merupakan kegiatan menyusun struktur organisasi, jadwal dinas, dan daftar alokasi pasien. Dalam ruang MPKP, pengorganisasian melibatkan pembentukan struktur organisasi yang jelas untuk departemen keperawatan, termasuk pengaturan tanggung jawab dan wewenang, serta penentuan jadwal dinas bagi anggota tim keperawatan. Selain itu, pengorganisasian juga melibatkan alokasi pasien yang tepat kepada perawat berdasarkan kebutuhan dan prioritas.
- 3) *Actuating* (Pengarahan) merupakan kegiatan dalam manajemen yang melibatkan delegasi tugas, supervisi, menciptakan iklim motivasi, manajemen waktu, komunikasi efektif, termasuk pre dan post conference, dan manajemen konflik. Dalam ruang MPKP, pengarahan melibatkan pengelolaan tim keperawatan yang efektif. Ini mencakup delegasi tugas dan tanggung jawab kepada anggota tim yang sesuai dengan kompetensi mereka, supervisi dalam memastikan penerapan standar pelayanan yang baik, menciptakan iklim motivasi yang mendukung kinerja tim, manajemen waktu yang efisien, komunikasi yang efektif antar anggota tim termasuk melalui pre dan post conference, serta penanganan konflik secara konstruktif.
- 4) *Supervision* (Pengawasan) merupakan kegiatan pengawasan dalam manajemen yang melibatkan pemantauan kinerja, evaluasi, dan pemberian

umpan balik kepada anggota tim. Dalam konteks MPKP, pengawasan melibatkan pemantauan langsung atau tidak langsung terhadap kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk menilai kualitas pelayanan dan pencapaian tujuan, serta memberikan umpan balik kepada perawat guna perbaikan kinerja.

- 5) *Controlling* (Pengendalian) merupakan kegiatan pengendalian dalam manajemen yang melibatkan pengukuran, perbandingan, dan tindakan perbaikan terhadap kinerja. Dalam ruang MPKP, pengendalian mencakup pengukuran dan evaluasi terhadap indikator-indikator mutu pelayanan keperawatan yang telah ditetapkan. Hasil pengukuran dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan, dan jika ada ketidaksesuaian, dilakukan tindakan perbaikan untuk memastikan kualitas pelayanan yang optimal.

2. Pilar II: Sistem Penghargaan

Manajemen sumber daya manusia diruang model praktik keperawatan professional berfokus pada proses rekrutmen, seleksi kerja orientasi, penilaian kinerja, staf perawat. proses ini selalu dilakukan sebelum membuka ruang MPKP dan setiap ada penambahan perawatan baru.

3. Pilar III: Hubungan Professional

Hubungan professional dalam pemberian pelayanan keperawatan (tim kesehatan) dalam penerima palayana keperawatan (klien dan keluarga). Pada pelaksanaannya hubungan professional secara internal artinya hubungan yang

terjadi antara pembentuk pelayanan kesehatan misalnya antara perawat dengan perawat, perawat dengan tim kesehatan dan lain – lain. Sedangkan hubungan professional secara eksternal adalah hubungan antara pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

4. Pilar IV : Manajemen Asuhan Keperawatan

Salah satu pilar praktik professional perawatan adalah pelayanan keperawat dengan menggunakan manajemen asuhan keperawatan di MPKP tertentu. Manajemen asuhan keperawatan yang diterapkan di MPKP adalah asuhan keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan.

2.3.6 Penentuan MPKP (Model Praktek Keperawatan Profesional)

Untuk melakukan penerapan MPKP ada dua komponen yang dapat digunakan untuk penataan, yaitu :

1. Ketenagaan

Pengalaman kerja karyawan biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja dimana pengalaman kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja, maka kecakapan akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Seseorang akan mencapai kepuasan tertentu bila sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan. Semakin lama karyawan bekerja mereka cenderung lebih terpuaskan dengan pekerjaan mereka. Para karyawan yang relatif baru cenderung terpuaskan karena berbagai pengharapan yang tinggi. Selain itu penentuan jumlah tenaga keperawatan tidak ditetapkan sesuai dengan derajat ketergantungan klien. Padahal pada

pelayanan professional keperluan jumlah tenaga tergantung jumlah klien dan derajat ketergantungan klien. Menurut (Douglas, 1984) derajat ketergantungan klien dikategorikan menjadi 3 yaitu: perawatan minimal dengan kebutuhan waktu 1-2 jam/24jam, perawatan intermediet dengan kebutuhan waktu 3-4 jam/24jam, perawatan total dengan kebutuhan waktu 5-6 jam/24jam. Penelitian Douglas (1975) dalam (Supriyatno, 2003) menyatakan bahwa kebutuhan tenaga pada setiap waktu berdasarkan tingkat ketergantungan pasien.

2. Metode pemberian asuhan keperawatan

Terdapat 4 metode pemberian asuhan keperawatan yaitu metode fungsional, metode kasus, metode tim dan metode keperawatan primer (Gillies, 1989). Berdasarkan metode tersebut hanya metode tim dan primer yang memungkinkan dalam pemberian pelayanan professional. Dalam hal ini adanya penerimaan pasien baru, sentralisasi obat, timbang terima, ronde keperawatan dan supervisi (Nursalam, 2011).

2.3.7 Sistem MPKP (Model Praktek Keperawatan Profesional)

Langkah awal dalam keperawatan menuntut perawat setempat untuk mendata pengalaman masa lalu pasien, pengetahuan pasien, perasaan dan harapan kesehatan dimasa mendatang melalui pengkajian (Yayan & Suarli, 2010).

1. Pengkajian

Pengkajian terdiri dari proses pengumpulan data-data, memvalidasi data yang telah terkumpul, dan menginterpretasikan informasi mengenai pasien/klien tersebut.

2. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian kemudian data-data dianalisis dan diambil keputusan hal ini merupakan tahap diagnosis. Keputusan tersebut dapat dikatakan sebagai diagnosis (masalah kesehatan aktual/potensial) yang meliputi pengelompokkan analisis data dan merumuskan diagnosis. Oleh karenanya perawat yang berwenang untuk mendiagnosis harus memiliki pengetahuan yang mumpuni tentang patofisiologi, daerah masalah keperawatan, serta kemampuan untuk berpikir secara objektif dan kritis. Diagnosa keperawatan yang sudah dirumuskan tercantum pada daftar masalah klien kemudian ditandatangani oleh perawat yang berwenang terhadap klien tersebut.

3. Intervensi

Setelah melakukan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan intervensi kepada pasien dapat dibuat. Perawat dapat memilih tindakan khusus dari banyaknya tindakan alternatif dari sumber- sumber yang tersedia dalam jangka waktu panjang maupun pendek untuk membantu klien/pasien mempertahankan kesehatan yang optimal.

4. Implementasi

Perawat mengarahkan, membantu, mengkaji, dan memberikan pendidikan baik kepada sejawat ataupun pasien dan termasuk juga dilakukan evaluasi pada respon sikap dan pendidikan. Hal tersebut dikatakan sebagai implementasi. Perawat yang professional harus memakai semua metode

manajemen. Salah satunya adalah pengawasan dan menolong pegawai staf dalam pemberian asuhan keperawatan dengan baik. Perawat juga harus mampu memakai sikap kepemimpinan untuk meyakinkan pasien menerima asuhan yang diperlukan setiap saat sesuai cara yang dikehendaki.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap yang kelima dalam proses asuhan keperawatan. Evaluasi adalah pertimbangan dan standar dari tindakan praktik yang telah dilakukan dengan tujuan yang telah ditentukan sebelumnya dalam proses asuhan keperawatan. Evaluasi ini dapat mencapai titik efektif apabila tujuan yang telah ditentukan sebelumnya sudah cukup realistis dan sekiranya bisa dilakukan dan dicapai oleh perawat, pasien, serta keluarga.

Lima tahapan dalam asuhan keperawatan dilakukan secara kontinu dengan metode penugasan yang telah ditetapkan oleh manajer keperawatan sebelumnya. Manajer keperawatan ikut campur dalam proses manjerial yang meliputi fungsi manajemen agar bisa mempengaruhi perawat ditingkat bawah manajer keperawatan. Semua itu dilakukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kode etik dan standar praktik keperawatan (Yayan & Suarli, 2010).

2.3.8 Langkah-langkah dalam MPKP

1. Tahap Persiapan

Menurut Sitorus, 2006 di dalam (Basuki, 2018) Pada tahap persiapan penerapan MPKP ini ada beberapa hal yang harus dilakukan, yaitu :

a) Pembentukan Tim

Jika MPKP akan diimplementasikan di rumah sakit yang digunakan sebagai tempat proses belajar bagi pembaca keperawatan, sebaiknya kelompok kerja ini melibatkan staf dari institusi yang berkaitan. Sehingga kegiatan ini merupakan kegiatan kolaborasi antara pelayanan/ rumah sakit dan institusi pendidikan. Tim ini bisa terdiri dari seorang koordinator departemen, seorang penyelia, dan kepala ruang rawat serta tenaga dari institusi pendidikan.

b) Rencana Penilaian Mutu

Penilaian mutu asuhan keperawatan meliputi kepuasan klien/ keluarga kepatuhan perawat terhadap standar yang dinilai dari dokumentasi keperawatan, lama hari rawat dan angka infeksi nosokomial.

c) Presentasi MPKP

Berikutnya dilakukan presentasi tentang MPKP dan hasil penilaian mutu asuhan kepada pimpinan rumah sakit, departemen, staf keperawatan, dan staf lain yang terlibat. Pada presentasi ini juga, sudah dapat ditetapkan ruang rawat tempat implementasi MPKP akan dilaksanakan.

d) Penempatan tempat implementasi MPKP

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penempatan tempat implementasi MPKP, antara lain :

1) Mayoritas tenaga perawat merupakan staf baru di ruang tersebut.

Hal ini diperlukan sehingga dari awal tenaga perawat tersebut akan

mendapat binaan tentang kerangka MPKP.

- 2) Bila terdapat ruang rawat, sebaiknya ruang rawat tersebut terdiri dari 1 swasta dan 1 ruang rawat yang nantinya akan dikembangkan sebagai pusat pelatihan bagi perawat dari ruang rawat lain.

e) Penetapan Tenaga Keperawatan

Penentuan jumlah tenaga keperawatan pada MPKP di suatu ruang rawat ditetapkan dari klasifikasi klien berdasarkan derajat ketergantungan. Untuk menetapkan jumlah tenaga keperawatan di suatu ruang rawat didahului dengan menghitung jumlah klien berdasarkan derajat ketergantungan dalam waktu tertentu, minimal selama 7 hari berturut-turut.

f) Penetapan Jenis Tenaga

Pada MPKP metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah metode modifikasi keperawatan primer. Dengan demikian, dalam suatu ruang rawat terdapat beberapa jenis tenaga, meliputi : Kepala ruang perawat, *Clinical care manager*, Perawat primer, Perawat asociet.

g) Pengembangan Standar Rencana Asuhan Keperawatan

Pengembangan standar rencana asuhan keperawatan bertujuan untuk mengurangi waktu menulis, sehingga waktu yang tersedia banyak dilakukan untuk melakukan tindakan sesuai kebutuhan klie. Adanya standar rencana asuhan keperawatan menunjukkan asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan konsep dan teori keperawatan

yang kukuh, yang merupakan salah satu karakteristik pelayanan profesional. Format standar rencana asuhan keperawatan yang digunakan biasanya terdiri dari bagian-bagian tindakan keperawatan meliputi : diagnose keperawatan dan data penunjang, tujuan, tindakan keperawatan dan kolom keterangan.

h) Penetapan Format Dokumentasi Keperawatan

Selain standar rencana asuhan keperawatan, format dokumentasi keperawatan lain yang diperlukan adalah :

- (a) Format pengkajian awal keperawatan.
- (b) Format implementasi tindakan keperawatan.
- (c) Format kardex.
- (d) Format catatan perkembangan.
- (e) Format daftar infuse termasuk instruksi atau pesan dokter.
- (f) Format laporan pergantian shif.
- (g) Resume perawatan.

i) Identifikasi Masalah

Fasilitas minimal yang dibutuhkan pada suatu ruang MPKP sama dengan fasilitas yang dibutuhkan pada suatu ruang rawat. Adapun fasilitas tambahan yang diperlukan adalah :

- (a) Badge atau kartu nama tim, merupakan kartu identitas tim yang berisi nama PP dan PA dalam tim tersebut. Kartu ini digunakan pertama kali saat melakukan kontrak dengan klien/ keluarga

- (b) Papan MPKP, berisi daftar nama-nama klien, PP, PA, dan timnya serta dokter yang merawat klien

2. Tahap Pelaksanaan

Menurut Sitorus, 2006 di dalam (Basuki, 2018) Pada tahap pelaksanaan MPKP dilakukan langkah-langkah berikut:

- (a) Pelatihan tentang MPKP diberikan kepada semua perawat yang terlibat diruang yang sudah ditentukan.
- (b) Memberikan bimbingan kepada perawat primer (PP) dalam melakukan konferensi. Konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. Konferensi dilakukan setelah melakukan operan dinas, sore atau malam sesuai jadwal dinas PP. Konferensi sebaiknya dilakukan ditempat tersendiri sehingga dapat mengurangi gangguan dari luar.
- (c) Memberi bimbingan kepada perawat primer (PP) dalam melakukan ronde dengan perawata asosiate (PA). Ronde keperawatan bersama dengan PA sebaiknya juga dilakukan setiap hari. Ronde ini penting selain untuk supervisi kegiatan PA, juga sarana bagi PP untuk memperoleh tambahan data tentang kondisi klien.
- (d) Memberi bimbingan kepada PP dalam memanfaatkan standar rencana asuhan keperawatan. Standar rencana asuhan keperawatan merupakan acuan bagi tim dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Semua masalah dan tindakan yang direncanakan mengacu pada standar tersebut.

- (e) Memberi bimbingan kepada PP dalam membuat kontrak/ orientasi dengan klien/keluarga. Kontrak antara perawat dan klien/ keluarga merupakan kesepakatan antara perawat dan klien/ keluarganya dalam pemberian asuhan keperawatan. Kontrak ini diperlukan agar hubungan saling percaya antar perawat dan klien dapat terbina. Kontrak diawali dengan pemberian orientasi bagi klien dan keluarganya.
- (f) Memberi bimbingan kepada PP dalam melakukan presentasi kasus dalam tim. PP secara teratur diharapkan dapat mempresentasikan kasus-kasus klien yang dirawatnya. Melalui kasus ini PP dan PA dapat lebih mempelajari kasus yang ditanganinya secara mendalam.
- (g) Memberi bimbingan kepada Clinical Care Manager (CCM) dalam membimbing PP dan PA. Bimbingan CCM terhadap PP dan PA dalam melakukan implementasi MPKP dilakukan melalui supervisi secara berkala. Agar terdapat kesinambungan bimbingan, diperlukan buku komunikasi CCM. Buku ini menjadi sangat diperlukan karena CCM terdiri dari beberapa orang yaitu anggota tim/ panitia yang diatur gilirannya untuk memberikan bimbingan kepada PP dan PA. Bila sudah ada CCM tertentu untuk setiap ruangan, buku komunikasi CCM tidak diperlukan lagi.
- (h) Memberi bimbingan kepada tim tentang dokumentasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan menjadi bukti tanggung jawab perawat kepada klien. Oleh karena itu, pengisian dokumentasi secara tepat

menjadi penting.

3. Evaluasi

Menurut Sitorus, 2006 di dalam (Basuki, 2018) Evaluasi proses dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen evaluasi MPKP oleh CCM. Evaluasi proses dilakukan oleh CCM dua kali dalam seminggu. Evaluasi ini bertujuan untuk mengidentifikasi secara dini masalah-masalah yang ditemukan dan dapat segera di beri umpan balik atau bimbingan. Evaluasi hasil (*outcome*) dapat dilakukan dengan:

- (a) Memberikan instrumen evaluasi kepuasan klien/ keluarga untuk setiap klien pulang.
- (b) Mengevaluasi kepatuhan perawat terhadap standar yang dinilai berdasarkan dokumentasi.
- (c) Penilaian infeksi nosokomial (biasanya ditetapkan per ruang rawat).
- (d) Penilaian rata-rata lama hari perawat.

2.3.9 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perubahan MPKP

Faktor-faktor yang berhubungan dalam perubahan MPKP (Nursalam, 2022:168)

1. Kualitas pelayanan keperawatan,

Hal ini diperlukan karena :

- 1) Untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien.
- 2) Untuk menghasilkan keuntungan institusi.
- 3) Untuk mempertahankan eksistensi institusi.

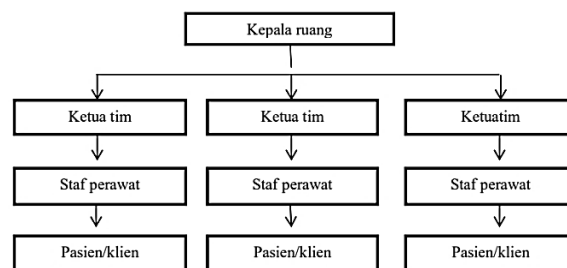
- 4) Untuk meningkatkan kepuasan kerja.
 - 5) Untuk meningkatkan kepercayaan konsumen.
 - 6) Untuk menjalankan kegiatan sesuai standar
2. Standar praktik keperawatan

Standar praktik keperawatan di Indonesia yang disusun oleh Depkes RI (1995) yaitu:

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

2.3.10 Struktur Organisasi Model Tim dan Tupoksinya

Berikut adalah struktur organisasi model tim dan tugas-tugasnya dalam konteks keperawatan (Marquis, 2017):



Sumber: (Wibowo Hanafi Ari Susanto et al., 2023:47)

Gambar 2.6. Struktur Keperawatan Tim

1. Karu (Kepala Ruangan)

1) Kegiatan Harian Kepala Ruang

- a. Menyusun rencana harian Kepala Ruang.
- b. Mengidentifikasi jumlah pasien yang dirawat berdasarkan derajat ketergantungan dan mengatur ketenagaan perawat.
- c. Mengatur pembagian tugas jaga perawat jadwal dinas.
- d. Mengatur dan mengendalikan kebersihan di lingkungan dan keterlibatan ruang perawatan.
- e. Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah.
- f. Membuat rencana harian kepala ruangan.
- g. Melaksanakan pembinaan terhadap ketua tim dan perawat pelaksana.
- h. Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan.
- i. Memantau dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada di ruangan dibawah tanggung jawabnya.
- j. Melakukan pertemuan rutin secara berkala dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan dan masalah serta pemecahannya.
- k. Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan.

2) Fungsi Perencanaan Kepala Ruang

- a. Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan.
- b. Menyiapkan prosedur atau kebijakan yang berlaku di RS.

- c. Membuat perencanaan yang dibutuhkan dalam asuhan keperawatan (kebutuhan tenaga, peralatan dan sarana yang dibutuhkan, formulir dokumentasi asuhan).
- 3) Fungsi Ketenagaan Kepala Ruangan
 - a. Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien.
 - b. Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan.
 - c. Mengatur penjadwalan (daftar dinas).
- 4) Fungsi Pengorganisasian Kepala Ruangan
 - a. Merumuskan metode penugasan.
 - b. Membuat rincian tugas staf.
 - c. Membuat rentang kendali.
 - d. Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan setiap hari.
 - e. Mengatur dan mengendalikan logistik pelayanan keperawatan.
 - f. Memberi wewenang kepada tenaga tata usaha untuk mengatur administrasi pasien.
 - g. Mengikuti visit dokter (untuk mengetahui kondisi, patofisiologi, tindakan medis/program pengobatan dan mendiskusikan dengan dokter)
 - h. Meningkatkan kolaborasi antar tim dan dengan tim kesehatan lain
- 5) Fungsi Pengarahan Kepala Ruangan
 - a. Memberi pengarahan tentang penugasan.
 - b. Memberi reward positif dan feedback pada anggota tim.

- c. Memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap.
 - d. Membimbing staf yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugas.
 - e. Memfasilitasi proses serah terima antar shift.
 - f. Mendelegasikan tugas saat kepala ruang tidak ada kepada ketua tim.
 - g. Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan (membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan, penerapan proses keperawatan, diskusi pemecahan masalah, dan lain lain).
- 6) Fungsi Pengendalian Kepala Ruangan
- a. Melalui komunikasi: berkomunikasi secara langsung dengan ketuaitim, pelaksana mengenai asuhan keperawatan.
 - b. Melalui supervisi langsung (inspeksi, mengamati langsung, melalui laporan langsung secara lisan dan dapat memberi masukan saat itu juga). Pengawasan tidak langsung (memeriksa daftar hadir ketua tim, membaca, dan memeriksa dokumentasi asuhan keperawatan, mendengar laporan ketuaitim tentang pelaksanaan tugas).
 - c. Mengevaluasi penerapan standar asuhan keperawatan, upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun bersama ketua tim.
 - d. Menerapkan pengendalian mutu dan keselamatan pasien.
2. Katim (Ketua Tim)
- 1) Tanggung Jawab Ketua Tim

- a. Mengkaji setiap pasien dan menetapkan rencana asuhan keperawatan.
 - b. Mengkoordinasikan rencana asuhan keperawatan dengan tindakan medis.
 - c. Membagi tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota kelompok/anggota tim dan memberikasn bimbingan melalui *conference*.
 - d. Mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan dan hasil yang dicapai serta mendokumentasikannya.
- 2) Kegiatan Harian Ketua Tim
- a. Membuat rencana harian ketua tim.
 - b. Melakukan kontrak dan mengorientasikan pasien atau keluarga pada awal masuk ruangan.
 - c. Melakukan pengkajian terhadap pasien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan anggota tim atau perawat pelaksana pada sore, malam, atau hari libur.
 - d. Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan sesuai hasil pengkajian.
 - e. Menjelaskan rencana perawatan yang sudah ditetapkan kepada anggota tim dibawah tanggung jawabnya sesuai pasien yang dirawat dalam sebuah *preconference*.
 - f. Menetapkan anggota tim atau perawat pelaksana yang bertanggung jawab pada setiap pasien.

- g. Melakukan bimbingan dan evaluasi pada perawat pelaksana dalam melakukan tindakan keperawatan.
 - h. Mengevaluasi dokumentasi yang dilakukan perawat pelaksana.
 - i. Melakukan timbang terima pasien di bawah tanggung jawabnya beserta perawat pelaksana.
 - j. Melakukan evaluasi mutu asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan pasien setiap hari.
 - k. Melakukan ronde keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien dengan melibatkan pasien dan seluruh anggota tim.
 - l. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga.
 - m. Membuat perencanaan pulang.
3. Perawat Pelaksana
- 1) Kegiatan Harian Perawat Pelaksana
 - a. Membaca rencana perawatan yang ditetapkan oleh ketua tim.
 - b. Membuat rencana harian perawat pelaksana.
 - c. Membina hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga.
 - d. Menerima pasien baru dan memberikan informasi jika ketua tim tidak ada ditempat.
 - e. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien berdasarkan rencana perawatan.

- f. Melakukan evaluasi (SOAP) terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan didokumentasikannya.
- g. Mengkomunikasikan kepada ketua tim bila menemukan masalah yang perlu keterlibatan ketua tim untuk diselesaikan.
- h. Menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan, dan tindakan keperawatan atau tindakan medis.
- i. Berperan serta dalam memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga yang dilakukan oleh ketua tim.
- j. Melakukan inventarisasi fasilitas atau yang terkait dengan timnya.

2.4 Kualitas Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengertian Asuhan Keperawatan

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menyatakan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014). Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, indentifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Yayan & Suarli, 2010). Menurut

Dhian Wahyu Prastanti (2017), tujuan dari proses keperawatan adalah mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan klien, menentukan prioritas, memberikan intervensi, dan mengevaluasi hasil yang dicapai.

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang berhubungan dan berurutan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Nursalam, 2008). Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis dan terorganisir dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terbaik bagi pasien.

2.4.2 Tujuan Proses Keperawatan

Asuhan keperawatan bertujuan agar klien memperoleh pelayanan yang lebih efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhannya sehingga klien memperoleh kepuasan dan status kesehatan meningkat. Efektif dan efisien dalam asuhan keperawatan dimaksudkan bahwa pemberian pelayanan keperawatan telah disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan, kemampuan klien dan ketersediaan sarana serta prasarana pelayanan (Kuntoro, 2010).

Menurut (Budiono & Pertami, 2015) tujuan umum dari proses keperawatan adalah sebuah sistem. Apa yang tergolong sistem, tujuannya adalah peningkatan kualitas. Sistem pada proses keperawatan akan menciptakan pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas dengan indikator teratasinya semua masalah yang terkait dengan kebutuhan dasar manusia pada klien. Sementara itu tujuan khususnya sebagai berikut:

1. Teridentifikasi masalah-masalah terkait kebutuhan dasar manusia pada klien.
2. Dapat menentukan diagnosis keperawatan
3. Tersusunnya tindakan-tindakan keperawatan secara tepat dan terencana.
4. Diketuainya perkembangan klien.
5. Dapat ditentukannya tingkat keberhasilan asuhan keperawatan.

Menurut (Asmadi, 2012) penerapan proses keperawatan tidak hanya ditujukan untuk kepentingan klien semata, tetapi juga profesi keperawatan itu sendiri.

1. Tujuan penerapan proses keperawatan bagi klien
 - 1) Mempertahankan kesehatan klien.
 - 2) Mencegah sakit yang lebih parah/penyebaran penyakit/komplikasi akibat penyakit.
 - 3) Membantu pemulihan kondisi klien setelah sakit.
 - 4) Mengembalikan fungsi maksimal tubuh.
 - 5) Membantu klien terminal untuk meninggal dengan tenang
2. Tujuan penerapan proses keperawatan bagi profesionalitas keperawatan
 - 1) Mempraktekkan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan.
 - 2) Menggunakan standar praktik keperawatan.
 - 3) Memperoleh metode yang baku, rasional dan sistematis.
 - 4) Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan efektivitas yang tinggi.

2.4.3 Standar Asuhan Keperawatan

Menurut (Nursalam, 2011) model ilmu keperawatan dari adaptasi Roy memberikan pedoman kepada perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi:

1. Pengkajian

Pengkajian pertama meliputi pengumpulan data tentang perilaku klien sebagai suatu sistem adaptif yang berhubungan dengan masing-masing model adaptasi, konsep diri, fungsi peran dan ketergantungan. Oleh karena itu, pengkajian pertama diartikan sebagai pengkajian perilaku, yaitu pengkajian pasien terhadap masing-masing model adaptasi secara sistematis dan holistik. Pelaksanaan pengkajian dan pencatatan pada empat model adaptif tersebut akan memberikan gambaran keadaan klien kepada tim kesehatan lainnya.

Setelah pengkajian pertama, perawat menganalisa pola perubahan perilaku klien tentang ketidakefektifan respons atau respons (maladaptif), perawat melaksanakan pengkajian tahap kedua. Pada tahap ini, perawat mengumpulkan data tentang stimulus fokal, kontekstual dan residual yang berdampak terhadap klien. Proses ini bertujuan untuk mengklarifikasi penyebab dari masalah dan mengidentifikasi faktor kontekstual dan residual yang sesuai. Faktor yang mempengaruhi respons adaptif meliputi genetik, jenis kelamin, tahap perkembangan, obat-obatan, alkohol, merokok, konsep diri, fungsi peran, ketergantungan dan pola interaksi sosial, mekanisme koping dan gaya, stres fisik dan emosi, budaya serta lingkungan fisik.

2. Perumusan diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah respons individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar (lingkungan). Sifat diagnosis keperawatan adalah berorientasi pada kebutuhan dasar manusia, menggambarkan respons individu juga berubah. Unsur dalam diagnosis keperawatan melalui problem/respons (P); etiologi (E); dan signs/symptom (S), dengan rumus diagnosis = P + E + S. Diagnosis keperawatan dan diagnosis medis mempunyai beberapa perbedaan. Roy mendefinisikan tiga metode untuk menyusun diagnosis keperawatan:

- 1) Menggunakan tipologi diagnosis yang dikembangkan oleh Roy dan berhubungan dengan 4 model adaptasi.
- 2) Menggunakan pernyataan dari perilaku yang tampak dan berpengaruh terhadap stimulusnya.
- 3) Berhubungan dengan stimulus yang sama. Misalnya jika seorang petani mengalami nyeri dada saat ia bekerja di luar pada cuaca yang panas. Pada kasus ini, diagnosis yang sesuai adalah “kegagalan peran berhubungan dengan keterbatasan fisik (miokardiasi) untuk bekerja saat cuaca yang panas.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual. Pelaksanaannya juga ditunjukkan kepada kemampuan klien dalam menggunakan coping secara luas, supaya stimulus secara keseluruhan dapat terjadi pada klien. Tujuan intervensi keperawatan adalah mencapai kondisi

yang optimal dengan menggunakan koping yang konstruktif. Tujuan jangka panjang harus dapat menggambarkan penyelesaian masalah adaptif dan ketersediaan energi untuk memenuhi kebutuhan tersebut (mempertahankan, pertumbuhan dan reproduksi). Tujuan jangka pendek mengidentifikasi harapan perilaku klien setelah manipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual. Pengembangan kriteria standar intervensi keperawatan menurut adaptasi akan digunakan oleh peneliti sebagai instrumen untuk mengukur kinerja perawat dalam menerapkan teori adaptasi pada asuhan keperawatan anak.

4. Evaluasi

Penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu terjadi adaptasi pada individu.

Menurut (Marquis & Huston, 2013) standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Standar I Pengkajian

Berdasarkan standar I yaitu pengkajian keperawatan, di mana perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan meliputi:

- 1) Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang,
- 2) Sumber data adalah klien, keluarga atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis dan catatan lain,
- 3) Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi status kesehatan klien masa lalu, status kesehatan klien saat ini, status biologis-psikologis-sosio-spiritual dan risiko-risiko tinggi masalah keperawatan,
- 4) Kelengkapan data dasar mengandung unsur lengkap, akurat, relevan dan baru.

2. Standar II Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan standar II yaitu diagnosa keperawatan, di mana perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Proses diagnosa keperawatan meliputi: proses diagnosa terdiri atas analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan terdiri atas masalah, penyebab, dan tanda atau gejala, atau terdiri atas masalah dan penyebab, bekerjasama dengan klien dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan dan melakukan pengkajian ulang.

3. Standar III Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan standar III yaitu perencanaan keperawatan, perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien. Perencanaan keperawatan meliputi: perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana

tindakan keperawatan serta bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.

4. Standar IV Implementasi

Berdasarkan standar IV yaitu implementasi, perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Kriteria proses tindakan implementasi meliputi: bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan lain, memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu memodifikasi lingkungan yang digunakan. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

5. Standar V Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan standar V yaitu evaluasi keperawatan dimana perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Kriteria proses evaluasi keperawatan meliputi: menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respons klien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat, bekerjasama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan, mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

Menurut (Triyana, 2013) tahapan dalam proses keperawatan diantaranya:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis, sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi klien baik fisik, mental, sosial maupun spritual dapat diatasi. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara melakukan wawancara, riwayat kesehatan/keperawatan, pemeriksaan fisik, mengumpulkan data penunjang hasil laboratorium dan diagnostik lain, serta catatan kesehatan (rekam medik).

2. Tahap diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk merumuskan diagnostik keperawatan. Diagnostik keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks mengenai data yang berhasil dikumpulkan, baik dari klien, keluarga, rekam medik maupun pemberi pelayanan kesehatan yang lain.

3. Tahap rencana tindakan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan untuk mencapai setiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan ini meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan kepada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan

keperawatan klien dapat diatasi. Tahap rencana tindakan memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga dan orang terdekat untuk merumuskan rencana tindakan yang bertujuan untuk mengatasi masalah.

4. Tahap implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari.

5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

2.5 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Penulis / Tahun	Judul	Jurnal	Tujuan	Metode	Hasil
1.	Sihombing & Tahulending (2021)	Peningkatan Pengetahuan Model Praktik Keperawatan (MPKP) dan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pada Pelayanan Keperawatan	Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat, 6 (5), 491-495.	Tujuannya untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang praktik keperawatan profesional, yang mencakup proses dan langkah-langkah yang harus diikuti sesuai dengan standar keperawatan yang tepat. Selain itu, tujuannya agar perawat memahami Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dengan benar dan mahir dalam melakukan evaluasi dan pendokumentasian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, seperti SDKI (Standar Dokumentasi Keperawatan Indonesia), SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia), dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).	Metode pelaksanaannya terdiri dari tiga langkah yaitu pemberian kuesioner pre-test, pemberian pelatihan MPKP dan SAK dan pelaksanaan post-test.	Hasil kegiatan pengabdian ini menunjukkan bahwa pelatihan MPKP dan SAK memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan perawat tentang mata pelajaran tersebut ($p < 0,05$). Rata-rata pengetahuan tentang MPKP meningkat dari 45,74 menjadi 95,65 setelah pelatihan, dan rata-rata pengetahuan tentang SAK juga menunjukkan peningkatan dari 39,56 sebelum pelatihan. Hal ini menunjukkan efektivitas pelatihan dalam meningkatkan pemahaman perawat tentang MPKP dan SAK. Untuk meningkatkan pengetahuan tentang MPKP dan meningkatkan hasil asuhan keperawatan diperlukan pelatihan dan bimbingan yang terus menerus.
2.	Widya handayani, Rahmita sari, Diah arruum (2018)	Nursing Knowledge about Model of Professional Nursing Practice: Team at USU Hospital	ICOSTEER R 2018 - Konferensi Internasional Penelitian Sains,	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengetahuan perawat terhadap model praktik keperawatan tim	Desain deskriptif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan perawat madya sebesar 67,2% berada pada kategori kurang, pengetahuan ketua tim sebesar 81,8% berada pada kategori cukup, dan pengetahuan kepala

			Teknologi, Teknik, Lingkungan dan Ramifikasi			perawat berada pada kategori baik. 80%. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi jabatan perawat maka semakin baik pengetahuan perawat tersebut, Namun untuk pengetahuan penerapan model tim berada pada kategori kurang untuk setiap level jabatan. Perlu dilakukan sosialisasi pengetahuan tentang model tim dan penerapan model tersebut untuk mendukung komunikasi dan perawatan serta pelayanan yang komprehensif yang mencerminkan pasien.
3.	Mendrofa & Sagala (2019)	Pengaruh Pelatihan Dan Penerapan Model Metode Asuhankeperawatan Profesional (MPKP) Primary Nursingterhadap Kualitas Asuhan Keperawatandi Rumah Sakit Kota Medan	Jurnal Ilmiah Manuntung, 5 (1), 11-19.	Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh model metode asuhan keperawatan profesional (MPKP) primer terhadap kualitas asuhan keperawatan.	Penelitian dilakukan dengan menggunakan jenis penelitian Quasi Exsperimental Study dengan desain pretest-posttest non equivalent control group design, yaitu mengobservasi pengaruh dengan menggunakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol tanpa randomisasi subjek.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan model asuhan keperawatan profesional (MPKP) model primer menghasilkan peningkatan kualitas asuhan keperawatan. Uji-t independen mengungkapkan nilai sig (2-tailed) sebesar 0,00, yang lebih kecil dari tingkat signifikansi 0,05. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara mutu asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
4.	Patoding & Sari (2022)	Hubungan Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional	Mega Buana Journal of Nursing, 1 (2), 2022, 64-72.	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan penerapan metode asuhan keperawatan profesional (MPKP) tim	Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan Cross	Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pelaksanaan MPKP Tim dengan tingkat kepuasan kerja perawat, dengan nilai signifikansi

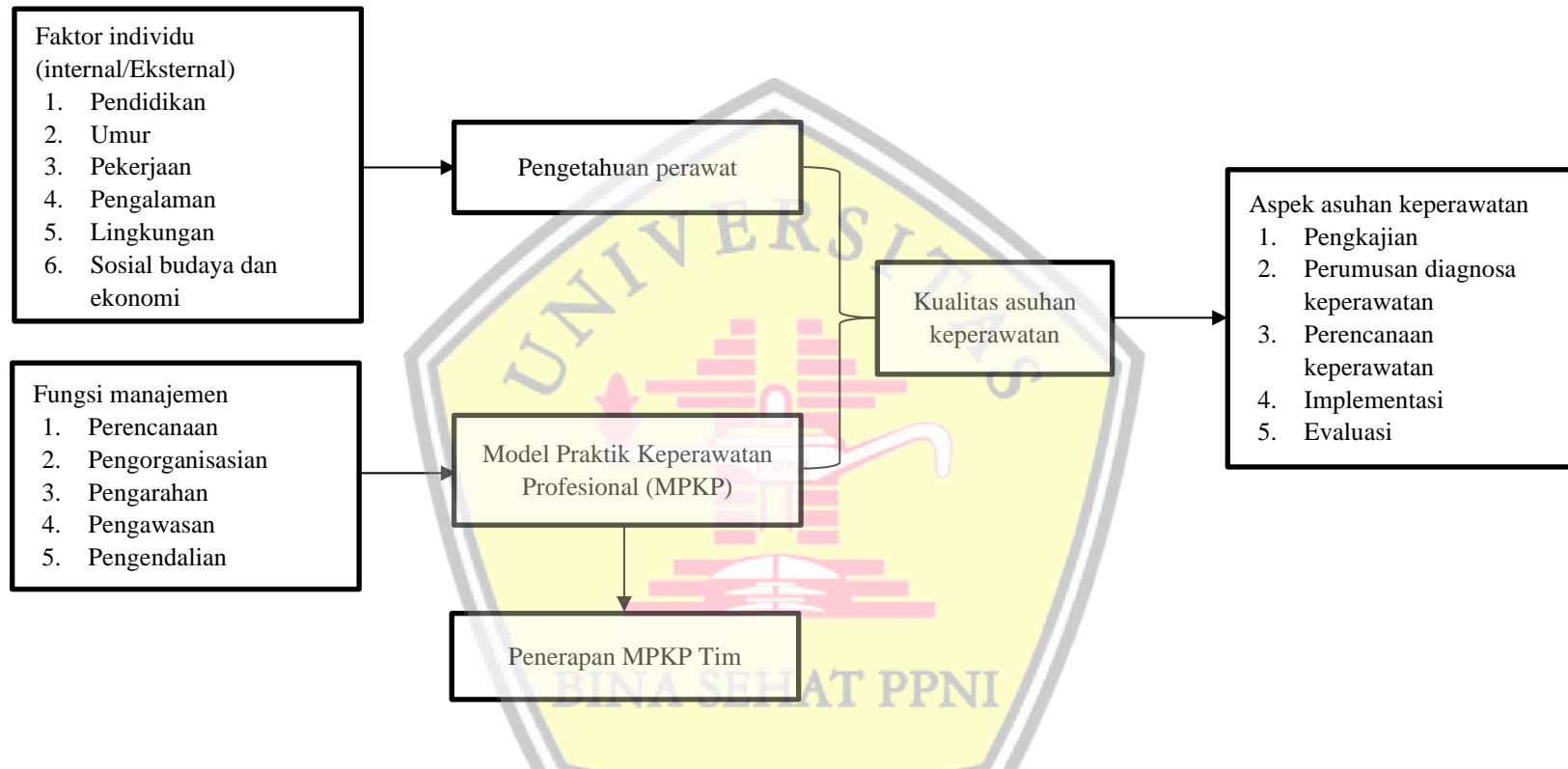
		(MPKP) Tim Dengan Kepuasan Kerja Perawat		dengan kepuasan kerja perawat di ruang perawatan RSUD Sawerigading kota Palopo tahun 2022.	sectional. Dalam metode ini, penelitian akan menggambarkan hubungan antara variabel-variabel yang diamati pada satu titik waktu tertentu, tanpa ada manipulasi variabel.	0,014 ($p=0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh positif antara pelaksanaan MPKP Tim dengan kepuasan kerja perawat pada penelitian ini.
5.	Lobo dkk (2019)	Hubungan Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MPKP) Dengan Kinerja Perawat Di Ruang Kelimutu, Ruang Komodo, dan Ruang Anggrek RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang	Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, 8 (1), 24-30.	Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan penerapan MPKP Dengan Kinerja Perawat di tiga ruangan, yaitu Ruang Kelimutu, Ruang Komodo, dan Ruang Anggrek RS PROF. Dr. W.Z. Johannes Kupang.	Desain Penelitian ini adalah korelasi dengan pendekatan cross sectional.	Hasil Penelitian didapatkan penerapan MPKP menurut responden berada pada kategori kurang yaitu 51,9% dan kinerja perawat berada pada kategori kurang yaitu 53,6% Berdasarkan uji statistik didapatkan nilai $p=0,000$. Kesimpulan ada hubungan antara penerapan MPKP dengan kinerja perawat. Oleh karena itu disarankan adanya peningkatan penerapan MPKP melalui pelatihan dan evaluasi yang berkesinambungan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional.
6.	Dion dkk (2019)	Hubungan Implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Tim – Primer Dengan Mutupelayanan	Nursing Scientific Journal, 3 (2), 89-101.	Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan penerapan metode asuhan keperawatan profesional (MPKP) tim dengan kepuasan kerja perawat di ruang perawatan RSUD	Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan Cross sectional	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan MPKP Tim dengan Kepuasan kerja perawat dengan nilai signifikan sebesar 0,014 ($p=0,05$). menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik.

		Keperawatandi Ruang Rawat Inapsud Dr. Ben Mboi Ruteng		Sawerigading kota Palopo tahun 2022.		
7.	Muriyati, Safruddin (2017)	Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Efektivitas Penerapan MPKP Di RSUD H.A. Sulthan Daeng Radja Kabupaten Bulukumba	Jurnal Kesehatan Panrita Husada Vol. 2 No.1	Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang MPKP dengan efektifitas penerapan MPKP di ruangan Seruni RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Kabupaten Bulukumba.	penelitian Observasional Analitik dengan rancangan Cross Sectional	Hasil menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik 10 responden (33,3%) dan reponden yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang yakni sebesar 20 responden (66,7%). Penerapan MPKP yang efektif sebesar 12 responden (40%) dan penerapan MPKP yang tidak efektif yakni sebesar 18 responden (60%). Dengan Kesimpulan yaitu Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang MPKP dengan efektifitas penerapan MPKP di ruangan Seruni RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Kabupaten Bulukumba. aran dari penelitian ini diharapkan adanya upaya pengemabangan model praktik keperawatan profesional (MPKP) di setiap rumah sakit khususnya terus mendorong langkah-langkah kongkrit dengan terus meningkatkan frekuensi

						pelatihan MPKP kepada perawat sehingga penerapan MPKP akan berkesinambungan dengan mutu pelayanan yang baik diperoleh pasien dirumah sakit.
8.	Prentice & Fernandes (2022)	Nursing Care Delivery Models and Intraprofessional Collaborative Care: Canadian Nurse Leaders' Perspectives	SAGE Open Nursing	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi bagaimana model pemberian asuhan keperawatan mempromosikan kolaboratif intraprofessional perawatan di rumah sakit perawatan akut dari perspektif pemimpin perawat.	penelitian ini digunakan Pendekatan deskriptif kualitatif Wawancara telepon dilakukan antara bulan Januari 2021 dan Agustus 2021 menggunakan panduan wawancara yang terdiri dari pertanyaan semi terstruktur dan terstruktur.	Tema pertama, Fluiditas Model membahas fleksibilitas model dan dampak dari faktor kontekstual tersebut mempengaruhi perubahan dalam ruang lingkup praktik perawat, factor-faktor tersebut meliputi perubahan dalam pendanaan pemerintah, komposisi staf yang berbeda, serta kebijakan dan aturan organisasi. Tema kedua, Tools of the Trade menggambarkan berbagai sumber daya yang diterapkan olrh rumah sakit untuk mendorong kolaborasi intraprofessional, yang secara tidak langsung berdampak pada keselamatan pasien.
9.	Merbawani & Munfadilla (2021)	Implementation of Primary Team Professional Nursing Practice Methods In Hospital: A Systematic Review	Journal Of Nursing Practice, 5 (1), 55-64.	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui penerapan MPKP di rumah sakit.	Rancangan penelitian ini yang digunakan adalah tinjauan literatur, yang melibatkan analisis berbagai studi dan sumber literatur yang relevan dengan subjek penelitian. Data dikumpulkan dari berbagai sumber	Hasil penelitian menunjukkan implementasi MPKP dalam kategori baik dan lebih dominan yaitu 40% pada sistem asuhan keperawatan. Untuk memastikan penerapan Metode Praktik Profesi Keperawatan (MPKP) yang optimal dan efektif dalam kategori baik, perawat harus mematuhi nilai-nilai profesional, membina hubungan profesional, menggunakan

					literatur untuk mendapatkan wawasan tentang implementasi MPKP di lingkungan rumah sakit.	pendekatan manajemen, menggunakan sistem asuhan keperawatan, dan menerapkan sistem kompensasi dan penghargaan yang sesuai dengan standar keperawatan yang relevan. Semua langkah tersebut harus dilakukan dengan fokus pada kinerja dan pemilihan pendekatan yang sesuai dengan Model MPKP.
10.	Pramono, Sudiharja, Suryana (2022)	Pelatihan MPKP untuk Meningkatkan Pengetahuan Perawat tentang MPKP di RSJ Grhasia Yogyakarta	Jurnal Ilmiah Kesehatan, 15 (2), 114-122.	Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang MPKP dan meningkatkan implementasinya di RS Grhasia melalui pelatihan MPKP yang terarah.	Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain pre-experimental. Pendekatan yang digunakan yaitu <i>one group pretest and posttest design</i> . Penilaian normalitas data mengungkapkan bahwa distribusi data tidak mengikuti pola normal. Akibatnya, analisis bivariat menggunakan uji Wilcoxon.	Hasil uji normalitas menunjukkan adanya distribusi data yang tidak normal sehingga analisa bivariante menggunakan uji wilcoxon. Berdasarkan hasil uji Wilcoxon didapatkan p-value 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa pelatihan MPKP memberikan dapat yng besar terhadap peningkatkan pengetahuan perawat tentang MPKP. Berdasarkan temuan tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi dan menggali lebih dalam implementasi MPKP di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta.

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.7. Kerangka Teori Analisis Pengetahuan Perawat dan Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Tim dengan Kualitas Asuhan Keperawatan

(Sumber : Azhar Affandi & Eusi Soliha (2023), Marquis & Huston (2013), Keliat (2012))