

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Bab ini dibahas tentang teori yang mendukung penelitian antara lain:

(1) konsep MPKP, (2) Karakteristik MPKP, (3) Model Pengorganisasian keperawatan pasien, (4) kerangka konseptual.

2.1 Konsep Model Praktik Keperawatan Profesional

2.1.1 Definisi

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah suatu model pemberian asuhan keperawatan yang memberi kesempatan kepada perawat profesional untuk menerapkan otonominya dalam merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi asuhan yang diberikan kepada klien. MPKP merupakan suatu sistem (struktur proses dan nilai – nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang mendukung pemberian asuhan keperawatan tersebut (Sitorus, 1998). Sistem pemberian asuhan keperawatan di ruang MPKP menggunakan metoda tim primer atau modifikasi metoda keperawatan primer (Santa Manurung, 2011).

Perkembangan ilmu keperawatan saat ini terus mengalami perkembangan yang pesat termasuk dalam peningkatan kepuasan klien melalui model praktik keperawatan profesional. Saat ini banyak rumah sakit yang berlomba – lomba untuk menerapkan MPKP dalam pengelolaan klien. Bahkan kadang rumah sakit tersebut tidak memperhatikan sumber daya yang dimiliki sehingga seringkali dijumpai adanya struktur

organisasi MPKP namun tidak berjalan sesuai job disk masing – masing. Artinya MPKP ini hanya ada di atas kertas yang di pajang di ruangan. Tetntunya hal ini tidak berdampak pada kepuasan klien. Sejak era Florence Nightingale sudah di temukan keanekaragaman model asuhan keperawatan pada klien. Pemilihan model tersebut disesuaikan dengan visi, misi dan filosofi perawat. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai – nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan tersebut (Hoffart & Woods, 1996 dalam Duwi Basuki, 2018).

Sistem keperawatan primer yaitu pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan yang di lakukan oleh satu orang registered nurse sebagai perawat primer yang bertanggung jawab dalam asuhan keperawatan selama 24 jam terhadap klien yang menjadi tanggung jawabnya mulai dari masuk sampai pulang dari rumah sakit. Apabila perawat primer utama libur atau cuti tanggung jawab dalam asuhan keperawatan klien di serahkan pada teman kerjanya yang satu level atau satu tingkat pengalaman dan keterampilannya (associate nurse). Tanggung jawab mencakup periode 24 jam, dengan perawat kolega yang memberikan perawatan bila perawat primer tidak ada. Perawatan yang di berikan di rencanakan dan di tentukan secara total oleh perawat primer (Duwi Basuki, 2018).

Marram, Schlegel, dan Bevis menyatakan, “keperawatan primer adalah distribusi keperawatan sehingga perawatan total individu adalah

tanggung jawab seorang perawat, bukan beberapa perawat.” Mereka mengindikasikan autonomi menjadi kunci pada pengembangan keperawatan profesional (Duwi Basuki, 2018).

Metoda pengembangan yang paling dipuji dan di praktikkan saat ini adalah keperawatan primer. Ini adalah perluasan dari prinsip desentralisasi otoritas, otoritas primer untuk semua keputusan tentang proses keperawatan di pusatkan pada individu perawat profesional. Perawat primer di tugaskan untuk merawat kebutuhan total pasien selama waktu tinggal di rumah sakit (Duwi Basuki, 2018).

2.1.2 Tujuan MPKP

1. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan.
2. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
3. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
4. memberikan pedoman dalam menentukan kebijakan dan keputusan.
5. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap tim keperawatan (Duwi Basuki, 2018).

2.1.3 Manfaat MPKP

Model Praktik keperawatan vokasional adalah metode penugasan keperawatan fungsional. Namun, dalam perkembangan ilmu keperawatan, model praktik keperawatan ini tidak sesuai lagi dan terus berubah sesuai dengan tuntutan profesionalitas pelayanan keperawatan, salah satunya adalah Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP).

Pemanfaatan pengetahuan dibidang ilmu keperawatan, menjadi faktor penting dalam pertimbangan penggunaannya. Hal ini berguna untuk perilaku pemberian pelayanan dan penetapan keputusan tindakan keperawatan. Dalam hal ini, ilmu keperawatan harus menjadi pertimbangan sebelum menetapkan suatu kontribusi keputusan dalam pelayanan kesehatan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa ilmu keperawatan merupakan sesuatu yang penting dalam kehidupan manusia untuk proses pencapaian derajat kesehatan, kebahagiaan, dan kesejahteraan umat manusia, baik yang sehat maupun yang mengalami masalah kesehatan atau sakit.

Hoffart and Woods (1996) menyatakan bahwa penerapan MPKP dikembangkan berdasarkan kegiatan keperawatan yang terdiri dari lima pilar utama, yaitu *management apporoach*, *compensatory reward*, *professional relationship*, *professional valvue*, dan *patient care delivery system*. Pemanfaatan MPKP melauai pendekatan lima pilar tersebut akan mampu mendukung pengaturan dan keteraturan pelayanan keperawatan yang tepat, mencakup empat aspek. *Pertama* bermanfaat bagi orang yang mendelami ilmu keperawatan dengan bertambahnya pengetahuan, pemahaman, dan kesadaran atas realita pelayanan keperawatan. *Kedua*, bermanfaat bagi ilmu keperawatan itu sendiri. *Ketiga*, bermanfaat bagi skala ruang yang lebih luas untuk masyarakat. *Keempat*, bermanfaat bagi skala waktu yang lebih panjang.

Pada dasarnya, MPKP bermanfaat untuk memperbaiki mutu pelayanan keperawatan. Hal ini tidak terlepas dari nilai etika, estetika, dan moral para praktisi keperawatan dalam memperkirakan kemungkinan-kemungkinan yang dapat terjadi, serta hal-hal yang akan terjadi bila pengaturan dan keteraturan pelayanan keperawatan tidak diperbaiki dan dikembangkan. Adapun beberapa komponen penting yang perlu diperbaiki dan dikembangkan untuk menunjang keteraturan pelayanan keperawatan yang berkualitas antara lain :

1. Mutu asuhan keperawatan
2. Manajemen SDM keperawatan
3. Tersedia lingkungan mendidik tenaga keperawatan
4. Daya tarik untuk bekerja secara profesional
5. Pemanfaat tenaga keperawatan (Suni, 2018).

2.1.4 Komponen dari MPKP

Berdasarkan MPKP yang sudah dikembangkan diberbagai rumah sakit Hoffart dan Woods Menyimpulkan bahwa MPKP terdiri dari 5 komponen, yakni :

1. Nilai – nilai profesional

Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional di dasarkan nilai profesional. Nilai – nilai profesional menjadi komponen utama dari praktik keperawatan profesional. Nilai – nilai seperti penghargaan atas otonomi klien, menghargai klien,

dan melakukan yang terbaik untuk klien harus tetap di tingkatkan dalam suatu proses keperawatan.

Keperawatan merupakan profesi yang didasarkan pada *caring*. *Caring* mempunyai makna perhatian, tanggung jawab dan ikhlas (Kozier & Erb, 1997) perawat sebagai suatu profesi dalam menjalankan praktik keperawatan harus sesuai kode etik keperawatan. Penerapan MPKP ini PP dan PA melakukan kontrak dengan klien atau keluarga yang merupakan bentuk penghargaan atas harkat dan martabat manusia. Hubungan antara perawat dengan klien terus terbina selama klien di rawat di ruang perawatan sehingga klien atau keluarga menjadi mitra dalam memberikan asuhan keperawatan.

2. Pendekatan Manajemen

Pendekatan manajemen dilakukan untuk mengelola sumber daya yang ada meliputi : sumber daya manusia, alat, fasilitas, serta menetapkan standart asuhan keperawatan (SAK). Model Praktik Keperawatan Profesional menerapkan pendekatan manajemen tampak pada peran perawat primer (PP) sebagai pembuatan keputusan untuk pasien sebagai manajer asuhan klinik. Kepala ruangan mempunyai peran sebagai fasilitator atau mentor (Sitorus, ratna & Panjaitan, 2011).

3. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan.

Sistem pemberian asuhan keperawatan mempunyai makna suatu metode penugasan bagi tenaga perawat yang digunakan dalam pemberian pelayanan praktik keperawatan pada klien. Metode tersebut mendeskripsikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan klien. Dalam perkembangan keperawatan menuju layanan yang profesional, digunakan beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, misalnya metode kasus, fungsional, tim, dan keperawatan primer, serta manajemen kasus. Dalam praktik keperawatan profesional, metode yang paling memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional adalah metode yang menggunakan keperawatan primer.

4. Hubungan Professional

Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional memungkinkan adanya hubungan profesional antara perawat dan praktisi kesehatan lain. Pemberian asuhan kesehatan kepada klien di berikan oleh beberapa anggota tim kesehatan. Tetapi memiliki fokus pada pemberian asuhan kesehatan pada klien. Karena banyaknya anggota tim kesehatan yang terlibat, maka di perlukan kesepakatan tentang cara melakukan hubungan kolaborasi tersebut. Hubungan ini terjadi melalui sistem pendokumentasian klien, operan tugas jaga, konferensi awal dan akhir serta pada pembahasan kasus.

Konferensi merupakan suatu pertemuan antar tim yang dilakukan setiap hari yang bertujuan untuk :

- a. Membahas masalah klien berdasarkan rencana perawatan yang telah dibuat oleh PP.
 - b. Menetapkan klien yang menjadi tanggung jawab PA.
 - c. Membahas rencana tindakan keperawatan klien setiap hari.
 - d. Mengidentifikasi tugas PA untuk setiap klien yang menjadi tanggung jawabnya.
5. Sistem kompensasi dan penghargaan.

Pada suatu layanan profesional, seorang profesional mempunyai hak atas kompensasi dan penghargaan. Kompensasi merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan motivasi seseorang. Kompensasi dan penghargaan yang di berikan pada MPKP dapat disepakati di setiap institusi dengan mengacu hasil kesepakatan bahwa layanan keperawatan adalah pelayanan profesional. Notoatmojo, 2009 menyatakan bahwa pemberian kompensasi yang memadai merupakan bentuk penghargaan organisasi kepada prestasi kerja karyawannya yang dapat meningkatkan perilaku karyawan yang sesuai dengan yang diinginkan organisasi (Duwi Basuki, 2018).

2.1.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Penerapan MPKP

1. Pengetahuan

Perawat dalam melakukan penerapan asuhan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan ilmu pengetahuan yang berkembang, lebih meningkatkan pengetahuannya baik dalam bidang formal maupun informal demi memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas kepada pasien, sehingga tidak merugikan pasien dalam pelaksanaannya. Pada intinya pengetahuan yang baik dapat menjadi tolak ukur dari suatu pelaksanaan, maka pelaksanaan yang baik dan benar harus didasari oleh pengetahuan dan pengalaman (Yusuf, 2013).

2. Pendidikan Perawat

Pendidikan sangat mempengaruhi pelaksanaan sistem pemberian pelayanan keperawatan profesional, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar keinginan perawat untuk meningkatkan keterampilan yang dimilikinya. Kompetensi yang dimiliki oleh seorang perawat ditentukan oleh latar belakang pendidikan, peran, jenis praktek. Tingkat pendidikan mempunyai pengaruh terhadap kompetensi yang dimiliki oleh perawat pelaksana. Kompetensi tersebut mempengaruhi pelaksanaan yang dihasilkan oleh perawat pelaksana (Mawarti dkk, 2014).

3. Motivasi Kerja

Rendahnya motivasi responden untuk menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar sesuai dengan tinjauan teoritis serta

kurangnya kesadaran dalam diri responden bahwa penerapan asuhan keperawatan merupakan tanggung jawab perawat terhadap pasien akan menyebabkan praktek keperawatan profesional yang kurang baik pula (Yusuf, 2013).

4. Beban Kerja

Saat beban kerja tinggi yaitu pada saat perawat merawat banyak pasien dan banyak mengalami kesulitan dalam mempertahankan standar yang tinggi sesuai dengan standar pelayanan di rumah sakit, maka penerapan praktek keperawatan profesional tidak berjalan dengan baik (Yusuf, 2013).

2.2 Karakteristik MPKP

2.2.1 Penetapan jumlah tenaga keperawatan.

Penetapan jumlah keperawatan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien. Berikut ini akan dipaparkan beberapa pedoman dalam penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap :

1. Metode Gilles.

Gillies (1989) mengemukakan rumus kebutuhan tenaga keperawatan

di satu unit perawatan adalah sebagai berikut :

$$\frac{A \times B \times C}{(C-D) \times E} = \frac{F}{G} = H$$

Keterangan:

A = rata-rata jumlah perawatan/pasien/hari

B = rata-rata jumlah pasien/hari

C = jumlah hari/tahun

D = jumlah hari libur masing-masing perawat

E = jumlah jam kerja masing-masing perawat

F = jumlah jam perawatan yang diberikan perawat per tahun

G = jumlah jam perawatan yang diberikan perawat per tahun

H = jumlah perawat yang dibutuhkan untuk unit

2.2.2 Penetapan jenis tenaga keperawatan.

Pada suatu ruang rawat MPKP, terdapat beberapa jenis tenaga yang memberikan asuhan keperawatan yaitu Clinical Care Manager (CCM), Perawat Primer (PP), dan Perawat Asosiet (PA). Selain jenis tenaga tersebut terdapat juga seorang kepala ruang rawat yang bertanggung jawab terhadap manajemen pelayan keperawatan di ruang rawat tersebut. Peran dan fungsi masing – masing tenaga sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam sistem pemberian asuhan keperawatan (Basuki, 2018, p. 85)

2.2.3 Penetapan standar rencana asuhan keperawatan (renpra).

Menurut (Potter & Perry, 1997) standar renpa perlu ditetapkan, karena berdasarkan hasil obsevasi, penulisan renpa sangat menyita waktu karena fenomena keperawatan mencakup 14 kebutuhan dasar manusia (Basuki, 2018, p. 85).

2.2.4 Penggunaan metode modifikasi keperawatan primer.

Pada MPKP digunakan metode modifikasi keperawatan primer, sehingga terdapat salah satu orang perawat profesional yang disebut

perawat primer yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan. Disamping itu, terdapat Clinical Care Manager (CCM) yang mengarahkan dan membimbing PP dalam memberikan asuhan keperawatan. CCM diharapkan akan menjadi peranners spesialis pada masa yang akan datang (Duwi Basuki, 2018).

2.2.5 Langkah – langkah dalam MPKP

1. Tahap persiapan

Pada tahap persiapan penerapan MPKP ini ada beberapa hal yang harus dilakukan yaitu (Ratna & Yulia, 2006):

a. Pembentukan Tim.

Jika MPKP 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. (Ratna & Yulia, 2006).

b. Rancangan Penilaian Mutu.

Penilaian mutu asuhan keperawatan meliputi kepuasan klien/keluarga kepatuhan perawat terhadap standar yang di nilai dari dokumentasi keperawatan, lama hari rawat dan angka infeksi nosomial (Ratna & Yulia, 2006).

c. Presentasi MPKP.

Selanjutnya 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 ditetapkan pada ruang rawat tempat implementasi MPKP akan dilaksanakan. (Ratna & Yulia, 2006).

d. Penempatan Tempat Implementasi MPKP.

Adapun hal – hal yang perlu diperhatikan dalam penempatan tempat implementasi MPKP, antara lain (Ratna & Yulia, 2006):

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

Hal ini diperlukan sehingga dari awal tenaga perawat tersebut akan mendapat pembinaan tentang kerangka kerja 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. (Ratna & Yulia, 2006).

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 (Ratna & Yulia, 2006):

- 1) Kepala ruang rawat.
- 2) Clinical care manager.
- 3) Perawat primer.
- 4) Perawat asosiet.

g. Pengembangan Standar rencana asuhan keperawatan

Pengembangan standar renpra bertujuan untuk mengurangi waktu perawat menulis, sehingga waktu yang tersedia lebih banyak dilakukan untuk melakukan tindakan sesuai kebutuhan klien. Adanya standar renpra menunjukkan asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan konsep dan teori keperawatan yang kukuh, yang merupakan salah satu karakteristik pelayanan profesional. Format standar renpra yang digunakan biasanya terdiri dari bagian – bagian tindakan keperawatan: diagnose keperawatan dan data penunjang, tujuan, tindakan keperawatan dan kolom keterangan (Ratna & Yulia, 2006).

h. Penetapan Format Dokumentasi Keperawatan.

Selain standar renpra, format dokumentasi keperawatan lain yang diperlukan adalah (Ratna & Yulia, 2006):

- 1) Format pengkajian awal keperawatan
- 2) Format implementasi tindakan keperawatan
- 3) Format kardex
- 4) Format cacatan perkembangan
- 5) Format data infuse termasuk instruksi atau pesanan dokter
- 6) Format laporan pergantian shif
- 7) Resume keperawatan

i. Identifikasi Fasilitas

Fasilitas minimal yang dibutuhkan pada suatu ruang MPKP sama dengan fasilitas yang dibutuhkan pada suatu ruang rawat. Adapun fasilitas tambahan yang diperlukan adalah (Ratna & Yulia, 2006):

- 1) 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.
- 2) Papan MPKP, berisi daftar nama – nama klien, PP, PA, dan timnya serta dokter yang merawat klien

2. Tahap Pelaksanaan

pada tahap pelaksanaan MPKP dilakukan langka – langka berikut ini:

a. Pelatihan tentang MPKP

Pelatihan MPKP diberikan kepada semua perawat yang terlibat di ruang yang sudah ditentukan.

- b. Memberi bimbingan kepada perawat primer (PP) dalam melakukan konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. Konferensi dilakukan setelah melakukan operan dinas, sore atau malam sesuai dengan jadwal dinas PP. Konferensi sebaiknya dilakukan di tempat tersendiri sehingga dapat mengurangi gangguan dari luar.

- c. Memberi bimbingan kepada perawat primer (PP) dalam melakukan ronde dengan perawat asosiet (PA). Ronde keperawatan bersama dengan PA sebaiknya 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 melaksanakan standar renpra. Standar renpra 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 perawat dan klien/keluarganya dalam pemberian asuhan keperawatan. Kontrak ini diperlukan agar hubungan saling percaya antara 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 Critical 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 (Sitorus, ratna & Panjaitan, 2011)

3. Tahap Evaluasi

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 diberi 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 peruangan perawat).
- d. Penilaian rata-rata lama hari rawat (Sitorus, ratna & Panjaitan, 2011)

4. Tahap Lanjut

MPKP merupakan penataan struktur dan proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan. Agar implementasi MPKP memberikan dampak yang lebih optimas, perlu disertai dengan implementasi substansi keilmuan keperawatan. Pada ruang MPKP diuji coba ilmu dan teknologi keperawatan karena sudah ada sistem yang tepat untuk menerapkannya.

- a. MPKP pemula ditingkatkan menjadi MPKP tingkat I. Pada tingkat ini, PP pemula diberi kesempatan meningkatkan pendidikan sehingga mempunyai kemampuan sebagai SKp/Ners. Setelah mendapatkan pendidikan tambahan tersebut berperan sebagai PP (bukan PP pemula)

- b. MPKP tingkat I ditingkatkan menjadi MPKP tingkat II. Pada MPKP tingkat I, PP adalah SKp/Ners. Agar PP dapat memberikan asuhan keperawatan berdasarkan ilmu dan teknologi mutakhir, diperlukan kemampuan seorang Ners spesialis yang akan berperan sebagai CCM. Oleh karena itu, kemampuan perawat SKp/Ners ditingkatkan menjadi Ners spesialis.
- c. MPKP tingkat II ditingkatkan menjadi MPKP tingkat III. Pada tingkat ini perawat dengan kemampuan sebagai ners spesialis ditingkatkan menjadi doktor keperawatan. Perawat diharapkan dapat melakukan penelitian keperawatan eksperimen yang dapat meningkatkan asuhan keperawatan sekaligus mengembangkan ilmu keperawatan (Sitorus, ratna & Panjaitan, 2011).

5. Tingkatan MPKP Menurut Sudarsono (2000)

Berdasarkan pengalaman mengembangkan model PKP dan masukan dari berbagai pihak perlu dipikirkan untuk mengembangkan suatu model PKP yang disebut Model Praktik Keperawatan Profesional Pemula (PKPP). Ada beberapa jenis model PKP yaitu :

a. Model Praktik Keperawatan Profesional III

Melalui pengembangan model PKP III dapat berikan asuhan keperawatan profesional tingkat III. Pada ketenagaan terdapat tenaga perawat dengan kemampuan doktor dalam keperawatan klinik yang berfungsi untuk melakukan riset dan membimbing para perawat

melakukan riset serta memanfaatkan hasil – hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan.

b. Model Praktik Keperawatan Profesional II

Pada model ini akan mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat II. Pada ketengaan terdapat tenaga perawat dengan kemampuan spesialis keperawatan yang spesifik untuk cabang ilmu tertentu. Perawat spesialis berfungsi untuk memberikan konsultasi tentang asuhan keperawatan kepada perawat primer pada area spesialisnya. Disamping itu melakukan riset dan memanfaatkan hasil – hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan. Jumlah perawat spesialis direncanakan satu orang untuk 10 perawat primer pada area spesialisnya. Disamping itu melakukan riset dan memanfaatkan hasil – hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan. Jumlah perawat spesialis direncanakan satu orang untuk 10 perawat primer (1:10).

c. Model Praktik Keperawatan Profesional I

Pada model ini perawat mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat I dan untuk itu diperlukan penataan 3 komponen utama yaitu: ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan pada model ini adalah kombinasi metode keperawatan primer dan metode tim disebut tim primer.

d. Model Praktik Keperawatan Profesional Pemula

Model Praktik Keperawatan Profesional Pemula (MPKPP) merupakan tahap awal untuk menuju model PKP. Model ini mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat pemula. Pada model ini terdapat 3 komponen utama yaitu: ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan dan dokumentasi asuhan keperawatan (Basuki, 2018).

2.2.6 Pilar – pilar MPKP

Pilar – pilar MPKP terdiri dari 4 pilar yaitu :

a. Pilar 1 : Pendekatan manajemen keperawatan

Pada model ini diberlakukan manajemen SDM, yaitu ada garis koordinasi yang jelas antara PP dan PA. performa PA dalam satu tim menjadi tanggung jawab PP. Dengan demikian, PP adalah seorang manajer asuhan keperawatan. Sebagai seorang manajer, PP harus dibekali dengan kemampuan manajemen dan kepemimpinan sehingga PP dapat menjadi manajer yang efektif dan pemimpin yang efektif.

PP sebagai seorang generalis, perlu mendapat bimbingan dari seorang CCM yang mempunyai kemampuan sebagai ners spesialis. CCM akan membimbing PP dan PA dalam memberi asuhan keperawatan termasuk mengimplementasikan hasil-hasil penelitian pada pemberian asuhan keperawatan sehingga tercipta *evidence based practice (EPB)*. (Sitorus & Yulia, 2006, p. 12)

Terdiri dari :

1) Perencanaan dengan kegiatan perencanaan yang dipakai di ruang MPKP meliputi (perumusan visi, misi, filosofi, kebijakan dan rencana jangka pendek, harian, bulanan dan tahunan).

a) Rencana jangka pendek

Rencana jangka pendek yang diterapkan dalam ruangan MPKP meliputi rencana harian, bulanan dan tahunan. Rencana harian adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat (kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana) sesuai dengan perannya dan dibuat untuk setiap jadwal dinas. Isi dari kegiatan tersebut disesuaikan dengan peran dan fungsi perawat.

Rencana harian dibuat sebelum operan jaga dilakukan dan dilengkapi lagi saat dilakukan operan dan preconference. Rencana harian kepala ruangan meliputi asuhan keperawatan, supervise ketua tim dan perawat pelaksana serta melakukan supervise terhadap tenaga selain perawat dan melakukan kerja sama dengan unit lain yang terkait. Sedangkan rencana harian ketua tim meliputi penyelenggaraan asuhan keperawatan pasien oleh tim yang menjadi tanggung jawabnya, melakukan supervise perawat pelaksana, berkolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain serta alokasi pasien sesuai dengan perawat yang berdinas. Rencana harian perawat pelaksana berisi tindakan keperawatan untuk sejumlah pasien yang dirawat pada jadwal dinasnya (Sitorus, ratna & Panjaitan, 2011).

b) Rencana jangka menengah

Rencana bulanan merupakan rencana tindak lanjut yang dibuat oleh kepala ruangan dan ketua tim. Rencana bulanan yang dibuat oleh kepala ruangan adalah melakukan evaluasi hasil keempat pilar MPKP pada akhir bulan dan berdasarkan evaluasi tersebut kepala ruangan akan membuat rencana tindak lanjut untuk meningkatkan kualitas hasil. Kegiatan yang mencakup rencana bulanan kepala ruangan adalah membuat jadwal dan memimpin *case conference*, membuat jadwal dan memimpin pendidikan kesehatan untuk kelompok keluarga, membuat jadwal dinas, membuat jadwal petugas untuk terapi aktivitas kelompok (TAK), membuat jadwal dan memimpin rapat tim kesehatan, membuat jadwal supervisi dan penilaian kinerja ketua tim serta perawat pelaksana, melakukan audit dokumentasi dan membuat laporan bulanan. Sedangkan rencana bulanan yang dilakukan ketua tim adalah melakukan evaluasi tentang keberhasilan kegiatan yang dilakukan oleh tim nya. Kegiatan rencana bulanan ketua tim meliputi mempresentasikan kasus dalam case conference, memimpin pendidikan kesehatan kelompok keluarga serta melakukan supervisi perawat pelaksana(Sitorus, ratna & Panjaitan, 2011)

c) Rencana jangka panjang

Rencana tahunan hanya dilakukan oleh kepala ruangan yaitu dengan melakukan evaluasi kegiatan di dalam ruangan MPKP selama satu tahun dan menjadikannya acuan rencana tindak lanjut dan penyusunan rencana tahunan berikutnya. Rencana kegiatan tahunan yang dilakukan oleh kepala ruangan MPKP adalah membuat laporan tahunan yang berisi tentang kinerja MPKP baik proses kegiatan empat pilar MPKP serta evaluasi mutu pelayanan, melaksanakan rotasi tim, melakukan pembinaan terkait dengan materi MPKP khusus kegiatan yang memiliki pencapaian rendah dan hal ini bertujuan untuk mempertahankan kinerja yang telah dicapai MPKP bahkan meningkatkan dimasa mendatang. Hal lain yang dilakukan adalah kepala ruangan melakukan pengembangan sumber daya manusia dalam bentuk rekomendasi peningkatan jenjang karier perawat, rekomendasi untuk melanjutkan pendidikan formal dan membuat jadwal perawat untuk mengikuti pelatihan. Perencanaan jangka panjang juga membahas ketenagaan yang dibutuhkan di ruang MPKP.

Perencanaan yang baik mempertimbangkan klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan, metode pemberian asuhan keperawatan, jumlah dan kategori tenaga keperawatan serta perhitungan jumlah tenaga keperawatan. Untuk itu

diperlukan kontribusi dari manajer keperawatan dalam menganalisis dan merencanakan. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sudah menetapkan standar praktik keperawatan yang dikembangkan berdasarkan standar praktik yang dikeluarkan oleh *American Nursing Association* /ANA (PPNI, 2012). Standar praktik keperawatan yang ditetapkan yaitu:

StandarI : Perawat mengumpulkan data tentang kesehatan klien.

StandarII : Perawat menetapkan diagnosa keperawatan.

StandarIII : Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk setiap klien.

StandarIV : Perawat mengembangkan rencana asuhan keperawatan yang berisi rencana tindakan untuk mencapai hasil yang diharapkan.

StandarV : Perawat mengimplementasikan tindakan yang sudah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan.

StandarIV : Perawatan mengevaluasi perkembangan klien dalam mencapai hasil akhir yang sudah ditetapkan.

d) Pengklasifikasian Pasien

Berdasarkan metode Triage yakni START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) untuk mengelompokkan pasien sesuai berat ringannya masalah pada pasien. Pengklasifikasian pasien antara lain :

1. Merah (*High Priority*) pasien cedera berat atau mengancam jiwa dan memerlukan penanganan segera.
 2. Kuning (*Intermediate Priority*) pasien cedera yang dipastikan tidak mengancam jiwa dalam waktu dekat. Dapat ditunda hingga beberapa jam.
 3. Hijau (*Low Priority*) pasien cedera ringan yang tidak memerlukan stabilisasi segera, tidak mengancam jiwa dan tidak menimbulkan kecacatan.
 4. Hitam pasien meninggal atau cedera fatal yang tidak memungkinkan untuk resusitasi.
- 2) Pengorganisasian dengan menyusun struktur organisasi, jadwal dinas, dan daftar alokasi pasien.
- 3) Pengarahan, terdapat kegiatan delegasi, supervisi, menciptakan iklim motivasi, manajemen waktu, komunikasi efektif yang mencakup pre dan post conference, dan manajemen konflik. (Basuki, 2018, p. 90)
- a) Timbang terima

Timbang terima pasien (operan) merupakan tehnik atau cara untuk menyampaikan atau menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas, dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan/belum dan perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga

kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Timbang terima dilakukan penanggung jawab dinas sebelumnya secara tertulis dan lisan (Nursalam, 2014)

b) Supervisi

Supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang disupervisi agar mereka dapat melaksanakan kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif (Sudjana D, 2004 dalam Nursalam, 2014). Menurut Depkes (2009), supervise keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervise mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan dan peralatan agar pasien mendapat pelayanan yang bermutu setiap saat.

c) *Pre dan Post Conference*

Conference adalah diskusi kelompok yang dilakukan untuk membahas tentang beberapa aspek klinik dan kegiatan konsultasi. *Conference* dilakukan sebelum dan sesudah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.

Pre conference adalah diskusi tentang aspek klinik sebelum melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Sedangkan *post conference* adalah diskusi tentang aspek klinik sesudah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. (Manurung, 2011, p. 41)

b. Pilar 2 : Sistem 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 berdasarkan prosedur. Kompensasi berupa jasa dapat diberikan kepada PP dan PA dalam satu tim yang dapat ditentukan berdasarkan derajat ketergantungan klien. Penghargaan lain yang diperlukan adalah PP dapat mempelajari secara detail tentang asuhan keperawatan klien tertentu sesuai gangguan/masalah yang dialami sehingga mengarah kepada pendidikan spesialis. (Ratna & Yulia, 2006, p. 13).

Manajemen sumber daya manusia di ruang MPKP berfokus pada proses rekrutmen, seleksi kerja orientasi, penilaian kerja, staf perawat. Proses ini selalu dilakukan sebelum membuka ruang MPKP dan setiap ada penambahan perawatan baru. (Basuki, 2018, p. 91)

c. Pilar 3 : Hubungan profesional

Pada model ini, hubungan antar-profesional dalam tim kesehatan dilakukan oleh PP. PP yang paling mengetahui tentang perkembangan kondisi klien sejak awal masuk kesuatu ruang rawat inap sehingga mampu memberi data yang adekuat tentang kondisi klien kepada profesi lain khususnya dokter. Oleh karena itu pada MPKP ini PP tidak melapor kepada dokter tetapi memberi analisi tentang kondisi klien. Pemberian informasi yang akurat tentang perkembangan klien

akan membantu dalam penetapan rencana tindakan medik (Sitorus & Yulia, 2006, pp. 12–13).

Hubungan profesional dalam pemberian pelayanan keperawatan (tim kesehatan) dalam penerimaan pelayanan keperawatan (klien dan keluarga). Pada pelaksanaannya hubungan profesional secara internal artinya hubungan yang terjadi antara pembentuk pelayanan kesehatan misalnya perawat dengan perawat, perawat dengan tim kesehatan lain, sedangkan hubungan profesional secara eksternal adalah hubungan antara pemberi dan penerima pelayanan kesehatan (Basuki, 2018, p. 91)

a) Ronde keperawatan

Metode keperawatan primer merupakan salah satu metode pemberian pelayanan keperawatan dimana salah satu kegiatannya adalah ronde keperawatan, yaitu suatu metode untuk menggali dan membahas dan secara mendalam masalah keperawatan yang terjadi kepada pasien dan kebutuhan pasien akan keperawatan yang dilakukan oleh PN/AN, konselor, kepala ruangan dan seluruh tim keperawatan dengan melibatkan secara langsung sebagai fokus kegiatan.

Ronde keperawatan akan memberikan media bagi perawat untuk membahas lebih dalam masalah dan kebutuhan pasien serta merupakan suatu proses belajar bagi perawat dengan harapan dalam meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor. Kepekaan dan cara berfikir kritis perawat akan tumbuh dan berlatih

melalui suatu transfer pengetahuan dan mengaplikasikan konsep teori ke dalam praktik perawatan. Ronde keperawatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien yang dilaksanakan oleh perawat selain melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan. Pada kasus tertentu harus dilakukan oleh Ketua Tim dan atau konselor, Kepala Ruangan, perawat pelaksana yang perlu juga melibatkan seluruh anggota tim kesehatan (Nursalam, 2014)

- d. Pilar 4 : Manajemen asuhan keperawatan yang di terapkan di MPKP adalah asuhan keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan (Duwi Basuki, 2018).

a) Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dari segala macam tuntutan, yang berisi data lengkap, nyata, dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan dari pasien, tetapi juga jenis/tipe, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Fisbach, 1991 dalam Priadi, 2010).

b) Sentralisasi Obat

Nursalam (2011) menyatakan bahwa sentralisasi obat adalah pengelolaan obat bahwa seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien atau klien yang diserahkan sepenuhnya oleh perawat. Salah satu peran perawat yang perlu dilakukan dalam penerapan manajemen

asuhan keperawatan adalah pengawasan terhadap penggunaan dan konsumsi obat sebagai suatu pola yang sistematis dengan alur yang jelas melalui kegiatan sentralisasi obat. Dengan demikian, penggunaan obat benar-benar dapat dikontrol oleh perawat, agar resiko kerugian baik secara material maupun non material dapat di eliminasi.(Suni, 2018, p. 156)

c) *Discharge Planning*

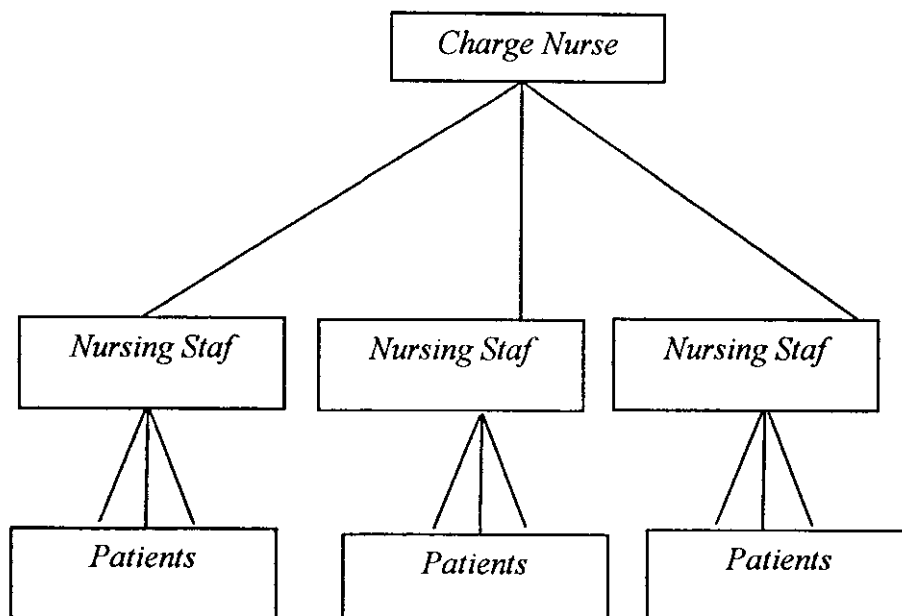
Discharge planning adalah suatu proses dimana pasien mulai mendapatkan pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya. *Discharge planning* menunjukkan beberapa proses formal yang melibatkan tim atau memiliki tanggung jawab untuk mengatur perpindahan sekelompok orang ke kelompok lainnya (RCP, 2001). Perawat adalah salah satu anggota tim *discharge planner*, dan sebagai *discharge planner* perawat mengkaji setiap pasien dengan mengumpulkan dan menggunakan data yang berhubungan untuk mengidentifikasi masalah aktual dan potensial, menentukan tujuan dengan atau bersama pasien dan keluarga, memberikan tindakan khusus untuk mengajarkan dan mengkaji secara individu dalam mempertahankan atau memulihkan kembali kondisi pasien secara optimal dan mengevaluasi kesinambungan asuhan keperawatan.

2.3 Model Pengorganisasian Perawatan Pasien

Menurut Marquiz tahun 2003, ada lima model dalam pengorganisasian pasien yaitu : keperawatan klien secara total, fungsional, team, keperawatan primer dan manajemen kasus. Untuk memahami masing – masing model maka akan diuraikan secara jelas di bawah ini:

2.3.1 Model keperawatan klien secara total

Model keperawatan klien total ini dikembangkan sejak Florence Nightingale. Model ini sempat menghilang sempat menghilang sejak tahun 1930 dan semenjak jumlah perawat meningkat dari tahun 1970-1980. Dalam model ini dijelaskan bahwa seorang perawat RN bertanggungjawab terhadap semua aspek perawatan pada satu klien atau lebih. Perawat dapat mendelegasikan tindakan keperawatan pada staf yang belum mempunyai ijin, tetapi semua tanggungjawab tetap pada perawat RN tersebut. Perawat melakukan kerjasama dengan tim lain pada saat melakukan perawatan pada klien seperti dokter, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain. Pada model ini berdasarkan giliran jaga perawat. Seorang perawat tidak harus rawat klien yang sama setiap hari hanya satu shift jaga merawat satu pasien. Kelanjutan perawatan klien akan berganti-ganti dengan perawat yang berbeda sehingga kemungkinan tidak terjadi komunikasi yang berkelanjutan tentang kondisi klien secara jelas. Tingkat kepuasan klien pada model ini sangat tinggi, tetapi dari segi biaya tidak efektif karena membutuhkan perawat RN dalam jumlah banyak (Marquis, 2003).



Gambar 2.1 Struktur Organisasi Pada Keperawatan Total

2.3.2 Metode Fungsional

Model ini dikembangkan setelah Perang Dunia ke II dan percepatan perbaikan konstruksi rumah sakit. 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 obat, mengganti balutan, memantau infus dll. 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 merasa kurang puas.

Pada metode ini, kepala ruangan menentukan tugas setiap perawat dalam suatu ruangan. Perawat akan melaporkan tugas yang dikerjakannya kepada kepala ruangan dan kepala ruangan tersebut bertanggung jawab dalam membuat laporan klien, ini menyebabkan kepala ruangan kurang mempunyai waktu untuk membantu stafnya mempelajari cara terbaik dalam memenuhi kebutuhan klien. Metode fungsional cukup efisien dalam menyelesaikan tugas-tugas apabila jumlah perawat sedikit.(Basuki, 2018, pp. 92–93)

2.3.3 Metode Tim

Metoda tim adalah suatu bentuk metoda penugasan pemberian asuhan keperawatan keperawatan, dimana kepala ruangan membagi perawat pelaksana dalam beberapa kelompok atau tim, yang di ketuai oleh seorang perawat profesional berpengalaman. Metoda ini digunakan bila perawat pelaksana terdiri dari berbagai latar belakang pendidikan dan kemampuannya. Ketua tim mempunyai tanggung jawab untuk mengkoordinasikan seluruh kegiatan asuhan keperawatan dalam tanggung jawab kegiatan anggota tim. Tujuan metoda penugasan keperawatan tim untuk memberikan keperawatan yang berpusat kepada pasien. Ketua tim melakukan pengkajian dan menyusun rencana keperawatan kepada setiap pasien, anggota tim bertanggung jawab melaksanakan asuhan keperawatan

berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah di buat. Oleh karena kegiatan dilakukan bersama – sama dalam kelompok, maka ketua tim sering kali melakukan pertemuan bersama dengan anggota tim (konferensi tim) guna membahas kejadian – kejadian yang di hadapi dalam pemberian asuhan keperawatan (Santa Manurung, 2011).

Keperawatan tim dikembangkan pada tahun 1950-an dalam upaya untuk mengurangi masalah yang berkaitan dengan pengaturan fungsional asuhan pasien. Banyak orang yakin bahwa meskipun kekurangan staf keperawatan profesional terus berlanjut, sistem asuhan pasien yang harus dikembangkan sehingga dapat mengurangi perawatan yang terpisah yang menyertai keperawatan fungsional (Marquis & Huston, 2010).

Dalam keperawatan tim, petugas bantuan bekerja sama dalam memberikan asuhan kepada sekelompok pasien dibawah arahan perawat profesional. Sebagai pimpinan tim tersebut, perawat bertanggung jawab mengetahui keadaan dan kebutuhan semua pasien yang termasuk dalam tim dan merencanakan asuhan individual. Tugas pimpinan tim bervariasi bergantung pada kebutuhan pasien dan beban kerja. Tugas tersebut mencakup membantu anggota tim, memberikan asuhan langsung kepada pasien, memberikan penyuluhan, dan mengoordinasikan aktivitas pasien (Marquis & Huston, 2010).

Asuhan yang komprehensif dapat diberikan kepada pasien, melalui komunikasi tim yang luas, meskipun jumlah petugas bantuan relatif banyak. Komunikasi ini berlangsung secara informal antara pimpinan tim

dan anggota tim individu dan secara formal melalui rencana pertemuan tim yang teratur. Sebuah tim harus terdiri atas tidak lebih dari lima orang atau tim tersebut akan kembali pada urutan organisasi yang lebih fungsional (Marquis & Huston, 2010).

Keperawatan tim biasanya diasosiasikan dengan kepemimpinan demokratis. Anggota kelompok diberikan otonomi sebanyak mungkin saat mengerjakan tugas yang diberikan, meskipun tim tersebut berbagi tanggung jawab dan akuntabilitas secara bersama. Perlunya keterampilan komunikasi dan koordinasi yang baik membuat pelaksanaan keperawatan tim sulit dilakukan dan membutuhkan disiplin diri yang besar di pihak anggota tim (Marquis & Huston, 2010).

Keperawatan tim memungkinkan anggota untuk melakukan keahlian atau keterampilan yang mereka miliki. Kemudian, pimpinan tim sebaiknya menggunakan pengetahuannya mengenai kemampuan setiap anggota saat membuat penugasan pasien kelolaan. Mengenali kelayakan individu dari seluruh pekerja dan memberikan otonomi kepada anggota tim menimbulkan kepuasan kerja yang tinggi (Marquis & Huston, 2010).

Kerugian keperawatan tim terutama dihubungkan dengan penerapannya yang kurang tepat, bukan filosofi keperawatan tim itu sendiri. Sering kali, tidak tersedia waktu yang adekuat untuk merencanakan asuhan dan melakukan komunikasi tim. Hal ini dapat menimbulkan batas yang tidak jelas mengenai tanggung jawab, kesalahan, dan asuhan pasien yang terpecah. Agar keperawatan tim dapat efektif,

pimpinan harus mempunyai keterampilan komunikasi, organisasi, manajemen, dan kepemimpinan yang baik dan harus menjadi seorang praktisi yang sempurna (Marquis & Huston, 2010).

Keperawatan tim, seperti rancangan aslinya, telah mengalami banyak modifikasi dalam 25 tahun terakhir ini. Sebagian besar keperawatan tim tidak pernah mempraktikkan bentuk murninya, malah sebaliknya, menerapkan kombinasi tim dan struktur fungsional. Upaya terakhir untuk meningkatkan dan memperbaiki keperawatan tim menghasilkan konsep “keperawatan modular” yang merupakan suatu pendekatan tim-kecil (dua atau tiga orang anggota). Tim dipertahankan berskala kecil dan anggota tim diupayakan ditugaskan dalam tim yang sama sesering mungkin untuk lebih banyak waktu bagi perawat profesional untuk merencanakan dan mengoordinasi anggota tim. Selain itu, tim kecil membutuhkan komunikasi yang lebih sedikit sehingga memungkinkan anggotanya memakai waktu mereka dengan lebih baik untuk melakukan asuhan pasien (Marquis & Huston, 2010).

a. Keuntungan

- 1) Melibatkan semua anggota tim dalam asuhan keperawatan pasien.
- 2) Akan menghasilkan kualitas asuhan keperawatan yang dapat di pertanggung jawabkan.
- 3) Membutuhkan biaya lebih sedikit atau murah, dibanding sistem penugasan lain.

- 4) Pelayanan yang di peroleh pasien adalah bentuk pelayanan yang komprehensif dan profesional.
- 5) Metode ini memotivasi perawat untuk selalu bersama pasien selama bertugas(Santa Manurung, 2011, p. 12)

b. Kerugian

- 1) Dapat menimbulkan pregmentasi dalam keperawatan.
- 2) Sulit menentukan kapan dapat diadakan pertemuan atau konferensi karena anggotanya terbagi – bagi dalam sift.
- 3) Ketua tim lebih bertanggung jawab daen memiliki otoritas, dibandingkan dengan anggota tim.
- 4) Tidak efisien bila di bandingkan dengan model lain, karena membutuhkan tenaga yang mempunyai keterampilan tinggi.(Manurung, 2011, p. 12)

c. Tanggung jawab kepala ruangan

- 1) Menetapkan standar kinerja yang diharapkan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
- 2) Membantu staf dalam menetapkan sasaran asuhan keperawatan.
- 3) Memberikan kesempatan kepada ketua tim untuk mengembangkan kepemimpinan.
- 4) Mengorientasikan tenaga keperawatan yang baru tentang metode tim dalam pemberian asuhan keperawatan.
- 5) Menjadi nara sumber menjadi ketua tim.

- 6) Memotivasi staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan.
- 7) Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka dengan semua staf.
- 8) Mengawasi kinerja perawat pelaksana agar sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
- 9) Membentuk tim dengan sejumlah perawat dan kebutuhan pasien.
- 10) Membagi pasien yang akan menjadi tanggung jawab masing – masing tim. (Manurung, 2011, p. 13)

d. Tanggung jawab ketua tim

- 1) Membuat perencanaan berdasarkan tugas dan kewenangannya yang didelegasikan oleh kepala ruangan.
- 2) Mengkaji setiap pasien dan menetapkan rencana keperawatan.
- 3) Mengkoordinasikan rencana keperawatan dengan tindakan medik.
- 4) Membuat penugasan kepada setiap anggota tim dan memberikan bimbingan melalui *pre conference* dan *post conference*.
- 5) Mengevaluasi asuhan keperawatan baik proses ataupun hasil yang diharapkan serta mendokumentasikannya.
- 6) Mengembangkan kemampuan anggota.
- 7) Memeriksa kelengkapan dokumentasi keperawatan dari mulai pengkajian sampai catatan perkembangan masing – masing pasien. (Manurung, 2011, p. 14)

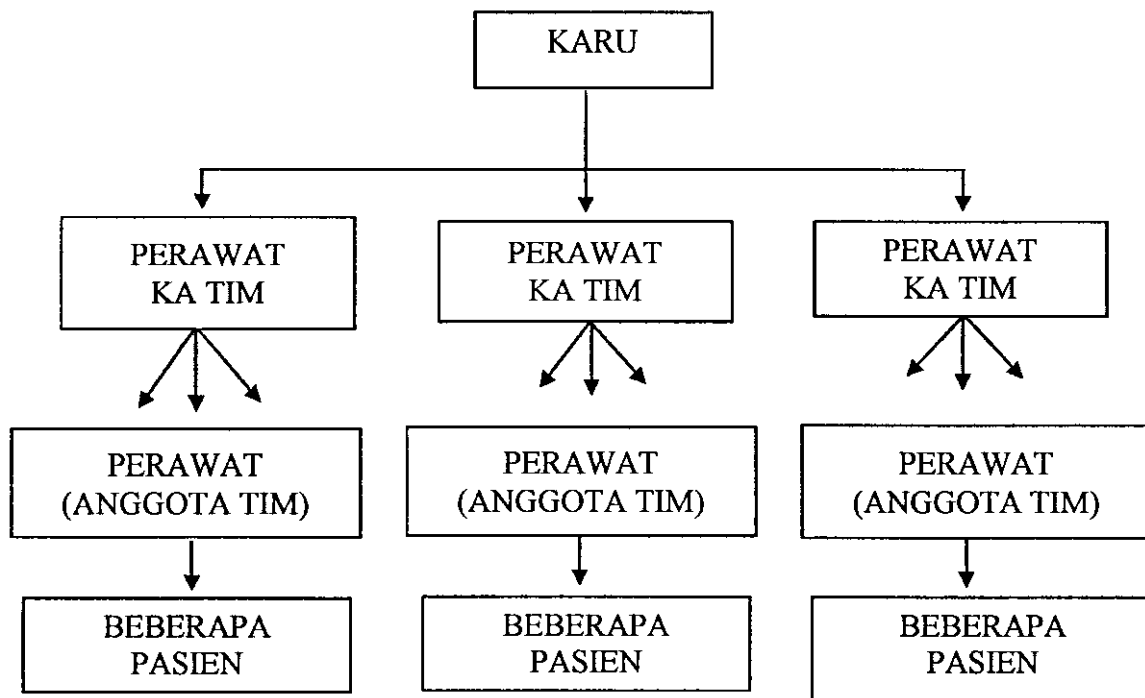
e. Tanggung jawab anggota tim

- 1) Melaksanakan tugas berdasarkan rencana asuhan keperawatan.

- 2) Mencatat dengan jelas dan tepat serta asuhan keperawatan yang telah di berikan berdasarkan respons pasien.
- 3) Berpartisipasi dalam setiap memberikan masukan untuk meningkatkan asuhan keperawatan.
- 4) Menghargai bantuan dan bimbingan dari ketua tim.(Manurung, 2011, p. 14)

f. Kriteria ketua tim

- 1) Latar belakang pendidikan Sarjana Keperawatan atau minimal D III Keperawatan apabila belum ada sarjana dengan masa kerja minimal 2 tahun.
- 2) Memiliki riwayat prestasi kerja yang baik.
- 3) Tidak sedang mengikuti pendidikan formal.



Gambar 2.2 Skema Tenaga Keperawatan Pada Metode Tim Penerapan MPKP di RSUD Prof. Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto

2.3.4 Metode Primer

Model keperawatan primer terkenal pada tahun 1970 dan awal tahun 1980 saat rumah sakit mulai mempekerjakan perawat yang lebih banyak perawat RN. Model ini menempatkan perawat RN disamping klien, meningkatkan akuntabilitas pada klien dan menciptakan hubungan profesional antara anggota staf. Model keperawatan primer adalah model pemberian asuhan pada klien, dimana yang bertanggungjawab terhadap klien perawat primer. Pada model ini perawat primer akan merawat pasien yang sama setiap hari selama masa perawatan di rumah sakit tersebut. (Basuki, 2018, p. 97)

a. Karakteristik model keperawatan primer

- 1) Perawat primer mempunyai tanggung jawab untuk asuhan keperawatan pasien selama 24 jam sehari, dari penerimaan sampai pemulangan.
- 2) Pengkajian kebutuhan asuhan keperawatan, kolaborasi dengan pasien dan profesional kesehatan lain, dan menyusun rencana perawatan, semua ini ada ditangan perawat primer.
- 3) Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan didelegasikan oleh perawat primer kepada perawat sekunder selama shift lain.
- 4) Perawat primer berkonsultasi dengan perawat kepala dan penyelia.
- 5) Autoritas, tanggung gugat dan autonomi ada pada perawat primer.

Keperawatan primer mensejajarkan desentralisasi pendidikan pasien karena perawat menjadi pemberi asuhan primer. Pada perawatan pasien komprehensif, perawat primer bertanggung jawab dan bertanggung gugat untuk pendidikan pasien. Sejak 1974 keperawatan primer telah diimplementasikan di beberapa rumah sakit dan telah dijalani berbagai modifikasi. Perawat primer seringkali melakukan asuhan keperawatan langsung pada pasien. Kadang-kadang mengarahkan pemberi asuhan lain saat menjalankan fungsi pembuat keputusan., keperawatan primer dan tim memerlukan sistem pendukung keperawatan yang efisien: komunikasi, distribusi, transportasi, dan manajemen unit. Shukla mengajukan teori

kemungkinan bahwa keperawatan primer adalah lebih efektif bila sistem pendukung efisien dan ketergantungan pasien pada perawat tinggi. Keperawatan primer tidak lebih baik dari keperawatan tim untuk semua rumah sakit semua unit keperawatan dalam rumah sakit, atau semua tipe pasien.

Desentralisasi sistem pendukung seperti suplai, linen, dan obat-obatan untuk ruangan pasien, lebih efisien dan memperbaiki keuntungan keperawatan primer pada keperawatan tim. Bila perawat primer harus pergi ke pusat untuk suatu hal mereka akan terhambat dalam memberikan perawatan langsung. Juga, keperawatan modular atau keperawatan primer dimodifikasi mengubah kinerja yang dibutuhkan dari keperawatan yang lebih tidak langsung dan rutin serta tugas-tugas bukan keperawatan. Pasien memerlukan keuntungan perawatan yang lebih luas dari keperawatan primer daripada kemampuan perawatan diri. Keperawatan primer paling baik untuk perawatan intensif. (Basuki, 2018, p. 98)

b. Keuntungan keperawatan primer

- 1) Memberikan peningkatan autonomi pada pihak perawat, jadi meningkatkan motivasi, tanggung jawab, dan tanggung gugat.
- 2) Menjamin kontinuitas perawatan sesuai perawat primer memberikan atau mengarahkan perawatan sepanjang hospitalisasi.

- 3) Membuat ketersediaan peningkatan pengetahuan psikososial pasien dan kebutuhan fisik, karena perawat primer melakukan pengkajian riwayat dan fisik, mengembangkan rencana perawatan, dan melaksanakannya sebagai kesatuan antara pasien dan pekerja kesehatan lain.
- 4) Meningkatkan pelaporan dan kepercayaan antara perawat dan pasien yang akan memungkinkan pembentukan hubungan terapeutik.
- 5) Memperbaiki komunikasi informasi pada dokter .
- 6) Menghilangkan pembantu perawat dari administrasi perawatan pasien langsung.
- 7) Membebaskan manajer perawat klinis untuk melakukan peran manajer operasional: untuk menghadapi masalah staf dan penugasan dan memotivasi serta mendukung staf. (Basuki, 2018, pp. 98–99)

c. Kelebihan dari keperawatan primer

- 1) Model praktek keperawatan profesional dapat dilakukan atau diterapkan.
- 2) Memungkinkan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan pertanggungjawaban yang jelas.
- 3) Memungkinkan penerapan proses keperawatan .
- 4) Memberikan kepuasan kerja bagi perawat.

5) Memberikan kepuasan bagi klien dan keluarga yang menerima asuhan keperawatan.

6) Lebih mencerminkan.

7) Menurunkan dana perawatan

d. Kekurangan dari keperawatan primer

1) Hanya dapat dilakukan oleh perawat professional.

2) Biaya relatif lebih tinggi dibandingkan metode lain karena lebih banyak menggunakan perawat professional.

3) Perawat harus mampu mengimbangi kemajuan teknologi kesehatan/kedokteran.

4) Perawat anggota dapat merasa kehilangan kewenangan. (Basuki, 2018, p. 99)

e. Pelaksanaan model keperawatan primer

Primer adalah terdapatnya kontinuitas keperawatan yang dilakukan secara komprehensif dan dapat dipertanggung jawabkan. Penugasan yang diberikan kepada Primary Nurse atas pasien yang dirawat dimulai sejak pasien masuk ke rumah sakit yang didasarkan kepada kebutuhan pasien atau masalah keperawatan yang disesuaikan dengan kemampuan Primary Nurse. Setiap primary nurse mempunyai 4-6 pasien dan bertanggung jawab Jam selama 24jam selama pasien dirawat. Primary Nurse akan melakukan pengkajian secara komprehensif dan merencanakan asuhan keperawatan.

Selama bertugas ia akan melakukan berbagai kegiatan sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien. Demikian pula pasien, keluarga, staff medik dan staf keperawatan akan mengetahui bahwa pasien tertentu merupakan tanggung jawab primary nurse tertentu. Dia bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan dia juga akan merencanakan pemulangan pasien atau rujukan bila diperlukan.

Jika primary nurse tidak bertugas, kelanjutan asuhan keperawatan didelegasikan kepada perawat lain yang disebut "associate nurse". Primary nurse bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang diterima pasien dan menginformasikan tentang keadaan pasien kepada Kepala Ruangan, dokter dan staf keperawatan lainnya. Kepala Ruangan tidak perlu mengecek satu persatu pasien, tetapi dapat mengevaluasi secara menyeluruh tentang aktivitas pelayanan yang diberikan kepada semua pasien. Seorang primary nurse bukan hanya mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan tetapi juga mempunyai kewenangan untuk melakukan rujukan kepada pekerja social kontak dengan lembaga sosial masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik, mengadakan kunjungan rumah dan sebagainya. Dengan diberikannya kewenangan tersebut, maka dituntut akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil pelayanan yang diberikan. Primary Nurse berperan sebagai advokat pasien terhadap birokrasi rumah sakit.

Kepuasan yang dirasakan pasien dalam model primer adalah pasien merasa dimanusiawikan karena pasien terpenuhi kebutuhannya secara individual dengan asuhan keperawatan yang bermutu dan tercapainya pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi dan advokasi. Kepuasan yang dirasakan oleh Primary Nurse adalah tercapainya hasil berupa kemampuan yang tinggi terletak pada kemampuan supervisi. Staf medis juga merasakan kepuasannya dengan model primer ini, karena senantiasa informasi tentang kondisi pasien selalu mutakhir dan laporan pasien komprehensif, sedangkan pada model Fungsional dan Tim informasi diperoleh dari beberapa perawat. Untuk pihak rumah sakit keuntungan yang dapat diperoleh adalah rumah sakit tidak perlu mempekerjakan terlalu banyak tenaga keperawatan, tetapi tenaga yang ada harus berkualitas tinggi. Dalam menetapkan seorang menjadi Primary Nurse perlu berhati-hati karena memerlukan beberapa kriteria, diantaranya dalam menetapkan kemampuan asertif, self direction, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan baik antar berbagai disiplin ilmu. Di negara maju pada umumnya perawat yang ditunjuk sebagai primary nurse adalah seorang Clinical Specialist yang mempunyai kualifikasi Master.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa Model Primer dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan bila dibandingkan dengan Model Tim, karena:

- 1) hanya satu perawat yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat dalam perencanaan dan koordinasi asuhan keperawatan.
 - 2) Jangkauan observasi setiap perawat hanya 4-6 pasien bila dibandingkan dengan 10-20 orang pada setiap tim.
 - 3) Perawat Primer bertanggung jawab selama 24 jam.
 - 4) Rencana pulang pasien dapat diberikan lebih awal.
 - 5) Rencana keperawatan dan rencana medic dapat berjalan paralel. (Basuki, 2018, pp. 99–101)
- f. Tugas dan peran dalam diagram sistem asuhan keperawatan primary nursing.
- 1) Tugas perawat primer (ketua tim)
 - a) Menerima operan klien setiap pergantian dinas pagi atau pada saat bertugas.
 - b) Melaksanakan pembagian klien kepada perawat asosiet.
 - c) Mengadakan pre atau post konferens dengan perawat asosiet .
 - d) Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium.
 - e) Menerima klien baru dan memberi informasi tentang tata tertib RS dan ruangan, tenaga perawat, dan dokter yang merawat dan administrasi.

- f) Membuat rencana keperawatan, catatan perkembangan dan resume keperawatan.
- g) Melakukan diskusi keperawatan kepada perawat asosiet.
- h) Melakukan evakuasi asuhan keperawatan dan membuat laporan.
- i) Melakukan tindakan keperawatan tertentu yang membutuhkan kompetensi kompleks.
- j) Membuat perencanaan pulang.
- k) Memeriksa atau mengevaluasi laporan keadaan klien yang telah dibuat PA.
- l) Melakukan penyuluhan kepada klien dan keluarga.
- m) Menyiapkan pelaksanaan asuhan keperawatan.
- n) Menilai hasil pekerjaan kelompok dan mendiskusikan permasalahan yang ada.
- o) Menciptakan kerjasama yang humoris
- p) Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan yang lain dan mengikuti visit atau ronde medik.
- q) Mengikuti ronde keperawatan.
- r) Mengorientasikan klien baru pada lingkungan. (Basuki, 2018, pp. 101–102)

2) Peran perawat asosiet

- a) Mengikuti serah terima klien dinas pagi bersama perawat primer, sore dan malam.

- b) Mengikuti pre atau post conference dengan perawat primer.
- c) Melakukan pengkajian awal pada klien baru jika perawat primer tidak ada di tempat.
- d) Melaksanakan rencana keperawatan.
- e) Membuat rencana keperawatan pada klien baru jika perawat primer tidak ada ditempat.
- f) Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.
- g) Melakukan pencatatan dan pelaporan berdasarkan format dokumentasi keperawatan yang ada di ruangan.
- h) Menyiapkan klien untuk memeriksa diagnostic atau laboratorium, pengobatan dan tindakan.
- i) Memberikan penjelasan atas pertanyaan klien atau keluarga dengan kalimat yang mudah dimengerti, bersifat sopan dan ramah.
- j) Berperan serta melakukan penyuluhan kesehatan kepada klien dan keluarga.
- k) Memelihara kebersihan klien, ruangan dan lingkungan ruang rawat.
- l) Menyimpan, memelihara peralatan yang diperlukan sehingga siap dipakai.
- m) Melakukan dinas rotasi sesuai jadwal yang sudah dibuat oleh kepala ruangan.

- n) Mengikuti visit dokter atau ronde keperawatan jika tidak ada PP.
- o) Mengantikan peran atau tugas PP yang lain jika PP tidak ada.
- p) Mengidentifikasi dan mencatat tingkat ketergantungan lien setiap shif.
- q) Melaksanakan kebijakan yang ditentukan oleh kepala ruangan.

3) Tugas pembantu perawat

- a) Membersihkan meja.
- b) Menyiadakan alat.
- c) Membersihkan alat – alat yang digunakan.
- d) Mengantar klien konsul.
- e) Membawa urinal atau pispot ke dan dari klien.
- f) Menyiapkan makan dan minum.
- g) Membantu klien ke kamar mandi.
- h) Membantu klien BAK atau BAB.
- i) Membantu mengganti alat tenun (Basuki, 2018, p. 103)

2.3.5 Manajemen Kasus

Manajemen kasus adalah metode pendekatan pengelolaan kasus yang menghubungkan antara pemberi pelayanan kesehatan dengan klien, keluarganya dan bertujuan untuk menekan biaya dan menjaga kualitas. Sedangkan menurut the Case Management Society of Amerika (2006) mendefinisikan manajemen kasus sebagai suatu proses kolaborasi antara pengkajian, perencanaan, fasilitas dan advokasi terhadap pilihan dan

perawatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan individu melalui komunikasi dan sumber daya yang ada untuk mencapai hasil yang berkualitas dan biaya yang efektif. Fokus manajemen kasus adalah individu bukan populasi klien. Manajer kasus akan menanagni kasus individu, identifikasi tindakan dan biaya yang efektif dan mempersiapkan pearwatarn untuk kesembuhan klien.

Pada model manajemen kasus bebarapa pelayanan kesehatan menggunakan *CareMaps* atau alur berpikir kritis atau peta perawatan. Peta perawatan adalah kombinasi antara berpikir kritis dengan rencana keperawatan. Rencana penatalaksanaan melibatkan multidisipilin keilmuan pada kasus-kasus tertentu. Manager kasus bersama anggota tim menggunakan alur berpikir kritis dalam menerapkan intervensi yang terkoordinasi.

Manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan kesehatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan kesehatan yang optimal. Metode pemberian asuhan keperawatan yang pertama kali 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 bergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksnya kebutuhan klien. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shif, dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan

dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode ini secara umum dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk perawatan khusus seperti isolasi, intensiv care.

Metode manajemen kasus meliputi beberapa elemen utama berikut:

- 1) Pendekatan berfokus pada klien. Fokus layanan adalah kebutuhan klien, bukan kebutuhan institusi atau kebutuhan profesi.
- 2) Koordinasi asuhan dan layanan antar institusi. Kebutuhan klien dipenuhi oleh berbagai institusi atau bagian. Peran manajer kasus adalah untuk mengoordinasi, mengomunikasi dan mengelola hubungan antar bagian atau antar institusi.
- 3) Berorientasi pada hasil
- 4) Efisiensi sumber.
- 5) Kolaborasi (Basuki, 2018, p. 104)

2.3.6 Skala pengukuran

Penelitian pada praktik keperawatan dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor jawaban atau skor yang di dapat dengan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dikalikan 100% dan hasilnya berupa presentase dengan rumus yang digunakan sebagai berikut (Sapriyudi 2009):

$$N : \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan :

N : nilai pengetahuan

Sp : skor yang didapat

Sm : Skor tertinggi maksimum

Kriteria penilaian dengan skala ordinal yaitu (Nursalam, 2011):

Baik : 76-100%

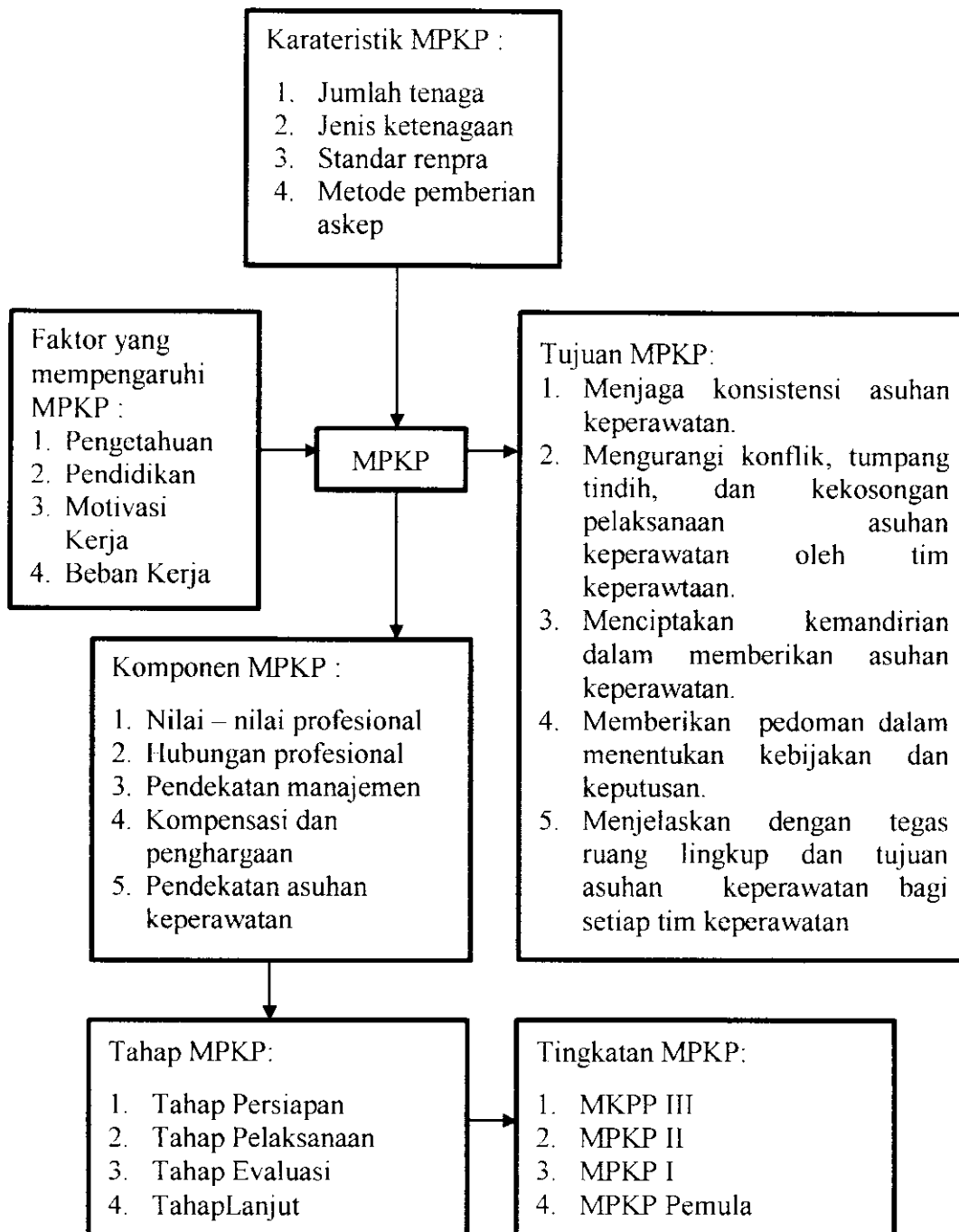
Cukup : 57%-75%

Kurang : $\leq 56\%$

2.4 Kerangka Teori

Kerangka teori adalah kemampuan seorang peneliti dalam mengaplikasikan pola berfikirnya dalam menyusun secara sistematis teori-teori yang mendukung permasalahan penelitian. Menurut Kerlinger, teori adalah himpunan konstruk (konsep), dan proposisi yang mengemukakan pandangan sistematis tentang gejala dengan menjabarkan relasi diantara variabel, untuk menjelaskan dan meramalkan gejala tersebut (Rakhmat, 2004 dikutip dalam Yunita, 2013). Teori berguna menjadi titik tolak atau landasan berfikir dalam memecahkan atau menyoroti masalah. Fungsi teori sendiri adalah menerangkan, meramalkan, memprediksi, dan menemukan keterpautan fakta-fakta yang secara sistematis (Effendy, 2004 dikutip dalam Yunita, 2013).

2.4 Kerangka Teori

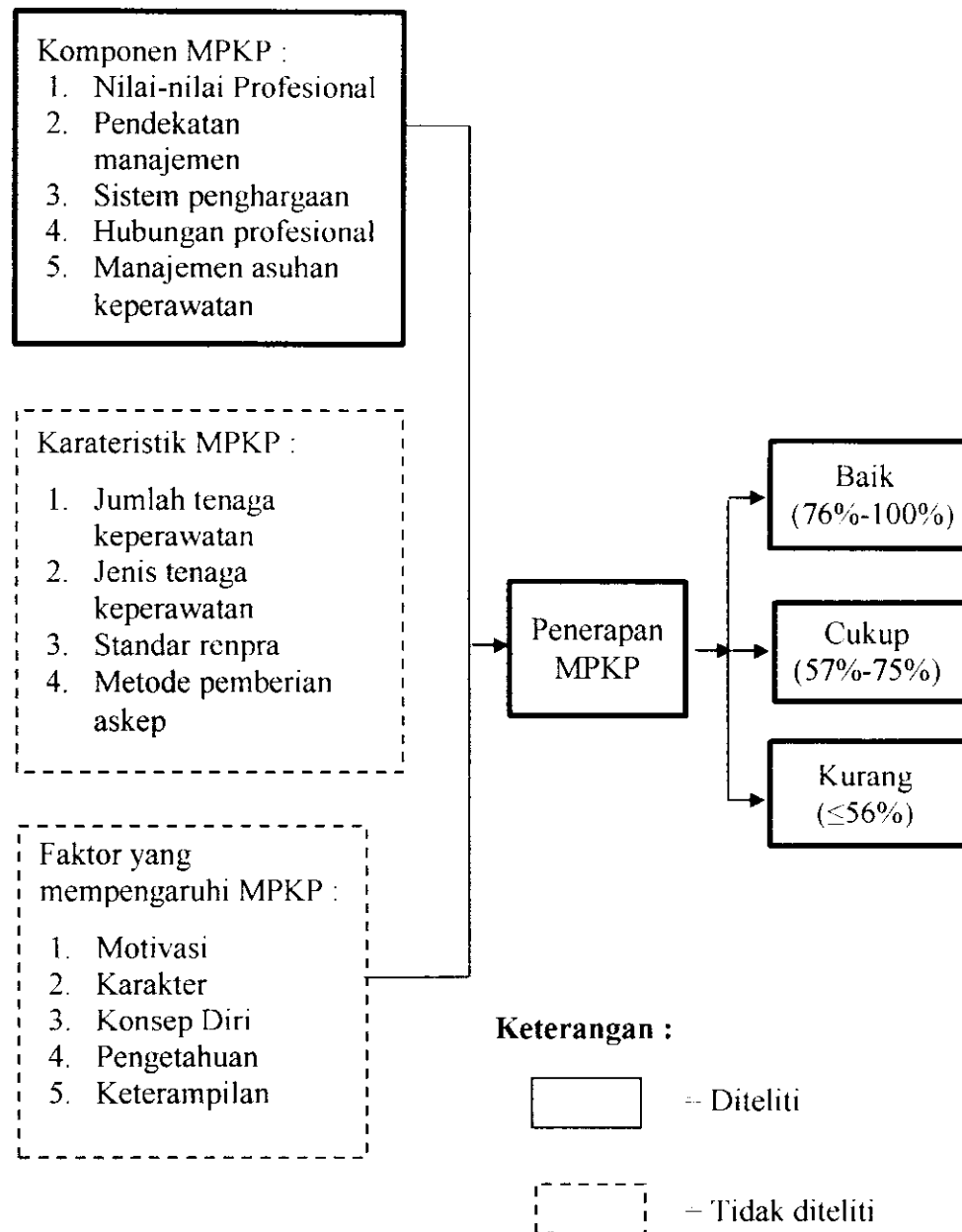


Gambar 2.3 Kerangka teori Studi Penerapan MPKP di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto.

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah serta membahas saling ketergantungan antar variabel yang diperlukan untuk melengkapi dinamika situasi atau hal yang sedang atau diteliti (Hidayat, 2012).

Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.4 Kerangka Konsep Gambaran Penerapan MPKP di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto.