

115

# MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL DI RUMAH SAKIT:

## PENATAAN STRUKTUR DAN PROSES (SISTEM) PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT

✓

Tgl. Menerima	: 8-6-04
Tempat	: DSW
Waktu	: 195

Oleh :  
DR. Ratna Sitorus, SKp.M.App.Sc

Jakarta, Mei 2004



8/04  
16

## MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL DI RUMAH SAKIT

Oleh : DR. Ratna Sitorus, SKp.M.App.Sc

### A. Latar Belakang

Berdasarkan observasi tentang upaya yang dilakukan berbagai rumah sakit dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dapat disimpulkan bahwa upaya yang dilakukan belum memberi hasil yang memuaskan. Upaya yang dilakukan lebih bersifat sesaat atau bersifat individu berupa pelatihan, akreditasi atau memberi kesempatan pada tenaga keperawatan untuk meningkatkan pendidikan pada jenjang yang lebih tinggi. Namun dalam banyak hal, tenaga keperawatan yang telah diberikan kesempatan meningkatkan pendidikan tersebut tidak dimanfaatkan secara optimal terutama sarjana keperawatan /Ners, karena belum ada sistem pemanfaatan tenaga keperawatan yang tepat.

Untuk mengatasinya tidak ada pilihan lain yang dapat dilakukan kecuali melakukan *restructuring*, *reengineering*, dan *redesigning* sistem pemberian asuhan keperawatan melalui pengembangan MPKP (Sitorus, 2000). Pengembangan MPKP merupakan upaya berbagai negara pada masa transisi pelayanan keperawatan dari okupasi menuju pelayanan keperawatan sebagai suatu profesi. Pengembangan MPKP yang ada diberbagai negara mempunyai karakteristik yang berbeda-beda tetapi umumnya lebih menekankan pada aspek proses praktik keperawatan (Hoffart & Woods, 1996). Hal itu terjadi karena struktur yang ada sudah memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional.

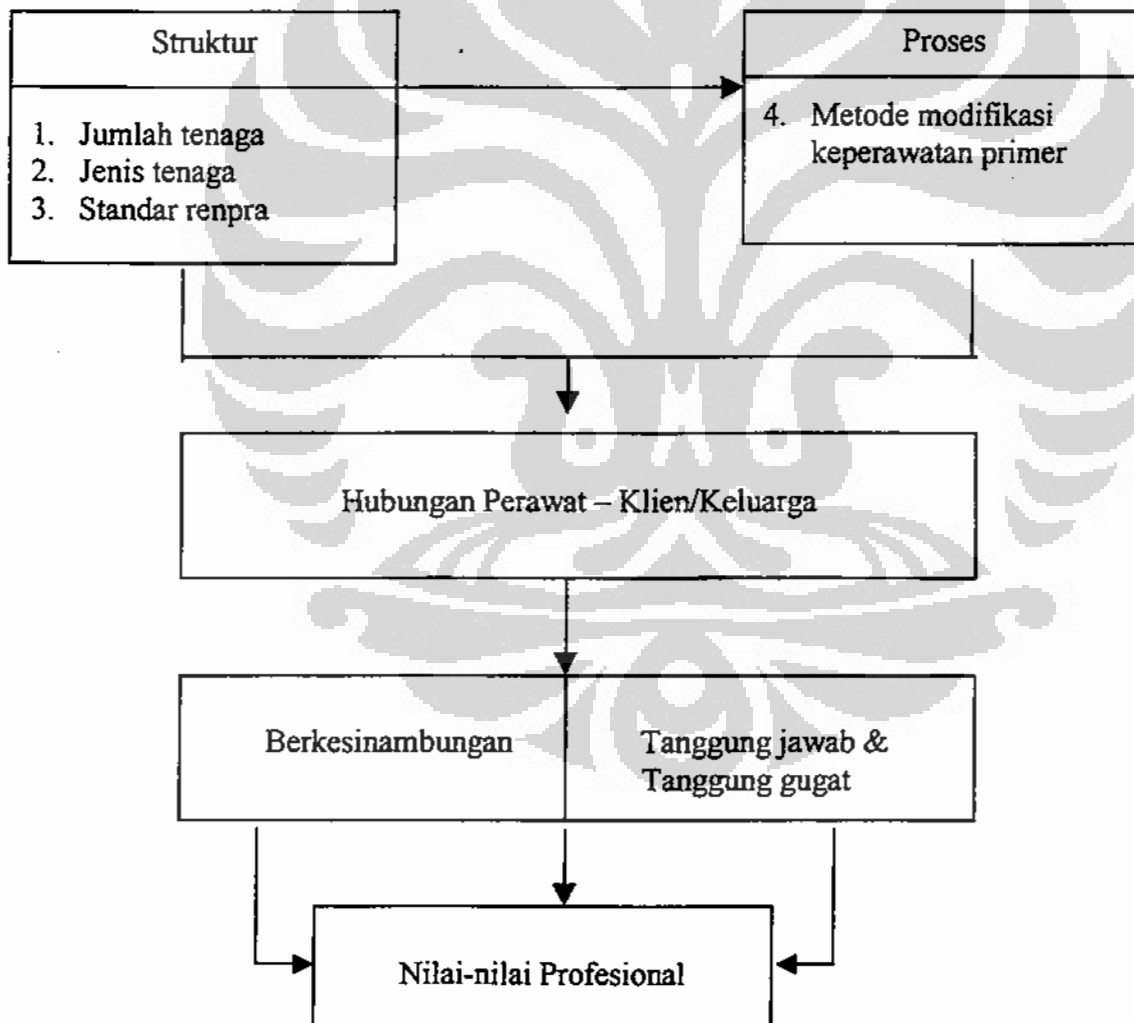
Di Indonesia, berdasarkan analisis tentang struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit, sukar untuk menerapkan proses yang dilakukan di luar negeri. Kondisi keperawatan di Indonesia yang ada saat ini dilihat dari struktur, mayoritas tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan ialah lulusan SPK dan jumlah tenaga tidak didasarkan kepada derajat ketergantungan klien sehingga sukar untuk menyediakan pelayanan/asuhan keperawatan profesional. Kondisi ini terlihat dari: tenaga keperawatan belum mampu melakukan hubungan yang *caring* antara klien dan perawat ; kurang mampu mengintroduksikan hal-hal baru tetapi lebih cenderung bekerja secara rutin ; kurang mampu melakukan tindakan terapi keperawatan tetapi lebih pada pelaksanaan tindakan kolaborasi ; dan tidak ada otonomi dalam membuat keputusan pada pemberian asuhan keperawatan klien.

Melalui pengembangan dan implementasi MPKP FIK-UI – RSCM terdapat suatu sistem pemanfaatan tenaga keperawatan pada setiap ruang rawat secara jelas sehingga dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Hal ini terbukti dari hasil penelitian kuasi eksperimen dengan kelompok kontrol, MPKP ini dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang dinilai dari peningkatan kepuasan klien dan keluarga, peningkatan kepatuhan perawat terhadap standar, lama hari rawat lebih pendek dan penurunan angka infeksi nosokomial (Sitorus, 2002). Pengembangan MPKP ini merupakan tahap awal penataan sistem pemberian asuhan keperawatan dan selanjutnya diharapkan dapat diikuti oleh model-model yang menekankan pada substansi keilmuan keperawatan sehingga mutu asuhan keperawatan dapat lebih ditingkatkan.

## B. Model Praktek Keperawatan Profesional FIKUI-RSUPNCM

Model yang dikembangkan Sitorus (1997) disebut MPKP FIKUI-RSUPNCM karena pengembangan model ini melibatkan kedua institusi tersebut (Sitorus, 2000). Berdasarkan analisis tentang sistem pemberian asuhan keperawatan di rumah sakit dan pengembangan MPKP diberbagai negara, MPKP FIK-UI – RSUPNCM merupakan penataan struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan pada tingkat ruang rawat sehingga memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional (Gambar 1).

Gambar 1.  
MPKP FIK-UI – RSUPNCM



MPKP FIK-UI – RSUPNCM merupakan penataan struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan yang meliputi 4 unsur (karakteristik model), yaitu :

1. Penetapan jumlah tenaga keperawatan

Penetapan jumlah tenaga keperawatan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien.

2. Penetapan jenis tenaga keperawatan

Disamping jumlah perawat, perlu ditetapkan pula jenis tenaga yaitu PP dan PA sehingga peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam sistem pemberian asuhan keperawatan.

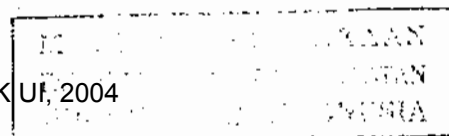
3. Penetapan standar Renpra

Penetapan standar renpra diperlukan karena berdasarkan observasi waktu yang dibutuhkan untuk menulis renpra sangat menyita waktu karena fenomena keperawatan mencakup 14 kebutuhan dasar manusia (Potter & Perry, 1997).

4. Penggunaan metode modifikasi keperawatan primer

Pada MPKP digunakan metoda modifikasi keperawatan primer, sehingga terdapat satu orang perawat profesional yang disebut perawat primer yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan. Disamping itu terdapat CCM (Clinical Care Manager) yang mengarahkan dan membimbing PP dalam memberikan asuhan keperawatan. CCM diharapkan akan menjadi peran ners spesialis pada masa yang akan datang.

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



penghargaan otonomi klien, melakukan yang baik bagi klien, dsb (Clifford & Horvath, 1990).

MPKP ini telah seminarkan secara nasional yaitu seminar dan semiloka I (1998) dan seminar dan semiloka II (2000). Pada seminar dan semiloka tersebut, disepakati untuk mengembangkan beberapa tingkatan MPKP (lampiran 1) dan sebagai tingkatan awal akan dikembangkan MPKP pemula sesuai dengan kondisi yang ada. Secara rinci karakteristik MPKP ini akan dibahas berikut ini.

### C. Rincian Karakteristik MPKP FIK-UI – RSUPNCM

#### 1. Penetapan jumlah tenaga keperawatan

Terdapat beberapa cara atau metoda dalam menetapkan jumlah tenaga keperawatan di suatu ruang rawat atau rumah sakit. Pada MPKP ini jumlah tenaga keperawatan di suatu ruang rawat, ditetapkan dari klasifikasi klien berdasarkan derajat ketergantungan. Menurut Douglas (1984) jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan di rumah sakit pada pagi, sore, dan malam berdasarkan klasifikasi klien dapat dilihat pada tabel. 1.

Tabel 1.

Jumlah Tenaga Perawat Yg Dibutuhkan Pada Suatu Ruang Rawat

JUMLAH KLIEN	KLASIFIKASI KLIEN								
	Mittumal			Parsial			Total		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,60
Dst									

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

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

Untuk menetapkan jumlah tenaga keperawatan di suatu ruang rawat didahului dengan menghitung jumlah klien berdasarkan derajat ketergantungan dalam waktu tertentu. Pada MPKP ini ditetapkan selama 22 hari ( $\pm$  4 minggu) di ruang rawat tersebut. Penetapan waktu observasi tersebut diharapkan sudah dapat mencerminkan variasi perubahan jumlah klien di ruang rawat. Setelah itu, dihitung jumlah perawat yang dibutuhkan pada pagi, sore dan malam sesuai dengan jumlah klien berdasarkan derajat kebergantungan seperti pada tabel 1.

Berdasarkan tabel 1, maka:

Jumlah kebutuhan perawat setiap hari:  $7,11 + 5,28 + 3,35 = 15,74 \rightarrow 16$  orang

Libur / cuti  $\pm 5$  orang

Jumlah tenaga yang dibutuhkan  $16 + 5 = 21$  orang + 1 orang Ka. Ruang Rawat +  
3 orang PP = 25 orang

Dengan demikian di ruang rawat tersebut dibutuhkan 25 orang perawat. Jumlah PP/tim di suatu ruang rawat ditetapkan dengan pertimbangan bahwa seorang PP bertanggung jawab pada 9 – 12 klien, dengan variasi klasifikasi klien. Jumlah ini ditetapkan berdasarkan pertimbangan bahwa kemampuan seorang PP untuk mengkaji kembali semua klien setiap hari, dalam rangka memodifikasi renpra dan membimbing PA dibawah tanggung jawabnya untuk melaksanakan intervensi pada renpra.

Tabel. 1.  
 Jumlah Perawat Yang Dibutuhkan  
 Di suatu ruang rawat berdasarkan klasifikasi klien

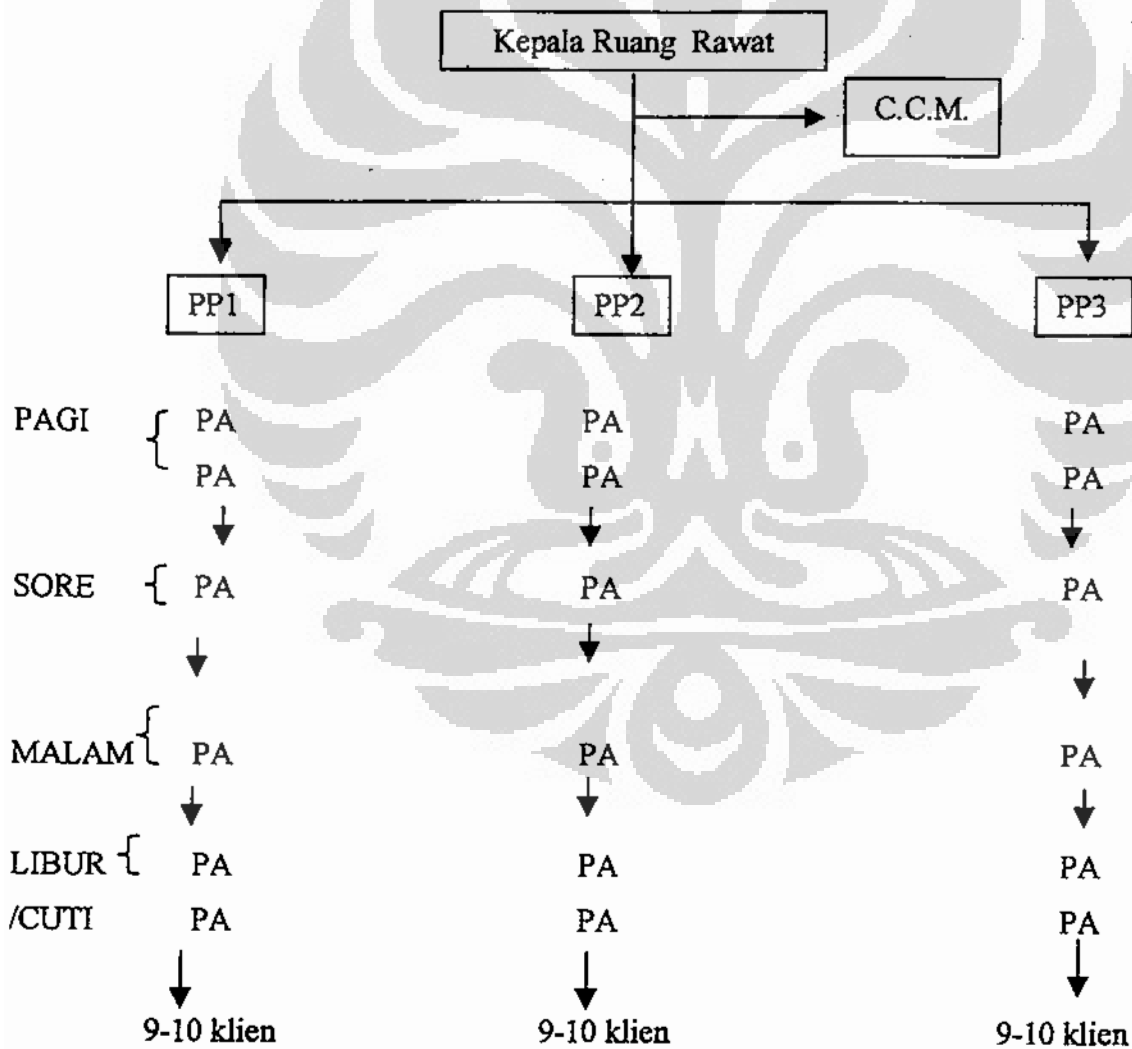
Hari Ke	Klasifikasi			Jumlah Klien	Jumlah Kebutuhan Perawat			Ket.
	Min	Parsial	Total		Pagi	Sore	Malam	
1	12	9	6	27	6,63	4,83	3,30	
2	14	8	3	25	5,62	3,06	2,56	
3	11	9	5	25	6,05	4,39	2,73	
4	9	11	7	27	7,02	5,01	3,07	
5	12	12	6	30	7,44	5,28	3,24	
6	13	6	11	30	7,90	6,02	3,92	
7	11	7	11	29	7,70	5,89	3,79	
8	8	10	11	29	8,02	5,92	3,70	
9	9	9	11	29	7,92	5,91	3,73	
10	12	7	9	28	7,17	5,88	3,49	
11	13	7	8	28	6,98	5,27	3,39	
12	13	7	7	27	6,62	4,97	3,19	
13	14	4	6	24	5,62	4,36	2,88	
14	9	10	8	27	7,11	5,16	3,10	
15	12	8	9	29	7,44	5,58	3,56	
16	16	6	7	29	6,68	5,84	3,42	
17	13	9	6	28	6,80	4,97	3,06	
18	15	9	6	30	7,40	5,25	3,30	
19	12	8	9	29	7,40	5,58	3,56	
20	9	6	14	29	8,19	6,36	4,12	
21	8	9	10	27	7,39	5,47	3,43	
22	9	12	7	28	7,29	5,16	3,14	
Rata-rata					7,11	5,28	3,35	



## 2. Penetapan jenis tenaga keperawatan

Penetapan jenis tenaga keperawatan dipengaruhi oleh metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan. Pada MPKP, metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah metode modifikasi keperawatan primer. Dengan demikian, dalam satu ruang rawat terdapat beberapa jenis tenaga, yaitu kepala ruang rawat, *clinical care manager (CCM)*, perawat primer (PP), dan perawat asosiet (PA) (Tonges, 1989). Struktur ketenagaan di ruang rawat pada MPKP dapat dilihat pada gambar 1.

Gambar 1. Struktur ketenagaan keperawatan di ruang rawat pada MPKP



Tugas dan tanggung jawab setiap jenis tenaga adalah sebagai berikut:

a. Kepala ruang rawat

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, kepala ruang rawat adalah perawat dengan kemampuan DIII Keperawatan dengan pengalaman kerja minimal 5 tahun dan pada MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan SKp/Ners dengan pengalaman kerja minimal tiga tahun. Kepala ruang rawat bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat adalah:

- 1) Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadual dinas)
- 2) Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan
- 3) Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan
- 4) Membimbing siswa/mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan, dengan mengikuti sistem MPKP yang sudah ada
- 5) Melakukan kegiatan administrasi, dan surat menyurat
- 6) Mengorientasikan pegawai baru, residen, mahasiswa kedokteran dan mahasiswa keperawatan yang akan melakukan praktek di ruangan
- 7) Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain, antara lain Karu mengingatkan kembali klien dan keluarga tentang perawat/tim yang bertanggung jawab terhadap mereka diruangan yang bersangkutan.
- 8) Mencek kelengkapan persediaan status keperawatan minimal 5 (lima) set setiap hari
- 9) Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal implementasi MPKP termasuk sikap tingkah laku profesional
- 10) Bila PP cuti, tugas dan tanggung jawab PP tersebut diambil alih oleh karu, dan dapat dilegasikan kepada PA senior (wakil PP pemula yang ditunjuk) tetapi tetap dibawah pengawasan kepala ruangan
- 11) Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan
- 12) Memonitor dan mengaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada di ruangan dan membuat DP3 dan usulan kenaikan pangkat

- 13) Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan di ruangan
- 14) Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan
- 15) Membuat peta risiko di ruang rawat.

b. Clinical Care Manager (CCM)

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula CCM adalah SKp/Ners dengan pengalaman kerja lebih dari 3 tahun dan pada MPKP tingkat I adalah seorang Ners Spesialis. Pada MPKP tingkat II, jumlah Ners Spesialis lebih dari satu orang tetapi disesuaikan dengan kekhususan (Majoring) sesuai kasus yang ada. CCM bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab CCM adalah:

- 1) Membimbing dan mengarahkan PP
- 2) Memvalidasi pengkajian yang dilakukan PP
- 3) Memvalidasi renpra yang telah ditetapkan PP
- 4) Memonitor pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan: apakah semua tindakan keperawatan yang telah ditetapkan sudah dilakukan ?, apakah SOAP sudah dilakukan ?, identifikasi tindakan yang belum dilakukan dan diskusikan cara-cara mengatasinya
- 5) Mengadakan ronde keperawatan satu kali perminggu
- 6) Mengadakan diskusi kasus dengan PP dan PA
- 7) Mempresentasikan isu-isu baru terkait dengan asuhan keperawatan
- 8) Menidentifikasi masalah penelitian, merancang usulan penelitian
- 9) Menerapkan hasil-hasil penelitian dalam memberi asuhan keperawatan
- 10) Bekerja sama dengan kepala ruangan dalam hal: melakukan evaluasi tentang mutu asuhan keperawatan, mengkoordinir, mengarahkan dan mengevaluasi mahasiswa praktek, dan membahas dan mengevaluasi tentang penerapan MPKP
- 11) Mengevaluasi pendidikan kesehatan yang dilakukan PP dan memberi masukan untuk perbaikan

- 12) Merancang pertemuan ilmiah untuk membahas hasil evaluasi/penelitian tentang asuhan keperawatan
- 13) Membuat catatan pada buku dokumentasi CCM, tentang kegiatan bimbingan yang dilakukan, masalah yang ditemui, dll.

c. Perawat Primer (PP)

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, PP pemula adalah perawat dengan kemampuan DIII Keperawatan dengan pengalaman kerja minimal 5 tahun dan pada MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan SKp/Ners dengan pengalaman kerja minimal 3 tahun. PP dapat bertugas pada pagi, sore atau malam hari, namun sebaiknya PP hanya bertugas pada pagi atau sore saja karena bila bertugas pada malam hari, PP akan libur beberapa hari sehingga sulit menilai perkembangan klien. Bila PP bertugas pada sore hari PP harus didampingi oleh minimal 1 orang PA dari timnya. Hal ini bertujuan agar pada sore hari PP mempunyai waktu untuk menilai perkembangan semua kliennya. Disamping itu bila PP bertugas sore hari, ia akan menjadi penanggung jawab pada shift tersebut. Tugas dan tanggung jawab PP adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan kontrak dengan klien dan keluarga pada awal masuk ruangan berdasarkan format orientasi klien dan keluarga sehingga tercipta hubungan terapeutik. Hubungan ini dibina secara terus menerus pada saat melakukan pengkajian/tindakan kepada klien dan keluarga.
- 2) Melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP pada sore, malam atau hari libur
- 3) Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian
- 4) Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan, kepada PA dibawah tanggung jawabnya sesuai klien yang dirawat (*pre conference*)
- 5) Menetapkan PA yang bertanggung jawab pada setiap klien pada setiap giliran jaga (*shift*), sesuai kondisi yang ada. Bila PP bertugas dengan 2 orang PA pada satu giliran jaga, maka semua klien akan dibagi kepada kedua PA. Bila PP bertugas dengan seorang PA pada satu giliran jaga maka PA akan merawat

semua klien dan PP akan melakukan tindakan keperawatan sesuai tanggung jawabnya. Pengaturan ini dilakukan dengan PP dapat melakukan semua tugasnya dengan lebih optimal.

- 6) Melakukan bimbingan dan evaluasi (mengecek) pada PA dalam implementasi tindakan keperawatan, apakah sesuai dengan SOP
- 7) Memonitor dokumentasi yang dilakukan oleh PA
- 8) Membantu dan memfasilitasi terlaksananya kegiatan PA
- 9) Melakukan tindakan keperawatan yang bersifat terapi keperawatan dan tindakan keperawatan yang tidak dapat dilakukan oleh PA
- 10) Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium
- 11) Melakukan kegiatan serah terima klien bersama dengan PA
- 12) Mendampingi dokter visite klien dibawah tanggung jawabnya. Bila PP tidak ada visite didampingi oleh PA sesuai timnya
- 13) Melakukan evaluasi asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan klien setiap hari
- 14) Melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien
- 15) Bila PP cuti/libur, tugas-tugas PP didelegasikan kepada PA yang telah ditunjuk (wakil PP) sebagai pembimbing dengan arahan kepala ruangan
- 16) Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga
- 17) Membuat perencanaan pulang
- 18) Bekerja sama dengan *Clinical Care Manager (CCM)*
- 19) Mengidentifikasi isu yang memerlukan pemuktian sehingga tercipta *evidence based practice (EBP)*.

d. Perawat Asosiet (PA)

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

Tugas dan tanggung jawab PA adalah sebagai berikut:

- 1) Membaca renpra yang telah ditetapkan PP
- 2) Membina hubungan terapeutik dengan klien dan keluarga, sebagai lanjutan kontrak yang sudah dilakukan PP
- 3) Menerima klien baru (kontrak) dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi klien dan keluarga jika PP tidak ada di tempat
- 4) Melakukan tindakan keperawatan pada kliennya berdasarkan renpra
- 5) Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikannya pada format yang tersedia
- 6) Mengikuti visite dokter bila PP tidak di tempat
- 7) Mengecek kerapihan dan kelengkapan status keperawatan
- 8) Membuat laporan pergantian dinas dan setelah selesai di paraf
- 9) Mengkomunikasikan kepada PP/Pj dinas bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan
- 10) Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan dan tindakan
- 11) Berperan serta dalam penkes pada klien dan keluarga yang dilakukan PP
- 12) Melakukan inventarisasi fasilitas yang terkait dengan timnya
- 13) Membantu tim lain yang membutuhkan
- 14) Memberikan resep dan menerima obat dari keluarga klien yang menjadi tanggung jawabnya dengan berkoordinasi dengan PP

#### Standar Renpra

Pengembangan standar renpra bertujuan mengurangi waktu perawat untuk menulis, sehingga waktu yang tersedia lebih banyak dilakukan untuk melakukan tindakan sesuai kebutuhan klien. Adanya standar renpra menunjukkan asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan pada konsep dan teori keperawatan yang kukuh yang merupakan salah satu karakteristik pelayanan profesional. Standar renpra itu akan divalidasi oleh PP berdasarkan pengkajian yang dilakukan untuk setiap klien. Selanjutnya rencana yang sudah divalidasi, dibahas dengan PA dalam timnya dan mengarahkan PA pada pelaksanaan tindakan keperawatan. Standar renpra

dikembangkan untuk beberapa (10 buah) kasus utama di ruang rawat. Selanjutnya akan dikembangkan sesuai kebutuhan kasus lainnya. Format standar renpra yang digunakan biasanya terdiri dari bagian-bagian: diagnosa keperawatan dan data penunjang, tujuan, rencana intervensi dan kolom keterangan.

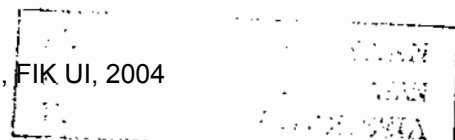
Dengan adanya standar renpra ini, maka perawat dapat menghemat waktunya dalam melakukan pencatatan. Semua diagnosa keperawatan yang mungkin terjadi pada suatu kasus sudah tersedia. PP cukup memberi tanda cek (√) pada pilihan etiologi sesuai dengan data yang diperoleh. Sementara untuk mencatat data penunjang, cukup diberi tanda cek (√) pada data yang sesuai dan menuliskan beberapa hasil pengukuran jika ada. Selain itu dengan sistem cek list yang digunakan pada rencana intervensi keperawatan sangat memudahkan perawat untuk menentukan tindakan-tindakan apa yang perlu direncanakan. Perawat cukup memberi tanda pada seperangkat daftar tindakan keperawatan yang diperlukan untuk mengatasi suatu masalah. Sedangkan kolom keterangan dibutuhkan untuk menuliskan perkembangan diagnosa keperawatan yang diangkat; apakah diagnosa sudah teratasi, teratasi sebagian atau belum teratasi dan memerlukan modifikasi.

Format-format dokumentasi keperawatan yang dibutuhkan adalah:

- a. Format Pengkajian Keperawatan
- b. Format Standar Rencana Asuhan Keperawatan (Renpra): sesuaikan dengan diagnosa medis pada klien.
- c. Format Implementasi Tindakan Keperawatan
- d. Format Kardex (grafik tekanan darah, nadi, suhu dan daftar obat)
- e. Format Catatan Perkembangan
- f. Format Daftar Infus dan Pesanan Dokter
- g. Format laporan pergantian dinas

#### 4. Metode Modifikasi Keperawatan Primer

Metode modifikasi keperawatan primer merupakan gabungan dari metode tim dan metode keperawatan primer. Pada metode ini terdapat seorang perawat profesional



yang disebut PP yang juga berperan sebagai ketua tim yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan. PP akan dibantu oleh PA yang juga disebut sebagai anggota tim dalam memberi asuhan keperawatan pada sekelompok klien. Agar PP dapat memberikan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi kepada sekelompok klien dibawah tanggung jawabnya, PP juga bertanggung jawab atas performa PA dibawah tanggung jawabnya. PP akan memberikan bimbingan dan pengarahan serta mengevaluasi performa setiap PA. Bimbingan yang diberikan PP kepada PA diharapkan dapat menjamin bahwa tim tersebut memberikan asuhan keperawatan dengan mutu yang tinggi. Pada metode ini bila ada klien masuk ke suatu ruang rawat, maka PP beserta PA yang ada akan membuat kontrak dengan klien dan keluarga yang bertujuan membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga dengan perawat. Hubungan saling percaya ini akan terus dibina sampai klien pindah atau pulang dari ruang rawat tersebut. Untuk mengarahkan PP dalam memberikan asuhan keperawatan terdapat CCM. Sesuai dengan tingkat MPKP, pada MPKP pemula CCM adalah SKp/Ners dan pada MPKP tingkat I CCM adalah Ners Spesialis Keperawatan.

#### **D. Penutup**

MPKP FIK-UI RSUPNCM merupakan tahap awal penataan sistem pemberian asuhan keperawatan. Penataan sistem ini memberikan kejelasan tentang pemanfaatan berbagai jenis tenaga keperawatan di suatu ruang rawat. Pada MPKP ini juga terdapat garis tanggung jawab yang jelas pada pemberian asuhan keperawatan sehingga mendukung pemberian asuhan keperawatan profesional. MPKP ini telah diimplementasikan di beberapa rumah sakit di seluruh Indonesia. Berdasarkan hasil evaluasi implementasi MPKP dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit. Implementasi MPKP ini diharapkan menjadi program pemerintah dengan menetapkan implementasi MPKP menjadi salah satu kriteria pada akreditasi rumah sakit.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Clifford, J. C. and Horvath, K. J, 1990  
*Advancing Profesional Nursing Practice: Innovations at Boston's Beth Israel Hospital*. New York: Springer Publishing Company.
- Douglas, L.M. 1984. *The Effective Nurse, Leader and Manager*. St. Louis: The CV. Mosby Company
- Hoffart, N. and Woods, C.Q, 1996  
Elements of a Nursing Professional Practice Models. *Journal of Professional Nursing*, vol. 12: 6, 354-364.
- Potter, P. A. and Perry, A. G, 1997  
*Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. St. Louis: Mosby.
- Sitorus, R, 2000  
Mutu Asuhan Keperawatan di Indonesia Dinilai Berdasarkan Kepuasan Klien dan Dokumentasi Penerapan Proses Keperawatan. Tidak dipublikasikan.
- \_\_\_\_\_, 2002  
Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional dan Dampaknya Terhadap Mutu Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. Disertasi.
- Tonges, M.C., 1989  
*Redesigning Hospital Nursing Practice: The Professionally Advanced Care Team (ProACT) Model*. In G.G.Mayers.,M.J.Madden & E.Lawrenz. Maryland : An Aspen Publication.

## Berbagai Tingkat MPKP dan Spesifikasinya

Lampiran 1

Tingkat	Praktik Keperawatan	Metode Pemberian Askep	Ketenagaan	Dokumentasi	Aspek Riset
MPKP III	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional Tkt. III	Manajemen kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah sesuai kebutuhan</li> <li>Dokter Kep. Klinik (konsultan)</li> <li>Ners Spesialis kep. Sebagai CCM</li> <li>PP adalah SKp/Ners (1:9-10 klien)</li> </ol>	Clinical pathway	<ol style="list-style-type: none"> <li>Riset eksperimen lebih banyak</li> <li>Riset deskriptif dan korelasi</li> <li>Identifikasi masalah riset</li> <li>Pemanfaatan hasil riset</li> </ol>
MPKP II	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional Tkt. II	Manajemen kasus atau modifikasi keperawatan primer	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah sesuai kebutuhan</li> <li>Ners Spesialis keperawatan (1:10 klien) sebagai CCM</li> <li>PP adalah SK-p/Ners (1:9-10 klien)</li> <li>DIII Keperawatan sebagai PA</li> </ol>	Clinical pathway atau standar renpra (masalah aktual dan risiko)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Riset eksperimen oleh spesialis</li> <li>Riset deskriptif dan korelasi</li> <li>Identifikasi masalah riset</li> <li>Pemanfaatan hasil riset</li> </ol>
MPKP I	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional Tkt. I	Modifikasi keperawatan primer	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah sesuai kebutuhan</li> <li>Ners Spesialis keperawatan (1:25-30 klien) sebagai CCM</li> <li>PP adalah SKp/Ners</li> <li>DIII Keperawatan sebagai PA</li> </ol>	Standar renpra (masalah aktual dan masalah risiko)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Riset deskriptif oleh PN</li> <li>Identifikasi masalah riset</li> <li>Pemanfaatan hasil riset</li> </ol>
MPKP Pemula	Mampu memberikan asuhan kep. profesional Tkt. Pemula	Modifikasi keperawatan primer	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah sesuai kebutuhan</li> <li>SKp/Ners (1:25-30 klien) sebagai CCM</li> <li>DIII Keperawatan sebagai PP pemula</li> <li>DIII/SPK sebagai PA</li> </ol>	Standar renpra (masalah aktual)	-