

---

---

**PENELITIAN**

---

---

# DAMPAK IMPLEMENTASI MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL TERHADAP MUTU ASUHAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT

Ratna Sitorus \*

## Abstrak

Peningkatan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit memerlukan *restructuring*, *reengineering*, dan *redesigning* sistem pemberian asuhan keperawatan melalui implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). Tujuan penelitian ini ialah untuk menilai dampak implementasi MPKP terhadap mutu asuhan keperawatan di rumah sakit. Desain penelitian adalah kuasi eksperimen dalam bentuk *pre and post test with control group*. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-square* dan uji *t*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi (MPKP) terdapat peningkatan kepuasan klien dan keluarga (OR=114,24) yang lebih besar dibandingkan dengan peningkatan kepuasan klien dan keluarga pada kelompok kontrol (OR=3,78). Demikian juga terdapat peningkatan kepatuhan perawat terhadap standar yang lebih tinggi pada kelompok intervensi (OR=235,5) dibandingkan dengan kelompok kontrol (OR=0). Lama hari rawat lebih pendek pada kelompok intervensi. Angka infeksi nosokomial juga lebih rendah pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Penelitian ini menyimpulkan bahwa implementasi MPKP dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit. Berdasarkan hasil tersebut, untuk memicu implementasi MPKP di berbagai rumah sakit, disarankan agar implementasi MPKP menjadi salah satu kriteria penilaian pada akreditasi rumah sakit khususnya pelayanan keperawatan

**Kata kunci:** MPKP, mutu asuhan keperawatan, kebijakan pemerintah.

## Abstract

*In order to improve the quality of nursing care in the hospital, nursing care delivery system need restructuring, reengineering, and redesigning through the implementation of Professional Nursing Practice Model (PNPM). The study was aimed to evaluate the impact of the PNPM on the quality of nursing care in the hospital. The design used was quasi experiment in pre and post test with control group. The statistic used are Chi-square and t-test. The result showed that in the intervention group, the improvement of client/family satisfaction with nursing care (OR = 114,28) was higher than the improvement in the control group (OR = 3,78). It was founded there was an improvement of the compliance of nurses to the standard was higher in the intervention group (OR = 235,5) compare to control group (OR = 0). The length of stay shorter in the intervention group, and also the nosocomial infection rate is lower in the intervention group compare to control group. The study concluded that the implementation of the PNPM could improve the quality of nursing care in the hospital. Based on this result, in order to challenge the implementation of PNPM in the hospital it was suggested that the implementation of PNPM becomes an evaluation criteria for hospital accreditation specifically for nursing service.*

**Key words:** PNPM, quality of nursing care, government policy

---

## LATAR BELAKANG

Peningkatan profesionalisme keperawatan di Indonesia sudah dimulai sejak 1983 melalui pengembangan pendidikan tinggi keperawatan. Namun sampai saat ini pengembangan pendidikan tersebut belum mampu meningkatkan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit (Sitorus, 2000). Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor ditinjau dari struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan (Donabedian, 1980). Pada struktur faktor yang berperan adalah jumlah dan jenis tenaga keperawatan,

pada proses adalah penggunaan metoda pemberian asuhan keperawatan yang tidak memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional.

Peningkatan mutu asuhan keperawatan membutuhkan *restructuring*, *reengineering* dan *redesigning* pemberian asuhan keperawatan melalui implementasi model praktik keperawatan profesional (MPKP). MPKP ialah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk

lingkungan yang dapat menopang pemberian asuhan tersebut. Pengembangan dan implementasi MPKP di berbagai negara terbukti memberi dampak yang positif pada pemberian asuhan keperawatan (Hoffart & Woods, 1996) dan peningkatan angka kepatuhan perawat terhadap standar asuhan (Pearson & Baker, 1992.) Model yang dikembangkan di berbagai negara berbeda-beda, namun pada dasarnya semua model menekankan pentingnya ketersediaan sistem yang memfasilitasi pemberian asuhan keperawatan profesional.

Di Indonesia, berdasarkan kondisi yang ada, MPKP yang dikembangkan dan diimplementasikan merupakan penataan struktur dan proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan sehingga memungkinkan hubungan perawat–klien berkesinambungan (Sitorus, 2002). Pada aspek struktur, faktor utama ialah menetapkan jumlah dan jenis tenaga yang dapat memberikan pelayanan profesional dan mengembangkan standar rencana keperawatan agar waktu perawat tidak tersita untuk menulis. Pada aspek proses, ditetapkan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer, sehingga terdapat seorang perawat primer yang bertanggung jawab atas asuhan keperawatan klien. MPKP ini telah diimplementasikan di beberapa rumah sakit pemerintah dan swasta.

## BAHAN & CARA KERJA

Tujuan penelitian ialah untuk menilai dampak implementasi MPKP terhadap mutu asuhan keperawatan yang dinilai berdasarkan kepuasan klien dan keluarga, kepatuhan perawat terhadap standar asuhan, lama hari rawat, dan angka infeksi nosokomial.

Desain penelitian yang digunakan ialah kuasi eksperimen dalam bentuk *pre* dan *post test with control group*, dengan menggunakan satu kelompok intervensi dan satu kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi (ruang rawat) pemberian asuhan keperawatan dilakukan dengan MPKP dan pada kelompok kontrol (ruang rawat) pemberian asuhan keperawatan tanpa MPKP. Desain penelitian digambarkan dalam Tabel 1.

Tabel 1  
Desain penelitian

	<i>Pre test</i>		<i>Post test</i>
Kelompok Intervensi	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
Kelompok Kontrol	O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>

Penelitian ini dilakukan di dua rumah sakit pemerintah dan ruang rawat yang digunakan adalah ruang rawat medikal bedah kelas tiga yang terdiri dari tujuh ruang rawat sebagai kelompok intervensi dan tujuh ruang rawat sebagai kelompok kontrol. Populasi penelitian ialah klien yang dirawat di kedua rumah sakit tersebut. Sampel penelitian ialah semua klien yang dirawat di ruang rawat yang telah ditetapkan dan klien sudah dirawat di ruangan tersebut  $\geq 3$  hari, serta bersedia ikut dalam penelitian. Jumlah sampel ditetapkan dengan rumus perbedaan rata-rata 2 populasi yang independen ( $n_1 = n_2 = 283$ ). Pengumpulan data dilakukan dengan dua tahap yaitu sebelum MPKP dan setelah MPKP.

## HASIL

Berdasarkan uji kesetaraan karakteristik responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol disimpulkan bahwa karakteristik responden pada kedua kelompok setara. Dengan demikian bila diberikan intervensi pada salah satu kelompok, dan ternyata terdapat dampak yang berbeda pada kedua kelompok tersebut dapat disimpulkan bahwa perbedaan itu terjadi karena intervensi yang diberikan.

Dampak MPKP terhadap kepuasan klien dan keluarga terlihat pada tabel 2. Tabel tersebut menunjukkan bahwa pada ruang intervensi kepuasan klien dan keluarga terhadap keperawatan sebelum MPKP dengan kategori baik (15%), kategori sedang (44,1%), dan kategori kurang (40,9%). Setelah MPKP kepuasan klien dan keluarga dengan kategori baik (72,9%), kategori sedang (25,3%), dan kategori kurang (1,7%). Berdasarkan uji *Chi-square* kepuasan klien dan keluarga terhadap keperawatan sebelum MPKP dan setelah MPKP berbeda secara bermakna dengan  $p = 0,00$  ( $p < 0,05$ ). Besar kecenderungan dapat dilihat pada nilai OR yaitu 114,28. Artinya setelah MPKP kepuasan klien dan keluarga dengan kategori baik 114,28 lebih tinggi dibandingkan dengan kepuasan klien dan keluarga sebelum MPKP.

Tabel 2  
Perbandingan Kepuasan Klien dan keluarga di Ruang Intervensi dan Ruang Kontrol  
Sebelum MPKP (Mei – Juli 2000) dan setelah MPKP (Mei – Juli 2001)

No	Tempat/waktu	Kepuasan Klien			X <sup>2</sup>	Nilai P	OR 95% CI
		Baik	Sedang	Kurang			
1	<u>Ruang Intervensi</u> Sebelum MPKP	43 (15%)	126 (44,1%)	117 (40,9%)	227,16	0,000	Baik 114,28(44,05-296,46) Sedang 8,43(5,45-13,05)
	Setelah MPKP	210 (72,9%)	73 (25,3%)	5 1,7%			
2	<u>Ruang Kontrol</u> Sebelum MPKP	22 (7,7%)	202 (70,6%)	62 (21,7%)		0,000	Baik 3,78(1,96-7,28) Sedang 2,11(1,22-3,62)
	Setelah MPKP	47 (16,4%)	205 (71,4%)	35 (12,2%)			

Pada ruang kontrol kepuasan klien dan keluarga terhadap keperawatan sebelum MPKP dengan kategori baik (7,7%), kategori sedang (70,6%), dan kategori kurang (21,7%). Setelah MPKP kepuasan klien dan keluarga dengan kategori baik (16,4%), kategori sedang (71,4%) dan kategori kurang (12,2%). Berdasarkan uji *Chi-square* kepuasan klien dan keluarga terhadap keperawatan sebelum MPKP dan setelah MPKP berbeda secara bermakna dengan  $p = 0,00$  ( $p < 0,05$ ). Besar kecenderungannya dapat dilihat pada nilai OR yaitu 3,78. Artinya setelah MPKP kepuasan klien dan keluarga dengan kategori baik 3,78 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kepuasan klien dan keluarga sebelum MPKP. Peningkatan kepuasan klien dan keluarga dengan kategori baik di ruang kontrol dapat terjadi karena proses maturasi. Bila dibandingkan peningkatan kepuasan klien dan keluarga dengan kategori baik antar kelompok intervensi (OR=114,28) dan kelompok kontrol

(OR=3,78) dapat disimpulkan bahwa implementasi MPKP memberi dampak yang lebih tinggi pada peningkatan kepuasan klien dan keluarga.

Dampak MPKP terhadap kepatuhan perawat pada standar asuhan terlihat pada tabel 3. Pada ruang intervensi kepatuhan perawat terhadap standar sebelum MPKP dengan kategori baik (0,7%), kategori sedang (44,4%), dan kategori kurang (54,9%). Setelah MPKP kepatuhan terhadap standar dengan kategori baik (69,8%), kategori sedang (6,9%) dan kategori kurang (23,3%). Berdasarkan uji *Chi-square* kepatuhan perawat terhadap standar sebelum MPKP dan setelah MPKP berbeda secara bermakna dengan  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ). Besar kecenderungannya dapat dilihat pada nilai OR yaitu 235,5. Artinya di ruang intervensi setelah MPKP kepatuhan perawat terhadap standar dengan kategori baik 235,5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kepatuhan perawat terhadap standar sebelum MPKP.

Tabel 3.  
Perbandingan Kepatuhan Perawat terhadap standar di Ruang Intervensi dan Ruang Kontrol  
Sebelum MPKP (Mei – Juli 2000) dan setelah MPKP (Mei – Juli 2001)

No	Tempat/waktu	Kepuasan Perawat			X <sup>2</sup>	Nilai P	OR 95% CI
		Baik	Sedang	Kurang			
1	<u>Ruang Intervensi</u> Sebelum MPKP	2 (0,7%)	127 (44,4%)	157 (54,9%)	309,12	0,000	Baik 235,5(56,82-976,09) Sedang 638,17(146,67-2776,76)
	Setelah MPKP	201 (69,8%)	20 (6,9%)	67 (23,3%)			
2	<u>Ruang Kontrol</u> Sebelum MPKP	0 (0%)	97 (33,9%)	189 (66,1%)		0,000	Sedang 1,21(0,86-1,7)
	Setelah MPKP	0 (0%)	110 (38,3%)	177 (61,7%)			

Pada ruang kontrol kepatuhan perawat terhadap standar sebelum MPKP dengan kategori baik (0%), kategori sedang (33,9%), dan kategori kurang (66,1%). Setelah MPKP kepatuhan perawat terhadap standar dengan kategori baik (0%), kategori sedang (38,3%), dan kategori kurang (61,7%). Kepatuhan perawat terhadap standar dengan kategori baik sebelum dan setelah MPKP tetap 0%, artinya tidak ada peningkatan. Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa kepatuhan perawat terhadap standar dengan kategori baik pada kelompok intervensi meningkat (OR=235,5) sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada peningkatan.

Dampak MPKP terhadap lama hari rawat terlihat pada Tabel 4. Berdasarkan tabel tersebut, pada ruang intervensi sebelum MPKP lama hari rawat ialah 15,69 hari dan setelah MPKP lama hari rawat ialah 12,67 hari. Hal ini tidak berbeda secara bermakna dengan  $p = 0,12$  ( $p > 0,05$ ). Pada ruang kontrol, sebelum MPKP lama hari rawat 14,47 hari dan setelah MPKP lama hari rawat ialah 13,03. Hal ini juga tidak berbeda secara bermakna dengan  $p = 0,34$  ( $p > 0,05$ ).

Tabel 4  
Perbandingan Lama Hari Rawat di Ruang Intervensi dan Ruang Kontrol  
Sebelum MPKP (Mei – Juli 2000) dan setelah MPKP (Mei – Juli 2001)

No.	Tempat/waktu	Lama rawat	t	Nilai p	OR 95%CI
1	<u>Ruang Intervensi</u>				
	Sebelum MPKP	15,69	1,554	0,12	-0,906 – 0,942
Setelah MPKP	12,67				
2	<u>Ruang Kontrol</u> Sebelum				
	MPKP	14,47	0,962	0,34	-1,520 – 4,282
Setelah MPKP	13,03				

Dampak MPKP terhadap angka infeksi nosokomial terlihat pada Tabel 5. Berdasarkan tabel tersebut, infeksi nosokomial di ruang intervensi sebelum MPKP sebesar 5,72% dan setelah MPKP

1,62%. Perbedaan ini bermakna secara statistik dengan  $p = 0,00$  ( $p < 0,05$ ). Besar kecenderungannya dapat dilihat dari nilai OR yaitu 3,67.

Tabel 5.  
Perbandingan Infeksi Nosokomial di Ruang Intervensi dan Ruang Kontrol,  
Sebelum MPKP (Mei – Juli 2000) dan setelah MPKP (Mei – Juli 2001)

No	Tempat/waktu	Infeksi Nosokomial	T	Nilai P	OR 95%CI
1	<u>Ruang Intervensi</u>				
	Sebelum MPKP	5,72%	44,00	0,00	3,67 (2,40 – 5,04)
Setelah MPKP	1,62%				
2	<u>Ruang Kontrol</u>				
	Sebelum MPKP	3,04%	0,06	0,912	-1,05 (0,67 – 1,66)
Setelah MPKP	2,89%				

Hal ini menunjukkan bahwa infeksi nosokomial setelah MPKP lebih rendah 3,67 kali dibandingkan dengan infeksi nosokomial sebelum MPKP. Di ruang kontrol, sebelum MPKP angka infeksi nosokomial 3,04% dan setelah MPKP ialah 2,89%. Berdasarkan uji t, infeksi nosokomial sebelum dan

setelah MPKP tidak berbeda secara bermakna dengan  $p = 0,912$  ( $p > 0,05$ ). Bila membandingkan penurunan angka infeksi nosokomial antara kelompok intervensi (OR=3,67) dan kelompok kontrol (OR=1,05) dapat disimpulkan bahwa implementasi MPKP memberi dampak yang lebih baik pada penurunan angka infeksi nosokomial.

## PEMBAHASAN

### *Dampak MPKP terhadap kepuasan klien dan keluarga*

Hasil penelitian tentang dampak MPKP terhadap kepuasan klien dan keluarga yang ditunjukkan pada tabel 2 mendukung hasil penelitian Clifford dan Horvarth (1990) tentang dampak MPKP di Beth Israel Hospital. MPKP yang diimplementasikan menunjukkan adanya hubungan *caring* antara klien dan keluarga dengan perawat. Hubungan *caring* antara klien dan keluarga dan perawat direfleksikan melalui perilaku perawat antara lain menjadi pendengar yang baik, sehingga klien terbuka dan merasa dihargai. MPKP ternyata dapat menciptakan suatu lingkungan yang menopang kontribusi unik dari keperawatan pada klien.

Demikian juga pendapat dari Hoffart dan Woods (1996) yang menyimpulkan dampak implementasi MPKP di berbagai rumah sakit menunjukkan peningkatan kepuasan klien dan keluarga terhadap keperawatan. Salah satu penyebab yang mempengaruhi peningkatan kepuasan klien dan keluarga ialah penggunaan metode modifikasi keperawatan primer yang menempatkan seorang perawat primer (PP) untuk merawat klien sejak datang sampai pulang sehingga hubungan perawat-klien menjadi berkesinambungan. Hubungan ini membuat klien merasa diperhatikan dan merasa aman walaupun ia dalam keadaan sakit.

### *Dampak MPKP terhadap kepatuhan perawat pada standar asuhan*

Hasil penelitian ini tentang dampak MPKP terhadap kepatuhan perawat terhadap standar asuhan yang ditunjukkan pada tabel 3 sesuai dengan hasil penelitian Pearson dan Baker (1992) tentang dampak MPKP terhadap kepatuhan perawat pada standar yang menunjukkan peningkatan setelah MPKP. Kepatuhan terhadap standar menunjukkan bahwa perawat menggunakan pengetahuan dan keterampilan dalam membantu klien memenuhi kebutuhannya melalui proses penyelesaian masalah secara ilmiah. Peningkatan kepatuhan perawat terhadap standar pada MPKP menunjukkan bahwa perawat tidak bekerja secara rutin tetapi pemberian

asuhan keperawatan didasarkan pada masalah klien (Kozier, Erb, & Blais, 1997).

Kepatuhan perawat terhadap standar menunjukkan adanya otonomi profesi yang merupakan salah satu karakteristik utama suatu profesi yang berarti perawat menentukan sendiri rencana keperawatan (*renpra*) yang akan diberikan kepada klien. Oleh karena itu, di ruang MPKP perlu ditetapkan standar *renpra* sehingga waktu perawat tidak tersita untuk menulis.

Al-Khandari dan Ogundeyen (1998) menyimpulkan bahwa kebanyakan perawat tidak menunjukkan kepatuhan terhadap standar dengan baik dan seringkali mereka banyak melakukan kegiatan tetapi tidak mendokumentasikannya. Oleh karena itu untuk meningkatkan kepatuhan perawat terhadap standar perlu diimplementasikan MPKP. Pada penelitian ini, di ruang intervensi setelah MPKP masih ditemukan kepatuhan perawat terhadap standar dengan kategori kurang sebesar 23,3%. Hal itu dapat terjadi karena kemampuan PP masih perlu ditingkatkan agar lebih mampu mengelola pemberian asuhan keperawatan termasuk dalam memberi pengarahan kepada PA.

### *Dampak MPKP terhadap lama hari rawat*

Hasil penelitian tentang dampak MPKP terhadap lama hari rawat yang ditunjukkan pada tabel 4, menunjukkan bahwa lama hari rawat tidak berbeda secara bermakna dengan adanya MPKP. Namun demikian di ruang intervensi lama hari rawat setelah MPKP lebih pendek dibandingkan dengan sebelum MPKP. Ada tiga faktor yang menyebabkan lama hari rawat kurang dipengaruhi oleh MPKP. Pertama, MPKP belum menjadi model pada pemberian asuhan kesehatan secara keseluruhan. Kedua, kemampuan PP sebagai manajer keperawatan masih perlu ditingkatkan agar lebih mampu mempengaruhi PA sehingga menjadi suatu tim yang kohesif. Bila tim pemberi asuhan keperawatan merupakan tim yang kohesif, PP mempunyai waktu yang cukup untuk melakukan tindakan terapi keperawatan. Menurut McMahon dan Pearson (1991) potensi klien dapat ditingkatkan melalui terapi keperawatan. Ketiga, kemampuan PA

bekerja dalam tim masih kurang. Mereka sudah terlalu lama bekerja sendiri tanpa koordinasi dengan perawat lain, sehingga implementasi renpra dalam satu tim kurang optimal.

#### *Dampak MPKP terhadap angka infeksi nosokomial*

Hasil penelitian itu sesuai dengan hasil penelitian tentang dampak pengembangan ProACT model yang menunjukkan penurunan angka infeksi nosokomial (Tonges, 1990). Dampak MPKP terhadap penurunan angka infeksi nosokomial dapat terjadi karena PP sebagai manajer asuhan keperawatan akan membimbing dan mengarahkan anggota timnya (PA) untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan prinsip teknik aseptik. Dalam hal ini PP bertanggung jawab secara konsisten memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan nilai-nilai profesional, antara lain dengan melakukan yang terbaik bagi klien termasuk mencegah terjadinya infeksi (Denker, 1998).

Peningkatan mutu asuhan keperawatan terjadi karena MPKP merupakan suatu lingkungan yang memberi kesempatan pada perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang menopang pemberian asuhan keperawatan. Peningkatan ini akan dapat meningkatkan mutu asuhan kesehatan secara keseluruhan, karena asuhan keperawatan memberikan kontribusi yang sangat besar dalam menentukan mutu asuhan kesehatan (Greeneich dalam Lin, 1996; Hamid, 1997). Peningkatan mutu asuhan kesehatan merupakan program penting di berbagai negara termasuk Indonesia. Di Indonesia, untuk meningkatkan mutu asuhan kesehatan dilakukan akreditasi rumah sakit (Depkes, 1994). Oleh karena itu, implementasi MPKP diharapkan menjadi salah satu kriteria penilaian pada akreditasi. Hal ini penting, karena bila tidak ada kebijakan tentang hal tersebut, implementasi MPKP sebagai suatu alternatif untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan tidak akan mendapat sambutan yang baik dari pengelola rumah sakit.

Pemberian asuhan keperawatan yang bermutu tinggi juga menjadi keharusan dalam menghadapi era globalisasi, dimana akan terjadi persaingan yang ketat di antara institusi pemberi asuhan kesehatan. Namun saat itu dalam rangka mengurangi biaya kesehatan,

banyak rumah sakit cenderung mengurangi jumlah perawat atau menggunakan tenaga perawat yang murah (pendidikan lebih rendah). Langkah itu sudah pasti menyebabkan mutu asuhan keperawatan menurun. Oleh karena itu Prescott dalam Blegen, Goode, dan Reed (1998) menganjurkan apabila ingin mengurangi biaya rumah sakit, sebaiknya tidak dijumpai pada aspek tenaga keperawatan tetapi pada sumber lain yang menggunakan biaya yang tinggi seperti pemakaian teknologi yang berlebihan. Demikian juga ANA dalam Dieter (1996) mengatakan bahwa pengurangan jumlah perawat (*downstaffing*) akan mengancam keamanan klien. Oleh karena itu pada MPKP ditentukan jumlah dan jenis tenaga keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien dan digunakan metoda modifikasi keperawatan primer sehingga memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang profesional.

## KESIMPULAN

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit berbagai negara telah mengembangkan dan mengimplementasikan MPKP dengan berbagai cara sesuai dengan kebutuhan setiap rumah sakit. Di Indonesia MPKP telah dikembangkan dan diimplementasikan di beberapa rumah sakit pemerintah dan swasta. MPKP yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit adalah MPKP tentang penataan struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan. Melalui penelitian kuasi eksperimen dengan *pre and post test with control group* terbukti MPKP tersebut dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang dinilai dari peningkatan kepuasan klien dan keluarga, peningkatan kepatuhan perawat pada standar, lama hari rawat lebih pendek, dan angka infeksi nosokomial menurun. Berdasarkan hasil penelitian ini, untuk memicu berbagai implementasi MPKP di rumah sakit termasuk di rumah sakit swasta, disarankan agar implementasi MPKP menjadi salah satu kriteria penilaian pada akreditasi rumah sakit khususnya pelayanan keperawatan (MS,K,HH).

---

\* Dr. Ratna Sitorus, SKp., M.App.Sc. : Staf Pengajar Keperawatan Medikal Bedah dan KPS FIK-UI

---

## KEPUSTAKAAN

- Al-Khandari, F. & Ogundeyen, W (1998). Patients and nurses perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27: 914 – 921.
- Blegen, M.A., Goode, C.J. & Reed, L. (1998). Nursing staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, vol. 47:1, 43-50
- Clifford, J. C. & Horvath, K. J.(1990). *Advancing professional nursing practice: Innovations at Boston's Beth Israel Hospital*. New York: Springer Publishing Company.
- Denker, A. J. (1998) The future and the next millennium. *Nursing Administration Quarterly*. Vol. 22(3), 62.
- Departemen Kesehatan R.I (1994). *Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Bakti Husada.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its measurement health administration*. Michigan: Press Ann Arbor.
- Dieter, D.C. (1996). Cost effectiveness and quality nursing Care. *Journal for Advanced Nursing Practice*. Vol. 10: 3, 153.
- Hamid, A.Y. (1998 ). *Nilai-nilai profesional dalam praktik keperawatan*. Disampaikan pada Seminar dan Lokakarya Model Praktik Keperawatan Profesional I, FIK-UI dan RSUPN. Cipto Mangunkusumo.
- Hoffart, N. & Woods, C.Q. (1996 ). Elements of a nursing professional practice models. *Journal of professional nursing*, vol. 12: 6, 354-364.
- Kozier, B., Erb, G., and Blais, K. (1997 ). *Professional nursing practice, concepts, and perspective*. California: Addison Wesley Longman, Inc.
- Lin, C.C (1996 ). Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: Dilemmas for nursing evaluation researchers. *Journal of professional nursing*. Vol. 12: (4) 207-216.
- Mc. Mahon, R., & Pearson, A (1993). *Nursing as therapy*. London: Chapman & Hall.
- 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. Jakarta: FKM UI.
- Tonges, M.C. (1989). *Redesigning hospital nursing practice: The professionally Advanced Care Team (ProACT) Model in Mayers, GG, Maddene, MJ., and Lawrenz, E. Maryland: An Aspen Publication*.

## PENGUMUMAN

Pengurus JKI memberitahukan bahwa harga JKI dan biaya pengiriman akan disesuaikan.

- Biaya pengiriman semula Rp. 3.000,- untuk dalam kota dan Rp. 5.000,- untuk luar kota per edisi/ per eksemplar mulai JKI Volume 7, No. 2, September 2003 **disesuaikan** menjadi Rp. 5.000,- untuk dalam kota dan Rp. 10.000,- untuk luar kota per edisi/ per eksemplar.
- Harga JKI setiap eksemplar mulai JKI Volume 8, No. 1, Maret 2004 disesuaikan menjadi:
 

* Mahasiswa	Rp.	9.000,-/ eks.
* Umum	Rp.	12.000,-/ eks.
* Negara di luar Indonesia	US\$	10,00 / eks.
* Institusi	Rp.	15.000,-/ eks.