



**STUDI KOMPARATIF PELAKSANAAN MODEL ASUHAN
KEPERAWATAN PROFESIONAL METODE PRIMER
DI RUANG KEKHUSUSAN DAN NON KEKHUSUSAN
DENGAN PENDEKATAN MODEL DONABEDIAN
DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD PROVINSI
NUSA TENGGARA BARAT**

TESIS

Oleh

**Baiq Linda Agustina
242320102015**

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
JEMBER
2026**



**STUDI KOMPARATIF PELAKSANAAN MODEL ASUHAN
KEPERAWATAN PROFESIONAL METODE PRIMER
DI RUANG KEKHUSUSAN DAN NON KEKHUSUSAN
DENGAN PENDEKATAN MODEL DONABEDIAN
DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD PROVINSI
NUSA TENGGARA BARAT**

*Diajukan untuk memenuhi sebagai persyaratan memperoleh gelar
Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan
Universitas Jember*

TESIS

Oleh

**Baiq Linda Agustina
242320102015**

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
JEMBER
2026**

PERSEMBAHAN

Dengan hormat,

Dengan memanjatkan puji dan syukur ke hadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat, karunia, dan hidayah-Nya, sehingga penulis senantiasa diberikan kesehatan, kekuatan, serta keteguhan hati dalam menyelesaikan tesis ini. Atas izin dan pertolongan-Nya pula, seluruh rangkaian proses penyusunan tesis dapat diselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini, dengan penuh rasa hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya, penulis mempersembahkan karya ilmiah ini serta mengucapkan terima kasih yang tulus kepada berbagai pihak yang telah memberikan dukungan, bantuan, dan doa selama proses penyusunan tesis. Persembahan tesis ini kami tujukan kepada:

1. Bapak dan ibu, terima kasih atas do'a dan kasih sayangnya yang terus diberikan setiap waktu, setiap saat.
2. Suami dan anak-anakku yang selalu memberikan dukungan moral dan semangat dalam setiap langkah.
3. Teman - teman Magister Keperawatan Program Studi Keperawatan Universitas Jember Angkatan 3 yang telah memberikan dukungan dalam bentuk diskusi, kritik dan sarannya.

Akhir kata, kami berharap semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya bidang Keperawatan. Kami mengucapkan terima kasih yang tulus dan harapan kami semoga persembahan ini dapat diterima dengan baik.

MOTTO

“Ilmu bukan sekadar pencapaian akademik, melainkan cahaya yang menuntun langkah dalam memperbaiki praktik, memberdayakan sesama, dan mengabdikan pada nilai-nilai kemanusiaan yang luhur”

(Linda, 2026)

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Baiq Linda Agustina

NIM : 242320102015

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah berjudul *“Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer di Ruang Multi-Staf Medis Fungsional dan Mono-Staf Medis Fungsional dengan Pendekatan Model Donabedian di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat”* adalah benar-benar karya tulis sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun dan bukan jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.



Mataram, 10 Desember 2025
Yang menyatakan

Baiq Linda Agustina
NIM: 242320102015

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis berjudul *Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer Di Ruang Kekhususan Dan Non Kekhususan Dengan Pendekatan Model Donabedian Di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat* karya Baiq Linda Agustina NIM 242320102015 telah diuji dan disahkan pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 13 Januari 2026
Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Pembimbing

1. Pembimbing Utama

Nama : Ns. Anisah Ardiana, S.Kep., M.Kep., Ph.D

NIP : 19800417 200604 2 002

2. Pembimbing Anggota

Nama : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep., Ph.D

NIP : 19880510 201504 1 002

Penguji

1. Penguji Utama

Nama : Dr. Ns. Dodi Wijaya, S.Kep., M.Kep

NIP : 19820622 201012 1 002

2. Penguji Anggota

Nama : Dr. Menap, S.Kp., M.Kes

NIP : 19671231 198703 1 072

Tanda Tangan

()


()

()

()

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember




Dr. Ns. Rondhianto, S.Kep., M.Kep
NIP. 19830324 200604 1 002

**Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional
Metode Primer Di Ruang Kekhususan Dan Non Kekhususan Dengan
Pendekatan Model Donabedian Di Instalasi Rawat Inap
RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat**

***A Comparative Study Of The Implementation Of The Primary Nursing Care
Professional Model In Specialty And Non-Specialty Units Using
The Donabedian Framework At The Inpatient Department
of The General Hospital of West Nusa Tenggara Province***

Baiq Linda Agustina

Faculty of Nursing, Universitas Jember

ABSTRACT

The implementation of the Primary Nursing Care Model (PNCM) as part of the Professional Nursing Care Model plays a crucial role in improving the quality of nursing services by strengthening nurse accountability and continuity of care. However, the effectiveness of PNCM implementation is highly influenced by the organizational context of inpatient units, particularly the differences between specialized and non-specialized wards. This study aimed to analyze the effect of structure on process and process on outcomes in each setting, as well as to compare the implementation of the nursing service system using the structure–process–outcome framework of the Donabedian Model. This study employed a quantitative non-experimental design with a comparative correlational and cross-sectional approach. A total of 216 primary nurses and staff nurses working in specialized and non-specialized inpatient wards at West Nusa Tenggara Provincial General Hospital were selected using proportional random sampling. Structural variables were measured through PNCM implementation, process variables included interprofessional collaboration, nurses' workload, and team interaction quality, while outcome variables comprised nurse burnout and job satisfaction. Data were collected using standardized instruments and analyzed using Structural Equation Modeling–Partial Least Squares (SEM-PLS) and the Mann–Whitney test. The results showed that in specialized wards, structure had a significant effect on process ($p = 0.001$), and process had a significant effect on outcomes ($p = 0.012$). In non-specialized wards, structure also significantly affected process ($p = 0.004$), and process significantly affected outcomes ($p = 0.023$). Furthermore, the Mann–Whitney test revealed a highly significant difference in the nursing service system between specialized and non-specialized wards ($p < 0.001$). These findings indicate that organizational context influences the causal mechanisms between structure, process, and outcomes; therefore, PNCM implementation strategies should be tailored to the characteristics of each care setting.

Keywords: *Burnout, Donabedian Model, Interprofessional Collaboration, Nurse Job Satisfaction, PNCM, Team Interaction Quality, Workload.*

RINGKASAN

Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer Di Ruang Kekhususan Dan Non Kekhususan Dengan Pendekatan Model Donabedian Di Instalasi Rawat Inap Rsud Provinsi Nusa Tenggara Barat

Baiq Linda Agustina; 242320102015; 2026; xix+148 halaman; Program Studi Magister Keperawatan; Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer (*Primary Nursing Care Model / PNCM*) merupakan pendekatan pelayanan keperawatan yang menekankan kontinuitas asuhan, akuntabilitas perawat, serta hubungan terapeutik yang berkesinambungan antara perawat dan pasien. Dalam praktik pelayanan rumah sakit, implementasi PNCM berlangsung dalam konteks organisasi yang beragam, khususnya antara ruang rawat inap kekhususan dan non kekhususan. Perbedaan karakteristik pelayanan, kompleksitas koordinasi antarprofesi, serta dinamika beban kerja berpotensi memengaruhi proses pelayanan keperawatan dan luaran yang dihasilkan. Oleh karena itu, diperlukan kajian sistematis yang mengevaluasi pelaksanaan PNCM dengan mempertimbangkan keterkaitan antara struktur, proses, dan hasil pelayanan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer pada ruang rawat inap kekhususan dan non kekhususan menggunakan pendekatan Model Donabedian. Secara khusus, penelitian ini mengkaji pengaruh struktur pelayanan berupa penerapan PNCM terhadap proses pelayanan yang meliputi kolaborasi antarprofesi, beban kerja perawat, dan kualitas interaksi dalam tim, serta pengaruh proses pelayanan terhadap hasil berupa burnout dan kepuasan kerja perawat. Selain itu, penelitian ini juga membandingkan pelaksanaan sistem pelayanan keperawatan antara ruang kekhususan dan non kekhususan.

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif non-eksperimental dengan rancangan komparatif korelasional dan pendekatan *cross-sectional*. Sampel terdiri dari 216 perawat primer dan perawat pelaksana di ruang rawat inap kekhususan dan non kekhususan RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat yang dipilih menggunakan teknik *proportional random sampling*. Data dikumpulkan menggunakan instrumen terstandar, meliputi *Primary Nursing Care Questionnaire (PNCQ)*, *Nurse Physician Collaboration Scale (NPCS)*, *NASA-Task Load Index (NASA-TLX)*, *TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ)*, *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, dan *McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS)*. Analisis data dilakukan menggunakan *Structural Equation Modeling-Partial Least Squares (SEM-PLS)* untuk menguji pengaruh struktur terhadap proses serta proses terhadap hasil, dan uji Mann-Whitney untuk membandingkan pelaksanaan sistem pelayanan keperawatan antar ruang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada ruang kekhususan, struktur berpengaruh signifikan terhadap proses ($p = 0,001$), dan proses berpengaruh

signifikan terhadap hasil ($p = 0,012$). Pada ruang non kekhususan, struktur juga berpengaruh signifikan terhadap proses ($p = 0,004$), serta proses berpengaruh signifikan terhadap hasil ($p = 0,023$). Selain itu, uji Mann–Whitney menunjukkan adanya perbedaan yang sangat bermakna pada sistem pelayanan keperawatan antara ruang kekhususan dan non kekhususan ($p < 0,001$).

Kesimpulan penelitian ini menegaskan bahwa Model Donabedian merupakan kerangka evaluatif yang relevan dalam menilai implementasi PNCM pada konteks pelayanan keperawatan rumah sakit. Hubungan kausal antara struktur, proses, dan hasil terbukti signifikan pada kedua setting, namun perbedaan konteks organisasi menghasilkan variasi pelaksanaan sistem pelayanan keperawatan. Temuan ini memberikan implikasi praktis bagi manajemen rumah sakit untuk mengembangkan strategi implementasi PNCM yang kontekstual, serta implikasi teoretis bagi pengembangan ilmu keperawatan dalam evaluasi sistem pelayanan keperawatan berbasis profesionalisme.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat serta karunia-Nya, sehingga penyusunan tesis dapat terselesaikan. Tesis yang berjudul *"Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer Di Ruang Kekhususan Dan Non Kekhususan Dengan Pendekatan Model Donabedian Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat"* ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan Universitas Jember.

Proses penyusunan tesis ini tidak lepas dari bimbingan serta dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada pihak-pihak yang terlibat, terutama kepada:

1. Dr. Rondhianto, S. Kep., Ns., M. Kep., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
2. Dr. Ns. Dodi Wijaya, S.Kep., M.Kep. selaku Kaprodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
3. dr. H. Lalu Herman Mahaputra, M.Kes., M.H., selaku direktur RSUD Provinsi NTB.
4. Ns. Anisah Ardiana, S.Kep, M.Kep., Ph.D., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep., Ph.D., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, mendukung dan memotivasi penulis dalam penyusunan tesis ini.
5. Dr. Ns. Dodi Wijaya, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Penguji 1 dan Dr. Menap, S.Kp., M.Kes., selaku Dosen Penguji 2 yang telah memberikan arahan, saran, dan masukan dalam penyempurnaan tesis ini.
6. Lalu Ahmad Naufal, Lc., suamiku tercinta yang terus memberi dukungan di setiap inci perjalanan.
7. Teman-teman Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan dukungan dalam penyelesaian tesis.
8. Semua pihak yang ikut berperan dan membantu dalam penyelesaian tesis.

Penulis menyadari bahwa tesis ini dibuat jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik, serta saran yang membangun dari seluruh pihak, sehingga dapat digunakan sebagai referensi dalam menyempurnakan tesis ini. Penulis berharap, tesis ini dapat bermanfaat kedepannya. Hanya itu yang dapat penulis sampaikan, atas kritik dan saranya diucapkan terima kasih.

Mataram, 12 Januari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSEMBAHAN.....	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
ABSTRACT	vi
RINGKASAN	vii
PRAKATA.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1. Tujuan umum	7
1.3.2. Tujuan khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1. Kontribusi terhadap pelayanan rumah sakit.	9
1.4.2 Manfaat bagi perkembangan keperawatan.	9
1.4.3 Manfaat bagi perkembangan riset keperawatan.	10
1.5 Keaslian Penelitian.....	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1. Primary Nursing Care Model (PNCM).....	12
2.1.1 Elemen-elemen dalam PNCM.....	13
2.1.2 Tujuan dan manfaat PNCM dalam pelayanan keperawatan ...	16
2.1.3 Implementasi PNCM di rumah sakit	16
2.2. Ruang Kekhususan dan Non Kekhususan.....	17
2.2.1 Keunggulan dan kelemahan ruang kekhususan.....	18
2.2.2 Keunggulan dan kelemahan ruang non-kekhususan	18
2.3 Kolaborasi Antarprofesi.....	19
2.3.1 Faktor yang mempengaruhi kolaborasi antarprofesi	20
2.3.2 Dampak kolaborasi antar profesi terhadap kualitas asuhan keperawatan.....	21
2.4 Beban Kerja Perawat.....	22
2.4.1 Jenis-jenis beban kerja.....	23
2.4.2 Indikator beban kerja.....	24
2.4.3 Konsekuensi beban kerja tinggi terhadap layanan keperawatan.....	24
2.5 Kualitas Interaksi dalam Tim	25
2.5.1 Dimensi kualitas interaksi tim	26
2.5.2 Implikasi kualitas interaksi dalam konteks keperawatan	27

2.6	<i>Burnout</i> Perawat.....	27
2.6.1	Dimensi burnout	28
2.6.2	Faktor penyebab burnout pada perawat.....	29
2.6.3	Dampak burnout terhadap kualitas pelayanan keperawatan ...	29
2.7.	Kepuasan Perawat	31
2.7.1	Dimensi kepuasan kerja.....	31
2.7.2	Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kepuasan kerja perawat	32
2.7.3	Dampak sistem pelayanan terhadap tingkat kepuasan kerja perawat	33
2.8	Model Donabedian	34
2.8.1	Komponen model Donabedian	35
2.8.2	Kausalitas dalam model Donabedian	36
2.8.3	Aplikasi dalam praktik keperawatan dan akreditasi.....	36
2.8.4	Relevansi dalam studi keperawatan modern	36
2.9	Kerangka Teori	37
2.9.1	Struktur.....	37
2.9.2	Proses.....	37
2.9.3	Hasil.....	38
2.10	Kerangka Konsep.....	39
2.11	Hipotesis Penelitian.....	41
BAB 3.	METODOLOGI PENELITIAN.....	43
3.1	Jenis Penelitian	43
3.2	Lokasi dan Waktu Pelaksanaan	43
3.2.1	Lokasi penelitian	43
3.2.2	Waktu pelaksanaan.....	43
3.3	Populasi dan Sampel.....	44
3.3.1	Populasi	44
3.3.2	Sampel	44
3.3.3	Teknik pengambilan sampel.....	45
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	46
3.4.1	Variabel penelitian	46
3.4.2	Definisi operasional variabel.....	48
3.5	Data dan Sumber Data Penelitian	51
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	51
3.6.1	Teknik pengumpulan data	51
3.6.2	Instrumen pengumpulan data	52
3.7	Prosedur Translasi Kuesioner	54
3.8	Uji Validitas dan Reliabilitas	54
3.8.1	Uji Validitas	54
3.8.2	Uji Reliabilitas.....	56
3.9	Teknik Pengolahan, Analisis Data dan Penyajian Data	57
3.9.1	Teknik pengolahan data.....	57
3.9.2	Teknik analisis data	58
3.9.3	Teknik penyajian data	59
3.10	Alur Penelitian.....	60

3.11	Etika Penelitian	61
3.11.1	Prinsip etika	61
3.11.2	Prosedur etika penelitian	62
3.11.3	Penanganan risiko dan manfaat	62
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	63
4.1	Hasil Penelitian	63
4.1.1	Karakteristik responden.....	63
4.1.2	PNCM (X1)	64
4.1.3	Kolaborasi antarprofesi (Y1).....	65
4.1.4	Beban kerja (Y2)	65
4.1.5	Kualitas interaksi dalam tim (Y3)	66
4.1.6	Burnout perawat (Z1)	66
4.1.7	Kepuasan kerja perawat (Z2).....	67
4.2	Evaluasi Model Non Komposit	67
4.2.1	Ruang Kekhususan	67
4.2.2	Ruang Non-Kekhususan.....	81
4.3	Evaluasi Model Komposit.....	94
4.3.1	Ruang Kekhususan	94
4.4	Hasil Uji Perbandingan	108
4.4.1	Perbedaan pelaksanaan PNCM, kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim, burnout perawat, dan kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.	108
4.4.2	Perbedaan pelaksanaan sistem (struktur, proses, dan hasil) di ruang kekhususan dan non-kekhususan.	109
4.5	Pembahasan	111
4.5.1	Karakteristik responden.....	111
4.5.2	Pengaruh PNCM terhadap kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan.	113
4.5.3	Pengaruh PNCM terhadap beban kerja di ruang kekhususan dan non kekhususan.....	115
4.5.4	Pengaruh PNCM terhadap kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non kekhususan.	116
4.5.5	Pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap burnout perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.....	117
4.5.6	Pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.	119
4.5.7	Pengaruh beban kerja terhadap burnout perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.	121
4.5.8	Pengaruh beban kerja terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.....	122
4.5.9	Pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap burnout di ruang kekhususan dan non kekhususan.	124
4.5.10	Pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.	125

4.5.11	Pengaruh struktur terhadap proses di ruang kekhususan dan non kekhususan.	127
4.5.12	Pengaruh proses terhadap hasil di ruang kekhususan dan non kekhususan.	129
4.5.13	Perbedaan pelaksanaan PNCM di ruang kekhususan dan non kekhususan	131
4.5.14	Perbedaan kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan	133
4.5.13	Perbedaan beban kerja di ruang kekhususan dan non kekhususan	135
4.5.15	Perbedaan kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non kekhususan.....	137
4.5.16	Perbedaan burnout perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan	140
4.5.17	Perbedaan kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan	143
4.5.18	Perbedaan sistem (struktur, proses dan hasil) di ruang kekhususan dan non kekhususan.....	145
4.6	Integrasi Model Donabedian dengan Teori Keperawatan	148
4.6	Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian.....	150
4.6.1	Kelebihan penelitian.....	150
4.6.2	Keterbatasan penelitian	151
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	151
5.1	Kesimpulan	151
5.2	Saran.....	152
DAFTAR PUSTAKA		154
LAMPIRAN.....		184

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Perbandingan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini	10
Tabel 3.1	Distribusi sampel perawat per unit.....	45
Tabel 3.2	Variabel dan subvariabel.....	46
Tabel 3.3	Definisi operasional variabel penelitian.....	48
Tabel 3.4	Daftar instrumen.....	53
Tabel 3.5	Hasil uji validitas <i>Primary Nursing Care Questionnaire</i> (PNCQ).....	55
Tabel 4.1	Karakteristik responden perawat berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, lama bekerja di ruang saat ini, jabatan, dan status kepegawaian di Instalasi Rawat Inap RSUD NTB bulan Oktober 2025 (n = 216 orang).....	63
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi variabel <i>Primary Nursing Care Model (PNCM)</i> di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216).....	64
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi variabel kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216).....	65
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi variabel beban kerja di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216).....	665
Tabel 4.5	Distribusi frekuensi variabel kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216).....	666
Tabel 4.6	Distribusi frekuensi variabel <i>burnout</i> perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216).....	66
Tabel 4.7	Distribusi frekuensi variabel kepuasan kerja perawat perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216).....	67
Tabel 4.8	Hasil uji <i>convergent validity outer loading 1</i>	68
Tabel 4.9	Hasil uji <i>convergent validity outer model 2</i>	69
Tabel 4.10	Hasil evaluasi <i>outer model 2</i>	71
Tabel 4.11	Hasil uji <i>R-square (R²)</i>	72
Tabel 4.12	Hasil nilai <i>F-square (f²)</i>	73
Tabel 4.13	Model fit.....	74
Tabel 4.14	Hasil evaluasi kekuatan hubungan ruang kekhususan.....	75
Tabel 4.15	Hasil evaluasi kekuatan hubungan tahap 2 ruang kekhususan.....	78
Tabel 4.16	Nilai Pengaruh Langsung, Tidak Langsung dan Total Pengaruh	79
Tabel 4.17	Hasil uji <i>convergent validity outer loading 1</i>	81
Tabel 4.18	Hasil uji <i>convergent validity outer model 2</i>	83
Tabel 4.19	Hasil evaluasi <i>outer model</i>	84
Tabel 4.20	Hasil uji <i>R-square (R²)</i>	86
Tabel 4.21	Hasil nilai <i>F-square (F²)</i>	87
Tabel 4.22	Model fit.....	88

Tabel 4.23	Hasil evaluasi kekutan hubungan ruang non kekhususan.....	89
Tabel 4.24	Hasil evaluasi kekutan hubungan tahap 2 ruang kekhususan.....	92
Tabel 4.25	Nilai pengaruh langsung, tidak langsung dan total pengaruh	93
Tabel 4.26	Hasil uji <i>convergent validity outer loading</i> 1 sistem ruang kekhususan .	94
Tabel 4.27	Hasil uji <i>convergent validity outer loading</i> 2 sistem ruang kekhususan	95
Tabel 4.28	Hasil evaluasi <i>outer model</i>	95
Tabel 4.29	Hasil uji <i>R-square</i> (R^2).....	96
Tabel 4.30	Hasil nilai <i>F-square</i> (F^2)	97
Tabel 4.31	Odel fit	98
Tabel 4.32	Hasil evaluasi kekutan hubungan ruang kekhususan.....	99
Tabel 4.33	Nilai pengaruh langsung, tidak langsung dan total pengaruh	100
Tabel 4.34	Hasil uji <i>convergent validity outer loading</i> 1 sistem ruang non kekhususan.....	101
Tabel 4.35	Hasil uji <i>convergent validity outer model</i> 2 sistem ruang non kekhususan	102
Tabel 4.36	Hasil evaluasi <i>outer model</i> 2	102
Tabel 4.37	Hasil uji <i>R-square</i> (R^2).....	103
Tabel 4.38	Hasil nilai <i>F-square</i> (F^2)	104
Tabel 4.39	Model fit.....	105
Tabel 4.40	Hasil evaluasi kekutan hubungan ruang non kekhususan.....	106
Tabel 4.41	Nilai pengaruh langsung, tidak langsung dan total pengaru.....	107
Tabel 4.42	Hasil uji mann whitney PNCM, kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim, <i>burnout</i> dan kepuasan kerja perawat di ruang kekhusus dan non kekhusus di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB pada Bulan Oktober 2025 (n=216).....	108
Tabel 4.43	Hasil uji <i>mann whitney</i> sistem di ruang kekhusus dan non kekhusus di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB pada Bulan Oktober 2025 (n=216)	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	38
Gambar 2.2 <i>Kerangka konsep</i>	40
Gambar 4.1 Hasil uji outer model 1	69
Gambar 4.2 Hasil uji outer model 2	70
Gambar 4.3 <i>Inner model</i> tahap 1	76
Gambar 4.4 <i>Inner model</i> tahap 2	79
Gambar 4.5 Temuan baru model pelaksanaan MAKP Metode Primer dengan pendekatan model Donabedian di ruang kekhususan.....	80
Gambar 4.6 Hasil uji <i>outer model</i> 1	82
Gambar 4.7 Hasil uji outer model 2	84
Gambar 4.8 <i>Inner model</i> tahap 1	90
Gambar 4.9 <i>Inner model</i> tahap 2	93
Gambar 4.10 Temuan baru model pelaksanaan MAKP metode primer dengan pendekatan model Donabedian di ruang non kekhususan.....	93
Gambar 4.11 Hasil uji outer model 1 sistem ruang kekhususan.....	95
Gambar 4.12 Hasil uji <i>outer model</i> 2 sistem ruang kekhususan.....	95
Gambar 4.13 <i>Inner model</i> tahap 1	99
Gambar 4.14 Temuan baru model pelaksanaan sistem di ruang kekhususan	100
Gambar 4.15 Hasil uji outer model 1 sistem ruang kekhususan.....	101
Gambar 4.16 Hasil uji <i>outer model</i> 2 sistem ruang kekhususan.....	102
Gambar 4.17 <i>Inner model</i> tahap 1	106
Gambar 4.18 Temuan baru model pelaksanaan sistem di ruang kekhususan	107

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar <i>Informed</i>	185
Lampiran 2	Lembar <i>Consent</i>	186
Lampiran 3	Karakteristik Responden.....	187
Lampiran 4	Instrumen A	188
Lampiran 5	Instrumen B	191
Lampiran 6	Instrumen C	1946
Lampiran 7	Instrumen D	196
Lampiran 8	Instrumen E	202
Lampiran 9	Instrumen F.....	202
Lampiran 10	Lembar Konsultasi	204
Lampiran 11	Uji Validitas Kuesioner	210
Lampiran 12	Uji Etik Universitas Jember.....	2113
Lampiran 13	Uji Etik RSUD Provinsi NTB	212
Lampiran 14	Permohonan Ijin Penelitian LP2M Universitas Jember	2135
Lampiran 15	Permohonan Ijin Penelitian RSUD Provinsi NTB	2146
Lampiran 16	Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian	2157
Lampiran 17	Hasil SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas	2168
Lampiran 18	Analisis SEMPLS	2224
Lampiran 19	Analisis SEMPLS Komposit	2279
Lampiran 20	Output SPSS uji Mann Whitney Variabel	229
Lampiran 21	Output SPSS uji Mann Whitney Variabel Sistem	232

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IPC	: <i>Interprofessional Collaboration</i>
MAKP	: Model Asuhan Keperawatan Profesional
MBI	: <i>Maslach Burnout Inventory</i>
NICU	: <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
PP	: Perawat Primer
PNCM	: <i>Primary Nursing Care Model</i>
RCT	: <i>Randomized Controlled Trial</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Era globalisasi serta perkembangan sistem kesehatan global sudah mendorong rumah sakit agar mengoptimalkan mutu pelayanan dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien yang semakin kompleks. Rumah sakit menjadi penyedia layanan kesehatan dituntut agar mampu bersaing dalam memberikan pelayanan yang berkualitas, sesuai dengan harapan pasien serta standar kesehatan yang berlaku (WHO, 2022). Salah satu faktor kunci dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah sistem asuhan keperawatan yang diterapkan di rumah sakit, yang berperan dalam menentukan efektivitas, efisiensi, serta tingkat kepuasan pasien dan tenaga kesehatan (Schubert *et al.*, 2020).

Model asuhan keperawatan yang telah banyak digunakan adalah Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Metode Primer atau *Primary Nursing Care Model* (PNCM). PNCM menempatkan seorang perawat sebagai penanggung jawab utama dalam perawatan pasien sejak masuk hingga keluar rumah sakit, sehingga kontinuitas dan kualitas asuhan lebih terjaga (Mattila *et al.*, 2019). Model ini dikembangkan untuk mengoptimalkan hubungan terapeutik yang konstruktif antara perawat dan pasien sebagai fondasi penguatan akuntabilitas perawat terhadap kualitas pelayanan yang diberikan (Nadeau *et al.*, 2021). Implementasi PNCM menjadi semakin relevan dalam konteks rumah sakit modern, terutama dalam menghadapi tantangan kompleksitas kebutuhan pasien dengan penyakit kronis, kondisi kritis, atau kebutuhan multidisipliner yang memerlukan koordinasi antarprofesi yang kuat (Veiga *et al.*, 2023).

PNCM diterapkan di berbagai unit perawatan dengan karakteristik berbeda, termasuk ruang kekhususan dan non kekhususan. Ruang rawat inap kekhususan, yang sering disebut sebagai ruang rawat inap spesialis, adalah fasilitas yang dirancang untuk memberikan perawatan terfokus yang disesuaikan dengan penyakit, kondisi, atau populasi pasien tertentu. Spesialisasi ini memungkinkan intervensi yang lebih terarah dan keahlian khusus (Waldemar *et al.*, 2018). Sebaliknya, ruang rawat inap non-kekhususan, yang sering disebut

sebagai unit perawatan rawat inap umum, ruangan ini melayani pasien dengan variasi kondisi medis yang tidak memerlukan intervensi perawatan khusus. Ruang ini umumnya merawat pasien yang membutuhkan perawatan medis atau bedah umum dan menyediakan rencana perawatan yang lebih umum (Akgül et al., 2016).

Kedua sistem ini memiliki kelebihan dan tantangan masing-masing dalam implementasi PNCM, terutama dalam aspek kolaborasi antarprofesi, beban kerja, *burnout* perawat, serta kepuasan perawat (Boeckxstaens et al., 2020). Kolaborasi antarprofesi merupakan faktor krusial dalam pelayanan kesehatan, terutama di ruang non kekhususan yang membutuhkan komunikasi dan koordinasi yang kuat antaranggota tim medis dari berbagai disiplin ilmu. Penelitian mengindikasikan bahwa kolaborasi antarprofesi (*interprofessional collaboration/IPC*) yang terjalin secara efektif mampu memperkuat aspek keselamatan pasien, meningkatkan mutu layanan kesehatan hingga mencapai 20%, serta berperan penting dalam meningkatkan tingkat kepuasan pasien secara signifikan (Mior et al., 2023; Reeves et al., 2017). Hambatan komunikasi dan perbedaan hierarki profesi sering kali menjadi tantangan dalam penerapan model ini, dengan sekitar 40% kegagalan IPC disebabkan oleh masalah komunikasi (Neher & Wozniak, 2023; Paradis et al., 2022). Di sisi lain, pada ruang kekhususan, meskipun koordinasi lebih sederhana karena keterlibatan disiplin yang lebih sedikit, terdapat risiko keterbatasan fleksibilitas dalam menangani pasien dengan kebutuhan multidisipliner, yang muncul pada sekitar 15–20% kasus (Lin et al., 2021).

Beban kerja perawat dalam pelaksanaan PNCM sangat dipengaruhi oleh kompleksitas pasien dan lingkungan kerja. Penelitian menunjukkan bahwa perawat di ruang non kekhususan menghadapi beban kerja sekitar 15–20% lebih tinggi dibandingkan perawat di ruang non kekhususan akibat tingginya kebutuhan koordinasi dan variasi kasus (Van Bogaert et al., 2021). Tingginya beban kerja berimplikasi negatif terhadap kesejahteraan perawat, ditandai dengan meningkatnya kasus keluhan muskuloskeletal hingga sekitar 30% serta menurunnya mutu pelayanan keperawatan secara keseluruhan (Lutfiyya et al., 2022).

Tingginya tuntutan beban kerja kerap berkorelasi dengan meningkatnya risiko terjadinya *burnout* pada perawat. *Burnout* merupakan suatu kondisi psikologis yang ditandai oleh kelelahan emosional, munculnya sikap depersonalisasi, serta penurunan rasa pencapaian diri sebagai dampak dari tekanan kerja yang berlangsung secara terus-menerus dan berlebihan (Maslach *et al.*, 2021). Meta-analisis oleh Woo *et al.* (2020) menunjukkan bahwa tingkat prevalensi *burnout* pada perawat di tingkat global dilaporkan mencapai sebesar 11,23% (Woo *et al.*, 2020). *Burnout* ini berkorelasi dengan penurunan kualitas perawatan, keselamatan pasien, serta tingkat kepuasan pasien dan tenaga kesehatan (Hall *et al.*, 2024). Selain itu, prevalensi *burnout* di kalangan perawat yang bekerja dalam tim multidisiplin dilaporkan cukup tinggi, yaitu mencapai sekitar 40%, terutama pada kondisi kerja dengan beban emosional dan kompleksitas koordinasi antarprofesi yang tinggi (da Silva *et al.*, 2021). Temuan ini mengindikasikan bahwa konteks kerja dengan keterlibatan banyak disiplin ilmu dapat meningkatkan risiko kelelahan emosional pada perawat, dibandingkan dengan unit kerja yang lebih terfokus secara disiplin.

Kepuasan kerja perawat menjadi elemen krusial dalam pelaksanaan PNCM. Perawat yang merasakan kepuasan dalam pekerjaannya cenderung memiliki tingkat motivasi kerja yang lebih tinggi serta mampu menyelenggarakan pelayanan kepada pasien dengan kualitas yang lebih optimal. Sejumlah penelitian mengindikasikan bahwa adanya supervisi klinis yang efektif serta kondisi lingkungan kerja yang suportif dan kondusif memiliki peranan strategis dalam meningkatkan tingkat kepuasan kerja, sekaligus menurunkan tingkat kelelahan emosional (*burnout*) dan angka perpindahan tenaga kerja hingga mencapai 30% (Bakker & Demerouti, 2017; Orgambidez *et al.*, 2022). Kepuasan kerja perawat bertindak sebagai faktor moderasi dalam hubungan beban kerja, *burnout*, serta kualitas pelayanan kesehatan (Alzoubi *et al.*, 2024). Namun, dalam lingkungan kerja yang penuh tekanan seperti ruang multi-SMF, faktor-faktor pendukung tersebut sering kali kurang diperhatikan, sehingga tingkat kepuasan kerja perawat rata-rata hanya mencapai 60%, lebih rendah dibandingkan dengan ruang mono-SMF yang mencapai 75% (Mattila *et al.*, 2022).

Kualitas interaksi dalam tim merupakan faktor fundamental yang memengaruhi efektivitas pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer (PNCM). Interaksi tim yang berkualitas ditandai dengan adanya komunikasi terbuka, saling menghargai, kejelasan peran, serta mekanisme umpan balik yang konstruktif (Körner *et al.*, 2016). Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kualitas interaksi yang tinggi dapat menurunkan risiko kesalahan medis hingga 25% serta meningkatkan rasa saling percaya antarprofesi dalam tim kesehatan (Reeves *et al.*, 2018). Sebaliknya, interaksi yang buruk, seperti komunikasi yang terputus atau dominasi hierarki profesi, berkontribusi pada meningkatnya konflik tim, beban kerja yang tidak seimbang, serta tingginya angka burnout di kalangan perawat (Tang *et al.*, 2020). Dalam konteks ruang non kekhususan, kualitas interaksi tim menjadi sangat krusial karena koordinasi melibatkan banyak spesialisasi yang berpotensi menimbulkan ambiguitas peran. Sementara itu, di ruang kekhususan, meskipun tantangan koordinasi lebih rendah, kualitas interaksi tetap berperan penting dalam menjaga efektivitas kerja tim dan kepuasan kerja perawat. Dengan demikian, kualitas interaksi dalam tim tidak hanya bertindak sebagai variabel kontekstual, tetapi juga sebagai determinan penting bagi keberhasilan implementasi PNCM.

Penelitian mengenai implementasi PNCM sudah cukup banyak, tetapi sebagian besar masih terbatas pada satu setting tertentu dan belum mempertimbangkan perbedaan kontekstual antara ruang kekhususan dan non kekhususan. Misalnya, penelitian oleh Nishiguchi *et al.* (2021) lebih banyak mengeksplorasi dampak PNCM di unit intensif tanpa mengidentifikasi tantangan khusus yang muncul di ruang non kekhususan. Penelitian lain oleh Veiga *et al.* (2023) menyoroti pentingnya kolaborasi antarprofesi, tetapi tidak secara spesifik mengevaluasi dampaknya terhadap kepuasan kerja dan *burnout* perawat. Kekurangan ini menciptakan *research gap* yang signifikan, terutama mengingat data yang menunjukkan bahwa sekitar 35% rumah sakit besar saat ini telah mengadopsi model non kekhususan (Schwarzkopf *et al.*, 2024). Oleh karena itu, penelitian lebih lanjut mengenai perbandingan pelaksanaan PNCM di kedua setting tersebut menjadi sangat penting.

Pelaksanaan MAKP Metode Primer atau PNCM di ruang rawat inap RSUD Provinsi NTB menunjukkan perbedaan yang cukup signifikan antara sistem ruang kekhususan dan ruang non kekhususan. Perawat dihadapkan pada tantangan koordinasi yang lebih kompleks di ruang rawat inap dengan sistem ruang non kekhususan, mengingat adanya keterlibatan banyak dokter spesialis sebagai Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam setiap kasus pasien. Keberagaman spesialisasi ini sering kali menyebabkan kebingungan dan ketidakjelasan dalam kolaborasi antarprofesi, terutama bagi perawat yang bertugas sebagai perawat primer (PP). Keterlibatan banyak profesi dalam satu tim medis, tanpa adanya alur komunikasi yang terstruktur, dapat menyebabkan perawat kesulitan dalam menentukan prioritas tindakan keperawatan yang harus dilakukan. Hal ini mengarah pada peningkatan beban kerja yang signifikan, yang selanjutnya berpotensi menyebabkan *burnout* perawat dan menurunnya kepuasan kerja mereka. Perawat yang menghadapi tuntutan pekerjaan yang intens dan berkelanjutan dan komunikasi yang tidak efisien cenderung mengalami kelelahan emosional, yang pada akhirnya berdampak terhadap mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien. Sebaliknya, pada ruang kekhususan yang lebih terstruktur dengan satu disiplin medis, meskipun tantangan komunikasi lebih sedikit, tetap terdapat risiko ketergantungan yang berlebihan pada satu jenis spesialisasi, yang juga memengaruhi efektivitas kerja perawat dan kualitas kolaborasi antarprofesi.

Penelitian ini didasarkan pada pendekatan model Donabedian, Pendekatan model Donabedian dipilih karena mampu memberikan kerangka komprehensif dalam mengevaluasi mutu sistem pelayanan keperawatan melalui tiga dimensi utama, yaitu struktur, proses dan hasil. Pendekatan model Donabedian juga memberikan justifikasi metodologis yang kuat untuk membandingkan implementasi model asuhan keperawatan profesional metode primer pada kedua setting, sekaligus membandingkan faktor proses dan hasil yang memberikan kontribusi terhadap penguatan mutu pelayanan di lingkungan rumah sakit (Donabedian, 1988).

Berdasarkan isu yang telah dipaparkan, penelitian ini dirancang untuk melakukan analisis komparatif terhadap implementasi Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer pada ruang rawat dengan sistem ruang kekhususan dan non kekhususan dengan pendekatan model Donabedian. Fokus penelitian mencakup identifikasi perbedaan dalam aspek kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim, tingkat *burnout* perawat serta kepuasan kerja perawat. Temuan dari studi ini diharapkan dapat memberikan sumbangan yang bermakna dalam menyingkap keunggulan maupun hambatan yang terdapat pada masing-masing konteks pelayanan. Selain itu, hasil penelitian ini dapat dijadikan landasan dalam penyusunan kebijakan maupun strategi peningkatan mutu layanan keperawatan di berbagai institusi kesehatan.

1.2 Rumusan Masalah

Studi menyebutkan bahwa ruang non kekhususan yang melibatkan tim multidisipliner seringkali menghadapi tantangan koordinasi, distribusi beban kerja, dan dinamika komunikasi yang lebih kompleks dibandingkan ruang kekhususan yang berfokus pada satu disiplin medis. Kompleksitas ini berpotensi memengaruhi sejumlah aspek penting dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan, antara lain efektivitas kolaborasi antarprofesi, tingkat beban kerja perawat, kualitas interaksi dalam tim perawat, risiko *burnout* perawat dan kepuasan kerja perawat. Kajian komparatif yang secara khusus mengevaluasi pelaksanaan PNCM pada kedua jenis ruang ini, terutama di lingkungan rumah sakit pemerintah di Indonesia, masih terbatas.

Berdasarkan uraian latar belakang penelitian tersebut, maka secara menyeluruh perumusan masalah dalam penelitian ini disusun sebagai berikut: “Bagaimana pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer di ruang kekhususan dan non kekhususan dengan pendekatan model Donabedian di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat, ditinjau dari aspek kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim perawat, *burnout* perawat, dan kepuasan kerja perawat, serta bagaimana perbandingan pelaksanaannya antara kedua setting tersebut?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan pelaksanaan sistem dalam pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer di ruang kekhususan dan non kekhususan dengan pendekatan model Donabedian berdasarkan dimensi kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim perawat, *burnout* perawat, dan kepuasan kerja perawat di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

1.3.2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi pelaksanaan PNCM di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- b. Mengidentifikasi kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- c. Mengidentifikasi beban kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- d. Mengidentifikasi kualitas interaksi dalam tim perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- e. Mengidentifikasi *burnout* perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- f. Mengidentifikasi kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- g. Menganalisis pengaruh PNCM terhadap kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- h. Menganalisis pengaruh PNCM terhadap beban kerja di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- i. Menganalisis pengaruh PNCM terhadap kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- j. Menganalisis pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap *burnout* perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- k. Menganalisis pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.

- l. Menganalisis pengaruh beban kerja perawat terhadap burnout di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- m. Menganalisis pengaruh beban kerja perawat terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- n. Menganalisis pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap burnout di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- o. Menganalisis pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- p. Menganalisis pengaruh struktur terhadap proses di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- q. Menganalisis pengaruh proses terhadap hasil di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- r. Menganalisis perbedaan pelaksanaan PNCM di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- s. Menganalisis perbedaan kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- t. Menganalisis perbedaan beban kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- u. Menganalisis perbedaan kualitas interaksi dalam tim perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- v. Menganalisis perbedaan *burnout* perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- w. Menganalisis perbedaan kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- x. Menganalisis perbedaan sistem (struktur, proses, hasil) di ruang kekhususan dan non kekhususan.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang bermakna terhadap pengembangan keilmuan di bidang akademik serta penerapannya dalam praktik keperawatan. Dengan membandingkan pelaksanaan Model Asuhan

Keperawatan Profesional Metode Primer di ruang kekhususan dan non kekhususan, penelitian ini menawarkan wawasan baru yang dapat memperkaya literatur keperawatan sekaligus memberikan pedoman strategis bagi pengelola layanan kesehatan.

1.4.1. Kontribusi terhadap pelayanan rumah sakit.

Temuan penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi pihak manajemen RSUD Provinsi NTB dalam merancang strategi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan berbasis Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer (PNCM). Dengan memahami perbedaan penerapan PNCM di ruang kekhususan dan non kekhususan, rumah sakit dapat mengembangkan kebijakan yang lebih tepat dalam manajemen sumber daya keperawatan. Selain itu, hasil penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan efektivitas kolaborasi antarprofesi, mengoptimalkan manajemen beban kerja perawat, meningkatkan kualitas interaksi dalam tim, mengurangi tingkat *burnout* perawat, yang berdampak pada peningkatan kepuasan pasien dan tenaga keperawatan. Implementasi kebijakan berbasis temuan penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan mutu layanan keperawatan serta kepuasan pasien di fasilitas kesehatan.

1.4.2 Manfaat bagi perkembangan keperawatan.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi tenaga keperawatan dalam memahami berbagai faktor yang berpengaruh terhadap efektivitas pelaksanaan PNCM, khususnya dalam konteks kolaborasi antarprofesi, beban kerja, dan kesejahteraan tenaga keperawatan. Melalui temuan penelitian ini, diharapkan perawat mampu meningkatkan kompetensi dalam pengelolaan beban kerja secara lebih efektif, meningkatkan koordinasi dalam tim kesehatan, serta mengadopsi strategi pencegahan *burnout* yang lebih efektif. Di samping itu, penelitian ini diharapkan dapat memperluas dan memperdalam pemahaman akademik dalam bidang keperawatan mengenai penerapan model pelayanan berbasis profesionalisme, sehingga perawat mampu mengembangkan kapasitas profesionalnya dalam menyelenggarakan asuhan keperawatan yang bermutu serta berfokus pada kebutuhan dan kepentingan pasien.

1.4.3 Manfaat bagi perkembangan riset keperawatan.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber rujukan bagi pengembangan penelitian keperawatan di masa mendatang, khususnya dalam mengeksplorasi dampak penerapan PNCM terhadap kualitas layanan keperawatan dan kesejahteraan tenaga kesehatan. Dengan adanya studi komparatif ini, riset keperawatan dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mengevaluasi efektivitas PNCM dalam berbagai konteks rumah sakit, serta mengidentifikasi strategi yang lebih optimal dalam penerapannya. Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai dasar untuk pengembangan instrumen pengukuran baru dalam menilai dampak kolaborasi antarprofesi, beban kerja, dan *burnout* terhadap kepuasan pasien dan tenaga keperawatan di berbagai fasilitas layanan kesehatan.

1.5 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini terletak pada fokusnya yang mengkaji secara komparatif penerapan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer (PNCM) pada dua konteks pelayanan yang berbeda, yaitu ruang kekhususan dan non kekhususan, dengan mempertimbangkan lima dimensi penting: kolaborasi antarprofesi, beban kerja perawat, *burnout* perawat dan kepuasan kerja perawat.

Penelitian-penelitian sebelumnya yang lebih banyak mengeksplorasi PNCM di satu setting, penelitian ini memberikan kontribusi baru melalui pendekatan perbandingan yang komprehensif, khususnya di konteks rumah sakit umum daerah di Indonesia. Tabel berikut menyajikan perbandingan penelitian terdahulu dengan penelitian ini.

Tabel 1.1 Perbandingan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini

No	Peneliti & Tahun	Tujuan Penelitian	Populasi/ Setting	Dimensi yang Dikaji	Perbedaan dengan Penelitian Ini
1	Bailey (2019)	Memahami hubungan perawat-pasien-keluarga dalam PNCM di NICU	11 perawat NICU, AS	Hubungan perawat-pasien, kepuasan keluarga	Fokus relasional, tidak membandingkan antarsetting, tidak mengkaji beban kerja, <i>burnout</i> , atau kepuasan kerja perawat
2	Krüger <i>et al.</i> (2023)	Menilai dampak PNCM pada durasi delirium, kecemasan pasien, dan	400–500 pasien ICU, Jerman	Delirium, kecemasan, kepuasan	Penelitian protokol RCT; fokus klinis pasien, tidak mencakup aspek kerja

No	Peneliti & Tahun	Tujuan Penelitian	Populasi/ Setting	Dimensi yang Dikaji	Perbedaan dengan Penelitian Ini
		kepuasan keluarga di ICU		keluarga	perawat atau perbandingan multi-SMF vs. mono-SMF
3	Ventura-Silva <i>et al.</i> (2024)	Mengevaluasi dampak PNCM terhadap kualitas asuhan, budaya keselamatan, dan kepuasan kerja	48 perawat internal medicine, Portugal	<i>Missed care</i> , budaya keselamatan, kepuasan kerja perawat	Menggunakan pendekatan pra-pasca; tidak membandingkan antar unit multi-SMF vs. mono-SMF
4	López Cárdenas <i>et al.</i> (2022)	Membandingkan persepsi perawat terhadap PNCM vs. <i>delegation model</i> di ICU	19 perawat, 23 asisten perawat, Kolombia	Persepsi perawatan, keselamatan pasien	Perbandingan model <i>delivery care</i> ; tidak fokus pada 5 dimensi utama secara simultan dan tidak mencakup aspek kerja perawat
5	Cocchieri <i>et al.</i> (2021)	Mengembangkan dan memvalidasi checklist kepatuhan terhadap PNCM	6 pakar PNCM	Validasi instrumen kepatuhan PNCM	Fokus instrumen validasi; tidak menilai <i>outcome</i> keperawatan atau membandingkan setting
6	Penelitian saat ini	Membandingkan pelaksanaan PNCM di ruang multi-SMF vs. mono-SMF terkait kolaborasi antarprofesi, beban kerja, <i>burnout</i> , kepuasan pasien, dan kepuasan perawat	Perawat, pasien, dan unit rawat inap RSUD NTB	Kolaborasi antarprofesi, beban kerja, <i>burnout</i> , kepuasan pasien, kepuasan kerja perawat	Studi komparatif komprehensif antarsetting, fokus pada 5 dimensi utama, memberikan kontribusi praktis pada pengelolaan rumah sakit

Penelitian ini memiliki kontribusi kontekstual yang penting karena dilaksanakan di rumah sakit umum daerah, sebuah setting yang relatif jarang dikaji dalam literatur internasional, khususnya dalam membandingkan setting ruang kekhususan dan non kekhususan. Tidak seperti sebagian besar penelitian sebelumnya yang cenderung membatasi analisis pada satu hingga dua dimensi tertentu, penelitian ini menerapkan pendekatan yang lebih menyeluruh dengan menelaah secara bersamaan empat dimensi utama, meliputi kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim perawat, *burnout*, serta kepuasan kerja perawat. Dengan demikian, temuan penelitian ini memberikan gambaran yang lebih menyeluruh dan komprehensif mengenai pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini memaparkan kajian landasan teoretis dan kerangka konseptual yang menjadi dasar pelaksanaan penelitian. Pembahasan meliputi Model Asuhan Keperawatan Profesional dengan pendekatan Metode Primer (*Primary Nursing Care Model/PNCM*), karakteristik unit rawat inap dengan seting kekhususan dan non kekhususan, aspek kolaborasi antarprofesi, beban kerja perawat, kualitas interaksi dalam tim perawat, *burnout*, serta tingkat kepuasan perawat. Pemahaman terhadap keseluruhan konsep tersebut menjadi fondasi penting dalam menganalisis implementasi PNCM pada dua konteks layanan keperawatan yang berbeda, yaitu ruang kekhususan dan non kekhususan.

2.1. *Primary Nursing Care Model (PNCM)*

Primary Nursing Care Model (PNCM) merupakan pendekatan keperawatan yang menekankan perawatan pasien secara holistik dengan mengalokasikan satu perawat utama yang bertanggung jawab penuh terhadap pasien selama periode perawatan. Model ini berorientasi pada peningkatan interaksi terapeutik profesional antara perawat dan pasien serta penguatan kesinambungan asuhan keperawatan yang lebih bersifat individual. Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa penerapan PNCM mampu meningkatkan tingkat kepuasan pasien, mengoptimalkan luaran klinis, serta memperkuat kesejahteraan tenaga keperawatan (Cocchieri, 2023; Gonçalves et al., 2023).

PNCM didefinisikan sebagai model perawatan yang menugaskan seorang perawat primer untuk bertanggung jawab atas keseluruhan proses asuhan keperawatan pasien dari awal hingga akhir perawatan. Model ini berbeda dengan sistem keperawatan lain seperti *Team Nursing* atau *Functional Nursing*, di mana perawatan sering kali dilakukan secara terfragmentasi oleh banyak tenaga keperawatan yang berbeda (Beckett et al., 2021). Perawat primer dalam PNCM, memiliki peran utama dalam merancang, mengoordinasikan, dan mengevaluasi asuhan yang diberikan kepada pasien, sehingga terjadi kesinambungan perawatan yang lebih baik (Gonçalves et al., 2023). Prinsip utama PNCM berfokus pada

otonomi perawat, akuntabilitas profesional, serta peningkatan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya (Cocchieri *et al.*, 2022).

Terdapat beberapa prinsip dasar dalam penerapan PNCM di lingkungan rumah sakit, yaitu:

- a. Kepemimpinan Perawat Primer: Seorang perawat utama bertanggung jawab penuh terhadap pasien selama masa perawatan.
- b. Kontinuitas Asuhan: Pasien dirawat oleh perawat yang sama sepanjang waktu rawat inapnya, sehingga meningkatkan kualitas hubungan terapeutik dan pemahaman mendalam tentang kebutuhan pasien.
- c. Tanggung Jawab Langsung: Perawat primer memiliki tanggung jawab komprehensif dalam proses perencanaan, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan.

Pendekatan yang digunakan bersifat holistik, mencakup tidak hanya dimensi klinis, melainkan juga aspek psikologis serta sosial yang memengaruhi kondisi pasien. (Cocchieri *et al.*, 2021; Yeh, 2024). *Primary Nursing Care Model* (PNCM) adalah model perawatan yang menekankan hubungan yang berkesinambungan antara perawat utama (*primary nurse*) dan pasien. Dalam model ini, perawat utama bertanggung jawab penuh atas perawatan pasien selama mereka dirawat di rumah sakit. Tujuan utamanya adalah untuk menguatkan kesinambungan asuhan keperawatan serta mempererat hubungan terapeutik antara perawat dan pasien, sehingga memungkinkan pemberian asuhan yang lebih holistik dan berorientasi pada kebutuhan individual pasien (Wessel & Manthey, 2015).

2.1.1 Elemen-elemen dalam PNCM

PNCM berbeda dengan model perawatan lainnya, seperti perawatan fungsional atau tim, karena lebih menekankan pada hubungan personal antara perawat dan pasien, yang dipandang memiliki peranan krusial dalam meningkatkan kualitas perawatan (Moura *et al.*, 2020). Model ini terdiri dari empat elemen utama yang menjadi dasar pelaksanaannya, yaitu: (1) tanggung jawab atas hubungan dan pengambilan keputusan, (2) alokasi pekerjaan dan

penugasan pasien, (3) komunikasi antar anggota staf, dan (4) filosofi manajemen dan kepemimpinan (Moura *et al.*, 2020).

Berikut adalah penjelasan tentang elemen-elemen utama dalam PNCM, serta dimensi dan indikator yang terkait dengan masing-masing elemen tersebut:

a. Tanggung jawab atas hubungan dan pengambilan keputusan

Elemen pertama dalam PNCM adalah tanggung jawab perawat utama dalam menjaga hubungan yang terus-menerus dengan pasien dan keluarga, serta dalam proses pengambilan keputusan mengenai perawatan yang berorientasi pada kebutuhan dan kepentingan pasien (Moura *et al.*, 2020). Tanggung jawab ini termasuk memastikan bahwa pasien terlibat dalam pengambilan keputusan perawatan yang dilakukan, serta menjaga hubungan interpersonal yang efektif dengan pasien dan keluarga (Moura *et al.*, 2020). Dimensi-dimensi tanggung jawab atas hubungan dan pengambilan keputusan:

1. Pengambilan keputusan berbasis pasien.
2. Perawat utama harus memastikan bahwa keputusan-keputusan yang diambil berfokus pada kebutuhan dan preferensi pasien (Shahzad *et al.*, 2019).
3. Keterbukaan dalam hubungan.
4. Perawat utama harus menjaga komunikasi yang terbuka dengan pasien dan keluarga, serta memastikan bahwa pasien diberi informasi yang cukup tentang perawatan mereka (Moura *et al.*, 2020).

b. Alokasi pekerjaan dan penugasan pasien

Elemen kedua adalah alokasi pekerjaan dan penugasan pasien, di mana perawat utama bertanggung jawab atas pengalokasian tugas harian dan penugasan pasien kepada perawat lain sesuai dengan kebutuhan medis pasien (Moura *et al.*, 2020). Dimensi-dimensi alokasi pekerjaan dan penugasan pasien:

1. Penugasan yang efektif
2. Penugasan pasien dilakukan berdasarkan keahlian dan kualifikasi perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal (Havaei *et al.*, 2019).
3. Koordinasi dengan tim perawatan lainnya

4. Perawat utama berkolaborasi dengan anggota tim pelayanan kesehatan lainnya guna menjamin pasien memperoleh asuhan yang sesuai dengan kebutuhannya, terutama ketika perawat utama tidak bertugas (Payne & Steakley, 2015).

c. Komunikasi antar anggota staf

Komunikasi antar anggota staf adalah elemen ketiga yang sangat penting dalam PNCM. Elemen ini mencakup pentingnya komunikasi yang terjalin secara efektif antara perawat primer, pasien, keluarga pasien, serta anggota tim medis lainnya (Moura *et al.*, 2020). Dimensi-dimensi komunikasi antar anggota staf:

1. Komunikasi dengan dokter
2. Perawat utama berkomunikasi langsung dengan dokter untuk memastikan bahwa status klinis pasien diketahui dan dipahami dengan jelas (Moura *et al.*, 2020).
3. Komunikasi dengan tim medis lainnya
4. Perawat utama juga berkomunikasi secara langsung dengan anggota tim medis lainnya untuk memastikan informasi yang dibutuhkan pasien tersedia dengan cepat dan akurat (Butler *et al.*, 2019).

d. Filosofi manajemen dan kepemimpinan

Elemen keempat adalah filosofi manajemen dan kepemimpinan. Dalam PNCM, perawat utama tidak semata-mata memikul tanggung jawab terhadap asuhan pasien, melainkan juga bertanggung jawab sebagai pemimpin dalam tim perawatan yang menciptakan lingkungan yang mendukung pengembangan profesional perawat (Moura *et al.*, 2020). Dimensi-dimensi filosofi manajemen dan kepemimpinan:

1. Pengelolaan sumber daya manusia, dimana perawat utama berperan dalam mengelola sumber daya manusia, termasuk memastikan bahwa setiap perawat dalam tim memiliki kompetensi yang diperlukan untuk memberikan perawatan yang berkualitas (Wessel & Manthey, 2015).
2. Evaluasi berkelanjutan terhadap kualitas perawatan, kualitas perawat utama bertanggung jawab guna menjamin bahwa pelayanan yang diberikan selaras dengan standar mutu yang telah ditetapkan, serta melaksanakan proses

evaluasi terhadap kualitas asuhan yang diberikan diberikan kepada pasien (Moura *et al.*, 2020).

2.1.2 Tujuan dan manfaat PNCM dalam pelayanan keperawatan

a. Peningkatan kualitas pelayanan keperawatan

Penelitian menunjukkan bahwa PNCM berkontribusi terhadap peningkatan kualitas pelayanan keperawatan melalui berbagai mekanisme, termasuk peningkatan kompetensi perawat, peningkatan otonomi dalam pengambilan keputusan, dan kontinuitas dalam pemberian perawatan (Cocchieri *et al.*, 2022). Model ini juga telah terbukti mengurangi kesalahan medis, meningkatkan *patient safety*, serta mendukung dokumentasi asuhan yang lebih akurat (Cocchieri *et al.*, 2022). Selain itu, pendekatan PNCM telah diterapkan di berbagai negara untuk meningkatkan efisiensi sistem kesehatan dan mengurangi angka rawat inap yang tidak perlu (Casey *et al.*, 2022).

b. Hubungan terapeutik antara perawat dan pasien

Salah satu manfaat utama penerapan *Primary Nursing Care Model* (PNCM) adalah penguatan relasi terapeutik antara perawat dan pasien. Kedekatan hubungan tersebut mendorong pasien untuk merasa lebih aman dan nyaman dalam mengungkapkan keluhan kesehatan, yang selanjutnya memungkinkan perawat memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai kebutuhan individual pasien, sehingga intervensi keperawatan dapat dirancang secara lebih tepat dan selaras dengan kondisi spesifik masing-masing pasien (Y. Sun *et al.*, 2023).

2.1.3 Implementasi PNCM di rumah sakit

a. Penerapan dalam berbagai setting pelayanan kesehatan

PNCM telah diterapkan dalam berbagai setting pelayanan kesehatan, mulai dari rumah sakit umum hingga fasilitas kesehatan primer. Dalam penerapannya, model ini terbukti lebih efektif dalam menangani pasien dengan penyakit kronis, seperti diabetes dan hipertensi, karena kontinuitas asuhan yang lebih baik dapat meningkatkan efektivitas manajemen penyakit jangka panjang (Miller & Martínez, 2023). Di rumah sakit pendidikan, PNCM juga diterapkan sebagai model pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan untuk mengembangkan keterampilan kepemimpinan dan pengambilan keputusan klinis yang lebih baik

(Robinson *et al.*, 2024). Dalam konteks komunitas, model ini memungkinkan pelayanan keperawatan lebih responsif terhadap kebutuhan individu, khususnya pada wilayah yang memiliki keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan (Casey *et al.*, 2022).

b. Faktor keberhasilan dan tantangan dalam implementasi

Beberapa faktor yang menentukan keberhasilan implementasi PNCM di rumah sakit meliputi:

1. Dukungan manajemen rumah sakit, keberhasilan PNCM sangat bergantung pada kebijakan institusi yang mendukung model ini, termasuk alokasi sumber daya dan sistem pelatihan yang memadai (Lukewich *et al.*, 2024).
2. Kapasitas SDM keperawatan, PNCM memerlukan jumlah tenaga keperawatan yang cukup, serta kompetensi yang tinggi dalam kepemimpinan dan manajemen pasien (Mohammed *et al.*, 2023).
3. Pelatihan dan pendidikan berkelanjutan, pendidikan keperawatan harus memasukkan konsep PNCM dalam kurikulum guna menjamin bahwa perawat memiliki kompetensi yang dibutuhkan untuk menerapkan model ini secara efektif (Robinson *et al.*, 2024).
4. Sistem teknologi dan dokumentasi yang mendukung penggunaan teknologi dalam pencatatan medis, seperti rekam medis elektronik, dapat meningkatkan akurasi dokumentasi PNCM (Bray & Østergaard, 2024).

2.2. Ruang Kekhususan dan Non Kekhususan

Ruang rawat inap kekhususan dan non-kekhususan merupakan unit pelayanan kesehatan yang berbeda dalam tujuan, struktur, dan fungsi. Ruang kekhususan, atau ruang rawat inap spesialis, dirancang untuk menangani populasi pasien dengan kondisi medis tertentu atau kompleks, seperti gangguan mental, penyakit jantung, atau penyakit kronis lainnya (Goss *et al.*, 2021; Whelan *et al.*, 2021). Unit ini mengutamakan intervensi terarah dan pemanfaatan keahlian khusus untuk memberikan perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Contohnya, ruang rawat inap untuk krisis kesehatan mental menyediakan

lingkungan yang mendukung pemulihan psikologis melalui metode terapeutik spesifik (Waldemar et al., 2018).

Ruang non-kekhususan, atau unit perawatan rawat inap reguler yang memberikan pelayanan kepada pasien dengan beragam kondisi medis yang tidak memerlukan layanan spesialis khusus (Aboaja et al., 2023; Pannick et al., 2016). Pendekatan perawatannya bersifat lebih umum dan fleksibel, tetapi kurang mampu menangani kasus pasien yang kompleks yang membutuhkan koordinasi multidisipliner dan intervensi spesifik (Edoka et al., 2021).

Historisnya, model layanan kekhususan mulai berkembang pada 1990-an dengan meningkatnya kesadaran akan pentingnya koordinasi layanan dalam pengelolaan penyakit kronis (Stanciu et al., 2020). Model ini menekankan komunikasi antarprofesi yang efektif dan pendekatan perawatan berbasis tim, sehingga lebih unggul dibandingkan sistem non-kekhususan yang cenderung individualistik (Ahmed et al., 2024; Hyland & Uddin, 2021).

2.2.1 Keunggulan dan kelemahan ruang kekhususan

Keunggulan utama ruang kekhususan terletak pada kemampuan untuk memberikan perawatan multidisipliner yang komprehensif (Cho et al., 2024; O'Sullivan et al., 2022). Pasien mendapat manfaat dari koordinasi tim antara dokter, perawat, terapis, serta tenaga kesehatan lainnya, yang berkontribusi dalam meningkatkan efektivitas pelayanan dan hasil klinis (Dahlke et al., 2019; Kruger et al., 2023). Selain itu, struktur tim yang terintegrasi mendukung pengambilan keputusan yang lebih matang dan pemantauan kondisi pasien secara lebih intensif.

Namun, ruang kekhususan juga memiliki tantangan. Pengambilan keputusan dapat menjadi lebih kompleks karena banyaknya pihak yang terlibat (Agbo et al., 2022; Mink et al., 2019), sementara koordinasi yang rumit dapat meningkatkan beban kerja tenaga kesehatan dan berpotensi menyebabkan burnout (Aiken et al., 2018; Byers et al., 2023).

2.2.2 Keunggulan dan kelemahan ruang non-kekhususan

Ruang non-kekhususan memiliki keunggulan dalam efisiensi layanan dan kemudahan koordinasi antarprofesional kesehatan (Edoka et al., 2021; Mota-Romero et al., 2022). Standarisasi prosedur memungkinkan pelaksanaan protokol

perawatan yang lebih seragam, meminimalkan potensi terjadinya kesalahan medis serta meningkatkan tingkat keselamatan pasien (Ball & Griffiths, 2021; Kalánková et al., 2020).

Namun, kelemahan utama ruang non-kekhususan adalah keterbatasan dalam menangani pasien dengan kondisi kompleks yang memerlukan perspektif multidisipliner (Mbuthia et al., 2023; Nevo et al., 2021). Selain itu, komunikasi lintas disiplin yang terbatas dapat menurunkan keterlibatan tenaga kesehatan dalam pengambilan keputusan bersama, sehingga berpotensi memengaruhi kualitas hasil perawatan pasien (Ejheisheh et al., 2024; Smyth et al., 2019).

2.3 Kolaborasi Antarprofesi

Kolaborasi antarprofesi dalam praktik keperawatan, yang sering disebut *Interprofessional Collaboration* (IPC), dipahami sebagai suatu pendekatan multidisiplin yang berfokus pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui keterpaduan tenaga kesehatan dengan latar belakang keahlian yang beragam. Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*) menegaskan bahwa keberhasilan kolaborasi efektif menuntut keterlibatan aktif tenaga kesehatan untuk saling belajar, saling memahami, dan saling bertukar pengetahuan, sehingga pada akhirnya mampu menghasilkan peningkatan luaran kesehatan pasien (Traynor & Rice, 2023). Dalam lingkungan keperawatan, IPC menjadi strategi utama untuk menghadapi kompleksitas layanan kesehatan, meningkatkan keselamatan pasien, serta memperkuat kepuasan tenaga kesehatan (Fuchs et al., 2022).

Kolaborasi antarprofesi merupakan suatu bentuk kemitraan kerja yang melibatkan perawat, dokter, apoteker, fisioterapis, serta tenaga kesehatan lainnya dalam upaya mewujudkan tujuan pelayanan kesehatan yang optimal (Fuchs et al., 2022). Definisi IPC umumnya melibatkan unsur komunikasi terbuka, saling percaya, serta penghargaan terhadap kontribusi masing-masing profesi dalam tim (Kobrai-Abkenar et al., 2024). Penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan kolaborasi antarprofesi sangat bergantung pada kesepahaman mengenai tujuan

bersama dalam tim, dengan pengakuan dan penghargaan terhadap peran setiap anggota (Keshmiri, 2022).

Praktik keperawatan menempatkan perawat sebagai penghubung utama dalam tim pelayanan kesehatan, dengan tanggung jawab untuk memastikan terjalannya koordinasi serta komunikasi yang optimal antara pasien dan profesi kesehatan lainnya (Keshmiri, 2022). Perawat memiliki kontribusi yang signifikan dalam menyampaikan perubahan kondisi pasien kepada dokter serta menjaga kesinambungan perawatan sesuai rencana terapi yang ditetapkan. Studi terbaru mengungkapkan bahwa pemahaman yang baik mengenai peran masing-masing profesi dalam kolaborasi dapat mengoptimalkan efektivitas proses pengambilan keputusan klinis serta memastikan terjaminnya keselamatan pasien (Chou *et al.*, 2024; Vatn & Dahl, 2021).

Kolaborasi pada satu profesi saja tidak dapat memberikan bantuan lengkap kepada pasien, pendekatan multidisiplin menjadi strategi yang sangat diperlukan untuk manajemen pelayanan kesehatan. Praktik kolaborasi, khususnya antara perawat dan dokter merupakan target yang harus dicapai untuk mencapai asuhan yang efektif (Caricati dkk., 2013). Dimensi tindakan maupun sikap yang diperlukan oleh perawat dengan dokter dibagi menjadi 3 yang meliputi:

- a. Ikut serta dalam mengambil keputusan bersama terkait tindakan perawatan yang diberikan baik tindakan keperawatan maupun tindakan medis.
- b. Saling memberikan informasi pasien
- c. Kerjasama

2.3.1 Faktor yang mempengaruhi kolaborasi antarprofesi

a. Hierarki dalam tim kesehatan

Hierarki dalam sistem kesehatan sering kali menjadi tantangan utama dalam IPC, terutama ketika perbedaan status profesional mempengaruhi dinamika kerja tim. Rahayu *et al.*, (2024) menyoroti bagaimana jarak kekuasaan dalam tim kesehatan dapat menghambat interaksi dan mengurangi kepuasan pasien (Rahayu *et al.*, 2024). Penelitian lain menunjukkan bahwa dominasi keputusan oleh dokter tanpa mempertimbangkan perspektif perawat atau tenaga kesehatan lain dapat menciptakan hambatan dalam kerja sama yang efektif (Simen, 2023). Selain itu,

perawat sering kali menerima informasi klinis secara tidak langsung atau terlambat akibat pola komunikasi yang terfragmentasi dalam hierarki kesehatan. Studi oleh Omonaiye *et al.*, (2024) mengindikasikan bahwa dalam beberapa kasus, perawat mengetahui keputusan pemulangan pasien bukan dari dokter tetapi dari pasien sendiri, yang memperlihatkan adanya ketidakefektifan komunikasi dalam sistem hierarkis (Omonaiye *et al.*, 2024).

b. Hambatan komunikasi dan koordinasi lintas disiplin

Hambatan komunikasi dalam IPC sering kali disebabkan oleh kurangnya pemahaman tentang peran masing-masing profesi, perbedaan budaya organisasi, serta keterbatasan sistem komunikasi yang efektif (Alsari *et al.*, 2024). Penelitian oleh Grunberg & Barry (2024) menyoroti bahwa kurangnya standar komunikasi yang jelas dapat menghambat koordinasi perawatan, menyebabkan kesalahpahaman, dan memperlambat respons terhadap kondisi pasien. Untuk mengatasi kendala ini, berbagai strategi telah diusulkan, seperti penerapan kerangka komunikasi terstandar, seperti metode SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) guna memastikan aliran informasi yang efisien di antara tenaga kesehatan (Alsari *et al.*, 2024). Situasi lingkungan kerja yang mendorong keamanan psikologis juga penting, karena memungkinkan tenaga kesehatan untuk menyampaikan pendapat dan kekhawatiran tanpa rasa takut akan konsekuensi negatif (Weiss *et al.*, 2023).

2.3.2 Dampak kolaborasi antar profesi terhadap kualitas asuhan keperawatan

a. Pengaruh terhadap pengambilan keputusan klinis

IPC berperan krusial dalam meningkatkan kualitas pengambilan keputusan klinis. Studi oleh Labrague *et al.* (2021) mengungkapkan bahwa lingkungan kerja yang mendukung kolaborasi efektif meningkatkan kepuasan tenaga kesehatan serta keselamatan pasien. Kolaborasi yang baik juga memungkinkan penyusunan rencana perawatan yang lebih komprehensif dan berbasis bukti, dengan mempertimbangkan berbagai perspektif profesional dalam tim (Pantha, Jones, *et al.*, 2024; Penrod *et al.*, 2024).

Perawatan pasien kronis dalam konteks keterlibatan di dalam interprofesional telah terbukti meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi,

yang pada akhirnya memperbaiki hasil kesehatan secara keseluruhan (Bloom *et al.*, 2022). Penelitian lain menggambarkan bahwa IPC yang kuat dapat meminimalkan *medical errors*, terutama dalam lingkungan kerja dengan beban tinggi seperti unit gawat darurat dan ICU (Thompson *et al.*, 2021).

b. Implikasi terhadap keselamatan pasien dan efektivitas pelayanan

Kolaborasi antarprofesi telah terbukti berkontribusi pada peningkatan keselamatan pasien serta efektivitas layanan kesehatan. Studi oleh Rizkia *et al.* (2022) mengindikasikan bahwa penerapan kolaborasi interprofesional mampu menurunkan kejadian efek samping dalam perawatan pasien, termasuk infeksi rumah sakit dan kesalahan pemberian obat. Fasilitas pelayanan kesehatan yang mengimplementasikan model kolaborasi interprofesional (IPC) secara terstruktur melaporkan adanya peningkatan efisiensi layanan, penurunan angka rawat inap berulang, serta perbaikan skor kepuasan pasien (Lee *et al.*, 2020; Moilanen *et al.*, 2020). Di lingkungan perawatan dengan keterbatasan sumber daya, pendekatan berbasis tim memungkinkan alokasi sumber daya yang lebih baik serta optimalisasi penggunaan tenaga kesehatan secara lebih efektif (Uliyah *et al.*, 2024).

Pendidikan antarprofesi (*Interprofessional Education/ IPE*) juga menjadi faktor kunci dalam meningkatkan kesiapan tenaga kesehatan untuk berkolaborasi dalam praktik klinis. Studi oleh Teuwen *et al.* (2024) menunjukkan bahwa mahasiswa keperawatan yang mendapatkan pelatihan kolaboratif memiliki kompetensi komunikasi dan kepemimpinan yang lebih baik dalam praktik kerja tim (Teuwen *et al.*, 2024). Dengan demikian, penerapan *Interprofessional Education* (IPE) dalam kurikulum pendidikan kesehatan merupakan langkah strategis yang bertujuan untuk menyiapkan tenaga kesehatan generasi baru agar memiliki kemampuan kolaborasi yang optimal.

2.4 Beban Kerja Perawat

Beban kerja perawat dapat dipahami sebagai keseluruhan alokasi waktu dan energi yang dicurahkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, yang dipengaruhi oleh beragam faktor, di antaranya tingkat keparahan kondisi pasien

serta ketersediaan jumlah tenaga perawat, termasuk tingkat keparahan pasien, jumlah tenaga perawat yang tersedia, serta lingkungan organisasi tempat mereka bekerja (Afriani *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2023). Beban kerja dalam keperawatan umumnya didefinisikan sebagai akumulasi tugas, tanggung jawab, dan kewajiban seorang perawat dalam rentang waktu tertentu (Alrabae *et al.*, 2021; Teng *et al.*, 2023).

Berbagai hasil penelitian mengindikasikan bahwa tingkat keparahan pasien di suatu unit perawatan, seperti tingkat kegawatan dan kompleksitas tindakan medis yang diperlukan, merupakan faktor utama dalam menentukan beban kerja perawat (Afriani *et al.*, 2022). Misalnya, selama pandemi COVID-19, beban kerja perawat meningkat drastis akibat protokol keamanan tambahan, penerapan kontrol infeksi yang ketat, serta beban emosional akibat merawat pasien dengan kondisi kritis (Hoogendoorn *et al.*, 2021; Moradi *et al.*, 2024).

Persepsi mengenai beban kerja dapat berbeda antarperawat, bergantung pada pengalaman personal dan konteks lingkungan kerja masing-masing. Berbagai temuan penelitian mengindikasikan bahwa sebagian perawat menilai beban kerja yang mereka alami berada pada tingkat sedang, yang selanjutnya berdampak terhadap tingkat kepuasan kerja serta mutu asuhan keperawatan yang diberikan (Pamuk & Özyürek, 2022; Sundari *et al.*, 2023). Faktor lain yang turut memengaruhi variasi persepsi tersebut adalah adanya pengalaman perlakuan tidak menyenangkan di lingkungan kerja, yang berpotensi meningkatkan tingkat stres dan kelelahan perawat, sehingga semakin memperumit upaya pengelolaan beban kerja (Lee *et al.*, 2024).

2.4.1 Jenis-jenis beban kerja

Beban kerja memiliki keterkaitan erat dengan mutu serta volume hasil kerja yang dihasilkan oleh setiap individu tenaga kerja Koesoemowidjojo (2017) mengelompokkan tingkat beban kerja ke dalam kategori sebagai berikut:

a. Beban kerja kuantitatif

Beban kerja kuantitatif merefleksikan besarnya volume tugas yang harus diselesaikan, yang ditandai oleh tingginya jam kerja, intensitas tekanan pekerjaan, serta besarnya tanggung jawab atas peran yang diemban. Salah satu komponen

utama yang memicu kelebihan beban kerja adalah tekanan waktu, di mana setiap aktivitas dituntut untuk diselesaikan secara cepat, tepat, dan efisien.

b. Beban kerja kualitatif

Beban kerja kualitatif berkaitan dengan tingkat kemampuan individu dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab yang menjadi kewenangannya.

2.4.2 Indikator beban kerja

Martha (2016) menjelaskan Beban kerja diklasifikasikan ke dalam enam indikator utama, yang meliputi:

- a. Beban mental: tuntutan kognitif dalam bekerja, meliputi berpikir, mengambil keputusan, mengingat, dan memproses informasi.
- b. Beban fisik: tuntutan aktivitas fisik seperti mengangkat, mendorong, menarik, dan mengontrol peralatan kerja.
- c. Kebutuhan waktu: tekanan waktu dalam penyelesaian pekerjaan, mulai dari kondisi terburu-buru hingga tersedianya waktu istirahat.
- d. Beban kinerja: persepsi terhadap pencapaian hasil dan kepuasan terhadap target kerja.
- e. Beban usaha: besarnya upaya mental dan fisik yang dikeluarkan untuk menyelesaikan pekerjaan.
- f. Beban emosi: kondisi psikologis selama bekerja, termasuk stres, kecemasan, dan frustrasi.

2.4.3 Konsekuensi beban kerja tinggi terhadap layanan keperawatan

Tingginya beban kerja memberikan pengaruh yang bermakna terhadap kinerja perawat dan kesejahteraan mereka, serta berimplikasi langsung pada keselamatan pasien dan kualitas layanan yang diberikan. Tingginya beban kerja pada perawat berdampak pada penurunan kualitas kinerja sekaligus peningkatan kelelahan. Beban kerja yang berlebihan terbukti memiliki hubungan erat dengan rendahnya tingkat kepuasan kerja, khususnya dalam situasi kerja dengan tekanan tinggi seperti pada periode pandemi COVID-19 (Wulansari *et al*, 2023). Studi lain juga mengungkapkan bahwa perawat yang terpapar tingkat beban kerja tinggi cenderung mengalami peningkatan stres, yang selanjutnya memberikan dampak negatif terhadap kesejahteraan mental maupun fisik (Agustin *et al.*, 2022).

Tekanan kerja yang berlebihan kerap memicu peningkatan stres yang berujung pada kelelahan emosional dan sindrom *burnout*, sehingga berdampak pada penurunan efektivitas kinerja serta mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Ennimay, 2022; Havaei & MacPhee, 2020). Tingginya beban kerja memiliki implikasi serius berupa peningkatan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam praktik medis yang pada akhirnya berimplikasi negatif terhadap tingkat keselamatan pasien. Temuan tersebut konsisten dengan hasil kajian meta-analisis yang dilaporkan oleh Ni *et al.* (2024) Terdapat korelasi yang signifikan antara tingginya tuntutan kerja dengan peningkatan kelelahan emosional pada perawat, yang pada gilirannya berimplikasi terhadap menurunnya kualitas pelayanan keperawatan. Hasil penelitian selanjutnya mengindikasikan bahwa rasio pasien-perawat yang tinggi sering kali dikaitkan dengan meningkatnya angka kesalahan medis serta peningkatan risiko infeksi yang didapat di rumah sakit (Bouzgarrou *et al.*, 2023; I. Kim, 2024; Yuan *et al.*, 2023).

Tingginya beban kerja perawat berdampak langsung terhadap kualitas interaksi dengan pasien. Kondisi ini dapat memengaruhi efektivitas komunikasi serta mengganggu keterjalanan hubungan terapeutik, sehingga berpotensi menurunkan mutu pengalaman perawatan yang bersifat holistik (Adriani *et al.*, 2022; Alikari & Fradelos, 2021). Untuk mengatasi permasalahan ini, berbagai strategi dapat diterapkan, termasuk penyesuaian tingkat staf sesuai dengan kebutuhan pasien, penyediaan sumber daya mental bagi tenaga perawat, serta penerapan lingkungan kerja yang kolaboratif guna mengurangi tekanan kerja yang timbul akibat tingginya beban tugas (Cho *et al.*, 2022; Ivziku, 2024).

2.5 Kualitas Interaksi dalam Tim

Kualitas interaksi dalam tim dapat dipahami sebagai derajat efektivitas komunikasi, koordinasi, dan kolaborasi yang terjadi di antara anggota tim dalam upaya mencapai tujuan kolektif. Interaksi berkualitas ditandai dengan adanya kejelasan informasi, keterbukaan, rasa saling percaya, serta adanya mekanisme penyelesaian konflik yang konstruktif (Salas *et al.*, 2015). Sejalan dengan literatur terkini tentang teamwork kesehatan, interaksi tim yang berkualitas tidak hanya

mencakup pertukaran informasi, tetapi juga integrasi pengetahuan lintas profesi, kejelasan peran, serta sinkronisasi tindakan melalui koordinasi dan pemantauan situasi yang berkesinambungan (Pradelli *et al.*, 2025).

Praktik keperawatan menempatkan perawat sebagai penghubung utama dalam tim pelayanan kesehatan, dengan tanggung jawab untuk memastikan terjalannya koordinasi serta terjalannya komunikasi yang efektif antara pasien dan tenaga kesehatan lainnya (Reeves *et al.*, 2020). Oleh karena itu, interaksi tim yang berkualitas bukan sekadar fenomena sosial, melainkan juga indikator mutu pelayanan rumah sakit.

2.5.1 Dimensi kualitas interaksi tim

Kualitas interaksi dalam tim kesehatan. Instrumen ini menekankan lima dimensi utama (Dener & Elçin, 2025):

a. Struktur tim (*Team Structure*)

Dimensi ini menilai sejauh mana tim memahami misi bersama, melibatkan pasien dan keluarga dalam perawatan, serta menyadari peran administratif dalam mendukung keberhasilan layanan.

b. Kepemimpinan (*Leadership*)

Kepemimpinan berperan penting dalam menciptakan komunikasi terbuka, mendorong anggota tim untuk berbagi informasi, memfasilitasi diskusi, serta menanggapi kesalahan sebagai pembelajaran yang konstruktif.

c. Pemantauan situasi (*Situation Monitoring*)

Dimensi ini menekankan kemampuan tim untuk memantau kondisi pasien, mengamati lingkungan, serta memperhatikan status fisik dan emosional anggota tim guna menjamin kesiapan kerja kolektif.

d. Saling mendukung (*Mutual Support*)

Kualitas interaksi ditandai dengan kemampuan anggota tim untuk saling memberi bantuan, memahami peran satu sama lain, mengangkat isu keselamatan pasien, dan menyelesaikan konflik secara terbuka tanpa mengorbankan keselamatan.

e. Komunikasi (*Communication*)

Dimensi komunikasi mencakup kejelasan, kelengkapan, serta standar pertukaran informasi antar anggota tim maupun dengan pasien dan keluarga. Komunikasi yang buruk terbukti sebagai penyebab utama terjadinya insiden keselamatan pasien.

2.5.2 Implikasi kualitas interaksi dalam konteks keperawatan

Kualitas interaksi tim yang optimal memiliki implikasi langsung terhadap mutu pelayanan keperawatan. Penelitian menunjukkan bahwa interaksi yang efektif dapat memperbaiki koordinasi perawatan, mengurangi kejadian buruk yang diakibatkan kesalahan komunikasi, serta meningkatkan kepuasan kerja tenaga kesehatan (Reeves *et al.*, 2020; Dener & Elçin, 2025). Sebaliknya, interaksi yang buruk dapat memicu disfungsi tim, meningkatkan stres kerja, yang selanjutnya berimplikasi negatif terhadap keselamatan pasien. Penerapan program pelatihan berbasis *TeamSTEPPS*® telah diakui sebagai strategi efektif untuk memperkuat kompetensi komunikasi, koordinasi, dan kepemimpinan dalam tim kesehatan (AHRQ, 2016; Dener & Elçin, 2025).

2.6 *Burnout* Perawat

Burnout merupakan suatu kondisi psikologis yang dicirikan oleh kelelahan emosional, munculnya sikap depersonalisasi, serta menurunnya rasa pencapaian diri, yang umumnya berkembang sebagai dampak dari paparan stres kerja yang bersifat kronis dalam lingkungan kerja yang penuh tuntutan. (Huang *et al.*, 2023; Socaciu *et al.*, 2020). Sindrom yang muncul atas konsekuensi dari paparan stres kerja yang terjadi secara berkelanjutan dalam periode waktu yang panjang, dengan kecenderungan semakin parah akibat pengaruh faktor lingkungan, khususnya tingginya beban kerja serta keterbatasan dukungan sosial (Galanis *et al.*, 2023; Majid *et al.*, 2024; Sitompul *et al.*, 2022).

Dalam teori *burnout*, Maslach & Jackson (1981) instrumen *Maslach Burnout Inventory* (MBI) dikembangkan untuk mengevaluasi tiga dimensi esensial dari fenomena *burnout*, yang mencakup kelelahan emosional (*emotional exhaustion*), sikap depersonalisasi (*depersonalization*), serta rendahnya tingkat

pencapaian pribadi (*low personal accomplishment*). Teori ini menegaskan bahwa kelelahan emosional terjadi akibat stres kronis di tempat kerja, sementara depersonalisasi merupakan strategi koping negatif yang membuat perawat bersikap sinis atau tidak peduli terhadap pasien. Perasaan tidak mampu atau rendahnya pencapaian diri muncul ketika individu merasakan ketidakberhasilan dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab profesionalnya (Alabi *et al.*, 2021). *Conservation of Resources Theory* juga relevan dalam memahami *burnout*, dengan menyoroti bagaimana individu cenderung mempertahankan sumber daya psikologis dan sosial mereka di tengah tekanan kerja yang tinggi (Alabi *et al.*, 2021).

2.6.1 Dimensi burnout

Maslach & Leiter (2017) menjelaskan bahwa *Burnout* dikonseptualisasikan sebagai suatu konstruk multidimensional yang mencakup tiga dimensi utama, yaitu:

a. Kelelahan (*exhaustion dimension*)

Dimensi kelelahan merepresentasikan respons fisik dan emosional terhadap paparan stres kerja, yang umumnya muncul sebagai indikasi awal terjadinya masalah dalam konteks pekerjaan. Individu yang mengalaminya merasakan kelelahan mendalam akibat tuntutan pekerjaan yang berkepanjangan, disertai terkurasnya sumber daya emosional dan fisik, sehingga menimbulkan penurunan energi untuk menghadapi aktivitas kerja maupun tantangan berikutnya.

b. Sinisme (*Cynicism*)

Dimensi sinisme merefleksikan aspek interpersonal dari *burnout* yang ditandai oleh munculnya sikap dan respons negatif terhadap berbagai komponen pekerjaan. Kondisi ini berkembang ketika individu mengalami tekanan kerja yang berlebihan, sehingga cenderung menarik diri dan mengurangi keterlibatan dalam aktivitas kerja. Dalam jangka waktu tertentu, individu tidak hanya menurunkan intensitas dan kualitas kinerjanya, tetapi juga mulai membentuk sikap negatif terhadap lingkungan kerja dan pihak-pihak yang terlibat. Ketika sinisme semakin menguat, orientasi individu bergeser dari

upaya memberikan kinerja terbaik menjadi sekadar memenuhi tuntutan minimal pekerjaan.

c. Pencapaian pribadi (*Inefficacy dimension*)

Dimensi *inefficacy* merepresentasikan aspek evaluasi diri dalam konstruk *burnout*, yang ditandai oleh munculnya perasaan tidak kompeten serta menurunnya persepsi terhadap pencapaian dan produktivitas kerja. Kondisi ini diperberat oleh keterbatasan sumber daya kerja, rendahnya dukungan sosial, serta terbatasnya kesempatan pengembangan profesional. Persepsi ketidakefektifan tersebut dapat mendorong individu yang mengalami kelelahan untuk meragukan pilihan kariernya, bahkan memunculkan ketidakpuasan terhadap identitas profesional yang dibangun. Akibatnya, individu cenderung mengembangkan pandangan negatif terhadap dirinya sendiri maupun terhadap orang lain di lingkungan kerja.

2.6.2 Faktor penyebab burnout pada perawat

Burnout perawat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang meliputi aspek individual, organisasi, dan lingkungan kerja. Beberapa faktor kunci antara lain:

- a. Beban kerja tinggi, dimana perawat menghadapi tuntutan jam kerja panjang, shift malam, dan rasio perawat–pasien yang tidak seimbang (Dall’Ora, Ball, Reinius, et al., 2020).
- b. Kurangnya dukungan organisasi, minimnya supervisi dan keterbatasan sumber daya memicu kelelahan kerja (Woo *et al.*, 2020).
- c. Tuntutan emosional, seringnya menghadapi pasien dengan kondisi terminal meningkatkan stres emosional (Rotenstein *et al.*, 2021).
- d. Keterbatasan peran dan konflik kerja, perawat yang merasa tidak memiliki otonomi atau kejelasan peran lebih rentan mengalami *burnout* (Khamisa *et al.*, 2020).

2.6.3 Dampak burnout terhadap kualitas pelayanan keperawatan

Burnout pada perawat tidak hanya berdampak pada kesejahteraan tenaga kesehatan, tetapi juga secara langsung memengaruhi mutu pelayanan yang diterima pasien. Beberapa dampak utama *burnout* terhadap layanan keperawatan meliputi:

a. Hubungan *burnout* dengan kepuasan kerja perawat

Tingkat *burnout* yang tinggi berkorelasi negatif terhadap tingkat kepuasan kerja perawat. Studi mengindikasikan bahwa perawat yang mengalami *burnout* menunjukkan kecenderungan lebih besar untuk mengundurkan diri dari pekerjaan, mengalami *disengagement*, dan menunjukkan derajat stres yang lebih besar (Rivas *et al.*, 2021; Robinson *et al.*, 2024). Institusi yang memberikan dukungan terhadap kesejahteraan psikologis tenaga kesehatan dengan menyediakan program dukungan psikologis dan lingkungan kerja yang positif umumnya menunjukkan tingkat kepuasan kerja yang lebih baik di kalangan perawatnya (Alabi *et al.*, 2021; Ferreira & Gomes, 2021).

b. Pengaruh *burnout* terhadap hubungan perawat dan pasien

Perawat yang berada dalam kondisi *burnout* kerap menunjukkan penurunan tingkat empati serta keterlibatan emosional dalam interaksi dengan pasien, yang berdampak negatif terhadap hubungan terapeutik antara tenaga kesehatan dan pasien (Al-Harrasi *et al.*, 2024; Robinson *et al.*, 2024). Studi lain juga memaparkan *burnout* juga berkontribusi terhadap penurunan komunikasi yang efektif di lingkungan kerjas keperawatan, yang dapat menyebabkan miskomunikasi dalam pemberian perawatan pasien (Altharman *et al.*, 2023; Han *et al.*, 2022).

c. Korelasi *burnout* dengan keselamatan pasien

Burnout secara bermakna meningkatkan potensi terjadinya kesalahan medis serta insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien. Penelitian menunjukkan bahwa perawat dengan tingkat *burnout* yang tinggi lebih rentan mengalami penurunan perhatian terhadap detail, yang berkontribusi pada meningkatnya jumlah kesalahan dalam perawatan pasien (Al-Harrasi *et al.*, 2024; Ismail *et al.*, 2020). Pasien yang dirawat oleh perawat yang mengalami *burnout* melaporkan tingkat kepuasan yang lebih rendah pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mereka terima (Iacolino *et al.*, 2023; Lopian *et al.*, 2022).

d. Strategi mitigasi *burnout* dalam keperawatan

Berbagai strategi telah diusulkan untuk mengurangi *burnout* di kalangan perawat, termasuk pelatihan kecerdasan emosional untuk meningkatkan resiliensi terhadap stres kerja (Linares *et al.*, 2022; Paganin *et al.*, 2023). Program kesejahteraan mental seperti *mindfulness training* dan *resilience workshops* (Soto-Rubio *et al.*, 2020; Taşkan *et al.*, 2022). Kebijakan institusi yang mendukung keseimbangan kerja-hidup, termasuk penyediaan sumber daya dan dukungan psikologis bagi tenaga kesehatan (Shariatpanahi *et al.*, 2022).

2.7. Kepuasan Perawat

Kepuasan kerja perawat merupakan komponen kunci dalam menjamin mutu pelayanan kesehatan serta kesejahteraan tenaga keperawatan. Tingkat kepuasan kerja tidak hanya berkorelasi dengan kondisi kesejahteraan psikologis perawat, tetapi juga memberikan implikasi langsung terhadap efektivitas dan efisiensi kinerja, kualitas pelayanan kepada pasien, dan retensi tenaga keperawatan (Dewi *et al.*, 2024). Pendekatan *Primary Nursing Care Model* (PNCM) memberikan kerangka kerja yang lebih sistematis dalam penyelenggaraan asuhan pasien. Penerapan model ini berpotensi meningkatkan tingkat kepuasan kerja perawat melalui penguatan rasa percaya diri, efektivitas komunikasi, serta partisipasi aktif dalam proses pengambilan keputusan (Faridasari *et al.*, 2021).

Dalam konteks asuhan keperawatan, kepuasan perawat sering dikaitkan dengan berbagai elemen, seperti hubungan antara perawat dan pasien, lingkungan kerja, serta dukungan organisasi. Berbagai temuan empiris mengindikasikan bahwa lingkungan kerja yang suportif serta pemberian otonomi dalam proses pengambilan keputusan berkontribusi signifikan terhadap peningkatan tingkat kepuasan kerja perawat (Kartika *et al.*, 2022; Khairani *et al.*, 2021).

2.7.1 Dimensi kepuasan kerja

Juanamasta *et al.* (2023) menjelaskan pengukuran kepuasan kerja perawat di Indonesia dapat dilakukan menggunakan *Indonesian McCloskey/Mueller*

Satisfaction Scale (I-MMSS), hasil adaptasi budaya dari MMSS. Instrumen ini mengukur tingkat kepuasan kerja melalui delapan dimensi pokok, yaitu:

- a. *External rewards*, yaitu kepuasan terhadap gaji, tunjangan, dan kompensasi finansial.
- b. *Scheduling*, yaitu kepuasan terhadap jadwal kerja dan fleksibilitas waktu.
- c. *Family work balance*, yaitu kemampuan menyeimbangkan pekerjaan dengan kehidupan keluarga.
- d. *Coworker relationship*, yaitu hubungan dengan rekan sejawat di tempat kerja.
- e. *Interaction opportunities*, yaitu kesempatan untuk berinteraksi dengan tenaga profesional lain.
- f. *Professional opportunities*, yaitu peluang pengembangan karier dan pendidikan berkelanjutan.
- g. *Praise/recognition*, yaitu kepuasan terhadap apresiasi dan penghargaan atas kinerja.
- h. *Control/responsibility*, yaitu perasaan memiliki kontrol dan tanggung jawab terhadap praktik keperawatan.

Dimensi ini selaras dengan teori kepuasan kerja yang menempatkan faktor intrinsik dan ekstrinsik sebagai determinan utama kesejahteraan kerja (Herzberg, 1966; Lutfiyya *et al.*, 2019).

2.7.2 Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kepuasan kerja perawat

Dalam model PNCM, sejumlah determinan utama merupakan determinan yang memengaruhi tingkat kepuasan kerja perawat:

a. *Kualitas interaksi dan komunikasi*

Kualitas interaksi antara perawat dan pasien merupakan determinan penting dalam meningkatkan tingkat kepuasan kerja perawat. Penerapan komunikasi terapeutik yang efektif tidak hanya memperkuat kepercayaan pasien, tetapi juga membentuk lingkungan kerja yang lebih kondusif bagi perawat (Sugiyarto *et al.*, 2021). Berbagai temuan empiris mengindikasikan bahwa perawat yang merasakan penghargaan dari pasien serta mampu membangun hubungan yang positif dengan pasien cenderung menunjukkan tingkat kepuasan kerja yang lebih tinggi (Ramadia *et al.*, 2022).

b. *Otonomi dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan*

Kepuasan kerja perawat juga berkaitan dengan sejauh mana mereka memiliki kontrol atas keputusan dalam pekerjaan mereka. Studi menunjukkan bahwa ketika perawat diberikan wewenang untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan klinis, mereka umumnya menunjukkan tingkat kepuasan yang lebih tinggi terhadap pekerjaannya (Ellina *et al.*, 2023). Hal ini mencerminkan pentingnya penerapan model asuhan keperawatan yang berbasis pada pemberdayaan tenaga keperawatan.

c. *Beban kerja serta tingkat stres di lingkungan kerja*

Tingginya beban kerja serta tekanan psikologis yang dihadapi perawat dalam pelaksanaan asuhan kepada pasien berimplikasi negatif terhadap tingkat kepuasan kerja. Sejumlah temuan empiris menunjukkan bahwa perawat yang bekerja dalam kondisi kerja yang terlalu padat lebih rentan mengalami *burnout*, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap penurunan kepuasan mereka terhadap pekerjaan (Rusydi *et al.*, 2023). Penerapan strategi pengelolaan beban kerja, yang mencakup pengaturan jadwal kerja yang lebih adaptif serta penyediaan dukungan psikologis, menjadi komponen penting dalam upaya meningkatkan tingkat kepuasan kerja perawat.

d. *Pengaruh lingkungan kerja terhadap kesejahteraan perawat*

Kondisi lingkungan kerja yang kondusif, baik ditinjau dari ketersediaan fasilitas maupun budaya organisasi, berkontribusi terhadap peningkatan kesejahteraan perawat. Berbagai temuan empiris mengindikasikan bahwa perawat yang menjalankan praktik keperawatan dalam lingkungan yang bersih, aman, dan suportif cenderung menunjukkan tingkat kepuasan kerja yang lebih tinggi (Faridasari *et al.*, 2021). Di samping itu, dukungan yang diberikan oleh rekan sejawat dan manajemen juga berkontribusi terhadap peningkatan kesejahteraan perawat (Syarifah & Asda, 2023).

2.7.3 Dampak sistem pelayanan terhadap tingkat kepuasan kerja *perawat*

Sistem pelayanan yang diterapkan dalam suatu rumah sakit atau fasilitas kesehatan memiliki dampak langsung terhadap kepuasan kerja perawat.

- a. *Model asuhan keperawatan dan dampaknya terhadap kepuasan perawat*
PNCM telah terbukti meningkatkan kepuasan kerja perawat melalui penyediaan struktur kerja yang lebih terorganisasi serta memberikan kesempatan bagi perawat untuk membangun hubungan terapeutik jangka panjang dengan pasien (Melani *et al.*, 2022).
- b. *Dukungan organisasi dan kebijakan manajemen*
Dukungan institusional dari pihak manajemen rumah sakit, yang diwujudkan melalui penyelenggaraan program pelatihan, pemberian penghargaan atas capaian kinerja perawat, selain itu, ketersediaan sarana dan prasarana kerja yang memadai terbukti berkontribusi secara signifikan terhadap peningkatan kepuasan kerja perawat. Berbagai temuan empiris mengindikasikan bahwa institusi rumah sakit yang menerapkan kebijakan berorientasi pada kesejahteraan tenaga kesehatan cenderung menunjukkan tingkat kepuasan kerja perawat yang lebih tinggi, yang sekaligus memberikan dampak positif terhadap keberlanjutan retensi tenaga keperawatan (*nurse retention*) (Rismawati *et al.*, 2022).

2.8 Model Donabedian

Model Donabedian merupakan salah satu kerangka kerja evaluasi mutu pelayanan kesehatan yang paling dikenal dan banyak diaplikasikan secara luas dalam berbagai konteks, termasuk keperawatan, rumah sakit, pelayanan primer, dan sistem kesehatan masyarakat. Dikembangkan oleh Avedis Donabedian pada tahun 1966, model ini menawarkan kerangka evaluasi yang komprehensif melalui tiga komponen utama: *structure*, *process*, dan *outcome* (SPO) (Donabedian, 1966). Donabedian menegaskan bahwa mutu pelayanan kesehatan tidak hanya dinilai berdasarkan luaran akhir, tetapi juga mencakup aspek struktural dan proses penyelenggaraan pelayanan yang melandasinya (Giasuddin *et al.*, 2023; Ibrahim *et al.*, 2022).

Keunggulan model ini terletak pada kemampuannya menyusun hubungan kausal antara komponen-komponen pelayanan, yang sangat berguna dalam konteks implementasi kebijakan mutu, evaluasi sistem kesehatan, dan

pengembangan intervensi berbasis bukti (Bucci & Torre, 2022; Upadhyay, 2020). Dalam konteks keperawatan, pendekatan ini sangat aplikatif untuk menilai kualitas dokumentasi, interaksi antarprofesi, dan hasil akhir pasien yang sensitif terhadap intervensi keperawatan.

2.8.1 Komponen model Donabedian

a. *Structure* (Struktur pelayanan)

Komponen struktur merujuk pada sumber daya dan prasyarat organisasi yang menopang pelaksanaan pelayanan kesehatan, termasuk kualifikasi tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, serta kebijakan administratif dan sistem informasi (Faure *et al.*, 2022; Ghofrani *et al.*, 2022). Dalam konteks keperawatan, struktur mencakup rasio perawat-pasien, tingkat pendidikan perawat, serta keberadaan protokol pelayanan dan sistem supervisi yang efektif. Bukti empiris menunjukkan bahwa struktur yang baik berkorelasi dengan capaian luaran klinis yang lebih optimal, antara lain ditandai dengan penurunan angka kematian dan infeksi nosokomial (Heuvel *et al.*, 2023; Lyndon *et al.*, 2022).

b. *Process* (Proses pelayanan)

Proses pelaksanaan konkret dalam penyelenggaraan pelayanan kepada pasien, mulai dari asesmen, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi asuhan keperawatan (Aningalan, 2023; Maurer & Walker, 2020). Kualitas proses sangat bergantung pada kepatuhan terhadap standar praktik dan kemampuan profesional perawat dalam berinteraksi, berkomunikasi, dan mendidik pasien. NSIs (*Nursing Sensitive Indicators*) dikembangkan untuk mengukur aspek proses ini secara lebih presisi, seperti tingkat kesalahan medikasi dan frekuensi penggantian balutan luka (Koon, 2020; Nicholson, 2022).

c. *Outcome* (Hasil pelayanan)

Outcome merepresentasikan luaran akhir dari proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan, baik berupa status kesehatan pasien, tingkat kepuasan pasien, dan indikator keselamatan pasien. Dalam keperawatan, *outcome* sangat berkaitan dengan indikator seperti tingkat nyeri, waktu pemulihan, kepatuhan pasien terhadap terapi, dan kejadian efek samping (Byrd *et al.*, 2022; Ngxongo, 2024). Evaluasi *outcome* berbasis Donabedian memberikan dasar

untuk penilaian efektivitas intervensi keperawatan dan akuntabilitas profesi perawat (Yang *et al.*, 2024).

2.8.2 Kausalitas dalam model Donabedian

Donabedian menekankan hubungan hierarkis antara struktur, proses, dan hasil. Struktur yang kuat memungkinkan pelaksanaan proses yang lebih efektif, sehingga pada akhirnya menghasilkan luaran yang lebih optimal. Sebaliknya, struktur yang lemah dapat menghambat proses, mengarah pada hasil yang tidak optimal (Ghofrani *et al.*, 2024; Lorenzon *et al.*, 2022). Studi dalam pengaturan rumah sakit menunjukkan bahwa rumah sakit dengan akreditasi tinggi, yang secara struktural lebih tertata, memiliki angka kepuasan pasien dan keselamatan klinis yang lebih baik (Joseph, 2021; Rodrigues, 2022).

2.8.3 Aplikasi dalam praktik keperawatan dan akreditasi

Kerangka *Donabedian model* secara luas dijadikan rujukan utama dalam penyusunan kebijakan akreditasi rumah sakit, baik pada skala nasional maupun internasional. Aspek struktur dimanfaatkan untuk penilaian kesiapan sarana-prasarana, aspek proses untuk audit terhadap SOP dan rekam medik, sedangkan aspek *outcome* digunakan dalam pelaporan indikator mutu seperti *Patient Safety Indicators* (Chan *et al.*, 2024; Vali *et al.*, 2020). Dalam keperawatan, model ini banyak dipakai dalam mengevaluasi dokumentasi keperawatan, efektivitas discharge planning, serta komunikasi antarprofesi (Larjow & Busse, 2022; McCullough *et al.*, 2023).

2.8.4 Relevansi dalam studi keperawatan modern

Dalam praktik keperawatan masa kini, model ini tetap relevan sebagai instrumen evaluasi mutu berbasis struktur proses dan hasil. Model ini telah digunakan secara luas dalam studi interprofesional dan layanan keperawatan komunitas untuk menilai intervensi berbasis bukti, efektivitas kolaborasi antarprofesi, serta penguatan budaya keselamatan pasien (Romeyke & Stummer, 2020; Ssemugabo *et al.*, 2020). Model ini juga menjadi dasar dalam pengembangan kebijakan mutu di banyak rumah sakit dan institusi pendidikan keperawatan.

2.9 Kerangka Teori

Kerangka teoretis dalam penelitian ini disusun dengan pendekatan evaluatif yang merujuk pada *Health Care Service Quality Model* yang dikembangkan oleh Donabedian (1966) sebagai *grand theory*. Teori ini menegaskan bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dinilai melalui tiga komponen utama yang saling terhubung, yaitu: Struktur (*structure*), Proses (*process*), dan Hasil (*outcome*) (Donabedian, 1988). Model ini dinilai sangat relevan dengan topik penelitian ini karena dapat mengidentifikasi sistem organisasi dan sumber daya (struktur), mempengaruhi pelaksanaan pelayanan keperawatan (proses), serta menghasilkan dampak terhadap pasien dan tenaga keperawatan (hasil).

2.9.1 Struktur

Dalam penelitian ini, struktur mencakup:

- a. Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer (PNCM), yakni model yang menugaskan perawat primer sebagai penanggung jawab asuhan pasien (Cocchieri *et al.*, 2022; Mattila *et al.*, 2019).
- b. Tipe ruang rawat (Kekhususan dan Non Kekhususan), yang menentukan kompleksitas koordinasi antarprofesi dalam pelayanan keperawatan (Boeckxstaens *et al.*, 2020; Rohwer, 2023).
- c. Kebijakan organisasi dan rasio perawat-pasien, yang turut mempengaruhi efisiensi dan beban kerja (Lutfiyya *et al.*, 2022; Schaufeli & Taris, 2023).

2.9.2 Proses

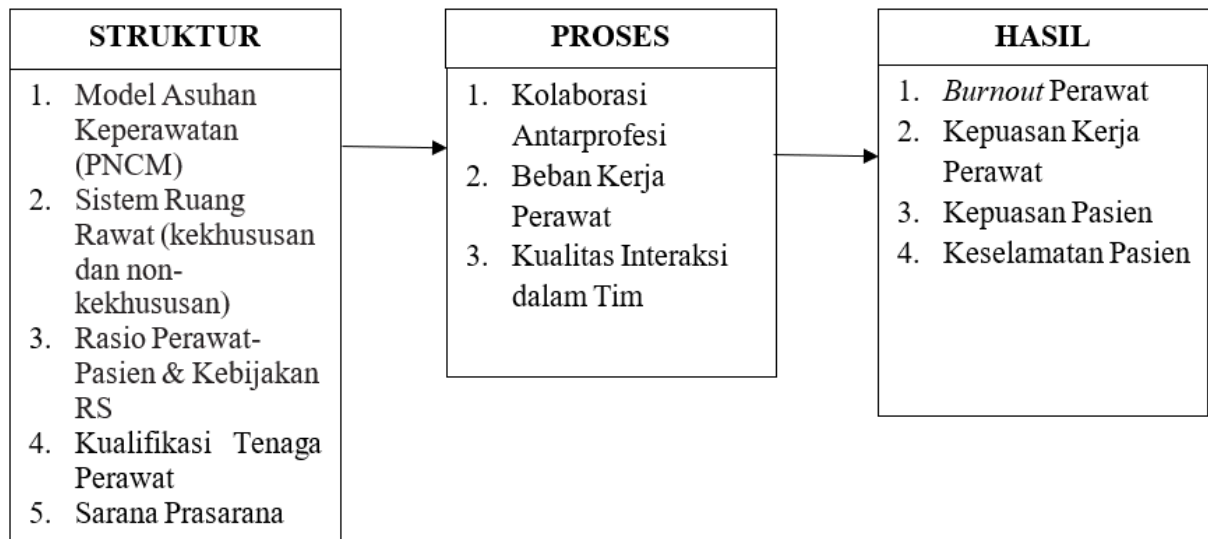
Dimensi proses berfokus pada implementasi pelayanan keperawatan yang mencakup:

- a. Kolaborasi antarprofesi, dijelaskan melalui *Interprofessional Collaboration Theory*, yaitu kemampuan tenaga kesehatan dari berbagai disiplin untuk bekerja bersama dalam memberikan asuhan secara sinergis (D'Amour *et al.*, 2005).
- b. Beban kerja perawat, yang menggambarkan volume serta tingkat kompleksitas tugas dan tanggung jawab perawat dalam suatu sistem pelayanan kesehatan (Afriani *et al.*, 2022; Irabae *et al.*, 2021).

2.9.3 Hasil

Aspek hasil dalam model Donabedian berfokus pada konsekuensi akhir dari pelayanan keperawatan, antara lain:

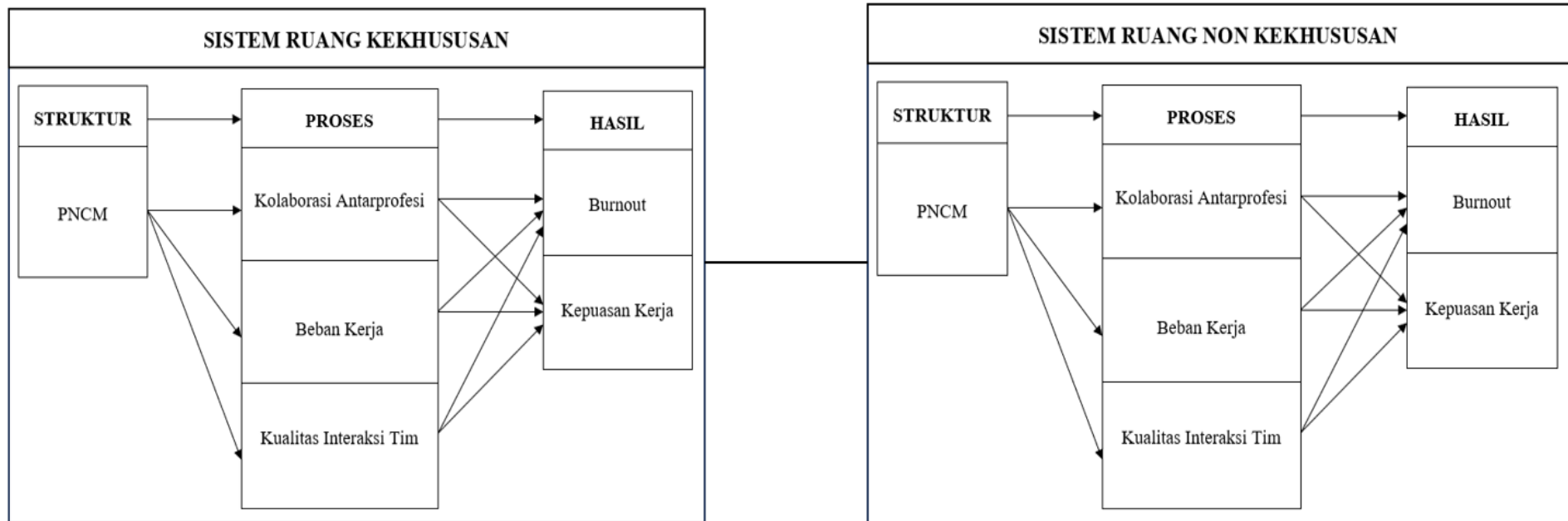
- a. Burnout pada perawat merupakan suatu kondisi kelelahan fisik dan emosional yang berkembang sebagai akibat dari paparan stres kerja yang bersifat berkelanjutan. Menurut *Maslach Burnout Theory*, fenomena ini dikarakterisasi melalui tiga dimensi inti, yakni kelelahan emosional (*emotional exhaustion*), depersonalisasi (*depersonalization*), serta penurunan pencapaian diri (*reduced personal accomplishment*) (Huang *et al.*, 2023; Maslach & Jackson, 1981).
- b. Kepuasan kerja perawat, dijelaskan melalui *Two-Factor Theory* (Herzberg, 1959), yaitu kepuasan yang dipengaruhi oleh faktor intrinsik (*motivator*) dan ekstrinsik (*hygiene*).



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.10 Kerangka Konsep

Kerangka konseptual dalam penelitian ini disusun untuk merepresentasikan hubungan yang logis dan sistematis antar variabel penelitian yang diteliti, dengan fokus pada analisis perbandingan penerapan *Primary Nursing Care Model (PNCM)* atau Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer dalam dua bentuk sistem pelayanan, yakni ruang rawat inap kekhususan dan non kekhususan. Selain itu, kerangka ini juga mengilustrasikan pengaruh penerapan model tersebut terhadap sejumlah indikator hasil yang esensial, meliputi: kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim *burnout* perawat, serta kepuasan kerja perawat.



Gambar 2.2 Kerangka konsep

2.11 Hipotesis Penelitian

- a. Hipotesis umum (Hipotesis induk)
 1. H_0 (Hipotesis nol): Tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam pelaksanaan sistem (struktur, proses dan hasil) di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 2. H_1 (Hipotesis alternatif): Terdapat perbedaan yang signifikan dalam pelaksanaan sistem (struktur, proses dan hasil) di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
- b. Hipotesis khusus (Parsial)
 1. H_1 : Terdapat pengaruh PNCM terhadap kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 2. H_2 : Terdapat pengaruh PNCM terhadap beban kerja perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 3. H_3 : Terdapat pengaruh PNCM terhadap kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 4. H_4 : Terdapat pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap burnout perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 5. H_5 : Terdapat pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 6. H_6 : Terdapat pengaruh beban kerja terhadap burnout perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 7. H_7 : Terdapat pengaruh beban kerja terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 8. H_8 : Terdapat pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap burnout perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 9. H_9 : Terdapat pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 10. H_{10} : Terdapat pengaruh struktur terhadap proses di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
 11. H_{11} : Terdapat pengaruh proses terhadap hasil di ruang kekhususan dan non-kekhususan.

12. H₁₂: Terdapat perbedaan pelaksanaan PNCM di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
13. H₁₃: Terdapat perbedaan kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
14. H₁₄: Terdapat perbedaan beban kerja di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
15. H₁₅: Terdapat perbedaan kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
16. H₁₆: Terdapat perbedaan *burnout* perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
17. H₁₇: Terdapat perbedaan kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
18. H₁₈: Terdapat perbedaan sistem (struktur, proses dan hasil) di ruang kekhususan dan non-kekhususan.

BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini tergolong ke dalam pendekatan penelitian kuantitatif non-eksperimental dengan rancangan desain komparatif korelasional. Rancangan ini dipilih untuk menganalisis perbedaan rerata serta karakteristik variabel-variabel *nursing outcomes* pada dua kelompok ruang rawat inap, yaitu ruang kekhususan dan non-kekhususan. Penelitian ini juga mencakup pengujian pengaruh untuk mengidentifikasi hubungan antarvariabel yang dianalisis, yang dilakukan dalam konteks penerapan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) dengan menggunakan metode primer.

Peneliti tidak melakukan intervensi langsung terhadap pelaksanaan PNMC, melainkan melakukan pengukuran terhadap *outcome* yang muncul dalam dua jenis ruang layanan yang memiliki karakteristik organisasi medis yang berbeda. Penelitian ini juga menggunakan desain *cross-sectional*, di mana seluruh data dikumpulkan pada satu periode waktu tertentu. Dengan demikian, desain ini memungkinkan peneliti untuk memperoleh gambaran perbandingan kondisi yang sedang berlangsung secara simultan antara kedua kelompok yang diteliti.

3.2 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan

3.2.1 Lokasi penelitian

Studi ini dilakukan pada Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB). Lokasi penelitian mencakup dua jenis ruang rawat inap, yaitu ruang rawat inap kekhususan dan non-kekhususan, di mana kedua jenis ruang tersebut telah menerapkan PNMC.

3.2.2 Waktu pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2025. Waktu pelaksanaan ini mencakup seluruh tahapan penelitian, mulai dari persiapan, pengumpulan data, hingga analisis dan pelaporan hasil.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini terdiri atas seluruh perawat primer dan perawat pelaksana yang berperan langsung dalam implementasi *Primary Nursing Care Model* (PNCM) pada Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat. Populasi mencakup perawat yang bekerja di dua jenis sistem ruang, yakni ruang Kekhususan dan ruang Non Kekhususan, dengan jumlah total sebanyak 398 orang. Pemilihan populasi didasarkan pada keterlibatan aktif perawat dalam praktik PNCM, serta relevansi mereka terhadap variabel utama penelitian seperti kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim, *burnout*, dan kepuasan kerja. Struktur populasi ini mencerminkan konteks organisasi dan implementasi model PNCM di lingkungan rumah sakit yang menjadi lokasi penelitian.

3.3.2 Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan perhitungan populasi terbatas (*finite population*) dengan menggunakan rumus *Cochran* yang telah disesuaikan (Cochran, 1977; Israel, 1992; Lemeshow *et al.*, 1990):

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dengan asumsi:

- a. $Z=1,96$ (tingkat signifikansi 5%)
- b. $p=0,5$
- c. $q=0,5$
- d. $d=0,05$

Perhitungan sampel perawat ($N = 398$):

$$n = \frac{398 \times 3,8416 \times 0,25}{0,0025 \times 397 + 3,8416 \times 0,25} \approx 196 \text{ perawat}$$

Dengan antisipasi *attrition* 10%:

$$196 + (10\% \times 196) = 216 \text{ perawat}$$

3.3.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *proportional random sampling* dengan penetapan alokasi secara proporsional pada masing-masing unit ruang perawatan, mencakup kelompok ruang Kekhususan dan ruang Non Kekhususan. Teknik tersebut digunakan dalam rangka memastikan keterwakilan yang memadai dari seluruh populasi perawat, sehingga dapat meningkatkan validitas eksternal dan generalisasi hasil penelitian. Hasil alokasi sampel perawat per ruang adalah:

$$\text{Sampel perawat per ruang} = \frac{\sum \text{Perawat ruangan}}{\sum \text{Perawat Mono/Multi-SMF}} \times \text{Total target sampel perawat keseluruhan}$$

Tabel 3.1 Distribusi sampel perawat per unit

No	Ruang Non Kekhususan	Jumlah Perawat	Sampel Perawat	Ruang Kekhususan	Jumlah Perawat	Sampel Perawat
1	Pantai Senggigi	11	4	Gili Nanggu	27	14
2	Pantai Pink	20	10	Avicena	19	11
3	Pantai Lakey	23	13	Sendang Gile	19	11
4	Tanjung An	13	7	Segara Anak	21	11
5	Gili Trawangan	32	18	Burn Unit	12	6
6	Gili Gede	32	18	Otak Kokok	21	12
7	Mata Jitu	30	14	Stroke Center	12	6
8	Benang Kelambu	24	14	Antares	23	11
9	Tiu Kelep	29	16	Averroes	16	9
10	Mangku Sakti	19	11	-	-	-
Total		205	125		170	91

Catatan: Total perawat: 125 (Non Kekhususan) + 91 (Kekhususan) \approx 216

a. Kriteria Inklusi

1. Perawat Primer dan Perawat Pelaksana yang aktif bekerja selama ≥ 6 bulan dan terlibat langsung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan metode primer.
2. Responden menyatakan keikutsertaan responden dalam penelitian ini dikonfirmasi melalui pemberian persetujuan tertulis (*informed consent*).

b. Kriteria Eksklusi

Perawat yang tidak berada di unit karena cuti atau penugasan sementara pada saat pengumpulan data dilakukan.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel penelitian

Berdasarkan kerangka konseptual yang telah ditetapkan, penelitian ini mengkaji perbandingan implementasi PNCM pada dua sistem ruang pelayanan rawat inap, yakni Kekhususan dan Non Kekhususan, serta hubungannya dengan sejumlah variabel outcome utama. Dengan demikian, variabel penelitian sebagai berikut:

- a. Sistem
- b. Struktur
- c. Proses
- d. Hasil
- e. *Primary Nursing Care Model* (PNCM)
- f. Kolaborasi Antarprofesi
- g. Beban Kerja Perawat
- h. Kualitas Interaksi dalam Tim
- i. *Burnout* Perawat
- j. Kepuasan Kerja Perawat

Tabel 3.2 Variabel dan subvariabel

No	Variabel	Subvariabel
1	(X1) PNCM	X1.1 <i>Responsibility & Decision-Making</i> X1.2 <i>Work Allocation & Assignment</i> X1.3 <i>Communication</i> X1.4 <i>Accountability</i>
2	(Y1) Kolaborasi Antarprofesi	Y1.1 Komunikasi Y1.2 Koordinasi Y1.3 Kepercayaan Y1. 4 Kolaborasi

No	Variabel	Subvariabel
3	(Y2) Beban Kerja	Y2.1 Kebutuhan Mental (<i>Mental Demand</i>) Y2.2 Kebutuhan Fisik (<i>Physical Demand</i>) Y2.3 Kebutuhan Waktu (<i>Temporal Demand</i>) Y2.4 Performansi (<i>Performance</i>) Y2.5 Usaha (<i>Effort</i>) Y2.6 Tingkat Frustrasi (<i>Frustration</i>)
4	(Y3) Kualitas Interaksi dalam Tim	Y3.1 Struktur Tim (<i>Team Structure</i>) Y3.2 Kepemimpinan (<i>Leadership</i>) Y3.3 Pemantauan Situasi (<i>Situation Monitoring</i>) Y3.4 Saling Mendukung (<i>Mutual Support</i>) Y3.5 Komunikasi (<i>Communication</i>)
5	(Z1) <i>Burnout</i>	Z1.1 Kelelahan Emosional Z1.2 Depersonalisasi Z1.3 Pencapaian Prestasi Diri
6	(Z2) Kepuasan Kerja Perawat	Z2.1 Kondisi Kerja Z2.2 Penghargaan dan Tunjangan Keuangan Z2.3 Hubungan Sosial Z2.4 Kerja Tim dan Dukungan Tim Z2.5 Pengakuan dan Penghargaan Z2.6 Peluang Pengembangan Karir Z2.7 Kemandirian dalam Pekerjaan
7	Sistem	Struktur Proses Hasil
8	Struktur	PNCM
9	Proses	Kolaborasi Antarprofesi Beban Kerja Perawat Kualitas Interaksi dalam Tim
10	Hasil	<i>Burnout</i> Perawat Kepuasan Kerja Perawat

3.4.2 Definisi operasional variabel

Tabel 3.3 Definisi operasional variabel penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Instrumen	Skor total	Skala Data	Kriteria/Kategori Pengukuran
1	Pelaksanaan MAKP Metode Primer (PNCM)	Pendekatan asuhan keperawatan berbasis pasien dengan satu perawat primer yang bertanggung jawab penuh atas rencana dan pelaksanaan asuhan selama perawatan	Kuesioner Skala Linkert	Primary Nursing Care Questionnaire (PNCQ) (Cocchieri <i>et al.</i> , 2021)	Skore total 17-68	Ordinal	56-68 = Tingkat Keterlaksanaan Sangat Tinggi 43-55 = Tingkat Keterlaksanaan Tinggi 30-42 = Tingkat Keterlaksanaan Sedang 17-29 = Tingkat Keterlaksanaan Rendah
2	Kolaborasi Antarprofesi	Tingkat efektivitas kolaborasi antara perawat dan tenaga profesional lain dalam pelayanan pasien	Kuesioner Skala Linkert	<i>Nurse Physician Collaboration Scale</i> (NPCS)	Skor total 20-100	Ordinal	≥ 81 = Kolaborasi Sangat Baik 61-80 = Kolaborasi Baik 41-60 = Kolaborasi Cukup ≤ 40 = Kolaborasi Kurang
3	Beban Kerja Perawat	Persepsi perawat terhadap tuntutan kerja dari aspek fisik, mental, dan waktu selama bertugas	Kuesioner Skala Linkert	<i>National Aeronautics and Space Administration-Task Load Index</i> (NASA-TLX)	Skor total 0-100	Ordinal	0-24 beban kerja rendah 25-49 beban kerja sedang 50-74 beban kerja tinggi 75-100 beban kerja sangat tinggi

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Instrumen	Skor total	Skala Data	Kriteria/Kategori Pengukuran
4	Kualitas Interaksi dalam Tim	Sikap responden dalam bekerja pada sebuah tim dengan fokus mencapai tujuan yakni pelaksanaan sasaran keselamatan pasien.	Kuesioner Skala Linkert	<i>Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire</i> (T-TAQ)	30–120	Ordinal	Baik : ≥ 27 Tidak baik : < 27
5	<i>Burnout</i> Perawat	Tingkat kelelahan emosional, kelelahan fisik, dan kelelahan terkait pekerjaan pada perawat	Kuesioner Skala Linkert	<i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	Skor total 22-110	Ordinal	≥ 75 = <i>Burnout</i> Tinggi 50–74 = <i>Burnout</i> Sedang < 50 = <i>Burnout</i> Rendah
6	Kepuasan Kerja Perawat	Persepsi perawat terhadap kepuasan kerja terkait gaji, kondisi kerja, pengembangan profesional, hubungan kerja, dan pengakuan	Kuesioner Skala Linkert	McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS)	Skor total 31–155	Ordinal	Mean Skor: >3 = Puas <3 = Tidak Puas
7	Sistem	Konstruk komposit tingkat lanjut yang dibentuk dari tiga komponen utama, yaitu Struktur, Proses, dan Hasil.	Cara Ukur: <i>Additive composite index</i> menggunakan rerata skor indikator	Indikator penyusun: Struktur Proses Hasil	-	Interval	-

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Instrumen	Skor total	Skala Data	Kriteria/Kategori Pengukuran
8	Struktur	Elemen yang membentuk sistem pelayanan keperawatan, dengan PNCM sebagai struktur utama yang mendukung kontinuitas dan kualitas pelayanan keperawatan.	Total skor instrumen PNCM	PNCM	-	Interval	-
9	Proses	Konstruk komposit yang dibentuk dari tiga indikator utama, yaitu kolaborasi antarprofesi, beban kerja perawat, dan kualitas interaksi dalam tim.	Cara Ukur: <i>Additive composite index</i> menggunakan rerata skor indikator	Indikator penyusun: Kolaborasi, Beban Kerja, Kualitas Interaksi dalam Tim	-	Interval	-
10	Hasil	Konstruk komposit yang terdiri dari dua indikator utama, yaitu tingkat burnout perawat dan tingkat kepuasan kerja.	Cara Ukur: <i>Additive composite index</i> menggunakan rerata skor indikator	Indikator penyusun: Burnout Kepuasan Kerja	-	Interval	-

3.5 Data dan Sumber Data Penelitian

Data penelitian ini bersumber dari data primer yang dihimpun langsung dari perawat di ruang rawat inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat, mencakup unit kekhususan dan non-kekhususan, melalui instrumen kuesioner terstandar yang mengukur enam variabel penelitian, yakni MAKP Metode Primer, kolaborasi antarprofesi, beban kerja perawat, kualitas interaksi dalam tim, *burnout* perawat, dan kepuasan kerja perawat. Instrumen yang digunakan disusun berdasarkan konstruk teoritis dan indikator pada setiap variabel yang telah melalui proses validasi dan telah digunakan secara luas dalam berbagai penelitian sebelumnya, sehingga mampu menggambarkan kondisi objektif pelaksanaan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap.

Pemanfaatan data primer secara eksklusif memberikan gambaran empiris yang lebih langsung mengenai implementasi *Professional Nursing Care Model with Primary Nursing Method* pada dua jenis ruang pelayanan tersebut, serta memungkinkan penilaian yang lebih akurat terhadap implikasinya terhadap nursing outcomes yang dikaji dalam penelitian ini.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik pengumpulan data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui penggunaan instrumen kuesioner. Pemilihan teknik tersebut dimaksudkan guna memperoleh data yang akurat dan relevan sesuai dengan variabel penelitian yang bersumber langsung dari responden (perawat) di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat. Adapun prosedur administratif dan tehnik pengumpulan data :

- a. Peneliti mengurus administrasi penelitian mulai dari Fakultas Keperawatan Universitas Jember, RSUD Provinsi NTB sampai diterbitkan surat izin penelitian dari Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LP2M) dengan nomor surat: 09015/UN25.3.1/LT/2025 dan surat izin penelitian dari RSUD Provinsi NTB dengan nomor surat

00.9.6.1/18/472c/RSUDP/2025, seperti terlampir pada Lampiran 14 dan Lampiran 15.

- b. Koordinasi peneliti dengan Koordinator instalasi dan Kepala ruang sesuai dengan surat izin melakukan penelitian.
- c. Pengurusan etik penelitian di Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Jember, Fakultas Keperawatan dan lolos etik dengan nomor No. 358/UN25.1.14/KEPK/2025 tanggal 22 September 2025 dan Komite Etik RSUD Provinsi NTB dengan nomor No: 00.9.1/73/KEP/2025 tanggal 29 September 2025 seperti terlampir pada Lampiran 12 dan Lampiran 13.
- d. Peneliti melakukan pengambilan data di lapangan dengan tahapan : 1) Peneliti mendatangi dan bertemu kepala instalasi, kepala ruang dan perawat menyampaikan bahwa peneliti akan melaksanakan penelitian. 2) Kemudian memberikan penjelasan kepada koordinator instalasi, kepala ruang dan perawat tatacara mengisi kuesioner dengan mengisi kolom masing – masing pertanyaan dengan mencentang salah satu kolom
- e. Dalam membagikan kuesioner sebagian dilakukan oleh peneliti sendiri bertemu dengan responden dan sebagian dibantu oleh kepala ruang dalam penyebaran kuesioner.
- f. Memberikan informed consent sebelum melaksanakan penelitian.
- g. Selesai melakukan penelitian berdasarkan Surat Keterangan Telah Selesai Melaksanakan Penelitian yang dibuktikan oleh surat Nomor: 400.7.22.1/5166/RSUDP.NTB/2025, tanggal 22 Oktober 2025 seperti terlampir pada Lampiran 16.
- h. Melakukan analisis data.

3.6.2 Instrumen pengumpulan data

Penelitian ini menggunakan instrumen pengumpulan data yang digunakan berupa kuesioner tertutup untuk perawat yang terdiri dari enam bagian sesuai variabel penelitian. Item pertanyaan pada variabel penelitian menggunakan skala Likert.

Tabel 3.4 Daftar instrumen

No Variabel	Instrumen	Validitas / Reliabilitas	Versi Bahasa Indonesia
1 <i>Primary Nursing Care Model (PNCM)</i>	<i>Primary Nursing Care Questionnaire (PNCQ)</i> atau <i>PNCM checklist compliance (Cocchieri et al., 2021)</i>	Validitas isi CVI $\geq 0,85$, reliabilitas $\alpha \geq 0,80$ (Cocchieri et al., 2021)	Telah di translasi dan telah dilakukan pengujian validitas dan reliabilitas secara lokal di Rumah Sakit H. M Ruslan Kota Mataram NTB.
2 Kolaborasi Antarprofesi	<i>Nurse Physician Collaboration Scale (NPCS)</i>	Validitas konstruk baik dengan 3 dimensi (CFI $> 0,9$; RMSEA $< 0,08$); validitas konvergen ($r = 0,360-0,639$; $p < 0,01$); validitas bersamaan signifikan ($r = 0,152-0,615$; $p < 0,01$); reliabilitas $\alpha = 0,80$ (Anisa, 2023)	Sudah diterjemahkan dan tervalidasi (Anisa, 2023)
3 Beban Kerja Perawat	<i>National Aeronautics and Space Administration-Task Load Index (NASA TLX)</i>	Validitas seluruh 6 item terpenuhi dengan r hitung $> 0,24$: mental (0,726), fisik (0,779), waktu (0,748), performansi (0,656), usaha (0,742), frustrasi (0,329); reliabilitas tinggi, $\alpha = 0,833$ (Nurrianti et al., 2019)	Sudah diterjemahkan dan tervalidasi (Nurrianti et al., 2019)
4 Kualitas Interaksi dalam Tim	<i>Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ)</i>	Validitas seluruh 30 item terpenuhi dengan r hitung = $0,523-0,920$ ($> r$ tabel = $0,361$); reliabilitas sempurna, $\alpha = 0,979$ (Junie, 2022).	Sudah diterjemahkan dan tervalidasi (Junie, 2022).
5 <i>Burnout</i> Perawat	Maslach Burnout Inventory (MBI)	Validitas seluruh 22 item terpenuhi dengan r hitung $> 0,44$; reliabilitas tinggi, $\alpha = 0,751$ (Sucipto, 2019)	Sudah diterjemahkan dan tervalidasi (Sucipto, 2019)
6 Kepuasan Kerja Perawat	McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS)	Validitas konstruk baik, reliabilitas $\alpha = 0,69-0,93$ (Juanamasta, Aunguroch, Fisher, & Nursalam, 2023).	Sudah diterjemahkan dan tervalidasi (Juanamasta et al., 2023)

3.7 Prosedur Translasi Kuesioner

Kuesioner PNCQ dalam penelitian ini merupakan versi asli bahasa Inggris sehingga dilakukan translasi dengan metode TRAPD. Tahapan yang dilaksanakan oleh peneliti meliputi:

1. Melakukan proses translasi 1 di unit pelayanan bahasa Universitas Mataram (UNRAM) dari kuesioner versi *Primary Nursing Care Questionnaire* (PNCQ) ke versi bahasa Indonesia untuk melihat versi asli.
2. Melakukan proses translasi 2 dari kuesioner versi *Primary Nursing Care Questionnaire* (PNCQ) ke versi peneliti, yang dilakukan oleh bilingual nurse yaitu Ns. Sadikin Apriadi, S. Kep. M.S.
3. Dilakukan diskusi dan peninjauan ulang untuk membandingkan versi yang telah diterjemahkan dengan versi asli untuk mendiskusikan ambiguitas, atau ketidaksesuaian dalam terjemahan dilakukan bersama ners bilingual Ns. Hendri Purwadi, S. Kep, M.Ng (AC).

3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

3.8.1 Uji Validitas

Validitas instrumen menunjukkan tingkat ketepatan alat ukur dalam mengukur konstruk penelitian. Pengujian validitas dilakukan dengan menghitung korelasi antara skor item dan skor total menggunakan *Corrected Item–Total Correlation*, di mana item dinyatakan valid apabila nilai r hitung melebihi r tabel. (Sugiyono, 2022).

Sebelum dilakukan penelitian di RSUD Provinsi NTB, kuesioner *Primary Nursing Care Questionnaire* (PNCQ) telah di uji cobakan pada 30 responden perawat di RS H. Moh. Ruslan tanggal 01 Oktober 2025 dengan nomor surat izi validitas instrumen penelitian 445/207/RSUD/IX/2025 seperti terlampir pada Lampiran 11. Setelah data ditabulasi, pengujian validitas konstruk dilakukan melalui analisis faktor dengan cara mengorelasikan skor antarbutir instrumen dalam satu faktor, serta mengorelasikan skor faktor dengan skor total. Proses analisis tersebut dilakukan menggunakan perangkat lunak SPSS dengan koefisien korelasi Pearson sebagai dasar pengujian validitas. Suatu faktor dinyatakan

memiliki kekuatan konstruk yang memadai apabila nilai korelasinya bernilai positif dan mencapai $\geq 0,374$. Sebaliknya, apabila nilai korelasi berada di bawah $0,374$, maka butir instrumen tersebut dinyatakan tidak valid sehingga perlu dilakukan perbaikan atau dikeluarkan dari instrumen penelitian. Oleh karena itu, dalam penelitian ini dilakukan pengujian validitas terhadap instrumen yang digunakan, yaitu kuesioner *Primary Nursing Care Questionnaire* (PNCQ).

Pengujian validitas instrumen dilakukan menggunakan metode *corrected item-total correlation*, di mana suatu butir pernyataan dinyatakan valid apabila memiliki koefisien korelasi bernilai positif dan lebih besar daripada nilai r tabel yang ditetapkan berdasarkan derajat kebebasan ($df = n - 2$). Dengan jumlah sampel uji sebanyak 30 responden ($df = 28$) pada taraf signifikansi $\alpha = 0,05$, nilai r tabel yang digunakan sebagai kriteria pengambilan keputusan adalah sebesar $0,374$. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip validasi instrumen kontemporer yang menempatkan korelasi item-total sebagai indikator utama kesesuaian butir terhadap konstruk yang diukur (DeVellis, 2017; Lamm et al., 2021).

Tabel 3.5 Hasil uji validitas *Primary Nursing Care Questionnaire* (PNCQ)

Variabel	Dimensi	Item	Nilai Korelasi (r hitung)	r tabel (5%)	Pengujian	Keterangan
<i>Primary Nursing Care Questionnaire</i> (PNCQ)	<i>Responsibility & Decision-Making</i>	Soal 1	0,815	0,374	r hitung > r tabel	Valid
		Soal 2	0,865			Valid
		Soal 3	0,677			Valid
		Soal 12	0,748			Valid
		Soal 13	0,710			Valid
	<i>Work Allocation & Assignment</i>	Soal 4	0,704	0,374	r hitung > r tabel	Valid
		Soal 6	0,785			Valid
		Soal 7	0,694			Valid
	<i>Communication</i>	Soal 5	0,781	0,374	r hitung > r tabel	Valid
		Soal 9	0,635			Valid
		Soal 10	0,774			Valid
	<i>Accountability</i>	Soal 12	0,748	0,374	r hitung > r tabel	Valid
		Soal 8	0,660			Valid
		Soal 11	0,654			Valid
		Soal 14	0,779			Valid
			Soal 16	0,836		Valid
			Soal 17	0,781		Valid

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Seluruh butir pertanyaan pada kuesioner memenuhi kriteria validitas karena memiliki koefisien korelasi yang melampaui nilai r tabel, sehingga instrumen dinyatakan sah dan layak digunakan.

3.8.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas merupakan indikator yang menunjukkan tingkat keandalan suatu instrumen dalam menghasilkan pengukuran yang konsisten. Reliabilitas mengacu pada kesamaan hasil pengukuran apabila suatu fenomena yang sama diukur berulang kali pada waktu yang berbeda dengan kondisi yang relatif serupa.

Hasil validitas dan reliabilitas instrument *Primary Nursing Care Questionnaire* (PNCQ) hanya ditemukan dalam versi asli, maka instrument versi Indonesia yang telah ditranslasi dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Suatu instrumen dinyatakan reliabel apabila mampu menghasilkan data yang konsisten ketika digunakan berulang kali untuk mengukur objek yang sama. Dalam penelitian ini, pengujian reliabilitas dilakukan menggunakan koefisien *Cronbach's Alpha*, yang dapat diterapkan secara simultan terhadap seluruh butir pernyataan dalam kuesioner. Perhitungan indeks reliabilitas dilakukan dengan menganalisis konsistensi internal instrumen, dengan kriteria bahwa nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,60$ menunjukkan instrumen reliabel, sedangkan nilai $< 0,60$ menunjukkan instrumen tidak reliabel (Sugiyono, 2022).

Tabel 3.6 Rekapitulasi hasil uji reliabilitas

Variabel	Cronbach's Alpha	Keterangan
PNCQ	0,919	Reliabel

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Berdasarkan Tabel 3.5, kuesioner *Primary Nursing Care Questionnaire* (PNCQ) dinyatakan memiliki tingkat reliabilitas yang memadai. Hal tersebut ditunjukkan oleh nilai koefisien *Cronbach's Alpha* yang berada di atas batas kriteria 0,60. Nilai koefisien *Cronbach's Alpha* yang mendekati angka 1 mengindikasikan bahwa instrumen tersebut memiliki tingkat konsistensi internal dan keandalan yang tinggi, sehingga layak digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini.

3.9 Teknik Pengolahan, Analisis Data dan Penyajian Data

3.9.1 Teknik pengolahan data

Tahapan pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui prosedur sistematis dan terstruktur yang mencakup beberapa langkah fundamental, yaitu:

a. *Editing*

Tahap editing merupakan prosedur awal dalam proses pengolahan data yang dilakukan setelah seluruh data lapangan terkumpul, Apabila ditemukan ketidaksesuaian, kekosongan data, atau informasi yang tidak rasional, peneliti melakukan klarifikasi kembali kepada responden sehingga data yang digunakan dalam analisis memenuhi prinsip validitas dan akurasi ilmiah.

b. *Scoring*

Prosedur *scoring* atau penilaian dalam penelitian ini disusun berdasarkan jenis skala pengukuran dan kriteria interpretasi data yang relevan untuk masing-masing variabel. Setiap instrumen yang digunakan dilengkapi dengan panduan skor yang mempermudah klasifikasi hasil. Pendekatan pengukuran yang diterapkan pada masing-masing variabel penelitian dijelaskan sebagai berikut:

- 1) MAKP Metode Primer (PNCM) dinilai melalui pengisian instrumen *Primary Nursing Care Questionnaire* (PNCQ) perawat di ruang rawat inap. Skala pengukuran bersifat ordinal dengan interpretasi:
 - a) 56-68 = Tingkat Keterlaksanaan Sangat Tinggi
 - b) 43-55 = Tingkat Keterlaksanaan Tinggi
 - c) 30-42 = Tingkat Keterlaksanaan Sedang
 - d) 17-29 = Tingkat Keterlaksanaan
- 2) Rendah Kolaborasi antarprofesi diukur dengan menggunakan *Nurse Physician Collaboration Scale* (NPCS). Instrumen ini menghasilkan skor total berkisar antara 20 hingga 100, dengan interpretasi:
 - a) ≥ 81 = Kolaborasi Sangat Baik
 - b) 61–80 = Kolaborasi Baik
 - c) 41–60 = Kolaborasi Cukup
 - d) ≤ 40 = Kolaborasi Kurang

- 3) Beban kerja perawat dinilai menggunakan *National Aeronautics and Space Administration-Task Load Index* (NASA TLX) dengan rentang skor total 0–100. Skala pengukuran bersifat ordinal dengan interpretasi:
 - a) 0–24 beban kerja rendah
 - b) 25–49 beban kerja sedang
 - c) 50–74 beban kerja tinggi
 - d) 75–100 beban kerja sangat tinggi
- 4) Kualitas interaksi dalam tim dinilai menggunakan *Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire* (T-TAQ) dengan rentang skor total 30-120. Skala pengukuran bersifat ordinal dengan interpretasi:
 - a) Baik : ≥ 27
 - b) Tidak baik : < 27
- 5) *Burnout* perawat diukur dengan *Maslach-Trisni Burnout Inventory* (M-TBI), yang menilai tiga domain utama: *burnout* personal, *burnout* terkait kerja, dan *burnout* terkait pasien. Skala pengukuran bersifat ordinal dengan interpretasi:
 - a) Skor $\geq 75 = \textit{Burnout} Tinggi$
 - b) Skor 50–74 = *Burnout* Sedang
 - c) Skor $< 50 = \textit{Burnout} Rendah$
- 6) Kepuasan kerja perawat diukur menggunakan McCloskey/Mueller *Satisfaction Scale* (MMSS). Rentang skor total adalah 0–100, kemudian dihitung mean skor dengan interpretasi:
 - a) Skor $>3 = \textit{Puas}$
 - b) Skor $\leq = \textit{Tidak Puas}$

b. *Tabulating*

Tabulasi merupakan proses pengorganisasian data ke dalam tabel-tabel khusus dengan bantuan perangkat lunak statistik, seperti SPSS atau Microsoft Excel.. Langkah ini bertujuan untuk memudahkan analisis data secara sistematis.

3.9.2 Teknik analisis data

Analisis data pada penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan statistik kuantitatif yang dirumuskan melalui tahapan berikut:

a. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk menyajikan karakteristik responden dan variabel penelitian dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

b. Analisis Inferensial

Analisis inferensial merupakan metode statistik yang memanfaatkan data sampel untuk menarik kesimpulan mengenai populasi melalui proses pengujian hipotesis dan pendugaan parameter. (Creswell & Creswell, 2018).

1) *Structural Equation Modeling berbasis Partial Least Squares (SEM-PLS)* untuk menganalisis keterkaitan kausal antara komponen struktural, proses, dan hasil dalam suatu kerangka model konseptual. Pendekatan ini termasuk dalam metode statistik multivariat yang berorientasi pada varians, sehingga memungkinkan pengujian hubungan antar konstruk laten secara simultan, khususnya pada kondisi data yang tidak sepenuhnya memenuhi asumsi distribusi normal. Keunggulan utama *SEM-PLS* terletak pada kemampuannya memodelkan hubungan sebab-akibat yang kompleks dan saling terkait antar variabel, sehingga memberikan gambaran yang lebih komprehensif terhadap fenomena yang dikaji. (Hair, Hult, et al., 2019).

2) *Uji Mann Whitney*

Digunakan untuk menganalisis perbedaan kategori antar ruang terkait PNCM, kolaborasi, beban kerja, interaksi tim, burnout, dan kepuasan kerja, serta membandingkan pelaksanaan sistem di ruang kekhususan dan non kekhususan.

3.9.3 Teknik penyajian data

a. Teks/narasi (textual)

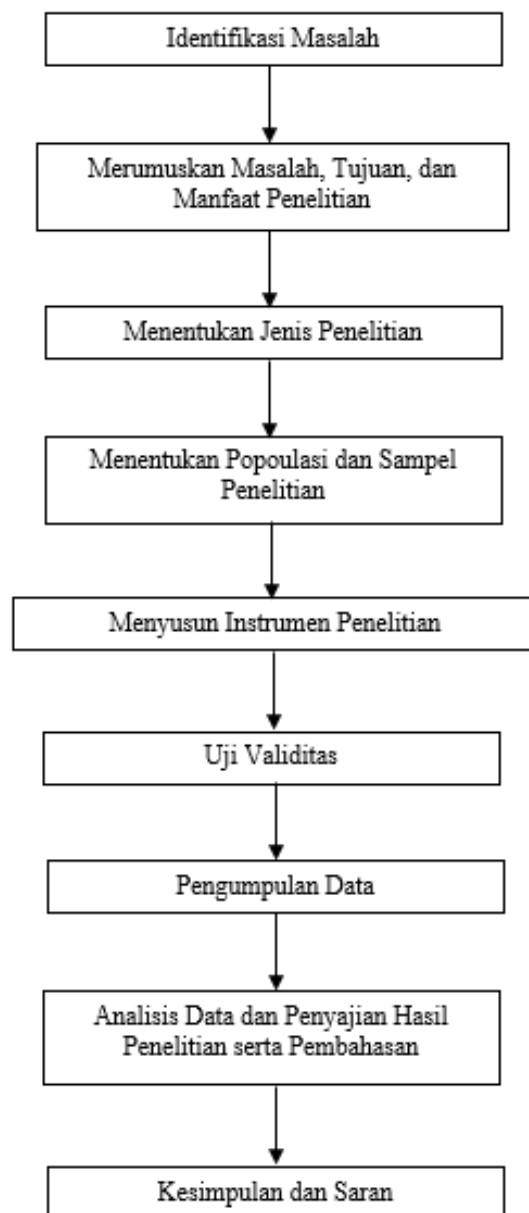
Untuk menjelaskan interpretasi hasil analisis secara verbal dan kontekstual.

b. Tabel (tabular)

Untuk menyajikan data deskriptif, hasil uji statistik, dan distribusi frekuensi, sehingga mempermudah pembacaan dan perbandingan antar kelompok.

3.10 Alur Penelitian

Rancangan alur penelitian ini disusun untuk menyajikan gambaran yang terstruktur dan logis mengenai setiap tahap kegiatan penelitian yang akan dilakukan, sehingga keseluruhan proses penelitian dapat dipahami secara komprehensif dan sistematis. Setiap langkah penelitian beserta keluaran (*output*) yang dihasilkan dari masing-masing tahap dijabarkan secara terstruktur.



Gambar 3.1 Alur penelitian

3.11 Etika Penelitian

3.11.1 Prinsip etika

Penelitian ini dilaksanakan dengan menjunjung tinggi kaidah dan standar etika penelitian yang berlaku, sebagai landasan utama dalam seluruh tahapan perencanaan dan pelaksanaan penelitian, yang menempatkan penghormatan terhadap hak asasi serta martabat manusia sebagai subjek penelitian pada posisi utama. Landasan etika yang digunakan dalam pelaksanaan penelitian ini mencakup sejumlah prinsip fundamental, antara lain:

- a. Prinsip *Autonomi*, Setiap calon partisipan dalam penelitian ini diberikan otonomi penuh untuk menentukan partisipasinya secara sadar dan tanpa paksaan, setelah memperoleh informasi yang lengkap dan jelas mengenai tujuan penelitian, manfaat yang diharapkan, tahapan prosedural yang akan dijalani, kemungkinan risiko yang dapat muncul, serta seluruh hak yang melekat pada diri partisipan selama keterlibatannya dalam penelitian.
- b. Prinsip *Non-Maleficence* (Tidak membahayakan)
Rancangan penelitian ini disusun dengan mempertimbangkan secara ketat aspek keselamatan partisipan, sehingga seluruh prosedur yang diterapkan tidak menimbulkan dampak merugikan baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Selain itu, langkah-langkah mitigasi risiko dan upaya perlindungan terhadap potensi bahaya dilaksanakan secara optimal guna menjamin keamanan dan kesejahteraan seluruh partisipan penelitian.
- c. Prinsip *Beneficence* (Kebaikan)
Penelitian ini dirancang untuk menghasilkan manfaat yang signifikan, baik bagi partisipan penelitian maupun bagi masyarakat secara umum, baik dalam konteks dampak langsung maupun tidak langsung. Secara khusus, hasil penelitian diharapkan dapat menjadi dasar penguatan praktik profesional dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
- d. Prinsip Keadilan
Seleksi partisipan dilakukan secara adil tanpa diskriminasi dan perlakuan khusus yang tidak proporsional. Hak setiap partisipan dihormati setara.

3.11.2 Prosedur etika penelitian

Penelitian ini menggunakan individu sebagai partisipan atau subjek penelitian dalam proses pengumpulan dan analisis data, izin etik diperoleh dari Komite Etik Universitas Jember dan Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) RSUD Provinsi NTB sebelum data dikumpulkan. Hal ini untuk memastikan bahwa penelitian ini mematuhi pedoman etika yang berlaku, serta menjaga kerahasiaan dan keselamatan peserta penelitian.

3.11.3 Penanganan risiko dan manfaat

Pelaksanaan penelitian ini berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan serta kebijakan nasional yang berlaku di Indonesia, termasuk regulasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengenai pedoman penelitian kesehatan, serta prinsip-prinsip etika penelitian yang ditetapkan oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia. Di samping itu, seluruh proses penelitian juga mengacu pada standar etika dan ketentuan institusional yang diterapkan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai rujukan utama dalam penyelenggaraan penelitian.

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik responden

Tabel 4.1 Karakteristik responden perawat berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, lama bekerja di ruang saat ini, jabatan, dan status kepegawaian di Instalasi Rawat Inap RSUDP NTB bulan Oktober 2025 (n = 216 orang).

Identitas	Klasifikasi	Kekhususan		Non Kekhususan	
		n	%	n	%
Usia	20-30 tahun	48	52,75	41	32,80
	31-40 tahun	39	42,86	64	51,20
	40-60 tahun	4	4,40	20	16,00
Jenis Kelamin	Laki-Laki	22	24,18	43	34,40
	Perempuan	69	75,82	82	65,60
Subtotal		91	100	125	100
Pendidikan Terakhir	D3 Keperawatan	29	31,87	41	32,80
	Ners	61	67,03	83	66,40
	S2	1	1,10	1	0,80
Subtotal		91	100	125	100
Masa Kerja di RS	< 1 tahun	0	0	0	0
	1–5 tahun	56	61,54	71	56,80
	> 5 tahun	35	38,46	54	43,20
Subtotal		91	100	125	100
Lama Bekerja di Ruang Saat Ini	< 1 tahun	10	10,99	19	15,20
	1–5 tahun	59	64,84	81	64,80
	> 5 tahun	22	24,18	25	20,00
Jabatan	Perawat Primer	25	27,47	20	16,00
	Perawat Pelaksana	66	72,53	105	84,00
Subtotal		91	100	125	100
Status Kepegawaian	PNS	27	29,67	35	28,00
	Non PNS	64	70,30	90	72,00
Subtotal		91	100	125	100

Sumber: Data Primer di olah November 2025

Berdasarkan tabel 4.1, responden dalam penelitian ini berjumlah 216 orang perawat pelaksana yang bekerja di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat, responden terbanyak berdasarkan jenis kelamin adalah perempuan, yaitu 69 orang (75,82%) di ruang kekhususan dan 82 orang (65,60%) di ruang non-kekhususan. Berdasarkan usia, kelompok terbanyak berada pada rentang 31– 40 tahun, masing-masing sebanyak 39 orang (42,86%) di ruang kekhususan dan 64 orang (51,20%) di ruang non-kekhususan. Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir Ners, yaitu 61

orang (67,03%) pada ruang kekhususan dan 83 orang (66,40%) pada ruang non-kekhususan. Berdasarkan masa kerja, responden yang memiliki masa kerja 1–5 tahun, yaitu 56 orang (61,54%) pada ruang kekhususan dan 71 orang (56,80%) pada ruang non-kekhususan. Berdasarkan lama bekerja di ruang saat ini, kelompok terbanyak juga berada pada kategori 1–5 tahun, dengan 59 orang (64,84%) di ruang kekhususan dan 81 orang (64,80%) di ruang non-kekhususan. Dari segi jabatan, sebagian besar responden merupakan perawat pelaksana, yaitu 66 orang (72,53%) di ruang kekhususan dan 105 orang (84%) di ruang non-kekhususan. Berdasarkan status kepegawaian, sebagian besar responden berstatus non-PNS, yaitu 64 orang (70,33%) di ruang kekhususan dan 90 orang (72%) di ruang non-kekhususan.

Temuan ini menunjukkan bahwa karakteristik umum responden relatif serupa antara kedua kelompok ruang. Perawat berjenis kelamin perempuan, berusia produktif, memiliki pendidikan tinggi, dan berstatus non-PNS, yang secara keseluruhan mencerminkan potensi tenaga keperawatan yang kompeten dalam penerapan PNCM di lingkungan rumah sakit.

4.1.2 PNCM (X1)

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi variabel *Primary Nursing Care Model (PNCM)* di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216)

No	Kategori	Ruang kekhususan		Ruang non kekhususan	
		n	%	n	%
1	Sangat Tinggi	31	34,10	87	69,60
2	Tinggi	59	64,80	36	28,80
3	Sedang	1	1,10	2	1,60
4	Rendah	0	0,0	0	0
Total		91	100	125	100

Sumber: Data Primer di olah November 2025

Tabel 4.2 menampilkan hasil analisis distribusi frekuensi variabel *Primary Nursing Care Model (PNCM)* di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat. Berdasarkan data tersebut, pelaksanaan PNCM pada ruang kekhususan paling dominan berada pada kategori Tinggi dengan 59 responden (64,80%), sedangkan pada ruang non kekhususan lebih dominan pada kategori Sangat Tinggi dengan 87

responden (69,90%). Hasil ini menunjukkan bahwa penerapan PNCM di kedua jenis ruangan telah berlangsung dengan baik, dengan tingkat implementasi yang lebih optimal pada ruang non kekhususan.

4.1.3 Kolaborasi antarprofesi (Y1)

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi variabel kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216)

No	Kategori	Ruang kekhususan		Ruang non kekhususan	
		n	%	n	%
1	Sangat Baik	50	54,90	90	72,00
2	Baik	38	41,80	34	27,20
3	Cukup	3	3,30	1	0,80
4	Kurang	0	0	0	0
Total		91	100	125	100

Sumber: Data Primer di olah November 2025

Tabel 4.3 menunjukkan distribusi frekuensi variabel kolaborasi antarprofesi di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat. Ruang kekhususan kategori Sangat Baik mendominasi dengan 50 responden (54,90%), diikuti kategori Baik sebanyak 38 (41,80%) dan Cukup sebanyak 3 (3,30%). Sementara itu, pada ruang non kekhususan, kategori Sangat Baik lebih tinggi yaitu 90 responden (72,00%), diikuti Baik sebanyak 34 (27,20%) dan Cukup sebanyak 1 (0,80%). Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat kolaborasi antarprofesi di kedua ruangan tergolong sangat baik, dengan capaian lebih tinggi pada ruang non kekhususan.

4.1.4 Beban kerja (Y2)

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi variabel beban kerja di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216)

No	Kategori	Ruang kekhususan		Ruang non kekhususan	
		n	%	n	%
1	Rendah	0	0	0	0
2	Sedang	0	0	0	0
3	Tinggi	35	61,50	12	9,60
4	Sangat Tinggi	56	57,40	113	90,40
Total		91	100	125	100

Sumber: Data Primer di olah November 2025

Tabel 4.4 menunjukkan hasil analisis distribusi frekuensi variabel Beban Kerja Perawat di RSUD Provinsi NTB. Data memperlihatkan bahwa pada ruang

kekhususan, kategori Sangat Tinggi mendominasi dengan 56 perawat (57,40%), diikuti kategori Tinggi sebanyak 35 perawat (61,50%). Pada ruang non kekhususan, beban kerja perawat juga paling banyak berada pada kategori Sangat Tinggi, yaitu 113 perawat (90,40%), dan sisanya 12 perawat (9,60%) berada pada kategori Tinggi. Tidak terdapat perawat dengan beban kerja rendah maupun sedang pada kedua jenis ruangan. Hasil ini menggambarkan bahwa beban kerja perawat di RSUD Provinsi NTB secara umum berada pada tingkat tinggi hingga sangat tinggi, dengan proporsi tertinggi pada ruang non kekhususan.

4.1.5 Kualitas interaksi dalam tim (Y3)

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi variabel kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216)

No	Kategori	Ruang kekhususan		Ruang non kekhususan	
		n	%	n	%
1	Baik	91	100	125	100
2	Tidak baik	0	0	0	0
Total		91	100	125	100

Sumber: Data Primer di olah November 2025

Tabel 4.5 menyajikan distribusi frekuensi pada variabel kualitas interaksi dalam tim perawat di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat pada Ruang kekhususan dan ruang non kekhususan semuanya berada pada kategori Baik yaitu 100%.

4.1.6 Burnout perawat (Z1)

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi variabel *burnout* perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216)

No	Kategori	Ruang kekhususan		Ruang non kekhususan	
		n	%	n	%
1	Rendah	12	52,70	0	0
2	Sedang	31	34,10	12	14,40
3	Tinggi	48	52,70	113	85,60
Total		91	100	125	100

Sumber: Data Primer di olah November 2025

Tabel 4.6 menyajikan distribusi frekuensi pada variabel *Burnout* perawat di RSUD Provinsi NTB pada Ruang kekhususan yang paling dominan yaitu pada

kategori Sedang sebanyak 31 perawat (34,10%) sedangkan pada Ruang non kekhususan yang paling dominan yaitu pada kategori Tinggi sebanyak 113 perawat (85,60%).

4.1.7 Kepuasan kerja perawat (Z2)

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi variabel kepuasan kerja perawat perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB bulan Oktober 2025 (n =216)

No	Kategori	Ruang kekhususan		Ruang non kekhususan	
		n	%	n	%
1	Puas	89	97,8	115	92
2	Tidak Puas	2	2,2	10	8
Total		91	100	125	100

Sumber: Data Primer di olah November 2025

Tabel 4.7 menyajikan distribusi frekuensi pada variabel kepuasan kerja perawat di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat antara Ruang kekhususan dan Ruang non kekhususan hampir merata yaitu lebih dominan pada kategori Puas, dimana pada Ruang kekhususan sebanyak 89 perawat (97,8%) sedangkan pada Ruang non kekhususan sebanyak 115 perawat (92%).

4.2 Evaluasi Model Non Komposit

4.2.1 Ruang Kekhususan

a. Evaluasi model pengukuran (*outer model*)

Evaluasi terhadap model pengukuran atau *outer model* merupakan tahap analisis yang dilakukan untuk menilai kelayakan indikator dalam merepresentasikan konstruk laten melalui pengujian aspek validitas dan reliabilitas. Tahapan ini menitikberatkan pada pengkajian hubungan antara setiap konstruk dengan indikator-indikator pembentuknya, guna memastikan bahwa indikator tersebut secara empiris memiliki kemampuan yang memadai dalam merefleksikan serta mengukur konstruk yang dimaksud secara tepat. (Hair, et al. 2019).

1) Analisis *outer model* tahap 1

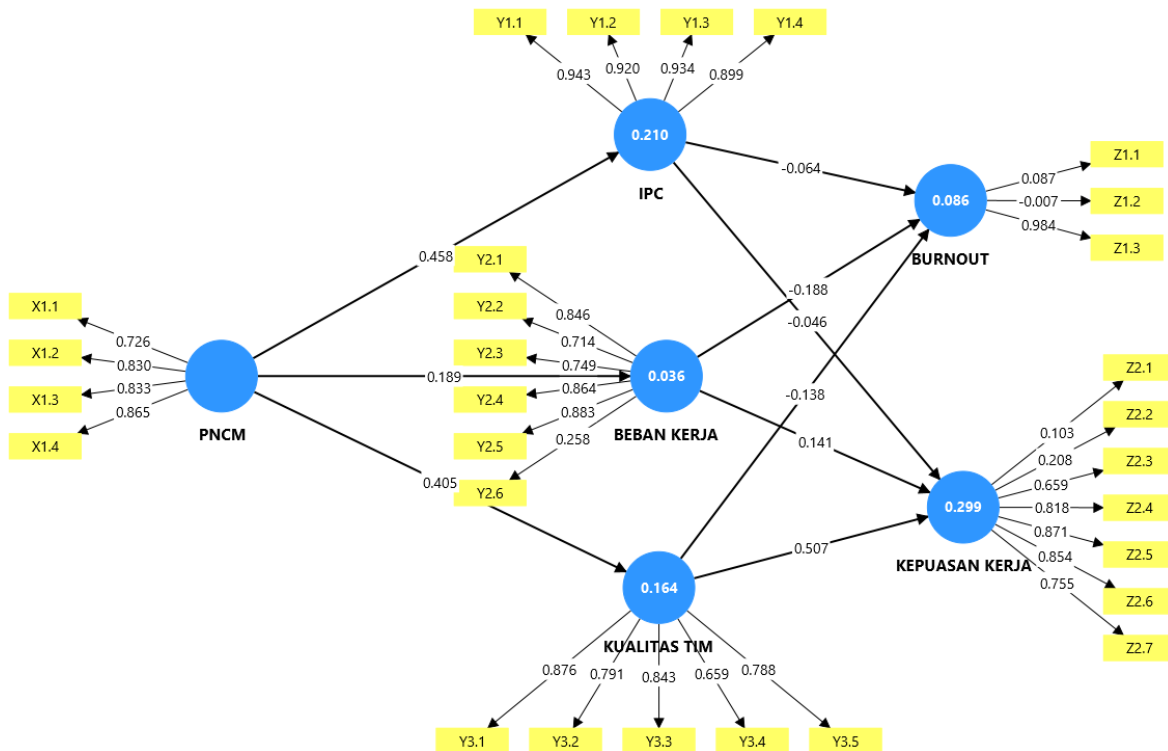
Uji validitas konvergen dilakukan melalui penelaahan nilai *outer loading* pada setiap indikator yang membentuk konstruk laten. Indikator yang memiliki

nilai *loading factor* sebesar 0,70 atau lebih dinyatakan memenuhi kriteria kelayakan sehingga tetap dipertahankan dalam model penelitian. Sebaliknya, indikator yang menunjukkan nilai di bawah batas tersebut dieliminasi dari model dengan tujuan meningkatkan akurasi serta kualitas pengukuran konstruk. Seluruh hasil evaluasi tersebut disajikan secara terstruktur dalam Tabel 4.8 dan ditampilkan secara visual pada Gambar 4.

Tabel 4.8 Hasil uji *convergent validity outer loading 1*

Dimensi/ Variabel	PNCM	IPC	BEBAN KERJA	KUALITAS INTERAKS I TIM	BURNOUT	KEPUASAN PERAWAT
X1.1	0.726					
X1.2	0.830					
X1.3	0.833					
X1.4	0.865					
Y1.1		0.943				
Y1.2		0.920				
Y1.3		0.934				
Y1.4		0.899				
Y2.1			0.846			
Y2.2			0.714			
Y2.3			0.749			
Y2.4			0.864			
Y2.5			0.883			
Y2.6			0.258			
Y3.1				0.876		
Y3.2				0.791		
Y3.3				0.843		
Y3.4				0.659		
Y3.5				0.788		
Z1.1					0.087	
Z1.2					-0.007	
Z1.3					0.984	
Z2.1						0.103
Z2.2						0.208
Z2.3						0.659
Z2.4						0.818
Z2.5						0.871
Z2.6						0.854
Z2.7						0.755

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.1 Hasil uji outer model 1

Berdasarkan hasil pengujian *outer loading* yang disajikan pada Tabel 4.8 dan Gambar 4.1, teridentifikasi tujuh indikator yang memiliki nilai *outer loading* berada di bawah ambang batas kelayakan sebesar 0,700, yaitu Y2.6 (0,258), Y3.4 (0,659), Z1.1 (0,087), Z1.2 (-0,007), Z2.1 (0,103), Z2.2 (0,208), dan Z2.3 (0,659). Indikator-indikator tersebut dinyatakan tidak memenuhi kriteria validitas konvergen, sehingga perlu dieliminasi dari model pengukuran sebelum dilakukan pengujian ulang pada tahap selanjutnya.

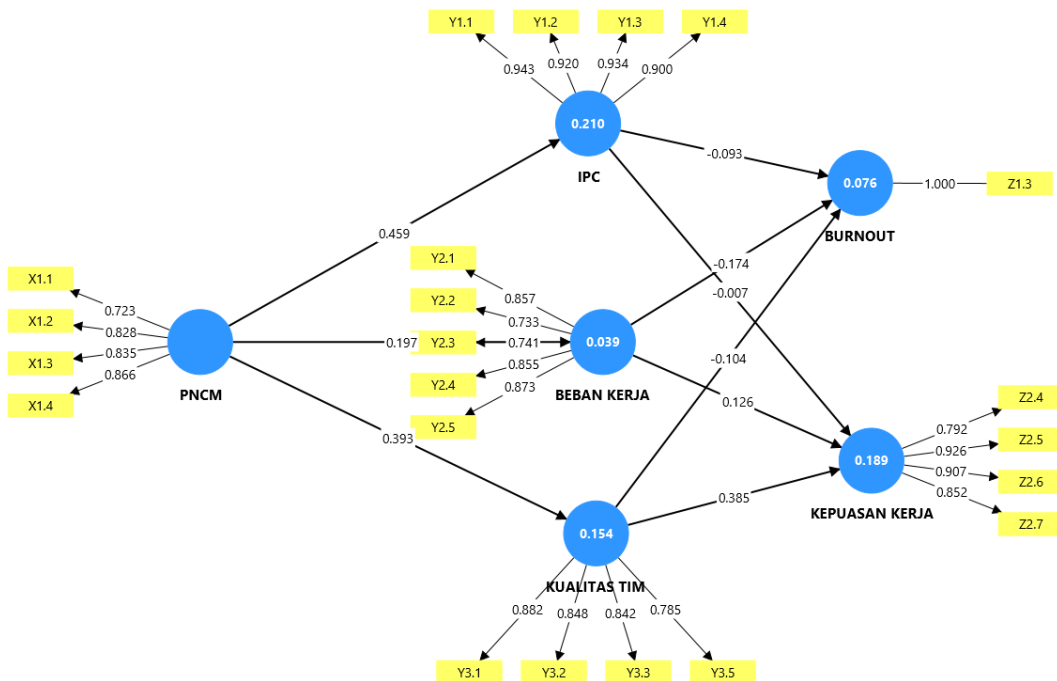
2) Analisis *Outer model* tahap 2

Tabel 4.9 Hasil uji *convergent validity* *outer model* 2

Dimensi/ Variabel	PNCM	Kolaborasi Antarprofesi	Beban Kerja	Kualitas Interaksi Tim	Burnout	Kepuasan Kerja
X1.1	0.723					
X1.2	0.828					
X1.3	0.835					
X1.4	0.866					

Dimensi/ Variabel	PNCM	Kolaborasi Antarprofesi	Beban Kerja	Kualitas Interaksi Tim	Burnout	Kepuasan Kerja
Y1.1		0.943				
Y1.2		0.920				
Y1.3		0.934				
Y1.4		0.90				
Y2.1			0.857			
Y2.2			0.733			
Y2.3			0.741			
Y2.4			0.855			
Y2.5			0.873			
Y3.1				0.882		
Y3.2				0.848		
Y3.3				0.842		
Y3.5				0.785		
Z1.3					1	
Z2.4						0.792
Z2.5						0.926
Z2.6						0.907
Z2.7						0.852

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.2 Hasil uji outer model 2

Temuan evaluasi *outer loading* sebagaimana disajikan dalam Tabel 4.9 dan Gambar 4.2 memperlihatkan bahwa seluruh indikator telah memenuhi persyaratan kelayakan pengukuran, yang ditunjukkan oleh nilai *loading factor* masing-masing indikator berada di atas kriteria minimum 0,700.

Tabel 4.10 Hasil evaluasi *outer model 2*

No	Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Composite Reliability (rho_a)</i>	<i>Composite Reliability (rho_c)</i>	<i>Average Variance Extracted (AVE)</i>
1	(X) PNCM	0.835	0.870	0.887	0.664
2	(Y1) Kolaborasi Antarprofesi	0.943	0.945	0.959	0.854
3	(Y2) Beban Kerja	0.874	0.901	0.907	0.663
4	(Y3) Kualitas Interaksi Tim	0.861	0.865	0.905	0.706
6	(Z2) Kepuasan Kerja	0.893	0.901	0.926	0.758

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan hasil evaluasi *outer model* yang disajikan pada Tabel 4.10, dapat disimpulkan bahwa seluruh konstruk dalam penelitian ini telah memenuhi kriteria kelayakan model pengukuran menurut pendekatan SEM-PLS. Seluruh variabel penelitian, yaitu PNCM, kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi tim, dan kepuasan kerja, menunjukkan nilai *Cronbach's alpha* dan *composite reliability* yang melampaui batas minimum 0,70, sehingga mencerminkan tingkat konsistensi internal yang memadai. Selain itu, nilai *Average Variance Extracted (AVE)* pada seluruh konstruk juga berada di atas ambang 0,50, yang menegaskan terpenuhinya validitas konvergen. Konstruk kolaborasi antarprofesi memperlihatkan nilai AVE tertinggi sebesar 0,854, disusul oleh konstruk kepuasan kerja dan kualitas interaksi tim, yang menunjukkan bahwa indikator-indikator pembentuk konstruk tersebut memiliki kemampuan representasi yang sangat baik terhadap variabel laten yang diukur.

b. Evaluasi model struktural (*inner model*)

Model struktural (*inner model*) menggambarkan pola hubungan sebab-akibat antar konstruk laten dalam suatu kerangka penelitian dan berfungsi sebagai dasar analisis untuk menilai pengaruh satu konstruk terhadap konstruk lainnya. Penilaian terhadap inner model dilakukan untuk mengukur kekuatan dan tingkat signifikansi hubungan antar konstruk melalui tiga parameter utama, yaitu nilai

koefisien determinasi (*R-square*), pengujian hipotesis terhadap hubungan struktural, serta ukuran efek (*effect size*, f^2) yang menunjukkan besarnya kontribusi masing-masing konstruk terhadap variabel endogen dalam model. (Hair, et al. 2019).

1. Nilai *R-square*

Koefisien determinasi (*R-square*) digunakan untuk mengidentifikasi besarnya kontribusi variabel eksogen dalam menjelaskan variasi pada variabel endogen di dalam model penelitian, dengan nilai yang berada dalam kisaran 0 hingga 1. Semakin tinggi nilai *R-square*, semakin besar proporsi varians variabel endogen yang mampu diterangkan oleh konstruk-konstruk prediktor dalam model tersebut. Penilaian terhadap besaran nilai *R-square* selanjutnya mengacu pada kriteria yang dikemukakan oleh Hair et al. (2021), nilai *R-square* dikategorikan lemah apabila berada pada kisaran 0.25 hingga kurang dari 0.50, moderat jika berada pada rentang 0.50 hingga 0.75, dan kuat apabila melebihi 0.75. Estimasi nilai *R-square* tersebut dapat diamati pada tabel berikut.

Tabel 4.11 Hasil uji *R-square* (R^2)

Variabel	<i>R-square</i>	<i>R-square adjusted</i>
(Y1) Kolaborasi Antarprofesi	0.210	0.202
(Y2) Beban Kerja	0.039	0.028
(Y3) Kualitas Interaksi Tim	0.154	0.145
(Z1) Burnout	0.076	0.045
(Z2) Kepuasan Kerja	0.189	0.161

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa nilai *R-square* untuk variabel kolaborasi antarprofesi (0.210), beban kerja (0.039), kualitas interaksi tim (0.154), *burnout* (0.076), dan kepuasan kerja (0.189) menunjukkan bahwa faktor-faktor dalam model ini hanya mampu menjelaskan sebagian kecil perubahan pada masing-masing variabel. Berdasarkan klasifikasi Hair et al. (2019), nilai-nilai R^2 tersebut tergolong lemah, Temuan tersebut mengisyaratkan bahwa terdapat kemungkinan keberadaan faktor-faktor lain di luar kerangka model penelitian yang memiliki peran lebih dominan dalam memengaruhi variabel-variabel yang dikaji.

2. Nilai F square

Analisis *effect size* menggunakan indeks F^2 dilakukan untuk menilai besarnya sumbangan masing-masing variabel eksogen terhadap variabel endogen, baik pada kondisi ketika suatu konstruk dimasukkan maupun dikeluarkan dari model penelitian. Nilai F^2 merefleksikan tingkat kekuatan pengaruh yang ditimbulkan oleh setiap hubungan struktural antar konstruk. Berdasarkan pedoman yang dikemukakan oleh Hair et al. (2019), nilai sebesar 0,02 menunjukkan pengaruh kecil, 0,15 mencerminkan pengaruh sedang, sedangkan nilai 0,35 atau lebih mengindikasikan pengaruh yang besar. Hasil penghitungan F^2 selanjutnya disajikan secara sistematis dalam Tabel 4.13 berikut.

Tabel 4.12 Hasil nilai F-square (f^2)

	Beban Kerja	<i>Burnout</i>	Kepuasan Kerja	Kolaborasi Antarprofesi	Kualitas Interaksi Tim
Beban Kerja		0.028	0.017		
<i>Burnout</i>					
Kepuasan Kerja					
Kolaborasi Antarprofesi		0.008	0		
Kualitas Interaksi Tim		0.010	0.161		
PNCM	0.04			0.266	0.182

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan informasi yang disajikan dalam Tabel 4.12, hasil evaluasi *effect size* (f^2) mengindikasikan bahwa sebagian besar hubungan antar konstruk dalam model memberikan kontribusi yang relatif kecil terhadap variabel endogen. Variabel beban kerja menunjukkan pengaruh kecil terhadap Burnout ($f^2 = 0,028$) serta kontribusi kecil terhadap kepuasan kerja ($f^2 = 0,017$). Selanjutnya, kolaborasi antarprofesi memperlihatkan pengaruh yang sangat minimal terhadap Burnout ($f^2 = 0,008$) dan tidak menunjukkan kontribusi yang berarti terhadap kepuasan kerja ($f^2 = 0,000$). Kualitas interaksi tim juga memiliki pengaruh yang sangat kecil terhadap Burnout ($f^2 = 0,010$), namun memberikan dampak dengan kekuatan sedang terhadap kepuasan kerja ($f^2 = 0,161$). Di sisi lain, PNCM memberikan kontribusi kecil terhadap beban kerja ($f^2 = 0,040$) dan menunjukkan pengaruh dengan kategori sedang terhadap kolaborasi antarprofesi ($f^2 = 0,266$) serta kualitas interaksi tim ($f^2 = 0,182$). Secara keseluruhan, temuan ini menegaskan bahwa

meskipun sebagian besar hubungan memiliki kontribusi terbatas, terdapat beberapa konstruk yang menunjukkan peran moderat dalam menjelaskan variabilitas pada variabel endogen dalam model penelitian.

3. Model fit

Tabel 4.13 Model fit

Variabel	Rule of Thumb	Saturated Model	Estimated Model	Keterangan
SRMR	< 0.10	0.085	0.119	Fit
d_ULS	> 0.05 / semakin kecil semakin baik	4419.175	6077.754	Fit
d_G	> 0.05 / semakin kecil semakin baik	0.916	0.986	Fit
Chi-square	χ^2 statistik $\geq \chi^2$ tabel \rightarrow Fit	442.273	461.927	Fit
NFI	Mendekati nilai 1	0.716	0.703	Fit
Q2 Predict Relevance	Q2 > 0: Memiliki <i>predictive relevance</i> Q2 < 0: Kurang memiliki <i>predictive relevance</i> 0,2 (Lemah) 0.15 (Moderate) 0.35 (kuat)	Kolaborasi Antarprofesi 0.983 >0 Beban Kerja 0.987 >0 Kualitas Interaksi Tim 0.992 >0 <i>Burnout</i> 0.909 >0 Kepuasan Kerja 0.985 >0		

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Tabel 4.13 menunjukkan hasil uji kecocokan model antara *Saturated Model* dan *Estimated Model* dengan menggunakan beberapa indikator kecocokan, seperti SRMR, *d_ULS*, *d_G*, *Chi-square*, dan NFI. Hasil uji menunjukkan bahwa kedua model, baik *Saturated Model* maupun *Estimated Model*, menunjukkan kecocokan yang baik dengan data yang ada. Secara khusus, nilai SRMR untuk *Saturated Model* (0.085) berada dalam batas yang diinginkan (< 0.10), meskipun *Estimated Model* (0.119) sedikit lebih tinggi, namun masih dapat diterima. Nilai *d_ULS* dan *d_G* menunjukkan bahwa *Saturated Model* lebih baik dalam hal kecocokan dengan data, meskipun *Estimated Model* masih menunjukkan hasil yang dapat diterima. Nilai *Chi-square* dan NFI untuk kedua model menunjukkan kedua model cukup fit dengan data, meskipun *Saturated Model* sedikit lebih baik dalam hal kecocokan keseluruhan. Ini menunjukkan bahwa baik *Saturated Model*

maupun *Estimated Model* memenuhi kriteria kecocokan model yang dapat diterima, dengan *Saturated Model* menunjukkan kecocokan sedikit lebih kuat.

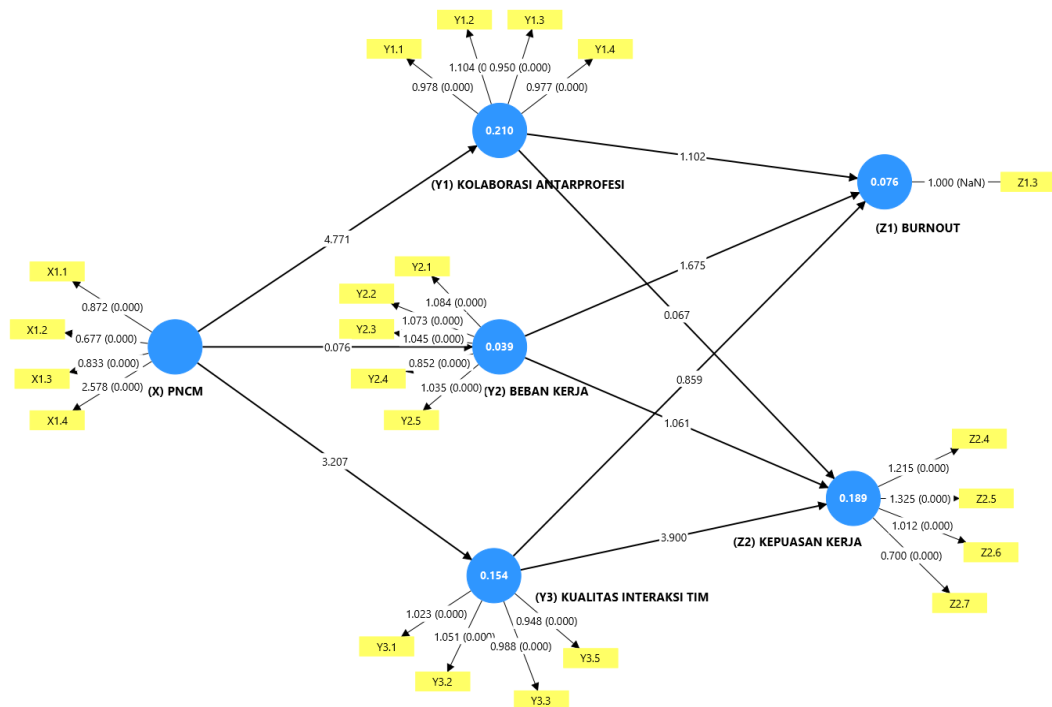
4. *Path coefficients*

Penilaian kekuatan hubungan antar konstruk dilakukan dengan mengacu pada nilai *t-statistic*, sedangkan tingkat signifikansi hubungan ditentukan melalui nilai *p-value* yang dihasilkan dari koefisien jalur (*path coefficients*). Pendekatan ini diterapkan untuk mengidentifikasi serta memperjelas peran masing-masing variabel eksogen dalam memengaruhi variabel endogen yang diteliti. Hasil pengujian *inner model* selanjutnya disajikan secara sistematis dalam Tabel 4.17.

Tabel 4.14 Hasil evaluasi kekuatan hubungan ruang kekhususan

	<i>path coefficients</i>	<i>t statistics</i>	<i>p values</i>	Interpretasi
PNCM → Kolaborasi Antarprofesi	1.102	4.771	0.001	Signifikan
PNCM → Beban Kerja	1.438	0.076	0.940	Tidak Signifikan
PNCM → Kualitas Interaksi Tim	0.580	3.207	0.001	Signifikan
Kolaborasi Antarprofesi → <i>Burnout</i>	-0.150	1.102	0.270	Tidak Signifikan
Kolaborasi Antarprofesi → Kepuasan Kerja	-0.005	0.067	0.947	Tidak Signifikan
Beban Kerja → <i>Burnout</i>	-0.092	1.675	0.094	Tidak Signifikan
Beban Kerja → Kepuasan Kerja	0.029	1.061	0.289	Tidak Signifikan
Kualitas Interaksi Tim → <i>Burnout</i>	-0.272	0.859	0.390	Tidak Signifikan
Kualitas Interaksi Tim → Kepuasan Kerja	0.444	3.900	0.001	Signifikan

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.3 Inner model tahap 1

Berdasarkan Tabel 4.14 interpretasi pengaruh antarvariabel adalah sebagai berikut:

1. Pengaruh PNCM terhadap Kolaborasi Antarprofesi

Pengaruh ini memiliki koefisien $\beta = 1.102$ dan $p = 0.001$. Karena $p < 0.05$, hubungan ini signifikan. Temuan ini menunjukkan bahwa PNCM berperan penting dalam meningkatkan kualitas Kolaborasi Antarprofesi di lingkungan kerja perawat.

2. Pengaruh PNCM terhadap Beban Kerja

Hubungan PNCM terhadap Beban Kerja memiliki koefisien $\beta = 1.438$ dengan $p = 0.940$. Nilai p berada sedikit di atas batas signifikansi. Hal ini berarti penerapan PNCM belum terbukti secara signifikan memengaruhi persepsi Beban Kerja perawat.

3. Pengaruh PNCM terhadap Kualitas Interaksi Tim

Hasil menunjukkan pengaruh signifikan dengan koefisien $\beta = 0.580$ dan $p = 0.001$. Artinya, penerapan PNCM terbukti meningkatkan Kualitas Interaksi Tim secara signifikan.

4. Pengaruh Kolaborasi Antarprofesi terhadap *Burnout*

Pengaruh Kolaborasi Antarprofesi terhadap *Burnout* memiliki koefisien $\beta = -0.150$ dengan $p = 0.270$. Karena $p > 0.05$, hubungan ini tidak signifikan. Artinya, tingkat kolaborasi antarprofesi tidak memberikan pengaruh signifikan terhadap kecenderungan *Burnout* pada perawat.

5. Pengaruh Kolaborasi Antarprofesi terhadap Kepuasan Kerja

Koefisien jalur hubungan ini adalah $\beta = -0.005$ dengan $p = 0.947$, jauh di atas batas signifikansi. Hal ini menunjukkan bahwa Kolaborasi Antarprofesi tidak berperan signifikan dalam meningkatkan maupun menurunkan Kepuasan Kerja.

6. Pengaruh Beban Kerja terhadap *Burnout*

Hasil estimasi koefisien jalur menunjukkan bahwa hubungan antara Beban Kerja dan *Burnout* memiliki nilai koefisien sebesar $\beta = -0,092$ dengan tingkat signifikansi $p = 0,094$. Walaupun arah hubungan bersifat negatif, nilai p yang lebih besar dari batas signifikansi $0,05$ mengindikasikan bahwa pengaruh tersebut tidak signifikan secara statistik. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa Beban Kerja tidak memiliki pengaruh yang bermakna terhadap *Burnout* pada perawat dalam konteks penelitian ini.

7. Pengaruh Beban Kerja terhadap Kepuasan Kerja

Hasil analisis menunjukkan bahwa pengaruh Beban Kerja terhadap Kepuasan Kerja memiliki koefisien $\beta = 0.029$ dan $p = 0.289$. Nilai $p > 0.05$ menandakan bahwa hubungan tersebut tidak signifikan. Dengan demikian, tingkat Beban Kerja tidak terbukti memengaruhi Kepuasan Kerja perawat.

8. Pengaruh Kualitas Interaksi Tim terhadap *Burnout*

Pengaruh Kualitas Interaksi Tim terhadap *Burnout* memiliki koefisien $\beta = -0.272$ dengan $p = 0.390$. Karena $p > 0.05$, hubungan ini tidak signifikan. Dengan demikian, Kualitas Interaksi dalam Tim tidak terbukti memengaruhi munculnya *Burnout* pada perawat.

9. Pengaruh Kualitas Interaksi Tim terhadap Kepuasan Kerja

Temuan analisis menunjukkan bahwa Kualitas Interaksi Tim memiliki pengaruh yang signifikan terhadap Kepuasan Kerja, yang ditunjukkan oleh

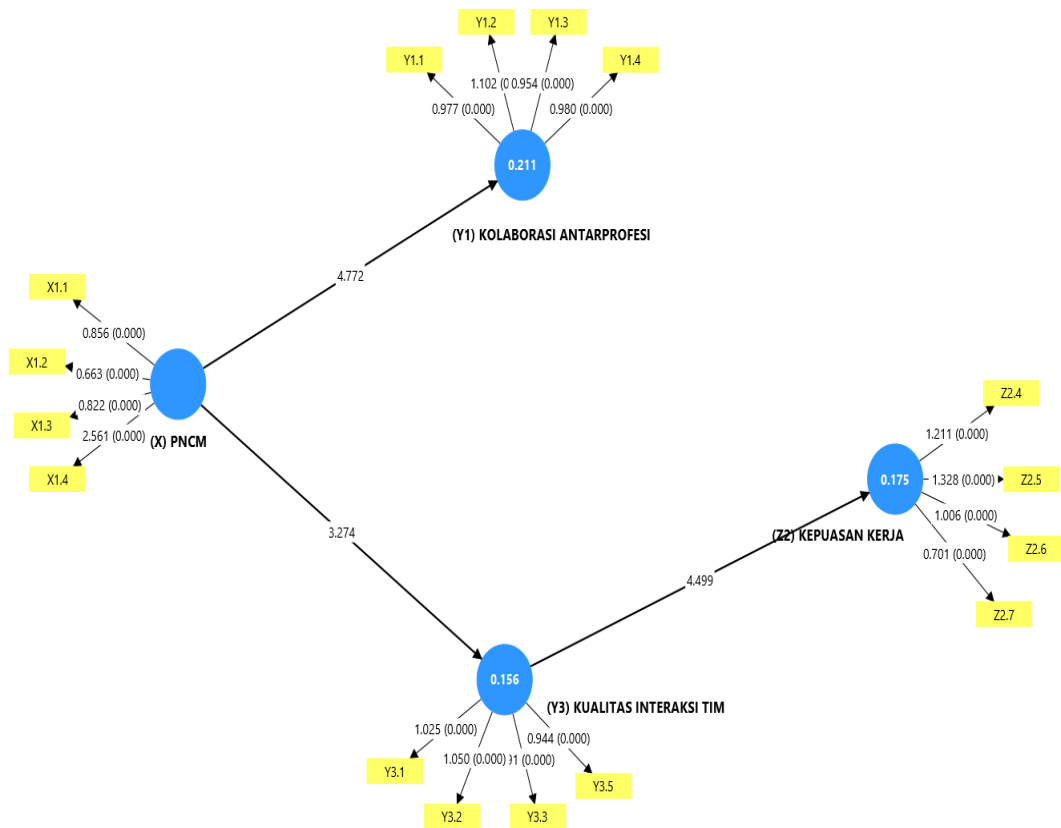
nilai koefisien jalur sebesar $\beta = 0,444$ dengan tingkat signifikansi $p = 0,001$. Nilai p yang lebih kecil dari $0,05$ menegaskan bahwa hubungan tersebut bermakna secara statistik, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa semakin tinggi kualitas interaksi tim, semakin tinggi pula tingkat kepuasan kerja yang dirasakan oleh perawat.

Berdasarkan Tabel 4.17, dari 8 hipotesis yang diuji, 3 hipotesis diterima (signifikan pada $\alpha = 0,05$) dan 5 hipotesis ditolak (tidak signifikan). Jalur yang signifikan adalah: (1) PNCM \rightarrow Kolaborasi Antarprofesi, (2) PNCM \rightarrow Kualitas Interaksi Tim, dan (3) Kualitas Interaksi Tim \rightarrow Kepuasan Kerja. Sementara itu, jalur yang tidak signifikan meliputi: (1) PNCM \rightarrow Beban Kerja, (2) Kolaborasi Antarprofesi \rightarrow *Burnout*, (3) Kolaborasi Antarprofesi \rightarrow Kepuasan Kerja, (4) Beban Kerja \rightarrow *Burnout*, dan (5) Beban Kerja \rightarrow Kepuasan Kerja. Hasil ini menunjukkan perlunya penghilangan jalur-jalur yang tidak signifikan untuk memperoleh model yang lebih fit dan dilakukan pengujian ulang menggunakan *bootstrapping (Inner Model 2)*.

Tabel 4.15 Hasil evaluasi kekuatan hubungan tahap 2 ruang kekhususan

	<i>path coefficients</i>	<i>t statistics</i>	<i>p values</i>	Interpretasi
PNCM \rightarrow Kolaborasi Antarprofesi	1.088	4.772	0.001	Signifikan
PNCM \rightarrow Kualitas Interaksi Tim	0.576	3.274	0.001	Signifikan
Kualitas Interaksi Tim \rightarrow Kepuasan Kerja	0.483	4.499	0.001	Signifikan

Sumber: Data primer, diolah November 2025



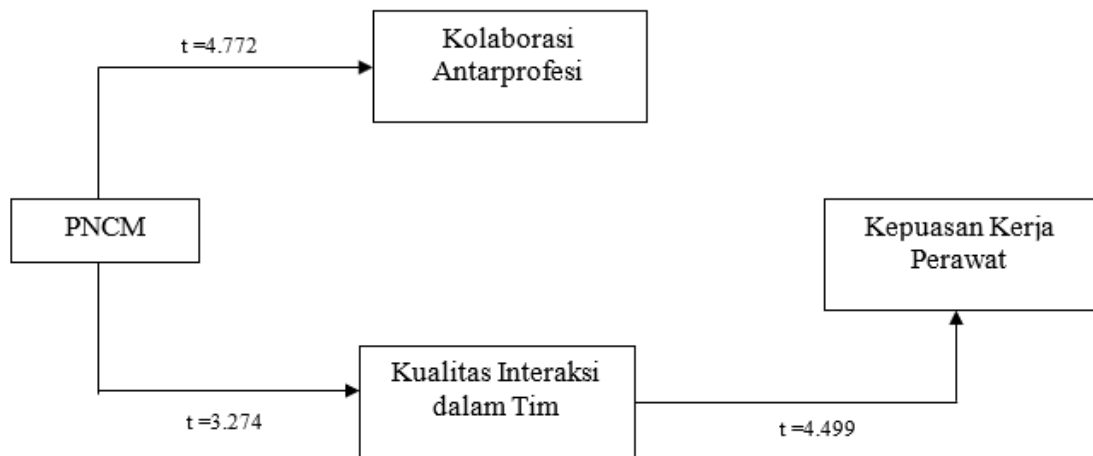
Gambar 4.4 Inner model tahap 2

Berdasarkan data pada Tabel 4.15 dan Gambar 4.4, semua hubungan antara variabel eksogen dan variabel endogen menunjukkan hasil yang signifikan dan diterima.

Tabel 4.16 Nilai Pengaruh Langsung, Tidak Langsung dan Total Pengaruh

Jalur	Jenis Pengaruh		Total Pengaruh
	Langsung	Tidak Langsung	
PNCM -> Kolaborasi Antarprofesi	4.772	-	4.772
PNCM -> Kualitas Interaksi Tim	3.274	-	3.274
Kualitas Interaksi Tim -> Kepuasan Kerja	4.499	-	4.499
Pncm -> Kepuasan Kerja	-	2.272	2.272

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.5 Temuan baru model pelaksanaan MAKP Metode Primer dengan pendekatan model Donabedian di ruang kekhususan

Berdasarkan gambar 4.5 temuan baru model PNCM diruang kekhususan, PNCM mempengaruhi kolaborasi antarprofesi dan kualitas interaksi dalam tim, kualitas interaksi dalam tim mempengaruhi kepuasan kerja perawat. Adapun rincian temuan baru sebagai berikut:

1. PNCM merupakan unsur **struktur**.
2. **Unsur struktur** mempengaruhi **unsur proses** yang terdiri dari kolaborasi antarprofesi dan kualitas interaksi dalam tim. yang mengindikasikan bahwa semakin tinggi keterlaksanaan PNCM, semakin baik Kolaborasi Antarprofesi yang terjadi dan semakin tinggi keterlaksanaan PNCM, semakin tinggi kualitas interaksi dalam tim.
3. Unsur **struktur** paling besar mempengaruhi unsur proses kolaborasi antarprofesi.
4. unsur **proses** yaitu kualitas interaksi dalam tim mempengaruhi unsur **hasil** yaitu kepuasan kerja perawat, yang berarti semakin baik kualitas interaksi dalam tim, semakin tinggi Kepuasan Kerja Perawat.
5. Peningkatan **hasil** (kepuasan kerja perawat) dapat diupayakan dengan mengoptimalkan **proses** (kualitas interaksi dalam tim) melalui upaya meningkatkan **input** (PNCM).

4.2.2 Ruang Non-Kekhususan

a. Evaluasi model pengukuran (*outer model*)

Penilaian terhadap model pengukuran (*outer model*) merupakan tahap analisis yang bertujuan untuk menguji kelayakan indikator dalam merepresentasikan konstruk laten melalui pengujian validitas dan reliabilitas. Evaluasi ini menitikberatkan pada keterkaitan antara setiap konstruk dengan variabel-variabel pembentuknya, guna memastikan bahwa indikator yang digunakan benar-benar memiliki kemampuan empiris dalam mencerminkan serta mengukur konstruk yang dimaksud secara akurat (Hair, et al. 2019).

1) Analisis *outer model* tahap 1

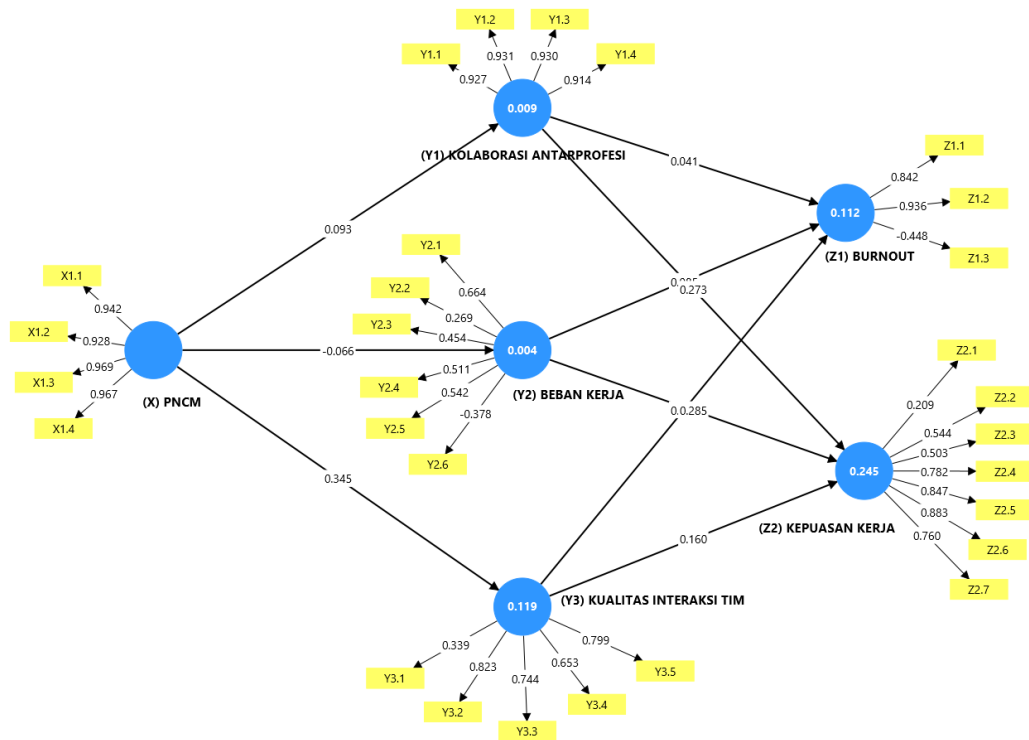
Penilaian validitas konvergen dilakukan dengan menelaah nilai loading factor (*outer loading*) pada setiap indikator, dengan kriteria kelayakan ditetapkan pada nilai lebih dari 0,70. Indikator yang memiliki nilai loading di bawah ambang tersebut dikeluarkan dari model penelitian untuk meningkatkan ketepatan pengukuran konstruk. Selain itu, nilai *Average Variance Extracted (AVE)* yang dapat diterima adalah sebesar 0,50 atau lebih, yang mengindikasikan bahwa konstruk mampu menjelaskan sekurang-kurangnya 50% variasi indikator-indikator pembentuknya (Hair, et al. 2019). Hasil analisis disajikan pada tabel 4.20 dan gambar 4.6 berikut.

Tabel 4.17 Hasil uji *convergent validity outer loading 1*

Dimensi/ Variabel	PNCM	IPC	Beban Kerja	Kualitas Interaksi Tim	<i>Burnout</i>	Kepuasan Perawat
X1.1	0.942					
X1.2	0.928					
X1.3	0.969					
X1.4	0.967					
Y1.1		0.927				
Y1.2		0.931				
Y1.3		0.93				
Y1.4		0.914				
Y2.1			0.664			
Y2.2			0.269			
Y2.3			0.454			
Y2.4			0.511			

Dimensi/ Variabel	PNCM	IPC	Beban Kerja	Kualitas Interaksi Tim	Burnout	Kepuasan Perawat
Y2.5			0.542			
Y2.6			-0.378			
Y3.1				0.339		
Y3.2				0.823		
Y3.3				0.744		
Y3.4				0.653		
Y3.5				0.799		
Z1.1					0.842	
Z1.2					0.936	
Z1.3					-0.448	
Z2.1						0.209
Z2.2						0.544
Z2.3						0.503
Z2.4						0.782
Z2.5						0.847
Z2.6						0.883
Z2.7						0.76

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.6 Hasil uji *outer model* 1

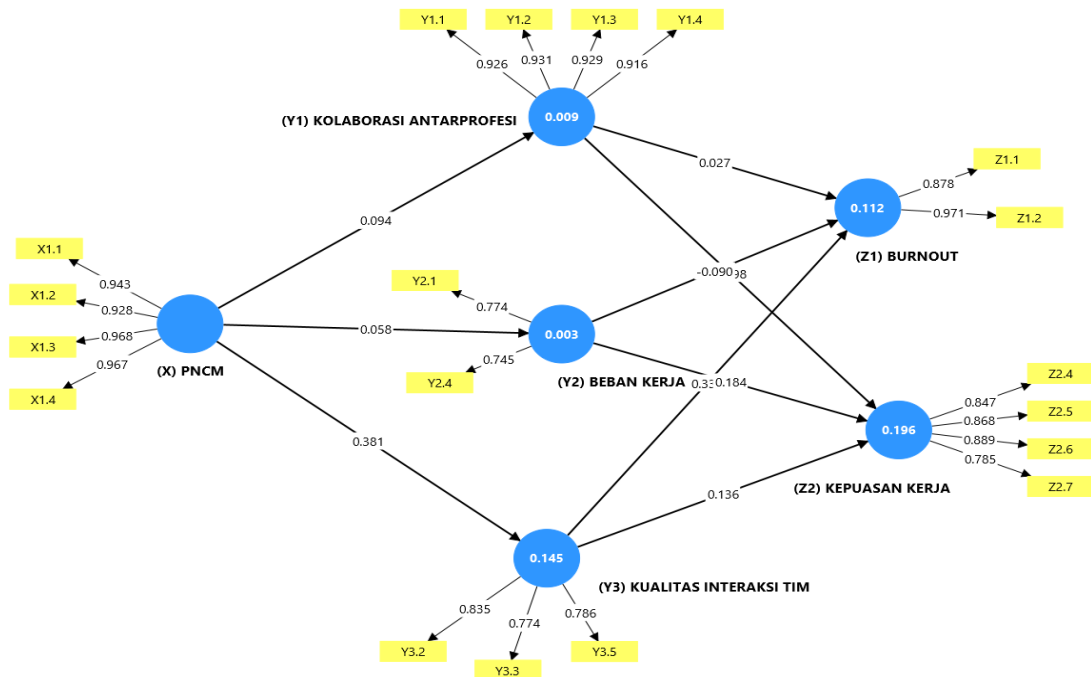
Hasil uji *outer loading* pada Tabel 4.17 dan Gambar 4.6 menunjukkan bahwa terdapat dua belas indikator dengan nilai *outer loading* di bawah batas minimal 0.700, yaitu Y2.1 (0.664), Y2.2 (0.269), Y2.3 (0.454), Y2.4 (0.511), Y2.5 (0.542), Y2.6 (-0.378), Y3.1 (0.339) Y3.4 (0.653) Z1.3 (-0.448), Z2.1 (0.209), Z2.2 (0.544), Z2.3 (0.503), indikator tersebut dinyatakan tidak valid dan harus dieliminasi dari model sebelum dilakukan uji ulang kembali.

2) Analisis *Outer model* tahap 2

Tabel 4.18 Hasil uji *convergent validity outer model 2*

	PNCM	Kolaborasi Antarprofesi	Beban Kerja	Kualitas Interaksi Dalam Tim	<i>Burnout</i>	Kepuasan Kerja
X1.1	0.943					
X1.2	0.928					
X1.3	0.968					
X1.4	0.967					
Y1.1		0.926				
Y1.2		0.931				
Y1.3		0.929				
Y1.4		0.916				
Y2.1			0.774			
Y2.4			0.745			
Y3.2				0.835		
Y3.3				0.774		
Y3.5				0.786		
Z1.1					0.878	
Z1.2					0.971	
Z2.4						0.847
Z2.5						0.868
Z2.6						0.889
Z2.7						0.785

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.7 Hasil uji outer model 2

Berdasarkan hasil evaluasi nilai *outer loading* sebagaimana disajikan dalam Tabel 4.18 dan Gambar 4.7, seluruh indikator yang digunakan dalam model penelitian ini telah memenuhi persyaratan kelayakan pengukuran, yang ditunjukkan oleh nilai *loading factor* masing-masing indikator berada di atas kriteria minimum 0,700.

Tabel 4.19 Hasil evaluasi *outer model*

No	Variabel	Cronbach's Alpha	Composite Reliability (rho_a)	Composite Reliability (rho_c)	Average Variance Extracted (AVE)
1	(X) PNCM	0.965	0.969	0.975	0.906
2	(Y1) Kolaborasi Antarprofesi	0.944	0.948	0.960	0.856
3	(Y2) Beban Kerja	0.269	0.269	0.732	0.578
4	(Y3) Kualitas Interaksi Tim	0.719	0.734	0.841	0.638
5	(Z1) <i>Burnout</i>	0.849	1.156	0.923	0.857
6	(Z2) Kepuasan Kerja	0.871	0.890	0.911	0.719

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan hasil evaluasi *outer model* yang disajikan dalam Tabel 4.19, dapat dinyatakan bahwa penilaian model pengukuran dalam penelitian ini telah dilakukan menggunakan pendekatan SEM-PLS. Konstruk PNCM, kolaborasi antarprofesi, kualitas

interaksi tim, burnout, dan kepuasan kerja menunjukkan nilai *Cronbach's alpha* serta *composite reliability* yang berada pada atau di atas batas kriteria 0,70, sehingga mencerminkan tingkat konsistensi internal yang memadai. Adapun konstruk beban kerja memiliki nilai *Cronbach's alpha* di bawah 0,70, namun nilai *composite reliability* (ρ_c) telah memenuhi kriteria kelayakan, sehingga konstruk tersebut tetap dapat diterima secara metodologis. Selain itu, seluruh konstruk memperlihatkan nilai *Average Variance Extracted* (AVE) di atas ambang minimal 0,50, yang menegaskan terpenuhinya validitas konvergen pada model pengukuran. Konstruk PNCM menunjukkan nilai AVE tertinggi sebesar 0,906, diikuti oleh konstruk burnout dan kolaborasi antarprofesi, yang mengindikasikan bahwa indikator-indikator pembentuknya memiliki kemampuan representasi yang sangat baik terhadap variabel laten yang diukur.

b. Evaluasi model struktural (*inner model*)

Inner model merepresentasikan pola hubungan antar variabel laten dan menjadi dasar untuk menilai pengaruh satu konstruk terhadap konstruk lainnya. Proses evaluasinya dilakukan untuk menentukan kekuatan dan kebermaknaan hubungan tersebut melalui tiga komponen utama, yaitu nilai *R-Square*, uji signifikansi hubungan atau pengujian hipotesis, serta ukuran efek (*effect size*, f^2) yang merefleksikan tingkat kontribusi masing-masing konstruk terhadap variabel endogen dalam model penelitian (Hair, et al. 2019).

1. Nilai *R-square*

Koefisien determinasi (*R-square*) digunakan untuk mengidentifikasi sejauh mana variabilitas variabel endogen dapat diterangkan oleh konstruk- konstruk eksogen dalam model penelitian, dengan nilai yang berada pada kisaran 0 hingga 1. Interpretasi terhadap besaran nilai *R-square* selanjutnya mengacu pada kriteria yang dikemukakan oleh Hair et al. (2021), Nilai *R-square* diklasifikasikan ke dalam kategori rendah apabila berada pada kisaran 0,25 hingga di bawah 0,50, kategori sedang apabila berada dalam rentang 0,50 sampai 0,75, dan kategori tinggi apabila melampaui 0,75. Estimasi nilai *R-square* tersebut selanjutnya disajikan pada tabel berikut sebagai dasar interpretasi kekuatan model struktural.

Tabel 4.20 Hasil uji *R-square* (R^2)

Variabel	<i>R-square</i>	<i>R-square adjusted</i>
Beban Kerja	0.003	-0.005
Burnout	0.112	0.090
Kepuasan Kerja	0.196	0.176
Kolaborasi Antarprofesi	0.009	0.001
Kualitas Interaksi Dalam Tim	0.145	0.139

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Tabel 4.20 menunjukkan hasil uji *R-square* (R^2) dan *R-square adjusted* untuk variabel-variabel dalam model penelitian ini. Variabel Beban Kerja memiliki nilai R^2 rendah (0.003) dan R^2 *adjusted* negatif (-0.005), menunjukkan model ini hampir tidak dapat menjelaskan variansi dalam variabel tersebut. *burnout* dapat dijelaskan sekitar 11.2% ($R^2 = 0.112$), meskipun masih ada ruang untuk perbaikan. Kepuasan kerja menjelaskan 19.6% variasi ($R^2 = 0.196$), dengan R^2 *adjusted* sedikit lebih rendah (0.176), menunjukkan model yang cukup baik. Kolaborasi antarprofesi menunjukkan hasil yang rendah ($R^2 = 0.009$, R^2 *adjusted* = 0.001), yang menandakan model ini hampir tidak dapat menjelaskan variansi dalam variabel tersebut. Konstruk kualitas interaksi tim menunjukkan performa penjelasan model yang relatif paling tinggi, dengan nilai R^2 sebesar 0,145 dan R^2 *adjusted* sebesar 0,139, meskipun capaian tersebut masih mengindikasikan adanya peluang pengembangan model. Secara umum, nilai R^2 yang diperoleh menunjukkan bahwa kemampuan model dalam menjelaskan variasi pada variabel dependen masih terbatas, yang kemungkinan dipengaruhi oleh keberadaan faktor-faktor eksternal atau variabel lain yang belum terakomodasi dalam kerangka penelitian ini.

2. Nilai *F square*

Analisis *effect size* menggunakan indeks F^2 dilakukan untuk mengukur besarnya kontribusi masing-masing variabel eksogen terhadap variabel endogen, baik ketika suatu konstruk dimasukkan maupun dikeluarkan dari model struktural. Nilai F^2 mencerminkan tingkat kekuatan pengaruh yang dihasilkan oleh setiap hubungan antar konstruk. Interpretasi terhadap besaran nilai tersebut selanjutnya mengacu pada kriteria yang dikemukakan oleh Hair et al. (2021), Nilai F^2 sebesar 0,02 diklasifikasikan sebagai efek kecil, nilai 0,15 menunjukkan efek sedang,

sedangkan nilai 0,35 atau lebih merepresentasikan efek yang besar. Hasil perhitungan F^2 tersebut selanjutnya disajikan secara sistematis dalam Tabel 4.13 berikut.

Tabel 4.214 Hasil nilai F -square (F^2)

Variabel	F -square
PNCM → Beban Kerja	0.003
PNCM → Kolaborasi Antarprofesi	0.009
PNCM → Kualitas Interaksi Dalam Tim	0.170
Kolaborasi Antarprofesi → <i>Burnout</i>	0.001
Kolaborasi Antarprofesi → Kepuasan Kerja	0.099
Beban Kerja → <i>Burnout</i>	0.009
Beban Kerja → Kepuasan Kerja	0.039
Kualitas Interaksi Dalam Tim → <i>Burnout</i>	0.112
Kualitas Interaksi Dalam Tim → Kepuasan Kerja	0.021

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Tabel 4.21 menunjukkan Hasil Berdasarkan hasil F -square (f^2) yang tercantum dalam tabel, sebagian besar hubungan antar variabel menunjukkan efek yang sangat kecil. Misalnya, Beban Kerja → *Burnout* (0.009) dan Kolaborasi Antarprofesi → *Burnout* (0.001) memiliki efek yang sangat kecil, yang berarti pengaruhnya terhadap variabel dependen hampir tidak signifikan. Sementara itu, hubungan Beban Kerja → Kepuasan Kerja (0.039) dan Kolaborasi Antarprofesi → Kepuasan Kerja (0.099) juga menunjukkan efek kecil, meskipun lebih tinggi dibandingkan yang lainnya. Kualitas Interaksi Dalam Tim → *Burnout* (0.112) memiliki efek yang lebih besar, namun masih tergolong kecil. Sebaliknya, hubungan PNCM → Kualitas Interaksi Dalam Tim (0.170) menunjukkan efek sedang, temuan tersebut mengindikasikan bahwa PNCM memberikan kontribusi yang cukup bermakna terhadap kualitas interaksi dalam tim. Namun, secara umum, hasil analisis F^2 menunjukkan bahwa sebagian besar variabel independen dalam model memiliki ukuran efek yang tergolong kecil, yang mengisyaratkan bahwa terdapat kemungkinan peran variabel lain di luar model penelitian yang berpotensi memberikan pengaruh yang lebih dominan terhadap variabel-variabel yang diteliti.

3. Model fit

Tabel 4.22 Model fit

Variabel	Rule of Thumb	Saturated Model	Estimated Model	Keterangan
SRMR	< 0.10	0.070	0.099	Fit
d_ ULS	> 0.05 / semakin kecil semakin baik	0.924	1.851	Fit
d_ G	> 0.05 / semakin kecil semakin baik	0.494	0.528	Fit
Chi-square	χ^2 statistik $\geq \chi^2$ tabel \rightarrow Fit	368.454	379.755	Fit
NFI	Mendekati nilai 1	0.799	0.793	Fit
Q2 Predict Relevance	Q2 > 0: Memiliki <i>predictive relevance</i> Q2 < 0: Kurang memiliki <i>predictive relevance</i> 0,2 (Lemah) 0.15 (Moderate) 0.35 (kuat)	Beban Kerja -0.014 Kolaborasi Antarprofesi - 0.006 Kualitas Interaksi Dalam Tim 0.124 <i>Burnout</i> 0.047 Kepuasan Kerja 0.015		Fit

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan hasil pengujian kecocokan model yang disajikan dalam Tabel 4.22, baik *Saturated Model* maupun *Estimated Model* menunjukkan tingkat kesesuaian yang memadai terhadap data penelitian, yang dievaluasi melalui beberapa indikator, antara lain SRMR, d_ ULS, d_ G, nilai Chi-square, dan NFI. Nilai SRMR pada *Saturated Model* tercatat sebesar 0,070 yang mengindikasikan *good fit*, sedangkan pada *Estimated Model* nilai SRMR sedikit lebih tinggi yaitu 0,099, namun masih berada dalam batas kelayakan yang dapat diterima. Sementara itu, nilai d_ ULS pada *Saturated Model* sebesar 0,924 dan pada *Estimated Model* sebesar 1,851, yang meskipun lebih tinggi, tetap mencerminkan tingkat kecocokan model yang memadai terhadap data empiris. Nilai d_ G menunjukkan kecocokan yang baik untuk kedua model, dengan *Saturated Model* (0.494) dan *Estimated Model* (0.528) berada di bawah batas yang diinginkan. Nilai *Chi-square* untuk kedua model menunjukkan kecocokan dengan data, dengan *Saturated Model* (368.454) dan *Estimated Model* (379.755) memenuhi kriteria. Terakhir, nilai NFI untuk kedua model mendekati 1, dengan *Saturated Model* (0.799) dan *Estimated Model* (0.793), menunjukkan kecocokan yang baik. Secara keseluruhan, kedua model menunjukkan kecocokan yang baik.

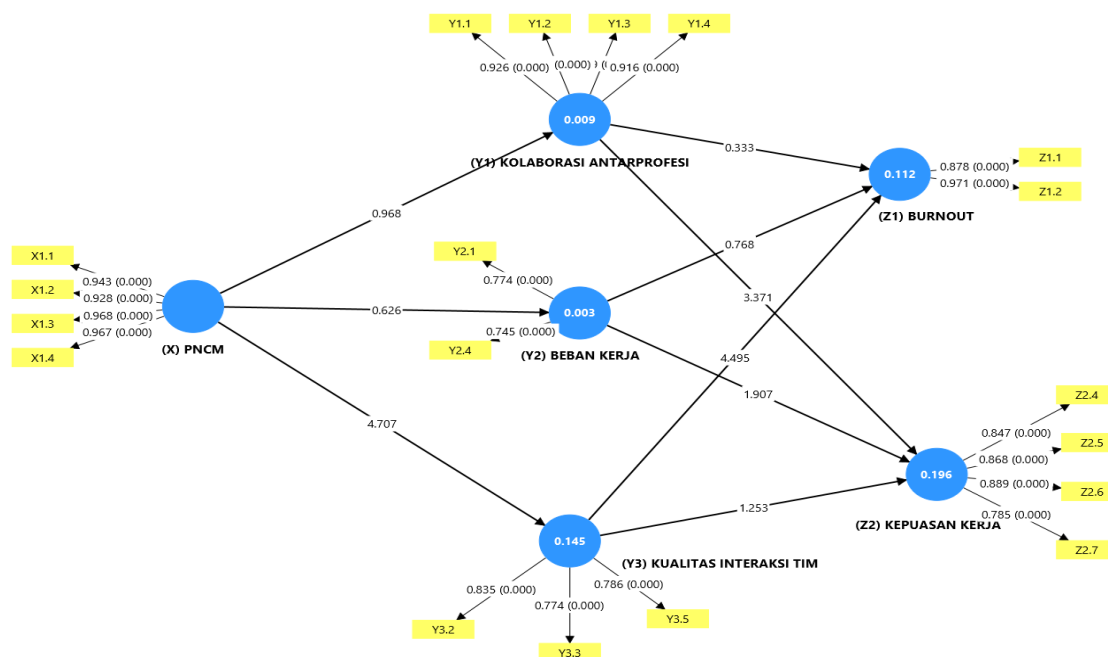
4. Path coefficients

Penilaian kekuatan hubungan antar konstruk dilakukan dengan mengacu pada nilai *t-statistic*, sedangkan tingkat signifikansi hubungan ditentukan berdasarkan nilai *p-value* yang dihasilkan dari koefisien jalur (*path coefficients*). Pendekatan ini digunakan untuk mengidentifikasi serta memperjelas peran masing-masing variabel eksogen dalam memengaruhi variabel endogen yang diteliti. Hasil pengujian *inner model* tersebut selanjutnya disajikan secara sistematis dalam Tabel 4.23.

Tabel 4.253 Hasil evaluasi kekuatan hubungan ruang non kekhususan

	<i>path coefficients)</i>	<i>t statistic.</i>	<i>p values</i>	Interpretasi
PNCM → Kolaborasi Antarprofesi	0.094	0.968	0.333	Tidak Signifikan
PNCM → Beban Kerja	0.058	0.626	0.531	Tidak Signifikan
PNCM → Kualitas Interaksi Tim	0.381	4.707	0.001	Signifikan
Kolaborasi Antarprofesi → <i>Burnout</i>	0.027	0.333	0.739	Tidak Signifikan
Kolaborasi Antarprofesi → Kepuasan Kerja	0.298	3.371	0.001	Signifikan
Beban Kerja → <i>Burnout</i>	-0.09	0.768	0.442	Tidak Signifikan
Beban Kerja → Kepuasan Kerja	0.184	1.907	0.057	Tidak Signifikan
Kualitas Interaksi Dalam Tim → <i>Burnout</i>	0.332	4.495	0.001	Signifikan
Kualitas Interaksi Dalam Tim → Kepuasan Kerja	0.136	1.253	0.210	Tidak Signifikan

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.8 Inner model tahap 1

Berdasarkan Tabel 4.23 interpretasi pengaruh antarvariabel adalah sebagai berikut:

1. Pengaruh PNCM terhadap kolaborasi antarprofesi

Pengaruh PNCM terhadap Kolaborasi Antarprofesi memiliki koefisien $\beta = 0.094$ dengan $p = 0.333$. Nilai $p > 0.05$ menandakan bahwa hubungan ini tidak signifikan, sehingga hipotesis kedelapan ditolak. Dengan demikian, PNCM tidak terbukti memengaruhi Kolaborasi Antarprofesi secara signifikan.

2. Pengaruh PNCM terhadap beban kerja

Berdasarkan nilai koefisien jalur, pengaruh PNCM terhadap Beban Kerja adalah $\beta = 0.058$ dengan $p = 0.531$. Karena $p > 0.05$, hubungan ini tidak signifikan, sehingga hipotesis ketujuh ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa penerapan PNCM tidak berpengaruh signifikan terhadap Beban Kerja perawat.

3. Pengaruh PNCM terhadap kualitas interaksi dalam tim

Nilai koefisien jalur untuk pengaruh PNCM terhadap Kualitas Interaksi Dalam Tim adalah $\beta = 0.381$ dengan $p = 0.000$. Hasil ini signifikan karena $p < 0.05$,

sehingga hipotesis kesembilan diterima. Artinya, penerapan PNCM terbukti meningkatkan kualitas interaksi dalam tim secara signifikan.

4. Pengaruh beban kerja terhadap *burnout*

Berdasarkan nilai koefisien jalur, pengaruh beban kerja terhadap *burnout* adalah $\beta = -0.09$ dengan $p = 0.442$. Karena nilai $p > 0.05$, hubungan ini tidak signifikan, sehingga hipotesis pertama ditolak. Artinya, Beban Kerja tidak terbukti memberikan pengaruh signifikan terhadap Burnout pada perawat dalam penelitian ini.

5. Pengaruh beban kerja terhadap kepuasan kerja

Nilai koefisien jalur untuk pengaruh beban kerja terhadap kepuasan kerja adalah $\beta = 0.184$ dengan $p = 0.057$. Meskipun β bernilai positif, nilai p yang sedikit lebih tinggi dari 0.05 menunjukkan bahwa hubungan ini tidak signifikan, sehingga hipotesis kedua ditolak. Dengan demikian, Beban Kerja tidak terbukti memengaruhi Kepuasan Kerja perawat secara signifikan.

6. Pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap *burnout*

Pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap *burnout* memiliki koefisien $\beta = 0.027$ dengan $p = 0.739$. Nilai $p > 0.05$ menunjukkan bahwa hubungan ini tidak signifikan, sehingga hipotesis ketiga ditolak. Ini berarti Kolaborasi Antarprofesi tidak berpengaruh signifikan terhadap Burnout pada perawat.

7. Pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap kepuasan kerja

temuan analisis memperlihatkan bahwa hubungan antara kolaborasi antarprofesi dan kepuasan kerja memiliki koefisien jalur sebesar $\beta = 0,298$ dengan tingkat signifikansi $p = 0,001$, yang menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna secara statistik. Oleh karena itu, hipotesis keempat dinyatakan diterima. Hasil ini menegaskan bahwa Kolaborasi Antarprofesi berkontribusi positif dan signifikan terhadap Kepuasan Kerja perawat, yang mengindikasikan bahwa peningkatan kualitas kolaborasi antarprofesi akan diikuti oleh peningkatan tingkat kepuasan kerja perawat.

8. Pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap *burnout*

Koefisien jalur untuk pengaruh Kualitas Interaksi Dalam Tim terhadap *Burnout* adalah $\beta = 0.332$ dengan $p = 0.000$. Karena nilai $p < 0.05$, hubungan

ini signifikan, sehingga hipotesis kelima diterima. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas interaksi dalam tim secara signifikan mempengaruhi tingkat Burnout pada perawat.

9. Pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap kepuasan kerja
 Pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap kepuasan kerja memiliki koefisien $\beta = 0.136$ dengan $p = 0.134$. Nilai $p > 0.05$ menunjukkan bahwa hubungan ini tidak signifikan, sehingga hipotesis keenam ditolak. Artinya, kualitas interaksi dalam tim tidak terbukti memengaruhi kepuasan kerja perawat secara signifikan.

Berdasarkan Tabel 4.23, dari 9 jalur yang diuji, 3 jalur signifikan pada $\alpha = 0,05$ dan 6 jalur tidak signifikan. Jalur yang signifikan adalah: (1) PNCM \rightarrow Kualitas Interaksi Tim, (2) Kolaborasi Antarprofesi \rightarrow Kepuasan Kerja, dan (3) Kualitas Interaksi Dalam Tim \rightarrow *Burnout*. Sementara itu, jalur yang tidak signifikan meliputi: (1) PNCM \rightarrow Kolaborasi Antarprofesi, (2) PNCM \rightarrow Beban Kerja, (3) Kolaborasi Antarprofesi \rightarrow *Burnout*, (4) Beban Kerja \rightarrow *Burnout*, (5) Beban Kerja \rightarrow Kepuasan Kerja, dan (6) Kualitas Interaksi Dalam Tim \rightarrow Kepuasan Kerja. Hasil ini menunjukkan perlunya penghilangan jalur-jalur yang tidak signifikan untuk memperoleh model yang lebih baik dan dilakukan pengujian ulang menggunakan *bootstrapping* (*Inner Model 2*).

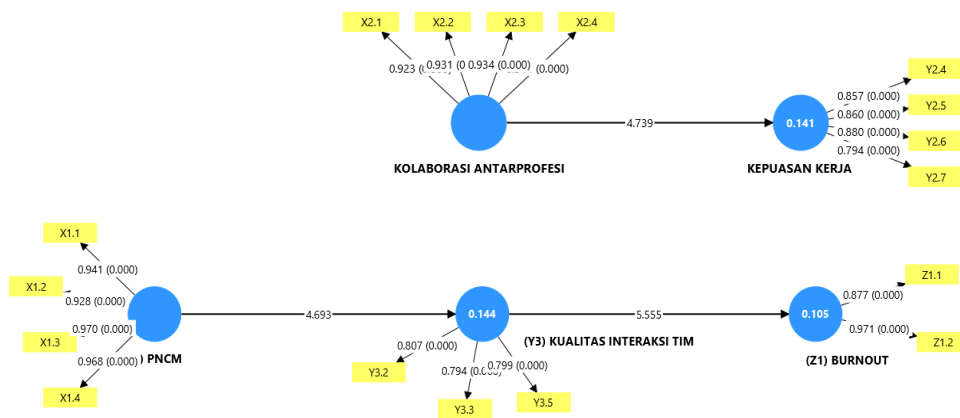
Tabel 4.24 Hasil evaluasi kekuatan hubungan tahap 2 ruang kekhususan

	<i>path coefficients</i>	<i>T statistic</i>	<i>P values</i>	Interpretasi
PNCM \rightarrow Kualitas Interaksi Tim	0.381	4.707	0.001	Signifikan
Kolaborasi Antarprofesi \rightarrow Kepuasan Kerja	0.298	3.371	0.001	Signifikan
Kualitas Interaksi Dalam Tim \rightarrow <i>Burnout</i>	0.332	4.495	0.001	Signifikan

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan Tabel 4.24, dari 9 jalur yang diuji, 3 jalur signifikan pada $\alpha = 0,05$ dan 6 jalur tidak signifikan. Jalur yang signifikan adalah: (1) PNCM \rightarrow Kualitas Interaksi Tim, (2) Kolaborasi Antarprofesi \rightarrow Kepuasan Kerja, dan (3) Kualitas Interaksi Dalam Tim \rightarrow *Burnout*. Sementara itu, jalur yang tidak signifikan meliputi: (1) PNCM \rightarrow Kolaborasi Antarprofesi, (2) PNCM \rightarrow Beban

Kerja, (3) Kolaborasi Antarprofesi → *Burnout*, (4) Beban Kerja → *Burnout*, (5) Beban Kerja → Kepuasan Kerja, dan (6) Kualitas Interaksi Dalam Tim → Kepuasan Kerja. Hasil ini menunjukkan perlunya penghilangan jalur-jalur yang tidak signifikan untuk memperoleh model yang lebih baik dan dilakukan pengujian ulang menggunakan *bootstrapping* (*Inner Model 2*).

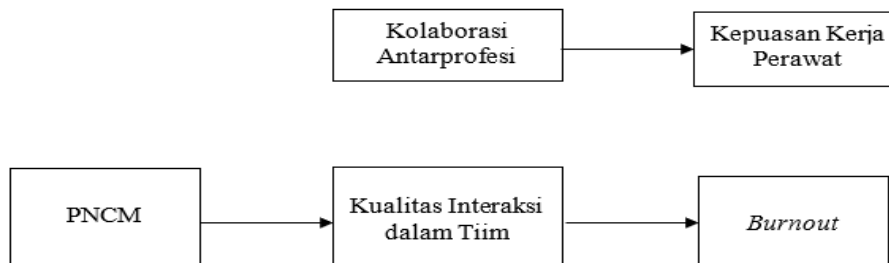


Gambar 4.9 Inner model tahap 2

Tabel 4.25 Nilai pengaruh langsung, tidak langsung dan total pengaruh

Jalur	Jenis Pengaruh		Total Pengaruh
	Langsung	Tidak Langsung	
Pncm -> Kualitas Interaksi Tim	4.707	-	4.707
Kualitas Interaksi Tim -> <i>Burnout</i>	4.495	-	4.495
Kolaborasi Antarprofesi -> Kualitas Interaksi Tim	4.739	-	4.739
PNCM -> <i>Burnout</i>	-	5.555	5.555

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.10 Temuan baru model pelaksanaan MAKP metode primer dengan pendekatan model Donabedian di ruang non kekhususan

Berdasarkan Gambar 4.10, temuan baru model Pelaksanaan MAKP Metode Primer dengan pendekatan model Donabedian di ruang kekhususan menunjukkan bahwa PNCM mempengaruhi Kualitas Interaksi dalam Tim, dan Kualitas Interaksi dalam Tim mempengaruhi *Burnout*. Adapun rincian temuan baru sebagai berikut:

1. PNCM merupakan unsur **struktur** dalam model ini.
2. Unsur struktur mempengaruhi unsur **proses**, yaitu kualitas interaksi dalam tim, yang mengindikasikan bahwa semakin tinggi keterlaksanaan PNCM, semakin tinggi kualitas interaksi dalam tim.
3. Unsur **proses**, yaitu kualitas interaksi dalam tim, mempengaruhi **unsur hasil**, yaitu *burnout*, yang berarti semakin baik kualitas interaksi dalam tim, semakin rendah tingkat burnout yang dialami perawat.
4. Unsur **proses**, yaitu kolaborasi antarprofesi, mempengaruhi unsur **hasil**, yaitu kualitas interaksi dalam tim, yang berarti semakin baik kualitas interaksi kolaborasi antarprofesi, semakin baik pula kualitas interaksi dalam tim.
5. Peningkatan kualitas interaksi dalam tim dapat diupayakan dengan mengoptimalkan PNCM, yang pada gilirannya akan mengurangi *burnout* pada perawat.

4.3 Evaluasi Model Komposit

4.3.1 Ruang Kekhususan

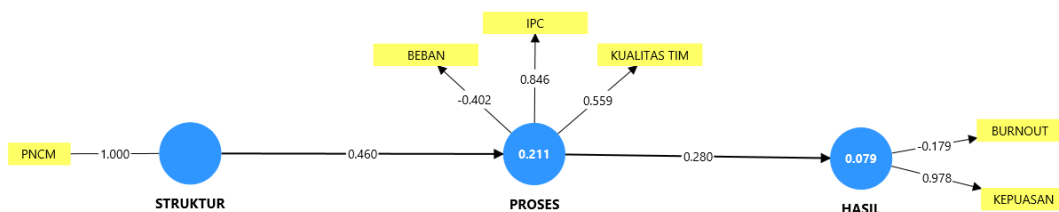
a. Evaluasi model pengukuran (*outer model*)

1) Analisis *outer loading* 1 sistem ruang kekhususan

Tabel 4.26 Hasil uji *convergent validity outer loading* 1 sistem ruang kekhususan

	STRUKTUR	PROSES	HASIL
PNCM	1.000		
IPC		0.846	
Beban Kerja		-0.402	
Kualitas Interaksi Tim		0.559	
<i>Burnout</i>			-0.179
Kepuasan			0.978

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.11 Hasil uji outer model 1 sistem ruang kekhususan

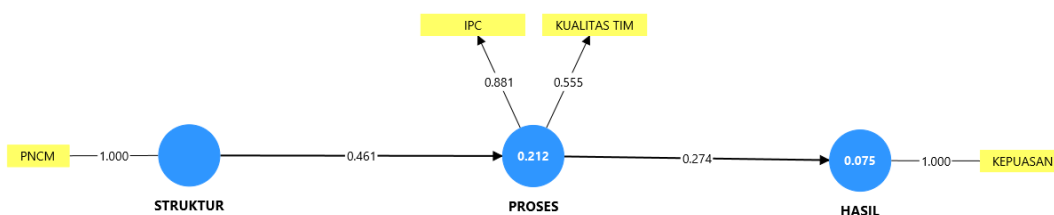
Berdasarkan hasil evaluasi nilai *outer loading* sebagaimana disajikan dalam Tabel 4.26 dan Gambar 4.11, ditemukan dua indikator yang menunjukkan nilai *loading factor* berada di bawah batas kelayakan yang ditetapkan ($< 0,500$), yaitu indikator beban kerja ($-0,402$) dan burnout ($-0,179$). Indikator-indikator tersebut dinyatakan tidak memenuhi persyaratan validitas konvergen, sehingga perlu dikeluarkan dari model pengukuran sebelum dilakukan proses pengujian ulang pada tahap analisis berikutnya.

2) Analisis *Outer model* tahap 2 ruang kekhususan

Tabel 4.267 Hasil uji *convergent validity outer loading* 2 sistem ruang kekhususan

	STRUKTUR	PROSES	HASIL
PNCM	1.000		
Kualitas Interaksi Tim		1.000	
Kepuasan Kerja			1.000

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.12 Hasil uji *outer model* 2 sistem ruang kekhususan

Tabel 4.28 Hasil evaluasi *outer model*

No	Variabel	Cronbach's Alpha	Composite Reliability (rho_a)	Composite Reliability (rho_c)	Average Variance Extracted (AVE)
1	STRUKTUR	1.000	1.000	1.000	1.000
2	PROSES	0.175	0.206	0.693	0.542
3	HASIL	1.000	1.000	1.000	1.000

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan informasi yang disajikan dalam Tabel 4.28, penilaian *outer model* dilakukan untuk mengevaluasi konsistensi internal dan validitas konvergen pada konstruk Struktur, Proses, dan Hasil dengan menggunakan indikator *Cronbach's Alpha*, *Composite Reliability* (ρ_a dan ρ_c), serta *Average Variance Extracted* (AVE). Konstruk Struktur menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha*, *Composite Reliability* (ρ_a dan ρ_c), dan AVE sebesar 1,000. Secara numerik, nilai tersebut mencerminkan tingkat reliabilitas dan validitas konvergen yang sangat tinggi. Namun demikian, kondisi ini mengindikasikan bahwa konstruk tersebut kemungkinan dibentuk oleh satu indikator atau oleh indikator-indikator yang sangat homogen, sehingga nilai sempurna tersebut merupakan konsekuensi matematis dari spesifikasi model pengukuran dan perlu diinterpretasikan secara cermat.

Konstruk Proses memperlihatkan nilai *Cronbach's Alpha* (0,175) dan ρ_a (0,206) yang berada di bawah ambang batas yang direkomendasikan, yang menunjukkan keterbatasan dalam konsistensi internal. Meskipun demikian, nilai *Composite Reliability* (ρ_c) sebesar 0,693 masih dapat diterima, khususnya dalam konteks penelitian yang bersifat eksploratif, dan nilai AVE sebesar 0,542 telah memenuhi kriteria validitas konvergen ($AVE \geq 0,50$). Selanjutnya, konstruk Hasil juga menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha*, *Composite Reliability* (ρ_a dan ρ_c), serta AVE sebesar 1,000, yang secara numerik mengindikasikan reliabilitas dan validitas konvergen yang sangat tinggi. Sebagaimana pada konstruk Struktur, temuan ini mengisyaratkan bahwa konstruk Hasil kemungkinan direpresentasikan oleh indikator tunggal, sehingga interpretasi reliabilitas lebih difokuskan pada peran representatif konstruk tersebut dalam keseluruhan model penelitian.

c. Evaluasi model struktural (*inner model*) sistem ruang kekhususan

1. Nilai *R-square*

Tabel 4.29 Hasil uji *R-square* (R^2)

	<i>R-square</i>	<i>R-square adjusted</i>
PROSES	0.212	0.203
HASIL	0.075	0.065

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan Tabel 4.29, nilai *R-square* pada konstruk Proses sebesar 0.212 dan *R-square adjusted* sebesar 0.203, yang menunjukkan bahwa konstruk eksogen dalam model mampu menjelaskan sekitar 21% variasi pada konstruk Proses. Nilai ini mengindikasikan daya jelaskan yang moderat, sejalan dengan karakteristik variabel perilaku dan organisasi yang bersifat kompleks dan multidimensional. Pada konstruk Hasil, nilai *R-square* sebesar 0.075 dan *R-square adjusted* sebesar 0.065, yang menunjukkan bahwa variabel dalam model hanya menjelaskan sekitar 7% variasi pada konstruk Hasil. Nilai ini mengindikasikan bahwa variabilitas konstruk Hasil dipengaruhi oleh faktor lain di luar model penelitian. Secara keseluruhan, nilai *R-square* yang relatif rendah dapat diterima dalam pendekatan *PLS-SEM*, karena tujuan analisis lebih difokuskan pada identifikasi pola hubungan struktural antar konstruk daripada memaksimalkan kemampuan prediksi model.

2. Nilai *F square*

Nilai F^2 memberikan informasi mengenai kekuatan efek (*effect size*) setiap hubungan antar konstruk. Berdasarkan kriteria Hair et al. (2021), nilai 0.02 menunjukkan efek kecil, 0.15 menunjukkan efek sedang, dan 0.35 atau lebih mencerminkan efek besar. Hasil nilai *F-Square* bisa di lihat dalam tabel 4.13 di bawah ini.

Tabel 4.30 Hasil nilai *F-square* (F^2)

	F^2
STRUKTUR -> PROSES	0.269
PROSES -> HASIL	0.081

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan Tabel 4.30, nilai F^2 pada jalur Struktur \rightarrow Proses sebesar 0.269, yang menunjukkan bahwa konstruk Struktur memiliki pengaruh sedang hingga mendekati besar terhadap konstruk Proses. Nilai ini mengindikasikan bahwa kontribusi Struktur dalam menjelaskan variabilitas Proses bersifat substansial dalam model penelitian. Sementara itu, nilai F^2 pada jalur Proses \rightarrow Hasil sebesar 0.081, yang menunjukkan pengaruh kecil terhadap konstruk Hasil.

Temuan ini mengindikasikan bahwa meskipun Proses berkontribusi terhadap Hasil, kekuatan pengaruhnya relatif terbatas dan masih memungkinkan

adanya peran faktor lain di luar model dalam menjelaskan variabilitas konstruk Hasil. Secara keseluruhan, hasil evaluasi *effect size* melalui f^2 menunjukkan adanya variasi kekuatan pengaruh antar jalur struktural, yang mencerminkan perbedaan kontribusi masing-masing konstruk dalam menjelaskan konstruk endogen pada model.

3. Model fit

Tabel 4.31 Model fit

Variabel	Rule of Thumb	Saturated Model	Estimated Model	Keterangan
SRMR	< 0.10	0.136	0.146	Kurang Fit
d_ ULS	> 0.05 / semakin kecil semakin baik	0.046	0.047	Fit
d_ G	> 0.05 / semakin kecil semakin baik	0.050	0.058	Fit
Q2 Predict Relevance	Q2 > 0: Memiliki <i>predictive relevance</i> Q2 < 0: Kurang memiliki <i>predictive relevance</i> 0,2 (Lemah) 0.15 (Moderate) 0.35 (kuat)	PROSES 0.983 HASIL 0.978		

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan Tabel 4.31, evaluasi *model fit* menunjukkan bahwa nilai *Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)* pada *saturated model* (0.136) dan *estimated model* (0.146) berada di atas batas rekomendasi (< 0.10), sehingga mengindikasikan bahwa kesesuaian model secara global tergolong kurang optimal. Namun demikian, dalam pendekatan *PLS-SEM*, nilai *SRMR* tidak dijadikan satu-satunya dasar penilaian kelayakan model. Nilai *d_ ULS* pada *saturated model* (0.046) dan *estimated model* (0.047), serta nilai *d_ G* masing-masing sebesar 0.050 dan 0,058, menunjukkan nilai yang relatif kecil dan berada dalam rentang yang dapat diterima. Temuan ini mengindikasikan bahwa jarak antara matriks kovarians empiris dan matriks kovarians model masih berada pada tingkat yang layak, sehingga model dapat dikategorikan memiliki kesesuaian yang memadai berdasarkan ukuran *discrepancy-based fit*. Hasil *Q² Predict* menunjukkan nilai yang sangat tinggi pada konstruk Proses (0.983) dan Hasil (0.978), yang menandakan bahwa model memiliki *predictive relevance* yang

sangat kuat. Nilai Q^2 yang jauh di atas nol menunjukkan bahwa model mampu memprediksi indikator endogen dengan baik.

Secara keseluruhan, meskipun indikator *SRMR* menunjukkan keterbatasan pada kesesuaian global model, kombinasi hasil d_{ULS} , d_G , dan Q^2 *Predict* mengindikasikan bahwa model memiliki kelayakan struktural dan kemampuan prediktif yang sangat baik, sehingga tetap layak digunakan untuk analisis dan interpretasi hubungan antar konstruk.

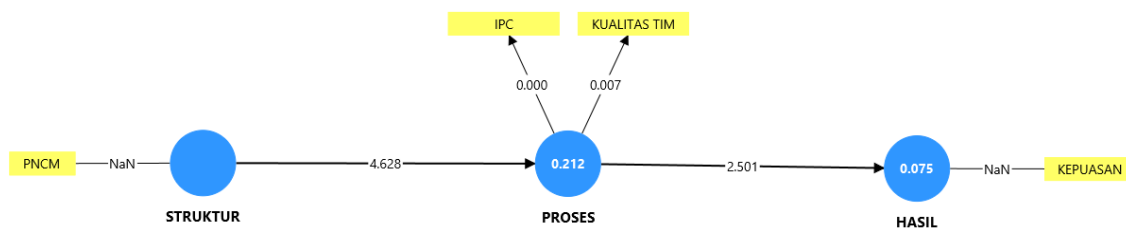
4. Path coefficients

Penilaian kekuatan hubungan antar konstruk dilakukan dengan mengacu pada nilai *t-statistic*, sedangkan tingkat signifikansi hubungan ditentukan berdasarkan nilai *p-value* yang diperoleh dari koefisien jalur (*path coefficients*). Pendekatan ini digunakan untuk mengidentifikasi serta memperjelas peran masing-masing variabel eksogen dalam memengaruhi variabel endogen yang diteliti. Hasil pengujian *inner model* selanjutnya disajikan secara sistematis dalam Tabel 4.32.

Tabel 4.32 Hasil evaluasi kekuatan hubungan ruang kekhususan

	<i>path coefficients</i>	<i>t statistics</i>	<i>p values</i>	Interpretasi
STRUKTUR → PROSES	0.452	4.628	0.001	Signifikan
PROSES → HASIL	0.259	2.501	0.012	Signifikan

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.13 Inner model tahap 1

Berdasarkan Tabel 4.32 interpretasi pengaruh antarvariabel adalah sebagai berikut:

1. Pengaruh **struktur** terhadap **proses**

Pengaruh ini memiliki koefisien $\beta = 0.452$ dan $p = 0.001$. Karena $p < 0.05$, hubungan ini signifikan. Temuan ini menunjukkan bahwa **struktur** berperan penting dalam meningkatkan kualitas **proses**

2. Pengaruh **proses** terhadap **hasil**

Hubungan PNCM terhadap Beban Kerja memiliki koefisien $\beta = 0.259$ dengan $p = 0.012$. Nilai p berada di bawah batas signifikansi. Hal ini berarti **proses** terbukti secara signifikan memengaruhi **hasil**.

Berdasarkan Tabel 4.17, dari 2 jalur yang diuji, kedua jalur signifikan pada $\alpha = 0.001$ dan $\alpha = 0.012$ jalur tidak signifikan. Jalur yang signifikan adalah: PROSES → HASIL. Hubungan antara variabel eksogen dan variabel endogen menunjukkan hasil yang signifikan.

Tabel 4.33 Nilai pengaruh langsung, tidak langsung dan total pengaruh

Jalur	Jenis Pengaruh		Total Pengaruh
	Langsung	Tidak Langsung	
STRUKTUR → PROSES	4.628	-	4.628
PROSES → HASIL	2.501	-	2.501
STRUKTUR → HASIL	-	2.229	2.229

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.14 Temuan baru model pelaksanaan sistem di ruang kekhususan

Berdasarkan gambar 4.14 temuan baru model sistem diruang kekhususan, PROSES mempengaruhi HASIL. Adapun rincian temuan baru sebagai berikut:

1. **Struktur** mempengaruhi **Proses** yang berarti semakin baik kualitas dari proses, semakin tinggi hasil yang dicapai.

2. Peningkatan **Proses** dapat diupayakan dengan mengoptimalkan **Struktur**
3. **Proses** mempengaruhi **Hasil** yang berarti semakin baik kualitas dari proses, semakin tinggi hasil yang dicapai.
4. Peningkatan **hasil** dapat diupayakan dengan mengoptimalkan **proses** melalui upaya meningkatkan **struktur**.

4.3.2 Ruang Non Kekhususan

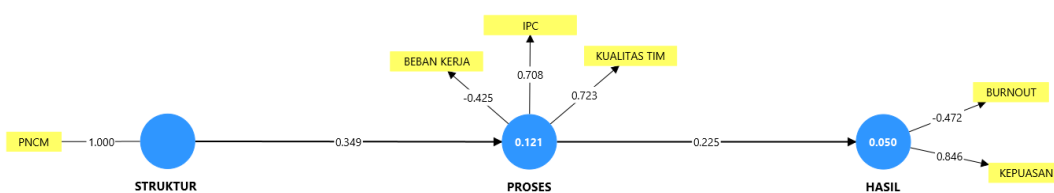
a. Evaluasi model pengukuran (*outer model*)

1) Analisis *outer loading 1* sistem ruang non kekhususan

Tabel 4.374 Hasil uji *convergent validity outer loading 1* sistem ruang non kekhususan

	STRUKTUR	PROSES	HASIL
PNCM	1.000		
Kolaborasi Antarprofesi		0.708	
Beban Kerja		-0.425	
Kualitas Interaksi Tim		0.723	
<i>Burnout</i>			-0.472
Kepuasan Kerja			0.846

Sumber: Data primer, diolah November 2025



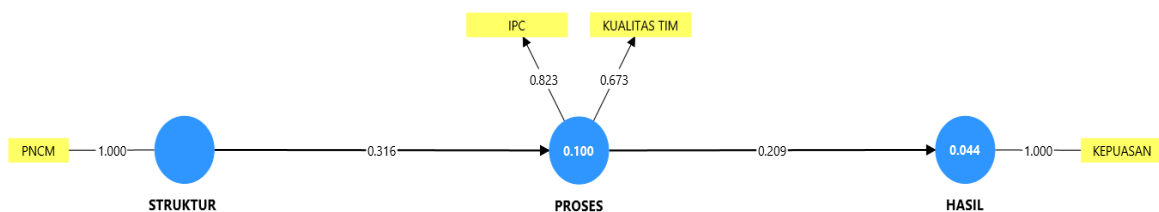
Gambar 4.15 Hasil uji *outer model 1* sistem ruang kekhususan

Berdasarkan hasil pengujian *outer loading* yang disajikan pada Tabel 4.34 dan Gambar 4.15, teridentifikasi dua indikator yang memiliki nilai *outer loading* berada di bawah ambang batas kelayakan <0.500 , yaitu beban kerja (-0.425) dan burnout (-0.472). Indikator-indikator tersebut dinyatakan tidak memenuhi kriteria validitas konvergen, sehingga perlu dieliminasi dari model pengukuran sebelum dilakukan pengujian ulang pada tahap selanjutnya.

2) Analisis *Outer model* tahap 2 ruang non kekhususanTabel 4.35 Hasil uji *convergent validity outer model 2* sistem ruang non kekhususan

	STRUKTUR	PROSES	HASIL
PNCM	1.000		
Kolaborasi Antarprofesi		0.823	
Kualitas Interaksi Tim		0.673	
Kepuasan Kerja			1.000

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Gambar 4.16 Hasil uji *outer model 2* sistem ruang kekhususanTabel 4.36 Hasil evaluasi *outer model 2*

No	Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Composite Reliability (rho_a)</i>	<i>Composite Reliability (rho_c)</i>	<i>Average Variance Extracted (AVE)</i>
1	STRUKTUR	1.000	1.000	1.000	1.000
2	PROSES	0.237	0.247	0.720	0.566
3	HASIL	1.000	1.000	1.000	1.000

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan Tabel 4.36, evaluasi *outer model* dilakukan untuk menilai konsistensi internal dan validitas konvergen konstruk Struktur, Proses, dan Hasil menggunakan *Cronbach's Alpha*, *Composite Reliability (rho_a dan rho_c)*, serta *Average Variance Extracted (AVE)*. Konstruk Struktur menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha*, *Composite Reliability (rho_a dan rho_c)*, serta *AVE* sebesar 1.000, yang mengindikasikan reliabilitas dan validitas konvergen yang sangat tinggi secara numerik. Nilai ini mencerminkan bahwa konstruk Struktur kemungkinan direpresentasikan oleh indikator tunggal atau indikator yang sangat homogen, sehingga interpretasi reliabilitas dilakukan secara hati-hati. Konstruk Proses memiliki nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0.237 dan *rho_a* sebesar 0.247,

yang berada di bawah batas rekomendasi, menunjukkan konsistensi internal yang terbatas. Namun demikian, nilai *Composite Reliability* (ρ_c) sebesar 0.720 telah memenuhi kriteria reliabilitas minimum, dan nilai *AVE* sebesar 0.566 menunjukkan bahwa konstruk Proses memiliki validitas konvergen yang memadai. Konstruk Hasil menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha*, *Composite Reliability* (ρ_a dan ρ_c), serta *AVE* sebesar 1.000, yang mengindikasikan reliabilitas dan validitas konvergen yang sangat tinggi secara numerik. Kondisi ini juga menunjukkan bahwa konstruk Hasil kemungkinan dibentuk oleh indikator tunggal, sehingga berfungsi sebagai representasi konseptual dalam model.

Secara umum, hasil penilaian *outer model* mengindikasikan bahwa seluruh konstruk dalam penelitian ini telah memenuhi persyaratan validitas konvergen, sehingga model pengukuran dinyatakan layak untuk digunakan dalam tahap analisis struktural berikutnya, dengan tetap memperhatikan karakteristik spesifik dari masing-masing konstruk yang dianalisis.

d. Evaluasi model struktural (*inner model*) sistem ruang kekhususan

1. Nilai *R-square*

Tabel 4.37 Hasil uji *R-square* (R^2)

	R-square	R-square adjusted
PROSES	0.100	0.092
HASIL	0.044	0.036

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan hasil uji *R-square* (R^2), nilai *R-square* pada konstruk Proses sebesar 0.100 dan *R-square adjusted* sebesar 0.092, yang menunjukkan bahwa konstruk eksogen dalam model menjelaskan sekitar 10% variasi pada konstruk Proses. Nilai ini mengindikasikan daya jelaskan yang relatif rendah, namun masih dapat diterima dalam penelitian yang melibatkan variabel perilaku dan organisasi yang bersifat kompleks. Pada konstruk Hasil, nilai *R-square* sebesar 0.044 dan *R-square adjusted* sebesar 0.036, yang menunjukkan bahwa model hanya mampu menjelaskan sekitar 4% variasi pada konstruk Hasil. Temuan ini mengindikasikan bahwa variabilitas konstruk Hasil lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lain di luar model penelitian.

2. Nilai *F square*

Indeks F^2 digunakan untuk menggambarkan besaran kekuatan pengaruh (*effect size*) dari setiap hubungan antar konstruk dalam model penelitian. Mengacu pada kriteria yang dikemukakan oleh Hair et al. (2021), nilai sebesar 0,02 diklasifikasikan sebagai pengaruh kecil, nilai 0,15 menunjukkan pengaruh sedang, sedangkan nilai 0,35 atau lebih merepresentasikan pengaruh yang besar. Rincian hasil perhitungan F^2 selanjutnya disajikan secara sistematis dalam Tabel 4.38 berikut.

Tabel 4.38 Hasil nilai *F-square* (F^2)

	F^2
STRUKTUR -> PROSES	0.111
PROSES -> HASIL	0.046

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Berdasarkan Tabel 4.38, nilai f^2 pada jalur Struktur \rightarrow Proses sebesar 0.111, yang menunjukkan bahwa konstruk Struktur memiliki pengaruh kecil hingga mendekati sedang terhadap konstruk Proses. Nilai ini mengindikasikan bahwa kontribusi Struktur dalam menjelaskan variabilitas Proses bersifat terbatas, namun tetap memiliki peran yang bermakna dalam model struktural. Sementara itu, nilai f^2 pada jalur Proses \rightarrow Hasil sebesar 0.046, yang menunjukkan pengaruh kecil terhadap konstruk Hasil. Temuan ini mengindikasikan bahwa peran Proses dalam menjelaskan variabilitas Hasil relatif rendah, sehingga masih terdapat faktor lain di luar model yang berkontribusi terhadap konstruk Hasil. Secara keseluruhan, hasil evaluasi *effect size* melalui f^2 menunjukkan bahwa kekuatan pengaruh antar jalur struktural cenderung kecil, yang sejalan dengan karakteristik variabel organisasi dan perilaku yang kompleks serta dipengaruhi oleh berbagai faktor kontekstual.

3. Model fit

Tabel 4.39 Model fit

Variabel	Rule of Thumb	<i>Saturated Model</i>	<i>Estimated Model</i>	Keterangan
SRMR	< 0.10	0.138	0.140	Kurang Fit
d_ULS	> 0.05 / semakin kecil semakin baik	0.191	0.197	Fit
d_G	> 0.05 / semakin kecil semakin baik	0.056	0.057	Fit
Q2 Predict Relevance	Q2 > 0: Memiliki <i>predictive relevance</i> Q2 < 0: Kurang memiliki <i>predictive relevance</i> 0,2 (Lemah) 0.15 (Moderate) 0.35 (kuat)	PROSES 0.060 HASIL 0.014		

Sumber: Data primer, diolah November 2025

Evaluasi *model fit* menunjukkan bahwa nilai *Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)* pada *saturated model* sebesar 0.138 dan pada *estimated model* sebesar 0.140, yang berada di atas batas rekomendasi < 0.10, sehingga kesesuaian model secara global tergolong kurang optimal. Pendekatan *PLS-SEM* tidak menempatkan *SRMR* sebagai satu-satunya dasar penilaian kelayakan model. Nilai *d_ULS* pada *saturated model* sebesar 0.191 dan pada *estimated model* sebesar 0.197, serta nilai *d_G* masing-masing sebesar 0.056 dan 0.057, menunjukkan nilai yang relatif kecil dan masih berada dalam rentang yang dapat diterima, yang mengindikasikan kesesuaian model berdasarkan ukuran *discrepancy-based fit*. Hasil *Q² Predict* menunjukkan nilai positif pada konstruk Proses sebesar 0.060 dan Hasil sebesar 0.014, yang menandakan adanya *predictive relevance* meskipun pada tingkat yang lemah. Keseluruhan hasil ini menunjukkan bahwa model masih layak digunakan untuk analisis struktural dengan kemampuan prediktif yang terbatas dan interpretasi hasil yang perlu dilakukan secara hati-hati.

4. Path coefficients

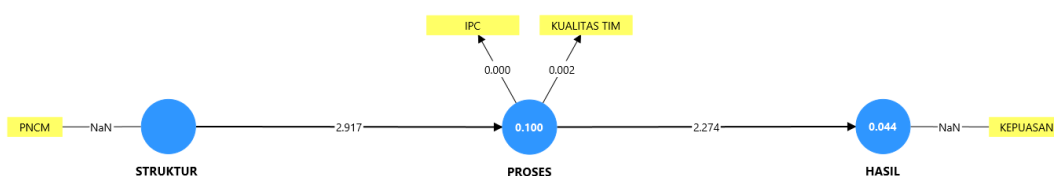
Penilaian kekuatan hubungan antar konstruk dilakukan dengan mengacu pada nilai *t-statistic*, sedangkan tingkat signifikansi hubungan ditentukan berdasarkan nilai *p-value* yang diperoleh dari koefisien jalur (*path coefficients*).

Pendekatan ini digunakan untuk mengidentifikasi serta memperjelas peran masing-masing variabel eksogen dalam memengaruhi variabel endogen yang diteliti. Hasil pengujian *inner model* tersebut selanjutnya disajikan secara sistematis dalam Tabel 4.17.

Tabel 4.40 Hasil evaluasi kekuatan hubungan ruang non kekhususan

	<i>path coefficients</i>	<i>t statistics</i>	<i>p values</i>	Interpretasi
STRUKTUR → PROSES	0.316	2.917	0.004	Signifikan
PROSES → HASIL	0.209	2.274	0.023	Signifikan

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.17 *Inner model* tahap 1

Berdasarkan Tabel 4.40 interpretasi pengaruh antarvariabel adalah sebagai berikut:

1. Pengaruh **struktur** terhadap **proses**

Pengaruh ini memiliki koefisien $\beta = 0.316$ dan $p = 0.004$. Karena $p < 0.05$, hubungan ini signifikan. Temuan ini menunjukkan bahwa hubungan tersebut signifikan secara statistik.

2. Pengaruh **proses** terhadap **hasil**.

Pengaruh **proses** terhadap **hasil** memiliki koefisien $\beta = 0.209$ dengan $p = 0.023$. Nilai p berada di bawah batas signifikansi. Hal ini berarti **proses** terbukti secara signifikan memengaruhi **hasil**.

Berdasarkan Tabel 4.40, dari 2 jalur yang diuji, semua jalur signifikan pada $\alpha = 0,004$ dan 0.023 Hasil ini menunjukkan tidak ada penghilangan jalur-jalur yang tidak signifikan untuk memperoleh model yang fit.

Tabel 4.41 Nilai pengaruh langsung, tidak langsung dan total pengaruh

Jalur	Jenis Pengaruh		Total Pengaruh
	Langsung	Tidak Langsung	
STRUKTUR→ PROSES	2.917	-	2.917
PROSES→ HASIL	2.274	-	2.274
STUKTUR→ HASIL	-	1.745	1.745

Sumber: Data primer, diolah November 2025



Gambar 4.18 Temuan baru model pelaksanaan sistem di ruang non kekhususan

Berdasarkan gambar 4.18 temuan baru model sistem diruang kekhususan, **struktur** mempengaruhi PROSES, kemudian **proses** mempengaruhi **hasil**. Adapun rincian temuan baru sebagai berikut:

1. **Struktur** mempengaruhi **proses**
2. **Proses** mempengaruhi **hasil** yang berarti semakin baik kualitas dari proses, semakin tinggi hasil yang dicapai.
3. Peningkatan **hasil** dapat diupayakan dengan mengoptimalkan **proses** tanpa melalui upaya meningkatkan **struktur**.

4.1 Hasil Uji Perbandingan

4.4.1 Perbedaan pelaksanaan PNCM, kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim, burnout perawat, dan kepuasan kerja perawat di ruang kekhhususan dan non-kekhhususan.

Tabel 4.842 Hasil uji mann whitney PNCM, kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim, *burnout* dan kepuasan kerja perawat di ruang kekhhususan dan non kekhhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB pada Bulan Oktober 2025 (n=216)

No	Variabel	Kelompok	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P-Value
1	PNCM	Ruang Kekhususan	86.68	7888.00		
		Ruang Non-Kekhususan	124.38	15548.00		
					-5.022	<0.001
2	Kolaborasi Antarprofesi	Ruang Kekhususan	98.85	8995.50		
		Ruang Non-Kekhususan	115.52	14440.50		
					-2.344	0.019
3	Beban Kerja	Ruang Kekhususan	91.84	8357.00		
		Ruang Non-Kekhususan	120.63	15079.00		
					-4.753	<0.001
4	Kualitas Interaksi dalam Tim	Ruang Kekhususan	108.50	9873.50		
		Ruang Non-Kekhususan	108.50	13562.50		
					0.000	1.000
5	<i>Burnout</i>	Ruang Kekhususan	83.60	7607.50		
		Ruang Non-Kekhususan	126.63	15828.50		
					-6.525	<0.001
6	Kepuasan Kerja	Ruang Kekhususan	112.13	10203.50		
		Ruang Non-Kekhususan	105.86	13232.50		
					-1.834	0.67

Sumber: Data Primer di olah (2025)

Hasil uji *Mann-Whitney* pada Tabel 4.42 menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara ruang kekhhususan dan non-kekhhususan di RSUD Provinsi NTB dalam beberapa variabel. Pada variabel PNCM ruang non-kekhhususan menunjukkan peringkat yang lebih tinggi (*Mean Rank* = 124.38) dibandingkan ruang kekhhususan (*Mean Rank* = 86.68), dengan nilai $p < 0.001$, yang mengindikasikan adanya perbedaan yang signifikan dalam kolaborasi antarprofesi antara kedua kelompok. Hal serupa juga ditemukan pada variabel kolaborasi antarprofesi, di mana ruang non-kekhhususan memiliki peringkat lebih tinggi

(*Mean Rank* = 115.52) dibandingkan ruang Kekhususan (*Mean Rank* = 98.85), dengan nilai $p = 0.019$, yang menunjukkan perbedaan signifikan dalam kolaborasi antarprofesi. Pada variabel Beban Kerja, ruang non-kekhususan memiliki nilai yang lebih tinggi (*Mean Rank* = 120.63) dibandingkan dengan ruang kekhususan (*Mean Rank* = 91.84), dengan nilai $p < 0.001$, yang menandakan perbedaan signifikan dalam beban kerja antara kedua kelompok. Variabel kualitas interaksi dalam tim, tidak ditemukan perbedaan signifikan antara kedua kelompok ($p = 0.680$), yang menunjukkan bahwa kualitas interaksi dalam tim relatif sama di kedua jenis ruang. Variabel *burnout* menunjukkan bahwa ruang non-kekhususan memiliki peringkat lebih tinggi (*Mean Rank* = 126.63) dibandingkan ruang kekhususan (*Mean Rank* = 83.60), meskipun nilai $p = 0.067$, yang berarti perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Begitu pula pada variabel kepuasan kerja, yang juga tidak menunjukkan perbedaan signifikan antara kedua kelompok ($p = 0.172$). Secara keseluruhan, hasil uji ini menunjukkan bahwa kolaborasi antarprofesi dan beban kerja lebih tinggi di ruang non-kekhususan, sementara kualitas interaksi tim, burnout, dan kepuasan kerja tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kedua ruang tersebut.

4.4.2 Perbedaan pelaksanaan sistem (struktur, proses, dan hasil) di ruang kekhususan dan non-kekhususan.

Variabel komposit sistem disusun untuk menggambarkan pelaksanaan sistem pelayanan keperawatan yang mencakup aspek struktur, proses, dan hasil. Sistem pelayanan keperawatan dipahami sebagai suatu kesatuan yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, sehingga pengukuran yang mempertimbangkan lebih dari satu indikator dipandang relevan dalam menilai kinerja sistem pelayanan kesehatan (WHO, 2021).

Pembentukan variabel komposit dilakukan melalui penggabungan skor kategorik, yaitu skor total masing-masing kategori yang diperoleh setelah proses skoring indikator penyusunnya. Penggabungan skor ini dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa setiap kategori merepresentasikan satu domain sistem, sehingga secara bersama-sama dapat memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai pelaksanaan sistem pelayanan keperawatan. Pendekatan

agregasi skor seperti ini telah digunakan dalam kajian metodologi pengukuran konstruk sistem dan organisasi (Hair, Hult, et al., 2019; Kline, 2023).

Sebelum dilakukan penggabungan, skor masing-masing kategori ditransformasikan ke dalam bentuk *Z-score* dan selanjutnya *T-score*. Transformasi ini dilakukan untuk menyetarakan skala pengukuran, mengingat variabel-variabel penyusun sistem memiliki perbedaan kategorisasi dan rentang skor. Dengan penyetaraan skala tersebut, skor komposit yang dihasilkan diharapkan dapat merepresentasikan perbedaan pelaksanaan sistem secara lebih proporsional. Penggunaan transformasi skor dalam konteks ini dipahami sebagai langkah analitik yang bersifat opsional dan disesuaikan dengan tujuan penelitian, terutama ketika fokus analisis adalah perbandingan antar kelompok (DeVellis & Thorpe, 2021; Hair, Hult, et al., 2019).

Tabel 4.43 Hasil uji *mann whitney* sistem di ruang kekhhusus dan non kekhhusus di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB pada Bulan Oktober 2025 (n=216)

Variabel	Kelompok	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P-Value
Sistem	Ruang Kekhususan	77.84	7083.50		
	Ruang Non-Kekhususan	130.82	16352.50		
				-6.252	<0.001

Sumber: Data Primer di olah (2025)

Berdasarkan hasil uji *Mann-Whitney* pada Tabel 4.34, terdapat perbedaan yang signifikan dalam pelaksanaan sistem antara ruang kekhususan dan ruang non-kekhususan di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi NTB. Hal ini ditunjukkan oleh nilai statistik *Z* sebesar -6.252 dengan nilai $p < 0,001$, yang mengindikasikan bahwa perbedaan distribusi skor sistem antara kedua kelompok tidak terjadi secara kebetulan dan memiliki makna statistik yang kuat.

Nilai *mean rank* menunjukkan bahwa ruang non-kekhususan memiliki peringkat rata-rata yang lebih tinggi dibandingkan ruang kekhususan. Temuan ini mengindikasikan bahwa secara keseluruhan pelaksanaan sistem pada ruang non-kekhususan cenderung berada pada tingkat yang lebih tinggi dibandingkan ruang kekhususan. Perbedaan arah *mean rank* tersebut mencerminkan adanya variasi karakteristik sistem pelayanan antara kedua jenis ruang, baik dari aspek struktur, proses, maupun hasil, sebagaimana direpresentasikan oleh skor komposit sistem yang digunakan dalam penelitian ini. Nilai statistik *Z* yang bernilai negatif menunjukkan arah perbedaan distribusi skor, di mana

kelompok ruang kekhususan memiliki peringkat yang lebih rendah dibandingkan ruang non-kekhususan.

4.5 Pembahasan

4.5.1 Karakteristik responden

Responden yang terlibat pada penelitian ini adalah 216 perawat pelaksana yang bekerja di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat. Responden terbagi menjadi dua kelompok ruang: ruang kekhususan sebanyak 91 orang dan ruang non-kekhususan 125 orang. Karakteristik utama yang diamati meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, lama bekerja di ruang saat ini, jabatan, dan status kepegawaian. Berdasarkan usia, responden lebih banyak berada dalam rentang usia produktif, yaitu 31-40 tahun. Penelitian oleh Aiken *et al.* (2018) menunjukkan bahwa usia perawat berpengaruh terhadap pengalaman klinis dan kinerja mereka. Kelompok usia ini cenderung memiliki pengalaman yang cukup dalam menghadapi tantangan klinis di rumah sakit, serta kemampuan adaptasi yang baik dalam pelaksanaan model asuhan keperawatan profesional metode primer (PNCM).

Berdasarkan jenis kelamin, lebih banyak responden adalah perempuan, baik di ruang kekhususan maupun di ruang non-kekhususan. Penelitian oleh Swearingen *et al.* (2019) menyoroti bahwa meskipun dominasi perawat perempuan tinggi, gender tidak berpengaruh signifikan terhadap pengambilan keputusan klinis atau penerapan model asuhan seperti PNCM, melainkan lebih pada faktor pengalaman dan keahlian klinis. Berdasarkan pendidikan, lebih banyak responden memiliki pendidikan terakhir Ners, baik di ruang kekhususan maupun di ruang non-kekhususan. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi seperti Ners menunjukkan kualitas keperawatan yang lebih tinggi dan kemampuan untuk menerapkan pendekatan berbasis bukti dalam praktik keperawatan, yang sejalan dengan hasil studi oleh Grol *et al.* (2020) yang mengemukakan bahwa pendidikan profesional yang tinggi meningkatkan kompetensi klinis dalam pelaksanaan PNCM.

Masa kerja responden menunjukkan bahwa sebagian besar perawat telah bekerja antara 1–5 tahun, di ruang kekhususan maupun di ruang non-kekhususan. Pengalaman ini memungkinkan perawat untuk mengelola beban kerja yang kompleks dan beradaptasi dengan model keperawatan yang diterapkan, sesuai dengan temuan oleh McHugh & Stimpfel (2020) yang menekankan bahwa pengalaman kerja perawat berhubungan dengan kemampuan mereka dalam mengelola intervensi keperawatan dengan lebih efisien. Berdasarkan lama bekerja di ruang saat ini, mayoritas perawat memiliki pengalaman kerja 1–5 tahun, baik di ruang kekhususan maupun ruang non-kekhususan. Hal ini mengindikasikan tingkat kematangan dalam beradaptasi dengan karakteristik spesifik ruang rawat. Perawat dengan masa kerja klinis lebih lama melaporkan tingkat kompetensi klinis yang lebih tinggi termasuk kemampuan dalam penilaian klinis, perencanaan keperawatan, dan koordinasi asuhan dibandingkan perawat dengan pengalaman kerja lebih pendek (Saiga et al., 2024). Temuan ini mendukung bahwa pengalaman kerja dapat memperkuat kapasitas perawat dalam mengimplementasikan proses keperawatan secara lebih efektif.

Sebagian besar responden berstatus sebagai perawat pelaksana, di ruang kekhususan dan di ruang non-kekhususan. Perawat pelaksana merupakan garda terdepan dalam memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien. Penelitian oleh Fetouh (2023) menunjukkan bahwa meskipun mereka memiliki tugas yang lebih banyak dalam interaksi langsung dengan pasien, mereka juga memiliki peran penting dalam pelaksanaan model asuhan keperawatan primer karena keterlibatan mereka dalam pengambilan keputusan sehari-hari yang berhubungan dengan perawatan pasien. Dalam hal status kepegawaian, sebagian besar responden berstatus non-PNS di kedua ruangan. Meskipun status kepegawaian non-PNS dapat memengaruhi tingkat loyalitas dan kestabilan perawat dalam jangka panjang. Studi oleh Jelodar et al. (2023) menunjukkan bahwa meskipun perbedaan status kepegawaian terdapat di sebagian rumah sakit, komitmen organisasi dan dukungan unit kerja menjadi faktor penting dalam memastikan kualitas asuhan keperawatan. Secara keseluruhan, karakteristik demografi responden pada penelitian ini menunjukkan homogenitas dalam

beberapa aspek, seperti pendidikan, usia, dan jenis kelamin. Keberagaman dalam karakteristik responden ini menunjukkan adanya keanekaragaman pengalaman dan latar belakang perawat di RSUD Provinsi NTB, yang dapat memperkaya penerapan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer di kedua ruang. Hal ini juga menggambarkan potensi untuk adaptasi dan pengembangan PNCM lebih lanjut di unit-unit dengan karakteristik yang berbeda, serta pentingnya kebijakan rumah sakit dalam mendukung pelatihan dan pengembangan profesional perawat.

4.5.2 Pengaruh PNCM terhadap kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa PNCM berpengaruh terhadap kolaborasi antar profesi di ruang kekhususan tapi tidak berpengaruh di ruang non kekhususan. Pengaruh PNCM terhadap kolaborasi antarprofesi dapat dijelaskan melalui literatur terbaru mengenai praktik interprofesional. Källén et al. (2022) menemukan bahwa efektivitas kolaborasi antarprofesi pada bangsal medikal dan spesialis sangat ditentukan oleh kejelasan peran dan struktur komunikasi yang mendasari visite harian. Dalam unit yang memiliki struktur peran yang lebih stabil, anggota tim lebih mudah menegosiasikan keputusan klinis, memahami kontribusi masing-masing profesi, dan membangun hubungan komunikasi yang produktif (M. Källén et al., 2022). Kondisi ini sangat relevan dengan pola kerja ruang kekhususan, di mana kejelasan peran perawat primer membuat alur kolaborasi menjadi lebih terarah dan dapat dikelola.

Stabilitas alur kerja di ruang kekhususan memungkinkan perawat primer menjalankan tugasnya secara konsisten, termasuk dalam mengoordinasikan asuhan dan mengarahkan tim. Cocchieri et al. (2021) dalam penelitian mengenai implementasi *Primary Nursing* di rumah sakit melaporkan bahwa kejelasan peran dan kontinuitas penanggung jawab asuhan tidak hanya meningkatkan kolaborasi antarprofesi, tetapi juga memperbaiki koordinasi klinis, komunikasi, serta kepuasan pasien (Cocchieri et al., 2021). Mekanisme inilah yang tampak terjadi dalam konteks ruang kekhususan RSUD Provinsi NTB, di mana struktur menjadi fondasi penting bagi terciptanya proses pelayanan yang berkualitas.

Kolaborasi antarprofesi pada ruang non-kekhususan memiliki tantangan yang berbeda. Källén et al. (2022) menunjukkan bahwa kolaborasi selama *visite* interdisipliner ditentukan oleh dinamika komunikasi nyata, negosiasi peran, dan pengambilan keputusan klinis yang terjadi saat itu juga, bukan semata oleh struktur organisasi yang tertulis (M. Källén et al., 2022). Moloro et al. (2025) dalam tinjauan sistematis menunjukkan bahwa efektivitas kolaborasi antarprofesi sangat ditentukan oleh faktor kontekstual seperti budaya tim, komunikasi informal, dan adaptasi anggota tim terhadap situasi klinis harian (M. Moloro et al., 2025).

Ruang non-kekhususan, yang mungkin lebih fleksibel dalam hal struktur dan alur kerja, menghadapi tantangan yang berbeda. Kolaborasi antar profesi di ruang non-kekhususan lebih dipengaruhi oleh faktor kontekstual dan dinamika komunikasi yang terjadi dalam interaksi harian. Källén et al. (2022) mencatat bahwa di ruang yang kurang terstruktur, seperti ruang non-kekhususan, negosiasi peran yang terjadi secara langsung selama proses kerja (misalnya, saat melakukan *visite* atau pengambilan keputusan klinis secara langsung) menjadi faktor yang lebih penting daripada struktur yang formal. Dengan kata lain, di ruang non-kekhususan, keterbukaan komunikasi informal dan kemampuan tim untuk beradaptasi dengan situasi yang berubah cepat menjadi faktor utama yang menentukan efektivitas kolaborasi.

Ruang non-kekhususan menunjukkan faktor-faktor seperti budaya tim, komunikasi informal, dan kemampuan anggota tim untuk beradaptasi dengan situasi klinis yang dinamis dapat lebih dominan dalam mempengaruhi kolaborasi. Moloro et al. (2025) menyatakan bahwa kolaborasi antarprofesi dalam tim dengan budaya komunikasi yang baik dan kemampuan beradaptasi yang tinggi akan lebih efektif, bahkan di ruang yang kurang terstruktur sekalipun. Ini menjelaskan mengapa PNCM mungkin tidak menunjukkan pengaruh yang sama di ruang non-kekhususan, di mana faktor kontekstual dan kepribadian anggota tim lebih berperan daripada struktur formal yang diberikan oleh PNCM.

4.5.3 Pengaruh PNCM terhadap beban kerja di ruang kekhususan dan non kekhususan.

PNCM tidak berpengaruh terhadap beban kerja baik di ruang kekhususan maupun di ruang non kekhususan. Beban kerja perawat dikenal sebagai fenomena multidimensional, yang mencakup beban fisik, kognitif, dan emosional. Vargas-Escobar et al. (2024) menegaskan bahwa beban kerja perawat bukan hanya dipengaruhi oleh jumlah pasien, tetapi juga oleh kapasitas perawat untuk memberikan asuhan dan ketersediaan sumber daya yang memadai. Meskipun PNCM memperkenalkan struktur yang jelas dalam pembagian tanggung jawab, faktor-faktor internal, seperti rasio pasien-perawat, serta eksternal, seperti beban administratif yang tinggi, tetap menjadi pengaruh dominan dalam menilai beban kerja yang dirasakan oleh perawat. Penelitian Ivziku et al. (2024) menunjukkan bahwa beban kerja fisik, kognitif, dan emosional perawat sangat dipengaruhi oleh kompleksitas tugas yang tidak bisa hanya diatur dengan model keperawatan. Dengan kata lain, meskipun PNCM memberikan struktur peran yang jelas, tantangan-tantangan lain yang dihadapi perawat (seperti tugas administratif yang berat dan komunikasi lintas profesi) tetap mempengaruhi total beban kerja yang dirasakan.

Kolaborasi antarprofesi dalam PNCM memiliki potensi untuk mengurangi beban kerja perawat melalui koordinasi yang lebih baik. Namun, seperti yang ditemukan oleh Cucolo et al. (2024), kolaborasi juga dapat menambah beban kerja perawat, terutama terkait dengan peningkatan dokumentasi dan rapat koordinatif yang lebih intensif. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun ada potensi untuk mengurangi beban melalui koordinasi yang lebih baik, aspek administratif dari kolaborasi justru bisa menjadi beban tambahan yang meningkatkan pekerjaan perawat. Meskipun PNCM mendorong kolaborasi, kompleksitas komunikasi dan dokumentasi yang meningkat bisa menambah beban kerja yang dirasakan oleh perawat. Song et al. (2024) menekankan bahwa beban kerja perawat sangat fluktuatif dan dipengaruhi oleh faktor pasien, perawat, dan organisasi secara simultan. Beban kerja di unit perawatan bisa berubah dengan cepat tergantung pada jumlah pasien, keparahan kondisi pasien, serta kondisi unit perawatan. Hal

ini menunjukkan bahwa beban kerja perawat bukan hanya ditentukan oleh model keperawatan seperti PNCM, melainkan juga oleh kondisi kontekstual yang lebih luas. Oleh karena itu, meskipun PNCM mungkin mengatur struktur peran perawat, faktor lain seperti rasio pasien–perawat dan ketersediaan sumber daya tetap menjadi determinan utama dalam menentukan beban kerja perawat. Teori *nursing workload* modern juga memperkuat pemahaman ini. Song et al. (2024) menunjukkan bahwa prediktor beban kerja perawat pada unit perawatan tidak hanya bertumpu pada struktur, tetapi sangat dipengaruhi oleh faktor pasien, faktor perawat, dan faktor organisasi secara simultan, serta bahwa beban kerja bersifat fluktuatif dan kontekstual (Song et al., 2024).

Temuan ini mempertegas bahwa meskipun PNCM dapat meningkatkan kontinuitas dan kualitas asuhan, beban kerja perawat dipengaruhi oleh faktor lain yang lebih kompleks dan kontekstual, seperti rasio pasien-perawat, kompleksitas tugas, serta proses administratif yang ada dalam organisasi rumah sakit.

4.5.4 Pengaruh PNCM terhadap kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non kekhususan.

PNCM berpengaruh terhadap kualitas interaksi dalam tim baik di ruang kekhususan maupun di ruang non kekhususan. Kualitas interaksi tim juga dipengaruhi oleh kuatnya struktur pelaksanaan MAKP. Studi oleh Gesner et al. (2022) menunjukkan bahwa struktur pendukung dokumentasi yang baik dan pembagian peran yang jelas memfasilitasi interaksi tim yang lebih efektif, karena anggota tim memiliki pemahaman yang sama tentang alur kerja dan status klinis pasien Gesner et al. (2022). Temuan ini mendukung interpretasi bahwa struktur MAKP yang kuat membantu menciptakan interaksi tim yang produktif, terutama dalam ruang dengan kasus-kasus homogenya relatif terarah seperti ruang kekhususan. Dalam konteks PNCM, kejelasan peran perawat primer sebagai koordinator asuhan dan anggota tim lainnya sebagai profesional pendukung sangat penting untuk memfasilitasi interaksi yang produktif.

Unit dengan struktur yang jelas, anggota tim lebih mudah berkomunikasi dan menyelaraskan tindakan mereka, yang secara langsung meningkatkan kualitas interaksi tim (Gesner et al., 2022). Penerapan PNCM mengatur tugas dan

tanggung jawab perawat primer dengan jelas, yang memfasilitasi koordinasi yang lebih baik di antara profesi lainnya. Hal ini sangat penting terutama di ruang kekhususan, di mana kasus pasien yang lebih homogen memungkinkan peran perawat primer untuk lebih fokus dan terstruktur. Kejelasan dalam pembagian peran dan tanggung jawab ini membuat komunikasi lebih terarah, yang pada gilirannya meningkatkan interaksi tim yang lebih efektif (Cocchieri et al., 2021).

Penelitian oleh Källén et al. (2022) menyoroti pentingnya kolaborasi interprofesional dalam meningkatkan kualitas perawatan pasien. Dalam konteks PNCM, kolaborasi antarprofesi yang terorganisir dan efektif dapat menurunkan kesalahan medis, mempercepat pengambilan keputusan, dan meningkatkan kualitas hasil perawatan pasien. Temuan menunjukkan bahwa PNCM berperan penting dalam memperkuat interaksi antar profesi, yang sangat bermanfaat terutama di ruang non-kekhususan yang seringkali memiliki pasien dengan kondisi yang lebih beragam. Kolaborasi antar profesi yang baik, yang difasilitasi oleh struktur yang jelas dalam PNCM, memungkinkan anggota tim untuk lebih mudah beradaptasi dengan kebutuhan pasien yang berubah, serta melakukan penyesuaian perawatan yang lebih cepat. Dalam hal ini, struktur dan pembagian tugas yang jelas menjadi kunci dalam meningkatkan interaksi tim yang

4.5.5 Pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap burnout perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Variabel kolaborasi antarprofesi tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap tingkat *burnout* perawat, baik di ruang kekhususan maupun non-kekhususan. *Burnout* di kalangan perawat saat ini banyak dikaitkan dengan berbagai faktor organisasi, bukan hanya dinamika tim atau kolaborasi interpersonal. Ulasan sistematis dan meta-analisis dalam *Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: an overview of systematic reviews and meta-analyses* (Zhang & Song, 2020) menunjukkan bahwa intervensi yang efektif dalam mengurangi *burnout* sering melibatkan strategi komprehensif termasuk penataan beban kerja, peningkatan *staffing*, manajemen beban administratif, serta dukungan organisasi bukan hanya peningkatan kolaborasi tim.

Penelitian oleh Chiminelli-Tomás *et al.* (2025), menemukan bahwa karakteristik lingkungan profesional keperawatan termasuk *staffing adequacy*, rasio perawat-pasien, kondisi pekerjaan, dan lingkungan organisasi secara signifikan mempengaruhi risiko *burnout*. Jika kondisi-kondisi ini tidak berubah bersamaan dengan peningkatan kolaborasi, maka kolaborasi saja cenderung tidak cukup menurunkan beban emosional atau kelelahan kerja. Kompleksitas interaksi antar banyak faktor: kolaborasi tim adalah salah satu bagian dari lingkungan kerja, tetapi faktor struktural dan organisasi (misalnya *staffing*, beban administratif, rasio pasien-perawat, sistem kerja shift) memainkan peran dominan dalam menentukan tingkat *burnout*.

Praktik kolaborasi tidak selalu meminimalkan beban kerja, sebaliknya, kolaborasi dapat menjadi sumber beban tambahan, terutama dalam konteks tugas administratif, koordinasi lintas profesi, dan komunikasi intensif. Hasil dari *systematic review* Oliveira *et al.* (2024) menunjukkan bahwa praktik interprofesional bisa meningkatkan “*time dedicated to professional communication*” dan beban emosional jika hubungan tim tidak harmonis atau jika kerja tim memerlukan usaha komunikasi tinggi. Kolaborasi tidak serta-merta mengurangi stres kerja; kolaborasi bisa menjadi bagian dari beban tambahan bila tidak didukung dengan sistem kerja dan manajemen sumber daya manusia yang memadai.

Fenomena *burnout* telah secara konsisten diidentifikasi sebagai hasil dari stres kerja kronis, beban emosional, tingkat tuntutan pekerjaan, serta kondisi organisasi. Meta-analisis terbaru oleh Vargas-Benítez *et al.* (2023) menegaskan bahwa dalam lingkungan perawatan kesehatan yang sulit dan menuntut, *burnout* berhubungan dengan berbagai aspek seperti beban emosional, kelelahan, stres kronis, dan kurangnya dukungan organisasi. Temuan bahwa kolaborasi antarprofesi tidak berpengaruh signifikan terhadap *burnout* perawat konsisten dengan beberapa studi empiris sebelumnya, yang menunjukkan bahwa kolaborasi saja tidak cukup menurunkan kelelahan emosional atau stres kronis di kalangan perawat. *Burnout* adalah fenomena kompleks dan multidimensional yang dipengaruhi oleh kombinasi faktor individual, tim, organisasi, dan sistem.

4.5.6 Pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Hasil yang ditunjukkan menggambarkan bahwa kolaborasi antarprofesi tidak berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan, namun berpengaruh signifikan di ruang non-kekhususan. Temuan ini memberikan menjelaskan dinamika kolaborasi antarprofesi dalam konteks perbedaan jenis unit perawatan, yang memperlihatkan bahwa pengaruh kolaborasi terhadap kepuasan kerja tidak bersifat universal.

Ruang non-kekhususan, di mana pasien seringkali memiliki kondisi yang lebih beragam dan membutuhkan penanganan multidisipliner, kolaborasi antarprofesi cenderung memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap kepuasan kerja perawat. Penelitian oleh Kalisch & Xie (2021) menunjukkan bahwa dalam unit dengan pasien yang beragam, kolaborasi antarprofesi yang efektif dapat meningkatkan komunikasi tim, memperbaiki koordinasi perawatan, dan mengurangi kesalahan medis, yang pada gilirannya meningkatkan kepuasan kerja perawat. Komunikasi yang efisien dan pembagian tugas yang jelas sangat penting untuk mengelola kompleksitas perawatan, yang bisa mengurangi stres kerja perawat dan meningkatkan kepuasan mereka terhadap lingkungan kerja.

Kolaborasi antarprofesi di ruang non-kekhususan dapat memperbaiki kepuasan kerja, kerjasama tim yang baik memungkinkan perawat untuk merasa lebih didukung, mendapatkan umpan balik yang konstruktif, dan merasa lebih terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan pasien (Cucolo et al., 2024). Dengan demikian, kolaborasi antarprofesi di ruang non-kekhususan lebih relevan dalam memperbaiki pengalaman kerja perawat yang berhadapan dengan pasien dengan kondisi yang lebih kompleks dan beragam.

Ruang kekhususan, yang umumnya menangani pasien dengan kondisi yang lebih seragam dan lebih terarah, pengaruh kolaborasi antarprofesi terhadap kepuasan kerja perawat tidak terbukti signifikan. Penelitian oleh Hobson et al. (2022) menunjukkan bahwa di ruang dengan pasien yang lebih homogen, di mana perawatan biasanya lebih terstandarisasi dan peran masing-masing anggota tim lebih jelas, kolaborasi antarprofesi mungkin tidak menjadi faktor penentu utama

dalam meningkatkan kepuasan kerja. Sebagai contoh, perawat primer di ruang kekhususan mungkin sudah memiliki tanggung jawab yang jelas dan tidak memerlukan tingkat interaksi atau koordinasi intensif dengan profesi lain.

Ruang kekhususan memberikan kejelasan peran dan tanggung jawab dalam pengelolaan pasien cenderung mengurangi kebutuhan akan komunikasi berlebihan antar profesi. Sebagaimana ditemukan dalam penelitian oleh Källén et al. (2022), dalam unit yang memiliki struktur yang lebih stabil dan jelas, seperti ruang kekhususan, perawat merasa lebih terorganisir dan fokus pada peran spesifik mereka, yang mengurangi ketergantungan pada kolaborasi dengan tim lain. Oleh karena itu, meskipun kolaborasi antarprofesi penting, kejelasan peran dan rutinitas yang sudah terbentuk sering kali lebih berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dibandingkan dengan kolaborasi antarprofesi yang intensif.

Penelitian oleh Aiken et al. (2023) juga menekankan bahwa kepuasan kerja perawat sangat dipengaruhi oleh kondisi kerja, beban kerja, dan dukungan organisasi, selain faktor kolaborasi. Dalam unit dengan pasien yang lebih heterogen (seperti ruang non-kekhususan), dukungan sosial melalui kolaborasi antarprofesi sering kali menjadi lebih penting karena perawat sering merasa lebih tertekan dan membutuhkan dukungan dari tim untuk menangani kompleksitas tugas. Sebaliknya, di ruang kekhususan, dengan penanganan pasien yang lebih terstandarisasi, perawat lebih mandiri dalam peran mereka, sehingga kolaborasi antarprofesi tidak lagi menjadi faktor penentu dalam meningkatkan kepuasan kerja.

Faktor seperti beban administratif, rasio perawat-pasien, dan kondisi fisik ruang perawatan lebih mungkin mempengaruhi kepuasan kerja secara keseluruhan. Penelitian oleh Vargas-Benítez et al. (2023) menunjukkan bahwa selain interaksi tim, faktor-faktor organisasi seperti rasio pasien perawat dan manajemen stres kerja memiliki kontribusi yang lebih besar terhadap tingkat kepuasan kerja perawat. Oleh karena itu, meskipun kolaborasi antarprofesi dapat membantu dalam memperbaiki kepuasan kerja di ruang non-kekhususan, faktor-faktor lainnya juga harus dipertimbangkan dalam analisis.

4.5.7 Pengaruh beban kerja terhadap burnout perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa beban kerja perawat tidak berpengaruh signifikan terhadap *burnout*, baik di ruang kekhususan maupun di ruang non kekhususan. Temuan ini mengindikasikan bahwa hubungan antara beban kerja dan burnout tidak bersifat universal dan sangat dipengaruhi oleh karakteristik unit layanan serta konteks organisasi dan lingkungan kerja.

Meskipun beban kerja yang tinggi sering diasosiasikan dengan kelelahan emosional (*emotional exhaustion*), faktor-faktor moderasi seperti kendali atas pekerjaan, dukungan organisasi, dan kecocokan nilai dapat mengurangi risiko burnout (Dall'Ora, et al. 2020). Di ruang kekhususan, dengan struktur perawatan yang stabil, rasio perawat-pasien yang konsisten, tim yang terlatih, serta protokol klinis yang jelas, perawat mungkin memiliki kontrol lebih besar terhadap pekerjaan mereka, sehingga meskipun beban kerja tinggi, hal ini tidak berujung pada burnout. Sebaliknya, di ruang non kekhususan, faktor-faktor seperti variabilitas kasus, kompleksitas tugas, dan beban administratif dapat meningkatkan tuntutan kerja dan stres, namun tetap tidak berpengaruh signifikan terhadap burnout. Penelitian oleh Diehl et al. (2021) juga mengonfirmasi bahwa hubungan antara beban kerja dan *burnout* dapat dimoderasi oleh faktor-faktor individu, sosial, dan organisasi, seperti dukungan tim dan resilien perawat. Dalam konteks ruang yang terstruktur dengan protokol yang jelas, seperti ruang kekhususan, beban kerja tinggi tidak selalu menyebabkan burnout karena adanya mekanisme protektif, seperti struktur kerja yang baik, dukungan tim, dan kontrol terhadap pekerjaan.

Model *Job Demands–Resources* (JD–R) memaparkan bahwa terjadinya burnout merupakan konsekuensi dari ketidakseimbangan antara tuntutan pekerjaan (*job demands*) dan ketersediaan sumber daya kerja (*job resources*). Dalam konteks ruang kekhususan, apabila organisasi mampu menyediakan sumber daya yang memadai, seperti jumlah tenaga keperawatan yang proporsional, sistem pengelolaan beban kerja yang efektif, serta dukungan supervisi yang kuat, maka tingkat tuntutan kerja yang tinggi tidak secara otomatis

meningkatkan risiko burnout. Kondisi inilah yang dapat menjelaskan temuan penelitian bahwa beban kerja tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap burnout pada perawat di ruang kekhhususan.

Ruang non kekhhususan menunjukkan meskipun beban kerja tinggi, faktor kontekstual seperti variasi kasus, ketidakpastian, dan beban administratif lebih mendominasi, tetapi tidak menunjukkan pengaruh signifikan terhadap *burnout*. Literatur dari Brassington et al. (2025) menunjukkan bahwa persepsi beban kerja tinggi dan lingkungan praktik yang tidak mendukung terkait dengan peningkatan risiko *burnout*, namun dalam penelitian ini, faktor-faktor tersebut tidak berpengaruh signifikan terhadap burnout di kedua ruang. Secara keseluruhan, temuan ini menunjukkan bahwa pengaruh beban kerja terhadap *burnout* sangat bergantung pada faktor kontekstual, seperti struktur organisasi, dukungan tim, dan mekanisme protektif yang ada di masing-masing ruang perawatan, baik di ruang kekhhususan maupun non kekhhususan.

4.5.8 Pengaruh beban kerja terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhhususan dan non kekhhususan.

Beban kerja perawat tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan kerja perawat, baik di ruang kekhhususan maupun ruang non-kekhhususan. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun beban kerja sering diasumsikan sebagai faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepuasan kerja, dalam konteks penelitian ini, hubungan tersebut tidak terbukti signifikan. Kepuasan kerja perawat adalah fenomena yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang bersifat internal maupun eksternal, yang mencakup aspek seperti penghargaan terhadap pekerjaan, hubungan dengan rekan kerja, dukungan manajerial, kondisi fisik lingkungan kerja, serta kesempatan untuk pengembangan karir (Laschinger & Wong, 2022). Meskipun beban kerja merupakan salah satu faktor yang berpotensi mempengaruhi kepuasan kerja, temuan ini menegaskan bahwa faktor-faktor lain, seperti dukungan sosial, kebijakan rumah sakit, dan kesejahteraan pribadi perawat, mungkin memiliki peran yang lebih dominan dalam mempengaruhi kepuasan kerja perawat.

Penelitian oleh Taris et al. (2021) juga menunjukkan bahwa meskipun beban kerja tinggi dapat menyebabkan stres dan kelelahan, hubungan antara beban kerja dan kepuasan kerja tidak selalu bersifat langsung. Dalam beberapa kasus, perawat yang menghadapi beban kerja berat masih dapat merasa puas dengan pekerjaannya jika mereka mendapatkan dukungan emosional yang cukup, memiliki hubungan positif dengan rekan kerja, atau merasa bahwa pekerjaan mereka memberikan makna (Taris et al., 2021).

Dalam konteks rumah sakit, dukungan sosial dari rekan sejawat dan atasan sering kali lebih berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat daripada sekadar beban kerja yang mereka hadapi. Penelitian oleh Karsh et al. (2023) menunjukkan bahwa dukungan manajerial dan hubungan tim yang baik dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat, meskipun mereka menghadapi beban kerja yang tinggi. Hal ini berarti bahwa meskipun beban kerja yang tinggi dapat memberikan dampak negatif terhadap kesejahteraan fisik dan psikologis perawat, pengelolaan tim yang efektif dan dukungan organisasi yang kuat dapat meredakan dampak tersebut dan menjaga tingkat kepuasan kerja perawat tetap tinggi.

Penelitian oleh Aiken et al. (2022) lebih lanjut menekankan bahwa kepuasan kerja perawat lebih dipengaruhi oleh aspek-aspek lingkungan kerja, seperti rasio perawat-pasien, kejelasan peran, dan kesempatan untuk perkembangan profesional, daripada oleh beban kerja itu sendiri. Bahkan, di beberapa unit perawatan dengan beban kerja yang tinggi, perawat melaporkan tingkat kepuasan yang lebih tinggi ketika mereka merasa dihargai dan mendapatkan dukungan yang cukup dari tim mereka dan manajemen.

Perbedaan antara ruang kekhususan dan ruang non-kekhususan juga dapat memberikan wawasan tentang peran beban kerja dalam kepuasan kerja. Di ruang kekhususan, di mana kasus pasien lebih terstruktur dan mungkin lebih fokus pada jenis asuhan tertentu, perawat mungkin merasa lebih puas dengan pekerjaan mereka meskipun menghadapi beban kerja yang tinggi, karena mereka merasa lebih kompeten dalam menangani tugas yang spesifik. Sementara itu, di ruang non-kekhususan, yang seringkali lebih dinamis dengan pasien yang lebih beragam, beban kerja mungkin lebih fluktuatif, dan kepuasan kerja perawat

mungkin lebih dipengaruhi oleh faktor kontekstual lain seperti variabilitas beban kerja, keterbatasan sumber daya, dan dukungan organisasi.

4.5.9 Pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap burnout di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Kualitas interaksi dalam tim berpengaruh signifikan terhadap *burnout* perawat di ruang kekhususan, namun tidak berpengaruh di ruang non-kekhususan. Di ruang kekhususan, interaksi yang terstruktur dan kolaboratif antara perawat memungkinkan perbaikan komunikasi dan koordinasi, yang pada gilirannya dapat mengurangi tingkat *burnout* perawat. Ruang non-kekhususan, meskipun interaksi tim terjadi secara rutin, faktor-faktor lain seperti rasio perawat-pasien, beban administratif, dan kondisi organisasi lebih dominan mempengaruhi tingkat *burnout*.

Penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun kualitas interaksi tim perawat di ruang kekhususan dapat memperbaiki kolaborasi, faktor lain seperti rasio perawat-pasien, beban administratif, dan kesejahteraan perawat secara keseluruhan lebih berperan dalam menentukan tingkat burnout perawat, terutama di ruang non-kekhususan. Studi oleh Vargas-Escobar et al. (2024) mengonfirmasi bahwa faktor-faktor sistemik dan organisasional, seperti jumlah pasien, kebijakan manajerial, serta dukungan organisasi, memiliki dampak yang lebih besar terhadap burnout dibandingkan dengan interaksi tim. Temuan ini menyarankan bahwa meskipun kolaborasi dan interaksi tim dapat meningkatkan koordinasi dalam pemberian asuhan, hal tersebut tidak cukup untuk mengatasi peningkatan beban emosional dan stres kerja yang dihadapi oleh perawat.

Penelitian sebelumnya, seperti yang dilakukan oleh Moloro et al., (2024), menemukan bahwa meskipun kolaborasi antar profesi dan interaksi tim dapat memperbaiki komunikasi dan koordinasi dalam pekerjaan, hal ini tidak selalu mengarah pada pengurangan *burnout* perawat. Kolaborasi tim bahkan dapat menambah beban perawat jika melibatkan tugas tambahan seperti rapat koordinasi dan dokumentasi. Dalam konteks ini, meskipun interaksi tim dapat memperbaiki pemahaman dan koordinasi kerja, beban administratif dan tuntutan komunikasi yang tinggi justru dapat meningkatkan *burnout*.

Faktor-faktor organisasi dan kondisi rumah sakit sering kali menjadi penentu utama tingkat *burnout* perawat. Penelitian (Kalisch & Xie, 2021) menemukan bahwa kondisi lingkungan kerja seperti kekurangan staf, rasio perawat-pasien yang tinggi, jam kerja yang panjang, dan kurangnya dukungan organisasi lebih berpengaruh dalam meningkatkan *burnout* dibandingkan dengan interaksi tim itu sendiri. Maslach & Leiter (2020) juga menekankan bahwa meskipun interaksi tim yang baik dapat mengurangi stres dalam beberapa konteks, beban kerja yang berlebihan dan kurangnya kontrol atas pekerjaan tetap menjadi faktor utama penyebab *burnout*. Secara keseluruhan, interaksi dalam tim memiliki pengaruh positif terhadap *burnout* perawat di ruang kekhususan, terutama melalui peningkatan komunikasi dan koordinasi. Ruang non-kekhususan, meskipun interaksi tim terjadi, faktor-faktor eksternal seperti beban kerja dan kondisi organisasi tetap menjadi determinan utama yang mempengaruhi tingkat *burnout*.

4.5.10 Pengaruh kualitas interaksi dalam tim terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas interaksi dalam tim keperawatan memberikan pengaruh yang bermakna terhadap tingkat kepuasan kerja perawat, baik pada unit kekhususan maupun non-kekhususan. Temuan ini menegaskan bahwa efektivitas kerja tim memiliki peran sentral dalam membentuk kualitas pengalaman kerja perawat serta kepuasan profesional yang dirasakan. Lebih lanjut, kualitas interaksi tim berkontribusi terhadap peningkatan kinerja organisasi dan mutu pelayanan kepada pasien. Interaksi tim yang positif merupakan komponen fundamental dalam menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, yang selanjutnya dapat memperkuat motivasi, komitmen, dan kesejahteraan psikologis perawat.

Penelitian yang dilakukan oleh Aiken et al. (2023) Temuan tersebut mengindikasikan bahwa kualitas interaksi tim yang positif serta kolaborasi yang efektif antar perawat berperan penting dalam meningkatkan kepuasan kerja melalui penurunan tingkat stres dan kelelahan kerja, sekaligus memperkuat komunikasi antarprofesi. Pada unit pelayanan yang ditandai dengan interaksi tim yang solid, perawat cenderung merasakan penghargaan yang lebih tinggi,

keterlibatan yang lebih besar dalam proses pengambilan keputusan, serta hubungan profesional yang lebih konstruktif dengan rekan sejawat. Hal ini mengarah pada peningkatan kepuasan kerja, karena perawat merasa lebih terdukungan dan memiliki kontrol lebih besar terhadap pekerjaan mereka (Aiken et al., 2023). Temuan Anda bahwa interaksi tim berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat mencerminkan hal tersebut, mengingat pentingnya komunikasi yang baik, koordinasi yang lancar, dan dukungan sosial di tempat kerja.

Geyer et al. (2022) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa perawat yang bekerja dalam tim dengan tingkat koordinasi yang baik cenderung memiliki tingkat kepuasan kerja yang lebih tinggi. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya perasaan dipercaya, diakui, serta keterlibatan yang lebih besar dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan langsung dengan pemberian asuhan kepada pasien. Selain itu, kualitas interaksi tim yang positif memberikan ruang bagi perawat untuk saling berbagi pengetahuan, mengembangkan keterampilan profesional, serta meminimalkan konflik interpersonal, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap peningkatan mutu kinerja dan kepuasan kerja perawat. (Geyer et al., 2022).

Salah satu faktor kunci yang menjelaskan pengaruh signifikan interaksi tim terhadap kepuasan kerja perawat pada unit kekhususan maupun non-kekhususan terletak pada struktur tim yang jelas dan pembagian tugas yang terdefinisi dengan baik sebagai fondasi koordinasi kerja. Pada unit kekhususan, karakteristik kasus pasien yang lebih spesifik dan relatif homogen memungkinkan terbentuknya komposisi tim yang lebih stabil, sehingga interaksi antar anggota tim berlangsung secara lebih terstruktur dan harmonis. Dalam situasi tersebut, kualitas interaksi dan efektivitas koordinasi yang tinggi berkontribusi langsung terhadap peningkatan kepuasan kerja perawat, karena mereka merasakan dukungan organisasi yang lebih kuat serta tingkat kontrol yang lebih besar terhadap pelaksanaan tugas profesionalnya.

Ruang non-kekhususan, yang lebih sering menangani pasien dengan kondisi yang beragam, menuntut perawat untuk beradaptasi lebih cepat dan bekerja lebih fleksibel dalam tim. Meskipun tantangan yang dihadapi lebih besar,

temuan Anda menunjukkan bahwa interaksi tim yang positif tetap memiliki dampak yang signifikan terhadap kepuasan kerja perawat, mengingat bahwa perawat di ruang ini juga mengandalkan kerja sama untuk mengelola pasien dengan kompleksitas yang tinggi. Menurut Wang et al. (2023) meskipun tantangan dalam ruang non-kekhususan lebih besar, kualitas interaksi tim tetap dapat memperkuat hubungan interpersonal dan dukung-mendukung antar anggota tim, yang berperan besar dalam meningkatkan kepuasan kerja perawat (Wang et al., 2023).

Secara keseluruhan, temuan ini menegaskan bahwa pengaruh proses seperti kolaborasi antarprofesi dan beban kerja terhadap hasil seperti *burnout* dan kepuasan kerja sangat tergantung pada konteks ruang perawatan dan faktor-faktor organisasi yang mendasarinya. Dalam ruang dengan struktur yang lebih stabil dan peran yang lebih jelas, seperti ruang kekhususan, kolaborasi dan beban kerja tidak selalu menjadi faktor penentu utama. Sebaliknya, di ruang dengan dinamika yang lebih kompleks, seperti ruang non-kekhususan, kolaborasi antarprofesi dan pengelolaan beban kerja lebih berpengaruh dalam mempengaruhi kepuasan kerja dan mengurangi stres.

4.5.11 Pengaruh struktur terhadap proses di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur pelayanan keperawatan yang dioperasionalkan melalui *Primary Nursing Care Model* (PNCM) atau Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Metode Primer berpengaruh terhadap proses pelayanan keperawatan baik di ruang kekhususan maupun non-kekhususan. Namun, nilai *t-statistik* yang lebih tinggi pada ruang kekhususan menegaskan bahwa kekuatan pengaruh struktur terhadap proses tidak bersifat linier dan homogen, melainkan sangat dipengaruhi oleh karakteristik konteks unit pelayanan. Temuan ini mengindikasikan bahwa struktur keperawatan tidak bekerja secara mekanis, tetapi berinteraksi dengan kompleksitas klinis, pola pelayanan, dan dinamika kerja di masing-masing unit.

Secara teoritis, kerangka *structure–process–outcome* menempatkan struktur sebagai prasyarat fundamental yang membentuk kapasitas organisasi

dalam menjalankan proses pelayanan secara efektif (Donabedian, 1988). Struktur tidak hanya dimaknai sebagai keberadaan sumber daya atau kebijakan formal, tetapi sebagai mekanisme pengaturan kerja yang menentukan bagaimana proses pelayanan dijalankan dalam praktik sehari-hari (WHO, 2021). Dalam konteks PNCM, struktur diwujudkan melalui penetapan perawat primer sebagai penanggung jawab utama asuhan, kesinambungan tanggung jawab klinis, serta sistem komunikasi dan koordinasi yang terdefinisi. Struktur ini berfungsi untuk mengurangi fragmentasi pelayanan dan meningkatkan *continuity of care*, yang merupakan elemen kunci dalam kualitas proses keperawatan (Cocchieri et al., 2021).

Pada ruang non-kekhususan, karakteristik pasien yang lebih kompleks secara umum, tingkat keparahan kasus yang bervariasi, serta spektrum diagnosis yang luas menciptakan proses keperawatan yang bersifat dinamis dan kurang terstandarisasi. Variasi ini menuntut perawat untuk melakukan penyesuaian berkelanjutan terhadap kondisi klinis pasien dan situasi pelayanan yang berubah-ubah. Dalam konteks tersebut, meskipun PNCM menyediakan kerangka struktural yang jelas, pengaruh struktur terhadap proses cenderung terdilusi oleh faktor situasional lain, seperti fluktuasi beban kerja, tekanan waktu, dan kebutuhan respons cepat terhadap kasus yang heterogen (Labrague & Santos, 2021). Dengan demikian, struktur PNCM tetap berkontribusi dalam menjaga keteraturan proses, namun tidak selalu menjadi determinan dominan dalam membentuk kualitas proses keperawatan pada ruang non-kekhususan.

Sebaliknya, pada ruang kekhususan, meskipun karakteristik pasien lebih spesifik dan terfokus pada kelompok kasus tertentu, proses keperawatan justru menuntut tingkat konsistensi, presisi, dan kepatuhan terhadap standar klinis yang lebih tinggi. Unit kekhususan umumnya memiliki *clinical pathways*, protokol pelayanan, dan alur kerja yang relatif stabil. Dalam kondisi ini, struktur PNCM berperan sebagai *enabling structure* yang secara langsung mengarahkan dan memperkuat proses keperawatan. Kejelasan peran perawat primer memungkinkan pengambilan keputusan klinis yang lebih cepat dan terkoordinasi, serta meminimalkan variasi praktik yang tidak diperlukan (*unwarranted variation*),

sehingga pengaruh struktur terhadap proses menjadi lebih nyata dan terukur (Cocchieri et al., 2021).

Dari perspektif organisasi, temuan ini dapat dijelaskan melalui konsep *fit between structure and task complexity*, yang menyatakan bahwa struktur organisasi akan memberikan dampak paling kuat terhadap proses ketika desain struktur selaras dengan tuntutan tugas yang dihadapi (Aiken et al., 2021). Pada ruang kekhususan, tuntutan proses yang tinggi namun relatif terstandarisasi menciptakan kondisi ideal bagi struktur PNCM untuk bekerja secara optimal. Sebaliknya, pada ruang non-kekhususan, kompleksitas yang bersifat luas dan tidak terfokus menyebabkan struktur formal memiliki keterbatasan dalam mengendalikan proses secara penuh, sehingga pengaruhnya relatif lebih lemah.

Hasil penelitian ini menegaskan bahwa PNCM atau MAKP Metode Primer bukan sekadar model struktural yang bersifat normatif, melainkan instrumen manajerial dan klinis yang efektivitasnya sangat bergantung pada konteks penerapan. Temuan ini memperkuat argumen bahwa penguatan struktur keperawatan melalui PNCM akan memberikan dampak paling signifikan terhadap proses pelayanan pada unit dengan karakteristik pelayanan yang terfokus dan terstandarisasi, seperti ruang kekhususan. Dengan demikian, penelitian ini memberikan kontribusi konseptual dengan menunjukkan bahwa hubungan antara struktur dan proses bersifat kontekstual, serta memberikan implikasi praktis bagi manajemen keperawatan dalam menyesuaikan penerapan PNCM berdasarkan karakteristik unit pelayanan.

4.5.12 Pengaruh proses terhadap hasil di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pelayanan keperawatan berpengaruh terhadap hasil pelayanan, baik pada ruang kekhususan maupun non-kekhususan. Temuan ini menegaskan bahwa kualitas hasil pelayanan keperawatan yang dapat tercermin melalui indikator keselamatan pasien, kepuasan, kontinuitas asuhan, maupun mutu dokumentasi sangat ditentukan oleh bagaimana proses keperawatan dijalankan dalam praktik klinis sehari-hari. Adanya pengaruh yang konsisten pada kedua jenis ruang menunjukkan bahwa proses keperawatan

merupakan elemen kunci yang bersifat lintas konteks dalam menentukan capaian hasil pelayanan.

Secara teoritis, kerangka *structure–process–outcome* menempatkan proses sebagai mekanisme utama yang menjembatani struktur dengan hasil. Donabedian menegaskan bahwa hasil pelayanan tidak dapat dilepaskan dari bagaimana tindakan keperawatan dilaksanakan, karena proses merupakan bentuk konkret dari praktik profesional di tingkat layanan (*actual care delivery*) (Donabedian, 2005). Dalam konteks keperawatan, proses mencakup ketepatan pengkajian, keakuratan perencanaan asuhan, konsistensi implementasi intervensi, efektivitas komunikasi, serta kontinuitas evaluasi asuhan. Penelitian mutakhir menunjukkan bahwa proses keperawatan yang terstruktur dan konsisten memiliki hubungan yang kuat dengan peningkatan hasil pelayanan, termasuk penurunan kejadian tidak diharapkan dan peningkatan pengalaman pasien (*patient experience*) (Aiken et al., 2021).

Pada ruang kekhususan, proses keperawatan umumnya berjalan dalam lingkungan pelayanan yang lebih terstandarisasi, dengan *clinical pathways*, protokol khusus, dan indikator hasil yang lebih spesifik. Dalam konteks ini, kualitas proses keperawatan menjadi sangat menentukan karena hasil pelayanan sangat sensitif terhadap ketepatan tindakan dan koordinasi tim. Proses yang tidak optimal, seperti keterlambatan intervensi atau ketidakkonsistenan implementasi rencana asuhan, dapat secara langsung berdampak pada hasil klinis pasien. Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila pengaruh proses terhadap hasil pada ruang kekhususan tampak jelas dan bermakna secara statistik. Temuan ini sejalan dengan studi yang menyatakan bahwa pada unit dengan kompleksitas klinis tinggi, kualitas proses keperawatan memiliki kontribusi langsung terhadap *patient outcomes* (Cocchieri, 2021b).

Ruang non-kekhususan, meskipun karakteristik pelayanan lebih umum dan variasi kasus lebih luas, proses keperawatan tetap menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap hasil pelayanan. Proses keperawatan yang konsisten dan berorientasi pada standar praktik memungkinkan hasil pelayanan tetap terjaga meskipun dihadapkan pada variasi kebutuhan pasien. Dalam konteks ini, proses berfungsi sebagai mekanisme stabilisasi (*stabilizing mechanism*) yang menjaga

mutu pelayanan tetap berada pada tingkat yang dapat diterima. Penelitian menunjukkan bahwa konsistensi proses keperawatan pada unit non-spesialisasi berperan penting dalam menjaga keselamatan pasien dan kepuasan, meskipun tingkat kompleksitas pelayanan tidak setinggi unit kekhususan (Labrague & De los Santos, 2021; WHO, 2021).

Temuan ini memperkuat argumen bahwa proses merupakan determinan paling langsung terhadap hasil pelayanan keperawatan. Struktur yang baik tidak akan menghasilkan luaran yang optimal apabila tidak diikuti oleh proses yang efektif, sementara proses yang kuat masih dapat menghasilkan hasil yang baik meskipun berada dalam keterbatasan struktural tertentu. Dengan demikian, proses keperawatan dapat dipandang sebagai *critical leverage point* dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan. Penguatan proses melalui standarisasi praktik, peningkatan kompetensi perawat, dan pengawasan implementasi asuhan menjadi strategi yang relevan baik pada ruang kekhususan maupun non-kekhususan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menegaskan bahwa pengaruh proses terhadap hasil bersifat konsisten lintas unit pelayanan, namun mekanisme pengaruhnya dapat berbeda sesuai dengan karakteristik ruang. Pada ruang kekhususan, proses berperan sebagai penentu langsung hasil klinis yang sensitif terhadap kualitas tindakan, sedangkan pada ruang non-kekhususan, proses berfungsi menjaga stabilitas dan mutu hasil pelayanan di tengah variasi kebutuhan pasien. Temuan ini memberikan implikasi penting bagi manajemen keperawatan bahwa upaya peningkatan hasil pelayanan harus difokuskan pada penguatan proses keperawatan sebagai inti dari praktik profesional.

4.5.13 Perbedaan pelaksanaan PNCM di ruang kekhususan dan non kekhususan

Hasil penelitian pelaksanaan PNCM antara ruang kekhususan dan non-kekhususan, menunjukkan bahwa ruang non-kekhususan lebih dominan pada kategori pelaksanaan yang paling optimal, sedangkan ruang kekhususan lebih banyak berada pada kategori yang satu tingkat lebih rendah.

Ruang non-kekhususan menunjukkan dinamika interaksi antarprofesi yang lebih intens, yang memungkinkan penerapan PNCM lebih efektif. Källén et al.

(2022) mengidentifikasi bahwa kualitas komunikasi dan integrasi peran selama visite interprofesional sangat menentukan keberhasilan model praktik profesional. Di unit dengan heterogenitas kasus yang lebih besar seperti ruang non-kekhususan, kolaborasi yang aktif memberikan ruang bagi perawat primer untuk menjadi koordinator klinis yang efektif, sehingga meningkatkan kualitas pelaksanaan PNCM. Selain itu, variabilitas beban kerja dan perputaran pasien yang cepat pada ruang non-kekhususan justru memperkuat urgensi penerapan PNCM. Dalam situasi klinis yang fluktuatif, perawat primer memainkan peran kunci dalam menjaga kesinambungan informasi dan komunikasi lintas shift, sehingga mengurangi fragmentasi asuhan dan menekan potensi miskomunikasi (Ivziku et al., 2024).

Ruang kekhususan yang secara umum memiliki struktur kerja lebih stabil justru menunjukkan tingkat pelaksanaan PNCM yang tidak setinggi ruang non-kekhususan. Stabilitas yang tinggi dapat menjadi faktor penghambat penerapan model primer. Rutinitas dan homogenitas kasus pada ruang kekhususan dapat menciptakan kondisi “*comfort zone*” yang mengurangi urgensi penguatan koordinasi tingkat tinggi oleh perawat primer. Hashemi (2023) menyatakan bahwa pada unit dengan standar kerja yang sangat kuat dan alur yang mapan, perawat primer berpotensi kehilangan ruang untuk menjalankan akuntabilitas individual secara penuh karena sistem sudah “mandiri” tanpa bergantung pada peran primer. Selain itu, budaya kolaborasi klinis pada ruang kekhususan yang cenderung lebih formal dan *protokol-driven* dapat membatasi otonomi perawat primer. Källén et al. (2022) menunjukkan bahwa struktur kolaborasi yang terlalu terstandarisasi dapat membuat peran perawat lebih mengikuti alur protokol daripada mengambil keputusan klinis mandiri, sehingga mengurangi praktik sesuai prinsip PNCM.

Struktur SDM juga memengaruhi perbedaan pelaksanaan PNCM. Hadian (2024) melaporkan bahwa struktur supervisi yang sangat hierarkis pada unit spesialis dapat mengurangi otonomi perawat primer, karena keputusan klinis lebih bergantung pada level manajerial atau dokter spesialis. Hal ini dapat menghambat pengembangan akuntabilitas individual, yang merupakan inti dari model PNCM. Kombinasi faktor tersebut menjelaskan mengapa ruang kekhususan meskipun

memiliki struktur klinis kuat, tidak menunjukkan implementasi PNCM pada kategori tertinggi.

Sintesis dari hasil penelitian menegaskan bahwa pelaksanaan PNCM sangat bergantung pada konteks organisasi dan dinamika unit. Ruang non-kekhususan lebih responsif terhadap PNCM karena kompleksitas kasus, intensitas kolaborasi, fluktuasi beban kerja, dan kebutuhan tinggi akan kontinuitas informasi. Ruang kekhususan mempertahankan alur kerja yang stabil, namun stabilitas tersebut tidak selalu menghasilkan implementasi PNCM yang optimal karena potensi hambatan yang berasal dari kultur kerja *protokol-driven*, dominasi supervisi hierarkis, serta beban administratif yang besar.

4.5.14 Perbedaan kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi kualitas kolaborasi antarprofesi antara ruang kekhususan dan non-kekhususan tidak merata. Ruang non-kekhususan cenderung lebih menonjol pada kategori kolaborasi yang paling optimal, sedangkan ruang kekhususan lebih banyak berada pada kategori di bawahnya. Temuan ini diperkuat oleh hasil uji *Mann Whitney* yang menegaskan adanya perbedaan signifikan antara kedua jenis ruang. Dengan demikian, kolaborasi antarprofesi terbukti berjalan lebih kuat pada unit non-kekhususan dibandingkan ruang kekhususan.

Ruang non-kekhususan menangani pasien dengan diagnosis dan kebutuhan klinis beragam, sehingga melibatkan lebih banyak profesi dan spesialis dalam perawatan. Variasi klinis memerlukan diskusi tim yang lebih sering, koordinasi berkelanjutan, serta klarifikasi instruksi medis di antara banyak DPJP. Kondisi ini memperkuat kebutuhan kolaborasi intensif antarprofesi. Studi Ventura-Silva et al. (2024) menunjukkan bahwa bangsal umum dengan heterogenitas kasus memiliki frekuensi koordinasi antardisiplin lebih tinggi dibanding unit spesialis. Jumlah DPJP yang lebih banyak di ruang non-kekhususan menjadikan jalur informasi lebih panjang dan dinamis. Perawat primer sering menjadi penghubung utama antarprofesi, sehingga meningkatkan intensitas kolaborasi. McIntosh et al. (2014) menemukan bahwa peningkatan

jumlah tenaga kesehatan yang terlibat dalam satu kasus secara signifikan menambah kebutuhan kolaborasi dan meningkatkan sensitivitas terhadap kesalahan komunikasi. Kondisi ini secara alami memperkuat kolaborasi antarprofesi melalui kebutuhan operasional sehari-hari.

Ruang non-kekhususan umumnya menangani pasien dengan spektrum diagnosis yang lebih heterogen dan melibatkan lebih banyak profesi kesehatan dalam penatalaksanaan kasus, seperti berbagai dokter spesialis, fisioterapis, ahli gizi, dan pekerja sosial medis. Kompleksitas ini menuntut koordinasi lintas disiplin yang lebih intens dan rutin. Studi kualitatif dan kuantitatif mengenai IPC menunjukkan bahwa semakin banyak profesi terlibat dalam perawatan seorang pasien, semakin besar pula kebutuhan untuk membangun mekanisme kolaborasi formal yang jelas agar tidak terjadi tumpang tindih peran, konflik instruksi, ataupun fragmentasi informasi (Boev & Xia, 2022; Moloro et al., 2025; Schot et al., 2020). Dalam konteks tersebut, perawat primer dalam PNCM berperan sebagai koordinator utama yang mengintegrasikan instruksi medis, menyelaraskan prioritas intervensi, dan memastikan bahwa rencana asuhan yang telah disepakati tim dapat diimplementasikan secara konsisten. Peran ini secara alamiah memperkuat persepsi perawat terhadap kolaborasi antarprofesi di ruang non-kekhususan. Keragaman profesi dan spesialisasi yang lebih besar di ruang non-kekhususan menciptakan interaksi lintas disiplin yang kaya. Menurut Edmondson & Lei (2021), keragaman profesional memperkuat *team learning behavior*, memunculkan klarifikasi peran, dan meningkatkan kolaborasi berbasis perspektif multidisiplin. Ruang non-kekhususan yang lebih heterogen secara tim menciptakan medan kolaborasi yang secara alami lebih aktif.

Ruang kekhususan kerap beroperasi dengan struktur tim yang lebih stabil, fokus klinis yang lebih sempit, dan protokol yang sangat terstandar. Secara teoritis, kondisi tersebut berpotensi mempermudah kolaborasi karena jalur komunikasi lebih pendek dan aktor yang terlibat lebih sedikit (Ashrafi & Nobahar, 2023). Sejumlah studi mengindikasikan bahwa konteks unit spesialis juga diwarnai oleh hierarki klinis yang kuat, di mana keputusan terapeutik lebih banyak didominasi oleh dokter spesialis, sehingga ruang bagi perawat untuk

berpartisipasi secara sejajar dalam diskusi interprofesi menjadi lebih terbatas (Boev & Xia, 2022; G. Moloro et al., 2025; Pantha, Shrestha, et al., 2024). Kajian kualitatif menunjukkan bahwa perawat di unit berisiko tinggi sering kali merasa suaranya kurang didengar dalam pengambilan keputusan klinis, meskipun mereka terlibat secara intens dalam pemantauan pasien sehari-hari (Boev & Xia, 2022). Fenomena ini dapat menjelaskan mengapa ruang kekhususan dalam penelitian ini tidak mencapai proporsi “sangat baik” setinggi ruang non-kekhususan, meskipun secara struktural memiliki protokol kolaborasi yang jelas.

Berdasarkan argumentasi teoritis dan empiris tersebut, dapat ditegaskan bahwa ruang non-kekhususan menyediakan ekosistem yang lebih mendorong kolaborasi antarprofesi dibanding ruang kekhususan. Kolaborasi yang lebih tinggi disebabkan oleh heterogenitas kasus, dinamika tim, ambiguitas peran, beban koordinasi tinggi, serta keberagaman profesional yang memperkaya interaksi klinis. Sebaliknya, ruang kekhususan meskipun memiliki struktur lebih stabil, cenderung memiliki pola komunikasi yang lebih terpusat dan hierarkis sehingga tingkat kolaborasinya tidak seintens ruang non-kekhususan.

4.5.13 Perbedaan beban kerja di ruang kekhususan dan non kekhususan

Distribusi tingkat beban kerja perawat berbeda antara ruang kekhususan dan non-kekhususan. Ruang non-kekhususan lebih banyak berada pada kategori beban kerja yang paling tinggi, sedangkan ruang kekhususan cenderung berada pada kategori satu tingkat di bawahnya. Ruang kekhususan seperti struktur tim yang stabil, komposisi staf dengan kompetensi khusus, serta protokol klinis yang sangat terstandar. Stabilitas struktur ini memberikan kejelasan alur kerja, mengurangi ketidakpastian peran, dan memastikan koordinasi lebih efisien. Sebaliknya, ruang non-kekhususan menghadapi spektrum diagnosis dan kondisi klinis yang jauh lebih beragam. Unit ini sering menerima pasien “*outlier*” atau “*boarding*” akibat keterbatasan kapasitas ruang spesialis. Studi akurat oleh Hickey et al. (2021) dan Chrusciel et al. (2019) membuktikan bahwa keberadaan pasien *outlier* meningkatkan kompleksitas koordinasi, memperlambat pengambilan keputusan, serta memperberat beban administratif perawat. Dengan demikian,

struktur non-kekhususan yang lebih cair dan fluktuatif langsung berimplikasi pada meningkatnya beban kerja fisik dan kognitif.

Variasi diagnosis yang luas menuntut perawat melakukan *task switching* lebih sering, mensintesis kebutuhan intervensi yang beragam, serta beradaptasi dengan perubahan status klinis yang dinamis. Carayon et al. (2021) menegaskan bahwa beban kerja mental meningkat ketika perawat harus mengelola tugas-tugas yang tidak terstandar dan sering terputus, yang merupakan karakteristik utama ruang non-kekhususan. Selain itu, perawat harus menangani pasien dengan tingkat ketergantungan yang sangat bervariasi, meningkatkan kebutuhan prioritas yang kompleks. Griffiths et al. (2020) menyebut variabilitas kasus sebagai determinan utama tingginya *workload demand* pada bangsal non-spesialis. Di sisi lain, ruang kekhususan relatif memiliki protokol tindakan yang konsisten dan rentang klinis yang lebih sempit, sehingga beban kerja kognitif lebih terkontrol.

Salah satu faktor utama yang meningkatkan beban kerja perawat di ruang non-kekhususan adalah banyaknya Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang terlibat dalam perawatan satu pasien. Heterogenitas diagnosis menyebabkan pasien sering ditangani oleh lebih dari satu spesialis, seperti penyakit dalam, bedah, kardiologi, rehabilitasi, dan gizi klinik. Banyaknya DPJP memperpanjang jalur informasi, meningkatkan dinamika instruksi medis, dan menambah frekuensi klarifikasi yang harus dilakukan, sehingga memperberat beban koordinatif dan kognitif perawat (Schot et al., 2020). Dalam konteks Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer, kondisi ini menempatkan perawat primer sebagai penghubung utama antarprofesi yang harus mengintegrasikan instruksi medis, menyelaraskan rekomendasi antarspesialis, dan menjaga konsistensi rencana asuhan sepanjang shift. Peran koordinatif yang intens ini menambah beban kerja mental, waktu, dan tuntutan komunikasi, terutama pada unit dengan variasi kasus tinggi seperti ruang non-kekhususan (Boev & Xia, 2022a; Hernandez et al., 2021). Studi mengenai organisasi pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa semakin banyak aktor klinis yang terlibat, semakin tinggi pula kebutuhan koordinasi lintas profesi, dan hal ini berkontribusi signifikan terhadap beban kerja perawat (N. Sun et al., 2023). Schot et al. (2020) dan Boev & Xia (2022) menunjukkan bahwa

semakin banyak profesi terlibat dalam satu kasus, semakin tinggi tuntutan koordinatif dan risiko *overload* informasi pada perawat. Edmondson & Lei (2021) juga menekankan bahwa lingkungan dengan tim multiprofesi yang besar meningkatkan *relational coordination load*, yang berdampak langsung pada beban kerja kognitif. Dengan demikian, peran perawat primer sebagai pusat koordinasi informasi merupakan salah satu sumber utama meningkatnya beban kerja di ruang non-kekhususan. Model NASA-TLX menunjukkan bahwa lingkungan kerja yang penuh interupsi, perubahan instruksi, dan tekanan waktu meningkatkan *mental workload*. Carayon et al. (2021) mengonfirmasi bahwa beban kerja subjektif meningkat signifikan pada unit dengan komunikasi tidak baku dan tugas koordinatif intensif.

Perbedaan beban kerja antara ruang kekhususan dan non-kekhususan merupakan konsekuensi logis dari perbedaan struktur, dinamika pasien, kompleksitas koordinasi antarprofesi, variasi klinis dan prosedural yang tinggi, fenomena outlier/boarding yang meningkatkan fragmentasi alur perawatan, jumlah DPJP yang lebih banyak sehingga jalur informasi panjang dan dinamis dimana perawat primer menjadi pusat koordinasi antarprofesi. Sebaliknya, ruang kekhususan memiliki struktur tim yang stabil, batasan klinis lebih sempit, dan protokol kolaborasi yang lebih mapan, sehingga memungkinkan distribusi beban kerja lebih terkelola.

4.5.15 Perbedaan kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non kekhususan

Bragadóttir et al. (2023) *teamwork* antar perawat pada dasarnya berakar pada standar profesional yang sama dan budaya keperawatan yang kohesif. Studi mutakhir juga mendukung kesimpulan ini. Baek et al. (2023) menunjukkan bahwa *teamwork* perawat yang baik berkorelasi kuat dengan kepuasan kerja, kualitas asuhan, dan efisiensi unit, namun tidak secara signifikan dipengaruhi oleh jenis ruang. Artinya, selama lingkungan kerja mendukung prinsip komunikasi, koordinasi, dan *role clarity*, maka kualitas *teamwork* cenderung sama baiknya di seluruh ruang.

Modernisasi manajemen keperawatan mendorong penerapan protokol komunikasi terstruktur (ISBAR/SBAR, *closed-loop communication*, *briefing–debriefing*) di seluruh ruang perawatan. Penelitian Meneses-La-Riva et al. (2025) membuktikan bahwa standar komunikasi yang diterapkan secara universal mengurangi variasi kualitas teamwork antar unit. Protokol tersebut memastikan bahwa perawat di ruang kekhususan maupun non-kekhususan memiliki mekanisme komunikasi formal yang sama, sehingga interaksi tim berlangsung secara konsisten dan efektif terlepas dari kompleksitas klinis unit.

Perawat pada kedua jenis ruang memiliki latar belakang pendidikan, kompetensi dasar, regulasi praktik, dan orientasi institusional yang sama. Keseragaman ini menciptakan *shared mental model* dalam memahami kondisi klinis, prioritas kerja, dan mekanisme kolaborasi sejawat (Bragadóttir et al., 2023b). Hal yang sama ditegaskan Lake et al. (2024) dan Juanamasta & Aunguroch (2023), bahwa iklim praktik keperawatan (*practice environment*) merupakan determinan utama teamwork dan lebih dominan pengaruhnya dibanding karakteristik unit.

Karena ruang kekhususan dan non-kekhususan berada dalam satu rumah sakit yang sama, kultur organisasi seperti dukungan pemimpin ruangan, kebijakan keselamatan pasien, sistem supervisi, dan pola komunikasi antar perawat bersumber dari regulasi, nilai, dan struktur organisasi yang identik. Konsekuensinya, budaya interaksi tim berkembang secara paralel pada kedua ruang. PNCM menekankan tanggung jawab perawat primer, akuntabilitas individual, koordinasi antar shift, serta kontinuitas komunikasi. Ketika PNCM diterapkan secara merata pada seluruh ruang, maka struktur interaksi tim akan mengikuti pola yang sama yaitu: adanya perawat primer sebagai koordinator utama, pola komunikasi antartim yang konsisten setiap shift, mekanisme penetapan prioritas yang seragam, integrasi instruksi medis yang terstruktur. Model ini secara langsung menyamakan standar interaksi dalam tim antar ruang, karena pola kerja, pola pengambilan keputusan, dan jalur komunikasi dibuat seragam sesuai prinsip PNCM. Dengan demikian, meskipun karakteristik klinis berbeda, kualitas interaksi tim tetap setara.

Ruang non-kekhususan memiliki karakteristik klinis lebih heterogen dengan variasi diagnosis yang luas. Heterogenitas ini memaksa perawat meningkatkan adaptasi, meningkatkan intensitas koordinasi, serta lebih sering terlibat dalam diskusi klinis lintas profesi. Menurut Edmondson & Lei, (2021), lingkungan kerja kompleks justru meningkatkan *team learning behavior* dan menciptakan dinamika tim yang aktif, sehingga teamwork dapat berkembang sama kuatnya dengan ruang kekhususan. Ruang kekhususan memiliki tim yang lebih kecil dan stabil, dengan protokol klinis yang terstandardisasi dan jalur komunikasi yang jelas. Kondisi ini sangat mendukung teamwork. Hall-Lord et al. (2024) dan Fernández-Castillo et al. (2025) menunjukkan bahwa ruang-ruang berisiko tinggi atau bedah memiliki tingkat teamwork tinggi karena keteraturan alur kerja dan dukungan sumber daya.

Stabilitas ini tidak memberikan keunggulan signifikan dibanding ruang non-kekhususan, karena protokol komunikasi seragam di seluruh ruang, kompetensi perawat relatif homogen, PNCM menyamakan struktur kerja, adaptasi di ruang non-kekhususan memperkuat *teamwork*. Oleh karena itu, keunggulan struktural ruang kekhususan tidak cukup besar untuk menciptakan perbedaan yang signifikan secara statistik. Berbeda dengan interaksi dokter–perawat yang sangat dipengaruhi hierarki, interaksi antar perawat bersifat setara (*peer-to-peer*). Husarek et al. (2024) menunjukkan bahwa hubungan setara memfasilitasi komunikasi yang lebih terbuka dan saling mendukung. Karena sifat egaliter ini berlaku di semua ruang, maka kualitas interaksi tim tidak banyak dipengaruhi oleh konteks unit, tetapi lebih dipengaruhi oleh hubungan sejawat yang setara.

Tantangan Operasional yang Sama di Semua Ruang Menyebabkan Pola *Teamwork* Serupa. Semua unit menghadapi pergantian shift 3 kali sehari, kebutuhan dokumentasi keperawatan yang sama, beban administrasi yang serupa, standar keselamatan pasien yang sama. Kesamaan tantangan operasional tersebut memaksa tim perawat mengembangkan pola komunikasi dan koordinasi yang relatif identik pada seluruh ruang, sehingga kualitas interaksi tim tidak banyak berbeda. Penggunaan teknologi informasi klinis seperti SIMRS, *e-medical record*, dan *e-nursing documentation* menyamakan cara perawat berkomunikasi,

mengakses instruksi dokter, dan melakukan dokumentasi. Hal ini mengurangi variasi beban komunikasi antar unit dan memperkuat kesetaraan kualitas interaksi tim (Baek et al., 2023).

Kualitas interaksi dalam tim perawat relatif setara pada ruang kekhususan dan non-kekhususan karena determinan utamanya bukan terletak pada karakteristik ruang, tetapi pada faktor-faktor universal seperti standar komunikasi institusi, budaya keperawatan yang homogen, kompetensi dasar yang sama, penerapan PNCM secara merata, adaptasi tim di ruang non-kekhususan, struktur stabil di ruang kekhususan, sifat egaliter dalam interaksi antar perawat, tantangan operasional yang seragam di seluruh unit. Dengan demikian, meskipun struktur pelayanan klinis kedua ruang berbeda, kualitas interaksi tim tetap berada pada tataran “baik” dan tidak menunjukkan perbedaan signifikan.

4.5.16 Perbedaan burnout perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan

Hasil Identifikasi menunjukkan adanya perbedaan pola beban kerja antara ruang kekhususan dan non-kekhususan. Ruang non-kekhususan cenderung berada pada kategori beban kerja tertinggi, sedangkan ruang kekhususan lebih dominan pada kategori yang berada satu tingkat lebih rendah. Temuan ini diperkuat oleh hasil uji *Mann Whitney* yang menunjukkan perbedaan signifikan, sehingga dapat ditegaskan bahwa jenis ruang pelayanan memiliki hubungan bermakna dengan variasi beban kerja perawat.

Burnout lebih dominan pada ruang non-kekhususan karena tingginya variasi kasus dan dinamika beban klinis. Ruang *general ward* harus menangani berbagai jenis penyakit multidisiplin, keadaan akut, kronik, serta komorbiditas yang luas, yang menuntut adaptasi klinis berulang dan meningkatkan tingkat *cognitive load* pada perawat (Bruyneel et al., 2021; Dall’Ora, Ball, Recio-Saucedo, et al., 2020; Pradas-Hernández et al., 2018). Penelitian Bruyneel et al. (2021) dalam *Nursing in Critical Care* menemukan bahwa *burnout* secara signifikan lebih tinggi pada perawat *general ward* dibandingkan perawat ruang kekhususan, karena variabilitas kasus yang tidak terprediksi dan tingginya peralihan fokus kerja. Demikian pula, Dall’Ora et al. (2020) dalam *International Journal of Nursing Studies* mengidentifikasi “*task variability*” sebagai salah satu

prediktor *burnout* paling kuat di bangsal non-spesialis, terutama ketika jumlah pasien tinggi dan kondisi klinis heterogen. Ruang kekhususan bekerja dengan protokol klinis yang lebih terstandarisasi, sehingga perawat mengalami ritme kerja yang lebih stabil dan tuntutan adaptasi emosional yang lebih rendah.

Ruang non-kekhususan umumnya menempatkan perawat pada situasi *role overload*, yaitu harus menjalankan tindakan klinis, dokumentasi elektronik, koordinasi antarprofesi, edukasi keluarga, dan manajemen logistik secara simultan. Kondisi ini selaras dengan temuan dos Santos et al. (2023) yang melaporkan bahwa *administrative burden* merupakan prediktor independen *burnout* pada perawat rumah sakit. Beban administratif yang besar menurunkan waktu untuk *direct care* dan memengaruhi dimensi *reduced personal accomplishment* dalam model *burnout* Maslach. Pradas-Hernández et al. (2018) juga menegaskan bahwa beban peran yang terfragmentasi meningkatkan kelelahan emosional dan depersonalisasi. Sedangkan pada ruang kekhususan, pembagian peran lebih terstruktur dan MDT (*multidisciplinary team*) sudah relatif stabil sehingga fragmentasi lebih kecil.

Perawat primer dalam konteks PNCM, berperan sebagai koordinator utama yang memastikan kesinambungan asuhan, termasuk menjembatani instruksi medis dari berbagai Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Pada ruang non-kekhususan, jumlah DPJP yang terlibat pada satu pasien jauh lebih banyak dibanding ruang kekhususan, karena pasien sering memiliki penyakit multisistem dan komorbiditas sehingga memerlukan keterlibatan internis, ahli bedah, rehabilitasi medik, gizi klinik, dan bahkan psikiatri. Banyaknya DPJP ini menyebabkan meningkatnya risiko instruksi yang berubah, bertentangan, atau tumpang tindih. Perawat primer harus melakukan klarifikasi berulang, menyesuaikan rencana asuhan secara segera, dan mengelola prioritas klinis yang saling bersaing. Kondisi ini meningkatkan beban koordinatif dan beban kognitif, serta memicu *role conflict* dan kelelahan emosional. Studi Dall’Ora et al. (2020) menunjukkan bahwa komunikasi interprofesi yang tidak sinkron dan koordinasi kompleks merupakan faktor signifikan yang meningkatkan *burnout* perawat di bangsal non-spesialis. Sementara itu, pada ruang kekhususan, jumlah DPJP lebih

sedikit dan instruksi medis lebih terstruktur, sehingga perawat primer dapat mempertahankan kontinuitas PNCM secara lebih efektif dan stabil. Hal inilah yang menjelaskan mengapa implementasi PNCM di ruang non-kekhususan jauh lebih menuntut secara kognitif dan emosional, dan akhirnya berkontribusi pada tingginya tingkat *burnout*.

Ruang non-kekhususan dengan terlibatnya lebih banyak DPJP dari berbagai disiplin, sehingga instruksi medis sering berubah, tumpang tindih, atau tidak sinkron. Hal ini menuntut klarifikasi berulang dan meningkatkan beban emosional perawat. Dall'Ora et al. (2020) mengidentifikasi bahwa konflik peran dan ketidakefektifan komunikasi antarprofesi adalah salah satu dari tiga penyebab utama *burnout* perawat. Beban koordinasi yang tinggi pada ruang non-spesialis ini mengurangi efisiensi kerja, meningkatkan frustrasi, dan memperberat dimensi depersonalisasi. Sebaliknya, pada ruang kekhususan, jumlah DPJP yang terlibat lebih sedikit dan protokol antardisiplin lebih konsisten sehingga koordinasi lebih mudah dan *burnout* lebih rendah.

Ruang non-kekhususan menuntut *multitasking* intens setiap shift, termasuk pemberian obat, triase, *monitoring* cairan, koordinasi *discharge*, edukasi pasien, hingga komunikasi dengan keluarga. *Multitasking* kronis ini memiliki hubungan langsung dengan *emotional exhaustion*, sebagaimana dijelaskan oleh Maslach & Leiter (2016). Selain itu, perawat di ruang non-kekhususan lebih sering menghadapi pasien dengan karakteristik emosional beragam, termasuk pasien terminal atau dengan distress tinggi. Zhang et al. (2020) dalam *Journal of Advanced Nursing* menunjukkan bahwa emotional labour memiliki hubungan kuat dengan depersonalisasi dan kelelahan emosional pada perawat bangsal medis. Dengan demikian, emotional labour di ruang non-spesialis lebih tinggi, mempercepat timbulnya *burnout*.

Burnout lebih tinggi pada ruang non-kekhususan disebabkan oleh variabilitas tugas dan heterogenitas kasus meningkatkan beban kognitif dan emosional, beban administratif dan fragmentasi peran yang menurunkan pencapaian pribadi, koordinasi antarprofesi yang kompleks yang meningkatkan *role conflict* dan beban emosional, *multitasking* dan *emotional labour* intens

mempercepat kelelahan emosional, Semua faktor ini saling berinteraksi dan membentuk lingkungan kerja berisiko tinggi terhadap *burnout*, meskipun PNCM diterapkan.

Perbedaan *burnout* antara ruang kekhususan dan non-kekhususan merupakan manifestasi dari kompleksitas beban kerja struktural dan emosional yang lebih besar pada ruang non-spesialis. Tingginya variabilitas tugas, beban administratif, koordinasi antarprofesi, dan *emotional labour* berkontribusi signifikan terhadap tingginya *burnout*.

4.5.17 Perbedaan kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pada kedua jenis ruang berada pada kategori kepuasan kerja yang tinggi. Ruang non-kekhususan memiliki kecenderungan sedikit lebih baik dibanding ruang kekhususan, namun hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik. Dengan demikian, tingkat kepuasan kerja perawat pada kedua ruang dalam pelaksanaan PNCM dapat dianggap relatif setara.

Ketiadaan perbedaan bermakna ini konsisten dengan berbagai penelitian internasional yang menunjukkan bahwa kepuasan kerja perawat relatif seragam antar jenis ruang pelayanan apabila lingkungan kerja, standar organisasi, dan sistem manajemen keperawatan memiliki kesamaan. Studi Gurková et al. (2021) pada rumah sakit di Ceko menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan dalam kepuasan antara perawat ruang penyakit dalam dan ruang bedah. Temuan ini sejalan dengan Davis et al. (2007), yang juga melaporkan bahwa perawat medikal-bedah dan perawat pada unit intensitas tinggi memiliki tingkat kepuasan keseluruhan yang setara. Lebih lanjut, studi Borys et al. (2019) dalam sistem anestesi dan high-acuity nursing menunjukkan bahwa meskipun konteks ruang berbeda secara klinis, kepuasan kerja global tetap serupa karena faktor penentunya lebih dipengaruhi oleh struktur organisasi dibandingkan jenis ruang klinis. Penelitian terbaru juga memperkuat pemahaman bahwa faktor lingkungan praktik keperawatan memiliki peran dominan dalam membentuk kepuasan kerja. Kim et

al. (2024) dan Lucas et al. (2025) menemukan bahwa variasi kepuasan antar-unit cenderung menghilang setelah dikendalikan oleh kualitas lingkungan kerja, dukungan organisasi, dan struktur supervisi.

Dalam kerangka Donabedian (struktur–proses–hasil), keseragaman kebijakan organisasi, sistem remunerasi, supervisi, dan alur kerja lintas unit menghasilkan tingkat kepuasan yang relatif serupa. Kim et al. (2024) menunjukkan bahwa struktur organisasi dan iklim kerja memiliki peran dominan terhadap kepuasan, sedangkan jenis ruang tidak menjadi determinan utama. Lucas et al. (2025) juga menegaskan bahwa persepsi positif perawat terhadap struktur praktik (*nursing practice environment*) lebih menentukan kepuasan global dibandingkan variasi kompleksitas kasus tiap ruangan.

Penerapan PNCM di RSUD Provinsi NTB, standar kompetensi, pelatihan, dan jalur karier dilakukan secara terintegrasi lintas unit sehingga perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan merasakan sistem organisasi yang setara. Konsistensi struktur inilah yang menyamakan kepuasan kerja di kedua ruang. Herzberg (1959) menjelaskan bahwa kepuasan terutama dipengaruhi oleh “*motivator intrinsik*” seperti makna kerja, otonomi, tanggung jawab, dan pengakuan. Faktor intrinsik ini bersifat universal dalam profesi keperawatan dan tidak spesifik pada jenis ruang. Lu et al. (2020) serta Setyaningrum et al. (2022) menegaskan bahwa motivasi intrinsik dan pengembangan kompetensi merupakan determinan utama kepuasan yang konsisten pada berbagai setting pelayanan. Bragadóttir et al. (2023) juga menunjukkan bahwa dimensi profesional seperti *autonomy*, *meaningful work*, dan *recognition* adalah prediktor terkuat kepuasan tanpa memandang unit kerja. Karena nilai-nilai intrinsik ini melekat pada identitas keperawatan, perawat tetap merasakan kepuasan kerja yang tinggi meskipun bekerja pada ruang klinis dengan tingkat kompleksitas berbeda.

Lingkungan kerja yang suportif, *teamwork* kuat, komunikasi efektif, dan dukungan sejawat adalah faktor yang paling signifikan dalam membentuk kepuasan perawat. Bragadóttir et al. (2023) menemukan bahwa kualitas *teamwork* memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap kepuasan kerja daripada faktor kontekstual ruang. Lucas et al. (2025) menambahkan bahwa persepsi terhadap

dukungan sejawat dan kepala ruangan dapat meniadakan dampak negatif perbedaan beban klinis antar-unit. Studi Gurková et al. (2021) juga menegaskan bahwa ketika lingkungan kerja kondusif, perbedaan konteks pasien dan jenis ruang tidak lagi menimbulkan perbedaan signifikan dalam kepuasan kerja. Artinya, kualitas *teamwork* lintas unit di RSUD Provinsi NTB berperan sebagai penyeimbang yang menyetarakan pengalaman kerja perawat baik di ruang kekhususan maupun non-kekhususan.

Kesetaraan ini dapat dipahami melalui karakteristik pelaksanaan PNCM yang diterapkan secara konsisten di seluruh unit, di mana perawat primer memperoleh tingkat otonomi, kesinambungan tanggung jawab, kejelasan peran, dan hubungan terapeutik yang stabil dengan pasien empat komponen kunci model PNCM yang terbukti meningkatkan kepuasan kerja. Karena struktur peran PNCM memberi ruang bagi perawat untuk merasakan kontrol profesional, kepemilikan terhadap rencana asuhan, dan penguatan identitas profesional, efek positif PNCM terhadap kepuasan kerja cenderung mengimbangi perbedaan konteks klinis antara ruang kekhususan dan non-kekhususan. Dengan demikian, stabilitas kepuasan kerja pada kedua ruang mencerminkan efektivitas PNCM sebagai model yang mengurangi disparitas pengalaman kerja perawat di berbagai unit pelayanan.

Secara keseluruhan bahwa kepuasan kerja perawat relatif sama pada ruang kekhususan dan non-kekhususan. Kesetaraan ini mencerminkan efektivitas PNCM sebagai model yang memberikan otonomi, kejelasan peran, dan kesinambungan asuhan sehingga pengalaman kerja perawat tetap stabil meskipun konteks klinis berbeda.

4.5.18 Perbedaan sistem (struktur, proses dan hasil) di ruang kekhususan dan non kekhususan.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan sistem pelayanan keperawatan yang bermakna antara ruang kekhususan dan non kekhususan, yang tercermin pada komponen struktur, proses, dan hasil. Temuan ini mengindikasikan bahwa sistem pelayanan keperawatan tidak bersifat seragam di seluruh unit pelayanan, melainkan dibentuk oleh karakteristik klinis, pola pelayanan, serta tuntutan operasional yang berbeda pada masing-masing ruang.

Perbedaan sistem ini menegaskan bahwa konteks unit pelayanan menjadi faktor penting dalam menentukan bagaimana struktur diimplementasikan, bagaimana proses dijalankan, dan bagaimana hasil pelayanan dicapai.

Secara teoritis, kerangka *structure–process–outcome* menjelaskan bahwa sistem pelayanan kesehatan merupakan kesatuan yang saling terkait, di mana perubahan atau perbedaan pada satu komponen akan memengaruhi komponen lainnya (WHO, 2021). Struktur merepresentasikan pengaturan organisasi dan model pelayanan, proses mencerminkan pelaksanaan praktik keperawatan, sedangkan hasil merupakan konsekuensi dari interaksi antara struktur dan proses. Oleh karena itu, perbedaan karakteristik unit pelayanan secara rasional akan menghasilkan perbedaan sistem pelayanan keperawatan secara keseluruhan.

Pada ruang kekhususan, struktur pelayanan keperawatan umumnya lebih terfokus dan terstandarisasi, baik dari segi pembagian peran, alur koordinasi, maupun sistem pengambilan keputusan klinis. Struktur berbasis *Primary Nursing Care Model* atau *MAKP Metode Primer* pada ruang ini cenderung berjalan lebih optimal karena didukung oleh keseragaman jenis kasus, keberadaan protokol khusus, serta tuntutan pelayanan yang menekankan presisi dan konsistensi. Kondisi ini memungkinkan struktur berfungsi sebagai *enabling structure* yang secara langsung mengarahkan proses keperawatan, sehingga proses pelayanan menjadi lebih terkontrol dan berorientasi pada standar (Cocchieri, 2021).

Sebaliknya, pada ruang non kekhususan, struktur pelayanan keperawatan dihadapkan pada karakteristik pelayanan yang lebih umum dengan variasi pasien, diagnosis, dan tingkat keparahan kasus yang lebih luas. Struktur yang sama tidak selalu menghasilkan efek yang seragam karena proses keperawatan harus beradaptasi dengan kondisi klinis yang heterogen. Akibatnya, struktur formal sering kali berbagi peran dengan faktor kontekstual lain, seperti fleksibilitas individu perawat, dinamika beban kerja, dan prioritas pelayanan yang berubah-ubah. Hal ini menyebabkan sistem pelayanan di ruang non kekhususan bersifat lebih dinamis, namun kurang terstandarisasi dibandingkan ruang kekhususan (Aiken et al., 2021; Labrague & Santos, 2021).

Perbedaan struktur tersebut berdampak langsung pada proses pelayanan keperawatan. Pada ruang kekhususan, proses keperawatan cenderung mengikuti alur yang lebih sistematis, dengan koordinasi yang lebih terarah dan pengambilan keputusan klinis yang lebih cepat. Proses yang terstandarisasi ini memungkinkan pelaksanaan asuhan keperawatan berjalan secara konsisten dan terukur. Sebaliknya, pada ruang non kekhususan, proses keperawatan lebih dipengaruhi oleh variasi kebutuhan pasien dan situasi pelayanan, sehingga pelaksanaannya memerlukan fleksibilitas tinggi dan penyesuaian berkelanjutan. Meskipun proses tetap berjalan sesuai standar profesi, tingkat konsistensi dan kendalinya relatif lebih rendah dibandingkan ruang kekhususan (Dall'Ora et al., 2021).

Perbedaan struktur dan proses tersebut pada akhirnya tercermin pada hasil pelayanan keperawatan. Pada ruang kekhususan, hasil pelayanan umumnya lebih sensitif terhadap kualitas sistem yang diterapkan, karena keberhasilan pelayanan sangat bergantung pada ketepatan proses dan konsistensi penerapan standar. Pada ruang non kekhususan, hasil pelayanan cenderung mencerminkan kemampuan sistem dalam menjaga stabilitas mutu di tengah variasi pelayanan yang tinggi. Dengan demikian, hasil pelayanan di ruang kekhususan lebih mencerminkan efektivitas sistem secara langsung, sedangkan pada ruang non kekhususan hasil pelayanan lebih merepresentasikan kapasitas adaptif sistem keperawatan (WHO, 2021).

Temuan ini menegaskan bahwa perbedaan sistem pelayanan keperawatan antara ruang kekhususan dan non kekhususan merupakan konsekuensi logis dari perbedaan konteks pelayanan, bukan indikasi ketidakefektifan sistem pada salah satu unit. Sistem berbasis struktur, proses, dan hasil harus dipahami sebagai sistem yang bersifat kontekstual (*context-sensitive system*), di mana efektivitasnya sangat ditentukan oleh kesesuaian antara desain sistem dan karakteristik unit pelayanan. Oleh karena itu, pendekatan manajemen keperawatan yang seragam tanpa mempertimbangkan konteks unit berpotensi mengurangi efektivitas sistem secara keseluruhan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini memberikan kontribusi konseptual dengan menunjukkan bahwa sistem pelayanan keperawatan tidak dapat

diperlakukan sebagai entitas homogen. Perbedaan sistem antara ruang kekhususan dan non kekhususan menuntut strategi pengelolaan yang berbeda, khususnya dalam penguatan struktur, pengendalian proses, dan evaluasi hasil pelayanan. Temuan ini memperkuat pentingnya pendekatan sistemik yang adaptif dalam pengembangan dan implementasi model pelayanan keperawatan di rumah sakit.

4.6 Integrasi Model Donabedian dengan Teori Keperawatan

Penggunaan Model Donabedian sebagai kerangka analisis dalam penelitian ini memberikan landasan evaluatif yang sistematis terhadap mutu pelayanan keperawatan melalui dimensi struktur–proses–hasil (Donabedian, 1988). Pelayanan keperawatan tidak semata merupakan mekanisme organisasi, melainkan praktik profesional berbasis caring dan relasi terapeutik. Integrasi Model Donabedian dengan teori keperawatan menjadi esensial agar interpretasi hasil penelitian tidak berhenti pada perspektif manajerial, tetapi menyentuh makna ontologis keperawatan sebagai disiplin yang berpusat pada manusia (Smith & Parker, 2020).

Dimensi Struktur: PNCM sebagai *Enabling Professional Environment*, Dalam kerangka Donabedian, struktur mencakup sumber daya, kebijakan, dan desain organisasi yang menjadi prasyarat berlangsungnya proses pelayanan (Donabedian, 1988). Pada penelitian ini, PNCM diposisikan sebagai komponen struktural utama yang mengatur kontinuitas asuhan, akuntabilitas perawat primer, dan mekanisme komunikasi klinis. Dari perspektif teori keperawatan, struktur tersebut sejalan dengan konsep *nursing agency* Orem, di mana organisasi harus memfasilitasi kemampuan perawat untuk memenuhi kebutuhan perawatan pasien secara mandiri dan bertanggung jawab (Roy, 2009). Penelitian mutakhir menunjukkan bahwa struktur berbasis *primary nursing* meningkatkan otonomi klinis, kejelasan peran, dan rasa kepemilikan terhadap pasien (Gonçalves et al., 2023). Lake et al. (2019) menegaskan bahwa lingkungan praktik profesional yang baik merupakan prediktor terkuat kualitas asuhan dan keselamatan pasien.

Temuan penelitian bahwa PNCM berpengaruh signifikan terhadap kolaborasi antarprofesi dan kualitas interaksi tim menguatkan tesis bahwa struktur

keperawatan bukan sekadar perangkat administratif, tetapi ruang yang memungkinkan praktik caring Watson terwujud (Watson, 2018). Dengan demikian, struktur PNCM dapat dipahami sebagai *enabling environment* yang menjembatani nilai-nilai keperawatan ke dalam mekanisme sistem rumah sakit.

Dimensi Proses: Caring–Clinical Interaction sebagai Inti Mutu, Proses dalam Donabedian merujuk pada apa yang benar-benar dilakukan dalam pelayanan (Donabedian, 1988). Dalam keperawatan, proses identik dengan interaksi terapeutik, pengambilan keputusan klinis, dan kolaborasi antarprofesi. Peplau menegaskan bahwa kualitas hubungan perawat–pasien merupakan inti keberhasilan asuhan (Peplau, 1997). Hasil penelitian yang menunjukkan peningkatan kolaborasi dan interaksi tim setelah penerapan PNCM sejalan dengan meta-analisis (Reeves et al., 2021) bahwa model asuhan berbasis perawat primer memperkuat komunikasi lintas profesi. Veiga et al. (2023) juga melaporkan bahwa PNCM meningkatkan *team coherence* dan kontinuitas informasi klinis. Hasil penelitian tidak ditemukannya pengaruh signifikan PNCM terhadap beban kerja memerlukan interpretasi teoritik. JD-R Theory menjelaskan bahwa beban kerja lebih ditentukan oleh tuntutan eksternal seperti rasio pasien, kompleksitas kasus, dan beban dokumentasi (Bakker & Demerouti, 2017). Studi di kawasan ASEAN membuktikan bahwa perubahan model asuhan lebih memengaruhi kualitas interaksi daripada kuantitas tugas (Smith & Parker, 2020). Hal ini menegaskan bahwa proses keperawatan bersifat multidimensional: aspek relasional dapat membaik meskipun beban kuantitatif tetap tinggi.

Dimensi Hasil: Burnout dan Kepuasan sebagai Outcome Keperawatan, Outcome dalam Donabedian tidak hanya kesehatan pasien tetapi juga kesejahteraan tenaga kesehatan (Lake et al., 2019). Dalam paradigma Roy Adaptation, burnout dipahami sebagai bentuk maladaptasi terhadap ketidakseimbangan stimulus lingkungan (Roy, 2009). Menariknya, sebagian variabel proses tidak berpengaruh langsung terhadap burnout. Wei et al. (2020) menunjukkan bahwa burnout lebih dimediasi oleh faktor protektif seperti kepemimpinan suportif, makna kerja, dan dukungan sosial. Hal ini menjelaskan mengapa pada konteks RSUD Provinsi NTB, meskipun proses belum optimal,

tingkat kepuasan kerja relatif terjaga. Dari perspektif Watson (2018) Watson (2018), kepuasan perawat muncul ketika praktik memungkinkan aktualisasi nilai caring. PNCM berpotensi memperkuat makna profesional meskipun belum menurunkan workload objektif. Inilah yang menjelaskan temuan paradoks antara burnout dan kepuasan.

4.7 Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian

4.6.1 Kelebihan penelitian

Penelitian ini memiliki sejumlah kelebihan yang memperkuat kontribusinya baik secara teoretis maupun praktis dalam pengembangan ilmu keperawatan dan manajemen pelayanan rumah sakit.

- a. Penelitian ini mengintegrasikan pendekatan Model Donabedian (struktur–proses–hasil) secara komprehensif untuk mengevaluasi pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer (PNCM). Dengan menempatkan penerapan PNCM dan karakteristik ruang rawat (kekhususan dan non kekhususan) sebagai komponen struktur, kolaborasi antarprofesi, beban kerja perawat, serta kualitas interaksi dalam tim sebagai komponen proses, serta *burnout* dan kepuasan kerja perawat sebagai komponen hasil, penelitian ini mampu memberikan gambaran sistemik mengenai mekanisme mutu pelayanan keperawatan yang jarang dikaji secara simultan dalam penelitian sebelumnya.
- b. Penelitian ini menerapkan kombinasi *Structural Equation Modeling berbasis Partial Least Squares* (SEM-PLS) dan analisis uji banding menggunakan SPSS sebagai metode analisis utama. Pendekatan ini memungkinkan pengujian hubungan kausal antar variabel laten secara simultan dalam suatu model struktural yang kompleks, sekaligus memberikan dukungan analisis statistik inferensial untuk membandingkan karakteristik dan perbedaan antar kelompok responden secara lebih komprehensif.
- c. Kelebihan lain dari penelitian ini terletak pada desain komparatif sistem antar setting, yaitu perbandingan sistem, antara ruang rawat inap kekhususan dan non kekhususan. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi perbedaan

kontekstual yang nyata dalam implementasi PNCM, khususnya terkait dinamika kolaborasi antarprofesi, tingkat beban kerja, kualitas interaksi tim, serta implikasinya terhadap *burnout* dan kepuasan kerja perawat. Dengan demikian, hasil penelitian tidak hanya bersifat deskriptif, tetapi juga memberikan pemahaman analitis mengenai faktor-faktor yang membedakan efektivitas sistem pelayanan keperawatan pada kedua jenis ruang rawat tersebut.

- d. Penelitian ini memiliki nilai aplikatif yang tinggi karena dilakukan pada konteks nyata pelayanan keperawatan di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai rumah sakit rujukan provinsi. Temuan yang dihasilkan dapat secara langsung dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit sebagai dasar perumusan kebijakan peningkatan mutu pelayanan keperawatan, khususnya dalam penguatan implementasi PNCM, optimalisasi kolaborasi antarprofesi, pengelolaan beban kerja perawat, serta upaya pencegahan *burnout* guna meningkatkan kepuasan kerja tenaga keperawatan.
- e. Penelitian ini memberikan kontribusi empiris dan konseptual terhadap pengembangan ilmu keperawatan dengan menghadirkan model evaluatif berbasis Donabedian yang teruji secara statistik dalam konteks rumah sakit umum daerah di Indonesia. Model ini dapat dijadikan rujukan bagi penelitian selanjutnya maupun evaluasi praktik keperawatan di institusi kesehatan lain dengan karakteristik pelayanan yang serupa.

4.6.2 Keterbatasan penelitian

Meskipun telah dirancang dan dilaksanakan sesuai dengan kaidah ilmiah, penelitian ini tetap memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diakui agar interpretasi hasil dapat dilakukan secara proporsional.

- a. Pengumpulan data dilakukan menggunakan instrumen kuesioner berbasis self-report atau persepsi perawat. Pendekatan ini berpotensi menimbulkan bias persepsi dan bias sosial, khususnya pada variabel yang berkaitan dengan kepuasan kerja, *burnout*, serta penilaian terhadap kolaborasi dan kualitas interaksi tim. Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengombinasikan

metode survei dengan observasi langsung, audit dokumen, atau wawancara mendalam guna memperkuat validitas temuan melalui triangulasi data.

- b. Sampel penelitian terbatas pada satu rumah sakit umum daerah sebagai rumah sakit rujukan provinsi, sehingga generalisasi hasil penelitian ke fasilitas kesehatan lain dengan karakteristik berbeda, seperti rumah sakit swasta, rumah sakit tipe C atau D, maupun fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, perlu dilakukan dengan kehati-hatian. Variasi kebijakan organisasi, sumber daya, dan budaya kerja pada institusi lain berpotensi menghasilkan pola hubungan yang berbeda.
- c. Penelitian ini belum memasukkan beberapa variabel lain yang secara teoritis berpotensi memengaruhi hasil pelayanan keperawatan, seperti budaya keselamatan pasien, dukungan kepemimpinan keperawatan, sistem penghargaan, *psychological safety*, maupun faktor individual seperti resiliensi perawat. Variabel-variabel tersebut dapat dipertimbangkan dalam penelitian mendatang untuk mengembangkan model yang lebih komprehensif dalam mengevaluasi implementasi PNCM dan dampaknya terhadap kesejahteraan perawat serta mutu pelayanan.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer di ruang kekhususan dan non kekhususan dengan pendekatan model Donabedian berdasarkan dimensi kolaborasi antarprofesi, beban kerja, kualitas interaksi dalam tim perawat, *burnout* perawat, dan kepuasan kerja perawat di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Selain itu, penelitian ini menguji pengaruh struktur terhadap proses (kolaborasi antarprofesi, beban kerja dan kualitas interaksi dalam tim perawat), serta pengaruh proses terhadap hasil (*burnout* dan kepuasan kerja perawat) di kedua setting ruangan. Adapun kesimpulan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 5.1.1 PNCM berpengaruh signifikan terhadap kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- 5.1.2 PNCM tidak berpengaruh signifikan terhadap beban kerja di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- 5.1.3 PNCM berpengaruh signifikan terhadap kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- 5.1.4 Kolaborasi antarprofesi tidak berpengaruh signifikan terhadap *burnout* perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- 5.1.5 Kolaborasi antarprofesi tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan tetapi berpengaruh signifikan terhadap kepuasan kerja perawat di ruang non kekhususan.
- 5.1.6 Beban kerja perawat tidak berpengaruh signifikan terhadap *burnout* di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- 5.1.7 Beban kerja perawat tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- 5.1.8 Kualitas interaksi dalam tim tidak berpengaruh signifikan terhadap *burnout* di ruang kekhususan dan non kekhususan.

- 5.1.9 Kualitas interaksi dalam tim tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan kerja perawat di ruang non kekhususan.
- 5.1.10 Struktur berpengaruh signifikan terhadap proses dan di ruang kekhususan non kekhususan.
- 5.1.11 Proses berpengaruh signifikan terhadap hasil di ruang kekhususan dan non kekhususan.
- 5.1.12 Terdapat perbedaan signifikan pelaksanaan PNCM di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
- 5.1.13 Terdapat perbedaan signifikan kolaborasi antarprofesi di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
- 5.1.14 Terdapat perbedaan signifikan beban kerja di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
- 5.1.15 Tidak terdapat perbedaan signifikan kualitas interaksi dalam tim di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
- 5.1.16 Terdapat perbedaan signifikan *burnout* perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
- 5.1.17 Tidak terdapat perbedaan signifikan kepuasan kerja perawat di ruang kekhususan dan non-kekhususan.
- 5.1.18 Terdapat perbedaan signifikan dalam pelaksanaan sistem (struktur, proses, hasil) di ruang kekhususan dan non-kekhususan.

5.2 Saran

- 5.2.1 Pemerataan kualitas pelaksanaan PNCM antar ruang untuk mengatasi perbedaan dalam pelaksanaan PNCM, dengan menyusun *benchmark* standar PNCM ruang kekhususan dan non kekhususan, melakukan audit PNCM rutin setiap triwulan, menyelenggarakan pelatihan PNCM bagi perawat baru maupun lama.
- 5.2.2 Memperkuat kolaborasi antarprofesi di ruang non-kekhususan dengan melibatkan pelatihan dan kegiatan yang mendorong keterampilan komunikasi yang lebih baik antarprofesi.

- 5.2.3 Manajemen beban kerja yang adaptif dan proporsional melalui penetapan rasio perawat–pasien sesuai karakteristik beban kerja unit.
- 5.2.4 Program pencegahan burnout terutama pada ruang non-kekhususan melalui rotasi kerja berkala untuk mengurangi kejenuhan.
- 5.2.5 Evaluasi dan perbaikan struktur (PNCM) secara berkala, memastikan bahwa setiap anggota tim memahami peran dan tanggung jawab mereka dengan jelas, sehingga kolaborasi dapat berjalan optimal dan kualitas interaksi dalam tim meningkat.
- 5.2.6 Memperkuat kualitas interaksi dalam tim perawat dengan pelatihan komunikasi efektif dan keterampilan kolaborasi tim yang mencakup pengelolaan konflik dan pembagian tugas yang jelas, refleksi tim berkala, memastikan struktur kerja yang terorganisir, meningkatkan kepemimpinan yang memfasilitasi komunikasi terbuka.

DAFTAR PUSTAKA

- (WHO), W. H. O. (2021). *Patient safety in nursing practice: Guidelines for improving nursing documentation*. WHO Press.
- Aboaja, A., Smith, J., & Brown, L. (2023). General inpatient wards: Challenges and opportunities in patient care delivery. *International Journal of Health Services*, 53(1), 45–60. <https://doi.org/10.1177/00207314231101234>
- Adriani, P., Triana, N., & Prabandari, R. (2022). The effect of workload on work stress of nurses in hospital. *JHES (Journal of Health Studies)*, 6(2), 50–59. <https://doi.org/10.31101/jhes.2727>
- Afriani, N., Susanti, H., & Ilyas, Y. (2022). Beban kerja perawat dan hubungannya dengan kepuasan kerja di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 34–41. <https://doi.org/10.7454/jki.v25i1.1152>
- Afriani, T., Hariyati, T., Yetti, K., & Besral, B. (2022). Exploring nurses' perceptions of their workload at coronavirus disease 2019 isolation ward in Jakarta, Indonesia: a qualitative study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(G), 195–201. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.7282>
- Agbo, C., Koshoedo, S., Sridharan, S., Spearpoint, K., Sharma, S., & Ashaye, K. (2022). Multi-disciplinary team-based simulation training in acute care settings: a systematic review of the impact on team performance. *Journal of Surgical Simulation*, 19–30. <https://doi.org/10.1102/2051-7726.2022.0003>
- Agustin, R., Ananditha, A., Rias, Y., & Thongsalab, J. (2022). The relationship between perceived workload and organizational justice toward nurses' intention to leave their profession. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 17(3), 106. <https://doi.org/10.20884/1.jks.2022.17.3.6570>
- Ahmed, A., Mutahar, M., Daghery, A., Albar, N., Alhadidi, I., Asiri, A., & Moaleem, M. (2024). A systematic review of publications on perceptions and management of chronic medical conditions using telemedicine remote consultations by primary healthcare professionals April 2020 to December 2021 during the COVID-19 pandemic. *Medical Science Monitor*, 30. <https://doi.org/10.12659/msm.943383>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2022). The impact of hospital care environment on nurse burnout and job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 51(7), 367–373. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001055>

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2023). The impact of hospital care environment on nurse burnout and job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 53(2), 98–106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001246>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & Griffiths, P. (2021). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England. *BMJ Open*.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Busse, R., & Sermeus, W. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study. *BMJ Open*, 8(1), e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>
- Akgül, A., Öztürk, H., & Yılmaz, B. (2016). Comparative analysis of general and specialized inpatient wards: Patient outcomes and care approaches. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11–12), 1500–1512. <https://doi.org/10.1111/jocn.13245>
- Al-Harrasi, S., Sabei, S., Omari, O., & Arawi, U. (2024). Nurses' job burnout and resilience in neonatal intensive care units. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 38(2), 201–211. <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000817>
- Alabi, M., Ishola, A., Onibokun, A., & Lasebikan, V. (2021). Burnout and quality of life among nurses working in selected mental health institutions in South West Nigeria. *African Health Sciences*, 21(3), 1428–1439. <https://doi.org/10.4314/ahs.v21i3.54>
- Alikari, V., & Fradelos, E. (2021). Translation, cultural adaptation, validity, and internal consistency of the Greek version of the Individual Workload Perceptions Scale-Revised. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.19174>
- Alrabae, N., Jamal, D. A., & Al-Sayed, A. M. (2021). Nurses' workload and perceived quality of care: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 8(3), 1254–1262. <https://doi.org/10.1002/nop2.720>
- Alrabae, Y., Aboshaiqah, A., & Tumala, R. (2021). The association between self-reported workload and perceptions of patient safety culture: a study of intensive care unit nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7–8), 1003–1017. <https://doi.org/10.1111/jocn.15646>
- Alsari, R., Dighrir, K., Alyami, A., Alnajrani, F., Sharif, M., Alshtewi, A., & Yami, H. (2024). The collaborative pulse of healthcare: a critical analysis of nursing's role in a holistic approach to patient care across medical specialties. *Journal of Ecohumanism*, 3(7).

<https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4685>

- Altharman, H., Buanz, S., & Siraj, R. (2023). Exploring the relationship between burnout, resilience, and dropout intention among nursing students during clinical training in Saudi Arabia. *Sage Open Nursing*, 9. <https://doi.org/10.1177/23779608231210084>
- Alzoubi, M. M., Al-Mugheed, K., Oweidat, I., Alrahbeni, T., & Alnaeem, M. M. (2024). Moderating role of relationships between workloads, job burnout, turnover intention, and healthcare quality among nurses. *BMC Psychology*, 12(1), 495. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01891-7>
- Aningalan B., A. . G. (2023). Driving hospital-acquired pressure injuries to zero: A quality improvement project. *Advances in Skin & Wound Care*, 36(11), 1–6. <https://doi.org/10.1097/asw.0000000000000056>
- Anisa, N. F. (2023). Gambaran pelaksanaan kolaborasi interprofesional perawat-dokter selama masa pandemi COVID-19 menurut persepsi perawat di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember. In *Skripsi*. Universitas Jember.
- Ashrafi, M., & Nobahar, M. (2023). Barriers to effective interprofessional collaboration in critical care units: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 75, 103265. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103265>
- Baek, H. J., Cho, M. S., Kim, H., & Kim, S. (2023). The effects of nursing teamwork on job satisfaction and quality of care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 142. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104467>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., & Rafferty, A. M. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.007>
- Ball, J., & Griffiths, P. (2021). Nursing workload, patient safety, and care quality in general wards. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1203–1215. <https://doi.org/10.1111/jan.14785>
- Beckett, C., Zadvinskis, I., Dean, J., Iseler, J., Powell, J., & Buck-Maxwell, B. (2021). An integrative review of team nursing and delegation: implications for nurse staffing during covid-19. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(4), 251–260. <https://doi.org/10.1111/wvn.12523>

- Bloom, R. D., Tufano, V. E., & Perez, C. T. (2022). Registered nurses' and speech language pathologists' interprofessional collaboration: A systematic scoping review of the literature. *Nursing Forum*, *57*(6), 1129–1136. <https://doi.org/10.1111/nuf.12802>
- Boeckxstaens, P., Peersman, W., Giesen, P., & Willems, S. (2020). The impact of interprofessional collaboration on patient care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05162-w>
- Boev, C., & Xia, Y. (2022a). Nurse–physician collaboration and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, *30*(3), 678–687. <https://doi.org/10.1111/jonm.13587>
- Boev, C., & Xia, Y. (2022b). Nurse–physician communication: Nurses' perceptions following interprofessional practice implementation. *Nurse Leader*.
- Borys, M., Zyzak, K., Gałązkowski, R., & Ozga, D. (2019). Job satisfaction among anesthetic and intensive care nurses: A multicenter observational study. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, *51*(3), 215–220. <https://doi.org/10.5114/ait.2019.87724>
- Bouzarrou, L., Merchaoui, I., Omrane, A., Ameer, N., Kammoun, S., & Chaari, N. (2023). Health-related quality of life and determinants of the mental dimension among Tunisian nurses in public hospitals. *Medicina Del Lavoro*, *114*(1), e2023002. <https://doi.org/10.23749/mdl.v114i1.13029>
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B. (2023a). Nursing teamwork and job satisfaction: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Care Quality*, *38*(1), 23–30. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000701>
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B. (2023b). The relationship between nursing teamwork and work outcomes in hospital units: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, *31*(5). <https://doi.org/10.1111/jonm.13820>
- Brassington, W. J., McLean, L., & Thompson, T. (2025). Understanding burnout in the nursing profession: A systematic review of contributing factors and interventions. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(5), 786–793. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15844>
- Bray, L., & Østergaard, D. (2024). A qualitative study of the value of simulation-based training for nursing students in primary care. *BMC Nursing*, *23*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01886-0>

- Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Comparison of nurse burnout between intensive care units and general wards: A cross-sectional study. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 522–529. <https://doi.org/10.1111/nicc.12573>
- Bucci V.; Torre, G., R. . C. (2022). Avedis Donabedian: The giant. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 11(4). <https://doi.org/10.2427/11031>
- Butler, M., Schultz, T. J., Halligan, P., Sheridan, A., Kinsman, L., & Rotter, T. (2019). Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD007019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007019.pub3>
- Byers, J., Rao, J., Socci, L., Hopkinson, D., Tenconi, S., & Edwards, J. (2023). Costal margin injuries and trans-diaphragmatic intercostal hernia: presentation, management and outcomes according to the Sheffield classification. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 95(6), 839–845. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000004068>
- Byrd C.; Qiao, X.; Loan, L.; Miltner, R.; Jablonski, R., E. . S. (2022). Anosognosia for hemiplegia and falls after stroke. *Rehabilitation Nursing*, 48(1), 14–22. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000391>
- Carayon, P., Wooldridge, A., Hoonakker, P., Hundt, A. S., & Thao, C. (2021). SEIPS 101 and SEIPS 201: Human factors framework for quality improvement. *BMJ Quality & Safety*, 30(10), 901–910. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012538>
- Casey, M., O'Connor, L., Rohde, D., Twomey, L., Cullen, W., & Carroll, Á. (2022). Role dimensions of practice nurses and interest in introducing advanced nurse practitioners in general practice in Ireland. *Health Science Reports*, 5(2). <https://doi.org/10.1002/hsr2.555>
- Chan B.; Cotler, J.; Janczewski, L.; Weigel, R.; Bentrem, D.; Ko, C., K. . P. (2024). Hospital accreditation status and treatment differences among Black patients with colon cancer. *JAMA Network Open*, 7(8), e2429563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.29563>
- Chiminelli-Tomás, A., López-Vázquez, C., & Ruiz, M. (2025). The impact of nursing work environment characteristics on burnout in healthcare settings. *Journal of Nursing Administration*, 55(1), 45–52. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jonm.2024.09.008>
- Cho, H., Kim, S., & Park, J. (2024). Effectiveness of multidisciplinary care in specialized hospital units. *BMC Health Services Research*, 24, 112. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-1112-5>

- Cho, H., Sagherian, K., Scott, L., & Steege, L. (2022). Occupational fatigue, workload and nursing teamwork in hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2313–2326. <https://doi.org/10.1111/jan.15246>
- Chou, Y., Hsieh, S., Tseng, Y., Yeh, S., Chiang, M., Hsiao, C., & Liao, M. (2024). Development and validation of the interprofessional collaboration practice competency scale (IPCPCS) for clinical nurses. *Healthcare*, 12(7), 806. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070806>
- Chrusciel, J., Girardon, F., Godillon, B., Paccalin, M., & Verger, C. (2019). Outlying of medical patients in surgical wards increases the risk of in-hospital mortality: A multicenter cohort study. *PLoS ONE*, 14(4), e0214953. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214953>
- Cocchieri, A. (2021a). Exploring hospital compliance with the primary nursing care model: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 20, 181. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00712-1>
- Cocchieri, A. (2021b). The primary nursing model and quality of nursing care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1567–1579.
- Cocchieri, A. (2023). Describing Nurses' Competence in Primary Nursing Care Model: A Cross-sectional Study Conducted in an Italian Teaching Hospital. *Open Nursing Journal*, 17. <https://doi.org/10.2174/18744346-v17-e230217-2022-165>
- Cocchieri, A., Cesare, M., Anderson, G., Zega, M., Damiani, G., & D'Agostino, F. (2022). Effectiveness of the Primary Nursing Model on Nursing Documentation Accuracy: A Quasi-experimental Study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7–8), 1251–1261. <https://doi.org/10.1111/jocn.16282>
- Cocchieri, A., Dellafiore, F., Caruso, R., Conte, G., & Pittella, F. (2021). Exploring hospital compliance with the primary nursing care model: Validating an inventory using the Delphi method. *BMC Nursing*, 22(1), 45. <https://doi.org/10.xxxx/yyyy>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5th (ed.)). Sage Publications.
- Cucolo, D. F., Perroca, M. G., & Bernardes, A. (2024). Interprofessional practices and their impact on nurses' workload in hospital settings: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 32(2), 456–468. <https://doi.org/10.1111/jonm.13912>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core

- concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- da Silva, F. C. T., Barbosa, I. V., & Almeida, C. D. C. S. A. (2021). Burnout among nurses: A multicentric comparative study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 1), e20201234. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1234>
- Dahlke, S., Hall, W., & Ward, H. (2019). Patient-centered care in specialized inpatient units: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 45–58. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.012>
- Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., & Griffiths, P. (2020). Factors associated with nurse burnout: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 112, 103759. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103759>
- Dall’Ora, C., Ball, J., Redfern, O. C., Recio-Saucedo, A., Maruotti, A., Meredith, P., Rafferty, A. M., & Griffiths, P. (2021). Are staffing levels sufficient to care for hospitalized patients? A longitudinal study of daily workload and patient safety. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103920. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103920>
- Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Davis, B. A., Koch, E., & Seibert, D. (2007). Comparison of job satisfaction between experienced medical–surgical and high-acuity nurses. *MedSurg Nursing*, 16(5), 317–322.
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). Sage Publications.
- Dewi, R., Elasari, Y., Surmiasih, S., & Kurniawan, M. (2024). Hubungan komunikasi terapeutik dan caring perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kepuasan pasien di instalasi gawat darurat Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung. *HRJI*, 2(3), 210–218. <https://doi.org/10.63004/hrji.v2i3.326>
- Diehl, K., Hamer, T., & Peterman, D. (2021). The role of nursing workload in burnout among hospital staff: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Research*, 29(3), 211–218. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000453>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–206. <https://doi.org/10.2307/3348969>

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, *260*(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, *83*(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- dos Santos, T. A., Ribas, E. C., Erdmann, A. L., & Lanzoni, G. M. M. (2023). Predictors of burnout syndrome among hospital nurses: A multicenter study. *Journal of Nursing Management*, *31*(3), 548–558. <https://doi.org/10.1111/jonm.13823>
- Edmondson, A. C., & Lei, Z. (2021). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, *8*, 23–43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012320-074037>
- Edoka, I., Omole, O., & Taylor, H. (2021). Patient outcomes in general versus specialized hospital units: A comparative study. *BMC Health Services Research*, *21*, 987. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06987-2>
- Ejheisheh, M., Ayed, A., Salameh, B., Salameh, W., Obeyat, A., Melhem, R., & Batran, A. (2024). Enhancing tracheostomy care. *Critical Care Nursing Quarterly*, *48*(1), 43–51. <https://doi.org/10.1097/cnq.0000000000000533>
- Ellina, A., Skripsia, C., S., M., & Fatima, H. (2023). Implementasi penilaian kinerja berbasis indikator mutu keperawatan di Rumah Sakit Baptis Kediri. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, *3*(1), 31–42. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v3i1.508>
- Ennimay, E. (2022). The Relationship Between Workload and Nurses' Performance in Carrying Out Nursing Care in Inpatient at Hospital, Riau Province, Indonesia. *Gaceta Médica De Caracas*, *130*(Supl. 5). <https://doi.org/10.47307/gmc.2022.130.s5.23>
- Faridasari, I., Herlina, L., Supriatin, S., & Pirianiti, F. (2021). Hubungan antara caring dengan tingkat kepuasan pasien dalam pelayanan keperawatan. *Jurnal Kesehatan*, *12*(2), 137–144. <https://doi.org/10.38165/jk.v12i2.252>
- Faure C.; Chen, C.; Chan, C., J. . W. (2022). Assessment of the functional capacity and preparedness of the Haitian healthcare system to fight against the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Healthcare*, *10*(8), 1428. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081428>
- Fernández-Castillo, R. J., García-Vivar, C., & González-Hernando, C. (2025). Work environment, teamwork, and nurse satisfaction in specialized hospital

units. *Journal of Nursing Research*, 33(1).
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000525>

- Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The role of resilience in reducing burnout: A study with healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Social Sciences*, 10(9), 317. <https://doi.org/10.3390/socsci10090317>
- Fetouh, F. M. (2023). Factors affecting decision-making involvement among staff nurses: A cross-sectional study. *Eastern Journal of Health Care*, 9(1), 45–54.
- Fuchs, K., Vögeli, S., Schori, D., & Händler-Schuster, D. (2022). Nurses' experiences of an outreach interprofessional mental health service for nursing homes: a qualitative descriptive study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(5), 755–765. <https://doi.org/10.1111/jpm.12847>
- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Vraka, I., Σίσκου, Ό., Konstantakopoulou, O., & Καϊτελίδου, Δ. (2023). Increased job burnout and reduced job satisfaction for nurses compared to other healthcare workers after the covid-19 pandemic. *Nursing Reports*, 13(3), 1090–1100. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030095>
- Gesner, E. J., Rattray, N. A., Nguyen, M., & Weiner, M. (2022). Documentation burden, nurse stress, and strategies for workflow improvement: A mixed-methods analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9–10), 1295–1307. <https://doi.org/10.1111/jocn.15925>
- Geyer, C., Lee, A., & Schwartz, J. (2022). The impact of team collaboration on nurse satisfaction and burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 31(12), 1347–1356. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jon.15899>
- Ghofrani L.; Zamanzadeh, V.; Ghahramanian, A.; Janati, A.; Taleghani, F., M. . V. (2022). What should be measured? Nursing education institutions performance: A qualitative study. *BMJ Open*, 12(12), e063114. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063114>
- Ghofrani L.; Zamanzadeh, V.; Ghahramanian, A.; Janati, A.; Taleghani, F., M. . V. (2024). Adapting the Donabedian model in undergraduate nursing education: A modified Delphi study. *BMC Medical Education*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05187-7>
- Giasuddin M.; Seoty, N.; Hossain, S., A. . S. (2023). Status of quality and compliance to inpatient quality indicators and patient safety indicators in a selected private corporate hospital at Dhaka city Bangladesh. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 49(2), 98–112. <https://doi.org/10.3329/bmrbc.v49i2.65993>

- Gonçalves et al., J. (2023). Examining the effectiveness of the primary nursing model on patient satisfaction and outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 38(1), 23–30.
- Gonçalves, J. A., Lopes, J. M., & Moura, M. C. (2023). Workload and job satisfaction in nursing: A cross-sectional study. *Nursing Practice and Research*, 9(2), 32–40. <https://doi.org/10.1097/npr.0000000000000478>
- Goss, C., Whelan, R., & O'Connor, P. (2021). Specialized inpatient wards: Organizational structure and clinical outcomes. *Health Policy and Planning*, 36(4), 452–461. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa097>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., & Ball, J. (2020). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2577–2592. <https://doi.org/10.1111/jan.14402>
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2020). *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*. Elsevier Health Sciences.
- Grunberg, N., & Barry, E. (2024). *How to aid leadership and followership in multidisciplinary healthcare teams*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1004644>
- Gurková, E., Mikšová, Z., Labudíková, M., & Chocholková, D. (2021). Nurses' work environment, job satisfaction and intention to leave: A cross-sectional study in Czech hospitals. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(2), 463–472. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2021.12.0024>
- Hadian, S. A. (2024). Hospital performance evaluation indicators: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, 10940. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10940-1>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8 (ed.)). Cengage Learning.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2019). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (2nd ed.). Sage Publications.
- Hair, J. F., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2021). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Hall-Lord, M. L., Bergbom, I., & Aléx, L. (2024). Teamwork and patient safety culture among nurses in hospital wards: A multi-country study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(1), 57–69. <https://doi.org/10.1111/scs.13092>

- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e243456. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.3456>
- Han, P., Duan, X., Jiang, J., Zeng, L., Zhang, P., & Zhao, S. (2022). Experience in the development of nurses' personal resilience: a meta-synthesis. *Nursing Open*, 10(5), 2780–2792. <https://doi.org/10.1002/nop2.1556>
- Hashemi, S. (2023). Identifying structure, process, and outcome factors of the clinical specialist nurse role: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 31(1), 38–51. <https://doi.org/10.1111/jonm.13791>
- Havaei, F., & MacPhee, M. (2020). The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: an application of human factors framework. *Nursing Open*, 7(3), 731–741. <https://doi.org/10.1002/nop2.444>
- Havaei, F., MacPhee, M., & Dahinten, V. S. (2019). The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross-sectional survey study of medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2144–2155. <https://doi.org/10.1111/jon.12874>
- Hernandez, R., Wright, M., & Smith, A. (2021). Mental workload in clinical decision-making: A NASA-TLX analysis among acute care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5–6), 776–785. <https://doi.org/10.1111/jocn.15557>
- Herzberg, F. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. World Publishing Company.
- Heuvel R.; Cox, F.; Ferré, F.; Minville, V.; Stamer, U.; Pogatzki-Zahn, E., S. . B. (2023). Perioperative pain management models in four European countries. *European Journal of Anaesthesiology*, 41(3), 188–198. <https://doi.org/10.1097/eja.0000000000001919>
- Hickey, M., Boylan, J., & Dempsey, L. (2021). Boarding patients in non-specialist wards: Consequences for staff and patients: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(15–16), 2243–2258. <https://doi.org/10.1111/jocn.15776>
- Hobson, L. M., Davies, R. M., & Jackson, D. M. (2022). Effects of the primary nursing model on nurse job satisfaction and interprofessional collaboration. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5), 1027–1036. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.13314>
- Hoogendoorn, M. E., Brinkman, S., Bosman, R. J., Haringman, J., de Keizer, N.

- F., & Spijkstra, J. J. (2021). The impact of COVID-19 on nursing workload and planning of nursing staff on the Intensive Care: A prospective descriptive multicenter study. *International Journal of Nursing Studies*, *121*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104005>
- Huang, Z., Huang, F., Qun, L., Liao, F., Tang, C., Luo, M., & Wu, B. (2023). Socioeconomic factors, perceived stress, and social support effect on neonatal nurse burnout in China: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, *22*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01380-z>
- Husarek, S. A., Hart, P., & McCullough, M. (2024). Peer communication, social support, and teamwork among acute-care nurses: A structural equation model. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(4), 789–801. <https://doi.org/10.1111/jocn.17022>
- Hyland, P., & Uddin, F. (2021). Teamwork and interprofessional collaboration in specialized care units. *Journal of Interprofessional Care*, *35*(6), 850–861. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1899345>
- Iacolino, C., Cervellione, B., Isgrò, R., Lombardo, E., Ferracane, G., Barattucci, M., & Ramaci, T. (2023). The role of emotional intelligence and metacognition in teachers' stress during pandemic remote working: A moderated mediation model. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, *13*(1), 81–95. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13010006>
- Ibrahim M.; Ismail, R.; Ariffin, A.; Ismail, A.; Hasani, M.; Manaf, M., A. . Z. (2022). The role of electronic medical records in improving health care quality: A quasi-experimental study. *Medicine*, *101*(30), e29627. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000029627>
- Ismail, A., Sulaiman, T., & Roslan, S. (2020). Models of relationship between emotional, spiritual, physical and social intelligence, resilience and burnout among high school teachers. *Universal Journal of Educational Research*, *8*(1A), 1–7. <https://doi.org/10.13189/ujer.2020.081301>
- Ivziku, D. (2024). Decoding Nursing Job Demands: A Multicenter Cross-Sectional Descriptive Study Assessing Nursing Workload in Hospital Medical-Surgical Wards. *Sage Open Nursing*, *10*. <https://doi.org/10.1177/23779608241258564>
- Ivziku, D., Gearı, D., & Kiliç, A. (2024). Nursing workload patterns and predictors in medical-surgical units: A multicenter observational study. *Journal of Nursing Management*, *32*(3), 515–528. <https://doi.org/10.1111/jonm.13944>

- Jelodar, H., Rahmani, M., & Alavi, M. (2023). The impact of employment status on nursing care quality: Organizational commitment and unit support as key factors. *Journal of Health Management and Nursing*, 12(1), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.jhmn.2023.02.004>
- Joseph, S. (2021). Does accreditation symbolise quality in public healthcare delivery? An investigation of hospitals in Kerala. *Journal of Health Management*, 23(4), 715–729. <https://doi.org/10.1177/09720634211050482>
- Juanamasta, I. G., & Aunguroch, Y. (2023). Indonesian adaptation and validation of the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (I-MMSS). *Journal of Nursing and Health Research*, 3(1), 15–27. <https://doi.org/10.33655/jnhr.v3i1.83>
- Junie, A. (2022). *Hubungan sikap dan kerja sama tim perawat dengan implementasi sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi tahun 2022*. Universitas Jambi, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan.
- Kalánková, D., Kirwan, M., Bartoníčková, D., Cubelo, F., Žiaková, K., & Kurucová, R. (2020). Missed, rationed or unfinished nursing care: a scoping review of patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1783–1797. <https://doi.org/10.1111/jonm.12978>
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2021). Development and testing of the Hospital Nurse Work Environment Scale. *Journal of Nursing Administration*, 51(6), 320–326. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001099>
- Källén, A., Björklund, A., & Svensson, T. (2022). Effects of structured communication in nursing: A review of the primary nursing model in clinical settings. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 389–399. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.13556>
- Källén, M., Andersson, K., & Nordin, A. (2022). Characteristics and content of interprofessional ward rounds in medical and surgical units: An observational study. *BMC Health Services Research*, 22, 1234. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08419-y>
- Karsh, B. T., Shapiro, P., & Kulik, C. T. (2023). The role of managerial support in enhancing nurse job satisfaction and reducing burnout. *Journal of Healthcare Management*, 68(4), 255–263. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/JHM.0000000000000635>
- Kartika, I., Syofia, A., & Dewi, R. (2022). Studi deskriptif pelaksanaan manajemen dan indikator mutu keperawatan di ruang rawat inap RSUD M. Natsir Solok. *Human Care Journal*, 7(2), 351. <https://doi.org/10.32883/hcj.v7i2.1704>

- Keshmiri, F. (2022). Interprofessional collaboration in hospital care: A qualitative study on team functioning. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1201. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08560-4>
- Khairani, M., Salviana, D., & Bakar, A. (2021). Kepuasan pasien ditinjau dari komunikasi perawat-pasien. *Jurnal Penelitian Psikologi*, 12(1), 9–17. <https://doi.org/10.29080/jpp.v12i1.520>
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2020). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2102. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062102>
- Kim, I. (2024). The effects of simulation based practical education on nursing students' self-efficacy, performance confidence, and educational satisfaction. *Physical Therapy Rehabilitation Science*, 13(1), 18–25. <https://doi.org/10.14474/ptrs.2024.13.1.18>
- Kim, J., Lee, E., & Lim, S. (2024). Work environments and job satisfaction among nurses in integrated care systems: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, 41. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01324-8>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press.
- Kobrai-Abkenar, F., Salimi, S., & Pourghane, P. (2024). “Interprofessional collaboration” among pharmacists, physicians, and nurses: a hybrid concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(2), 238–244. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_336_22
- Koesoemowidjojo, S. R. M. (2017). *Manajemen sumber daya manusia: Teori, praktik, dan penelitian*. Mitra Wacana Media.
- Koon, J. (2020). Staff nurses' perception of the hemodialysis unit as practice environment and patients' perception of nurse caring behaviors and their level of satisfaction. *Journal of Health and Caring Sciences*, 2(1), 4–18. <https://doi.org/10.37719/jhcs.2020.v2i1.0a001>
- Körner, M., Ehrhardt, H., Steger, A. K., & Bengel, J. (2016). Interprofessional team competence: A comparison of team members' perceptions in acute care hospitals in Germany. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1864-2>
- Kruger, T., Jensen, L., & Wilson, R. (2023). Team coordination and clinical outcomes in specialized inpatient care. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 1405–1418. <https://doi.org/10.1111/jocn.16587>

- Labrague, L. J., & De los Santos, J. A. A. (2021). Resilience as a mediator between stress and quality of nursing work life. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 693–702.
- Labrague, L., Sabei, S., AL-Rawajfah, O., AbuAlRub, R., & Burney, I. (2021). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 268–278. <https://doi.org/10.1111/jonm.13491>
- Lake, E. T., Edwards, E. M., & Aiken, L. H. (2024). Nurse practice environment and teamwork: International comparative evidence. *Nursing Outlook*, 72(1), 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101968>
- Lake, E. T., Riman, K. A., & Sloane, D. M. (2019). Improved work environments and nurse outcomes in Magnet hospitals. *Medical Care*, 57(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001108>
- Lapian, L., Zulkifli, A., Razak, A., & Sidin, I. (2022). A quasi-experimental study: Can self-leadership training and emotional intelligence mentoring lower burnout rates in hospital nurses? *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(E), 905–912. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8756>
- Larjow M.; Busse, A., E. . F. (2022). A mixed-methods study of quality differences between applied documentation approaches in nursing homes. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01046-2>
- Laschinger, H. K. S., & Wong, C. A. (2022). Workplace empowerment, organizational trust, and burnout among hospital nurses. *Journal of Nursing Administration*, 42(7–8), 315–320. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182281ebd>
- Lee, S., Seo, J., & MacPhee, M. (2024). Effects of workplace incivility and workload on nurses' work attitude: the mediating effect of burnout. *International Nursing Review*, 71(4), 1080–1087. <https://doi.org/10.1111/inr.12974>
- Lee, W., Kim, M., Kang, Y., Lee, Y., Kim, S., Lee, J., & Park, Y. (2020). Nursing and medical students' perceptions of an interprofessional simulation-based education: a qualitative descriptive study. *Korean Journal of Medical Education*, 32(4), 317–327. <https://doi.org/10.3946/kjme.2020.179>
- Lima, V., Pimentel, N., Oliveira, A., Andrade, K., Santos, M., & Fuly, P. (2023). Nursing workload in oncological intensive care in the COVID-19 pandemic: retrospective cohort. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 44.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210334.en>

- Lin, Y., Chen, C., Wang, H., & Lee, M. (2021). Interdisciplinary care challenges in single-discipline inpatient units: A mixed-method study. *Journal of Interprofessional Care*, 35(4), 567–574. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1883990>
- Linares, J., Jurado, M., Fuentes, M., Martínez, Á., & Márquez, M. (2022). Mediating role of emotional intelligence in the relationship between anxiety sensitivity and academic burnout in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 572. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010572>
- Lorenzon A.; Agnes, A.; Scrima, O.; Persiani, R.; D’Ugo, D., L. . B. (2022). Quality over volume: Modeling centralization of gastric cancer resections in Italy. *Journal of Gastric Cancer*, 22(1), 35. <https://doi.org/10.5230/jgc.2022.22.e4>
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2020). Job satisfaction among hospital nurses: A questionnaire survey and literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8164. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218164>
- Lucas, P., Carver, L., & Thompson, L. (2025). The nursing practice environment and job satisfaction: A multi-hospital analysis. *BMC Nursing*, 24(1).
- Lukewich, J., Bulman, D., Mathews, M., Hedden, L., Marshall, E., Vaughan, C., Ryan, D., Dufour, E., Meredith, L., Spencer, S., Renaud, L. R., Asghari, S., Cusack, C., Elliott Rose, A., Marchuk, S., Young, G., & Wong, E. (2024). Redeployment Among Primary Care Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241262143>
- Lutfiyya, M. N., Chang, L. F., McGrath, C., Dana, C., & Lipsky, M. S. (2019). The state of the science of interprofessional collaborative practice: A scoping review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018. *PLOS ONE*, 14(6), e0218578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218578>
- Lutfiyya, M. N., Ikbal, S. N., Lipsky, M. S., & Freels, S. (2022). Musculoskeletal disorders and the work environment of nurses: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2130. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042130>
- Lutfiyya, M. N., Lipsky, M. S., Wisdom-Behounek, J., & Inpanbutr-Martinkus, M. (2022). Nurse-to-patient ratios and quality of care. *American Journal of*

- Medical Quality*, 38(1), 31–39.
<https://doi.org/10.1097/01.JMQ.0000432932.92120.21>
- Lyndon K.; Spetz, J.; Zhong, J.; Gay, C.; Fletcher, J.; Landstrom, G., A. . S. (2022). Nurse-reported staffing guidelines and exclusive breast milk feeding. *Nursing Research*, 71(6), 432–440.
<https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000620>
- Majid, N., Roslan, M., & Suryanto, S. (2024). Factors contributing to burnout among nurses in Malaysia public hospital. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 9(28), 313–319. <https://doi.org/10.21834/e-bpj.v9i28.5856>
- Martha, J. (2016). *Analisis beban kerja perawat berdasarkan metode NASA-TLX di rumah sakit*. Deepublish.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.
<https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). *Burnout in the workplace: A psychological perspective* (R. J. Burke & K. M. Page (eds.); pp. 35–50). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781785363261.00008>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2020). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications. *World Psychiatry*, 19(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20709>
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (2021). Burnout: Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 20(2), 161–173. <https://doi.org/10.1002/wps.20852>
- Mattila, E., Pitkäaho, T., & Suhonen, R. (2022). Effects of work environments on satisfaction of nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
- Mattila, E., Saarinen, K., & Rantanen, P. (2019). The effectiveness of the Primary Nursing Care Model (PNCM) in improving nurse-patient relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 1235–1244.
<https://doi.org/10.1111/jan.13987>
- Maurer T.; Walker, D., N. . H. (2020). Hospital- and system-wide interventions

- for health care-associated infections: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 78(6), 643–659. <https://doi.org/10.1177/1077558720952921>
- Mbuthia, D., Brownie, S., Jackson, D., McGivern, G., English, M., Gathara, D., & Nzinga, J. (2023). Exploring the complex realities of nursing work in Kenya and how this shapes role enactment and practice—a qualitative study. *Nursing Open*, 10(8), 5670–5681. <https://doi.org/10.1002/nop2.1812>
- McCullough, K., Andrew, L., Genoni, A., Dunham, M., Whitehead, L., & Porock, D. (2023). An examination of primary health care nursing service evaluation using the Donabedian model: A systematic review. *Research in Nursing and Health*, 46(1), 159–176. <https://doi.org/10.1002/nur.22291>
- McHugh, M. D., & Stimpfel, A. W. (2020). Hospital nursing and the quality of care: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.102218>
- McIntosh, N., Burgess, J., & Meterko, M. (2014). Perceptions of provider coordination among nurses and physicians. *Health Care Management Review*, 39(3), 176–187. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31828c8b20>
- Melani, T., Budi, M., & Putranti, D. (2022). Asuhan keperawatan penurunan curah jantung pada Tn. S dengan Congestive Heart Failure (CHF) di ruang Lavender RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. *Journal of Management Nursing*, 2(1), 147–157. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.71>
- Meneses-La-Riva, M. E., Rodríguez-Reyes, G., & Medina-Lozano, L. (2025). Structured communication and reduction of missed nursing care: A quasi-experimental study. *Nursing Practice Today*, 12(1), 45–56. <https://doi.org/10.18502/npt.v12i1.8072>
- Miller, B., & Martínez, N. (2023). Preparing baccalaureate nursing students to care for patients in the primary care setting. *International Journal of Nursing and Health Care Research*, 6(6). <https://doi.org/10.29011/2688-9501.101440>
- Mink, J., Schneider, P., & Becker, L. (2019). Challenges of interprofessional decision-making in complex hospital units. *Health Services Research*, 54(3), 678–690. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13125>
- Mior, S., Gamble, B., Barnsley, J., Cott, C., & Côté, P. (2023). Evaluating the impact of interprofessional collaboration on patient outcomes in musculoskeletal care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 37(1), 45–52. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2107452>
- Mohammed, M., Shamy, K., & Mohamed, H. (2023). Challenges facing hospital

based nurses who provide palliative care for patients with chronic and serious illness. *Mansoura Nursing Journal*, 10(2), 181–191. <https://doi.org/10.21608/mnj.2023.340380>

Moilanen, T., Leino-Kilpi, H., Kuusisto, H., Rautava, P., Seppänen, L., Siekkinen, M., & Stolt, M. (2020). Leadership and administrative support for interprofessional collaboration in a cancer center. *Journal of Health Organization and Management*, 34(7), 765–774. <https://doi.org/10.1108/jhom-01-2020-0007>

Moloro, G., Koto, A., & Setiawan, H. (2025). *Clinicians' perspectives on implementation of a novel decision-making framework in emergency and acute settings.*

Moloro, M., Ferreira, T., & Oliveira, A. (2025). Prevalence and factors influencing interprofessional collaboration in hospital care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 39(1), 95–110. <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.1890234>

Moloro, M., Tazreean, F., & Hodgson, R. (2024). Factors influencing nursing burnout in healthcare settings. *Journal of Clinical Nursing*, 33(5), 786–793. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15844>

Moradi, M., Nogueira, L., & Hanifi, N. (2024). Comparison of nurses' workload and multiple organ failure of patients hospitalized in the COVID-19 and non-COVID-19 intensive care units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(6), 691–696. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_374_22

Mota-Romero, E., Campos-Calderón, C., Puente-Fernández, D., Hueso-Montoro, C., Esteban-Burgos, A., & Montoya-Juárez, R. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the perceived quality of palliative care in nursing homes. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), 5906. <https://doi.org/10.3390/jcm11195906>

Moura, E. C. C., Lima, M. B., Peres, A. M., Lopez, V., Batista, M. E. M., & Braga, F. (2020). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103–2112. <https://doi.org/10.1111/jonm.13006>

Nadeau, C., D'Amour, D., & Pineault, R. (2021). A systematic review of primary nursing models and their outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103532. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103532>

Neher, A. N., & Wozniak, A. W. (2023). Communication barriers and IPC outcomes: A simulation-based study in healthcare. *BMC Health Services*

Research, 23(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09754-2>

- Nevo, D., Shalev, R., & Cohen, A. (2021). Multidisciplinary care gaps in general medical wards. *Journal of Interprofessional Care*, 35(1), 72–83. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1759821>
- Ngxongo M., T. . Z. (2024). Nurses experiences regarding ideal clinic project implementation in eThekweni district. *Health SA Gesondheid*, 29. <https://doi.org/10.4102/hsag.v29i0.2407>
- Ni, Y., Xu, Y., He, L., Wen, Y., & You, G. (2024). Relationship between job demands, work engagement, emotional workload and job performance among nurses: a moderated mediation model. *International Nursing Review*, 71(4), 924–932. <https://doi.org/10.1111/inr.12941>
- Nicholson A., E. . D. (2022). Linking the processes of medication administration to medication errors in the elderly. *Health SA Gesondheid*, 27. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1704>
- Nishiguchi, Y., Koyama, H., & Tanaka, M. (2021). Nursing practice environment in intensive care unit and professional burnout. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55, e03763. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020032603763>
- Nurrianti, L., Ujetika, S., & Imran, M. (2019). Validitas dan reliabilitas instrumen NASA-TLX untuk mengukur beban kerja perawat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 125–133.
- O’Sullivan, D., Murphy, K., & Byrne, C. (2022). Multidisciplinary care models in specialized wards: Benefits and challenges. *Journal of Nursing Management*, 30(5), 1024–1035. <https://doi.org/10.1111/jonm.13612>
- Oliveira, M. C., Santos, C. S., & Barros, L. R. (2024). The effects of interprofessional collaboration on nurse workload and emotional burden: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 38(2), 135–143. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13561820.2024.1882293>
- Omonaiye, O., Ward-Stockham, K., Dārziņš, P., Kitt, C., Newnham, E., Taylor, N., & Considine, J. (2024). Hospital discharge processes: insights from patients, caregivers, and staff in an Australian healthcare setting. *PLOS One*, 19(9), e0308042. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308042>
- Orgambidez, A., Almeida, H., & Borrego, Y. (2022). Social support and job satisfaction in nursing staff: Understanding the link through role ambiguity. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1384–1392. <https://doi.org/10.1111/jonm.13675>

- Organization, W. H. (2021). *Quality of care in health services: Practical approaches to assessment and improvement*. World Health Organization.
- Paganin, G., Bonfiglioli, R., Guglielmi, D., Violante, F., & Mazzetti, G. (2023). Mediating effect of burnout dimensions on musculoskeletal pain: The role of emotional intelligence and organisational identification. *Informing Science the International Journal of an Emerging Transdiscipline*, 26, 263–278. <https://doi.org/10.28945/5218>
- Pamuk, K., & Özyürek, P. (2022). The relationship between individual workload perception and individualized care perceptions of nurses. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(2), 298–310. <https://doi.org/10.54304/shyd.2022.56833>
- Pannick, S., Davis, R., & Ashcroft, D. (2016). Challenges of general inpatient care: Communication and patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 25(10), 780–787. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004718>
- Pantha, S., Jones, M., Moyo, N., Pokhrel, B., Kushemererwa, D., & Gray, R. (2024). Association between the quantity of nurse–doctor interprofessional collaboration and in-patient mortality: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 494. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040494>
- Pantha, S., Shrestha, M., & Adhikari, R. (2024). Knowledge and practice of interprofessional collaboration among frontline healthcare workers. *BMC Health Services Research*.
- Paradis, E., Whitehead, C. R., & Stroud, L. (2022). Reflections on interprofessional collaboration and hierarchy in health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 36(2), 147–153. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1920415>
- Payne, R., & Steakley, B. (2015). Establishing a primary nursing model of care. *Nursing Management*, 46(12), 11–13. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000473510.53926.99>
- Penrod, D., Whittington, K., & Blumenstock, E. (2024). Interprofessional education to impact professional nursing clinical practice. *Medical Research Archives*, 12(1). <https://doi.org/10.18103/mra.v12i1.5017>
- Peplau, H. E. (1997). *Interpersonal relations in nursing*. Springer.
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout in nurses: Personality traits and work-related factors. *Journal of Clinical Nursing*,

27(1–2), 415–427. <https://doi.org/10.1111/jocn.13911>

- Pradelli, L., Risoli, C., Summer, E., Bellini, G., Mozzarelli, F., Anderson, G., & Sarli, L. (2025). Healthcare professional perspective on barriers and facilitators of multidisciplinary team working in acute care setting: A systematic review and meta-synthesis. *BMJ Open*, *15*(3), e087268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087268>
- Rahayu, S., Widiyanto, S., Defi, I., & Abdulah, R. (2024). Does power distance in healthcare teams linked to patient satisfaction? A multilevel study of interprofessional care teams in a referral hospital in Indonesia. *BMC Health Services Research*, *24*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10534-3>
- Ramadia, A., Rahmaniza, R., & Maulidi, A. (2022). Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, *10*(2), 393–402. <https://doi.org/10.26714/jkj.10.2.2022.393-402>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2017*(6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2020). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2020*(1), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub4>
- Reeves, S., Pelone, F., & Kitto, S. (2021). Interprofessional teamwork and collaboration in hospital units: A scoping review. *BMJ Open*, *11*(4), e045560. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045560>
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, *32*(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Rismawati, P., Yunita, J., & Hartono, B. (2022). Pengaruh mutu pelayanan kesehatan dari aspek manajemen ISO 9001:2015 terhadap kepuasan dan minat kunjungan ulang pasien. *Jurnal Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa*, *9*(4), 193. <https://doi.org/10.29406/jkkm.v9i4.3794>
- Rivas, N., López, M., Alija, M., Luis-Vian, S., Fernández-Castro, M., Cao, M., & Jiménez, J. (2021). Analysis of burnout syndrome and resilience in nurses throughout the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(19), 10470.

<https://doi.org/10.3390/ijerph181910470>

- Rizkia, D., Girsang, A., Kusumapradja, R., Hilmy, M., Pamungkas, R., & Dewi, S. (2022). The effect of interprofessional collaboration and transformational leadership on patient safety with work motivation as intervening variables. *Riset*, 4(2), 39–53. <https://doi.org/10.37641/riset.v4i2.156>
- Robinson, K., Atlas, R., Storr, C., Gaitens, J., Blanchard, M., & Ogbolu, Y. (2024). Burnout among nurses, midwives, and physicians in maternity care exposed to traumatic childbirth events. *MCN the American Journal of Maternal/Child Nursing*, 49(6), 332–340. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000001046>
- Robinson, T., Govan, L., Bradley, C., & Rossiter, R. (2024). Transforming health care delivery: the role of primary health care nurses in rural and remote Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 32(3), 592–596. <https://doi.org/10.1111/ajr.13120>
- Rodrigues F.; Carbonezi, P.; Azambuja, V.; Marchetti, V.; Conceição, M., R. . F. (2022). Hospital accreditation in the Brazilian context. *Journal Health and Technology - JHT*, 1(1), e115. <https://doi.org/10.47820/jht.v1i1.5>
- Rohwer, A. (2023). Multi-specialized medical facilities and their impact on patient care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09057-5>
- Romeyke E.; Stummer, H., T. . N. (2020). Ensuring quality in interdisciplinary inpatient chronic care. *Sage Open*, 10(2). <https://doi.org/10.1177/2158244020914654>
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2021). Prevalence of burnout among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 325(20), 2124–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.2431>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.
- Rusydi, A., Taqiyah, Y., Yuliati, Y., & Sumiaty, S. (2023). Model kinerja perawat berbasis religiusitas di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 103. <https://doi.org/10.31602/ann.v10i1.9666>
- Saiga, M., & kawan-kawan. (2024). Relationship between clinical nursing competence and work experience: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Research*.
- Salas, E., Reyes, D. L., & McDaniel, S. H. (2015). The science of teamwork:

- Progress, reflections, and the road ahead. *American Psychologist*, 70(6), 528–542. <https://doi.org/10.1037/a0039734>
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2023). Burnout in healthcare professionals: A review of causes and consequences. *Journal of Organizational Behavior*, 44(2), 223–248. <https://doi.org/10.1002/job.2678>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020a). Healthcare professionals' views of interprofessional teamwork in the provision of integrated care. *Journal of Interprofessional Care*.
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020b). Working on working together: A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Schubert, M., Ausserhofer, D., & Desmedt, M. (2020). The role of staffing levels in the quality of hospital care: A meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 8(1), e67–e75. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30305-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30305-3)
- Schwarzkopf, D., Bloos, F., Meißner, W., Rüdell, H., Thomas-Rüdell, D. O., & Wedding, U. (2024). Perceptions of quality of interprofessional collaboration, staff well-being and nonbeneficial treatment: A comparison between nurses and physicians in intensive and palliative care. *Healthcare*, 12(6), 602. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060602>
- Setyaningrum, M. O., Azlimin, A., & Prakoso, T. (2022). Organizational and psychological determinants of nurses' job satisfaction: A systematic review. *Jurnal Keperawatan Universitas Airlangga*, 16(2), 112–121.
- Shahzad, M., Upshur, R., Donnelly, P., Bharmal, A., Wei, X., & Feng, P. (2019). A population-based approach to integrated healthcare delivery: A scoping review of clinical care and public health collaboration. *BMC Public Health*, 19(1), 708. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7191-9>
- Shariatpanahi, G., Asadabadi, M., Rahmani, A., Effatpanah, M., & Eslami, G. (2022). The impact of emotional intelligence on burnout aspects in medical students: Iranian research. *Education Research International*, 2022, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2022/5745124>
- Simen, J. (2023). Innovative leadership model for healthcare teams. *Medical Research Archives*, 11(10). <https://doi.org/10.18103/mra.v11i10.4245>
- Sitompul, A., Tahlil, T., & Marlina, M. (2022). Nurses' burnout and its associated factors and impact on the quality of nursing services. *International Journal of Nursing Education*, 14(2), 24–33.

<https://doi.org/10.37506/ijone.v14i2.17982>

- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2020). *Nursing theories and nursing practice* (5th ed.). F.A. Davis.
- Smyth, E., Duffy, S., & O'Connor, P. (2019). Communication challenges and care outcomes in non-specialized hospital wards. *BMJ Quality & Safety*, *28*(7), 561–569. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008924>
- Socaciu, A., Ionuț, R., Bârsan, M., Ungur, A., & Râjnoveanu, A. (2020). Burnout in gastroenterology unit nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(9), 3115. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093115>
- Song, H., Zhang, L., & Chen, Y. (2024). Predicting nursing workload in gastroenterology wards: A machine-learning-based prospective analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(7–8), 1482–1496. <https://doi.org/10.1111/jocn.17012>
- Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M., & Prado-Gascó, V. (2020). Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses' health during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 7998. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217998>
- Ssemugabo S.; Halage, A.; Neebye, R.; Musoke, D.; Jørs, E., C. . N. (2020). Doctors experiences on the quality of care for pesticide poisoning patients in hospitals in Kampala, Uganda: A qualitative exploration using Donabedian's model. *BMC Health Services Research*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4891-6>
- Stanciu, M., Law, R., Myres, P., Parsonage, R., Hiscock, J., Williams, N., & Wilkinson, C. (2020). The development of the Primary Care Clusters Multidimensional Assessment (PCCMA): a mixed-methods study. *Health Policy*, *124*(2), 152–163. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.004>
- Sucipto. (2019). Burnout pada perawat: Uji validitas dan reliabilitas Maslach Burnout Inventory versi Indonesia. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, *22*(1), 50–59.
- Sugiyarto, S., Anggayuni, I., Ulun, A., Permatasari, D., & Safitri, W. (2021). Perilaku caring perawat dalam menurunkan tingkat kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di intensive care unit (ICU). *Jurnal Perawat Indonesia*, *5*(1), 18–25. <https://doi.org/10.32584/jpi.v5i1.909>
- Sugiyono. (2022). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D (Edisi ke-*

28). Alfabeta.

- Sun, N., Rau, P.-L., & Li, Y. (2023). Task complexity and workload in multidisciplinary clinical settings: Implications for coordination and safety. *International Journal of Nursing Studies*, *144*, 104473. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104473>
- Sun, Y., Wang, S., Tsai, Y., Wei, W., & Chang, H. (2023). Registered nurses' perceptions and experience of working in aged care: a qualitative approach. *Nursing Open*, *11*(1). <https://doi.org/10.1002/nop2.2060>
- Sundari, Z., Djumarno, D., Rochbini, D., & Lo, S. (2023). The effect of workload, work environment, work stress and responsibility on nurses' job satisfaction at business engaged in health service sector. *Jurisma Jurnal Riset Bisnis & Manajemen*, *13*(1), 77–86. <https://doi.org/10.34010/jurisma.v13i1.8449>
- Swearingen, J., Smith, A., & Johnson, L. (2019). The impact of gender on clinical decision-making and the implementation of professional nursing care models. *Journal of Nursing Practice*, *45*(2), 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.nurspr.2019.01.003>
- Syarifah, N., & Asda, P. (2023). Pelayanan keperawatan secara holistik berhubungan dengan kepuasan pasien rawat inap. *Gema Kesehatan*, *15*(1), 1–8. <https://doi.org/10.47539/gk.v15i1.330>
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2020). Collaboration between hospital physicians and nurses: Impact on patient safety. *Journal of Nursing Management*, *28*(2), 318–325. <https://doi.org/10.1111/jonm.12919>
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2021). The role of organizational factors in the burnout process: A multilevel model. *Work & Stress*, *35*(1), 43–59. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02678373.2020.1832246>
- Taşkan, B., Guleryuz, E., & Toker, Y. (2022). The moderating role of emotion management in the relationship between mobbing and burnout. *İş Ve İnsan Dergisi*, *9*(1), 1–14. <https://doi.org/10.18394/iid.1012854>
- Teng, M., Yuan, Z., He, H., & Wang, J. (2023). Levels and influencing factors of mental workload among intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, *30*(4). <https://doi.org/10.1111/ijn.13167>
- Teuwen, C., Kusurkar, R., Schreurs, H., Daelmans, H., & Peerdeman, S. (2024). Interprofessional collaboration skills and motivation one year after an interprofessional educational intervention for undergraduate medical and

nursing students. *BMC Medical Education*, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s12909-024-05262-z>

- Thompson, D., Caccamo, B., & Thompson, A. (2021). Not one and the same: how personal support workers, licensed practical nurses, and registered nurses enact collaboration in long-term care. *Health Interprofessional Practice and Education*, 4(2), 2168. <https://doi.org/10.7710/2641-1148.2168>
- Traynor, M., & Rice, B. (2023). Development of interprofessional workstreams to support interprofessional learning. *The Journal of Practice Teaching and Learning*, 21(2). <https://doi.org/10.1921/jpts.v21i2.2057>
- Uliyah, M., Hidayat, A., & Ubudiyah, M. (2024). A blended learning using contextual teaching learning: strengthening nursing students' procedural knowledge and interprofessional collaboration. *Jurnal Ners*, 19(1), 95–102. <https://doi.org/10.20473/jn.v19i1.47874>
- Upadhyay W., S. . O.-A. (2020). Improving healthcare quality in the United States healthcare system: A scientific management approach. *Journal of Hospital Administration*, 9(5), 19. <https://doi.org/10.5430/jha.v9n5p19>
- Vali M.; Mirzaei, S.; Oroomiei, N., L. . M. (2020). Challenges of implementing the accreditation model in military and university hospitals in Iran: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05536-4>
- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K., & Franck, E. (2021). Nurse work engagement impacts job outcomes and quality of care: Model testing with nurse practice environment and workload. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1120–1130. <https://doi.org/10.1111/jonm.13204>
- Vargas-Benítez, G., Ortiz, F., & Sánchez, M. (2023). Nurse job satisfaction and burnout: A systematic review of factors influencing nurse retention. *Journal of Nursing Research*, 72(5), 506–514. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnr.2024.02.009>
- Vargas-Escobar, L. M., Casallas, V., & Rojas, A. (2024). Nursing care burden and its determinants in acute care hospitals: A multi-setting analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(2), 412–422. <https://doi.org/10.1111/jnu.12879>
- Vargas-Escobar, L., Martinez, R., & Garcia, S. (2024). Factors affecting the nursing care burden: A multidimensional approach. *Journal of Nursing Research*, 72(5), 506–514. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnr.2024.02.009>

- Vatn, L., & Dahl, B. (2021). Interprofessional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards. *Journal of Interprofessional Care*, 36(2), 186–194. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1890703>
- Veiga, C., Pereira, A., & Cunha, M. (2023). The role of interprofessional collaboration in specialized medical facilities: A comparative study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09124-9>
- Veiga, P. M. M., Ferreira, M. A., & Silva, R. M. (2023). Effects of interprofessional practice on nursing workload in hospitals: A systematic review. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/378211413_Effects_of_interprofessional_practice_on_nursing_workload_in_hospitals_A_systematic_review
- Veiga, P., Simões, J., & Amaral, A. (2023). Effects of primary nursing on interprofessional collaboration and patient-centered care. *Journal of Advanced Nursing*, 79(4), 1562–1574. <https://doi.org/10.1111/jan.15511>
- Ventura-Silva, J., Gonçalves, J., & Santos, M. (2024). Interdisciplinary coordination in general wards: A mixed-methods assessment of teamwork and communication. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1152. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10152-2>
- Waldemar, G., Phung, T. K., & Mårtensson, L. (2018). Specialized inpatient care for mental health crises: Therapeutic environment and patient recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1503–1514. <https://doi.org/10.1111/inm.12421>
- Wang, Y., Li, W., & Zhang, X. (2023). Teamwork and nurse satisfaction: Exploring the role of teamwork in reducing nurse burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 127, 104375. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104375>
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: Philosophy and praxis of nursing*. University Press of Colorado.
- Wei, H., Sewell, K., Woody, G., & Rose, M. (2020). The state of the science of nurse work environments. *Nursing Outlook*, 68(5), 585–596. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.03.001>
- Weiss, M., Morrison, E., & Szyld, D. (2023). I like what you are saying, but only if I feel safe: psychological safety moderates the relationship between voice and perceived contribution to healthcare team effectiveness. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1129359>

- Wessel, S., & Manthey, M. (n.d.). *Primary nursing: Person-centered care delivery system design*. Creative Health Care Management. <https://books.google.it/books?id=V639sgEACAAJ>
- Whelan, R., Goss, C., & O'Leary, P. (2021). Specialized vs. general inpatient wards: Patient outcomes and interprofessional collaboration. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(7–8), 1015–1026. <https://doi.org/10.1111/jocn.15592>
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- WHO. (2022). *State of the world's nursing 2022: Investing in education, jobs, and leadership*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052316>
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *123*, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- Wulansari, G., Murti, B., & Tamtomo, D. (2023). Meta-Analysis: Effects of Workload and Work Environment on Work Satisfaction in Health Personnel. *Journal of Health Policy and Management*, *8*(3), 189–200. <https://doi.org/10.26911/thejhpm.2023.08.03.03>
- Yang B.; Jia, Z.; Ji, J.; Ding, W.; Shen, W., H. . F. (2024). Development of an indicator framework for assessing nursing quality in interventional therapy for intracranial aneurysms in China. *Frontiers in Neurology*, *15*. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1403637>
- Yeh, M. (2024). *Embedding the humanities into nursing education*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.110615>
- Yuan, Z., Wang, J., Feng, F., Jin, M., Xie, W., He, H., & Teng, M. (2023). The levels and related factors of mental workload among nurses: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, *29*(5). <https://doi.org/10.1111/ijn.13148>
- Zhang, X., Jiang, Q., & Ge, H. (2020). Emotional labour and burnout among Chinese nurses: The mediating role of job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(8), 2209–2218. <https://doi.org/10.1111/jan.14383>
- Zhang, Y., & Song, Y. (2020). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of*

Healthcare Management, 65(4), 239–248.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00131>

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar *Informed***PENJELASAN PENELITIAN**

Sehubung dengan penyelesaian tugas akhir Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember, maka saya:

Nama : Baiq Linda Agustina

NIM : 242320102015

Alamat : Jl. TGH Abdul Hafidz, Kediri, Kec. Kediri, Lombok Barat

No. Telp : 081915975724

e-mail : indonesia.naufal@gmail.com

Mahasiswa dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berencana melaksanakan suatu penelitian dengan judul “Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer Di Ruang Multi-Staf Medis Fungsional Dan Mono-Staf Medis Fungsional dengan Pendekatan Model Donabedian Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat”.

Penelitian ini dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di RSUD Provinsi NTB khususnya Instalasi Rawan Inap dan mengacu pada ketentuan hukum serta pedoman nasional yang berlaku di Indonesia, termasuk Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pedoman Penelitian Kesehatan. Selain itu, standar etika penelitian yang diberlakukan di tingkat institusional, khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat, dijadikan sebagai rujukan utama dalam pelaksanaan penelitian ini.

Mataram,.....2025

Peneliti

Baiq Linda Agustina

NIM 242320102015

Lampiran 2 Lembar *Consent***PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam pengisian kuesioner penelitian ini ;

Judul penelitian : “Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer Di Ruang *Multi-Staf Medis Fungsional* Dan *Mono-Staf Medis Fungsional* Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat” Setelah peneliti memberikan penjelasan terkait penelitian yang akan dilaksanakan, saya menyatakan kesediaan untuk berpartisipasi sebagai responden tanpa adanya unsur paksaan dari pihak manapun. Saya memahami bahwa penelitian ini tidak menimbulkan risiko yang membahayakan, serta data pribadi saya akan dijaga kerahasiaannya.

Dengan demikian, saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dan berkomitmen untuk memberikan jawaban terhadap seluruh pertanyaan yang diajukan oleh peneliti.

Mataram,.....2022

Responden

(.....)

Lampiran 3 Karakteristik Responden

KARAKTERISTIK RESPONDEN (PERAWAT)

Petunjuk Pengisian:

1. Isilah pertanyaan di bawah ini sesuai dengan kondisi aktual Saudara/i.
2. Mohon untuk mengisi seluruh pertanyaan yang tersedia tanpa ada yang dikosongkan.
3. Berikan tanda centang (✓) pada kotak yang sesuai.

No.	Aspek	Opsi Jawaban
1.	Unit Tempat Bekerja
2.	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
3.	Usia (dalam tahun)
4.	Pendidikan Terakhir	<input type="checkbox"/> D3 Keperawatan <input type="checkbox"/> S1 Keperawatan <input type="checkbox"/> Ners <input type="checkbox"/> S2
5.	Masa Kerja (Keseluruhan)	<input type="checkbox"/> < 1 tahun <input type="checkbox"/> 1–5 tahun <input type="checkbox"/> > 5 tahun
6.	Lama Bekerja di Ruang Saat Ini	<input type="checkbox"/> < 1 tahun <input type="checkbox"/> 1–5 tahun <input type="checkbox"/> > 5 tahun
7.	Jabatan	<input type="checkbox"/> Perawat Primer <input type="checkbox"/> Perawat Pelaksana
8.	Status Kepegawaian	<input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Non PNS

Lampiran 4 Kuesioner***INSTRUMEN A******Primary Nursing Care Questionnaire (PNCQ)***

1. Responden diharapkan membaca setiap pertanyaan dengan cermat sebelum memberikan jawaban. Seluruh jawaban diberikan berdasarkan *persepsi* masing-masing individu. Apabila terdapat butir pertanyaan yang kurang dipahami, diperkenankan untuk meminta penjelasan lebih lanjut kepada peneliti.
2. Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah disediakan pada masing-masing pertanyaan.
3. Gunakan skala berikut:
 - a. (TR) Tidak Relevan = Pernyataan atau item yang diberikan tidak sesuai atau tidak relevan dengan konteks atau tujuan yang dimaksud sama sekali.
 - b. (CR) Cukup Relevan = Pernyataan atau item yang diberikan agak relevan, tetapi tidak sepenuhnya sesuai dengan konteks atau tujuan yang dimaksud.
 - c. (R) Relevan = Pernyataan atau item yang diberikan sesuai dan relevan dengan konteks atau tujuan yang dimaksud, meskipun masih terdapat beberapa aspek yang kurang sesuai.
 - d. (SR) Sangat Relevan = Pernyataan atau item yang diberikan sangat sesuai dan relevan dengan konteks atau tujuan yang dimaksud, dan memberikan kontribusi langsung terhadap pencapaian tujuan yang diinginkan.
4. Responden diharapkan mengisi seluruh butir pertanyaan yang tersedia secara lengkap tanpa meninggalkan bagian jawaban kosong.

No	Pernyataan	TR	CR	R	SR
1	Perawat primer melakukan komunikasi interpersonal langsung dengan pasien (pasien mengetahui siapa perawat primemnya)				
2	Perawat primer melakukan komunikasi interpersonal langsung dengan pengasuh (pengasuh/keluarga mengetahui siapa perawat primemnya)				
3	Perawat primer dapat memperkenalkan dirinya kepada pasien				
4	Perawat primer (atau koordinator perawat) mendelegasikan asuhan perawatan pasien kepada unit terkaitjika terjadi ketidakhadiran				
5	Terdapat bukti interaksi secara tatap muka langsung antara perawat dengan pasien				
6	Terdapat bukti penugasan perawat primer oleh koordinator perawat melalui perencanaan				
7	Kompetensi perawat primer di evaluasi oleh koordinator perawat				
8	Tidak terdapat bukti penggunaan model asuhan keperawatan lainnya				
9	Perawat primer melakukan komunikasi interpersonal langsung dengan dokter mengenai status klinis pasien				
10	Perawat primer melakukan komunikasi interpersonal langsung dengan anggota staf lainnya mengenai pasien dan status klinisnya				
11	Perawat primer bertanggung jawab atas kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien				
12	Pasien diberi informasi secara lengkap oleh perawat primer mengenai rincian rencana asuhan perawatannya				
13	Tugas harian diorganisasikan dengan perawat lain berdasarkan kebutuhan utama pasien				
14	Nama perawat primer dicantumkan dalam dokumentasi klinis				
15	Rencana asuhan keperawatan dicantumkan dalam dokumentasi klinis				
16	Terdapat bukti evaluasi pasien dalam waktu 24 jam setelah masuk rumah sakit				

No	Pernyataan	TR	CR	R	SR
17	Terdapat bukti evaluasi pasien dalam waktu 24 jam setelah masuk rumah sakit				

Sumber: Checklist ini diadopsi dari instrumen yang dikembangkan oleh Cocchieri *et al.* (2021) dan telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh peneliti.

Lampiran 5 Kuesioner

INSTRUMEN B

Nurse-Physician Collaboration Scale (NPCS)

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah dengan teliti terlebih dahulu setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan dengan persepsi anda. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti.
2. Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah disediakan pada masing-masing pertanyaan.
3. Keterangan :
 - a. (TP) Tidak pernah, kegiatan yang tidak pernah dilakukan sama sekali
 - b. (J) Jarang, kegiatan yang dilakukan sangat jarang dilakukan, dan terlihat hampir tidak pernah
 - c. (KK) Kadang-kadang, kegiatan dilakukan beberapa kali, namun tidak selalu dan jika hanya berkenan saja
 - d. (B) Biasanya, kegiatan yang lazim dilakukan
 - e. (S) Selalu, kegiatan yang dilakukan secara terus menerus, dan kegiatan yang tidak pernah tidak dilakukan.
4. Mohon untuk mengisi semua pertanyaan yang ada dan tidak mengosongkan jawaban.

No.	Pertanyaan	TP	J	KK	B	S
1.	Perawat dan dokter bertukar pendapat untuk menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan penyembuhan atau perawatan pasien.					
2.	Perawat dan dokter mengupayakan persetujuan mengenai inteprestasi atas tanda dan gejala sakit yang dimiliki pasien.					
3.	Perawat dan dokter samasama mengetahui apa yang telah dijelaskan kepada pasien tentang kondisinya atau perawatannya.					

No.	Pertanyaan	TP	J	KK	B	S
4.	Ketika dihadapkan dengan pasien yang sulit, perawat dan dokter mendiskusikan bagaimana menangani situasi.					
5.	Perawat dan dokter saling membantu.					
6.	Perawat dan dokter bersama-sama mempertimbangkan tawaran mereka tentang arah masa depan perawatan pasien					
7.	Perawat dan dokter berbagi informasi tentang tingkat kemandirian pasien dalam hal kegiatan sehari-hari					
8.	Perawat dan dokter mempertimbangkan jadwal masing-masing ketika membuat rencana untuk merawat pasien bersama					
9.	Jika terjadi ketidaksepakatan tentang arah masa depan perawatan pasien, perawat dan dokter mengadakan diskusi untuk menyelesaikan perbedaan pendapat					
10.	Perawat dan dokter berbagi informasi untuk memperjelas efek pengobatan					
11.	Perawat dan dokter saling menyapa setiap hari					
12.	Perawat dan dokter mendiskusikan apakah akan melanjutkan pengobatan tertentu ketika pengobatan tersebut tidak memberikan efek yang diharapkan.					
13.	Perawat dan dokter mendiskusikan bagaimana mencegah kecelakaan dalam perawatan medis.					
14.	Ketika pasien akan keluar dari rumah sakit, perawat dan dokter mendiskusikan di mana pasien akan meneruskan perawatan dan gaya hidup yang harus diikuti pasien.					
15.	Jika terjadi perubahan dalam rencana perawatan, perawat dan dokter memiliki pemahaman yang sama tentang alasan perubahan tersebut.					
16.	Perawat dan dokter dapat dengan bebas bertukar informasi atau pendapat tentang hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaan					

No.	Pertanyaan	TP	J	KK	B	S
17.	Perawat dan dokter saling memeriksa apakah pasien memiliki tanda-tanda efek samping atau komplikasi					
18.	Perawat dan dokter dapat dengan mudah membicarakan topik selain topik yang berkaitan dengan pekerjaan.					
19.	Jika pasien mengalami efek samping atau komplikasi yang tidak terduga, perawat dan dokter mendiskusikan tindakan pencegahan					
20.	Arah masa depan perawatan pasien didasarkan pada pertukaran pendapat antara perawat dan dokter					

Sumber: Kuesioner Nurse-Physician Collaboration Scale (NPCS) ini diadopsi dari Caricati dkk. (2013) dan telah diuji validitas serta reliabilitasnya oleh Anisa (2023).

Lampiran 6 Kuesioner

INSTRUMEN C***National Aeronautics and Space Administration-Task Load Index
(NASA TLX)***

1. Menurut anda manakah dari pasangan dibawah ini yang anda rasakan lebih dominan dalam menyelesaikan pekerjaan. Berilah tanda ceklis

Contoh pengisian

✓	Kebutuhan mental	Atau	Kebutuhan fisik	
	Kebutuhan mental	Atau	Tingkat usaha	✓

1		Kebutuhan mental	Atau	Kebutuhan fisik	
2		Kebutuhan mental	Atau	Tingkat usaha	
3		Kebutuhan fisik	Atau	Tingkat Frustrasi	
4		Kebutuhan fisik	Atau	Kebutuhan waktu	
5		Kebutuhan fisik	Atau	Performansi	
6		Kebutuhan waktu	Atau	Tingkat frustrasi	
7		Kebutuhan waktu	Atau	Tingkat usaha	
8		Kebutuhan waktu	Atau	Kebutuhan mental	
9		Tingkat usaha	Atau	Performansi	
10		Tingkat usaha	Atau	Kebutuhan fisik	
11		Tingkat frustrasi	Atau	Kebutuhan mental	
12		Tingkat frustrasi	Atau	Tingkat usaha	
13		Performansi	Atau	Kebutuhan mental	

Lingkari nilai dari pertanyaan - pertanyaan di bawah ini sesuai dengan deskripsi kerja yang anda rasakan.

Contoh :

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Rendah

Tinggi

1. **Kebutuhan Mental atau *Mental Demand***

Berapa besar usaha mental dan persepsi (seperti berfikir, memutuskan pendapat, menghitung, mengingat, melihat, mencari, merespon, dsb) yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan di unit kerja ini?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Rendah

Tinggi

2. Kebutuhan Fisik atau *Physical Demand*

Berapa besar usaha fisik (seperti mengangkat, menarik, mendorong, mengontrol, melakukan tindakan medis, dsb) yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan di unit kerja ini?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Rendah Tinggi

3. Kebutuhan Waktu atau *Temporal Demand*

Berapa besar tekanan waktu yang dirasakan untuk menyelesaikan pekerjaan di unit kerja ini?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Rendah Tinggi

4. Performansi atau *Performance*

Berapa besar tingkat keberhasilan performansi kerja anda dalam menyelesaikan serangkaian tugas atau pekerjaan di unit kerja ini?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Rendah Tinggi

5. Usaha atau *Effort*

Berapa besar usaha yang anda lakukan untuk melaksanakan serangkaian pekerjaan di unit kerja ini?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Rendah Tinggi

6. Tingkat Frustrasi atau *Frustration*

Berapa besar tingkat kecemasan, perasaan tertekan, dan stress yang dirasakan ketika melaksanakan serangkaian pekerjaan di unit kerja ini?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Rendah Tinggi

Sumber: Kuesioner beban kerja ini diadaptasi dari NASA Task Load Index (NASA-TLX) yang dikembangkan oleh Hart dan Staveland (1988) dan telah disesuaikan ke dalam konteks Indonesia oleh Achmad dan Farihah (2018)

Lampiran 7 Kuesioner

INSTRUMEN D***Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ)***

1. Bacalah dengan teliti terlebih dahulu setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan dengan persepsi anda. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti.
2. Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah disediakan pada masing-masing pertanyaan.
3. Gunakan skala berikut dalam menjawab setiap pernyataan:
 - a. Sangat Setuju (SS) = Responden sepenuhnya menyetujui isi pernyataan dan merasa hal tersebut sangat sesuai dengan kondisi yang dialami.
 - b. Setuju (S) = Responden menyetujui isi pernyataan dan menganggapnya sesuai dengan pandangan atau pengalaman, meskipun tidak sepenuhnya.
 - c. Tidak Setuju (TS) = Responden tidak menyetujui isi pernyataan, namun penolakannya tidak terlalu kuat.
 - d. Sangat Tidak Setuju (STS) = Responden sama sekali tidak menyetujui isi pernyataan dan memiliki pandangan yang berlawanan secara kuat.
4. Mohon untuk mengisi semua pernyataan yang tersedia. Jangan ada pernyataan yang dilewati agar data yang diperoleh lengkap dan dapat dianalisis dengan baik.

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
Struktur Tim					
1	Penting untuk meminta umpan balik kepada pasien dan keluarganya tentang perawatan pasien				
2	Pasien adalah komponen penting dari tim perawatan				
3	Fasilitas administrasi memengaruhi keberhasilan langsung tim pelayanan.				
4	Misi dari tim memiliki nilai yang lebih besar dibandingkan tujuan individu anggota tim				
5	Anggota tim yang efektif dapat mengantisipasi kebutuhan anggota tim lainnya.				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
6	Tim berkinerja tinggi dalam pelayanan kesehatan berbagi karakteristik umum dengan tim berkinerja tinggi di industri lain				
Kepemimpinan					
7	Penting bagi para pemimpin untuk berbagi informasi dengan anggota tim.				
8	Para pemimpin hendaknya menciptakan peluang informal bagi anggota tim untuk berbagi informasi.				
9	Para pemimpin yang efektif memandang kesalahan yang disampaikan secara jujur sebagai pembelajaran yang berarti				
10	Tanggung jawab pemimpin adalah untuk membentuk perilaku tim yang tepat				
11	Penting bagi para pemimpin untuk meluangkan waktu berdiskusi dengan anggota tim perencanaan bagi setiap pasien				
12	Pemimpin tim harus memastikan bahwa anggota tim saling membantu ketika diperlukan.				
Pemantauan Situasi					
13	Setiap individu dapat diajarkan cara mengamati isyarat lingkungan untuk situasi yang penting				
14	Pemantauan pasien memberikan kontribusi penting pada kinerja tim yang efektif.				
15	Individu yang bukan bagian dari tim pelayanan langsung juga harus didorong untuk mengamati dan melaporkan perubahan pada status pasien.				
16	Penting untuk memantau status emosi dan fisik anggota tim lainnya				
17	Sudah seharusnya bagi satu anggota tim untuk menawarkan bantuan kepada yang lainnya saat merasa terlalu lelah atau tertekan untuk melakukan suatu tugas				
18	Anggota tim yang memantau status emosi dan fisik mereka di tempat kerja akan lebih efektif.				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
Saling Mendukung					
19	Agar efektif, anggota tim harus memahami pekerjaan sesama anggota tim mereka.				
20	Meminta bantuan kepada anggota tim lainnya adalah tanda bahwa seseorang tidak tahu bagaimana melakukan pekerjaannya secara efektif.				
21	Memberikan bantuan kepada anggota tim adalah tanda bahwa seseorang tidak memiliki cukup pekerjaan untuk dilakukan				
22	Menawarkan untuk membantu sesama anggota tim pada tugas pekerjaan pribadinya adalah alat yang efektif untuk meningkatkan kinerja tim				
23	Sangat tepat untuk terus menegaskan masalah keselamatan pasien sampai Anda yakin bahwa itu telah didengar.				
24	Konflik pribadi antara anggota tim tidak mempengaruhi keselamatan pasien				
Komunikasi					
25	Tim yang tidak berkomunikasi secara efektif meningkatkan risiko kesalahan yang terjadi.				
26	Komunikasi yang buruk adalah penyebab paling umum dari kesalahan yang dilaporkan.				
27	Kejadian buruk dapat dikurangi dengan mempertahankan pertukaran informasi dengan pasien dan keluarga mereka				
28	Saya lebih suka bekerja dengan anggota tim yang mengajukan pertanyaan tentang informasi yang saya berikan.				
29	Penting untuk mempunyai metode terstandar untuk berbagi informasi ketika menangani pasien.				
30	Sulit untuk melatih individu bagaimana menjadi komunikator yang lebih baik.				

Sumber: Kuesioner *Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ)* ini diadaptasi dari *TeamSTEPPS®* yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (2016), dan telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Junie (2022).

Lampiran 8. Kuesioner

INSTRUMEN E

Maslach Burnout Inventory (MBI)

1. Bacalah dengan teliti terlebih dahulu setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan dengan persepsi anda. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti.
2. Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah disediakan pada masing-masing pertanyaan.
3. Keterangan :
 - a. (TP) Tidak Pernah = kegiatan yang tidak pernah dilakukan sama sekali
 - b. (KK) Kadang-kadang = kegiatan dilakukan beberapa kali, namun tidak selalu dan jika hanya berkenan saja
 - a. (J) Jarang = Kegiatan dilakukan dengan frekuensi rendah dan tidak secara teratur; hanya terjadi sesekali.
 - b. (S) Sering = Kegiatan dilakukan secara teratur dan cukup sering terjadi dalam praktik sehari-hari, meskipun tidak selalu.
 - c. (SL) Selalu = kegiatan yang dilakukan secara terus menerus, dan kegiatan yang tidak pernah tidak dilakukan.
4. Mohon untuk mengisi semua pertanyaan yang ada dan tidak mengosongkan jawaban.

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		TP	KK	J	S	SL
Kelelahan Emosional						
1.	Saya merasa bekerja itu menguras emosi					
2.	Saya merasa saat berada di rumah sakit, saya bekerja secara berlebihan, di akhir jam kerja (waktu pulang masih ada pekerjaan yang belum terselesaikan)					
3.	Saya merasa lelah saat bangun pagi karena membayangkan beratnya menjalani pekerjaan					

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		TP	KK	J	S	SL
4.	Bekerja dengan rekan satu ruangan membuat saya tegang dan tidak nyaman					
5.	Saya merasa lelah menjalani pekerjaan perawat sehari hari					
6.	Saya merasa frustrasi dengan pekerjaan saya selama menjadi perawat					
7.	Saya merasa saya bekerja terlalu keras saat di rumah sakit					
8.	Bekerja dengan orang secara langsung, membuat saya stres (bertemu dengan pasien, perawat ruangan)					
9.	Saya merasa sudah seperti di ujung tanduk pekerjaan yang saya lakukan terasa sangat berat					
Depersonalisasi						
10.	Saya merasa memperlakukan pasien sebagai objek yang tidak perlu dipahami secara personal					
11.	Sejak saya melakukan perawatan pada pasien, saya tidak banyak melibatkan perasaan					
12.	Saya khawatir jika pekerjaan perawat saya membuat emosional saya tidak peka (tidak mudah dikontrol)					
13.	Saya tidak peduli dengan apa yang dialami pasien dan hanya menjalankan pekerjaan saya seperlunya saja					
14.	Saya merasa pasien berbohong mengenai apa yang mereka keluhkan (pasien suka cari perhatian)					
Pencapaian Prestasi Diri						
15.	Saya bisa dengan mudah memahami perasaan pasien					
16.	Saya bisa menyelesaikan masalah pasien secara efektif					
17.	Saya merasa bahwa saya bisa memberikan pengaruh positif pada kehidupan orang lain melalui pekerjaan saya					

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		TP	KK	J	S	SL
18.	Saya merasa, saya sangat energik saat melaksanakan pekerjaan saya					
19.	Saya bisa dengan mudah menciptakan suasana nyaman dengan pasien					
20.	Saya merasa senang menjalankan pekerjaan saya dan bisa dekat dengan pasien					
21.	Saya merasa tujuan saya sudah tercapai dan saya sudah mendapatkan banyak hal saat melakukan pekerjaan					
22.	Dalam melaksanakan pekerjaan, saya bisa menyelesaikan masalah emosional dengan tenang					
	Total Skor					

Sumber: Kuesioner burnout ini diadaptasi dari Maslach Burnout Inventory (MBI) yang dikembangkan oleh Christina Maslach dan Jackson (1981), dan telah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia oleh Sucipto (2019).

Lampiran 8 Kuesioner

INSTRUMEN D

McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS)

1. Bacalah dengan teliti terlebih dahulu setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan dengan persepsi anda. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti.
2. Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah disediakan pada masing-masing pertanyaan.
3. Gunakan skala berikut:
 - a. (STS) Sangat Tidak Setuju = Responden sama sekali tidak menyetujui pernyataan dan memiliki pandangan yang berlawanan secara kuat terhadap isi pernyataan.
 - b. (TS) Tidak Setuju = Responden tidak menyetujui pernyataan, namun penolakannya tidak terlalu kuat.
 - c. (N) Netral = Responden tidak condong menyetujui maupun menolak; berada di posisi tengah atau ragu-ragu terhadap pernyataan.
 - d. (S) Setuju = Responden menyetujui isi pernyataan dan menganggapnya sesuai dengan pandangan atau pengalamannya.
 - e. (SS) Sangat Setuju = Responden sepenuhnya menyetujui pernyataan dan merasa bahwa pernyataan tersebut sangat mencerminkan sikap atau kondisinya.

No.	Pernyataan	STS	ST	N	S	SS
1	Gaji saya saat ini.					
2	Tunjangan lembur yang saya terima.					
3	Manfaat tambahan lainnya (misalnya asuransi kesehatan, bonus).					
4	Jumlah jam kerja saya.					
5	Fleksibilitas dalam pengaturan jadwal kerja.					
6	Jadwal kerja akhir pekan.					
7	Jadwal kerja malam.					
8	Kemampuan untuk menukar jadwal dengan perawat lain.					





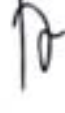
No.	Pernyataan	STS	ST	N	S	SS
9	Waktu istirahat selama shift kerja.					
10	Dukungan terhadap cuti melahirkan.					
11	Waktu kerja yang memungkinkan saya bersama keluarga.					
12	Tersedianya fasilitas penitipan anak di tempat kerja.					
13	Hubungan saya dengan rekan sesama perawat.					
14	Kerjasama dalam tim keperawatan.					
15	Interaksi sosial saya dengan staf rumah sakit lainnya.					
16	Kesempatan untuk terlibat dalam kegiatan rumah sakit.					
17	Rasa kebersamaan dalam lingkungan kerja.					
18	Interaksi saya dengan tenaga kesehatan lintas profesi.					
19	Pengakuan dari atasan atas pekerjaan saya.					
20	Umpan balik positif dari pasien atau keluarga pasien.					
21	Pujian dari rekan kerja.					
22	Penghargaan dari manajemen rumah sakit.					
23	Kesempatan untuk mengikuti pelatihan dan seminar.					
24	24. Kesempatan untuk kenaikan jabatan.					
25	Ketersediaan bimbingan dari atasan.					
26	Sistem jenjang karir (clinical ladder) di rumah sakit.					
27	Tingkat tanggung jawab dalam pekerjaan saya.					
28	Kemandirian dalam mengambil keputusan klinis.					
29	Pengaruh saya dalam proses pengambilan keputusan tim.					
30	Kontrol saya terhadap lingkungan kerja.					
31	Partisipasi saya dalam pengambilan keputusan manajerial.					




Sumber: Kuesioner kepuasan kerja ini diadaptasi dari *McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS)* yang dikembangkan oleh McCloskey dan Mueller (1989), dan telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Permatasari, Harahap, dan Rahmawati (2021).






Lampiran 9 Lembar Konsultasi

**LEMBAR BIMBINGAN TESIS MAHASISWA
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Baiq Linda Agustina
 NIM : 242320102015
 Nama DPU : Ns. Anisah Ardiana, S.Kep., M.Kep., Ph.D.






No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	Selasa 11 Maret 2025	BAB I	Langut Susun BAB 2 & BAB 3 dahulu	
2.	Rabu 2 April 2025	BAB 1, 2, dan 3	- Penulisan - Revisi judul - Revisi latar belakang	
3.	Senin 12 Mei 2025.	- Revisi BAB 1, 2 dan 3 - Cari Kuesioner	- Revisi BAB 1, 2 dan 3 - Cari Kuesioner	
4.	Ahad 18 Mei 2025.	- Revisi BAB 1, 2 & 3.	- Lengkapi Kuesioner - Lengkapi sumber - Revisi Citasi	
5.	Ahad 18 Mei 2025	- Cari Kuesioner - Revisi BAB 2.	- Lengkapi sumber Kuesioner - Sesuaikan konsep BAB 2 & Kuesioner	




No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
6.	Selasa 24 Juni 2025	- Rensi Kuesioner - BAB 3	- Lengkapi kuesioner & sumber	
7.	Selasa 24 Juni 2025	BAB 1, 2, 3 Kuesioner	ACC Lanjutkan Konsul DPA.	
8.	1 Agustus 2025		ACC Sempro.	
9.				
10.				
11.				
12.				





No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
9.	Senin 17 November	-Konsul Output spss, hasil penelitian	Langut ke subbab pembahasan	
10	Rabu, 26 November 2025	- Via Zoom - Revisi bab 4 dan bab 5	- Perbaiki Tabel	
11	Kamis, 4 Desember 2025	-Revisi bab 4 dan bab 5	-Cek kembali tata tulis - Pastikan kembali uji statistik yang gunakan - Perbaiki saran.	
12	Sabtu 6. Desember 2025	- BAB 4 - BAB 5 - Uji statistik.	-Cek kembali tata tulis - Pastikan kembali uji statistic yang gunakan - Ganti uji ke Maun wlt	
13.	Kamis 11 Desember 2025	- BAB 4 dan BAB 5	Atc samhar Teks	

**LEMBAR BIMBINGAN TESIS MAHASISWA
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Baiq Linda Agustina
 NIM : 242320102015
 Nama DPU : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep., Ph.D.

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
1.	9/05/2025	Draf Pengajuan judul proposal Tesis.	ACC judul lanjutkan Susun BAB I	
2.	9/5/25	Draf pengajuan BAB I	Lanjutkan s/d BAB 3	
3.	2/07/2025.	Revisi BAB 1 & BAB 3	- Bila DPU setuju, lanjutkan variabel kepuasan Pasien & PHTCM	
4.	31/07/2025	- Revisi BAB 3	- Mengikuti DPU	
5.	31/07/2025		ACC sempro.	

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
6	Senin, 10 November 2025	Konsul output spss, hasil penelitian	Perbaiki tabel tabulasi silang pada Chi Square dan Mann Whitney	
7	Kamis, 4 Desember 2025	Revisi bab 4 dan 5	Variabel komposit di ganti dan dijabarkan satu persatu Gabungkan tabel-tabel hasil penelitian menjadi satu tabel	
8	Jum'at 5 Desember 2025	Revisi bab 4 dan 5	Coba lakukan uji normalitas menggunakan skewnes dan kurtosis, bila data tetap tidak berdistribusi normal maka menggunakan SEM PLS untuk uji pengaruh antar variabel.	

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
9	Senin, 17 November 2025	Konsul output spss, hasil penelitian	Lanjut ke sub bab pembahasan	
10	Rabu, 26 November 2025	Via zoom Revisi bab 4 dan 5	Perbaiki tabel karakteristik responden, diskusi model uji komposit yang dipakai, perbaiki saran	
11	Kamis, 4 Desember 2025	Revisi bab 4 dan 5	Cek Kembali tata tulis Pastikan Kembali uji statistic yang di gunakan Perbaiki saran	
12	Jum'at 5 Desember 2025	Revisi bab 4 dan 5	Cek Kembali tata tulis Pastikan Kembali uji statistic yang di gunakan Perbaiki BAB 5 tujuan penelitian ACC ujian Rm Hasil	

Lampiran 10 Uji Validitas Kuesioner



PEMERINTAH KOTA MATARAM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MATARAM
 Jalan Bung Karno No. 3, Pagesangan Timur, Mataram, Nusa Tenggara Barat
 Telepon: (0370) 640774; Posel: rsud_mataram@yahoo.com
 Laman: rsud.mataramkota.go.id

Mataram, 30 September 2025

Nomor : 445/2075/RSUD/IX/2025
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Hal : Izin Validitas Instrumen Penelitian Tesis

Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
 Universitas Jember
 di Tempat

Dengan Hormat,

Menunjuk surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Nomor: 5678/UN25.1.14/SP/2025 tanggal 19 September 2025 tentang Surat Izin Validitas Instrumen Penelitian Tesis atas nama :

nama : Baiq Linda Agustina, S.Kep.,Ners
 NIM : 242320102015
 prodi : Magister Keperawatan

Dengan ini kami memberikan izin untuk melaksanakan Uji Validitas Instrumen penelitian penyusunan tugas akhir Tesis dengan judul " Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer di Ruang Multi-Staf Medis Fungsional dan Mono-Staf Medis Fungsional Dengan Pendekatan Model Donabedian di Intalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram", terhitung tanggal 1 Oktober s.d 31 Oktober 2025.

Setelah penelitian tersebut selesai, diharapkan untuk menyerahkan 1 (satu) eksemplar dan soft copy dimaksud kepada Sub.Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM RSUD Kota Mataram.

Demikian untuk maklum dan terima kasih.

Direktur,



dr. Ni Luh Ketut Eka Nurhayati, Sp. OG., Subsp. F. E. R.
 Pembina Utama Muda, IV-c
 NIP. 197204032002122004

Lampiran 11 Uji Etik Universitas Jember



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
UNIVERSITAS JEMBER, FAKULTAS KEPERAWATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
UNIVERSITY OF JEMBER, FACULTY OF NURSING**

**KETERANGAN LAIK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
No. 358/UN25.1.14/KEPK/2025**

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Baiq Linda Agustina
Principal Investigator

Anggota Peneliti : Ns. Anisah Ardiana, S.Kep., M.Kep., Ph.D
Member of Research Ns. Muhamad Zufatul A'la, S.Kep., M.Kep., Ph.D

Tempat Penelitian : RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat
Place of Research

Dengan judul : Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan
Profesional Metode Primer di Ruang Multi-Staf Medis
Fungsional dan Mono-Staf Medis Fungsional dengan
Pendekatan Model Donabedian di Instalasi Rawat Inap RSUD
Provinsi Nusa Tenggara Barat

Title : A Comparative Study on the Implementation of the
Professional Nursing Care Model Using the Primary Nursing
Method in Multi-Functional Medical Staff and Mono-
Functional Medical Staff Wards with a Donabedian Model
Approach at the Inpatient Unit of the Provincial General
Hospital of West Nusa Tenggara

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 22 September 2025 sampai dengan tanggal 22 maret 2026

This declaration of ethics applies during the period September 22, 2025 until march 18, 2026

Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Chairperson of Health Research Ethics Committee

Ns. Dimi Y. Armawati, M.Psi., M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Lampiran 12 Uji Etik RSUD Provinsi NTB

Keputusan Panitia Komisi Etik Penelitian

Komisi Etik Penelitian RSUD Provinsi NTB	Keputusan Penelaahan	No : 00.9.1/ 75 /KEP/2025
STUDI KOMPARATIF PELAKSANAAN MODEL ASUHAN KEPERWATAN PROFESIONAL METODE PRIMER DI RUANG KEKHUSUSAN DAN NON KEKHUSUSAN DENGAN PENDEKATAN MODEL DONABEDIAN DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT		
Peneliti : BAIQ LINDA AGUSTINA		
Tanggal Penelitian :		
Kesimpulan :		
<input checked="" type="checkbox"/> Disetujui <input type="checkbox"/> Ditolak <input type="checkbox"/> Perlu Diperbaiki <input type="checkbox"/> Belum dapat dibahas		
Laik Etik		
Ketua Panitia Komisi Etik Penelitian		Tanggal, 29 September 2025
 dr. Salim S. Thalib, Sp.P. NIP. -		

Catatan :

1. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian selambat – lambatnya 1 (satu) bulan setelah selesai penelitian kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Provinsi NTB. Apabila laporan penelitian tidak diserahkan, maka Komisi Etik berhak untuk membatalkan persetujuan yang diberikan.
2. Apabila pelaksanaan penelitian tidak sesuai dengan usulan kegiatan, Komisi Etik tidak bertanggung jawab terhadap Kelayakan Etik Penelitian tersebut.
3. Apabila ada perubahan prosedur/kegiatan penelitian, mohon agar mengusulkan kembali proposal Kelayakan Etik kepada Komisi Etik.

Lampiran 13 Permohonan Ijin Penelitian LP2M Universitas Jember



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS,
DAN TEKNOLOGI**
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Laman : lp2m.unej.ac.id - Email : ijinpenelitian@gmail.com

Nomor : 09015 /UN25.3.1/LT/2025

09 Oktober 2025

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian Mahasiswa

Yth. **Direktur**
RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat
Di
Mataram

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 6067/UN25.1.14/SP/2025 tanggal 03 Oktober 2025 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Baiq Linda Agustina
NIM : 242320102015
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Magister Keperawatan
Alamat : Dsn Karang Kuripan RT/RW 011/00 Kediri-Lombok Barat
Judul Penelitian : "Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer di Ruang Kekhususan dan Non Kekhususan dengan Pendekatan Model Donabedian di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat"
Lokasi Penelitian: RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat
Pelaksanaan : Bulan Oktober-Nopember 2025

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

n. Kepala
Sekretaris II,

Juwita, S.Kom., M.MT.
NIP. 198110202014042001

Tembusan Yth.
1. Dekan FKEP Universitas Jember;
2. Mahasiswa ybs;
3. Arsip.



Lampiran 14 Permohonan Ijin Penelitian RSUD Provinsi NTB



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Prabu Rangkasari, Dasan Cermen. Telp (0370) 7502424 Mataram
 Kode Pos : 83232 email : rsud@ntbprov.go.id Website : rsud.ntbprov.go.id



Mataram, 9 Oktober 2025

Nomor : 00.9.6.1 / 18 / 9724 / RSUDP / 2025
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
 Dekan Fakultas Keperawatan
 Universitas Jember
 di -
Tempat

Bismillahirraamanirrahim.
Assalaamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Sehubungan dengan Surat Saudara Nomor : 5732/UN25.1.14.SP/2025, Tanggal 22 September 2025, Perihal Permohonan Ijin Penelitian, dengan ini kami sampaikan bahwa :

Nama : Baiq Linda Agustina
 NIM/NIK/NIDN : 242320102015
 Judul : Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer Di Ruang Multi-Staf Medis Fungsional Dan Mono-Staf Medis Fungsional Dengan Pendekatan Model Donabedian Di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat
 Lokasi : RSUD Provinsi NTB

Pada prinsipnya dapat diberikan izin sepanjang memenuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Demikian untuk maklum, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROV. NTB
 Wakil Direktur SDM & DIKLAT
 RSUD Provinsi NTB



I PUTU ARTAWAN PRAYOGA, S.Kep.,Ns.,M.Kes
 Pembina Utama Muda/IVc
 NIP. 19771013 199603 1 001

Tembusan disampaikan Kepada Yth:
 1. Instalasi Rekam Medis RSUD Prov. NTB
 2. Instalasi Rawat Inap RSUD Prov. NTB
 3. Peneliti
 4. Arsip

Lampiran 15 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Prabu Rangkasari Dasan Cermen Telepon (0370) 7502424 Mataram
 Kode Post : 83232 email : rsud@ntbprov.go.id Webdite : rsud.ntbprov.go.id



SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN

Nomor : 400.7.22.1 / 5160 / RSUDP. NTB /2025

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Suhardiman, S. Kep.,M. Si
 NIP : 19681231 198803 1 194
 Pangkat/Gol : Pembina TK. I IV/ b
 Jabatan : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan
 Teknologi Kesehatan RSUD Provinsi NTB

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Baiq Linda Agustina
 NIM : 242320102015
 Judul : Studi Komparatif Pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional Metode Primer Di Ruang Multi-Staf Medis Fungsional Dan Mono-Staf Medis Fungsional Dengan Pendekatan Model Donabedian Di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat
 Lokasi Penelitian : RSUD Provinsi NTB
 Lamanya : 9 Oktober s/d 22 Oktober 2025

Bahwa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan judul skripsi sebagaimana tersebut diatas.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mataram, 5 November 2025

Kabid Litbangkes

Suhardiman, S. Kep., M. Si

Pembina Tk.I/IVb

NIP. 19681231 198803 1 194

Lampiran 16 Hasil SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas

Correlations

		Notes
Output Created		07-Oct-2025 14:38:01
Comments		
Input	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=No1 No2 No3 No4 No5 No6 No7 No8 No9 No10 No11 No12 No13 No14 No15 No16 No17 Total /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
Resources	Elapsed Time	00:00:00

[DataSet0]

		No1	No2	No3	No4	No5
No1	Pearson Correlation	1	.861(**)	.639(**)	.584(**)	.659(**)
	Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.001	0.000
	N	30	30	30	30	30
No2	Pearson Correlation	.861(**)	1	.639(**)	.828(**)	.549(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000		0.000	0.000	0.002
	N	30	30	30	30	30
No3	Pearson Correlation	.639(**)	.639(**)	1	.409(*)	.583(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000		0.025	0.001
	N	30	30	30	30	30
No4	Pearson Correlation	.584(**)	.828(**)	.409(*)	1	0.337
	Sig. (2-tailed)	0.001	0.000	0.025		0.068
	N	30	30	30	30	30
No5	Pearson Correlation	.659(**)	.549(**)	.583(**)	0.337	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.002	0.001	0.068	
	N	30	30	30	30	30
No6	Pearson Correlation	.654(**)	.775(**)	.471(**)	.630(**)	.575(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.009	0.000	0.001
	N	30	30	30	30	30
No7	Pearson Correlation	.605(**)	.484(**)	.535(**)	0.265	.622(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.007	0.002	0.157	0.000
	N	30	30	30	30	30
No8	Pearson Correlation	-0.073	-0.073	-0.225	-0.078	-0.048
	Sig. (2-tailed)	0.703	0.703	0.232	0.683	0.801
	N	30	30	30	30	30
No9	Pearson Correlation	.433(*)	.577(**)	.511(**)	.591(**)	.457(*)
	Sig. (2-tailed)	0.017	0.001	0.004	0.001	0.011
	N	30	30	30	30	30
No10	Pearson Correlation	.584(**)	.706(**)	.733(**)	.573(**)	.626(**)
	Sig. (2-tailed)	0.001	0.000	0.000	0.001	0.000
	N	30	30	30	30	30
No11	Pearson Correlation	.412(*)	.533(**)	.471(**)	.418(*)	.479(**)
	Sig. (2-tailed)	0.024	0.002	0.009	0.022	0.007
	N	30	30	30	30	30
No12	Pearson Correlation	.639(**)	.639(**)	0.348	.517(**)	.486(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.060	0.003	0.006
	N	30	30	30	30	30
No13	Pearson Correlation	.420(*)	.420(*)	.372(*)	.423(*)	.743(**)
	Sig. (2-tailed)	0.021	0.021	0.043	0.020	0.000
	N	30	30	30	30	30
No14	Pearson Correlation	.591(**)	.693(**)	.433(*)	.569(**)	.605(**)
	Sig. (2-tailed)	0.001	0.000	0.017	0.001	0.000
	N	30	30	30	30	30
No15	Pearson Correlation	.722(**)	.861(**)	.639(**)	.706(**)	.549(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002
	N	30	30	30	30	30
No16	Pearson Correlation	.659(**)	.659(**)	.486(**)	.530(**)	.652(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.006	0.003	0.000
	N	30	30	30	30	30
No17	Pearson Correlation	.725(**)	.605(**)	.535(**)	.477(**)	.622(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.002	0.008	0.000
	N	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.815(**)	.865(**)	.677(**)	.704(**)	.781(**)
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	30	30	30	30	30

No6	No7	No8	No9	No10	No11	No12
.654(**)	.605(**)	-0.073	.433(*)	.584(**)	.412(*)	.639(**)
0.000	0.000	0.703	0.017	0.001	0.024	0.000
30	30	30	30	30	30	30
.775(**)	.484(**)	-0.073	.577(**)	.706(**)	.533(**)	.639(**)
0.000	0.007	0.703	0.001	0.000	0.002	0.000
30	30	30	30	30	30	30
.471(**)	.535(**)	-0.225	.511(**)	.733(**)	.471(**)	0.348
0.009	0.002	0.232	0.004	0.000	0.009	0.060
30	30	30	30	30	30	30
.630(**)	0.265	-0.078	.591(**)	.573(**)	.418(*)	.517(**)
0.000	0.157	0.683	0.001	0.001	0.022	0.003
30	30	30	30	30	30	30
.575(**)	.622(**)	-0.048	.457(*)	.626(**)	.479(**)	.486(**)
0.001	0.000	0.801	0.011	0.000	0.007	0.006
30	30	30	30	30	30	30
1	.527(**)	-0.092	.420(*)	.524(**)	.577(**)	.793(**)
0.003	0.003	0.630	0.021	0.003	0.001	0.000
30	30	30	30	30	30	30
.527(**)	1	-0.105	.377(*)	.477(**)	.422(*)	.535(**)
0.003		0.579	0.040	0.008	0.020	0.002
30	30	30	30	30	30	30
-0.092	-0.105	1	-0.042	-0.131	-0.250	-0.064
0.630	0.579		0.826	0.490	0.183	0.736
30	30	30	30	30	30	30
.420(*)	.377(*)	-0.042	1	.844(**)	0.168	0.255
0.021	0.040	0.826		0.000	0.375	0.173
30	30	30	30	30	30	30
.524(**)	.477(**)	-0.131	.844(**)	1	.418(*)	.409(*)
0.003	0.008	0.490	0.000		0.022	0.025
30	30	30	30	30	30	30
.577(**)	.422(*)	-0.250	0.168	.418(*)	1	.686(**)
0.001	0.020	0.183	0.375	0.022		0.000
30	30	30	30	30	30	30
.793(**)	.535(**)	-0.064	0.255	.409(*)	.686(**)	1
0.000	0.002	0.736	0.173	0.025	0.000	
30	30	30	30	30	30	30
.379(*)	.626(**)	0.074	.536(**)	.617(**)	.379(*)	.469(**)
0.039	0.000	0.698	0.002	0.000	0.039	0.009
30	30	30	30	30	30	30
.616(**)	.577(**)	0.068	.388(*)	.480(**)	.527(**)	.523(**)
0.000	0.001	0.720	0.034	0.007	0.003	0.003
30	30	30	30	30	30	30
.775(**)	.484(**)	-0.133	.577(**)	.706(**)	.654(**)	.639(**)
0.000	0.007	0.483	0.001	0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30	30
.575(**)	.526(**)	-0.048	.457(*)	.626(**)	.671(**)	.681(**)
0.001	0.003	0.801	0.011	0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30	30
.527(**)	.579(**)	-0.105	.377(*)	.477(**)	.633(**)	.642(**)
0.003	0.001	0.579	0.040	0.008	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30	30
.785(**)	.694(**)	0.060	.635(**)	.774(**)	.654(**)	.748(**)
0.000	0.000	0.752	0.000	0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30	30

No13	No14	No15	No16	No17	Total
.420(*)	.591(**)	.722(**)	.659(**)	.725(**)	.815(**)
0.021	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30
.420(*)	.693(**)	.861(**)	.659(**)	.605(**)	.865(**)
0.021	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30
.372(*)	.433(*)	.639(**)	.486(**)	.535(**)	.677(**)
0.043	0.017	0.000	0.006	0.002	0.000
30	30	30	30	30	30
.423(*)	.569(**)	.706(**)	.530(**)	.477(**)	.704(**)
0.020	0.001	0.000	0.003	0.008	0.000
30	30	30	30	30	30
.743(**)	.605(**)	.549(**)	.652(**)	.622(**)	.781(**)
0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30
.379(*)	.616(**)	.775(**)	.575(**)	.527(**)	.785(**)
0.039	0.000	0.000	0.001	0.003	0.000
30	30	30	30	30	30
.626(**)	.577(**)	.484(**)	.526(**)	.579(**)	.694(**)
0.000	0.001	0.007	0.003	0.001	0.000
30	30	30	30	30	30
0.074	0.068	-0.133	-0.048	-0.105	.660(**)
0.698	0.720	0.483	0.801	0.579	0.752
30	30	30	30	30	30
.536(**)	.388(*)	.577(**)	.457(*)	.377(*)	.635(**)
0.002	0.034	0.001	0.011	0.040	0.000
30	30	30	30	30	30
.617(**)	.480(**)	.706(**)	.626(**)	.477(**)	.774(**)
0.000	0.007	0.000	0.000	0.008	0.000
30	30	30	30	30	30
.379(*)	.527(**)	.654(**)	.671(**)	.633(**)	.654(**)
0.039	0.003	0.000	0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30
.469(**)	.523(**)	.639(**)	.681(**)	.642(**)	.748(**)
0.009	0.003	0.000	0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30
1	.598(**)	.420(*)	.569(**)	.433(*)	.710(**)
30	0.000	0.021	0.001	0.017	0.000
30	30	30	30	30	30
.598(**)	1	.693(**)	.524(**)	.488(**)	.779(**)
0.000		0.000	0.003	0.006	0.000
30	30	30	30	30	30
.420(*)	.693(**)	1	.769(**)	.725(**)	.865(**)
0.021	0.000		0.000	0.000	0.000
30	30	30	30	30	30
.569(**)	.524(**)	.769(**)	1	.909(**)	.836(**)
0.001	0.003	0.000		0.000	0.000
30	30	30	30	30	30
.433(*)	.488(**)	.725(**)	.909(**)	1	.781(**)
0.017	0.006	0.000	0.000		0.000
30	30	30	30	30	30
.710(**)	.779(**)	.865(**)	.836(**)	.781(**)	1
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
30	30	30	30	30	30

	No1	No2	No3	No4	No5	No6	No7
No1	1.000	0.861	0.639	0.584	0.659	0.654	0.605
No2	0.861	1.000	0.639	0.828	0.549	0.775	0.484
No3	0.639	0.639	1.000	0.409	0.583	0.471	0.535
No4	0.584	0.828	0.409	1.000	0.337	0.630	0.265
No5	0.659	0.549	0.583	0.337	1.000	0.575	0.622
No6	0.654	0.775	0.471	0.630	0.575	1.000	0.527
No7	0.605	0.484	0.535	0.265	0.622	0.527	1.000
No8	-0.073	-0.073	-0.225	-0.078	-0.048	-0.092	-0.105
No9	0.433	0.577	0.511	0.591	0.457	0.420	0.377
No10	0.584	0.706	0.733	0.573	0.626	0.524	0.477
No11	0.412	0.533	0.471	0.418	0.479	0.577	0.422
No12	0.639	0.639	0.348	0.517	0.486	0.793	0.535
No13	0.420	0.420	0.372	0.423	0.743	0.379	0.626
No14	0.591	0.693	0.433	0.569	0.605	0.616	0.577
No15	0.722	0.861	0.639	0.706	0.549	0.775	0.484
No16	0.659	0.659	0.486	0.530	0.652	0.575	0.526
No17	0.725	0.605	0.535	0.477	0.622	0.527	0.579

No8	No9	No10	No11	No12	No13	No14	No15	No16	No17
-0.073	0.433	0.584	0.412	0.639	0.420	0.591	0.722	0.659	0.725
-0.073	0.577	0.706	0.533	0.639	0.420	0.693	0.861	0.659	0.605
-0.225	0.511	0.733	0.471	0.348	0.372	0.433	0.639	0.486	0.535
-0.078	0.591	0.573	0.418	0.517	0.423	0.569	0.706	0.530	0.477
-0.048	0.457	0.626	0.479	0.486	0.743	0.605	0.549	0.652	0.622
-0.092	0.420	0.524	0.577	0.793	0.379	0.616	0.775	0.575	0.527
-0.105	0.377	0.477	0.422	0.535	0.626	0.577	0.484	0.526	0.579
1.000	-0.042	-0.131	-0.250	-0.064	0.074	0.068	-0.133	-0.048	-0.105
-0.042	1.000	0.844	0.168	0.255	0.536	0.388	0.577	0.457	0.377
-0.131	0.844	1.000	0.418	0.409	0.617	0.480	0.706	0.626	0.477
-0.250	0.168	0.418	1.000	0.686	0.379	0.527	0.654	0.671	0.633
-0.064	0.255	0.409	0.686	1.000	0.469	0.523	0.639	0.681	0.642
0.074	0.536	0.617	0.379	0.469	1.000	0.598	0.420	0.569	0.433
0.068	0.388	0.480	0.527	0.523	0.598	1.000	0.693	0.524	0.488
-0.133	0.577	0.706	0.654	0.639	0.420	0.693	1.000	0.769	0.725
-0.048	0.457	0.626	0.671	0.681	0.569	0.524	0.769	1.000	0.909
-0.105	0.377	0.477	0.633	0.642	0.433	0.488	0.725	0.909	1.000

Reliability

Notes		
Output Created		07-Oct-2025 14:39:03
Comments		
Input	Filter Weight Split File N of Rows in Working Data File Matrix Input	<none> <none> <none> 30
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=No1 No2 No3 No4 No5 No6 No7 No8 No9 No10 No11 No12 No13 No14 No15 No16 No17 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=CORR .
Resources	Elapsed Time Memory Available Largest Contiguous Area Workspace Required	00:00:00 786944 bytes 786944 bytes 4088 bytes

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	0.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items	
0.919	0.941	17	

Reliability

Notes		
Output Created		07-Oct-2025 14:39:03
Comments		
Input	Filter Weight Split File N of Rows in Working Data File Matrix Input	<none> <none> <none> 30
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=No1 No2 No3 No4 No5 No6 No7 No8 No9 No10 No11 No12 No13 No14 No15 No16 No17 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=CORR .
Resources	Elapsed Time Memory Available Largest Contiguous Area Workspace Required	00:00:00 786944 bytes 786944 bytes 4088 bytes

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	0.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items	
0.919	0.941	17	

Lampiran 17 Analisis SEMPLS

a. Ruang Kekhususan

1. Uji Outer Model 2

	BEBAN KERJA	BURNOUT	KEPUASAN KERJA	KOLABORASI ANTARPROFESI	KUALITAS INTERAKSI TIM	PNCM
X1.1						0.723
X1.2						0.828
X1.3						0.835
X1.4						0.866
X2.1				0.943		
X2.2				0.920		
X2.3				0.934		
X2.4				0.900		
X3.1	0.857					
X3.2	0.733					
X3.3	0.741					
X3.4	0.855					
X3.5	0.873					
X4.1					0.882	
X4.2					0.848	
X4.3					0.842	
X4.5					0.785	
Y1.3		1.000				
Y2.4			0.792			
Y2.5			0.926			
Y2.6			0.907			
Y2.7			0.852			

2. Fornell-Larcker Criterion

	BEBAN KERJA	BURNOUT	KEPUASAN KERJA	KOLABORASI ANTARPROFESI	KUALITAS INTERAKSI TIM	PNCM
BEBAN KERJA	0.814					
BURNOUT	-0.235	1.000				
KEPUASAN KERJA	0.231	-0.221	0.871			
KOLABORASI ANTARPROFESI	0.342	-0.182	0.144	0.924		
KUALITAS INTERAKSI TIM	0.278	-0.179	0.418	0.282	0.840	
PNCM	0.197	-0.357	0.355	0.459	0.393	0.815

3. Construct Reliability and Validity

	Cronbach's alpha	Keandalan komposit (rho_a)	Keandalan komposit (rho_c)	Rata-rata varians diekstraksi (AVE)
BEBAN KERJA	0.874	0.901	0.907	0.663
KEPUASAN KERJA	0.893	0.901	0.926	0.758
KOLABORASI ANTARPROFESI	0.943	0.945	0.959	0.854
KUALITAS INTERAKSI TIM	0.861	0.865	0.905	0.706
PNCM	0.835	0.870	0.887	0.664

4. R Square

	R-square	Adjusted R-square
BEBAN KERJA	0.039	0.028
BURNOUT	0.076	0.045
KEPUASAN KERJA	0.189	0.161
KOLABORASI ANTARPROFESI	0.210	0.202
KUALITAS INTERAKSI TIM	0.154	0.145

5. f Square

	BEBAN KERJA	BURNOUT	KEPUASAN KERJA	KOLABORASI ANTARPROFESI	KUALITAS INTERAKSI TIM	PNCM
BEBAN KERJA		0.028	0.017			
BURNOUT						
KEPUASAN KERJA						
KOLABORASI ANTARPROFESI		0.008	0.000			
KUALITAS INTERAKSI TIM		0.010	0.161			
PNCM	0.040			0.266	0.182	

6. Model Fit

	Model jenuh (saturated)	Perkiraan model
SRMR	0.085	0.119
d_UIS	1.847	3.605
d_G	0.916	0.986
Chi-square	442.273	461.927
NFI	0.716	0.703

7. Path Coefficients model 1

	BEBAN KERJA	BURNOUT	KEPUASAN KERJA	KOLABORASI ANTARPROFESI	KUALITAS INTERAKSI TIM	PNCM
BEBAN KERJA		-0.174	0.126			
BURNOUT						
KEPUASAN KERJA						
KOLABORASI ANTARPROFESI		-0.093	-0.007			
KUALITAS INTERAKSI TIM		-0.104	0.385			
PNCM	0.197			0.459	0.393	

b. Ruang Non-Kekhususan

1. Uji Outer Model 2

	BEBAN KERJA	BURNOUT	KEPUASAN KERJA	KOLABORASI ANTARPROFESI	KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	PNCM
X1.1						0.943
X1.2						0.928
X1.3						0.968
X1.4						0.967
X2.1				0.926		
X2.2				0.931		
X2.3				0.929		
X2.4				0.916		
X3.1	0.774					
X3.4	0.745					
X4.2					0.835	
X4.3					0.774	
X4.5					0.786	
Y1.1		0.878				
Y1.2		0.971				
Y2.4			0.847			
Y2.5			0.868			
Y2.6			0.889			
Y2.7			0.785			

3. Fornell-Larcker Criterion

	BEBAN KERJA	BURNOUT	KEPUASAN KERJA	KOLABORASI ANTARPROFESI	KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	PNCM
BEBAN KERJA	0.760					
BURNOUT	0.021	0.926				
KEPUASAN KERJA	0.271	0.092	0.848			
KOLABORASI ANTARPROFESI	0.205	0.102	0.374	0.925		
KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	0.193	0.322	0.255	0.281	0.799	
PNCM	0.058	0.275	0.151	0.094	0.381	0.952

4. Construct Reliability and Validity

	Cronbach's alpha	Composite reliability (ρ_a)	Composite reliability (ρ_c)	Average variance extracted (AVE)
BEBAN KERJA	0.269	0.269	0.732	0.578
BURNOUT	0.849	1.156	0.923	0.857
KEPUASAN KERJA	0.871	0.890	0.911	0.719
KOLABORASI ANTARPROFESI	0.944	0.948	0.960	0.856
KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	0.719	0.734	0.841	0.638
PNCM	0.965	0.969	0.975	0.906

5. R Square

	R-square	R-square adjusted
BEBAN KERJA	0.003	-0.005
BURNOUT	0.112	0.090
KEPUASAN KERJA	0.196	0.176
KOLABORASI ANTARPROFESI	0.009	0.001
KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	0.145	0.139

6. f Square

	BEBAN KERJA	BURNOUT	KEPUASAN KERJA	KOLABORASI ANTARPROFESI	KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	PNCM
BEBAN KERJA		0.009	0.039			
BURNOUT						
KEPUASAN KERJA						
KOLABORASI ANTARPROFESI		0.001	0.099			
KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM		0.112	0.021			
PNCM	0.003			0.009	0.170	

7. Model_Fit

	Saturated model	Estimated model
SRMR	0.070	0.099
d_UIS	0.924	1.851
d_G	0.494	0.528
Chi-square	368.454	379.755
NFI	0.799	0.793

8. Path Coefficients model

	BEBAN KERJA	BURNOUT	KEPUASAN KERJA	KOLABORASI ANTARPROFESI	KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	PNCM
BEBAN KERJA		-0.090	0.184			
BURNOUT						
KEPUASAN KERJA						
KOLABORASI ANTARPROFESI		0.027	0.298			
KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM		0.332	0.136			
PNCM	0.058			0.094	0.381	

Lampiran 18 Analisis SEMPLS Komposit

a. Ruang Kekhususan

1. Uji Outer Model 2

	HASIL	PROSES	STRUKTUR
IPC		1.000	
KEPUASAN	1.000		
PNCM			1.000

2. R Square

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
HASIL	0.075	0.083	0.053	1.416	0.157
PROSES	0.212	0.223	0.075	2.844	0.004

3. f Square

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
PROSES -> HASIL	0.081	0.094	0.066	1.221	0.222
STRUKTUR -> PROSES	0.269	0.299	0.130	2.066	0.039

4. Model Fit

SRMR

Confidence intervals

	Original sample (O)	Sample mean (M)	95%	99%
Saturated model	0.136	0.081	0.099	0.110
Estimated model	0.146	0.087	0.109	0.120

d_ULS

Confidence intervals

	Original sample (O)	Sample mean (M)	95%	99%
Saturated model	0.046	0.016	0.024	0.029
Estimated model	0.047	0.016	0.025	0.029

d_G

Confidence intervals

	Original sample (O)	Sample mean (M)	95%	99%
Saturated model	0.050	0.040	0.052	0.057
Estimated model	0.058	0.043	0.057	0.064

5. Path Coefficients model 1

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
PROSES -> HASIL	0.259	0.250	0.103	2.501	0.012
STRUKTUR -> PROSES	0.452	0.471	0.098	4.628	0.000

b. Ruang Non-Kekhususan

1. Uji Outer Model 2

	HASIL	PROSES	STRUKTUR
IPC		0.823	
KEPUASAN	1.000		
KUALITAS TIM		0.673	
PNCM			1.000

Lampiran 19 Output SPSS uji Mann Whitney Variabel

a. MAKP Metode Primer (PNCM)

Mann-Whitney Test

		Ranks		
JENIS RUANG		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PNCM	Kekhususan	91	86.68	7888.00
	Non Kekhususan	125	124.38	15548.00
	Total	216		

Test Statistics^a

PNCM	
Mann-Whitney U	3702.000
Wilcoxon W	7888.000
Z	-5.022
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001

a. Grouping Variable: JENIS RUANG

b. Kolaborasi Antarprofesi

Mann-Whitney Test

		Ranks		
JENIS RUANG		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KOLABORASI ANTAR PROFESI	Kekhususan	91	98.85	8995.50
	Non Kekhususan	125	115.52	14440.50
	Total	216		

Test Statistics^a

KOLABORASI ANTAR PROFESI	
Mann-Whitney U	4809.500
Wilcoxon W	8995.500
Z	-2.344
Asymp. Sig. (2-tailed)	.019

a. Grouping Variable: JENIS RUANG

c. Beban Kerja

Mann-Whitney Test

		Ranks		
JENIS RUANG		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEBAN KERJA	Kekhususan	91	91.84	8357.00
	Non Kekhususan	125	120.63	15079.00
	Total	216		

Test Statistics ^a	
BEBAN KERJA	
Mann-Whitney U	4171.000
Wilcoxon W	8357.000
Z	-4.753
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001
a. Grouping Variable: JENIS RUANG	

d. Kualitas Interaksi dalam Tim

Mann-Whitney Test

		Ranks		
JENIS RUANG		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	Kekhususan	91	108.50	9873.50
	Non Kekhususan	125	108.50	13562.50
	Total	216		

Test Statistics ^a	
KUALITAS INTERAKSI DALAM TIM	
Mann-Whitney U	5687.500
Wilcoxon W	13562.500
Z	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000
a. Grouping Variable: JENIS RUANG	

e. *Burnout***Mann-Whitney Test**

		Ranks			
		JENIS RUANG	N	Mean Rank	Sum of Ranks
BURNOUT PERAWAT	Kekhususan		91	83.60	7607.50
	Non Kekhususan		125	126.63	15828.50
	Total		216		

Test Statistics^a

		BURNOUT PERAWAT
f	Mann-Whitney U	3421.500
	Wilcoxon W	7607.500

Mann-Whitney Test

		Ranks			
		JENIS RUANG	N	Mean Rank	Sum of Ranks
KEPUASAN KERJA	Kekhususan		91	112.13	10203.50
	Non Kekhususan		125	105.86	13232.50
	Total		216		

Test Statistics^a

		KEPUASAN KERJA
	Mann-Whitney U	5357.500
	Wilcoxon W	13232.500
	Z	-1.834
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.067

a. Grouping Variable: JENIS RUANG

Lampiran 20 Output SPSS uji Mann Whitney Variabel Sistem

		Ranks		
JENIS RUANG		N	Mean Rank	Sum of Ranks
SISTEM_FIX	Kekhususan	91	77.84	7083.50
	Non Kekhususan	125	130.82	16352.50
	Total	216		

Test Statistics^a

SISTEM_FIX	
Mann-Whitney U	2897.500
Wilcoxon W	7083.500
Z	-6.252
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001

a. Grouping Variable: JENIS RUANG