

LAPORAN DISIMINASI AKHIR
PRAKTEK PROFESI NERS
STASE MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG ARJUNA
RSUD dr.ABDOER RAHEM SITUBONDO



Oleh

Nurrohma As'adia, S.Kep	NIM.21101074
Nur fakhira salsabila, S.Kep	NIM.21101070
Muhammad Yusuf, S.Kep	NIM.21101066
Zhevio Gilang Anggariesta, S.Kep	NIM.21101106

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

2022

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb.

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan laporan akhir stase Manajemen Keperawatan ini dapat terselesaikan. Laporan akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan penyelesaian pendidikan Program Studi Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember. Selama proses penyusunan laporan akhir ini mahasiswa/mahasiswi dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak.

Semoga amal kebbaikannya diterima oleh Allah SWT. Dalam penyusunan laporan akhir ini saya menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Situbondo, 13 Juli 2022

Penyusun

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Akhir Praktik Manajemen Keperawatan Program Profesi Ners
Universitas dr. Soebandi Jember telah disahkan untuk diseminarkan pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 28 Juni 2022
Tempat : RSUD dr. Abdul Rahem Situbondo

Jember, 28 Juli 2022

Pembimbing Klinik



Ruly Arivantewijoyo, S.kep.,Ns.

NIP. 1960124200011012

Pembimbing Akademik

Ns. Emi Eliva Astutik, S.Kep., M.Kep.

NIDN. 0720028703

Mengetahui,



Ruly Arivantewijoyo, S.kep.,Ns.

NIP. 1960124200011012

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan, pengobatan dan bantuan terhadap para pasien dengan menggunakan fungsi dan peran perawat (Gillies, 1989 dalam Mugianti, 2016). Manajemen adalah proses untuk melaksanakan kegiatan melalui orang lain. Kegiatan manajemen keperawatan mengacu pada konsep manajemen secara umum, dengan menggunakan pendekatan fungsi-fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan (pengawasan dan Evaluasi). Manajemen pelayanan keperawatan berfokus pada komponen 5 M (Man, Money, Material, Method, Machine). Dalam setiap kegiatan manajemen selalu diawali dari Perencanaan dan diakhiri dengan Pengontrolan yang merupakan suatu siklus yang berulang. Fokus pembelajaran dalam mata kuliah manajemen dan kepemimpinan dalam praktik keperawatan ini adalah memberikan pengetahuan kepada mahasiswa tentang konsep manajemen Keperawatan Dan Manajemen Asuhan Keperawatan (Mugianti, 2016).

Salah satu untuk meningkatkan keterampilan manajemen yang handal, maka diperlukan praktik atau terjun langsung kelapangan untuk mempraktikkan teori yang telah didapat dibangku kuliah. Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember dituntut untuk mengaplikasikan langsung pengetahuan manajerial dengan arahan dari pembimbing klinik maupun pembimbing akademik yang intensif. Praktik tersebut diharapkan dapat menerapkan prinsip-prinsip manajemen keperawatan dengan menggunakan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP), secara bertanggung jawab dan menunjukkan sikap kepemimpinan yang profesional serta langkah-langkah manajemen keperawatan. Universitas dr. Soebandi Jember melakukan 5 pembelajaran manajerial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Daerah dr. Abdoer Rahem Situbondo

sebagai salah satu unit pelayanan lahan praktik untuk Program Profesi Ners, Stase Manajemen Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis penerapan prinsip-prinsip manajemen keperawatan dengan menggunakan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), secara bertanggung jawab dan menunjukkan sikap kepemimpinan yang profesional serta langkah-langkah manajemen keperawatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a Mengidentifikasi 5M di Ruang Arjuna Rumah Sakit Daerah dr. Abdoer Rahem.
- b Mengidentifikasi analisa masalah (Analisa SWOT) dan diagram Cartesius di Ruang Arjuna Rumah Sakit Daerah dr. Abdoer Rahem.
- c Menentukan prioritas masalah (CARL) di Ruang Arjuna Rumah Sakit Daerah dr. Abdoer Rahem.
- d Mengidentifikasi perencanaan tindakan (PLAN OF ACTION) di Ruang Arjuna Rumah Sakit Daerah dr. Abdoer Rahem.
- e Mengidentifikasi implementasi dan evaluasi di Ruang Arjuna Rumah Sakit Daerah dr. Abdoer Rahem.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Rumah Sakit Daerah dr. Abdoer Rahem.

- a Memberikan masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
- b Meningkatkan daya tarik Rumah Sakit untuk tampil lebih baik di mata masyarakat.
- c Memberikan contoh aplikasi pelaksanaan manajemen keperawatan agar kegiatan keperawatan dapat berjalan efektif dan efisien.

1.3.2 Bagi Ruang Rawat Inap

- a. Meningkatkan profesionalisme keperawatan.
- b. Memberikan kesempatan untuk berfikir kritis dalam menganalisis pelaksanaan proses manajemen di Rawat Inap.
- c. Memberikan pengalaman pada perawat di Rawat Inap dalam bidang manajemen.
- d. Memberikan kenyamanan dan keamanan dalam menerima pelayanan keperawatan di Rawat Inap.
- e. Mempercepat proses kesembuhan klien sehingga dapat mengefisiensi biaya pengobatan dan perawatan di Rumah Sakit.
- f. Meningkatkan kepercayaan klien pada perawat yang bertugas di Rawat Inap dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang sesuai dengan teori manajemen.

1.3.3 Bagi Pasien

- a. Dengan adanya program MPKP di Ruang Arjuna diharapkan pasien dapat merasakan pelayanan yang optimal serta mendapat kenyamanan dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga tercapai kepuasan klien yang optimal.

1.3.4 Bagi Mahasiswa

- a. Sebagai sarana pembelajaran manajemen keperawatan
- b. Mengasah *softskill* mahasiswa dalam kepemimpinan menuju dunia kerja.

BAB II
GAMBARAN UMUM
RUMAH SAKIT DAERAH dr. ABDOER RAHEM

2.1 Gambaran Umum

RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Situbondo yang secara resmi menjadi rumah sakit Type C berdasarkan perda Nomor 5 tahun 1985 tanggal 23 Pebruari 1985 dan SK Menkes RI Nomor 303/Menkes/SK/IV/1987 tanggal 30 April 1987. Adapun dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya berpedoman pada Peraturan Daerah Kabupaten Situbondo Nomor 08 tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah sakit umum daerah Kabupaten Situbondo.

Dalam perjalanannya, RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo saat ini telah berstatus BLUD penuh sesuai dengan amanat UU No. 44 tahun 2009 pasal 20 tentang Rumah sakit dan PP nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK - BLUD), yang ditindak lanjuti dengan SK Bupati Situbondo Nomor 188/623/P/004.2/2009 tertanggal 23 Desember 2009. Penerapan PPK-BLUD diharapkan bisa memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Status BLUD dapat diraih, karena atas komitmennya dalam menjalankan amanah tersebut dapat berberfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan rujukan di Kabupaten Situbondo yang paripurna dan bermutu yang menekankan pada pelayanan yang cepat, tepat dan profesional dengan harga yang terjangkau serta menekankan pada kepuasan pelanggan.

RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki 249 tempat tidur yang berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan rujukan di kabupaten Situbondo yang paripurna dan bermutu yang menekankan pada pelayanan yang cepat, tepat dan profesional dengan harga yang terjangkau serta menekankan pada kepuasan pelanggan. RSUD dr. Abdoer rahem Situbondo menyediakan berbagai jenis pelayanan medis spesialisik dan

medis umum juga menyelenggarakan kegiatan pendidikan praktek bagi mahasiswa kesehatan. Sampai dengan 2016, Jumlah SDM yang dimiliki rumah sakit adalah 659 orang yang terdiri dari tenaga medis 42 orang, tenaga paramedis 291 orang, Paramedis Non keperawatan 61 Orang, dan tenaga non kesehatan lainnya sebanyak 265 orang.

2.2 Falsafah, Tujuan, Visi, Misi, Motto, Peran Fungsi

a. Falsafah

1. Perawat memandang pasien sebagai mitra dan sebagai manusia yang utuh (holistic) yang harus dipenuhi kebutuhan secara biologis, psikologis, social dan spiritual yang diberikan secara komprehensif dengan tidak memandang perbedaan suku, kepercayaan, status ekonomi dan agama.
2. Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional dan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan.
3. Memberikan pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi bagi perawat.

b. Tujuan

1. Meningkatkan ketersediaan sumber daya operasional yang cukup seperti perbekalan kesehatan, barang-barang keperluan pasien, biaya untuk pengembangan SDM, termasuk terjaminnya pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, melalui pembiayaan sendiri atau berasal dari pendapatan RS, selanjutnya memantau dan mengevaluasi output pelayanan apakah sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan seperti standar pelayanan minimal (SPM.).
2. Meningkatkan ketersediaan SDM Medis spesialis yang cukup.
3. Meningkatkan ketersediaan Sarana Prasarana RS sesuai type RS.

c. Visi

Terwujudnya RSUD dr. Abdoer Rahem yang bermutu dan menjadi kebanggaan masyarakat Situbondo

d. Misi

1. Meningkatkan pelayanan medik dan keperawatan kepada pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit
2. Meningkatkan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan yang optimal
3. Meningkatkan pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel
4. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM rumah sakit
5. Meningkatkan pelayanan administrasi yang tepat, cepat dan informative kepada masyarakat

e. Motto

Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu dan Manusiawi

f. Peran Fungsi

1. Pelaksana pelayanan medis, penunjang medis dan non medis
2. Pelaksana pelayanan dan asuhan keperawatan
3. Pelaksana pelayanan rujukan

2.3 Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan

a. Layanan Rawat Jalan

- 1) Poli Anak
- 2) Poli Penyakit Dalam
- 3) Poli Kandungan
- 4) Poli Gigi & Mulut
- 5) Poli Kulit & Kelamin
- 6) Poli Akupunktur
- 7) Poli Umum
- 8) Poli VCT
- 9) Poli Paru
- 10) Poli THT
- 11) Poli Orthopedi
- 12) Poli Mata

- 13) Poli Saraf
- 14) Poli Bedah
- 15) Poli Jantung & Pembuluh Darah
- 16) Poli Kesehatan Jiwa
- 17) Poli Fisioterapi
- 18) Poli Urologi

b. Layanan Rawat Inap

- 1) Ruang Baluran (VVIP)
- 2) Ruang Semeru (VIP)
- 3) Ruang Argopuro (Kelas 1)
- 4) Ruang Rengganis (Obgyn)
- 5) Ruang Rinjani (Perinatologi)
- 6) Ruang Bromo (Kelas 3)
- 7) Ruang Wilis (Isolasi)
- 8) Ruang Dieng (Jantung Paru)
- 9) Ruang (Penyakit Dalam)
- 10) Ruang Lawu (Bedah)
- 11) Ruang Kerinci (Anak)
- 12) Ruang Arjuna (Syaraf)
- 13) Ruang Ijen (Isolasi)
- 14) Ruang Pertemuan The Hauw Liem
- 15) Ruang Pertemuan dr. S. Tanda Utama

2.4 Penampilan Kerja

Berdasarkan laporan indikator pelayanan rumah sakit, data dari bulan mei sampai dengan juni 2022.

- a. BOR, ALOS, TOI, BTO Ruangan dengan Standar Ideal masing–masing data berdasarkan DEPKES RI

1. BOR

Bed Occupancy Rate (BOR) adalah presentase tempat tidur pada satuan waktu tertentu dengan standar pencapaian 60-85% (Depkes RI dalam Kementerian 2011).

Rumus : $\frac{\text{Jumlah TT yang dipakai} \times 100\%}{\text{Jumlah TT yang tersedia}}$

2. ALOS

Average Length of Stay (ALOS) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan mutu pelayanan. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes RI dalam Kementerian 2011).

Rumus: $\frac{\text{Jumlah lama pasiendirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup \& mati)}}$

3. TOI

Turn Over Interval (TOI) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisien penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari (Depkes RI dalam Kementerian 2011).

Rumus : $\frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{hari}) - \text{hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup \& mati)}}$

4. BTO

Bed Turn Over (BTO) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali (Depkes RI. 2005 Kementerian 2011).

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

Kriteria	Mei	Juni
Jumlah tempat tidur	21	21
BOR %	80%	80%
Standart ideal BOR	60-85%	60-85%
ALOS	3,5 hari	3,7 hari
Standart ideal ALOS	6-9 hari	6-9 hari
TOI	2 hari	1,2 hari
Standart ideal TOI	1-3 hari	1-3 hari
BTO	5,7 kali	6 kali
Standart BTO	40-50 kali	40-50 kali

Tabel : nilai BOR, ALOS, TOI, BTO ruang Arjuna RSAR 2022 bulan Mei sampai Juni.

Sumber : Buku tahunan pasien rawat inap ruang arjuna 2022

BAB 3

PENGKAJIAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

DI RUANG ARJUNA

3.1 Pengkajian Manajemen Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan wawancara dengan kepala Ruang Arjuna tanggal 12 Juli 2022, diketahui bahwa ruang arjuna menggunakan MAKP Tim. Di ruang Arjuna sudah melaksanakan timbang terima, supervisi secara langsung maupun tidak langsung, discharge planning dan dokumentasi keperawatan sudah sesuai dengan standar asuhan keperawatan dari RSUD dr. Abdoer Rahem, pelaksanaan SAK masih mengacu pada 3N (NANDA, NIC, NOC), dan pelaksanaan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) walau pun tidak sistematis, untuk tindakan pre dan post conference jarang dilakukan karena melihat situasi dan kondisi di ruangan, begitupun dengan ronde keperawatan dan diskusi refleksi kasus juga masih belum dilaksanakan di ruang Arjuna. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Juli 2022 yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan aspek manajemen keperawatan melalui pendekatan terhadap aspek manajemen pelayanan dan manajemen asuhan keperawatan. Pengkajian manajemen meliputi fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengawasan dan fungsi pengendalian. Metode yang digunakan untuk memperoleh data adalah studi literature dengan membaca laporan ruangan dan wawancara secara langsung dengan kepala ruangan.

Ruang Arjuna memiliki fasilitas 21 bed tidur, 2 Kipas angin di ruangan ners stasion, 1 kipas angin di kamar kelas I, 1 kipas angin di ruang kelas II dan III, 17 kursi, 21 standart infus, 4 *washtafel*, 10 kamar mandi pasien, 1 kamar mandi perawat, 1 ruang administrasi, *nurse station*, dan ruang kepala ruangan, 1 ruang alat, 1 ruang linen, 1 lemari obat pasien dengan terdiri dari 1 ruang, 1 kulkas obat dan 1 kulkas makanan, 2 lemari alkes.

Observasi dilakukan dengan melihat ada tidaknya visi dan misi rumah sakit, ruangan dan bidang keperawatan, struktur organisasi ruangan,

SOP/SAK, ketersediaan format dokumentasi asuhan keperawatan dan menilai dokumentasi proses keperawatan dengan menggunakan instrument DEPKES.

3.2 Analisis Hasil Pengkajian Fungsi Manajemen di Ruang Arjuna

3.2.1 Fungsi Perencanaan

1. Visi Misi Organisasi

Wawancara, menurut kepala Ruang Arjuna terdapat visi misi ruangan tapi tidak tertulis

- Visi

Meningkatkan pelayanan di ruangan secara efektif dan efisien

- Misi

1. Meningkatkan komunikasi sesama tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan
2. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan
3. Keterbukaan masalah keuangan

Observasi, hasil pengamatan di Ruang Arjuna tidak terlihat visi misi keperawatan yang ditempel di dinding ruangan yang dapat terbaca dengan mudah oleh semua orang yang melihatnya.

Kuesioner :-

Masalah : Visi dan Misi ruangan Arjuna tidak tertulis sehingga kemungkinan perawat dan tenaga kesehatan lainnya di Ruang Arjuna tidak mengetahui visi misi ruangan.

2. Filosofi Keperawatan

Wawancara, Menurut kepala Ruang Arjuna filosofi ruangan hampir sama dengan filosofi keperawatan Rumah Sakit yaitu:

1. Perawat dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan yang lain.
2. Menjadikan perawat sebagai role model.
3. Perawat mampu bertukar pendapat dengan profesi lain.

Observasi, Belum terlihat filosofi di ruangan

Kuesioner,-

Masalah, Filosofi ruang Arjuna masih belum tertempel di ruangan

3. Peraturan Organisasi

Wawancara, menurut kepala Ruang Arjuna sudah sesuai dengan aturan RSUD dr.Abdoer Rahem Situbondo seperti jadwal dinas, seragam dinas, absensi, surat izin perawat (STR), dll.

Observasi, ada uraian peraturan kepegawaian

Kuesioner, Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 100% perawat yang ada di ruang rawat inap Arjuna, memiliki persepsi yang baik terkait peraturan yang ada di rumah sakit umum daerah abdurrahem situbondo

Masalah, tidak ada masalah

4. Pembuatan Rencana Harian

Wawancara, menurut kepala Ruang Arjuna sudah membuat rencana harian kegiatan yang dilakukan oleh perawat setiap pergantian shift.

Observasi, ada rencana kegiatan harian tertulis secara individu di ruang arjuna untuk kegiatan intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan pada pasien.

Kuesioner, Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 80% perawat yang ada di ruang rawat inap Arjuna, memiliki persepsi yang baik terkait pembuatan rencana harian. 20% memiliki persepsi yang cukup.

Masalah, Tidak ada masalah

3.2.2 Pengorganisasian

1. Struktur Organisasi

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna struktur tertinggi di ruangan yang pertama kepala ruangan, Ketua tim, penanggung jawab dan perawat pelaksana

Observasi: adanya struktur organisasi tetapi tidak terpasang di dinding ruang nurse station.

Kuesioner: -

Masalah: Struktur organisasi belum terpasang di nurse station

2. Pengorganisasian Perawatan Klien

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna didapatkan bahwa metode penugasan yang dilakukan menggunakan metode tim, dimana dalam ruangan terdapat 1 tim

Observasi: hasil pengamatan dimana dalam ruangan Arjuna terdapat 1 tim, yang dibuat sesuai tugas sehari-hari. Struktur organisasi di ruangan sudah menunjukkan penerapan metode tim akan tetapi ruangan juga menyesuaikan dengan situasi dan kondisi di ruangan atau pun kondisi pasien.

Kuesioner: -

Masalah : Tidak ada masalah

3. Uraian Tugas

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna setiap perawat sudah mempunyai uraian tugas masing-masing bagi tiap tenaga medis.

Observasi: perawat atau bidan di ruang arjuna sudah melakukan tugas masing-masing secara maksimal.

Kuesioner: persepsi perawat pelaksana dan kepala ruangan menunjukkan katagori baik (95% & 95%)

Masalah : Tidak ada masalah

4. Metode Penugasan

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna pembagian shif dibuat sesuai dengan jumlah orang dengan beban kerja diruangan didapatkan 1 shif terdapat 3 orang, 1 laki-laki dan 2 perempuan dengan status pasien minimal dan partial care.

Observasi: Jumlah perawat shif pagi= 6 orang dengan 1 Karu, 1 Katim, 1 Administrasi, 1 penanggung jawab, dan 2 perawat pelaksana, shif siang= 3 orang, shif malam= 3 orang. Libur= 1 hari untuk shif pagi dan siang dan libur = 2 hari untuk shif malam pada hari sabtu dan minggu.

Kuesioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 80% perawat yang ada di ruang rawat inap Arjuna, memiliki persepsi yang baik terkait metode penugasan yang ada diruangan. 20% memiliki persepsi yang cukup.

Masalah: Tidak ada masala

5. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna didapatkan informasi bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai dengan format yang sudah disepakati bersama antara kepala ruang dengan komite keperawatan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

Observasi: tersedia lembar penulisan standar asuhan keperawatan dengan tersedia format evaluasi (SOAP). Pada format rencana keperawatan, kolom implementasi tidak disediakan tersendiri namun disamakan dengan kolom intervensi.

Kuesioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 90% perawat yang ada di ruang rawat inap Arjuna, memiliki persepsi yang baik terkait dokumentasi. 10% memiliki persepsi yang cukup

Masalah: Tidak ada masalah

6. Pengaturan Jadwal Dinas

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna pengaturan jam kerja perbulan mengacu pada regulasi jam kerja kepegawaian RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo sesuai kebijakan komite keperawatan.

Observasi: format daftar shift dan pengaturan jam kerja perawat di ruangan berdasarkan peraturan yang sudah ditetapkan oleh RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

Kuesioner: -

Masalah: tidak ada masalah

3.2.3 Fungsi Pengarahan

1. Motivasi Kepada Perawat

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna didapatkan informasi bahwa peningkatan motivasi sebenarnya sudah dilakukan oleh rumah sakit baik secara langsung maupun tidak langsung. Misalnya diklat secara rutin mengadakan pelatihan dan pembinaan setiap bulan.

Kuesioner: -

Masalah: Tidak ada masalah

2. Komunikasi

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna didapatkan informasi bahwa jalur komunikasi dilakukan saat timbang terima dan supervisi. Asuhan keperawatan yang didokumentasikan diberitahukan saat timbang terima pasien dan ditindaklanjuti oleh perawat yang bertugas pada shif berikutnya.

Observasi: komunikasi antar staf sesuai dengan jalur. Pada saat timbang terima pasien di ruangan, dilaporkan tindakan yang telah dilakukan dan yang akan dilanjutkan oleh perawat pada shif berikutnya.

Kuesioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 100% perawat yang ada di ruang rawat inap Arjuna, memiliki persepsi yang baik terkait komunikasi dengan rekan sejawat.

Masalah: tidak ada masalah

3. Pendelegasian

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna metode pendelegasian dilakukan secara situasional dan melihat kondisi pasien seperti Kepala ruangan akan memerintah kan perawat pelaksana jika kondisi pasien urgent.

Observasi: -

Kuesioner: -

Masalah: Tidak ada masalah

3.2.4 Fungsi Pengendalian

1. Program Pengendalian Mutu

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna di Ruang Arjuna sudah terdapat program pengendalian mutu dengan kegiatan:

1. Penyusunan indikator mutu unit kerja
2. Pencatatan dan pelaporan
3. Penilaian kinerja staf
4. Penilaian kinerja unit

Untuk kegiatan Penyusunan indikator mutu unit kerja dan Pencatatan dan pelaporan dilakukan setiap hari. Untuk kegiatan Penilaian kinerja staf dan Penilaian kinerja unit dilakukan setiap 6 bulan sekali

Observasi: sudah ada sistem pelaporan dan pencatatan kegiatan pengendalian mutu.

Kuesioner: -

Masalah: Tidak ada masalah

2. Pelaksanaan SOP dan SAK

Wawancara: menurut kepala Ruang Arjuna asuhan keperawatan yang diberikan sudah mengacu pada SAK (Standar Asuhan Keperawatan) yang sudah ditetapkan dan sudah sesuai yang berpedoman 3N (NANDA, NIC, NOC) dan melakukan tindakan sesuai dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) meskipun tidak sistematis.

Observasi: SOP dan SAK sudah ada akan tetapi belum ada pembaruan pedoman 3N (NANDA, NIC, NOC) ke 3S (SDKI, SLKI, SIKI)

Kuesioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, persepsi perawat pelaksana dan kepala ruangan menunjukkan kategori baik (90%)

Masalah: Tidak ada masalah

3.3 Analisis Sumber Daya (5M) di Ruang Arjuna

3.3.1 Ketenagaan (Man/M1)

- a. Analisis Ketenagaan Jumlah Tenaga Keperawatan dan Non Keperawatan di Ruang Arjuna.

Ruang Arjuna memiliki 13 orang tenaga keperawatan, kebidanan 4 orang dan 1 orang tenaga non paramedis, yang terdiri dari kepala ruangan, ketua tim, penanggung jawab, perawat pelaksana dan tenaga kerja non medis. Tenaga keperawatan yang ada di ruang arjuna dibagi menjadi tiga shift yaitu pagi, sore dan malam. Pembagian waktu shift tenaga keperawatan di ruang arjuna yaitu:

- 1) Shift pagi : 07.00-14.00 WIB
- 2) shift sore : 14.00-21.00 WIB
- 3) Shift malam : 21.00-07.00 WIB

Berdasarkan pembagian waktu shift tersebut, jika dihitung jam kerja yaitu pada shift pagi selama 8 jam, shift sore selama 8 jam dan shift malam selama 10 jam.

b. Latar Belakang Pendidikan, Masa Kerja, Jenis Pelatihan yang Diikuti

Tabel 3.1 Latar Belakang Tenaga Kerja Ruang Arjuna

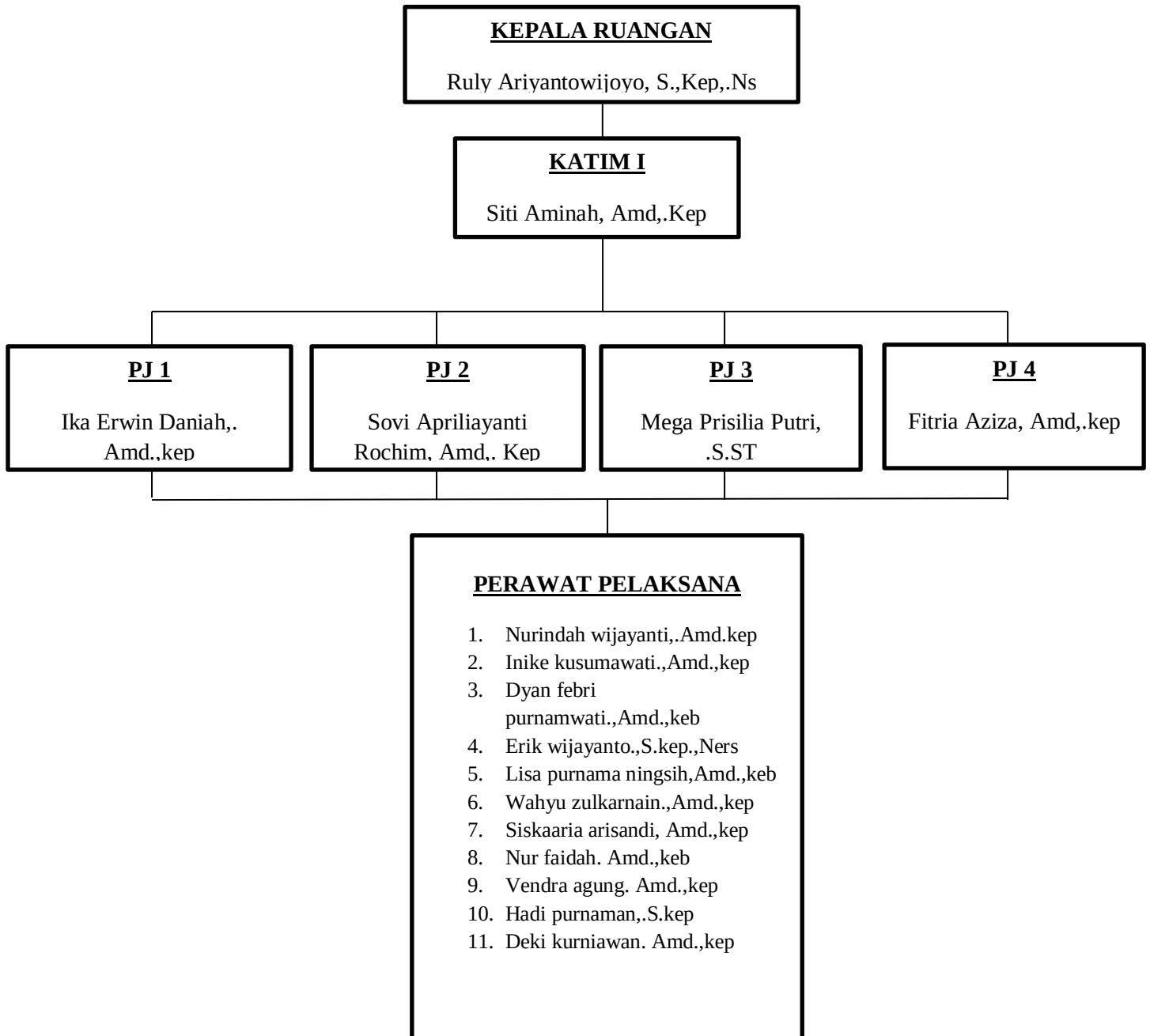
No	Nama	Jabatan	Pendidikan terakhir	Masa tahun (Kerja)	Pelatihan yang diikuti
1.	Ruly Ariyantowijoyo, S.Kep., Ns.	Karu	Ners	12 Tahun	MANAGEMENT BANGSAL, MPKP, TB, HIV, PERCEPTOR SHIP
2.	Siti Aminah, Amd. Kep.	Katim	D3	15 Tahun	MANAGEMENT BANGSAL , TB, HIV, BHF, MPO
3.	Ika Erwin Daniah, Amd. Kep.	Perawat Pelaksana	D3	16 Tahun	TB, HIV, MPO, BHD
4.	Nur Faidah, Amd.Keb.	Perawat Pelaksana	D3	9 Tahun	-
5.	Vendra Agung P., Amd. Kep.	Perawat Pelaksana	D3	10 Tahun	AMBULANCE TRAINING, BTCLS, BLS
6.	Hadi Purnawan, S. Kep	Perawat Pelaksana	S1	15 Tahun	BTCLS, BLS
7.	Deki Kurniawan, Amd. Kep.	Perawat Pelaksana	D3	5 Tahun	-
8.	Nurindah Wijayanti, Amd. Kep.	Perawat Pelaksana	D3	14 Tahun	-
9.	Inike Kusumawati. Amd.,kep	Perawat Pelaksana	D3	15 Tahun	-

10.	Dyan febri purnama sari,Amd,.Keb	Perawat Pelaksana	D3	9 Tahun	APN, MU, BLS
11.	Erik wijayanto S.kep.,Ns	Perawat Pelaksana	NERS	11 Tahun	-
12.	Fitria aziza, Amd. Kep.	Perawat Pelaksana	D3	15 Tahun	BHD 2020
13	Kiki Ariyanti Fatmala Sari	Admin	SMA	6 Tahun	-
14.	Lisa Purnama Ningsih, Amd. Keb.	Perawat Pelaksana	D3	6 Tahun	PRENANTAL GENTLE YOGA, MIDWIFERY UPDATE
15.	Mega Prisilia Putri, S. ST.	Perawat pelaksana	D4	9 Tahun	PENATALAKSANAAN DM, BHD 2022
16	Sovi April Yanti Rochim, Amd. Keb	Perawat pelaksana	D3	7 Tahun	BHD 2022
17	Wahyu Zulkarnain, Amd. Kep.	Perawat pelaksana	D3	6 Tahun	BLS
18	Siska Ria Arisandi, Amd. Kep.	Perawat pelaksana	D3	9 Tahun	BHD 2022

Sumber : Data Primer dan Sekunder Di Ruang Arjuna RSUD dr Abdoer
Rahem Situbondo.

Berdasarkan ketentuan, persentase perawat dengan pendidikan akhir Ners adalah 11,1 % dari total keseluruhan jumlah perawat, sedangkan persentase perawat dengan jenjang pendidikan D3 yaitu 72,2 %, dari data tersebut dapat diketahui bahwa jenjang pendidikan terbanyak perawat di ruang arjuna adalah jenjang pendidikan D3. Berdasarkan data yang didapatkan pelatihan kekhususan di ruang Arjuna didapatkan 2 orang dengan pelatihan MANAGEMENT BANGSAL 2 orang dengan pelatihan MPO 1 orang dengan pelatihan MPKP, 3 orang dengan pelatihan TB 3 orang dengan pelatihan HIV 3 orang dengan pelatihan PERCEPTOR SHIP, 2 orang dengan pelatihan BTCLS, 2 orang dengan pelatihan BLS, 5 orang dengan pelatihan BHD, 1 orang dengan pelatihan BHF, 1 orang dengan pelatihan APN, 1 orang dengan pelatihan Penatalaksanaan DM, 1 orang dengan pelatihan Midwifery Gentle Yoga, dan 1 orang dengan pelatihan Midwifery Update. Berdasarkan data hasil pengkajian tersebut didapatkan bahwa sebagian besar perawat telah mendapatkan pelatihan. Ada beberapa pelatihan yang diberikan oleh rumah sakit kepada kepala ruangan atau kepada katim. Pelatihan tersebut memberikan keterampilan lebih bagi perawat dalam menangani pasien dalam kondisi gawat darurat, hal ini sangat bagus untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit terhadap konsumen.

c. Struktur Organisasi



Gambar 3.1 Struktur Organisasi Ruang Arjuna RSUD dr. Abdoer Rahem

d. Tingkat ketergantungan pasien (5 hari)

Dorothea Orem telah mengembangkan teori defisit perawatan diri. Berdasarkan teorinya ini dapat diklasifikasi tingkat ketergantungan pasien yang terdiri dari 3 yakni **Minimal Care, Partial Care, dan Total Care**. Berikut kriteria pasien menurut tingkat ketergantungannya :

1. **(Self Care)** Klien bisa mandiri /hampir tidak memerlukan bantuan
 - a. Mampu naik turun tempat tidur
 - b. Mampu ambulasi dan berjalan sendiri
 - c. Mampu makan dan minum sendiri
 - d. Mampu mandi sendiri/mandi sebagian dengan bantuan
 - e. Mampu membersihkan mulut(sikat gigi sendiri)
 - f. Mampu berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan
 - g. Mampu BAK dan BAK dengan sedikit bantuan
 - h. Status psikologis stabil
 - i. Klien dirawat untuk prosedur diagnostik
 - j. Operasi ringan
2. **(Partial Care)** klien memerlukan bantuan perawat sebagian.
 - a. Membutuhkan bantuan 1 orang untuk naik turun tempat tidur
 - b. Membutuhkan bantuan untuk ambulasi/berjalan
 - c. Membutuhkan bantuan dalam menyiapkan makanan
 - d. Membutuhkan bantuan untuk makan(disuap)
 - e. Membutuhkan bantuan untuk kebersihan mulut
 - f. Membutuhkan bantuan untuk berpakaian dan berdandan
 - g. Membutuhkan bantuan untuk BAB dan BAK (tempat tidur/kamar mandi)
 - h. Pasca operasi minor (24 jam)
 - i. Melewati fase akut dari pasca operasi mayor

- j. Fase awal dari penyembuhan
- k. Observasi tanda tanda vital setiap 4 jam

3. (Total Care) klien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat yang lebih lama.

- a. Membutuhkan 2 orang atau lebih untuk mobilisasi dari tempat tidur ke kursi roda
- b. Membutuhkan latihan pasif
- c. Kebutuhan nutrisi dan cairan dipenuhi melalui terapi intravena (infus) atau ((NGT) sonde
- d. Membutuhkan bantuan kebersihan mulut
- e. Membutuhkan bantuan penuh untuk berpakaian dan berdandan
- f. Dimandikan perawat
- g. Dalam keadaan inkontinensia, menggunakan kateter
- h. Klien tidak sadar
- i. Keadaan klien tidak stabil
- j. Observasi ttv setiap kurang dari 8 jam
- k. Perawatan luka bakar
- l. Perawatan kolostomi
- m. Menggunakan alat bantu pernapasan
- n. Menggunakan WSD
- o. Irigasi kandung kemih secara terus menerus
- p. Menggunakan alat traksi
- q. Fraktur dan atau pascaoperasi tulang belakang/leher
- r. Gangguan emosional berat, bingung dan disorientasi

Tingkat ketergantungan pasien diruang Arjuna selama 5 hari sebagai berikut:

Tabel 2.2 Tingkat Ketergantungan Pasien

Kategori Perawatan					
Pasien					
No.	Hari	<i>Total care</i>	<i>Partial care</i>	<i>Self care</i>	Jumlah Pasien
1.	Selasa, 12-07-2022	-	3	14	17
2.	Rabu, 13-07-2022	-	2	9	11
3.	Kamis, 14-07-2022	-	2	12	14
4.	Jumat , 15-07-2022	-	2	13	15
5.	Sabtu, 16-07-2022	-	1	16	17

Sumber: Data Primer di ruang Arjuna bulan Juli 2022

Pada tanggal 12 – 14 juli 2022 rata-rata pasien terbanyak adalah pasien dengan kategori *self care*

a. Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien Menurut Rumus Douglas (pengkajian selama 5 hari)

1) Douglas (1992, dalam Sitorus, 2006) menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien, dimana masing-masing kategori mempunyai nilai standar per *shift*nya, yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.3 Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien Menurut Nursalam, 2017

Jumlah pasien	Klasifikasi								
	<i>Self Care</i>			<i>Partial Care</i>			<i>Total Care</i>		
	Pagi	Sore	Malam	Pagi	Sore	Malam	Pagi	Sore	Malam
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,20	0,54	0,20	0,14	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,30	0,81	0,30	0,21	1,08	0,90	0,60

Dst Sumber : Nursalam, 2017

Jumlah tenaga perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien dengan perhitungan Douglas pada tanggal 12 – 16 juli 2022.

Tabel 3.4 Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang Arjuna

Tanggal	Shift	<i>Selfcare</i>	<i>Partial care</i>	<i>Totalcare</i>	Total kebutuhan perawat
Selasa, 12 Juli 2022 –Sabtu, 16 Juli 2022	Pagi	$0,17 \times 12,8 = 2,1$	$0,27 \times 2 = 0,81$	0	3 orang
	Sore	$0,14 \times 13,4 = 1,8$	$0,15 \times 1,8 = 0,27$	0	3 orang
	Malam	$0,07 \times 13,6 = 0,9$	$0,10 \times 1,8 = 0,18$	0	3 orang
	Total jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan perhari				

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pada hari selasa, 12 juli 2022 – Sabtu, 16 Juli 2022 jumlah tenaga perawat Ruang Arjuna yang dibutuhkan pada shift pagi yaitu sebanyak 3 orang, shift sore sebanyak 3 orang dan shift malam sebanyak 3 orang. Sehingga dalam satu hari dibutuhkan tenaga perawat sebanyak 9 orang.

b. Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien Menurut Rumus Gillies (pengkajian selama 5 hari)

1) Prinsip perhitungan rumus Gillies: Dalam memberikan pelayanan keperawatan ada tiga jenis bentuk pelayanan, yaitu:

- a. Perawatan langsung, adalah perawatan yang diberikan oleh perawat yang ada hubungan secara khusus dengan kebutuhan fisik, psikologis, dan spiritual. Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien pada perawatan maka dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok, yaitu: self care, partial care, total care dan intensive care. Menurut Minetti Hutchinson (1994) kebutuhan keperawatan langsung setiap pasien adalah empat jam perhari sedangkan untuk: self care dibutuhkan 2 jam, partial care dibutuhkan 3 jam, Total care dibutuhkan 4-6 jam, Intensive care dibutuhkan 2 x 4 jam : 8 jam.

Menurut Gillies (1996) Kebutuhan tenaga perawat secara kuantitatif dapat dirumuskan dengan perhitungan sebagai berikut :

$$TP = \frac{\text{Jumlah jam perawatan yang dibutuhkan / tahun}}{\text{Jml jam kerja perawat/thn x jam kerja perawat/hari}}$$

atau:

$$\text{Tenaga Perawat (TP) : } \frac{A \times B \times 365}{(365 - C) \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan :

- A : Jam efektif /24 jam → waktu perawatan yang dibutuhkan klien
B : jumlah pasien perhari
C : Jumlah hari libur pertahun
365 : Jumlah hari kerja selama 1 tahun

Jumlah tenaga perawat secara kuantitatif dengan perhitungan Gillies pada tanggal 12 – 16 juli 2022.

Diketahui :

A : 3,3 jam / klien / 24 jam

B : rata – rata jumlah pasien pada tanggal 12 – 16 juli 2022 adalah
14,8 orang

C : 96 hari

Tenaga Perawat (TP) :	$\frac{3,3 \times 14,8 \times 365}{(365 - 96) \times 8}$
:	8,2 orang

3.3.2 Sarana dan Prasarana (Material/M2)

1) Lokasi dan denah ruangan

Ruang rawat inap Arjuna berada di belakang ruang ICCU dengan berbatasan sebelah utara ruang bedah (Lawu) sebelah selatan terdapat ruang anak (Kerinci) sebelah timur Pintu keluar. Ruang Arjuna memiliki 21 bed tidur pasien, 1 ruang alkes, 1 ruang obat, 1 ruang ners station, 1 ruang administrasi, 1 ruang tempat linen, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruangan musholla, 2 ruangan isolasi, 2 ruangan kelas II, 3 ruangan kelas III, 3 ruangan kelas I



2) Lingkungan kerja

Ruang Arjuna memiliki ruang kerja perawat, ruang alat, ruang penyimpanan obat. Bentuk kegiatan yang dilakukan di ruang Arjuna meliputi timbang terima, pre post conference, ronde keperawatan, discharge planning, dokumentasi keperawatan dan mempersiapkan obat untuk pasien.

3) Gambaran kapasitas tempat tidur diruangan

Ruang Arjuna terdiri dari 3 ruangan kelas I, dimana tiap ruangan berisi 1 bed, 2 ruangan kelas II, dimana tiap ruangan berisi 2 bed, 3 ruangan kelas III, dimana tiap ruangan berisi 4 bed, dan 2 ruang isolasi yang dimana tiap ruangan berisi 1 bed.

4) Peralatan dan fasilitas

- Peralatan

NO	NAMA BARANG
1	Lemari besi / metal
2	Kursi besi / metal
3	Meja obat
5	Bangku tunggu
6	Alat pemadam / portable
7	Stetoskope
8	Timbangan badan
9	Intrumen dressing table
10	Lain lain alat kedokteran umum
11	Lain lain alat kedokteran umum
12	Lain lain alat kedokteran umum

13	Manometer
14	Kursi roda
15	Nebulizer
16	Tensi meter
17	Thermometer
18	Meja computer
19	Kursi roda
20	Two basin stand
21	Stetoskope dewasa
22	Lemari es
23	APAR
24	Kran mix panas dingin
25	Lain lain alat kedokteran umum
26	Bed pasien crank
27	Nebulezer
28	Oximeter
29	Refleks Hammer
30	Scoope Streecher
31	Senter
32	Spreeder
33	Standar Infus
34	Stetoskop Anak

35	Stetoskop Dewasa
36	Stik Pan
37	Suction
38	Syringe Pump
39	Tabung O2 Kecil
40	Tensimeter Anak
41	Tensimeter Dewasa
42	Termometer
43	Pengukuran tinggi badan
44	Timbangan Dewasa
45	Tong Spatel
46	Trolley O2 Besar
47	Trolley O2 Kecil
48	Urinal
49	Vein Detector
50	IV stand
51	Matras/kasur spon
52	Lemari besar kecil
53	Lemari besi
54	Lemari kabinet
55	Lemari besi
56	Lemari besi

57	Folding bet
58	Kipas angina
59	Tromol verban 18 smic
60	Vital sigh monitor
61	Brancard
62	Tempat tidur pasien 3 crank plus
63	Matras
64	Suction pump
65	Pulse oxymetri
66	Kipas angin 16
67	Bed side cabinet
68	AC 2 PK
69	Urethane foam mattreas/matras
70	Meja besi stenlis
71	Figura

- Fasilitas

NO	NAMA BARANG
1	Sprei
2	Selimut
3	Steek Laken
4	Sarung Bantal

5	Sarung Guling
6	Bantal
7	Guling
8	Kasur/ Bed
9	Gorden
10	Vitrasi
11	Baju Pasien
12	Sarung Pasien
13	Taplak Meja
14	Duk Besar
15	Duk Sedang
16	Duk Kecil
17	Sarung O2
18	Handuk

NO	NAMA BARANG
1	AC
2	Almari Brother
3	Almari Obat
4	Almari Kayu
5	Almari Plato Pasien
6	APAR Set

7	Bak Kecil
8	Bascom Mandi Pasien
9	Box Piring Pasien
10	Dispenser
11	Filling Kabinet
12	Jam Tembok
13	Jemuran Portabel
14	Kasur Besar
15	Kipas Angin Gantung
16	Kipas Angin Berdiri
17	Figura
18	Lemari
19	Komputer + Meja
20	Kotak Saran
23	Kursi Roda
24	Lemari besi
25	Kursi Kayu Bundar
26	Kursi plastic
27	Lemari Besar
28	Lemari Gantung
29	Lemari Kaca, Kayu KC
30	Locker Karyawan

31	Locker Mahasiswa KY & Plastik
32	Meja Diskusi
33	Meja Nurse Station
34	Meja Tulis
35	Rak DRM/ Dokumen Rekam Medis
36	Rak Handuk
37	Rak Obat
38	Rak Piring
39	Rak Sepatu
40	Skatsel
41	Jam dinding
42	Tempat Linen Infesius
43	Tempat Linen Non Infesius
44	Tempat Sampah Infeksius
45	Tempat Sampah Non Infeksius
46	White Board

5) Analisis masalah pada bagian sarana dan prasarana

Dalam pengelolaan sarana dan prasarana, ruang Arjuna sudah optimal.

5.1.1 Metode (Methode/M3)

1) Model Penugasan Asuhan Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan di ruang rawat inap Arjuna pada tanggal 12–16 Juli 2022, didapatkan bahwa ruang rawat inap Arjuna menggunakan model MAKPM tim. Dimana terdapat kepala ruangan, ketua tim, perawat penanggung jawab, dan perawat pelaksana. Metode tim merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan kelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. Ruang Arjuna menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 4 tim/ group yang terdiri dari tenaga profesional, teknis dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling membantu.

2) Timbang Terima

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 12-16 juli 2022 dimana kegiatan timbang terima dilakukan jika sudah lengkap atau sudah ada ketua tim dan perwakilan dari shift berikutnya terutama pada shift pagi yang dipimpin oleh kepala Ruangan

3) Pre Conference

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 12-16 juli 2022 dimana kegiatan pre conference jarang dilakukan karena melihat situasi dan kondisi.

4) Post Conference

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 12-16 juli 2022 dimana kegiatan post conference jarang dilakukan karena melihat situasi dan kondisi.

5) Ronda Keperawatan dan Diskusi Refleksi Kasus

Ronda keperawatan merupakan suatu sarana bagi perawat untuk membahas masalah keperawatan dengan melibatkan pasien dan seluruh tim keperawatan, konsultan keperawatan serta divisi terkait (medis, gizi, rehabilitasi dan medis lainnya). Diskusi Refleksi Kasus merupakan suatu metode pembelajaran dalam merefleksikan pengalaman perawat dan bidan yang aktual dan menarik dalam memberikan dan mengelola asuhan keperawatan dan kebidanan di lapangan melalui suatu diskusi kelompok yang mengacu pada pemahaman standar yang ditetapkan untuk kesembuhan pasien.

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 12-16 juli 2022 dimana ronde keperawatan dan Diskusi Refleksi Kasus diruang rawat inap ruang arjuna jarang dilakukan karena melihat situasi dan kondisi pasien dan ruangan.

6) Supervisi

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 12-16 juli 2022 didapatkan bahwa tidak terjadwal secara tetap dalam melakukan supervisi. Karu melakukan supervisi secara langsung dan tidak langsung dalam mengamati mulai dari timbang terima sampai pelaksanaan tindakan keperawatan.

7) Dokumentasi Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 12-16 juli 2022 didapatkan pendokumentasian diruang rawat inap arjuna pelaksanaan dokumentasi pelaksanaannya sesuai dengan kaidah-kaidah pembuatan dokumentasi keperawatan.

8) Discharge Planning

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 12-16 juli 2022 didapatkan Ruang rawat inap arjuna sudah menyediakan sarana discharge planning seperti discharge planning card yang berisi identitas pasien, perencanaan perawatan, dan jadwal kontrol yang terlampir pada status pasien. Saat ini perencanaan discharge planning bagi pasien yang dirawat sudah terlaksana dengan baik. Akan tetapi di ruang Arjuna masih belum menyediakan leaflet untuk pendidikan kesehatan pagi pasien dan keluarga

9) Pelaksanaan SAK

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruangan pada tanggal 12-16 juli 2022 didapatkan bahwa standart asuhan keperawatan telah dipenuhi oleh dinas kesehatan dengan keputusan menteri kesehatan RI, standart asuhan keperawatan sudah terlaksana dengan menggunakan standar 3N (Nanda, Nic, Noc).

10) Pelaksanaan SPO

Standart Operasional Prosedur (SPO) adalah standart/pedoman tertulis yang dipergunakan untuk mendorong dan menggerakkan suatu kelompok untuk mencapai tujuan organisasi. Standart operasional prosedur merupakan tatacara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu (Perry dan Potter, 2015). Berdasarkan hasil observasi yang

dilaksanakan pada tanggal 12-16 juli 2022 didapatkan tindakan keperawatan sudah dilakukan sesuai SOP meskipun tidak secara sistematis.

- 11) Jenis 10 Diagnosa medis terbanyak dan 5 diagnosa keperawatan terbanyak diruangan

Terdapat 10 Diagnosa medis terbanyak di Ruang Rawat Inap Arjuna selama 1 minggu terakhir (12 juli – 13 juli 2022) adalah sebagai berikut:

DIAGNOSA MEDIS	NO	DIAGNOSA TERBANYAK
	1	Diabetes Millitus
	2	Dyspepsia Sindrom
	3	Febris
	4	Colic Abdomen
	5	Gastroentritis Akut
	6	Anemia
	7	Infeksi Saluran Kencing
	8	Chronic Kidney Disease
	9	Hipokalemi
	10	HIV
DIAGNOSA KEPERAWATAN	1	Nyeri Akut
	2	Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
	3	Hipertermi
	4	Diare
	5	Tidak Seimbangan Cairan Elektrolit
	6	Intoleransi Aktivitas

	7	Bersihkan jalan tidak efektif
	8	Hipervolemi
	9	Pola nafas tidak efektif
	10	Gangguan eliminasi urine

12) Program 6 sasaran keselamatan pasien

Berdasarkan sasaran keselamatan pasien (SKP) yang mengacu pada peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien, maka sasaran tersebut meliputi 6 elemen berikut :

- 1) Sasaran I : Ketetapan identifikasi pasien
- 2) Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif
- 3) Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- 4) Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi
- 5) Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

Sasaran I : Ketetapan Identifikasi Pasien

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien;
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah;
- c) Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis (lihat juga);
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur;
- e) Kebijakan dan prosedur mendukung praktik identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif (SBAR)

- 1) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut;

- 2) Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut;
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut;
- 4) Kebijakan dan prosedur mendukung praktik yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu di Waspadai (*high – allert*)

- a) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengatur identifikasi, lokasi pemberian label, dan penyimpanan obat – obat yang perlu diwaspadai;
- b) Kebijakan dan prosedur diimplementasikan;
- c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan;
- d) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (*restrict access*).

Sasaran IV : Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

- 1) Pemberian kode letak operasi sebelum prosedur di mulai
- 2) Pengisian form terdiri dari 3 bagian income, outcome, dan signout
- 3) Penerapan komunikasi efektif saat mengirimkan pasien operasi ke ruang operasi
- 4) Prosedur dengan alat anastesi yang terjamin

Sasaran V : Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

- a) Cuci tangan serta memberikan pendidikan kesehatan tentang cuci tangan pada pasien dan keluarga merupakan salah satu cara pengurangan resiko infeksi;
- b) Memberikan fasilitas tempat cuci tangan serta cairan antiseptic berbasis alkohol.

Sasaran VI : Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

- 1) Memberikan pengawasan yang lebih kepada pasien
- 2) Memastikan posisi tempat tidur pasien tidak terlalu tinggi
- 3) Memfasilitasi kursi roda
- 4) Penggunaan tanda/ gelang untuk mengidentifikasi pasien dengan resiko jatuh

13) Analisis Masalah Pada Bagian Metode

Dalam metode pengelolaan ruangan rawat inap, ruang arjuna menggunakan model MAKIP tim. Hal ini memberikan dampak positif seperti efisiensi, metode yang lebih sederhana, perawat akan mendapatkan kepuasan kerja setelah tugasnya terselesaikan hingga kemudahan yang diperoleh oleh kepala ruangan untuk memantau perkembangan kerja dari perawat pelaksana.

5.1.2 Sumber Keuangan (Money/M4)

Sumber kesejahteraan pegawai RSUD dr Abdoer Rahem Situbondo berasal dari pendapatan rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah. Gaji perawat di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo berasal dari APBD yang terbayarkan melalui transfer perbulan ke masing-masing staf keperawatan ruang Arjuna sesuai dengan nominal yang tertera pada surat kontrak yang diperbarui setiap tahun dan insentif perbulan berasal dari sumber pendapatan rumah sakit yang ditransfer perbulan ke rekening masing-masing staf keperawatan ruang Arjuna sesuai dengan index kinerja staf dan regulasi rumah sakit sedangkan untuk sumber pendapatan ruang Arjuna berasal dari pelayanan pasien dengan administrasi klem BPJS, SEHATI dan administrasi umum sesuai tarif yang diatur dalam tarif perda RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

5.1.3 Pemasaran Bangsal (market/M5)

Jumlah rata-rata pasien dalam 30 hari yaitu pasien bulan Mei dan Juli 2022 di ruang Arjuna RSUD Abdoer Rahem, dengan BOR, ALOS, TOI, BTO Bulan Mei - Juni sebagai berikut :

No.	INDIKATOR	DATA	
		Mei	Juni
1	BOR	80%	80%
2	ALOS	3,5 hari	3,7 hari
3	TOI	2 hari	1,2 hari
4	BTO	5,7 kali	6 kali

BAB 4

ANALISIS SWOT

4.1 Analisis SWOT

Tabel 4.1 Analisis SWOT

NO	ANALISA	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING	
1	M1 (Man) a. Internal Faktor (IFAS) Strength 1) Rata-rata perawat dan bidan mengikuti pelatihan seperti BTCLS, Penatalaksanaan HIV, BHD, dll. 2) Kepala ruangan dan ketua tim pernah megikuti pelatihan manajemen bangsal. 3) Perawat ruangan selalu menggunakan komunikasi terapeutik kepada klien. 4) Masa kerja perawat rata-rata di atas 10 tahun, sehingga perawat ruang arjuna memiliki pengalaman kerja yang cukup lama. 5) Terdapat MAKP yang jelas, yaitu MAKP yang digunakan oleh ruang Arjuna adalah MAKP Tim.				
		0,2	3	0,6	
		0,2	3	0,6	
		0,2	3	0,6	
		0,2	3	0,6	
		0,1	3	0,3	

	6) Sesudah melakukan timbang terima perawat selalu berdoa bersama.	0,1	3	0,3	
	TOTAL			3	
	Weakness				
	1) Sebagian besar perawat masih berlatar belakang DIII keperawatan dan kebidanan	0,4	3	1,2	
	2) Tidak terdapat struktur organisasi tertulis di dalam ruangan.		2	0,6	
	3) Tidak terdapat visi misi tertulis di dalam ruangan.	0,3	2	0,6	
	TOTAL	0,3			
	TOTAL IFAS			2,4	
	b. Eksternal Faktor (EFAS)				S-W
	Opportunity				3- 2,4= -0,6
	1) Rumah sakit menyediakan pelatihan untuk tenaga kesehatan ruangan.				
	2) Adanya peluang untuk melanjutkan jenjang pendidikan S1				

2	untuk perawat dan kebidanan.	0,5	4	2	O-T 4-3 = 1
	TOTAL	0,5	4	2	
	Threatened				
	1) Adanya tuntutan tinggi dari masyarakat tentang pelayanan kesehatan yang lebih baik.			4	
	2) Makin tinggi kesadaran masyarakat akan hukum.				
	TOTAL	0,5	3	1,5	
	TOTAL EFAS	0,5	3	1,5	
	M2 (Material)				
	a. Internal Faktor (IFAS)				
	Strength				
	1) Adanya ruangan nurse station				
	2) Terdapat administrasi penunjang (seperti buku operan dan buku TTV) yang memadai.				
	3) Terdapat rak obat, sehingga obat bisa tertata dengan rapi.				
	TOTAL	0,3	3	0,9	
	Weakness	0,3	3	0,9	

	1) Tidak tersedia hand sanitizer di setiap ruangan	0,3	3	0,9	S-W 2,7-2,4= 0,3
	2) Kurangnya tempat duduk di ruang ners stasion			2,7	
	3) Tidak tersedia bell untuk memudahkan pasien memanggil perawat.				
	TOTAL			0,9	
	TOTAL IFAS	0,3	3	0,9	
	b. Eksternal Faktor (EFAS)	0,3	3	0,6	
	<i>Opportunity</i>	0,3	2	2,4	
	1) Adanya pengadaan sarana dan prasarana yang rusak.				
	TOTAL	1	4	4	
	<i>Threatened</i>			4	
	1) Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk melengkapi sarana dan prasarana				
	2) Sarana dan prasarana RS lain yang lebih canggih dan <i>update</i>				
	TOTAL	0,5	0,3	1,5	

	TOTAL EFAS	0,5	0,3	1,5 3	O-T 4-3 = 1
3	M3 (Method) a. Internal Faktor (IFAS) Strength 1) RS memiliki visi, misi dan motto sebagai acuan melaksanakan kegiatan pelayanan. 2) Sistem dokumentasi keperawatan menggunakan SOAP dan sudah dicatatkan dalam rekam medik pasien. 3) Perawat melakukan discharge planning dan sudah terdapat format pengisiannya dalam rekam medik pasien. 4) Terlaksananya komunikasi yang adekuat antara perawat dengan tim kesehatan lain. TOTAL	0,2 0,2 0,2 0,2	4 4 3 3	0,8 0,8 0,6 0,6 2,6	

	Weakness				
	1) Discharge planning sudah dilakukan, tetapi tidak menggunakan leaflet atau media dalam melakukan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga.	1	2	2	
	TOTAL			2	S-W
	TOTAL IFAS				$2,6 - 2 = 0,6$
	b. Eksternal Faktor (EFAS)				
	Opportunity				
	1) Terdapat kebijakan pemerintah tentang profesionalisasi perawat (Undang-Undang Keperawatan).	0,5	3	1,5	
	2) Adanya program akreditasi RS dari pemerintah dimana elemen MAKP merupakan salah satu penilaian penting.	0,5	3	1,5	
	TOTAL			3	
	Threatened				
	1) Persaingan dengan rumah sakit yang semakin ketat.	0,5	3	1,5	
	2) Terdapat beberapa RS yang sudah menggunakan alat pendokumentasian digital.	0,5	2	1	
	TOTAL			2,5	

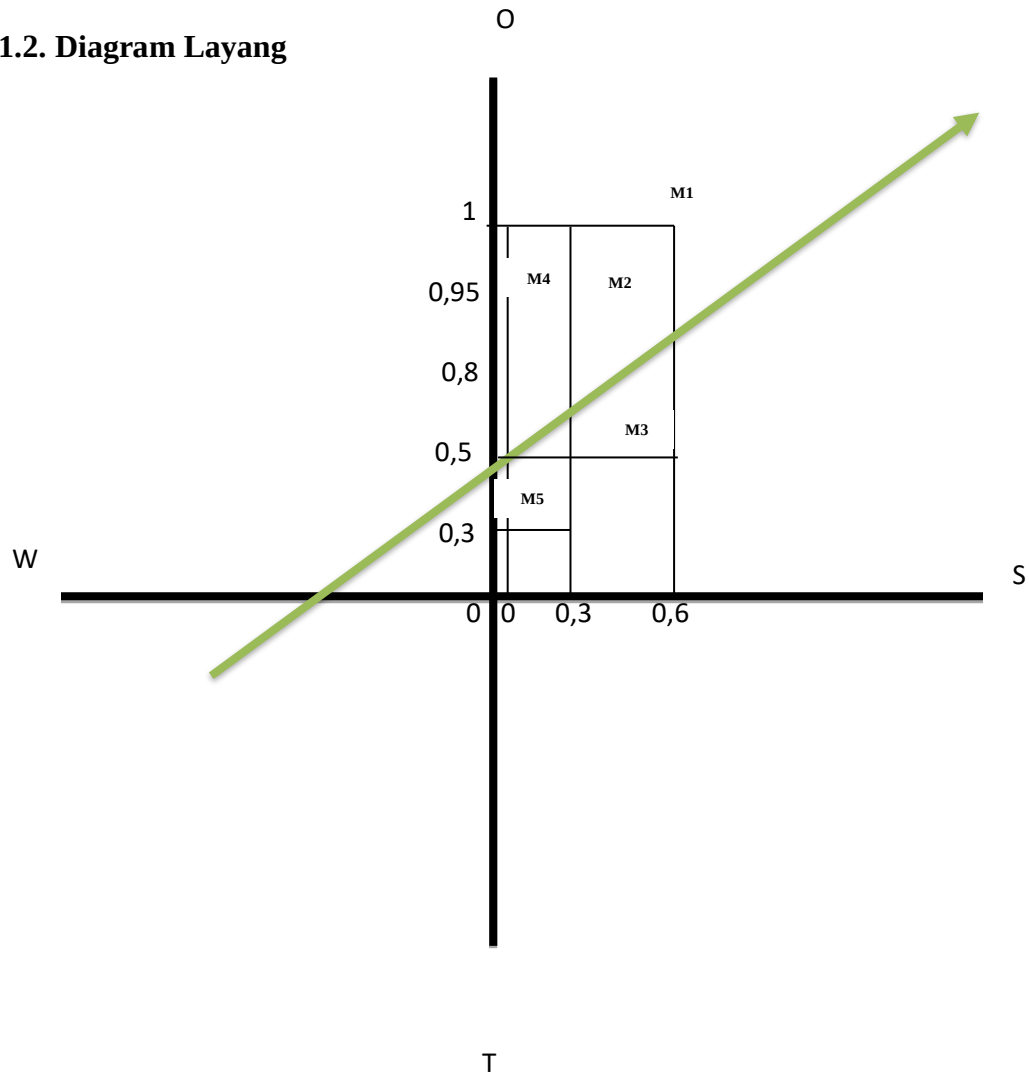
	TOTAL EFAS				O-T 3-2,5 = 0,5
4	M4 (Money) Internal Faktor (IFAS) Strength 1) Dana operasional ruangan diperoleh dari rumah sakit. 2) Dana kesejahteraan pegawai diperoleh dari rumah sakit dan pemerintah sesuai dengan indeks kinerja staf dan regulasi Rumah Sakit. TOTAL Weakness - TOTAL TOTAL IFAS	0,5 0,5 0	3 3 0	1,5 1,5 3 0	S-W 3-0 = 3

	Eksternal Faktor (EFAS) Opportunity 1) Adanya pendapatan jasa medis dari pelayanan seperti pasien umum, bpjs, dan Sehati TOTAL Threatened 1) Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih profesional sehingga membutuhkan pendanaan yang lebih besar untuk mendanai sarana dan prasarana. TOTAL TOTAL EFAS	1	4	4 4	
		1	3	3 3	O-T 4-3 = 1
5	M5 (Mutu) a. Internal Faktor (IFAS) Strength 1) Perawat tanggap dalam menghadapi permasalahan yang ada di ruangan.	0,4	3	1,2	

	2) Perawat bersikap ramah dan peduli terhadap kondisi pasien.	0,3	4	1,2	S-W 3,3-3 = 0,3
	3) Terdapat program gelang identitas pada pasien.	0,3	3	0,9	
	TOTAL			3,3	
	Weakness				
	1) Tuntutan kepuasan pasien maupun keluarga terhadap pelayanan yang semakin tinggi.	1	3	3	
	TOTAL			3	
	TOTAL IFAS				
	b. Eksternal Faktor (EFAS)				
	Opportunity				
	1) RS yang terakreditasi baik memiliki mutu pelayanan yang baik.				
	2) RS menggunakan layanan BPJS dan asuransi kesehatan lainnya.	0,6	3	1,8	
	TOTAL	0,4	3	1,2	
	Threatened			3	
	1) Tuntutan dari masyarakat untuk pelayanan dan perawatan yang lebih profesional.	0,4	3	1,2	
	2) Semakin meningkatnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan.	0,3	2	0,6	

	3) Pelayanan dari Rumah Sakit lain yang lebih prima.				
	TOTAL	0,3	3	0,9	
	TOTAL EFAS			2,7	O-T 3-2,7= 0,3

1.2. Diagram Layang



Berdasarkan diagram diatas, analisa SWOT pada Ruang Arjuna seluruhnya berada pada kuadran I. Hal yang harus dilakukan pada situasi tersebut adalah agresif yaitu berada pada situasi yang sangat baik dan menguntungkan. Kekuatan dan peluang yang dimiliki Ruang Arjuna perlu dimanfaatkan dengan baik dan ditingkatkan untuk tercapainya pelayanan yang prima dan berkualitas.

BAB 5

PRIORITAS MASALAH DAN POA

5.1 Daftar Masalah

Tabel 4.1 Daftar masalah manajemen di Ruang Rawat Inap Arjuna RSUD dr Abdoer Rahem.

No.	MASALAH
1.	Discharge planing sudah dilaksanakan dengan baik akan tetapi di ruangan masih belum tersedia leaflet untuk pasien dan keluarga
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan belum tercetak dan juga belum ditempel di dinding ruangan Arjuna
3	Filosofi ruang Arjuna masih belum tertempel di ruangan

5.2 Prioritas Masalah

Berdasarkan berbagai permasalahan yang telah ditemukan maka untuk menyusun prioritas masalah adalah dengan memperhatikan beberapa aspek, yang meliputi:

- 1) **Magnitude (Mg)** : Kecenderungan besar dan seringnya masalah terjadi
- 2) **Severity (Sv)** : Besarnya kerugian yang ditimbulkan dari masalah
- 3) **Manageability (Mn)** : Fokus pada masalah ruangan sehingga dapat diatur untuk perubahannya
- 4) **Nursing Conccent (NC)** : Melibatkan pertimbangan dan perhatian tenaga keperawatan
- 5) **Affordability (Af)** : Ketersediaan sumber daya yang ada

Rentang skor yang diberikan adalah 1-5, dengan kriteria:

1 : sangat kecil

2 : kecil

3 : cukup

4 : besar

5 : sangat besar

Tabel 5.2 Rumusan Prioritas Masalah

No.	Rumusan masalah	Skor					
		Mg	Sv	Mn	Nc	Af	Prioritas
1.	Discharge planing sudah dilaksanakan dengan baik akan tetapi di ruangan masih belum tersedia leaflet untuk pasien dan keluarga	4	4	4	4	3	768
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan belum tercetak dan juga belum ditempel di dinding ruangan Arjuna	3	4	4	4	3	576
3.	Filosofi ruang Arjuna masih belum tertempel di ruangan	2	3	4	4	4	384

5.3 Penampisan Prioritas Tindakan

Skala prioritas masalah yang dipakai adalah dengan menggunakan metode sebagai berikut :

Capability (C) : Kemampuan ruangan dalam mengatasi masalah

Accessible (A) : Kemudahan masalah untuk diatasi

Readliness (R) : Kesiapan ruangan dalam mengatasi masalah

Leverage (L) : Daya pendorong dalam mengatasi masalah

Adapun skor penilaian yang digunakan adalah :

- 1 : Tidak Mampu
- 2 : Kurang Mampu
- 3 : Cukup Mampu
- 4 : Mampu
- 5 : Sangat Mampu

Masalah :

Tabel 5.4 Masalah prioritas

No.	Prioritas Masalah	Alternatif pemecahan	Skor				Jumlah	Prioritas
			C	A	R	L		
1.	Discharge planing sudah dilaksanakan dengan baik akan tetapi di ruangan masih belum tersedia leaflet untuk pasien dan keluarga	Membuat leaflat	5	5	5	4	500	1
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan belum tercetak dan juga belum ditempel di dinding ruangan Arjuna	Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak struktur organisasi maupun visi misi ruangan	5	5	4	3	300	2
3	Filosofi ruang Arjuna masih belum tertempel di ruangan	Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak filosofi ruangan	5	5	3	3	225	3

5.4 *Planning of Action*

Tabel 5.5 *Planning of Action*

No.	Masalah	Alternatif pemecahan masalah	Rencana Kegiatan	Ruang	Sasaran	Metode
1.	Discharge planing sudah dilaksanakan dengan baik akan tetapi di ruangan masih belum tersedia leaflet untuk pasien dan keluarga	Membuat leaflet	1. Membuat leflet sesuai kasus tertinggi pada ruang Arjuna 2. Memberikan leaflet kepada pasien dan keluarga untuk dibawa pulang	Rawat Inap ruang Arjuna	Rawat Inap ruang Arjuna	Leaflet
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah terbentuk hanya saja tidak tertempel di ruangan Arjuna	Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak struktur organisasi maupun visi misi ruangan Arjuna	1. Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak struktur organisasi maupun visi misi ruangan dan ditempel di dinding ruang Arjuna	Rawat Inap ruang Arjuna	Rawat Inap ruang Arjuna	Diskusi

3	Filosofi ruang Arjuna masih belum tertempel di ruangan	Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak filosofi ruangan	Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak filosofi ruangan dan ditempel di dinding ruang Arjuna	Rawat Inap ruang Arjuna	Rawat Inap ruang Arjuna	Diskusi
---	--	--	---	-------------------------	-------------------------	---------

BAB 6

IMPLEMENTASI

Diskusi hasil analisis pengkajian serta rencana penyelesaian masalah manajemen keperawatan di Ruang Arjuna, dilaksanakan pada hari Senin 18 Juli 2022 yang diikuti oleh kepala ruang Arjuna dan pembimbing akademik Universitas dr Soebandi Jember. Pada diskusi tersebut telah disepakati prioritas masalah yang telah ditetapkan meliputi :

1. Dari hasil observasi, ditemukan bahwa penerapan Discharge planing sudah dilaksanakan dengan baik akan tetapi di ruangan masih belum tersedia leaflet untuk pasien dan keluarga.
2. Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah terbentuk hanya saja tidak tertempel di ruangan Arjuna.
- 3.
4. Filosofi ruang Arjuna masih belum tertempel di ruangan

Rencana penyelesaian masalah diatas adalah melakukan kegiatan penyegaran dengan tema Model Praktek Keperawatan Profesional dengan metode fungsional. Fokus penyegaran antara lain adalah timbang terima dan format pengisian *discharge planning*.

6.1 Pelaksanaan Kegiatan

6.1.1 Penyiapan Perangkat MPKP

Penyiapan perangkat kegiatan MPKP dilakukan dengan menyusun format bersama dengan ketua tim ruangan. Perangkat yang disusun dalam bentuk struktur organisasi dengan jadwal shift yang telah ditentukan, membuat proposal, SOP, naskah roleplay dari beberapa kegiatan, seperti timbang terima dan discharge planning.

Pelaksanaan kegiatan MPKP tanggal 20 Juli 2022 sesuai jadwal yang telah disusun. Pada beberapa kegiatan yang dilakukan oleh kelompok antara lain adalah, *roleplay* timbang terima dan *roleplay discharge*

planning. Pelaksanaan kegiatan berdasarkan analisis data yang dikumpulkan dan evaluasi dengan program kontrol kegiatan. Penerapan MAKP di ruang rawat inap Arjuna RSAR Situbondo sebagai berikut :

Tabel 6.1 Pelaksanaan dan Evaluasi Kegiatan

Pelaksanaan dan Evaluasi Kegiatan				
No	Hari/Tanggal	Kegiatan	Hasil Kegiatan dan Evaluasi	Penanggung Jawab
1.	Rabu-Sabtu, 20-23 Juli 2022	Discharge Planning	<i>Discharge planning</i> Dilakukan oleh kelompok setiap pasien akan pulang Dengan format <i>discharge planning</i> yang telah di Diskusikan oleh kelompok dengan komponen anatara lain : Data umum (nama,alamat, jenis kelamin, diagnose medis dan diagnose keperawatan) Dipulangkan dari RSAR Situbondo dengan keadaan (sembuh, meneruskan dengan obat jalan, dirujuk, pulang paksa dan meninggal) Control (waktu dan tempat control) Aturam diet makanan/nutrisi Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya Aktifitas dan istirahat Yang dibawa pulang (hasil pemeriksaan laboratorium, obat-obatan, hasil EKG, USG, dll) Lain-lain	20 Juli 2022 Karu : Nurrohma As'adia Katim : Zhevio Gilang Anggariesta PP 1 : Nur fakhira salsabila PP 2 : Muhammad Yusuf 21 Juli 2022 Karu : Muhammad Yusuf Katim : Nur fakhira salsabila PP 1 :

Nurrohma

As'adia

PP 2 :

Zhevio Gilang

Anggariesta

22

Juli

2022

Karu :

Nur fakhira

salsabila

Katim :

Nurrohma

As'adia

PP 1 :

Zhevio Gilang

Anggariesta

PP 2 :

Muhammad

Yusuf

23

Juli

2022

Karu :

Zhevio Gilang

Anggariesta

Katim :

Muhammad

Yusuf

PP 1 :

Nur fakhira

salsabila

PP 2 :

Nurrohma

As'adia

2. Rabu-Sabtu, 20-23 Juli 2022	<i>Timbang</i> <i>Terima</i>	Kegiatan timbang terima di Ruang Rawat Inap rawang inap Arjuna RSAR Situbindo telah di lakukan setiap pergantian shif sesuai dengan SOP oleh kelompok, timbang terima shif malam ke sift pagi dan shift pagi ke shif sore, di pimpin oleh kepala ruangan, Kegiatan timbang terima yang di lakukan oleh kelompok sudah dilakukan sesuai SOP yang telah di sepakati oleh kelompok dengan menerapkan prinsip timbang terima, namun masih ada beberapa yang belum optimal, antara lain isi dari operan masih bersifat kolaboratif, tidak semua perawat, karu dan katim ruang mengikuti kegiatan	Rabu, 20 Juli 2022, Karu: Nurrohma As'dia Kamis, 21 Juli 2022, Karu : Muhammad Yusuf Jum'at 22 Juli 2022, Karu : Nur fakhira salsabila Sabtu, 23 Juni 2022, Karu : Zhevio Gilang Anggariesta
-----------------------------------	---	---	---

timbang terima

3	Kamis-Rabu, 20-27 Juli 2022	MAKP	Pelaksanaan praktek MAKP secara tim dilaksanakan pada tanggal 20 Juni 2022 sampai tanggal 22 Juni 2022 yang dilakukan bersama dengan <i>roleplay</i> kegiatan mahasiswa Manajemen Keperawatan Pelaksanaan MAKP tim dilaksanakan oleh mahasiswa dan mendapat dukungan dari Koordinator Ruangan dan tenaga keperawatan. Kegiatan yang di lakukan yaitu : 1) Melakukan praktek MAKP model tim 2) Melakukan model role play timbang terima, dan discharge planning 3) Melakukan asuhan keperawatam yang sesuai dengan standard. Kegiatan mahasiswa	Anggota: - Zhevio Gilang Anggariesta - Muhammad Yusuf - Nur fakhira salsabila - Nurrohma As'adia
---	--------------------------------	-------------	--	--

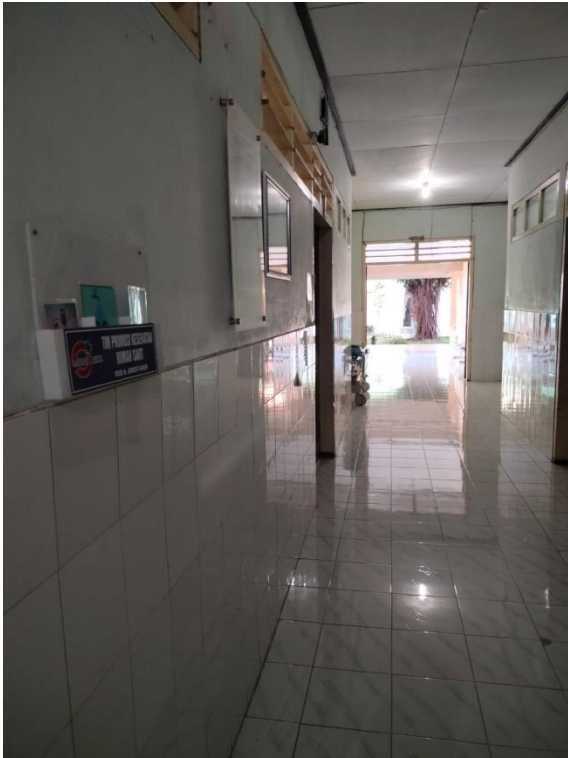
		dalam melakukan praktek MAKP model tim di ruang rawat inap Arjuna RSAR Situbondo berjalan dengan lancar.	
4. Jum'at-Rabu, 20-27 Juli 2022	Pendokumen-Kelompok tasan Asuhanpendo-kumentasian Keperawatan keperawatan sesuai pasien kelolaan yang telah ditentukan Kepala Ruang dengan format pendokumentasian:	melakukan asuhan - Zhevio Gilang Anggariesta - Muhammad Yusuf - Nur fakhira salsabila - Nurrohma As'adia	Anggota:
	a. Nama Lengkap Pasien		
	b. Tanggal Lahir		
	c. No. RM		
	d. Jenis Kelamin		
	e. Tanggal/Jam		
	f. Format analisa data, intevensi, implemetasi, sentralisasi obat, format obat oral dan injeksi, format cairan, format <i>discharge planning</i> dan evaluasi		
	g. TTD dan Nama Terang		

6.3 Perbedaan Sebelum dan Sesudah Implementasi POA

6.3.1 Struktur Organisasi

Sebelum	Sesudah
Struktur organisasi belum dicetak dan ditempel di ruangan Arjuna yang mudah dilihat dikarenakan ruangan belum stabil akibat terjadi perubahan fungsi nama ruangan dari ruang Bougenville menjadi ruang Arjuna. Struktur organisasi sudah jelas tetapi masih belum terpasang di dinding ruang nurse station. Begitu juga dengan visi misi dan filosofi ruangan masih belum tercetak dan masih belum ditempel di ruangan.	Mahasiswa profesi Ners berkordinasi dengan kepala ruang rawat inap Arjuna untuk mencetak dan memasang struktur organisasi, visi misi, dan filosofi ruangan.
	

6.3.2 Dokumentasi *Discharge Planning*

Sebelum	Sesudah
Dari hasil observasi, ditemukan bahwa penerapan discharge planning sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, karena belum ada media yang diberikan kepada pasien atau keluarga tentang pendidikan kesehatan yang sesuai dengan penyakitnya (Leaflet).	Mahasiswa profesi Ners berkoordinasi untuk membuat leaflet agar pasien dan keluarga lebih mudah memahami pesan yang disampaikan oleh perawat dalam pendidikan kesehatan.
	

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Pengkajian data di ruang praktek manajemen memakai sistem wawancara, observasi dan kuesioner. Dari hasil analisis ditemukan 3 masalah yang perlu dilakukan di ruangan antara lain:
 - a. Dari hasil observasi, ditemukan bahwa penerapan discharge planning sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, karena belum ada media yang diberikan kepada pasien atau keluarga tentang pendidikan kesehatan yang sesuai dengan penyakitnya (Leaflet).
 - b. Struktur organisasi, visi misi dan filosofi ruangan belum tercetak
2. Model yang digunakan dalam asuhan keperawatan memakai MPKP Tim yang terdiri dari kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana.
3. Kegiatan manajemen dilakukan dengan mengikuti standar operasional prosedur dengan rutinitas kegiatan antara lain timbang terima, supervisi keperawatan, discharge planning dan dokumentasi keperawatan.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan di atas disarankan kepada :

1. Pimpinan atau kepala
 - a. Memberikan dukungan dan reward serta kemudahan bagi profesi keperawatan untuk mengembangkan karir dan pendidikan berkelanjutan ke D3 dan S1 Keperawatan yang diperlukan di ruangan.
2. Sub Departemen Keperawatan
 - a. Melakukan supervisi secara teratur ke ruangan agar kemampuan sudah terbentuk menjadi budaya kerja yang harus dipertahankan dan ditingkatkan, memberi pujian terhadap hasil yang telah dicapai untuk meningkatkan motivasi dan kualitas kerja.

3. Kepala Ruangan dan Ketua Tim
 - a. Melakukan audit secara berkala pada pasien yang akan pulang atau dalam proses perawatan.
 - b. Melakukan supervisi tingkat ruang sesuai dengan acuan yang ada yang telah ditentukan oleh direksi Rumah Sakit.
4. Tenaga Pelaksana
 - a. Membudayakan kegiatan yang telah diajarkan dan menjadikan suatu rutinitas kegiatan.
 - b. Mempertahankan budaya membaca dan menulis asuhan keperawatan pasien.
 - c. Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan untuk menunjang profesionalisme.
5. Mahasiswa praktek yang akan datang diharapkan dapat memantau hasil residensi terdahulu khususnya di ruang Arjuna dan menambah kegiatan lain yang belum dapat dilaksanakan seperti : menyempurnakan discharge planning dan supervise keperawatan

Lampiran 1

**PROPOSAL
TIMBANG TERIMA**



Disusun Oleh :

Nurrohma As'adia, S.Kep	NIM.21101074
Nur fakhira salsabila, S.Kep	NIM.21101070
Muhammad Yusuf, S.Kep	NIM.21101066
Zhevio Gilang Anggariesta, S.Kep	NIM.21101106

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER**

2022

BAB I

PENDAHULUAN

7. Latar Belakang

Pengoptimalan peran dan fungsi perawat, terutama peran dan fungsi mandiri merupakan satu upaya dalam meningkatkan profesionalisme pelayanan keperawatan. Hal ini berkaitan dengan tuntutan profesi dan tuntutan global bahwa setiap perkembangan dan perubahan memerlukan pengelolaan secara profesional dengan memperhatikan setiap perubahan yang terjadi. Tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan dirasakan sebagai suatu fenomena yang harus direspon oleh perawat. Respon yang ada harus bersifat kondusif dengan belajar tentang konsep pelayanan keperawatan dan langkah- langkah konkret dalam pelaksanaannya. Langkah- langkah tersebut dapat berupa penataan ketenagaan dan pasien, penerapan MAKP dan perbaikan dokumentasi keperawatan.

Profesionalisme dalam pelayanan keperawatan dapat dicapai dengan mengoptimalkan peran dan fungsi perawat, terutama peran dan fungsi mandiri perawat. Hal ini dapat diwujudkan dengan baik melalui komunikasi yang efektif antar perawat, maupun dengan tim kesehatan yang lain. Salah satu bentuk komunikasi yang harus ditingkatkan efektifitasnya adalah saat pergantian shift, yaitu saat timbangan terima klien. Timbangan terima merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (informasi) yang berkaitan dengan keadaan klien. Timbangan terima klien harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan/belum dan perkembangan klien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Timbangan terima dilakukan oleh perawat primer antar shift secara tulisan dan lisan.

Timbangan terima merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima informasi yang berkaitan dengan keadaan klien. Timbangan terima harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan komplit tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang

sudah dilakukan saat itu. Informasi yang disampaikan⁷⁶ harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Timbang terima dilakukan oleh perawat primer antar shift secara tulisan dan lisan.

Selama ini timbang terima sudah dilakukan. Isi dan substansi timbang terima yang dilakukan selama ini adalah identitas pasien, diagnosa medis, diagnosa keperawatan, program terapi yang sudah dilakukan dan rencana tindakan yang akan dilakukan. Timbang terima dilakukan secara lisan dan tertulis kemudian keliling ke semua pasien. Timbang terima perlu terus ditingkatkan baik teknik maupun alurnya karena timbang terima merupakan bagian penting dalam menginformasikan permasalahan klien sehari-hari.

Keakuratan data yang diberikan saat timbang terima sangat penting, karena dengan timbang terima ini maka pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan akan bisa dilaksanakan secara berkelanjutan, dan mewujudkan tanggungjawab dan tanggunggugat dari seorang perawat. Bila timbang terima tidak dilakukan dengan baik, maka akan muncul kerancuan dari tindakan keperawatan yang diberikan karena tidak adanya informasi yang bisa digunakan sebagai dasar pemberian tindakan keperawatan. Hal ini akan menurunkan kualitas pelayanan keperawatan dan menurunkan tingkat kepuasan pasien. Kegiatan timbang terima yang telah dilakukan perlu dipertahankan dan ditingkatkan kualitasnya.

Berdasarkan kondisi tersebut, maka mahasiswa Program studi profesi ners Universitas dr. Soebandi Jember akan melaksanakan timbang terima pasien berdasarkan konsep Model Asuhan Keperawatan Profesional *Primary Nursing* di ruang Arjuna RS dr. Abdoer Rahem Situbondo.

8. Tujuan

4.2.1.1. Tujuan umum

Setelah dilakukan timbang terima, maka mahasiswa di ruang Arjuna RS Abdoer Rahem mampu mengkomunikasikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan klien dengan baik, sehingga kesinambungan informasi mengenai keadaan klien dapat dipertahankan..

19) Tujuan khusus

- a. Menyampaikan masalah, kondisi dan keadaan klien (data fokus).
- b. Menyampaikan hal-hal yang sudah/belum dilakukan dalam asuhan keperawatan pada klien.
- c. Menyampaikan hal-hal yang penting yang perlu ditindaklanjuti oleh dinas berikutnya.
- d. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.

9. Manfaat

1. Bagi Perawat

- a. Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat.
- b. Menjalin suatu hubungan kerjasama dan bertanggungjawab antar perawat.
- c. Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap klien yang berkesinambungan.
- d. Perawat dapat mengikuti perkembangan klien secara paripurna.

2. Bagi pasien

Klien mendapatkan asuhan keperawatan yang optimal melalui kegiatan-kegiatan yang telah terencana dan matang sehingga dapat meningkatkan kepuasan klien.

3. Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan pelayanan keperawatan kepada klien secara komprehensif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian

Timbang terima adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima suatu laporan yang berkaitan dengan keadaan klien. Timbang terima merupakan kegiatan yang harus dilakukan sebelum pergantian shift. Selain laporan antar shift, dapat disampaikan juga informasi-informasi yang berkaitan dengan rencana kegiatan yang telah atau belum dilaksanakan. Salah satu cara menginformasikan mengkomunikasikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pasien.

2.2 Tujuan

- a. Menyampaikan kondisi atau keadaan pasien secara umum dan paripurna.
- b. Menyampaikan hal-hal yang penting yang perlu di tindak lanjuti oleh dinas berikutnya.
- c. Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat dan terjali kerjasama yang bertanggung jawab antar anggota tim.
- d. Terlaksananya asuhan keperawatan secara berkesinambungan
- e. Tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya

2.3 Langkah-langkah

- a. Kedua kelompok shift dalam keadaan sudah siap.
- b. Shift yang akan menyerahkan perlu mempersiapkan hal-hal apa yang akan disampaikan.
- c. Perawat primer menyampaikan kepada penanggungjawab shift selanjutnya meliputi :
 1. Kondisi atau keadaan klien secara umum.
 2. Tindak lanjut atau dinas yang menerima operan.
 3. Rencana kerja untuk dinas yang menerima operan.
- d. Penyampaian operan di atas harus dilakukan secara jelas dan tidak terburu-buru.
- e. Perawat primer dan anggota kedua shift dinas bersama-sama secara langsung melihat keadaan klien.

2.4 Prosedur Timbang Terima

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam prosedur ini meliputi :

2.4.1 Metode Pelaporan

- a. Perawat yang bertanggung jawab terhadap pasien melaporkan langsung kepada perawat penanggung jawab berikutnya. Cara ini memberikan kesempatan diskusi yang maksimal untuk kelanjutan dan kejelasan rencana keperawatan.
- b. Pelaksanaan hand over di lakukan di nurse station kemudian di lanjutkan dengan mengelilingi pasien satu persatu.

2.4.2 Persiapan

Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.

2.4.3 Pelaksanaan

- a. Hand over dilaksanakan setiap pergantian shift
- b. Kedua kelompok dinas sudah siap
- c. Perawat yang melakukan timbang terima mengkaji secara penuh terhadap masalah, kebutuhan dan segenap tindakan yang telah di laksanakan serta hal-hal yang penting lainnya selama masa perawatan
- d. Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang lengkap sebaiknya di catat secara khusus untuk kemudian di serah terimakan kepada perawat jaga berikutnya
- e. Hal-hal yang perlu di sampaikan dalam hand over :
 1. Identitas pasien dan diagnosa medis
 2. Masalah keperawatan yang masih muncul
 3. Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan
 4. Intervensi kolaboratif yang telah dilaksanakan
 5. Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya, misalnya operasi, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang lainnya, persiapan untuk konsultasi atau prosedur lainnya yang tidak di laksanakan secara rutin.

- f. Perawat yang melakukan timbang terima dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang di timbang trimakan dan berhak menanyakan hal-hal yang kurang jelas
- g. Penyampaian pada saat timbang terima secara singkat dan jelas
- h. Lama timbang terima untuk setiap pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan lengkap dan rinci.

2.4.4 Hal-hal yang perlu diperhatikan

- a. Dilaksanakan tepat waktu saat pergantian dinas yang disepakati.
- b. Di pimpin oleh penanggung jawab klien
- c. Di ikuti oleh semua perawat yang telah dan akan dinas
- d. Adanya unsur bimbingan dan pegasarahan dan penanggung jawab
- e. Informasi yang di sampaikan harus akurat, singkat, sistematis, dan menggambarkan kondisi klien saat ini serta jaga kerahasiaan klien.
- f. Hand over harus berorientasi pada masalah keperawatan yang ada pada klien dengan kata lain informasi yang diberikan berawal dari masalahnya terlebih dahulu (setelah di ketahui dari pengkajian) baru kemudian dari tindakan yang telah dilakukan dan belum dilakukan serta perkembangan setelah di lakukan tindakan. Saat hand over di kamar pasien, menggunakan volume suara yang pelan dan tegas (tidak berisik), agar pasien disebelahnya tidak mendengarkan apa yang dibicarakan untuk menjaga privasi klien, terutama mengenai hal-hal yang perlu di rahasiakan sebaiknya tidak di bicarakan secara langsung di dekat pasien.
- g. Bila ada informasi yang membuat pasien terkejut sebaiknya jangan di bicarakan secara langsung di dekat klien tapi di bicarakan di nurse station.

BAB III

SKENARIO TIMBANG TERIMA

3.1 Pelaksanaan Kegiatan

Hari / tanggal :
Pukul :
Pelaksana :
Topik :
Tempat :
Sasaran :

3.2 Pengorganisasian

Kepala Ruangan :
Katim :
PP :
PP :

3.3 Metode

1. Karu memimpin proses Timbang Terima
2. Melakukan timbang terima antara perawat shift pagi dan perawat shift sore
3. Melaporkan status keadaan klien dari Katim
4. Diskusi, tanya jawab dan validasi data kembali

3.4 Media

1. Materi disampaikan secara lisan.
2. Dokumentasi klien (status).
3. Buku Timbang Terima

3.5 Proses Pelaksanaan

STANDAR PROSEDUR OPERATIONAL			
TIMBANG TERIMA			
	NO DOKUMEN	NO REVISI	HALAMAN
		DITETAPKAN OLEH KETUA/PIMPINAN UNIT	
PENGERTIAN	Timbang terima sering disebut operan (over hand) adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (Laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien (data fokus).		
KEBIJAKAN	1. Pasien dalam kondisi stabil 2. Pasien dalam tahap Mainentance 3. Pasien dalam kondisi yang membutuhkan pemantauan (Observasi)		
TUJUAN	Mengkomunikasikan keadaan pasien dan menyampaikan beberapa informasi yang penting.		
PROSEDUR KERJA	Persiapan : 5) Persiapan Alat : a. Alat tulis b. Format timbang terima (Operan) c. kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan. 2. Persiapan Perawat a. Kelompok dalam keadaan siap b. Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan 3. Persiapan Pasien a. Pasien dalam kondisi stabil atau butuh		

	pemantauan. Pelaksanaan : Dalam penerapan sistem MPKP, operan dilaksanakan oleh perawat jaga sebelumnya kepada perawat yang mengganti jaga pada shift berikutnya. SESI 1 : Di Nurse Station 4. Perawat shift malam menyiapkan status pasien yang menjadi tanggung jawabnya. 2. Perawat shift pagi membuka operan jaga dengan do'a. g. Perawat shift pagi mempersilahkan perawat shift malam untuk melaporkan pasien kepada perawat shift pagi. "Baik terima kasih untuk kesempatan yang diberikan. Adapun laporan perawatan pasien pada shift malam, dengan jumlah pasien sebanyak ... (sebutkan jumlah pasien)". h. Perawat shift malam melaporkan pasien yang menjadi tanggung jawabnya,terkait: a. Identitas pasien dan diagnosamedis b. Masalah keperawatan yang kemungkinan masih muncul c. Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan. d. Intervensi kolaborasi dandependen e. Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya, misalnya operasi, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan penunjaang lainnya, persiapan untuk konsultasi
--	---

	atau prosedur lainnya yang tidak dilaksanakan secara rutin. Contoh: Laporan perawatan pasien pertama. Ny. S (51 tahun) dengan Efusi Pleura, penanggung jawab dr. N : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis, TD, N, RR, T (sebutkan hasil pengukuran). Keluhan yang dirasakan pasien adalah ... (sebutkan keluhan yang dialami). Rencana yang sudah dilakukan adalah ... (sebutkan implementasi) sedangkan rencana yang belum dilakukan adalah ... (sebutkan intervensi). Terapi yang diinstruksikan adalah ... (sebutkan nama terapi). Persiapan lain ... (sebutkan jenis persiapan). i. Perawat shift pagi mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat shift malam. j. Perawat shift pagi mengajak perawat shift malam dan perawat shift pagi lainnya yang bertanggung jawab untuk mengklarifikasi pasien (menghampiri pasien dalam visite keperawatan). SESI 2 : Di Bed Pasien 6. Perawat shift malam mengucapkan salam dan menyapa pasien. “Selama pagi Bapak/Ibu/Mas/Mbak”. 7. Perawat shift malam menanyakan masalah keperawatan yang dialami pasien setelah dilakukan tindakan. “Hari ini apa yang Bapak/Ibu/Mas/Mbak keluhkan?” 8. Perawat shift malam menyampaikan bahwa tugasnya
--	---

	telah selesai dan diganti tim perawat shift pagi. “Pak/Bu/Mas/Mbak, tugas saya sebagai perawat shift malam sudah selesai. Untuk pagi ini, perawat shift pagi yang akan merawat Bapak/Ibu/Mas/Mbak”. 9. Perawat shift malam memperkenalkan/menanyakan apakah pasien masih mengingat nama perawat shift pagi. “Apakah Bapak/Ibu/Mas/Mbak masih ingat dengan perawat A (perkenalkan nama)” 10. Perawat shift pagi menjelaskan tentang perawatan pagi dan perawat shift pagi yang akan bertanggung jawab kepada pasien tersebut. “Baik, hari ini saya yang bertanggung jawab untuk merawat Bapak/Ibu/Mas/Mbak. Rencana untuk perawatan Bapak/Ibu/ Mas/Mbak untuk pagi ini adalah ... (sebutkan rencana perawatan)”. 11. Perawat shift pagi memberikan kesempatan kepada pasien/ keluarga untuk bertanya. “Ada hal-hal yang ingin ditanyakan, saya persilahkan”. 12. Perawat shift pagi menutup pertemuan dan menyampaikan selamat beristirahat. "Baiklah, silahkan Bapak/Ibu/Mas/Mbak dapat beristirahat kembali”. SESI 3 : Di Nurse Station k. Perawat shift pagi memberikan kesempatan untuk mendiskusikan pasien yang dilihatnya. “Silahkan jika ada kondisi pasien yang perlu didiskusikan atau dipaparkan”.
--	---

	l. Perawat shift pagi meminta perawat shift malam untuk melaporkan inventarisasi obat dan fasilitas lain atau hal-hal terkait lainnya yang perlu dilaporkan. “Bagaimana dengan pelaporan yang lain?” Perawat shift pagi memberikan reinforcement kepada perawat shift malam. “Terima kasih untuk perawat shift malam atas tugasnya”. m. Perawat shift malam menutup operan dengan berdo’a. “Sebelum kita memulai aktivitas, marilah berdo’a bersama-sama agar diberikan kelancaran dalam melayani pasien”.
UNIT TERKAIT	Unit Keperawatan Secara menyeluruh

3.6 Kriteria Evaluasi

1) Struktur

Pada timbang terima, sarana dan prasarana yang menunjang telah tersedia antara lain : Catatan timbang terima, status klien dan kelompok shift timbang terima. Kepala ruangan memimpin kegiatan timbang terima yang dilaksanakan pada pergantian shift yaitu pagi ke sore. Sedangkan kegiatan timbang terima pada shift sore ke malam dipimpin oleh perawat primer.

2) Proses

Proses timbang terima dipimpin oleh kepala ruangan dan dilaksanakan oleh seluruh perawat yang bertugas maupun yang akan mengganti shift. Timbang terima pertama dilakukan di nurse station kemudian ke bed klien dan kembali lagi ke nurse station. Isi timbang terima mencakup jumlah klien, masalah keperawatan, intervensi yang sudah dilakukan dan yang belum dilakukan serta pesan khusus bila ada. Setiap klien dilakukan timbang terima tidak lebih dari 5 menit saat klarifikasi ke klien

3) Hasil

Timbang terima dapat dilaksanakan setiap pergantian shift. Setiap perawat dapat mengetahui perkembangan klien. Komunikasi antar perawat berjalan dengan baik

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Timbang terima adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima suatu laporan yang berkaitan dengan keadaan klien. Timbang terima merupakan kegiatan yang harus dilakukan sebelum pergantian shift. Selain laporan antar shift, dapat disampaikan juga informasi-informasi yang berkaitan dengan rencana kegiatan yang telah atau belum dilaksanakan.

Timbang terima bertujuan untuk kesinambungan informasi mengenai keadaan klien secara menyeluruh sehingga tercapai asuhan keperawatan yang optimal

DAFTAR PUSTAKA

- Kurniadai, Anwar. 2013. *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya: Teori, Konsep, dan Aplikasi*. Jakarta: Badan Penerbit FK UI
- Nursalam, 2009, *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional Edisi 3*, Salemba Medika, Jakarta.
- Sugiarto, Achmad Sigit dkk. 2012. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi MPKP di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC

Lampiran 2

PROPOSAL
DISCHARGE PLANNING



Disusun Oleh :

Nurrohma As'adia, S.Kep	NIM.21101074
Nur fakhira salsabila, S.Kep	NIM.21101070
Muhammad Yusuf, S.Kep	NIM.21101066
Zhevio Gilang Anggariesta, S.Kep	NIM.21101106

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER

2022

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perencanaan pulang (discharge planning) akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi yaitu antara keperawatan yang diterima pada waktu di rumah sakit dengan keperawatan yang diberikan setelah pasien pulang. Keperawatan di rumah sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan ners di rumah. Namun sampai dengan saat ini, perencanaan pulang bagi pasien yang dirawat di rumah sakit belum optimal dilaksanakan, di mana peran keperawatan terbatas pada kegiatan rutinitas saja yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang. Pasien yang memerlukan keperawatan kesehatan di rumah, konseling kesehatan atau penyuluhan, dan pelayanan komunitas tetapi tidak dibantu dalam upaya memperoleh pelayanan sebelum pemulangan sering kembali ke ruang kedaruratan dengan masalah minor, sering kali diterima kembali dalam waktu 24 jam sampai 48 jam, dan kemudian pulang kembali (Nursalam, 2014).

Discharge planning keperawatan merupakan komponen yang terkait dengan rentang keener. Rentang keperawatan sering pula disebut dengan keperawatan berkelanjutan yang artinya keperawatan yang dibutuhkan oleh pasien di mana pun pasien berada. Kegagalan untuk memberikan dan mendokumentasikan perencanaan pulang akan berisiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup, dan disfungsi fisik. Dalam perencanaan pulang diperlukan komunikasi yang baik terarah, sehingga apa yang disampaikan dapat dimengerti dan berguna untuk keperawatan di rumah.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Setelah dilaksanakan praktik manajemen keperawatan diharapkan mahasiswa mampu menerapkan discharge planning.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji kebutuhan rencana pemulangan.
2. Mengidentifikasi masalah pasien.
3. Memprioritaskan masalah pasien yang utama.

4. Membuat perencanaan pasien pulang, yaitu mengajarkan pada pasien yang harus dan dihindari selama di rumah.
5. Melakukan evaluasi pada pasien selama diberikan penyuluhan.
6. Mendokumentasikan.

13 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

1. Terjadi pertukaran informasi antara mahasiswa dengan pasien sebagai penerimaan pelayanan.
2. Mengevaluasi pengaruh intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien.
3. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan di rumah.

1.3.2 Bagi Pasien

1. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan keperawatan di rumah.
2. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien.
3. Membantu pasien memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memperbaiki, serta mempertahankan status kesehatan pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Discharge Planning

Discharge planning merupakan proses berkesinambungan guna menyiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap. Discharge planning dapat tercapai bila prosesnya terpusat, terkoordinasi, dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu untuk perencanaan perawatan berkelanjutan pada pasien setelah meninggalkan rumah sakit. Sasaran pasien yang diberikan perawatan pasca rawat inap adalah mereka yang memerlukan bantuan selama masa penyembuhan dari penyakit akut untuk mencegah atau mengelola penurunan kondisi akibat penyakit kronis. Petugas yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan merupakan staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses discharge planning dan fasilitas kesehatan, menyediakan pendidikan kesehatan, memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan serta mengimplementasikan discharge planning. Misalnya, pasien yang membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, transportasi pasca rawat inap. (Nursalam, 2016).

2.2 Tujuan Discharge Palanning

1. Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial;
2. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
3. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien;
4. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain;
5. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien;
6. Melaksanakan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

2.3 Manfaat Discharge Palanning

Menurut Nursalam (2016), manfaat Discharge Planning meliputi sebagai berikut:

1. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat penjaran selama di rumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu di rumah.

2. Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas keperawatan pasien.
3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru.
4. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan rumah.

2.4 Prinsip Discharge Planning

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi. Kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi.
3. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
4. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia atau fasilitas yang tersedia di masyarakat.
5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaan pulang harus dilakukan (Nursalam,2014)

2.5 Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Discharge Planning

Menurut penelitian Radiatul (2017) faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan yang berasal dari pasien sebagai berikut:

1. Motivasi: Motivasi merupakan keinginan pasien untuk belajar. Apabila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan antusias untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya dan perawatan tindak lanjut untuk meningkatkan kesehatannya.
2. Sikap positif: Sikap positif terhadap penyakit dan perawatan akan mempermudah pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
3. Emosi: Emosi stabil akan mempermudah pasien menerima informasi yang disampaikan, sedangkan perasaan cemas atau perasaan negatif lainnya dapat mengurangi kemampuan pasien untuk menerima informasi.

4. Usia: Tahap perkembangan yang berhubungan dengan usia berperan dalam penerimaan informasi yang akan disampaikan. Semakin dewasa usia, maka kemampuan menerima informasi semakin baik karena didukung oleh pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.
5. Kemampuan belajar: Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka kemampuan dalam menerima informasi dapat lebih mudah.
6. Kepatuhan: Kepatuhan pasien adalah perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan dari pendidikan kesehatan yang telah disampaikan. Kepatuhan dari pendidikan kesehatan tersebut merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan dari discharge planning.
7. Dukungan: Dukungan dari keluarga dan orang sekitar sangat mempengaruhi proses percepatan kesembuhan seorang pasien. Keluarga akan melanjutkan perawatan pasien di rumah setelah pasien dipulangkan. Memberikan informasi kesehatan kepada keluarga dapat membantu mempercepat proses kesembuhan pasien dan dukungan yang baik akan mempengaruhi keberhasilan suatu pendidikan kesehatan dan juga mempengaruhi keberhasilan discharge planning.

2.6 Jenis-Jenis Discharge Planning

1. Conditioning discharge (pulang sementara atau cuti), keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat
2. Absolute discharge (pulang mutlak atau selamanya), cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit. Namun apabila pasien perlu dirawat kembali maka prosedur keperawatan dapat dilakukan kembali

2.7 Hal yang Perlu Diketahui Sebelum Pulang

1. Instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan, serta masalah- masalah atau komplikasi yang dapat terjadi.
2. Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus dilakukan di rumah.
3. Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan.

4. Jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengantisipasi.
5. Pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga maupun pasien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi, dan lain-lain.

BAB 3

SKENARIO ROLE PLAY DISCHARGE PLANNING

1. Pelaksanaan Kegiatan :

Topik : *Discharge planning* perawatan klien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus dengan Luka Gangren

Hari/tanggal : Kamis, 21 Juli 2022

Waktu : 10.00 WIB

Tempat : Ruang Arjuna

Pelaksana : Karu dan Katim

Sasaran : Klien dan keluarga klien

2. Pengorganisasian

Kepala Ruangan : Yusuf

Ketua Tim : Bela

Perawat Pelaksana / PA : Gilang

Pasien : Diyah

3. Instrumen

- 1) Status klien
- 2) Format *discharge planning* (terlampir)
- 3) Leaflet (terlampir)
- 4) Obat-obatan, hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang

4. Mekanisme Kegiatan

STANDAR PROSEDUR OPERATIONAL			
DISCHARGE PLANNING			
	NO DOKUMEN	NO REVISI	HALAMAN
		DITETAPKAN OLEH KETUA/PIMPINAN UNIT	
PENGERTIAN	Merupakan persiapan pasien sebelum pulang kerumah dengan memberikan penyuluhan tentang perawatan di rumah, pencegahan, dan sebagainya.		
TUJUAN	1. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan keperawatan di rumah. 2. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien. 3. Membantu pasien memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien		
PERSIAPAN PERAWAT	1. Perawat harus tahu penyakit apa yangdiderita pasien, dan bagaimana melakukan perawatan di rumah, dan pencegahannya. 2. Perawat harus percaya diri dalammenyampaikan discharge planning		
PERSIAPAN ALAT	4.2.1.1.1.1.1. Lembar telah dilakukan discharge planning. 4.2.1.1.1.1.2. Lingkungan yang nyaman		
PERSIAPAN PASIEN	1. Beri penjelasan pada keluarga dan pasien tentangcara perawatan di rumah dan pencegahannya		
CARA KERJA	1. Memberikan salam. 2. Mengenalkan nama perawat. 3. Memberi penyuluhan kepada pasien dengan caradiskusi, tanya jawab, demonstrasi. 4. Menggunakan alat peraga bila diperlukan. 5. Mengadakan evaluasi. 6. Memberikan umpan balik.		

	7. Mengakhiri kegiatan dengan memberikan salam. 8. Mencatat hasil penyuluhan
HASIL	Dokumentasi: 1. Catat tindakan yang telah dilakukan. 2. Waktu dan Tanggal Tindakan. 3. Nama Pasien, usia, Nomor Rekam Medik. 4. Nama perawat dan tanda tangan perawat

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	1. Karu mengucapkan salam kemudian menanyakan bagaimana persiapan 2. Ketua Tim untuk pelaksanaan <i>discharge planning</i> 3. Ketua Tim sudah siap dengan status klien dan format <i>discharge planning</i> 4. Menyebutkan masalah-masalah klien 5. Menyebutkan hal-hal yang perlu diajarkan pada klien dan keluarga. 6. Karu memeriksa kelengkapan <i>discharge planning</i>	10 menit	Ruang karu	Karu Katim
Pelaksanaan	4. Karu membuka acara <i>discharge planning</i> 5. Ketua Tim dibantu PA menyampaikan pendidikan kesehatan, dan menjelaskan tentang: 6. Memotivasi pasien untuk mematuhi diet yang sudah ditetapkan yaitu rendah lemak, rendah glukosa, tinggi serat sebagai cara efektif untuk mengendalikan lemak darah, gula darah dan kolesterol. 7. Menjelaskan tanda-tanda hipoglikemi (kadar gula darah turun) seperti mengantuk, bingung, lemas, keringat dingin, mual muntah. 8. Menjelaskan pentingnya merawat kaki dan mencegah luka seperti tidak memakai sepatu yang sempit harus memakai alas kaki, hindari kulit yang lembab. 9. Jaga luka tetap bersih dan kering 10. Hindari penekanan yang lama pada kaki yang luka 11. Menganjurkan tetap untuk kontrol gula darah secara rutin 12. Menjelaskan jangan	30 menit	Bed pasien	Karu Katim

	menghentikan terapi obat tanpa konsultasi dengan dokter 13. Minum obat secara teratur 14. Informasi kepada klien tentang perawatan kaki 15. Anjurkan pada klien dan keluarga untuk membersihkan kaki dengan sabun terutama disela-sela jari 16. Potong kuku jari kaki mengikuti lekukkan jari kaki jangan memotong kuku berbentuk lurus pada tepinya karena dapat menyebabkan tekanan pada jari-jari yang berdekatan 17. Hati-hati saat mengikir tepi kuku yang kasar untuk mencegah kerusakan kuku. 18. Hindari merendam kaki berlama-lama dan menggunakan air panas 19. Gunakan pelembab untuk kulit yang kering 20. Pakai kaos kaki yang terawat dari bahan kualitas baik 21. Anjurkan klien untuk melakukan latihan kaki untuk mempertahankan sirkulasi 22. Informasi kepada klien mengenai alas kaki 23. Hindari berjalan tanpa alas kaki 24. Anjurkan klien untuk memakai sepatu yang pas, tidak sempit 25. Periksa sepatu dari benda asing setiap hari 26. Hindari memakai kaos kaki yang sempit 27. Gunakan sepatu yang terbuat dari bahan yang menyerap 28. Ganti sepatu bila sudah rusak 29. Ketua Tim menanyakan kembali kepada klien dan keluarga tentang materi yang telah disampaikan 30. Ketua Tim mengucapkan terima kasih 31. Pendokumentasian 32. Timbal balik antara Karu, Ketua Tim, dengan keluarga klien			
Penutup	Karu memberikan pujian dan masukan atau saran kepada Ketua	2 menit	Ruang karu	Karu

	Tim dan PA			
--	------------	--	--	--

BAB 4

NASKAH ROLE PLAY *DISCHARGE PLANNING*

Kepala Ruangan : Yusuf

Ketua Tim : Bela

Perawat Pelaksana / PA : Gilang

Pasien : Diyah

Pada tanggal 21 Juli 2022 datang seorang pasien bernama Ny. Diyah di Ruang Arjuna Penyakit Dalam RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo, dengan diagnosa medis Diabetes melitus dengan luka Gangren di tungkai kaki sebelah kiri.

Karu : “selamat pagi bu?”

Pasien : “pagi mas”

Karu : “selamat datang di RSUD dr. Abdoer Rahem, saya perawat Yusuf kepala ruangan di ruangan ini dan ini perawat Gilang yang bertugas pada pagi ini, mohon maaf dengan Ibu siapa ?”

Pasien :” ibu Diyah”

PP :”baik ibu Diyah, apa yang anda keluhkan pada pagi hari ini ?”

Pasien :”lemas, dan pusing sekali mas”

PP :” ada lagi selain itu bu?

Pasien :” tidak ada mas”

Karu :”o.. gitu ya mas, nanti dokter yang akan menangani ibu akan segera datang. Sambil menunggu dokter, karena disini ibu baru datang perawat Gilang akan mengenalkan ibu dengan keluarga mengenai peraturan dan fasilitas yang ada di ruangan ini. Tujuannya untuk menjaga kenyamanan ibu selama dirawat disini, apakah ibu bersedia?”

Pasien :”iya, boleh”

PP :”baiklah ibu, waktunya tidak lama sekitar 10 menit saja, ibu bisa dengan tetap berbaring di tempat tidur”

PP :”sebelumnya saya akan membacakan peraturan untuk ruangan ini terlebih dahulu, pertama mengenai jam kunjung, di RS ini, jam kunjungan dibatasi karena untuk menjaga

kenyamanan klien. Jam kunjungan pagi jam 09.00 sampai jam 11.00, kunjungan sore dari jam 14.00 sampai jam 17.00, pengunjung yang masuk ruangan maksimal 2 orang, jadi apabila ada kerabat keluarga Bapak yang berkunjung lebih dari 2 orang disediakan ruangan untuk bergantian menjenguk. Sebelum dilanjutkan ada yang ingin ditanyakan ?”

Pasien :” sementara tidak ada mas”

PP :”baiklah kalau begitu kita lanjut ya bu. Selanjutnya saya akan mengenalkan lingkungan dan fasilitas yang ada di ruangan ini. Tempat tidur ini bisa dinaikkan bagian atas dan bawahnya, ini ada pemutarannya yang sebelah kanan untuk menaikkan bagian kaki dan yang kiri untuk menaikkan bagian kepala. Disebelah kanan TT ada lemari kecil disana nanti bisa dipakai untuk menyimpan pakaian ganti untuk bapak dan keluarga. Dibagian kiri dekat pintu ada kamar mandi, jadi nanti bapak bisa mandi atau buang air disini. Selain itu di ruangan ini tidak diperkenankan merokok dan mohon bantuannya untuk menjaga kebersihan ruangan untuk kenyamanan bersama. Bagaimana ada yang ingin ditanyakan ?”

Pasien :”tidak ada mas, sudah cukup jelas”

PP :”baiklah kalau begitu ibu istirahat dulu, nanti 10 menit lagi dokter akan kesini untuk memeriksa keadaan ibu”

Pasien :”iya mas, terima kasih”

PP :”sama-sama bu, terima kasih atas kerjasamanya. Saya permisi dulu ya bu?”

Pasien :”iya mas”

Setelah 10 menit kemudian dokter visite memeriksa pasien Diah. Setelah selesai diperiksa PP menyampaikan: kemungkinan penyakit pasien, perkiraan lama pasien dirawat, intervensi keperawatan/medis yang biasa dilakukan di ruangan, biaya perawatan,

PP :”selamat pagi bu Diah?”

Pasien :”selamat pagi mas”

PP :”bagaimana perasaan ibu setelah diperiksa dokter?”

Pasien :”baik mas, pusingnya sedikit berkurang”

PP :” Oh begitu ya bu. Baik ibu disini saya akan menyampaikan kemungkinan penyakit bapak yaitu DM, perkiraan perawatan bapak di ruangan ini selama 1 minggu, kemudian untuk tindakan yang biasanya dilakukan untuk pasien seperti kondisi ibu adalah rawat luka karena luka dikaki ibu apabila tidak dirawat akan semakin parah dan sulit sembuh. Untuk biaya keperawatan dan lain-lain seperti obat dan alat nanti akan direkap di ruangan dan diserahkan ke keluarga ibu untuk dilunasi, bagaimana ibu Diah, apakah sudah jelas?”

Pasien :”iya mas sudah cukup jelas”

PP :”baik bu, selain saya nanti juga ada perawat Bela yang akan merawat ibu selama diruangan ini. Untuk perawat Bela nanti akan merawat ibu pada dinas sore, nanti akan saya perkenalkan ya bu”

Pasien :”iya mas”

PP :”baik bu Diah, silahkan istirahat kembali, dan terima kasih atas kerjasamanya”

Pasien :”baik mas”

Sebelum dinas sore dimulai, PP merencanakan dan mendelegasikan tindakan keperawatan kepada PA untuk dinas siang.

Setelah 6 hari dirawat pasien Wahyu diperbolehkan pulang karena kondisinya sudah membaik. Untuk itu Karu beserta TIM di Ruang Arjuna akan melakukan tindakan *Discharge Planning*.

Tahap Persiapan di ruang Karu

Karu :”selamat pagi rekan-rekan, agenda kita pagi hari ini untuk pasien Ny. Diah adalah melakukan *Discharge Planning* karena kondisi pasien sudah membaik dan memungkinkan untuk perawatan di rumah, Bagaimana persiapan katim/PP dari pasien Ny. Diah?”

PP/Katim :”baik, untuk persiapan *discharge planning* pada pasien Ny. Diah sudah siap. Status pasien dan format *discharge planning* sudah dipersiapkan. Untuk masalah pada pasien saat ini adalah luka pada kaki sebelah kiri pasien yang memungkinkan untuk kambuh kembali sehingga perlu diinformasikan kepada pasien dan keluarga mengenai diet, tempat kontrol, cara perawatan kaki di rumah, dan tanda-tanda terjadi kekambuhan dan kegawatan pada pasien”

Karu :”baik, terima kasih untuk katim. Untuk coba berkas-berkasnya saya periksa dulu”

PP :”baik pak ini berkas-berkasnya beserta format *discharge planning*nya”

Setelah Karu memeriksa kelengkapan berkas, Karu beserta TIM ke ruangan pasien untuk melakukan *discharge planning*

Tahap pelaksanaan

Karu :”selamat pagi ibu, bagaimana kabar ibu hari ini?”

Pasien :”selamat pagi mas. Alhamdulillah semakin baik”

Karu :”alhamdulillah, hari ini ada kabar gembira untuk ibu. Jadi hari ini ibu diperbolehkan untuk pulang. Namun sebelum pulang keluarga harus mengurus administrasi”

Pasien :”mohon maaf mas untuk administrasinya sudah diurus semua, ini berkas-berkasnya”

Karu :”o.. baik, bagus sekali kalau begitu. Namun ada satu hal lagi yang perlu dilakukan terkait dengan kepulangan ibu. Ini nanti mas Gilang dan mbak Bela akan menyampaikan hal-hal yang terkait dengan perawatan ibu dirumah, bagaimana apakah ibu bersedia?”

Pasien :”iya mas, boleh. Silahkan”

PA :”baik bu disini saya akan menyampaikan beberapa hal, yaitu yang pertama :

1. Ibu harus mematuhi diet yang sudah ditetapkan yaitu rendah lemak, rendah glukosa, tinggi ini untuk mengendalikan lemak darah, gula darah dan kolesterol. (beras merah, hindari asin, jeroan, masakan bersantan, dan olah raga yang teratur)
2. Tanda-tanda hipoglikemi (kadar gula darah turun) seperti mengantuk, bingung, lemas, keringat dingin, mual muntah maka ibu harus segera mencari bantuan untuk segera ke yankes.
3. Perawatan kaki dan mencegah luka baru seperti tidak memakai sepatu yang sempit harus memakai alas kaki, hindari kulit yang lembab.
4. Jaga luka tetap bersih dan kering
5. Hindari penekanan yang lama pada kaki yang luka
6. Tetap kontrol gula darah secara rutin
7. Jangan menghentikan terapi obat tanpa konsultasi dengan dokter
8. Minum obat secara teratur

PA :”bagaimana ada yang ditanyakan bu?”

Pasien :”tidak ada mas”

PP :”baik kalau tidak ada, kita lanjutkan bu ya, selain yang disampaikan perawat Gilang tadi hal ini juga perlu ibu dan keluarga ketahui, yaitu:

1. Cara perawatan kaki
Bapak sendiri atau bisa dibantu keluarga harus membersihkan kaki dengan sabun terutama disela-sela jari
2. Potong kuku jari kaki mengikuti lekuk jari kaki jangan memotong kuku berbentuk lurus pada tepinya karena dapat menyebabkan tekanan pada jari-jari yang berdekatan
3. Hati-hati saat mengikis tepi kuku yang kasar untuk mencegah kerusakan kuku
4. Hindari merendam kaki berlama-lama dan menggunakan air panas
5. Gunakan pelembab untuk kulit yang kering

6. Pakai kaos kaki yang terawat dari bahan kualitas baik
7. Latihan kaki untuk mempertahankan sirkulasi
8. Mengenai alas kaki
9. Hindari berjalan tanpa alas kaki
10. Pakai sepatu yang pas, tidak sempit
11. Periksa sepatu dari benda asing setiap hari
12. Hindari memakai kaos kaki yang sempit
13. Gunakan sepatu yang terbuat dari bahan yang menyerap
14. Ganti sepatu bila sudah rusak

PP :”bagaimana bu sudah jelas?”

Pasien :”sudah mas”

PP :”coba ibu ulangi lagi”

Pasien menyampaikan kembali materi yang telah diajarkan dengan baik

PP :”bagus sekali bu Diyah, saya kira ibu sudah cukup paham dengan apa yang disampaikan oleh perawat. Terima kasih atas kerjasamanya.”

Pasien :”iya mas, sama-sama”

Karu :”baik bu Diyah, saya kira semua sudah disampaikan dan ibu sudah paham. Sekarang ibu dan keluarga diperbolehkan untuk bersiap-siap meninggalkan ruangan ini. Dan kami mohon maaf apabila selama perawatan ibu disini ada yang kurang. Semoga ibu sehat selalu.”

Pasien :”iya mas, tidak apa-apa. Terima kasih banyak”

Karu :”iya bu sama-sama. selamat pagi bu”

Pasien :”selamat pagi”

Kemudian Karu dan TIM kembali keruangan

Tahap penutup

Karu :”terima kasih atas kerjasama rekan-rekan semua, saya kira untuk kegiatan discharge planning pada pagi hari ini cukup bagus, namun saya harap untuk kedepannya lebih ditingkatkan lagi untuk kenyamanan dan kepuasan pasien dan keluarga”

PP/PA :”baik mas”.

Karu :”baik selamat bertugas kembali, dan tetap jaga diri dan semangat”

PP/PA :” baik mas”

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Discharge planning merupakan proses berkesinambungan guna menyiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap. Proses identifikasi dan perencanaan kebutuhan keberlanjutan pasien ditulis guna memfasilitasi pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain agar tim kesehatan memiliki kesempatan yang cukup untuk melaksanakan *discharge planning*. Petugas yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan merupakan staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* dan fasilitas kesehatan, menyediakan Pendidikan kesehatan, memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan serta mengimplementasikan *discharge planning*. Misalnya, pasien yang membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, transportasi pasca rawat inap. (Nursalam, 2016).

Discharge planning bermanfaat dalam menurunkan jumlah kekambuhan, menurunkan perawatan kembali di rumah sakit dan ke ruang kedaruratan yang tidak perlu kecuali untuk beberapa diagnosa, membantu klien untuk memahami kebutuhan setelah perawatan di rumah sakit, serta dapat digunakan sebagai bahan dokumentasi keperawatan (Doengoes, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Association, D. P. (2008). Retrieved November 17, 2019, from Discharge Planning Association : <http://www.Discharge Planning.org.au/index.htm>
- Doengoes, M. &. (2016). *Nursing Diagnosis Manual: Planing, Individualizing and Documenting Client Care*. Philladelphia: Davis Company.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodelogi penelitian ilmu keperawatan : pendekatan praktis ED.5*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry, P. &. (2005). *buku ajar keperawatan konsep, proses dan praktik. Edisi 4 volume 1*. Jakarta : EGC.
- RI, D. (2008). *Departemen Kesehatan Republik Indonesia , Tentang profil kesehatan .* Jakarta : Depkes RI

Lampiran 3

**PROPOSAL
SUPERVISI KEPERAWATAN**



Disusun Oleh :

Nurrohma As'adia, S.Kep	NIM.21101074
Nur fakhira salsabila, S.Kep	NIM.21101070
Muhammad Yusuf, S.Kep	NIM.21101066
Zhevio Gilang Anggariesta, S.Kep	NIM.21101106

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER**

2022

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring dengan semakin tingginya tingkat pengetahuan dan kesadaran akan kebutuhan kesehatan maka semakin tinggi pula tuntutan masyarakat pada pelayanan keperawatan. Keadaan tersebut menuntun perawat pada suatu bentuk persaingan untuk mendapatkan kepercayaan masyarakat akan pelayanan keperawatan, hal mana membuat perawat harus meningkatkan pelayanan keperawatan yang paripurna. Pelayanan yang berkualitas haruslah didukung oleh sumber-sumber yang memadai, antara lain sumber daya manusia yang bermutu, standar pelayanan termasuk pelayanan keperawatan yang berkualitas, disamping fasilitas yang sesuai harapan masyarakat. Agar pelayanan keperawatan senantiasa memenuhi harapan konsumen dan sesuai dengan standar yang berlaku maka diperlukan suatu pengawasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan. Melalui pengawasan atau supervisi diharapkan perawat dapat melaksanakan asuhan yang berkualitas sesuai standar. Supervisi tersebut merupakan salah satu bentuk kegiatan dari manajemen dan merupakan cara yang tepat untuk menjaga mutu pelayanan keperawatan.

12 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Setelah melakukan tindakan supervisi keperawatan, mahasiswa mampumengaplikasikan peran kepala ruangan sebagai supervisor dan peran perawat primer maupun perawat associate.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Kepala ruangan mampu mengevaluasi dan menilai kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
2. Kepala ruangan mampu memberikan umpan balik (feed back) terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan perawat.
3. Kepala ruangan memberikan tindak lanjut (follow up) terhadap permasalahan yang dihadapi oleh perawat selama melakukan asuhan keperawatan.
4. Mampu menjalin kerjasama dan keakraban antar perawat.
5. Meningkatkan kinerja perawat primer dan perawat associatc.

13 Manfaat

1.3.1 Manfaat Bagi Perawat

1. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat yang disupervisi dan meningkatkan hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara supervisor dan perawat yang disupervisi.
2. Meningkatkan kemampuan perawat primer dan perawat associate dalam menerapkan asuhan keperawatan dan mengurangi adanya kesalahan yang dilakukan perawat.

1.3.2 Manfaat bagi Pasien

Pasien mendapat pelayanan keperawatan yang berkualitas dan sesuai dengan tuntutan pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Supervisi

Supervisi adalah suatu teknik pelayanan yang tujuan utamanya adalah mempelajari dan memperbaiki secara bersama – sama Supervisi keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan, dan perawatan agar pasien mendapat pelayanan yang bermutu setiap saat (Depkes, 2000).

Supervisi keperawatan adalah suatu proses pemberian sumber - sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka mencapai tujuan.

2.2 Tujuan supervisi

Tujuan supervisi adalah pemenuhan dan peningkatan pelayanan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, keterampilan dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas.

2.3 Prinsip supervisi

- a. Supervisi dilakukan sesuai dengan struktur organisasi.
- b. Supervisi memerlukan pengetahuan dasar manajemen, keterampilan hubungan antar manusia dan kemampuan menerapkan prinsip manajemen dan kepemimpinan.
- c. Fungsi supervisi diuraikan dengan jelas, terorganisir dan dinyatakan melalui petunjuk, peraturan, uraian tugas dan standar.
- d. Supervisi merupakan proses kerjasama yang demokratis antara supervisor dan perawat pelaksana.
- e. Supervisi merupakan visi, misi, falsafah, tujuan, dan rencana yang spesifik.
- f. Supervisi menciptakan lingkungan yang kondusif, komunikasi efektif, kreativitas dan motivasi.
- g. Supervisi mempunyai tujuan yang berhasil guna dan berdaya guna dalam pelayanan keperawatan yang memberi kepuasan klien, perawat, dan manajer.

2.4 Pelaksana Supervisi

1. Kepala ruangan :

- a. Bertanggung jawab dalam supervisi pelayanan keperawatan pada klien di ruang perawatan.
- b. Merupakan ujung tombak penentu tercapai atau tidaknya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- c. Mengawasi perawat pelaksana dalam melaksanakan praktek keperawatan di ruang perawatan.

2 Kepala instalasi rawat inap :

Mengawasi instalasi rawat inap dalam melaksanakan tugas secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung.

3 Kepala sub. Bagian keperawatan :

Bertanggung jawab untuk melaksanakan supervisi kepala seksi perawatan secara langsung dan semua perawat secara tidak langsung

2.5 Langkah-langkah Supervisi

1. Pra supervisi

- a. Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi
- b. Supervisor menetapkan tujuan

2. Supervisi

- a. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan instrument atau alat ukur yang telah disiapkan.
- b. Supervisor menemukan beberapa hal yang memerlukan pembinaan.
- c. Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi masalah
- d. Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara, dan memvalidasi data sekunder.

3. Pasca supervisi 3F

- a. Supervisor memberikan penilaian supervisi (F – Fair).
- b. Supervisi memberikan Feed Back dan Klarifikasi
- c. Supervisi memberikan reinforcement dan Follow up perbaikan.

4 Peran Supervisor dan Fungsi Supervisi

Peran dan fungsi supervisor dalam supervisi adalah mempertahankan keseimbangan manajemen pelayanan keperawatan dan manajemen sumber daya yang tersedia.

a. Manajemen pelayanan keperawatan

Tanggung jawab supervisor adalah :

- 1) Menetapkan dan mempertahankan standar praktek keperawatan.
- 2) Menilai kualitas asuhan keperawatan dan pelayanan yang diberikan.
- 3) Mengembangkan peraturan dan prosedur yang mengatur pelayanan keperawatan, bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain yang terkait.
- 4) Memastikan praktek keperawatan professional dilaksanakan

b. Manajemen anggaran

Manajer keperawatan berperan aktif dalam membantu perencanaan, dan pengembangan.

Supervisor berperan dalam :

- 1) Membantu menilai rencana keseluruhan dikaitkan dengan dana tahunan yang tersedia, mengembangkan tujuan unit yang dapat dicapai sesuai tujuan RS.
- 2) Membantu mendapatkan informasi statistik untuk merencanakan anggaran keperawatan.
- 3) Memberi justifikasi proyeksi anggaran unit yang dikelola, Supervisi memerlukan praktek dan evaluasi yang benar agar dapat berjalan sesuai prosedur

2.6 Teknik Supervisi

Proses Supervisi keperawatan terdiri dari 3 elemen pokok, yaitu :

1. Mengacu pada standar asuhan keperawatan
2. Fakta pelaksanaan praktek keperawatan sebagai pembanding untuk menetapkan pencapaian.
3. Tindak lanjut dalam upaya memperbaiki dan mempertahankan kualitas asuhan.

Area yang disupervisi adalah pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan oleh Perawat Primer dan Perawat Associate berdasarkan standar asuhan yang telah ditetapkan. Supervisi dapat dilakukan melalui dua cara yaitu :

1. Supervisi langsung : Supervisi dilakukan secara langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung, dimana supervisor dapat terlibat dalam kegiatan, feed back dan perbaikan.

Adapun prosesnya adalah :

- a. Perawat pelaksana melakukan secara mandiri suatu tindakan keperawatan didampingi oleh supervisor.
 - b. Selama proses, supervisor dapat memberi dukungan, reinforcement dan petunjuk.
 - c. Setelah selesai, supervisor dan perawat pelaksana melakukan diskusi yang bertujuan untuk menguatkan yang telah sesuai dan memperbaiki yang masih kurang. Reinforcement pada aspek yang positif sangat penting dilakukan oleh supervisor.
2. Supervisi secara tidak langsung : Supervisi dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan. Supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi di lapangan sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta. Umpan balik dapat diberikan secara tertulis.
3. Pengorganisasian Peran
 - a. Peran Kepala Ruang :
 - Sebagai konsultan dan pengendali mutu perawat primer.
 - Orientasi dan merencanakan karyawan baru.
 - Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten.
 - Evaluasi kerja.
 - Merencanakan / menyelenggarakan pengembangan staf
 - Membuat 1- 2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi.
 - b. Peran Perawat Primer :
 - Menerima klien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif
 - Membuat tujuan dan rencana keperawatan
 - Melaksanakan rencana yang telah dibuat
 - Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain.
 - Mengadakan kunjungan rumah bila perlu
 - c. Peran Perawat Associate :

Peran Perawat Associate adalah melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun oleh Perawat Primer.

2.7 Peran Kepala Ruangan, PP, dan PA dalam Metode Asuhan Keperawatan Profesional Primer (MAKP-Primer)

1. Peran kepala ruangan
 - a. Sebagai konsultan dan pengendali mutu perawat primer
 - b. Mengorientasi dan merencanakan karyawan baru
 - c. Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan kepada PP
 - d. Evaluasi kerja
 - e. Merencanakan atau menyelenggarakan pengembangan staf
2. Peran perawat/ners primer (PP)
 - a. Menerima klien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komperhensif
 - b. Membuat tujuan dan merencanakan keperawatan
 - c. Melaksanakan rencana yang telah dibuat
 - d. Mengomunikasikan dan mengoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain atau perawat
 - e. Menerima dan menyesuaikan rencana asuhan
 - f. Menyiapkan penyuluhan untuk pasien pulang
 - g. Menyiapkan rujukan kepada tim pelayanan kesehatan terkait
 - h. Mengadakan kunjungan rumah bila perlu
3. Peran perawat/ners associate (PA) Peran PA adalah melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun oleh PP.

BAB 3

PENUTUP

3.1 Kesimpulan

Supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang di supervisi agar mereka dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif (Huber, 2000). Supervisi Keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenangan dan peralatan agar pasien mendapatkan pelayanan yang bermutu setiap saat (Nursalam, 2014).

3.2 Saran

Diharapkan kegiatan supervisi dapat meningkatkan kinerja perawat dan meningkatkan pelayanan keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional* Edisi 5. Jakarta :Salemba Medika.
- Setiadi. (2016). *Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan (Teori dan Aplikasi Praktik bagi Mahasiswa dan Perawat Klinis)*. Yogyakarta : Indomedia Pustaka.
- Suarli, S & Bachtiar. (2009). *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktik*. Jakarta : Erlangga

Lampiran 4

**PROPOSAL
PRE DAN POST CONFERENCE**



Disusun Oleh :

Nurrohma As'adia, S.Kep	NIM.21101074
Nur fakhira salsabila, S.Kep	NIM.21101070
Muhammad Yusuf, S.Kep	NIM.21101066
Zhevio Gilang Anggariesta, S.Kep	NIM.21101106

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER**

2022

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keperawatan sebagai salah satu pemberi layanan kesehatan di rumah sakit wajib memberikan layanan perawatan yang prima, efisien, efektif dan produktif kepada masyarakat. Perawat merupakan kelompok pemberi jasa pelayanan kesehatan terbesar di rumah sakit yang jumlahnya 40%-60%, mengerjakan hampir 90% layanan kesehatan di rumah sakit melalui asuhan keperawatan dan sangat berpengaruh pada hasil akhir (outcome) pasien. Di rumah sakit, perawat memiliki peran fundamental yang luas selama 24 jam sehari, 365 hari dalam setahun, dan berdampak pada efisiensi, kualitas, dan efektifitas layanan kesehatan.

Pengoptimalan peran dan fungsi perawat dapat dilakukan melalui pembagian tugas yang jelas kepada perawat. Untuk itu, kejelasan dalam pembagian tugas dan kewajiban perawat sangatlah penting. Pembagian tugas membuat perawat membuat perawat memiliki pengaturan pekerjaan yang tepat untuk menentukan apa hasil kerja sesuai dengan tujuan. Sehingga, perlu adanya diskusi terhadap perencanaan kegiatan dari perawat dan seberapa jauh rencana tersebut dapat dilakukan guna mencapai tujuan asuhan keperawatan.

Conference klinik merupakan pengalaman belajar kelompok yang menjadi bagian integral dari pengalaman klinik (Billings dan Judith, 1999). Menurut Reilly dan Obermann (1999), conference adalah bentuk diskusi kelompok mengenai beberapa aspek klinik. Terdapat dua jenis conference, yaitu pre- conference dan post-conference. Conference dapat menjadi sarana dalam meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinik serta meningkatkan kepercayaan diri dalam bertugas.

12 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengomunikasikan rencana kerja dan hasil kegiatan sepanjang shift oleh perawat pelaksana kepada ketua tim atau penanggung jawab tim.

13 Tujuan Khusus

1. Mengklarifikasi rencana kegiatan yang akan dilakukan.
2. Mengklarifikasi rencana tambahan dari ketua tim atau penanggungjawab tim.
3. Mengklarifikasi hasil kegiatan sepanjang shift.
4. Menyampaikan hal yang sudah /belum dilakukan dalam rencana kegiatan yang telah disusun sebelumnya.
5. Mendiskusikan kegiatan yang belum tercapai dan membangun sistem pendukung di unit rawat inap.

14 Manfaat

1.4.2 Bagi Mahasiswa

1. Meningkatkan kemampuan perawat dalam berpikir kritis.
2. Meningkatkan kemampuan perawat dalam pengambilan keputusan klinik
3. Meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam bertugas.
4. Menjalin hubungan bekerjasama dan bertanggungjawab antar perawat
5. Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan

15 Bagi Pasien

Klien mendapatkan asuhan keperawatan yang optimal melalui kegiatan- kegiatan yang telah terencana dan matang sehingga dapat meningkatkan kepuasan klien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Pre-Conference dan Post Conference

Conference adalah diskusi kelompok tentang beberapa aspek klinik dan kegiatan konsultasi. Conference dilakukan sebelum dan sesudah melaksanakan asuhan pada pasien. Pre conference adalah komunikasi kepala primer dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh kepala primer atau penanggung jawab primer. Jika yang dinas hanya 1 (satu) orang, maka pre conference ditiadakan. Isi pre conference adalah rencana tiap perawat (rencana harian) dan tambahan rencana dari kepala primer dan penanggung jawab primer. Post Conference adalah komunikasi kepala primer dan perawat pelaksana tentang hasil kegiatan sepanjang shift berikutnya. Isinya adalah hasil asuhan keperawatan tiap perawatan dan hal penting untuk operan (tindak lanjut). Post conference dipimpin oleh kepala primer atau penanggung jawab primer.

2.2 Macam-Macam Pre-Conference dan Post Conference

Conference di bagi menjadi 2 macam :

2.1.1 Pre Conference

1. Definisi Pre conference adalah komunikasi ketua tim dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh ketua tim atau penanggung jawab tim. Jika yang dinas pada tim tersebut hanya satu orang, maka pre conference ditiadakan. Isi pre conference adalah rencana tiap perawat (rencana harian), dan tambahan rencana dari kepala tim dan penanggung jawab tim (Asmuji, 2012). Pre conference adalah diskusi tentang aspek klinik sebelum melaksanakan asuhan pada pasien.
2. Tujuan pre conference
 - a. Membantu untuk mengidentifikasi masalah-masalah pasien, merencanakan asuhan dan merencanakan evaluasi hasil
 - b. Mempersiapkan hal-hal yang akan ditemui di lapangan
 - c. Memberikan kesempatan untuk berdiskusi tentang keadaan pasien
3. Syarat pelaksanaan

- a. Pre conference dilaksanakan sebelum pemberian asuhan keperawatan dan post conference dilakukan sesudah pemberian asuhan keperawatan
 - b. waktu efektif yang diperlukan 10 atau 15 menit
 - c. Topik yang dibicarakan harus dibatasi, umumnya tentang keadaan pasien, perencanaan tindakan rencana dan data-data yang perlu ditambahkan dan Yang terlibat dalam conference adalah kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim
4. Pelaksanaan
- a. Dipimpin oleh ketua tim atau penanggung jawab tim Isi conference:
 - Rencana tiap perawat (rencana harian)
 - Tambahan rencana dari ketua tim atau penanggung jawab tim
 - b. Waktu : Dilakukan setelah operan
 - c. Tempat : Dilakukan di meja masing – masing tim
 - d. Penanggung jawab :
 - Ketua tim atau penanggung jawab tim kegiatan
 - Ketua tim atau penanggung jawab tim membuka acara
 - Ketua tim atau penanggung jawab tim menajikan rencana harian masing – masing perawat pelaksana
 - Ketua tim atau penanggung jawab tim memberikan masukan dan tindakan lanjut terkait dengan asuhan yang diberikan saat itu

2.1.2 Post Conference

1. Definisi

Post conference adalah diskusi tentang aspek klinik sesudah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. Conference merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. Konferensi dilakukan sebelum atau setelah melakukan operan dinas, pagi, sore atau malam sesuai dengan jadwal dinas perawatan pelaksanaan. Conference sebaiknya dilakukan di tempat tersendiri sehingga dapat mengurangi gangguan dari luar.

2. Tujuan Post Conference

Tujuan post conference adalah untuk memberikan kesempatan mendiskusikan penyelesaian masalah dan membandingkan masalah yang dijumpai.

3. Syarat Post Conference

- a. Post conference dilakukan sesudah pemberian asuhan keperawatan
- b. Waktu efektif yang diperlukan 10 atau 15 menit
- c. Topik yang dibicarakan harus dibatasi, umumnya tentang keadaan pasien, perencanaan tindakan rencana dan data-data yang perlu ditambahkan
- d. Yang terlibat dalam conference adalah kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim

4. Pelaksanaan Dalam Melaksanakan Konferensi Adapun panduan bagi Perawat pelaksana dalam melakukan konferensi adalah sebagai berikut:

- a. Konferensi dilakukan setiap hari segera setelah dilakukan pergantian dinas pagi atau sore sesuai dengan jadwal perawatan pelaksana.
- b. Konferensi dihadiri oleh PP dan PA dalam timnya masing – masing.
- c. Penyampaian perkembangan dan masalah klien berdasarkan hasil evaluasi kemarin dan kondisi klien yang dilaporkan oleh dinas malam.
- d. Hal hal yang disampaikan oleh perawat pelaksana meliputi :
 - Utamanya tentang klien (biodata, status sosial, ekonomi, budaya)
 - Keluhan klien
 - TTV dan kesadaran
 - Hasil pemeriksaan laboratorium atau diagnostic terbaru.
 - Masalah keperawatan
 - Rencana keperawatan hari ini.
 - Perubahan keadaan terapi medis.
 - Rencana medis selanjutnya (tindak lanjut)
- e. Perawat pelaksana mendiskusikan dan mengarahkan perawat tentang masalah yang terkait dengan perawatan klien yang meliputi :
 - Klien yang terkait dengan pelayanan seperti : keterlambatan, kesalahan pemberian makan, kebisingan pengunjung lain, kehadiran dokter yang dikonsulkan.
 - Ketepatan pemberian infus
 - Ketepatan pemantauan asupan dan pengeluaran cairan.

- Ketepatan pemberian obat / injeksi.
 - Ketepatan pelaksanaan tindakan lain,
 - Ketepatan dokumentasi.
- f. Menggiatkan kembali standar prosedur yang ditetapkan.
- g. Menggiatkan kembali tentang kedisiplinan, ketelitian, kejujuran dan kemajuan masing-masing perawatan asosiet
- h. Membantu perawat menyelesaikan masalah yang tidak dapat diselesaikan. Tahap – tahap inilah yang akan dilakukan oleh perawat – perawat ruangan ketika melakukan post conference

2.1.3 Hal yang Perlu diperhatikan Pre-Conference dan Post Conference

1. Pre-conference dilaksanakan setelah operan shift dan post-conference dilaksanakan sebelum operan shift.
2. Dipimpin oleh ketua tim atau penanggungjawab tim.
3. Jika staf yang berdinas pada tim tersebut hanya satu orang, pre-conference akan ditiadakan
4. Pre-conference diikuti oleh perawat yang akan dinas pada masing-masing tim dan post-conference diikuti oleh perawat yang telah dinas pada masing-masing tim.
5. Media yang digunakan adalah RKH perawat pelaksana dan buku conference.

DAFTAR PUSTAKA

- Kurniadai, Anwar. 2013. *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya: Teori, Konsep, dan Aplikasi*. Jakarta: Badan Penerbit FK UI
- Nursalam, 2009, *ManajemenKeperawatan: Aplikasidalam Praktek Keperawatan Profesional* Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta.
- Sugiarto, Achmad Sigit dkk. 2012. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi MPKP di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC

Lampiran 6

**PROPOSAL
DISKUSI REFLEKSI KASUS**



Disusun Oleh :

Nurrohma As'adia, S.Kep	NIM.21101074
Nur fakhira salsabila, S.Kep	NIM.21101070
Muhammad Yusuf, S.Kep	NIM.21101066
Zhevio Gilang Anggariesta, S.Kep	NIM.21101106

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER**

2022

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kinerja menjadi tolok ukur keberhasilan pelayanan kesehatan yang menunjukkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam kerangka tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Dalam pelayanan kesehatan, berbagai jenjang pelayanan dan asuhan pasien (*patient care*) merupakan tujuan utama, serta pelayanan keperawatan merupakan kontinum asuhan pelayanan kesehatan. Upaya untuk memperbaiki mutu dan kinerja pelayanan klinis pada umumnya dimulai oleh perawat melalui berbagai bentuk kegiatan, seperti: gugus kendali mutu, penerapan standar keperawatan, pendekatan-pendekatan pemecahan masalah, maupun audit keperawatan.

Praktik klinik yang efektif dituntut untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang profesional, dinamis, menyeluruh dengan sistem pelayanan kesehatan yang terpadu dalam menyelesaikan masalah yang hampir tidak ada pemecahannya. Seorang tenaga kesehatan dituntut untuk mampu melakukan perencanaan harian dalam menyelesaikan masalah tersebut, hasil penelitian yang dilakukan oleh Iqbal Ahmad menunjukkan refleksi kasus mampu meningkatkan individu dalam membuat perencanaan harian. Refleksi kasus membutuhkan pengetahuan baru serta kompetensi dalam keterampilan klinik termasuk didalamnya adalah perilaku yang positif, pembelajaran berkelanjutan, evidence base practice serta kolaborasi interdisiplin sehingga diharapkan mampu untuk meningkatkan profesionalisme bagi tenaga kesehatan.

Pengembangan profesionalisme masa kini bagi perawat menjadi tantangan, dimana mutu pelayanan yang tinggi akan menjadi tuntutan dari pelanggan. Peningkatan profesionalisme dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya dengan pemecahan masalah yang muncul dalam pelayanan kesehatan salah satunya yaitu refleksi kasus di Indonesia diperkenalkan melalui diskusi refleksi kasus (DRK) sebagai suatu metoda baru. Apabila dilaksanakan secara rutin dan konsisten oleh kelompok masing-masing akan dapat mendorong perawat lebih memahami hubungan standar dengan kegiatan pelayanan yang dilakukan sehari-hari.

Dengan refleksi kasus maka seorang perawat akan melakukan introspeksi terhadap tindakan atau kegiatan kerja yang sudah dilakukan sehingga peningkatan kualitas kerja yang diharapkan. Untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan melalui penyelenggaraan rumah sakit, perlu dilakukan penilaian baik internal, maupun eksternal. Penilaian internal dilakukan diseluruh komponen rumah sakit salah satunya yaitu dengan DRK seperti yang jelaskan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 836/MENKES/SK/VI/20054. Mempraktekkan DRK juga dapat dikatakan sebagai bagian “in-service training” yang sangat efektif dan sangat efisien. Kesadaran akan kebutuhan untuk berkembang adalah menjadi salah satu tanggung jawab perawat terhadap dirinya sendiri dan profesinya. Melalui peningkatan profesionalisme setiap anggota profesi akan dapat pula meningkatkan kinerja perawat sesuai standar dalam memberikan pelayanan yang bermutu untuk memenuhi harapan masyarakat.

1.2 Tujuan

1. Mengembangkan profesionalitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.
2. Salah satu wahana untuk menyelesaikan masalah dengan mengacu pada standar keperawatan yang telah ditetapkan

1.3 Manfaat

1. Meningkatkan aktualisasi perawat.
2. Membangkitkan motivasi belajar perawat.
3. Belajar untuk menghargai kerjasama tim kesehatan.
4. Memberikan kesempatan individu untuk mengeluarkan pendapat tanpa merasa tertekan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi

Refleksi Diskusi Kasus (DRK) adalah suatu metode pembelajaran dalam merefleksikan pengalaman suatu keberhasilan asuhan perawatan yang aktual dan menarik maupun suatu ketidak berhasilan dalam mengelola asuhan keperawatan dilapangan melalui suatu diskusi kelompok yang mengacu pada pemahaman standar yang di tetapkan.

Refleksi klinis merupakan alat yang sangat kuat untuk meningkatkan kemampuan keterampilan klinis dan profesionalisme Refleksi merupakan pendekatan pembelajaran ketrampilan klinis dan metakognitif. Strategi pembelajaran dengan memperhatikan refleksi fokus internal dan eksternal baik secara lisan maupun tertulis. Diskusi berdasarkan kasus merupakan salah satu bentuk pelatihan klinik yang di setting untuk membantu pembelajaran dalam assesmen dalam tatanan klinik. Tujuan utama dari diskusi berdasarkan kasus adalah untuk memberikan pembelajaran klinik yang terstruktur dan pemberian umpan balik terhadap partisipan dalam diskusi tersebut.

Diskusi yang berdasarkan kasus mampu untuk meningkatkan kualitas pembelajaran dan pemberian umpan balik selain itu juga meningkatkan kemampuan dalam pengambilan keputusan klinis dan merupakan cara perubahan yang paling efektif dalam tatatnan klinik.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam diskusi berdasarkan (refleksi) kasus ini sebagai upata dalam pemecahan masalah :

1. Siapa yang membutuhkan perawatan dan kenapa?
2. Tujuan yang diharapkan dari intervensi
3. Bagaimana cara melakukan dokumentasi?
4. Rencana tindakan, tindakan, pelayanan dan jumlah kunjungan dalam mencapai tujuan
5. Bagaimana peran pasien dan keluarga dalam proses pemecahan masalah?
6. Bagaimana cara melakukan evaluasi dari keberhasilan intervensi dan pembiayaan yang efektif?

7. Apakah dibutuhkan pelayanan kesehatan yang lain dan skening?

2.2 Langkah dalam DRK

Langkah awal sebelum melakukan kegiatan DRK melalui suatu diskusi kelompok setiap peserta diberi kesempatan untuk mengemukakan pengalaman yang actual. menarik, terkini maupun yang lalu dan penting untuk diinformasikan dan ditindaklanjuti guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan maupun profesionalisme perawat.

1. Memilih dan menetapkan kasus didiskusikan
2. Jadwal kegiatan

2.3 Peran personal dalam DRK

Dalam diskusi refleksi kasus (DRK) ditetapkan suatu aturan main yang harus dipatuhi oleh semua peserta agar diskusi tersebut dapat terlaksana dengan tertib, ada 3 macam peran yang telah disepakati dan dipahami dalam pelaksanaan DRK, yaitu :

1. Peran penyaji
 - b. Menyiapkan kasus klinis keperawatan yang pernah dialami atau pernah terlihat didalamnya, kemudian menjelaskan kasus yang sudah disiapkan, alokasi waktu 10-20 menit.
 - c. Menyimak pertanyaan yang disampaikan
 - d. Memberikan jawaban sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman nyata yang telah dilakukan dengan merujuk pada standar yang relevan atau SPO yang berlaku
2. Peran peserta
 - a. Setiap peserta mempunyai hak untuk mengajukan pertanyaan minimal satu pertanyaan dengan alokasi waktu keseluruhan 20-30 menit
 - b. Dalam mengajukan pertanyaan agar merujuk pada standar
 - c. Tidak dibenarkan mengajukan pertanyaan/penyataan yang sifatnya menyalahkan atau memojokkan
 - d. Tidak dibenarkan mendominasi pertanyaan
 - e. Pertanyaan berupa klarifikasi dan tidak bersifat menggurui

20) Peran fasilitator

- a. Mempersiapkan ruangan diskusi dengan mengatur posisi tempat duduk dalam bentuk lingkungan sehingga peserta dapat saling bertatap muka dengan leluasa
- b. Membuka pertemuan
- c. Mempersiapkan penyaji untuk menyampaikan kasus
- d. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya selama DRK berlangsung

21) Peran notulen

Mencatat hal penting selama proses DRK.

RENCANA STRATEGI DISKUSI REFLEKSI KASUS

1. Pelaksanaan Hari/Tanggal : Sabtu/ 30 Juli 2022
2. Pukul : 12.30 – 13.10 WIB
3. Topik : Diskusi Refleksi Kasus
4. Tempat : Nurse Station Ruang Arjuna
5. Metode
Diskusi
Tanya jawab
6. Media
Alat Tulis
7. Pengorganisasian
Pembimbing :
Ketua Kelompok : Zhenvio Gilang Anggariesta, S.Kep
Anggota :
Muhammad Yusuf, S.Kep
Nur Fakhira Salsabila, S.Kep
Nurrohma As'adia, S.Kep

LAMPIRAN

CRHONIC KIDNEY DESEASE

1. Pengertian Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah (Muttaqin dan Sari, 2011).

Chronic kidney disease (CKD) atau penyakit ginjal kronis didefinisikan sebagai kerusakan ginjal untuk sedikitnya 3 bulan dengan atau tanpa penurunan glomerulus filtration rate (GFR) (Nahas & Levin, 2010). CKD atau gagal ginjal kronis (GGK) didefinisikan sebagai kondisi dimana ginjal mengalami penurunan fungsi secara lambat, progresif, irreversibel, dan samar (insidius) dimana kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme, cairan, dan keseimbangan elektrolit, sehingga terjadi uremia atau azotemia (Smeltzer, 2009). Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana ginjal gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia berupa retensi urea dan sampah lain dalam darah (Brunner & Suddarth, 2002).

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan dimana ginjal mengalami kerusakan sehingga tidak mampu lagi mengeluarkan sisa-sisa metabolisme yang ada di dalam tubuh dan menyebabkan penumpukan urea dan sampah metabolisme lainnya serta ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

2. Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Menurut Muttaqin dan Sari (2011) kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan GGK bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan di luar ginjal.

a. Penyakit dari ginjal

- 1) Penyakit pada saringan (glomerulus): glomerulusnephritis.
- 2) Infeksi kuman: pyelonephritis, ureteritis.
- 3) Batu ginjal: nefrolitiasis.
- 4) Kista di ginjal: polycystis kidney.
- 5) Trauma langsung pada ginjal.

- 6) Keganasan pada ginjal.
- 7) Sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur.
- b. Penyakit umum di luar ginjal
 - 1) Penyakit sistemik: diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi.
 - 2) Dyslipidemia.
 - 3) SLE.
 - 4) Infeksi di badan: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis
 - 5) Preeklamsi.
 - 6) Obat-obatan.
 - 7) Kehilangan banyak cairan yang mendadak (luka bakar).

22) Manifestasi Klinis Gagal Ginjal Kronis

Menurut perjalanan klinis gagal ginjal kronik :

- a. Menurunnya cadangan ginjal pasien asimtomatik, namun GFR dapat menurun hingga 25% dari normal
- b. Insufisiensi ginjal, selama keadaan ini pasien mengalami poliuria dan nokturia, GFR 10% hingga 25% dari normal, kadar creatinin serum dan BUN sedikit meningkat diatas normal.
- c. Penyakit ginjal stadium akhir (*ESRD*) atau sindrom uremik (lemah, latergi, anoreksia, mual, muntah, nokturia, kelebihan volume cairan (volume overload), neuropati perifer, pruritus, uremic frost, perikarditis, kejang-kejang sampai koma), yang ditandai dengan GFR kurang dari 5-10 ml/ menit, kadar serum kreatinin dan BUN meningkat tajam, dan terjadi perubahan biokimia dan gejala yang komplek.

Gejala komplikasinya antara lain, hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, khlorida) (Nurarif dan Kusuma, 2015).

23) Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan CKD dibagi tiga yaitu :

- a. Konservatif
 - 1) Dilakukan pemeriksaan lab.darah dan urin
 - 2) Observasi balance cairan
 - 3) Observasi adanya odema

- 4) Batasi cairan yang masuk
- b. Dialysis
 - 1) Peritoneal dialysis

Biasanya dilakukan pada kasus – kasus emergency. Sedangkan dialysis yang bisa dilakukan dimana saja yang tidak bersifat akut adalah CAPD (Continues Ambulatori Peritonial Dialysis)
 - 2) Hemodialisis

Yaitu dialisis yang dilakukan melalui tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin. Pada awalnya hemodiliasis dilakukan melalui daerah femoralis namun untuk mempermudah maka dilakukan :
 - 3) AV fistule : menggabungkan vena dan arteri
 - 4) Double lumen : langsung pada daerah jantung (vaskularisasi ke jantung)
 - 5) Operasi
 - Pengambilan batu
 - Transplantasi ginjal

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Radiologi

Ditujukan untuk menilai keadaan ginjal dan menilai derajat dari komplikasi yang terjadi.
- b. Foto polos abdomen untuk menilai bentuk dan besar ginjal (batu a/ obstruksi)

Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal oleh sebab itu penderita diharapkan tidak puasa.
- c. IVP (Intra Vena Pielografi) untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter

Pemeriksaan ini mempunyai resiko penurunan faal ginjal pada keadaan tertentu, misalnya : usia lanjut, DM, dan Nefropati Asam Urat.
- d. USG untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih serta prostat.
- e. Renogram untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi dari gangguan (vaskuler, parenkim, ekskresi), serta sisa fungsi ginjal.
- f. Pemeriksaan radiologi jantung untuk mencari kardiomegali, efusi perikardial.
- g. Pemeriksaan Radiologi tulang untuk mencari osteodistrofi (terutama untuk falanks

jari), kalsifikasi metastasik.

- h. Pemeriksaan radiologi paru untuk mencari uremik lung; yang terakhir ini dianggap sebagai bendungan.
- i. Pemeriksaan Pielografi Retrograd bila dicurigai obstruksi yang reversibel.
- j. EKG untuk melihat kemungkinan :hipertropi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia, gangguan elektrolit (hiperkalemia).
- k. Biopsi ginjal
- l. Pemeriksaan Laboratorium yang umumnya dianggap menunjang, kemungkinan adanya suatu Gagal Ginjal Kronik :
 - Laju Endap Darah : Meninggi yang diperberat oleh adanya anemia, dan hipoalbuminemia.
 - Anemia normositer normokrom, dan jumlah retikulosit yang rendah.
 - Ureum dan kreatinin : Meninggi, biasanya perbandingan antara ureum dan kreatinin lebih kurang 20 : 1. Ingat perbandingan bisa meninggi oleh karena perdarahan saluran cerna, demam, luka bakar luas, pengobatan steroid, dan obstruksi saluran kemih.

Perbandingan ini berkurang : Ureum lebih kecil dari Kreatinin, pada diet rendah protein, dan Tes Klirens Kreatinin yang menurun.
 - Hiponatremi : umumnya karena kelebihan cairan.
 - Hiperkalemia : biasanya terjadi pada gagal ginjal lanjut bersama dengan menurunnya diuresis.
 - Hipokalsemia dan Hiperfosfatemia : terjadi karena berkurangnya sintesis $1,24$ (OH) $_2$ vit D $_3$ pada GGK.
 - Fosfatase lindi meninggi akibat gangguan metabolisme tulang, terutama Isoenzim fosfatase lindi tulang.
 - Hipoalbuminemis dan Hipokolesterolemia; umumnya disebabkan gangguan metabolisme dan diet rendah protein.
 - Peninggian Gula Darah, akibat gangguan metabolisme karbohidrat pada gagal ginjal, (resistensi terhadap pengaruh insulin pada jaringan perifer)
 - Hipertrigliserida, akibat gangguan metabolisme lemak, disebabkan, peninggian hiormon inslin, hormon somatotropik dan menurunnya lipoprotein lipase.

- Asidosis metabolik dengan kompensasi respirasi menunjukkan pH yang menurun, BE yang menurun, HCO₃ yang menurun, PCO₂ yang menurun, semuanya disebabkan retensi asam-asam organik pada gagal ginjal.

7. **Komplikasi**

Komplikasi dari gagal ginjal kronis menurut Smeltzer (2009) yaitu :

- Hiperkalemia: akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diit berlebih.
- Perikarditis : Efusi pleura dan tamponade jantung akibat produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
- Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem reninangiotensin-aldosteron.
- Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah.
- Penyakit tulang serta kalsifikasi akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum rendah, metabolisme vitamin D dan peningkatan kadar aluminium.
- Asidosis metabolic, Osteodistropi ginjal & Sepsis, Neuropati perifer, Hiperuremia

PELAKSANAAN DISKUSI REFLEKSI KASUS DIRUANG ARJUNA
RSUD dr. ABDOER RAHEM

Identitas

Nama Pasien : NY. R
Tempat tanggal lahir : Panji, 02 – 04 0 2004
No RM :
Tanggal MRS : 25 Juli 2022

Keadaan pasien

Kondisi umum : Sadar penuh
Kesadaran : Composmentis

Tanda vital

Tekanan darah : 193/133 mmHg
Nadi : 125x/menit
Suhu : 36,7
Pernafasan : 21x/menit

Diagnosa Medis

CKD st 5, Hipertensi, Pneumothorax

ASESMEN AWAL RAWAT INAP RUANG ARJUNA

Anamnesis

Riwayat Penyakit Sekarang : pasien dibawa oleh keluarga ke RSUD dr. Abdoer Rahem dengan keluhan sesak pada tanggal 25 juli 2022, kemudian dipindahkan ke Ruang Rawat Inap Arjuna (Penyakit Dalam).

Riwayat Penyakit Dahulu : Keluarga pasien mengatakan pasien dulu sering mengkonsumsi minuman bersoda, porsi makan sedikit dengan frekuensi 3xsehari.

Tanda Vital

Tekanan darah : 193/133 mmHg
Nadi : 125x/menit
Suhu : 36,7
Pernafasan : 21x/menit

Hasil Pemeriksaan Penunjang

Hgb : 8,6
Bun : 25
Creat : 5,05

Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perfusi renal tidak efektif b.d disfungsi ginjal
2. Gangguan integritas kulit b.d kelembapan ditandai dengan : pruritus, kulit kering dan bersisik, pigmentasi abnormal

Tindakan Keperawatan

1. Observasi tanda tanda vital
2. Pemberian oksigen nasal 4lpm
3. HD rutin setiap hari rabu dan sabtu
4. Pemberian obat injeksi dan oral
5. Rencana *discharge planning* kepada keluarga pasien yang tinggal serumah terkait cara merawat pasien dirumah (pola diit yaitu membatasi cairan, tidak dianjurkan untuk makan buah dan sayur, tidak dianjurkan meminum minuman bersoda)

SKENARIO ROLE PLAY DISKUSI REFLEKSI KASUS

Kepala ruangan : Zhenvio Gilang A. S.Kep

Ketua tim : Nur fakhira salsabila, S.Kep

Perawat penanggung jawab : Muhammad Yusuf, S.Kep

Perawat pelaksana : Nurrohma As'adia S.Kep

Pasien atas nama Ny. R dibawa ke IGD pada pukul 03.31 pada tanggal 25 juli 2022 dengan keluhan sesak sejak kemarin (tanggal 24 juli 2022) degan diagnosa CKD grade V. Pasien rutin HD setiap hari rabu dan sabtu.tepasang oksigen nasal kanul 4 lpm. Tensi darah: 193/133 mmHg, HR: 125 x/meit, S: 36,7° c, Spo² 100 %, HB: 8,6, BUN: 2,5 Creatinin: 5,05Di IGD pasien medapatkan terapi drip lasix 6A/PZ 100 cc/ 24 jam, ondansentron dan OMZ. Pada tanggal 26 juli 2022 Ny. R mengeluh sesak dan seing batuk. Ada nya suara nafas tabahan ronchi di paru-paru dextra dan sinistra, odema ekstremitas atas sinistra, TD: 100/90 mmHg, HR: 112 x/meit, S: 36,4° c, Spo² 100 %. Pada tanggal 27 juli 2022 rencana pasang WSD. Tanggal 28 juli 2022 rencana foto thoorax ulang.

Perawat mengutarakan keadaan pasien dan meminta persetujuan untuk diadakan DRK kepada kepala ruangan. Dan DRK akan dilaksanakan pada tanggal 30 juli 2022 pada pukul 10.00 Wib.

Karu : Assalamu'alaikum ibu. Selamat pagi.

Semua audiens menjawab salam

Karu : sebelum kita memulai kegiatan DRK hari ini marilah kita membaca basmalah sama-sama yang harapannya kegiatan hari ini dapat berjalan dengan lancar.

Baik terimakasih. Sebelumnya kita sepakati terlebih dahulu waktu diskusi kita hari ini sekitar 60 menit, 15 menit pemaparan kasus, 30 menit waktu diskusi, 15 kesimpulan sekaligus penutup. Bagaimana apakah kalian setuju?

Semua audiens menjawab setuju

Karu : baik kalau begitu langsung saja untuk mbak bela dipersilahkan untuk menyampaikan

kasus nya.

Katim : baik terimakasih mas gilang, sebelumnya Assalamu'alaikum Wr. Wb. Pada diskusi

kali ini kita akan membahas tentang pasien yang di kamar 6 B atas nama Ny. R dengan diagnosa CKD gred v. Pasien atas nama Ny. R dibawa ke IGD pada pukul 03.31 pada tanggal 25 juli 2022 dengan keluhan sesak sejak kemarin (tanggal 24 juli 2022) dengan diagnosa CKD grade V. Pasien rutin HD setiap hari rabu dan sabtu. terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm. Tensi darah: 193/133 mmHg, HR: 125 x/meit, S: 36,7° c, RR: 28x/ menit, Spo² 100 %, HB: 8,6, BUN: 2,5 Creatinin: 5,05. Di IGD pasien mendapatkan terapi drip lasix 6A/PZ 100 cc/ 24 jam, ondansentron dan OMZ. Pada tanggal 26 juli 2022 Ny. R mengeluh sesak dan sering batuk, lemas, mual muntah, dan tidak nafsu makan. Terdapat Ada nya suara nafas tabahan ronchi di paru-paru dextra dan sinistra, odema ekstremitas atas sinistra, TD: 140/90 mmHg, HR: 112 x/meit, S: 36,4° c, Spo² 100 %. Pada tanggal 27 juli 2022 rencana pasang WSD. Tanggal 28 juli 2022 rencana foto thorax ulang. Pasien juga mengatakan sudah sering keluar masuk rumah sakit karena penyakitnya itu.

Untuk diagnosa yang di ambil bersihan jalan nafas tidak efektif, Neusea, Risiko defisit nutrisi. Dari diagnosa tersebut telah dilakukan beberapa intervensi yang telah dilakukan kepada Ny. R adalah sebagai berikut:

1. Observasi TTV
2. Memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 lpm
3. Memberikan vitamin
4. Memberikan cairan infus
5. Memberikan makanan diet rendah garam
6. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat
7. Melakukan HD setiap hari rabu dan sabtu.

Dari apa yang telah dilakukan sesuai intervensi yang ada, tetapi pasien masih belum menunjukkan adanya peningkatan yang berarti. Mungkin dari kalian ada yang di sampaikan?

PJ : dari hasil intervensi yang sudah dipaparkan mbak bela. Yang menjadi pertanyaan saya

kenapa pasien masih sering keluar masuk rumah sakit sedangkan pasien sudah rutin HD setiap hari rabu dan sabtu. Apakah ada intervensi yang di rumah sakit yang lebih belum optimal?

PP : menurut hasil pengkajian saya kemarin pada 29 juli 2022 pada pasien dan keluarga nya di dapat kan pasien di rumah tidak pernah olah raga dan tidak menjaga pola makan dan pola hidup sehat, terbukti ibu pasien juga mengatakan bahwa anak nya ketika di rumah masih meminum minuman bersoda dan baru berhenti sekitar 1 minggu yang lalu. Pasien dan keluarga juga mengatakan tidak tahu makanan diet apa untuk penyakit CKD. Dan hal apa yang harus di hindari untuk mencegah kekambuhan dari penyakitnya.

Karu : baik, mungkin ada yang mau menambah kan?

Katim : ya saya ingin menambahkan. Ibu pasien juga mengatakan bahwa sanya saat ini anak nya tinggal dengan suami dan mertua nya sehingga ibu nya tidak dapat memantau kesehatan anak nya. Sedang kan suami dan mertua nya selalu sibuk bekerja setiap harinya. Pasien juga mengatakan setiap hari nya selalu sibuk dengan pekerjaan rumah dan mengurus anaknya sehingga tidak ada waktu untuk berolah raga. Pasien juga mengatakan ketika di rumah tidak pernah membatasi cairan dan masih sering suka mengkonsumsi sayuran hijau dan buah-buahan seperti yang paling sering di konsumsi yaitu buah semangka dan nangka.

Karu : baik, mungkin masih ada yang ingin menambahkan lagi? Atau sudah cukup?

Semua audiens menjawab tidak ada

Karu : baik, dari pemaparan mbak bela dan hasil anamnesa dari mas yusuf dan mbak diah yang dapat di simpulkan. Kemungkinan besar alasan sering nya pasien keluar masuk rumah sakit dikarenakan kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit yang dialami oleh Ny. R. sehingga memicu penyakit nya kambuh kembali. Itu artinya discharge planning yang sudah kita jalan kan masih belum optimal sehingga pasien kembali ke rumah sakit masih dengan keluhan yang sama. Dan untuk tindakan selanjutnya maka akan diadakan penyuluhan tentang perawatan di

rumah dengan pasien CKD kepada pasien dan keluarga yang selanjutnya kita akan mengevaluasi kembali ketika pelaksanaan discharge planning untuk memastikan pasien dan keluarga sudah benar-benar faham dengan penyakit yang diderita Ny. R. Dan untuk intervensi di rumah sakit bisa tetap dilanjutkan. Baik mungkin dari kalian ada yang ingin ditambahkan?

PP : saya ingin menambahkan mas gilang. Dan ketika dilakukan discharge planning nanti kita bisa menekankan kembali pada pasien dan keluarga untuk menjaga pola makan dan olahraga teratur terutama pada pembatasan cairan dan mengonsumsi sayuran atau buah-buahan yang menjadi pantangan untuk pasien-pasien CKD, dan untuk mencegah pasien kembali masuk rumah sakit.

PJ : baik, mungkin ada yang ingin menambahkan lagi?

Katim : mungkin sudah cukup mas gilang

Karu : baik kalau begitu saya persilahkan kepada mbak bela untuk membacakan hasil kegiatan DRK hari ini

Katim : baik terimakasih mas gilang, hasil dari kegiatan DRK kita hari ini yaitu:

1. Mengadakan penyuluhan tentang CKD pada pasien dan keluarga
2. Intervensi di rumah sakit tetap berlanjut

Dan untuk hasil penyuluhan tadi akan dievaluasi kembali ketika pelaksanaan discharge planning untuk memastikan tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit yang diderita Ny. R.

Baik terimakasih mungkin itu saja yang dapat saya sampaikan.

Karu : baik terimakasih mbak bela. Sebelum saya akhiri kegiatan hari ini mungkin ada yang ingin disampaikan lagi atau mungkin ada tambahan?

Semua audiens menjawab tidak ada

Karu : baik, kalau sudah tidak ada yang ingin disampaikan lagi, saya cukupkan kegiatan Diskusi refleksi kasus hari dengan pembacaan hamdalah bersama. Alhamdulillah.

Baik saya tutup kegiatan Diskusi refleksi kasus hari ini, terimakasih dan selamat bertugas kembali. Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Semua audiens menjawab waalaikumsalam Wr. Wb

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner and Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 8 volume 2. Jakarta: EGC
- Carpenito*, L.J., 2006, Rencana asuhan dan pendokumentasian keperawatan (Edisi 2), Alih. Bahasa Monica Ester, Jakarta : EGC.
- Doengoes*, Marilyn E, 2001, Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk. Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Edisi 3, Jakarta: EGC

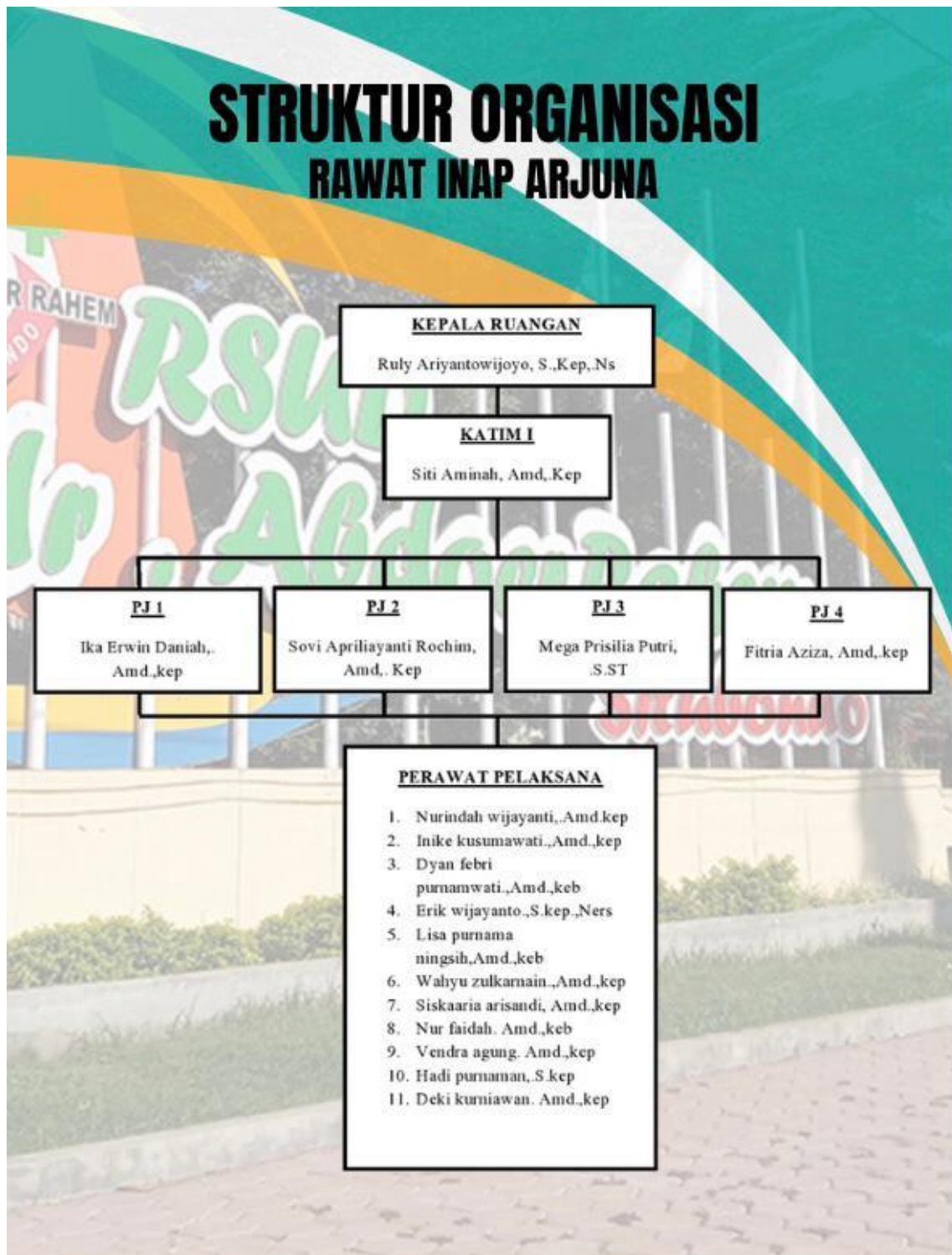
Lampiran 5

GANTT CHART STASE MANAJEMEN
DI RUANG ARJUNA RSUD dr. ABDOER RAHEM SITUBONDO

[illegible]

Lampiran 6

STRUKTUR ORGANISASI RUANG ARJUNA



Lampiran 7

JADWAL SHIFT ROLEPLAY

1. Jadwal shif minggu pertama

Tanggal	Karu	Katim	Pp1	Pp2
20 juli 2020	Nurrohma As'adia	Zhevio Gilang Anggariesta	Nur fakhira salsabila	Muhammad Yusuf
21 juli 2020	Muhammad Yusuf	Nur fakhira salsabila	Nurrohma As'adia	Zhevio Gilang Anggariesta
22 juli 2020	Nur fakhira salsabila	Nurrohma As'adia	Zhevio Gilang Anggariesta	Muhammad Yusuf
23 juli 2020	Zhevio Gilang Anggariesta	Muhammad Yusuf	Nur fakhira salsabila	Nurrohma As'adia

Keterangan:

Karu : Kepala Ruangan

Katim : Ketua Tim

Pp1 : Perawat Pelaksana 1

Pp2 : Perawat Pelaksana 2

2. Jadwal shif minggu ke 2

Nama	Tanggal							
	24/07/2022	25/07/2022	26/07/2022	27/07/2022	28/07/2022	29/07/2022	30/07/2022	31/07/2022
Muhammad Yusuf	P	S	M	L	P	S	M	L
Nur fakhira salsabila	S	M	L	P	S	M	L	P
Zhevio Gilang A.	M	L	P	S	M	L	P	S
Nurrohma As'adia	L	P	S	M	L	P	S	P

Keterangan:

P : Pagi **L** : Libur

S : Sore

M : Malam

BANNER

The banner features a background image of the RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo building. At the top left is the RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo logo, which includes a red cross and the text 'RSUD dr. ABDOER RAHEM SITUBONDO'. At the top right is the RAUNG logo, a circular emblem with the text 'RAUNG' in the center and 'AMANAH', 'BERSAMA SAMA', 'BERSAMA SAMA' around the perimeter. The main title 'VISI & MISI RUMAH SAKIT dr. ABDOER RAHEM SITUBONDO' is centered at the top in a bold, black, sans-serif font. Below the title, the word 'VISI' is centered in a large, bold, black font. The vision statement is enclosed in a dashed rectangular box and reads: 'Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah "terwujudnya RSUD dr. Abdoer Rahem yang bermutu dan menjadi kebanggaan masyarakat Situbondo"'. Below the vision statement, the word 'MISI' is centered in a large, bold, black font. The mission statements are enclosed in a dashed rectangular box and consist of five numbered points: 1. Meningkatkan pelayanan medis dan keperawatan kepada pasien sesuai standar pelayanan Rumah Sakit; 2. Meningkatkan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan yang optimal; 3. Meningkatkan pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel; 4. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM Rumah Sakit; 5. Meningkatkan pelayanan administrasi yang tepat, cepat dan informatif kepada masyarakat. At the bottom of the banner, the text 'MAHASISWA PROFESINERS UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER 2022' is centered in a small, black, sans-serif font.

RSUD dr. ABDOER RAHEM SITUBONDO

RAUNG

**VISI & MISI
RUMAH SAKIT
dr. ABDOER RAHEM
SITUBONDO**

VISI

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah
"terwujudnya RSUD dr. Abdoer Rahem yang bermutu dan menjadi ke-
banggaan masyarakat Situbondo"

MISI

1. Meningkatkan pelayanan medis dan keperawatan kepada pasien sesuai standar pelayanan Rumah Sakit
2. Meningkatkan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan yang optimal
3. Meningkatkan pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel
4. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM Rumah Sakit
5. Meningkatkan pelayanan administrasi yang tepat, cepat dan in-
formatif kepada masyarakat

**MAHASISWA PROFESINERS
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER
2022**

Visi Misi Ruang

VISI MISI RUANGAN

RAWAT INAP ARJUNA

VISI

Meningkatkan pelayanan di ruangan
secara efektif dan efisien

MISI

1. Meningkatkan komunikasi sesama tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan
2. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan
3. Keterbukaan masalah keuangan

Filosofi Ruangan

FISOLOFI RUANGAN

RAWAT INAP ARJUNA

1. Perawat dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan yang lain.
2. Menjadikan perawat sebagai role model.
3. Perawat mampu bertukar pendapat dengan profesi lain.

Lampiran 9

LEAFLET DIIT PADA PASIEN DIABETES MILLITUS (DM)

DIET DIABETES MELLITUS

A. Pengertian

Diet Diabetes Melitus adalah aturan makanan yang diberikan pada penderita penyakit gula.

B. Penyebab

1. Faktor keturunan
2. Faktor Immunologi
3. Faktor Lingkungan
4. Usia (kekebalan terhadap insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
5. Kegemukan
6. Riwayat keluarga
7. Kelompok etnik/suku

C. Tanda dan Gejala

1. sering BAK
2. sering Haus
3. sering Lapar
4. badan lemas
5. penurunan berat badan
6. baal dan kesemutan pada kaki
7. gatal-gatal
8. luka yg sukar sembuh

9. pandangan kabur
10. Lemah syahwat dan pembakaran zat dalam tubuh tidak normal

D. Jenis Makanan yang Rendah Gula

1. Sumber karbohidrat: kentang 2 biji sedang,



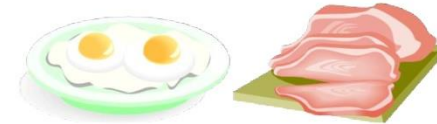
2. Sumber protein hewani

- a. Rendah lemak: ayam tanpa kulit 1 potong sedang, ikan segar 1 potong sedang, ikan asin 1 potong sedang.



- b. Lemak sedang: daging kambing 1 potong sedang, daging sapi 1 potong sedang, telur ayam 1 butir
- c. Tinggi lemak: bebek 1 potong sedang, ayam dengan 1 kulit potong sedang

3. Sumber protein nabati: kacang hijau 2 sendok makan, kacang tanah 2 sdm, tahu 1 biji besar, tempe 2 potong sedang

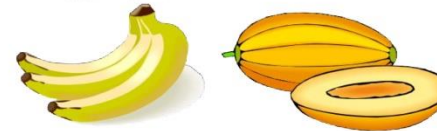


4. Sayuran

- a. Sayuran A (bebas dimakan, kandungan kalori dapat diabaikan); gambas, ketimun, labu air, lobak, tomat.
- b. Sayuran B (agak bebas dimakan, mengandung sedikit kalori protein); buncis, brokoli, jagung muda, kol, wortel, terong, kangkung, rebung, kacang panjang.



5. Buah dan gula: anggur 20 buah sedang, apel merah 1 buah, duku 9 buah, jeruk manis 2 buah, kedondong 2 buah sedang, pisang 1 buah, pepaya 1 potong sedang, gula 1 sdm, madu 1 sdm.



E. Jumlah Makan sesuai Aturan Diet

Jumlah makan sesuai aturan diet adalah sesuai dengan kalori dengan gizi penderita

1. Kurus
2. Berat normal
3. Gemuk

Contoh menu diet Diabetes Melitus untuk 1700 kal (berat normal)

- a. Pagi pukul 08.30 WIB
 - Roti tawar 4 potong / 2 buah kentang rebus
 - Telur ½ butir
 - Keju 1 sendok / tempe goreng 1 potong
 - Tomat sekehendak
 - Margarin ½ sendok makan
 - Air teh manis (dengan gula 1 sendok teh)
- b. Pukul 10.00 WIB
 - Pepaya 1 potong sedang
- c. Siang pukul 12.00 WIB
 - Nasi 1 gelas
 - Daging 1 potong besar
 - Tempe 2 potong
 - Kol, tauge sekehendak
 - Bayam, kacang panjang ½ gelas
 - Nanas 1/6 buah sedang
 - Minyak ½ sendok makan
 - 1 gelas Air putih

- d. Sore pukul 18.30 WIB
 - Kentang 2 biji sedang
 - Daging 1 potong sedang
 - Tahu 1 biji sedang
 - Ketimun, selada sekehendak
 - Buncis, wortel ½ gelas
 - Pepaya 1/6 buah sedang
 - 1 gelas air putih
- e. Pukul 21.00 WIB
 - Pisang 1 buah.

F. Tujuan Kepatuhan menjalani Diet

1. Untuk perbaikan kadar gula darah dan lemak
2. Untuk mencegah adanya kadar gula darah naik
3. Untuk mencegah adanya kadar gula darah yang turun drastis
4. Untuk mencegah terjadinya kelemahan.

G. Hal yang dilakukan setelah menderita DM??

1. Olahraga teratur
2. Pengaturan makan
3. Minum obat secara teratur
4. periksa kadar gula darah teratur 1 bulan sekali

DIET DIABETES MELLITUS



Oleh :
Muhammad Yusuf
Nur Fakhira Salsabila
Nurrohma As'adia
Zhenvio Gilang A.

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER
2022**

8 BENAR MINUM OBAT

1. BENAR PASIEN

Mengecek nama klien apakah sesuai dengan nama yang tertera pada plastik obat

2. BENAR OBAT

Mengecek kesesuaian nama/ jenis obat pada resep/ instruksi dokter dan mengecek warna obat yang diberikan

3. BENAR DOSIS

Mengecek dosis obat yang akan diberikan sesuai resep/ instruksi dokter

4. BENAR WAKTU

Mengecek waktu pemberian obat yang diberikan apakah sebelum makan, setelah makan, apakah obat diminum 2 kali sehari, 3 kali sehari, 4 kali sehari atau sesuai dengan petunjuk dokter

5. BENAR CARA

Memasukkan obat dalam mulut dan minum air putih 1 gelas

6. BENAR MANFAAT

Mengetahui kegunaan dan efek samping obat

7. BENAR KADALUWARSA

Mengecek tanggal kadaluarsa obat

8. BENAR DOKUMENTASI

Memberi tanda *check list* (v) pada lembar daftar dan jadwal minum obat jika sudah minum obat

**PASTI BISA LEKAS SEMBUH...SEMANGAT!!!
SEHAT ADALAH HAK SEMUA ORANG**