

**LAPORAN DESIMINASI AKHIR PRAKTEK PROFESI NERS
STASE MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG DIENG RSUD
dr.ABDOERRAHEM SITUBONDO**



OLEH :

- 1. Giyasul Masruhah (21101031)**
- 2. Khairunnisa Salsabila T (21101048)**
- 3. Ratu Nul Alhayu (21101076)**
- 4. Rio Albit Geovandra (21101082)**

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

2022

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Ini disetujui Tanggal 14 Oktober 2022

Menyetujui:

Pembimbing Akademik,



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

NIK/NIDN. 19870220 201601 2101

Preceptor Lahan Praktek



Official stamp: KABUPATEN SITUBONDO, DINAS KESEHATAN, H. DIENG

(Ns. Yeti Fandayani, S.Kep.)

NIP. 19790625 200604 2011

Kepala Ruang Lahan Praktek



Official stamp: KABUPATEN SITUBONDO, DINAS KESEHATAN, H. DIENG

(Ns. Riswatiningsih, S.Kep.)

NIP. 19730309 199703 2 006

LEMBAR KONSULTASI

TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN DAN URAIAN PEMBIMBING	NAMA dan TANDA TANGAN PEMBIMBING
Kamis 23-06-2022		 
Kamis, 23-06-2022	<ul style="list-style-type: none"> - pengambilan data p.5. di ruang. dicung. - ditandatangani 	
Kamis, 30/6/22	-	
Jumat, 1/07/22	<ul style="list-style-type: none"> - diperbaiki editingnya. - ditandatangani 	
Kamis, 09-07-2022	<ul style="list-style-type: none"> - konfirmasi balasan dalam kda space (Editing). - kesempitan dan saran. - Dukungan dari papling. 	
Jumat, 08-07-2022		

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Desiminasi Akhir Praktik Stase Manajemen Keperawatan Program Profesi Ners di Ruang Dieng RSUD dr.Abdoer Rahem Situbondo ini penulis dapat selesaikan tepat pada waktunya. Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada pihak-pihak yang telah mendukung dan membantu dalam penyelesaian laporan awal ini, yaitu:

1. Ns. Guruh Wirasakti, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Pendidikan Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember;
2. Ns. Emi Eliya Astutik, S.Kep., M.Kep, selaku Penanggung Jawab Stase Manajemen Keperawatan
3. Riswatiningsih,S.Kep.,Ns Selaku Kepala Ruang Dieng.
4. Yeti Fandayani, S.Kep.,Ns Selaku Pembimbing klinik di Ruang Dieng
5. Teman-teman Kelompok 4 Stase Manajemen Program Pendidikan Profesi Ners Universitas dr. Soebandi yang telah membantu dalam menyelesaikan tugas laporan manajemen keperawatan.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Awal ini masih terdapat kekurangan. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca sebagai penyempurnaan bahan tulisan selanjutnya. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat dan tambahan ilmu pengetahuan bagi kita semua.

Situbondo, 20 Juni 2022

Penulis

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manajemen keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang menggunakan fungsi-fungsi keperawatan yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian. Fungsi-fungsi manajemen tersebut merupakan pendekatan manajemen dari pengelolaan manajemen keperawatan Pelayanan keperawatan sebagai salah satu bentuk pelayanan profesional dalam upaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan, oleh karenanya kualitas pelayanan keperawatan perlu dipertahankan dan ditingkatkan seoptimal mungkin. Proses manajemen yang baik perlu diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga dicapai suatu asuhan keperawatan yang memenuhi standar profesi yang ditetapkan (Marquis dan Huston, 2010).

Manajemen keperawatan merupakan pelayanan keperawatan profesional dimana tim keperawatan dikelola dengan menjalankan empat fungsi manajemen, yaitu perencanaan, pengorganisasian, motivasi dan pengendalian. Keempat fungsi tersebut saling terkait serta saling berhubungan dan memerlukan keterampilan- keterampilan teknis, hubungan antar manusia dan konseptual yang mendukung tercapainya asuhan keperawatan yang bermutu, berdaya guna dan berhasil guna kepada klien. Dengan alasan tersebut, manajemen keperawatan perlu mendapat perhatian dan prioritas utama dalam pengembangan keperawatan dimasa depan. Hal tersebut berkaitan dengan tuntutan profesi dan tuntutan global bahwa setiap perkembangan dan perubahan memerlukan pengelolaan secara profesional dengan memperhatikan setiap perubahan yang terjadi (Nursalam, 2014).

Salah satu cara untuk dapat meningkatkan keterampilan manajerial yang handal, selain didapatkan BOR Ruang Rawat Inap Dieng RSAR tanggal 20 Juni-9 juli 2022. Melalui pembelajaran di lahan praktek

mahasiswa Program Studi Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember dituntut untuk dapat mengaplikasikan langsung pengetahuan manajerialnya dengan arahan dari pembimbing lapangan maupun dari pembimbing pendidikan yang intensif

Praktek tersebut diharapkan mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang didapat dan mengelola ruang perawatan dengan pendekatan proses manajemen. Sebagai wujud pengembangan dalam meningkatkan kemampuan serta keterampilan manajerial mahasiswa, Program Studi Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember melakukan pembelajaran manajerial mahasiswa praktek di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo untuk stase manajemen.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Setelah melaksanakan praktek manajemen keperawatan, mahasiswa diharapkan dapat menerapkan prinsip-prinsip manajemen keperawatan dengan menggunakan model asuhan keperawatan professional yang sesuai dengan Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo.

1.2.2 Tujuan Khusus

Setelah mengikuti proses praktek manajemen keperawatan diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Melakukan pengkajian situasi diruang rawat inap Dieng RSAR situbondo sebagai dasar untuk menyusun rencana strategi dan operasional.
- b. Mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, ancaman dan peluang manajemen keperawatan di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo;
- c. Mengidentifikasi masalah yang ada di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo;
- d. Menentukan prioritas masalah berdasarkan hasil identifikasi di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo;
- e. Mengidentifikasi perencanaan tindakan manajemen asuhan

keperawatan di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Pasien

Diharapkan pasien merasakan pelayanan yang optimal, serta mendapat kenyamanan dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga tercapai kepuasan pasien yang optimal.

1.3.2 Bagi Perawat

- a. Tercapainya tingkat kepuasan kerja yang optimal
- b. Terbinanya hubungan antara perawat dengan perawat, perawat dengan tim kesehatan lain, dan perawat dengan pasien sertakeluarga
- c. Tumbuh dan terbinanya akuntabilitas dan disiplin diriperawat
- d. Meningkatkan profesionalisme keperawatan

1.3.3 Bagi ruang rawat inap Dieng RSAR Situbondo

- a. Mendapatkan masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada klien.
- b. Memberikan contoh aplikasi pelaksanaan manajemen keperawatan agar kegiatan keperawatan dapat berjalan efektif dan efisien.

1.3.4 Bagi Mahasiswa

Mahasiswa mengerti dan memahami penerapan atau aplikasi MAKP di ruang rawat inap Dieng RSAR Situbondo.

BAB 2

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

2.1 Gambaran Umum Rumah Sakit

2.1.1 Sejarah singkat Rumah sakit RSUD dr. Abdoer Rahem

Situbondo

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 spesialistik 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.

2.1.2 Visi, Misi dan Tujuan

a) Falsafah

Mengabdikan dan melayani dengan ikhlas

b) Motto

Bersih dan kasih sayang

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 informatif kepada masyarakat

e) 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.

2.1.3 Jenis-jenis pelayanan kesehatan

1. Layanan Rawat Jalan

- a) Poli Anak
- b) Poli Penyakit Dalam
- c) Poli Kandungan
- d) Poli Gigi & Mulut
- e) Poli Kulit & Kelamin
- f) Poli Akupuntur
- g) Poli Umum
- h) Poli VCT
- i) Poli Paru
- j) Poli THT
- k) Poli Orthopedi
- l) Poli Mata
- m) Poli Saraf
- n) Poli Bedah
- o) Poli Jantung & Pembuluh Darah
- p) Poli Kesehatan Jiwa
- q) Poli Fisioterapi
- r) Poli Urologi

2. Layanan Rawat Inap

- a) Ruang Baluran (VVIP)
- b) Ruang Semeru (VIP)
- c) Ruang Argopuro (Kelas 1)
- d) Ruang Rengganis (Obgyn)
- e) Ruang Rinjani (Perinatologi)
- f) Ruang Bromo (Kelas 3)
- g) Ruang Wilis (Isolasi)
- h) Ruang Dieng (Jantung Paru)
- i) Ruang Arjuna (Penyakit Dalam)
- j) Ruang Lawu (Bedah)
- k) Ruang Kerinci (Anak)
- l) Ruang Raung (Saraf)

- m) Ruang Ijen (Isolasi)
- n) Ruang Pertemuan The Hauw Liem
- o) Ruang Pertemuan dr. S. Tanda Utama

2.1.4. Penampilan Kerja

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

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

a. BOR

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

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

b. 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).

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

c. 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).

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

d. 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 Kementrian2011).

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

Kriteria	Maret	April	Mei
Jumlah tempat tidur	11	11	11
BOR %	59,5%	45,5%	30,5%
Standart ideal BOR	60-85%	60-85%	60-85%
ALOS	8 hari	8 hari	8 hari
Standart ideal ALOS	6-9 hari	6-9 hari	6-9 hari
TOI	1 hari	1 hari	1 hari
Standart ideal TOI	1-3 hari	1-3 hari	1-3 hari
BTO	40	30	40
Standart BTO	40-50 kali	40-50 kali	40-50 kali

Tabel : nilai BOR, ALOS, TOI, BTO ruang Dieng RSAR 2022 bulan maret sampai mei

BAB 3

PENGAJIAN MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG DIENG

3.1 Pengkajian Manajemen Pelayanan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Juni – 9 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 laporan hasil praktek manajemen sebelumnya yang berkaitan dengan manajemen, kemudian dikonfirmasi dengan masalah-masalah yang dikemukakan oleh responden, konfirmasi dilakukan melalui observasi, wawancara, serta kuesioner. Responden yang terlibat dalam pengisian kuesioner sebanyak 16 orang. Responden berasal dari ruang dieng.

Observasi dilakukan dengan melihat ada tidaknya visi dan misi Rumah sakit umum daerah Abdurrahem Situbondo dan ruang rawat inap dieng, struktur organisasi ruangan, SOP/SAK, ketersediaan format dokumentasi asuhan keperawatan dan menilai dokumentasi proses keperawatan dengan menggunakan instrument.

3.2 Analisis Hasil Pengkajian Fungsi Manajemen diruang Dieng

a) Fungsi Perencanaan

1. Visi Misi Organisasi

Wawancara, menurut Kepala Ruangan untuk visi dan misi ruang rawat inap Dieng mengikuti visi misi rumah sakit.

Observasi, hasil pengamatan di ruang rawat inap dieng tidak terlihat visi dan misi keperawatan yang ditempel di dinding ruangan yang dapat terbaca dengan mudah oleh semua orang yang melewatinya.

Kuisisioner, Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 75% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait visi dan misi rumah sakit dr. Abdoer Rahem, 20% memiliki persepsi yang cukup dan 5% dengan

persepsi kurang,

Masalah : perumusan visi dan misi ruangan belum ada

2. **Filosofi Keperawatan**

Wawancara, menurut Kepala Ruangan agar perawat dapat bekerja berdasarkan filosofi ilmu mereka secara rutin dilakukan disetiap kesempatan diantaranya pada saat pertemuan pagi dan pada saat pelatihan.

Observasi: belum terlihat filosofi di ruangan .

Kuisisioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 90% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng memiliki persepsi yang baik terkait filosofi keperawatan di ruangan.

Masalah : Filosofi ruangan belum ada

3. **Peraturan Organisasi**

Wawancara: menurut Kepala Ruangan rawat inap dieng sudah memiliki peraturan rumah sakit yang merujuk ke DEPKES, sudah ada untuk peraturan khusus ruangan.

Observasi: Ada uraian peraturan organisasi di buku rapat bulanan.

Kuisisioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 80% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait peraturan yang ada di rumah sakit umum daerah abdurrahem situbondo, sedangkan 20% diantaranya memiliki persepsi yang cukup.

Masalah: Tidak ada masalah

4. **Pembuatan Rencana Harian**

Wawancara: menurut Kepala Ruangan di ruangan sudah membuat rencana harian dan sudah memiliki bentuk catatan harian yang baku setiap masing-masing perawat.

Observasi: sudah ada catatan harian, bulanan dan tahunan diruangan.

Kuisisioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 60% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait pembuatan rencana harian. 30% memiliki persepsi yang cukup dan 10% dengan persepsi kurang,

Masalah: Pelaksanaan pembuatan catatan harian, bulanan dan

tahunan telah dilaksanakan.

b) Fungsi Pengorganisasian

1) Struktur Organisasi

Wawancara: menurut Kepala Ruangan didapatkn informasi bahwa struktur ketenagaan yang ada sudah dibentuk 1 tim sebagai penerjamaan dari konsep MAKP diruangan

Observasi: adanya struktur organisasi yang terpasang di dinding ruangan nurse station

Kuisisioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 90% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait fungsi pengorganisasian. 10% memiliki persepsi yang cukup.

Masalah: Struktur organisasi tidak terpasang di dinding ruangan nurse stasion

2) Pengorganisasian Perawatan Klien

Wawancara: menurut kepala ruangan didapatkan data bahwa metode penugasan yang dilakukan menggunakan metode tim, dengan membentuk dalam ruangan 1 tim.

Observasi: Hasil pengamatan ada 1 tim di ruangan yang di buat sesuai tugas sehari-hari. Pembangian tanggung jawab terhadap pasien di lakukan berdasarkan kamar, perawat laksana langsung bertanggung jawab kepada kepala ruangan, tidak bertanggung jawab kepada ketua tim dan pada struktur organisasi di ruangan sudah menunjukkan penerapan metode tim.

Kuisisioner, Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 90% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait pengorganisasian perawatan pada klien. 10% memiliki persepsi yang cukup dalam bekerja berdasarkan metode tim.

Masalah: belum optimalnya pelaksanaan metode tim

3) Uraian tugas

Wawancara: menurut kepala ruangan, setiap perawat sudah mempunyai uraian tugas masing masing bagi tiap tenaga

keperawatan. Berdasarkan wewenang dan tanggung jawab cukup jelas dengan dibuat *job discription* di masing masing ruangan.

Observasi: di ruangan sudah ada buku uraian tugas perawat sesuai perannya.

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

Masalah : tidak ditemukan masalah

4) Metode penugasan

Wawancara: menurut kepala ruang didapatkan informasi bahwa perhitungan jumlah tenaga sudah disesuaikan dengan rasio klien tetapi menggunakan standart minimal dengan rumus Gillis.

Observasi: jumlah perawat dinas harian shift pagi sebanyak 3 orang, shift sore 3 orang, malam 3 orang, dan 3 orang libur di tambah 1 kepala ruangan, 1 admin dan 1 ketua tim di pagi hari

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

Masalah: rasio jumlah perawat sudah sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien

5) Pendokumentasian asuhan keperawatan

Wawancara: menurut kepala ruangan, proses pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan format yang ditetapkan oleh rumah sakit, audit secara rutin di lakukan dengan baik sampai sekarang diketahui tingkat kepatuhan perawat dalam mengisi dokumentasi keperawatan.

Observasi: tersedianya lembar penulisan standar asuhan keperawatan **Kuisisioner:** Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 90% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait dokumentasi. 10% memiliki persepsi yang cukup

Masalah: tidak ditemukan masalah

6) Pengaturan jadwal dinas

Wawancara: Menurut kepala ruangan, ditemukan bahwa berdasarkan pembagian waktu shift tersebut, jika dihitung jam kerja yaitu pada shift pagi selama 7 jam, shift sore selama 7 jam dan shift malam selama 10 jam.

Observasi: format daftar shift diruangan menggunakan douglas

Kuisisioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 90% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait jadwal dinas. 10% memiliki persepsi yang cukup.

Masalah: Penjadwalan belum menggunakan tingkat ketergantungan klien

c. Fungsi Pengarahan

1) Motivasi Kepada Perawat

Wawancara: menurut kepala ruang didapatkan informasi bahwa peningkatan motivasi dilakukan secara langsung maupun tidak langsung.

Kuesioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner ditemukan persepsi perawat pelaksana mengenai motivasi yang didapatkan dari pimpinan dengan kategori baik (85%)

Masalah: tidak ditemukan masalah

2) Komunikasi

Wawancara: menurut kepala ruang asuhan keperawatan yang didokumentasikan diberitahu saat terjadi pergantian shift dan ditinjaulanjuti oleh perawat yang bertugas pada shift berikutnya.

Observasi: komunikasi antara staf terjalin dengan baik.

Kuesioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 90% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait komunikasi dengan rekan sejawat. 10% memiliki persepsi yang cukup.

Masalah : tidak ada masalah, hanya saja perlu menerapkan metode komunikasi SBAR

3) Pendelegasian

Wawancara: menurut kepala ruangan, pendelegasian di ruangan dilakukan secara lisan dan tertulis terdiri dari karu, katim, pp, dokter, farmasi.

Observasi: format pendelegasian tanpa SPT (Surat Perintah Tugas)

Kuesioner: Setelah dilakukan pengambilan data melalui kuesioner, ditemukan 80% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait metode pendelegasian. 10% memiliki persepsi yang cukup dan 10% dengan persepsi kurang,

Masalah: tidak ditemukan masalah

d. Fungsi Pengendalian

1. Program Pengendalian Mutu

Wawancara: menurut kepala ruang ada pelaksanaan akreditasi kendali mutu namun masih belum optimal

Observasi: ada sistem pelaporan dan pencatatan pengendali mutu

Kuesioner: Setelah dilakukan pengambilan data harian oleh tim pengumpulan data dan validasi data melalui kuesioner, ditemukan 70% perawat yang ada di ruang rawat inap dieng, memiliki persepsi yang baik terkait program pengendalian mutu.30% memiliki persepsi yang cukup.

Masalah: tidak ditemukan masalah

2. Pelaksanaan SOP dan SAK

Wawancara: menurut kepala ruangan SOP keperawatan di ruang dieng RSAR situbondo sudah dalam bentuk buku pedoman yang dijilid menjadi satu dan terakhir direvisi pada tahun 2019. Sedangkan pelaksanaan SAK berdasarkan pedoman SAK yang dibentuk dari rumah sakit dan terakhir diperbarui tahun 2022.

Observasi: SOP dan SAK sudah ada

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

Masalah : Tidak ditemukan masalah

3.3 Analisis Sumberdaya (5M) di ruang Dieng

1. Ketenagaan (Man/M1)

- a. Analisis Ketenagaan Jumlah Tenaga Keperawatan dan Non Keperawatan di Ruang Inap dieng RSAR

Ruang inap dieng RSAR memiliki 15 orang tenaga keperawatan dan 1 orang tenaga non paramedis, yang terdiri dari Koordinator rawat inap, perawat pelaksana dan tenaga kerja non medis. Tenaga keperawatan yang ada di ruang inap dieng RSAR dibagi menjadi tiga shift yaitu pagi, sore dan malam. Pembagian waktu shift tenaga keperawatan di ruang inap dieng RSAR Situbondo 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 7 jam, shift sore selama 7 jam dan shift malam selama 10 jam. Pembagian shift di ruang inap dieng pada bulan juni 2022 adalah sebagai berikut :

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

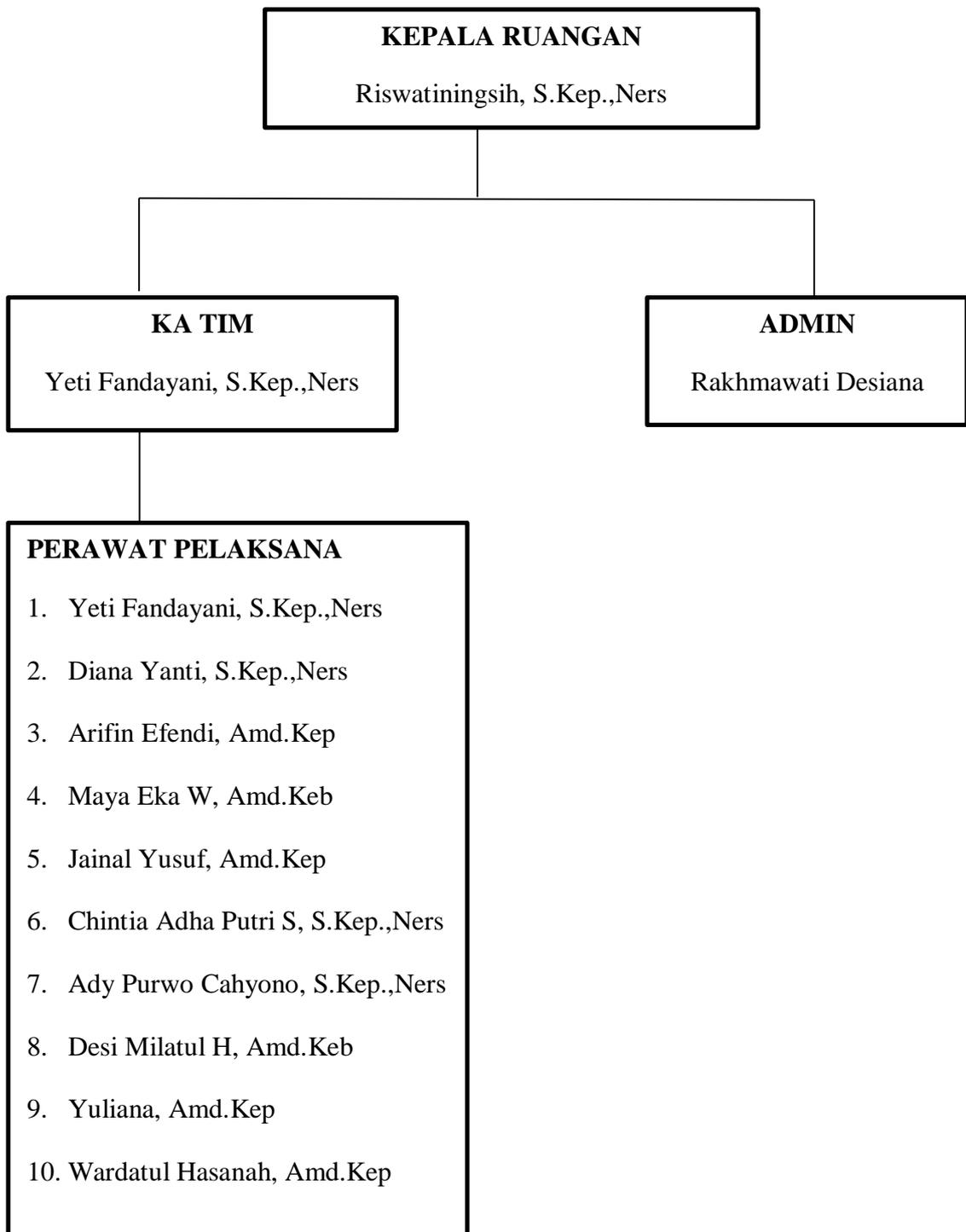
Tabel 3.1 Latar Belakang Tenaga Kerja Ruang Rawat Inap Dieng RSAR

No.	Nama	Jabatan	Pendidikan	Lama Kerja	Pelatihan
1.	Riswatiningsih, S.kep.,Ners	Karu Rawat Inap	Ners	25 tahun	BLS
2.	Yeti Fandayani, S.Kep.,Ners	Ka Tim I	Ners	22 tahun	BHD, Precepto rship
3.	Rakhmawati Desiana	Admin	-	20 tahun	BHD
4.	Chintia Adha Putri S, S.Kep.,Ners	Tim 2	Ners	9 tahun	BHD

5.	Ady Purwo Cahyono, S.Kep.,Ners	Tim 2	Ners	15 tahun	BHD
6.	Yuvi Kurnia M, S.Kep.,Ners	PJ shift	Ners	7 tahun	BHD
7.	Diana Yanti, S.Kep.,Ners	Tim 1	Ners	10	BHD
8.	Desi Milatul H, Amd.Keb	Tim 2	D3	7 tahun	BHD, MU
9.	Yunita Pratiwi, Amd.Kep	PJ Shift	D3	7 tahun	BHD
10.	Arifin Efendi, Amd.Kep	Tim 1	D3	11 tahun	BHD
11.	Yuliana, Amd.Kep	Tim 2	D3	7 tahun	BHD
12.	Akhmad Halik M, Amd.Kep	PJ Shift	D3	10 tahun	BHD
13.	Maya Eka W, Amd.Keb	Tim 1	D3	10 tahun	MU
14.	Wardatul Hasanah, Amd.Kep	Tim 2	D3	6 tahun	BHD
15.	Heni Purnama Sari, Amd.Kep	PJ Shift	D3	10 tahun	BHD
16.	Jainal Yusuf, Amd.Kep	Tim 1	D3	18 tahun	BHD,BC LS

Sumber : Jadwal Dinas di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR

c. Struktur Organisasi



Gambar 3.2 Struktur Organisasi Ruang Rawat Inap Dieng RSAR

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 20 juni - 09 juli 2022 di ketahui bahwa terdapat struktur organisasi dalam ruangan. Struktur organisasi di ruang dieng telah berjalan sesuai dengan kemampuan

perawat masing-masing. Ruang dieng memiliki kepala ruang dan satu ketua tim, kepala ruang sebagai besar sudah melakukan tugasnya dengan baik. Kepala ruang bertanggung jawab terhadap setiap perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan. Ketua tim juga sudah melakukan tugasnya dengan baik seperti melakukan pendokumentasian dan membuat perencanaan keperawatan.

d. Tingkat ketergantungan pasien di ruang inap Dieng RSAR selama 3 hari sebagai berikut:

Tabel 3.2 Tingkat Ketergantungan Ruang Inap Dieng RSAR

No.	Hari	<i>Total Care</i>	<i>Partial care</i>	<i>Self Care</i>	Jumlah pasien
1.	Senin, 20/06/2022	3	1	1	5
2.	Selasa, 21/06/2022	2	0	1	3
3.	Rabu, 22/06/2022	1	1	1	3
	Rata-rata	6	2	3	11

Pada tanggal 20 Juni – 22 Juni 2022 rata-rata jumlah pasien sebanyak 11 orang yang terdiri dari rata-rata *total care* sebanyak 6 orang, rata-rata pasien *partial care* sebanyak 2 orang dan *self care* 3 orang.

e. Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien Menurut Rumus Douglas (pengkajian selama 3hari)

1) Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien (setiap hari dan kesimpulan selama 3 hari)

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
5	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
3	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 20 Juni –22 Juni 2022

Tabel 3.4 Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR

Shift	<i>Selfcare</i>	<i>Parcialcare</i>	<i>Totalcare</i>	Total kebutuhan Perawat
Pagi	$0,17 \times 1 = 0,17$	$0,27 \times 1 = 0,27$	$0,36 \times 3 = 1,08$	5 orang
Sore	$0,14 \times 1 = 0,14$	$0,15 \times 0 = 0$	$0,30 \times 2 = 0,6$	3 orang
Malam	$0,07 \times 1 = 0,07$	$0,10 \times 1 = 0,1$	$0,20 \times 1 = 0,2$	3 orang
Total jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan perhari				11 orang

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat jumlah tenaga perawat Ruang Rawat Inap Dieng RSAR yang dibutuhkan pada shift pagi yaitu sebanyak 5 orang, shift sore sebanyak 3 orang dan shift malam sebanyak 3 orang. Sehingga dalam satu hari dibutuhkan tenaga perawat sebanyak 11 orang.

2) . Berdasarkan formula Gillies

- a. Menentukan terlebih dahulu jam keperawatan yang dibutuhkan klien per hari, yaitu:

Ruang Rawat Inap Dieng RSAR

- Keperawatan langsung

Keperawatan mandiri 3 orang klien : $3 \times 2 \text{ jam} = 6 \text{ jam}$

Keperawatan parsial 2 orang klien : $2 \times 3 \text{ jam} = 6 \text{ jam}$

Keperawatan total 6 orang klien : $6 \times 6 \text{ jam} = \underline{36 \text{ jam}}$
48 jam

- Keperawatan tidak langsung :
11 orang pasien x 1 jam : 11 Jam
- Penyuluhan kesehatan 11 orang klien x 0,25 jam = 2,75 jam
Total jam secara keseluruhan adalah 62 jam

b. Menentukan jumlah total jam keperawatan yang dibutuhkan per klien per hari (total point di atas) adalah $84 \text{ jam} \div 11 \text{ pasien} = 7,6 \text{ jam} = 8 \text{ jam}$

c. Menentukan jumlah kebutuhan tenaga

keperawatan pada ruangan tersebut adalah langsung dengan menggunakan rumus (Gillies, 1989) di atas, sehingga didapatkan hasil sebagai berikut:

$$\frac{\text{Rata-rata klien/hari} \times \text{Rata-rata jamperawatan/hari}}{\text{Jumlah jamkerja/hari}} \\ = \frac{11 \text{ orang} \times 8 \text{ jam}}{8 \text{ jam}} = 11 \text{ orang/shift}$$

a. Menentukan jumlah kebutuhan tenaga keperawatan yang dibutuhkan per shif, yaitu:

$$8 \text{ jam/klien/hr} \times 11 \text{ pasien/hr} \times 365 \text{ hr} = 32,120 \text{ jam/tahun}$$

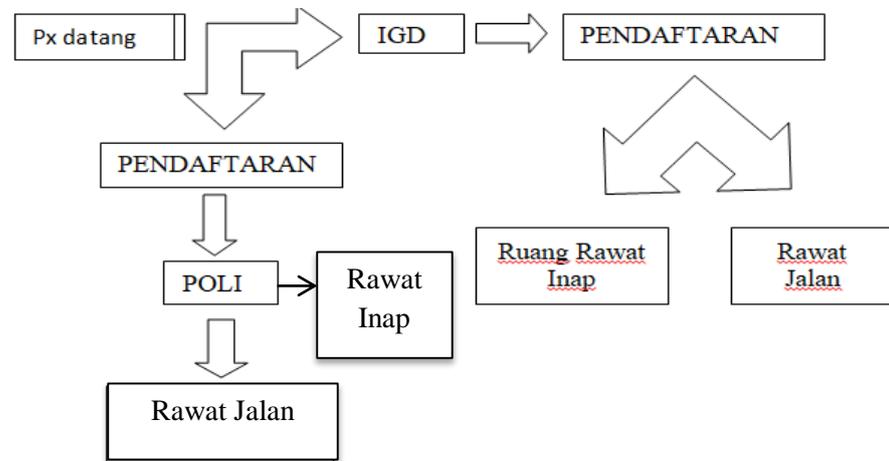
$$\frac{365 \text{ hr} - 75 \text{ hr/thn} \times 7 \text{ jam}}{\text{jam/tahun}} = 2.030$$

$$= 15,8 \text{ orang} \quad 11 \text{ orang}$$

$$= 20\% \times 11 = 2,2$$

$$= 3 \text{ orang}$$

f. Alur Masuk Pasien



Gambar 3.3 Alur Masuk Pasien

g. Analisis Masalah pada Bagian Ketenagaan

Analisis terkait masalah pada bagian ketenagaan

1. Sebagian besar tenaga perawat di ruang dieng RSAR situbondo telah mengikuti pelatihan dan memiliki sertifikat.
2. Pelatihan yang diikuti perawat di rumah sakit memiliki keterbatasan peserta sehingga ilmu yang didapat tidak tersalurkan dengan maksimal pada perawat lain.
3. Adanya persaingan dengan rumah sakit lainnya.

Ruang rawat inap dieng RSAR pertanggal senin 20 Juni 2022 memiliki 11 pasien dengan tingkat ketergantungan total care sehingga total kebutuhan perawat pada waktu tersebut adalah 5 orang perawat. Sedangkan pada pembagian jam kerja perawat, setidaknya dalam satu shift terdapat 5 perawat pada shift pagi, 3 perawat pada shift sore dan 3 perawat lagi pada shift malam.

Dalam hal ini, manajemen ruangan dalam mengelola tenaga keperawatan terbilang baik, hal ini dikarenakan dalam pelaksanaan fungsi manajemen pendelegasian dan pembagian tugas terstruktur. Ruang rawat inap dieng RSAR yang lebih dominan memiliki kegiatan di pagi hari menjadi penyebab utama pembagian shift lebih di prioritaskan

pada pagi hari.

2. Sarana dan prasarana (M2 MATERIAL)

a. Lokasi dan Denah Ruangan Dieng RSAR



Gambar 3.4 Lokasi dan Denah Ruangan Rawat Inap Dieng RSAR

Ruang rawat inap Dieng RSAR merupakan ruangan yang difasilitasi untuk menolong pasien jantung dan paru, baik berupa tindakan operatif terbatas maupun asuhan keperawatan. Ruang inap dieng RSAR terdiri dari 11 bed dan 4 kamar mandi.

b. Lingkungan Kerja

Ruang rawat dieng RSAR terletak di sebelah kiri ruang wislis dan di belakang ruang gizi. Meja administrasi bersebelahan dengan nurse station, nurse station berada tepat di tengah ruang perawatan, sehingga akses perawat dalam pemberian perawatan dapat dengan mudah dilakukan, begitu pula pasien dan keluarga pasien yang memerlukan informasi maupun kebutuhan lainnya dapat dilayani dengan mudah. Penyimpanan obat memiliki ruangan tersendiri dimana terdapat lemari yang sudah di sekat dengan pemberian kode ruangan dalam bentuk nomor kamar, nama pasien, tanggal lahir, alamat, jenis kelamin dan sesuai tempat tidur pasien dimasing sekat lemari. Tempat penyimpanan obat diruang dieng RSAR situbondo di isi obat injeksi dan obat oral. Obat oral disiapkan langsung untuk pasien melalui perawat sesuai dengan dosis dalam satu hari (24 jam). Obat oral diberikan langsung

oleh perawat untuk meminimalisir pasien melewatkan waktu minum obatnya dan perawat juga dapat memastikan sendiri bahwa obat oral pasien diminum sesuai waktunya.

Ruang dieng memiliki kursi roda, tabung oksigen, dan brankar diletakkan di depan nurse station ruang dieng. Alat EKG, rawat luka dan alat alat lainnya berada di area tempat administrasinya dan sebagian di nurse station. Ruang dieng memiliki ruang sholat dan ruang ganti perawat jadi satu ruangan, ruang linen, ruang konsultasi, ruang pantry, ruang penyimpanan obat, ruang penyimpanan CS, serta kamar mandi. Ruang dieng merupakan ruang jantung dan paru yang memiliki beberapa ruangan dengan kelas 3.

c. Gambaran Kapasitas Tempat Tidur Ruangan

Ruang rawat inap dieng RSAR terdiri 4 ruangan. Dimana tiap ruangan berisi 2 dan 3 bed pasien, 11 loker, 11 tiang infus, 4 AC, 4 kamar mandi. Tiap ruangan terdapat jendela sebagai ventilasi udara dan pencahayaan tiap ruangan baik. Untuk bed pasien dalam keadaan memenuhi standart di karenakan sandaran kepala pasien dapat di naik turunkan.

d. Peralatan dan Fasilitas

1) Peralatan

Tabel 3.5 Peralatan di Ruang Dieng RSAR

No	Alat Medis dan Non-Medis	Jumlah	Ideal	Kondisi	Usulan
1.	Bed pasien	11	11	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
2.	Gunting benang	1	1	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
3.	Gunting bengkok	1	1	Baik dan Berfungsi	Terpenuhi
4.	Gunting lurus	1	1	Baik dan	Terpenuhi

					berfungsi	
5.	Klem (korentang)	kasa	1	1	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
6.	Kursi roda		2	1	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
8.	Standar infuse		11	11	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
9.	Nier (bengkok)		2	2	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
10.	Stetoskop dewasa		3	3	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
11.	Tabung oksigen 6 m3		11	11	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
12.	Troli		6	6	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
13.	Tensimeter digital		2	2	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
14.	Lemari obat		1	1	Baik dan berfungsi	Terpenuhi
15	Tempat Medis	sampah	4	4	Baik dan Berfungsi	Terpenuhi

Sumber : Ruang Rawat Inap Dieng RSAR (2022)

Interpretasi : Dari data yang didapatkan apabila dilihat dari peralatan di ruangan, jumlah peralatan yang terpenuhi sebanyak 15 macam, Jadi dapat disimpulkan bahwa peralatan di Ruang rawat inap dieng RSAR sudah sesuai dengan kebutuhan.

Tabel 3.6 Alat Kebutuhan Perawat

No	Jenis Kelengkapan	Jumlah	Kondisi	Ideal	Usulan
1.	AC	2	Baik	1/ruangan	Terpenuhi
2.	Meja tulis	4	Baik	2/ruangan	Terpenuhi
3.	Meja computer	1	Baik	1/ruangan	Terpenuhi
4.	Kursi	10	Baik	5/ruangan	Terpenuhi
5.	Printer	1	Baik	1/ruangan	Terpenuhi
6.	Komputer	1	Baik	1/ruangan	Terpenuhi
7.	Jam dinding	1	Baik	1/ruangan	Terpenuhi
8.	Telepon	2	Baik	1/ruangan	Terpenuhi
9.	Kunci inggris	1	Baik	1/ruangan	Terpenuhi
10.	Tv	1	Baik	1/ruangan	Terpenuhi

Interprestasi : Dari data yang didapatkan apabila dilihat dari peralatan di ruang rawat inap dieng RSAR situbondo sudah terpenuhi.

2) Fasilitas

Tabel 3.7 Fasilitas untuk Petugas Kesehatan

No	Nama Barang	Jumlah	Kondisi	Ideal	Usulan
1.	Ruang Nurse Station	1	Bersih, rapi	1/ruangan	Terpenuhi
2.	Ruang pertemuan perawat	1	Bersih, rapi	1/ruangan	Terpenuhi
3.	Ruang Beribadah	1	Bersih	1/ruangan	Terpenuhi
4.	Ruang kepala	1	Bersih, rapi	1/ruangan	Terpenuhi

Ruangan			
5.	Ruang penyimpanan obat	1	Bersih dan rapi 1 ruangan Terpenuhi

Sumber : Ruang Rawat Inap dieng RSAR (2022)

Interpretasi: Ruang Rawat dieng RSAR semua fasilitas petugas kesehatan sudah terpenuhi.

Tabel 3.8 Fasilitas untuk Pasien

No	Nama Barang	Jumlah	Kondisi
1.	Tempat Tidur	11	Baik, memenuhi standart
2.	Meja Pasien	11	Baik
4.	AC	4	Baik
5.	Kamar Mandi, WC	4	Cukup, kebutuhan air terpenuhi
6.	Sprei	11	Bersih

Sumber : Ruang Rawat Inap dieng RASAR (2022)

Tabel 3.9 Administrasi Penunjang-RM

No	Nama	Jumlah
1.	Buku Register	1
2.	Buku timbang terima	1
3.	SOP	1
4.	Buku Visum	1
5.	Buku Stok Obat	1
6.	Buku Rujukan	1
7.	Leaflet	-

Sumber : Ruang Rawat Inap dieng RSAR (2022)

e. Alur Pengadaan Barang

Alur pengadaan barang ruang dieng RSAR berdasarkan

standarisasi yang harus terpenuhi setiap unit ruangan dan membuat Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yang didalamnya berisi kebutuhan barang, kebutuhan dana dan perencanaan selama setahun kedepan. Ketika ruangan mengalami kerusakan barang, kepala ruangan mengisi form pengajuan barang yang ditujukan kepada pihak IPS (instalasi pemeliharaan sarana) untuk dilakukan pemeliharaan atau perbaikan. Apabila barang tidak dapat di perbaiki maka kepala ruang mengajukan pengadaan barang baru kebagian umum.

f Analisis Masalah pada Bagian Sarana dan Prasarana

1. Dalam pengelolaan sarana prasarana, ruangan rawat inap dieng RSAR sudah lengkap , fasilitas untuk petugas kesehatan dirasa cukup , sebab terdapat ruang nurse station, serta kamar mandi dan ruangan kepala ruang,
2. pengelolaan sampah sudah terpisah antara sampah medis dan non medis.
3. Bed pasien memenuhi standart
4. Tidak terpasang visi dan misi ruangan, struktur organisasi di dinding nurse station
5. Setiap ruangan belum terdapat wastafel guna fasilitas cuci tangan untuk pasien dan keluarga akan tetapi di luar ruangan terdapat hand sanitaizer.

3. Metode (Methode/M3)

a Model Penyusunan Asuhan Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan di Ruang Rawat Inap dieng RSAR pada tanggal 20 juni 2022- 09 juli 2022 didapatkan bahwa Ruang rawat inap dieng RSAR menggunakan MAKP model tim yang diterapkan di ruang rawat inap dieng RSAR. Namun dalam pelaksanaannya belum sepenuhnya sesuai dengan metode tim karena disesuaikan dengan ketergantungan pasien dalam pemenuhan kebutuhan, sehingga perawat fleksibel dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Walaupun dalam struktur organisasi telah dibagi menjadi 1 tim namun dalam

pelaksanaannya tidak ada pembagian secara khusus antar tim terkait penanggung jawab pasien sesuai bed. Setiap 1 shift dapat dimungkinkan perawat yang bertugas adalah perawat yang dalam 1 tim dan bertanggung jawab merawat semua pasien di ruang dieng.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan didapatkan hasil bahwa di ruang dieng menggunakan metode penugasan dibagi menjadi tim. kepala ruang, ketua tim dan anggota tim telah melakukan peran dan tanggung jawab meskipun pada poin tertentu belum dilakukan secara optimal.

b. Timbang Terima

Timbang terima adalah teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat jelas dan komplit tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan atau belum dan perkembangan pasien saat itu (Nursalam, 2014)

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 20 juni 2022- 09 juli 2022 dimana kegiatan timbang terima dilakukan jika terdapat semua perawat terutama pada saat shift pagi dipimpin oleh koordinator ruang rawat inap. Perawat pada shift malam melaporkan pasien pada perawat yang shift pagi sesuai dengan bagian timnya disertai pencatatan dibukuoperan. Berdasarkan hasil observasi pada hari senin, selasa, rabu, saat pelaksanaan timbang terima di ruang Dieng perawat ruangan belum melakukan timbang terima secara optimal. Hal ini dikarenakan kehadiran perawat belum lengkap, pelaksanaan timbang terima dilakukan di *nurse station* dipimpin oleh ketua tim dilakukan secara lisan dan tertulis di buku timbang terima namun belum lengkap sesuai metode SBAR. Setelah timbang terima perawat kemudian memvalidasi langsung ke semua pasien.

c. *Pre Conference*

Pre Conference adalah komunikasi ketua tim dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh ketua tim dan 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 (Nursalam, 2011).

Tujuan pre conference adalah:

1. Membantu untuk mengidentifikasi masalah-masalah pasien merencanakan asuhan dan merencanakan evaluasi hasil
2. Mempersiapkan hal-hal yang akan ditemui dilapangan
3. Memberikan kesempatan untuk berdiskusi tentang keadaan pasien.

Syarat pelaksanaan pre conference adalah :

1. Pre conference dilaksanakan sebelum pemberian asuhan keperawatan dan post conference dilakukan sesudah pemberian asuhan keperawatan.
2. Waktu efektif yang diperlukan 10 menit sampai 15 menit.
3. Topic yang dibicarakan harus dibatasi
4. Pre conference yang terlibat adalah kepala ruangan, katim, dan anggota.

d. *Post Conference*

Post Conference adalah diskusi tentang aspek ruangan sesudah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. Konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan sebelum atau setelah melakukan operan, dinas pagi, sore atau malam sesuai jadwal dinas perawatan pelaksanaan. *Conference* sebaiknya dilakukan ditempat tersendiri sehingga mengurangi gangguan dari luar (Nursalam, 2011). Berdasarkan observasi post conference sudah dilakukan.

Syarat post conference adalah :

1. Post conference dilakukan sesudah pemberian asuhan keperawatan
2. Waktu efektif yang diperlukan 10 sampai 15 menit
3. Topic yang dibicarakan harus dibatasi
4. Post conference yang terlibat adalah kepala ruangan, katim, dan anggota.

Hal –hal yang disampaikan oleh perawat pelaksana :

1. Identitas klien
2. Keluhan klien
3. Ttv dan kesadaran klien
4. Hasil pemeriksaan laboratorium
5. Masalah keperawatan
6. Rencana keperawatan hari ini

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan bahwa pre conference dan post conference sudah dilakukan oleh ruang dieng RSAR situbondo, dan poin-poin penting mengenai pasien sudah disampaikan kepada perawat sifit berikutnya secara singkat.

e. **Ronde Keperawatan dan Diskusi Refleksi Kasus**

Ronde 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). Ronde keperawatan juga merupakan merupakan suatu proses belajar bagi perawat dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, efektif dan psikomotor. Kepekaan dan cara berpikir kritis perawat akan tumbuh dan terlatih melalui suatu transfer pengetahuan dan pengaplikasian teori secara langsung pada kasus nyata. Dengan pelaksanaan ronde keperawatan yang berkesinambungan, di harapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat ruangan untuk berfikir secara kritis dalam peningkatan perawatan yang

professional. Dalam pelaksanaan ronde keperawatan akan terlihat kemampuan perawat dalam melakukan Kerjasama antara tim Kesehatan yang lain guna mengatasi masalah Kesehatan yang terjadi pada pasien Clement (2011).

Diskusi Refleksi Kasus (DRK) adalah suatu metode pembelajaran dalam merefleksikan keperawatan merupakan pengalaman perawat yang actual dan menarik dalam memberikan asuhan keperawatan melalui suatu diskusi kelompok yang mengacu pemahaman standart yang ditetapkan. DRK merupakan wahana untuk masalah dengan mengacu pada standart keperawatan yang telah ditetapkan. DRK dapat meningkatkan profesionalisme perawat, aktualisasi diri perawat, membangkitkan motivasi belajar perawat, belajar untuk menghargai kolega, untuk lebih asertif dan meningkatkan kerjasama, memberikan kesempatan individu untuk berpendapat tanpa merasa tertekan serta memberikan masukan kepada pimpinan untuk penambahan dan peningkatan SDM perawat (pelatihan, pendidikan berkelanjutan, magang) penyempurnaan SOP dan bila memungkinkan pengadaan alat (Ratnasari,2010).

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruang rawat inap dieng dimana ronde keperawatan diruang rawat inap mengungkapkan bahwa bidang keperawatan dan ruang mendukung adanya DRK namun DRK belum terjadwal sebagai kegiatan rutin diruangan, sedangkan diskusi mengenai kondisi pasien setiap hari sudah dilakukan. Salah satu kendala pelaksanaan DRK adalah perawat belum mengerti definisi DRK karena tidak semua perawat mengikuti pelatihan DRK dan belum tersedianya SPO DRK.

f. Supervisi

Supervise keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan dan peralatan agar pasien mendapat pelayanan yang bermutu setiap saat (Nursalam, 2014)

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 20 juni 2022- 09 juli 2022 bahwa di RSUD dr. Abdur rahem supervise keperawatan sudah dilakukan dari bidang keperawatan kepada kepala ruangan. Kepala ruang dieng mendukung kegiatan supervise demi peningkatan mutu pelayanan keperawatan namun pelaksanaannya belum dilakukan secara optimal, karena supervise belum terjadwal secara rutin dan dilakukan secara lisan serta tidak menggunakan format resmi. Sebagai kepala ruang tetap mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh ketua tim dan perawat pelaksana, jika terdapat kesalahan yang tidak disengaja diberi peringatan, tapi jika melakukan kelaalaian secara sengaja maka diberi sanksi. Supervise dari pihak rumah sakit dulu sempat ada dan dilaksanakan secara rutin di ruangan-ruangan namun sekarang sudah dihentikan karena tidak dilakukan secara optimal karena kurangnya program latihan dan sosialisasi tentang supervise setelah dilakukan pengkajian didapatkan ruangan belum memiliki SPO untuk supervise.

g. Dokumentasi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap pendokumentasian di Ruang Rawat Inap dieng RSAR bahwa pelaksanaan dokumentasi pelaksanaannya sesuai dengan kaidah-kaidah pembuatan dokumentasi keperawatan. Ruang Dieng RSAR format pengkajian yang digunakan adalah pengkajian modern yang menggunakan ceklist dalam item item pengkajian. Dalam pendokumentasian di ruang dieng sesuai dengan les pasien, assement pengkajian awal sudah dilakukan selama 24 jam pertama saat pasien masuk RS. Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan dengan metode SOAP pada tiap shift dan dilakukan oleh perawat jaga. Pendokumentasian dilakukan setiap pergantian dinas dan dilaporkan ketika timbang terima.

h. Discharge Planning

Ruang Rawat Inap dieng RSAR 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 kurang terlaksana dengan optimal, dikarenakan yang dilakukan segera setelah pasien masuk ruang rawat inap hingga pasien pulang bertujuan diharapkan pasien dan keluarga memiliki kesiapan fisik, psikologis, dan sosial terhadap kesehatannya, tercapainya kemandirian pasien dan keluarga dan terlaksananya perawatan pasien yang berkelanjutan. Selebihnya discharge planning diharapkan dapat mendukung upaya mengurangi angka kekambuhan dan komplikasi.

Berdasarkan dari hasil wawancara yang dilakukan kepada kepala ruang di ruang dieng RSAR mengungkapkan bahwa discharge planning dilakukan setiap mengingatkan untuk control ke poli di RSAR atau mengenai konsumsi obat. Namun terdapat masalah dalam melakukan discharge planning yang seharusnya dilakukan mulai pasien masuk RS tetapi discharge planning dilakukan ketika pasien rencana keluar rumah sakit. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan di ruang dieng sudah memiliki SPO discharge planning, jumlah leaflet yang terbatas, pendidikan kesehatan hanya dilakukan secara lisan tanpa tulisan atau menggunakan leaflet.

i. Pelaksanaan SAK

Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang ditetapkan oleh Depkesdan dijadikan pedoman di Rumah Sakit, sedangkan SAK khusus adalah Standar Asuhan yang dibuat oleh Rumah sakit untuk kasus terbanyak untuk masing-masing unit pelayanan. (SAK) Standar Asuhan Keperawatan dapat digunakan oleh perawat ruangan sebagai pedoman dalam hal membimbing perawat dalam penentuan tindakan keperawatan yang tepat dan juga benar. Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruangan bahwa standar asuhan keperawatan telah dipenuhi oleh Dinas Kesehatan dengan keputusan Menteri Kesehatan RI namun standar asuhan keperawatan sudah

terlaksana dengan optimal.

Ruang dieng RSAR Situbondo sudah memiliki buku SAK dan pelaksanaan SAK berdasarkan pedoman SAK yang dibentuk dari rumah sakit dan terakhir di perbaharui pada tahun 2019.

j. 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).

SPO keperawatan di ruang dieng RSAR Situbondo sudah dalam bentuk buku pedoman yang di jilid menjadi satu dan merupakan revisi terbaru Oktober 2019. SPO ditulis berdasarkan tahap demi tahap agar tindakan keperawatan efisien dan tanpa kehilangan keefektifannya. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat ruang bromo sudah menerapkan tindakan keperawatan sesuai dengan SPO.

k. Jenis 10 Diagnosa Medis Terbanyak dan 10 Diagnosa Keperawatan Terbanyak

8 Diagnosa medis di Ruang Rawat inap dieng RSAR selama 3 bulan terakhir (maret – mei 2022) adalah sebagai berikut:

Tabel 3.10 Diagnosa Medis 3 Bulan Terakhir di dieng RSAR

No	Diagnose medis	Jumlah pasien	Persentase
1.	CKD	4	18%
2.	Pneumonia	4	18%
3.	TB Paru	3	13,6%
4.	HT	4	4,5%
5.	Gastritis	4	18%
6.	Anemia	3	13,6%
7.	Iskemia	5	11,25%

8.	Asma Bronkial	2	4,5%
9	Dispnea	3	6,75%

Tabel 3.11 Diagnosa Keperawatan 3 Bulan Terakhir ruang Dieng RSAR

No		Jumlah pasien	Persentase
1.	Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)	4	5%
2.	Hipertermia (D.0130)	4	5%
3.	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	3	3,5%
4.	Gangguan eliminasi urin (D.0040)	1	1%
5.	Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (D.0019)	7	7%
6.	Nyeri akut (D.0677)	10	18,0%
7.	Resiko perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	1	1%
8.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	5	6%
9.	Nausea (D.0076)	5	6%
10	Gangguan pola tidur (D.0059)	5	6%

1. Program 6 Sasaran Keselamatan Kerja

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 :

- a. Sasaran I : Ketetapan identifikasipasien
- b. Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif
- c. Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

(high- alert)

- d. Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi
- e. Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanankesehatan
- f. Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh
 - a. Sasaran I : Ketetapan Identifikasi Pasien
 - 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokaspasien; Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah;
 - 1. Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis (lihat juga);
 - 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur;
 - 3) Kebijakan dan prosedur mendukung praktik identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.
 - b. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif (SBAR)
 - a. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaantersebut;
 - b. Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaantersebut;
 - c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaantersebut;
 - d. Kebijakan dan prosedur mendukung praktik yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.
 - e. Pelaksanaan timbang terima dilakukan secara lisan dan tertulis di buku timbang terima namun belum lengkap sesuai metode SBAR. Setelah timbang terima perawat kemudian memvalidasi langsung ke semua pasien.

- c. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu di Waspada (*high – alert*)
 - 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 dimulai
- 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 resikoinfeksi;
- b) Memberikan fasilitas tempat cuci tangan serta cairan antiseptic berbasisalkohol.

Sasaran VI : Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

- 1) Memberikan pengawasan yang lebih kepadapasien
 - 2) Memastikan posisi tempat tidur pasien tidak terlalutinggi
 - 3) Memfasilitasi kursi roda
 - 4) Penggunaan tanda/gelang untuk mengidentifikasi pasien dengan resiko jatuh
- m. Analisis Masalah Pada Bagian Metode
- Analisa masalah pada bagian metode antara lain :
1. MAKP belum optimal karena dalam pelaksanaan tidak ada pembagian tugas secara khusus antar tim terkait penanggung jawab pasien
 2. Pelaksanaan timbang terima belum optimal dikarenakankehadiran perawat yang belum optimal saat timbang terima.
 3. Diskusi refleksi kasus (DRK) belum optimal
 4. Discharge planning belum optimal dikarenakan jumlah leaflet terbatas saat discharge planning.

4. Sumber Keuangan(Money/M4)

Ruang rawat inap ruang dieng RSAR system keuangan dalam hal memenuhi kebutuhan peralatan kesehatan sumber dana di dapatkan dari APBD dan BLUD. Alokasi dana dari APBD digunakan untuk pelaksanaan pembangunan dan alat kesehatan, sedangkan BLUD untuk operasional rumah sakit

Sumber dan dari APBD di kelola oleh dinas kesehatan dikarenakan RSAR Situbondo sudah di akui sebgai salah satu Rumah Sakit yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan. Rsar Situbondo bekerjasama dengan BPJS Ketenagakerjaan, Jasa raharja, SPM/Sehati. Kerjasama ini perlu adanya

kewaspadaan mengingat bahwa di Indonesia masih banyak tunggakan terkait BPJS.

RSUD dr Abdoerrahem Situbondo mendanai setiap pegawai yang di delegasikan untuk mengikuti pelatihan ataupun seminar yang berhubungan dengan kepentingan rumah sakit. Apabila seminar maupun pelatihan yang di adakan di rekomendasikan oleh rumah sakit maka dana atau pembiayaan di tanggung rumah sakit dari APBD dan BLUD.

Hasil analisa menunjukkan bahwa pihak RSAR situbondo telah melaksanakan system manajemen keuangan dengan baik dalam penganggaran untuk kebutuhan dan alat kesehatan, selain itu manajemen kesejahteraan pegawai sudah diatur dengan baik dan terbukti dengan pemberian tunjangan BPJS kesehatan, BPJS ketenagakerjan, gaji yang sesuai dengan standart dan tunjangan lainnya.

5. Pemasaran Bangsal (Market/M5)

1. Jumlah rata-rata pasien/hari, di ruang rawat inap pada bulan maret, april, mei 2022.

a. Jumlah rata-rata pasien/hari, diruang rawat inap pada bulan maret 2022

Total pasien yang dirawat di ruang rawat inap selama bulan maret sebanyak 61 orang, dengan lama rawat inap 8 hari sebanyak 7 orang dan 6 hari sebanyak 4 orang, maka didapatkan rata-rata pasien perhari 11

b. Jumlah rata-rata pasien/hari, diruang rawat inap bulan april 2022 Total pasien yang dirawat di ruang rawat inap selama bulan april sebanyak 96 orang dengan lama rawat inap 6 hari sebanyak 6 orang, dan 7 hari sebanyak 6 orang, maka didapatkan rata-rata pasien perhari 11

c. Jumlah rata-rata pasien/hari, di ruang rawat inap bulan mei 2022

Total pasien yang dirawat di ruang rawat inap selama bulan mei sebanyak 64 orang.

d. BOR, ALOS, TOI, BTO Ruangan dengan Standar Ideal Masing–masing Data Berdasarkan DEPKESRI

a. BOR

Bed Occupancy Rate (BOR) adalah presentase tempat tidur pada satuan

waktu tertentu dengan standar pencapaian 60-85% (Depkes RI dalam Kementerian2011).

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

Jumlah *TT* yang tersedia

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

c. 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 Kementerian2011).

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

d. 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-ratadi pakai 40-50 kali (Depkes RI. 2005 Kementrian2011).

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

Kriteria	Februari	Maret	April
Jumlah tempat tidur	11	11	11
BOR %	59,9%	45,5%	30,5%
ALOS	8 hari	8 hari	8 hari

TOI	1 hari	1 hari	1 hari
BTO	40 kali	30 kali	40 kali

Tabel : nilai BOR, ALOS, TOI, ruang dieng RSAR 2022 bulan maret sampai mei

2. Tingkat Kepuasan Perawat

Pengukuran tingkat kepuasan perawat di ruang dieng sudah dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada 16 perawat secara acak yang berada di ruang dieng. Pengukuran tingkat kepuasan meliputi beberapa indikator sebagai berikut gaji, kondisi kerja, hubungan antar pribadi, supervise, prestasi, mutasi, pekerjaan itu sendiri, tanggung jawab dan promosi/pengembangan karir. Hasil tingkat kepuasan perawat RSUD dr Abdoerahem didapatkan bahwa 16 perawat (100%) masuk penilaian puas berdasarkan kuesioner kepuasan yang sudah di sebar.

3. Tingkat Kepuasan Pasien

Pengukuran tingkat kepuasan pasien di ruang dieng dengan menyebarkan kuesioner tingkat kepuasan kepada keluarga pasien/pasien. Berdasarkan hasil kuesioner yang sudah di sebarakan kepada 11 pasien secara acak di dapatkan 10 dari 11 pasien (87,5%) masuk dalam penilaian puas dan 1 pasien (12,5%) masuk dalam penilaian tidak puas.

4. Analisis Masalah pada Bagian Market

Pada bagian Market/M5, ruang dieng RSAR.Seperti pada BOR, ALOS, TOI, BTO yang tidak sesuai dengan standar ideal.

BAB 4
ANALISI SWOT

1.1 Analisa Swot

Tabel 4.1 Analisis SWOT

No.	Analisa SWOT	Bobot	Rating	Bobot x Rating
1.	<p>Sumber Daya Manusia (M1)</p> <p>a. Internal Factors (IFAS)</p> <p>Strength</p> <p>1. Ruang rawat inap Dieng RSAR memiliki 15 orang tenaga keperawatan dan 1 orang tenaga non paramedis</p> <p>2. Adanya tugas peran dan wewenang perawat menggunakan metode TIM (KARU, KATIM, PP).</p> <p>Total</p> <p>Weakness</p> <p>1. Pelatihan yang diadakan rumah sakit memiliki keterbatasan peserta, sehingga ilmu yang didapat tidak tersalurkan dengan maksimal pada perawat yang</p>	<p>0.2</p> <p>0.3</p> <p>0.3</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>0.8</p> <p>0.9</p> <p>1,7</p> <p>0,6</p>

lain.			
2. Pelatihan yang di ikuti perawat sebagian sudah lama	0,4	1	0,4
Total			1
b. Eksternal Factors(EFAS)			
<i>Opportunity</i>			
1. Adanya kesempatan melanjutkan pendidikan ke jenjang lebih tinggi	0.3	3	0.9
2. Adanya kerjasama yang baik antara mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan dengan perawat klinik	0.7	4	2.8
Total			3
<i>Threatened</i>			
1. Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk pelayanan yang lebih professional	0.4	2	0.8
2. Makin tinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan	0.6	2	1.2
Total			2

2.	<p>Sarana dan Prasarana (M2)</p> <p>a. Internal Factors (IFAS)</p> <p><i>Strength</i></p> <p>1. Memiliki sarana dan prasarana yang dibidang cukup baik bagi pasien, tenaga kesehatan termasuk sarana prasarana <i>Universal Precaution</i> untuk perawat</p> <p>2. Terdapat administrasi penunjang (misal: buku register, form rujukan, <i>inform consent</i>, observasi) yang memadai</p> <p>3. Semua sarana dan prasarana sudah digunakan secara optimal.</p> <p>Total</p> <p><i>Weakness</i></p> <p>1. Bed pasien memenuhi standart</p> <p>2. Tidak terpasang visi dan misi ruangan, struktur organisasi di dinding nurse station</p> <p>Total</p> <p>b. Eksternal Factors (EFAS)</p> <p><i>Opportunity</i></p> <p>1. Tersedianya dana untuk perbaikan sarana dan prasarana yang rusak atau penambahan barang baru dari bagian pengadaan barang</p>	0.2 0.3 0.5 0,7 0,5 1	4 3 3 2 2 4	0.8 0.9 1.5 1 2 4
----	---	--	------------------------------------	--

	<i>Threatened</i>			
	1. Peralatan di ruang Dieng juga ada di ruangan lain.	0,5	3	1,5
	2. Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk melengkapi sarana dan prasarana	0,5	4	2
	Total			1,7

	<p>b. Eksternal Factors (EFAS)</p> <p><i>Opportunity</i></p> <p>1. Tersedianya dana untuk perbaikan sarana dan prasarana yang rusak atau penambahan barang baru dari bagian pengadaan barang</p> <p><i>Threatened</i></p> <p>1. Peralatan diruang Dieng ada diruangan lain.</p> <p>2. Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk melengkapi sarana dan prasarana</p> <p>Total</p>	<p>1</p> <p>0.4</p> <p>0.6</p>	<p>4</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>4</p> <p>0.4</p> <p>1.2</p> <p>1,6</p>
--	--	--------------------------------	----------------------------	--

3.	<p>Metode (M3)</p> <p>M3.1 Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)</p> <p>a. Internal Factors (IFAS)</p> <p><i>Strength</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat SAK dan SPO disetiap tindakan. 2. Terdapat MAKP dengan metode tim. 3. RS memiliki visi, misi sebagai acuan dalam melakukan kegiatan pelayanan. <p>Total</p> <p><i>Weakness</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MAKP sudah dilaksanakan tetapi belum maksimal 2. Discharge planning sudah dilaksanakan tetapi belum maksimal. 3. Diskusi Refleksi Kasus (DRK) belum dilakukan. 4. Proses timbang terima sudah dilaksanakan tetapi belum maksimal <p>Total</p>	<p>0.3</p> <p>0.4</p> <p>0.3</p> <p>0.2</p> <p>0.2</p> <p>0.4</p> <p>0,2</p>	<p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>1.2</p> <p>2</p> <p>1.5</p> <p>0.2</p> <p>0.4</p> <p>0.4</p> <p>0,4</p> <p>1,4</p>
----	---	---	---	--

	<p>b. Eksternal Factors (EFAS)</p> <p><i>Opportunity</i></p> <p>1. Adanya mahasiswa Ners yang praktik manajemen keperawatan</p> <p>2. Ada kebijakan rumah sakit tentang profesionalisasi perawat</p> <p>Total</p> <p><i>Threatened</i></p> <p>1. Persaingan dengan RS swasta yang semakin ketat</p> <p>2. Adanya tuntutan masyarakat yang semakin tinggi terhadap peningkatan pelayanan keperawatan yang lebih profesional</p> <p>3. Semakin tinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan .</p>	<p>0.4</p> <p>0.6</p> <p></p> <p>0.3</p> <p>0.3</p> <p></p>	<p>4</p> <p>5</p> <p></p> <p>1</p> <p>1</p> <p></p>	<p>1.6</p> <p>3</p> <p>1,9</p> <p>0.3</p> <p>0.3</p> <p>1</p>
	<p>Total</p>			<p>1</p>
	<p>M3.2 TIMBANG TERIMA</p> <p>a. Internal Factors (IFAS)</p> <p><i>Strength</i></p> <p>1. Kegiatan timbang terima dilakukan setiap pergantian shift dinas</p> <p>2. Timbang terima di lakukan langsung dengan menggunakan status pasien</p>	<p>0,5</p> <p>0,5</p>	<p>4</p> <p>4</p>	<p>2</p> <p>2</p>

Total			4
Weakness			
1. Pelaksanaan timbang terima masih belum optimal	0,5	3	1,5
2. Kehadiran perawat yang belum lengkap saat timbang terima	0,5	3	1,5
total :			3
b. Eksternal Factors (EFAS)			
Opportunity	0,5		1
1. Adanya kerjasama yang baik antara mahasiswa yang praktik dengan perawat ruangan		2	
2. Adanya mahasiswa profesi yang praktik manajemen keperawatan	0,5	3	1,5
Total			2,5
Threatened	1		2
1. Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan keperawatan yang professional		2	

M3.3 DRK			
a. Internal Factors (IFAS)			
<i>Strength</i>			
1. Bidang keperawatan rumah sakit dan ruangan mendukung adanya DRK	0,5	3	1,5
2. SDM memiliki banyak pengalaman dalam bidang keperawatan medical bedah	0,5	4	2
Total			1,7
<i>Weakness</i>			
1. Tidak semua perawat pernah mengikuti pelatihan DRK	0,5	3	1,5
2. DRK belum terjadwal sebagai kegiatan rutin di ruangan	0,5	3	1,5
Total			3
b. Eksternal Factors (EFAS)			
<i>Opportunity</i>			
1. Adanya kesempatan dari karu untuk mengadakan DRK pada perawat	0,5	4	2
2. Adanya pelatihan dan seminar tentang manajemen keperawatan	0,5	3	1,5
Total			1,7
<i>Threatened</i>			
1. Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang lebih professional	0,5	3	1,5

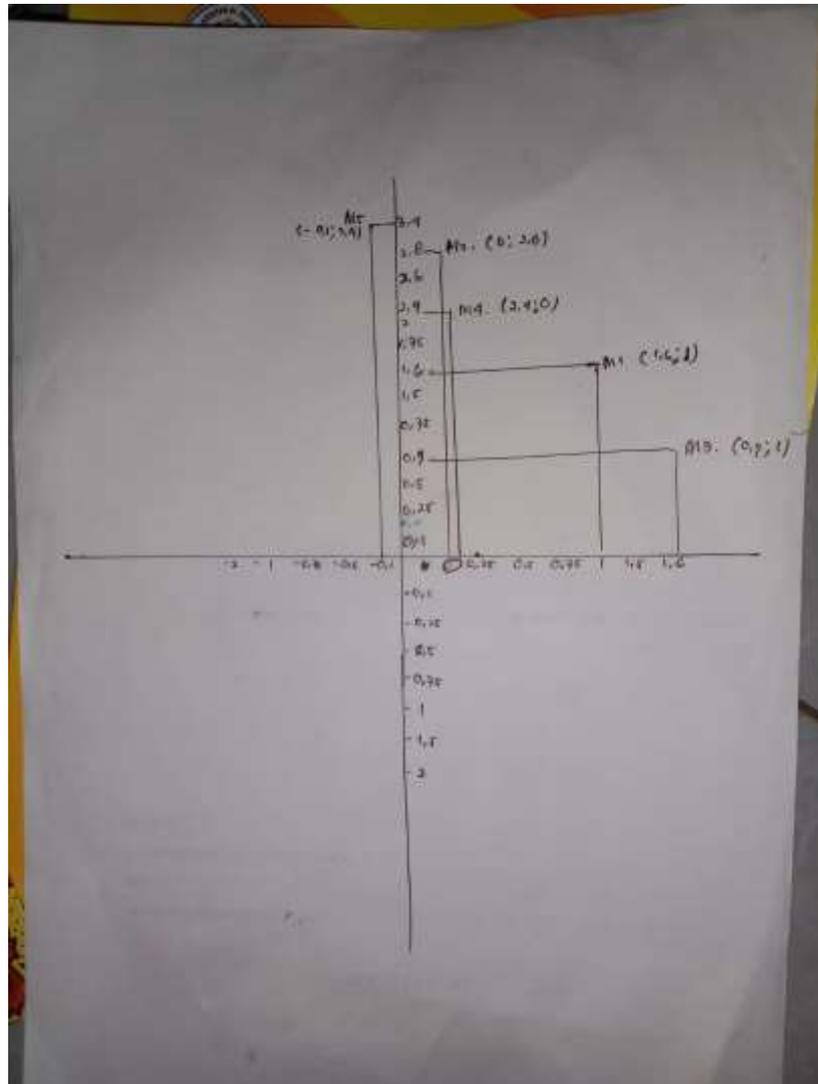
2. Persaingan antar rumah sakit semakin kuat	0,5	3	1,5
Total			3
M3.4 DISCHARGE PLANNING			
a. Internal Factors (IFAS)			
Strength			
1. Diruang Dieng sudah dilakukan discharge planning	0,5	4	2
2. Sudah tersedia SPO discharge planning	0,5	4	2
Total			4
Weakness			
1. Jumlah leaflet terbatas			
2. Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien atau keluarga hanya secara lisan tanpa tulisan atau tanpa menggunakan leaflet.	0,5	3	1,5
	0,5	3	1,5
total :			3
b. Eksternal Factors (EFAS)			
Opportunity			
1. Pasien dan keluarga sebagian berpendidikan sedang sehingga memudahkan perawat untuk menjelaskan pendidikan kesehatan	0,5	4	2
2. Kemajuan kondisi pasien karena pendidikan kesehatan perawat yang jelas	0,5	4	2

	<p>Total</p> <p><i>Threatened</i></p> <p>1. Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang lebih professional</p> <p>2. Persaingan antar rumah sakit semakin kuat</p> <p>Total</p>	0,5	3	1,5
		0,5	3	1,5
				3
4.	<p>Keuangan (M4)</p> <p><i>a. Internal Factors (IFAS)</i></p> <p><i>Strength</i></p> <p>1. Adanya pendapatan dari jasa pelayanan IRNA medic seperti BPJS, SPM dan jasa rahrarja</p> <p>2. Anggaran dana yang didapatkan rumah sakit dikelola secara mandiri oleh rumah sakit</p> <p>Total</p>	0,4	4	1,6
		0,6	5	3
				1,9

5.	<p>Marketing (M5)</p> <p>a. Internal Factors(IFAS)</p> <p><i>Strength</i></p> <p>1. Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di RSAR situbondo yang cukup tinggi.</p> <p>2. Adanya prelesi karakteristik dari pasien (umum, Askes, Astek danBPJS)</p> <p>Total</p> <p><i>Weakness</i></p> <p>1. BOR, ALOS, TOI, BTO sesuai dengan standar ideal</p> <p>b. Eksternal Factors(EFAS)</p> <p><i>Opportunity</i></p> <p>1. Adanya mahasiswa Ners yang praktik manajemen keperawatan</p> <p>2. Kerjasama yang baik antar perawat ruangan dan mahasiswa</p>	<p>0.4</p> <p>0.6</p> <p></p> <p>1</p> <p></p> <p>0.6</p> <p>0.4</p>	<p>4</p> <p>5</p> <p></p> <p>2</p> <p></p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>1.6</p> <p>3</p> <p>1,9</p> <p>2</p> <p></p> <p>2.4</p> <p>2</p>
----	--	--	--	--

	Total			4,4
	<i>Threatened</i>			
	1. Adanya peningkatan standar masyarakat yang harus dipenuhi	0.6	1	0.6
	2. Persaingan pelayanan rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan	0.4	1	0.4
	Total			1

1.2 Diagram Layang



Pada diagram layang menempati kuadran 1 artinya pada ruang rawat inap seluruhnya berada pada kuadran I. Hal yang harus dilakukan pada **Total** situasi tersebut adalah agresif yaitu berada pada situasi yang sangat baik dan menguntungkan. Kekuatan dan peluang yang dimiliki ruang rawat inap perlu dimanfaatkan dengan baik dan ditingkatkan untuk tercapainya pelayanan yang prima dan berkualitas.

1.3 Matriks SWOT dan Rencana Startegi

Tabel 4.2 Matriks SWOT dan Rencana Strategi

Man		Material		Method		Money		Market	
S-W	O-T	S-W	O-T	S-W	O-T	S-W	O-T	S-W	O-T
1.7-	3-2	3-3	1.7-	3-	1.9-	1.9	5-	1.9-	4.4-
1			1.6	1.4	1	-1	1	2	1
0.7	1	0	0.1	1.6	0.9	3.6	4	-0.1	3.4

Analisa swot pada ruang rawat inap 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 rawat inap perlu dimanfaatkan dengan baik dan ditingkatkan untuk tercapainya pelayanan yang prima dan berkualitas

BAB 5

PRIORITAS MASALAH DAN POA (PLANNING OF ACTION)

4.1 Daftar masalah

1.1. 5.1.1 Identifikas Masalah

Setelah dilakukan analisis situasi, dengan menggunakan pendekatan SWOT, maka kelompok dapat merumuskan masalah yang ditemukan adalah :

1. M1 MAN

Masalah: tidak ditemukan masalah

2. M2 MATERIAL (Sarana dan Prasarana)

Masalah:

Alat-alat yang tersedia sudah memadai dan bed pasien memenuhi standart

3. M3 METHOD

a. MAKP

Masalah: MAKP sudah dilaksanakan tetapi belum maksimal

b. TimbangTerima

Masalah: Pelaksanaan timbang terima belum optimal dan kehadiran perawat tidak tepat waktu

c. DRK

Masalah: Sebagian perawat mengerti definisi DRK dan DRK belum terjadwal sebagai kegiatan rutin.

d. Discharge Planning

Masalah: Jumlah leaflet terbatas dan perawat saat discharge Planning hanya menggunakan secara lisan tidak menggunakan leaflet.

4. M4 MONEY

Masalah: Adanya tunggakan pasien dari pihak asuransi.

5. M5 MARKET

Masalah: BOR, ALOS, TOI, BTO sesuai dengan standar ideal.

4.2 Penampisan 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

Setiap masalah diberikan nilai dengan rentang 1-5 dengan kriteria sebagai berikut :

Nilai 1 = sangat kurang sesuai

Nilai 2=kurang sesuai

Nilai 3=cukup sesuai

Nilai 4=sesuai

Nilai 5 =sangat sesuai

Tabel 5.2 Prioritas Masalah Manajemen Keperawatan

No.	Prioritas Masalah	Mg	Sv	Mn	Nc	Af	Skor
1.	Sudah ada pelaksanaan DRK di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo akan tetapi belum optimal	4	3	4	4	4	768
2.	Pelaksanaan timbang terima sudah optimal dan kehadiran perawat tepat waktu	3	3	3	3	3	243
3.	Belum optimalnya pelaksanaan <i>Discharge planning</i> di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo	4	3	4	4	3	576
4.	MAKP yang diterapkan kurang optimal	4	3	3	3	2	216
5.	Sarana dan Prasarana di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo sebagian sudah memenuhi standart	4	4	4	3	3	576
6.	Adanya tunggakan pasien dari pihak asuransi.	4	3	4	3	3	432

7.	BOR, ALOS, TOI, BTO sesuai dengan standar ideal	4	3	3	3	4	432
----	---	---	---	---	---	---	-----

Dari tabel di atas maka di buat prioritas masalah sebagai berikut:

- i. Sudah ada pelaksanaan DRK di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo akan tetapi belum optimal
- ii. Belum optimalnya pelaksanaan *Discharge planning* di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo
- iii. Pelaksanaan timbang terima belum optimal dikarenakan kehadiran perawat yang tidak on time
- iv. MAKP yang diterapkan kurang optimal
- v. Sarana dan Prasarana di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo sudah memenuhi standart
- vi. Adanya tunggakan pasien dari pihak asuransi
- vii. BOR, ALOS, TOI, BTO sesuai dengan standar ideal.

4.3 Alternatif Penyelesaian Masalah

Dari masalah-masalah yang berhasil diidentifikasi, dengan mempertimbangkan sumberdaya, waktu, kewenangan dan kemampuan untuk mengatasi masalah yang ada, maka masalah yang diatasi hanya 4 masalah. Dan berdasarkan prioritas masalah diatas maka skor tertinggi akan dilakukan rencana tindak lanjut (masalah 1 sampai masalah 4). Tindak lanjut yang akan diambil mempertimbangkan keterbatasan waktu, sumberdaya, dan keuangan dan kemampuan.

Seleksi Alternatif Penyelesaian Masalah

Seleksi alternative penyelesaian masalah menggunakan pembobotan CARL, yaitu

<i>Capability</i> (C)	: Kemampuan melaksanakan alternatif
<i>Accessible</i> (A)	: Kemudahan dalam melaksanakan alternatif
<i>Readliness</i> (R)	: Kesiapan dalam melaksanakan alternatif
<i>Leverage</i> (L)	: Daya ungkit alternative tersebut dalam menyelesaikan masalah

Rentang 1-5 dengan kriteria sebagai berikut :

Nilai 1 = sangat kurang sesuai

Nilai 2=kurang sesuai

Nilai 3=cukup sesuai

Nilai 4=sesuai

Nilai 5 =sangat sesuai

Tabel 5.3 Seleksi alternative penyelesaian masalah

No.	Masalah	Alternatif Penyelesaian Masalah	C	A	R	L	Total
1.	Sudah ada pelaksanaan DRK di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo akan tetapi belum optimal	Meningkatkan kualitas pelaksanaan DRK diruang Dieng.	5	4	4	3	240
2.	Pelaksanaan timbang terima masih belum optimal dikarenakan kehadiran perawat yang belum lengkap saat timbang terima	Melakukan timbang terima tepat waktu dan sesuai dengan SOP	5	4	5	3	300
3.	Belum optimalnya pelaksanaan <i>Discharge planning</i> di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo	Membuat Leaflet	5	4	4	4	320
4.	MAKP yang Diterapkan kurang optimal	Mengusulkan kepada kepala ruangan tentang model tim yang sesuai dengan MAKP	4	4	4	4	256

Dari tabel di atas di buat prioritas penyelesaian masalah sebagai berikut:

1. Membuat leaflet
2. Melakukan timbang terima tepat waktu dan sesuai dengan SOP
3. Mengusulkan kepada kepala ruangan tentang model tim yang sesuai dengan MAKP
4. Meningkatkan kualitas pelaksanaan DRK Ruang Dieng.

4.4 Planning Of Action

Tabel 5.4 Planning Of Action (POA) di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo

No	Masalah	Alternatif Pemecahan Masalah dan Hasil Yang Di Harapkan	Rencana Kegiatan	Ruang dan waktu	Sasaran	Metode
1.	Belum optimalnya pelaksanaan <i>Discharge planning</i>	Membuat leaflet Hasil yang diharapkan : Terbuatnya Leaflet	- Mengidentifikasi penyakit terbanyak di rawat inap - Membuat leaflet sesuai temuan penyakit terbanyak	Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo Kamis, 23 Juni 2022 Pukul 12:30	Pasien dan keluarga Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo	Leaflet
2	Pelaksanaan timbang terima masih belum optimal dikarenakan kehadiran perawat yang belum lengkap saat timbang terima	Melakukan timbang terima tepat waktu dan sesuai SOP. Hasil yang di harapkan : Timbang terima dilakukan tepat waktu	- Meningkatkan komunikasi antar perawat - Menjalin suatu hubungan Kerjasama dan tanggung jawab antarperawat - Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang	Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo Senin, 06 juni sampai 11 juni 2022	Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo	Mempraktekkan secara langsung

			berkesinambungan Perawat dapat meliputi perkembangan secara keseluruhan pasien - Perawat menyampaikan secara langsung bila ada yang belum terungkap/jelas - Meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien secara komprehensif		
3	MAKP yang diterapkan kurang optimal	-Mengusulkan kepada kepala ruangan tentang model TIM yang sesuai dengan MAKP. Hasil yang diharapkan : perawat dapat megaplikasikan MAKP	- Mengidentifikasi MAKP yang cocok untuk ruang rawat inap Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo disesuaikan dengan ketersediaan SDM - Membuat struktur organisasi di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo	Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo Senin , 06 Juni 2022 sampai 11 juni 2022 Pukul 10:00	Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo Poster

4	Sudah ada pelaksanaan DRK di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo akan tetapi belum optimal	-Meningkatkan kualitas pelaksanaan DRK diruang Dieng. Hasil yang diharapkan : DRK terlaksana secara periodik sesuai dengan kriteria yang ditentukan oleh ruangan	- Memilih atau mmenetapkan kasus yang dipilih - Mendiskusikan kasus - Menyusun jadwal kegiatan - Waktu pelaksanaan - Peran masing-masing personal	Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo Kamis, 09 Juni 2022 Pukul 09:00	Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo	Mempraktekkan secara langsung
---	--	---	---	---	---------------------------------------	-------------------------------

BAB 6

IMPLEMENTASI

6.1 Implementasi

Presentasi desiminasi awal dan hasil analisis pengkajian serta rencana penyelesaian masalah manajemen keperawatan di ruang inap Dieng RSAR SITUBONDO dilaksanakan pada hari kamis tanggal 20 Juni 2022 yang di hadiri oleh :

1. Riswatiningsih, S.Kep.,Ns selaku Kepala Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo
2. Yeti Fandayani, S.Kep.,Ns selaku pembimbing klinik Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo
3. Emi Eliya A., S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing akademik Universitas dr Soebandi Jember.
4. Mahasiswa Profesi Ners di lahan praktek di ruang rawat inap Dieng RSAR Situbondo

Pada pertemuan tersebut telah disepakati prioritas masalah yang telah ditetapkan meliputi :

- a. Belum optimalnya pelaksanaan *Discharge planning* di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo
- b. Timbang terima yang dilakukan di ruang rawat inap Dieng RSAR Situbondo belum optimal dikarenakan kehadiran perawat belum lengkap saat timbang terima.
- c. MAKP yang di terapkan belum optimal.
- d. Belum ada pelaksanaan DRK di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo dan belum optimal

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

6.2 Pelaksanaan Kegiatan

6.2.1 Penyiapan Perangkat MAKP

Penyiapan perangkat kegiatan MAKP dilakukan dengan menyusun format bersama dengan pembimbing klinik. Perangkat yang disusun dalam bentuk kartu anggota tim sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan, naskah role play timbang terima, SOP timbang terima, naskah *discharge planing*, dan DRK

6.2.2 Pelaksanaan dan Evaluasi Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan MPKP tanggal 04 November 2021 sesuai jadwal yang telah disusun. Pada beberapa kegiatan yang dilakukan oleh kelompok antara lain adalah, *Roleplay pre dan post conference*, *roleplay* timbang terima, *roleplay* supervisi, dan *roleplay discharge planning*. Pelaksanaan kegiatan berdasarkan analisis data yang dikumpulkan dan evaluasi dengan program kontrol kegiatan. Penerapan MAKP di ruang rawat inap dieng 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.	Selasa , 06 Juli 2022	<i>Discharge Planning</i>	<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	06 Juli 2022 Karu : Rio Albit G Katim : Khairunnisa Salsabila T PP 1 : Ratu Nur Alhayu PP 2 : Giyasul Masruhah

			Obatan-obatan yang masih diminum dan jumlahnya Aktifitas dan istirahat Yang dibawa pulang (hasil pemeriksaan laboratorium, obat-obatan, hasil EKG, USG, dll) Lain-lain	
2.	Senin, 27 Juni – 09 Juli 2022	Timbang Terima	Kegiatan timbang terima di Ruang Rawat Inap rawang inap Dieng 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	Senin, 20 Juni 2022, Karu: Rio Albit G Selasa, 21 Juni 2022, Karu : Khairunnisa Salsabila T Rabu, 22 Juni 2022, Karu : Ratu Nur Alhayu Kamis, 23 Juni 2022, Karu: Giyasul Masruhah Jum'at 24 Juni 2022, Karu : Rio Albit G Sabtu, 25 Juni 2022,

			timbang terima	Karu : -
3	Selasa, 28 Juni – 09 Juli 2022	MAKP	<p>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</p> <p>Pelaksanaan MAKP tim dilaksanakan oleh mahasiswa dan mendapat dukungan dari Koordinator Ruangan dan tenaga keperawatan. Kegiatan yang dilakukan yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan praktek MAKP model tim 2. Melakukan model role play timbang terima, discharge planning, drk 3. Melakukan asuhan keperawatam yang sesuai dengan standard. <p>Kegiatan mahasiswa dalam melakukan praktek MAKP model tim di ruang</p>	<p>Anggota:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rio Albit G 2. Khairunnisa Salsabila T 3. Ratu Nur Alhayu 4. Giyasul Masruhah

rawat inap Dieng
RSAR Situbondo
berjalan dengan
lancar. Namun
masih ada beberapa
yang belum optimal
karena tidak semua
perawat ruang
mengikuti kegiatan
MAKP.

4. Sudah ada pelaksanaan DRK di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo akan tetapi belum optimal	DRK	1. Melakukan role play DRK 2. Melakukan diskusi sesuai kasus yang dipilih	Anggota: 1. Rio Albit G 2. Khairunnisa Salsabila T 3. Ratu Alhayu 4. Giyasul Masruhah
---	------------	--	---

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Pengkajian data diruang manajemen memakai alat kuesioner, wawancara dan observasi dan dari hasil analisis ditemukan 4 masalah yang perlu dilakukan diruangan antara lain:
 - a. Belum optimalnya pelaksanaan *Discharge planning* di Ruang Rawat Inap Dieng RSAR Situbondo
 - b. Timbang terima yang dilakukan di ruang rawat inap Dieng RSAR Situbondo belum optimal dikarenakan kehadiran perawat tidak *on time* atau belum lengkap saat timbang terima.
 - c. MAKP belum optimal karena dalam pelaksanaan tidak ada pembagian tugas secara khusus antar tim terkait penanggung jawab pasien.
 - d. Sudah ada pelaksanaan DRK di Ruang Rawat Inap Ruang Dieng RS dr.Abdoer Rahem Situbondo akan tetapi belum optimalKegiatan manajemen dilakukan dengan mengikuti Standart Operasional Prosedur (SOP) dengan rutinitas kegiatan antara lain timbang terima, DRK keperawatan, *discharge planning* dan dokumentasi keperawatan.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan diatas 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 diruang MAKP.
2. Sub Departemen Keperawatan
 - a. Melakukan supervisi secara teratur keruangan 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 perawat;
 - b. Memberikan pengkayaan fungsi managerial bagi kepala ruangan terutama pada fungsi pengawasan.

3. Kepala ruangan dan Katim
 - a. Kepala ruangan ketua tim hendaknya melakukan bimbingan kepada perawat pelaksana untuk pembuatan rencana harian dan dokumentasi asuhan keperawatan;
 - b. Melakukan audit keperawatan secara berkala pada pasien yang akan pulang atau dalam proses perawatan;
4. Perawat pelaksana
 - a. Membudayakan kegiatan yang telah diajarkan dan menjadikan suatu rutinitas kegiatan;
 - b. Membudayakan membaca dan menulis asuhan keperawatan pasien;
 - c. Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan untuk menunjang profesionalisme perawat.
5. Mahasiswa praktek yang akan datang diharapkan dapat memantau hasil residence terdahulu khususnya di ruang rawat inap percontohan MAKP dan menambah kegiatan lain yang belum dapat dilaksanakan seperti : rencana mingguan, bulanan, dan supervisi dan menyempurnakan format pengkajian dan intervensi yang sudah ada.

PROPOSAL

DISKUSI REFLEKSI KASUS (DRK)

1.1 Latar Belakang

Manajemen merupakan suatu pendekatan yang dinamis dan proaktif dalam men-jalankan suatu kegiatan di organisasi. Manajemen mencakup kegiatan planning,organizing, actuating, controlling (POAC) terhadap staf, sarana, dan prasarana dalam mencapai tujuan organisasi. Manajemen juga diartikan sebagai suatu organisasi bisnis yang difokuskan pada produksi dan banyak hal lain untuk menghasilkan suatu keuntungan. Manajemen keperawatan harus diaplikasikan dalam tatanan pelayanan keperawatan nyata yaitu Rumah Sakit, sehingga perawat perlu memahami konsep dan aplikasinya. Konsep yang harus dikuasai adalah konsep manajemen keperawatan, perencanaan yang berupa strategi melalui pengumpulan data, analisa SWOT dan penyusunan langkah-langkah perencanaan, pelaksanaan model keperawatan profesional dan melakukan pengawasan serta pengendalian.

Perencanaan merupakan fungsi organik manajemen yang merupakan dasar atau titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan tertentu dalam usaha mencapai tujuan organisasi. Apabila proses perencanaan dilakukan dengan baik akan memberikan jaminan pelaksanaan kegiatan menjadi baik, sehingga dapat mencapai tujuan organisasi yang berdaya guna dan berhasil guna. Kebijakan yang dirumuskan dalam suatu rencana mencakup struktur organisasi yang akan diciptakan, pengadaan dan penggunaan tenaga kerja, sistem dan prosedur yang hendak digunakan serta peralatan yang dibutuhkan kelancaran suatu kegiatan. Perencanaan harus memenuhi prinsip yang sesuai dengan situasi dan kondisi dari suatu organisasi.

Diskusi Refleksi Kasus (DRK) digunakan sebagai metode pembelajaran yang dapat menuntun perawat dan bidan dalam suatu kelompok diskusi baik di rumah sakit maupun puskesmas untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman klinik yang didasarkan atas standar yang telah ditetapkan.

Dalam DRK ini akan dibahas masalah–masalah keperawatan/kebidanan yang aktual, menarik baik yang lalu maupun yang sedang berlangsung.

Selain itu juga dibahas tentang pengalaman keberhasilan dalam melaksanakan tugas pelayanan dengan pemanfaatan sumber-sumber yang tersedia.

Melalui DRK ini profesionalisme perawat dan bidan ditingkatkan sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal. Dalam modul ini akan dibahas mengenai pengertian, tujuan, penatalaksanaan, penulisan laporan dan jadwal kegiatan.

1.2 Rumusan Masalah

- a. Apa pengertian Diskusi dan Refleksi Kasus ?
- b. Apa saja tujuan Diskusi dan Refleksi Kasus ?
- c. Bagaimana langkah-langkah kegiatan dalam melakukan Diskusi dan Refleksi Kasus ?

1.3 Tujuan

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian Diskusi dan Refleksi Kasus
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan Diskusi dan Refleksi Kasus
- c. Mahasiswa mampu melakukan langkah-langkah kegiatan dalam melakukan Diskusi dan Refleksi Kasus

2.1 Konsep Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

1.4 Pengertian DRK

Diskusi Refleksi Kasus adalah 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 (Depkes/WHO/PMPK-UGM, 2011)

2.2 Tujuan

Berdasarkan Modul Pelatihan Manajemen Kinerja Klinik (PMKK), 2016. tujuan dari DRK adalah sebagai berikut:

- a. Mengembangkan profesionalisme perawat dan bidan
- b. Meningkatkan aktualisasi diri
- c. Membangkitkan motivasi belajar
- d. Wahana untuk menyelesaikan masalah dengan mengacu pada standar keperawatan/kebidanan yang telah ditetapkan.
- e. Belajar untuk menghargai kolega untuk lebih sabar, lebih banyak mendengarkan, tidak menyalahkan, tidak memojokkan dan meningkatkan kerjasama.

2.3 Langkah-langkah

Berdasarkan Modul Pelatihan Manajemen Kinerja Klinik (PMKK), 2016. langkah- langkah kegiatan DRK adalah sebagai berikut:

- a. Memilih/Menetapkan Kasus Yang Akan Didiskusikan

Topik-topik bahasan yang ditetapkan untuk didiskusikan dalam DRK antara lain : pengalaman pribadi perawat atau bidan yang aktual dan menarik dalam menangani kasus/ pasien di lapangan baik di rumah sakit/ puskesmas, pengalaman dalam mengelola pelayanan keperawatan /kebidanan dan isu-isu strategis, pengalaman yang masih relevan untuk di bahas dan akan memberikan informasi berharga untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Proses diskusi ini akan memberikan ruang dan waktu bagi setiap peserta untuk merefleksikan pengalaman, pengetahuan serta kemampuannya, dan mengarahkan maupun meningkatkan pemahaman perawat/ bidan terhadap standar yang akan memacu mereka untuk melakukan kinerja yang bermutu tinggi.

b. Menyusun Jadwal Kegiatan

Jadwal kegiatan DRK adalah daftar kegiatan yang harus dilaksanakan dalam kurun waktu yang ditetapkan dan disepakati. Kegiatan DRK disepakati dalam kelompok kerja, baik di puskesmas maupun di rumah sakit (tiap ruangan). Kegiatan DRK dilakukan minimal satu kali dalam satu bulan dan sebaiknya jadwal disusun untuk kegiatan satu tahun. Dengan demikian para peserta yang telah ditetapkan akan mempunyai waktu yang cukup untuk mempersiapkan. Setiap bulan ditetapkan dua orang yang bertugas sebagai penyaji dan fasilitator/ moderator selebihnya sebagai peserta demikian seterusnya, sehingga seluruh anggota kelompok mempunyai kesempatan yang sama yang berperan sebagai penyaji, fasilitator/moderator maupun sebagai peserta. Peserta dalam satu kelompok diupayakan antara 5-8 orang.

c. Waktu Pelaksanaan

Waktu yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan tersebut minimal 60menit, dengan perincian sebagai berikut :

- 1) Pembukaan : 5 menit
- 2) Penyajian : 15 menit
- 3) Tanya jawab : 30 menit
- 4) Penutup/rangkuman : 10 menit

d. Peran Masing-Masing Personal DRK

Kegiatan selama DRK ditetapkan aturan main yang harus dipatuhi oleh semua peserta agar diskusi tersebut dapat terlaksana dengan tertib. Ada 3 peranyang telah disepakati dan dipahami dalam DRK adalah sebagai berikut:

1) Peran penyaji

Menyiapkan kasus klinis keperawatan/ kebidanan yang pernah dialami atau pernah terlibat didalamnya yang merupakan kasus menarik baik kasus lalu maupun kasus-kasus saat serta kasus manajemen dan pengalaman keberhasilan dalam pelayanan juga bisa, menjelaskan kasus yang sudah disiapkan dengan alokasi waktu 10-20 menit, menyimak pertanyaan yang disampaikan, memberikan jawaban sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman nyata yang telah dilakukan dan merujuk pada standar yang relevan atau SOP yang berlaku serta mencatat hal- hal yang penting selama DRK.

2) Peran Peserta

Mengikuti kegiatan sampai selesai diakhiri dengan mengisi daftar hadir, memberikan perhatian penuh selama kegiatan, mempunyai hak untuk mengajukan pertanyaan minimal satu pertanyaan dengan alokasi waktu keseluruhan 20-30 menit, dalam mengajukan pertanyaan agar merujuk kepada standar, tidak dibenarkan untuk mengajukan pertanyaan/pernyataan yang sifatnya menyalahka atau memojokkan, tidak dibenarkan untuk mendominasi pertanyaan, pertanyaan berupa klarifikasidan tidak bersifat menggurui.

3) Peran fasilitator/moderator

Mempersiapkan ruangan diskusi dengan mengatur posisi tempat duduk dalam bentuk lingkaran, membuka pertemuan (mengucapkan selamat dayanng, menyampaikan tujuan pertemuan, membuat komitmen bersama dengan keseluruhan anggota tentang lamanya waktu diskusi (kontrak waktu) dan menyampaikan tata tertib diskusi), mempersilahkan penyaji untuk menyampaikan kasusnya selama 10-20 menit, memberikan kesempatan kepada peserta untuk mengajukan pertanyaan secara bergilir selama 30 menit, mengatur

lalu lintas pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh peserta dan klarifikasi bila ada yang tidak jelas, merangkum hasil diskusi, melakukan refleksi terhadap proses diskusi dengan meminta peserta untuk menyampaikan pendapat dan komentarnya tentang diskusi tersebut, membuat kesimpulan hasil refleksi dan menyampaikan isu-isu yang muncul, meminta kesepakatan untuk rencana pertemuan berikutnya, menutup pertemuan dengan memberikan penghargaan kepada seluruh peserta dan berjabat tangan dan membuat laporan hasil diskusi sesuai dengan format dan menyimpan laporan DRK pada arsip yang telah ditentukan bersama.

e. Laporan

Setelah melakukan kegiatan, langkah berikutnya adalah menyusun laporan DRK. Agar kegiatan DRK dapat diketahui dan dibaca oleh pimpinan, anggota kelompok maupun teman sejawat lainnya maka kegiatan tersebut harus dicatat atau didokumentasikan sebagai laporan.

Bentuk laporan dikemas dengan menggunakan suatu format yang antara lain berisikan :

- 1) Nama peserta yang hadir
- 2) Tanggal, tempat dan waktu pelaksanaan.
- 3) Isu-isu atau masalah yang muncul selama diskusi
- 4) Rencana tindak lanjut berdasarkan masalah, lampiran laporan menyertakan daftar hadir yang ditandatangani oleh semua peserta.

2.4 Persyaratan DRK

Diskusi Refleksi Kasus berbeda dengan presentasi kasus karena DRK mempunyai persyaratan-persyaratan khusus berdasarkan Modul Pelatihan

Manajemen Kinerja Klinik (PMKK), 2009 yaitu :

- a. Suatu kelompok yang terdiri dari satu profesi yang beranggotakan 5-8 orang

- b. Salah satu anggota kelompok berperan sebagai fasilitator, satu orang lagi sebagai penyaji dan lainnya sebagai peserta.
- c. Posisi fasilitator, penyaji dan peserta lain dalam diskusi setara (equal)
- d. Kasus yang disajikan penyaji merupakan pengalaman klinis yang nyata dan menarik.
- e. Posisi duduk sebaiknya melingkar agar setiap peserta dapat saling bertatap dan berkomunikasi secara bebas
- f. Tidak boleh ada interupsi dan hanya ada satu orang saja yang berbicara dalam satu saat dan peserta lain memperhatikan proses diskusi
- g. Tidak diperkenankan ada dominasi, kritik yang dapat memojokkan penyaji atau peserta lain, serta dalam berargumentasi tidak boleh menggurui.
- h. Membawa catatan diperbolehkan, namun tidak mengurangi perhatian dalam berdiskusi.
- i. Diskusi Refleksi Kasus wajib dilakukan secara rutin, terencana dan terjadwal dengan baik minimal satu bulan sekali dimana kelompok diskusi berbagi pengalaman klinis dan IPTEK diantara sejawat selama satu jam.
- j. Selama diskusi setiap anggota secara bergilir mendapat kesempatan untuk menyampaikan pendapat dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan sedemikian rupa, yang merefleksikan pengalaman, pengetahuan serta kemampuan masing-masing.
- k. Selama diskusi berlangsung harus dijaga agar tidak ada pihak-pihak yang merasa tertekan atau terpojok, yang diharapkan terjadi justru sebaliknya yaitu dukungan dan dorongan bagi setiap peserta agar terbiasa menyampaikan pendapat mereka masing-masing.

Diskusi Refleksi Kasus dapat dimanfaatkan sebagai wahana untuk memecahkan masalah, merevisi standar, membuat standar ataupun kesepakatan tindak lanjut agar standar dipatuhi

3.1 Proses Pelaksanaan

STANDAR PROSEDUR OPERATIONAL		
DISKUSI REFLEKSI KASUS (DRK)		
	NO DOKUMEN	NO REVISI HALAMAN
		DITETAPKAN OLEH KETUA/PIMPINAN UNIT
PENGERTIAN	Menurut Standar prosedur Operasional (SPO) Rapat Diskusi Refleksi Kasus (DRK) adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh case manager secara periodik sebagai media komunikasi profesional pemberi asuhan untuk meningkatkan pelayanan berfokus pada pasien	
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dalam kondisi stabil 2. Pasien dalam tahap Maintenance 3. Pasien dalam kondisi yang membutuhkan pemantauan (Observasi) 	
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menyampaikan informasi permasalahan yang ditemukan pada pasien, evaluasi hasil kerja secara keseluruhan selama pelayanan di berikan 2. Untuk menyamakan persepsi tentang pelayanan berfokus pada pasien 3. Untuk memperbaiki pelaksanaan komunikasi, kolaborasi pelayanan yang terintegrasi 4. Untuk mengurangi kesalahan pemberian pelayanan dan koordinasi pelayanan 	
PROSEDUR KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan <ol style="list-style-type: none"> a. Buku Standar Prosedur Operasional (SPO) keperawatan b. Buku Diskusi Refleksi Kasus 2. Pelaksanaan 	

- a. Minta setiap peserta diskusi refleksi kasus menandatangani daftar hadir
- b. Membuka acara diskusi refleksi kasus dengan salam dan doa
- c. Jelaskan kembali jenis SPO yang akan di diskusikan pelaksanaannya pada minggu ini
- d. Minta salah satu perawat untuk menyajikan /menceritakan resum kasus yang pernah di lakukan :identitas pasien, resum data focus, masalah keperawatan, penyebab masalah tersebut, implementasi yang telah di lakukan sesuai SPO, dan hasil tindakan
- e. Minta perawat menyampaikan hal positif yang sudah di lakukan sesuai SPO
- f. Minta perawat menyampaikan hal-hal yang belum dilakukan sesuai SPO
- g. Minta perawat menyampaikan hambatan selama pemberian asuhan menggunakan SPO tersebut
- h. Minta perawat kesesuaian antara SPO dengan kondisi pasien.
- i. Minta perawat menyampaikan usulan perbaikan atau revisi SPO sesuai kondisi pasien (revisi atau pengadaan SPO baru)
- j. Minta perawat lain menanggapi hal-hal yang sudah disampaikan oleh perawat
- k. Minta perawat membahas pelaksanaan SPO menggunakan textbook, jurnal penelitian atau diskusi dengan expert atau ahli
- l. Fasilitator memberikan masukan terkait tema SPO yang di bahas sehubungan dengan kasus yang di buat
- m. Buat rencana tindak lanjut untuk kepala bidang keperawatan, kepala unit pelayanan, kepala instalasi perawatan, dan komite keperawatan serta instalasi diklat
- n. Mengucapkan salam dan berdoa

	<p>3. Penutup</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Buat notulen diskusi refleksi kasus dan di tanda tangani case manager dan kepala unit pelayananan b. Simpan notulen sebagai portofolio hasil pelaksanaan tugas case manager dan pelaksanaan model MPKP . <p>Hal-hal yang perlu di perhatikan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diskusi Refleksi Kasus (DRK) idealnya dilakukan minimal 3 bulan sekali. b. Diskusi Refleksi Kasus (DRK) di ikuti oleh semua professional pemberi asuhan (perawat) yang satu level yaitu ketua tim, case manager dan perawat pelaksana
UNIT TERKAIT	Unit Keperawatan Secara menyeluruh

NASKAH ROLEPLAY DRK

Roleplay Diskusi Refleksi keperawatan

Discription

Pasien dengan diagnos medis typhoid hari ke-5 demam masih naik turun dengan hasil TTV 110/90 mmHg, HR 70 x/menit, RR 20x/menit, suhu 38,5 0C, hasil lab uji widal masih positif. Pasien masih mengeluh mual dan muntah serta terlihat lemas.

Berdasarkan keadaan tersebut perawat melaksanakan DRK.

Perawat mengutarakan keadaan pasien dan meminta persetujuan untuk diadakan DRK kepada ketua TIM

Perawat 1 (Ratu) : Selamat Bu!

Ketua Tim (giyas) : Selamat Pagi!

Perawat 1 (Ratu) : Bu, pasien kamar 10 bernama Nn S, pasien sudah 5 hari dirawat dan demam masih naik turun, pasien juga masih tampak lemas, hasil lab uji widal masih menunjukkan nilai positif. Pasien belum menunjukkan adanya peningkatan yang berarti. Jadi saya bermaksud untuk melakukan DRK terhadap Nn. S. Apakah Ibu setuju?

Ketua Tim (Giyas) : Ya saya setuju. Bagaimana persiapannya dan kapan akan dilakukan?

Perawat 1 (Ratu) : Saya sudah menyiapkan tim yang bisa melakukan DRK. Sesuai dengan jadwal yang ada, DRK dilakukan besok tanggal 27 Juni 2022, untuk waktunya masih menunggu kesepakatan dengan TIM.

Ketua Tim (Giyas) : Baiklah silahkan dilanjutkan. Saya tunggu informasi selanjutnya.

Perawat1 (Ratu) : Baik Bu, saya permisi dulu.

DRK dilakukan pada tanggal 27 Juni 2022 di ruang perawat pukul 13.00 WIB. DRK dihadiri seluruh anggota TIM. (Di ruang perawat)

Perawat 2 (Rio) : Selamat siang! Selamat datang di diskusi refleksi kasus yang sudah rutin kita adakan setiap bulannya. Hari ini kita melakukan refleksi kasus yang telah kita sepakati sebelumnya yaitu tentang typhoid. Sebelumnya kita sepakati terlebih dahulu waktu diskusi kita hari ini. Bagaimana kalau diskusi kita laksanakan selama 60 menit?

Semua peserta : Setuju..

Perawat 2 (Rio) : Baiklah seperti biasa, diharapkan semua peserta dapat mengikutidiskusi dengan baik dan mengikuti perjalanan diskusi dengan aktif. Untuk acara hari ini, materi akan disajikan oleh Perawat Ratu selama 15 menit, dilanjutkan diskusi selama 30 menit. Kepada penyaji dipersilahkan untuk menyampaikan materi

Perawat 1(Ratu) : Assalamualaikum wr.wb.

Pada diskusi kali ini, kita akan membahas tentang typhoid Nn S. Nn S sudah dirawat selama 5 hari, demam masih naik turun, mual muntah dan tampak lemas. Typhoid adalah suatu penyakit yang diakibatkan oleh bakteri salmonella typhi. Salmonella menginfeksi targetnya dengan berada pada aliran darah dan usus. Diagnosa keperawatan yang diambil adalah hipertermi dan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Dari diagnose tersebut intervensi yang telah kita lakukan untuk hipertemi adalah

1. Observasi TTV untuk mengetahui keadaan umum pasien

2. Berikan kompres hangat untuk membantu menurunkan suhu tubuh
3. Anjurkan minum banyak (1500-2000 cc) untuk mengganti cairan tubuh yang menguap akibat hipertemi
4. Anjurkan pemakaian baju berbahan tipis dan menyerap keringat untuk menjaga agar klien merasa nyaman dan mengurangi penguapan tubuh.
5. Kolaborasi dengan dokter dengan pemberian antipiretik dan antibiotic untuk mengurangi panas dan infeksi.

Sedangkan intervensi untuk masalah nutrisi yaitu,

1. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang manfaat makanan dan nutrisi untuk meningkatkan motivasi makan.
2. Beri nutrisi dengan diet lunak, tidak mengandung banyak serat, tidak merangsang, maupun menimbulkan banyak gas dan hidangkan saat masih hangat untuk meningkatkan asupan makanan karena mudah ditelan.
3. Berikan makanan yang bervariasi agar pasien tidak merasa bosan dan nafsu makan meningkat
4. Sajikan makanan dengan sedikit tapi sering untuk menghindarimual and muntah.
5. Anjurkan menjaga kebersihan mulut untuk menghilangkan rasa tidak enak pada mulut dan meningkatkan nafsu makan kesukaannya apa. Tetapi keluarga harus tau makanan yang seperti apa yang baik untuk pasien tipoid.

Nah, diet pasien tipoid adalah diet lunak rendah serat. Biasanya petunjuk diet yang dianjurkan oleh dokter antara lain:

- a. Makanan yang cukup (cairan, kalori, vitamin, protein)

- b. Tidak mengandung banyak serat
- c. Tidak merangsang dan tidak menimbulkan banyak gas
- d. Makanan lunak diberikan selama istirahat.

Perawat 3 (Caca) : Ada yang mengatakan juga makanan rendah serat dan rendah sisa. Maksudnya rendah sisa bertujuan untuk memberikan makanan sesuai kebutuhan gizi yang sedikit mungkin meninggalkan sisa sehingga dapat membatasi volume feses dan tidak merangsang saluran cerna.

Perawat 2 (Rio) : Untuk makanan-makanan yang dianjurkan itu bagaimana?

Perawat 1(Ratu) : Untuk makanannya,

- a. Sumber karbohidrat : beras di tim, kentang rebus atau tepung-tepungan di bubur/ di pudding
- b. Sumber protein : tahu tempe telur di rebus; daging, ayam,direbus sampai empuk
- c. Sayuran : sayuran yang berserat rendah seperti buncis, bayam,labu siam, tomat dan wortel. Sayuran bisa ditumis atau direbus.

Untuk buah-buahan dan minumannya adalah

- a. Buah-buahan : buah yang tidak banyak menimbulkan gas dan tidak dimakan beserta kulit dan bijinya seperti pepaya, pisang,jeruk, alpukat. Buah yang menimbulkan gas itu seperti nangkadan durian
- b. Minuman : teh encer boleh, tapi lebih baik air putih.
- c. Dan tidak boleh makan pedas-pedas

Perawat 2 (Rio) : Baik lah, Ada yang ingin disampaikan atau sudah cukup? Waktu masih sisa 5 menit.

Semua Peserta : Cukup.

Perawat 2 (Rio) : Alhamdulillah, diskusi hari ini telah berakhir. Dapat saya simpulkan bahwa pasien dengan tipoid harus dilakukan pemantauan suhu dengan benar.

Diet makanannya adalah diet lunak dan rendah serat. Baik, karena diskusi telah selesai, kita beri tepuk tangan untuk kita semua. Jangan lupa mengisi daftar hadir di lembar yang sudah disediakan. Saya akhiri diskusi kali ini, Selamat siang

5.1 Kesimpulan

Diskusi Refleksi Kasus adalah 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. Adapun tujuan dari DRK yaitu, mengembangkan profesionalisme perawat dan bidan, meningkatkan aktualisasi diri, membangkitkan motivasi belajar, wahana untuk menyelesaikan masalah dengan mengacu pada standar keperawatan/kebidanan yang telah ditetapkan, belajar untuk menghargai kolega untuk lebih sabar, lebih banyak mendengarkan, tidak menyalahkan, tidak memojokkan dan meningkatkan kerja sama. Langkah-langkah dalam melaksanakan kegiatan DRK adalah memilih/menetapkan kasus yang akan didiskusikan, menyusun jadwal kegiatan, menentukan waktu pelaksanaan, dan menentukan peran

NASKAH ROLEPLAY PRE DAN POST CONFERENCE

Kepala Ruangan : Giyasul Masruhah
KATIM : Ratu Nur Alhayu
PP1 : Khairunnisa Salsabila T
PP2 2 : Rio Albit Geovandra

❖ PRE CONFERENCE

Waktu kegiatan : Setelah operan shift pagi ke sore

Tempat : Ruang Dieng

Penanggung jawab : Ketua tim

Kegiatan :

- 1) Kepala ruangan membuka acara.
- 2) Ketua tim menanyakan rencana harian masing-masing perawat pelaksana.
- 3) Ketua tim memberikan masukan dan tindak lanjut terkait dengan asuhan diberikan saat itu.
- 4) Ketua tim menutup acara.

(PROLOG)

“Setelah operan shift pagi ke sore di ruang Dieng melakukan pre conference. Kepala ruangan membuka acara pre conference.”

KARU (Giyas): “Assalamualaikum Wr. Wb. Selamat pagi semua.....Puji syukur kita ucapkan kepada Allah SWT. Yang telah memberikan kesehatan kepada kita sehingga kita masih bisa menjalankan tugas kita sebagai seorang perawat. Baiklah untuk memulai aktivitas kita awali dengan membaca doa bersama-sama. Selanjutnya saya serahkan kepada ners Ratu selaku katim untuk memandu pre conference kita pada pagi hari ini.”

KATIM (Ratu): “Terimakasih kepada ners Giyas selaku kepala ruangan. Assalamualaikum wr. wb. Selamat sore kepada rekan rekan semua, puji dan syukur kita semua masih diberi kesehatan. Pada kesempatan pre conference sore ini, di ruang Dieng dengan jumlah pasien 5 orang. Baik langsung saja kepada

rekan-rekan dipersilahkan untuk menyampaikan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien.”

PP 1 (Caca) : “Selamat sore, Saya yang menangani pasien A dikamar 12 dengan keluhan sesak nafas. Pada sore ini tindakan yang dilakukan, yaitu: **pukul 15.00**: Memantau TTV terutama respirasi pasien dan saturasi oksigen, selanjutnya **pukul 06.15** : Memberikan obat oral.

PP 2 (Rio) : “Saya menangani pasien B dikamar 13 dengan keluhan nyeri dada tembung belakang terus menerus sejak 3 hari yang lalu. Tindakan yang akan dilakukan, yaitu: **pukul 15.00**: Memantau skala nyeri pasien, **pukul 16.15**: Memberi obat oral dan injeksi.”

PP 1 (Caca) : “Saya menangani pasien C dikamar 14 dengan keluhan nyeri pada dada, dan nyeri perut. Tindakan yang akan dilakukan, yaitu: **pada pukul 15.00**: Memantau skala nyeri, selanjutnya **pukul 16.20**: Memberi obat oral dan injeksi .

PP 2 (Rio) : “Saya yang menangani pasien D dikamar 15 dengan diagnosa diabetes militus. Tindakan yang akan dilakukan, yaitu : **pukul 15.00**: Memantau TTV terutama tekanan dan GDA pasien, lalu **pukul 06.15**: Memberi injeksi insulin.”

PP 1 (Caca) : “Saya menangani pasien E dikamar 16 dengan keluhan nyeri dada dan agak sedikit sesak. Pada sore ini tindakan yang dilakukan, yaitu: **pukul 015.00**: Mengukur TTV terutama respiratori dan saturasi serta skala nyeri, **pukul 16.15** : Memberi Injeksi dan nutrisi sekaligus obat oral.

KATIM (Ratu): “Ya, baiklah terima kasih kepada rekan-rekan yang sudah menyampaikan tindakan yang akan dilakukan kepada seluruh pasien. Dilihat dari hasil laporan teman-teman, semua pasien memerlukan penanganan lebih. Jadi diharapkan, untuk kerjasama antara rekan-rekan dalam melakukan perawatan pada pasien. Baik, waktu saya kembalikan kepada ners Giyas.”

KARU (Giyas) : “Terima Kasih kepada Katim dan rekan-rekan semua atas laporannya. Langsung saja kita semua melakukan tindakan-tindakan yang sudah direncanakan. Mohon kerjasama dari semua rekan-rekan sekalian.”

PROLOG:

Semua perawat meninggalkan ruangan, dan melakukan tindakan yang sudah direncanakan.”

PROLOG: “Pada pukul 14.00 , sebelum operan jaga sore. Semua perawat kembali berkumpul untuk melakukan Post Conference”.

A. POST CONFERENCE

Waktu kegiatan : Sebelum operan ke dinas sore

Tempat : Ruang Dieng

Penanggung jawab : Ketua Tim

Kegiatan :

- 1) KARU membuka acara.
- 2) Katim menanyakan hasil asuhan masing-masing.
- 3) Katim menanyakan kendala dalam asuhan yang diberikan.
- 4) Katim menanyakan tindak lanjut asuhan pasien yang harus dioperkan ke shift berikutnya.

PROLOG: “Sebelum operan shift pagi ke sore di ruang Dieng melakukan post conference. Kepala ruangan membuka acara post conference.

KARU (Giyas) : “Assalamualaikum Wr. Wb. Alhamdulillahirobil’alamin, puji syukur kehadiran Allah swt. Kita masih bertemu lagi berkumpul di penghujung tugas kita. Seperti biasa kita akan melakukan post conference sebelum di operkan ke shift berikutnya. Langsung saja saya serahkan kepada perawat Ratu selaku ketua tim.

KATIM (Ratu): “Baik terima kasih atas waktu yang diberikan. Baiklah langsung bagaimana hasil tindakan yang telah dilaksanakan oleh rekan-rekan

termasuk kendala selama rekan-rekan melakukan tindakan. Dan untuk dapat dioperkan pada shift berikutnya.”

PP 1 (Caca): “Pasien A k/u lemah, terpasang nasal kanul dengan pemberian oksigen 2 lpm, sudah diberikan obat oral dan pasien dianjurkan istirahat. Lanjutkan intervensi!”

PP 2 (Rio): “Pasien B mengeluh nyeri skala nyeri pasien 5, sudah diberikan dan obat oral, Lanjutkan intervensi!”

PP 1 (Caca): “Pasien C mengeluh nyeri skala nyeri pasien 7, sudah diberikan dan obat oral, Lanjutkan intervensi!”

PP 2 (Rio): “Pasien D k/u lemah, sudah diberikan insulin 6 unit. Lanjutkan intervensi!”

PP 1 (Caca): “Pasien E k/u lemah, terpasang nasal kanul dengan pemberian oksigen 2 lpm sudah dilakukan injeksi, Lanjutkan intervensi!”

KATIM (Ratu): “Baiklah terima kasih rekan-rekan atas laporan hasil tindakan yang dilakukan. Kita telah melakukan semua rencana tindakan. Selanjutnya saya kembalikan kepada kepala ruangan”.

KARU (Giyas): “Iya, terimakasih kepada rekan-rekan, intervensi yang telah lakukan dari pagi sampai sore ini terlaksana dengan lancar dan sesuai prosedur. Terima kasih atas kerja sama rekan-rekan sekalian, yang sudah bekerja dengan semaksimal mungkin. Pertahankan terus kinerja rekan-rekan dan alangkah baiknya jika bisa ditingkatkan lagi demi pencapaian kinerja yang lebih optimal. Untuk mengakhiri kegiatan kita hari ini, marilah kita akhiri dengan berdoa bersama menurut agama dan kepercayaan kita masing-masing. Berdoa..... Mulai..... Selesai.....Kita akhiri post conference siang hari ini. Terimakasih. Wassalamualikum Wr. Wb.”

NARATOR : “Sekian role play pre dan post conference dari kelompok ruang Dieng. Terima kasih.”

NASKAH ROLEPLAY DISCHARGE PLANNING

❖ (Ruang Perawat)

Perawat pelaksana, Kepala ruangan, Ketua tim sedang berdiskusi mengenai discharge planning yang akan diberikan kepada pasien X dengan diagnosa CKD

Perawat P1: “Selamat pagi bu, saya Giyas sebagai Perawat Pelaksana 1 hari ini. Sebelumnya saya ingin menyerahkan formulir rencana discharge planning kepada pasien X di ruang Dieng. Dari hasil observasi, keadaan pasien X sudah membaik. Dari hasil laboratorium menunjukkan peningkatan trombosit dan hematokrit dan sudah normal. Selain itu, kondisi fisik pasien bagus, sudah tidak nyeri dada lagi. Dari segi asuhan keperawatan pasien sudah bisa pulang hari ini. Saya berencana untuk memberikan discharge planning kepada pasien X. Bagaimana pendapat ibu? Apakah ibu menyetujuinya? Mungkin ibu bisa melihat format rencana discharge planning yang sudah saya buat.”

Ketua Tim: “Apa yang difokuskan dari discharge planning ini ners caca?”

Perawat P1: “Nanti akan diberikan penyuluhan mengenai pencegahan penyakit jantung kambuh, apa yang perlu diperhatikan saat pasien pulang nanti dan dipersiapkan leaflet yang bisa dibawa pulang oleh pasien.”

Ketua Tim: “Baik kalo begitu nanti kita diskusikan lagi bersama kepala ruangan.”

❖ Ruang Dieng

Kepala ruangan dan perawat pelaksana 2 melakukan visit pagi hari di ruang dieng, pada pasien x dengan diagnosa CKD.

Perawat P2: “Selamat pagi, Bu/Pak. Bagaimana keadaannya hari ini?”

Pasien: “Pagi. Sudah mendingan suster, Saya sudah tidak sakit dada lagi.”

Perawat P2: “Bagaimana tidurnya tadi malam Bu/Pak?”

Pasien: “Nyenyak suster”

Perawat P2: “Sepertinya kondisi Ibu sudah membaik, Bagaimana pola makannya, Bu/Pak? Apakah pagi ini makanannya sudah di habiskan Bu/Pak?”

Pasien: “Hari ini saya makan habis 1 porsi, suster. Berbeda dengan kemarin.

Kepala Ruangan: “Sudah bagus pola makannya. Secara keseluruhan dari hasil pengamatan saya, ibu/bapak sudah mengalami perkembangan kesehatan yang cukup baik. Hanya saja perlubanyak istirahat dulu dalam beberapa hari.”

Perawat: “Baik ibu/bapak, sekarang bisa istirahat kembali. Sebelum saya tinggalkan, apakah Ibu/bapak ada pertanyaan?”

Pasien: “Tidak ada, suster.”

Perawat: “Baik kalau tidak ada, kami permisi bu/pak.”

❖ (Ruang Perawat)

Di ruang perawat, ketua tim, kepala ruangan, ketua tim, perawat pelaksana 1 dan perawat pelaksana 2 berdiskusi mengenai keadaan pasien X dan rencana pemberian terapi selanjutnya.

Ketua Tim: “bagaimana mas rio, mengenai pasien X, apa sebaiknya bisa direncanakan untuk pulang saja, dari hasil observasi yang dilakukan perawat, kondisi pasien sudah membaik dan dari hasil lab oratorium normal. Trombosit dan hematokritnya juga sudah normal. Sebaiknya apa tidak direncanakan pulang saja?”

Kepala Ruangan: “Tadi juga saya sudah melihat hasil laboratoriumnya memang menunjukkan peningkatan dan bisa dikatakan normal, tapi menurut saya sebaiknya jangan dipulangkan dulu untuk lebih memastikan keadaannya.”

Ketua Tim: “Begini mbak, dari sisi asuhan keperawatan pasien sudah bisa membaik, intervensi keperawatan yang diberikan juga sudah tercapai, dan hanya perlu untuk lebih banyak istirahat dan pemulihan saja di rumah.”

Kepala Ruangan: “Tapi bagaimana nanti dengan keadaan pasien jika muncul nyeri dada lagi? Menurut saya pasien ini masih sedikit lemas dan masih perlu menjalani hospitalisasi, kita tunggu sampai besok saja.”

Ketua Tim: “Maaf mas, sebelumnya pada intinya pasien hanya memerlukan istirahat saja yang cukup untuk memulihkan kembali kondisi kesehatannya, dan menurut kami itu bisa dilakukan dirumah.

Perawat P1: “Iya mas, mengenai penanganan nyeri yang nantinya jika muncul lagi, kita sudah merencanakan discharge planning. Discharge planning ini nantinya akan

diberikan edukasi kepada pasien mengenai yang perlu diperhatikan di rumah nantinya.”

Perawat P2: “Iya mas, discharge planning ini nantinya akan diberikan oleh kita yang bertugas hari ini.”

Kepala Ruangan: “Iya kalau begitu, saya harapkan nantinya discharge planning ini nantinya benar-benar dilaksanakan kepada pasien dan pastikan jika pasien juga sudah memahami apa yang harus dilakukan di rumah.”

LAPORAN DINAS
DI
RUANG DIENG

Kelompok 02
1105

- | | |
|---------------------------|---------|
| 1. Syarif Mubandah | 2101031 |
| 2. Saadiah Ichsanah T | 2101042 |
| 3. Rizki N. Alhady | 2101043 |
| 4. Fidi Alvin Satriandera | 2101044 |

Januari, 29 (hari Sabtu)

No	Aspek	Detail	Aspek	Detail	Aspek	Detail		
3	Aspek Struktur	Detail struktur D/S - Mekanisme + Gang TB paru - Sppt	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, part di paru - R/ paru, paru, paru + paru - paru paru (S) paru (S) - R/ paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)
4	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme + Gang TB paru - Sppt	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)
10	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme + Gang TB paru - Sppt	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)
11	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme + Gang TB paru - Sppt	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)
12	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme + Gang TB paru - Sppt	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)	Aspek Struktur	Detail struktur - Mekanisme / organ - R/ paru, paru, paru (S) - paru paru paru paru paru (S) - paru paru paru paru paru (S)

Sila
B.N.
A.S.
R.

No	Spesies	Tempat	Waktu	Penyakit	Gejala	Diagnosis	Treatment	Prognosis
6	MS	70.11	20.11.2021	MS (1)	Kelelahan, demam, nyeri otot	Infeksi virus	istirahat, cairan adekuat	baik
7	MS	70.11	20.11.2021	MS (1)	Kelelahan, demam, nyeri otot	Infeksi virus	istirahat, cairan adekuat	baik
8	MS	70.11	20.11.2021	MS (1)	Kelelahan, demam, nyeri otot	Infeksi virus	istirahat, cairan adekuat	baik
9	MS	70.11	20.11.2021	MS (1)	Kelelahan, demam, nyeri otot	Infeksi virus	istirahat, cairan adekuat	baik
10	MS	70.11	20.11.2021	MS (1)	Kelelahan, demam, nyeri otot	Infeksi virus	istirahat, cairan adekuat	baik
11	MS	70.11	20.11.2021	MS (1)	Kelelahan, demam, nyeri otot	Infeksi virus	istirahat, cairan adekuat	baik

No	Uraian	Sp. pleura (D)	Sp. pleura (S)	Sp. pleura (D)	Sp. pleura (S)
12	160 Ag. Salama 83 m 223200 Schulz: 61	Sp. pleura (D) + pleura anterior (D) - Sp. pd.	Sp. pleura (S) - Sp. pd.	ing. 80 x 101 50 mg (G) P/Lab. 80 ulang, post ulat, banyuwangi dvs. calman wro	ing. 80 x 101 50 mg (G) P/Lab. 80 ulang, post ulat, banyuwangi dvs. calman wro
13	160 Tu. Wangi 72 m 223200	Sp. pleura (S) - Sp. pd.	ing. pleura (S) 500/mg - produksi wro	ing. pleura 100 cc (S) dvs. calman wro	ing. pleura 100 cc (S) calman wro
14	160 Tu. Amir Bala 72 m 121500 121500 121500 121500	- pleura 100 antibiotik wro		ing. 80 x 101 50 mg (G) P/Lab. 80 ulang, post ulat, banyuwangi dvs. calman wro	ing. 80 x 101 50 mg (G) P/Lab. 80 ulang, post ulat, banyuwangi dvs. calman wro
15	160 Tu. Fani 72 m 121500 121500 121500	Sp. pleura (S) - Sp. pd.		ing. 80 x 101 50 mg (G) P/Lab. 80 ulang, post ulat, banyuwangi dvs. calman wro	ing. 80 x 101 50 mg (G) P/Lab. 80 ulang, post ulat, banyuwangi dvs. calman wro
16	160 Tu. Samsud	Sp. pleura (D) + S. TB paru wro		ing. 80 x 101 50 mg (G) P/Lab. 80 ulang, post ulat, banyuwangi dvs. calman wro	ing. 80 x 101 50 mg (G) P/Lab. 80 ulang, post ulat, banyuwangi dvs. calman wro

11	15	Ms. H. H. H. 12/11 12/12/10 12/13/10 12/14/10	Ms. H. H. H. 12/11 12/12/10 12/13/10 12/14/10		Ms. H. H. H. 12/11 12/12/10 12/13/10 12/14/10	Ms. H. H. H. 12/11 12/12/10 12/13/10 12/14/10
12	17	Ms. H. H. H. 12/11 12/12/10 12/13/10	Ms. H. H. H. 12/11 12/12/10 12/13/10	12/14/10	Ms. H. H. H. 12/11 12/12/10 12/13/10	Ms. H. H. H. 12/11 12/12/10 12/13/10

Sabtu, 25-06-2022.

No.	Nama	Alamat	Tempat	Waktu	Uraian	Tempat	Waktu	Uraian
1.	1. Tn. Amir 72 th 15160205 Des. Curug N.	Perumahan Anurosegi MUS	Des. Curug N.	25-06-2022	inf ps 1000 caducard 25/06/22 - foto rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp	inf ps 1000 caducard 25/06/22 - foto rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp	inf ps 1000 caducard 25/06/22 - foto rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp	
2.	3. Mb. Suci 62 th 22248265 Des. Curug N.	Sp. Pabrik T. Hutan + 1.75 km Sp. Pabrik	Des. Curug N.	25-06-2022	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	
3.	6. Tn. Suci 62 th 22248265 Des. Curug N.	Sp. Pabrik T. Hutan + 1.75 km Sp. Pabrik	Des. Curug N.	25-06-2022	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	
4.	7. Mb. Suci 62 th 22248265 Des. Curug N.	Sp. Pabrik T. Hutan + 1.75 km Sp. Pabrik	Des. Curug N.	25-06-2022	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	
5.	8. Tn. Suci 62 th 22248265 Des. Curug N.	Sp. Pabrik T. Hutan + 1.75 km Sp. Pabrik	Des. Curug N.	25-06-2022	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	
6.	9. Mb. Suci 62 th 22248265 Des. Curug N.	Sp. Pabrik T. Hutan + 1.75 km Sp. Pabrik	Des. Curug N.	25-06-2022	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	inf. foto rumah 25/06/22 - rumah (17, 18, 19, 20, 21) - 2 / 500 cc pamp - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21) - 1/2 kg gula pasir (17, 18, 19, 20, 21)	

7	10	ing. entomology 6A 10 1930552 633 112	S. pinnatifida + S. pinnatifida + S. pinnatifida	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm - metal comb + p. 11/12 - 3 long p. 11/12 - 1/2 1/2 cm long post p. 2 1/2 cm	ing. 20 100 cc - metal comb + p. 11/12 - 1/2 1/2 cm long post - 1/2 1/2 cm long post p. 11/12	ing. 20 100 cc - metal comb + p. 11/12 - 1/2 1/2 cm long post - 1/2 1/2 cm long post p. 11/12
8	11	10-10-10 112 10 2324766	S. pinnatifida + S. pinnatifida + S. pinnatifida	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm
9	12	10-10-10 112 10 2324766	S. pinnatifida + S. pinnatifida + S. pinnatifida	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm
10	13	10-10-10 112 10 2324766	S. pinnatifida + S. pinnatifida + S. pinnatifida	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm
11	14	10-10-10 112 10 2324766	S. pinnatifida + S. pinnatifida + S. pinnatifida	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm
12	15	10-10-10 112 10 2324766	S. pinnatifida + S. pinnatifida + S. pinnatifida	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm	ing. p. 11 1/2 cm p. 2 + 1/2 cm long / 1/2 cm

No.	Ang. No.	Ang. Nama	Ang. Alamat	Ang. No. dan Jenis Kelamin	Ang. No. dan Jenis Kelamin	Ang. No. dan Jenis Kelamin
13	150	Ang. Budi	123456789	123456789	123456789	123456789
14	160	Ang. Budi	123456789	123456789	123456789	123456789
15	170	Ang. Budi	123456789	123456789	123456789	123456789
16	180	Ang. Budi	123456789	123456789	123456789	123456789
17	190	Ang. Budi	123456789	123456789	123456789	123456789

No	Name	Alamat	Diagnosa	Uji Urut	Uji Urut
1	1	Tn. Anu / Pk. Sukan 18202004 RRTJ (Cura Panti)	Demam, insidial, fokal St. pt.	Uji. Pa 200 & C-reaktif 2 minggu / 14 pt G. pt - P/cek Ppt - UIC janteng (2)	Uji. Pa 200 & C-reaktif 2 minggu / 14 pt G. pt - ECG Ppt (2)
2	3	ny. Supri / Ck. Tuhin 21148151 Appt (2)	Efisus paru-2 / hipertensi & sup 20 pt St. pt.	Uji. Jantung 200 / 14 pt - nilai count & Pa 200 / 14 pt - P/ Tim Pul ok / pt	Uji. Jantung 200 / 14 pt - nilai count & Pa 200 / 14 pt - P/ Tim Pul ok / pt
3	4	ny. Rudi / Ck. Tuhin 21148151 Sukan (2)	Obi. dyspnea / pneumoniae p. & ca 20 pt St. pt / 14 pt.	Uji. Pa 200 - Temporal chest foto - P-urutan kultur	-
4	5	Tn. Sidi / Ck. Tuhin 21148151 Sukan (2)	Asma & Asidosis / hipertensi 14 pt	Uji. Pa 200 & Pa 200 (Gantung 20) - P/ Tim Pul ok / pt - Temporal foto 2 pt 20-20 - P-urutan kultur 2 pt 20-20 - P-urutan kultur 2 pt 20-20 - P-urutan kultur 2 pt 20-20	Uji. Pa 200, but 14 pt (Gantung 20) - P/ Tim Pul ok / pt - Temporal foto 2 pt 20-20 - P/ kultur 2 pt 20-20, kultur (2)
5	6	Tn. Sidi / Ck. Tuhin 21148151	Sup. 20 pt / hipertensi St. pt.	Uji. Pa 200 - P/ Tim Pul ok	Pa. 20-20
6	7	ny. Sidi / Ck. Tuhin 21148151 Appt (2)	As + 20 pt St. pt.	Uji. Pa 200 / 14 pt	Uji. Pa 200 / 14 pt
7	8	Tn. Sidi / Ck. Tuhin 21148151 Sukan (2)	Efisus paru-2 / sup. 20 pt	Uji. Pa 200 & Pa 200 / 14 pt - CMT 10-9 Pa 20-20 - UIC Thermo reactor (2) hasil ok - P-urutan kultur	Uji. Pa 200 & Pa 200 / 14 pt - CMT 10-9 Pa 20-20 - UIC Thermo reactor (2) hasil ok - P-urutan kultur

No.	No. libro / de de.	de. persona	de. facultad	de. facultad
16	21.597029 Apr 21	99. pl.	- Ch. 1. control 100 - R/ 877 1041. And. de. 1000	- Ch. 1. control 100 - R/ 877 1041. And. de. 1000
6	22.240225 Apr 21	K. 1000000 99. pl.	DB	Tun Rat 7 Croat 0.5 SEM 25.6 CEN 170
7	22.240225 Apr 21	Banco de. 1000000 del sup. de. 1000000 99. pl.	DB	Tun

Case 10/101

Case	Specimen	Microscopic	Culture	Other
1.	To. Amo / 1/2 fl. 18160006 8921 (S) (S) (S) (S) (S)	Small no. Acrop. + 1000 Sp. pl.	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)
2.	Ida. Punctum 22948228 / 1/2 fl. 8921 (S)	Wg. Borealis + 1000 Sp. pl.	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)
3.	Ag. 2000 / 1/2 fl. 22948228 8921 (S)	Epac. pum. 5% + 1000 + 1000 Sp. pl.	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)
4.	To. 1000 / 1/2 fl. 22948228 8921 (S)	Provia 3 + 1000 + 1000 Sp. pl.	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)
5.	Ag. 2000 / 1/2 fl. 22948228 8921 (S)	Epac. pum. 5% + 1000 Sp. pl.	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)
6.	Ag. 2000 / 1/2 fl. 22948228 8921 (S)	Epac. pum. 5% + 1000 Sp. pl.	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)
7.	Ag. 2000 / 1/2 fl. 22948228 8921 (S)	Epac. pum. 5% + 1000 Sp. pl.	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)
8.	To. 1000 / 1/2 fl. 22948228 8921 (S)	Epac. pum. 5% + 1000 Sp. pl.	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)	1/2 fl. 100 + 100 (S) (S) (S) (S) (S) 1/100 (S)

200

449

No.	Daftar / G. H.	Spesifikasi	Detail	Detail
80.	Ta. Jember / G. H. 22747034 09/20	Spesifikasi (1) G. H.	Spesifikasi (1) G. H.	Detail (1) G. H.
9.	Ta. Jember / G. H. 1301602 09/20 (baru tahun 1)	Spesifikasi (1) + 147.549.1 + Ta. H. H. G. H. + G. H.	Spesifikasi (1) + 147.549.1 + Ta. H. H. G. H. + G. H.	Detail (1) G. H.
10.	Sp. Jember / G. H. 09/20 09/20	Spesifikasi (1) dan G. H. / G. H.	Spesifikasi (1) dan G. H. / G. H.	Detail (1) G. H.
9.	Ta. Jember / G. H. 09/20	Spesifikasi (1) dan (G. H. H.) G. H.	Spesifikasi (1) dan (G. H. H.) G. H.	Detail (1) G. H.
11.	Sp. Jember / G. H. 22 24 01 02 09/20	Spesifikasi (1) dan G. H. H. G. H.	Spesifikasi (1) dan G. H. H. G. H.	Detail (1) G. H.
12.	Sp. Jember / G. H. 22 24 01 02 09/20	Spesifikasi (1) dan G. H. H. G. H.	Spesifikasi (1) dan G. H. H. G. H.	Detail (1) G. H.
13.	Sp. Jember / G. H. 22 24 01 02 09/20	Spesifikasi (1) dan G. H. H. G. H.	Spesifikasi (1) dan G. H. H. G. H.	Detail (1) G. H.
14.	Sp. Jember / G. H. 22 24 01 02 09/20	Spesifikasi (1) dan G. H. H. G. H.	Spesifikasi (1) dan G. H. H. G. H.	Detail (1) G. H.

09/6

100

7.	My. Vek. 10/10/16			
13.	Th. 10/10/16			
14.	My. 10/10/16			
15.	Th. 10/10/16			
1.	Th. 10/10/16 10/10/16 10/10/16	Branch 10/10/16 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16
2.	Th. 10/10/16 10/10/16 10/10/16	Branch 10/10/16 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16
3.	Th. 10/10/16 10/10/16 10/10/16	Branch 10/10/16 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16
4.	Th. 10/10/16 10/10/16 10/10/16	Branch 10/10/16 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16
5.	Th. 10/10/16 10/10/16 10/10/16	Branch 10/10/16 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16
6.	Th. 10/10/16 10/10/16 10/10/16	Branch 10/10/16 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16	My. 10/10/16 + 10/10/16 - 10/10/16

No.	Uraian / Lokasi	Sp. pd.	Uraian / Lokasi	Sp. pd.	Uraian / Lokasi	Sp. pd.
8	75. Simons / 60 H. 7598502 Gajah ♂	75. Puro 9. pd.	75. Simons / 60 H. 7598502 Gajah ♂	75. Puro 9. pd.	75. Simons / 60 H. 7598502 Gajah ♂	75. Puro 9. pd.
9	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 74 H. 75 9. pd.	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂
11	75. Saja / 62 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 74 H. 75 9. pd.	75. Saja / 62 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 62 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 62 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 62 H. 7522950 Aji ♂
12	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 74 H. 75 9. pd.	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂
13	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 74 H. 75 9. pd.	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂
14	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 74 H. 75 9. pd.	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂
15	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 74 H. 75 9. pd.	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂	75. Saja / 64 H. 7522950 Aji ♂

126	by 810 / by 71	Disc / Acct 1 / 2011 / 2010	127	by 810 + enclosed 2011 / 2010	128	by 810 + enclosed 2011 / 2010
	2011/2010	2011 / 2010		- by Acct 1 (10/10) 127	- by Acct 1 (10/10) 128	
	App: 8			- E / 2011 pay	- E / 2011 pay	
				- Acct 1 2011	- Acct 1 2011	
				- A / 2011 pay	- A / 2011 pay	
129	by 810 / 60 A	129 - 44 enclosed 2011/2010	129	by 810 + 2011 2011 / 2010	129	by 810 + 2011 2011 / 2010
	2011/2010	2011 / 2010		- E / 2011 pay	- E / 2011 pay	
	App: 8			- A / 2011 (10, 2011 12)	- A / 2011 (10, 2011 12)	

30/2022
16

8	Tn. Santoso			
9	Tn. Saif		KRS	
14A	Ny. Lili Satrio			
1	Tn. Amir		KRS-Sore	
15C	Ns. Bito			
3-	Ny. Sabani 54 th 22318569 Sabani	S TB Demam + septi + cap + HT - SP. PA-	- Inf. Asring 500/24 jam 7 tpm - R/ tem pot di Rx (1)	Inf Asring 500/24 jam 7 tpm R/ tem pot di Rx (1) SAB @ 3 hari
4	Tn. Kambali 83 th 12016525 KPS (1)	TB paru onyx + akut arthrit - SP. PA-	- Inf Nacl 1000/24 jam 14 tpm - cat di Rx (1) - R/KRS besok	Inf Nacl 1000/24 jam 14 tpm - cat di Rx (1) - R/KRS besok
5-	Tn. Sabani 44 th 22347234 KPS (1)	Pneumonia + Parotiditis + Hipoparatiroid - SP. PA-	Inf korea 3 - R/ tem pot di Rx (1)	Inf korea 3 - R/ tem pot di Rx (1) - Mengeluh gatal
6-	Ny. Sabani 83 th 22348525 KPS (1)	Hempas + Bronchitis - SP. PA-	Inf Asring 10 tpm - Nelo. combi / 8 jam R/KRS besok - R/ pot di Rx (1)	Inf Euphila 7 tpm - R/KRS besok
11-	Ny. Santoso 62 th 22348562 KPS (1)	Pneumonia d-d TB akut EPC paru - SP. PA-	Inf. Asring 10 tpm - Nelo. combi / 8 jam - R/ pot di Rx (1)	Inf. Asring 10 tpm - Nelo. combi / 8 jam - R/ pot di Rx (1)
12A	Tn. Santoso 45 th 22348450 KPS (1)	Nstemi + HHD + DM - SP. PA- - SP. PA-	Inf RZ 100 + cefazolin 20/24 jam (1200) - R/ ECG pagi - Novo 2x 5 W - R/ GDA pagi - Inj. Arixtra tambah - R/ KRS besok	Inf RZ 100 + cefazolin 20/24 jam (1200) - R/ ECG pagi - Novo 2x 5 W - R/ GDA pagi - Inj. Arixtra tambah (1) - R/ KRS besok

No	Nama Pasien	Umur	Diagnosa	Tindakan	Revisi
15 B	Tn. Khatun-rosyid	57 thn 172265779	Angina Pectoris + MKO + Dyslipidemia	Inf Pz (stop) Pz 100 + salicard 200/24 jam - M/ ECG pagi - USG jantung ①	Inf Pz 100 + salicard 200/24 jam - M/ ECG pagi - USG jantung ①
15 D	M. Susilwi	60 th 2133053	CHT + Dilated cardiomyopathy + EF Pericard + b. pulmon ③	- Inf Pz 100 + lasix 100/24 jam - M/ ECG pagi - M/ hasil USG thorax murmur Blanko ①	Inf Pz 100 + lasix 100/24 jam - M/ ECG pagi - M/ hasil USG thorax murmur Blanko ①
16 C	Tn. Kusni	55 th 1828009	S. TB paru + trauma splen Aki/Acto + hipertensi	Inf Asring : fulvest 11:1 - M/ TCM. Pot. di Pz ①	Inf Asring : fulvest 12:1 - M/ TCM. Pot. di Pz ①
16	Tn. Syaifulah	57 th 2324606	Limfadenopati colic + DJV rotasi + ISDA sus TB paru. ds. pneumonia	M (orang baru) dari 16D	Infus Pz 14 jam - Bacamun Pz ① - M/ TCM. Pot. di Pz SP. RD Acc

02/2022

PA	Tn. Sularto		KRS		
15 B	Tn. Fortuna Rasyid				
15 D	Md. Susanti				
15 C	Md. Mbaentia 70 thn 22210213 Seksi 7/10 160 jam 1000	Tardomegali + HHT - SP JP -		Inf Pz 100 + lasix 70/24 jam - P/ECG pagi	Inf Pz 100 + lasix 70/24 jam - P/ECG pagi
16 C	Tn. Kusnadi 55 thn 181800 Bg BPS	TB paru + AKI + Muscle Sensasi + hipertensi + HT - SP. Pd -		Inf RA 14 jam - P/TCM pot di Rx	Inf RA 14 jam - P/TCM pot di Rx
LAPORAN DINAS 02/2022					
19 A	Md. Sumiyati 57 thn 22102007 150 J, 10.00	(Denditis (+) Cephalgia - SP pd -		Inf B fluid 14 jam	Inf B fluid 14 jam
18 B	Md. Kartika 49 thn 16244113 BPS (+) Pindahan wis 7-10-00	Pneumonia + Dantipe 2 + HT + Acci - SP pd -		Inf RA 7 jam - Move 3x8iv (dipa) - P/B 1st 1.2 jpp	Inf RA 7 jam inj. Move 3x8iv (dipa) P/B 1st 2 jpp
15 C	Md. Mbaentia 70 thn 22210213 Seksi	HHT - SP JP		Inf Pz 100 + lasix 70/24 jam - P/ECG pagi	Inf Pz 100 + lasix 70/24 jam - P/ECG 7-10-00 pagi
16 C	Tn. Kusnadi 55 thn 181800 Bg BPS	TB paru + Acci + Muscle Sensasi + HT Elevasi HT - SP. Pd -		Inf RA 14 jam - P/TCM pot di Rx	Inf RA 14 jam P/TCM pot di Rx

15A	Dr. Wawan	KES		
15B	Dr. Kartika			
15C	Dr. Kurnadi			
15A	Dr. Maryani 27th 2230 2029	Forensik + On type Computer Forensik Dy seppin pami rone	Inf. Dr 100 + mstr 20 / 24jam Inf. MOC 2x10 Sampel : 0-0-11 (1.000) P/colat 2x, or ptulung (core)	Inf. Dr - Becc + lasta 20 / 24j Inf. MOC 2x6 IV Inf. (analu 0-0-11 Rev 1) 21.00 C/Lab - DL, DT, PT @ hari @
15B	Dr. Nadia 27th 2230 2029	WHP + 24 Stems + HBP	Inf. Dr 100 + Factor bid 20 / 24jam P/ECG 10-00, P/AGT Inf. Forensik (HS) (500) P/KPS besok	Inf. Dr 100 + Factor bid 20 / 24j P/ECG @ pagi Inf. Forensik (HS) (500) P/KPS besok
15C	Dr. Mubandeen 10th 2230 2029 Sehati @	HHF -SP- JP-	Inf. Dr 100 + lasta 1 a/bul P/ECG pagi USG jantung @ RIN @	Inf. Dr 100 + lasta 1 a / 24j P/ECG @ pagi
16A	Dr. Ruvita 24th 2230 2029 SMMM	Daerah noda + Anemia gastro + trombositopeni diarease reapi inter X	Inf. Dr 100 / 24j - Transfus PRC 1 a/bul / hari - Transfus L ofe ke 2 - 12-30 - bidan transfusi Hologrameter Dexam 1 a - E/lab As to fiber (core) Blompo @ (Tasman kuantitas + Day 1000 4/transport)	Inf. Dr 100 cc / 24j Transfus PRC (E) 1 / hari Transfus L ofe ke 2 12-30 Post Transf inf. Dexam 1 a P/Lab As stabilis @

15B	tn. Madira				
15C	Hy. M. Lumbur				
KRS					
13A	Ny. Margani 67 th 19305929	Pneumonia + Disartria + DM II + HFE	Inf Pz ket Lasix 30/24 jam - Neuroleptia (stop) - Samselin 0-0-16 IV (Malam) - 1/2 GDA Pagi - bolus vitamin KRS	Inf Pz ket Lasix 30/24 jam - Neuro (stop) - Samselin 0-0-16 IV - 1/2 GDA Pagi	
	BPJS (3)	- SP. P2- - SP. P2-			
15D	Tn. Arsono 71 th 22348247	VAF + DM Nstensi + HHD	Inf Pz ket + Lasix 20/24 jam - 1/2 ECG Pagi - Inj torixtron 1x2.5 (H 9) jam 17:00	Inf Pz ket + Lasix 20/24 jam - 1/2 ECG Pagi - Inj torixtron 1x2.5 (H 9) jam 17:00 (3)	
	BPJS (3) %a Penderita 140 (12-2)	- SP. 1P-			
16C	Ny. Nelfita 24 th 22344819	Pleuroripponema + Nstensi + RHD	Inf Pz 100/24 jam - 1/2 transfusi 3 kalis/lari, ungs	Inf Pz 100/24 jam - 1/2 transfusi 3 kalis/lari, ungs (1)	
	Umum	- SP. P2- - SP. 1P-			
Laporan Dinas 06/2021 07					
13A	Ny. Margani				
15D	Tn. Arsono				
15B	Ny. Siti Masnurah				
KRS					
14A	Ny. Sani 70 th 22344883	NR Lami + HHD + Solera ty	Inf Pz 100 + Lasix 30/24 jam - 1/2 ECG Pagi - 1/2 Insulin 1PD, Blauko (3)	Inf. Pz 100 + Lasix 30/24 jam - 1/2 ECG pagi - 1/2 Insulin 1PD, Blauko (3)	
		- SP. 1P- - SP. P2-			
16C	Ny. Nelfita 24 th 22344819	Pleuroripponema + RHD + Disartria	Inf Pz 100/24 jam - transfusi kalis ke-3 (07:00-09:00)	- Inf Pz 100/24 jam - Transfus kalis ke 3 07:00-09:00	
	Umum	- SP. P2- - SP. P2-			

No	Nama	Tgl Lahir	Diagnosa	Tgl Rawat	Perawatan	Observasi
14 A	Ny. Sani 22348883	2014	Inf Lanjut F HMD + EFF Pleura - SP. P2-	Inf Pz 100 + Laktin 100/24 jam - 1/2 EGG pagi - konsul SP. P2 (D) Jawahar (D) di tes	Inf Pz 100 + Laktin 10/24 jam - 1/2 EGG @ Pagi	
14 B	Ny. Nur Azizah 16246453 APIS 1/2 HMD jam: 10:00	41 (lm)	Asam bronchial acute + HT - SP. P2-	Inf RA 17 Pm - Bacam (C) - hasil lab 16/10 (D) WHO = 16:30 - Nohul Cembit Pulmi 8 jam	Inf RA 17 Pm - Bacam (C) - hasil lab 16/10 (D) WHO = 16:30 - Nohul Cembit Pulmi 8 jam	
16 C	Ny. Novita 22349819 Virus	24/6	Pneumo pneumonia F RHD + Histerenia + - SP. P2- P. SP. P3-	Inf Pz 100/24 jam - 1/2 lab PL, urine (D) - hasil laboratorium ke dr. Syahroni - 1/2 KRS tunggu hasil lab besar di tes	Inf Pz 100/24 jam - 1/2 lab PL, urine - hasil lab besar di tes	
15 C	Tu Marlana 22348887 Seksi 1/2 1000 jam = 10:00	62 thn	Recent imo. autoseptal + Histerenia - SP. P2-	Inf Pz 100 + Colicaid 20/24 jam - 1/2 EGG Pagi - Inf. Forictra 100,5 mg (10:00) 1/2 (Bacok teraphin)	Inf Pz 100 + Colicaid 20/24 jam - 1/2 EGG Pagi - Inf. Forictra 100,5 mg (10:00) 1/2 (Bacok teraphin)	

DAFTAR PUSTAKA

- Clement, I. 2011. *Management Nursing Services and Education. 1st ed.* India : Elsevier.
- Damayanti, Septi Nur. 2018. *Epistemologi Saintifik Thomas S. Kuhn terhadap Munculnya Ilmu Pengetahuan Sosial. Jurnal Filsafat Indonesia, Vol 1 No 3 2018.*
- Depkes RI. 2005. *Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan, dan Penyajian Data Rumah Sakit.* Depkes RI. Jakarta.
- Elon, Yunus 2021. *Teori Model Konseptual Keperawatan.* Yayasan Kita Menulis. Medan.
- Karen. 2021. *Stigma, Trust, and Procedural Integrity: Covid-19 Testing in Malawi.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7803152/> Diakses pada 29 Oktober 2021, pada jam 11.42.
- Kuntoro, Agus. 2010. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nursalam, 2011. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional.* Salemba Medika. Jakarta.
- Nursalam. 2017. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional.* Jakarta: Salemba Medika.
- Ratnasari Tri Ririn, Mastuti H Aksa. 2011 . *Manajemen Pemasaran Jasa.* Ghalia. Jakarta.
- Simamora, R. H. 2012. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan.* Jakarta: EGC.

Swanburg. C. Russell. Alih Bahasa Samba. Suharyati. 2000. *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Untuk Perawat Klinis*. Jakarta: EGC.

Widyaningtyas, K. S. 2007. *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*.

Suarli, S dan Bahtiar. 2012. *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga.

Siswanto, H. B. 2009. *Pengantar Manajemen*. Jakarta: PT Bumi Aksara.

Proses Pelaksanaan

STANDAR PROSEDUR OPERATIONAL				
INHALASI NEBULIZER				
	NO DOKUMEN	NO REVISI	HALAMAN	
		DITETAPKAN OLEH KETUA/PIMPINAN UNIT		
PENGERTIAN	Pemberian inhalasi uap dengan obat/tanpa obat menggunakan nebulator			
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dalam kondisi stabil 2. Pasien dalam tahap Maintenance 3. Pasien dalam kondisi yang membutuhkan pemantauan (Observasi) 			
TUJUAN	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengencerkan sekret agar mudah dikeluarkan 2. Melonggarkan jalan nafas </td> </tr> </table>			<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengencerkan sekret agar mudah dikeluarkan 2. Melonggarkan jalan nafas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengencerkan sekret agar mudah dikeluarkan 2. Melonggarkan jalan nafas 				
PROSEDUR KERJA	<ol style="list-style-type: none"> A. Tahap Pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mengecek program terapi 2. Petugas mencuci tangan 3. Petugas menyiapkan alat B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memberikan salam kepada pasien 2. Petugas menanyakan nama dan tanggal lahir pasien dengan mencocokkan pada papan tempat tidur pasien 3. Petugas menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 4. Petugas menanyakan persetujuan/kesiapan klien sebelum 			

	<p>kegiatan dilakukan</p> <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menjaga privasi pasien 2. Petugas mengatur pasien dalam posisi duduk 3. Petugas menempatkan meja/trolley di depan pasien yang berisi set nebulizer 4. Petugas mengisi nebulizer dengan aquades sesuai takaran 5. Petugas memastikan alat dapat berfungsi dengan baik 6. Petugas memasukkan obat sesuai dosis 7. Petugas memasang masker pada pasien 8. Petugas menghidupkan nebulator dan meminta pasien nafas dalam melalui mulut sampai obat habis <p>Petugas membersihkan mulut & hidung dengan tissue, dibuang ke bengkok</p> <p>D. Tahap Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Petugas mengecek program terapi 5. Petugas mencuci tangan 6. Petugas menyiapkan alat <p>E. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Petugas memberikan salam kepada pasien 6. Petugas menanyakan nama dan tanggal lahir pasien dengan mencocokkan pada papan tempat tidur pasien 7. Petugas menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 8. Petugas menanyakan persetujuan/kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>F. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Petugas menjaga privasi pasien 10. Petugas mengatur pasien dalam posisi duduk 11. Petugas menempatkan meja/trolley di depan pasien yang berisi set nebulizer 12. Petugas mengisi nebulizer dengan aquades sesuai takaran 13. Petugas memastikan alat dapat berfungsi dengan baik 14. Petugas memasukkan obat sesuai dosis 15. Petugas memasang masker pada pasien 16. Petugas menghidupkan nebulator dan meminta pasien nafas dalam melalui mulut sampai obat habis <p>Petugas membersihkan mulut & hidung dengan tissue, dibuang ke bengkok</p>
UNIT TERKAIT	Unit Keperawatan Secara menyeluruh

JADWAL SHIFT ROLEPLAY

Nama	Tanggal					
	20	21	22	23	24	25
Ratu Nur Alhayu, S.Kep	S	S	P	P	S	S
Giyasul Masruhah, S.Kep	S	S	P	P	S	S
Khairunnisa Salsabila Tamrin, S.Kep	P	P	S	S	P	P
Rio Albit Geovandra, S.Kep	P	P	S	S	P	P

Keterangan:

	Karu
	Katim
	PP
	PP

Lampiran Timbang Terima



Lampiran INJEKSI OBAT IV



Lampiran Inhalasi Nebulizer



Lampiran Dischart Planning



Penyerahan leaflet di ruangan



Lampiran Jurnal

Volume 2, No. 1
April, 2019

e-ISSN : 2685-1997

REAL in Nursing Journal (RNJ)

Research of Education and Art Link in Nursing Journal

<https://ojs.fdk.ac.id/index.php/Nursing/index>

Pengaruh Pelaksanaan Pre Dan Post Conference Terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Fitrianola Rezkiki, Wiwit Febrina & Devi Angraini



STIKes Fort De Kock

Program Studi Pendidikan Ners

STIKes Fort de Kock Bukittinggi, Indonesia

Pengaruh Pelaksanaan Pre Dan Post Conference Terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

REAL in
Nursing
Journal (RNJ)

<https://ojs.fdk.ac.id/index.php/Nursing/index>

Fitrianola Rezki, Wiwit Febrina & Devi Anggraini

ABSTRACT

Nursing documentation is a record that contains all the data needed to determine nursing diagnoses, planning, actions and evaluations that are arranged in a systematic, valid, and morally and legally responsible manner. Based on a preliminary study with a sample of 10 documentation of internal space medical records taken randomly only 4 (40%) were completely filled and 6 (60%) incomplete. This study aims to determine the effect of pre and post conference services on documenting nursing care. This study uses a pre-experimental design with one-group pretest-posttest design. The method of data collection is using observation sheets. Samples are taken with a simple random sampling system of 10 samples. The results of the study based on the Kolmogorov-smirnov test observations were carried out before and after being given a pre and post conference treatment of 10 statuses obtained a p-value of 0,000. The conclusion of this study is that there is an influence of the implementation of pre and post conference on the documentation of nursing care.

Keywords:

Documentation,
Pre and post conference

Korespondensi:

Fitrianola Rezki
fitrianola.rezki@gmail.com

Stikes Fort De
Kock Bukittinggi

ABSTRAK

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnose, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum. Berdasarkan studi pendahuluan dengan sample 10 dokumentasi rekam medis ruang interne yang diambil secara acak hanya 4 (40 %) yang terisi lengkap dan 6 (60%) tidak lengkap. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh pelaksanaan pre dan post conference terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan. Penelitian ini menggunakan desain pre-eksperimental dengan rancangan one- group pretest-posttest. Metode pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi. Sampel diambil dengan system simple random sampling sebanyak 10 sampel. Hasil penelitian berdasarkan uji Kolmogorov-smirnov observasi dilakukan sebelum dan sesudah diberi perlakuan pre dan post conference dari 10 status didapat hasil p-value 0,000. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh pelaksanaan pre dan post conference terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan

Kata kunci : dokumentasi, pre conference, post conference

PENDAHALUAN

Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum (Tung Palan, 1983 : Ali 2009, p.35). Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali 2009, p.35).

Dokumentasi asuhan keperawatan harus objektif, akurat, dan komprehensif dalam mencerminkan status kesehatan klien. Banyaknya informasi akurat, abjektif, dan komprehensif yang didokumentasikan oleh seorang perawat, dari aspek hukum di harapkan akan dapat melindungi perawat bila ada gugatan hukum (Depkes RI, 2007).

Di Indonesia kurangnya kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dapat dibuktikan dengan beberapa penelitian, diantaranya yakni penelitian Ryny Silvana menunjukkan bahwa penatalaksanaan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan di RSUP. PROF. DR. R. D Kandou Manado yang tidak lengkap berjumlah 2250 (98,6 %). Penelitian Nurul Nuryani menunjukkan bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Bedah RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya dalam kategori lengkap 29,5 % dan tidak lengkap sebanyak 70,5 %. Penelitian Inggriane menunjukkan bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang GICU RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kategori tidak lengkap 53 % dan lengkap 58 % . Penelitian tersebut menggambarkan bahwa di Indonesia kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan masih menjadi fenomena dalam

pelayanan asuhan keperawatan (Abdi, 2016). Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Rezkiki & Ifa (2018) tentang pengaruh supervisi terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

Di Sumatera Barat, berdasarkan hasil penelitian Ettlidawati (2012) di RSUD Kota Pariaman kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (42%) dokumentasi terisi lengkap, dan (58%) tidak diisi lengkap, sedangkan Nadia (2015) menyatakan di RSI Ibnu Sina Padang kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan tahap pengkajian (68%), diagnosa keperawatan (70%), perencanaan (69%), implementasi (67%), evaluasi (73%) dan catatan asuhan keperawatan (65%).

Dari hasil observasi di Ruang rawat inap Interne RSUD Solok dari 10 status pasien yang diambil secara acak dengan kategori rawat lebih dari 2 hari ditemukan 4 status tidak lengkap dan 6 status sudah lengkap. Dari hasil wawancara dengan kepala ruangan dikatakan bahwa status pasien tidak lengkap sering terjadi diruangan hal ini dikarenakan tingginya beban kerja sehingga perawat tidak sempat mengecek kembali status yang mereka isi. Hal ini sejalan dengan pengakuan beberapa staff perawat hal ini terjadi karena sebagian besar waktu mereka dihabiskan untuk rutinitas keperawatan serta jarang mereka membuka kembali status pasien untuk melengkapi kembali dokumentasi asuhan keperawatan yang telah mereka berikan dan tidak adanya pengecekan kembali status diakhir *shift* sehingga kemungkinan pencatatan tertinggal sangat sering.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *pre-eksperimental* dengan rancangan *pre-post test* dalam satu kelompok (*One-Group Pretest-*

Posttest design). Pada penelitian ini mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek di observasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah dilakukan intervensi (Sugiono,2017). Dalam *one group pretest-posttest design* adalah mengukur apa yang terjadi pada kelompok percobaan sesuai dengan kondisi awalnya sebelum eksperimen (*pre-test*) dan perbedaan

yang tampak diakhir eksperimen (*post-test*) tanpa kelompok kontrol.

Penelitian ini dilakukan di ruangan Interne RSUD Solok pada tahun 2018. Populasi pada penelitian ini adalah perawat yang berjumlah 33 orang dimana dijadikan keseluruhannya sebagai sampel *total sampling*

HASIL PENELITIAN

Dokumentasi Asuhan keperawatan Sebelum dan Sesudah *Pre dan Post Conference*

Tabel 1. Distribusi Nilai Rerata Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Variabel	N	Mean	Min	Max	SD
Sebelum	10	75,2%	66%	88%	5,827
Sesudah	10	95,2%	84%	100%	5,350

Tabel 1 di atas jelas terlihat nilai rata-rata pada hasil pendokumentasian asuhan keperawatan sebelum dilakukan *Pre dan Post Conference* yaitu dengan kelengkapan 75,2% dari total 10 responden. Dengan nilai tertinggi 88 dan terendah 66, dengan nilai standar deviasi

5,827. Selain itu, jelas terlihat nilai rata-rata pada hasil pendokumentasian asuhan keperawatan sesudah dilakukan *Pre dan Post Conference* yaitu dengan kelengkapan 95,2% dari total 10 responden. Dengan nilai kelengkapan tertinggi 100% dan terendah 84%, dengan nilai standar deviasi 5,350

Tabel 2

Distribusi Rerata pengaruh *pre dan post conference* terhadap dokumentasi asuhan keperawatan

Dokumentasi	N	Mean	Min	Max	SD	p_value	t_tabel
Sebelum	10	75,2%	66%	88%	5,827	0,000	1,895
Sesudah	10	95,2%	84%	100%	5,350		

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan setelah dilakukan *pre dan post conference* mengalami peningkatan nilai. Dimana pada sebelum dilakukan *pre dan post conference*

ditemukan bahwa dari 10 status yang diteliti memiliki rata-rata nilai kelengkapan 75,2%. Sedangkan pada setelah dilakukan *pre dan post conference* ditemukan rata-rata nilai kelengkapan dokumentasi asuhan

keperawatan adalah 95,2%. Disini Terlihat perbedaan dalam kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum dan sesudah dilakukan *pre dan post conference*, dan terdapat peningkatan dalam kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan setelah dilaksanakan *pre dan post conference*.

Berdasarkan uji normalitas menggunakan uji Kolmogrov-smirnov diperoleh nilai $sig > 0.05$, maka hal ini dikatakan data terdistribusi normal. Selanjutnya uji T berpasangan, didapatkan nilai t hitung sebesar 8,257 dan t tabel 1,895 dimana nilai t hitung lebih besar dari pada t tabel, dengan p-value sebesar 0,000. Terlihat bahwa p-value $0,000 < 0,05$ ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara nilai rata-rata sebelum dan sesudah dilakukan *pre dan post conference* pada dokumentasi Asuhan keperawatan.

PEMBAHASAN

Rata-rata Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sebelum *Pre dan Post Conference*

Dari hasil penelitian yang dilakukan, pada tabel rata - rata nilai Sebelum dilakukan *pre dan post conference* ditemukan rata-rata nilai dokumentasi asuhan keperawatan adalah 75,2% kelengkapan kategori tidak lengkap. Dengan Nilai tertinggi 88% dan terendah 66%.

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang

pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Ali, 2009).

Alasan mengapa perawat jarang untuk melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan salah satu faktornya karena kurangnya pengawasan, pengontrolan terhadap dokumentasi asuhan keperawatan. Perawat merasa dokumentasi asuhan keperawatan terlalu banyak, tidak ada hubungannya dengan gaji serta kurangnya teguran dari atasan. Jumlah perawat ruangan yang sangat sedikit dengan kapasitas pasien dan beban kerja yang sangat banyak membuat perawat jarang menuliskan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap, perawat biasanya hanya menuliskan nama pasien tanpa nomor RM, tidak melengkapi data pemeriksaan fisik pasien, tidak menuliskan analisa data, tujuan dan rencana tindakan, pada lembar implementasi perawat sering tidak menuliskan, evaluasi perawat sering tidak menuliskan catatan perkembangan pasien dan tidak mencantumkan paraf (Lestari, 2014).

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh mohammad Nur (2012) juga didapat pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Sunan Kalijaga Demak 78,4 % kategori lengkap dan 21,6 % tidak lengkap, hal ini disebabkan oleh pengkajian yang belum sepenuhnya dilengkapi oleh perawat, diagnose keperawatan yang belum factual artinya diagnose awal pasien masuk sampai pasien pulang sama, perawat belum sepenuhnya memberikan tindakan keperawatan secara menyeluruh atau holistic kepada pasien selama di rumah sakit.

Menurut peneliti kelengkapan pada pendokumentasian asuhan keperawatan pada saat sebelum dilakukan *Pre dan Post*

Conference terdapat kekurangan disemua tahap pendokumentasian asuhan keperawatan. Pada tahap pengkajian, point ke 3 sering terlupa yaitu tidak semua data dikaji sejak pasien masuk sampai pasien pulang. Pada tahap diagnose keperawatan, point 3 juga sering terlupa yaitu merumuskan diagnose keperawatan yang actual atau potensial. Pada tahap perencanaan, point 5 sering tidak dilakukan yaitu tidak semua rencana yang ditetapkan menggambarkan keterlibatan pasien atau keluarga. Pada tahap tindakan, point 3 juga sering tidak dilakukan, yaitu melakukan revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi. Pada tahap evaluasi, point 2 juga masih sering dilakukan yaitu belum semua perawat mencatat hasil evaluasi. Pada tahap terakhir pada catatan asuhan keperawatan point 4 sering tidak dilakukan yaitu setiap melakukan kegiatan / tindakan perawat masih ada yang tidak mencantumkan nama, paraf serta tanggal melakukan tindakan. Keadaan ini disebabkan karena kurangnya pengawasan, tingginya beban kerja perawat di ruangan, serta kurangnya motivasi perawat khususnya pada tahap pengkajian dimana ada kecenderungan perawat menulis pengkajian tanpa melakukan penggalan data yang maksimal dan kecenderungan menulis keluhan pasien sama dengan shift berikutnya.

Rata-rata Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sesudah *Pre dan Post Conference*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, pada tabel rata-rata nilai Sesudah dilakukan *pre dan post conference* ditemukan rata-rata nilai kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan adalah 95,2% dengan kategori tidak lengkap. Dengan Nilai tertinggi 100% dan terendah 88%.

Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum (Tung Palan, 1983 : Ali 2009). Fisbach (1991) menyebutkan bahwa dokumentasi keperawatan adalah suatu dokumen yang berisi data yang lengkap, nyata dan tercatat, bukan hanya tentang tingkat kesakitan klien tetapi juga jenis atau tipe, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Ali, 2009).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Widya (2016), kelengkapan dokumentasi juga akan meningkat dengan adanya peran ketua tim yang baik, dimana tergambar dari 30 responden dengan peran ketua tim yang kurang baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan kurang baik berjumlah 6 responden (75%) sedangkan responden dengan peran ketua tim kurang baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan baik berjumlah 2 responden (25%). Sementara responden dengan peran ketua tim baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan kurang baik berjumlah 3 responden (13,6%) dan responden dengan peran ketua tim baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan baik berjumlah 19 responden (86,4 %).

Menurut peneliti kelengkapan pada pendokumentasian asuhan keperawatan pada saat sesudah dilakukan *Pre dan Post Conference* terdapat peningkatan kelengkapan, dimana status yang diteliti mengalami perlengkapan setelah petugas melakukan *Pre dan Post Conference* . Tetap masih ditemukan beberapa kekurangan

diseiap point penilaian tetapi sudah jauh berkurang dari pada sebelum dilakukan *pre dan post conference*, seperti pada tahap pengkajian yang sebelumnya data kurang tergali sempurna sekarang sudah mulai mendekati sempurna sehingga data yang dihasilkan lebih benar dan terbaru sehingga perencanaan dan pelaksanaan keperawatan yang disiapkan juga lebih mengatasi permasalahan terkini pasien. Keadaan ini disebabkan oleh masih tingginya beban kerja, motivasi yang masih agak kurang dari beberapa perawat.

Pengaruh pelaksanaan *pre dan post conference* terhadap dokumentasi asuhan keperawatan

Berdasarkan Tabel 3 didapatkan bahwa terdapat perbedaan rerata nilai kelengkapan dokumentasi sebelum dan sesudah dilakukan *pre dan post conference* yaitu 75,2% dan 95,2%. Dengan standar deviasi 7,569 dan nilai *p-value* 0,000. Artinya adanya pengaruh dilakukan *pre dan post conference* pada Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum (Tung Palan, 1983 : Ali 2009). Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali, 2009).

Conference merupakan bagian dari komunikasi klinik (Sugiharto, Keliat, Sri, 2012). *Conference* merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. *Conference* dilakukan sebelum dan sesudah melakukan overan dinas , sore atau

malam sesuai dengan jadwal dinas perawatan pelaksanaan.

Secara umum tujuan *conference* adalah untuk menganalisa masalah-masalah secara kritis dan menjabarkan alternatif penyelesaian masalah, mendapatkan gambaran berbagai situasi lapangan yang dapat menjadi masukan untuk menyusun rencana antisipasi sehingga dapat meningkatkan kesiapan diri dalam pemberian asuhan keperawatan dan merupakan cara yang efektif untuk menghasilkan perubahan non kognitif (McKeachie, 1962). Juga membantu koordinasi dalam rencana pemberian asuhan keperawatan sehingga tidak terjadi pengulangan asuhan, kebingungan dan frustrasi bagi pemberi asuhan (T.M.Marelli, et.al, 1997).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwi (2014) dengan berjudul "Efektifitas Post Conference terhadap Overan Shift, didapat hasil *p-value* 0,031 yang berarti ada pengaruh *post conference* terhadap overan sift di ruangan, hal ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Seniwati (2014) yang mengatakan ada hubungan kegiatan *post conference* dengan kinerja perawat dengan didapat hasil *p-value* 0,015.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 10 status yang ada di ruang Interne solok diperoleh 4 status dengan kelengkapan 100% sedangkan 6 status lain nya mengalami peningkatan kelengkapan. Ketidak lengkapan masih terjadi disemua point penilaian, tetapi sudah jauh menurun. Pada tahap pengkajian perawat sudah mulai mendekati sempurna dalam melakukan pengkajian, hal ini dibuktikan dengan hanya ditemukan 1 status yang belum dilakukan pengkajian sesuai pedoman SOP. Hal ini juga dirasakan sama dengan point

diagnosa keperawatan, dimana perawat sudah mulai mampu menegakan diagnose berdasarkan masalah terbaru klien, meliputi problem, etiologi dan symptom, serta perawat mampu merumuskan diagnosa keperawatan actual/potensial, dari hasil observasi ditemukan 1 status saja yang tidak lengkap di poin 2 yaitu diagnosa keperawatan tidak meliputi problem, etiologi, dan symptom. Pada point perencanaan juga sudah mengalami peningkatan, dari 10 status hanya 1 status yang ditemukan rumusan tujuan yang mengandung komponen pasien, perubahan, perilaku, kondisi keluarga/pasien.

Dengan adanya kondisi perencanaan yang bagus juga diikuti dengan tindakan yang bagus, hal ini dibuktikan dari 10 status pasien yang diobservasi tidak satupun status yang tidak lengkap, semua tindakan perawat semua sudah mengacu pada rencana perawatan, perawat sudah mampu mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan, dilakukan revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi, serta semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat secara ringkas dan jelas. Pada tahap evaluasi juga sangat baik, dari 10 status yang diobservasi semua status sudah mencatat evaluasi yang mengacu pada tujuan. Keadaan ini adalah gambaran peningkatan kelengkapan status dari sebelum dilakukan tindakan *pre dan post conference* dengan setelah dilakukan *pre dan post conference*. Tampak perbedaan dari sebelum dengan sesudah dilakukan, berdasarkan hal ini peneliti menarik kesimpulan ada pengaruh dilakukan tindakan *Pre dan Post Conference* terhadap dokumentasi asuhan keperawatan.

KESIMPULAN

Terdapat Pengaruh pelaksanaan *pre dan post conference* terhadap dokumentasi asuhan keperawatan dengan nilai p-value 0,00. Artinya

adanya pengaruh dilakukan *pre dan post conference* terhadap dokumentasi asuhan keperawatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih tidak lupa peneliti ucapkan kepada STIKes Fort De Kock yang telah membantu dan memfasilitasi peneliti sehingga penelitian ini berjalan dengan baik dan lancar. Selanjutnya kepada seluruh responden yang telah berpartisipasi dan bersedia menjadi subjek penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali. (2009). *Dasar Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medik.
- Etlidawati. (2012). *Hubungan Strategi Supervisi Kepala Ruang Dengan Motivasi Perawat Dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Pariaman*. Padang. FK UNAND.
- Hidayat. (2008). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
- Kasim, W. (2016). Peningkatan Kualitas Pelayanan Dan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Dengan Metode Tim. Semarang. FIK UISA. Vol.1 No.1. ISSN 2540-7939
- Keliat. (2012). *Management Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Keliat, B. (2009). *Metode Praktek Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC
- Marrelli. (2007). *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Nadia. (2015). *Hubungan Antara Faktor Organisasi (Supervisi dan Imbalan) Dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan*

- Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Padang*. Bukittinggi. STikes Yarsi
- Nuryani, N. (2013). *Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di RSUD dr. SOEKARDJO Kota Tasikmalaya*. Tasikmalaya. Poltekkes Kemenkes. Vol. 3, No.1, ISSN:2337-585X
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Permatasari, D. (2014). *Efektifitas Post Conference Terhadap Overan Shift Di Ruang Rawat Inap RSUD Unggaran*. Semarang. UMS
- Puspita, I. (2014). *Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, dan Management Waktu Perawat Dengan Pendokumentasian Keperawatan*. STIKes Aisyiyah. Bandung. Vol. 1, No.1
- Rezkiki, F & Ilfa, A. (2018). Pengaruh Supervisi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Non Bedah. *REAL in Nursing Journal (RNJ)*, 1(2), 67-76.
- Sitorus. (2006). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta : EGC
- Seniwati. (2014). *Evaluasi Operan, Pre Post Conference Supervisi dan Kinerja Perawat di RSU Haji Makasar*. Makasar. UNHAS.
- Silvana, R. (2015). *Hubungan Beban Kerja Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Instalasi Gawat Darurat Medik RSUP. PROF. DR. R. D Kandou Manado* Manado. FK Univ Sam Ratulangi. Manado. Vol.3, No. 2
- Suarfi. (2010). *Management Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis*. Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Swansburg. (2000). *Pengantar Kepemimpinan dan Management Keperawatan*. Jakarta:EGC
- Titik. (2010). *Perlindungan Hukum Bagi Pasien*. Jakarta:Prestasi Pustakaraya.
- Widya. (2012). *Hubungan Peran Ketua Tim Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Irina F RSUP PROF DR. R. D. Kandou Manado*. Manado. USR Manado. Vol 4 No.2

**PENGARUH METODE KOMUNIKASI EFEKTIF SBAR TERHADAP
PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA****Miming Oxyandi¹, Novi Endayni²**Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Palembang^{1,2}*miming@stikes-aisyiyah-palembang.ac.id¹**novyendayni199907@gmail.com²***DOI: 10.36729****ABSTRAK**

Latar belakang: Dalam penerapan pelayanan yang mengacu pada patient safety ada beberapa standar yang perlu diimplementasikan, salah satu standar tersebut adalah penerapan timbang terima menggunakan komunikasi dengan metode *Situation, Background, Assessment and Recommendation* (SBAR). Kerangka komunikasi dengan metode SBAR digunakan pada saat perawat melakukan timbang terima (handover), pindah ruang perawatan maupun dalam melaporkan kondisi pasien kepada dokter. **Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh Metode Komunikasi Efektif SBAR Terhadap Efektifitas Pelaksanaan Timbang Terima Pasien. **Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode *Pre Experimental Eksperimen* sedangkan rancangan penelitian *One Grub Design pre intervensi - post intervensi*. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari bulan oktober 2019 s.d Januari 2020. Uji normalitas data dilakukan dengan uji statistik *Kolmogorov-Smirnov*, sedangkan analisa bivariatnya menggunakan uji statistik non parametrik yaitu uji *wilxocom*. **Hasil:** Hasilpenelitiandari 30 responden, diketahui bahwa hasil ada pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan timbang terima sebelum dan setelah pelaksanaan komunikasi efektif SBAR dengan nilai $p \text{ value} = 0,000 < \text{nilai } \alpha 0,05$. **Saran:** Diharapkan Meningkatkan pelaksanaan komunikasi efektif SBAR padasaat Timbang Terima yang lebih optimal khususnya diruang dengan cara berkesinambungan khususnya untuk mengikuti pelatihan tentang SBAR dan Lebih Meningkatkan lagi informasi serta evaluasi terkait dengan pelaksanaan identifikasi pasien.

Kata Kunci: Komunikasi Efektif SBAR, Timbang Terima**ABSTRACT**

Background: In the application of services that refer to patient safety there are several standards that need to be implemented, one of these standards is the application of weighing using communication with the *Situation, Background, Assessment and Recommendation* (SBAR) Method. The communication framework using the SBAR method is used when nurses carry out handovers, move care rooms and report patient conditions to doctors. **Objective:** The purpose of this study is to determine the Effect of Effective SBAR Communication Methods on the Effectiveness of the Implementation of Patient Weighing Acceptance. **Method:** This study used a qualitative approach with the *Pre-Experiment Experiment* method while the *One Grub Design* research design was pre-intervention - post intervention. This research was conducted at the Muhammadiyah Hospital in Palembang from October 2019 to January 2020. The data normality test was carried out by the *Kolmogorov-Smimov* statistical test, while the bivariate analysis used a non-parametric statistical test, the *Wilxocom* test. **Results:** The results of the study of 30 respondents, it is known that the results have a significant effect between the weighing before and after the implementation of effective SBAR communication with $p \text{ value} = 0,000 < \alpha \text{ value of } 0.05$. **Suggestion:** It is hoped to improve the implementation of effective SBAR communication at a more optimal Weighing and Receiving System, especially in a room that is sustainable, especially to follow the training about SBAR and More Improving information and evaluation related to the implementation of patient identification.

Keywords: SBAR Effective Communication, Weigh Accept

PENDAHULUAN

Sasaran keselamatan pasien yang tertuang dalam PMK No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 dibuat dengan mengacu pada sembilan solusi keselamatan pasien oleh WHO bertujuan untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Timbang terima pasien termasuk pada sasaran yang kedua yaitu peningkatan komunikasi yang efektif petugas kesehatan. Kesalahan akibat penyampaian timbang terima pada saat pergantian shift akan berakibat pada menurunnya indikator kualitas pelayanan terutama *patient safety* suatu rumah sakit (Fabre, 2010 dalam Manopo, 2012).

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 11 tahun 2017 setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh (Permenkes, 2017).

Dari enam unsur sasaran keselamatan pasien yang utama dari layanan asuhan ke pasien adalah komunikasi efektif. Menghindari resiko kesalahan dalam

pemberian asuhan keperawatan pasien dan meningkatkan kesinambungan perawat dan pengobatan maka dapat diwujudkan dengan baik melalui komunikasi yang efektif antar perawat, maupun dengan tim kesehatan yang lain (Nursalam, 2015).

Komunikasi efektif merupakan unsur utama dari sasaran keselamatan pasien karena komunikasi adalah penyebab pertama masalah keselamatan pasien (*patient safety*). Komunikasi yang efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh penerima mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Maka dalam komunikasi efektif harus dibangun aspek kejelasan, ketepatan, sesuai dengan konteks baik bahasa dan informasi, alur yang sistematis, dan budaya. Komunikasi yang tidak efektif akan menimbulkan risiko kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan (Supinganto, 2015).

Kerangka komunikasi efektif terkini yang digunakan di rumah sakit adalah komunikasi SBAR, WHO mewajibkan kepada rumah sakit untuk menggunakan suatu standar yang strategis yaitu dengan menggunakan metode komunikasi SBAR. Komunikasi SBAR merupakan komunikasi yang terdiri dari 4 komponen yaitu S (*Situation*) merupakan suatu gambaran yang terjadi pada saat itu. B (*Background*) merupakan suatu yang melatar belakang

situasi yang terjadi. A (*Assesment*) merupakan suatu pengkajian terhadap suatu masalah. R (*Recommendation*) merupakan suatu tindakan dimana meminta saran untuk tindakan yang benar yang seharusnya dilakukan untuk masalah tersebut. Komunikasi SBAR dalam dunia kesehatan dikembangkan oleh pakar *patient safety* dari California untuk membantu komunikasi antara dokter dan perawat. Komunikasi SBAR di desain untuk komunikasi dalam situasi beresiko tinggi antar perawat dan dokter untuk mengatasi masalah pasien (The Joint Commission International, 2010).

Penelitian I Ketut Suardana, Dkk, (2015). penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara metode komunikasi efektif SBAR yang diterapkan di rumah sakit inap Griyatama RSUD Tabanan dengan efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*) yang menghasilkan p value 0,000. Nilai koefisien korelasinya adalah 0,902 yang artinya terdapat pengaruh yang kuat dan menunjukkan arah positif. Kerangka SBAR sangat efektif digunakan untuk melaporkan kondisi dan situasi pasien secara singkat pada saat pergantian *shift*, sebelum prosedur tindakan atau kapan saja diperlukan dalam melaporkan perkembangan kondisi pasien.

Sedangkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 2017

pada Sasaran Keselamatan Pasien, mensyaratkan agar rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi "Serah Terima" (*hand over*) dan menyusun cara komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dapat dipahami penerima (SNARS, 2017). *Hand over* pasien dirancang sebagai salah satu metode untuk memberikan informasi yang relevan pada tim perawat setiap pergantian shift, sebagai petunjuk praktik memberikan informasi mengenai kondisi terkini pasien, tujuan pengobatan, rencana perawatan serta menentukan prioritas pelayanan yang dilakukan secara tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, sehingga dapat dipahami, dan akan mengurangi kesalahan, serta menghasilkan peningkatan keselamatan pasien (Rushton, 2010 dalam Santoso, 2018).

Fenomena yang dijumpai dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit terkait dengan komunikasi antar petugas terutama dalam kegiatan timbang terima pasien (*handover*) adalah komunikasi yang salah sehingga berdampak salah persepsi, waktu yang lama, isi (*content*) komunikasi yang tidak fokus tentang masalah pasien bahkan tidak jarang saat timbang terima (*handover*) topik pembicaraan sering ngelantur, informasi tidak lengkap sehingga perawat harus menanyakan ulang kepada perawat yang bertugas sebelumnya.

Situasi ini mengakibatkan pelayanan terlambat bahkan berdampak terhadap keselamatan pasien (*patient safety*). (Suprpta, M.A, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2014), didapat hasil berdasarkan Paired sample t-test adanya peningkatan yang bermakna pada mutu operan jaga setelah diberikan pelatihan komunikasi SBAR dengan nilai signifikan $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Hal ini dikarenakan Perbedaan mutu operan jaga yang menjadi lebih baik dari sebelumnya telah diberikan sebuah perlakuan pelatihan komunikasi SBAR pada perawat. Berdasarkan hasil penelitian tersebut perlu dilakukan pelatihan komunikasi SBAR untuk mendapatkan kualitas pelaksanaan *handover* yang baik. Pelatihan komunikasi SBAR dapat dijadikan solusi untuk mengatasi kekurangan dalam pelaksanaan *handover* terutama komponen B (*background*) dan A (*Assessment*).

Hasil penelitian dari Siti Robiah, (2015). penelitian Hasil analisis univariat didapatkan nilai mean pre test-post test 15,24 (24,92%). Hasil uji paired t-test juga menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna pada kualitas timbang terima setelah diberikan pelatihan komunikasi SBAR kepada perawat di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang, dengan nilai signifikansi $p = 0,001$.

Komunikasi yang efektif tentang informasi klinikal pasien adalah faktor penting untuk memberikan aman dan berkualitas tinggi. Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang merupakan salah satu rumah sakit swasta di Kota Palembang yang berasaskan islam yang melayani pasien rawat jalan dan rawat inap. Salah satu ruangan Ahmad Dahlan yang merupakan ruangan pelayanan keperawatan, penyakit dalam baik laki-laki maupun perempuan yang memiliki 26 perawat. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam hal kelengkapan keperawatan yaitu meningkatkan frekuensi pengawasan dan penilaian, meningkatkan pelatihan secara berkala, meningkatkan strategi pengelolaan sumber daya manusia (siswantoet *al*, 2013).

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Pengaruh Metode Komunikasi efektif SBAR Terhadap Pelaksanaan Timbang Terima Pasien di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang".

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian menggunakan *pre-eksperiment* dengan rancangan *One Group Pretest-posttest*, yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan informasi

mengenai Pengaruh Metode Komunikasi efektif SBAR Terhadap Pelaksanaan Timbang Terima Pasien di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2020.

Populasi yang diambil pada penelitian ini adalah perawat dalam komunikasi efektif SBAR sebelum dan setelah timbang terima di Ruang Ahmad Dahlan Rumah Sakit Muhammadiyah tahun Palembang 2020 yang telah mendapatkan izin, yang berjumlah 30 responden. Penelitian ini dilakukan dari bulan Oktober sampai dengan bulan Januari 2020. Sedangkan proses pengambilan data dari tanggal 10 sampai dengan 13 Januari 2020. Dan sampel penelitian ini menggunakan metode *non probability* sampling yaitu yang memenuhi Kriteria Inklusi (Untuk Perawat pelaksana sift pagi, siang, malam diruang Ahmad Dahlan Perawat yang tidak sedang cuti, Bersedia menjadi responden, dan Perawat yang hadir saat operan sift) dan Kriteria Eksklusi (Tidak bersedia menjadikan responden dan Perawat yang sedang cuti).

Peneliti menjelaskan tentang aspek etika dalam penelitian disertai dengan penjelasan bentuk aplikatif yang dilakukan terhadap aspek tersebut. Pertimbangan-pertimbangan etika yang lazim digunakan dalam penelitian ini untuk mengatasi resiko

atau dampak yang muncul dalam penelitian ini adalah self determination. *Privacy, anonimity, confidentiality dan protection from discomfort.*

Uji Statistik dengan menggunakan statistik parametrik. Sebelum melakukan uji statistic terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui normal atau tidaknya data tersebut, yaitu dengan uji statistik *Kolmogorov-Smirnov* menunjukkan bahwa variabel yang memiliki nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 sehingga data dikatakan terdistribusi tidak normal. Sedangkan variabel lainnya memiliki nilai signifikansi lebih besar dari 0,05 sehingga data dikatakan terdistribusi normal. Jadi jika data tetap tidak normal maka pengolahan data dilakukan dengan uji statistik *non parametrik* yaitu *uji wilxocom.*

HASIL PENELITIAN

Hasil Analisa Univariat

Uji Normalitas Data Responden dengan *Kolmogorov-Smirnov*

Hasil uji normalitas data pelaksanaan Timbang Terima Sebelum dan Setelah pelaksanaan Komunikasi Efektif SBAR di Ruang Ahmad Dahlan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2020 dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1.
Uji Normalitas Data Responden dengan *Kolmogorov-Smirnov*

Variabel	Mean /Median	Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Sebelum Timbang Terima	58.53	2.467	0.000
Setelah Timbang Terima	77.0	1.641	0.009

Berdasarkan table 1 diatas diketahui nilai uji Normalitas Data Responden dengan menggunakan *Kolmogorov-Smirnov* variable komunikasi efektif

SBAR sebelum pelaksanaan timbang terima nilai *P value* = 0.000 dan sesudah nilai *P value* = 0.009. Sehingga data dikatakan terdistribusi tidak normal.

Tabel 2.
Pelaksanaan Timbang Terima Sebelum pelaksanaan Komunikasi Efektif SBAR

No	Sebelum	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Tidak Sesuai	25	83.3
2	Sesuai	5	16.7
	Total	30	100.0

Berdasarkan tabel 2 diatas pelaksanaan timbang terima sebelum pelaksanaan komunikasi efektif SBAR, menunjukkan bahwa dari 30 responden,

diketahui jumlah responden yang tidak sesuai sebanyak 25 responden (83.3%), sedangkan jumlah respon yang sesuai sebanyak 5 responden (16.7%).

Tabel 3.
Pelaksanaan Timbang Terima Setelah Pelaksanaan Komunikasi Efektif SBAR

No	Setelah	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Tidak Sesuai	4	13,3
2	Sesuai	26	86,7
	Total	30	

Berdasarkan tabel 3 diatas pelaksanaan timbang terima setelah pelaksanaan komunikasi efektif SBAR, menunjukkan bahwa dari 30 responden,

diketahui jumlah respon yang tidak sesuai sebanyak 4 responden (13,3%), sedangkan jumlah responden yang sesuai sebanyak 26 responden (86.7%).

Tabel 4.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Efektif SBAR

No	Komunikasi Efektif SBAR	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Kurang	9	30.0
2	Baik	12	40.0
3	Sangat Baik	9	30.0
Total		30	100.0

Berdasarkan Tabel 4 diatas, menunjukkan bahwa dari 30 responden, diketahui jumlah responden yang Kurang sebanyak 9 responden (30.0%), sedangkan jumlah responden yang Baik sebanyak 12 responden (40.0%) dan yang Sangat Baik sebanyak 9 responden (30.0%).

Analisis Bivariat

Pada penelitian ini peneliti menggunakan Uji statistik yang digunakan adalah *Uji Wilcoxon*, dengan batas kemaknaan bila $p \text{ value} \leq \alpha = (0,05)$ maka

H_0 ditolak dan jika $p \text{ value} > \alpha (0,05)$ maka H_0 akan diterima.

Pengaruh antara Pelaksanaan Timbang Terima Sebelum dan Setelah komunikasi Efektif SBAR

Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 30 orang. Pada analisis bivariat ini digunakan untuk mengetahui Pengaruh antara Pelaksanaan Timbang terima sebelum dan setelah komunikasi efektif SBAR Diruang Ahmad Dahlan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2020. hasil penelitian dapat dilihat pada tabel 5

Tabel 5.
Pengaruh Metode Komunikasi Efektif SBAR Terhadap Pelaksanaan Timbang Terima

Timbang Terima Sebelum dan setelah	Z	P Value	Keterangan
	-4.379	0.000	Signifikan

Berdasarkan tabel 5 data yang diperoleh diatas dapat disimpulkan bahwa penelitian ini ada pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan timbang terima sebelum dan setelah pelaksanaan komunikasi efektif SBAR. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji statistik

wilcoxon signed rank mendapatkan $p \text{ value} = 0,000$ berarti pada $\leq \alpha (0,05)$.

PEMBAHASAN

Pelaksanaan Komunikasi Efektif SBAR

Dari hasil analisa univariat diketahui bahwa pelaksanaan timbang terima

sebelum dan setelah komunikasi efektif SBAR didapat dari 30 responden. Timbang terima responden sebelum dilakukan komunikasi sbar, responden yang tidak sesuai sebanyak 83,3 % dan responden yang sesuai sebanyak 16,7 %. Sedangkan pelaksanaan timbang terima setelah komunikasi efektif sbar yang tidak sesuai sebanyak 13,3% dan responden yang sesuai 86,7% dan sedangkan komunikasi efektif SBAR terdapat 30 responden terdiri 9 responden kurang 30% 12 responden baik 40% dan 9 responden sangat baik 30%.

Komunikasi SBAR adalah komunikasi dengan menggunakan alat yang logis untuk mengatur informasi sehingga dapat ditransfer kepada orang lain secara akurat dan efisien. Komunikasi dengan menggunakan SBAR (Situation, Background, Assesment, Recommendation) untuk mencapai ketrampilan berfikir kritis, dan menghemat waktu (NHS, 2012). Timbang terima adalah suatu teknik untuk menyampaikan dan menerima suatu informasi yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dan belum dilakukan serta perkembangan pasien pada saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan

keperawatan dapat berjalan dengan sempurna (Nursalam, 2016).

Hasil dari Siti Robiah, (2015). penelitian Hasil analisis univariat didapatkan nilai mean pre test-post test 15,24 (24,92%). Hasil uji paired t-test juga menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna pada kualitas timbang terima setelah diberikan pelatihan komunikasi SBAR kepada perawat diruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang, dengan nilai signifikansi $p=0,001$.

Peneliti berpendapat bahwa pelaksanaan timbang terima perawat sebelum pelaksanaan komunikasi SBAR kurang dalam menyampaikan keadaan pasien hal ini dikarenakan perawat tersebut tidak menggunakan komunikasi SBAR. Pelaksanaan timbang terima setelah perawat memberikan informasi relevan pada tim perawat setiap pergantian shift hal ini komunikasi SBAR sangat diperlukan saat timbang terima berkaitan dengan pasien dan memfasilitasi kelanjutan proses perawatan pasien selanjutan.

Pengaruh Metode Komunikasi Efektif SBAR Terhadap Pelaksanaan Timbang Terima

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji statistik *wilcoxon signed rank* mendapatkan $p\ value = 0,000 \leq \alpha (0,05)$ terlihat ada pengaruh yang signifikan rata-rata tentang komunikasi

efektif sbar perawat sebelum dan setelah dilakukan komunikasi efektif sbar ini berarti ada pengaruh Komunikasi Efektif SBAR terhadap Timbang Terima di ruang Almad Dahlan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Komunikasi efektif berbasis SBAR adalah kerangka teknik komunikasi yang disediakan untuk berkomunikasi antar petugas kesehatan dalam menyampaikan kondisi pasien. SBAR merupakan kerangka yang mudah diingat, mekanisme nyata yang digunakan untuk menyampaikan kondisi pasien yang kritis atau perlu perhatian dan tindakan segera. Permanente, K. (2011).

Sesuai dengan teori Permenkes Nomor 1691 (2010) dalam program patient mengatakan bahwa untuk menjamin keselamatan pasien di rumah sakit, pelatihan program keselamatan pasien merupakan salah satu pelayanan mutu terhadap pasien. Perawat yang kurang termotivasi untuk menggunakan teknik komunikasi SBAR dapat menyebabkan pelayanan kepada pasien kurang baik. Penggunaan komunikasi yang tepat menjadi salah satu sasaran dari program patient safety yaitu peningkatan komunikasi yang efektif. Perawat merupakan tenaga terbanyak dan mempunyai waktu kontak dengan pasien lebih lama dibandingkan tenaga kesehatan yang lain, sehingga mereka mempunyai

peranan penting dalam menentukan baik buruknya mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian I Ketut Suardana, Dkk, (2015). Penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara metode komunikasi efektif SBAR yang diterapkan di rumah sakit inap Griyatama RSUD Tabanan dengan efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*) yang menghasilkan p value 0,000. Nilai koefisien korelasinya adalah 0,902 yang artinya terdapat pengaruh yang kuat dan menunjukkan arah positif. Kerangka SBAR sangat efektif digunakan untuk melaporkan kondisi dan situasi pasien secara singkat pada saat pergantian *shift*, sebelum prosedur tindakan atau kapan saja diperlukan dalam melaporkan perkembangan kondisi pasien..

Dari hasil penelitian dan teori yang ada, maka peneliti berpendapat bahwa ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi efektif SBAR dengan timbang terima. Hal ini dikarenakan peningkatan dalam menyampaikan informasi keadaan pasien dengan tujuan agar menjaga keselamatan pasien. Setelah dilakukan penjelasan tentang SBAR perawat dapat mengerti pentingnya komunikasi sbar dalam timbang terima, dan memiliki peningkatan yang signifikan dibandingkan yang sebelum dilakukan komunikasi SBAR. Berdasarkan hasil penelitian tersebut perlu dilakukan

pelatihan komunikasi SBAR untuk mendapatkan kualitas pelaksanaan *handover* yang baik. Pelatihan komunikasi SBAR dapat dijadikan solusi untuk mengatasi kekurangan dalam pelaksanaan *handover* terutama komponen B (*background*) dan A (*Assessment*).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah diuraikan sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pelaksanaan Timbang terima responden sebelum dilakukan komunikasi SBAR, responden yang tidak sesuai sebanyak 83.3 % dan responden yang sesuai sebanyak 16.7%. Sedangkan pelaksanaan timbang terima setelah komunikasi efektif SBAR yang tidak sesuai sebanyak 13,3% dan responden yang sesuai 86,7%

2. Pelaksanaan komunikasi efektif SBAR sebanyak 30% berkatagori kurang, sebanyak 40% berkatagori baik dan sebanyak 30% berkatagori sangat baik.
3. Dapat diketahui $p - value 0.000 \leq \alpha 0$, maka keputusan $H_0 =$ di tolak, berarti ada pengaruh yang bermakna pada Komunikasi Efektif SBAR terhadap pelaksanaan Timbang Terima.

Saran

Hasil dari penelitian ini diharapkan pihak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang, Peneliti menyarankan sebagai berikut.

- a. Meningkatkan pelaksanaan komunikasi efektif SBAR pada saat Timbang Terima yang lebih optimal khususnya diruang Ahmad Dahlan dengan cara berkesinambungan khususnya untuk mengikuti pelatihan tentang SBAR.
- b. Lebih Meningkatkan lagi informasi serta evaluasi terkait dengan pelaksanaan identifikasi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2010). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Dewi Mursidah (2012). *Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi*. *Jurnal health & sport*. Vol 5(3):646-655
- Joint Commission Accreditation of Health Organization. (2010). *National patient safety goals*.
- Joint Comission Resource. Suicide Prevention. (2017). *Toolkit for Implementing National Patient Safety Goal 15A. The Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organization :USA*.
- Lestari, P dkk.(2016). *Hubungan Motivasi Dengan Pelaksanaan Komunikasi Sbar Dalam Handover (Operan Jaga) Pada Perawat* . RSUD Salatiga Kota Salatiga.

- National Guidelines/National Standards/Regulatory. (2013). *Agency for Healthcare Research and Quality. Nurse bedside shift report: Implementation handbook.*
- Notoatmodjo. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.* Jakarta:Rineka Cipta. 2012.
- Notoatmodjo. (2014). *Metodologi Penelelitian Kesehatan.* Jakarta: Edisi : Rineka Cipta : Jakarta :2012
- Nur, H. A., & Santoso, A. (2018). *Komunikasi Interprofesional Dalam Peningkatan Keselamatan Pasien : Systematic Review, 1(1).*
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (edisi 5). jakarta: salemba medika.
- Nursalam. Manajemen Keperawatan. (2014). *Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional.* Jakarta: Salemba Medika Edisi 4.2014.. I.(20-22).
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan.* Ed.7. Jakarta:Salemba Medika.
- Permanente, K. (2011). *SBAR Technique For Communication: A Situational Briefing Model.* Evergreen, Colorado, USA, (online), (<http://www.ih.org>, diakses 04 November 2019)
- Permenkes. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
- Rofii, Muhammad (2013). *Komunikasi efektif dengan SBAR. Disampaikan dalam peltihan di RSUD Tugurego. SEMARANG*
- Rushton.H.C. (2010). *Ethics of Nursing Shift Report.AACN:Advanced Critical care.* Ethics in Critical Care, 21(4), 380–384.
- Sudersti. (2015). *Hubungan Penggunaan Komunikasi SBAR dengan Kualitas Pelaksanaan Bedside Handover di Ruang Ratna RSUP Sanglah Denpasar.* Jurnal Acces OJS
- Sugiyono.(2013). *Metodologi Penelitian Kuantitatif Dan R&D.* Edisi kelima.Afabeta:Bandung
- Umi hidayah & Hanna Harida. (2014). *Peran Komunikasi SBAR dalam Pelaksanaan Handover diRuang Rawat inap RPPS.* Jurnal Acces OJS
- Wahyuni. (2014). *Efektifitas Pelatihan Komunikasi SBAR dalam Meningkatkan Mutu Operan Jaga (Hand Over) di Bangsal Wardah RS PKU.* Jurnal Acces OJS

**DISKUSI REFLEKSI KASUS (DRK) EFEKTIF MENINGKATKAN
KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN
DOKUMENTASI KEPERAWATAN SESUAI STANDAR 3S
(SDKI, SLKI, SIKI)**

Sudaryati¹, Tuti Afriani², Rr. Tutik Hariyati³, Rita Herawati⁴, Yunita⁵
Universitas Indonesia^{1,2,3}
Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati^{4,5}
sudaryati68@gmail.com¹

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Diskusi Refleksi Kasus (DRK) terhadap peningkatan kemampuan perawat pelaksana dalam melakukan dokumentasi keperawatan sesuai standar standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) Rumah Sakit X Jakarta. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan *pilot project* yang dimulai dari identifikasi masalah, analisis masalah dan penetapan prioritas masalah, penyusunan Plan of Action (POA), implementasi, dan evaluasi. Hasil yang diperoleh adalah terdapat peningkatan kemampuan perawat dalam penyusunan diagnosis keperawatan sesuai standar SDKI sebesar 40% sesudah dilakukannya Diskusi Refleksi Kasus (DRK) dan terjadi peningkatan kemampuan perawat dalam penyusunan intervensi dan luaran sesuai standar SIKI dan SLKI sebesar 24% sesudah dilakukannya Diskusi Refleksi Kasus (DRK). Simpulan, Diskusi Refleksi Kasus (DRK) sangat efisien dalam meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan sesuai standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI).

Kata Kunci: Diskusi Refleksi Kasus, Dokumentasi Keperawatan, SDKI, SIKI, SLKI

ABSTRACT

This study aims to determine the effect of Case Reflection Discussion (DRK) on improving nurses' ability to carry out nursing documentation according to 3S standards (IDHS, SIKI, SLKI) Hospital X Jakarta. The method used in this research is using a pilot project starting from problem identification, problem analysis and problem priority setting, preparation of a Plan of Action (POA), implementation, and evaluation. The results obtained are that there is an increase in the ability of nurses in preparing nursing diagnoses according to the IDHS standards by 40% after the Case Reflection Discussion (DRK) and an increase in the knowledge of nurses in preparing interventions and outcomes according to the SIKI and SLKI standards by 24% after carrying out the Case Reflection Discussion (DRK). In conclusion, Case Reflection Discussion (DRK) is very efficient in improving the ability of nurses to carry out nursing documentation according to 3S standards (IDHS, SLKI, SIKI).

Keywords: Case Reflection Discussion, Nursing Documentation, IDHS, SIKI, SLKI

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan yang bermutu dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit dibuktikan dengan tersusunnya dokumentasi keperawatan yang sesuai dengan standar oleh perawat (Manuhutu et al., 2020). Penyusunan dokumentasi keperawatan yang sesuai mempunyai kriteria berdasarkan fakta, mudah dipahami dan sesuai dengan standar penulisan dokumentasi keperawatan. Selain itu, dokumentasi keperawatan mempunyai kriteria akurat, komprehensif dan isi dokumentasi keperawatan berupa diagnosis, intervensi dan luaran yang sesuai dengan standar. Penulisan dokumentasi yang kurang sesuai standar akan mempersulit perawat dalam proses asuhan keperawatan (Muryani et al., 2019).

Dokumentasi keperawatan merupakan hasil kerja atau bukti kerja profesional perawat, dokumentasi keperawatan mempunyai manfaat sebagai alat bukti hukum dan digunakan sebagai alat tanggungjawab perawat, apabila terjadi masalah hukum dalam menjalankan pelayanan keperawatan. Hal tersebut, salah satu yang melatarbelakangi pentingnya penulisan, pencatatan dan penyusunan dokumentasi keperawatan dengan jelas, baik dan benar. Penulisan dokumentasi keperawatan sesuai standar merupakan kewajiban tugas sebagai seorang perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan dalam rangka meningkatkan dan menciptakan pelayanan yang berkualitas (Jaya et al., 2019).

Kebijakan terkait penggunaan standar dokumentasi keperawatan tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) RI Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang standar profesi perawat, penyusunan diagnosis keperawatan ditulis atau disusun berdasarkan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia), penyusunan intervensi keperawatan berdasarkan SDKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan penyusunan luaran berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) (Awaliyani et al., 2021). Adanya kebijakan terkait penyusunan, pencatatan dan penulisan sesuai dengan anjuran PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) dan kebijakan pemerintah terkait dokumentasi keperawatan sesuai standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) kebijakan penggunaan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) diharapkan perawat dapat membuat dokumentasi yang berkualitas, sehingga meningkatnya mutu layanan keperawatan di Indonesia.

Kepala ruangan sebagai manajer keperawatan yang bertanggung jawab atas pengelolaan pelayanan keperawatan dalam unitnya di rumah sakit, mempunyai fungsi pengarahan yang memiliki tanggung jawab dalam memberikan pengarahan, bimbingan dan transfer ilmu pengetahuan. Kegiatan tersebut terdapat dalam kegiatan Refleksi Kasus (DRK) (Oktaviani & Rofii, 2019). Diskusi Refleksi Kasus (DRK) merupakan suatu metode atau kegiatan merefleksikan pengalaman klinis perawat dalam melakukan asuhan (Kurniasih et al., 2020). Penerapan diskusi refleksi kasus dapat membantu dalam peningkatan kemampuan seorang perawat dalam melakukan perencanaan yang baik dan efektif dalam meningkatkan mutu keperawatan (Resiyanthi et al., 2021). Kegiatan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) antara kepala ruangan dan perawat pelaksana terhadap pendokumentasian dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) dilaksanakan bertujuan untuk meningkatnya mutu dokumentasi dalam pelayanan keperawatan.

Diskusi Refleksi Kasus (DRK) merupakan kegiatan merefleksikan kasus yang sudah terjadi, atau proses refleksi pengetahuan yang dimiliki yang bertujuan dalam upaya perbaikan. Diskusi Refleksi Kasus (DRK) mempunyai tujuan meminimalkan kesenjangan antara ilmu pengetahuan dan praktik keperawatan, pengembangan pembelajaran keperawatan berkelanjutan dan meningkatkan kompetensi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan Amir et al., (2019) sehingga perawat dalam menjalankan sebagaimana

peran dan fungsinya berdasarkan pedoman, panduan dan kebijakan yang berlaku. Sehingga terciptanya peningkatan kepuasan dan keselamatan pasien. Kegiatan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) juga dapat meningkatkan perawat dalam kemampuan pemecahan masalah dalam pelayanan keperawatan.

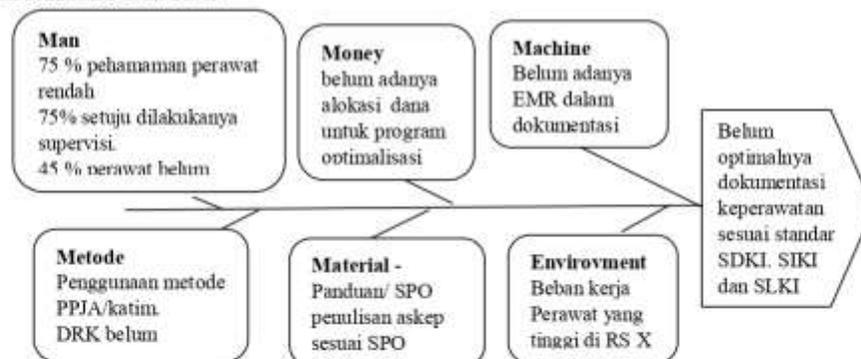
Rumah Sakit X Jakarta adalah rumah sakit yang menerapkan kebijakan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) sebagai standar dalam melakukan penyusunan dan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan. Namun pada kenyataannya, hasil evaluasi kemampuan proses penulisan dan pencatatan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit X Jakarta belum berjalan optimal. Perawat belum melakukan dokumentasi keperawatan sesuai standar yang ditetapkan sesuai standar 3S (SDKI, SIKI dan SLKI). Berdasarkan permasalahan tersebut untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan dibutuhkan upaya dalam menangani permasalahan terjadi. Optimalisasi Diskusi Refleksi Kasus (DRK) terkait dokumentasi keperawatan dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) merupakan rancangan inovasi yang diharapkan akan meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan sesuai standar 3S (SDKI, SIKI dan SLKI), sehingga menjadi pertimbangan peneliti untuk menggunakan pengembangan inovasi tersebut.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian pada studi ini menggunakan metode *pilot project*, analisis hasil dan implementasi saat pembahasan berdasarkan analisa dengan analisa *fishbone*. Aktivitas yang dilakukan dalam *pilot project* ini dimulai dari identifikasi masalah, analisis masalah dan penetapan prioritas masalah, penyusunan *Plan of Action* (POA), implementasi, dan evaluasi. Pengambilan data dengan metode wawancara dan observasi dengan menggunakan instrument lembar observasi yang berisi terkait *mapping* perawat.

Hasil analisis data kemudian digunakan dalam penentuan masalah yang diidentifikasi menggunakan diagram *fishbone*, meliputi *man, material, environment, methode, mechine*, dan *money*. Setelah masalah teridentifikasi selanjutnya dilakukan penetapan prioritas masalah, penyusunan *Plan of Action* (POA), implementasi, evaluasi, dan rencana tindak lanjut, penyelesaian masalah menggunakan pendekatan POSAC dan inovasi yang digunakan pada studi ini adalah Diskusi Refleksi Kasus (DRK).

HASIL PENELITIAN



Gambar. 1
Analisis *Fishbone*

Hasil yang didapatkan melalui pengkajian dengan menggunakan lembar observasi, wawancara dan kuesioner didapatkan hasil: belum optimalnya dokumentasi keperawatan dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) di Rumah Sakit X Jakarta. Kemudian data hasil pengkajian di analisis permasalahan dengan pendekatan analisis *fish bone*. analisis *fishbone*: meliputi *man, method, machine, material, money, dan environment*.

Man, analisa sumber daya manusia didapatkan hasil sebanyak 75% perawat setuju dengan program mentoring bagi perawat baru dan supervisi keperawatan sesuai jadwal. Sebanyak 45% perawat belum melakukan dokumentasi keperawatan sesuai standar 3S (SDKI, SIKI dan SLKI). Sebanyak 75% pemahaman perawat terkait penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) rendah. Hasil pengkajian dari segi sumberdaya manusia bahwa dapat disimpulkan program peningkatan akan pemahaman terhadap dokumentasi keperawatan sesuai standar merupakan kebutuhan perawat.

Method, analisis pada pelayanan keperawatan metode yang digunakan adalah metode ketua tim dengan perbandingan satu orang perawat memiliki pasien kelolaan sebanyak 6 sampai 8 orang. Metode supervisi dengan menggunakan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) belum optimal dilakukan pada peningkatan dokumentasi keperawatan. *Machine*, belum tersedianya *electronic medical record* atau dokumentasi keperawatan secara komputerisasi mengakibatkan belum optimalnya sistem pendokumentasian.

Material, *material* pendukung dalam peningkatan dokumentasi keperawatan adalah adanya pedoman SOP (Standar operasional Prosedur) dan panduan dalam melakukan dokumentasi keperawatan dengan menggunakan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI). Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang digunakan dalam proses dokumentasi keperawatan juga sebagai penunjang dari proses dokumentasi keperawatan. *Money*, belum tersedianya alokasi dana untuk peningkatan proses pendokumentasian menjadi masalah yang timbul dari segi keuangan dalam implementasinya.

Environment, beban kerja perawat yang tinggi di Rumah Sakit X Jakarta. Perawat cenderung mengerjakan pekerjaan non dokumentasi seperti pemenuhan kebutuhan dasar manusia dan Tindakan kolaborasi lainnya. Pasien keluar masuk juga menjadi kendala dalam penulisan dokumentasi keperawatan sesuai standar. Berdasarkan Analisa *fishbone* dapat disimpulkan masalah yang muncul adalah optimalisasi dokumentasi keperawatan sesuai dengan standar 3S (SDKI, SIKI dan SLKI).

Penyelesaian masalah yang timbul dari analisis *fishbone*, diselesaikan melalui pendekatan fungsi manajemen kepala ruang, dengan menggunakan metode POSAC (*Planing, Organizing, Staffing, Actuating, Controlling*). *Planing*, kegiatan perencanaan yang dilakukan yang adalah melakukan kegiatan identifikasi diagnosa prioritas di Rumah Sakit X Jakarta, kegiatan identifikasi dilakukan dimulai pada tanggal 24 September 2021 diagnosis prioritas yang sering digunakan di Rumah Sakit X Jakarta adalah; nyeri akut, pola nafas tidak efektif, resiko perfusi cerebral, jaringan resiko jatuh, resiko luka tekan. Kegiatan identifikasi merupakan proses perencanaan dalam menyiapkan SAK dan materi sebagai bahan diskusi refleksi kasus di Rumah Sakit X Jakarta.

Organizing and staffing, pada proses ini melibatkan kepala ruang, komite keperawatan dan manajer keperawatan dan perawat pelaksana dalam melakukan koordinasi dalam penyempurnaan program diskusi refleksi kasus dokumentasi keperawatan sesuai standar 3S (SDKI, SIKI dan SLKI). *Actuating*, proses ini dilakukan pengarah kegiatan supervisi dengan metode diskusi refleksi kasus kepada perawat Rumah Sakit X Jakarta. Selain itu, kegiatan program inovasi dilakukan sosialisasi kepada seluruh manajer keperawatan dan perawat pelaksana melalui *zoom meeting* pada kegiatan sosialisasi program usulan perbaikan. Sosialisasi dilakukan pada tanggal 13 September 2021 di Rumah

Sakit X Jakarta. Tujuan sosialisasi program adalah memperkenalkan dan peningkatan fungsi pengarah kepada kepala ruangan maupun PPJA (Perawat Penanggung Jawab Asuhan) melalui metode diskusi refleksi kasus agar meningkatnya kemampuan kemampuan perawat dalam melakukan pendokumentasian dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI).

Controlling, pada kegiatan ini dilakukan evaluasi akhir dilakukan penilaian kemampuan perawat dalam penyusunan dokumentasi keperawatan sesuai standar 3S (SDKI, SIKI dan SLKI). Sebelum dan sesudah dengan menggunakan metode lembar observasi kepada 25 sampel perawat dengan kriteria inklusi pasien baru di Rumah Sakit X Jakarta. Evaluasi program implementasi program optimalisasi pendokumentasian dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI, SLKI). Evaluasi program bertujuan untuk menilai keefektifan program Diskusi Refleksi Kasus (DRK) yang sudah berjalan sekitar kurang lebih satu minggu pada pelaksanaannya di Rumah Sakit X Jakarta. Berikut adalah hasil evaluasi program Diskusi Refleksi Kasus (DRK) di Rumah sakit X Jakarta.

Tabel 1
Perbedaan Kesesuaian Kemampuan Penyusunan SDKI, SIKI, SLKI
Sebelum dan Sesudah Dilakukan Implementasi Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

Kategori	Kemampuan Sebelum DRK		Kemampuan Sesudah DRK	
	Sesuai	Tidak sesuai	Sesuai	Tidak sesuai
SDKI	5 (20%)	20 (80 %)	15 (60%)	10 (40%)
SIKI dan SLKI	6 (24%)	19 (76%)	10 (40%)	15 (60%)

Hasil implementasi didapatkan hasil 25 (100%) perawat sebagai sampel audit, terjadi peningkatan kemampuan sebesar 40% dalam menyusun diagnosis sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebelum dan sesudah dilakukan Diskusi Refleksi Kasus (DRK). Pada kategori kemampuan penyusunan intervensi sesuai SIKI (Standar Intervensi keperawatan Indonesia) dan penyusunan luaran sesuai standar SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) terjadi peningkatan kesesuaian 24% sebelum dan sesudah dilakukan Diskusi Refleksi Kasus (DRK). Hasil diperoleh adalah terdapat pengaruh yang signifikan antara penggunaan metode Diskusi Refleksi Kasus (DRK) terhadap peningkatan kemampuan penyusunan diagnosis, intervensi dan luaran sesuai dengan Standar 3S (SDKI, SIKI dan SLKI).

PEMBAHASAN

Salah satu fungsi manajemen, kepala ruangan dalam menjalankan fungsinya adalah menerapkan fungsi pengarah. Implementasi dari fungsi pengarah dalam pelayanan keperawatan salah satunya adalah kegiatan supervisi. Kegiatan supervisi yang dilakukan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit, terutama pada bagian keselamatan pasien serta kegiatan tersebut dapat memperkuat kerjasama antar perawat. Salah satu hal yang dapat menambah dan memperkuat kerjasama antar perawat adalah pelaksanaan supervisi keperawatan (Wati et al., 2019). Supervisi keperawatan mempunyai manfaat untuk meningkatkan dukungan dan refleksi kasus serta meningkatkan hubungan antara manajer keperawatan dengan perawat pelaksana (Tambun et al., 2020). Sehingga hubungan antara manajer dan perawat pelaksana menjadi harmonis dan meningkatkan kepuasan perawat.

Metode diskusi refleksi kasus merupakan salah satu metode yang digunakan dalam fungsi supervisi perawat dalam menjalankan fungsi pengarahan kepala ruangan. Tujuan metode Diskusi Refleksi kasus (DRK) adalah untuk meningkatkan kompetensi, pengetahuan dan peningkatan pemahaman pendokumentasian dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) dalam proses Diskusi Refleksi kasus (DRK) terdapat proses diskusi, bimbingan, pengarahan dan praktik langsung penyusunan dokumentasi keperawatan dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI), dalam Diskusi Refleksi kasus (DRK) juga terdapat peningkatan pemahaman cara pengisian Rencana keperawatan dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) dalam prosesnya terdapat beberapa kendala yaitu. Kurangnya pemahaman perawat dalam menguasai atau menyusun diagnosis keperawatan, intervensi dan luaran sesuai dengan standar. Hal tersebut menjadi tantangan tersendiri dalam meningkatkan pengetahuan terkait penerapan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) dalam dokumentasi keperawatan.

Dengan adanya aturan pemerintah terkait penggunaan buku SDKI, SLKI, dan SIKI ini, dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan perawat diseluruh Indonesia (Kusumaningrum, 2022; Kemenkes, 2020). SDKI merupakan standar diagnosis yang dapat digunakan didalam pengambilan keputusan klinik keperawatan baik berdasarkan kemudahan penggunaan, kejelasan diagnostik reasoning maupun kelengkapan jenis diagnosis yang tersedia serta standar bahasa (Nurhesti et al., 2020).

Hasil yang didapatkan pada implementasi Diskusi Refleksi Kasus (DRK) terjadi peningkatan 40% pada kemampuan perawat menyusun diagnosis keperawatan sesuai SDKI dan terjadi peningkatan 24 % pada kemampuan perawat dalam menyusun intervensi dan luaran sesuai standar SIKI dan SLKI. Penerapan metode Diskusi Refleksi Kasus (DRK) sudah dilakukan beberapa riset terkait menimbulkan manfaat positif. Riset yang dilakukan Ardian tahun 2018 menunjukkan adanya keterkaitan yang signifikan dalam penerapakan diskusi refleksi kasus dan adanya peningkatan kemampuan perawat untuk berfikir kritis. Pelaksanaan diskusi refleksi kasus secara langsung dapat mempermudah dalam melakukan strategi pengembangan pengetahuan bagi perawat terutama dalam melakukan dokumentasi keperawatan (Ardian et al., 2018).

Peningkatan mutu pelayanan keperawatan dengan cara meningkatkan mutu dokumentasi keperawatan dengan menerapkan standar diagnosis, standar intervensi dan standar luaran sesuai dengan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Upaya peningkatan mutu lain terkait peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan yang dapat dilakukan rumah sakit dengan menggunakan aplikasi atau sistem informasi dokumentasi keperawatan. Penelitian yang dilakukan oleh Atmanto et al., (2020) hasil yang diperoleh terdapat peningkatan mutu dokumentasi keperawatan sebelum dan sesudah dilakukanya penggunaan aplikasi dokumentasi keperawatan. Upaya tersebut dilakukan dengan cara meningkatkan pemahaman perawat melalui optimalisasi fungsi pengarahan melalui kegiatan supervisi kepala ruang dengan menggunakan metode Diskusi Refleksi Kasus (DRK).

SIMPULAN

Metode diskusi refleksi kasus efektif dalam meningkatkan kemampuan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit X Jakarta sangat efektif diterapkan. Terjadi peningkatan kemampuan perawat dalam kesesuaian penyusunan diagnosis keperawatan sesuai dengan standar SDKI, penyusunan implementasi dan luaran dokumentasi keperawatan sesuai dengan standar SIKI dan SLKI. Terdapat pengaruh dengan dilakukanya Metode Diskusi Refleksi Kasus (DRK) terhadap peningkatan kemampuan perawat dalam pendokumentasian sesuai standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI). Adanya peningkatan

kemampuan pendokumentasian sesuai standar meningkat, diharapkan tercapainya mutu layanan keperawatan yang optimal.

SARAN

Rumah sakit melakukan kegiatan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) terkait penerapan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) berkala, rumah sakit melakukan audit dokumentasi keperawatan berkala oleh komite mutu dan kepala ruangan, Rumah sakit melakukan evaluasi SAK dengan penerapan 3S dan rumah sakit melakukan evaluasi penerapan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) berkala oleh kepala ruangan dan PPIA. Rumah sakit melakukan penggunaan SAK dengan penerapan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dengan menggunakan *Elektronik Medical Record* (EMR).

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, H., Irwan, A. M., & Saleh, A. (2019). Gambaran Pelaksanaan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) dalam Mendukung Peingkatan Pengetahuan dan Profesionalisme Perawat. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 4(1), 74–80. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/1901>
- Ardian, P., Hariyati, R. T. S., Afifah, E. (2018). Correlation between Implementation Case Reflection Discussion Based on the Graham Gibbs Cycle and Nurses. Critical Thinking Skills. *Enfermeria Clinica. Elsevier España*, 29(2), 588–593. DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.091
- Atmanto, A. P., Aggorowati, A., & Rofii, M. (2020). Efektifitas Pedoman Pendokumentasian Diagnosa dan Intervensi Keperawatan Berbasis Android terhadap Peningkatan Mutu Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 9(1), 83. <https://doi.org/10.31596/jcu.v9i1.517>
- Awaliyani, V. A., Pranatha, A., & Wulan, N. (2021). Pengaruh Penggunaan Buku SDKI, SLKI dan SLKI terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawat dalam Membuat Dokumentasi Keperawatan Berbasis SDKI, SLKI dan SIKI di Rumah Sakit KMC Kuningan Tahun 2021. *Journal of Nursing Practice and Education*, 2(1), 22–32. <https://doi.org/10.34305/jnpe.v2i1.334>
- Jaya, K., Mien, M., Rasmianti, K., & Suramadhan, S. (2019). Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara. *Jurnal Keperawatan*, 2(03), 27–36. <https://stikesks-kendari.e-journal.id/JK/article/view/299>
- Kemendes. (2020). Kemendes: Standar Asuhan Keperawatan Mengacu pada SDKI & SIKI. Gustinerz.Com
- Kurniasih, Y., Ardani, A., & Widiastuti, W. (2020). Implementasi Diskusi Refleksi Kasus (DRK) Meningkatkan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan SOP Manajemen Nyeri. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 11(2), 148-152. DOI: 10.34035/jk.v11i2.435
- Kusumaningrum, P. R. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *JurnalAbdi Masyarakat Indonesia (JAMSI)*, 2(2), 577-582. <https://doi.org/10.54082/jamsi.293>
- Mamuhutu, F., Novita, R. V., & Supardi, S. (2020). Pendokumentasian Asuhan Keperawatan oleh Perawat Pelaksana Setelah Dilakukan Pelatihan Supervisi Kepala Ruang di Rumah Sakit X, Kota Ambon. *Jurnal Ilmiah Perawat Manado (Juiperdo)*, 8(01), 171–191. <https://doi.org/10.47718/jpd.v8i01.1150>

- Muryani, M., Pertiwiwati, E., Setiawan, H. (2019). Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap (Studi di RSUD Kalimantan Tengah). *Ners*, 2(1), 27–32. <http://jtam.ulm.ac.id/index.php/nerspedia/article/view/184/96>
- Nurhesti, P. O. Y., Prapti, N. K. G., Kamayani, M. O. A., & Suryawan, P. A. (2020). Analisis Penggunaan Diagnosis Keperawatan Berbasis SDKI dan Nanda. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 8(2), 118. <https://doi.org/10.24843/coping.2020.v08.i02.p02>
- Oktaviani, M. H., & Rofii, M. (2019). Gambaran Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang Terhadap Perawat Pelaksana dalam Keselamatan Pasien. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, 2(1), 23. DOI: 10.32584/jkmk.v2i1.165
- Resiyanthi, N. K. A., Arista, N. P., & Sari, N. A. M. E. (2021). Penerapan Diskusi Refleksi Kasus dengan Ketidakpatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur Risiko Jatuh. *Jurnal Keperawatan*, 13, 49–58. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v13i2.1471>
- Tambun, Y. M., Setiawan, S., & Simamora, R. H. (2020). Persepsi Perawat tentang Supervisi Klinis Pelaksanaan Edukasi Pasien dan Keluarga. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 607–617. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1121>
- Wati, N. M. N., Prihatiningsih, D., & Haryani, N. P. N. (2019). Hubungan Supervisi Keperawatan dengan Pelaksanaan Budaya Safety. *Adi Husada Nursing Journal*, 4(2), 56. <https://doi.org/10.37036/ahnj.v4i2.126>



Artikel Penelitian

Pengaruh Discharge Planning Model LIMA terhadap Kesiapan Pulang pada Pasien dengan Diabetes MelitusEka Yulia Fitri¹, Dhona Andini², Jum Natosba³^{1,2,3} Bagian Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya**Article Info****Article History:**

Diterima 27 Mei 2020

Key words:Perencanaan pulang;
perawatan paliatif; penyakit
kronis; diabetes melitus**Abstract**

Discharge planning atau perencanaan pulang bertujuan untuk mempertahankan kontinuitas perawatan lanjutan di rumah setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit. Discharge planning yang efektif mampu menjamin pasien dan keluarga melakukan tindakan perawatan paliatif lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh penggunaan discharge planning model LIMA terhadap kesiapan pasien dengan penyakit diabetes melitus dan keluarga dalam menghadapi pemulangan. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi korelasi dengan pendekatan quasi eksperimental yang dilakukan di dua ruang rawat inap pada RS X Palembang. Sebanyak 31 pasien diabetes melitus dinilai skor kesiapan pulang sebelum dan setelah intervensi discharge planning model LIMA dengan menggunakan kuesioner RHDS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan dalam skor rata-rata kesiapan pulang pre-test dan post-test, yang berarti bahwa ada pengaruh discharge planning model LIMA terhadap kesiapan pulang di antara pasien dengan diabetes melitus.

PENDAHULUAN

Discharge planning merupakan salah satu indikator penentu keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Nursalam, 2014). Rorden & Taft (1990) mendefinisikan *discharge planning* sebagai suatu proses yang terdiri dari beberapa langkah tindakan antisipasi terhadap perubahan kebutuhan perawatan bagi pasien, dan untuk memastikan kontinuitas pelayanan kesehatan bagi pasien (Dougherty, Lister & West-Oram, 2015). Manfaat pemberian *discharge planning* adalah pasien dan atau

keluarga mampu melakukan perawatan secara mandiri setelah pulang dari rumah sakit.

Hasil penelitian Ernita, Rahmalia, & Novayelinda (2015) menunjukkan bahwa pemberian *discharge planning* pada pasien TB memberikan kesiapan yang baik bagi pasien dan keluarga dalam menghadapi pemulangan (71,43%). Dan penelitian oleh Serawati, Suryani, & Astuti (2015) menunjukkan bahwa 94,6% pasien nifas menyatakan siap pulang ke rumah setelah dilakukan *discharge planning*. Kesiapan

Corresponding author:

Eka Yulia Fitri

ekayulia_01@unsri.ac.id

Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Vol 3 No 1, Mei 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.26594/jkmk.v3.i1.443>

e-ISSN 2621-5047

tersebut antara lain kesiapan dalam mengkonsumsi obat sesuai dosis dan aturan pemakaian obat yang dianjurkan, serta mengetahui tanda bahaya *post partum*.

Pasien dengan diabetes melitus sangat memerlukan *discharge planning* sebelum kembali ke rumah. Pada pasien dengan diabetes melitus terdapat berbagai macam hal terkait perawatan kesehatannya yang perlu diperhatikan baik oleh pasien maupun keluarga pasien dalam merawat pasien diabetes melitus, diantaranya pemantauan terhadap kadar gula darah, pengendalian dan pemantauan diabetes melitus secara berkelanjutan, penyulit dan komplikasi dalam diabetes melitus, intervensi non-farmakologis, serta penggunaan obat-obatan.

Discharge planning model LIMA dikembangkan berdasarkan hasil temuan survei, kajian teori dan hasil penelitian. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa pengembangan perencanaan pulang model LIMA mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan perencanaan pulang yang dilakukan oleh perawat (Fitri, Herliawati, & Wahyuni, 2018). *Discharge planning* model LIMA terdiri dari beberapa proses, yaitu (1) libatkan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan pulang; (2) identifikasi kebutuhan perencanaan pulang pasien dan keluarga; (3) penggunaan metode 3 langkah dalam perencanaan pulang (saat pasien pertama dirawat di rumah sakit, satu hari sebelum pasien pulang, dan saat hari kepulangan pasien); (4) analisis dan evaluasi kesiapan pasien dan keluarga (Fitri, 2018).

Studi literatur menunjukkan banyak model *discharge planning* yang dilakukan secara komprehensif yang dapat digunakan bagi pasien dan keluarga. Di Indonesia, khususnya di Kota Palembang model pelaksanaan *discharge planning* dalam bentuk menyediakan lembar pemulangan yang berisi jadwal kontrol dan medikasi yang harus dikonsumsi oleh pasien. Selain itu, dalam pelaksanaannya model

tradisional ini tidak banyak melibatkan multidisiplin dan perawat tidak banyak melakukan pengkajian, intervensi, dan edukasi serta evaluasi kesiapan pulang pasien dan keluarga. Kelemahan dari model ini adalah pasien dan keluarga tidak memahami intruksi perawatan mandiri di rumah dan kecenderungan pasien untuk kembali dirawat di rumah sakit lebih tinggi.

METODE

Jenis penelitian ini adalah rancangan quasi eksperimen dengan menggunakan rancangan *one group pre-post design*. Terdapat dua variabel dalam penelitian ini, yaitu variabel bebas (*independent variable*) yaitu pemberian *discharge planning* model LIMA, sedangkan variabel terikat (*dependent variable*) yaitu kesiapan pulang pasien diabetes melitus. Penelitian dilakukan di dua ruang rawat inap penyakit dalam di rumah sakit X Palembang pada bulan Agustus-Oktober 2019. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien diabetes melitus yang dirawat di rumah sakit X, dengan kriteria inklusi: pasien diabetes melitus dengan kondisi hemodinamik stabil, dan pasien dan keluarga pasien bersedia menjadi responden.

Kesiapan pulang pada pasien diabetes melitus menggunakan kuesioner *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS) yang dikembangkan oleh Weiss & Piancentine (2006). Kuesioner RHDS meliputi 21 item pertanyaan yang mengukur persepsi pasien terhadap kesiapan pulang dari rumah sakit yang terdiri dari empat faktor kesiapan pulang, yaitu: status personal, pengetahuan, kemampuan coping, dan dukungan. Skor yang lebih tinggi menunjukkan kesiapan yang lebih besar untuk dipulangkan.

Analisis bivariabel dilakukan dengan menggunakan uji t berpasangan untuk mengetahui pengaruh *discharge planning* model LIMA terhadap kesiapan pulang pasien diabetes melitus. Besarnya peluang salah dalam menolak H_0 dari data penelitian digambarkan dengan nilai p .

untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh antara variabel bebas dengan variabel terikat maka keputusan analisis statistik diambil dengan cara membandingkan nilai p dengan nilai alfa ($\alpha = 0,05$) diterima jika nilai $p > 0,05$.

HASIL

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata pretest lebih rendah daripada nilai post test status personal, maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan nilai rata-rata status personal sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian *discharge planning* model LIMA terhadap kesiapan pulang pasien dengan diabetes mellitus.

Rata-rata pengetahuan *pre-test* lebih rendah daripada *post-test*, sehingga disimpulkan terdapat perbedaan nilai rata-rata pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata nilai *pre-test* dan *post-test* pengetahuan secara signifikan, yang artinya ada pengaruh pemberian *discharge planning* model LIMA terhadap kesiapan pulang pasien dengan diabetes mellitus.

Rata-rata kemampuan koping *pre-test* lebih rendah daripada *post-test* sehingga disimpulkan terdapat perbedaan nilai rata-rata kemampuan koping sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian *discharge planning* model LIMA terhadap kesiapan pulang pasien dengan diabetes mellitus.

Rata-rata nilai dukungan *pre-test* lebih rendah daripada *post-test* maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan nilai rata-rata dukungan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian *discharge planning* model LIMA terhadap kesiapan pulang pasien dengan diabetes mellitus.

Rata-rata nilai kesiapan pulang *pre-test* lebih rendah daripada *post-test* maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan nilai rata-rata kesiapan pulang sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian *discharge planning* model LIMA terhadap kesiapan pulang pasien dengan diabetes mellitus.

Tabel 1

Perbedaan kesiapan pulang sebelum dan setelah dilakukan <i>discharge planning</i> model LIMA			
Indikator	Pre-test	Post-test	p
Status personal	20,71 (3,968)	36,84 (5,324)	0,0001*
Pengetahuan	24,68 (5,793)	54,55 (7,899)	0,0001*
Kemampuan koping	8,58 (2,838)	21,65 (2,893)	0,0001*
Dukungan	8,00 (2,781)	21,29 (3,551)	0,0001*
Kesiapan pulang	65,10 (9,325)	141,42 (17,534)	0,0001*

* *paired t-test*

PEMBAHASAN

Diabetes mellitus termasuk ke dalam kategori penyakit kronis yang membutuhkan perawatan medis dengan tujuan untuk mencegah atau mengurangi risiko terjadinya komplikasi (Diabetes care, 2015). Diabetes mellitus ditandai dengan terjadinya gangguan metabolisme yang ditandai dengan adanya hiperglikemi akibat abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein (Perkumpulan Endrokrinologi Indonesia, 2015).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perubahan nilai yang signifikan kesiapan pulang pasien dengan diabetes mellitus sebelum dan setelah intervensi *discharge planning* model LIMA. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Wahyuni, Nurrahmah, & Gayatri (2012) yang menunjukkan adanya peningkatan kesiapan pulang pada responden setelah diberikan *discharge planning* terprogram selama 7 hari dan penelitian oleh Siahaan (2009) bahwa terjadi peningkatan pada tingkat kesiapan

pulang pasien post operasi abdominal akut setelah intervensi *discharge planning*.

Melalui *discharge planning* yang terstruktur dapat meningkatkan transisi perawatan pasien yang lancar dari rumah sakit ke rumah. *Discharge planning* yang tidak memadai merupakan kontributor utama terhadap penurunan kualitas perawatan dan inefisiensi biaya perawatan kesehatan yang boros. Ketika pasien dipulangkan dari rumah sakit, pasien akan menerima informasi yang beragam tentang bagaimana melakukan perawatan di rumah secara mandiri, medikasi yang harus dikonsumsi, gejala-gejala komplikasi yang harus diwaspadai, dan siapa petugas kesehatan yang dapat dihubungi jika mengalami kendala dalam perawatan di rumah (Petitgout, 2015).

Kesiapan pulang pada penelitian ini dinilai dengan menggunakan kuesioner *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS) yang dikembangkan oleh Weiss & Piancentine (2006). Kuesioner RHDS meliputi 21 item pertanyaan yang mengukur persepsi pasien terhadap kesiapan pulang dari rumah sakit yang terdiri dari empat faktor kesiapan pulang, yaitu: status personal, pengetahuan, kemampuan koping, dan dukungan. Status personal diartikan sebagai pernyataan fisik-emosional pasien segera sebelum pulang. Pengetahuan diartikan sebagai persepsi kecukupan informasi yang dibutuhkan untuk menanggapi masalah dan masalah yang sama pada periode pasca rawat inap. Kemampuan koping mengacu pada kemampuan yang dirasakan pasien untuk mengatur sendiri kebutuhan perawatan pribadi dan kesehatan setelah dipulangkan. Dukungan yang diharapkan didefinisikan sebagai bantuan emosional dan instrumental yang diharapkan tersedia setelah pasien keluar dari rumah sakit dan didukung dengan baik transisi ke perawatan berbasis rumah (Weiss & Piancentine, 2006).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah pemberian intervensi *discharge*

planning model LIMA, terjadi peningkatan skor rata-rata pada keempat faktor kesiapan pulang (status personal, pengetahuan, kemampuan koping, dan dukungan) dengan nilai *sig* (*Z* tailed) masing-masing faktor adalah sebesar 0,000. Status personal menggambarkan tentang seberapa siap fisik dan emosional pasien dalam menghadapi pemulangan. Pada pasien dengan diabetes melitus *self management* merupakan hal yang sangat penting. Melalui *discharge planning* model LIMA pasien disiapkan secara fisik dan emosional dalam menghadapi pemulangan dengan cara perawat melakukan pengkajian terhadap kebutuhan kesiapan pulang pasien dan keluarga selama pasien dirawat di rumah sakit. Dari hasil penelitian juga menunjukkan adanya peningkatan skor rata-rata pada faktor pengetahuan setelah diberikan intervensi *discharge planning* model LIMA. Hal ini disebabkan karena perawat melakukan pengkajian terhadap kebutuhan pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga dan perawat memberikan informasi dan edukasi kesehatan tentang perawatan pasien diabetes melitus setelah pulang dari rumah sakit.

American Diabetes Association (2019) mengemukakan bahwa diabetes melitus adalah penyakit kronis yang membutuhkan perawatan yang kompleks untuk mencegah terjadinya komplikasi akut dan juga mengurangi risiko komplikasi lanjutan. Penelitian oleh Rondhianto (2012) menunjukkan bahwa edukasi *self management* diabetes dapat mendukung pengetahuan, keterampilan dan kemampuan perawatan diri pasien dalam kesiapan pulang sehingga pasien mampu berperilaku mandiri melakukan perawatan terhadap dirinya (nilai $p = 0.000$). Sejalan dengan penelitian tersebut, intervensi *discharge planning* model LIMA meliputi keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses *discharge planning*; identifikasi kebutuhan *discharge planning* bagi pasien dan keluarga (perawatan diri di rumah, penjelasan tentang obat-obatan,

pengenalan tanda dan gejala yang harus diwaspadai oleh pasien dan keluarga, penjelasan hasil tes laboratorium atau pemeriksaan diagnostik, jadwal kontrol); penggunaan metode tiga langkah dalam pelaksanaan *discharge planning* (saat pasien baru dirawat di rumah sakit, satu hari sebelum pasien diizinkan untuk pulang, dan pada hari kepulangan pasien); dan evaluasi terhadap kesiapan pulang pasien dan keluarga (Fitri, Herliawati, & Wahyuni, 2018).

Penderita diabetes melitus harus menerima perawatan medis dari tim yang dikoordinasi dokter dan termasuk di dalamnya adalah dokter, perawat, ahli diet, apoteker, dan profesional kesehatan mental dengan keahlian dalam diabetes melitus. Pendekatan tim kolaboratif dan terintegrasi memegang peran yang sangat penting dalam perawatan pasien dengan diabetes melitus (ADA, 2019). *Discharge planning* model LIMA merupakan suatu proses pemulangan yang dilakukan secara terintegrasi antar interdisiplin dan dikoordinasikan oleh perawat dalam rangka memfasilitasi pemulangan bagi pasien dan keluarga yang dilakukan sejak awal pasien dirawat sampai dengan hari kepulangan pasien. Model ini menggambarkan bahwa pasien dan keluarga dipersiapkan pemulangannya dengan tujuan agar kontinuitas perawatan mandiri di rumah tidak terputus dan upaya layanan rumah sakit terkoordinasi dengan layanan kesehatan yang ada di sekitar komunitas/ tempat tinggal pasien. Pasien dan keluarga diberikan informasi yang mendetil mengenai penyakitnya, batasan, tanda dan gejala yang harus diwaspadai, diet, terapi, medikasi, dan edukasi pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan perawatan mandiri di rumah.

Discharge planning seperti yang dideskripsikan dalam literatur merupakan sebuah proses. Dalam tatanan rumah sakit, *discharge planning* didefinisikan sebagai proses melalui perawat sebagai koordinator perawatan kesehatan bertanggung jawab terhadap pasien. Efektif

discharge planning adalah yang efisien, menggunakan standar praktik yang terbaik, melibatkan pasien dan keluarga mulai dari hari pertama dirawat sampai pasien siap dipulangkan ke rumah, serta bersifat inklusif dan menyediakan upaya layanan terkoordinasi dari rumah sakit kepada komunitas di sekitar tempat tinggal pasien (Petitgout, 2015).

Discharge planning diinisiasi pada semua pasien dengan diabetes melitus. Perawatan bagi pasien dengan penyakit diabetes melitus merupakan 90% perawatan mandiri, sehingga edukasi menjadi peran penting dalam perawatan pasien. Pasien yang baru saja didiagnosa atau diidentifikasi mempunyai keterbatasan pengetahuan tentang diabetes melitus harus mendapatkan edukasi yang memadai seperti manajemen medikasi, nutrisi, latihan/ aktivitas fisik, hiperglikemia, hipoglikemia, pentingnya monitoring kadar gula darah dan panduan perawatan, di samping informasi kontak untuk dalam keadaan darurat dan rencana *post discharge* untuk dukungan pendidikan berkelanjutan di rumah (Arnold, *et al.*, 2016). Pelayanan kesehatan di rumah sakit yang berfokus pada manajemen diabetes pada pasien yang dirawat, edukasi, dan *discharge planning* akan meningkatkan kontrol glikemik pada pasien diabetes tipe 2 dan hemoglobin A1c (HbA1c) > 7.5% (58 mmol/mol) dalam satu tahun pasien dipulangkan ke rumah (Wexler, *et al.*, 2012).

Pemberian informasi yang memadai bagi pasien dan keluarga selama masa perawatan di rumah sakit dapat memberikan dampak yang positif, sehingga pasien dan keluarga dapat membantu diri sendiri selama proses penyembuhan di rumah. Informasi yang kurang dan tidak jelas akan membawa dampak negatif seperti kesalahan saat mengonsumsi obat-obatan, pola makan yang buruk, atau mengabaikan kegiatan setelah pulang dari rumah sakit. Pendidikan kesehatan yang tepat selama pasien dirawat di rumah sakit sangat penting dalam meningkatkan

kemampuan untuk mengelola penyakit, karena dengan manajemen yang baik, komplikasi diabetes akut dan kronis dapat dihindari.

Discharge planning model LIMA memfasilitasi proses edukasi yang secara rutin selama pasien dirawat di rumah guna mempersiapkan pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup memadai untuk dapat melakukan perawatan di rumah dengan baik. Selain itu, model LIMA juga memberikan uraian tugas yang jelas masing-masing interdisiplin yang secara terintegrasi memberikan edukasi dan informasi yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga dalam menghadapi pemulangan. Manajemen diri yang tepat saat pasien dirawat di rumah sakit harus menjadi tolok ukur yang disepakati oleh dokter atau penyedia perawatan primer, perawat dan pasien (ADA, 2019). Sangat penting bahwa keterampilan manajemen diri yang benar disampaikan agar pasien dengan diabetes melitus dapat beralih ke rumah dengan keterampilan yang memadai yang diperlukan untuk merawat dirinya.

Implementasi yang baik dari *discharge planning* memungkinkan pasien untuk mandiri dalam perawatan diri sendiri dan memastikan bahwa pasien dapat mengambil perawatan tindak lanjut yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Potter & Perry, 2006).

SIMPULAN

Discharge planning model LIMA mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kesiapan pulang pada pasien diabetes melitus yang dirawat rumah sakit. Discharge planning yang sistematis, terstruktur, dan aplikatif dapat memberikan manfaat dalam mempertahankan kontinuitas perawatan lanjutan bagi pasien terutama dengan kondisi kronis maupun yang membutuhkan perawatan paliatif.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penelitian ini.

REFERENSI

- American Diabetes Association. (2019). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care*, Volume 42, Supplement 1, January 2019. <https://doi.org/10.2337/dc19-Sint01>
- Arnold, P., et al. (2016). Hospital Guidelines for Diabetes Management and the Joint Commission-American Diabetes Association Inpatient Diabetes Certification. *American Journal of the Medical Sciences* Vol 351 (4): 333-341. DOI: 10.1016/j.amjms.2015.11.024
- Diabetes Care. (2015). Standards Of Medical Care In Diabetes. American Diabetes Association. *The Journal Of Clinical And Applied Research And Education* www.diabetes.org/
- Dougherty, Lister & West-Oram. (2015). *The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures*. Ninth Edition, Student edition
- Fitri, E.Y. (2018). Modul Perencanaan Pulang LIMA. Tidak dipublikasikan.
- Fitri, E.Y., Herliawati, & Wahyuni, D. (2018). Karakteristik, Pengetahuan, dan Pelaksanaan Perencanaan Pulang yang Dilakukan oleh Perawat. *Prociding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Sriwijaya* 2018.
- Graham, J., Gallagher, R. & Bothe, J. (2013). Nurses' Discharge Planning and Risk Assessment: Behaviours, Understanding and Barriers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2338-2346. <https://doi.org/10.1111/jocn.12179>
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2015). *Konsesus pengelolaan dan pencegahan diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia tahun 2011*. PERKENI.

- Petitgout, J.M. (2015). Implementation and Evaluation of a Unit-Based Discharge Coordinator to Improve the Patient Discharge Experience. *Journal of Pediatric Health Care* Vol 29 No.6, November 2015 hal. 509-517. <http://dx.doi.org/10.106/j.pedhc.2015.02.004>.
- Potter, A & Perry, A.G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Rondhianto, R. (2012). Pengaruh diabetes self management education dalam discharge planning terhadap self care behavior pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 7(3), 133-141.
- Siahaan, M. (2009). Pengaruh Discharge Planning yang Dilakukan oleh Perawat terhadap Kesiapan Pasien Pasca Bedah Akut Abdomen Menghadapi Pemulangan Di RSUP H. Adam Malik Medan. *USU Repository*.
- Wahyuni, A, Nurrachmah, E., & Gayatri, D. (2012). Kesiapan pulang pasien penyakit jantung koroner melalui penerapan discharge planning. *Jurnal keperawatan indonesia*, 15(3), 151-158.
- Weiss, M & Piacentine, L. (2006). Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*, Vol. 14 No. 3 (Desember 2006): 163-180. DOI: 10.1891/jnm-v14i3a002.
- Wexler, D.J., et al. (2012). Impact of Inpatient Diabetes Management, Education, and Improved Discharge Transition on Glycemic Control 12 Months After Discharge. *Diabetes Research and Clinical Practice* 98 (2012): 249-256. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2012.09.016>

Pengaruh Supervisi dan Gaya Kepemimpinan Transformasional terhadap Kinerja Perawat dalam Kepatuhan *Hand Hygiene* dan Pencegahan Resiko Jatuh di RSU GMIBM Monompia Kotamobagu

Effect of Supervision and Transformational Leadership Style on Nurse Performance in Compliance Hand Hygiene and Fall Risk Prevention at GMIBM Monompia General Hospital, Kotamobagu

Suci Rahayu Ningstih^{1*}, Regina VT. Novita², Agustinus Bandur³

¹Program Studi Magister Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus

^{2,3} Staf Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus

*Korespondensi Penulis : uchyningstih@gmail.com

Abstrak

Penilaian kinerja perawat yang tidak optimal dapat mempengaruhi efektifitas kinerja dan penurunan optimalisasi pelayanan keperawatan. Tim audit mutu di RSU GMIBM Monompia Kotamobagu didapatkan data dari tahun 2019 hasil ketepatan identifikasi pasien 75,40%, peningkatan komunikasi yang efektif 75,7%, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai 77,15%, kepastian tepat-lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi 75,50%, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan *hand hygiene* sebanyak 55,67 % dan pengurangan risiko pasien jatuh 60,65%. Tujuan penelitian menganalisis pengaruh supervisi dan gaya kepemimpinan transformasional terhadap kinerja perawat dalam kepatuhan *hand hygiene* dan pencegahan resiko jatuh di RSU GMIBM Monompia. Jenis penelitian kuantitatif dengan desain *Quasi Experimental* dengan *Pre Test - Post experimental group design*. Populasi seluruh perawat pelaksana ruang rawat inap dan kepala ruang rawat inap di RSU GMIBM Monompia dengan jumlah sebanyak 112 perawat pelaksana dan kepala ruangan sebanyak 2 orang dan jumlah sampel sebanyak 90 responden. Hasil penelitian supervisi (p value =0,000) dan gaya kepemimpinan transformasional (p value=0,043) membuktikan bahwa terdapat perbedaan dan peningkatan kinerja perawat sebelum dan sesudah pelatihan. Selain itu usia, supervisi dan gaya kepemimpinan (p value> 0,05) menjadi variabel moderasi yang memperkuat pengaruh terhadap kinerja perawat. Pelaksanaan pelatihan supervisi dan gaya kepemimpinan transformasional dapat dilakukan pada semua kepala ruang, kepala instalasi dan kepala bagian yang bekerja di RS GMIBM Monompia Kotamobagu. Pelaksanaan sosialisasi atau *update* terkini penerapan *Hand hygiene* dan resiko jatuh dapat diberikan pada semua perawat pelaksana yang bekerja di RS GMIBM Monompia Kotamobagu.

Kata Kunci : Supervisi, Gaya kepemimpinan transformasional, Kinerja perawat

Abstract

Assessment of nurse performance that is not optimal can affect the effectiveness of performance and decrease the optimization of nursing services. The quality audit team at GMIBM Monompia General Hospital, Kotamobagu, obtained data from 2019 with 75.40% accuracy in patient identification, 75.7% increase in effective communication, 77.15% increase in drug safety, the certainty of location, right procedures, right surgery patients 75.50%, a reduction in the risk of infection-related to health services hand hygiene as much as 55.67% and a reduction in the risk of falling patients 60.65%. The aim of this study was to analyze the effect of supervision and transformational leadership style on nurses' performance in compliance hand hygiene and prevention of falling RSU GMIBM Monompia. This type of quantitative research design uses Quasi-Experimental with Pre Test - Post experimental group design. The population of all nurse executing inpatient room and head of inpatient room at RSU GMIBM Monompia with a total of 112 nurses and head of the room as many as 2 people and the number of samples of 90 respondents. The results of the research on supervision (p -value = 0.000) and transformational leadership style (p -value = 0.043) prove that there are differences and improvements in the performance of nurses before and after training. In addition, age, supervision and leadership style (p value > 0.05) are moderating variables that strengthen the influence on nurse performance. The implementation of supervisory training and transformational leadership styles can be carried out on all staff, station heads, and division heads who work at GMIBM Monompia Hospital, Kotamobagu. The implementation of socialization or the update on the latest application of Hand Hygiene and the risk of falling can be given to all nurse administrators who work at GMIBM Monompia Hospital, Kotamobagu.

Keywords: Supervision, Transformational leadership style, Nurse performance

PENDAHULUAN

Kualitas pelayanan kesehatan tidak terlepas dari hasil kerjasama seluruh komponen sumber daya khususnya adalah Sumber Daya Manusia (SDM). SDM keperawatan merupakan salah satu sumber daya yang penting sebagai ujung tombak untuk mencapai tujuan rumah sakit. Oleh karena itu, perawat yang berkinerja tinggi sangat diperlukan. Upaya dalam menselaraskan tuntutan kinerja, diperlukan SDM yang memiliki komitmen yang tinggi. Salah satu unsur yang penting dalam upaya tersebut adalah pemimpin yang mampu mempengaruhi dan mengikutsertakan bawahannya secara aktif dalam mencapai tujuan rumah sakit melalui gaya kepemimpinan yang sesuai. Adanya hubungan yang terikat atasan dan bawahan tersebut diharapkan situasi menjadi lebih kondusif sehingga menimbulkan kerjasama yang baik dalam mencapai tujuan rumah sakit. Seorang pemimpin yang reformis diperlukan, mampu menjadi inti penggerak perubahan (*transformation*) sehingga antara pimpinan dan bawahan tercipta kerjasama yang baik (1).

Kinerja perawat yang optimal tidak peranannya supervisi yang dilakukan oleh atasan. Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan (*actualing*) yang berperan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah diprogramkan dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar demi tercapainya proses asuhan keperawatan yang *safety* dan optimal, mendefinisikan supervisi sebagai suatu proses yang mengacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi dapat tercapai (2).

Kepemimpinan transformasional yang ditunjang dengan supervisi juga dapat meningkatkan kinerja, dimana menggunakan strategi *competency-based* dengan supervise. Puspitasari (2018) menjelaskan bahwa supervisi klinik dapat meningkatkan kompetensi perawat akan berpengaruh terhadap kinerja perawat. Supervisi klinis dapat memberikan dampak positif terhadap kinerja perawat baik secara internal maupun eksternal. Supervisi klinis yang dilakukan secara terus menerus dan tepat diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan seiring dengan kompetensi perawat supervisi klinis yang dilakukan dengan kualitas baik berhubungan secara langsung dengan komitmen perawat. Kegiatan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang akan berdampak positif terhadap komitmen perawat terhadap rumah sakit sehingga angka *turn over* dapat ditekan (3).

Kegiatan supervisi mampu meningkatkan kinerja perawat dimana dapat menciptakan suasana harmonis berupa kerja sama yang baik ditempat kerja (4). Mayoritas di Indonesia kegiatan supervisi lebih dominan pada kegiatan pengawasan bukan pada kegiatan bimbingan, observasi dan penilaian. Penelitian yang dilakukan oleh Supratman dan

Sudaryanto (2008) menunjukkan pelaksanaan supervisi keperawatan diberbagai rumah sakit belum optimal dan fungsi manajemen tidak mampu diperankan oleh perawat disebagian besar di rumah sakit di Indonesia (5). Rumah Sakit yang menerapkan gaya kepemimpinan transformasional, akan memberikan dampak perubahan yang positif dimana dapat menambah kinerja perawat ke tingkat yang lebih tinggi sehingga dapat tercapai kualitas pelayanan kesehatan. Peneliti Abd-Elrahman dan Abd-Allah (2018) menunjukkan seiring dengan meningkatnya pengetahuan tentang gaya kepemimpinan transformasional maka kinerja perawatpun meningkat setelah diberikan pendidikan tentang kepemimpinan transformasional kepada kepala ruang di rumah sakit (6).

Standar *patient safety* yang digunakan adalah KARS (2012) yang akan mengacu pada standar *Joint Commission Internasional (JCI)* 2011. Standar *patient safety* terhadap JCI terdiri dari enam sasaran yaitu 1) ketepatan identifikasi pasien, 2) peningkatan komunikasi yang efektif, 3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, 4) kepastian tepat-lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, 5) pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, 5) pengurangan resiko jatuh (7).

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien (8).

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan. Program keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien itu sendiri atau pihak rumah sakit (9). Kebiasaan mencuci tangan merupakan salah satu hal yang menjadi penilaian terkait *Hand Hygiene*. Kebiasaan mencuci tangan kurang bersih akan menyebabkan masih terdapatnya sisa bahan kimia yang menempel pada permukaan kulit (10). *World Health Organization (WHO)* mengatakan keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan didalam masyarakat global yang sangat serius. Kesalahan medis dapat menyebabkan oleh beberapa faktor sistem dan faktor manusia. Insiden keselamatan

pasien yang merugikan adalah terkait dengan prosedur bedah (27%), kesalahan pengobatan (18,3%) dan kesehatan infeksi terkait perawatan (12,2%) (11).

Untuk Negara Indonesia sendiri dalam rentang waktu 2011 Komite Keselamatan pasien Rumah Sakit melaporkan terdapat sebanyak 877 keselamatan yang tidak diharapkan Menurut (Efendi, 2013) laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan profinsi menunjukkan bahwa dari 145 insiden yang dilaporkan terdapat 55 kasus (37,9%) terjadi di Wilayah DKI Jakarta. Sedangkan berdasarkan jenisnya didapatkan kejadian nyaris Cedera sebanyak 69 kasus (47,6%), kejadian yang tidak diharapkan sebanyak 67 kasus (46,2%) dan lain-lain sebanyak 9 kasus (6,2%).

Rumah Sakit Umum (RSU) GMIBM Monompia adalah rumah sakit yang terletak di Kota Kotamobagu Kabupaten Bolaang Mongondow Sulawesi Utara. RSU GMIBM Monompia adalah rumah sakit umum kelas D yang memiliki 148 tempat tidur dengan total perawat 112 orang dengan kepala ruangan 12 orang dengan tingkat pendidikan terakhir: DIII Keperawatan 92 orang; DIV Keperawatan 1 orang dan; Ners 19 orang. Model pelayananan keperawatan profesional yang diterapkan pada rumah sakit ini masih menggunakan metode tim yaitu terdiri dari ketua tim, anggota dan pasien. Pelatihan-pelatihan manajemen khususnya untuk para managerial seperti manajemen bangsal, MAKP, supervisi, dan gaya kepemimpinan belum pernah dilaksanakan oleh pihak rumah sakit GMIBM Monompia Kotamobagu.

Hasil wawancara dengan tim audit mutu di RSU GMIBM Monompia Kotamobagu didapatkan data dari tahun 2019 hasil ketepatan identifikasi pasien 75,40%, peningkatan komunikasi yang efektif 75,7%, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai 77,15%, kepastian tepat-lokasi, tepat

prosedur, tepat pasien operasi 75,50%, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan *hand hygiene* sebanyak 55,67 % dan pengurangan risiko pasien jatuh 60,65%. Berdasarkan data-data tersebut maka penelitian ini berfokus pada kinerja perawat melalui keselamatan pasien yang meliputi pengurangan risiko infeksi dan pengurangan risiko pasien jatuh.

METODE

Jenis penelitian kuantitatif dengan desain *Quasi Experimental* dengan *Pre Test – Post experimental group design*. Penelitian ini dilakukan RSU GMIBM Monompia Kotamobagu dan dilaksanakan bulan Juni s/d Juli 2020. Populasi seluruh perawat pelaksana ruang rawat inap dan kepala ruang rawat inap di RSU GMIBM Monompia dengan jumlah sebanyak 112 perawat pelaksana dan kepala ruangan sebanyak 2 orang dan jumlah sampel sebanyak 90 responden. Pengumpulan data pada kelompok intervensi dilakukan dua periode yaitu sebelum dan sesudah intervensi pelatihan kepemimpinan transformasional kepala ruang dengan pendampingan selama 5 minggu setelah diberikan pelatihan. Sedangkan pada kelompok non intervensi dilakukan pre test dan post test tanpa dilakukan intervensi pelatihan kepemimpinan transformasional kepala ruang dengan selang waktu 5 minggu. Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan google form. Pada penelitian ini uji *paired sampel t-test* digunakan untuk melihat perbedaan pencapaian standar kinerja perawat rawat inap dengan cara baku dan penilaian kinerja yang telah dikembangkan. Uji *Mann Whitney* memiliki tujuan untuk menganalisis apakah ada perbedaan pemahaman cara penilaian kinerja perawat antara yang sebelum diberikan pelatihan dan pelaksanaan penilaian kinerja perawat.

HASIL

1. Analisis Univariat

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Lama Kerja di RSU GMIBM Monompia Kotamobagu

Variabel	Diskripsi	f	%
Usia	17-25 tahun	17	18.9
	26-35 Tahun	61	67.8
	36-45 tahun	10	11.1
	>45 tahun	2	2.2
Total		90	100
Jenis Kelamin	Laki-laki	16	17.8
	Perempuan	74	82.2
Total		90	100
Pendidikan	DIII Keperawatan	52	57.8
	S1/Ners	38	42.2
Total		90	100

Lama Kerja	PK 1 < 3 tahun	22	26.7	sebanyak 82,2%, pendidikan DIII Keperawatan sebanyak 57,8%
	PK 2 : 3-5 tahun	24	24.4	
	PK 3: >5 Tahun	44	48.9	
Total		90	100	

Berdasarkan Tabel 1 diatas menunjukkan bahwa karakteristik perawat di RSUD GMIBM Monompia Kotamobaguyakni usia 26-35 tahun sebanyak 67,8%, jenis kelamin perempuan

dan lama kerja perawat dengan PK 3 (>5 tahun) sebanyak 48,9%.

2. Analisis Bivariat

Tabel 2

Perbedaan Supervisi, Gaya Kepemimpinan Tranformasional dan Kinerja perawat sebelum dan sesudah intervensi di RSUD GMIBM Monompia Kotamobagu

Variabel	N	Mean	SD	SE	t	pvalue
Supervisi	Sebelum	42,71	2,55	0,26	-26,02	0,000
	Sesudah	49,79	3,08	0,32		
Gaya Kepemimpinan	Sebelum	50,23	2,60	0,27	-2,77	0,043
	Sesudah	53,18	3,17	0,33		
Kinerja Perawat	Sebelum	80,69	4,25	0,50	-3,219	0,011
	Sesudah	90,75	5,28	0,68		

Berdasarkan Tabel 2 diatas menunjukkan bahwa perbedaan supervisi, gaya kepemimpinana tranformasional dan kinerja perawat sebelum dan sesudah pelatihan supervisi Di RSUD GMIBM Monompia Kotamobagu. Pada variabel supervisi dengan nilai $p=0,000$. Hal tersebut membuktikan bahwa terdapat peningkatan sebelum dan sesudah dengan nilai mean (42,71vs49,79) sebelum dan sesudah pelatihan supervisi. Pada variabel gaya kepemimpinan transformasional memiliki nilai

$p=0,043$, membuktikan bahwa terdapat peningkatan gaya kepemimpinan dengan nilai mean (50,23vs53,18) sebelum dan sesudah pelatihan supervisi. Hasil ini juga sama dengan variabel kinerja perawat dimana nilai $p=0,011$ membuktikan bahwa terdapat peningkatan kinerja perawat pada perawat dengan nilai mean (80,69vs 90,75).

3. Analisis Multivariat

Tabel 3
Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	Sig.
Intercept			
Only	73,908		
Final	,000	63,875	0,020

Pada Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa *Model Fitting Information* hasil dari perhitungan data penelitian ini. Tabel menunjukkan bahwa nilai -2log *Likelihood* (-2LL) awal sebesar 73,908, sedangkan nilai -2log *Likelihood* (-2LL) pada

model final sebesar 0,000. Nilai tersebut terjadi penurunan nilai -2log *Likelihood* sebesar 63,875. Nilai sig yakni 0,020 yang menunjukkan bahwa *Model Fitting Information* adanya pengaruh signifikan pada semua variabel.

Tabel 4 Goodness Of Fit

	Chi-Square	Sig.
Pearson	6,743	1,000
Deviance	7,172	1,000

Penilaian seluruh model (*Goodness of Fit*) yang digunakan untuk menyesuaikan data dengan model yang digunakan sehingga model dikatakan fit dengan data. Berikut tabel yang menunjukkan *Goodness of Fit*. Pada tabel 4 di atas menunjukkan

bahwa besaran nilai *Chi Square* sebesar 6,743 (pearson) dan signifikan sebesar 1,000 dan nilai *Chi Square* 7,172 (*Deviance*) dan signifikan sebesar 1,000 sehingga membuat hasil dari uji *Goodness of fit* relevan pada semua variabel.

Tabel 5 Pseudo R-Square

Cox and Snell	,759
Nagelkerke	,579
McFadden	,554

Pada tabel 5 di atas menunjukkan bahwa Pseudo R-Square menjelaskan variabel karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja), pengetahuan supervisi dan gaya

kepemimpinan transformasional mempengaruhi terhadap kinerja perawat sebesar 55,4%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain diluar model.

Tabel 6
Uji Coefficients Regresi Logistik Berganda

Variabel	Coefficient B	P Value	R Square
(Constant)	22,776	0,000	
Usia	7,211	0,042	
Jenis Kelamin	,213	0,181	
Tingkat Pendidikan	-,093	0,471	0.554
Lama kerja	-,057	0,472	
Supervisi	31,702	0,000	
Gaya Kepemimpinan	9,702	0,03	

Tabel 6 menunjukan hasil pengujian parsial dengan menggunakan alat analisis regresi logistik, kemaknaan pengaruh masing-masing variabel tersebut dapat terlihat pada tabel di atas dan mempunyai kemaknaan sebagai berikut:

Kinerja Perawat: 22,776+7,211 Usia + ,213 Jenis Kelamin + -,093 Pendidikan + -,057 Lama Kerja +31,702 Supervisi + 9,702Gaya Kepemimpinan

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muijiono (2011) menekankan bahwa peningkatan kepuasan dan kinerja perawat melalui supervisi kepala ruangan, dapat dicapai dengan memberikan intervensi melalui pelatihan supervisi dan gaya kepemimpinan transformasional namun hasil ini pula bertentangan dengan peningkatan kepuasan dan kinerja perawat melalui supervisi kepala ruangan dengan memberikan intervensi melalui pelatihan yang dilakukan supervisi klinik, hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna ($p=0,000$; $\alpha=0,05$), pada supervisi. Supervisi berdampak

Hasil *Coeffisien regresi* dapat diperoleh hasil persamaan regresi menunjukkan bahwa variabel usia, pengetahuan supervisi dan gaya kepemimpinan memiliki signifikan ($p<0,05$), sedangkan pada variabel lain tidak memiliki pengaruh terhadap kinerja perawat ($p>0,05$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa keberadaan usia, supervisi dan gaya kepemimpinan menjadi variabel moderasi yang memperkuat pengaruh terhadap kinerja perawat.

pada kepuasan kerja dan kinerja perawat ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Pada kelompok intervensi dan kontrol, setelah dianalisis lanjut memperlihatkan ada perbedaan kepuasan kerja dan kinerja perawat ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Kegiatan supervisi yang melibatkan perawat pelaksana dalam menjalankan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) perlu arahan berupa bimbingan, observasi dan penelitian sehingga menambah tingkat pemahaman perawat pelaksana dalam hal meningkatkan manajemen perawatan dalam kaitannya dengan menjaga standar pelayanan, peningkatan *patient safety*, dan peningkatan mutu (3). Penelitian ini didukung oleh Malik *et al* (2010), mengemukakan

bahwa supervisi yang berkualitas positif dan signifikan terhadap komitmen seseorang terhadap organisasinya (12).

Ilyas (2012), mengidentifikasi supervisi sebagai suatu proses yang mengacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi dapat tercapai. Asumsi peneliti pada hasil ini adalah pelatihan supervisi berdampak positif terhadap pengetahuan, gaya kepemimpinan dan kinerja perawat. Pelatihan yang diikuti oleh 12 orang kepala ruang dapat mempengaruhi kinerja perawat pelaksana yang ditunjukkan dengan keterlibatan langsung perawat pelaksana yang menyebabkan iklim atau suasana kerja juga berpengaruh terhadap kinerjanya (2).

Menurut Doody (2012) kepala ruang sebagai seorang pemimpin merupakan role model dan tidak hanya berperan dalam memimpin dan mengatur perubahan dalam suatu organisasi tetapi juga bagaimana mempertahankan kelangsungan organisasi, serta senantiasa melakukan perubahan dan mengembangkan organisasi. Kepemimpinan transformasional dalam mengintegrasikan aktivitas pengelolaan kepala ruang harus membangun sistem pengelolaan risiko, melakukan identifikasi risiko yang mungkin terjadi pada setiap unit pelayanan di rumah sakit, dimana hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pemimpin seharusnya menetapkan unsur-unsur pendukung pelayanan kesehatan yaitu suatu mekanisme yang dapat mencegah atau mengurangi paparan terhadap bahaya atau risiko di unit-unit kerja (13).

Menurut Widodo (2014) mengatakan bahwa kepuasan kerja yang mendukung kinerja memiliki kepuasan kerja yang tinggi, memiliki kepercayaan diri yang positif dalam organisasi. Sebaliknya, jika karyawan merasa tidak puas, mereka dapat melakukan beberapa tindakan seperti tidak mengikuti, meninggalkan dan tidak memiliki komitmen yang baik. Kinerja perawat sangat dipengaruhi oleh bagaimana para pemimpin membangun hubungan dengan pekerja serta *reward* pekerja yang berprestasi dan bagaimana pemimpin mengembangkan serta memberdayakan pekerja mereka dalam mempengaruhi sumber daya manusia yang menjadi bawahan.

Penilaian kinerja menurut Mangkunegara (2010), merupakan salah satu peran manajer dalam proses kontrol dan evaluasi terhadap perawat pelaksana berdasarkan standar tertentu yang dapat diukur. Penilaian kinerja juga dilakukan secara sistematis untuk mengetahui pekerjaan perawat sebagai sarana menentukan kebutuhan pelatihan kerja, memberikan tanggung jawab yang sesuai kepada perawat sehingga dapat melaksanakan pekerjaan lebih baik dimasa yang akan datang dan sebagai dasar untuk menentukan kebijakan dalam hal promosi jabatan atau penentuan imbalan, pengakuan, dan penghargaan.

Hasil analisis penelitian ini sejalan yang dilakukan oleh Kaslow (2012) menyatakan bahwa kepemimpinan transformasional yang ditunjang dengan supervisi juga dapat meningkatkan kinerja, dimana menggunakan strategi *competency-based* (14). Penelitian tersebut apabila diikuti dengan supervisi yang berkelanjutan atau *Mentoring Relationship Continuum* (MRC) menurut Jonshon (2014), dapat meningkatkan kepemimpinan transformasional membuat para pengikutnya dapat membangun *self efficacy* dan *self confidence* menerima lingkungannya dengan semangat dan emosi positif, dimana dapat menciptakan suasana harmonis berupa kerja sama yang baik ditempat kerja (Salanova, 2011). Penelitian lainnya yang mendukung adalah penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari (2018) dan Malik *et al* (2010), mengemukakan bahwa supervisi yang berkualitas dapat meningkatkan kompetensi perawat, berpengaruh terhadap kinerja perawat dan signifikan terhadap komitmen seseorang terhadap organisasinya (15).

Namun kinerja juga selain itu dapat dipengaruhi oleh supervisi sehingga karakteristik dan gaya kepemimpinan transformasional tidak berkontribusi. Pada penelitian ini sebesar 55,4 % kinerja dipengaruhi oleh karakteristik, pengetahuan dan gaya kepemimpinan karena di RS GMIBM Monompia kotamobagu belum pernah ada pelatihan supervisi, sehingga informasi yang didapatkan baru dan perubahan terjadi mempengaruhi gaya kepemimpinan dan nantinya akan mempengaruhi kinerja perawat. Pencapaian 100% mungkin akan terjadi apabila diikuti dengan supervisi yang berkelanjutan.

Usia, pengetahuan supervisi dan gaya kepemimpinan memperkuat kinerja perawat pelaksana di RS GMIBM Monompia Kotamobagu. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan, dimana karakteristik usia akan mempengaruhi kinerja seseorang berkaitan dengan kematangan, kedewasaan, dan kemampuan seseorang dalam bekerja. Semakin bertambah usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin cepat berfikir rasional, mampu untuk menentukan keputusan, semakin bijaksana, mampu mengontrol emosi, taat terhadap aturan dan norma dan komitmen terhadap pekerjaan. Seseorang yang semakin bertambah usia, akan semakin terlihat berpengalaman, pengambilan keputusan dengan penuh pertimbangan, bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan mempunyai etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu (16).

Penelitian yang dilakukan oleh Dewi, 2011 berjudul hubungan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat membagi karakteristik umur perawat dalam 2 kategori yaitu < 38,5 tahun dan umur ≥ 38,5 tahun. Membuktikan tidak ada hubungan yang

bermakna antara usia dengan penerapan keselamatan kepada pasien.

Penelitian Zahara (2011) yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara supervisi klinis dengan motivasi kerja perawat. Melalui motivasi kerja yang tinggi maka secara langsung akan meningkatkan kinerja perawat. Mandagi, dkk (2015) juga menjelaskan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat diantaranya motivasi, supervisi, dan penghargaan. Supervisi memiliki peranan penting dari manajemen keperawatan. Kondisi tersebut dikarenakan melalui supervisi dapat mengatasi masalah yang ada didalam organisasi dengan cepat. Peran supervisi sangat erat dengan fungsi kepemimpinan. Pemimpin atau supervisor dapat dianggap sebagai figur ayah di mana dapat mengawasi, serta mengarahkan dan menampung segala keluhan berkaitan dengan pekerjaan maupun masalah pribadi yang dapat menghambat kinerja perawat. Hasil yang didapatkan bahwa melalui supervisi mampu menjadi motivasi bagi diri sendiri.

Rumah Sakit yang menerapkan gaya kepemimpinan transformasional, akan memberikan dampak perubahan yang positif dimana dapat menambah kinerja perawat ke tingkat yang lebih tinggi sehingga dapat tercapai kualitas pelayanan kesehatan. Peneliti Abd-Ebrahim dan Abd-allah (2018) tentang program pendidikan kepemimpinan transformasional untuk kepala perawat mempunyai pengaruh terhadap kinerja perawat di Rumah Sakit selama tiga bulan menunjukkan bahwa meningkatnya pengetahuan kinerja serta merekomendasikan kepada kepala ruang untuk dilakukan pelatihan, program gaya kepemimpinan transformasional (6). Penelitian yang dilakukan oleh Supratman dan Sudaryanto (2008) mengatakan bahwa supervisi lebih dominan pada kegiatan pengawasan bukan pada kegiatan bimbingan, observasi dan penilaian.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Perbedaan supervisi kepala ruang sebelum dan sesudah pelatihan, terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai $p=0,000$, $\alpha<0,05$ dengan peningkatan pengetahuan nilai mean (42,71 vs 49,79) Di RSU GMIBM Monompia Kotamobagu.
2. Perbedaan pada variabel supervisi sebelum pelatihan 42,71 dan sesudah pelatihan 49,79 terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai $p=0,000$. Pada variabel gaya kepemimpinan transformasional sebelum pelatihan 50,23 dan sesudah pelatihan 53,18 terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai $p=0,043$. Pada variabel kinerja perawat sebelum pelatihan 80,69 dan sesudah pelatihan 90,75 terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai $p=0,011$. Hal tersebut membuktikan bahwa terdapat perbedaan

bermakna Di RSU GMIBM Monompia Kotamobagu.

3. Hasil *Coefisien* analisis regresi logistik secara simultan diperoleh variable usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, supervisi dan gaya kepemimpinan memiliki nilai signifikan ($P < 0,05$). Sedangkan pada variabel kinerja perawat tidak memiliki nilai signifikan ($P > 0,05$). Hasil analisis diperoleh R Square = 0,554 artinya semua variabel berkontribusi mempengaruhi kinerja perawat sebesar 55,4 %.

Bagi bagian Diklat RS, pelaksanaan pelatihan supervisi dan gaya kepemimpinan transformasional dapat dilakukan pada semua kepala ruang, kepala instalasi dan kepala bagian yang bekerja di RS GMIBM Monompia Kotamobagu. Pelaksanaan sosialisasi atau *update* terkini penerapan *Hand hygiene* dan Resiko jatuh dapat diberikan pada semua perawat pelaksana yang bekerja di RS GMIBM Monompia Kotamobagu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Pihak RSU GMIBM Monompia Kotamobagu dan jajaran STIKES Graha Medika.

DAFTAR PUSTAKA

1. Friyanti ES. Analisis Kualitas dan Kuantitas Tenaga Keperawatan Terhadap Persepsi Insiden Keselamatan Pasien. *J Adm Rumah Sakit*. 2015;2(1):43–52.
2. Ilyas Y. *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta: FKM Universitas Indonesia; 2012.
3. Mua EL, Hariyati RTS, Afifah E. Peningkatan Kepuasan dan Kinerja Perawat Melalui Supervisi Kepala Ruangan. *J Keperawatan Indones*. 2011;14(3):171–8.
4. Salanova M, Lorente L, Chambel MJ, Martinez IM. Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):2256–2266.
5. Supratman, Sudaryanto A. Model-Model Supervisi Keperawatan Klinik. 2008;193–6.
6. Abd-allah. A-E. Transformasional leadership education program transformasional leadership education program for had nurses and its effect on nurses job performance. 2018.
7. Joint Commission Internasional. Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta; 2011.
8. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Jakarta; 2017.
9. Nursalam. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
10. Akbar H. Hubungan Personal Hygiene dan Pekerjaan dengan Kejadian Dermatitis di Wilayah

- Kerja Puskesmas Juntinyuat. *Promot J Kesehat Masy.* 2020;10(1):1-5.
11. WHO. 6th Edition in Depth: Preventing Falls in inpatient and Outpatient Settings. Jenewa; 2017.
 12. M. Ehsan M, Samina N, Basharat N, Rizwan QD. Job Satisfaction and Organizational Commitment of University Teachers in Public Sector of Pakistan. *Int J Bus Manag.* 2010;5(6):17-26.
 13. Doody O, Catriona M Doody. Transformational leadership in nursing practice. *Br J Nurs.* 2014;21(20).
 14. Kaslow, N. J., Falender, C. A., & Grus CL. Valuing and practicing competency-based supervision: A transformational leadership perspective. *Train Educ Prof Psychol.* 2012;6:47-54.
 15. Johnson WB, Skinner CJ, Kaslow NJ. Relational Mentoring in Clinical Supervision: The Transformational Supervisor. *J Clin Psychol.* 2014;70(11).
 16. Robbins, P. S., & Judge A. T. *Perilaku Organisasi*. Edisi 16. Jakarta: Salemba Medika; 2015.

