

LAPORAN
PRAKTEK PROFESI NERS STASE MANAJEMEN KEPERAWATAN DI
RUANG BOUGENVILLE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARYOTO
LUMAJANG



Disusun oleh :
Kelompok 6

Robiatul Andawiyah, S.Kep	21101086
Safira Andriyani, S.Kep	21101089
Siti Soleha, S.Kep	21101096
Tristiana Dewi, S.Kep	21101098
Wara Dinar Amanda, S.Kep	21101103

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS Dr. SOEBANDI JEMBER
2021/2022

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan ini disetujui

Tanggal 08 Juli 2022

Menyetujui :

Preceptor Akademik



Akhmad Efrizal Amrullah, S.Kep.,Ns.,M.si
NIK. 198112192013091031

Preceptor Lahan Praktik



Septina Eva Yolandra, S.Kep. Ns
NIP. 198209292006042022

Kepala Ruang



Sri Nurlaily, S.Kep.,Ns
NIP. 197804172006042019

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan laporan akhir Manajemen Keperawatan ini dapat terselesaikan. Laporan ini disusun dengan tujuan untuk menyelesaikan penugasan Profesi Ners Stase Manajemen Keperawatan. Pada kesempatan ini penulis hendak menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moral dan materi sehingga laporan ini dapat terselesaikan. Ucapan terima kasih ini penulis tujukan kepada :

1. Emi Eliya Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep selaku PJMK Manajemen Universitas dr. Soebandi Jember.
2. Akhmad Efrizal Amrullah, S.Kep., Ns., M.Si selaku pembimbing akademik Universitas dr. Soebandi Jember.
3. Bambang Heri Kartono, S.Kep., Ns selaku Kepala Sub Bidang Mutu Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan RSUD dr. Haryoto Lumajang
4. Sri Nur Laili, S.Kep., Ns selaku Kepala Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang
5. Ririn Widiyowati, S.Kep., Ns selaku Ketua Tim Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang

Dalam penyusunan laporan ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan dimasa mendatang.

Lumajang, 07 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR DIAGRAM.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Tujuan	2
1.3 Manfaat	3
BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	4
2.1 Profil rumah sakit daerah RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang..	4
2.1.1 Gambaran umum.....	4
2.1.2 Sejarah.....	4
2.1.3 Falsafah, motto, visi, misi, tujuan	5
2.1.4 Jenis-jenis pelayanan kesehatan.....	6
2.1.5 Penampilan kerja.....	9
BAB III PENGKAJIAN MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG BOUGENVILLE.....	15
3.1 Pengkajian manajemen pelayanan keperawatan	15
3.2 Analisis hasil pengkajian fungsi manajemen di ruang bougenville	15
3.3 Analisis sumber daya (5M) di ruang bougenville	20
BAB IV ANALISA SWOT	27
4.1 Analisa SWOT	27
4.2 Diagram layang	37
BAB V PRIORITAS MASALAH DAN POA (PLANNING OF ACTION) ..	39
5.1 Daftar masalah	39
5.2 Penampilan prioritas masalah	39
5.3 Alternatif Penyelesaian Masalah.....	41
5.4 Seleksi Alternatif Penyelesaian Masalah	41

5.5 POA.....	43
BAB VI IMPLEMENTASI.....	45
6.1 Persiapan kegiatan.....	45
6.2 Pelaksanaan kegiatan	46
6.3 Evaluasi kegiatan MAKP.....	51
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	54
7.1 Kesimpulan	54
7.2 Saran	55
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN – LAMPIRAN.....	58

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Data BOR, ALOS, BTO, TOI.....	13
Tabel 3.2 Kebutuhan tenaga perawat.....	23
Tabel 4.3 Analisis SWOT	27
Tabel 5.4 Daftar masalah manajemen di Ruang Bougenville.....	39
Tabel 5.5 Rumusan prioritas masalah manajemen keperawatan	40
Tabel 5.6 Masalah prioritas	42
Tabel 5.7 Prioritas masalah POA.....	43

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 3.1 Pelatihan	21
Diagram 3.2 Masa kerja.....	22
Diagram 4.3 Diagram Layang SWOT	37

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pengertian Manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Malayu, 2012). Manajemen adalah suatu ilmu juga seni untuk membuat orang lain mau dan bersedia berkerja untuk mencapai tujuan yang telah dirumuskan bersama oleh sebab itu manajemen memerlukan konsep dasar pengetahuan, kemampuan untuk menganalisis situasi, kondisi, sumber daya manusia yang ada dan memikirkan cara yang tepat untuk melaksanakan kegiatan yang saling berkaitan untuk mencapai tujuan (Winda, 2012). Pada hakekatnya kegiatan manusia pada umumnya adalah mengatur (managing) untuk mengatur disini diperlukan suatu seni, bagaimana orang lain memerlukan pekerjaan untuk mencapai tujuan bersama.

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, juga sebagai faktor penentu baik buruknya mutu dan citra rumah sakit, 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, 2014).

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 untuk meningkatkan keterampilan manajemen yang handal, maka diperlukan praktik atau terjun langsung kelapangan untuk mempraktikkan teori yang telah didapat dibangku kuliah. Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember dituntut untuk mengaplikasikan langsung pengetahuan manajerial dengan arahan dari pembimbing ruangan maupun pembimbing akademik yang intensif. Praktik tersebut diharapkan dapat menerapkan prinsip-prinsip manajemen keperawatan dengan menggunakan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), secara bertanggung jawab dan menunjukkan sikap kepemimpinan yang professional serta langkah-langkah manajemen keperawatan. Universitas dr. Soebandi Jember melakukan pembelajaran manajerial di RSUD dr. Haryoto sebagai lahan praktik untuk Program Profesi Ners, Stase Manajemen Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember.

1.2 Tujuan

Tujuan terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus tersebut adalah sebagai berikut.

a. Tujuan Umum

Setelah melaksanakan praktik manajemen keperawatan, mahasiswa diharapkan dapat menerapkan prinsip-prinsip manajemen keperawatan dengan menggunakan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) secara bertanggung jawab dan menunjukkan sikap kepemimpinan yang profesional serta langkah-langkah manajemen keperawatan.

b. Tujuan Khusus

1. Mengorganisasikan pelaksanaan kegiatan keperawatan
2. Melakukan usaha-usaha koordinasi kegiatan keperawatan
3. Memilih dan menerapkan gaya kepemimpinan yang sesuai di ruangan
4. Memperkenalkan perubahan yang bermanfaat untuk ruangan
5. Mengidentifikasi masalah yang terjadi

6. Merencanakan beberapa alternatif pemecahan masalah
7. Mengusulkan dan menerapkan alternatif tersebut kepada manajer keperawatan
8. Mengevaluasi hasil penerapan alternatif pemecahan masalah.

1.3 Manfaat

Manfaat terdiri atas manfaat untuk profesi, mahasiswa, dan rumah sakit. Adapun manfaat tersebut adalah sebagai berikut :

1.3.1 Bagi Klien

- a. Memberikan kenyamanan dan keamanan dalam menerima pelayanan keperawatan
- b. Meningkatkan kepercayaan klien pada perawat yang bertugas di RSUD dr. Haryoto dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang sesuai dengan teori manajemen.

1.3.2 Bagi Perawat

- a. Memberikan kesempatan pada perawat di RSUD dr. Haryoto untuk mengaplikasikan teori manajemen
- b. Memberikan kesempatan untuk berpikir kritis dalam menganalisis pelaksanaan proses manajemen di RSUD dr. Haryoto
- c. Memberikan pengalaman pada perawat di RSUD dr. Haryoto dalam bidang manajemen keperawatan.

1.3.3 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang

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

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

2.1 Profil rumah sakit daerah (RSD) Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang

2.1.1 Gambaran Umum

Rumah sakit umum daerah (RSUD) dr. Haryoto Kabupaten Lumajang merupakan rumah sakit rujukan tipe B non pendidikan RSUD dr. Haryoto ini juga merupakan merupakan lembaga teknis daerah yang secara struktural berada langsung dibawah bupati sejajar dengan Dinas Kesehatan (Dinkes). Susunan struktural ini berdasarkan peraturan pemerintah (PP) no. 41 tahun 2004 tentang struktur organisasi rumah sakit di kabupaten / kota.

RSUD dr. Haryoto telah memiliki status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Hal ini berkaitan dengan kredibilitas pengelolaan pendapatan rumah sakit. Sebelum berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pengelolaan pendapatan RSUD dr. Haryoto dibawah pengelolaan pemerintah daerah (Pemda). Setiap pendapatan yang dihasilkan oleh RSUD dr. Haryoto masuk ke kas daerah Pemda. Sehingga, segala dana yang dibutuhkan untuk operasional Rumah Sakit harus melalui persetujuan pemerintah daerah.

Setelah RSUD dr. Haryoto menyandang status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), pendapatan yang dihasilkan rumah sakit tidak lagi masuk ke kas Pemda melainkan dikelola oleh RSUD dr. Haryoto. Dengan kata lain adanya perubahan status menjadi BLUD ini, pemda memberikan kepercayaan penuh kepada RSUD dr. haryoto untuk mengelola keuangannya sendiri.

2.1.2 Sejarah

Nama rumah sakit dr. Haryoto Lumajang diambil dari nama seorang dokter yang mempunyai kiprah dalam merintis dalam berdirinya rumah sakit ini. Dahulu nama RSUD Haryoto ini adalah RSUD Nararya Kirana. Berdasarkan keputusan Bupati lumajang no. 188.45/308/427.12/2009, status RSUD Dr. Haryoto adalah BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). Dengan berubahnya sttus menjadi BLUD, maka :

- a. RSUD dr. Haryoto di izinkan mengangkat tenaga kontrak
- b. RSUD dr. Haryoto di izinkan melakukan utang piutang
- c. RSUD dr. Haryoto di izinkan mengelola pendapatan sesuai dengan aturan.

Berdasarkan surat keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia no. 1301 menkes SK 9 2005 tanggal 30 September 2005 Rumah sakit dr. haryoto beralih jenjang dari rumah sakit kelas C menjadi kelas B non pendidikan. Penetapan lebih lanjut melalui Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang nomor 03 Tahun 2006. Sehubungan dengan perubahan jenjang tersebut maka, susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Dr. Haryoto menjadi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Haryoto.

2.1.3 Falsafah, Motto, Visi, Misi, dan Tujuan

Berdasarkan buku profile RSUD dr. Haryoto falsafah, motto, visi, misi, dan tujuan RSUD dr. Haryoto sebagai berikut :

a. Falsafah

Falsafah RSUD dr. Haryoto Lumajang yaitu “ Memberikan Pelayanan Yang sebaik – baiknya kepada masyarakat, sehingga semua hak dan kebutuhan pasien dapt terpenuhi dan terlindungi”

b. Motto

Motto RSUD dr. Haryoto Lumajang adalah “Pelayanan Prima Adalah Tujuan Kami”

c. Visi

Visi RSUD dr. Haryoto Lumajang adalah “Menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama Masyarakat Lumajang dan Sekitarnya”

d. Misi

Misi RSUD dr. Haryoto Lumajang adalah “Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Dengan Dukungan SDM, Sarana Prasarana, dan Pengelolaan Manajemen Sesuai Standar yang Berorientasi Pada Kepuasan Pelanggan”.

e. Tujuan

1. Tujuan Umum RSUD dr. Haryoto Lumajang adalah: Meningkatkan derajat kesehatan Khususnya Bagi Seluruh Lapisan Masyarakat Kabupaten Lumajang dan Sekitarnya, dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang meliputi

upaya penyembuhan, pemulihan kesehatan, pencegahan dan peningkatan kesehatan.

2. Tujuan Khusus RSUD dr. Haryoto Lumajang sebagai berikut :

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit secara profesional
- b. Sebagai rumah sakit rujukan di wilayah kabupaten lumajang dan sekitarnya
- c. Meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengembangan profesionalisme petugas melalui pendidikan dan pelatihan.
- d. Meningkatkan peran dan fungsi tim penyuluhan kesehatan rumah sakit (PKRS) dalam upaya social marketing rumah sakit.
- e. Terlayannya penderita Gakin yang dirujuk ke RSUD Dr. Haryoto.

2.1.4 Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan

1 Pelayanan rawat jalan

Berikut adalah pelayanan rawat jalan di RSUD r. Haryoto Lumajang :

- a. Klinik Kandungan Dan Kebidanan
- b. Klinik Penyakit Dalam
- c. Klinik Anak
- d. Klinik Bedah
- e. Klinik Orthopedic
- f. Klinik Urologi
- g. Klinik Anestesi
- h. Klinik Paru Dan TB DOTS
- i. Klinik Syaraf
- j. Klinik Jantung Dan Pembuluh Darah
- k. Klinik Mata
- l. Klinik Psikiatri
- m. Klinik THT
- n. Klinik Kulit Dan Kelamin
- o. Klinik Rehabilitasi Medic
- p. Klinik Gigi Dan Mulut
- q. Klinik VCT DAN CST

- r. ESWL
 - s. Hemodialisa
 - t. Endoskopi
- 2 Pelayanan Rawat Inap
- Berikut adalah pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Haryoto Lumajang :
- a. Ruang Anggrek (VIP) 55 Tempat Tidur
 - b. Ruang Aster (Kelas I) 34 Tempat Tidur
 - c. Ruang Asoka (Kelas II, Obs, Isolasi) 40 Tempat Tidur
 - d. Ruang Asparaga (Kelas II, III, Obs, Isolasi) 45 Tempat Tidur
 - e. Ruang Bougenville (Kelas I, II, III, Obs, Isolasi) 38 Tempat Tidur
 - f. Ruang Kenanga (Kelas III, Obs, Isolasi) 34 Tempat Tidur
 - g. Ruang Melati (Kelas III, Obs, Isolasi) 36 Tempat Tidur
 - h. Ruang Teratai (Kelas I, III, Obs) 24 Tempat Tidur
 - i. ICU (Kelas II) 10 Tempat Tidur
 - j. Neonatus (Kelas II) 35 Tempat Tidur
 - k. Alamanda (Isolasi) 28 Tempat Tidur
 - l. VK Bersalin 10 Tempat Tidur
 - m. IBS
 - n. IGD
- 3 General Medikal Check Up (Tes Kesehatan)
- 4 Radiologi
- Berikut adalah pelayanan radiologi di RSUD Dr. Haryoto Lumajang :
- a. MRI 0.4 Tesla
 - b. CT-Scan 16 Slice
 - c. USG 4 Dimensi
 - d. C-Arm
 - e. X-Ray Celling
 - f. Digital Radiography
- 5 Laboratorium Patologi
- a. Penatalaksanaan Hematologi

- b. Pemeriksaan Urinalisa
- c. Pemeriksaan Imunologi
- d. Pemeriksaan Kimia Klinik
- e. Pemeriksaan Faeces
- f. Pemeriksaan Microbiologi Culture dan Kepekaan Antibiotik
- g. Pemeriksaan TCM TB
- h. Pemeriksaan TCM Covid-19
- i. Pemeriksaan HbA1C
- j. Pemeriksaan BMP (Sutul)
- k. Pemeriksaan BGA (Blood Gas Analyzer)
- 6 Laboratorium Patologi Anatomi
 - a. FNABB (Fine Needle Aspiration Biopsy)
 - b. Pemeriksaan Sitologi dan Hispatologi
- 7 Pelayanan Penunjang Lain
 - a. Unit CSSD (Central Sterilization Supply Departement)
 - b. Unit Laundry
 - c. Unit PKRS
 - d. Instalasi Pemeliharaan Sarana
 - e. Instalasi Penychatan Lingkungan
 - f. Gate 5 dan Customer Service (Unit Penanganan Informasi dan Pengaduan)
 - g. Pelayanan Farmasi
 - h. Pelayanan Bank Darah
 - i. Pelayanan Gizi
 - j. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

2.1.5 Penampilan Kerja

Berdasarkan laporan indikator pelayanan rumah sakit, data triwulan dari bulan Maret sampai dengan bulan Mei tahun 2022 yaitu :

a. Jumlah pasien yang dirawat 326 pasien

b. BOR

BOR (Bed Occupancy Rate) presentasi tempat tidur pada satuan waktu tertentu dengan standar pencapaian 60-85% (Depkes RI. 2005 Kementrian 2011).

$$\text{Rumus} = \frac{\Sigma \text{ hari perawatan (HP)}}{\Sigma \text{ jumlah TT} \times \text{Jumlah Hari Persatuan Waktu}} \times 100\%$$

BOR ruang rawat inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Maret 2022. Mahasiswa Profesi Ners melakukan penghitungan BOR di RSUD dr. Haryoto ruang Bougenville dari hasil pengkajian sekunder di dapat jumlah hari perawatan sebanyak 353 hari, dan terdapat 38 tempat tidur, jumlah hari pengkajian yang dilakukan pada bulan Maret 2022.

$$\begin{aligned}\text{BOR} &= \frac{353}{38 \times 30} \times 100\% \\ &= \frac{353}{1140} \times 100\% \\ &= 30,96\%\end{aligned}$$

Pada bulan Maret 2022, BOR di ruang rawat inap adalah sebesar 30,96% .

BOR ruang rawat inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang April 2022. Mahasiswa Profesi Ners melakukan penghitungan BOR di RSUD dr. Haryoto ruang Bougenville dari hasil pengkajian sekunder di dapat jumlah hari perawatan sebanyak 268 hari, dan terdapat 38 tempat tidur, jumlah hari pengkajian yang dilakukan pada bulan April 2022.

$$\begin{aligned}\text{BOR} &= \frac{268}{38 \times 30} \times 100\% \\ &= \frac{268}{1140} \times 100\%\end{aligned}$$

$$= 23,51\%$$

Pada bulan April 2022, BOR di ruang rawat inap adalah sebesar 23,51%.

BOR ruang rawat inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Mei 2022. Mahasiswa Profesi Ners melakukan penghitungan BOR di RSUD dr. Haryoto ruang Bougenville dari hasil pengkajian sekunder di dapat jumlah hari perawatan sebanyak 337 hari, dan terdapat 38 tempat tidur, jumlah hari pengkajian yang dilakukan pada bulan Mei 2022.

$$\begin{aligned}\text{BOR} &= \frac{337}{38 \times 31} \times 100\% \\ &= \frac{337}{1178} \times 100\% \\ &= 28,61\%\end{aligned}$$

Pada bulan Mei 2021, BOR di ruang rawat inap adalah sebesar 28,6%.

c. ALOS

ALOS (Average Length of Stay) adalah rata-rata jumlah hari pasien rawat inap tinggal di rumah sakit, tidak termasuk bayi lahir di rumah sakit dalam periode dengan standar pencapaian 6-9 hari (Depkes RI dalam Kementrian 2011).

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah lama pasien di rawat}}{\text{jumlah pasien keluar(hidup\&mati)}}$$

Mahasiswa profesi ners melakukan penghitungan ALOS Diruang Rawat inap Bougenville bulan Maret 2022, dari hasil pengkajian selama 30 hari, didapatkan rata-rata lama rawat pasien.

$$\begin{aligned}\text{ALOS} &= \frac{381}{95} \\ &= 4 \text{ hari}\end{aligned}$$

Pada bulan Maret 2022 ALOS di ruang rawat inap Bougenville sebesar 4 hari. Hal ini menunjukkan bahwa ALOS di Ruang Rawat Inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang tidak berada pada rentang ideal yaitu antara 6-9 hari

Mahasiswa profesi ners melakukan penghitungan ALOS Diruang Rawat inap Bougenville bulan April 2022, dari hasil pengkajian bulan April, di dapatkan rata-rata lama rawat pasien.

$$\begin{aligned} \text{ALOS} &= \frac{277}{89} \\ &= 3,11 = 3 \text{ hari} \end{aligned}$$

Pada bulan April 2022 ALOS di ruang rawat inap bougenville sebesar 3 hari. Hal ini menunjukkan bahwa ALOS di Ruang Rawat Inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang tidak berada pada rentang kurang ideal yaitu antara 6-9 hari.

Mahasiswa profesi ners melakukan penghitungan ALOS Diruang Rawat inap Bougenville bulan Mei 2022, dari hasil pengkajian bulan Mei, di dapatkan rata-rata lama rawat pasien.

$$\begin{aligned} \text{ALOS} &= \frac{379}{118} \\ &= 3 \text{ hari} \end{aligned}$$

Pada bulan Mei 2022 ALOS di ruang rawat inap bougenville sebesar 3 hari. Hal ini menunjukkan bahwa ALOS di Ruang Rawat Inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang tidak berada pada rentang ideal yaitu antara 6-9 hari.

d. BTO

BTO (Bed Turn Over) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur di pakai dalam satu satuan waktu, dengan standar pencapaian 40-50 kali (Depkes RI. 2005 Kementrian 2011).

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup \& mati)}}{\text{jumlah tempat tidur}}$$

Hasil dari Ruang Rawat Inap Bougenville Maret 2022

$$\begin{aligned} \text{BTO} &= \frac{95}{38} \\ &= 3 \text{ kali} \end{aligned}$$

Pada Bulan Maret 2022 BTO di ruang rawat inap Bougenville sebesar 3 kali persatuan waktu. Hal ini menunjukkan bahwa BTO di Ruang Rawat Inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang memiliki rentang ideal yaitu antara 40-50 kali. BTO ruang Bougenville melebihi batas standar pencapaian berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu.

Hasil dari Ruang Rawat inap bulan April 2022

$$\begin{aligned} \text{BTO} &= \frac{89}{38} \\ &= 2,34 \text{ kali} = 2 \text{ kali} \end{aligned}$$

Pada bulan April 2022 BTO di ruang rawat inap Bougenville sebesar 2,34 persatuan waktu. Hal ini menunjukkan bahwa BTO di Ruang Rawat Inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang memiliki rentang yang kurang ideal yaitu antara 40-50 kali. BTO ruang Bougenville melebihi batas standar pencapaian berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu.

Hasil dari Ruang Rawat inap bulan Mei 2022

$$\begin{aligned} \text{BTO} &= \frac{118}{38} \\ &= 3 \text{ kali} \end{aligned}$$

Pada Mei 2022 BTO di ruang rawat inap Bougenville sebesar 3 kali persatuan waktu. Hal ini menunjukkan bahwa BTO di Ruang Rawat Inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang memiliki rentang yang ideal yaitu antara 40-50 kali.

e. TOI

TOI (*Turn Over Interval*) 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, 2005 Kementrian 2011).

$$\text{Rumus} = \frac{(\text{Jumlah TT x hari perawatan waktu}) - \text{hari perawatan RS}}{\text{jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

Hasil dari ruang Ranap bulan maret 2022

$$TOI = \frac{(38 \times 30) - 353}{95}$$

$$= \frac{787}{95}$$

$$= 8 \text{ hari}$$

Pada bulan maret 2022 TOI di ruang rawat inap bougenville sebesar 8 hari yang menunjukkan tingkat penggunaan tempat tidur di ruang bougenville berada dalam rentang kurang ideal. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari

Hasil dari ruang Ranap bulan April 2022

$$TOI = \frac{(38 \times 30) - 268}{89}$$

$$= \frac{869}{89}$$

$$= 10 \text{ hari}$$

Pada bulan April 2022 TOI di ruang rawat inap Bougenville sebesar 10 hari yang menunjukkan tingkat penggunaan tempat tidur di ruang bougenville berada dalam rentang kurang ideal. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari

Hasil dari ruang Ranap bulan mei 2022

$$TOI = \frac{(38 \times 31) - 337}{118}$$

$$= \frac{841}{119}$$

$$= 7 \text{ hari}$$

Pada bulan mei 2022 TOI di ruang rawat inap bougenville sebesar 7 hari yang menunjukkan tingkat penggunaan tempat tidur di ruang bougenville berada dalam rentang kurang ideal. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Tabel 2.1 Data BOR, ALOS, BTO, TOI

NO.	INDIKATOR	BULAN	NILAI
1.	BOR	Maret	30,96% .
		April	23,51%
		Mei	28,61%
2.	ALOS	Maret	4 hari
		April	3 hari
		Mei	3 hari
3.	BTO	Maret	3 kali
		April	2 kali
		Mei	3 kali
4.	TOI	Maret	8 hari
		April	10 hari
		Mei	7 hari

BAB III

PENGKAJIAN MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG BOUGENVILLE

3.1 Pengkajian Manajemen Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan wawancara dengan kepala ruang tanggal 20 Juni 2022, 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 dan wawancara.

Observasi dilakukan dengan melihat ada tidaknya visi misi rumah sakit, ruangan dan bidang keperawatan, struktur organisasi ruangan, SOP/SAK, ketersediaan format dokumentasi asuhan keperawatan dan menilai dokumentasi proses keperawatan.

3.2 Analisis Hasil Pengkajian Fungsi Manajemen di Ruang Bougenville

a. Fungsi Perencanaan

1. Visi, misi organisasi

Wawancara : menurut kepala ruangan dan kepala tim bahwa visi ruang Bougenville masih sama dengan visi misi rumah sakit, yaitu “Menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama Masyarakat Lumajang dan Sekitarnya”. Sedangkan misi ruang Bougenville “Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Dengan Dukungan SDM, Sarana Prasarana, dan Pengelolaan Manajemen Sesuai Standar yang Berorientasi Pada Kepuasan Pelanggan”

Observasi : hasil dari pengamatan dari ruang Bougenville tidak terlihat visi misi ruangan yang ditempel di dinding ruangan yang dapat terbaca dengan mudah oleh semua orang yang melewatinya.

Masalah : Visi masih dalam bentuk general pada rawat inap belum mengarah ke spesifikasi ruang interna.

2. Filosofi keperawatan

Wawancara : menurut hasil wawancara dengan kepala ruang agar perawat dapat bekerja berdasarkan filosofi ilmu dan seni keperawatan yang dinamis

Obervasi : adanya filosofi ilmu dan seni keperawatan yang dinamis

Masalah : -

3. Peraturan organisasi

Wawaancara : menurut kepala ruang sudah memiliki peraturan yang merujuk pada DEPKES, tetapi dalam pelaksanaanya tetap memakai aturan pada RSUD dr. Haryoto Lumajang

Observasi : ada uraian peraturan kepegawaian

Masalah : -

4. Pembuatan rencana harian

Wawancara : menurut hasil wawancara dengan kepala ruang di ruang Bougrnville sudah ada pembuatan lembar rencana harian dari Katim untuk semua tindakan yang dilakukan di ruangan Bougenville.

Observasi : adanya lembar rencana harian

Masalah : -

b. Pengorganisasian

1. Struktur organisasi

Wawancara : menurut kepala ruang didapatkan informasi bahwa struktur ketenagaan yang ada sudah dibentuk satu tim. Ketua tim bertanggung jawab pada pelayanan pasien di timnya, sedangkan perawat pelaksana bertanggung jawab pada implementasi tindakan keperawatan pada seluruh pasien. Di ruang bougenville terdapat

beberapa tenaga kesehatan, diantaranya yaitu dokter, perawat, ahli gizi, apoteker dan asisten keperawatan, serta bagian administrasi.

Observasi : struktur organisasi sudah ada namun belum di perbaharui.

Masalah : struktur organisasi belum di perbarui.

2. Pengorganisasian perawatan klien

Wawancara : menurut kepala ruang didapatkan bahwa metode penugasan yang dilakukan menggunakan metode satu tim dengan melihat tingkat ketergantungan pasien apakah tergolong partial care, atau total care, sehingga dalam satu tim perawat mengelola seluruh pasien di ruangan.

Observasi : hasil pengamatan dimana dalam ruangan ini menerapkan MAKP tim, yang dibuat sesuai tugas sehari-hari. Perawat pelaksana langsung bertanggung jawab kepada ketua tim. Perawat mengelola pasien sesuai tupoksi tugasnya masing-masing. Selain memberikan tindakan keperawatan, perawat juga memberikan edukasi kepada keluarga terkait perawatan pasien.

Masalah : -

3. Uraian tugas

Wawancara : menurut kepala ruang didapatkan setiap perawat yang ada di ruangan bougenville sudah mempunyai uraian tugas masing-masing. Kepala ruang memastikan semua SOP di ruang bougenville bisa berjalan dengan baik. Katim bertugas sebagai koordinator pelayanan, menyusun kegiatan harian perawat atas sepengetahuan kepala ruang dan memastikan seluruh kegiatan pelayanan berjalan lancar.

Obsrvasi : perawat di ruang bougenville melakukan kegiatan sesuai dengan peran dan tugas masing-masing

Masalah : SAK dan SOP yang baru masih dalam proses revisi sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama

4. Metode penugasan

Wawancara : menurut kepala ruang didapatkan informasi bahwa perhitungan jumlah tenaga keperawatan sudah disesuaikan dengan rasio klien.

Observasi : jumlah tenaga perawat masih kurang

Masalah : jumlah tenaga perawat yang kurang

5. Pendokumentasian asuhan keperawatan

Wawancara: menurut kepala ruang didapatkan informasi bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai dengan format yang sudah disepakati bersama antara kepala ruang dengan komite keperawatan dengan menggunakan format CPPT.

Observasi: tersedia lembar penulisan standar asuhan keperawatan dengan tersedia format evaluasi (SOAP). Penulisan SOAP sudah mengacu pada SDKI, SLKI, dan SIKI.

Masalah: pendokumentasian asuhan keperawatan yang diaplikasikan ruangan sudah terstruktur tetapi penulisan SOAP tidak dibuat per tiap diagnosa.

6. Pengaturan jadwal dinas

Wawancara : menurut kepala ruangan pengaturan shif yang dilakukan oleh kepala ruang disesuaikan dengan jumlah perawat yang ada di ruangan.

Observasi : format daftar shif diruangan menggunakan proporsi jumlah perawat yang ada

Masalah : kurangnya perawat dapat mempengaruhi pelayanan asuhan keperawatan

c. Fungsi Pengarahan

1. Motivasi kepada perawat

Wawancara : menurut kepala ruang didapatkan informasi bahwa peningkatan motivasi sudah dilakukan oleh kepala ruang dalam beberapa kesempatan diantaranya pada saat berkumpul di ruangan, saling sharing di grup WA, dan di lakukan rapat rutin 1 bulan sekali.

Observasi : Motivasi dilakukan oleh kepala ruang setiap melakukan timbang terima dan juga di grup WA

Masalah : -

2. Komunikasi

Wawancara : Menurut kepala ruang didapatkan informasi bahwa jalur komunikasi dilakukan secara bottom up dan top down. Asuhan keperawatan yang didokumentasikan diberitahukan pada saat timbang terima pasien dan ditindak lanjuti oleh perawat yang bertugas pada shif berikutnya.

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

Masalah : -

3. Pendelegasian

Wawancara : Menurut kepala ruangan didapatkan informasi bahwa pendelegasian di ruangan sudah dilakukan, jika kepala ruang ada jadwal luar ruangan maka tugas dilimpahkan kepada ketua tim

Observasi : pendelegasian tugas dari kepala ruangan di limpahkan kepada ketua tim secara lisan.

Masalah : -

d. Fungsi Pengendalian

1. Program pengendalian mutu

Wawancara : menurut kepala ruangan sudah ada tim pengendalian mutu.

Observasi : sudah ada system pelaporan dan pencatatan laporan kegiatan pengendali mutu.

Masalah :

2. Pelaksanaan SOP dan SAK

Wawancara : menurut kepala ruangan asuhan keperawatan yang diberikan sudah mengacu pada Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang sudah ditetapkan dan saat ini SOP dan SAK sedang direvisi ulang, saat ini dalam proses pengesahan direktur RS.

Observasi : SOP dan SAK sudah ada

Masalah : -

3.3 Analisis Sumber Daya (5M) di Ruang Bougenville

a. Ketenagaan (Man/M1)

1. Terdapat beberapa tenaga kesehatan, diantaranya yaitu 3 dokter, 16 perawat, ahli gizi 1, apoteker 1 serta 1 bagian administrasi.
2. Perawat di ruang Bougenville yang pernah mengikuti pelatihan, yaitu :
 - a) BCLS : 15 orang
 - b) PPGD : 12 orang
 - c) PKDKA : 4 orang
 - d) Pelatihan manajemen bangsal : 12 orang

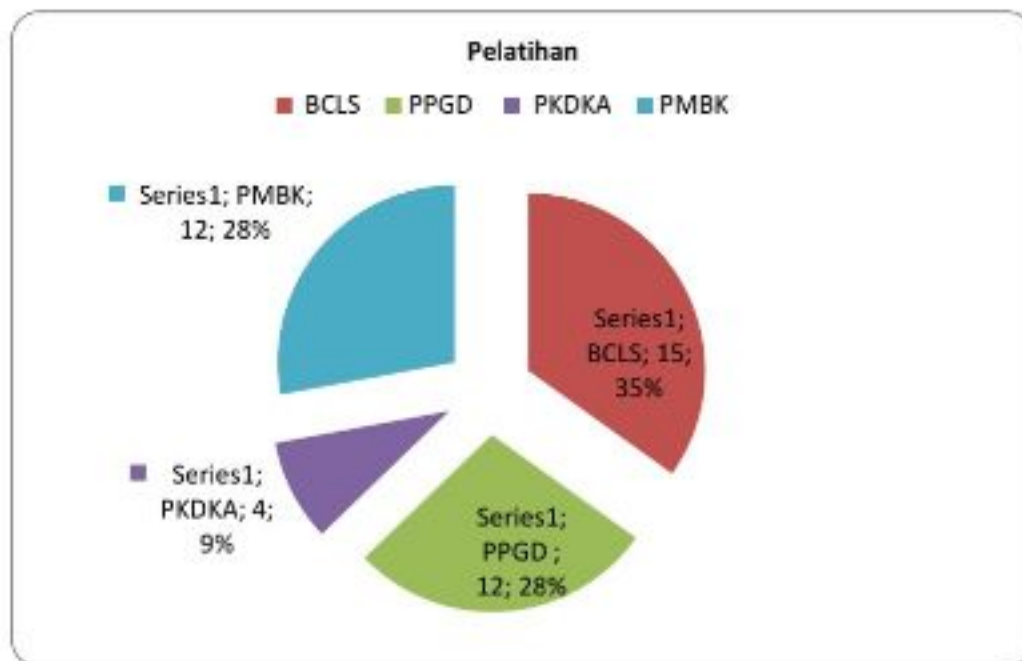


Diagram 3.1 pelatihan

Dari diagram pie diatas diketahui bahwa perawat yang mengikuti pelatihan BCLS sebanyak 15 orang (35%), PPGD sebanyak 12 orang (28%), PKDKA sebanyak 4 orang (9%), PMBK sebanyak 12 orang (28%).

Masa kerja perawat di ruangan :

- 0-5 tahun : 7 orang
- 6-10 tahun : 8 orang
- 16-20 tahun : 1 orang
- 21-25 tahun : 1 orang

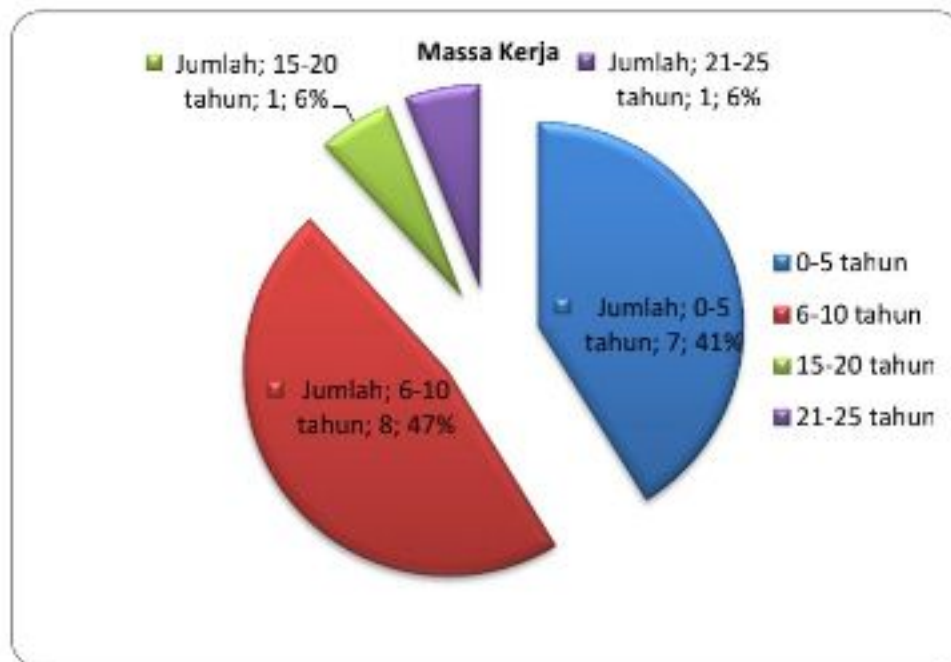


Diagram 3.2 Masa Kerja

Dari diagram pie diatas diketahui bahwa masa kerja perawat 0-5 tahun sebanyak 7 orang (41%), 6-10 tahun sebanyak 8 orang (47%), 15-20 tahun sebanyak 1 orang (6%), dan 21-25 tahun sebanyak 1 orang (6%).

3. Tingkat ketergantungan pasien rata-rata selama pengkajian yaitu ketergantungan minimal yaitu sebanyak 0 orang ,ketergantungan partial yaitu sebanyak 251 orang, ketergantungan total 65 orang.
4. Kebutuhan tenaga perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien menurut rumus Douglas.

Tabel 3.2 Kebutuhan tenaga perawat

	Pagi	Siang	Malam	Libur	Total
Tenaga yang di butuhkan	5 perawat	3 perawat	3 perawat	5 perawat	16 perawat

$$\text{Shift pagi} = (0 \times 0,17) + (251 \times 0,27) + (65 \times 0,36)$$

$$= 0 + 67,7 + 23,4$$

$$= 91,1 / 5 \text{ orang perawat untuk shift pagi}$$

$$\text{Shift siang} = (0 \times 0,14) + (251 \times 0,15) + (65 \times 0,3)$$

$$= 0 + 37,6 + 19,5$$

$$= 57,1 / 3 \text{ orang perawat untuk shift siang}$$

$$\text{Shift malam} = (0 \times 0,07) + (251 \times 0,10) + (65 \times 0,2)$$

$$= 0 + 25,1 + 13$$

$$= 38,1 / 3 \text{ orang perawat untuk shift malam}$$

$$\text{Total} = \text{pagi} + \text{siang} + \text{malam} + \text{libur}$$

$$= 5 + 3 + 3 + 5$$

$$= 16 \text{ perawat}$$

5. Alur masuk pasien di ruang bougenville dari poli dan IGD
6. Saat ini terdapat mahasiswa yang melakukan praktek di ruang Bougenville yaitu dari program studi ners dan dokter Muda, saat memberikan pelayanan ada kerjasama yang baik antara mahasiswa dengan perawat ruangan.

b. Sarana dan prasarana (Material/M2)

1. Ruang rawat inap Bougenville berada di lantai 2 bersebelahan dengan Ruang Melati.
2. Ruang Bougenville memiliki 12 kamar, pada kamar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 terdapat 2 tempat tidur, sedangkan kamar 9 terdapat 5 tempat tidur, kamar 10, 11, dan 12 terdapat 6 tempat tidur. Ruang nurse station berada ditengah ruang rawat inap. Untuk fasilitas yang ada di Ruang

Bougenville yaitu setiap kamar terdapat kamar mandi, wastafel, 2 kipas dan 1 jam dinding.

3. Peralatan di Ruang Bougenville sudah cukup lengkap antara lain oksigen, syringe pump, spignomanometer, thermometer aksila, thermometer, stetoskop, dll. Ketersediaan APD di ruangan juga sudah memadai dan sesuai standart.
4. Di ruangan tidak terdapat beberapa alat yang rusak dikarenakan jika rusak langsung diambil bidang pemeliharaan.

c. Metoda (Methode/M3)

1. Di ruang bougenville menggunakan MAKP, yaitu tim yang di modifikasi
2. Timbang terima di ruang Bougenville dilakukan saat pergantian shift
3. *Pre conference* di ruang Bougenville dilakukan sebelum timbang terima, yaitu membahas kondisi pasien dan rencana keperawatan yang akan dilakukan
4. *Post conference* di ruang Bougenville dilakukan sesudah timbang terima, yaitu membahas tentang evaluasi kondisi pasien setelah dilakukan rencana keperawatan dan apa saja terapi yang perlu ditambahkan
5. Ronde keperawatan dan diskusi refleksi kasus dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan klien
6. Supervisi di ruang Bougenville yaitu kepala ruang mengawasi dan melakukan pembinaan untuk mengatasi masalah pelayanan keperawatan di ruangan
7. Dokumentasi keperawatan di ruang bougenville menggunakan lembar CPPT
8. *Discharge planning* dilakukan saat pasien akan keluar rumah sakit, tetapi leaflet tersedia terbatas untuk pasien
9. Pelaksanaan asuhan keperawatan, di ruangan dalam melakukan tindakan keperawatan berpacu pada SAK

10. Pelaksanaan asuhan keperawatan, di ruangan dalam melakukan tindakan keperawatan berpacu pada SOP
11. Diagnosa Medis terbanyak di ruang Bougenville yaitu :
 1. GEA
 2. Pharingitis
 3. Bronkopneumoni
 4. DHF
 5. Observasi Febris
 6. Pneumonia
 7. Kejang (KDS/KDK)
 8. Asma
 9. Thalassemia
 10. Tuberculosis
12. Diagnosa keperawatan terbanyak di ruang Bougenville yaitu:
 1. Diare
 2. Pola nafas tidak efektif
 3. Bersihan jalan nafas tidak efektif
 4. Resiko cedera
 5. Gangguan rasa nyaman
 6. Resiko aspirasi
 7. Nyeri akut
 8. Hipovolemia
 9. Hipertermia
 10. Resiko perusi serebral tidak efektif
13. Program 6 sasaran keselamatan pasien
 - a. Ketepatan identifikasi pasien (gelang indentitas pasien)
 - b. Peningkatan komunikasi yang efektif
 - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu di waspadai (6 benar pemberian obat)
 - d. Kepastian tepat lokasi

- e. Pengurangan resiko pasien jatuh
- f. Pengurangan resiko infeksi

14. SAK dan SOP di ruang Bougenville masih dalam proses revisi

d. Sumber keuangan (Money/M4)

1. Belanja ruangan didapatkan dari dana anggaran rumah sakit yang di rencanakan 1 tahun sebelumnya
2. Kendali biaya dilakukan untuk menghemat anggaran belanja rumah sakit
3. Perencanaan belanja dilakukan untuk memperkirakan anggaran belanja.

e. Pemasaran bangsal (Market/M5)

1. Pemasaran Ruang Bougenville menggunakan metode konvensional dan platform digital
2. RSUD Dr. Haryoto melayani pasien dengan UMUM, BPJS dan SKTM
3. Setiap perawat wajib memposting ulang postingan dari sosial media rumah sakit.

BAB 4

ANALISIS SWOT

4.1 Analisis SWOT

Tabel 4.3 Analisis SWOT

NO	ANALISA	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING
1	M1 (Man) a. Internal Faktor (IFAS) <i>Strength</i> 1) Semua perawat pernah mengikuti pelatihan, diantaranya: a. BCLS : 15 orang b. PPGD : 12 orang c. PKDKA : 4 orang d. Pelatihan manajemen bangsal : 12 orang 2) Perawat ruangan selalu menggunakan komunikasi terapeutik kepada klien. 3) Masa kerja perawat rata-rata di atas 7 tahun, sehingga perawat ruang Bougenville bawah memiliki pengalaman kerja yang cukup lama. 4) Terdapat MAKP yang jelas, yaitu MAKP yang digunakan oleh	0,3 0,1 0,05 0,1	2 2 2 3	0,6 0,2 0,1 0,3

ruang bournville adalah MAKP campuran.				
TOTAL			1,2	
Weakness				
1) Banyak tenaga kerja keperawatan belum lulusan Ners.	0,05	4	0,2	
2) Tidak terdapat visi misi tertulis di dalam ruangan.	0,05	2	0,1	
3) Jam dinas malam terlalu panjang, yaitu 12 jam.	0,1	3	0,3	
TOTAL	0,2		0,6	
TOTAL IFAS	0,6			
b. Eksternal Faktor (EFAS)				
Opportunity				
1) Adanya reward dari rumah sakit dalam bentuk pelatihan.	0,3	3	0,9	O-T
2) Adanya peluang untuk melanjutkan jenjang pendidikan, yaitu terdapat 11 perawat yang melanjutkan jenjang pendidikan S1.	0,3	3	0,9	= 1,8 – 1,2 = 0,6
TOTAL	0,6		1,8	

2	Threatened				
	1) Semakin banyak rumah sakit yang berada di sekitar Rumah sakit dr. Haryoto	0,3	3	0,9	
	2) Semakin banyak dokter praktek dan klinik-klinik kecil	0,1	3	0,3	
	TOTAL	0,4		1,2	
	TOTAL EFAS			0,6	
	M2 (Material)				
	c. Internal Faktor (IFAS)				
	Strength				
	1) Tersedianya nurse station dan ruangan khusus untuk mahasiswa.	0,15	4	0,6	S-W
	2) Terdapat administrasi penunjang (seperti buku operan dan buku TTV) yang memadai.	0,05	3	0,15	= 1,85 – 1,6
	3) Ruangan sudah memakai oksigen tanam sehingga perawat lebih mudah dalam memberikan terapi oksigen untuk pasien.	0,1	2	0,2	= 0,25
	4) Pagar safety pada bed pasien selalu terpasang.	0,15	3	0,45	
	5) Terdapat almari obat, sehingga obat bisa tertata dengan rapi.	0,15	3	0,45	
	TOTAL	0,6		1,65	

Weakness				
1) Tidak tersedia hand sanitizer di setiap bed pasien.	0,2	2	0,4	
2) Tidak terdapat bel didepan kamar pasien.	0,3	3	0,9	
3) Tidak menggunakan leaflet saat melakukan discharge planning	0,1	3	0,3	
TOTAL	0,6		1,6	
TOTAL IFAS			0,25	
d. Eksternal Faktor (EFAS)				
Opportunity				
1) Adanya program pelatihan pengoperasian alat, seperti penggunaan APAR.	0,3	4	1,2	O-T
				$= 1,2 - 0,9$
			1,2	= 0,3
TOTAL				
Threatened				
1) Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk melengkapi sarana dan prasarana	0,3	3	0,9	
			0,9	
TOTAL				

Weakness				
1) Discharge planning sudah dilakukan, tetapi tidak digunakan leaflet atau media dalam melakukan pendes kepada pasien dan keluarga.	0,2	3	0,6	
TOTAL			0,6	
TOTAL IFAS				
b. Eksternal Faktor (EFAS)				
Opportunity				
1) Terdapat kebijakan pemerintah tentang profesionalisasi perawat (Undang-Undang Keperawatan).	0,3	3	0,9	O-T
2) Adanya program akreditasi RS dari pemerintah dimana elemen MAKP merupakan salah satu penilaian penting.	0,5	4	2	= 2,9 – 2,6
TOTAL			2,9	= 0,3
Threatened				
1) Persaingan antar rumah sakit yang semakin ketat.	0,4	4	1,6	
2) Terdapat beberapa RS yang sudah menggunakan alat pendokumentasian digital.	0,5	2	1	

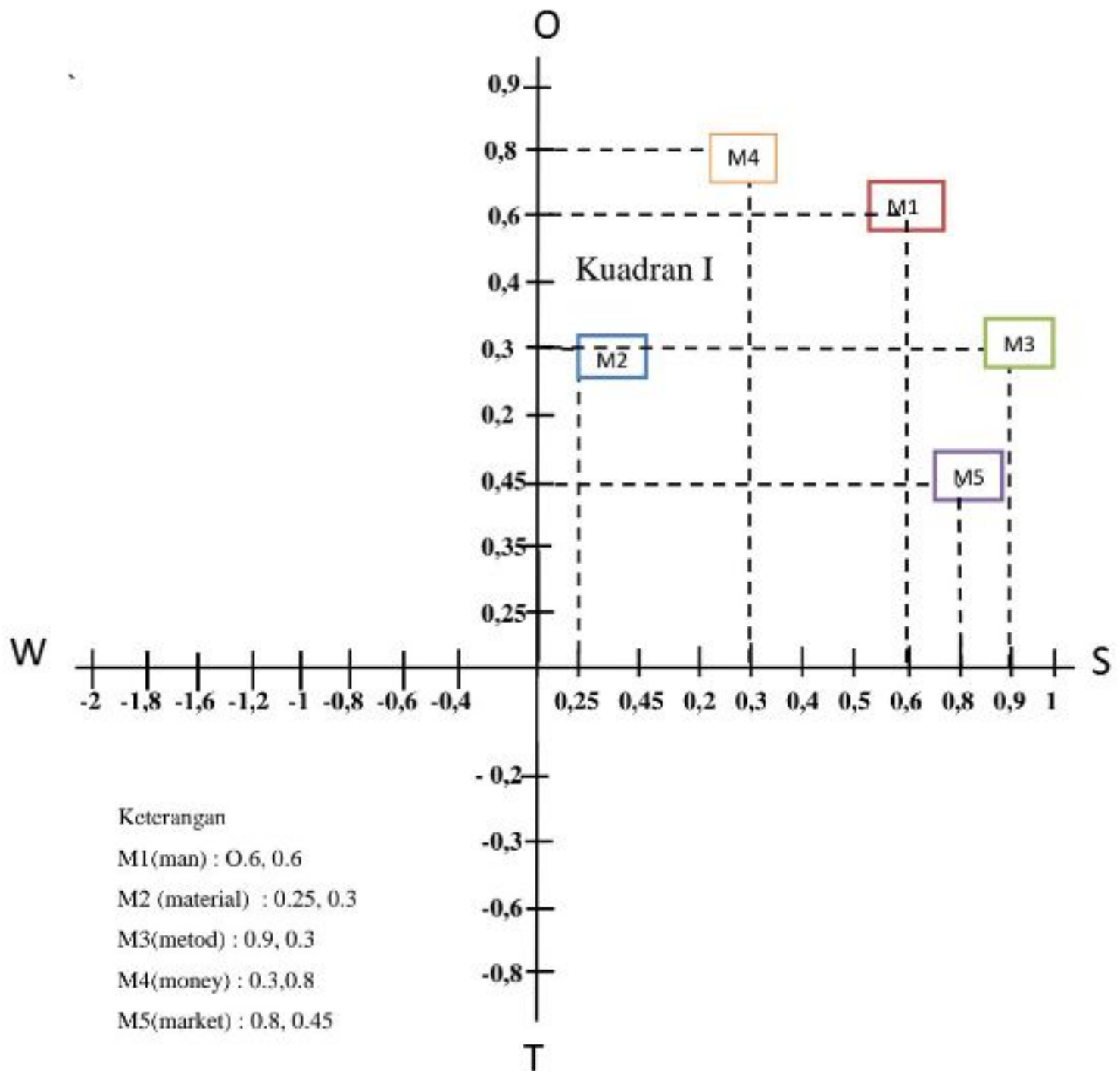
	TOTAL TOTAL EFAS	0,9		2,6 0,3	
4	M4 (<i>Money</i>) Internal Faktor (IFAS) <i>Strength</i> 1) Dana operasional ruangan diperoleh dari rumah sakit. 2) Dana kesejahteraan pegawai diperoleh dari rumah sakit dan pemerintah sesuai dengan indeks kinerja staf dan regulasi Rumah Sakit. 3) Meningkatnya jumlah kunjungan pasien dalam 3 bulan terakhir. TOTAL	0,15 0,15 0,3 0,6	3 3 2	0,45 0,45 0,6 1,5	S-W = 1,5 – 1,2 = 0,3

	Weakness	0,4	3	1,2	
	1) Ruangan tidak dapat mengelola keuangan secara independen.				
	TOTAL				
	TOTAL IFAS			0,3	
	Eksternal Faktor (EFAS)				
	Opportunity	0,35	3	1,05	O-T
	1) Adanya dana bantuan dari APBD dan APBN.	0,25	3	0,75	= 1,8 – 1
	2) Adanya pendapatan dari jasa medis untuk pasien dengan jaminan kesehatan	0,6		1,8	= 0,8
	TOTAL				
	Threatened				
	1) Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih profesional sehingga membutuhkan pendanaan yang lebih besar untuk mendanai sarana dan prasarana.	0,2	3	0,6	
	2) Proses pengurusan pencairan dana dari jaminan kesehatan yang lama.	0,2	2	0,4	
	TOTAL			1	

	TOTAL EFAS			0,8	
5	M5 (Mutu)				
	a. Internal Faktor (IFAS)				
	<i>Strength</i>				
	1) Perawat tanggap dalam menghadapi permasalahan yang ada di ruangan.	0,2	3	0,6	S-W = 1,6-0,8
	2) Perawat bersikap ramah dan peduli terhadap kondisi pasien.	0,2	3	0,6	= 0,8
	3) Terdapat program gelang identitas pada pasien.	0,1	4	0,4	
	TOTAL			1,6	
	<i>Weakness</i>				
	1) Tuntutan kepuasan pasien maupun keluarga terhadap pelayanan yang semakin tinggi.	0,2	4	0,8	
	TOTAL IFAS			0,8	

b. Eksternal Faktor (EFAS)				
<i>Opportunity</i>				
1) RS yang terakreditasi baik memiliki <i>image</i> memiliki mutu pelayanan yang baik.	0,5	1	0,5	O-T = 1,1 – 0,65 = 0,45
2) RS menggunakan layanan BPJS dan asuransi kesehatan lainnya.	0,2	2	0,6	
TOTAL			1,1	
<i>Threatened</i>				
1) Tuntutan dari masyarakat untuk pelayanan dan perawatan yang lebih profesional.	0,1	2	0,2	
2) Semakin meningkatnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan.	0,05	1	0,05	
3) Pelayanan dari Rumah Sakit lain yang lebih prima.	0,2	2	0,4	
TOTAL			0,65	
TOTAL EFAS				

4.3 DIAGRAM LAYANG SWOT



Hasil :

Berdasarkan diagram diatas, Ruang Bougenville berada pada kuadran I, yaitu berada pada situasi Agresif (+,+) . Strategi yang mana dalam kuadran I merupakan situasi yang sangat menguntungkan. Ruang bougenville ini memiliki peluang dan kekuatan sehingga dapat memanfaatkan peluang yang ada.

BAB 5

PRIORITAS MASALAH DAN POA

5.1 Daftar Masalah

Tabel 5.4 Daftar masalah manajemen di Ruang Rawat Inap Bougenville
Bawah RSUD dr. Haryoto Lumajang.

NO	MASALAH
1.	Discharge planing sudah dilaksanakan tetapi tidak tersedia leaflet untuk pasien dan keluarga.
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah ada dan tercetak tetapi belum di perbarui.
3.	SAK dan SOP yang baru masih dalam proses perbaikan sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama.
4.	Jumlah perawat yang kurang.

5.2 Prioritas Masalah

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

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

5) **Affordability (Af)** : Ketersediaan sumber daya yang ada

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

1 : sangat kecil

2 : kecil

3 : cukup

4 : besar

5 : sangat besar

Tabel 5.5 Rumusan Prioritas Masalah

No	Rumusan masalah	Skor					Prioritas
		Mg	Sv	Mn	Nc	Af	
1.	Discharge planing sudah dilaksanakan tetapi tidak ada leaflet untuk pasien dan keluarga	2	3	4	4	2	192
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah ada dan tercetak tetapi belum di perbarui	3	3	2	2	3	108
3.	Jumlah perawat yang kurang	2	2	2	3	2	48
4.	SAK dan SOP yang baru masih dalam proses perbaikan sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama	2	2	2	3	3	72

Dari tabel diatas maka dibuat prioritas masalah sebagai berikut :

1. Discharge planing sudah dilaksanakan tetapi tidak ada leaflet untuk pasien dan keluarga

2. Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah ada dan tercetak tetapi belum di perbarui
3. SAK dan SOP yang baru masih dalam proses perbaikan sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama
4. Jumlah perawat yang kurang

5.3 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 4). Tindak lanjut yang akan diambil mempertimbangkan keterbatasan waktu, sumber daya, dana keuangan dan kemampuan.

5.4 Penampisan Prioritas Tindakan

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

Capability (C) : Kemampuan ruangan dalam mengatasi masalah

Accessible (A) : Kemudahan masalah untuk diatasi

Readliness (R) : Kesiapan ruangan dalam mengatasi masalah

Leverage (L) : Daya pendorong dalam mengatasi masalah

Adapun skor penilaian yang digunakan adalah:

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

Tabel 5.6 Masalah prioritas

No.	Prioritas Masalah	Skor				Jumlah	Prioritas
		C	A	R	L		
1.	<i>Discharge planing</i> sudah dilaksanakan tetapi tidak ada leaflet untuk pasien dan keluarga	2	2	3	2	24	1
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah ada dan tercetak tetapi belum di perbarui	2	2	2	2	16	2
3.	SAK dan SOP yang baru masih dalam proses perbaikan sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama	1	2	2	3	12	3
4.	Jumlah perawat yang kurang	3	2	1	1	6	4

Dari tabel diatas maka dibuat prioritas penyelesaian masalah sebagai berikut :

1. *Discharge planing* sudah dilaksanakan tetapi tidak ada leaflet untuk pasien dan keluarga
2. Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah ada dan tercetak tetapi belum di perbarui
3. SAK dan SOP yang baru masih dalam proses perbaikan sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama
4. Jumlah perawat yang kurang

5.5 PLANNING OF ACTION (POA)

Tabel 5.7 Prioritas Masalah

No.	Masalah	Alternatif pemecah masalah	Rencana Kegiatan	Penanggung jawab	Sasaran	Metode
1.	<i>Discharge planning</i> sudah dilakukan tetapi tidak ada leaflet untuk keluarga	Membuat leaflet	a. Memberikan leaflet kepada keluarga pasien untuk di bawa pulang b. Membuat leaflet sesuai kasus tertinggi di ruang bougenville	a. Robiatul Andawiyah b. Safira Andriyani c. Siti Soleha d. Tristiana Dewi e. Wara Dinar Amanda	Keluarga pasien	Diskusi
2.	Visi, misi dan motto ruangan bougenville masih mengikuti rumah sakit akan tetapi visi misi ruangan akan di perbarui	Membuat banner Visi misi dan motto ruangan.	a. Mengidentifikasi visi, misi dan motto rumah sakit yang sudah tersedia. b. Mendiskusikan dengan kepala ruangan c. Melakukan pengadaan visi, misi dan motto ruangan yang baru untuk di pajang di ruangan d. Monitoring dan evaluasi kegiatan	a. Robiatul Andawiyah b. Safira Andriyani c. Siti Soleha d. Tristiana Dewi e. Wara Dinar Amanda	Ruang Bougenville	Diskusi
3.	SAK dan SOP yang baru masih dalam proses perbaikan sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama.	SOP dan SAK yang baru dapat segera selesai	a. Diskusikan dengan kepala ruang terkait kapan waktu penyelesaian SOP dan SAK yang baru	a. Robiatul Andawiyah b. Safira Andriyani c. Siti Soleha d. Tristiana Dewi e. Wara Dinar Amanda	Ruang Bougenville	Diskusi
4.	Jumlah perawat yang	Adanya tambahan tenaga	a. Diskusikan dengan kepala ruang, dan seluruh perawat	a. Robiatul Andawiyah b. Safira	Ruang Bougenville	Diskusi

kurang perawat S1/D3 keperawatan mengikuti pelatihan keperawatan anak,PICU dll.	kesehatan	Ruang Bougenville untuk mengajukan penambahan tenaga keperawatan di Ruang Bougenville b. Diskusikan dengan kepala bidang keperawatan	Andriyani c. Siti Soleha d. Tristiana Dewi e. Wara Dinar Amanda		
---	-----------	---	--	--	--

BAB 6

IMPLEMENTASI

Presentasi desiminasi awal dan hasil analisis pengkajian serta rencana penyelesaian masalah manajemen keperawatan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang dilaksanakan pada hari Kamis, tanggal 23 Juni 2022 yang dihadiri oleh Kepala Ruangan Bougenville, Pembimbing Ruangan Bougenville , Perwakilan bidang diklat RSUD dr. Haryoto Lumajang dan Dosen pembimbing mahasiswa Universitas dr. Soebandi. Pada pertemuan tersebut telah disepakati prioritas masalah yang telah ditetapkan meliputi:

1. Discharge planing sudah dilaksanakan tetapi tidak ada leaflet untuk pasien dan keluarga
2. Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah ada dan tercetak tetapi belum di perbarui
3. SAK dan SOP yang baru masih dalam proses perbaikan sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama
4. Jumlah perawat yang kurang

Rencana penyelesaian masalah diatas adalah :

1. Membuat lefleaf sesuai dengan kasus tertinggi diruang Bougenville dan memberikan leaflet kepada keluarga pasien untuk di bawa pulang.
2. Melakukan pengadaan struktur organisasi, visi, misi dan motto rumah sakit yang baru untuk dipajang di ruangan.
3. Melakukan pengadaan SAK dan SOP yang sudah diperbarui untuk diterapkan di ruangan.
4. Melakukan tambahan tenaga kesehatan dengan kriteria: perawat S1/D3 keperawatan, mengikuti pelatihan keperawatan anak, PICU dll.

6.1 Persiapan Kegiatan

6.1.1 Penyiapan perangkat MAKP

Penyiapan perangkat kegiatan MAKP dilakukan dengan menyusun format bersama dengan ketua tim ruangan. Perangkat yang disusun dalam bentuk struktur organisasi dengan jadwal shift yang telah ditentukan, membuat proposal, naskah

roleplay dari beberapa kegiatan, seperti timbang terima, *pre-post conference*, dan *discharge planning*.

6.2 Pelaksanaan Kegiatan

6.2.1 Tahap Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan MAKP dilakukan mulai tanggal 27 Juni – 02 Juli 2022 sesuai dengan jadwal yang telah disusun. Ada beberapa kegiatan yang dilakukan oleh kelompok antara lain, persiapan hasil kegiatan dalam bentuk pengkajian dan penyiapan perangkat MAKP, pelaksanaan kegiatan berdasarkan analisa data yang dikumpulkan dan evaluasi. Pada penyiapan perangkat MAKP dilakukan dengan menyusun format bersama dengan pembimbing Ruangan Bougenville. Perangkat yang disusun dalam bentuk kartu anggota tim yang terdiri dari kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana, format laporan manajemen keperawatan, format supervisi timbang terima, *pre-post conference* dan *Discharge planning*, dalam pelaksanaan kegiatan roleplay mahasiswa melakukan roleplay timbang terima atau *hand over*, *pre post conference* dan *Discharge planning*. Mahasiswa diberikan kepercayaan untuk memberikan asuhan keperawatan secara mandiri dengan mendokumentasikan kegiatan dalam bentuk CPPT yang tersimpan dalam rekam medis mahasiswa secara mandiri.

6.2.2 Penerapan Kegiatan

Penerapan dan uji coba MAKP di ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Operan/Hand Over

Nursalam (2014), menyatakan operan adalah suatu cara dalam menyampaikan sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien. operan pasien adalah waktu dimana terjadi perpindahan atau transfer tanggungjawab tentang pasien dari perawat yang satu ke perawat yang lain. Tujuan dari timbang terima pasien adalah menyediakan waktu, Informasi yang akurat tentang rencana perawatan pasien, terapi, kondisi terbaru, dan perubahan yang akan terjadi dan antisipasinya. Dalam operan dipaparkan tentang identitas pasien (Nama dan Usia), DPJP, No. RM, Tgl. MRS, Diagnosa Medis, Diagnosa Keperawatan, Keluhan, tindakan medis yang sudah diberikan, terapi DPJP, Intervensi Keperawatan yang sudah dilaksanakan, intervensi keperawatan yang belum terlaksana dan rencana tindak lanjut oleh Katim atau PJ tim

yang telah selesai tugas. Operan ini harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap.

Kegiatan operan di ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang yang dilakukan oleh kelompok 6 mahasiswa profesi ners state Manajemen Universitas dr. Soebandi Jember dilakukan sesuai dengan standart operasional prosedur dengan metode SBAR. Role play timbang terima dilakukan selama 6 hari dari mulai tanggal 27 Juni - 02 Juli 2022, dengan sistem bergilir untuk setiap jabatannya. Kegiatan roleplay timbang terima di ruang Bougenville sebagai bentuk penerapan MAKP sebagai berikut:

Tabel : Hasil Kegiatan roleplay timbang terima, Pre-Post Conference, dan discharge planning

No	Hari/Tanggal	Kegiatan	Hasil Kegiatan dan Evaluasi	Penanggung Jawab
1.	senin, 27 Juni 2022 Selasa, 28 Juni 2022 Rabu, 29 Juni 2022 Kamis, 30 Juni 2022 Jum'at, 01 Juni 2022 Sabtu, 02 Juni 2022	Timbang Terima	Kegiatan timbang terima di Ruang Bougenville telah dilakukan setiap pergantian shif sesuai dengan tugas masing-masing, timbang terima shif pagi ke shif sore di pimpin oleh kepala ruangan, kegiatan timbang terima yang dilakukan oleh kelompok sudah dilakukan sesuai dengan menerapkan prinsip timbang terima.	Senin, 27 Juni 2022 Kepala ruang: Wara Dinar Amanda Selasa, 28 Juni 2022 Kepala ruang: Siti Soleha Rabu, 29 Juni 2022 Kepala ruang: Robiatul Andawiyah Kamis, 30 Juni 2022 Kepala Ruang: Safira

				Andriyani Jum'at, 01 Juni 2022 Kepala Ruang: Tristiana Dewi Sabtu , 02 Juni 2022 Kepala ruang: Siti Soleha
2.	senin, 27 Juni 2022 selasa, 28 Juni 2022 rabu, 29 Juni 2022 Kamis, 30 Juni 2022 Jum'at, 01 Juni 2022 Sabtu, 02 Juni 2022	Pre-Post Conference	Kegiatan <i>pre-post Conference</i> telah dilakukan oleh kelompok, setelah operan dari kepala ruangan, ketua tim melakukan <i>pre-post Conference</i> bersama perawat pelaksana. <i>Pre-Conference</i> dilakukan setelah melakukan timbang terima dan mendiskusikan rencana yang akan dilakukan. Sedangkan <i>Post-Conference</i> dilakukan setelah tindakan kepada pasien dimana <i>Post-Conference</i> dilaksanakan 1 jam sebelum timbang terima.	Senin, 27 Juni 2022 Katim: Wara dinar Amanda Selasa, 28 Juni 2022 Katim: Siti Soleha Rabu, 29 Juni 2022 Katim : Robiatul Andawiyah Kamis, 30 Juni 2022 Katim: Safira Andriyani Jum'at, 01 Juni 2022

				Katim : Tristiana Dewi Sabtu , 02 Juni 2022 Katim : Siti Soleha
3.	Jum'at, 01 Juni 2022	Discharge Planning	Dari hasil observasi selama di ruang rawat inap Bougenville ditemukan bahwa penerapan <i>discharge planning</i> sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, karena saat <i>discharge planning</i> tidak menggunakan leaflet. Rencana tindak lanjut yang perlu dilakukan : membuat leaflet tentang penyakit yang paling banyak ditemukan di ruang Bougenville, salah satunya, yaitu Hipertermi dan Diare. Kelompok menyiapkan leaflet yang sesuai dengan kondisi pasien. Leaflet diberikan kepada keluarga supaya pasien dan keluarga mudah memahami apa yang kelompok sampaikan.	Jum'at, 01 Juni 2022 Kepala ruangan: Safira Andriyani
4.	senin, 27 Juni 2022 selasa, 28 Juni 2022 rabu, 29 Juni 2022	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	Kelompok melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai pasien kelolaan yang telah ditentukan Kepala Ruang dan Katim ruang Bougenville dengan format pendokumentasian: a. Nama Lengkap Pasien	

Kamis, 30 Juni 2022		b. Tanggal Lahir	
Jum'at, 01 Juni 2022		c. No. RM	
Sabtu, 02 Juni 2022		d. Jenis Kelamin	
		e. Tanggal/Jam	
		f. Format SOAP/IE/R (Catatan perkembangan pasien terintegrasi)	
		g. TTD dan Nama Terang	

6.2.3 Perbedaan Sebelum dan Sesudah Implementasi POA

1. Struktur Organisasi dan Visi misi ruangan

Sebelum	Sesudah
Struktur organisasi sudah tercetak namun belum di perbaharui dan visi misi ruangan belum ada dan belum di cetak.	Mahasiswa profesi Ners berkoordinasi dengan kepala ruang rawat inap Bougenville untuk mencetak dan memasang struktur organisasi ruangan.

2. Dokumentasi Discharge Planning

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

3. SAK DAN SOP yang baru masih dalam proses perbaikan

Sebelum	Sesudah
Dari hasil observasi, terdapat SAK dan SOP yang ada di ruangan masih menggunakan SOP dan SAK yang lama, SAK dan SOP baru masih dalam proses perbaruan.	Mahasiswa profesi Ners berkoordinasi dan mendiskusikan dengan CI Ruang terkait SAK dan SOP yang baru sudah selesai melakukan perbaruan tetapi masih proses editing oleh komite keperawatan.

4. Jumlah perawat yang kurang

Sebelum	Sesudah
Dari hasil observasi dan perhitungan menggunakan rumus Douglas, jumlah perawat diruangan Bougenville sudah memenuhi kriteria cukup berdasarkan tingkat ketergantungan pasien.	Mahasiswa profesi Ners mendiskusikan dengan CI terkait jumlah perawat diruangan, karna kita sebagai mahasiswa hanya bisa memberikan pengajuan penambahan tenaga perawat berdasarkan kriteria perawat yang dibutuhkan oleh ruangan Bougenville yaitu perawat S1/D3 keperawatan mengikuti pelatihan keperawatan anak, PICU dll.

6.3 Evaluasi Kegiatan MAKP

Evaluasi kegiatan MAKP proses untuk mengamati secara terus menerus pelaksanaan rencana kerja yang sudah disusun dan mengadakan koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi. Untuk indikator mutu yang dipakai oleh kelompok dalam melakukan evaluasi selama kegiatan antara lain adalah :

1. BOR

BOR (*Bed Occupancy Rate*) presentasi tempat tidur pada satuan waktu tertentu dengan standar pencapaian 60-85% (Depkes RI. 2005 Kementrian 2011).

$$\text{Rumus} = \frac{\Sigma \text{ hari perawatan (HP)}}{\Sigma \text{ jumlah TT} \times \text{Jumlah Hari Persatuan Waktu}} \times 100\%$$

BOR ruang rawat inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Juni 2022. Mahasiswa Profesi Ners melakukan penghitungan BOR di RSUD dr. Haryoto ruang Bougenville dari hasil pengkajian sekunder di dapat jumlah hari perawatan sebanyak 429 hari, dan terdapat 38 tempat tidur, jumlah hari pengkajian yang dilakukan pada bulan Juni 2022.

$$\begin{aligned} \text{BOR} &= \frac{429}{38 \times 30} \times 100\% \\ &= \frac{429}{1140} \times 100\% \\ &= 37,63\% \end{aligned}$$

Pada bulan Juni 2022, BOR di ruang rawat inap adalah sebesar 37,63% .

2. ALOS

ALOS (*Average Lenght of Stay*) adalah rata-rata jumlah hari pasien rawat inap tinggal di rumah sakit, tidak termasuk bayi lahir di rumah sakit dalam periode dengan standar pencapaian 6-9 hari (Depkes RI dalam Kementrian 2011).

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah lama pasien di rawat}}{\text{jumlah pasien keluar(hidup\&mati)}}$$

Mahasiswa profesi ners melakukan penghitungan ALOS Diruang Rawat inap Bougenville bulan Juni 2022, dari hasil pengkajian selama 30 hari, didapatkan rata-rata lama rawat pasien.

$$\begin{aligned} \text{ALOS} &= \frac{429}{138} \\ &= 3 \text{ hari} \end{aligned}$$

Pada bulan Juni 2022 ALOS di ruang rawat inap Bougenville sebesar 3 hari. Hal ini menunjukkan bahwa ALOS di Ruang Rawat Inap Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang tidak berada pada rentang ideal yaitu antara 6-9 hari

3. TOI

TOI (*Turn Over Interval*) 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. 2005 Kementrian 2011).

$$\text{Rumus} = \frac{(\text{Jumlah TT} \times \text{hari perawatan waktu}) - \text{hari perawatan RS}}{\text{jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

Hasil dari ruang Ranap bulan Juni 2022

$$\begin{aligned}\text{TOI} &= \frac{(38 \times 30) - 429}{138} \\ &= \frac{771}{138} \\ &= 5 \text{ hari}\end{aligned}$$

Pada bulan Juni 2022 TOI di ruang rawat inap bougenville sebesar 5 hari yang menunjukkan tingkat penggunaan tempat tidur di ruang bougenville berada dalam rentang kurang ideal. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari

4. Kejadian Infeksi Nosokomial

Angka Infeksi Nosokomial adalah jumlah pasien infeksi yang didapat atau muncul selama dalam perawatan di rumah sakit. Selama praktek tidak dijumpai kejadian infeksi nosocomial.

5. Kejadian Cedera

Angka Cidera adalah jumlah pasien yang mengalami luka selama dalam perawatan yang disebabkan karena tindakan jatuh, fiksasi, dan lainnya. Indikator ini dapat menggambarkan mutu pelayanan yang diberikan pada pasien. Idealnya tidak ada kasus pasien cidera. Selama praktek tidak didapatkan kejadian cedera dari pasien.

BAB 7

KESIMPULAN

7.1. Kesimpulan

1. Pengkajian data diruang praktek manajemen memakai sistem wawancara, observasi dan kuesioner. Dari hasil analisis ditemukan 4 masalah yang perlu dilakukan diruangan antara lain:
 - a. Dari hasil observasi, ditemukan bahwa penerapan *discharge planning* sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, karena belum ada media yang diberikan kepada pasien dan keluarga tentang pendidikan kesehatan yang sesuai dengan penyakitnya (Leaflet).
 - b. Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah tercetak , belum di perbarui dan juga belum ditempel di dinding ruangan Bougenville.
 - c. SAK dan SOP yang baru masih dalam proses perbaikan sehingga masih menggunakan SOP dan SAK yang lama
 - d. Jumlah tenaga perawat yang kurang
2. Kegiatan management dilakukan dengan mengikuti standart operasional prosedur dengan rutinitas kegiatan antara lain timbang terima, *Pre Conference*, *Post Conference*, *Discharge Planning* dan Dokumentasi Keperawatan. melakukan pencegahan pasien resiko jatuh dan upaya peningkatan *patient safety*.
3. Kegiatan evaluasi untuk kegiatan management dengan beberapa standart antara lain :

BOR Pada bulan Juni 2022 di Ruang bougenville RSUD Dr. Haryoto:

No	BOR	ALOS	TOI	Kejadian infeksi nosokomial	Kejadian Cedera
1	37,6%	3	5	-	-

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 S1 keperawatan yang diperlukan diruang MAKP.
 - b. Sub Departemen Keperawatan
 1. Melakukan supervisi secara teratur keruangan agar kemampuan dapat terbentuk menjadi budaya kerja yang harus dipertahankan dan ditingkatkan, juga memberi pujian terhadap hasil yang telah dicapai untuk meningkatkan motivasi dan kualitas kerja perawat.
 2. Memberikan pengayaan fungsi managerial bagi kepala ruangan terutama pada fungsi pengawasan.
 - c. Kepala ruangan dan Katim
 1. Melakukan asuhan keperawatan secara berkala pada pasien yang akan pulang atau dalam proses perawatan.
 2. Melakukan supervisi tingkat ruang sesuai dengan acuan yang ada yang telah ditentukan oleh direksi Rumah Sakit
 - d. Perawat pelaksana
 1. Membudayakan kegiatan yang telah diajarkan dan menjadikan suatu rutinitas kegiatan.
 2. Membudayakan membaca dan menulis asuhan keperawatan pasien
 3. Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan untuk menunjang profesionalisme perawat.

- e. Mahasiswa praktek yang akan datang diharapkan dapat memantau hasil *residence* terdahulu khususnya di ruang bougenville percontohan MAKP dan menambah kegiatan lain yang belum dapat dilaksanakan seperti : rencana mingguan, bulanan, dan ronde keperawatan dan menyempurnakan format pengkajian dan intervensi yang sudah ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Hasibuan, Malayu S.P, 2012 . *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bumi Aksara, Jakarta
- Nursalam (2014) *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.
- Marquis, B.L. & Huston, C.J (2014). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan : Teori dan Aplikasi* , (Ed.4). Jakarta : EGC
- Winda sari, "Penerapan Fungsi Manajemen dalam Pengelolaan Perpustakaan" *Jurnal Ilmu Informasi Kepustakaan dan Kearsipan*", Volume 1 Nomor 1, edisi September 2012, hal 41

Lampiran 1

**PROPOSAL
DISCHARGE PALANNING
MANAJEMEN KEPERAWATAN**



**Disusun oleh :
Kelompok 6**

Robiatul Andawiyah, S.Kep	21101086
Safira Andriyani, S.Kep	21101089
Siti Soleha, S.Kep	21101096
Tristiana Dewi, S.Kep	21101098
Wara Dinar Amanda, S.Kep	21101103

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER
2021/2022**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

1.2 Tujuan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji kebutuhan rencana pemulangan.

- b. Mengidentifikasi masalah pasien.
- c. Memprioritaskan masalah pasien yang utama.
- d. Membuat perencanaan pasien pulang, yaitu mengajarkan pada pasien yang harus dilakukan dan dihindari selama di rumah.
- e. Melakukan evaluasi pada pasien selama diberikan penyuluhan.
- f. Mendokumentasikan.

1.3 Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

- a. Terjadi pertukaran informasi antara mahasiswa dengan pasien sebagai penerimaan pelayanan.
- b. Mengevaluasi pengaruh intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien.
- c. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan di rumah.

2. Bagi Pasien

- a. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan keperawatan di rumah.
- b. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien.
- c. Membantu pasien memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memperbaiki, serta mempertahankan status kesehatan pasien.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Pengertian Discharge Planning

Discharge planning merupakan proses berkesinambungan guna menyiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap. Proses identifikasi dan perencanaan kebutuhan keberlanjutan pasien ditulis guna memfasilitasi pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain agar tim kesehatan memiliki kesempatan yang cukup untuk melaksanakan *discharge planning*. *Discharge planning* dapat tercapai bila prosesnya terpusat, terkoordinasi, dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu untuk perencanaan perawatan berkelanjutan pada pasien setelah meninggalkan rumah sakit. Sasaran pasien yang diberikan perawatan pasca rawat inap adalah mereka yang memerlukan bantuan selama masa penyembuhan dari penyakit akut untuk mencegah atau mengelola penurunan kondisi akibat penyakit kronis. Petugas yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan merupakan staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* dan fasilitas kesehatan, menyediakan Pendidikan kesehatan, memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan serta mengimplementasikan *discharge planning*. Misalnya, pasien yang membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, transportasi pasca rawat inap. (Nursalam, 2016; The Royal Marsden Hospital, 2014; Potter & Perry, 2005; *Discharge Planning Association*, 2016).

2.2 Tujuan Discharge Planning

- a. Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial;
- b. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
- c. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien;
- d. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain;
- e. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien;

- f. Melaksanakan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

2.3 Manfaat Discharge Planning

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

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

- a. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat penjaran selama di rumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu di rumah.
- b. Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas keperawatan pasien.
- c. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru.
- d. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan rumah.

2.4 Prinsip Discharge Planning

- a. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
- b. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi. Kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi.
- c. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
- d. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang

disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia atau fasilitas yang tersedia di masyarakat.

- e. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaan pulang harus dilakukan (Nursalam, Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4, 2014).

Departemen Kesehatan R.I (2008) menjabarkan bahwa prinsip *discharge planning* diawali dengan melakukan pengkajian pada saat pasien masuk rumah sakit guna mempermudah proses identifikasi kebutuhan pasien. Merencanakan pulang pasien sejak awal dapat menurunkan lama masa perawatan sehingga diharapkan akan menurunkan biaya perawatan. *Discharge planning* disusun oleh berbagai pihak yang terkait antara lain pasien, keluarga, dan care giver berdasarkan kebutuhan pasien dan keluarga secara komprehensif. Hal ini memungkinkan optimalnya sumber-sumber pelayanan kesehatan yang sesuai untuk pasien setelah rawat inap. Prinsip *discharge planning* juga meliputi dokumentasi pelaksanaan yang dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga dalam kurun waktu 24 jam sebelum pasien keluar dari rumah sakit

2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Discharge Planning

Menurut penelitian Radiatul (2017) beberapa faktor perawat yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* yaitu motivasi yang dimiliki oleh perawat dan cara yang komunikatif dalam penyampaian informasi kepada pasien dan keluarga sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti oleh pasien dan keluarga. Pengetahuan perawat merupakan kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien dan keluarga, sehingga dapat menerima informasi sesuai dengan kebutuhan.

Menurut Potter & Perry (2005) faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan yang berasal dari pasien sebagai berikut:

- a. Motivasi: Motivasi merupakan keinginan pasien untuk belajar. Apabila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan antusias untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya dan perawatan tindak lanjut untuk meningkatkan kesehatannya.
- b. Sikap positif: Sikap positif terhadap penyakit dan perawatan akan mempermudah pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
- c. Emosi: Emosi stabil akan mempermudah pasien menerima informasi yang disampaikan, sedangkan perasaan cemas atau perasaan negatif lainnya dapat mengurangi kemampuan pasien untuk menerima informasi.
- d. Usia: Tahap perkembangan yang berhubungan dengan usia berperan dalam penerimaan informasi yang akan disampaikan. Semakin dewasa usia, maka kemampuan menerima informasi semakin baik karena didukung oleh pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.
- e. Kemampuan belajar: Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka kemampuan dalam menerima informasi dapat lebih mudah.
- f. Kepatuhan: Kepatuhan pasien adalah perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan dari pendidikan kesehatan yang telah disampaikan. Kepatuhan dari pendidikan kesehatan tersebut merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan dari *discharge planning*.
- g. Dukungan: Dukungan dari keluarga dan orang sekitar sangat mempengaruhi proses percepatan kesembuhan seorang pasien. Keluarga akan melanjutkan perawatan pasien di rumah setelah pasien dipulangkan. Memberikan informasi kesehatan kepada keluarga dapat membantu mempercepat proses kesembuhan pasien dan dukungan yang baik akan mempengaruhi keberhasilan suatu pendidikan kesehatan dan juga mempengaruhi keberhasilan *discharge planning*.

2.6 Jenis-jenis Pemulangan Pasien

- a. *Conditioning discharge* (pulang sementara atau cuti), keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat
- b. *Absolute discharge* (pulang mutlak atau selamanya), cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit. Namun apabila pasien perlu dirawat kembali maka prosedur keperawatan dapat dilakukan kembali.
- c. *Judicial discharge* (pulang paksa), kondisi ini pasien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi pasien harus dipantau dengan melakukan kerja sama dengan keperawatan puskesmas terdekat.

2.7 Hal-hal yang Harus Diketahui Pasien Sebelum Pulang

- a. Instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan, serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi.
- b. Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus dilakukan di rumah.
- c. Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan.
- d. Jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengantisipasi.
- e. Pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga maupun pasien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi, dan lain-lain.
- f. Informasi tentang nomor telepon layanan keperawatan, medis, dan kunjungan rumah apabila pasien memerlukan.

2.8 Alur Discharge Planning



BAB III

RENCANA KEGIATAN

3.1 Pelaksanaan Kegiatan

Hari/tanggal : Kamis, 12 Mei 2022
Pukul : 10.00 WIB
Topik : *Discharge Planning*
Tempat : Ruang Bougenville

3.2 Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

3.3 Media

1. Status pasien
2. SOP
3. Sarana dan prasarana perawatan

3.4 Pengorganisasian

Kepala Ruangan
Kepala TIM
Perawat Pelaksana I
Dokter
Keluarga
Pasien

3.5 Pelaksanaan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	1. PP 1 sudah siap dengan status pasien dan format <i>discharge planning</i>. 2. Menyebutkan masalah pasien. 3. Menyebutkan hal-hal yang perlu diajarkan pada pasien dan keluarga. 4. KARU memeriksa kelengkapan administrasi.	10 menit	<i>Nurse station</i>	PP1 KARU
Pelaksanaan	1. PP 1 menyampaikan pendidikan kesehatan, melakukan demonstrasi dan redemonstrasi: a. diet, b. aktivitas dan istirahat, c. minum obat teratur, d. keperawatan diri. 2. PP1 menanyakan kembali pada pasien tentang materi yang telah disampaikan, 3. PP1 mengucapkan terima kasih. 4. Pendokumentasian.	30 menit	<i>Bed pasien</i>	PP1

BAB IV

PENUTUP

3.1 Kesimpulan

Discharge planning merupakan proses berkesinambungan guna menyiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap. Proses identifikasi dan perencanaan kebutuhan keberlanjutan pasien ditulis guna memfasilitasi pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain agar tim kesehatan memiliki kesempatan yang cukup untuk melaksanakan *discharge planning*. Petugas yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan merupakan staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* dan fasilitas kesehatan, menyediakan Pendidikan kesehatan, memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan serta mengimplementasikan *discharge planning*. Misalnya, pasien yang membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, transportasi pasca rawat inap. (Nursalam, 2016; The Royal Marsden Hospital, 2014; Potter & Perry, 2005; *Discharge Planning Association*, 2016).

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

3.2 Saran

Discharge planning tidak hanya diberikan leaflet saja, sebaiknya juga diberikan poster agar keluarga dapat memahami tentang penyakitnya

DAFTAR PUSTAKA

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

Lampiran SOP *discharge planning*

	SOP DISCHARGE PLANNING		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	Tanggal Terbit	Dikeluarkan Oleh	
PENGERTIAN	Discharge planning merupakan persiapan pasien sebelum pulang ke rumah dengan memberikan penyuluhan tentang perawatan di rumah, pencegahan, dan sebagainya.		
TUJUAN	1. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan keperawatan di rumah. 2. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien. 3. Membantu pasien memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien.		
INDIKASI	Saat pasien mulai MRS sampai persiapan pulang ke rumah.		
KONTRA INDIKASI	-		
PERSIAPAN PERAWAT	1. Perawat harus tahu penyakit apa yang diderita pasien, dan bagaimana melakukan perawatan di rumah, dan pencegahannya. 2. Perawat harus percaya diri dalam menyampaikan discharge planning.		
PERSIAPAN ALAT	1. Lembar telah dilakukan discharge planning. 2. Lingkungan yang nyaman.		
PERSIAPAN PASIEN	Beri penjelasan pada keluarga dan pasien tentang cara perawatan di rumah dan pencegahannya.		
PROSEDUR	1. Memberikan salam. 2. Mengenalkan nama perawat. 3. Memberi penyuluhan kepada pasien dengan cara diskusi, tanya jawab, demonstrasi.		

	4. Menggunakan alat peraga bila diperlukan. 5. Mengadakan evaluasi. 6. Memberikan umpan balik. 7. Mengakhiri kegiatan dengan memberikan salam. 8. Mencatat hasil penyuluhan.
HASIL	Dokumentasi : 1. Catat tindakan yang telah dilakukan. 2. Waktu dan Tanggal Tindakan. 3. Nama Pasien, Usia, Nomor Rekam Medik. 4. Nama Perawat dan Tanda Tangan Perawat.

Lampiran check list *discharge planning*

Check list observasi proses pelaksanaan discharge planning

No	Proses <i>discharge planing</i>	dilaksananan	Tidak dilaksanakan
	Pada saat pasien pertama kali masuk ruang rawat inap		
1	Melakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien pulang dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana keperawatan dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif		
2	Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan: - terapi dirumah - hal-hal yang harus dihindari - akibat dari gangguan kesehatan yang dialami - komplikasi yang mungkin terjadi		
3	Mengkaji faktor-faktor lingkungan dirumah yang dapat mengganggu perawatan diri (ukuran kamar, lebar jalan, tangga, keadaan lantai, fasilitas kamar mandi dll)		
4	Kolaborasi dengan dokter dan tenaga kesehatan lainnya tentang perlu tidaknya rujukan untuk mendapatkan perawatan dirumah atau di tempat pelayanan yang lainnya		
5	Kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya tentang berbagai kebutuhan pasien setelah pulang		
6	Evaluasi kemajuan pasien secara terus menerus, dan ketika akan pulang tentukan tujuan pemulangan pasien yang relevan		
	Persiapan sebelum hari kepulangan pasien		
7	Memberikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga		

8	Melakukan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang: - tanda dan gejala penyakit - komplikasi penyakit - informasi obat-obatan yang diberikan - penggunaan perawatan medis dan perawatan Lanjutan - diet makanan - latihan fisik - hal-hal yang harus dihindari atau pantangan		
9	Memberikan leaflet atau buku saku		
	Pada hari kepulangan pasien		
10	Memeriksa order dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan atau alat-alat khusus yang di Butuhkan		
11	Menanyakan transportasi pasien ketika pulang		
12	Tawarkan kepada pasien dan keluarga untuk mempersiapkan seluruh barang-barang pribadi untuk dibawa pulang		
13	Memeriksa seluruh ruang rawat inap termasuk kamar mandi dan carilah salinan daftar-daftar barang berharga yang dimiliki pasien		
14	Memberikan pasien resep atau obat-obat sesuai dengan pesan dokter		
15	Menghubungi bagian keuangan untuk menentukan apakah pasien atau keluarga sudah bisa mengurus Administrasi		
16	Memberi tawaran kepada pasien untuk menggunakan kursi roda sampai kendaraan yang akan membawa pasien Pulang		
17	Mencatat format ringkasan pulang pasien (dibeberapa		

	institusi, pasien juga mendapat salinan format ringkasan pemulangan tersebut)		
18	Dokumentasi status masalah kesehatan pasien pulang		

Lampiran format pasien pulang

Pasien Pulang

DISCHARGE PLANNING	No. Reg. :
	Nama :
	Jenis Kelamin :
Tanggal MRS :	Tanggal KRS :
Bagian :	Bagian :
Dipulangkan dari RS Y dengan keadaan ☐ Sembuh ☐ Pulang paksa ☐ Meneruskan dengan obat jalan ☐ Lari ☐ Pindah ke RS lain ☐ Meninggal	
A. Kontrol: a. Waktu: b. Tempat:	
B. Lanjutan keperawatan di rumah (luka operasi, pemasangan <i>gips</i>, pengobatan, dan lain-lain)	
C. Aturan diet/nutrisi:	
D. Obat-Obat yang masih diminum dan jumlahnya:	
E. Aktivitas dan istirahat:	
Hal yang dibawa pulang (hasil laboratorium, foto, EKG, obat, lainnya):	

Lain-lain:

Lumajang,

.....

Leaflet Discharge Planning

DIARE



Di Buat oleh:
kelompok 6

1. Robiatul Andaniyah, S.Kep 21101086
2. Safira Andriyani, S.Kep 21101089
3. Sib Soliha, S.Kep 21101096
4. Tristiana Dewi, S.Kep 21101098
5. Wira Dinar Amanda, S.Kep 21101105

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS Dr. SOEHANDI JEMBER
2021/2022

Apa Diare itu

adalah berak encer/cair lebih dari 3 kali sehari

Bahaya Diare



Kekurangan Cairan/Lemas
Mengakibatkan

↓

Kehabisan Cairan dan Meninggal



Cara Mengatasi Diare di Rumah



1. Segera Beri Banyak Minuman
 - Cairan yang tersedia di rumah tangga seperti:
 - ✓ Buah sayur
 - ✓ Kuah Sop
 - ✓ Air Tajin
 - ✓ Sari Buah
 - ✓ Air Teh
 - ✓ Air Matang

Pemberian jangan beri minuman dalam kaleng/botol

- Bila ada, Beri Oralit
- Berikan Oralit setiap kali berak
 - ✓ Umur kurang dari 3 tahun: 1/4-1/2 gelas
 - ✓ Umur 1-4 tahun: 1/2-1 gelas
 - ✓ Umur diatas 5 tahun: 1-1 setengah gelas

- Cara menyiapkan Oralit
 - Sediakan 1 gelas air matang (200 ml)
 - Masukkan semua bubuk oralit kemasan 200 ml ke dalam gelas
 - Aduk sampai larut
2. Teruskan Pemberian Makan Selama Diare:
 - Teruskan dan tingkatkan pemberian air susu Ibu(ASI) pada bayi yang masih menyusu
 - Anak Usia di atas 6 bulan berikan makan tambahan seperti:
 - ✓ Bubur dan sayuran
 - ✓ Sari buah segar
 - ✓ Beri makan lebih dari 6 kali/hari
- Setelah Diare
 - Beri makanan lebih sering dari biasanya minimal selama 3 minggu dan teruskan seperti biasa
- Harus diperhatikan
 - Jangan beri makanan yang merangsang seperti
 - pedas
 - terlalu asin
 - asam
 - jangan berikan makan yang sudah rusak atau basi

3. Mencari Pengobatan Lanjutan



- ✦ Segera ke puskesmas / rumah sakit bila tidak membaik dalam 3 hari atau ada salah satu tanda
 - ✓ Diare terus menerus
 - ✓ muntah berulang ulang
 - ✓ rasa haus yang nyata
 - ✓ makan minum sedikit
 - ✓ demam
 - ✓ ada darah dalam tinja
 - ✓ mata tampak cekung/cekung
 - ✓ anak lemas (cenderung tidur)
- Peningkatan kesehatan perorangan dan lingkungan
 - o Gunakan air bersih yang cukup
 - o Cuci tangan dengan sabun & air bersih
 - o berak di jamban
- peningkatan daya tahan tubuh, meliputi:
 - o Pemberian ASI
 - o Pemberian makan pendamping ASI
 - o Imunisasi Campak



ANAK SEHAT



BEBAS DIARE

**Beritahukan
Tetangga Anda
Tentang Pesan
ini**

HIPERTERMI



Dibuat oleh:

Kelompok 6

1. Roblati Andariyah, S.Kep 21101086
2. Safira Andriyani, S.Kep 21101089
3. Siti Setiati, S.Kep 21101090
4. Triutana Denti, S.Kep 21101096
5. Wira Dinar, S.Kep 21101109

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS Dr. SOEBANDI JEMBER
2021/2022

Definisi

Hipertermi adalah suatu keadaan dimana seseorang beresiko untuk mengalami kenaikan suhu secara terus menerus lebih tinggi dari 37° C (normal) atau 38,8° C (peroral) karena peningkatan kewanjanaan terhadap faktor faktor eksternal.



Penyebab Hipertermi

1. Perubahan mekanisme pengaturan panas sentral yang berhubungan dengan trauma lahir dan obat-obatan.
2. infeksi oleh bakteri, virus atau protozoa.
3. Peradangan
4. ketidakefektifan suhu sekunder pada usia lanjut
5. kerusakan jaringan misalnya demam rematik pada perselera, terdapat peningkatan produksi panas dan penurunan kehilangan panas pada suhu febris.

Tanda dan Gejala Hipertermi

Hal pertama yang terjadi setelah virus masuk dalam tubuh penderita adalah viremia yang mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal-pegal seluruh tubuh dan hal lain yang dapat terjadi adalah pembesaran hati (hepatomegali).

Komplikasi

komplikasi yang terjadi pada pasien hipertermi:

1. Kejang Demam
2. Dehidrasi
3. Kehilangan Kesadaran



Pengobatan Hipertermi

1. Bedrest (istirahat)
2. Diet berikan bubur dan makanan rendah serat
3. Kompres Hangat
4. Farmakologi :obat penurun panas (mis: parasetamol)



Manifestasi Klinis

1. Dapat Timbul Gejala pada anak: inkubasi antara 5-40 hari dengan rata-rata 10-14 hari
2. Demam meninggi sampai akhir minggu pertama.
3. Demam turun pada minggu keempat, kecuali demam tidak tertangani akan menyebabkan syok, stupor, dan koma.
4. Ruam muncul pada hari ke 7-10 hari dan bertahan selama 2-3 hari
5. Nyeri kepala, nyeri perut
6. Kembung, mual, muntah, diare, konstipasi
7. Pusing, bradikardi, nyeri otot
8. Batuk
9. Epilektik
10. Lidah yang bereslapur



Catatan: Bila Demam lebih dari 3 hari segera bawa ke puskesmas/RS terdekat

**Mari Kita Jaga Kesehatan Kita
Karna Kesehatan Mencegah Lebih Baik Dari Pada Mengobati**



Lampiran 2

**PROPOSAL
PRE DAN POST-CONFERENCE
MANAJEMEN KEPERAWATAN**



**Disusun oleh :
Kelompok 6**

Robiatul Andawiyah, S.Kep	21101086
Safira Andriyani, S.Kep	21101089
Siti Soleha, S.Kep	21101096
Tristiana Dewi, S.Kep	21101098
Wara Dinar Amanda, S.Kep	21101103

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER
2021/2022**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

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

1.2 Tujuan

1. Tujuan umum

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

2. Tujuan khusus

- a. Mengklarifikasi rencana kegiatan yang akan dilakukan.
- b. Mengklarifikasi rencana tambahan dari ketua tim atau penanggungjawab tim.
- c. Mengklarifikasi hasil kegiatan sepanjang shift.
- d. Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam rencana kegiatan yang telah disusun sebelumnya.
- e. Mendiskusikan kegiatan yang belum tercapai dan membangun sistem pendukung di unit rawat inap.

1.3 Manfaat

1. Bagi Perawat

- a. Meningkatkan kemampuan perawat dalam berpikir kritis.
- b. Meningkatkan kemampuan perawat dalam pengambilan keputusan klinik.
- c. Meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam bertugas.
- d. Menjalin hubungan bekerjasama dan bertanggungjawab antar perawat
- e. Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan

2. Bagi pasien

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

1.4 Sasaran

Perawat ruang bougenville

1.5 Materi

Terlampir

1.6 Metode

Diskusi

1.7 Media

- a. Lampiran materi sosialisasi
- b. Sarana diskusi : kertas, pulpen

1.8 Proses Pelaksanaan

Waktu	Kegiatan	Uraian kegiatan	Respon sasaran
5 menit	Pembukaan	1. Memberikan salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Apersepsi 4. Menyampaikan tujuan penyuluhan	1. Membalas salam 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan
20 menit	Inti	1. Menggali pengetahuan sasaran tentang <i>pre</i> dan <i>post-conference</i> 2. Menjelaskan pengertian <i>pre</i> dan <i>post-conference</i> 3. Menjelaskan pedoman <i>pre</i> dan <i>post-conference</i> 4. Menjelaskan alur <i>pre</i> dan <i>post-conference</i> 5. Menjelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan tentang <i>pre</i> dan <i>post-conference</i>	1. Mengungkapkan hal-hal yang diketahui tentang <i>pre</i> dan <i>post-conference</i> 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan 5. Mendengarkan
5 menit	Penutup	1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan 2. Mengevaluasi pemahaman sasaran tentang materi yang diberikan 3. Mengucapkan permintaan maaf dan salam penutup	1. Mendengarkan 2. Menjawab pertanyaan yang diberikan 3. Membalas salam

1.9 Kriteria Evaluasi

1. Struktur
 - a. Materi sosialisasi siap dua hari sebelum sosialisasi dilaksanakan.
 - b. Anggota kelompok berperan sesuai dengan pembagian tugas.
2. Proses
 - a. Peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir.
 - b. Seluruh peserta berperan aktif dalam kegiatan sosialisasi.
3. Hasil
 - a. 70% perawat jaga hadir dalam sosialisasi
 - b. 70% perawat paham dengan materi *pre* dan *post-conference*
 - c. 70% perawat dapat mengimplementasikan kegiatan *pre* dan *post-conference*

BAB II

MATERI *PRE* DAN *POST CONFERENCE*

2.1 Pengertian

Pre dan *post-conference* adalah sesi diskusi kelompok yang dilakukan sebelum dan sesudah praktik klinik. Keduanya sama-sama memberikan kesempatan kepada perawat untuk berdiskusi. *Conference* dilaksanakan oleh ketua tim dan perawat pelaksana dalam MPKP.

Pre-conference merupakan kegiatan perawat dalam membagi informasi tentang pengalaman yang akan dihadapi, saling bertanya, mengungkapkan perhatian dan melakukan klarifikasi tentang rencana kerja atau rencana intervensi keperawatan (Billings & Judith, 1999). *Pre-conference* meliputi identifikasi masalah, perencanaan, dan evaluasi hasil untuk mencari solusi. Kegiatan *pre-conference* dalam MPKP jiwa mencakup komunikasi ketua tim dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk merencanakan kegiatan pada shift tersebut. Isi *pre-conference* mencakup rencana kegiatan harian (RKH) dan rencana tambahan dari ketua tim atau penanggungjawab tim.

Post-conference adalah upaya komunikasi antara ketua tim dan perawat pelaksana mengenai hasil kegiatan sepanjang *shift* tersebut dan dilakukan sebelum operan pada shift berikutnya. Pada sesi ini perawat mendiskusikan pengalaman klinik, menanyakan pengalaman klinik yang baru dilakukan, menganalisis situasi klinik, mengklarifikasi keterkaitan antara masalah dan situasi yang ada, mengidentifikasi masalah, menyampaikan perasaan dan membangun sistem pendukung (Billings & Judith, 1999). Proses diskusi pada *post-conference* dapat menghasilkan strategi efektif dan mengasah kemampuan berpikir kritis untuk merencanakan kegiatan pada layanan perawatan selanjutnya agar dapat berkesinambungan.

Isi *post-conference* berupa hasil asuhan keperawatan setiap perawat dan hal-hal penting yang perlu diperhatikan untuk operan (tindak lanjut). Kegiatan diskusi pada *post-conference* memberi kesempatan ketua tim dan perawat pelaksana untuk berkomunikasi secara profesional dengan menanyakan pengalaman klinik yang baru dilakukan, mendiskusikan pengalaman klinik tersebut, menganalisis situasi klinik, mengklarifikasi

keterkaitan masalah dan situasi, mengidentifikasi masalah, mengungkapkan perasaan dan membangun sistem pendukung di unit rawat inap.

2.2 Pedoman *Pre-Conference*

Waktu Kegiatan : Setelah operan
Tempat : Meja masing-masing tim
Penanggungjawab : Ketua tim/Penanggungjawab tim

Kegiatan:

1. Ketua tim/penanggung jawab tim membuka acara.
2. Ketua tim/penanggung jawab tim menanyakan tentang rencana harian setiap perawat pelaksana.
3. Ketua tim/penanggung jawab tim memberikan masukan dan tindak lanjut terkait asuhan yang akan diberikan saat itu.
4. Ketua tim/penanggung jawab tim memberikan *reinforcement*.
5. Ketua tim/penanggung jawab tim menutup acara.

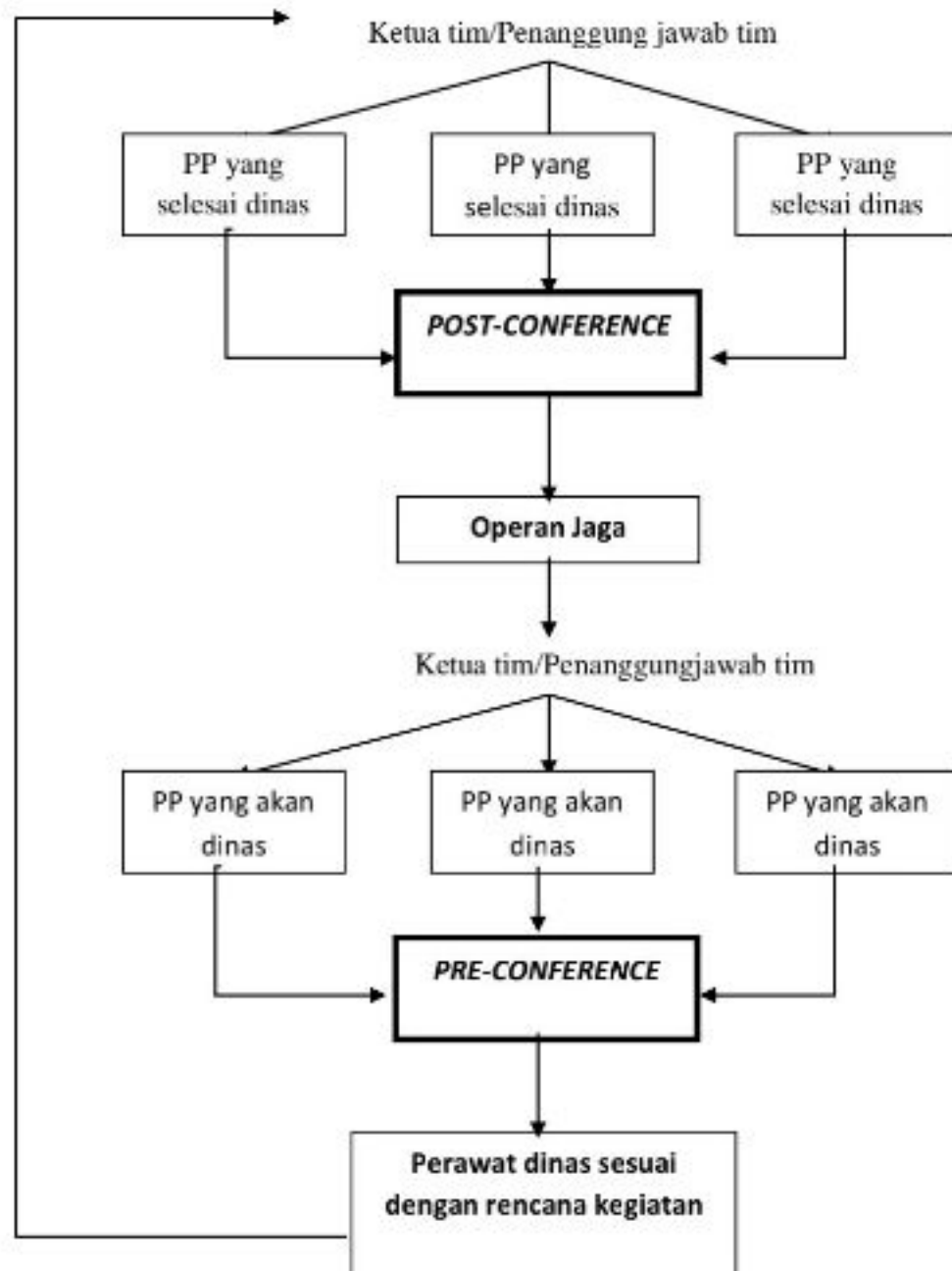
2.3 Pedoman *Post-Conference*

Waktu Kegiatan : Sebelum operan ke dinas berikutnya
Tempat : Meja masing-masing tim
Penanggungjawab : Ketua tim/Penanggung jawab tim

Kegiatan:

1. Ketua tim/penanggung jawab tim membuka acara.
2. Ketua tim/penanggung jawab tim menanyakan hasil asuhan setiap pasien.
3. Ketua tim/penanggung jawab tim menanyakan kendala dalam asuhan yang telah diberikan.
4. Ketua tim/penanggung jawab tim menanyakan tindak lanjut asuhan pasien yang harus dioperkan kepada perawat shift berikutnya.
5. Ketua tim/penanggung jawab tim memberikan *reinforcement*.
6. Ketua tim/penanggung jawab tim menutup acara.

2.4 Alur Conference



2.5 Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan

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

LAMPIRAN SOP

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL			
MONITORING PRE CONFERENCE			
	NO DOKUMEN	NO REVISI	HALAMAN
		DITETAPKAN OLEH KETUA/PIMPINAN UNIT	
PENGERTIAN	Komunikasi katim dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh ketua tim atau penanggungjawab tim.		
KEBIJAKAN	1. Jika yang dinas pada tim tersebut hanya satu orang, maka pre conference di tiadakan. 2. Isi <i>pre conference</i> adalah rencana tiap perawat (rencana harian), dan tambahan rencana dari katim atau penanggungjawab tim		
TUJUAN	1. Membantu untuk mengidentifikasi masalah-masalah pasien, merencanakan asuhan dan merencanakan evaluasi hasil. 2. Mempersiapkan hal-hal yang akan ditemui di lapangan. 3. Memberikan kesempatan untuk berdiskusi tentang keadaan pasien		
PROSEDUR KERJA	1. Katim atau penanggung jawab tim membuka acara dengan salam 2. Katim atau penanggung jawab tim menanyakan rencana harian masing-masing perawat pelaksana 3. Katim atau penanggung jawab tim memberikan masukan dan tindak lanjut terkait dengan asuhan yang diberikan saat itu. 4. Katim atau penanggung jawab tim memberikan <i>reinforcement</i> 5. Katim atau penanggungjawab tim menutup acara		
UNIT TERKAIT	Seluruh unit kerja		

LAMPIRAN SOP

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL			
MONITORING POST CONFERENCE			
	NO DOKUMEN	NO REVISI	HALAMAN
		DITETAPKAN OLEH KETUA/PIMPINAN UNIT	
PENGERTIAN	Komunikasi katim dan perawat pelaksana tentang hasil kegiatan sepanjang shift dan sebelum operan kepada shift berikut.		
KEBIJAKAN	1. Isi dari post conference adalah hasil asuhan keperawatan tiap perawatan dan hal penting untuk operan (tindak lanjut). 2. Post conference dipimpin oleh kepala tim atau penanggungjawab tim		
TUJUAN	1. Untuk memberikan kesempatan mendiskusikan penyelesaian masalah dan membandingkan masalah yang dijumpai.		
PROSEDUR KERJA	1. Ketua tim membuka acara dengan salam 2. Ketua tim menanyakan hasil asuhan masing-masing pasien 3. Ketua tim menanyakan kendala dalam asuhan yang telah diberikan. 4. Ketua tim menanyakan tindak lanjut asuhan pasien yang harus dioperkan kepada perawat shift berikutnya. 5. Ketua tim menutup acara		
UNIT TERKAIT	Seluruh unit kerja		

DAFTAR PUSTAKA

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

Lampiran 3

**PROPOSAL
TIMBANG TERIMA
MANAJEMEN KEPERAWATAN**



Disusun oleh :

Kelompok 6

Robiatul Andawiyah, S.Kep	21101086
Safira Andriyani, S.Kep	21101089
Siti Soleha, S.Kep	21101096
Tristiana Dewi, S.Kep	21101098
Wara Dinar Amanda, S.Kep	21101103

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER
2021/2022**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Manajemen keperawatan adalah proses bekerja melalui anggota saf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Profesional dalam pelayanan keperawatan dapat dicapai dengan mengoptimalkan peran dan fungsi perawat, terutama peran dan fungsi mandiri perawat. Hal ini dapat diwujudkan dengan baik melalui komunikasi yang efektif antar perawat, maupun dengan tim kesehatan yang lain. Salah satu bentuk komunikasi yang harus ditingkatkan efektifitasnya adalah saat pergantian shift (timbang terima pasien) (Nursalam, 2015).

Disini dituntut tugas menejer keperawatan untuk merencanakan, mengorganisir, memimpin dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia untuk memberikan asuhan keperawatan seefektif dan seefisien mungkin bagi individu, keluarga dan masyarakat (Gillis, 1996). Salah satu strategi untuk mengoptimalkan peran dan fungsi perawat dalam pelayanan keperawatan dalam membenahan manajemen keparawatan, karena dengan adanya faktor kelola yang optimal diharapkan mampu menjadi wahana peningkatan keefektifan pembagian pelayanan keperawatan sekaligus lebih menjamin kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan. Salah satu upaya yang dapat digunakan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan klien adalah dengan melakukan timbang terima saat pergantian dinas.

Timbang terima merupakan teknik atau cara menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien. Timbang terima dilakukan oleh perawat primer ke perawat asosiet yang bertanggung jawab pada dinas sore atau dinas malam. Timbang terima yang efektif dapat dilakukan secara lisan maupun tulisan. Tujuan dari timbang terima adalah menyampaikan kondisi atau keadaan secara umum klien, menyampaikan hal-hal penting yang perlu ditindaklanjuti oleh pergantian dinas berikutnya, agar semua perawat dapat mengikuti perkembangan klien secara paripurna, meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat dan yang lebih penting adalah agar terjadi suatu hubungan kerjasama antar perawat serta terlaksananya asuhan perwatan terhadap klien yang berkesinambungan. Berdasarkan hal tersebut, maka mahasiswa Universitas dr.

Soebandi Jember akan melakukan role play mengenai pelaksanaan timbang terima guna menerapkan asuhan keperawatan yang profesional.

1.2 TUJUAN

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan yang komprehensif.

2. Tujuan Khusus

- a. Menyampaikan kondisi atau keadaan umum klien
- b. Tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya
- c. Perawat dapat mengikuti perkembangan klien secara paripurna
- d. Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat
- e. Meningkatkan hubungan kerjasama yang bertanggung jawab antar anggota tim perawat serta terlaksana asuhan keperawatan terhadap klien yang berkesinambungan.

1.3 MANFAAT

1. Bagi Perawat atau Mahasiswa Keperawatan

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

2. Bagi Klien

Klien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada masalah yang belum terselesaikan

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Pengertian

Timbang terima pasien (operan) merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima pasien harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan/belum, dan perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Timbang terima dilakukan oleh perawat primer keperawatan kepada perawat primer (penanggung jawab) dinas sore atau dinas malam secara tertulis dan lisan (Nursalam, 2017).

2.2 Tujuan Timbang Terima

1. Tujuan umum :
Mengkomunikasikan keadaan pasien dan menyampaikan informasi yang penting.
2. Tujuan khusus:
 - a. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien (data focus).
 - b. Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien.
 - c. Menyampaikan hal yang penting yang harus ditindaklanjuti oleh perawat dinas berikutnya.
 - d. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.

2.3 Manfaat Timbang Terima

1. Bagi perawat
 - a. Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat.
 - b. Menjalin hubungan kerja sama dan bertanggung jawab antar perawat.
 - c. Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan
 - d. Perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna.
2. Bagi pasien
Klien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum

terungkap. Timbang terima (*handover*) memiliki tujuan untuk mengakurasi, mereliabilisasi komunikasi tentang tugas perpindahan informasi yang relevan yang digunakan untuk kesinambungan dalam keselamatan dan keefektifan dalam bekerja.

Timbang terima (*handover*) memiliki 2 fungsi utama yaitu:

- a. Sebagai forum diskusi untuk bertukar pendapat dan mengekspresikan perasaan perawat.
- b. Sebagai sumber informasi yang akan menjadi dasar dalam penetapan keputusan dan tindakan keperawatan.

2.4 Langkah-langkah dalam Timbang Terima

1. Kedua kelompok shift dalam keadaan sudah siap.
2. Shift yang akan menyerahkan perlu menyiapkan hal-hal yang akan disampaikan.
3. Perawat primer menyampaikan kepada perawat penanggung jawab shift selanjutnya meliputi :
 - a. Kondisi atau keadaan pasien secara umum
 - b. Tindak lanjut untuk dinas yang menerima operan
 - c. Rencana kerja untuk dinas yang menerima laporan
4. Penyampaian timbang terima diatas harus dilakukan secara jelas dan tidak terburu- buru.
5. Perawat primer dan anggota kedua shift bersama-sama secara langsung melihat keadaan pasien.

2.6 Prosedur Timbang Terima

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksanaan
Persiapan	1. Timbang terima dilaksanakan setiap pergantian shift/operan. 2. Prinsip timbang terima, semua pasien baru masuk dan pasien yang dilakukan timbang terima khususnya pasien yang memiliki permasalahan yang belum/dapat teratasi serta yang Membutuhkan observasi lebih lanjut. 3. PP menyampaikan timbang terima pada PP berikutnya, hal yang perlu disampaikan dalam timbang terima : a. Jumlah pasien b. Identitas klien dan diagnosis medis. c. Data (keluhan/subjektif dan objektif) d. Masalah keperawatan yang masih muncul e. Intervensi keperawatan yang belum dilaksanakan (secara umum) f. Intervensi kolaboratif dan dependen g. Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan	5 menit	Ners station	PP dan PA

	(persiapan operasi, pemeriksaan penunjang, dan lain-lain)			
Pelaksanaan	3. Kedua kelompok dinas sudah siap (shift jaga). 4. Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan Kepala ruang membuka acara timbang terima. 5. Perawat yang melakukan timbang terima dapat melakukan klarifikasi, Tanya jawab, dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah ditimbang terimakan dan berhak menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas. a. Kepala ruang/PP menanyakan kebutuhan dasar pasien. b. Penyampaian yang jelas, singkat dan padat. c. Perawat yang melaksanakan timbang terima Mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan, dan Tindakan yang telah/belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan d. Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan	20 menit	<i>Ners station</i>	Karu, PP dan PA

	perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan terimakan kepada petugas berikutnya. e. Lama timbang terima untuk tiap pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan keterangan yang rumit.			
	1. Diskusi. 2. Pelaporan untuk timbang terima dituliskan secara langsung pada format timbang terima yang ditandatangani oleh pp yang jaga saat itu dan pp yang jaga berikutnya diketahui oleh kepala ruang. 3. Ditutup oleh kepala ruang	5 menit	<i>Ners station</i>	Karu, PP dan PA

2.7 Timbang terima memiliki 3 tahapan yaitu :

1. Persiapan yang dilakukan oleh perawat yang akan melimpahkan tanggung jawab, meliputi faktor informasi yang akan disampaikan oleh perawat jaga sebelumnya.
2. Pertukaran shift jaga, dimana antara perawat yang akan pulang dan datang melakukan pertukaran informasi. Waktu terjadinya operan itu sendiri yang berupa pertukaran informasi yang memungkinkan adanya komunikasi dua arah antara perawat yang shift sebelumnya kepada perawat shift yang datang.
3. Pengecekan ulang informasi oleh perawat yang datang tentang tanggung jawab dan tugas yang dilimpahkan. Merupakan aktivitas dari perawat yang menerima operan untuk melakukan pengecekan data informasi pada medical record atau pada pasien langsung.

2.8 Metode dalam Timbang Terima

1. Timbang terima dengan metode tradisional

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kassessan dan Jagoo (2005) di sebutkan bahwa operan jaga (*handover*) yang masih tradisional adalah:

- a. Dilakukan hanya di meja perawat.
- b. Menggunakan satu arah komunikasi sehingga tidak memungkinkan munculnya pertanyaan atau diskusi.
- c. Jika ada pengecekan ke pasien hanya sekedar memastikan kondisi secara umum.
- d. Tidak ada kontribusi atau *feedback* dari pasien dan keluarga, sehingga proses informasi dibutuhkan oleh pasien terkait status kesehatannya tidak *up to date*.

2. Timbang terima dengan metode bedside handover

Menurut Kassessan dan Jagoo (2005) *handover* yang dilakukan sekarang sudah menggunakan model *bedside handover* yaitu *handover* yang dilakukan di samping tempat tidur pasien dengan melibatkan pasien atau keluarga pasien secara langsung untuk mendapatkan *feedback*.

Secara umum materi yang disampaikan dalam proses operan jaga baik secara tradisional maupun *bedside handover* tidak jauh berbeda, hanya pada *handover* memiliki beberapa kelebihan diantaranya:

- a. Meningkatkan keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan terkait kondisi penyakitnya secara *up to date*.
- b. Meningkatkan hubungan caring dan komunikasi antara pasien dengan perawat.

- c. Mengurangi waktu untuk melakukan klarifikasi ulang pada kondisi pasien secara khusus. *Bedside handover* juga tetap memperhatikan aspek tentang kerahasiaan pasien jika ada informasi yang harus ditunda terkait adanya komplikasi penyakit atau persepsi medis yang lain.

3. Timbang terima memiliki beberapa metode pelaksanaan diantaranya:

- a. Menggunakan *Tape recorder*

Melakukan perekaman data tentang pasien kemudian diperdengarkan kembali saat perawat jaga selanjutnya telah datang. Metode itu berupa *one way communication*.

- b. Menggunakan komunikasi Oral atau spoken Melakukan pertukaran informasi dengan berdiskusi.

- c. Menggunakan komunikasi tertulis –*written*

Melakukan pertukaran informasi dengan melihat pada *medical record* saja atau media tertulis lain.

Berbagai metode yang digunakan tersebut masih relevan untuk dilakukan bahkan beberapa rumah sakit menggunakan ketiga metode untuk dikombinasi.

Menurut *Joint Commission Hospital Patient Safety*, menyusun pedoman implementasi untuk timbang terima, selengkapnya sebagai berikut:

1. Interaksi dalam komunikasi harus memberikan peluang untuk adanya pertanyaan dari penerima informasi tentang informasi pasien.
2. Informasi tentang pasien yang disampaikan harus up to date meliputi terapi, pelayanan, kondisi dan kondisi saat ini serta yang harus diantisipasi.
3. Harus ada proses verifikasi tentang penerimaan informasi oleh perawat penerima dengan melakukan pengecekan dengan membaca, mengulang atau mengklarifikasi.
4. Penerima harus mendapatkan data tentang riwayat penyakit, termasuk perawatan dan terapi sebelumnya.
5. *Handover* tidak disela dengan tindakan lain untuk meminimalkan kegagalan informasi atau terlupa.

2.9 Faktor-faktor dalam Timbang Terima

1. Komunikasi yang objective antar sesama petugas kesehatan.
2. Pemahaman dalam penggunaan terminology keperawatan.

3. Kemampuan menginterpretasi medical record.
4. Kemampuan mengobservasi dan menganalisa pasien
5. Pemahaman tentang prosedur klinik.

2.10 Efek Timbang Terima dalam Shift Jaga

Timbang terima atau operan jaga memiliki efek-efek yang sangat mempengaruhi diri seorang perawat sebagai pemberi layanan kepada pasien. Efek- efek dari shift kerja atau operan adalah sebagai berikut:

a) Efek Fisiologi

Kualitas tidur termasuk tidur siang tidak seefektif tidur malam, banyak gangguan dan biasanya diperlukan waktu istirahat untuk menebus kurang tidur selama kerja malam. Menurunnya kapasitas fisik kerja akibat timbulnya perasaan mengantuk dan lelah. Menurunnya nafsu makan dan gangguan pencernaan.

b) Efek Psikososial

Efek ini berpengaruh adanya gangguan kehidupan keluarga, efek fisiologis hilangnya waktu luang, kecil kesempatan untuk berinteraksi dengan teman, dan mengganggu aktivitas kelompok dalam masyarakat. Saksono (1991) mengemukakan pekerjaan malam berpengaruh terhadap kehidupan masyarakat yang biasanya dilakukan pada siang atau sore hari. Sementara pada saat itu bagi pekerja malam dipergunakan untuk istirahat atau tidur, sehingga tidak dapat berpartisipasi aktif dalam kegiatan tersebut, akibat tersisih dari lingkungan masyarakat.

c) Efek Kinerja

Kinerja menurun selama kerja shift malam yang diakibatkan oleh efek fisiologis dan efek psikososial. Menurunnya kinerja dapat mengakibatkan kemampuan mental menurun yang berpengaruh terhadap perilaku kewaspadaan pekerjaan seperti kualitas kendali dan pemantauan.

d) Efek Terhadap Kesehatan

Shift kerja menyebabkan gangguan gastrointestinal, masalah ini cenderung terjadi pada usia 40-50 tahun. Shift kerja juga dapat menjadi masalah terhadap keseimbangan kadar gula dalam darah bagi penderita diabetes.

e) Efek Terhadap Keselamatan Kerja

Survei pengaruh shift kerja terhadap kesehatan dan keselamatan kerja yang dilakukan Smith et. Al (dalam Adiwardana, 1989), melaporkan bahwa frekuensi kecelakaan paling tinggi terjadi pada akhir rotasi shift kerja (malam) dengan rata-

rata jumlah kecelakaan 0,69 % per tenaga kerja. Tetapi tidak semua penelitian menyebutkan bahwa kenaikan tingkat kecelakaan industri terjadi pada shift malam. Terdapat suatu kenyataan bahwa kecelakaan cenderung banyak terjadi selama shift pagi dan lebih banyak terjadi pada shift malam.

2.11 Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan :

- a. Dilaksanakan tepat pada saat pergantian shift.
- b. Dipimpin oleh kepala ruang atau penanggung jawab pasien (PP).
- c. Diikuti oleh semua perawat yang telah dan yang akan dinas
- d. Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat, sistematis, dan menggambarkan kondisi pasien saat ini serta menjaga kerahasiaan pasien.
- e. Timbang terima harus berorientasi pada permasalahan pasien .
- f. Pada saat timbang terima di kamar pasien, menggunakan volume suara yang cukup sehingga pasien disebelahnya tidak mendengar sesuatu yang rahasia bagi klien. Sesuatu yang dianggap rahasia sebaiknya tidak dibicarakan secara langsung di dekat klien.
- g. Sesuatu yang mungkin membuat klien terkejut dan shock sebaiknya dibicarakan di *nurse station*.

2.12 Timbang Terima dengan SBAR

Komunikasi efektif saat timbang terima yang dilaksanakan dengan baik dapat membantu mengidentifikasi kesalahan serta memfasilitasi kesinambungan perawatan pasien. Prinsip komunikasi efektif dalam timbang terima menurut.

Komunikasi yang tidak efektif dapat mengancam keselamatan pasien di rumah sakit. Alvarado (2006) mengatakan ketidakakuratan informasi dapat menimbulkan dampak yang serius pada pasien, hampir 70% kejadian sentinel yaitu kejadian yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius di rumah sakit disebabkan karena buruknya komunikasi. Sejalan dengan prinsip komunikasi efektif di atas, Nursalam (2012) membagi kegiatan timbang terima menjadi beberapa tahapan yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap *post* timbang terima.

2.13 Definisi SBAR

Komunikasi *SBAR* merupakan komunikasi yang dilaksanakan secara *face to face* yang terdiri dari 4 komponen yaitu:

- 1) *S (Situation)*: merupakan suatu gambaran yang terjadi pada saat itu.
- 2) *B (Background)*: merupakan sesuatu yang melatar belakangi situasi yang terjadi.
- 3) *A (Assessment)*: merupakan suatu pengkajian terhadap suatu masalah.
- 4) *R (Recommendation)*: merupakan suatu tindakan dimana meminta saran untuk tindakan yang benar yang seharusnya dilakukan untuk masalah tersebut.(Jefferson, 2012).

Penggunaan komunikasi yang tepat dengan *read back* telah menjadi salah satu sasaran dari program keselamatan pasien yaitu peningkatan komunikasi yang efektif. Selain itu dengan menggunakan komunikasi *SBAR* dapat menghemat waktu sehingga perawat yang akan dinas dapat melakukan tindakan segera terutama terhadap pasien kritis seperti di ruang intensif (Smith, 2008; Rushton, 2010; *JCAHO*, 2013).

SBAR adalah metode terstruktur untuk mengkomunikasikan informasi penting yang membutuhkan perhatian segera dan tindakan berkontribusi terhadap eskalasi yang efektif dan meningkatkan keselamatan pasien. *SBAR* juga dapat digunakan secara efektif untuk meningkatkan serah terima antara shift atau antara staf di daerah klinis yang sama atau berbeda. Melibatkan semua anggota tim kesehatan untuk memberikan masukan ke dalam situasi pasien termasuk memberikan rekomendasi. *SBAR* memberikan kesempatan untuk diskusi antara anggota tim kesehatan atau tim kesehatan lainnya.

2.14 Ruang Lingkup SBAR

Metode *SBAR* sama dengan *SOAP* yaitu *Situation, Background, Assessment, Recommendation*. Komunikasi efektif *SBAR* dapat diterapkan oleh semua tenaga kesehatan, diharapkan semua tenaga kesehatan maka

dokumentasi tidak terpecah sendiri-sendiri. Diharapkan dokumentasi catatan perkembangan pasien terintegrasi dengan baik, sehingga tenaga kesehatan lain dapat mengetahui perkembangan pasien.

1. Situation :

Bagaimana situasi yang akan dibicarakan/ dilaporkan

- a. Mengidentifikasi nama diri petugas dan pasien.
- b. Diagnosa medis
- c. Apa yang terjadi dengan pasien yang memprihatinkan

2. Background :

Apa latar belakang informasi klinis yang berhubungan dengan situasi

- a. Obat saat ini dan alergi
- b. Tanda-tanda vital terbaru
- c. Hasil laboratorium : tanggal dan waktu tes dilakukan dan hasil tes sebelumnya untuk perbandingan
- d. Riwayat medis
- e. Temuan klinis terbaru

3. Assessment :

Berbagai hasil penilaian klinis perawat

- a. Apa temuan klinis ?
- b. Apa analisis dan pertimbangan perawat ?
- c. Apakah masalah ini parah atau mengancam kehidupan?

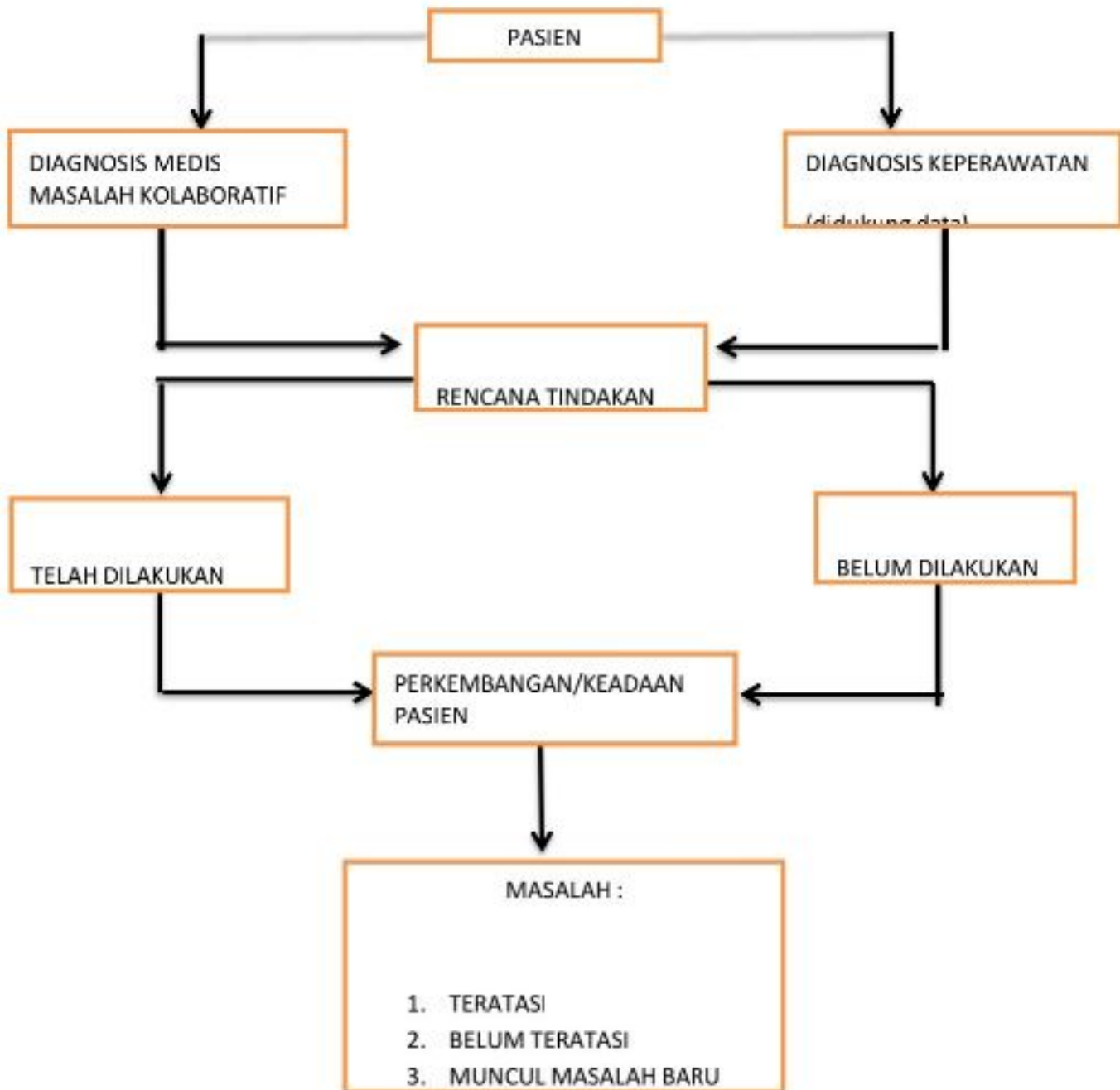
4. Recommendation :

- a. Apa yang perawat inginkan terjadi dan kapan?
- b. Apa tindakan / rekomendasi yang diperlukan untuk memperbaiki masalah?
- c. Apa solusi yang bisa perawat tawarkan dokter ?
- d. Apa yang perawat butuhkan dari dokter untuk memperbaiki kondisi pasien?
- e. Kapan waktu yang perawat harapkan tindakan ini terjadi ? Sebelum

serah terima pasien, perawat harus melakukan :

1. Perawat mendapatkan pengkajian kondisi pasien terkini.
2. Perawat mengumpulkan data-data yang diperlukan yang berhubungan dengan kondisi pasien yang akan dilaporkan.
3. Perawat memastikan diagnosa medis pasien dan prioritas masalah keperawatan yang harus dilanjutkan.
4. Perawat membaca dan pahami catatan perkembangan terkini & hasil pengkajian perawat shift sebelumnya.
5. Perawat menyiapkan medical record pasien termasuk rencana perawat harian.

2.8 Alur Timbang Terima



FORMAT TIMBANG TERIMA DAN CPPT



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax: (0331) 483536,

E-mail: info@ubs.ac.id Website: http://www.ubs.ac.id

Tgl/ Jam	Profesional pemberi asuhan (PPA)	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi(SOAP/Adime)	Instruksi PPA Nakes	Verifikasi DPJP
27/23 6	RLS.	S: Keluaran pasien mengalami gejala-gejala pada demam dan batuk. O: - k/u Lemah - Batuk ① - S: 37.9 °C A: 1. Hipertermi (D.0130) 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif (0001) P: Tujuan: ①Thermografi normal ②Produksi sputum me- turus. KH: ① suhu tubuh normal 36°C suhu kulit normal. ②- produksi sputum menurun. - refeksi menurun. Implementasi ① 1. Monitor suhu tubuh S: 36.8°C 2. Monitor sputum atau mengontrol pika- si. 3. Melakukan Pendinginan ektremi (kompres dingin). 4. Mengontrolkan Jarak Berang 5. Memberikan indikasi indexon 1/4. Pct 120 mg Implementasi ② 1. Monitor bagasi nafas refeksi ② 2. Monitor sputum 3. Melakukan Nebulizer 4. Mengontrolkan semi Fowler 5. Mengontrolkan batuk efektif 6. indexon 1/4 Pct 120 mg	Manajemen Hipertermi: (1. 15506) 0. Monitor suhu tubuh. 1) Longgarkan atau lepaskan pakaian. 2) Lakukan pendinginan ektremi 3) Anjurkan Jarak Berang 4) Kompres dg air medis larut- an. 5) Monitor dan catat Manajemen jalan napas (1. 01011) 0. 1) Monitor bunyi nafas 2) Monitor sputum T. 3) Lakukan Nebulizer 4) Posisikan semi Fowler E. 1) Anjurkan batuk efektif 2) Monitor dan catat	
15-00 08.00				
16-00 08.00	RLS.			
16-00 08.00				
17-00 08.00				
18-00 08.00				
19-00 08.00				
20-00 08.00				
21-00 08.00				



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483535,

E-mail : info@uds.ac.id to info : http://www.uds.ac.id

PELAPORAN PASIEN RUANG BOUGENVILLE

HARI : Senin TGL : 27/6 22

NO.	NAMA PASIEN	TINGKAT KETERGANTUNGAN PX	KMR	STATUS	DX MEDIS	KETERANGAN		
						PAGI	SORE	MALAM
4	Aqila Candra D 390506 2022/06/26/000030 OTK 1161 4hr B-12	Total care	BZ	di. pbl danda	GEA	PO PE 1000g/1 jam Diare 210 x/1h Gair campas se dikit Super cem ULS	Diare 3x PE 100 cc/1jam Jalan ①	Diare ① ex Muntah ① Panas ①
12.	Murdafa 3 Tm 10 km 10 7063 - 000029	partial care	B 12	JTU	protoge fever d-d Thyroid + 1st + TB para	Panas ① Tbc Montolik keset pagi	DL + salmonel Tbc keset pagi blangko ① batuk ① jarang	Batuk ① panas ① ada DL, U, selmo

BAB 3

PENUTUP

3.1 KESIMPULAN

Pada model metode praktik keperawatan professional harus mampu memberikan asuhan keperawatan professional dan untuk itu diperlukan penataan 3 komponen utama: Tenaga perawat (M1), Sarana, Prasarana (M2), Metode pemberian asuhan keperawatan (M3)

1. Sumber Daya Manusia (M1)

- a. Struktur organisasi

- Jumlah tenaga di Ruang perawatan
- Tingkat ketergantungan pasien dan kebutuhan tenaga perawat

2. Sarana dan Prasarana (M2-Material)

- Lokasi dan denah ruangan
- Peralatan dan fasilitas
- Administrasi penunjang

3. Metode Asuhan Keperawatan (M3-Method)

Penerapan model MAKP, Timbang Terima, Ronda Keperawatan, Pengelolaan Sentralisasi Obat, Supervisi, Discharge Planning, Dokumentasi Keperawatan

Data fokus dalam timbang terima terdiri dari:

- a. Pra: masalah pasien, tindakan yang sudah dan rencana yang belum dilakukan: perhatian khusus
 - b. Pelaksanaan: mekanisme timbang terima
 - c. Pasca: klarifikasi, tindak lanjut tindak

3.2 SARAN

Dalam aplikasi timbang terima harus dipahami alur overran, dan point-point yang harus diklarifikasi oleh PP dan PA yang sedang berdiskusi saat itu.

DAFTAR PUSTAKA

- Azrul Azwar. 1997. *Peran Perawat Profesional dalam Sistem Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Makalah Seminar. UI.
- Nursalam. 2008. *Mnajaemen Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2012. *Mnajaemen Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika
- Seto Sagung. 2008. *Manajemen Kinerja Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sabarguna
- Adreoli, A., Fancott, C., Velji, K et al . (2010). Using SBAR to Communicate Falls risk and manajement in Inter-profesional Rehabilitation Teams. *Journal Healthcare Quarterly*. Diunduh dari www.longwoods.com
- Nursalam. 2008. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Kassean, H.K., & Jagoo, Z.B. 2005. *Managing Change in the Nursing Handover from Traditional to Beside Handover*.
- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Raymond, M., & Harrison, M.C. (2014). The structured communication tool SBAR improves communication in neonatology. *South African Medical Journal*. vol 104;1-5 diunduh dari: <http://dx.doi.org/10.7196/SAMJ.8684>

Lampiran 4

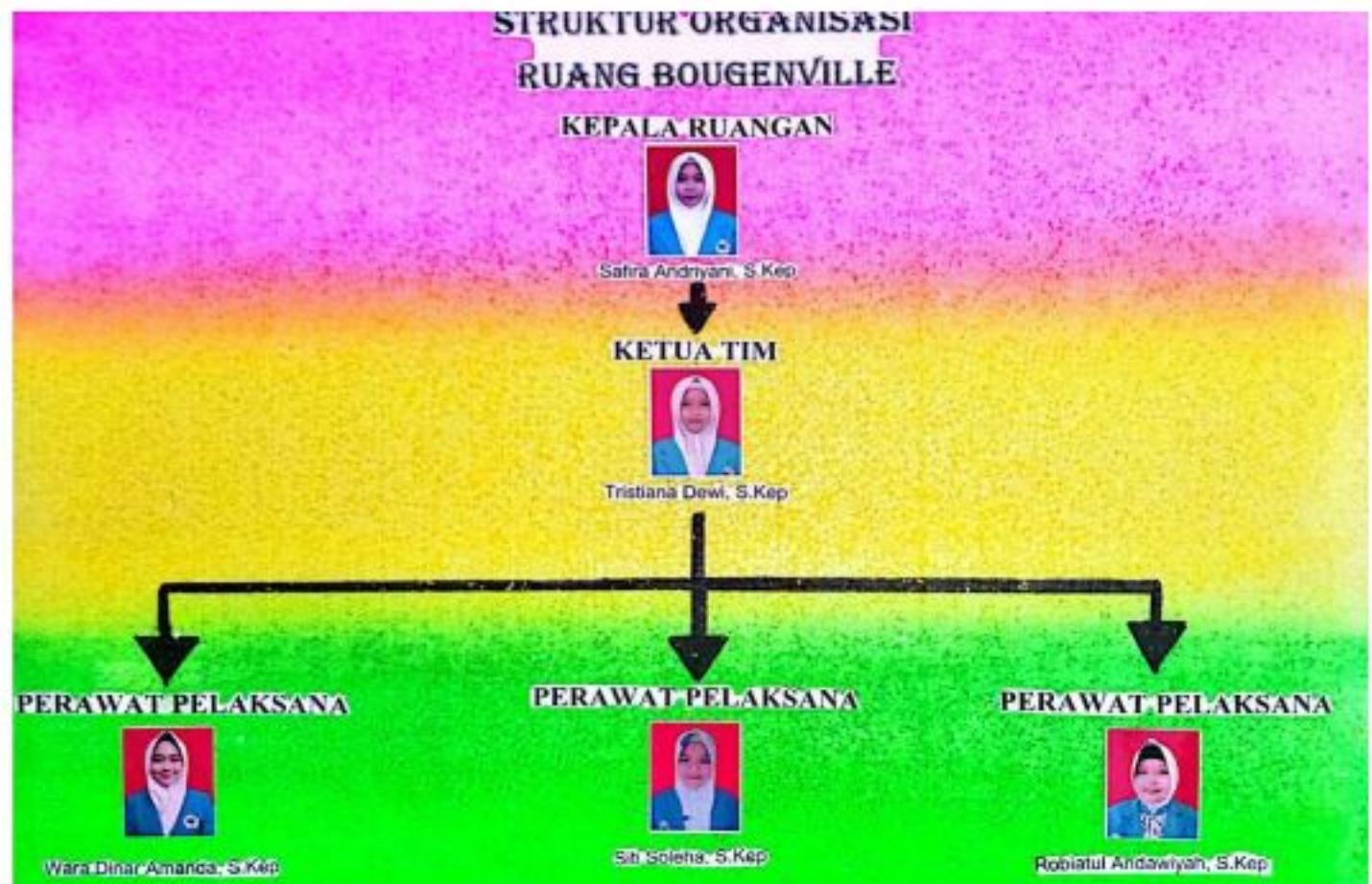
GRANCARD STASE MANAJEMEN

DI RUMAH SAKIT DAERAH UMUM dr.HARYOTO LUMAJANG

NO	KEGIATAN	MINGGU 1							MINGGU 2							MINGGU 3						
		20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1	Pembekalan dan orientasi ruangan																					
2	Pembuatan Garut Chart																					
3	Pengkajian																					
4	Pengumpulan data																					
5	Penyusunan hasil pengkajian dan POA																					
6	Desiminasi awal																					
7	Revisi hasil desiminasi																					
8	Diskusi penyusunan prioritas																					
9	Penyusunan proposal roleplay																					
10	Roleplay: • Timbang terima																					
11	Roleplay: • Pre dan post conference																					
12	Roleplay: • Supervisi																					
	Roleplay: • Ronde																					
13	Roleplay • Discharge Planning																					
14	Dokumentasi roleplay																					
15	Aplikasi model asuhan keperawatan profesional																					
16	Desiminasi akhir																					
17	Penyusunan laporan akhir																					

LAMPIRAN 5

STRUKTUR ORGANISASI ROLEPLAY RUANG BOUGENVILLE



LAMPIRAN 6

JADWAL SHIFT MAHASISWA



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536.

E-mail : info@uds.ac.id website : <http://www.uds.ac.id>

DAFTAR DINAS RUANG BOUGENVILLE RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG MAHASISWA PROFESI NERS UNIVERSITAS DR. SOEBANDI JEMBER

No	Nama	Nim	Minggu 1							Minggu 2							Minggu 3						
			20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1.	Robiatul Andawiyah	21101086	P	P	P	P	P	P	O	P	S	P	S	P	S	O	P	P	P	P	P	P	O
2.	Safira Andriyani	21101089	P	P	P	P	P	P	O	P	P	S	P	S	P	O	P	P	P	P	P	P	O
3.	Siti Soleha	21101096	P	P	P	P	P	P	O	P	S	P	S	P	S	O	P	P	P	P	P	P	O
4.	Tristiana Dewi	21101098	P	P	P	P	P	P	O	S	P	P	P	P	P	O	P	P	P	P	P	P	O
5.	Wara Dinar Amanda	21101103	P	P	P	P	P	P	O	S	P	S	P	S	P	O	P	P	P	P	P	P	O

LAMPIRAN 7

Dokumentasi Kegiatan

Role play *Discharge Planning*





Role Play Timbang Terima





Role Play Pre dan Post conference



Pemasangan Papan Visi Misi di Ruang Bougenville (04 Juli 2022)





Ruang Bougenville RSUD dr.Haryoto Kabupaten Lumajang

Visi

Menjadikan ruang rawat inap anak andalan bagi masyarakat Lumajang dan sekitarnya

Misi

Meningkatkan pelayanan kesehatan anak dengan dukungan sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana dan pengelolaan manajemen sesuai standart yang berorientasi pada kepuasan pasien dan keluarga

Motto

Pelayanan Prima adalah tujuan kami



Profesi Ners Universitas dr. Soekandi Jember

Pemasangan Struktur Organisasi di Ruang Bougenville (04 Juli 2022)



Desiminasi Awal (23 Juni 2022)



Desiminasi Akhir (07 Juli 2022)

