

LAPORAN DESIMINASI AKHIR
PRAKTEK PROFESI NERS STASE MANAJEMEN KEPERAWATAN
DI RUANG RAUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.ABDOER RAHEM SITUBONDO



Oleh

Gandi Alfi Zarocho	NIM.21101029
Ivtitahul Hidayati	NIM.21101044
Moh Rizhal	NIM.21101061
Rofiqoh	NIM.21101087

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2022

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb.

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

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

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Situbondo, Juli 2022

Penyusun

LEMBAR PENGESAHAN

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

Hari : Kamis
Tanggal : 07 - 07 - 2022
Tempat : RSUD abdoer rahem situbondo

Jember, 07 Juli 2022

Pembimbing Klinik

Pembimbing Akademik




Ns. Emy Elva A., S.Kep., M.Kep.
NIDN. 0720028703

Mengetahui,
Kepala Ruang



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan, pengobatan dan bantuan terhadap para pasien dengan menggunakan fungsi dan peran perawat (Gillies, 1989 dalam Mugianti, 2016). Manajemen keperawatan merupakan pelayanan keperawatan professional dimana tim keperawatan dikelola dengan menjalankan empat fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, motivasi dan pengendalian. Dari keempat fungsi manajemen tersebut saling terkait dan saling berhubungan dan memerlukan keterampilan teknis, hubungan antar manusia dan konseptual yang mendukung agar tercapainya asuhan yang bermutu, dan berdaya guna bagi klien. Maka manajemen keperawatan perlu mendapat perhatian dan menjadi prioritas utama dalam pengembangan profesi keperawatan, dengan tuntutan global baik dalam perkembangan ataupun perubahan memerlukan perencanaan dan pengelolaan secara professional dengan memperhatikan setiap perubahan dan kemajuan yang terjadi (Nursalam, 2015).

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

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

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

1.2.2 Tujuan Khusus

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

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Rumah Sakit Daerah dr. Abdoer Rahem.

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

1.3.2 Bagi Ruang Rawat Inap

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

1.3.3 Bagi Mahasiswa

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

1.3.2 Bagi Ruang Rawat Inap

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

1.3.3 Bagi Mahasiswa

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

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT DAERAH dr. ABDOER RAHEM

2.1 Gambaran Umum

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

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

RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki 249 tempat tidur yang berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan rujukan di kabupaten Situbondo yang paripurna dan bermutu yang menekankan pada pelayanan yang cepat, tepat dan profesional dengan harga yang terjangkau serta menekankan pada kepuasan pelanggan. RSUD dr. Abdoer rahem Situbondo menyediakan berbagai jenis pelayanan medis spesialistik dan medis umum juga menyelenggarakan kegiatan pendidikan praktek bagi mahasiswa kesehatan. Sampai dengan 2016, Jumlah SDM yang dimiliki rumah sakit adalah 659 orang yang terdiri dari tenaga medis 42 orang,

tenaga paramedis 291 orang, Paramedis Non keperawatan 61 Orang, dan tenaga non kesehatan lainnya sebanyak 265 orang.

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

a. Falsafah

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

b. Tujuan

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

c. Visi

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

d. Misi

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

e. Motto

Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu dan Manusiawi

f. Peran Fungsi

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

2.3 Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan

a. Layanan Rawat Jalan

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

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

b. Layanan Rawat Inap

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

2.4 Penampilan Kerja

Berdasarkan laporan indikator pelayanan rumah sakit, data triwulan dari bulan februari sampai dengan april 2022.

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

1. BOR

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

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

2. ALOS

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

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

3. TOI

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

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

4. BTO

Bed Turn Over (BTO) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali (Depkes RI. 2005 Kementrian2011).

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

Kriteria	April	Mei	Juni
Jumlah tempat tidur	17	17	17
BOR %	78%	68%	70%
Standart ideal BOR	60-85%	60-85%	60-85%
ALOS	5,3 hari	4,7 hari	5,2 hari
Standart ideal ALOS	6-9 hari	6-9 hari	6-9 hari
TOI	1,6 hari	2,3 hari	2,8 hari
Standart ideal TOI	1-3 hari	1-3 hari	1-3 hari
BTO	4 kali	3,35 kali	3,82 kali
Standart BTO	40-50 kali	40-50 kali	40-50 kali

Tabel : nilai BOR, ALOS, TOI, BTO ruang Raung RSAR 2022 bulan April sampai Juni.

BAB 3

PENGKAJIAN MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG RAUNG

3.1 Pengkajian Manajemen Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan wawancara dengan kepala ruang raung tanggal 20 Juli 2022, diketahui bahwa masih banyak permasalahan yang ditemui dalam penerapan manajemen keperawatan, baik dalam fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengawasan dan pengendalian, dimana fungsi manajemen tersebut belum dilaksanakan secara optimal. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Juli 2022 yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan aspek manajemen keperawatan melalui pendekatan terhadap aspek manajemen pelayanan dan manajemen asuhan keperawatan. Pengkajian manajemen meliputi fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengawasan dan fungsi pengendalian. Metode yang digunakan untuk memperoleh data adalah studi literature dengan membaca laporan ruangan. Kemudian di konfirmasi dengan masalah-masalah yang dikemukakan oleh responden, konfirmasi dilakukan melalui observasi, wawancara, penyebaran kuesioner. Responden yang terlibat dalam pengisian kuesioner sebanyak 17 responden. Responden berasal dari seluruh ruang rawat inap Raung.

Ruangan Raung memiliki fasilitas 17 bed tidur, 8 Kipas angin, 1 *blower*, 17 kursi, 17 tiang infus, 1 *washtafel*, 7 kamar mandi pasien, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang administrasi, 1 *nurse station*, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang alat, 1 ruang linen, 1 lemari obat pasien dengan terdiri dari 1 ruang. 1 kulkas obat dan 1 kulkas makanan, 2 lemari alkes.

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

3.2 Analisis Hasil Pengkajian Fungsi Manajemen di Ruang raung

3.2.1 Fungsi Perencanaan

1. Visi Misi Organisasi

Wawancara, menurut kepala ruang raung terdapat visi misi, dan filosofi pada ruangan raung, tetapi visi misi pada ruangan ini belum terpasang dalam ruangan.

Observasi, hasil pengamatan diruang raung tidak terlihat visi misi keperawatan yang ditempel didinding ruangan yang dapat terbaca dengan mudah oleh semua orang yang melihatnya.

Kuesioner : -

Masalah : Visi dan Misi ruangan raung tidak tertempel pada ruangan

2. Filosofi Keperawatan

Wawancara, menurut kepala ruang raung agar perawat dapat bekerja berdasarkan filosofi ilmu mereka, diwajibkan untuk mempelajari SOP sesuai tindakan dan bekerja berdasarkan ilmu mereka yang didapatkan di berbagai kesempatan misalnya mengikuti pelatihan dan lain-lain.

Observasi, hasil pengamatan didapatkan ruang rawat ini di raung belum terlihat SOP yang tertempel.

Kuesioner, -

Masalah, SOP belum tertempel pada ruangan

3. Peraturan Organisasi

Wawancara, menurut kepala ruang raung sudah memiliki peraturan yang merujuk pada DEPKES, tetapi dalam pelaksanaannya tetap memakai aturan pada RSUD dr.Abdoer Rahem Situbondo

Observasi, ada uraian peraturan kepegawaian

Kuesioner, -

Masalah, tidak ada masalah

4. Pembuatan Rencana Harian

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

Observasi, terdapat catatan harian yang baku.

Kuesioner, -

Masalah, tidak ada masalah

3.2.2 Pengorganisasian

1. Struktur Organisasi

Wawancara: menurut kepala ruang Raung dan katim didapatkan informasi bahwa struktur ketenagaan yang ada sudah di bentuk 1 tim sebagai penerjemah dari konsep MPKP diruangan, namun belum dicetak dan ditempel di nurse station dikarenakan ruangan belum stabil.

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

Kuesioner: -

Masalah: Struktur organisasi belum terpasang di nurse station karena ruangan tersebut belum stabil

2. Pengorganisasian Perawatan Klien

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

Observasi: hasil pengamatan dimana dalam ruangan ini terdapat 1 tim, yang dibuat sesuai tugas sehari-hari. Perawat pelaksana langsung bertanggung jawab kepada ketua tim, dan struktur organisasi di ruangan sudah menunjukkan penerapan metode lain.

Kuesioner: -

Masalah : Tidak ada masalah

3. Uraian Tugas

Wawancara: menurut kepala ruang raung setiap perawat sudah mempunyai uraian tugas masing-masing bagi tiap tenaga keperawatan. Batas wewenang dan tanggung jawab perawat cukup jelas dengan di buat *job description* di masing-masing ruang melati bawah.

Observasi: dirungan sudah terdapat buku uraian tugas perawat sesuai peranya.

Kuesioner: -

Masalah : Tidak ada masalah

4. Metode Penugasan

Wawancara: menurut kepala ruang raung didapat informasi bahwa perhitungan jumlah tenaga menggunakan permenpan ketenaga kerja.

Observasi: jumlah perawat sesuai dengan rumus dougles dengan rincian sebagai berikut pagi=4 siang=3 malam=3 dan libur=2. Untuk dinas pagi ditambah 1 kepala ruang, dan 1 ketua tim.

Kuesioner: -

Masalah: Tidak ada masalah

5. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

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

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

Kuesioner: -

Masalah: Tidak ada masalah

6. Pengaturan Jadwal Dinas

Wawancara: menurut kepala ruang Raung pengaturan jam kerja perbulan mengacu pada regulasi jam kerja kepegawaian RSUD dr. Abdoer Rahem situbondo berdasarkan permenpan dan ketenagakerjaan.

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

Kuesioner:

Masalah: tidak ada masalah

3.2.3 Fungsi Pengarahan

1. Motivasi Kepada Perawat

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

Kuesioner:

Masalah: Tidak ada masalah

2. Komunikasi

Wawancara: menurut kepala ruang Raung didapatkan informasi bahwa jalur komunikasi dilakukan secara *bottom up* dan *top down*. Asuhan keperawatan yang didokumentasikan diberitahukan kepada saat timbang terima pasien dan ditindaklanjuti oleh perawat yang bertugas pada shift berikutnya.

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

Kuesioner: -

Masalah: tidak ada masalah

3. Pendelegasian

Wawancara: menurut kepala ruang Raung metode pendelegasian dilakukan secara berjenjang, dari kepala ruang kepada ketua tim, ketua tim kepada perawat pelaksana.

Observasi: Format pendelegasian diruangan sudah ada.

Kuesioner: -

Masalah: Tidak ada masalah

3.2.4 Fungsi Pengendalian

1. Program Pengendalian Mutu

Wawancara: menurut kepala ruang Raung sudah ada tim pengendalian mutu. Pengendalian mutu sudah dilakukan secara optimal

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

Kuesioner: -

Masalah: Tidak ada masalah

2. Pelaksanaan SOP dan SAK

Wawancara: menurut kepala ruang Raung asuhan keperawatan yang diberikan sudah mengacu pada SAK (Standar Asuhan Keperawatan) yang sudah ditetapkan.

Observasi: SOP dan SAK sudah ada

Kuesioner:

Masalah: Tidak ada masalah

3.3 Analisis Sumber Daya (5M) di Ruang Raung

3.3.1 Ketenagaan (Man/M1)

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

Ruang Raung memiliki 17 orang tenaga keperawatan dan 1 orang tenaga non paramedis, yang terdiri dari kepala ruangan, ketua tim, perawat pelaksana dan tenaga kerja non medis. Tenaga keperawatan yang ada di ruang Raung dibagi menjadi tiga shift yaitu pagi, sore dan malam. Pembagian waktu shift tenaga keperawatan di ruang melati bawah yaitu:

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

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

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

Tabel 3.1 Latar Belakang Tenaga Kerja Ruang Raung

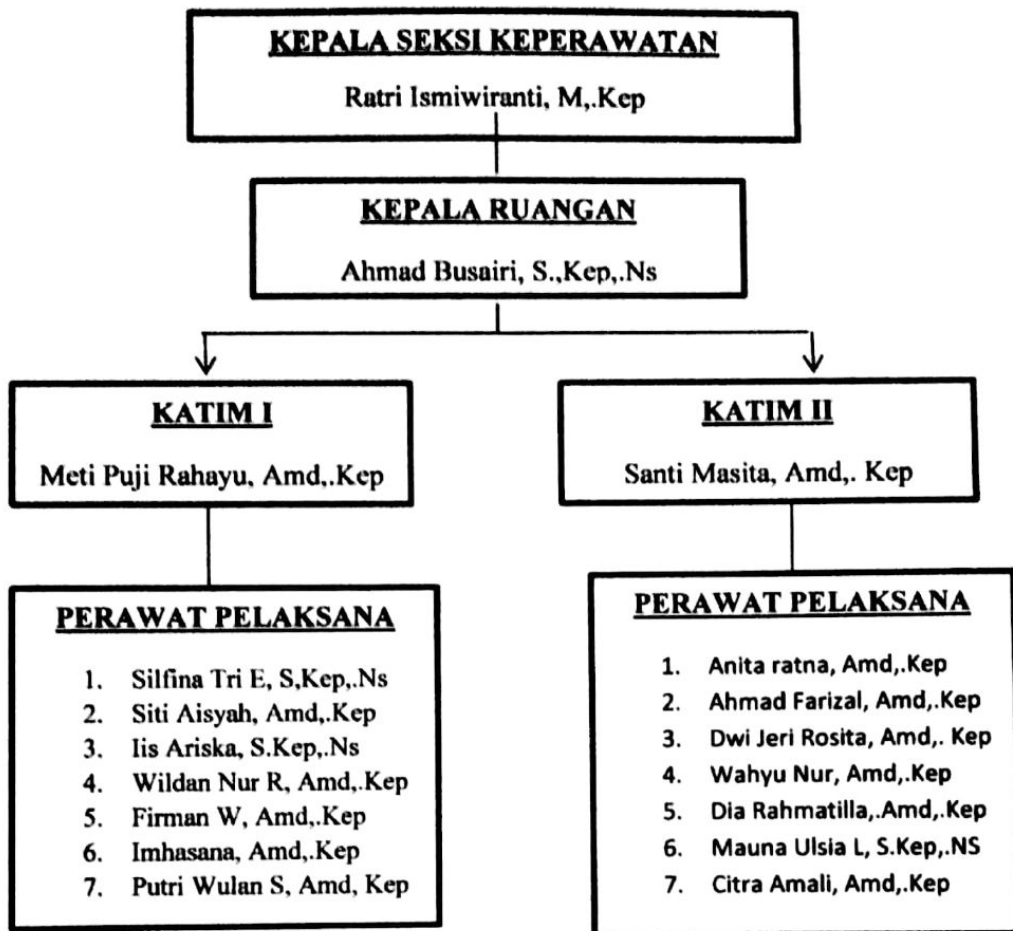
No	Nama	Jabatan	Pendidikan terakhir	Masa tahun (Kerja)	Pelatihan yang diikuti
1.	Akhmad Busairi,S.Kep.Ns	Karu	Ners	27 Tahun	ENDOSKOPI, PERAWATAN LUKA DAN STOMA, HIPNOTERAPI, METODOLOGI PENELITIAN DAN KARYA TULIS ILMIAH
2.	Meti Puji Rahayu,Amd,. Kep	Katim	D3	19 Tahun	DIKLAT PENINGKATAN MUTU , PEL , RS , BLS , PPI , MANAJEMEN MUTU, KEP.
3.	Iis Ariska, S.Kep,.Ns	Perawat Pelaksana	Ners	2 Tahun	-
4.	Mauna Ulsiya Lutfi,S.kep,.Ns	Perawat Pelaksana	Ners	15 Tahun	BCLS
5.	Silvina Tri E, S.kep,.Ns	Perawat Pelaksana	Ners	19 Tahun	BLS, PRECEPTORSHIP
6.	Wildan Nur R, Amd,.Kep	Perawat Pelaksana	D3	2 Tahun	-

7.	Siti Aisyah,Amd,.Kep	Perawat Pelaksana	D3	19 Tahun	MANEJEMEN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN
8.	Firman Wahyudi Amd.Kep	Perawat Pelaksana	D3	7 Tahun	-
9.	Anita Ratna,Amd.Kep	Perawat Pelaksana	D3	15 Tahun	KETERAMPILAN PERAWAT STROKE
10.	Wahyu Nursyamsi,Amd,.Kep	Perawat Pelaksana	D3	9 Tahun	-
11.	Akhmad Farizal Amd.Kep	Perawat Pelaksana	D3	15 Tahun	-
12.	Dia Rahmatilla Amd.Kep	Perawat Pelaksana	D3	2 Tahun	-
13	Santi Masita,Amd,.Kep	Perawat Pelaksana	D3	-	-
14.	Imhasanah,Amd,.Kep	Perawat Pelaksana	D3	9 Tahun	-
15.	Dwi Jeri Rosita,Amd,.Kep	Perawat pelaksana	D3	12 Tahun	APN, CTU
16	Putri Wulan Sari,Amd,.Keb	Perawat pelaksana	D3	7 Tahun	APN
17	Citra Amalia,Amd,.Keb	Perawat pelaksana	D3	8 Tahun	APN
18	Susyanti, S.H	Admin	-	-	-

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

Berdasarkan ketentuan, persentase perawat dengan pendidikan akhir Ners adalah 40% dari total keseluruhan jumlah perawat, sedangkan persentase perawat dengan jenjang pendidikan D3 yaitu 60%, dari data tersebut dapat diketahui bahwa jenjang pendidikan terbanyak perawat di ruang raung adalah jenjang pendidikan D3. Berdasarkan data yang didapatkan pelatihan kekhususan di ruang Raung didapatkan 4 orang dengan pelatihan APN 2 orang dengan pelatihan CTU 1 orang dengan pelatihan KETERAMPILAN PERAWATAN STROKE dan 1 orang dengan pelatihan MANEJEMEN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN 2 orang dengan pelatihan BLS 1 orang dengan pelatihan BCLS Berdasarkan data hasil pengkajian tersebut didapatkan bahwa sebagian besar perawat telah mendapatkan pelatihan. Ada beberapa pelatihan yang diberikan oleh rumah sakit kepada kepala ruangan atau kepada katim. Pelatihan tersebut memberikan keterampilan lebih bagi perawat dalam menangani pasien dalam kondisi gawat darurat, hal ini sangat bagus untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit terhadap konsumen.

c. Struktur Organisasi



Gambar 3.1 Struktur Organisasi Ruang Raung RSUD dr. Abdoer Rahem

d. Tingkat ketergantungan pasien (5 hari)

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

1. **(Self Care)** Klien bisa mandiri /hampir tidak memerlukan bantuan
 - a. Mampu naik turun tempat tidur
 - b. Mampu ambulasi dan berjalan sendiri
 - c. Mampu makan dan minum sendiri

- d. Mampu mandi sendiri/mandi sebagian dengan bantuan
- e. Mampu membersihkan mulut(sikat gigi sendiri)
- f. Mampu berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan
- g. Mampu BAK dan BAK dengan sedikit bantuan
- h. Status psikologis stabil
- i. Klien dirawat untuk prosedur diagnostik
- j. Operasi ringan

2. (Partial Care) klien memerlukan bantuan perawat sebagian.

- a. Membutuhkan bantuan 1 orang untuk naik turun tempat tidur
- b. Membutuhkan bantuan untuk ambulasi/berjalan
- c. Membutuhkan bantuan dalam menyiapkan makanan
- d. Membutuhkan bantuan untuk makan(disuap)
- e. Membutuhkan bantuan untuk kebersihan mulut
- f. Membutuhkan bantuan untuk berpakaian dan berdandan
- g. Membutuhkan bantuan untuk BAB dan BAK (tempat tidur/kamar mandi)
- h. Pasca operasi minor (24 jam)
- i. Melewati fase akut dari pasca operasi mayor
- j. Fase awal dari penyembuhan
- k. Observasi tanda tanda vital setiap 4 jam

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

- a. Membutuhkan 2 orang atau lebih untuk mobilisasi dari tempat tidur ke kursi roda
- b. Membutuhkan latihan pasif
- c. Kebutuhan nutrisi dan cairan dipenuhi melalui terapi

intravena (infus) atau ((NGT) sonde

- d. Membutuhkan bantuan kebersihan mulut**
- e. Membutuhkan bantuan penuh untuk berpakaian dan berdandan**
- f. Dimandikan perawat**
- g. Dalam keadaan inkontinensia, menggunakan kateter**
- h. Klien tidak sadar**
- i. Keadaan klien tidak stabil**
- j. Observasi ttv setiap kurang dari 8 jam**
- k. Perawatan luka bakar**
- l. Perawatan kolostomi**
- m. Menggunakan alat bantu pernapasan**
- n. Menggunakan WSD**
- o. Irigasi kandung kemih secara terus menerus**
- p. Menggunakan alat traksi**
- q. Fraktur dan atau pascaoperasi tulang belakang/leher**
- r. Gangguan emosional berat, bingung dan disorientasi**

Tingkat ketergantungan pasien diruang Raung selama 5 hari sebagai berikut:

Tabel 2.2 Tingkat Ketergantungan Pasien

Kategori Perawatan Pasien					
No.	Hari	Total care	Partial care	Self care	Jumlah Pasien
1.	Selasa, 21-06-2022	1	4	10	15
2.	Rabu, 22-06-2022	1	4	12	17
3.	Kamis, 23-06-2022	2	4	13	19
4.	Jumat , 24-06-2022	1	6	10	17
5.	Sabtu, 25-06-2022	2	6	8	16

Sumber: Data Primer di ruang Raung bulan Juni 2022

Pada tanggal 21 - 25 juni 2022 rata-rata jumlah pasien rata-rata *total care* sebanyak 7 orang, rata-rata pasien *partial care* sebanyak 24 orang dan *self care* 53 orang.

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

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

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

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

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

Dst Sumber : Nursalam, 2017

Jumlah tenaga perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien dengan perhitungan Douglas pada tanggal 21 Juni 2022.

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

Tanggal	Shift	<i>Selfcare</i>	<i>Partial care</i>	<i>Totalcare</i>	Total kebutuhan perawat
Selasa, 21 Juni 2022	Pagi	$0,17 \times 10 = 1,7$	$0,27 \times 4 = 1,8$	$0,36 \times 1 = 0,36$	5 orang
	Sore	$0,14 \times 10 = 1,4$	$0,15 \times 4 = 0,6$	$0,30 \times 1 = 0,3$	3 orang
	Malam	$0,07 \times 10 = 0,7$	$0,10 \times 4 = 0,4$	$0,20 \times 1 = 0,2$	3 orang
	Total jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan perhari				11 orang

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pada hari selasa, 21 juni 2022 jumlah tenaga perawat Ruang Raung yang dibutuhkan pada shift pagi yaitu sebanyak 5 orang, shift sore sebanyak 3 orang dan shift malam sebanyak 3 orang. Sehingga dalam satu hari dibutuhkan tenaga perawat sebanyak 11 orang.

Tanggal	Shift	Selfcare	Partial care	Totalcare	Total kebutuhan perawat
Rabu 22 Juni 2022	Pagi	$0,17 \times 14 = 2,38$	$0,27 \times 4 = 1,08$	$0,36 \times 1 = 0,36$	4
	Sore	$0,14 \times 14 = 1,96$	$0,15 \times 4 = 0,6$	$0,30 \times 1 = 0,3$	3
	Malam	$0,07 \times 14 = 0,98$	$0,10 \times 4 = 0,4$	$0,20 \times 1 = 0,2$	3
	Total jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan perhari				

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pada hari Rabu, 22 juni 2022 jumlah tenaga perawat Ruang Raung yang dibutuhkan pada shift pagi yaitu sebanyak 4 orang, shift sore sebanyak 3 orang dan shift malam sebanyak 3 orang. Sehingga dalam satu hari dibutuhkan tenaga perawat sebanyak 10 orang.

Tanggal	Shift	Self care	Partial care	Total care	Total kebutuhan perawat
Kamis, 23 Juni 2022	Pagi	$0,17 \times 13 = 2,21$	$0,27 \times 4 = 1,08$	$0,36 \times 2 = 0,72$	3
	Sore	$0,14 \times 13 = 1,82$	$0,15 \times 4 = 0,6$	$0,30 \times 2 = 0,6$	2
	Malam	$0,07 \times 13 = 0,91$	$0,10 \times 4 = 0,4$	$0,20 \times 2 = 0,4$	2
	Total jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan perhari				

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pada hari Kamis, 23 juni 2022 jumlah tenaga perawat Ruang Raung yang dibutuhkan pada shift pagi yaitu sebanyak 2 orang, shift sore sebanyak 2 orang dan shift malam sebanyak 2 orang. Sehingga dalam satu hari dibutuhkan tenaga perawat sebanyak 7 orang.

Tanggal	Shift	Self care	Partial care	Total care	Total kebutuhan perawat
Jumat 24 Juni 2022	Pagi	$0,17 \times 10 = 1,7$	$0,27 \times 6 = 1,62$	$0,36 \times 1 = 0,36$	5
	Sore	$0,14 \times 10 = 1,4$	$0,15 \times 6 = 0,9$	$0,30 \times 1 = 0,3$	3
	Malam	$0,07 \times 10 = 0,7$	$0,10 \times 6 = 0,6$	$0,20 \times 1 = 0,2$	3
	Total jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan perhari				

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pada hari Jum'at, 24 juni 2022 jumlah tenaga perawat Ruang Raung yang dibutuhkan pada shift pagi yaitu sebanyak 5 orang, shift sore sebanyak 3 orang dan shift malam sebanyak 3 Orang. Sehingga dalam satu hari dibutuhkan tenaga perawat sebanyak 11 orang.

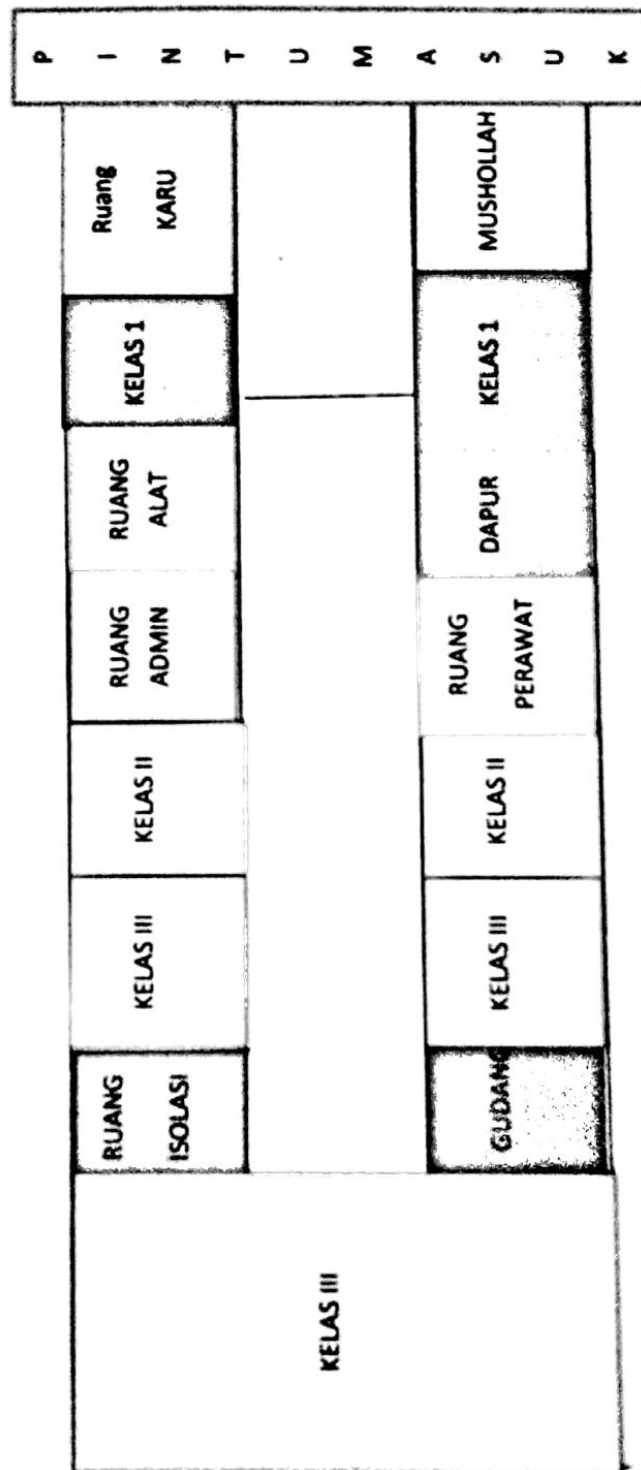
Tanggal	Shift	<i>Self care</i>	<i>Partial care</i>	<i>Total care</i>	Total kebutuhan perawat
Sabtu 25 Juni 2022	Pagi	$0,17 \times 8 = 1,36$	$0,27 \times 6 = 1,62$	$0,36 \times 2 = 0,72$	5
	Sore	$0,14 \times 8 = 1,12$	$0,15 \times 6 = 0,9$	$0,30 \times 2 = 0,6$	4
	Malam	$0,07 \times 8 = 0,56$	$0,10 \times 6 = 0,6$	$0,20 \times 2 = 0,4$	3
	Total jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan perhari				

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa pada hari sabtu, 25 juni 2022 jumlah tenaga perawat Ruang Raung yang dibutuhkan pada shift pagi yaitu sebanyak 5 orang, shift sore sebanyak 4 orang dan shift malam sebanyak 3 orang. Sehingga dalam satu hari dibutuhkan tenaga perawat sebanyak 12 orang.

3.3.2 Sarana dan Prasarana (Material/M2)

1) Lokasi dan denah ruangan

Ruang rawat inap Raung berada di belakang kelas I Argopuro dengan berbatasan sebelah utara ruang anak sebelah selatan terdapat ruang Gizi sebelah timur ruang Isolasi. Ruang Raung memiliki 17 bed tidur pasien, 8 kamar mandi pasien dan 2 kamar mandi perawat, 1 ruang alkes, 1 ruang obat, 1 ruang ners station, 1 ruang administrasi, 1 ruang tempat linen, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruangan musholla.



2) Lingkungan kerja

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

3) Gambaran kapasitas tempat tidur diruangan

Ruang Raung terdiri dari 8 ruangan, dimana tiap ruangan berisi 17 bed pasien. Bed pasien dalam keadaan baik, dapat dinaik turunkan.

4) Peralatan dan fasilitas

NO	NAMA BARANG
1	Ambu bag
2	Arteri klem
3	Bed pasien 1 kreng
5	Bed pasien 2 kreng
6	Bed pasien non kreng
7	Brancard
8	Cast cutter/ cutter gips
9	CPM
10	Drassing Card
11	ECG
12	Fundus Cope
13	Gerus Obat
14	HNFC (High Flow Nasal Canule)
15	Incubator
16	Infus Pump
17	Kasur Angin
18	Korentang
19	Kursi Roda
20	Lampu Baca Foto
21	Lampu Therapy
22	Lampu Tindakan

23	Manometer O2 Tabung
24	Tensi meter
25	Stetoskop
26	Metline
27	Nebulezer
28	Oximeter
29	Refleks Hammer
30	Scoope Streecher
31	Senter
32	Spreeder
33	Standar Infus
34	Stetoskop Anak
35	Stetoskop Dewasa
36	Stik Pan
37	Suction
38	Syringe Pump
39	Tabung O2 Kecil
40	Tensimeter Anak
41	Tensimeter Dewasa
42	Termometer
43	Pengukuran tinggi badan
44	Timbangan Dewasa
45	Tong Spatel
46	Trolly O2 Besar
47	Trolly O2 Kecil
48	Urinal
49	Vein Detector
TAMBAHAN ITEM	
1	Wall Suction
2	Hamer Reflek
3	Troli Alumini Meja Makan Pasien
4	Meja Pasien

NO	NAMA BARANG
1	Sprei
2	Selimut
3	Steek Laken
4	Sarung Bantal
5	Sarung Guling
6	Bantal
7	Guling
8	Kasur/ Bed
9	Gorden
10	Vitrasi
11	Baju Pasien
12	Sarung Pasien
13	Taplak Meja
14	Duk Besar
15	Duk Sedang
16	Duk Kecil
17	Sarung O2
18	Handuk

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

8	Bascom Mandi Pasien
9	Box Piring Pasien
10	Dispenser
11	Filling Kabinet
12	Jam Tembok
13	Jemuran Portabel
14	Kasur Besar
15	Kipas Angin Gantung
16	Kipas Angin Berdiri
17	Kompor Gas
18	Kompor Listrik
19	Komputer + Meja
20	Kotak Saran
23	Kursi Roda
24	Kursi Bundar Almini
25	Kursi Kayu Bundar
26	Kursi Lipat
27	Lemari Besar
28	Lemari Gantung
29	Lemari Kaca, Kayu KC
30	Locker Karyawan
31	Locker Mahasiswa KY & Plastik
32	Meja Diskusi
33	Meja Nurse Station
34	Meja Tulis
35	Rak DRM/ Dokumen Rekam Medis
36	Rak Handuk
37	Rak Obat
38	Rak Piring
39	Rak Sepatu
40	Skatsel
41	Televisi

42	Tempat Linen Infesius
43	Tempat Linen Non Infesius
44	Tempat Sampah Infeksius
45	Tempat Sampah Non Infeksius
46	White Board

- 5) Analisis masalah pada bagian sarana dan prasarana
 Dalam pengelolaan sarana dan prasarana, ruang raung sudah optimal.

5.1.1 Metode (Methode/M3)

- 1) Model Penugasan Asuhan Keperawatan
 Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan diruang rawat inap Raung pada tanggal 21 – 25 Juni 2022, didapatkan bahwa ruang rawat inap Raung menggunakan model MAKP tim.
- 2) Timbang Terima
 Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 21-25 juni 2022 dimana kegiatan timbang terima dilakukan jika terdapat semua perawat terutama pada shift pagi yang dipimpin oleh kepala Ruangan
- 3) Pre Conference
 Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 21- 25 juni 2022 dimana kegiatan pre conference yaitu komunikasi ketua tim dan perawat pelaksana sebelum operan untuk rencana kegiatan shift tersebut yang dipimpin oleh ketua tim dan penanggung jawab tim.
- 4) Post Conference
 Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 21-25 juni 2022 dimana kegiatan post conference yaitu pertemuan tim yang dilakukan sesudah dilakukan operan.
- 5) Ronde Keperawatan dan Diskusi Refleksi Kasus
 Ronde keperawatan merupakan suatu sarana bagi perawat untuk membahas masalah keperawatan dengan melibatkan pasien dan seluruh tim keperawatan, konsultan keperawatan serta divisi terkait (medis, gizi, rehabilitasi dan medis lainnya). Ronde keperawatan juga merupakan merupakan suatu proses belajar bagi perawat dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, efektif dan

psikomotor. Kepekaan dan cara berpikir kritis perawat akan tumbuh dan terlatih melalui suatu transfer pengetahuan dan pengaplikasian teori secara langsung pada kasus nyata. Dengan pelaksanaan ronde keperawatan yang berkesinambungan, diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat ruangan untuk berfikir secara kritis dalam peningkatan perawatan yang profesional. Dalam pelaksanaan ronde keperawatan akan terlihat kemampuan perawat dalam melakukan Kerjasama antara tim Kesehatan yang lain guna mengatasi masalah Kesehatan yang terjadi pada pasien Clement (2011). Berdasarkan hasil observasi dimana ronde keperawatan diruang rawat inap ruang raung telah dilaksanakan sesudah selesai operan.

6) Supervisi

Berdasarkan hasil pengkajian supervisi dilaksanakan oleh karu atau katim setiap atau satu bulan sekali dengan terjadwal atau secara langsung.

7) Dokumentasi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap pendokumentasian diruang ranap inap melati bawah pelaksanaan dokumentasi pelaksanaannya sesuai dengan kaidah-kaidah pembuatan dokumentasi keperawatan.

8) Discharge Planning

Ruang rawat inap raung sudah menyediakan sarana discharge planning seperti discharge planning card yang berisi identitas pasien, perencanaan perawatan, dan jadwal kontrol yang terlampir pada status pasien. Saat ini perencanaan discharge planning bagi pasien yang dirawat sudah terlaksana dengan optimal.

9) Pelaksanaan SAK

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruangan bahwa standart asuhan keperawatan telah dipenuhi oleh dinas kesehatan dengan keputusan menteri kesehatan RI, standart asuhan keperawatan sudah terlaksana dengan optimal.

10) Pelaksanaan SPO

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

- 11) Jenis 3 Diagnosa medis terbanyak dan 3 diagnosa keperawatan terbanyak diruangan

Terdapat 10 Diagnosa medis terbanyak di Ruang Rawat Inap Raung selama 1 minggu terakhir (21 juni – 25 juni 2022) adalah sebagai berikut:

	DIAGNOSA TERBANYAK	
DIAGNOSA MEDIS	Stroke	105
	Dispepsia	33
	Hipertensi	73
	Sinusitis	15
	Vertigo	18
	Tongsil	8
	Tumor	21
	CKD	13
	Cepalgia	24
	Hipokalemia	46
DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nyeri Akut	210
	Gangguan mobilitas Fisik	105
	Resiko perfusi Jaringan Tidak Efektif	83
	Resiko Perfusi Renal Tidak Efektif	54

- 12) Program 6 sasaran keselamatan pasien

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

- 1) Sasaran I : Ketetapan identifikasi pasien
- 2) Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif
- 3) Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- 4) Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi

- 5) Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

Sasaran I : Ketetapan Identifikasi Pasien

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

Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif (SBAR)

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

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

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

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

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

Sasaran V : Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

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

Sasaran VI : Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

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

13) Analisis Masalah Pada Bagian Metode

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

5.1.2 Sumber Keuangan (Money/M4)

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

5.1.3 Pemasaran Bangsal (market/M5)

Jumlah rata-rata pasien dalam 5 hari yaitu pasien pada bulan juni 2022 di ruang raung rsud Abdoer rahem, dengan BOR, ALOS, TOI, BTO dalam triwulan Bulan April - Juni sebagai berikut :

NO	INDIKATOR	DATA			RSUD. dr.Abdoer Rahem Situbondo	DEPKES RI
		April	Mei	Juni		
1	BOR	78%	68%	70%		
2	ALOS	5,3 hari	4,7 hari	5,2 hari		
3	TOI	1,6 hari	2,3 hari	2,8 hari		
4	BTO	4 kali	3,35 kali	3,82 kali		

BAB 4
ANALISIS SWOT

4.1 Analisis SWOT

Tabel 4.1 Analisis SWOT

NO	ANALISA	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING
1	M1 (Man) a. Internal Faktor (IFAS) Strength 1) Semua perawat pernah mengikuti pelatihan, diantaranya: a) APN : 4 orang b) CTU : 2 orang c) Keterampil Perawatan Stroke : 1 orang d) Manajemen Mutu Pelayanan Keperawatan : 1 orang e) BLS : 2 orang f) BCLS : 1 orang 2) Perawat ruangan selalu menggunakan komunikasi terapeutik kepada klien. 3) Masa kerja perawat rata-rata di atas 10 tahun, sehingga perawat ruangan raung memiliki pengalaman kerja yang cukup lama.	0,2	3	0,6 $S-W$ $= 2,15 - 1,05$ $= 1,1$
		0,1	2	0,2
		0,15	3	0,45

4) Terdapat MAKP yang jelas, yaitu MAKP yang digunakan oleh ruang raung adalah MAKP Tim.	0,15	4	0,6	
5) Sebelum memulai kegiatan perawat selalu berdoa bersama.	0,1	3	0,3	
TOTAL	0,7		2,15	
Weakness				
1) Banyak tenaga kerja keperawatan belum lulusan Ners.	0,2	4	0,8	
2) Tidak terdapat struktur organisasi tertulis di dalam ruangan.	0,05	2	0,1	
3) Tidak terdapat visi misi tertulis di dalam ruangan.	0,05	3	0,15	
TOTAL	0,3		1,05	
TOTAL IFAS	1			
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 2 perawat yang melanjutkan jenjang pendidikan S1.	0,3	3	0,9	= 1,8 - 1,2
TOTAL	0,6		1,8	= 0,6

2	Threatened				
	1) Komplain dari keluarga pasien				
	TOTAL	0,4	3	1,2	
	TOTAL EFAS	0,4		1,2	
	M2 (Material)	1			
	a. Internal Faktor (IFAS)				
	Strength				
	1) Tersedianya nurse station dan ruangan khusus untuk mahasiswa.	0,15	3	0,45	$S-W$ $= 1,9 - 0,9$ $= 1$
	2) Terdapat administrasi penunjang (seperti buku operan dan buku TTV) yang memadai.	0,1	2	0,2	
	3) Pagar safety pada bed pasien selalu terpasang.	0,15	3	0,45	
	4) Bed pasien sudah dalam bentuk 3 crank sehingga memudahkan pasien dalam mobilisasi.	0,2	3	0,6	
	5) Terdapat rak obat, sehingga obat bisa tertata dengan rapi.	0,1	2	0,2	
	TOTAL	0,7		1,9	
	Weakness				
	1) Wastafel untuk cuci tangan di ruang perawatan hanya tersedia satu.	0,1	3	0,3	

2) Tidak tersedia bell untuk memudahkan pasien memanggil perawat.		0,2	3	0,6	
TOTAL		0,3		0,9	
TOTAL IFAS		1			
b. Eksternal Faktor (EFAS)					
<i>Opportunity</i>					
1) Adanya pengadaan sarana dan prasarana yang rusak.					
2) Adanya program pelatihan pengoperasian alat, seperti penggunaan APAR.		0,35	4	1,4	O-T
TOTAL		0,25	3	0,75	= 2,15 - 1,2
		0,6		2,15	= 0,95
<i>Threatened</i>					
1) Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk melengkapi sarana dan prasarana		0,2	3	0,6	
2) Sarana dan prasarana RS lain yang lebih canggih dan <i>update</i>		0,2	3	0,6	
TOTAL		0,4		1,2	
TOTAL EFAS		1			

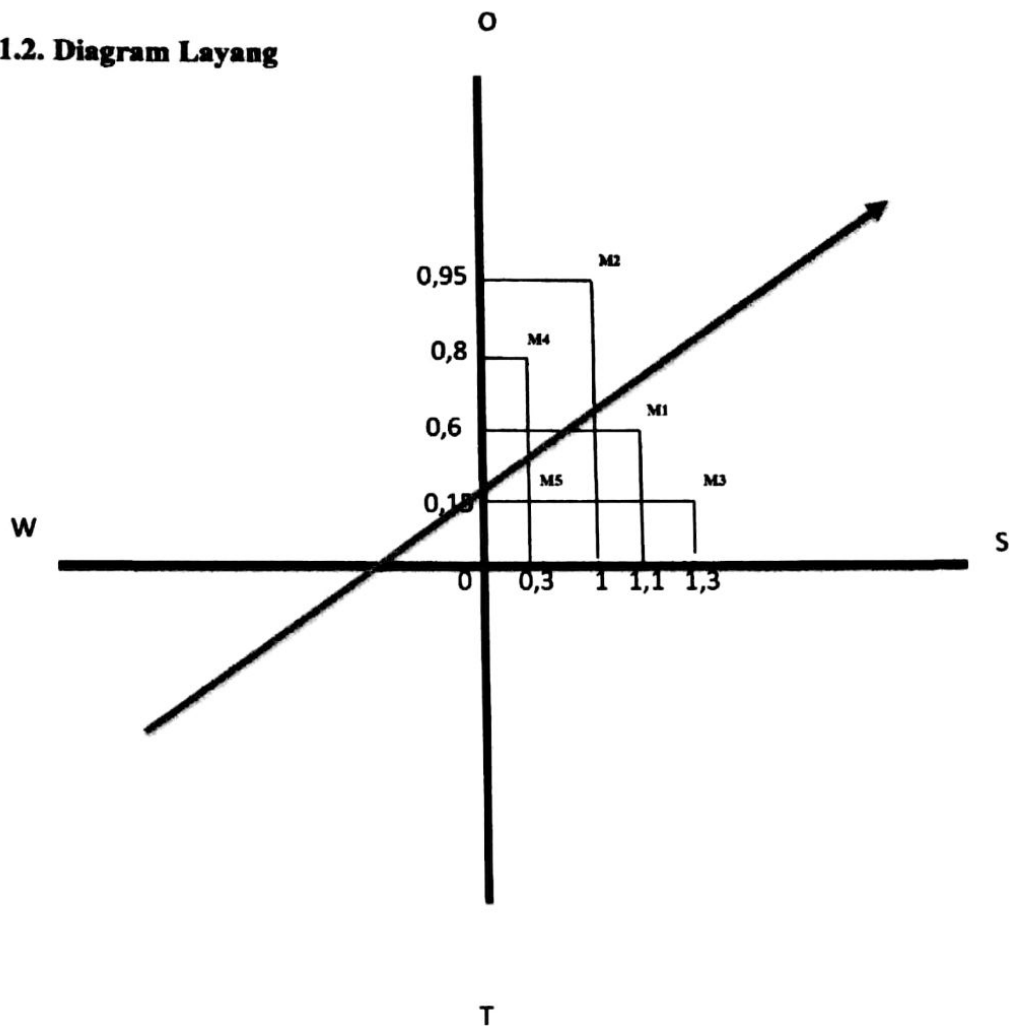
b. Eksternal Faktor (EFAS)				
Opportunity				
1) Terdapat kebijakan pemerintah tentang profesionalisasi perawat (Undang-Undang Keperawatan).	0,25	3	0,75	O-T = 1,5 - 1,35 = 0,15
2) Adanya program akreditasi RS dari pemerintah dimana elemen MAKPP merupakan salah satu penilaian penting.	0,25	3	0,75	
TOTAL	0,5		1,5	
Threatened				
1) Persaingan dengan rumah sakit yang semakin ketat.	0,35	3	1,05	
2) Terdapat beberapa RS yang sudah menggunakan alat pendokumentasian digital.	0,15	2	0,3	
TOTAL	0,5		1,35	
TOTAL EFAS	1			

4	M4 (Money)					
	Internal Faktor (IFAS)					
	Strength					
	1) Dana operasional ruangan diperoleh dari rumah sakit.	0,3	3	0,9		
	2) Dana kesejahteraan pegawai diperoleh dari rumah sakit dan pemerintah sesuai dengan indeks kinerja staf dan regulasi Rumah Sakit.	0,3	3	0,9		S-W = 1,8 - 1,2 = 0,3
	TOTAL	0,6		1,8		
	Weakness					
	1) Ruangan tidak dapat mengelola keuangan secara independen.	0,4	3	1,2		
	TOTAL	0,4		1,2		
	TOTAL IFAS	1				
	Eksternal Faktor (EFAS)					
	Opportunity					
	1) Adanya dana bantuan dari APBD dan APBN.	0,35	3	1,05		
	2) Adanya pendapatan dari jasa medis untuk pasien dengan jaminan kesehatan	0,25	3	0,75		O-T = 1,8 - 1 = 0,8
	TOTAL	0,6		1,8		

	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. 2) Proses pengurusan pencairan dana dari jaminan kesehatan yang lama. TOTAL TOTAL EFAS	0,2 0,2 0,4 1	3 2 1	0,6 0,4 1	
5	M5 (Mutu) a. Internal Faktor (IFAS) Strength 1) Perawat tanggap dalam menghadapi permasalahan yang ada di ruangan. 2) Perawat bersikap ramah dan peduli terhadap kondisi pasien. 3) Terdapat program gelang identitas pada pasien. TOTAL	0,3 0,15 0,1 0,55	3 3 3 0,55	0,9 0,45 0,3 1,65	S-W = 1,65 - 1,35 = 0,3

Weakness				
1) Tuntutan kepuasan pasien maupun keluarga terhadap pelayanan yang semakin tinggi.	0,45	3	1,35	
TOTAL IFAS	0,45		1,35	
b. Eksternal Faktor (EFAS)				
Opportunity				
1) RS yang terakreditasi baik memiliki image memiliki mutu pelayanan yang baik.	0,3	3	0,9	O-T = 1,4 - 1,25 = 0,15
2) RS menggunakan layanan BPJS dan asuransi kesehatan lainnya.	0,25	2	0,5	
TOTAL	0,55		1,4	
Threatened				
1) Tuntutan dari masyarakat untuk pelayanan dan perawatan yang lebih profesional.	0,15	3	0,45	
2) Semakin meningkatnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan.	0,10	2	0,2	
3) Pelayanan dari Rumah Sakit lain yang lebih prima.	0,2	3	0,6	
TOTAL	0,45		1,25	
TOTAL EFAS	1			

1.2. Diagram Layang



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

BAB 5

PRIORITAS MASALAH DAN POA

5.1 Daftar Masalah

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

NO	MASALAH
1.	Discharge planing sudah dilaksanakan tetapi tidak tersedia leaflet untuk pasien dan keluarga
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan belum tercetak dan juga belum ditempel di dinding ruangan Raung
3.	Timbang terima bed to bed hanya dilakukan di pagi hari.

5.2 Prioritas Masalah

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

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

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

1 : sangat kecil

2 : kecil

3 : cukup

4 : besar

5 : sangat besar

Tabel 5.2 Rumusan Prioritas Masalah

No	Rumusan masalah	Skor					Prioritas
		Mg	Sv	Mn	Nc	Af	
1.	Discharge planing sudah dilaksanakan tetapi tidak tersedianya leaflet untuk pasien dan keluarga	4	4	4	4	3	768
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan belum tercetak dan juga belum ditempel di dinding ruangan Raung	2	4	5	4	5	800
3.	Timbang terima bed to bed hanya dilakukan pagi hari.	4	3	5	4	4	960

5.3 Penampisan Prioritas Tindakan

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

Capability (C) : Kemampuan ruangan dalam mengatasi masalah

Accessible (A) : Kemudahan masalah untuk diatasi

Readliness (R) : Kesiapan ruangan dalam mengatasi masalah

Leverage (L) : Daya pendorong dalam mengatasi masalah

Adapun skor penilaian yang digunakan adalah :

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

Masalah :

Tabel 5.4 Masalah prioritas

No.	Prioritas Masalah	Alternatif pemecahan	Skor				Jumlah	Prioritas
			C	A	R	L		
1.	Discharge planning sudah dilaksanakan tetapi tidak ada leaflet untuk pasien dan keluarga	Membuat leaflet	5	5	5	4	500	1
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan belum tercetak dan juga belum ditempel di dinding ruangan Raung	Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak struktur organisasi maupun visi misi ruangan	5	5	4	3	300	2
3.	Timbang terima bed to bed hanya dilakukan pagi hari.	Mengusulkan kepada kepala ruangan untuk melakukan timbang terima bed to bed pada setiap pergantian shift, pagi, sore dan malam.	4	3	3	3	108	3

5.4 Planning of Action

Tabel 5.5 Planning of Action

No.	Masalah	Alternatif pemecahan masalah	Rencana Kegiatan	Ruang	Sasaran	Metode
1.	Discharge planning sudah dilaksanakan tetapi tidak ada leaflet untuk pasien dan keluarga	Membuat leaflet	1. Membuat leaflet sesuai kasus tertinggi pada ruang Raung 2. Memberikan leaflet kepada pasien dan keluarga untuk dibawa pulang	Rawat Inap ruang Raung	Rawat Inap ruang Raung	Leaflet
2.	Struktur organisasi dan visi misi ruangan sudah terbentuk hanya saja tidak terempel di ruangan Raung	Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak struktur organisasi maupun visi misi ruangan Raung	1. Mengusulkan kepada ruangan untuk mencetak struktur organisasi maupun visi misi ruangan dan ditempel di dinding ruang Raung	Rawat Inap ruang Raung	Rawat Inap ruang Raung	Diskusi

3.	Timbang terima bed to bed hanya dilakukan pagi hari.	Mengusulkan kepada kepala ruangan untuk melakukan timbang terima bed to bed pada setiap pergantian shift, pagi, sore dan malam.	1. Mengusulkan kepada kepala ruangan untuk melakukan timbang terima bed to bed pada setiap pergantian shift, pagi, sore dan malam, untuk lebih mengetahui kondisi pasien.	Rawat Inap Ruang Ruang	Rawat Inap ruang Ruang	Diskusi
----	--	---	---	------------------------	------------------------	---------

BAB 6

IMPLEMENTASI

Diskusi hasil analisis pengkajian serta rencana penyelesaian masalah manajemen keperawatan di Ruang Raung, dilaksanakan pada hari kamis, 07 Juni 2022 yang diikuti oleh kepala ruang dan CI ruang Raung. Pada diskusi tersebut telah disepakati prioritas masalah yang telah ditetapkan meliputi :

1. Dari hasil observasi, ditemukan bahwa penerapan discharge planning sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, karena belum ada media yang diberikan kepada pasien atau keluarga tentang pendidikan kesehatan yang sesuai dengan penyakitnya (Leaflet).
2. Struktur organisasi dan visi misi ruangan belum tercetak
3. Timbang terima bed to bed sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, bed to bed hanya dilakukan pada pagi hari, sedangkan sore dan malam hari tidak dilakukan timbang terima bed to bed.

Rencana penyelesaian masalah diatas adalah melakukan kegiatan penyegaran dengan tema penerapan model praktek keperawatan profesional dengan metode tim. Fokus penyegaran antara lain adalah melakukan timbang terima, pre-post conference, supervisi, pengisian format pendokumentasian keperawatan, discharge planning, penghitungan BOR, ALOS, BTO, dan TOI.

6.1 Pelaksanaan Kegiatan

6.1.1 Penyiapan Perangkat MPKP

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

6.2 Pelaksanaan dan Evaluasi Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan MPKP tanggal 09 Juni 2022 sesuai jadwal yang telah disusun. Pada beberapa kegiatan yang dilakukan oleh kelompok antara lain adalah roleplay pre dan post conference, roleplay timbang terima, roleplay supervisi, roleplay discharge planning. Untuk format pendokumentasian ruangan Pelaksanaan kegiatan berdasarkan analisis data yang dikumpulkan dan evaluasi dengan program kontrol kegiatan. Penerapan MPKP di Ruang Melati Bawah sebagai berikut :

Tabel : 6.1 Hasil Kegiatan dan Evaluasi

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 Jumat , 01 Juli 2022 Sabtu, 02 Juni 2022	Timbang Terima	Kegiatan timbang terima di Ruang Raung telah di lakukan setiap pergantian shif sesuai dengan SOP oleh kelompok, timbang terima shif pagi ke shif sore di pimpin oleh kepala ruangan, kegiatan timbang terima yang dilakukan oleh kelompok sudah dilakukan sesuai SOP yang telah di sepakati oleh kelompok dengan menerapkan prinsip timbang terima, namun masih ada beberapa yang belum optimal, anantara lain: tidak semua perawat ruangan mengikuti kegiatan timbang terima, kepala ruang jarang mengikuti kegitan timbang terima.	Senin , 27 Juni 2022 Kepala ruang: Moh Rizal Selasa , 28 Juni 2022 Kepala ruang: Gandi Alfi zarocho Rabu , 29 Juni 2022 Kepala ruang: Rofiqoh Kamis , 30 Juni 2022

				Kepala Ruang: Ivtita hidayati Jumat, 1 Juli 2022 Kepala Ruang: Moh Rizal Sebtu 2 Juli 2022 Kepala ruang: Gandi Alfi
2.	,senin 27 Juni 2022 Selasa 28 Juni 2022 Rabu 29 Juni 2022 Kamis 30 Juni 2022 Jumat , 01 Juli 2022 Sabtu, 02 Juli 2022	Pre-Post Conference	Kegiatan pre-post Conference telah dilakukan oleh kelompok sesuai dengan SOP yang telah di sepakati, setelah operan dari kepala ruangan, ketua tim melakukan pre-post Conference bersama perawat pelaksana. Pre-Conference dilakukan setelah melakukan timbang terima dan mendiskusikn rencana yang akan dilakukan. Sedangkan Post-Conference dilakukan setelah tindakan kepada pasien dimana Post-Conference dilaksanakan 1 jam sebelum timbang terima.	Senin , 27 Juni 2022 Katim: gandi alfi Selasa, 28 Juni 2022 2022 Katim: Rofiqoh Rabu , 29 Juni 2022 Katim: Ivtita hidayati kamis, 30 Juni 2022

				Katim: Moh Rizal Jumat 01 Juli 2022 Katim: Gandi Alfi Sabtu 02 Juli 2022 Katim: Rofiqoh
3.	Jumat, 1 Juli 2021	SUPERVISI	Kegiatan supervisi injeksi IV telah dilakukan oleh kelompok dengan menggunakan SOP Supervisi pada saat melakukan pengkajian. Simulasi dilakukan oleh mahasiswa yang bertanggung jawab menjadi kepala ruang dan di implementasikan oleh yang bertugas menjadi Katim pada hari itu.	Kepala ruang: Moh Rizal
4.	Senin 4 Juli 2022	Discharge Planning	Dari hasil observasi selama di ruang rawat inap ruang raung Bawah ditemukan bahwa penerapan discharge planning sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, karena	Selasa, 15 Juni 2022 Kepala ruangan: Rofiqoh

			saat discharge planning tidak menggunakan leaflet. Rencana tindak lanjut yang perlu dilakukan : membuat leaflet tentang penyakit yang paling banyak ditemukan di ruang raung , salah satunya, yaitu Stoke. Kelompok menyiapkan leaflet yang sesuai dengan kondisi pasien, seperti pasien Stroke yang harus rutin melakukan pergerakan/mobilisasi untuk melatih kekuatan otot. Leaflet diberikan kepada keluarga supaya pasien dan keluarga mudah memahami apa yang kelompok sampaikan.	
5.	Selasa, 5 Juli 2022 Kepala ruangan: Gandi	Pendokumen- tasian Asuhan Keperawatan	Kelompok melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai pasien kelolaan yang telah ditentukan Kepala Ruang dan Katim Melati Bawah dengan format pendokumentasian: a. Nama Lengkap Pasien b. Tanggal Lahir c. No. RM d. Jenis Kelamin	

			e. Tanggal/Jam	
			f. Format SOAP/IE/R	
			g. TTD dan Nama Terang	

6.3 Perbedaan Sebelum dan Sesudah Implementasi POA

6.3.1 Struktur Organisasi

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

6.3.2 Dokumentasi Discharge Planning

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

tentang pendidikan kesehatan yang sesuai dengan penyakitnya (Leaflet).	
--	--

6.3.3 Pengoptimalan timbang terima bed to bed

Sebelum	Sesudah
Timbang terima bed to bed sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, bed to bed hanya dilakukan pada pagi hari, sedangkan sore dan malam hari tidak dilakukan timbang terima bed to bed..	Mahasiswa profesi Ners berkoordinasi dan mendiskusikan dengan Kepala Ruang terkait timbang terima bed to bed kepada pasien. Dari hasil diskusi, Kepala Ruang setuju apabila dilakukan timbang terima bed to untuk lebih dioptimalkan lagi seperti pada pagi, sore dan malam, untuk lebih mengetahui kondisi pasien, tetapi timbang terima bed to bed kurang memungkinkan jika dilakukan sore dan malam, dikarenakan jumlah shift perawat yang terbatas.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Pengkajian data di ruang praktek manajemen memakai sistem wawancara, observasi dan kuesioner. Dari hasil analisis ditemukan 3 masalah yang perlu dilakukan di ruangan antara lain:
 - a. Dari hasil observasi, ditemukan bahwa penerapan discharge planning sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, karena belum ada media yang diberikan kepada pasien atau keluarga tentang pendidikan kesehatan yang sesuai dengan penyakitnya (Leaflet).
 - b. Struktur organisasi dan visi misi ruangan belum tercetak
 - c. Timbang terima bed to bed sudah dilakukan dengan baik namun belum optimal, bed to bed hanya dilakukan pada pagi hari, sedangkan sore dan malam hari tidak dilakukan timbang terima bed to bed..
2. Timbang terima bed to bed belum bisa dilakukan secara optimal pada sore dan malam hari, dikarenakan keterbatasan jumlah perawat yang tidak memungkinkan untuk melakukan timbang terima bed to bed. Sedangkan pada pembuatan struktur organisasi dan visi misi dan discharge planning dengan melakukan pendidikan kesehatan menggunakan leaflet dapat tercapai dengan baik.
3. Model yang digunakan dalam asuhan keperawatan memakai MPKP Tim yang terdiri dari kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana.
4. Kegiatan manajemen dilakukan dengan mengikuti standart operasional prosedur dengan rutinitas kegiatan antara lain timbang terima, pre conference, post conference, supervisi keperawatan, discharge planning dan dokumentasi keperawatan.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan diatas disarankan kepada :

1. Pimpinan atau kepala
 - a. Memberikan dukungan dan reward serta kemudahan bagi profesi keperawatan untuk mengembangkan karir dan pendidikan berkelanjutan ke D3 dan S1 Keperawatan yang diperlukan di ruangan.
2. Sub Departemen Keperawatan
 - a. Melakukan supervisi secara teratur keruangan agar kemampuan sudah terbentuk menjadi budaya kerja yang harus dipertahankan dan ditingkatkan, memberi pujian terhadap hasil yang telah dicapai untuk meningkatkan motivasi dan kualitas kerja.
 - b. Memberikan pengkayaan fungsi manajerial bagi kepala ruangan terutama pada fungsi pengawasan.
3. Kepala Ruangan dan Ketua Tim
 - a. Kepala ruangan ketua tim hendaknya melakukan bimbingan kepada tenaga pelaksana untuk pembuatan rencana harian dan dokumentasi asuhan keperawatan.
 - b. Melakukan audit secara berkala pada pasien yang akan pulang atau dalam proses perawatan.
 - c. Melakukan supervisi tingkat ruang sesuai dengan acuan yang ada yang telah ditentukan oleh direksi Rumah Sakit.
4. Tenaga Pelaksana
 - a. Membudayakan kegiatan yang telah diajarkan dan menjadikan suatu rutinitas kegiatan.
 - b. Membudayakan membaca dan menulis asuhan keperawatan pasien.
 - c. Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan untuk menunjang profesionalisme.
5. Mahasiswa praktek yang akan datang diharapkan dapat memantau hasil residensi terdahulu khususnya di ruang Ruang dan menambah kegiatan lain yang belum dapat dilaksanakan seperti : menyempurnakan timbangan terima bed to bed dan supervise keperawatan

Lampiran 1

**PROPOSAL
TIMBANG TERIMA**



Disusun Oleh :

Gandi Alfi Zarocho	(21101029)
Ivtitahul Hidayati	(21101044)
Moh. Rizhal	(21101061)
Rofiqoh	(21101087)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER
2022**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

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

sudah dilakukan saat itu. Informasi yang disampaikan³ harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Timbang terima dilakukan oleh perawat primer antar shift secara tulisan dan lisan.

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

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

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

1.2 Tujuan

1. Tujuan umum

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

2. Tujuan khusus

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

1.3 Manfaat

1. Bagi Perawat

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

2. Bagi pasien

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

3. Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan pelayanan keperawatan kepada klien secara komprehensif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian

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

2.2 Tujuan

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

2.3 Langkah-langkah

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

2.4 Prosedur Timbang Terima

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam prosedur ini meliputi :

2.4.1 Metode Pelaporan

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

2.4.2 Persiapan

Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.

2.4.3 Pelaksanaan

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

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

2.4.4 Hal-hal yang perlu diperhatikan

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

BAB III

SKENARIO TIMBANG TERIMA

3.1 Pelaksanaan Kegiatan

Hari / tanggal : Kamis. 30 Juni 2022
Pukul : 14.00
Pelaksana : Mahasiswa profesi ners
Topik : Timbang terima
Tempat : Ruang Raung
Sasaran : Pasien kelolaan ruang raung kelas 3 kamar 4, 9, 10, & 11

3.2 Pengorganisasian

Kepala Ruangan : Ivtitahul Hidayati
Katim : Moh. Rizhal
PP : Gandi Alfi Zarocho
PP : Rofiqoh

3.3 Metode

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

3.4 Media

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

3.5 Proses Pelaksanaan

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

SESI 1 : Di Nurse Station

1. Perawat shift malam menyiapkan status pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
2. Perawat shift pagi membuka operan jaga dengan do'a.
3. Perawat shift pagi mempersilahkan perawat shift malam untuk melaporkan pasien kepada perawat shift pagi.
"Baik terima kasih untuk kesempatan yang diberikan.

Adapun laporan perawatan pasien pada shift malam, dengan jumlah pasien sebanyak ... (sebutkan jumlah pasien)".

4. Perawat shift malam melaporkan pasien yang menjadi tanggung jawabnya,terkait:
 - a. Identitas pasien dan diagnosamedis
 - b. Masalah keperawatan yang kemungkinan masih muncul
 - c. Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan.
 - d. Intervensi kolaborasi dandependen
 - e. Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan
dalam kegiatan selanjutnya, misalnya operasi, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan penunjaang lainnya, persiapan untuk konsultasi atau prosedur lainnya yang tidak dilaksanakan secararutin.

Contoh:

Laporan perawatan pasien pertama. Ny. S (51 tahun)

dengan Efusi Pleura, penanggung jawab dr. N :

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis,TD, N, RR, T (sebutkan hasil pengukuran). Keluhan yang dirasakan pasien adalah ... (sebutkan keluhan yang dialami). Rencana yang sudah dilakukan adalah ...

(sebutkan implementasi) sedangkan rencana yang belum dilakukan adalah ... (sebutkan intervensi).
Terapi yang diinstruksikan adalah ... (sebutkan nama terapi).
Persiapan lain ... (sebutkan jenis persiapan).

5. Perawat shift pagi mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat shift malam.
6. Perawat shift pagi mengajak perawat shift malam dan perawat shift pagi lainnya yang bertanggung jawab untuk mengklarifikasi pasien (menghampiri pasien dalam visite keperawatan).

SESI 2 : Di Bed Pasien

1. Perawat shift malam mengucapkan salam dan menyapa pasien.
"Selama pagi Bapak/Ibu/Mas/Mbak".
2. Perawat shift malam menanyakan masalah keperawatan yang dialami pasien setelah dilakukan tindakan.
"Hari ini apa yang Bapak/Ibu/Mas/Mbak keluhkan?"
3. Perawat shift malam menyampaikan bahwa tugasnya telah selesai dan diganti tim perawat shift pagi.
"Pak/Bu/Mas/Mbak, tugas saya sebagai perawat shift malam sudah selesai. Untuk pagi ini, perawat shift pagi yang akan merawat Bapak/Ibu/Mas/Mbak".
4. Perawat shift malam memperkenalkan/menanyakan apakah pasien masih mengingat nama perawat shift pagi.
"Apakah Bapak/Ibu/Mas/Mbak masih ingat dengan perawat A (perkenalkan nama)"
5. Perawat shift pagi menjelaskan tentang perawatan pagi dan perawat shift pagi yang akan bertanggung jawab kepada pasien tersebut.
"Baik, hari ini saya yang bertanggung jawab

	untuk merawat Bapak/Ibu/Mas/Mbak. Rencana untuk perawatan Bapak/Ibu/ Mas/Mbak untuk pagi ini adalah ... (sebutkan rencana perawatan)". 6. Perawat shift pagi memberikan kesempatan kepada pasien/ keluarga untuk bertanya. "Ada hal-hal yang ingin ditanyakan, saya persilahkan". 7. Perawat shift pagi menutup pertemuan dan menyampaikan selamat beristirahat. "Baiklah, silahkan Bapak/Ibu/Mas/Mbak dapat beristirahat kembali". SESI 3 : Di Nurse Station 1. Perawat shift pagi memberikan kesempatan untuk mendiskusikan pasien yang dilihatnya. "Silahkan jika ada kondisi pasien yang perlu didiskusikan atau dipaparkan". 2. Perawat shift pagi meminta perawat shift malam untuk melaporkan inventarisasi obat dan fasilitas lain atau hal-hal terkait lainnya yang perlu dilaporkan. "Bagaimana dengan pelaporan yang lain?" Perawat shift pagi memberikan reinforcement kepada perawat shift malam. "Terima kasih untuk perawat shift malam atas tugasnya". 3. Perawat shift malam menutup operan dengan berdo'a. "Sebelum kita memulai aktivitas, marilah berdo'a bersama-sama agar diberikan kelancaran dalam melayanipasien".
UNIT TERKAIT	Unit Keperawatan Secara menyeluruh

3.6 Kriteria Evaluasi

1. Struktur

Pada timbang terima, sarana dan prasarana yang menunjang telah tersedia antarlain : Catatan timbang terima, status klien dan kelompok shifttimbang terima. Kepalaruangan memimpin kegiatan timbang terima yang dilaksanakan pada pergantian shiftyaitu pagi ke sore. Sedangkan kegiatan timbang terima pada shift sore ke malamdipimpin oleh perawat primer.

2. Proses

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

3. Hasil

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

BAB IV

NASKAH ROLEPLAY TIMBANG TERIMA

Strategi Pelaksanaan Timbang Terima Keperawatan

PRE KONFERENS

Discription

Kepala Ruangan : Membuka dan faslitator

Ketua TIM :Membuat intervensi selanjut nya
Melakukan validasi data

Perawat Pelaksana :Menjelaskan data pasien
Menjelaskan implementasi yang sudah dilakukan
Menjelaskan intervensi yang akan dilakukan
Melakukan evaluasi (soap)

Nurse Station

Kepala Ruangan : Assalamu'alaikum wr.wb, sebelum kita melakukan operan, marilah kita ucapkan puji syukur atas kehadiran Allah swt. karena rahmat serta karunianya lah kita dapat berkumpul disini. Pada pagi hari ini hari kamis tanggal 30 Juni 2020 akan dilakukan kegiatan operan yang rutin kita lakukan setiap pergantian shift. Kepada Katim yang dinas pagi dipersilahkan menjelaskan kondisi masing-masing pasien saat ini ke perawat pelaksana yang dinas pagi.

KATIM : Assalamu'alaikum Wr Wb, Terima Kasih Untuk Kesempatan Yang Diberikan Kepada Saya Untuk Menjelaskan Kondisi Pasien Saat Ini, Jumlah Pasien Dari dinas pagi Saat Ini untuk kelas 3 Adalah 11 orang Dengan Tingkat Ketergantungan Minimal 4 orang, Parsial 1 orang dan Total care 6 orang.
Identitas Pasien Yang Pertama Nama Ny.R umur 55 tahun, Tingkat Ketergantungan minimal care Diagnosa Medis Vertigo dengan DM Tipe II .Keadaan Umum Pasien baik.Ttv Terakhir Pukul

13.00 Tens, 160/100 mmHg, Suhu 37⁰c, Nadi 89x/i, RR 24x/i
GCS 15. pasien mengeluhkan sakit kepala berat. Masalah
Keperawatan Yang Ditemukan Adalah gangguan rasa nyaman
nyeri.

Implementasi Yang sudah Dilakukan

1. Mengkaji tingkat nyeri dengan hasil nyeri sedang
2. mempertahankan tirah baring, lingkungan yang tenang, sedikit penerangan
3. Minimalkan gangguan lingkungan dan rangsangan.
4. membatasi aktivitas.
5. Beri obat analgesia dan sedasi sesuai pesanan.

Intervensi Yang Belum Terlaksana

1. Hindari merokok atau menggunakan nikotin.
2. Beritindakan yang menyenangkan sesuai indikasi. seperti kompres es, posisi nyaman, tehnik relaksasi, bimbingan imajinasi,
3. hindari konstipasi.

Evaluasi (Soap)

S : pasien mengatakan nyeri kepala berkurang

O : pasien Nampak rileks

A : masalah nyeri sebagian teratasi

P : lanjutkan intervensi.

Demikian yang dapat saya sampaikan tentang keadaan pasien di ruang Raung saat ini.

Kepala Ruangan : Terima kasih untuk perawat pelaksana yang telah menyampaikan kondisi dari semua pasien saat ini, mungkin ada yang perlu ditambahkan dari masing-masing ketua tim untuk memvalidasi data. Kalau tidak ada tambahan mari kita langsung saja menuju ke ruangan pasien.

KONFEREN SAAT BERADA DI RUANGAN PASIEN

Kepala Ruangan. : "Assalamu'alaikum WrWb, Bagaimana Keadaannya ibu R Saat Ini? Seperti Biasa , Ibu, Kita Disini Akan Melakukan Kegiatan Timbang Terima Yang Rutin Setiap Pergantian Shift, Tujuan Dari Timbang Terima Ini Adalah Mengkomunikasikan Keadaan Ibu Sekarang Dan Menyampaikan Informasi Yang Penting Antar Shift Jaga. Perkenalkan kepada perawat pelaksana pagi dari ketua tim ada Ns.Rizal Dari tim sore ada Ns Ovi dan Ns Gandi Yang akan bertugas menggantikan perawat pelaksana pagi.

Masing-masing perawat pelaksana dari tim 1 dan tim 2 yang dinas sore melakukan validasi langsung ke pasien.

PP(SORE) : Apa yang dirasakan Nya R Saat ini apakah sudah ada perkembangan yang lebih baik dari sebelumnya?

PASIEN : Iya suster saya masih lemas dan sakit pada bagian kepala

PP (SORE) : Iya ibu, lemas dan sakit pada bagian kepala yang dirasakan merupakan efek dari proses penyakit, namun ibu jangan terlalu cemas karena sudah adaperawatan yang diberikan dan terapi obat yang di berikan dokter untuk mengatasi masalah yang diderita ibu saat ini, (perawat memberikan posisi senyaman mungkin pada pasien dan mengajarkan teknik distraksi, relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri)baik ya ibu,tidak perlu sungkan bila memerlukan bantuan, kami akan selalu siapmemberikan pelayanan yang terbaik.

Demikian perawat pelaksana dari masing-masing tim(pagi) menanyakan secara bergantian keluhan dari semua pasien yang ada di ruang perawatan untuk memvalidasi data yang dilaporkan oleh perawat pelaksana pada masing-masing tim (Sore)

Kepala ruangan : Sebelum saya akhiri mungkin ada tambahan atau koreksi yang perlu didiskusikan kembali ?
Jika tidak saya ucapkan terimakasih pada semua pihak yang telah mengikuti timbang terima ini. Wassalamu'alaikum wr wb
(sambil berjabat tangan dengan semua anggota timbang terima sambil meninggalkan kamar pasien dan akan menuju ke nurse station)

POST KONFERENS

Kepala ruangan:Kita tadi sudah bersama-sama melakukan kegiatan timbang terima, saya berharap dengan adanya kegiatan ini proses pendelegasian tugas antar shift bisa jelas dan terstruktur.Mungkin dari pasien tadi ada yang masih harus di diskusikan lagi?

Perawat pelaksana dari tim 1 dan tim 2 yang dinas sore mengklarifikasikan hasil validasi kepada Karu, Katim 1 dinas pagi.

PP(SORE) : Iya, ada tambahan dari pasien kamar raung atas nama NY R masih mengeluhkan lemas dan sakit pada bagian kepala

KATIM : Sudah diberikan terapi obat tramadol Yang sesuai dengan anjuran dari dokter.

KATIM

: untuk intervensi selanjutnya pasien Ny R berikan posisi yang nyaman dan ajarkan teknik distraksi relaksasi, bila perlu konsulkan lagi ke dokterjaga untuk terapi obat apakah masihbisa diberikan atau diganti dngan obat yang lain.

Kepala ruangan: Terima kasih atas kerjasamanya dari ketua Tim beserta perawat pelaksana yang telah bekerja dengan baik.

Demikian tadi timbang terima ini semoga apa yang telah kita lakukan hari ini memberikan banyak keuntungan bagi kita semua, dan kita diberikan kelancaran dalam melaksanakan tugas masing-masing. Demikian saya akhiri Wassalamu'alaikum wr,wb.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

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

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

DAFTAR PUSTAKA

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

PROPOSAL
DISCHARGE PLANNING



Disusun Oleh :

Gandi Alfi Zarocho	(21101029)
Ivtitahul Hidayati	(21101044)
Moh. Rizhal	(21101061)
Rofiqoh	(21101087)

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER
2022

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

Discharge planning keperawatan merupakan komponen yang terkait dengan rentang keeners. 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.

12 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

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

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji kebutuhan rencana pemulangan.
2. Mengidentifikasi masalah pasien.
3. Memprioritaskan masalah pasien yang utama.
4. Membuat perencanaan pasien pulang, yaitu mengajarkan pada pasien yang harus dan dihindari selama di rumah.
5. Melakukan evaluasi pada pasien selama diberikan penyuluhan.
6. Mendokumentasikan.

13 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

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

1.3.2 Bagi Pasien

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Discharge Planning

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

2.2 Tujuan Discharge Planning

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

2.3 Manfaat Discharge Planning

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

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

2.4 Prinsip Discharge Planning

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

2.5 Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Discharge Planning

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

1. Motivasi: Motivasi merupakan keinginan pasien untuk belajar. Apabila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan antusias untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya dan perawatan tindak lanjut untuk meningkatkan kesehatannya.
2. Sikap positif: Sikap positif terhadap penyakit dan perawatan akan mempermudah pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
3. Emosi: Emosi stabil akan mempermudah pasien menerima informasi yang disampaikan, sedangkan perasaan cemas atau perasaan negatif lainnya dapat mengurangi kemampuan pasien untuk menerima informasi.
4. Usia: Tahap perkembangan yang berhubungan dengan usia berperan dalam penerimaan informasi yang akan disampaikan. Semakin dewasa usia, maka kemampuan menerima informasi semakin baik karena didukung oleh pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.

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

2.6 Jenis-Jenis Discharge Planning

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

2.7 Hal yang Perlu Diketahui Sebelum Pulang

1. Instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan, serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi.
2. Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus dilakukan di rumah.
3. Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan.
4. Jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengantisipasi.
5. Pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga maupun pasien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi, dan lain-lain.

BAB 3

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).

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

DAFTAR PUSTAKA

- Association, D. P. (2008). Retrieved November 17, 2019, from Discharge Planning Association : [http://www.Discharge Planning.org.au/index.htm](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 1*. Jakarta : EGC.
- RI, D. (2008). *Departemen Kesehatan Republik Indonesia , Tentang profil kesehatan .* Jakarta : Depkes RI

**PROPOSAL
SUPERVISI KEPERAWATAN**



Disusun Oleh :

Gandi Alfi Zarocho	(21101029)
Ivtitahul Hidayati	(21101044)
Moh. Rizhal	(21101061)
Rofiqoh	(21101087)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER
2022**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

12 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

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

1.2.2 Tujuan Khusus

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

13 Manfaat

1.3.1 Manfaat Bagi Perawat

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

1.3.2 Manfaat bagi Pasien

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Supervisi

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

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

2.2 Tujuan supervisi

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

2.3 Prinsip supervisi

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

2.4 Pelaksana Supervisi

1. Kepala ruangan :

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

- c. Mengawasi perawat pelaksana dalam melaksanakan praktek keperawatan di ruang perawatan.
- 2 Kepala Instalasi rawat inap :**
Mengawasi instalasi rawat inap dalam melaksanakan tugas secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung.
- 3 Kepala sub. Bagian keperawatan :**
Bertanggung jawab untuk melaksanakan supervisi kepala seksi perawatan secara langsung dan semua perawat secara tidak langsung

2.5 Langkah-langkah Supervisi

1. Pra supervisi

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

2. Supervisi

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

3. Pasca supervisi 3F

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

4. Peran Supervisor dan Fungsi Supervisi

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

a. Manajemen pelayanan keperawatan

Tanggung jawab supervisor adalah :

- 1) Menetapkan dan mempertahankan standar praktek keperawatan.
- 2) Menilai kualitas asuhan keperawatan dan pelayanan yang diberikan.

- 3) Mengembangkan peraturan dan prosedur yang mengatur pelayanan keperawatan, bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain yang terkait.
 - 4) Memastikan praktek keperawatan professional dilaksanakan
- b. Manajemen anggaran
- Manajer keperawatan berperan aktif dalam membantu perencanaan, dan pengembangan.
- Supervisor berperan dalam :
- 1) Membantu menilai rencana keseluruhan dikaitkan dengan dana tahunan yang tersedia, mengembangkan tujuan unit yang dapat dicapai sesuai tujuan RS.
 - 2) Membantu mendapatkan informasi statistik untuk merencanakan anggaran keperawatan.
 - 3) Memberi justifikasi proyeksi anggaran unit yang dikelola, Supervisi memerlukan praktek dan evaluasi yang benar agar dapat berjalan sesuai prosedur

2.6 Teknik Supervisi

Proses Supervisi keperawatan terdiri dari 3 elemen pokok, yaitu :

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

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

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

Adapun prosesnya adalah :

- a. Perawat pelaksana melakukan secara mandiri suatu tindakan keperawatan didampingi oleh supervisor.
- b. Selama proses, supervisor dapat memberi dukungan, reinforcement dan petunjuk.
- c. Setelah selesai, supervisor dan perawat pelaksana melakukan diskusi yang bertujuan untuk menguatkan yang telah sesuai dan memperbaiki yang masih

kurang. Reinforcement pada aspek yang positif sangat penting dilakukan oleh supervisor.

2. Supervisi secara tidak langsung : Supervisi dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan. Supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi dilapangan sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta. Umpan balik dapat diberikan secara tertulis.

3. Pengorganisasian Peran

a. Peran Kepala Ruangan :

- Sebagai konsultan dan pengendali mutu perawat primer.
- Orientasi dan merencanakan karyawan baru.
- Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten.
- Evaluasi kerja.
- Merencanakan / menyelenggarakan pengembangan staf
- Membuat 1- 2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi.

b. Peran Perawat Primer :

- Menerima klien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif
- Membuat tujuan dan rencana keperawatan
- Melaksanakan rencana yang telah dibuat
- Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain.
- Mengadakan kunjungan rumah bila perlu

c. Peran Perawat Associate :

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

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

1. Peran kepala ruangan

- a. Sebagai konsultan dan pengendali mutu perawat primer
- b. Mengorientasi dan merencanakan karyawan baru
- c. Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan kepada PP
- d. Evaluasi kerja
- e. Merencanakan atau menyelenggarakan pengembangan staf

2. Peran perawat/ners primer (PP)

- a Menerima klien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komperhensif**
- b Membuat tujuan dan merencanakan keperawatan**
- c Melaksanakan rencana yang telah dibuat**
- d Mengomunikasikan dan mengoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain atau perawat**
- e Menerima dan menyesuaikan rencana asuhan**
- f Menyiapkan penyuluhan untuk pasien pulang**
- g Menyiapkan rujukan kepada tim pelayanan kesehatan terkait**
- h Mengadakan kunjungan rumah bila perlu**

3. Peran perawat/ners associate (PA) Peran PA adalah melaksanakan tindakan keperawatansesuai dengan rencana yang telah disusun oleh PP.

BAB 3

PENUTUP

3.1 Kesimpulan

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

3.2 Saran

Diharapkan kegiatan supervisi dapat meningkatkan kinerja perawat dan meningkatkan pelayanan keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

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

**PROPOSAL
PRE DAN POST CONFERENCE**



Disusun Oleh :

Gandi Alfi Zarocha	(21101029)
Ivtitahul Hidayati	(21101044)
Moh. Rizhal	(21101061)
Rofiqoh	(21101087)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER
2022**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

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

12 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

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

13 Tujuan Khusus

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

14 Manfaat

1.4.2 Bagi Mahasiswa

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

15 Bagi Pasien

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Pre-Conference dan Post Conference

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

2.2 Macam-Macam Pre-Conference dan Post Conference

Conference di bagi menjadi 2 macam :

2.1.1 Pre Conference

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

- b. waktu efektif yang diperlukan 10 atau 15 menit
- c. Topik yang dibicarakan harus dibatasi, umumnya tentang keadaan pasien, perencanaan tindakan rencana dan data-data yang perlu ditambahkan dan Yang terlibat dalam conference adalah kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim

4. Pelaksanaan

- a. Dipimpin oleh ketua tim atau penanggung jawab tim Isi conference:
 - Rencana tiap perawat (rencana harian)
 - Tambahan rencana dari ketua tim atau penanggung jawab tim
- b. Waktu : Dilakukan setelah operan
- c. Tempat : Dilakukan di meja masing – masing tim
- d. Penanggung jawab :
 - Ketua tim atau penanggung jawab tim kegiatan
 - Ketua tim atau penanggung jawab tim membuka acara
 - Ketua tim atau penanggung jawab tim menajikan rencana harian masing – masing perawat pelaksana
 - Ketua tim atau penanggung jawab tim memberikan masukan dan tindakan lanjut terkait dengan asuhan yang diberikan saat itu

1.2 Post Conference

1. Definisi

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

2. Tujuan Post Conference

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

3. Syarat Post Conference

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

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

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

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

2.1.3 Hal yang Perlu diperhatikan Pre-Conference dan Post Conference

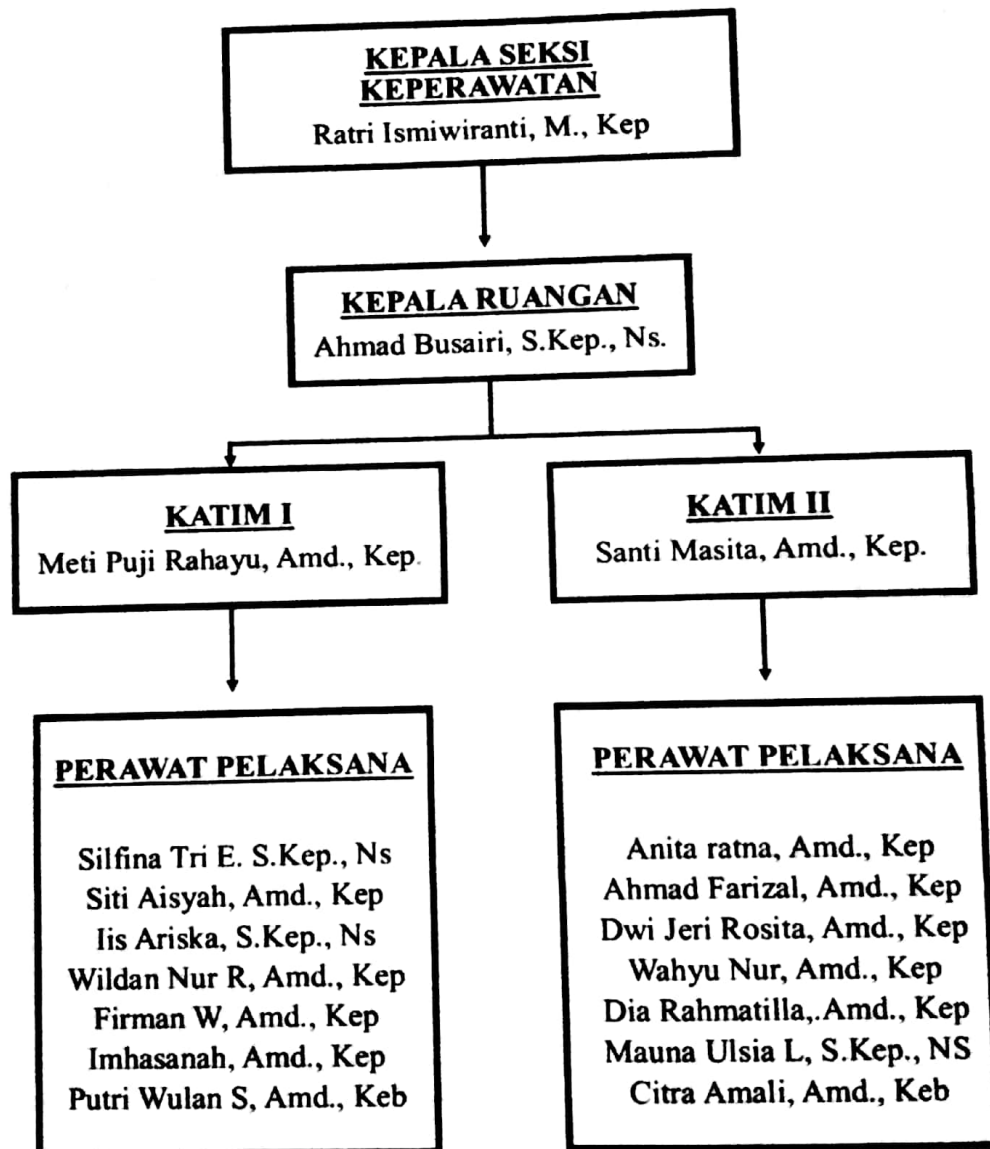
1. Pre-conference dilaksanakan setelah operan shift dan post-conference dilaksanakan sebelum operan shift.
2. Dipimpin oleh ketua tim atau penanggungjawab tim.
3. Jika staf yang berdinas pada tim tersebut hanya satu orang, pre-conference akan ditiadakan
4. Pre-conference diikuti oleh perawat yang akan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

DAFTAR PUSTAKA

- Kurniadai, Anwar. 2013. *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya: Teori, Konsep, dan Aplikasi*. Jakarta: Badan Penerbit FK UI
- Nursalam, 2009, *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

[illegible]

STRUKTUR ORGANISASI RUANG RAUNG



JADWAL SHIFT ROLEPLAY

JADWAL SHIFT ROLEPLAY

NAMA	TANGGAL					
	27	28	29	30	1	2
Moh. Rizhal, S.Kep	P	S	S	P	P	S
Gandi Alfi Z, S.Kep	P	P	S	S	P	P
Rofiqoh, S.Kep	S	P	P	S	S	P
Ivritahul Hidayati, S.Kep	S	S	P	P	S	S

Keterangan :

	Karu
	Katim
	PJ Shift
	PP

BANNER



VISI

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah terwujudnya RSUD dr. Abdoer Rahem yang bermutu dan menjadi kebanggaan masyarakat Situbondo

MISI

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

TAJISATAH KEPERAWATAN

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

TUJUAN KEPERAWATAN

RUANG RAUNG

**Terwujudnya pelayanan yang
Ramah, Amanah, Unggul, Nyaman,
Gesit melalui pendekatan proses
asuhan keperawatan**

Lampiran 8

Dokumentasi



RANGE OF MOTION (ROM) AKTIF & PASIF

6. Gerakan Jari :

- Kepalkan tangan
- Luruskan jari/terbuka
- Tekuk jari ke belakang
- Jauhkan masing-masing jari
- Gabung jari secara bersama-sama

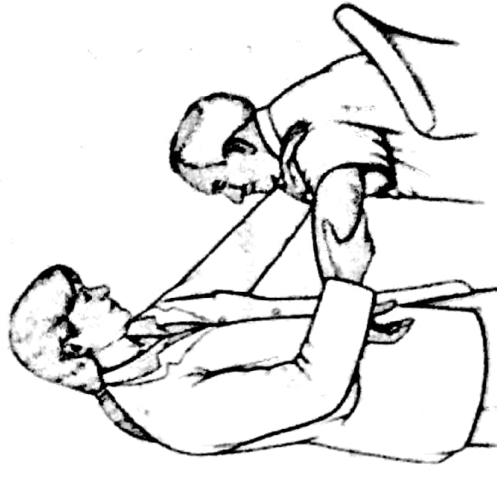
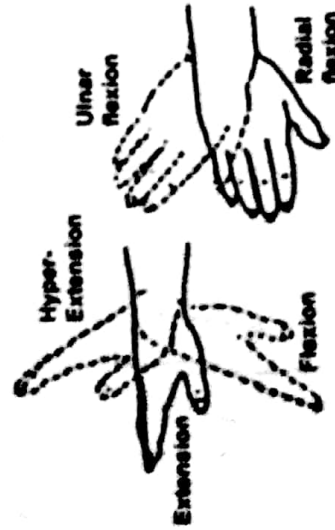


7. Gerakan Ibu Jari :

- Gerakkan ibu jari ke telapak tangan
- Gerakkan ibu jari kembali menjauh
- Gerakkan ibu jari ke samping
- Gerakkan ibu jari ke dalam
- Sentuh jari-jari dengan ibu jari

5. Gerakan Pergelangan Tangan :

- Gerakkan telapak tangan ke bawah
- Gerakkan tangan sejajar dengan lengan bawah
- Gerakkan tangan ke atas kearah bahu
- Tekuk pergelangan tangan kearah dalam
- Tekuk pergelangan tangan kearah luar



**RUANG RAUNG
RUSUD dr. ABDOER RAHEM
SITUBONDO**

Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima dengan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana

Anisa Wisdayana, Efraliza, Anita Apriany

STIKes Muhammadiyah Palembang, Program Studi Ilmu Keperawatan, Jl.
Jenderal Ahmad Yani, 13 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu II, Kota Palembang,
Sumatera Selatan
Email: anisasm43@gmail.com

Diterima tanggal : 31 Januari 2020
Direvisi tanggal : 21 Maret 2020
Dipublikasikan tanggal : 11 Juni 2020

Abstrak

Latar Belakang dan Tujuan: Pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien bagi perawat pelaksana dapat mewujudkan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit. Jika keselamatan pasien telah dilakukan dengan baik dan efektif maka mutu pelayanan keperawatan melalui aspek keselamatan pasien akan semakin meningkat dan berkualitas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Palembang.

Metode: Penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dan desain deskriptif analitik. Teknik pengambilan sampel dengan total Sampling sebanyak 43 responden. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Teknik analisis data dengan cara univariat dan bivariat dengan menggunakan *Chi Square*.

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pelaksanaan timbang terima baik sebanyak 65,1% dan keselamatan pasien baik sebanyak 53,5%. Dengan hasil uji statistik *Chi Square* yang dilakukan diperoleh nilai ($P\text{ value } 0,000 < 0,05$)

Simpulan dan Implikasi: Ada hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RS Bhayangkara Palembang. Penelitian ini diharapkan dapat merancang suatu standar atau prosedur operasional atau uraian tugas khusus timbang terima terkait dengan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana.

Kata Kunci: Keselamatan pasien; Perawat pelaksana; Timbang terima

Sitasi: Wisdayana A, Efraliza & Apriany A. (2020). Hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. *The Indonesian Journal of Health Science*. 12(1), 83-90

Copyright: © 2020 Wisdayana et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Diterbitkan Oleh: Universitas Muhammadiyah Jember
ISSN (Print): 2087-5053
ISSN (Online): 2476-9614

Abstract

Backgrpund and Aim: Operan shift implementation with patient safety for executive nurses can realize patient safety in nursing services in hospitals. If the patient's safety has been done well and effectively, the quality of nursing services through the aspect of patient safety will increase and quality. The aim of this research it was to determine the relationship of operan shift implementation with patient safety by the nurse in the Inpatient Room of Bhayangkara Hospital Palembang.

Method: It used quantitative research with cross sectional approach and descriptive analytic design. Sampling technique used a total sampling of 43 respondents. The research instrument used a questionnaire. Data analysis techniques used univariate and bivariate methods using Chi Square.

Results: Based on the results of the study it was found that the good operan shift implementation was 65,1%. And good patient safety was 53,5%. With the results of the Chi Square statistical test carried out obtained a value of ($P\text{-value } 0.000 < 0.05$).

Conclusion: There was a relationship between the operan shift implementation and patient safety by the nurse in the Inpatient Room of Bhayangkara Hospital Palembang. This Research is expected could design a standard or operational procedure or a special description of the accepting tasks related to patient safety carried out by implementing nurses.

Keywords: Nurse, Operan shift, Patient safety

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan organisasi yang memberikan pengobatan secara berkesinambungan kepada pasien yang sakit melalui tenaga profesional yang terorganisir meliputi sarana kedokteran, asuhan keperawatan, diagnosa, serta pengobatan yang berkualitas (WHO, 2013). Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 tentang kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien adalah Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, serta gawat darurat.

Mutu pelayanan keperawatan adalah indikator kualitas pelayanan

kesehatan yang merupakan faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kualitas sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat dan alat kesehatan, serta proses pemberian pelayanan. Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dengan kesempurnaan berdasarkan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga dapat mencapai derajat kesehatan secara optimal (Azwar, 2014).

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan, tidak lepas dari pelayanan keperawatan yang berkesinambungan dengan mempromosikan perawatan yang baik sesuai standar professional dan

hukum (*College of registered nurses of BritishColumbia*). Salah satu bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien adalah melalui pemberian asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman bagi pasien, keluarga serta masyarakat (Aditama, 2016).

Keselamatan pasien adalah variabel yang dapat mengukur serta mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang akan berdampak terhadap pelayanan kesehatan. Program keselamatan pasien ditujukan untuk menurunkan angka Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga merugikan baik pasien sendiri dan pihak rumah sakit (Nursalam, 2014.) Pemberian asuhan keperawatan yang aman kepada pasien dapat mencegah terjadinya KTD

World Health Organization (WHO), 2014 Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang serius. Di Eropa mengalami pasien dengan resiko infeksi 83,5% dan bukti kesalahan medis menunjukkan 50-72,3%. Di kumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara, ditemukan KTD dengan rentang 3,2–16,6 %.

Pada tahun 2015, kesalahan medis (*medical error*) menjadi penyebab kematian ketiga di Amerika Serikat, sekitar lebih dari 250.000 kematian per tahun. Survei terbaru tahun 2017 masih menemukan sekitar 21% pasien memiliki pengalaman kesalahan medis. Ketika kesalahan medis terjadi, itu turut berdampak pada kesehatan fisik dan emosional pasien, finansial/keuangan serta hubungan keluarga. Di Amerika

Serikat, setiap tahun 1 dari 20 orang dewasa mengalami kesalahan diagnostik (*diagnostic error*). Insiden pelanggaran *patient safety* 28,3% dilakukan oleh perawat. Di Indonesia, penelitian Utarini et al. menunjukkan bahwa angka KTD sangat bervariasi, untuk kesalahan diagnosis yaitu 8,0% hingga 98,2% dan kesalahan pengobatan sebesar 4,1% hingga 91,6%. Terus berkembangnya penelitian tentang keselamatan pasien diberbagai daerah, namun sampai saat ini belum ada studi nasional.

Aspek yang sangat penting yang harus diperhatikan perawat pada saat melakukan *timbang terima* (*handover*) adalah komunikasi antar perawat dalam menyampaikan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dengan tujuan untuk mencegah kesalahan yang dilakukan oleh perawat. Dari penelitian Dewi Mursidah, (2015) menemukan bahwa kurangnya komunikasi akan menimbulkan ancaman terhadap keselamatan pasien dan kualitas perawatan. Penelitian tersebut didukung oleh Alvarado *et al.* yang mengatakan bahwa sebanyak 70% kejadian yang mengakibatkan kematian dan cedera serius disebabkan oleh buruknya komunikasi antar perawat.

Ghufron (2016) menginformasikan bahwa *timbang terima* (*handover*) sangat membantu dalam perawatan pasien. *timbang terima* pasien dirancang sebagai salah satu metode komunikasi yang relevan pada tim perawat setiap pergantian *shift*, sebagai petunjuk praktik memberikan informasi mengenai kondisi terkini pasien, tujuan pengobatan, rencana perawatan serta menentukan prioritas pelayanan

Berdasarkan penelitian Manopo (2013) mengungkapkan bahwa kategori kurang baik mengenai penerapan timbang terima pasien oleh responden ada 36,7% dan kategori baik ada 63,3%. Data pada penerapan keselamatan pasien, ada 28,3% responden yang termasuk pada kategori kurang baik dan ada 71,7% responden yang termasuk pada kategori baik. Bila timbang terima tidak dilakukan dengan baik, maka akan muncul kerancuan dari tindakan keperawatan yang diberikan karena tidak adanya informasi yang bisa digunakan sebagai dasar pemberian tindakan keperawatan. Hal ini akan menurunkan kualitas pelayanan keperawatan dan berdampak pada keselamatan pada pasien.

Rumah Sakit Bhayangkara Palembang adalah rumah sakit yang diklasifikasikan sebagai Rumah Sakit Bhayangkara tingkat III yang sekurang-kurangnya mampu memberikan pelayanan kesehatan terdiri dari Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, terdiri dari 17 klinik umum dan spesialis, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Rawat Inap, Pelayanan Trauma Center, Kompartemen Kedokteran Kepolisian (Dokpol), Pelayanan pemeriksaan penunjang medik; berupa pelayanan radiologi, laboratorium (melalui KSO), *fisiotherapy*, CT SCAN, Haemodialisa dan *Tread Mill*, Pelayanan penunjang non medik; berupa laundry, pengolahan limbah, ambulance klinik dan transportasi, sarana parkir dan kantin dan BPJS center

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RS. Bhayangkara Palembang bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan

timbang terima dengan keselamatan pasien di ruang rawat inap RS. Bhayangkara Palembang yang dilakukan dengan cara observasi lapangan dan Wawancara.

Dari hasil wawancara terhadap kepala ruangan di rumah sakit bhayangkara, kepala ruangan ikut dan memimpin pembukaan dalam melakukan timbang terima. Di setiap ruangan rawat inap terdapat SOP untuk melakukan timbang terima, tetapi tidak semua ruangan sudah melakukan timbang terima sesuai dengan keseluruhan SOP yang ada. Timbang terima biasanya dilakukan dengan cara verbal, tertulis dan bedside handover.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti ditemukan data keselamatan pasien sebanyak 0,5% angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) setiap tahunnya. Hasil wawancara terhadap Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Bhayangkara Palembang diketahui bahwa angka kejadian keselamatan pasien terbilang cukup tinggi hal ini dikarenakan oleh banyak faktor salah satunya adalah pelaksanaan timbang terima yang sesuai dengan SOP yang berlaku.

Dari uraian latar belakang tersebut, peneliti tertarik dan berkeinginan untuk mengetahui dan menganalisis "Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima Pasien Dengan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di ruang rawat inap RS. Bhayangkara Palembang tahun 2019".

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilakukan pada penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional study* dengan desain

penelitian deskriptif analitik. Teknik pengambilan sampel dengan cara *total sampling* yang berjumlah 43 responden dengan kriteria inklusi yakni bersedia menjadi responden, perawat yang bekerja di ruang rawat inap Rumah Sakit Bhayangkara Palembang tahun 2019, perawat yang berstatus aktif dalam bekerja dan tidak dalam masa cuti.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitas. Jumlah pernyataan yang digunakan yaitu sebanyak 16 pernyataan untuk kuesioner timbang terima serta 24 pernyataan untuk keselamatan pasien.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dengan cara data primer yaitu data yang didapatkan langsung dari responden dengan cara pembagian kuesioner serta data sekunder yaitu data yang didapatkan dari data rumah sakit yang berupa jumlah perawat ruang rawat inap dan indikator mutu pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara Palembang.

Teknik pengolahan data dilakukan dengan cara mengentri

data dari kuesioner ke paket program komputer yang menggunakan *Chi Square Test* untuk menjawab hipotesa hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.

HASIL

Karakteristik responden dalam penelitian ini pada populasi 43 responden yang terdiri atas ruang JN I, JN II, Suparto, dan ruang cendana. Hasil dari tabel 1 menunjukkan bahwa sebanyak 28 responden (65,1%) perawat pelaksana kategori baik untuk timbang terima dan sebanyak 15 responden (34,9%) perawat pelaksana kategori kurang baik untuk timbang terima. Hasil dari tabel 2 menunjukkan bahwa sebanyak 23 responden (53,5%) keselamatan pasien kategori baik dan sebanyak 20 responden (46,5%) keselamatan pasien kategori kurang baik. Hasil dari tabel 3 menunjukkan bahwa nilai P value $0,00 > 0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara timbang terima dengan keselamatan pasien.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Timbang Terima

Timbang Terima	f	%
Baik	28	65,1
Kurang Baik	15	34,9
Jumlah	43	100%

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien	f	%
Baik	23	53,5
Kurang Baik	20	46,5
Jumlah	43	100%

Tabel 3. Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima dengan Keselamatan Pasien

Timbang Terima	Keselamatan Pasien						Nilai P (p value)
	Baik		Kurang Baik		Total		
	N	%	N	%	n	%	
Baik	22	78,6	6	21,4	28	100	0,000
Kurang Baik	1	6,7	14	93,3	15	100	
Jumlah	23	53,5	20	46,6	48	100	

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pelaksanaan timbang terima baik sebanyak 78,6%. Sedangkan sebanyak 15 responden mengatakan timbang terima kurang baik dengan keselamatan pasien sebanyak 14 responden 93,3%. Dari hasil uji yang dilakukan diperoleh nilai P value (0,000) < 0,05, hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara timbang terima dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RS. Bhayangkara Palembang Tahun 2018 dengan nilai OR sebesar 51,333. Dalam hal ini berarti timbang terima yang baik mempunyai peluang 51,333 kali untuk perawat pelaksana melakukan pelaksanaan keselamatan pasien secara baik.

Menurut Alvarado, et.al. (2006), adanya komunikasi yang terintegrasi dengan keselamatan pasien dalam timbang terima dan disosialisasikan secara menyeluruh pada perawat pelaksana akan meningkatkan efektifitas dan koordinasi dalam menginformasikan hal penting sehingga berkesinambungan pelayanan dalam mendukung keselamatan pasien. The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization menerapkan komunikasi dalam timbang terima menjadi aspek penting dalam perawatan pasien untuk menjamin keselamatan pasien,

sebagai salah satu strategi untuk mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) serta sentinel even.

Kebijakan dan standar pelaksanaan timbang terima dapat meningkatkan efektivitas komunikasi dalam timbang terima pasien, peningkatan berfikir kritis perawat, efektivitas waktu meninggalkan pasien pada saat pelaksanaan timbang terima, serta mengidentifikasi kesalahan yang dapat terjadi pada pasien sehingga meningkatkan keselamatan pasien (WHO, 2007).

Timbang terima harus dilakukan seefektif mungkin dengan penjelasan yang jelas, akurat, dan lengkap untuk menunjang keberlangsungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik. Informasi dalam pemberian pelayanan kesehatan pun berkesinambungan tidak terjadi salah persepsi yang dapat berujung kesalahan dan menimbulkan kerugian pada pasien (Nursalam, 2016).

Menurut Dewi dalam Cecep Triwibowo (2016) mengatakan bahwa keselamatan pasien terlindungi melalui standar keselamatan pasien dan peningkatan penerapan keselamatan pasien oleh perawat melalui enam penerapan keselamatan salah satunya yaitu komunikasi efektif pada saat timbang terima.

Hasil penelitian Quiteria Manopo yang berjudul hubungan antara penerapan timbang terima pasien dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUD GMIM Kalooran Amurang menunjukkan, kategori baik mengenai penerapan timbang terima pasien oleh responden ada 63,3%, sedangkan data pada penerapan keselamatan pasien, ada 71,7% responden yang termasuk pada kategori baik dan ada. Hasil analisis bivariat menunjukkan $p=0,000$ ($\alpha<0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan antara penerapan timbang terima pasien dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUD GMIM Kalooran Amurang (Quiteria Manopo, 2013).

Sedangkan hasil penelitian Triwibowo yang berjudul *handover* sebagai upaya peningkatan keselamatan pasien (*patient safety*) di rumah sakit, didapatkan nilai P value : 0,040 artinya terdapat hubungan yang signifikan antara pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien. Hal ini karena 0,040 lebih kecil dari 0,05 ($P \leq 0,05$) dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien. Baik buruknya pelaksanaan timbang terima dapat mempengaruhi keselamatan pasien (Triwibowo, 2016). Sejalan dengan hasil penelitian Mursidah Dewi yang berjudul pengaruh pelatihan timbang terima pasien terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi, bahwa terdapat peningkatan terhadap pelaksanaan timbang terima pasien dan penerapan keselamatan pasien sesudah perawat pelaksana diberikan pelatihan timbang terima

($pvalue : 0.000$, $\alpha : 0.05$) (Mursidah Dewi 2012).

Dari penelitian yang dilakukan oleh Cecep Triwibowo yang berjudul studi kualitatif: peran *handover* dalam meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit, menunjukkan bahwa mayoritas perawat belum menerapkan timbang terima sangat meskipun keselamatan pasien menjadi prioritas dalam asuhan keperawatan. Untuk itu agar pelaksanaan *handover* dapat berjalan dengan baik serta keselamatan pasien terlindungi diperlukan adanya pelatihan tentang *handover*, supervisi tiap ruangan, adanya tanggung jawab, kerjasama, motivasi, dan komunikasi antar perawat serta sistem pelaporan yang adekuat, kejujuran dan keterbukaan serta mengubah budaya dari *blaming cultur* menjadi *safety cultur*. (Cecep Triwibowo, 2016)

SIMPULAN

Ada hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RS Bhayangkara Palembang.

SARAN

Bagi Rumah Sakit diharapkan dapat merancang suatu standar atau prosedur operasional atau uraian tugas khusus timbang terima terkait dengan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksanaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama. Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Jakarta: Universitas Indonesia; 2016.
- Alverado, K., et.al. (2006). Transfer Of Accountability :

- Transforming shift handover to enhance patient safety. Health Care Quartely. Special Issue.
- Azwar, S. (2014). Sikap manusia: Teori dan pengukurannya. Jakarta: Pustaka Pelajar
- Mursidah, Dewi. 2012. *Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi*. Jurnal Health & Sport, Vol. 5(3), Agustus 2012: 651-652 diakses 18 Maret 2019
- Ghufron, Muhammad (2016). *Pengaruh Benban Kerja Perawat Terhadap Pelaksanaan Timbang Terima Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Wawa Husada Kepanjen Malang*. Skripsi Universitas Muhammadiyah Malang.
- Join Commission International. (2015). *Acreditation Standard For Hospital*. 4th Editon. USA : Saunders, Elsevier Inc
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kkprs). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report)*. Jakarta : KKPRS
- Manopo, Quiteria, Frangky, R.R.M., Jehosua, S.V.S. 2013. *Hubungan antara Penerapan Timbang Terima Pasien dengan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSU GMIM Kalooran Amurang*. <http://fkm.unsrat.ac.id> Diakses 24 Maret 2019
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien
- Profil Rumah Sakit Bhayangkara Tahun, 2018
- Triwibowo, C. dkk. 2016. *Handover Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Rumah Sakit*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), 11(2) :78-79
- Triwibowo, C. (dkk), 2016. *Studi Kualitatif: Peran Handover Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit*. Jurnal Pena Medika. Vol. 6(2), Desember 2016 : 77 – 78
- Wiwik D, Arianti. (2014). *Penerapan Timbang Terima Pasien dengan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Bedah dan Ruang Penyakit dalam RSUD Dr Pringadi Medan*.
- World Health Organization (2014) 10 fact of patient safety. Diakses dari World Health Organization website: http://www.who.int/features/actfiles/patient_safety/en/
- World Health Organization (WHO), WHO Guiding Principles On Human Cell, Tissue, and Organ Transplantation Accessed Jun 23, 2013. http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf

HUBUNGAN PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA DENGAN KESELAMATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP KELAS III RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Windyastuti¹, Gilang Deka Hayuna², Rahayu Winarti³

1. Program Studi Ners STIKES Widya Husada Semarang
2. Program Studi Ners STIKES Widya Husada Semarang
3. Program Studi Ners STIKES Widya Husada Semarang

E-mail: fengmi.windy85@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang : Timbang terima adalah transfer tentang informasi yang mencakup peluang pertanyaan, klasifikasi, konfirmasi tentang pasien, tanggung jawab utama dan kewenangan perawat dari perawat sebelumnya ke perawat yang akan melanjutkan perawatan. Komunikasi dalam timbang terima memiliki peranan penting dalam penyampaian berbagai informasi pasien yang seharusnya dilaksanakan sesuai dengan SPO yang berlaku pada setiap pergantian *shift*, karena SPO tersebut dapat menunjang tidak terjadi salah persepsi ataupun ketidaksinambungan informasi, sehingga tidak terjadi kesalahan tindakan atau melalaikan suatu tindakan yang akan dapat beresiko terhadap keselamatan pasien. **Tujuan:** Mengetahui hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSI Sultan Agung Semarang. **Metode :** Jenis penelitian yaitu analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan teknik *Proportionate Sampling*. Data dikumpulkan melalui kuesioner, dianalisis menggunakan uji statistik *Spearman Rank* dengan batas kemaknaan $\alpha = 5\%$ (0.05). **Hasil :** Terdapat 52% pelaksanaan timbang terima baik dan 38,8% keselamatan pasien baik dengan hasil uji statistik nilai $p\text{ value} = 0,000 < 0,05$ dan $r = 0,722$. **Kesimpulan :** Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien

Kata Kunci : Keselamatan Pasien, Timbang Terima, pelaksanaan

RELATIONSHIP OF IMPLEMENTATION HANDOVER WITH SAFETY PATIENTS IN CLASS III INPATIENT ROOM, RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Abstract

Background : Communication in handover has an important role in submission of various patient information that should be carried out in accordance with the SPO that applies at each take over shifts, because the SPO can support the absence of misperception or discontinuity of information, so there is no wrong action or neglect an action that will be risky to patient safety. The specific objectives of this research are: Analyzing the relationship of Handover with Patient Safety in Inpatient Class III RSI Sultan Agung Semarang. **Methods :** This type of research is analytic correlation with cross sectional approach. Sampling with Proportionate Sampling technique. Data was collected through questionnaires, analyzed using Spearman Rank statistical tests with a significance limit of $\alpha = 5\%$ (0.05). **Result :** There were 52% of the implementation of the handover well and 38.8% of the patient's safety both with the results of the statistical test the value of $p\text{ value} = 0,000 < 0,05$ and $r = 0,722$. **Conclusion :** The results of the study indicate that there is a relationship between implementation and acceptability of patient safety

Keywords: Patient Safety, take-over shift, implementation

Pendahuluan

Berdasarkan *World Health Organization* keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dalam perawatan kesehatan (Depkes RI, 2011). Permenkes nomor 11 tahun 2017 juga mengatur tentang keselamatan pasien sebagai suatu sistem yang membuat pasien lebih aman, dengan tindakan untuk meminimalkan terjadinya resiko serta pencegahan terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat pelaksanaan tindakan atau seharusnya melakukan tindakan, namun tidak dilakukan. WHO *National Patient Safety Agency* melaporkan dalam rentang waktu 1 tahun pada tahun 2016 angka kejadian keselamatan pasien dari negara Inggris sebanyak 1.879.822 kejadian. *Ministry of Health Malaysia* 2013 melaporkan angka kejadian keselamatan pasien dalam 1 tahun sebanyak 2.769 kejadian (WHO, 2017). Di Indonesia sendiri jumlah IKP ini setiap tahun terus meningkat diantaranya pada tahun 2008 terdapat 61 kasus selang 1 tahun berikutnya pada tahun 2009 terdapat 114 kasus, sedangkan untuk tahun 2010 sebanyak 103 kasus, dan pada tahun 2011 periode bulan Januari- April terdapat sebanyak 34 kasus (KKPRS, 2012)

Komunikasi merupakan bagian fundamental antar profesi kesehatan dalam penyampaian dan penerima informasi mengenai perkembangan kondisi pasien (Suhriana, 2012). Jurnal penelitian Uyan Ari Lidiyah menyatakan bahwa perlu adanya peningkatan pengetahuan komunikasi (perawat, dokter, dan departemen penunjang medis yang lain), pelatihan keselamatan pasien untuk mengurangi insiden keselamatan pasien (Qomariah dan Uyan, 2015). Bentuk komunikasi antar perawat terutama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi timbang terima pasien (Sugiharto dkk, 2012).

Pelaksanaan timbang terima menurut penelitian Andi Prayitno menyatakan bahwa untuk menghindari penyimpangan komunikasi saat timbang terima perawat perlu memenuhi syarat yaitu dapat dipercaya pesan jelas, isi jelas dan berkesinambungan. Hasilnya menunjukkan tahap persiapan timbang terima dalam kategori kurang (11,06%), tahap pelaksanaan kategori cukup (62,61%) dan tahap *post* timbang terima kategori kurang (1,76%), sedangkan secara keseluruhan timbang terima di RS tersebut berkategori baik (40,0%) dan kategori cukup (60,0%) (Prayitno, 2017).

Timbang terima harus dilakukan seefektif mungkin dengan penjelasan yang jelas, akurat, dan lengkap untuk menunjang keberlangsungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik.

Informasi dalam pemberian pelayanan kesehatan pun berkesinambungan tidak terjadi salah persepsi yang dapat berujung kesalahan dan menimbulkan kerugian pada pasien (Nursalam, 2016). Hal ini didukung dengan penelitian Triwibowo yang menyimpulkan bahwa untuk pelaksanaan *Handover*/ timbang terima dapat berjalan dengan baik serta keselamatan pasien terlindungi diperlukan adanya pelatihan timbang terima, supervisi tiap ruangan, tanggung jawab, kerjasama, motivasi komunikasi, pelaporan yang adekuat serta mengubah budaya dari *Blaming cultur* menjadi *Safety cultur* (Manopo dkk, 2013; Triwibow, 2015).

Berdasarkan wawancara dan observasi tentang timbang terima di Ruang Baitul Izzah 1 dan 2 dengan 5 orang perawat menyampaikan bahwa timbang terima tidak sering dibuka oleh kepala ruang, ada yang datang terlambat, intervensi masih ada yang terlewat, tindakan yang sudah dan belum tidak disampaikan secara lengkap pada perawat jaga selanjutnya, timbang terima tidak dipimpin oleh kepala ruang, 2 orang perawat tidak mengikuti timbang terima dari awal karena datang terlambat, bahkan 1 perawat ada yang sambil melaksanakan tindakan lain ke pasien, sehingga menghambat timbang terima karena pencatatan timbang terima tidak lengkap sehingga harus menanyakan ke perawat yang bersangkutan, tindakan yang sudah dilakukan tidak disampaikan dengan lengkap.

Tinjauan Teoritis

A. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan perawatan lebih aman yang meliputi assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya resiko yang disebabkan oleh kesalahan (Priyoto dan Mega, 2017).

Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Menurut KKPRS 2008 Tujuh langkah menuju keselamatan pasien bagi staf rumah sakit dilakukan dengan tujuh cara meliputi :

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dengan membuat kebijakan rumah sakit terkait peran dan tanggung jawab individu bila terjadi insiden

- b. Membangun komitmen yang kuat tentang keselamatan pasien dengan memasukkan keselamatan pasien dengan memasukkan keselamatan pasien sebagai agenda kerja dan program pelatihan staf
- c. Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko dengan menetapkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan resiko dan penilaian resiko
- d. Mengembangkan sistem pelaporan insiden
- e. Mengembangkan cara berkomunikasi dengan pasien bila terjadi insiden
- f. Mengembangkan sistem analisis terhadap akar penyebab masalah
- g. Mengimplementasikan sistem keselamatan pasien yang sudah dibuat (Triwibowo, 2013).

B. Timbang Terima

Pengertian

Timbang terima memiliki beberapa istilah lain yaitu *handover*, *overhand*, *report nursing*, *operan*, dan *serah terima*. Timbang terima merupakan suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima merupakan komunikasi yang terjadi pada saat perawat melakukan pergantian shift dan memiliki tujuan yang spesifik yaitu mengkomunikasikan informasi tentang keadaan pasien pada asuhan keperawatan sebelumnya (Triwibowo, 2013)

Metode dalam Timbang Terima

Metode dalam timbang terima terbagi menjadi 2 yaitu :

- a. Timbang terima dengan metode tradisional
 - 1) Dilakukan hanya di meja perawat
 - 2) Menggunakan satu arah komunikasi sehingga tidak memungkinkan munculnya pertanyaan atau diskusi
 - 3) Ada pengecekan ke pasien hanya sekedar memastikan kondisi secara umum
 - 4) Tidak ada kontribusi atau *feedback* dari pasien dan keluarga, sehingga proses informasi dibutuhkan oleh pasien terkait status kesehatannya tidak *up to date*
- b. Timbang terima dengan metode *bedside handover*

Timbang terima yang dilakukan disamping tempat tidur pasien atau keluarga pasien secara langsung untuk mendapatkan *feedback*

Menurut Putra (2017) Metode pelaksanaan timbang terima diantaranya :

- 1) Menggunakan *tape recorder*
- 2) Menggunakan komunikasi oral atau spoken
- 3) Menggunakan komunikasi tertulis- *written*

Metode Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang rawat inap kelas III RSI Sultan Agung Semarang menggunakan metode analitik korelasi dimana suatu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui hubungan atau korelasi dua variabel yang diteliti, pendekatan yang dipakai *cross sectional*. Sampel yang digunakan menggunakan rumus *slovin* dengan mengantisipasi adanya *drop out* maka ditambah 10% dari sampel sehingga jumlah sampel menjadi 98 perawat. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *Proportionate Sampling*, total sampel 98 perawat. Kuesioner merupakan instrumen yang digunakan dalam penelitian yaitu variabel pelaksanaan timbang terima terdiri dari 36 pernyataan dan variabel keselamatan pasien 26 pernyataan.

Hasil Penelitian

A. Karakteristik Responden

Tabel 1
Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Lama Kerja, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan
Perawat di Ruang Rawat Inap Kelas III RSI Sultan Agung Semarang
Bulan Juli 2018
(n = 98)

Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
Umur		
21-30 tahun	76	77,6
31-40 tahun	22	22,4
Total	98	100
Lama Kerja		
<5 tahun	51	52,0
>5 tahun	47	48,0
Total	98	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	24	24,5
Perempuan	74	75,5
Total	98	100
Tingkat Pendidikan		
DIII Keperawatan	66	67,3
SI Keperawatan	11	11,2
Profesi Ners	21	21,4
S2 Keperawatan	0	0
Total	98	100

B. Analisis Univariat**1. Pelaksanaan Timbang Terima****Tabel 2**

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Gambaran Pelaksanaan Timbang Terima di Ruang Rawat Inap Kelas III RSI Sultan Agung Semarang Bulan Juli 2018
(n = 98)

Pelaksanaan Timbang Terima	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	51	52
Cukup Baik	47	48
Kurang Baik	0	0
Total	98	100

2. Keselamatan Pasien**Tabel 3**

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Gambaran Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSI Sultan Agung Semarang Bulan Juli 2018
(n = 98)

Keselamatan Pasien	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	38	38,8
Cukup Baik	60	61,2
Kurang Baik	0	0
Total	98	100

C. Analisis Bivariat**Tabel 4**

Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima dengan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSI Sultan Agung Semarang Bulan Juli 2018
(n = 98)

Pelaksanaan Timbang Terima	Keselamatan Pasien						Total	r	p value	
	Baik		Cukup Baik		Kurang Baik					
	n	%	n	%	n	%				
Baik	37	37,8%	14	14,3%	0	0%	51	52,0%	0,722	0,000
Cukup Baik	1	1,0%	46	46,9%	0	0%	47	48,0%		
Kurang Baik	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Total	38	38,8%	58	61,2%	0	0%	98	100%		

Pembahasan**A. Karakteristik Responden**

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden dengan umur 21-30 tahun sebanyak 76 orang (77,6%), umur 32-40 tahun sebanyak 22 orang (22,4%). Teori menurut Notoatmodjo

(2012) menyatakan semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Teori Potter & Perry (2010) juga menyatakan bahwa kemampuan berfikir kritis meningkat secara teratur selama usia dewasa. Penelitian Handayani (2017) juga menyatakan bahwa semakin muda usia perawat memiliki kecenderungan menimbulkan terjadinya insiden keselamatan pasien dengan usia perawat yang lebih tua. Dari hasil penelitian diatas menunjukan tidak berarti semakin bertambah umur semakin berkurang produktifitas kerja.

Lama kerja responden pada penelitian ini <5 tahun ada 51 orang (52%) dan >5 tahun 47 orang (48%). Semakin banyak lama kerja perawat maka semakin banyak pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar atau prosedur tetap yang berlaku (Nursalam, 2011). Penelitian Manorek dkk (2017) menyatakan hal yang sama bahwa semakin lama seseorang bekerja, tingkat kematangannya dalam menghadapi berbagai situasi ditempat kerja akan lebih tinggi sehingga ia dapat mengelola dengan lebih baik. Penelitian mengenai lama kerja dengan keselamatan pasien juga telah dilakukan Astriana (2014) bahwa ada hubungan lama kerja dengan kinerja perawat dalam program keselamatan pasien ($p\text{ value} = 0,033$).

Sebagian besar responden pada penelitian ini adalah perempuan yaitu 74 orang (75,5%). Hal ini sesuai dengan filosofi *mother instinct* bahwa mayoritas perawat datang dari kaum perempuan, dimana seorang perempuan memiliki naluri merawat diri sendiri sebagaimana tercermin pada seorang ibu serta naluri yang sederhana dalam memelihara kesehatan keluarganya dan anak-anaknya (Kozier et all, 2010). Hal tersebut berlawanan dengan Robbins (2008) yang menyatakan sebenarnya tidak terdapat perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam hal kemampuan memecahkan masalah, menganalisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar. Penelitian Handayani (2014) menunjukan kepatuhan terhadap penerapan keselamatan pasien sebanyak 22,8% perempuan dan laki-laki 40%.

Tingkat pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan perawat untuk dapat menerapkan pedoman keselamatan pasien, sehingga dapat menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan (Hughes 2008 dalam Fadriyanti dan Yosi 2018). Menurut hasil wawancara dengan perawat menyatakan bahwa di RSI Sultan Agung Semarang rutin melaksanakan

pelatihan keselamatan pasien untuk meningkatkan pengetahuan perawat DIII, SI, maupun Profesi Ners pada setiap ruang dan dilaksanakan setahun sekali.

B. Pelaksanaan Timbang Terima

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa dari 98 responden yaitu pelaksanaan timbang terima baik sebanyak 51 orang (52%) dan cukup baik sebanyak 47 orang (48%). Berdasarkan *Australian Resource Centre for Healthcare Innovation* (2009) dalam Triwibowo (2013) terdapat enam standar prinsip timbang terima adalah kepemimpinan, pemahaman, peserta yang mengikuti, waktu, tempat, dan proses timbang terima.

C. Keselamatan Pasien

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa dari 98 responden yaitu keselamatan pasien baik sebanyak 38 (38,8%) dan cukup baik sebanyak 60 orang (61,2%). Keselamatan pasien berisi enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). Prosedur keselamatan pasien ini sangat menjamin penjaminan mutu dari rumah sakit, karena itu rumah sakit dapat dikatakan baik jika pelayanan untuk keselamatan pasien juga sudah baik (Lestari, 2012). Persepsi untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana maupun cedera akibat intervensi meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggungjawab dalam keselamatan pasien (Rosyada, 2014)

D. Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima dengan Keselamatan Pasien

Terdapat hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSI Sultan Agung Semarang dengan nilai r sebesar 0,722 yang menunjukkan pada rentang 0,60-0,799 maka menurut Sugiyono (2011) nilai kriteria korelasi tersebut kuat artinya hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien merupakan hubungan yang kuat. Nilai positif pada koefisien nilai r juga menandakan hubungan searah sehingga semakin baik pelaksanaan timbang terima maka semakin baik pula keselamatan pasien. Menurut Permenkes (2011) menyatakan bahwa komunikasi timbang terima yang tidak dilakukan dengan benar dapat mengakibatkan berbagai masalah diantaranya keterlambatan dalam diagnosa medis dan peningkatan kemungkinan efek samping, juga konsekuensi lain termasuk biaya yang lebih tinggi perawatan kesehatan penyedia yang lebih besar dan ketidakpuasan pasien. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Kamil (2011) timbang terima yang tidak efektif dapat berkontribusi terhadap kesalahan dan pelanggaran dalam keselamatan perawatan pasien, termasuk kesalahan pengobatan, salah operasi dan kematian pasien. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang berjudul "*Handover* sebagai

upaya peningkatan keselamatan pasien (*patient safety*) di Rumah Sakit bahwa terdapat hubungan antara *handover* atau timbang terima dengan *patient safety* (keselamatan pasien) dengan hasil (53,2%) responden menyatakan timbang terima baik dan (51,6%) keselamatan pasien baik dengan nilai *p value* 0,04. Penelitian lain juga menunjukkan peningkatan bermakna terhadap pelaksanaan timbang terima pasien dan penerapan keselamatan pasien sesudah perawat pelaksana diberikan pelatihan timbang terima (*p value* : 0,000, α : 0,05)

Kesimpulan

Pelaksanaan timbang terima di Ruang Rawat Inap Kelas III RSI Sultan Agung Semarang yaitu baik (52%) dan cukup baik (48%). Keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSI Sultan Agung Semarang yaitu baik (38,8%) dan cukup baik (61,2%). Ada hubungan antara pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSI Sultan Agung Semarang (*p value* = 0,000) dengan arah hubungan positif, kekuatan hubungan yang kuat, dan arah korelasi yang searah

Saran

Rumah sakit memerlukan evaluasi pelaksanaan timbang terima sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk mencegah ketidaksinambungan transfer informasi yang berdampak pada keselamatan pasien

Daftar Pustaka

- Andayani, N.M.D. 2017. *Hubungan Karakteristik dan Persepsi Perawat. Tentang Sasaran Keselamatan Pasien dengan Persepsi Timbang Terima di Ruang Oleg RSUD Bandung*. [Skripsi]. Bali (ID): Universitas Udayana
- Astria, Noor N.B, Andi I.S. 2014. *Hubungan Pendidikan, Masa Kerja dan Beban Kerja dengan Keselamatan Pasien RSUD Haji Makassar*. Manajemen RS FKM UNHAS. 1(1) : 1-8
- Depkes RI. 2011. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI
- Fadriyanti, Y., Yosi S. 2018. *Hubungan Jam Kerja dan Karakteristik Perawat Pelaksana dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien pada Rumah Sakit di Kota Padang*. Menara Ilmu 12(6): 170-180
- Handayani, M., Rini A., M Alimin M. 2014. *Determinan Kepatuhan Perawat di Ruang Rawat Inap Stella Maris Makassar*. Manajemen RS FKM UNHAS 1(1): 1-10
- Kamil, H. 2011. *Handover Dalam Pelayanan Keperawatan*. Idea Nursing Journal. 2(3): 1-11
- KKPRS. 2012. *Pedoman Insiden Keselamatan Pasien Edisi 2*. Jakarta: Depkes RI
- Kozier et all. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC

- Lestari. 2012. *Kitab Undang-Undang Tentang Kesehatan dan Kedokteran*. Yogyakarta: Bukubiru
- Manopo, Quiteria, Frangky, R.R.M., Jehosua, S.V.S. 2013. *Hubungan antara penerapan Timbang Terima Pasien dengan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUD GMIM Kalooran Amurang* : Manado Sulawesi Utara. Master's Thesis. 1(2): 1-8
- Manorek, H., A. Joy M.R., Tubagus D.E.A. 2017. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Perawat di R. Rawat Inap RSUD Sam Ratulangi Tandano*. Ikmas. 2(4): 65-76
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika
- Pegala, I., Zahroh S., Baju W. 2017. *Perilaku Kepatuhan Perawat Melaksanakan SOP Terhadap Kejadian Keselamatan Pasien di Rumah Sakit X Kendari*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia. 12(1): 138-149
- Permenkes. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11*. Jakarta: Depkes RI
- Potter, P.A dan Perry, A.G. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Proses dan Praktikum Edisi Ketujuh Buku Ketiga*. Jakarta: EGC
- Putri, Z. M., Hanny H., Efy A. 2016. *Karakteristik Perawat dan Perilaku Keselamatan Kerja Perawat di RSUD Depok*. Ners Jurnal Keperawatan. 12(1): 67-75
- Qomariah, S.N. dan Uyan A.L. 2015. *Hubungan Faktor Komunikasi dengan Insiden Keselamatan Pasien*. Journals of Ners Community . 6(2): 1-7
- Rosyada, S.D. 2014. *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Unit Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Bulan Juni Tahun 2014*. [Skripsi]. Jakarta (ID): Univesitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta
- Sugiharto, A.S,Keliat,A.B dan Sri, H.T. 2012. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi MPKP di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suhriana. 2012. *Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat di Unit Rawat Inap RSUD Bula Kabupaten Serang Bagian Timur*. [Skripsi]. Makassar (ID): UNHAS
- Triwibowo, Cecep. 2013. *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: CV Trans Info Media
- Triwibowo, C., Zainuddin H., Soep. 2015. *Studi Kualitatif: Peran Handover dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Pena Medika Jurnal Kesehatan. 6(2): 72-79
- WHO. 2017. *Patient Safety*. apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf diakses pada tanggal 30 Januari 2018

OKKEY

I

LAPORAN DINES RUANG RAUNG

KELAS III

VIA
BPJS Tn Harip
(Hemipareze D + Ht)

dr Reza
dr Dena

~ PAGI ~
TD : 153/101 mmHg S : 36.8 °C
N : 60 x/mnt spo₂ : 95
Dit : BB RE
Inf : Pa 14 tpm
K : Badan Lemus

VIB
BPJS Tn Mojo
(Dx LBP)

dr Reza

TD : 125/69 S : 36.9
N : 65 spo₂ : 97
Dit : Tim
Inf : Pa 14 tpm
K : Pusing Nyeri pinggang

IX A
SEHATI Ny Sa'diyah
(Dx stroke left + Ht emergency)

dr Reza
dr Dena

TD : 181/109 S : 37.6
N : 90 spo₂ : 97
Dit : Btl
Inf : Pa + Kcl 20 mg Inf : Pa 100 + Nicot + Amp
K : Nyeri tekan 18 tpm Muro

VIC
BPJS Tn Jandadi
(Dx stroke + BPH + AF Rapid)

dr Timo
dr Arsyadi

TD : 117/83 S : 36.7
N : 82 spo₂ : 97
Dit : Tim RE
Inf : Asering 14 tpm
K : Nyeri saat BAK

IX B
BPJS Ny Sahroni (OB)

dr Timo

- Lahir dari 100 jam 0800
TD : 203 S : 36.9
N : 88 spo₂ : 99
Inf : Pa 14 tpm
Dit : Tim RE
K : pusing muter muter
Mual Muntah, Jua Membuka
Mata pusing semakin bertambah

IX C
BPJS Tn Misdadi
(Dx stroke Susip + Aritmia + HT
+ Acud + dislipidemia +
hiperuricemia)

dr Timo

TD : ~~117/83~~ 152/86 S : 37.9
N : 92 spo₂ : 98
Inf : Pa 14 tpm ~~monit di 100 (100 mg)~~
Dit : Tim BB RE
~~K : pusing~~

LAPORAN DIENES (27 - Juni 2022)

~ SIANG ~

(SEALIN) ~ MALAM ~

TD : 185/108 S : 36.5
N : 107 spo₂ : 98
K : Nyeri ulu hati

TD : 125/70 S : 37
N : 69 spo₂ : 98
K : Nyeri punggung sampai bawah

TD : 192/105 S : 37
N : 91 spo₂ : 99
K :
Inf : Kcl K₂ 3 (-)
K : Nyeri TRANSITORIAL

TD : 143/73 S : 36.6
N : 31 spo₂ : 99
K : Sesak, BATUK

TD : 209/141 S : 36
N : 93 spo₂ : 99
K : MUAL

TD : 142/80 S : 37
N : 35 spo₂ : 98

(URS)

X BP 85	Ny ANNAMATI (DX STROKE + CHEPACIA + DM)	DR REGA DR: AB	TD = 179/99 S = 36.7 N = 78 SPO ₂ = 96 DIT: TIM RE DM INF: P2 14TPM K: MENESGIAL REN: UL
X1A BP 85	Ny: KASATI (DX STROKE + RAMBOLIN) ATI	DR REGA DR DEWA DR AB	TD = 101/71 S = 37.1 N = 88 SPO ₂ = 100 DIT: BB RE DM INF: P2 + KCL 25 mg (2)
X1B SEHATI	Ny HOSMIATI (DX STROKE SUPS INFARK + DM + DISLIPIDEMIA)	DR TIMO	TD = 123/81 S = 36.6 N = 89 SPO ₂ = 99 DIT: TIM DM INF: ASERIN 19 TPM
X1C SEHATI	TN LUKMAN (DX HIGH GRADE ASTROCYTOMA)	DR REGA	TD = 117/68 S = 37.9 N = 77 SPO ₂ = 96 DIT: TIM INF: 14 TPM, MONITOR 2x100 (04) K: PUSING
X1D BP 85	TN SINTAGUTI (DX SUPS CVA + VERTIGO + HT GRADE I)	DR REGA DR TIMO	TD = 180/85 S = 36.0 N = 87 SPO ₂ = 95 DIT: TIM BB INF: 14 TPM, P2 K: FISIOTERAPI (+)

TD = 165/91 S = 37
N = 83 SPO₂ = 98
ALODORAPID 3x4
LABUL ⊖ botol dr PX ⊖
PIPIR DARAH (+) SEPERTI MENSTRUASI

TD = 99/73 S = 37
N = 85 SPO₂ = 90
PERITIS UP INFUS.
PASANG INFUS (+)

TD = 132/91 S = 98
N = 102 SPO₂ = 36.6
GDA = 100 (KAS)

TD = 120/72 S = 37
N = 77 SPO₂ = 98
K: PUSING ⊕
BAB ⊖

TD = 197/101 S = 37
N = 92 SPO₂ = 96

IV A	Tu Hahp (Hemiparesis D + HT)	dr. Reza dr. Dewa	TD : 141/95 N : 80 Dit : BB RG RL Inf : P2 14 tpm	S : 36.3 SpO2 : 98 Kelelahan : pusing
IV B	Tu Mojo (LBP) KRS	dr. Reza	TD : 120/88 N : 66 Dit : f.m Inf : P2 14 tpm	S : 37.1 SpO2 : 98 Kelelahan : serak
IV C	Tu Jundi (Stroke + BPM + AF Rapid)	dr. Tino dr. Arigadi	TD : 131/89 N : 98 Dit : f.m RL Inf : Aseng 14 tpm	S : 36.8 SpO2 : 98 Kelelahan : serak
IX A	Ny Sa'dirah (Stroke ICH + HT emergency)	dr. Reza dr. Dewa	TD : 164/93 N : 96 Dit : BH Inf : P2 + KCL 14 tpm 3 P2100 + nurodipine 1 amp 20 tpm	S : 38.8 SpO2 : 90 Kelelahan : berat
IX B	Ny Sahrauni (Vertigo + HT emergency)	dr. Tino	TD : 223/142 N : 87 Dit : f.m RG Inf : P2 14 tpm	S : 36.9 SpO2 : 97 Kelelahan : pusing dari kepala
IX C	tn. Saide	dr. Tino	TD : 141/99 N : 100 Dit : BB RG Inf : P2 14 tpm	S : 37.0 SpO2 : 96 Kelelahan : pusing
X	Ny. Annani	dr. Reza dr. Ab	TD : 186/89 N : 89 Dit : f.m RG DM Inf : P2 14 tpm	S : 36.9 SpO2 : 98 Kelelahan : dinas
XI A	Ny. Kartati	dr. Reza dr. Ab dr. Dewa	TD : 102/68 N : 89 Dit : BB RG DM Inf : P2 + KCL 14 tpm	S : 36.5 SpO2 : 97 Kelelahan : limas

TD : 159/111 N : 88 U : sakit kepala	S : 36.9 SpO2 : 93	TD : N : U :	S : SpO2 :
KRS			
TD : 146/90 N : 74 U : Tidak Bisa BAK	S : 36.7 SpO2 : 95	TD : N : U :	S : SpO2 :
KRS			
TD : 191/111 N : 99 U : pusing up infus —, pasang infus + U : tenggorokan kemerahan KCL — 4	S : 37.5 SpO2 : 96	TD : N : U :	S : SpO2 :
KRS			
TD : 165/106 N : 99 U : KEPALA	S : 36.6 SpO2 : 95 nurodipine	TD : N : U :	S : SpO2 :
KRS			
TD : 157/99 N : 105 K : pusing	S : 37.5 SpO2 : 96	TD : N : U :	S : SpO2 :
KRS			
TD : 99/60 N : 95	S : 37.2 SpO2 : 99 cek LAB -	TD : N : U :	S : SpO2 :

28 Jan. 2021

≈ PAGE ≈

NIB 01 NIKHARA

dr. Risa
10 163/101
M 90
Dit. Risa Risa
inf p2 17 Jan

36.7
spas 96
p: neri panti amir kani

NIB 10 NIKHARA

dr. Risa
10 108/69
M 60
Dit. Risa Risa
inf: 19 Jan
umutol 1 > 100 ml

36.7
spas 96
p: pusing

NIB 10 NIKHARA

dr. Risa
10 137/77
M 76
Dit. Risa Risa
inf: p2 19 Jan

36.9
spas 95
p: GUNDA

X SEHATI
Ayah PRASTIKA 20 THN
PESIRAN BESUKI
SKRH ⊖
(22348335)

DR. TIMO
DR. AMIR

NIB SEHATI
HY ROKHAT 57 THN
GUMBERESSO
22348560
SURAH ⊖

DR. TIMO 0/B 160 BAH 1800 - SCORP

TD = 173/87 S = 37.0
M = 90 SPO2 = 98
U = TANGKAP KANAN PERASA HYPER

TD = 123/73 S = 37.2
M = 77 SPO2 = 97
U = Pusing

TD = 180/98 S = 37.5
M = 12 SPO2 = 96
U = KAKI KANAN TIDAK BISA DICERAIKAT

OB 160 JAM 1800
INPUS RA 20 THN
Dx = CHELPHALOSIA + CHEK SINISTRA
Dit = TIM
TD = 109/68 S = 36.9
M = 61 SPO2 = 99
K = HYPER KEPALA + TELINGA
KIRI SEJAK 1 MERE YAKIS
LALI

INP P2 14 THN
Dx = CVA HEMORAGIK + DRAE
(CISPEROLEKITEA)
Dit = CAIR PERSONID
TD = 121/71 S = 36.7
M = 74 SPO2 = 100

29 Juni 2022

IXA TN HATIP (72 THN) DR REZA DR DEWA
 (+HEMIPARASE D+HT)
 (2150382)

TO: 138/86 S: 30,8
 N: 80 SPO₂: 96
 DIT: BARE RL
 INF: P2 14 TPM
 K: PUSING

IXB NY ROHATI (57 THN) DR TIMO
 (+UNP3020)
 DX OJA HEMORAGIK +
 DM TPE I

TO: 138/87 S: 37,1
 N: 80 SPO₂: 97%
 DIT: CARAN PERSONDE
 INF: P2 14 TPM TUKUR
 K: Jarak bunyuk tidak terdengar
 GOK: 195 (core) + metformin

IXC TN ZUNALDI (63 THN) DR TIMO DR ARIF
 (+STROKE + BPH + AF RABD)
 (ARJAL4)
 (22347963)

TO: 100/70 S: 36,8
 N: 86 SPO₂: 96
 DIT: TIM RL
 INF: ASERING 14 TPM
 K: -

IXA NY SA'DIYAH (STROKE KCH + HT) 45 THN DR REZA DR DEWA
 (22348345)

TO: 177/88 S: 38,1
 N: 85 SPO₂: 95
 DIT: BH
 INF: P2 + KCL + 14 TPM
 K: BATUK
 KCL - 4

IXB NY SAHRATI (VERTIGO + HT) 47 THN DR TIMO
 (22348963)
 R: kaku saat ini

TO: 150/80 S: 36,8
 N: 101 SPO₂: 99
 DIT: TIM RG
 INF: P2 14 TPM
 K: TAK

IXA NY AYU 20 THN DR TIMO DR ARIF
 (CHOLELADIA + CHISK SIFISTA)

TO: 108/72 S: 36,7
 N: 65 SPO₂: 98
 DIT: TIM
 INF: P2 14 TPM

SORE

TO: 138/86 S: 36,9
 N: 80 SPO₂: 95
 DIT: 66 RG RL
 INF: P2 14 TPM
 K: kaku saat ini

TO: 117/78 S: 36,5
 N: 85 SPO₂: 92
 DIT: CARAN PERSONDE
 INF: P2 14 TPM
 K: tidak sadar

TO: S: KRS
 N: SPO₂:
 DIT: F:
 INF: -

TO: 206/102 S: 37,2
 N: 95 SPO₂: 96
 DIT: BH
 INF: P2 + KCL + 14 TPM
 K: kaku saat ini

TO: 141/80 S: 36,6
 N: 97 SPO₂: 99
 DIT: TIM RG
 INF: P2 14 TPM
 K: Pusing

TO: S:
 N: SPO₂:
 DIT: K:
 INF: -

~NITALAM~

D	10/25	IX C	TN. SAIOMAH 55 THN PETARUKAH (13127927)	DR TIMO	TD = 130/70 N = 69 DIT = BB RG INF = P2 14 TPM K = BATUK + tidak bisa tidur	S = 36.6 SPO ₂ = 94
P		XIA	NY KASATI (45 THN) ALAS MALANG (22348343) (STROKE TROMBOTIK)	DR REZA DR TIMO DR DEWA	TD 99/64 N = 87 DIT = BB RL DM INF = P2 + KCL 14 TPM K = MASUK KCL YANG KE 3 Jam 08.00	S = 36.9 SPO ₂ = 97
S		XIB	NY MUATIMA (46 THN) (STROKE TROMBOTIK) (22348531)	DR TIMO	TD = 184/110 N = 85 DIT = BB RG INF = P2 14 TPM K = NYERI KAKI SEBELAH KANAN. tidak bisa tidur	S = 36.7 SPO ₂ = 98
		XIC	TN LUKMAN (45 THN) ALAS MALANG (22348343) (HIGH GRADE Astrocytoma)	DR REZA	TD = 112/67 N = 71 DIT = TIM R INF = 14 TPM K = BELUM BISA BAB MONITOR 1 x 1000 ML	S = 38.2 SPO ₂ = 95
		XID	TN SUHAIDIN (46 THN) JATI BANTENG (22348531) (S. CVA. +)	DR REZA DR DEWA	TD = 168/111 N = 83 DIT = TIM R INF = P2 14 TPM K =	S = 37 SPO ₂ = 95

SORE		TO = 147/84 N = 104 DIT = BB RG INF = P2 14 TPM K = tidak bisa tidur	S = 37.8 SPO ₂ = 94
		TO = 96/64 N = 94 DIT = BB RL DM INF = P2 + KCL 14 TPM	S = 37.3 SPO ₂ = 98 K = TAK
		TO = 176/110 N = 87 DIT = BB RG INF = P2 14 TPM	S = 36.9 SPO ₂ = 98 K = tidak bisa tidur
		TO = 105/67 N = 70 DIT = TIM R INF = 14 TPM	S = 38.0 SPO ₂ = 97 K = tidak bisa BAB
		TO = 178/104 N = 80 DIT = TIM R INF = P2 14 TPM	S = 36.6 SPO ₂ = 98 K = TAK

Time	Location	Notes
10:00	1000	1000
11:00	1000	1000
12:00	1000	1000
13:00	1000	1000
14:00	1000	1000
15:00	1000	1000
16:00	1000	1000
17:00	1000	1000
18:00	1000	1000
19:00	1000	1000
20:00	1000	1000
21:00	1000	1000
22:00	1000	1000
23:00	1000	1000
24:00	1000	1000

TP	S	
N	SR ₀₂	
PIH		
Wf		

TO	8.
N	5000
Out	
by	
E	

To : _____
 At : _____
 On : _____
 By : _____
 For : _____

TO : SAC, NEW YORK

KRS

XI B. Nk. Muanua (46 th) DR. Timo TD = 190/107 S = 37
 (22348531) N = 96 SPO₂ = 98
 Dx = stroke hemiparese Diit = BB P6
 Inf = P2 14 TPM k = NYERI DI BAGIAN KAKI KANAN.

XI C Tn. Lukman (45 th) DR. Reza TD = 109/61 S = 37.9
 (22348343) N = 87 SPO₂ = 97
 Dx = high grade astrocytoma Diit = TIM P6
 Inf = P2 14 TPM k = PAKAS **KRS**

XI D Tn. Suhaimin (46 th) DR. dewa TD = 108/98 S = 36.7
 (22348531) jati batang DR. Reza N = 80 SPO₂ = 96
 Dx = S. CVA Diit = TIM P6
 Inf = P2 14 TPM k = PAKAS

XI A Tn. Hadi (50 th) DR. Reza TD = 108/76 S = 98
 (19209720) talkandang N = 76 SPO₂ = 36.8
 Dx = kinosinosis kronis post Diit = TIM
 Astronomy GA Inf = P2 14 TPM
 k = TAK

IV C Tn. Ariyanto (54 th) DR. Timo TD = 87/65 S = 98
 (13144264) paman N = 96 SPO₂ = 36.8
 Dx = hemiparese Diit = TIM
 Inf = P2 14 TPM
 k = TAK

X Ny MARYAMA 55 TH DR. TIMO TD = 134/79 SPO₂ = 99
 KLATAKAN SP. H N = 89 S = 36.7
 (22346605) Diit = TIM
 (DX VERTIGO) Inf = ASERING K TPM
 k = pusing

Jumat, 1 Juli 2022

~ PAGI ~

IVa	Tu Htati (21329821) (Hemiparesis D + HT) KRS	Dr. Resa dr. Dewa	TD : 152/93 N : 69 Dit : K : Pusing, lemas, # hulu	S : 30.8 SpO ₂ : 97 Inf :
IVB	Ny. Rohati (Sumberejo) (EVA klembragut + DM tipe II)	dr. Timu	TD : 110/70 N : 88 Dit : K :	S : 37.14 SpO ₂ : 100 Inf :
IIVc	Tu. Ariyanto (13144264) Panarukan (Hemiparesis)	dr. Timu	TD : 114/93 N : 90 Dit : K : Lemas	S : 36.3 SpO ₂ : 97 Inf :
IX	Ny. Maryana (22346005) Klatikan (Vertigo)	dr. Timu	TD : 135/79 N : 86 Dit : K : Pusing	S : 36.9 SpO ₂ : 97 Inf :
IXA	Ny. Sa'diya (22346345) (stroke ICH + HT)	dr. Resa dr. Dewa	TD : 183/91 N : 80 Dit : K : Batuk darah	S : 57 SpO ₂ : 95 Inf :
Ixc	Tu. Sa'idan (13127927) Panarukan	dr. Timu	TD : 177/124 N : 108 Dit : K : Batuk	S : 37.8 SpO ₂ : 96 Inf :
XIA	Tu. Nurul Hadi (10289720) Talikandang (Kinesunotik kranis post astronomy CA) KRS	dr. Resa	TD : 131/80 N : 64 Dit : K :	S : 37.2 SpO ₂ : 98 Inf :

~ SORE ~

TD :
N : **KRS**
K :

~ MALAM ~

TD : 158/75
N : 105
K : PASTAS
S : 37.8
SpO₂ : 99

TD : 107/76
N : 87
K : TIDAK BISATIDUR
S : 37.9
SpO₂ : 98

TD : 120/68
N : 84
K : TAIK
S : 37.0
SpO₂ : 99

TD : 153/101
N : 86
K : BATUK
Inf ALICARDIPIN 28TPM
P2 : 19TPM
S : 36.9
SpO₂ : 97

TD : 197/116
N : 123
K : BATUK
S : 38.0
SpO₂ : 97

TD :
N : **KRS**
K :
S :
SpO₂ :

Jumat, 1 Juli 2022

≈ PAGI ≈

XIB	Ny. Muammar (22348531) (Stroke Hemiparese)	dr. Tono	TD : 191/114 N : 88 Rit : K :	S : 36,6 SpO ₂ : 98 hif :
XID	Tu. Suhaimi (22348531) Jakhankung (SepCUA)	dr. Dena dr. Rizka	TD : N : Rit : F :	S : SpO ₂ : hif :
XIC	Ny. Suwarni		TD : 112/86 N : 112 Rit : K :	S : 37 SpO ₂ : 97 hif :
XIB	Tu. Sunar			
XIA	TH. NIRO (Bangwawar)	75 th Dr. Gino		

≈ SCRE ≈

≈ MALAM ≈

TD : 153/103	S : 36,9
H : 109	SpO ₂ : 99
LL : TAK	
160/88	
TD : 190/107	S : 37,9
H : 67	SpO ₂ : 95
LL : PATAH.	
TD : 135/78	S : 36,6
H : 94	SpO ₂ : 99
LL : TAK	
TD : 102/66	S : 36,9
H : 64	SpO ₂ : 99
K : PUSKIS	

OB DARI 160 JAM 20.00

TD : 130/80	S : 36,7
H : 63	SpO ₂ : 96
INF : P2	
DM : Tim + hip	
DX : hemiparese ec CVA + HI	

K : pusing, lemas, lemah sisi kanan

Sabtu, 2 Juli 2021

PAGI

PAGE

PAGE

iv B	Ny. Rohati (Sumberejo) (CUA hemoragik + DM tipe II)	(57th)	dr. Tiwo	TD : 131/76 N : 99 Dit : K :	S : 36.9 SpO ₂ : 100 Inf :
iv C	Tu. Ariyanti (13149264) Panarutan (Hemiparese)	(59th)	dr. Tiwo	TD : 112/87 N : 87 Dit : K : neri seluruh badan	S : 36.9 SpO ₂ : 99 Inf :
ix A	Ny. Sa'diya (22348345) (Stroke ICH + HT)	(45th)	dr. Raza dr. Deusi	TD : 171/92 N : 88 Dit : K :	S : 36.7 SpO ₂ : 97 Inf :
ix B	Tu. Sunar			TD : 166/91 N : 72 Dit : K : pusing berputar	S : 36.6 SpO ₂ : 100 Inf :
ix C	Tu. Saidan (13127927) Panarutan	(55th)	dr. Tiwo	TD : 141/92 N : 113 Dit : K : pusing, berputar LEFOVLAKSASIN 1/2 1/2 Rencana NGT	S : 38.1 SpO ₂ : 96 Inf :
x	Ny. Maryama (22346005) Klatatan (Vertigo)	(55th)	dr. Tiwo	TD : 129/85 N : 89 Dit : K :	S : 36.9 SpO ₂ : 99 Inf :

SORE

MALAM

TD : 110/63
N : 92
K :
INS : HODORAPID

TD : 131/83
N : 86
K :

TD : 186/98
N : 81
K :

TD : 154/85
N : 104
K :

TD : 104
N : 124
K : PUSTILE + PATLAS
PASANG WIFUR (+)

TD : 124/62
N : 90
E : PATLAS + PUSTILE

Sabtu, 2 Juli 2022

≈ PAGI ≈

≈ SORE ≈

≈ MALAM ≈

XIA Tu. Niro
(22348781) Banyuwangi

dr. Tuno

TD : 115/69
N : 66
Dit :
K : lemes

S : 36.9
SpO₂ : 97
Inf :

XIB Ny. Muanana
(22348531)
(Stroke Hemiparesis)

(46 H)

dr. Tuno

TD : 113/86
N : 97
Dit :
K : pusing

S : 36.5
SpO₂ : 98
Inf :

XIC Ny. Sumarni

TD : 106/66
N : 61
Dit :
K : Lemes

S : 36.9
SpO₂ : 98
Inf :

XID Tu. Sukarni
(22348531) Jatibanteng
(CVA)

dr. Reza
dr. Dena

KRS jam 10 09

TD : 162/82
N : 87
Dit :
K :

S : 37.1
SpO₂ : 96
Inf :

TD : 122/66
N : 57
K : LEMES

S : 36.7
SpO₂ : 96

TD : 113/97
N : 86
K : TAK

S : 36.7
SpO₂ : 96

TD : 106/78
N : 67
K :

S : 36.7
SpO₂ : 99

KRS