

LAPORAN DESIMINASI AKHIR
MANAJEMEN KEPERAWATAN DIRUANG PERAWATAN
LANTAI 5 RS SANDI KARSA MAKASSAR



KELOMPOK 2

PRECEPTOR INSTITUSI

Ns. Abd. Rahman Rara, S.Kep.,M.Kep

PRECEPTOR LAHAN

Aliah Sanidra, S.Kep, Ns, M.Kes
085 354 824 871

Ns. Aliah Sanidra,S.Kep.,M.Kes

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
INSTITUT ILMU KESEHATAN PELAMONIA MAKASSAR
2025

LAPORAN DESIMINASI AKHIR
PRAKTEK PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN
DIRUANGAN PERAWATAN LANTAI 5
RUMAH SAKIT SANDI KARSA
TGL. 07 S.D 19 JULI 2025



KELOMPOK 2

DELVI WIRA PURDITA	:	202106017
RASMIATI	:	202106078
NURUL QALBI	:	202106071
KHAERUNNIZA	:	202106045
SALWA INAIA	:	202106093
REIKHA ASHARI PUTRI	:	202106079
NURUL SRI ANUGRAH	:	202106072
SITTI NUR ZAHRA SAMSIR	:	202106103
ZASKIA AULIA YUSUF	:	202106118
RINI APRILYANTI RASDI	:	202106089

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
INSTITUSI ILMU KESEHATAN PELAMONIA MAKASSAR
2025

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh, Selamat pagi/siang dan salam sejahtera bagi kita semua, Puji syukur atas kehadiran Allah Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga proposal pengkajian praktik profesi manajemen keperawatan di Ruang Perawatan Lantai 5 RS Sandi Karsa Makassar telah selesai. Proposal ini dibuat untuk melaporkan penerapan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) pada profesi stase manajemen keperawatan.

Kami selaku tim penulis menyadari bahwa tidak ada sesuatu yang sempurna di dunia ini, begitu pula laporan diseminasi awal yang telah kami buat ini, baik dalam segi isi maupun penulisannya. Kritik dan saran dari pembaca sangat kami harapkan demi kesempurnaan dan introspeksi kami selanjutnya.

Kami juga berterima kasih kepada pembimbing akademik Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar, pembimbing lahan di RS Sandi Karsa Makassar, perawat, pasien dan keluarga serta teman-teman kelompok yang telah membantu dalam proses penyelesaian laporan. Tim penyusun berharap agar laporan ini dapat memberikan pengetahuan dan bermanfaat bagi semua calon perawat dan masyarakat pada umumnya.

Makassar, 11 Juli 2025

Tim Praktik Manajemen Keperawatan

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR Tabel	vi
DAFTAR Gambar	vii
DAFTAR Lampiran	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat	5
1. Bagi Rumah Sakit	5
2. Bagi Perawat	6
3. Bagi Institusi Pendidikan	6
4. Mahasiswa	6
BAB II KAJIAN SITUASI MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG PERAWATAN LANTAI 5	8
A. Kajian situasi rumah sakit	8
1. Sejarah singkat rumah sakit	8
2. Falsafah, motto, visi, misi, dan tujuan rumah sakit	10
3. Tujuan Rumah Sakit Sandi Karsa	10
4. Jenis-jenis pelayanan rumah sakit	11
B. Kajian situasi ruangan	13
1. Sumber daya (5 M)	13
2. Fungsi Manajemen	22
BAB III PERUMUSAN MASALAH DAN PERENCANAAN PENYELESAIAN	

MASALAH MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG PERAWATAN	
LANTAI 5.....	55
A. Analisa Data	55
B. Rumusan penyebab masalah manajemen keperawatan	63
C. Rumusan Prioritas Masalah	63
D. Alternatif penyelesaian masalah	64
E. Plan of Action (POA)	65
BAB IV IMPLEMENTASI	68
BAB V EVALUASI	69
BAB VI PUSTAKA	70
BAB VII PENUTUP.....	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	77
Lampiran	79

DAFTAR TABEL

tabel 2.1 Kuallifikasi Sumber Daya Manusia	14
Tabel 2.2 Kebutuhan Tenaga Perawat.....	16
Tabel 2. 3 Tabel System perhitungan tenaga kerja	31
Tabel 2.4 Analisis SWOT.....	42
Tabel 3.1 Distribusi Ketenagakerjaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Ruang Perawatan Lantai 5.....	55
Tabel 3.2 Distribusi Ketenagakerjaan Berdasarkan Masa Kerja Diruang Perawatan Lantai 5.....	56
Tabel 3.3 Kebutuhan Tenaga Perawat Ditiap Shift	57
Tabel 3.4 Rumusan Prioritas Masalah	63
Tabel 3.5 Alternatif Penyelesaian Masalah.....	64
Tabel 3.7 Plan Of Action.....	65
Tabel 5.1 Evaluasi Kegiatan Dan Rencana Tindak Lanjut.....	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Struktur Organisasi RS Sandi Karsa	25
Gambar 2.2 Struktur Organisasi Ruang Perawatan Lantai 5 RS Sandi Karsa.....	26
Gambar 2.3 Diagram Layang	54
Gambar 3.5 Struktur Ruang Perawatan Lantai 5.....	59
Gambar 3.6 Denah Ruangan.....	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Struktur Organisasi	84
Lampiran 2 Timeline Kegiatan	85
Lampiran 3 Jadwal Dinas Kelompok	86
Lampiran 4 Skenario Role Play Kepala Ruangan.....	87
Lampiran 5 Skenario Role Play Ketua Tim.....	90
Lampiran 7 Skenario Role PlayPerawat Pelaksana.....	97
Lampiran 8 Skenario Role Play Operan.....	101
Lampiran 9 Skenario Role Play Ronde Keperawatan.....	103
Lampiran 10 Skenario Role Play Pre dan Post Conference.....	105
Lampiran 11 Skenario Role Play Transfer Pasien.....	108
Lampiran 12 Skenario Role Play Terima Pasien Baru.....	111
Lampiran 13 Skenario Role Play Informed Consent.....	121
Lampiran 14 Skenario Role Play Super visi.....	122

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu bentuk organisasi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi seluruh lapisan masyarakat. Namun, rumah sakit sering kali mengalami permasalahan yang menyangkut tentang ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit yang dianggap kurang memadai. Pelayanan keperawatan merupakan salah satu aspek yang perlu mendapat perhatian dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit (Nurul, 2021).

Manajemen keperawatan menjadi suatu kebutuhan dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit. Manajemen merupakan proses pelaksanaan kegiatan organisasi melalui upaya orang lain itu untuk mencapai tujuan bersama. Manajemen keperawatan di Indonesia perlu mendapatkan prioritas utama dalam pengembangan keperawatan pada masa mendatang. Hal ini berkaitan dengan tuntutan profesi dan tuntutan global bahwa setiap perkembangan dan perubahan memerlukan pengelolaan secara professional. Proses manajemen keperawatan sejalan dengan proses keperawatan sebagai satu metoda perlakuan asuhan keperawatan secara professional, sehingga diharapkan keduanya dapat saling menopang (Nursalam, 2020).

Manajemen keperawatan terdiri dari pengumpulan data, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi hasil. Manajemen keperawatan berkaitan dengan konsep pengelolaan bahan, konsep manajemen keperawatan, perencanaan, yang berupa rencana strategis melalui pendekatan pengumpulan data, pelaksanaan secara operasional, khususnya dalam pelaksanaan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) dan melakukan pengawasan dan pengendalian (Nursalam, 2019).

Penerapan model asuhan keperawatan professional atau MAKP dapat menjadi salah satu pendukung dalam meningkatkan pelayanan keperawatan.

Hubungan yang baik antara pasien dan perawat dapat dilakukan apabila menerapkan suatu model asuhan keperawatan yang baik. Dengan demikian, maka pelayanan pasien menjadi sempurna sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien selama di rumah sakit (Hidayah, 2021).

MAKP ideal yang saat ini dapat dilakukan dalam pelayanan kepada masyarakat adalah metode *Primary Nursing*. Metode *Primary Nursing* merupakan suatu metode yang memberikan tugas kepada satu orang perawat untuk bertanggung jawab kepada sekelompok pasien secara penuh dari pasien masuk sampai keluar Rumah Sakit. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus-menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat. Langkah konkret pengelolaan yang dapat digunakan dalam peningkatan pelayanan keperawatan profesional berupa penataan sistem MAKP yang meliputi ketenagaan/pasien, penetapan sistem MAKP dan perbaikan dokumentasi keperawatan dengan menerapkan prinsip SME (sesuai standar, mudah dilaksanakan, efektif dan efisien). Model keperawatan profesional ini mampu mendorong keperawatan dalam memperjelas deskripsi kerja, meningkatkan kemampuan keperawatan dalam mendiskusikan masalah dengan tenaga kesehatan yang lain dan membantu keperawatan untuk lebih bertanggung gugat secara profesional terhadap tindakannya (Nursalam, 2020).

Rumah Sakit Sandi Karsa memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Makassar. Tidak semata-mata untuk bisnis, Rumah Sakit Sandi Karsa juga melaksanakan fungsi sosialnya yaitu mengupayakan pelayanan kesehatan bagi pasien yang kurang mampu, berpartisipasi dalam penanggulangan bencana alam nasional atau lokal, dan

melakukan misi kemanusiaan rumah sakit. Rumah Sakit Sandi Karsa didirikan pada tanggal 29 Juli 2011 dan mulai dibangun pada awal tahun 2013, Namun pada tanggal 20 November 2013 ketua yayasan rs sandi karsa meninggal dunia, pembangunan rs sandi karsa di lanjutkan kembali pada tahun 2017 dan Grand Opening nya pada tanggal 19 Oktober 2019.

Berdasarkan hasil pengkjian awal pada tanggal 07 -09 juli 2025 diruangan perawatan lantai 5 rumah sakit sandi karsa makassar, didapatkan beberapa permasalahan yang perlu penyelesaian khusus yaitu:

1. Jumlah ketenagaan masih kurang, struktur organisasi unit belum ada, belum semua perawat memiliki pelatihan BTCLS, IWS, PPI, K3.
2. Pengelolaan limbah medis belum sesuai standar PPI, Troli emergency belum ada, (Safety Box kurang).
3. Penerapan MAKP metode primer belum berjalan optimal
4. Hand Over (timbang terima) belum berjalan sesuai dengan standar
5. Ronde keperawatan belum pernah dilakukan
6. Pre conference dan post conference oleh pj shift tidak berjalan

Oleh karena itu, praktik keperawatan manajemen ini dilaksanakan oleh mahasiswa pendidikan profesi ners IIK Pelamonia Makassar akan mencari solusi bersama karu, perawat lantai 5 dan merupakan proses belajar bagi mahasiswa dalam praktik manajemen keperawatan.

Berdasarkan uraian diatas maka mahasiswa program profesi ners iik pelamonia makassar akan, melakukan beberapa program yaitu mengenai penerapan MAKP Metode primer yang lebih baik, Hand Over atau timbang terima sesuai standar, pre conference dan post conference berjalan, ronde keperawatan berjalan, Pengusulan safety box limbah medis dan pengusulan tambahan jumlah tenaga oleh karu.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan maka rumusan masalah dalam kegiatan ini adalah:

1. Bagaimana penerapan MAKP, Hand Over atau timbang terima di ruang perawatan lantai 5 RS Sandi Karsa Makassar?
2. Apakah pelaksanaan pre conference dan post conference akan dijalankan dengan baik oleh perawat di ruang keperawatan lantai 5 rumah sakit Sandi Karsa Makassar?
3. Apa kendala ronde keperawatan, supervisi telah berjalan?
4. Apakah pengelolaan limbah medis sudah sesuai dengan standar PPI?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah melaksanakan program profesi manajemen keperawatan, mahasiswa dan perawat Lt.5 diharapkan mampu melaksanakan manajemen MAKP dengan metode primer dengan baik, dan meningkatkan keterampilan serta mampu mengimplementasikan hand over (timbang terima), pre conference dan post conference, ronde keperawatan dan supervisi di ruang perawatan lantai 5 RS Sandi Karsa.

2. Tujuan khusus

Dalam program profesi Manajemen Keperawatan diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Mampu menerapkan MAKP metode Primer dengan baik
- b. Mampu melaksanakan hand over (timbang terima), pre conference, ronde keperawatan dan post conference.
- c. Mampu menyusun dan menerapkan penyelesaian masalah dalam rangka perbaikan pelaksanaan manajemen keperawatan berdasarkan temuan lapangan.
- d. Meningkatkan kemampuan mahasiswa profesi ners dalam menerapkan ilmu manajemen keperawatan dalam lapangan
- e. Menyusun rencana tindak lanjut dari asil yang dicapai berupa upaya mempertahankan dan memperbaiki hasil melalui kerjasama dengan unit di rumah sakit.

D. Manfaat

1. Bagi rumah sakit

Membangun kerjasama strategis antara institusi pendidikan dengan rumah sakit dalam pengembangan praktik manajemen keperawatan

2. Bagi institusi pendidikan

a. M1 (*Man*) sumber daya manusia

Setelah dilakukan praktik manajemen keperawatan, mahasiswa mampu menerapkan perhitungan kebutuhan jumlah tenaga di unit perawatan dan menentukan kualifikasi SDM yang dibutuhkan.

b. M2 (*Material*) Sarana dan Prasarana

Membantu mengajukan peralatan yang dibutuhkan unit dan membantu administrasi pengelolaan material sesuai standard Akreditasi Rumah Sakit.

c. M3 (*Method*)

1) Meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan baik dan meningkatkan kepuasan pasien.

2) Mampu menerapkan manajemen asuhan pelayanan menyeluruh Hand over, pre dan post conference, ronde keperawatan, supervisi keperawatan agar pelayanan berjalan optimal.

d. M4 (*Money*)

Mendapatkan perawat yang memiliki loyalitas untuk rumah sakit dikarenakan gaji yang diberikan sudah sesuai dengan beban kerja yang diberikan serta perhitungan, remunerasi yang transparan

e. M5 (*Mutu*)

Meningkatkan sasaran keselamatan pasien (SKP)

3. Bagi Mahasiswa

- a. Mampu menerapkan manajemen keperawatan secara menyeluruh MAKP, Hand Over, Pre dan Post Conference, Ronde Keperawatan, Supervisi keperawatan di rumah sakit setelah selesai dari pendidikan.
- b. Mengetahui akuntabilitas dan disiplin diri dari perawat
- c. Meningkatkan profesionalisme dalam menerapkan asuhan keperawatan profesional.

BAB II

KAJIAN SITUASI MANAJEMEN KEPERAWATAN RUANG PERAWATAN LANTAI 5

A. Kajian Situasi Rumah Sakit Sandi Karsa

1. Sejarah singkat rumah sakit

Rumah Sakit Sandi Karsa Adalah Rumah Sakit yang dibangun diatas tanah seluas 3800 m² dengan luas bangunan 13.105 m². Rumah Sakit Sandi Karsa Kelas C yang berlokasi di Jalan Abdullah Dg. Sirua No. 16A Kelurahan Masale Kecamatan Panakkukang Kota Makassar, Sulawesi Selatan yang secara administratif merupakan Rumah Sakit Swasta Lokal Karya Anak Bangsa, Pada tanggal 29 Juli 2011 Yayasan Rumah Sakit Sandi Karsa didirikan oleh pasangan Ir. H. Hardi Rachman, MT dan Hj. Hardayan, SE sekaligus sebagai pemilik tunggal.

Peletakan batu pertama Rumah Sakit Sandi Karsa Bulan Oktober Tahun 2012 oleh Walikota Makassar Ir. H. M. Ilham Arief Sirajuddin, MM dan mulai dibangun pada awal tahun 2013, namun pada tanggal 20 November 2013 Ketua Yayasan RS Sandi Karsa Ir. H. Hardi Rachman, MT meninggal dunia. Pembangunan RS Sandi Karsa dilanjutkan kembali oleh Hj. Hardayan, SE (Istri dari Ir. H. Hardi Rachman, MT) pada tahun 2017 sampai hari ini yang berlantai 12 dengan kapasitas 120TT dengan berbagai jenis layanan yaitu Unit Rawat Darurat, Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Insentif. Rumah Sakit Sandi Karsa juga memberikan layanan unggulan. Saat ini Rumah Sakit Sandi Karsa sedang mempersiapkan diri untuk menjadi Pelayanan Geriatri yang nantinya dapat menanggulangi secara aktif masalah kesehatan Kanker di Makassar khususnya di Sulawesi Selatan pada umumnya. Selain itu juga melaksanakan pelayanan prima dibidang kesehatan baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta bersifat *comprehensive and one stop service* untuk berbagai

disiplin ilmu kedokteran terkait dengan gangguan kesehatan. RS Sandi Karsa Memberikan Pelayanan Prima dan bermutu namun untuk tahap awal hanya mengoperasikan 6 Lantai dengan kapasitas 120 tempat tidur (TT).

2. Falsafah, motto, visi dan tujuan rumah sakit

Visi dan Misi

Dengan kondisi tingkat pelayanan saat ini rumah sakit sandi karsa memiliki komitmen dan keinginan untuk mendambakan suatu tingkat pelayanan lebih optimal (Prima) yang diformulasikan dalam Visi dan Misi, sebagai berikut ;

Visi

Menjadikan Rumah Sakit Sandi Karsa Makassar sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan Kesehatan dan pusat Diagnostik terpadu di Indonesia timur.

Misi

- a. Memberikan pelayanan kesehatan secara holistik serta meningkatkan mutu pelayanan dengan sasaran kepuasan pasien.
- b. Menjamin tersedianya sarana prasarana yang berkualitas secara berkesinambungan.
- c. Menyiapkan Sumber Daya Manusia yang berkualitas sesuai dengan kompetensi dan berkesinambungan.
- d. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan kualitas dan pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Tujuan

Rumah Sakit Sandi Karsa memberikan pelayanan kesehatan disamping untuk tujuan praktek bisnis yang sehat dan sifatnya profesionalisme juga melaksanakan fungsi sosialnya yaitu pengupayakan pelayanan kesehatan bagi pasien yang kurang mampu, berpartisipasi dalam penanggulangan bencana alam

nasional atau lokal dan melakukan misi kemanusiaan rumah sakit.

Tujuan Khusus

Tercapainya kualitas pelayanan yang prima melalui menyediakan fasilitas yang canggih dan lengkap serta Sumber Daya Manusia yang berkompeten.

3. Jenis-jenis pelayanan rumah sakit

a. Pelayanan medic umum tersedia

- 1) Poli Klinik Umum
- 2) Instalasi Gawat Darurat
- 3) Unit Kamar Bersalin
- 4) Pelayanan Mdeik Spesialis Dasar
 - a) Penyakit anak
 - b) Penyakit dalam
 - c) Penyakit bedah umum
 - d) Penyakit kebidanan dan kandungan

5) Pelayanan Penunjang Medis

- a) Anastesi
- b) Radiologi
- c) Patologi klinik
- d) Patologi anatomi

6) Pelayanan Medik Spesialis Lain

- a) Mata
- b) THT - KL
- c) Saraf
- d) Kesehatan jiwa
- e) Gizi klinik
- f) Penyakit paru
- g) Cardiologi
- h) Kulit kelamin

7) Pelayanan Subspesialis Dari Berbagai Disiplin Ilmu

- a) Bedah digestif
 - b) Bedah tumor
 - c) Bedah mulut
 - d) Geriatric
 - e) Bedah onkologi
- b. Fasilitas penunjang non klinik anatar lain:
- 1) Unit gizi dan dapur
 - 2) Unit sanitasi
 - 3) Unit linen dan laundry
 - 4) Unit pemeliharaan sarana prasarana
 - 5) Peralatan rumah sakit
 - 6) Unit ambulance
 - 7) Unit kamar jenazah
 - 8) Unit satpam
 - 9) Unit informasi
 - 10) Bidang umum dan keuangan
- c. Fasilitas pelayanan medic anatar lain:
- 1) Rawat inap dengan kapasitas 104 TT
 - 2) Ruang isolasi
 - 3) Rawat jalan
 - a) Poli klinik umum
 - b) Deteksi dini dan uji kesehatan / MCU
 - c) Poli klinik anak
 - d) Poli klinik kebidanan dan kandungan
 - e) Poli klinik penyakit paru
 - f) Poli klinik penyakit Telinga Hidung Tenggorokan
 - g) Poli klinik mata
 - h) Poli klinik bedah onkologi
 - i) Poli klinik bedah digestif
 - j) Poli klinik gigi dan spesialis gigi dan mulut
 - k) Poli klinik gizi

- l) Poli klinik geriatri
- m) Poli klinik TB-DOTS
- 4) Instalasi kamar operasi
- 5) Instalasi rawat intensif
 - a) ICU (intensive care unit)
 - b) ICCU (intensive cardiac care unit)
 - c) HCU (high care unit)
 - d) Isolasi
- d. Fasilitas penunjang medis antara lain
 - 1) Instalasi radiologi
 - 2) Instalasi laboratorium
 - 3) Instalasi patologi anatomi
 - 4) Instalasi farmasi
 - 5) Instalasi fisioterapi
 - 6) Pelayanan endoskopi

B. Kajian Situasi Ruang Perawatan Lantai 5

1. Sumber Daya (5M)

a. Man

1) Kuantitas Sumber Daya

Ruang perawatan lantai 5 rumah sakit sandi karsa terdiri dari ruangan Suite, vvip, vip, kls 1, kls 2, kls 3, isolasi dan vk. Ruangan lantai 5 dipimpin oleh seorang kepala ruangan, 17 perawat dengan jumlah perawat 15 orang perempuan dan jumlah perawat laki laki sebanyak 2 orang (S1 sebanyak 8 orang dan D3 sebanyak 9 orang).

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruangan lantai 5 saat ini ruangan lantai 5 terdapat 4 penanggung jawab shift dan 12 perawat pelaksana yang terbagi dalam 3 shift dimana 5 orang shift pagi 4 orang shift siang dan 4 orang shift malam.

2) Klasifikasi Sumber Daya Manusia

No	Nama	Pendidikan	Masa Kerja	Status	Jabatan
1.	Daeng Ningai, Amd.Kep	D3	7 Tahun	Pegawai Swasta	Karu
2.	Alisda S.Kep	S1	3 Tahun	Pegawai Swasta	Pj.Shift
3.	Andi Dirsat, A.Md.Kep	D3	3 Tahun	Pegawai Swasta	Pj.Shift
4.	Desy Tangkelemban, S.Kep.Ns	S1+profesi	3 Tahun	Pegawai Swasta	Pj.Shift
5.	Joraasyah Moh. AD,A. Md. Kep	D3	2 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
6.	Erfyna Baharuddin, S.Kep	S1	2 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
7.	Riana Susana Sampebuta Amd.Kep	D3	2 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
8.	Suciati Trinita Makmur,A .Md.Kep	D3	1 tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
9	Sherina A.Md.Kep	D3	1 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana

10.	Sulfina A.Md.Kep	D3	1 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
11.	Janiarti Srigandi Barretasik ,S. Kep	S1	2 tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
12.	Hasdewia na,S.Kep. Ns	S1	2 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
13.	Syahruni Cahyani A.Md.Kep	D3	2 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
14.	Miftahul Jannah, S. Kep. Ns	S1 + profesi	2 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
15	Nurfadilla h, A.Md.Kep	D3	1 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
16.	Adolfina, S.Kep	S1	2 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana
17.	Marni D, S.Kep.Ns	S1+ Profesi	2 Tahun	Pegawai Swasta	Perawat Pelaksana

Berdasarkan hasil identifikasi komponen perawat yang ada di ruangan lantai 5 Rumah Sakit Sandi Karsa, Perawat terdiri dari jenjang pendidikan S1 keperawatan dengan profesi Ners sebanyak 4 orang dan S1 tanpa profesi ners sebanyak 4 orang sisanya 9 orang dengan jenjang pendidikan D3 keperawatan.

Pada perawat diperlukan pelatihan BTCLS, PPI, K3, dan EWS yang dimana merupakan elemen krusial dalam meningkatkan kompetensi perawat di lingkungan rumah sakit.

Pelatihan dirancang untuk membekali perawat dengan kemampuan dan pengetahuan praktis agar dapat memberikan bantuan hidup dasar dengan cepat dan efektif serta kemampuan pengolahan limbah sesuai PPI dan Kesehatan dan keselamatan kerja.

3) Kebutuhan tenaga perawat sesuai tingkat ketergantungan pasien

Rumah Sakit Sandi Karsa menggunakan metode Depkes dalam perhitungan kebutuhan tenaga perawat. Metode depkes ini sendiri adalah metode perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan yang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (sekarang Kementerian Kesehatan/Kemenkes RI). Metode ini digunakan untuk menghitung jumlah perawat yang dibutuhkan di suatu unit pelayanan, berdasarkan tingkat ketergantungan pasien.

Tujuannya

- Menyediakan data objektif tentang kebutuhan perawat di setiap unit pelayanan.
- Mengukur beban kerja keperawatan berdasarkan jumlah dan derajat ketergantungan pasien.
- Membantu perencanaan tenaga keperawatan yang efisien, rasional, dan sesuai standar mutu pelayanan.

Jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien dengan metode depkes di rumah sakit sandi karsa diruangan lantai 5 tanggal 7 juli 2025

No	Kategori	Rata-Rata Jumlah Pasien Per Hari	Jumlah Jam Perawatan/Hari	Jumlah Jam Perawatan/Hari
1	Minimal care	12	2	24
2	Parsial care	1	3	3
	Total care	0	0	0
			Total	27

Jumlah tenaga keperawatan adalah :

$$\frac{\text{jumlah perawatan}}{\text{jam kerja efektif/shift}} = \frac{27}{7} = 3,8 = 4 \text{ orang}$$

Perhitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah faktor koreksi dengan hari libur/cuti/hari besar (loss day)

$$\left[\frac{\text{jumlah hari minggu dalam 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{hari kerja efektif}} \right] \times \text{jumlah perawat tersedia}$$

$$\left[\frac{52 + 12 + 14}{286} \right] \times 17 = 4,6 \text{ orang}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang merupakan tugas-tugas non keperawatan (non nursing job) seperti membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien dan lain sebagainya diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

(Jumlah tenaga keperawatan + loss day) x 25%

$$\frac{(17 + 4) \times 25}{100} = 5,2$$

Jumlah tenaga : tenaga yang tersedia + faktor koreksi = 17+ 5,2 = 22,2 di bulatkan menjadi 22

Jadi tenaga keperawatan yang dibutuhkan untuk ruang perawatan lantai 5 tersebut adalah 22 orang.

Sedangkan perawat di ruang perawatan lantai 5 ada 17 orang maka kebutuhan tenaga perawat belum sesuai standar

depkes, kualifikasi pendidikan belum seimbang antara Ners dengan Diploma,

b. Money

1) Sumber pendapatan ruangan / pemasukan

Sumber pendapatan/pemasukan rumah sakit secara umum 95% diperoleh dari BPJS kesehatan ke Rumah Sakit. Sehingga pendapatan Rumah Sakit Sandi Karsa berasal dari sistem berbasis klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kepada BPJS kesehatan.

2) Rencana anggaran belanja

Rencana anggaran belanja di Rumah Sakit Sandi Karsa yang sumber dana berasal dari pemasukan klaim BPJS, khususnya untuk kegiatan operasional/pelayanan, manajemen, sarana dan prasarana serta pengembangan rumah sakit.

c. Material Dan Mechine

1) Penataan gedung / lokasi dan denah ruangan

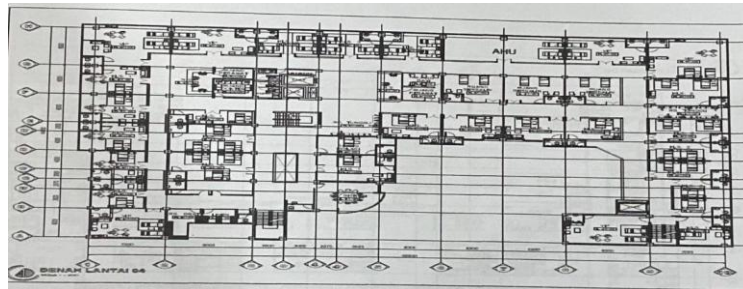
Menurut Kemenkes, standar ruang perawatan khususnya untuk Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) menetapkan beberapa persyaratan penting. Antara lain, maksimal 4 tempat tidur per ruang perawatan, jarak antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m, dan ukuran tempat tidur minimal P:200 cm, L:90 cm, T: 50-80 cm. Selain dari itu setiap ruangan juga harus dilengkapi dengan kamar mandi, dan penanda/penunjuk arah yang jelas. Untuk saat ini kita masih menggunakan sistem kelas karena standar kris belum divisitasi dan belum resmi diterapkan, dimana saat ini penataan ruangan kelas perawatan lantai 5 terdiri dari :

a) Kelas III terdiri dari 5 kamar (17 bed)

b) Kelas II terdiri dari 2 kamar (3 bed)

- c) Kelas I terdiri dari 4 kamar (8 bed)
- d) VIP terdiri dari 5 kamar (5 bed)
- e) VVIP terdiri dari 1 kamar (1 bed)
- f) Suite terdiri dari 1 kamar (1 bed)
- g) Isolasi terdiri dari 2 kamar (6 bed) dan Ruang pasien TB 3 kamar (3 bed).

Denah ruangan perawatan lantai 5 :



2) Fasilitas sarana dan prasarana

- a) Fasilitas untuk pasien : pasien mendapatkan fasilitas yang memadai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh kemenkes yang terdiri tempat tidur, toilet, kursi, meja makan, lemari penyimpanan barang pasien, AC, pencahayaan yang memadai, ruang tunggu, Tv dan kulkas.
- b) Fasilitas untuk petugas : ruang kerja (Ners Station), ruang istirahat, ruang tindakan, toilet, dispenser, kulkas.

3) Alat kesehatan yang ada diruangan

- a) Simple masker : 3
- b) Selang oksigen nasal : 5
- c) Intubasi set : 0
- d) Suction cateter 6 : 1
- e) Suction kateter 8 : 1
- f) Suction kateter 10 : 1
- g) Iv canula 16 : 2

- h) Iv canula 18 : 2
- i) Iv canula 20 : 3
- j) Iv canula 22 : 6
- k) Iv canula 24 : 7
- l) Iv canula 26 : 7
- m) Infus set mikro : 10
- n) Spuit 3 ml : 15
- o) Spuit 5 ml : 15
- p) Spuit 10 ml : 15
- q) Cairan nacl 0,9% : 10
- r) Ns 25 ml : 16%
- s) RI 500ml : 15
- t) Emergency troli : tidak terdapat alat troli emergency diruangan perawatan lantai 5

Berdasarkan data di atas peralatan medis di Ruang Perawatan lantai 5 RS Sandi Karsa menunjukkan bahwa sebagian besar alat medis belum lengkap seperti trolley emergency. Maka jika terjadi kondisi kegawat daruratan maka perawat perlu menghubungi tim code blue.

4) Consumable (obat-obat dan bahan habis pakai)

Obat- obatan berpusat di farmasi dan diberikan ke unit pada saat ada permintaan untuk pasien. Penyimpanan obat pasien ditempatkan sesuai nama pasien di lemari atau loker obat masing masing pasien. Bahan habis pakai seperti handscoon, alkes, diberikan sesuai kebutuhan pasien. Untuk pemilahan limbah medis di unit belum cukup maksimal dikeranakan safety box untuk apul dan jarum suntik tidak selalu tersedia sehingga petugas menggunakan safety box pengganti yaitu karton cairan dan terlihat tidak dikemas dengan baik pemilahannya, untuk medis lainnya sudah terdapat tempat sampah warna

kuning dan dilengkapi kantong kuning. Pengelolaan Limbah non medis sudah cukup baik dimana IPCLN, IPCN telah bekerjasama dengan K3 untuk pengolahan dan pengangkutan.

d. Method

1) Penerapan model MAKP

Penerapan model MAKP di perawatan lantai 5 pada Rs Sandi Karsa menggunakan MAKP Primer yang telah dilakukan secara sistematis dan terencana yang berfokus pada peningkatan kualitas asuhan keperawatan dan kepuasan pasien namun masih belum optimal.

MAKP Primer yaitu penugasan 1 orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus dan menurun antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien di rawat.

2) Penerapan hand over (timbang terima)

Berdasarkan hasil observasi hand over (timbang terima) telah diterapkan, namun penerapannya belum berjalan sesuai prosedur dan standar karena perawat hanya melaksanakan validasi pada 2 pasien dari 10 pasien, yang seharusnya dilaksanakan pada semua pasien yang ada pada ruangan lain agar mengetahui keluhan pasien, perawat pada saat operan bed tidak memperkenalkan namanya dan nama perawat pada

tukaran shift berikutnya dan tidak menyampaikan secara jelas perawat siapa yang menangani pasien tersebut.

3) Penerapan Pre dan Post conference

Berdasarkan hasil observasi selama 3 hari pengkajian yaitu pada tanggal 7-9 juli 2025 kami tidak menemukan pelaksanaan pre dan post conference di semua shift.

4) Penerapan Ronde Keperawatan

Penerapan ronde keperawatan pada Rs Sandi Karsa tidak pernah dilaksanakan karena ronde keperawatan belum dipahami oleh petugas kriteria pasien yang harusnya dilakukan ronde keperawatan dan belum adanya kolaborasi antara tim kesehatan lainnya secara komprehensif. Ada beberapa kendala selain pengetahuan, waktu juga menjadi kendala terutama tidak adanya waktu antara dokter, perawat, tim gizi, lab, radiologi, farmasi duduk bersama berdiskusi merencanakan ronde pada pasien yang memiliki lama rawat lebih dari 3 hari tapi ada masalah keperawatan atau medis tidak terselesaikan, dan perawat melakukan asuhan pasien masih berfokus tindakan medis atau instruksi dokter.

5) Pengelolaan logistic dan obat

Berdasarkan identifikasi pada pengelolaan logistic dan obat pada perawatan lantai 5 RS Sandi Karsa telah sesuai pada rencana tetapi pengelolaan limbah medis diruang perawatan lantai 5 RS Sandi Karsa belum sesuai standar PPI.

6) Penerapan penerimaan pasien baru

Penerimaan pasien baru pada RS Sandi Karsa sudah sesuai dengan prosedur mulai pendaftaran yang sistematis. Sedangkan penerimaan pasien baru di

ruangan perawatan unit lantai 5 hand overnya dilakukan dengan teknik SBAR dan sudah tersedia pada elektronik rekam medis yaitu pasien dari IGD diantar oleh petugas IGD ke unit lantai 5 kemudian perawat lantai 5 menerima pasien dengan mengantar bersama – sama ke kamar kemudian dilakukan orientasi ruangan dengan menjelaskan letak nurse station, penggunaan ners call, aturan jumlah penjaga dan jam besuk. Kemudian perawat IGD dan lantai 5 hand over menggunakan teknik SBAR pada SIMRS di nurse station. Perawat yang menangani pasien baru tersebut melakukan assesment ulang rawat inap dan selanjutnya akan buat asuhan keperawatan SOAP dan dilaporkan ke dokter DPJP.

7) Penerapan Discharge Planning

Penerapan discharge planning sudah berjalan seperti menjelaskan kepada keluarga dan pasien tentang obat pulang, waktu kontrol dan poli tujuan dan dokter yang menangani. Namun perlu lebih ditingkatkan form ceklisnya dilakukan sebelum pasien pulang dan perlu diperjelas pada keluarga bagaimana perawatan di rumah dan hal hal apa yang tidak boleh dilakukan dan penjelasan tentang aturan makanan yang baik ataupun yang tidak baik untuk kesehatan pasien.

8) Penerapan Supervisi

Penerapan supervisi pada Rs Sandi Karsa telah dilaksanakan namun belum terjadwal, kepala ruangan, manajer keperawatan, koordinator keperawatan dan komite keperawatan melakukan supervisi mencakup pengawasan, pelayanan dan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi secara langsung bila ada hal

hal yang krusial yang terjadi pada salah satu pasien. Belum terdokumentasi untuk sementara dan format yang digunakan belum ada.

9) Penerapan Dokumentasi keperawatan

Penerapan Dokumentasi keperawatan pada Rs Sandi Karsa dilakukan secara lengkap dan sesuai standarisasi, dimana perawat mengisi formulir pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, dan pelaksanaan evaluasi di sistem komputerisasi sesuai dengan keluhan pasien pada SIMRS menggunakan aplikasi khanza.

e. Market

1) Pasien ditinjau dari sistem pembiayaan

Pada sistem pembiayaan pasien terdapat pembayaran melalui BJPS, Asuransi, Umum, dan Alodok.

2) Asal daerah pasien

Asal daerah pada pasien di Rs Sandi Karsa sebagian besar berdomisili dimakassar dan sisanya berada diluar daerah.

2. Fungsi Manajemen

a. Planning / Perencanaan

1) Visi, misi, filosofi dan tujuan unit keperawatan

Visi dan misi merupakan bagian yang sangat penting dalam pengelolaan suatu unit pelayanan di rumah sakit, termasuk unit keperawatan. Visi menggambarkan cita-cita jangka panjang yang ingin dicapai oleh unit, sedangkan misi menjelaskan langkah-langkah strategis atau fungsi utama yang dilakukan untuk mencapai visi tersebut.

Kehadiran visi dan misi dalam sebuah unit memberikan arah yang jelas bagi seluruh anggota tim dalam bekerja. Dengan adanya visi dan misi yang terdefinisi, setiap tenaga kesehatan di unit memiliki pedoman yang sama dalam

memberikan pelayanan, sehingga tercipta keselarasan dan sinergi dalam mencapai tujuan bersama.

Di RS Sandi karsa pada ruangan perawatan lantai 5 belum memiliki visi misi dikarenakan ruang perawatan lantai 5 hanya mengacu pada visi misi rumah sakit sandi karsa karena sehingga merasa tidak perlu adanya visi misi di setiap ruangan, namun karena visi unit sangat penting maka perlu adanya visi misi unit tersendiri.

2) Peraturan

Di rumah sakit Sandi Karsa ruang perawatan lantai 5 memiliki beberapa aturan yang berjalan dengan optimal. Beberapa diantaranya sebagai berikut :

- a) Mengenakan pakaian perawat dengan atribut yang lengkap dan sudah ditentukan rumah sakit pada saat berdinas
- b) Mengenakan pakaian dinas saat bertugas
- c) Tidak datang terlambat ketika bertugas
- d) Melakukan absensi finger saat datang dan pulang
- e) Pergi atau pulang lebih awal tidak pada jam yang seharusnya tanpa keterangan akan diberikan sanksi teguran lisan, dan SP bila teguran tidak diindahkan lebih dari 3 kali
- f) Tidak melakukan tindakan yang menyebabkan kehormatan atau martabat rumah sakit maupun kedinasan tercoreng.
- g) Melakukan penyalahgunaan wewenang demi kepentingan pribadi
- h) Melakukan penyelewengan atau penyalahgunaan barang, uang, surat dan lainnya milik rumah sakit
- i) Menggunakan atau menjual belikan barang maupun dokumen milik rumah sakit secara ilegal

- j) Memiliki dokumen, surat, atau barang-barang punya rumah sakit secara pribadi tanpa izin.

3) Perencanaan strategis

Diruang perawatan lantai 5 ada beberapa rencana yang dilakukan, yaitu :

- a) Menyusun rencana kerja dan kebutuhan ruangan (SDM, alat kesehatan, BHP, linen)
- b) Menyusun jadwal dinas dan pembagian tugas perawat
- c) Merencanakan penempatan pasien sesuai kondisi dan jenis kelamin (dewasa, anak, isolasi)

4) Kebijakan dan prosedur rumah sakit/ unit keperawatan

Diruang perawatan lantai 5 ada beberapa kebijakan dan prosedur yang diterapkan, diantaranya :

- a) Setiap pegawai berhak mendapatkan libur, cuti tahunan, cuti hamil, cuti menikah dan libur nasional.
- b) Kebijakan Asuhan Keperawatan
 - Setiap pasien berhak mendapatkan asuhan keperawatan secara profesional, individual, dan berkelanjutan.
 - Proses asuhan keperawatan harus dilakukan berdasarkan 5 tahap: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
 - Dokumentasi keperawatan wajib dilakukan secara lengkap, tepat waktu, dan akurat pada SIMRS.
- c) Kebijakan Manajemen Risiko Keperawatan
 - Setiap perawat wajib melaporkan kejadian tidak diharapkan (KTD), insiden keselamatan pasien, dan hampir celaka (near miss).

- Tindakan pencegahan risiko jatuh, infeksi nosokomial, dan ulkus dekubitus harus dilakukan sesuai panduan yang berlaku.

d) Kebijakan Pengendalian Infeksi

- Semua perawat harus mematuhi prosedur pengendalian infeksi seperti cuci tangan, penggunaan APD, dan pembuangan limbah medis.
- Pasien dengan infeksi menular harus ditempatkan sesuai pedoman isolasi.

e) Kebijakan Pelatihan dan Kompetensi

- Perawat wajib mengikuti pelatihan internal dan eksternal sesuai rencana pengembangan SDM, berhak mengikuti orientasi umum dan orientasi khusus
- Uji kredensial oleh komite keperawatan yang dilakukan secara berkala minimal satu kali dalam tiga tahun untuk kenaikan jenjang karir perawat.

5) Standar usaha keperawatan

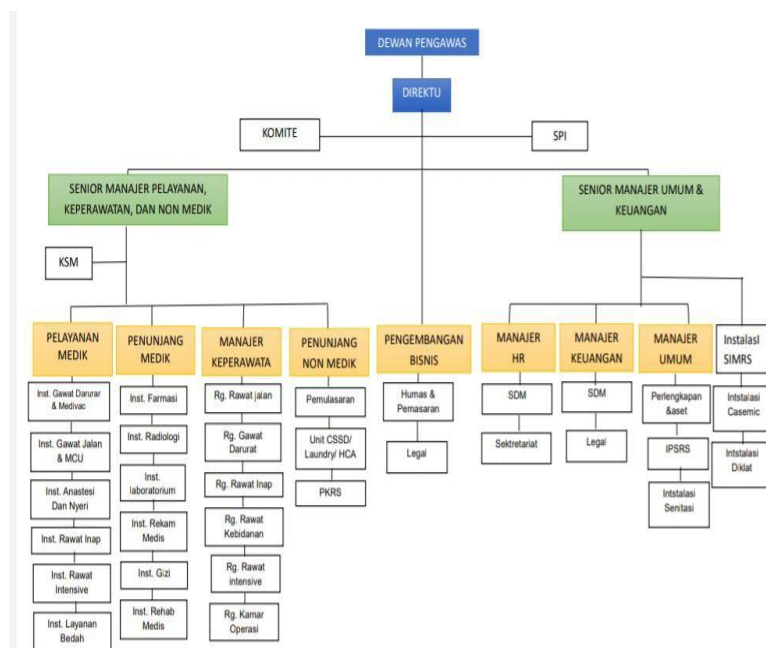
Standar Asuhan Keperawatan adalah pedoman profesional yang menetapkan tata cara sistematis pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien, yang harus dilakukan oleh perawat sesuai dengan etika, kompetensi, dan kewenangannya. Standar ini digunakan sebagai dasar mutu pelayanan keperawatan dan evaluasi praktik keperawatan. RS Sandi Karsa menerapkan asuhan keperawatan menggunakan asuhan keperawatan SDKI, SLKI, SIKI

b. Organizing / Pengorganisasian

Pengkajian fungsi pengorganisasian, meliputi:

1) Struktur organisasi rumah sakit

Struktur organisasi di RS terdiri dari direktur sebagai pemimpin tertinggi, kemudian terdapat beberapa bidang dan bagian yang membawahi instalasi dan unit-unit pelayanan. Unsur ini mencakup senior manajer pelayanan medik, keperawatan, dan penunjang medik dan non medik, senior manajer umum dan keuangan, dan dibawahnya terdapat beberapa manajer, instalasi dan unit.



2) Struktur organisasian ruangan

Struktur organisasi mempermudah pengawasan dan evaluasi oleh kepala ruangan atau atasan langsung. Dengan demikian, kinerja tiap individu dan tim dapat dinilai secara objektif berdasarkan tanggung jawab yang telah ditetapkan. Struktur ini juga penting dalam proses orientasi tenaga keperawatan baru, mahasiswa praktik, maupun staf pelatihan karena mereka bisa memahami alur kerja dan siapa yang harus dihubungi dalam berbagai situasi.

Sedangkan di ruang perawatan lantai 5 terdiri dari karu, PJ Shift (Perawat Primer) kemudian Perawat Pelaksana (Perawat Asosiet 1,2,3) namun belum adanya struktur organisasi fisik di ruangan ruangan.

3) Uraian tugas

a) Karu

(1) Tugas pokok

Mengelola dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap Lantai 5 yang terdiri dari pasien bedah dan pasien anak, agar berjalan secara efektif, efisien, aman, serta sesuai standar pelayanan rumah sakit.

(2) Fungsi

(a) Perencanaan

- Menyusun rencana kerja dan kebutuhan ruangan (SDM, alat kesehatan, BHP, linen)
- Menyusun jadwal dinas dan pembagian tugas perawat
- Merencanakan penempatan pasien sesuai kondisi dan jenis kelamin (dewasa-anak)

(b) Pengorganisasian

- Membagi tugas kepada staf perawat sesuai kompetensi dan jumlah pasien
- Memastikan perawat memahami alur pelayanan pasien bedah dan anak
- Menyelaraskan pelayanan keperawatan dengan kebutuhan dokter bedah dan dokter anak

(c) Pelaksanaan dan pengawasan

- Melaksanakan supervisi harian terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan
- Menjamin pemberian asuhan keperawatan sesuai SPO, termasuk pre dan post operasi
- Memantau dokumentasi keperawatan (bedah dan anak) secara berkala
- Memastikan pelaksanaan edukasi kepada orang tua pasien anak

(d) Evaluasi dan pelaporan

- Menyusun laporan harian, mingguan, dan bulanan unit
- Mengevaluasi kepatuhan staf terhadap protokol keselamatan pasien, PPI, dan etika keperawatan
- Menindaklanjuti hasil evaluasi mutu dan audit keperawatan

(e) Koordinasi pelayanan

- Berkoordinasi dengan dokter spesialis bedah, spesialis anak, farmasi, gizi, laboratorium, dan kamar operasi
- Mengatur alur rujukan pasien ke kamar operasi atau ke ruang intensif (ICU/PICU)
- Menyelesaikan konflik atau hambatan dalam pelayanan secara cepat dan profesional

(f) Pengembangan SDM

- Memberikan arahan, pembinaan, dan evaluasi kinerja perawat secara periodic
- Mendorong staf mengikuti pelatihan yang relevan (bedah anak, komunikasi keluarga, edukasi pra-operasi)
- Menumbuhkan budaya kerja tim dan pelayanan yang ramah anak

(g) Pengawasan fasilitas dan logistic

- Memastikan ketersediaan dan kelayakan tempat tidur, infus set, alat operasi minor, alat bantu anak
- Melaporkan kerusakan sarana kepada bagian umum/IPSRS
- Memastikan ruang bersih, tertib, dan ramah anak (jika memungkinkan)

(3) Wewenang

- (a) Menyetujui dan mengatur jadwal dinas perawat
- (b) Memberikan teguran ringan terhadap pelanggaran disiplin staf
- (c) Mewakili ruangan dalam forum rapat keperawatan
- (d) Mengusulkan kebutuhan alat, bahan, dan pelatihan staf ke manajer keperawatan
- (e) Merekomendasikan reward/punishment staf berdasarkan evaluasi kerja

(4) Indicator kinerja

- (a) Dokumentasi asuhan keperawatan lengkap $\geq 90\%$

- (b) Kepatuhan terhadap PPI dan pengendalian infeksi $\geq 95\%$
- (c) Jumlah keluhan pasien/keluarga tertangani < 24 jam
- (d) Insiden keselamatan pasien < 2 kasus per bulan
- (e) BOR optimal sesuai kapasitas ruangan

b) PJ Shift

(1) Tugas pokok

Mengkoordinasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien selama satu shift kerja, menjamin kesinambungan pelayanan, dan menjadi penghubung antara tim keperawatan, dokter, serta unit terkait selama tugas shift berlangsung.

(2) Fungsi

(a) Koordinasi pelayanan

- Menerima dan menyampaikan serah terima pasien dari shift sebelumnya
- Membagi tugas harian kepada perawat pelaksana berdasarkan beban kerja pasien
- Memastikan perawat menjalankan tugas sesuai alur dan SPO

(b) Pengawasan dan supervisi

- Mengawasi pelaksanaan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana
- Memastikan dokumentasi keperawatan (SOAP, catatan harian, input SIMRS) dilakukan dengan benar

- Melakukan evaluasi kondisi pasien kritis, infeksi, atau dengan risiko tinggi

(c) Tindakan dan keputusan operasional

- Mengambil keputusan awal dalam kondisi darurat sebelum DPJP atau atasan hadir
- Menghubungi dokter jaga atau DPJP jika ada perubahan kondisi pasien
- Melaporkan segera kejadian luar biasa kepada Kepala Ruangan / Manajer Keperawatan

(d) Keselamatan pasien dan mutu

- Memastikan pemantauan tanda vital, pemberian obat, dan intervensi berjalan tepat waktu
- Melaporkan dan mencatat insiden keselamatan pasien (KPC, KNC, KTD)
- Mengawasi kepatuhan terhadap PPI (APD, isolasi, pengelolaan limbah)

(e) Pelaporan dan komunikasi

- Membuat laporan shift harian kepada Kepala Ruangan
- Mengkomunikasikan hasil observasi penting kepada tim dokter
- Mencatat sisa masalah/tindak lanjut untuk shift berikutnya

(f) Pendampingan dan pembinaan

- Memberikan bimbingan kepada perawat baru/magang selama shift

- Menjaga komunikasi positif antar perawat dalam tim
- Menjadi role model dalam penerapan etika keperawatan

(g) Wewenang

- Mengatur dan membagi tugas perawat pada shift berjalan
- Mengambil keputusan keperawatan cepat saat keadaan darurat
- Menegur staf secara lisan jika ditemukan pelanggaran selama shift
- Menunda tindakan yang tidak aman dan melaporkannya ke atasan

(h) Indicator kinerja

- Tidak ada pasien tanpa pemantauan/intervensi selama shift
- Dokumentasi keperawatan selesai tepat waktu dan lengkap $\geq 95\%$
- Jumlah insiden yang tidak dilaporkan:
- Kepuasan kerja tim dan komunikasi antar shift: $\geq 85\%$

c) Perawat pelaksana

(1) Tugas pokok

Melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien sesuai dengan standar pelayanan keperawatan, prosedur operasional, dan kode etik keperawatan untuk mencapai derajat kesehatan pasien yang optimal

(2) Fungsi

1. Koordinasi pelayanan

- Mengintegrasikan asuhan keperawatan

- Meghubungkan antar profesi
 - Menjamin kelangsungan pelayanan
 - Mengatur alur pelayanan pasien
 - Memastikan ketersediaan dan pemanfaatan sumber daya
 - Meningkatkan efektifitas komunikasi tim
 - Mendukung pengambilan keputusan klinis
 -
2. Pengawasan dan supervisi
 - Pengawasan (supervisi) oleh perawat pelaksana
 - Suveilan (surveilans) oleh perawat pelaksana
 3. Tindakan dan keputusan operasional
 - Yang dilakukan seorang perawat dalam rangka melaksanakan tugas pokok dan fungsinya secara rutin dan berkelanjutan, sesuai prosedur dan kewenangannya
 - Penentuan atau penilaian yang dibuat secara mandiri oleh perawat
 4. Keselamatan pasien dan mutu
 - Upaya untuk mencegah resiko cedera atau kejadian tidak diinginkan
 - Tingkat pencapaian pelayanan perawatan yang aman, efektif, tepat waktu, dan berpusat pada pasien
 5. Pelaporan dan komunikasi
 - Pelaporan oleh perawat pelaksana
 - Komunikasi oleh perawat pelaksana
 - Komunikasi dalam serah terima (SBAR)

- Komunikasi dengan keluarga pasien

6. Pendampingan dan pembinaan

- Pendampingan (mentoring/supervisi klinis)
- Pembinaan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan perawat

7. Wewenang

- Melakukan tindakan keperawatan tanpa harus menunggu instruksi dari tenaga kesehatan lain
- Bekerja sama dengan tim medis atau tenaga kesehatan lain dalam memberikan pelayanan
- Menerima pelimpahan tugas dari perawat manajer/kepala ruangan

8. Indikator kerja

- Mengukur kualitas proses asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat
- Indikator kinerja klinis (kuantitatif dan kualitatif)

4) Pengorganisasian perawatan pasien

Ruang perawatan lantai 5 menetapkan pengorganisasian perawatan pasien dengan MAKPP metode primer.

Metode keperawatan primer adalah model pengorganisasian asuhan keperawatan dimana satu perawat profesional (perawat primer) bertanggung jawab penuh dan terus-menerus atas perencanaan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan bagi sekelompok kecil pasien sejak pasien masuk hingga pulang.

5) Sistem penghitungan tenaga keperawatan

Ruang perawatan lantai 5 menggunakan metode perhitungan tenaga keperawatan yaitu metode DepKes dimana kebutuhan tenaga keperawatan harus memperhatikan unit kerja yang ada di RS. Secara garis besar terdapat pengelompokan unit kerja di RS sebagai berikut .

a. Rawat inap

Berdasarkan klasifikasi pasien cara perhitungannya berdasarkan :

- Tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus
- Jumlah perawatan yang diperlukan/hari/pasien
- Jumlah perawatan yang diperlukan/ruangan/hari
- Jam kerja efektif tiap perawat 7 jam per hari

Jumlah tenaga keperawatan yang diperlukan adalah :

$$\frac{\text{jumlah perawatan}}{\text{jam kerja efektif/shift}}$$

Untuk perhitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksi dengan hari libur/cuti/hari besar (loss day).

Loss day =

$$\left[\frac{\text{jumlah hari minggu dalam 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{hari kerja efektif}} \right] \times \text{jumlah perawat tersedia}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang mengejakan tugas-tugas nonkeperawatan (non-nursing jobs), seperti membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien dan lain-lain, diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

$(\text{Jumlah tenaga keperawatan} + \text{loss day}) \times 25\%$

Jumlah tenaga keperawatan yang diperlukan adalah :

$$\frac{\text{jumlah perawatan}}{\text{jam kerja efektif/shift}}$$

Untuk perhitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksi dengan hari libur/cuti/hari besar (loss day).

Loss day =

$$\left[\frac{\text{jumlah hari minggu dalam 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{hari kerja efektif}} \right] \times \text{jumlah perawat tersedia}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang mengejakan tugas-tugas nonkeperawatan (non-nursing jobs), seperti membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien dan lain-lain, diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

(Jumlah tenaga keperawatan + loss day) x 25%

Jumlah tenaga : tenaga yang tersedia + faktor koreksi

Tingkat ketergantungan pasien:

Pasien diklasifikasi dalam beberapa kategori yang didasarkan pada kebutuhan terhadap asuhan keperawatan/kebidanan.

1) Asuhan keperawatan minimal (minimal care), dengan kriteria :

- a) Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
- b) Makan dan minum dilakukan sendiri
- c) Ambulasi dengan pengawasan
- d) Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap sif
- e) Pengobatan minimal, status psikologi stabil.

2) Asuhan keperawatan sedang, dengan kriteria :

- a) Kebersihan diri dibantu makan dan minum dibantu
- b) Observasi tanda-tanda vital setiap empat jam
- c) Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali

3) Asuhan keperawatan agak berat, dengan kriteria :

- a) Sebagian besar aktivitas dibantu
 - b) Observasi tanda tanda vital setiap 2-4 jam sekali
 - c) Terpasang kateter Foley, intake dan output dicatat
 - d) Terpasang infus
 - e) Pengobatan lebih dari sekali
 - f) Persiapan pengobatan memerlukan prosedur
- 4) Asuhan keperawatan maksimal, dengan kriteria :
- a) Segala aktivitas dibantu oleh perawat
 - b) Posisi pasien diatur dan diobservasi tanda tanda vital setiap dua jam
 - c) Makan memerlukan NGT dan menggunakan suction
 - d) Gelisah/disorientasi

Jumlah perawat yang dibutuhkan adalah :

$$\frac{\text{jumlah jam perawatan di ruangan hari}}{\text{jam efektif perawat}}$$

Untuk perhitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksi) dengan :

Hari libur/cuti/hari besar (loss day)

Loss day =

$$\left[\frac{\text{jumlah hari minggu dalam 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{hari kerja efektif}} \right] \times \text{jumlah perawat yang diperlukan}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas-tugas non keperawatan (non-nursing jobs) seperti contohnya : membuat perinciaan pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien, dan lain-lain diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

(Jumlah tenaga keperawatan + loss day) x 25%.

Jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien dengan metode depkes di rumah sakit sandi karsa diruangan lantai 5 tanggal 7 juli 2025

No	Katagori	Rata-Rata Jumlah Pasien Per Hari	Jumlah Jam Perawatan/ Hari	Jumlah Jam Perawatan/ Hari
1	Minimal care	12	2	24
2	Parsial care	1	3	3
	Total care	0	0	0
			Total	27

Jumlah tenaga keperawatan adalah :

$$\frac{\text{jumlah perawatan}}{\text{jam kerja efektif/shift}} = \frac{27}{7} = 3,8 = 4 \text{ orang}$$

Perhitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah faktor koreksi dengan hari libur/cuti/hari besar (loss day)

$$\left[\frac{\text{jumlah hari minggu dalam 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{hari kerja efektif}} \right] \times \text{jumlah perawat tersedia}$$

$$\left[\frac{52 + 12 + 14}{286} \right] \times 17 = 4,6 \text{ orang}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang merupakan tugas-tugas non keperawatan (non nursing job) seperti membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan

alat-alat makan pasien dan lain sebagainya diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

(Jumlah tenaga keperawatan + loss day) x 25%

$$\frac{(17+4) \times 25}{100} = 5,2$$

Jumlah tenaga : tenaga yang tersedia + faktor koreksi
= 17+ 5,2 = 22,2 di bulatkan menjadi 22

Jadi tenaga keperawatan yang dibutuhkan untuk ruang perawatan lantai 5 tersebut adalah 22 orang.

6) Pengaturan jadwal / shift dinas

Pengaturan jadwal dinas di ruang perawatan lantai 5 yaitu, 5 orang yang berdinas pagi, 4 orang yang berdinas siang, 4 orang yang berdinas malam dan libur 1 hari bagi perawat yang lepas dinas malam 2 hari

c. Staffing / Ketenagaan

1) Rencana kebutuhan tenaga

Rencana kebutuhan tenaga perawat di unit ruang perawatan lantai 5 berdasarkan hasil perhitungan, perawat yang dibutuhkan sebanyak 22 orang dengan jumlah 4-5 orang di setiap shift. Sedangkan yang tersedia saat ini ada 17 perawat, jadi kekurangannya sebanyak 5 orang perawat. Maka sebaiknya kepala ruangan mengajukan kekurangan jumlah perawat lantai 5 ke HRD.

2) Sistem penerimaan pegawai baru (recruitment)

System penerimaan pegawai baru biasanya proses dilakukan untuk menyaring, menyeleksi dan menetapkan calon pegawai yang sesuai dengan kebutuhan di unit perawatan berdasarkan kualifikasi, kompetensi, dan integritas yang dibutuhkan, secara transparan, objektif dan akuntabel.

Penerimaan pegawai baru mengikuti tahapan dan mekanisme yang terstruktur diawali dengan pengajuan oleh unit kepala ruangan ke HRD kemudian HRD mengajukan kepada pimpinan dan dirapatkan lalu mendapatkan persetujuan oleh owner (yayasan) setelah disetujui maka HRD membuat pengumuman jadwal pendaftaran, jadwal seleksi dan pengumuman kelulusan. Bagi yang dinyatakan lulus akan dipanggil oleh HRD untuk menandatangani kesepakatan perjanjian kerja dan dilakukan penilaian selama 6 bulan.

3) Sistem seleksi

Seleksi pegawai baru di rumah sakit merupakan suatu proses yang sistematis dan terstruktur guna menjaring tenaga kerja yang kompeten, profesional, dan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Tahapan awal seleksi dimulai dengan pendaftaran, seleksi administrasi, di mana pihak rumah sakit memverifikasi kelengkapan dokumen yang dikirimkan oleh pelamar. Dokumen tersebut umumnya mencakup surat lamaran, daftar riwayat hidup (CV), fotokopi ijazah dan transkrip nilai, Surat Tanda Registrasi (STR) bagi tenaga kesehatan, serta sertifikat pelatihan atau pengalaman kerja yang relevan seperti BTCLS..

Setelah dinyatakan lolos seleksi administrasi, pelamar akan mengikuti tes kompetensi tertulis dan skill yang bertujuan untuk mengukur pengetahuan umum dan pengetahuan teknis. Tahap berikutnya adalah wawancara, yang dapat dilakukan oleh tim HRD dan pimpinan langsung. Dalam wawancara ini, pelamar akan dinilai dari segi motivasi kerja, komitmen, pengalaman

sebelumnya, serta kesesuaian karakter dengan budaya kerja rumah sakit.

4) Penempatan

Setelah dinyatakan lolos seleksi, perawat baru di RS Sandi Karsa akan menjalani orientasi umum, program ini dilaksanakan untuk memastikan bahwa tenaga perawat memahami alur kerja, standar operasional prosedur (SOP), dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, pencegahan pengendalian infeksi (PPI), keselamatan dan kesehatan kerja (K3), bantuan hidup dasar dan EWS. Kemudian diserahkan ke manager kep dan koordinator kep untuk pengaturan penempatan, dan unit akan melakukan orientasi khusus, dan selanjutnya akan menjalani proses kredensial oleh komite keperawatan untuk penilaian PK 0 selama 6 bulan, selanjutnya akan dilakukan kenaikan jenjang karir ke PK 1.

5) Orientasi ruangan

Orientasi ruangan merupakan tahap penting setelah pegawai baru, khususnya tenaga kesehatan seperti perawat, secara resmi diterima bekerja di rumah sakit. Tujuan utama dari orientasi ini adalah untuk memperkenalkan pegawai baru pada lingkungan kerja secara langsung, memastikan adaptasi yang lancar, serta menanamkan pemahaman menyeluruh terhadap sistem kerja dan budaya unit tempat mereka akan bertugas.

Pegawai baru diperkenalkan kepada tim kerja dan diberikan pembimbing (preceptor) yang akan membantu selama masa orientasi. Selain itu, pegawai akan diajarkan tentang tata letak ruangan, lokasi alat-alat penting, penggunaan peralatan medis, serta prosedur-

prosedur standar seperti penanganan pasien, pencatatan rekam medis, dan pelaporan insiden. Pengenalan juga mencakup aspek keselamatan pasien dan pegawai, termasuk prosedur kebakaran, lokasi APAR, dan pengelolaan limbah medis.

Masa orientasi berlangsung antara beberapa hari hingga dua minggu tergantung kebijakan rumah sakit. Di akhir periode, dilakukan evaluasi untuk menilai kesiapan pegawai menjalankan tugas secara mandiri.

6) Pengembangan staf : pendidikan dan pelatihan

Pengembangan staf keperawatan merupakan bagian penting dari manajemen sumber daya manusia di rumah sakit. Tujuannya adalah meningkatkan kompetensi, pengetahuan, dan keterampilan perawat agar mampu memberikan pelayanan yang aman, efektif, dan sesuai standar profesional.

Proses ini dimulai **dengan** identifikasi kebutuhan pelatihan berdasarkan hasil evaluasi kinerja, perubahan kebijakan klinis, hasil audit mutu, serta perkembangan teknologi dan ilmu keperawatan. Setelah itu, rumah sakit menyusun rencana pendidikan dan pelatihan maupun eksternal (seminar, workshop, pelatihan sertifikasi).

Kegiatan pelatihan internal mencakup orientasi staf baru, pelatihan prosedur baru, simulasi tindakan kegawatdaruratan, serta pelatihan komunikasi dan keselamatan pasien. Sedangkan pelatihan eksternal biasanya difasilitasi melalui kerja sama dengan institusi pendidikan, organisasi profesi, atau lembaga pelatihan resmi.

Pelatihan bersifat berkelanjutan (continuing nursing education) dan dievaluasi secara berkala untuk

memastikan dampaknya terhadap mutu pelayanan. Rumah sakit biasanya memiliki tim atau unit pengembangan SDM keperawatan (Nursing Education & Training Unit) yang mengelola seluruh kegiatan ini

7) Jenjang karir

Jenjang karir perawat di rumah sakit merupakan sistem bertingkat yang menggambarkan peningkatan tanggung jawab, kompetensi, dan profesionalisme seiring waktu. Seorang perawat biasanya memulai kariernya sebagai perawat pelaksana, yang menjalankan tugas dasar pelayanan langsung kepada pasien. Seiring dengan bertambahnya pengalaman dan pelatihan, perawat dapat naik ke tingkat perawat mahir, yang menangani kasus lebih kompleks dan membimbing perawat baru. Selanjutnya akan menjalani proses kredensial oleh komite keperawatan untuk penilaian PK 0 selama 6 bulan, setelah itu akan dilakukan asesmen kenaikan jenjang karir ke PK 1 dan secara bertahap sesuai kompetensi, kualifikasi pendidikan, dan lama kerja akan dilakukan kenaikan jenjang karir ke PK II sampai 4 setelah re-kredensiling perawat dan dinyatakan kompeten.

d. Directing / Pengarahan

1) Komunikasi

a) Arah komunikasi

Arah komunikasi merujuk pada jalur penyampaian informasi, instruksi, dan umpan balik antar individu atau unit di dalam organisasi. Dalam sistem keperawatan rumah sakit, arah komunikasi sangat penting karena menyangkut koordinasi pelayanan pasien, keselamatan kerja, dan efektivitas tim.

Penerapan arah komunikasi di Rumah Sakit Sandi Karsa dilakukan secara :

- Atas ke Bawah (Top-Down)

Informasi atau instruksi disampaikan oleh manajer keperawatan, koordinator keperawatan, ke kepala ruangan, ke penanggung jawab shift biasanya dilakukan setiap hari saat dilakukan briefing dan pengarahan perawat pelaksana. Kepala ruangan memberikan instruksi, arahan, perencanaan, kebijakan, atau evaluasi kerja penanggung jawab shift

- Bawah ke Atas (Bottom-Up)

Perawat pelaksana menyampaikan laporan atau kendala yang mereka temui kepada atasan langsung

- Komunikasi Horizontal

Terjadi antar perawat atau staf dengan posisi setara, baik dalam satu unit maupun antar unit.

- Komunikasi Diagonal

Terjadi antara perawat dan staf dari bagian lain yang berbeda fungsi atau jenjang, seperti antara perawat dengan dokter, apoteker, ahli gizi, atau petugas laboratorium.

Rumah sakit sandi karsa telah membangun budaya komunikasi terbuka dan profesional, serta melatih staf keperawatan menggunakan alat komunikasi standar seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)

b) Jadwal pertemuan / rapat

Seorang kepala ruangan di rumah sakit memiliki tanggung jawab dalam memastikan pelayanan keperawatan berjalan lancar, terkoordinasi, dan sesuai standar. Untuk itu, kepala ruangan secara rutin menjadwalkan beberapa jenis pertemuan dan rapat, baik dengan staf internal ruangan maupun pihak manajemen rumah sakit.

Standarnya, setiap hari kerja dimulai dengan briefing atau rapat unit, pre conference, yang berlangsung sebelum shift dimulai. Pre conference ini penting untuk menyampaikan update kondisi pasien, pergantian tugas, atau informasi mendesak. Pertemuan ini bersifat singkat dan fokus pada hal-hal operasional harian.

Tetapi pada ruang perawatan lantai 5 tidak dilakukan Pre conference langsung dilakukan hand over selain itu, kepala ruangan juga mengatakan tidak ada **rapat mingguan, rapat dilakukan perbulan setiap awal bulan adapun yang dibahas masalah komplain pasien serta permasalahan pasien** bersama seluruh perawat dalam ruangan.

c) Faktor penghambat komunikasi

Di lingkungan ruangan keperawatan, komunikasi menjadi aspek penting dalam menunjang keselamatan dan kualitas pelayanan pasien. Yang menjadi penghambat utama dari komunikasi yaitu waktu, caring perawat, pelatihan komunikasi efektif belum dilakukan secara menyeluruh dan terstruktur.

2) Motivasi

a) Cara memotivasi individu atau kelompok

Motivasi individu di ruang keperawatan sangat penting untuk menjaga semangat kerja, meningkatkan kualitas pelayanan, dan menciptakan lingkungan kerja yang harmonis. Upaya ini dimulai dari pemahaman terhadap kebutuhan dan karakter masing-masing perawat. Kepala ruangan atau manajer keperawatan berperan besar dalam menciptakan suasana kerja yang positif dan mendukung pertumbuhan pribadi maupun profesional staf.

Salah satu cara utama memotivasi pada ruang perawatan lantai 5 rumah sakit Sandi Karsa adalah dengan memberikan pengakuan atas kinerja yang baik, seperti pujian langsung. Bila terjadi suatu kesalahan perawat dipanggil secara baik baik oleh atasan untuk diberikan pengarahan.

b) Sistem reward dan punishment

Sistem reward yang biasanya diberikan oleh perawat dalam bentuk Uang jasa, THR, dan biasanya apresiasi langsung oleh kepala ruangan kepada bawahannya.

3) Supervisi

Penerapan supervisi pada ruang perawatan lantai 5 telah dilaksanakan namun belum terjadwal, kepala ruangan, manajer keperawatan, koordinator keperawatan dan komite keperawatan melakukan supervisi mencakup pengawasan, pelayanan dan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi secara langsung bila ada hal hal yang krusial yang terjadi pada

salah satu pasien. Belum terdokumentasi untuk sementara dan format yang digunakan belum ada.

4) Pendelegasian

Pendelegasian di ruang perawatan adalah proses pelimpahan tugas dari perawat yang memiliki tanggung jawab utama (biasanya kepala ruangan atau perawat senior) kepada perawat pelaksana atau staf lain yang memiliki kompetensi sesuai. Pendelegasian dilakukan untuk memastikan distribusi tugas yang merata, meningkatkan efisiensi kerja tim, dan memberdayakan perawat dalam menjalankan perannya. Dalam pelaksanaannya, pendelegasian harus mempertimbangkan:

Kompetensi staf penerima tugas (misalnya telah terlatih atau tersertifikasi), **Kejelasan instruksi** (apa yang harus dilakukan, bagaimana, dan kapan), **Pengawasan dan evaluasi**, serta **Tanggung jawab akhir** tetap berada pada pemberi tugas. Pendelegasian tugas disertai dengan surat tugas, dan Surat Penugasan Klinik (SPK) yang ditanda tangani oleh direktur.

5) Mekanisme penyelesaian masalah : manajemen konflik

Manajemen konflik di ruang perawatan lantai 5 adalah proses penanganan perbedaan pendapat, kesalahpahaman, atau ketegangan antar perawat, dengan staf lain, atau bahkan dengan pasien dan keluarga. Konflik dapat muncul karena perbedaan nilai, gaya komunikasi, tekanan kerja, atau distribusi tugas yang tidak adil. Mekanisme penyelesaiannya dilakukan melalui beberapa tahap berikut:

Adapun mekanisme penyelesaian masalah yang dilakukan ruang perawatan lantai 5 dengan

mengidentifikasi masalah terlebih dahulu lalu Kepala ruangan mendeteksi adanya konflik melalui observasi atau laporan staf. Tahap ini penting untuk memahami akar penyebab konflik. Setelah perawat yang melakukan pelanggaran dan tidak mampu di selesaikan di unit akan dipanggil komite perawatan lalu penyelesaian masalah dilakukan di ruangan komite bersama dengan koordinator keperawatan, komite keperawatan dalam hal ini sub komite etik akan memberikan arahan dan penyelesaian konflik, apabila tidak terselesaikan akan dilanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi yaitu pimpinan untuk mengambil keputusan, apabila termasuk pelanggaran berat maka kedua belah pihak akan diberikan SP.

e. Controlling / Pengendalian

1) Pengendalian mutu

a) Kegiatan pengendalian mutu

Ruang unit perawatan lantai 5 telah menyepakati indikator mutu unit berdasarkan hasil investigasi pelayanan berjalan selama kurung waktu 1 tahun yang telah dirapatkan bersama dengan pimpinan dalam menentukan indikator mutu unit yaitu:

1. Kepatuhan identifikasi pasien
2. Pengkajian awal keperawatan rawat inap
3. Kepatuhan TBAK, SBAR
4. Kepatuhan pelaksanaan penandaan area operasi
5. Pemberian tranfusi darah
6. Clinical Patway
7. Kepatuhan pengkajian resiko jatuh
8. Kepatuhan visite dokter
9. Kepatuhan identifikasi pasien
10. Kepatuhan pengkajian ulang nyeri

Tingkat ketercapaian mutu diatas rata-rata 100%.

b) Indikator pengendalian mutu

(1) BOR

BOR (Bed Occupancy Rate) merupakan indikator manajemen rumah sakit yang menunjukkan **tingkat pemakaian tempat tidur oleh pasien rawat inap dalam periode tertentu.**

Interpretasi:

- Ideal BOR menurut standar WHO adalah sekitar 60–85%.
- Angka terlalu rendah → tempat tidur tidak dimanfaatkan optimal.
- Angka terlalu tinggi → menunjukkan beban kerja tinggi dan risiko kelelahan staf.

Rumus

$$\frac{\text{jumlah hari perawatan}}{\text{jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah satu periode}} \times 100$$

Jumlah pasien di ruang perawatan lantai 5 adalah 586 pasien dengan kriteria 549 pasien ketergantungan minimal, 26 pasien ketergantungan parsial dan 11 pasien ketergantungan total. Dalam ruangan terdapat 34 TT. Maka BOR pada ruang perawatan lantai 5 adalah :

$$\left(\frac{1231}{34 \times 30}\right) \times 100 = \left(\frac{1231}{1021}\right) \times 100 = 120\%$$

Jadi hasil dari BOR priode di bulan juni yaitu 120%. Maka dari hasil perhitungan melebihi nilai ideal maka dapat diartikan bahwa ideal BOR menunjukkan bahwa beban kerja tinggi.

Berikut persentasi BOR pada tanggal 7- 9 juli 2025

Rumus

$$\frac{\text{jumlah hari perawatan}}{\text{jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah satu periode}} \times 100$$

$$\left(\frac{47}{34 \times 3}\right) \times 100 = \frac{43}{102} = 0,42 = 42\%$$

Jadi hasil dari BOR priode 3 hari yang lalu adalah 42 %

(2) ALOS

ALOS (Average Length of Stay) adalah indikator manajemen rumah sakit yang menunjukkan **rata-rata lama pasien dirawat inap** di rumah sakit dalam satu periode tertentu.

Fungsi ALOS:

- Menilai efisiensi pelayanan rawat inap
- Membantu perencanaan kapasitas dan pengelolaan tempat tidur
- Semakin pendek ALOS (tanpa menurunkan mutu layanan), menunjukkan efisiensi yang baik dalam perawatan pasien.

Rumus

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} = \text{Hari}$$

$$\frac{1231}{165} = 7,4 = 7 \text{ Hari}$$

Jadi hasil dari Alos yaitu 7 hari

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} = \text{Hari}$$

$$\frac{42}{12} = 3,5$$

(3) TOI (Turn Over Interval)

TOI (Turn Over Interval) adalah indikator manajemen rumah sakit yang menunjukkan **rata-rata waktu (dalam hari)** tempat tidur tidak digunakan atau kosong setelah ditinggalkan oleh pasien dan sebelum digunakan oleh pasien berikutnya.

Interpretasi:

- TOI **ideal** adalah **1–3 hari**.
- TOI terlalu tinggi → efisiensi penggunaan tempat tidur rendah.
- TOI terlalu rendah → risiko kepadatan dan kurang waktu sterilisasi.

TOI membantu rumah sakit menilai efisiensi pemanfaatan tempat tidur rawat inap.

Rumus

$$\frac{(\text{Jumlah TT} \times \text{Hari}) - \text{Hari Perawatan Rs}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

TOI Bulan Juni

$$\frac{34 \times 30 - 1231}{165} = -1,27$$

Jadi hasil dari TIO di bulan juni yaitu -1,27, dimana RS sandi karsa ruang perawatan lantai

5 di bulan juni hampr tidak pernah kosong bed nya

Hasil TOI -1,27 yang artinya resiko kepadatan dan kurang waktu sterilisasi

TOI 3 Hari

$$\frac{(34 \times 3) - 47}{15} = \frac{102}{47} = \frac{55}{15} = 3,6 = 4 \text{ hari}$$

Jadi hasil dari TOI terlalu tinggi dimana efisiensi penggunaan tempat tidur rendah

(4) BTO (Bed Trun Over)

BTO (Bed Turn Over) adalah indikator yang menunjukkan **seberapa sering satu tempat tidur digunakan oleh pasien selama periode tertentu**, biasanya dalam sebulan atau setahun.

Interpretasi:

- BTO tinggi → frekuensi penggunaan tempat tidur tinggi, menunjukkan efisiensi.
- BTO rendah → tempat tidur jarang digunakan, bisa menandakan rendahnya jumlah pasien atau ketidakefisienan.

BTO membantu rumah sakit **mengukur produktivitas tempat tidur** dan efektivitas layanan rawat inap.

Rumus

$$\frac{\text{jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}}{\text{jumlah TT}} \\ \frac{165}{34} = 4,85$$

Jadi hasil dari BTO yaitu 4,85 dibulatkan menjadi 5

Untuk mengetahui interpretasi BTO di RS sandi karsa hasil BTO = 4,85 dalam sebulan artinya: setiap tempat tidur di pakai oleh sekitar 4,85 pasien dalam sebulan atau bisa dikatakan satu tempat tidur digunakan hampir 5 pasien dalam sebulan. Untuk mengetahui idealnya perlu di ubah menjadi pertahun yaitu :

$$4,85 \times 12 = 58,2 \text{ kali pertahun}$$

(5) NDR (Net Death Rate)

NDR (Net Death Rate) adalah indikator mutu pelayanan rumah sakit yang menunjukkan **jumlah pasien meninggal yang terjadi setelah 48 jam perawatan** dibandingkan dengan jumlah pasien keluar (hidup dan meninggal) dalam periode tertentu.

Tujuan:

- Mengukur kualitas asuhan keperawatan dan medis.
- NDR yang tinggi dapat menjadi **indikator adanya masalah dalam pelayanan** atau keterlambatan penanganan kasus kritis.

Rumus

$$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal setelah >48 jam}}{\text{jumlah pasien keluar (hidup+meninggal)}} \times 100\%$$

$$\frac{0}{15} \times 100\% = 0$$

Jadi hasil dari NDR yaitu 0

(6) GDR (Gross Death Rate)

GDR (Gross Death Rate) adalah indikator yang menunjukkan **jumlah total pasien yang meninggal di rumah sakit** (baik sebelum maupun setelah 48 jam perawatan) dibandingkan dengan jumlah total pasien keluar dalam periode tertentu.

Fungsi:

- Menilai **kualitas pelayanan medis secara umum**.
- GDR yang tinggi bisa menandakan **banyaknya kasus berat** atau adanya **masalah dalam sistem pelayanan klinis**.

Rumus GDR:

$$\left(\frac{\text{jumlah pasien meninggal (semua)}}{\text{jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}} \right) \times 100 \%$$

$$\frac{0}{15} \times 100\% = 0$$

(7) PODR (Post Operative Infection Death Rate)

PODR (Post-Operative Death Rate) adalah indikator mutu klinis yang mengukur **persentase pasien yang meninggal setelah menjalani tindakan operasi** dalam periode waktu tertentu (biasanya 30 hari pasca operasi). Indikator ini penting untuk menilai keselamatan bedah dan kualitas perawatan pascaoperasi di rumah sakit.

Fungsi dan Manfaat

- **Evaluasi Keselamatan Bedah:**
Memantau outcome pasien bedah sebagai tolok ukur mutu klinis.
- **Identifikasi Area Perbaikan:**
Menunjukkan aspek manajemen preop, prosedur intraop, atau perawatan pascaop yang memerlukan peningkatan.
- **Pembandingan Antarunit/RS:**
Memungkinkan benchmarking performa bedah dengan standar nasional atau rumah sakit sejenis.
- **Dasar Pengambilan Keputusan:** Menjadi acuan bagi tim medis dan manajemen rumah sakit dalam merancang protokol pembinaan, pelatihan bedah, dan audit klinis.

Interpretasi

- **PODR rendah** menunjukkan bahwa perawatan pra-, intra-, dan pascaoperasi di rumah sakit dikelola dengan baik, risiko komplikasi minimal, dan sistem penanganan kegawatdaruratan bedah efektif.
- **PODR tinggi** dapat mengindikasikan masalah dalam proses persiapan pasien, teknik bedah, manajemen nyeri, atau deteksi dini komplikasi.

Rumus PODR

$$\frac{\text{jumlah pasien yang meninggal dalam 30 hari pasca op}}{\text{jumlah keseluruhan pasien op}}$$

$$\frac{0}{0} = 0\%$$

(8) POIR (Post Operative Infection Rate)

POIR (Post Operative Infection Rate) adalah indikator mutu pelayanan rumah sakit yang menunjukkan **jumlah pasien yang mengalami infeksi setelah menjalani operasi**, dibandingkan dengan total pasien operasi dalam periode tertentu.

Fungsi POIR:

- Menilai **kebersihan dan sterilitas prosedur bedah**
- Memonitor efektivitas **pengendalian infeksi**
- Menjadi dasar perbaikan protokol **pasca bedah dan aseptik**

Angka POIR yang rendah menunjukkan **kontrol infeksi yang baik dan kualitas bedah yang tinggi.**

Rumus POIR dalam 3 hari

$$\frac{\text{jumlah kasus infeksi pasca op}}{\text{jumlah keseluruhan pasien op}} \times 100\%$$

$$\frac{0}{0} = 0\%$$

(9) Indikator mutu pelayanan keperawatan

– Keselamatan pasien

Berdasarkan sasaran keselamatan pasien (SKP) yang dikeluarkan oleh standar akreditasi RS, maka sasaran tersebut meliputi 6 elemen berikut :

Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

- Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien
 - Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah
 - Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis (lihat juga)
 - Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan prosedur. Kebijakan dan prosedur mendukung praktik identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi
- Berdasarkan acuan tersebut perawat di ruang perawatan lantai 5 sudah melakukan keselamatan pasien dengan baik dan sesuai dengan ketepatan identifikasi pasien agar menghindari kesalahan dalam melakukan tindakan 100%

Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif (SBAR)

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

Dalam peningkatan komunikasi yang efektif (SBAR) perawat di ruang perawatan lantai 5 sudah melakukan komunikasi efektif dengan metode SBAR 100%

Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert medications).

- Kebijakan atau prosedur dikembangkan untuk mengatur identifikasi, lokasi pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diimplementasikan
- Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
- 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
- Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (restrict access)

Berdasarkan hasil identifikasi bahwa kewaspadaan tentang obat yang perlu diwaspadai telah dilakukan double cross check dengan memisahkan obat-obat high alert pada tempat yang telah disediakan. Obat yang akan diberikan kepada pasien sudah label penanda antara high alert dengan LASA. Angka kesalahan hasilnya nihil. Dimana kejadian kesalahan pemberian obat yang meliputi tidak tepat obat, tidak tepat cara pemberian, tidak tepat dosis, tidak tepat pasien, tidak tepat waktu pemberian dan tidak waspada terhadap efek pemberian obat tidak terjadi selama periode juni-juli, pemberian obat sudah dilakukan dengan 7 prinsip benar obat dan sesuai indikasi yang diberikan oleh dokter.

Angka KTD dalam pemberian obat juni-juli :

$$\frac{\text{jumlah pasien yang terkena KTD dalam pemberian obat} \times 100\%}{\text{jumlah pasien pada hari tersebut}} \\ \frac{0 \times 100\%}{589 (30 \text{ hari juni}) + 42 (9 \text{ hari juli})} \\ \frac{0}{631} = 0\%$$

Angka KNC dalam pemberian obat pada bulan juni-juli:

$$\frac{\text{jumlah pasien yang terkena KNC dalam pemberian obat} \times 100\%}{\text{jumlah pasien pada hari tersebut}} \\ \frac{0 \times 100\%}{589 (30 \text{ hari juni}) + 42 (9 \text{ hari juli})} \\ \frac{0}{631} = 0\%$$

Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

- Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan/pemberian tanda
- Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat-lokasi, tepat-prosedur dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia tepat/benar, dan fungsional
- Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat/mendokumentasikan prosedur sign in (sebelum induksi): sebelum insisi/time-out tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan dan sign out (sebelum meninggalkan kamar operasi)

- Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses guna memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yaang dilaksanakan di luar kamar operasi
- Untuk sasaran ke IV dalam hal ini kebijakan RS sudah diterapkan akan tetapi di beberapa unit perawatan seperti lantai 5 belum ada format dokumen untuk memastikan peralatan yang benar dan fungsional hasilnya nihil, karena selama pengkajian tidak ada terjadi

Sasaran V : Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

- Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang baru-batu ini diterbitkan dan sudah diterima secara umum (antara lain dari WHO Patient Safety)
- Rumah sakit menerapkan program hand hygiene yang efektif
- Kebijakan atau prosedur dikembangkan untuk mendukung pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Rumah sakit sudah mengadopsi dan mengadaptasikan pedoman hand hygiene yang terbaru dan sudah diaplikasikan di setiap unit pelayanan khususnya di unit perawatan 100 %

Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

- Rumah Sakit menerapkan proses assesment awal resiko pasien jatuh dan melakukan pengkajian ulang

terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan

- Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil assesment dianggap berisiko
- Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja
- Kebijakan atau prosedur mendukung pengurangan berkelanjutan dari resiko cedera pasien akibat jatuh di rumah sakit

Untuk pengurangan risiko jatuh Rumah Sakit sudah menyediakan tempat tidur yang aman untuk pasien dan sudah ada penanda resiko jatuh bagi pasien yang berisiko seperti anak-anak usia balita-batita dan khususnya lansia. Dari data hasil pengkajian didapatkan bahwa 100% pasien tidak mengalami jatuh selama dilakukan perawatan oleh perawat ruangan. Meskipun sebagian pasien mempunyai resiko jatuh, akan tetapi dari hasil tabulasi menunjukkan tidak ada pasien yang mengalami jatuh.

- Perawatan diri

Penilai perawatan diri setelah dilakukan penelian pada tanggal 7-9 juli 2025 didapatkan bahwa rata-rata ruang perawatan lantai 5 memiliki pasien dengan tingkat kemandirian minimal sehingga hanya membutuhkan lama perawatan minimal 3-4 hari, Didapatkan pasien mandiri, kecuali mandi, pergi d toilet, dan berpindah dari 27 pasien didapatkan 2 pasien yang kurang pengetahuannya

$$\frac{\text{jumlah pasien yang kurang pengetahuan} \times 100\%}{\text{jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}}$$

$$\frac{10 \times 100\%}{27} = 0,04\%$$

– Kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penilaian kepuasan pasien terhadap kinerja perawat di ruang perawatan lantai 5 setelah dilakukan evaluasi menggunakan kuesioner 13 pertanyaan soal berbentuk pertanyaan pilihan. Pertanyaan pilihan mencakup pemberian penjelasan setiap prosedur, sikap perawat selama memberikan asuhan keperawatan kepada 13 pasien. Secara umum menyatakan bahwa sistem pelayanan perawatan di lantai 5 itu adalah puas dengan hasil 100%. pertanyaan Berdasarkan data kepuasan pasien pada tanggal 8 juli 2025.

– Kenyamanan

Angka penanganan nyeri pada pasien kelolaan tanggal 7-9 juli 2025 dari 13 pasien terdapat 7 pasien yang mengalami nyeri. Presentase pasien nyeri yang terdokumentasi dalam askep :

$$\frac{\text{Jumlah total pasien nyeri yang terdokumentasi}}{\text{jumlah pasien yang dirawat dalam periode tertentu}} \times 100\%$$

$$\frac{7}{27} \times 100\% = 0,26\%$$

– Kecemasan

Berdasarkan hasil penyebaran kuesioner dari skala peringkat kecemasan diri. Dari 13 pasien pada tanggal 8 juli 2025, didapatkan 80% pasien tidak cemas dan hanya 20% yang mengalami kecemasan berat.

– Pengetahuan

Pengetahuan tentang perawatan penyakit pada pasien tanggal 8 juli 2025 dari 13 orang didapatkan persentase:

$$\frac{\text{jumlah total pasien yang berpengetahuan} \times 100\%}{\text{jumlah pasien yang dirawat pada periode tertentu}}$$

$$\frac{5}{13} \times 100\% = 0,38\%$$

c). Keberhasilan pengendalian mutu

Berdasarkan hasil wawancara dari petugas mutu unit perawatan lantai 5 didapatkan hasil bahwa semua indikator mutu unit yang telah ditentukan bersama pimpinan pada bulan juni 2025 rata-rata capaian 100%. Berdasarkan penyebaran kuesinoer pada tanggal 8 juli 2025 oleh mahasiswa IIK Pelamonia Praktik profesi Ners stase manajemen keperawatan didapatkan hasil mutu layanan asuhan keperawatan sebagai berikut:

	Pertanyaan	Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Puas	Sangat Puas	Total
Pelayanan tenaga kesehatan	Ners mampu menangani masalah perawatan anda dengan tepat dan professional			38,5 (5 orang)	61,5 (8 orang)	13
	Ners mampu memberikan informasi tentang staf tenaga yang merawat, sarana		7,7 (1 Orang)	53,8 (7 orang)	38,5 (5 orang)	13

	prasarana RS, peraturan RS, dan penyakit anda					
	Ners mampu memberikan pelayanan yang berkualitas		7,7 (1 Orang)	61,5 (8 orang)		13
	Ners dapat dipercaya dalam memberikan pelayanan				100 (13 orang)	13
	Ner selalu menjaga kerapian dan penampilannya				100 (13 orang)	13
	Ners memberi perhatian terhadap keluhan yang anda rasakan			100 (13 orang)		13
	Ners mudah ditemui dan dihubungi bila anda membutuhkan			46,2 % (6 orang)	53,8 % (7 orang)	13
	Pelayanan yang diberikan Ners tidak			38,5 % (5 orang)	61,5 %	13

	memandang pangkat/status tapi berdasarkan kondisi anda				(8 orang)	
	Ners perhatian dan memberi dukungan terhadap kebutuhan pelayanan anda			84,6 % (11 orang)	15,4 % (2 orang)	13
	Kesopanan dan keramahan Ners dalam pelayanan			100% (13 orang)		13
	Ners bersedia menawarkan bantuan kepada anda ketika mengalami kesulitan		38,5% (5 orang)	38,5% (5 orang)	23,1 % (3 orang)	13
	Ners memberikan pelayanan tepat waktu		23,1% (3 orang)	46,2% (6 orang)	30,8% (4 orang)	13
	Ners segera menangani anda ketika sampai di rumah sakit					

BAB III
PERUMUSAN MASALAH DAN PERENCANAAN PENYELESAIAN
MASALAH MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUANG PERAWATAN
LANTAI 5

A. Analisa SWOT

1. Man (SDM)

No	Pertanyaan	BOBOT	RATING	BOBOT X RETING
----	------------	-------	--------	----------------

1.	Sumber daya manusia (Man) a.Internal faktor (IFAS) Strength - Adanya sistem pengembangan staf berupa pelatihan dan sebanyak 96% perawat telah mengikuti pelatihan (misalnya PKRS, LSH, Manajemen, Audit. CI) 0,3 3 0,9 - Jenis ketenagaan : S-1 Kep dengan Ners : 4 orang S-1 Kep tanpa Ners : 4 orang D-3 Kep : 9 orang 0,4 1 0,4 - Masa kerja > 5 tahun sebanyak 1 orang yaitu Karu dan >3 tahun sebanyak 3 orang yaitu pj shift dan <3 tahun sebanyak 13 orang yaitu perawat pelaksana 0,5 3 1,5 TOTAL 1,3 2,5 Weakness - Beban kerja perawat di ruangan cukup tingg. 0,5 3 1,5 - Sebagian perawat belum mengikuti pelatihan MAKP. 0,3 2 0,4 - Kurang nya kesejahteraan perawat. 0,3 3 0,9 TOTAL 1,1 3,2 b. Eksternal Faktor (EFAS) Opportunity - Adanya program pelatihan/seminar khusus tentang manajemen keperawatan dari diklat 0,5 3 1,5 - Adanya kesempatan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. 0,3 2 0,6 - Adanya kerja sama yang baik antar mahasiswa fakultas keperawatan dengan perawat klinik. - Adanya kebijakan pemerintah tentang profesionalisasi perawat. 0,2 3 0,6				
----	--	--	--	--	--

S.W
2,5-3,2: -0,7

	5. Adanya program akreditasi RS dari pemerintah dimana MAKP merupakan salah satu penilaian.	0,2	3	0,6	O-T 4,8-2,6 :2,2
	TOTAL	0,5	3	0,5	
	Treathened	1,7		4,8	
	1. Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk pelayanan yang lebih profesional.				
	2. Makin tingginya kesadaran masyarakat akan hukum.	0,3	3	0,9	
	3. Makin Tingginya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan.	0,2	2	0,4	
	4. Persaingan antar-RS yang semakin kuat	0,3	2	0,6	
	5. Terbacanya kuota tenaga keperawatan yang melanjutkan pendidikan tiap tahun.	0,1	3	0,3	
	Total	0,2	2	0,4	
		1,1		2,6	
2.	Sarana dan Prasarana (M2). a.Internal Faktor (IFAS) Strength 1. Mempunyai sarana dan prasarana yang memadai untuk pasien, tenaga kesehatan, dan keluarga pasien termasuk sarana prasarana universal precaution untuk perawat. 2. RS Umum tipe c sekaligus sebagai RS pendidikan 3. Terdapat administrasi penunjang (misal: buku injeksi, buku TT, buku visite, SOP dan lain-lain) yang memadai. 4. Tersedianya nurse station. 5. Pemeliharaan dan perawatan dari sarana dan prasarana penunjang kesehatan sudah ada.	0,5 0,2 0,1 0,3 0,2	2 2 2 3 1	1 0,4 0,2 0,9 0,2	

	TOTAL Weakness 1. Sarana administrasi penunjang untuk dokumen tasi belum dimanfaatkan. 0,2 2. Kurangnya kamar mandi yang memadai. 0,3 TOTAL 0,5 b. Eksternal Faktor (EFAS) Opportunity 1. Adanya pengadaan sarana dan prasarana yang rusak dari bagian pengadaan barang (AC, syningepump). 0,3 2. Adanya program pelatihan/seminar khusus tentang pengoperasian alat. 0,2 TOTAL 0,5 Treathened 1. Kesenjangan antara jumlah pasien dengan peralatan yang ada. 0,3 2. Makin tinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. 0,3 3. Ada tuntutan tinggi dari masyarakat untuk melengkapi sarana dan prasarana. 0,2 TOTAL 0,7	1,3		2,7	S-W 2,7-1,3: 1,4
3.	Methode (M3) 1.MAKP a. Internal Faktor (IFAS) Strength 1. RS memiliki visi, misi, dan motto sebagai acuan melaksanakan kegiatan pelayanan. 0,3 2. Sudah ada Model MPKP yang digunakan yaitu MPKP primer. 0,5 3. Supervisi sudah dilakukan kepala ruangan. 0,5 4. Ada kemauan perawat uuk berubah. 0,3 5. Mempunyai standar asuhan keperawatan. 0,4 6. Mempunyai protap setiap tindakan. 0,3 7. Terlaksananya komunikasi yang adekuat: perawat dan tim kesehatan lain. 0,3				

	8. Ketenagaan keperawatan sudah memenuhi syarat untuk MAKP (S-I Keperawatan 4 orang). TOTAL Weakness 1. Pelaksanaan model MPKP sudah dilaksanakan tetapi sosialisasi kepada semua tim masih kurang. 2. Ada perawat yang tidak puas dengan penerapan MAKP. TOTAL b. Eksternal Faktor (EFAS) Opportunity 1. Adanya mahasiswa S-1 keperawatan praktik manajemen keperawatan. 2. Ada kebijakan pemerintah tentang profesionalisasi perawat. 3. Adanya kebijakan RS tentang pelaksanaan MAKP. TOTAL Threatened 1. Persaingan dengan rumah sakit swasta yang semakin ketat. 2. Adanya tuntutan masyarakat yang semakin tinggi terhadap peningkatan pelayanan keperawatan yang lebih profesional. 3. Makin tinggi kesadaran masyarakat akan hukum. 4. Makin tinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. 5. Persaingan dengan masuknya perawat asing. 6. Bebasnya pers yang dapat langsung menyebarkan informasi dengan cepat. TOTAL	0,5 3,1 0,5 0,5 1 0,3 0,3 0,3 1 0,3 0,5 0,5 0,3 0,4 0,5 1	3 3 2 3 3 2 3 2 1 1	1,5 8,1 1,5 1,5 3 0,9 0,9 0,9 2,7 0,9 1,5 1 0,9 0,8 1,0 5,2	S-W 8,1-3: 5,1 O - T 2,7 -5,2 = -2,5
4.	Supervisi a. Internal Faktor (IFAS) Strength 1. Supervisi telah dilaksanakan secara rutin.	0,5 0,3	3 3 1	1,5 1,5	

	2. Telah ada program pelatihan dan sosialisasi tentang supervisi.	0,3		0,3	S-W 3,3-3:0,3
	3. Kepala ruangan mendukung dan melaksanakan supervisi.	1,1	3	3,3	
	TOTAL				
	Weakness				
		0,5	2	1,5	
	1. Belum mempunyai format yang baku dalam pelaksanaan supervisi.	0,3	3	0,6	
	2. Supervisi belum terstruktur dan tidak ada formulir penilaian yang tetap.	0,3		0,9	
	3. Belum adanya dokumentasi supervisi yang jelas.	1,1		3	
	TOTAL				
	b. Eksternal Faktor (EFAS) Opportunity	0,3	3	0,9	
	1. Adanya mahasiswa S-I keperawatan yang praktik manajemen keperawatan.				O – T 3,2-2 = 1,2
	2. Adanya reward dalam bentuk pelatihan, sekolah, maupun jasa bagi yang melaksanakan pekerjaan dengan baik.	0,4	1	0,4	
	3. Adanya teguran dari kepala ruangan bagi perawat yang tidak melaksanakan tugas dengan baik.	0,5	3	1,5	
	4. Hasil supervisi dapat dilakukan sebagai pedoman untuk Daftar Penilaian Prestasi Pegawai (DP3).	0,2	2	0,4	
	TOTAL	1,3		3,2	
	Threatened				
		1	2	2	
	1. Tuntutan pasien sebagai konsumen untuk mendapatkan pelayanan yang profesional.	1		2	
	TOTAL				
5.	Timbang Terima a. Internal Faktor (IFAS)	0,2		0,6	
	Strenght	0,2			
	1. Kepala ruangan memimpin kegiatan timbang terima setiap pagi.	0,1	3	0,6	
	2. Adanya laporan jaga setiap sif.		3	0,4	
	3. Timbang terima sudah merupakan kegiatan rutin yang telah dilaksanakan.	0,25	4	0,75	

					O – T 1–2 = 1
8	Dokumentasi Keperawatan a. Internal Faktor (IFAS) 1. Tersedianya sarana dan prasarana dokumentasi untuk tenaga kesehatan (sarana administrasi penunjang). 0,3 2. Sudah ada sistem pendokumentasian SOR. 0,2 3. Format asuhan keperawatan sudah ada. 0,2 4. Adanya kesadaran perawat tentang tanggung jawab dan tanggung gugat. 0,3 TOTAL 1 Weakness 1. Dari observasi status pasien, pengisian doku mentasi tidak lengkap: waktu, nama, dan jam belum dicantumkan, respons pasien pasca tindakan kurang terpantau. 0,3 2. SAK dan SOP belum maksimal digunakan. 0,3 3. Pengawasan terhadap sistematika pendokumen tasian belum dilaksanakan secara optimal. 0,2 TOTAL 0,8 b. Eksternal Faktor (EFAS) Opportunity 1. Adanya program pelatihan. 2. Peluang perawat untuk meningkatkan pendidikan (pengembangan SDM) 0,2 3. Mahasiswa S-I keperawatan praktik manajemen untuk mengembangkan sistem dokumentasi PIE 0,25 4. Kerja sama yang baik antara perawat dan mahasiswa. 0,2 5. Sistem MPKP yang diterapkan mahasiswa S-I Keperawatan. 0,15		4 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	1,2 0,6 0,6 0,9 3,3 0,6 0,6 0,6 1,8 0,6 0,75 0,4 0,6	S – W 3,3 – 1,8 = 1,5

	TOTAL Threatened 1. Tingkat kesadaran masyarakat (pasien dan keluarga) akan tanggung jawab dan tanggung gugat 2. Persaingan RS dalam memberikan pelayanan keperawatan. TOTAL	1 0,5 0,5 1	2 3	0,45 2,8 1 1,5 2,5	O – T 2,8 – 2,5 = 0,3
9	Keuangan (M4) a. Internal Faktor (IFAS) Strength 1. Ada pendapatan tambahan yaitu dari usaha koperasi ruangan. 2. Ada pendapatan dari jasa medik, untuk pasien dengan biaya BPJS yang dapat diklaim setelah perawatan. 3. Ada pendapatan dari jasa pelayanan rumah sakit berupa remunerasi. 4. Ada pendapatan dari jasa pelayanan IRNA Medis. 5. Tiap perawat memperoleh pendapatan dari rumah sakit berupa LP (lauk pauk). TOTAL Weakness 1. Jasa insentif untuk pelayanan dan jasa medik yang diberikan sama untuk semua perawat 2. Sistem administrasi belum terpusat. TOTAL b. Eksternal Faktor (EFAS) Opportunity 1. Pengeluaran sebagian besar dibiayai institusi. 2. Ada kesempatan untuk menggunakan instrumen medis dengan re-use sehingga menghemat pengeluaran.	0,2 0,2 0,1 0,25 0,25 1 0,25 0,75 1 0,2 0,4 0,4	2 3 2 2 2 2 2 2 4 4	0,4 0,6 0,2 0,5 0,5 2,2 0,5 1,5 2 0,4 1,6 1,6	S – W 2,2 – 2 = 0,2

a. Penerapan MAKP

- 1) Kurangnya kemampuan perawat dalam pelaksanaan model yang ada
- 2) Hanya sebagian perawat yang mengetahui kebutuhan perawatan pasien secara komprehensif
- 3) Job yang tidak sesuai lulusan akademik yang berbeda tingkatannya (kurang jelas)
- 4) Kurangnya jumlah tenaga yang membantu optimalisasi penerapan model yang digunakan

b. Ronde Keperawatan

- 1) Ronde keperawatan adalah kegiatan yang belum dapat dilakukan secara optimal di ruang perawatan lantai 5
- 2) Tim yang dibentuk belum mampu dalam melaksanakan ronde dan penyelesaian tugas
- 3) Jumlah perawat yang tidak seimbang dengan jumlah perawat

c. Sterilisasi obat

- 1) Pelaksanaan sterilisasi obat belum optimal
- 2) Selama ini format yang ada masih obat oral dan injeksi dan yang lain tercampur pada salah satu dari keduanya
- 3) Selama ini belum ada format persetujuan sterilisasi obat untuk pasien
- 4) Alat-alat kesehatan hanya sebagian ada dengan jumlah terbatas
- 5) Teknik sterilisasi obat belum jelas

d. Supervisi

- 1) Belum ada program yang jelas tentang supervisi
- 2) Belum mempunyai format yang baku dalam pelaksanaan supervisi
- 3) Kurangnya program pelatihan dan sosialisasi tentang supervisi

e. Timbang Terima

- 1) Perawat kurang disiplin waktu timbang terima
- 2) Masalah keperawatan lebih fokus pada penatalaksanaan medis
- 3) Perawat kesulitan mendokumentasikan timbang terima karena formatnya kurang sistematis
- 4) Data hanya ditulis di secarik kertas sehingga kadang hilang saat akan dilaporkan
- 5) Dokumentasi masih terbatas sehingga rencana tindakan belum spesifik

f. Penerimaan Pasien Baru

- 1) Pelaksanaan PBB belum optimal ditinjau dari aspek mekanisme dan isinya
- 2) Leaflet belum tersedia
- 3) Dokumentasi PBB belum terfalsifikasi
- 4) Keterlibatan tim medis dalam menjelaskan penyakit masih kurang

g. Discharge Planning dan Penerimaan Pasien Baru

- 1) Pelaksanaan Discharge belum optimal
- 2) Tidak tersedianya brosur/leaflet untuk pasien saat melakukan Discharge Planning
- 3) Tidak dilakukan pemberian pendidikan kesehatan secara lisan pada setiap pasien/keluarga

h. Dokumentasi Keperawatan

- 1) Pendokumentasian tidak segera dilakukan setelah melakukan tindakan tetapi kadang-kadang dilengkapi saat pasien mau pulang atau apabila keadaan ruang memungkinkan
- 2) Respon pasien kurang terpantau dalam lembar evaluasi

- 3) Dari 20 rekam medis pasien yang ada, hanya 12 rekam medis yang ditulis dengan lengkap dan tepat waktu

D. Rumusan Prioritas Masalah

Setelah dilakukan pengkajian di Ruang Perawatan lantai 5 tanggal 07-09 Juli 2025, didapat beberapa masalah. Untuk menyelesaikan masalah tersebut maka perlu ditentukan prioritas masalah dan Plan Of Action dari tiap masalah yang diangkat.

Rumusan Prioritas Masalah

Teknik prioritas masalah yang digunakan adalah teknik kriteria matrik (criteria matrix technique) yaitu teknik pemungutan suara dengan menggunakan 113 kriteria tertentu, secara sederhana dapat dibedakan atas 5 macam yaitu:

1. Kecenderungan besar dan sering kejadian masalah (Magnitudo=Mg)
2. Besarnya kerugian yang ditimbulkan (Severity = Sv)
3. Kemampuan menyelesaikan masalah (Manageability = Mn)
4. Perhatian perawat terhadap masalah (Nursing Concern = Nc)
5. Ketersediaan Sumberdaya (Affordability = Af)

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

1. Nilai 1 = sangat kurang sesuai
2. Nilai 2 = kurang sesuai
3. Nilai 3 = cukup sesuai
4. Nilai 4 = sesuai
5. Nilai 5 = sangat sesuai

No	Masalah	Mg	Sv	Mn	Nc	Af	Skor
1	Man : a. Pengembangan kinerja staf perawat yang belum rutin dilakukan	3	3	3	4	3	16

	b. Belum dilakukan ronde keperawatan						
2	Material : a. Consumable (obat-obat dan bahan habis pakai): Bahan habis pakai seperti limbah medis dan non medis belum cukup maksimal. b. Sarana informasi masih minim c. Belum ada buku alat diruangan.	2 3 2	4 3 3	3 2 3	2 2 2	3 2 2	15 12 12
3	Methods : a. Visi dan misi ruangan belum ada. b. Struktur organisasi ruangan belum ada c. Timbang terima belum dilaksanakan secara komprehensif dan belum sesuai standarisasi.	2 2	3 4	3 4	2 4	2 3	12 17

Keterangan:

1. Magnitum (Mg) : kecenderungan besar dan seringnya kejadian masalah
2. Severity (Sv) : besarnya kerugian yang ditimbulkan
3. Manageability (Mn) : kemungkinan masalah bisa dipecahkan
4. Nursing Consent (Nc) : melibatkan pertimbangan dan perhatian perawat
5. Affordability (Af) : ketersediaan sumber daya.

Dari tabel diatas maka dibuat prioritas masalah sebagai berikut:

1. Timbang terima belum dilaksanakan secara komprehensif dan belum sesuai standarisasi
2. Pengembangan kinerja staf perawat yang belum rutin dilakukan
3. Bahan habis pakai seperti limbah medis dan non medis belum cukup maksimal.
4. Sarana informasi masih minim
5. Belum ada buku alat diruangan
6. Visi dan misi ruangan belum ada.

D. Alternatif Penyelesaian Masalah

No	Alternatif penyelesaian masalah	C	A	R	L	Total
1	Workshop	3	2	3	4	12
2	Struktur organisasi	5	3	3	4	15
3	Poster, benner, dan leaflet	3	2	2	4	11

Plan Of Action (POA)

No	Prioritas Masalah	Faktor penyebab	Why	What	Where	When	Who	How	How Much
1	Timbang terima belum dilaksanakan secara komprehensif dan belum sesuai standarisasi	Faktor Individu perawat, sistem kerja, dan faktor lingkungan.	Untuk menjamin kesinambungan perawatan pasien, meningkatkan komunikasi antar perawat, dan meminimalkan risiko kesalahan dalam perubahan pemberian asuhan keperawatan.	Terlaksananya koordinasi dengan karu mengenai dichard planning.	Ruang perawatan Lantai 5	Planning di Tgl 14-18 Juli.	Katim	Workshop	1
2	Pengembangan kinerja staf perawat	➤ Kurangnya anggaran ➤ Kurangnya waktu	➤ Peningkatan kualitas	Terlaksananya koordinasi dengan karu	Ruang perawatan Lantai 5	Planning di Tgl 14-18 Juli.	Karu		

	yang belum rutin dilakukan	➤ Prioritas berbeda ➤ Kurangnya motivasi ➤ Ketidaksedian pelatihan yang relevan.	pelayanan kesehatan ➤ Peningkatan keselamatan pasien ➤ Peningkatan kesejahteraan perawat ➤ Peningkatan daya saing rumah sakit						
3	Bahan habis pakai seperti limbah medis dan non medis belum	➤ kurangnya pemahaman dan kesadaran tentang pentingnya pengelolaan limbah yang tepat ➤ keterbatasan fasilitas dan	➤ Untuk melindungi kesehatan manusia dan lingkungan dari dampak negatif limbah berbahaya ➤ mencegah	Terlaksananya koordinasi dengan karu	Ruang perawatan Lantai 5	Planning di Tgl 14-18 Juli.	Karu		

	cukup maksimal.	teknologi pengolahan limbah, ➤ serta kurangnya pelatihan dan pengawasan dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah. ➤ Selain itu, faktor anggaran yang terbatas juga menjadi kendala dalam meningkatkan efektivitas pengelolaan bahan habis pakai tersebut.	penyebaran penyakit ➤ mengurangi risiko kontaminasi ➤ serta memastikan limbah medis diolah dan dibuang secara aman sesuai dengan peraturan yang berlaku.						
--	-----------------	---	---	--	--	--	--	--	--

4	Visi dan misi ruangan belum ada.	Tahap perkembangan ruangan	Untuk memberikan arah dan panduan jelas bagi staf dalam menjalankan tugasnya sehari-hari. Visi dan misi membantu menyatukan seluruh tim dalam mencapai kualitas pelayanan yang terbaik, meningkatkan koordinasi, serta memastikan fokus pada keselamatan dan kenyamanan pasien	Terlaksananya koordinasi dengan karu	Ruang perawatan Lantai 5	Planning di Tgl 14-18 Juli.	Karu	Poster, benner, dan leaflet	1
---	----------------------------------	----------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------	-----------------------------	---

5	Sarana informasi masih minim	Tahap perkembangan ruangan	Untuk memberikan edukasi dan pemahaman kepada pasien, keluarga, dan pengunjung mengenai hak dan kewajiban pasien, tata tertib rumah sakit, prosedur pelayanan, serta informasi penting lainnya.	Terlaksananya koordinasi dengan karu	Ruang perawatan Lantai 5	Planning di Tgl 14-18 Juli.	Karu	Poster, benner, dan leaflet	2
6	Struktur organisasi ruang perawatan lantai 5 belum ada	Tahap perkembangan ruangan	Struktur diperlukan agar sesuatu menjadi teratur, jelas, dan mudah dipahami. Dengan adanya struktur, setiap bagian	Terlaksananya koordinasi dengan karu	Ruang perawatan Lantai 5	Planning tanggal 15-16 juli	Karu	Poster struktur	1

			memiliki fungsi dan tempat yang tepat, sehingga mempermudah proses kerja, komunikasi, dan evaluasi.						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

BAB IV

KEGIATAN YANG TELAH DILAKUKAN

Selama pelaksanaan praktik profesi manajemen keperawatan yang berlangsung pada tanggal 7 hingga 19 Juli 2025 di Ruang Perawatan Lantai 5 RS Sandi Karsa, kelompok mahasiswa telah melakukan beberapa kegiatan utama sebagai berikut:

1. Pengkajian Situasi Ruang Perawatan
 - a. Melakukan wawancara dengan kepala ruangan dan staf keperawatan.
 - b. Mengumpulkan data terkait sumber daya (5M), kebijakan, struktur organisasi, dan fungsi manajerial.
2. Penerapan MAKP (Model Asuhan Keperawatan Profesional) Metode Primer
 - a. Menyusun ulang penugasan perawat primer dan asosiet.
 - b. Melakukan edukasi terkait peran perawat primer dalam asuhan pasien secara komprehensif.
3. Peningkatan Proses Hand Over, Pre dan Post Conference
 - a. Sosialisasi standar operasional hand over sesuai pendekatan SBAR.
 - b. Pendampingan pelaksanaan pre dan post conference minimal 2 kali per shift.
4. Pengaktifan Ronde Keperawatan
 - a. Edukasi staf mengenai tujuan dan prosedur ronde keperawatan.
 - b. Pelaksanaan simulasi ronde dengan melibatkan tim dokter dan perawat.
5. Supervisi dan Monitoring Kinerja
 - a. Penerapan supervisi terstruktur oleh mahasiswa dengan dukungan kepala ruangan.
 - b. Dokumentasi hasil supervisi dan tindak lanjut harian.
6. Pengusulan Penambahan SDM dan Sarana

- a. Analisis kebutuhan perawat berdasarkan metode Depkes.
- b. Penyusunan proposal penambahan safety box dan troli emergency ke manajemen rumah sakit.

BAB V

EVALUASI

A. Evaluasi Hasil Kegiatan

Berdasarkan indikator outcome kegiatan, ketercapaian hasil dapat dirinci sebagai berikut:

Program	Indikator Outcome	Capaian
MAKP Primer	1 perawat primer per 5 pasien, dokumentasi SOAP	85 % tercapai
Hand Over SBAR	3 Shift harian menggunakan SBAR	80% Shift mengikuti SBAR
Pre & Post Conference	Minimal 1 kali per hari	75% Shift melaksanakan
Ronde Keperawatan	Ronde dilakukan 1x/minggu dengan kolaboratif	1x dilakukan
Supervisi	Supervisi terjadwal dan terdokumentasi	Sudah dilakukan 2 kali
Pengelolaan Limbah	Pemisahan limbah dan penggunaan safety Box	Masih perlu perbaikan
SDM	Kebutuhan ideal: 22 perawat, realisis: 17	Belum tercapai (77%)

B. Rencana Tindak Lanjut

1. Kepala ruangan mengusulkan secara resmi penambahan 5 tenaga keperawatan kepada manajemen.
2. Mengusulkan program pelatihan BTCLS, PPI, K3 dan EWS sebagai syarat peningkatan kompetensi.

3. Menyusun dan menetapkan jadwal ronde keperawatan dan pre/post conference secara berkala.
4. Membangun sistem supervisi dengan format dokumentasi tetap.
5. Mendorong evaluasi rutin terhadap implementasi MAKP oleh tim manajemen keperawatan rumah sakit

BAB VI

PEMBAHASAN

Program yang dilaksanakan telah mengacu pada standar manajemen keperawatan berdasarkan:

1. Permenkes No. 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan dan pengembangan profesional.
2. Standar Akreditasi SNARS Edisi 1, dimana aspek komunikasi efektif, keselamatan pasien, dan mutu asuhan keperawatan menjadi prioritas.

Penerapan MAKP metode primer sejalan dengan teori Nursalam (2020) yang menyatakan bahwa model primer memperkuat akuntabilitas perawat terhadap pasien. Pelaksanaan hand over berbasis SBAR terbukti secara nasional meningkatkan komunikasi antar perawat dan mengurangi insiden keselamatan pasien.

Kendala dalam pelaksanaan ronde keperawatan dan pre-post conference menunjukkan perlunya pelatihan manajemen waktu dan pemahaman fungsi interprofesional team. Hal ini selaras dengan konsep shared governance dalam teori manajemen keperawatan modern, yang menekankan kolaborasi dan tanggung jawab bersama antar tim layanan.

Secara umum, praktik manajemen keperawatan ini menunjukkan bahwa dengan pendekatan edukatif, kolaboratif, dan berbasis evidence-based practice, peningkatan mutu pelayanan keperawatan dapat dicapai meskipun dengan sumber daya yang terbatas.

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kegiatan praktik profesi manajemen keperawatan di Ruang Perawatan Lantai 5 RS Sandi Karsa telah terlaksana dengan baik.
2. Penerapan MAKP metode primer, hand over berbasis SBAR, pre dan post conference, serta ronde keperawatan menunjukkan peningkatan dibandingkan kondisi awal.
3. Terdapat kendala dalam pelaksanaan standar PPI dan keterbatasan jumlah perawat, namun sudah dilakukan langkah tindak lanjut dan pengusulan kepada manajemen.
4. Supervisi dan penguatan dokumentasi keperawatan telah mulai berjalan dan perlu dilanjutkan secara konsisten.

B. Saran

1. Rumah sakit perlu memperkuat sistem pelatihan dan pembinaan staf keperawatan secara berkala.
2. Manajemen keperawatan diharapkan menyusun jadwal supervisi dan ronde keperawatan sebagai kegiatan rutin.
3. Disarankan penambahan sarana seperti troli emergency dan safety box untuk mendukung implementasi PPI dan penanganan gawat darurat.
4. Mahasiswa profesi ners perlu mendapatkan bimbingan intensif selama praktik untuk menanamkan budaya manajemen mutu dan keselamatan pasien sejak dini.

LAMPIRAN

RENCANA PELAKSANAAN RONDE KEPERAWATAN PADA KLIEN TN.M DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI DENGAN DIAGNOSIS MEDIS POST OF APPENDETHOMY DIRUANG PERAWATAN LANTAI 5 RUMAH SAKIT SANDI KARSA

Topik : Asuhan Keperawatan Nyeri akut

Sasaran : Klien Tn. M

Hari/Tanggal : Rabu/16 Juli 2025

Waktu : 60 Menit (Pkl. 11.00-12.00 WIB)

Tujuan

1. Tujuan Umum

Menyelesaikan masalah klien yang belum teratasi yaitu pola napas tidak efektif

2. Tujuan Khusus

- Menjustifikasi masalah yang belum teratasi.
- Mendiskusikan penyelesaian masalah dengan perawat primer dan tim kesehatan lain.
- Menemukan alasan ilmiah terhadap masalah klien.
- Merumuskan intervensi keperawatan yang tepat sesuai masalah klien.

Sasaran

Klien Tn. Mannya Umur 69 tahun yang dirawat dikelas II kamar 532

Materi :

Teori asuhan keperawatan klien dengan Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis

Metode : Diskusi

Media :

1. Dokumen/status klien.
2. Sarana diskusi: kertas, pulpen.
3. Materi yang disampaikan secara lisan.

KEGIATAN RONDE KEPERAWATAN

Waktu	Tahap	Kegiatan	Pelaksana	Keg. Klien	Tempat
	Praronde	Praronde: 1. Menentukan kasus dan topoik 2. Menentukan tim ronde 3. Menentukan literatur 4. Membuat proposal 5. Mempersiapkan klien 6. Diskusi pelaksanaan	Penanggung Jawab:		Nurse station
5 menit	Ronde	Pembukaan 1. Salam pembuka 2. Memperkenalkan tim ronde 3. Menyampaikan identitas dan masalah klien 4. Menjelaskan tujuan ronde	Kepala Ruangan		Nurse Station
		Penyajian masalah	PP	Menden garkan	Nurse Station

30 menit		1. Memberi salam dan memperkenalkan klien dan keluarga kepada tim ronde 2. Menjelaskan riwayat penyakit dan keperawatan klien 3. Menjelaskan masalah klien dan rencana tindakan yang telah dilaksanakan dan serta menetapkan prioritas yang perlu didiskusikan Validasi data: 1. Mencocokkan dan menjelaskan kembali data yang telah disampaikan 2. Diskusi antar anggota tim dan klien tentang masalah keperawatan tersebut 3. Pemberian justifikasi oleh	Karu, PP, Perawat Konselor	Memberi kan respons dan menjawab	Ruang Perawat an
-------------	--	---	----------------------------------	--	------------------------

		perawat primer atau perawat konselor atau kepala ruang tentang masalah klien serta rencana tindakan yang akan dilakukan 4. Menentukan tindakan keperawatan pada masalah prioritas yang telah ditetapkan	Karu, PP, Perawat Konselor Karu	pertanya an	
10 menit	Pascaron de	1. Evaluasi dan rekomendasi intervensi keperawatan 2. Penutup	Karu, Supervisor, Perawat Konselor, Pembimbing	-	Nurse Station

KRITERIA EVALUASI

1. Struktur

- Ronde keperawatan dilaksanakan di Ruang perawatan It 5
- Peserta ronde keperawatan hadir di tempat pelaksanaan ronde keperawatan
- Persiapan telah dilakukan sebelumnya

2. Proses

- Peserta mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

- Seluruh peserta berperan aktif dalam kegiatan ronde sesuai peran yang telah ditentukan

3. Hasil

- a. Klien puas dengan hasil kegiatan
- b. Masalah klien dapat teratasi
- c. Perawat dapat:
 - Menumbuhkan cara berpikir yang kritis dan sistematis
 - Meningkatkan kemampuan validitas data klien
 - Meningkatkan kemampuan menentukan diagnosis keperawatan
 - Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berorientasi pada masalah klien
 - Meningkatkan kemampuan memodifikasi rencana asuhan keperawatan
 - Meningkatkan kemampuan justifikasi
 - Meningkatkan kemampuan menilai hasil kerja

PENGORGANISASIAN

1. Kepala Ruangan : Zachwan Darul Akram
2. PP I : Rasmiati
PP II : Zahra
3. PA I : Delvi
PA II : Nurul Qalbi
4. Perawat Konselor : Rasmiati
5. Ahli Gizi : Salwa
6. Pembimbing :
7. Supervisor :

RESUME KLIEN PELAKSANAAN RONDE KEPERAWATAN

IDENTITAS

Nama : Tn. M
Umur : 69 tahun
Status : Sudah menikah
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Buruh Harian
Alamat : Jl. Ap. Pettarani
MRS : 06-07-2025

Diagnosis Medis : Apendisitis Post of Appendectomy

Keluhan Utama:

Nyeri pada abdomen sebelah kanan

Riwayat Penyakit Sekarang:

Nyeri pada perut kanan dialami sejak beberapa hari yang lalu

Riwayat Penyakit Dahulu:

Hipertensi

Riwayat Penyakit Keluarga:

Tidak ada

PEMERIKSAAN FISIK TANGGAL

- Keadaan umum: Sedang
- GCS: Composmentis
- TD:151/76 mmHg
- N:77Xxmenit
- P:20x/menit
- S:36,5

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
RBC	4.03	3.00-5.20
HEMOGLOBIN	13.4 g/dL	11.5-18
HCT	36.0 %	35.0-46.0
MCV	89.2	77.0-97.0
MCH	33.2	26.0-34.0
MCHC	37.2 g/dL	32.0-35.0
RDW-CV	11.7%	11.0-17.0
RDW-SD	43.1	37.0-49.0
PLATELET	25.1	150-450
PCT	0.19%	0.15-0.40
MPV	7.9	6.0-11.0
PDW	9.7	11.0-22.0
PDP-LCC	58	44-140
P-LCR	23.0%	18.0-50.0
WBC (LEUKOSIT)	23.59	1.50-10.00
- NEUTROFIL (#)	22.59	1.00-7.00
- LYMPHOCYTE (#)	0.40	1.00-3.00
- MONOCYTE (#)	0.38	0.20-0.40
- EOSINOFIL (#)	0.17	0.00-0.50
- BASOFIL (#)	0.05	0.00-0.15
- LIC (#)	0.22	0.00-0.10
- NEUTROFIL(%)	95.8%	40.0-73.0
- LYMPHOCYTE (%)	1.7%	14.0-15.0
- MONOCYTE (%)	1.6%	4.0-11.0
- EOSINOFIL (%)	0.7%	0.5-7.0
- BASOFIL (%)	0.2%	0.0-2.0
- LIC (%)	0.9%	0.0-1.0

TERAPI

1. IVFD RL
2. Ceftriaxone 1Gr/12J/IV
3. Metronidazole 500MG/8J/IV
4. Metoklopramid 10MG/8J/IV
5. Ranitidin 50MG/12J/IV
6. Paracetamol 1GR/6J/IV

KLASIFIKASI DATA

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
Ds : 1. pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan seperti tertusuk – tusuk dengan durasi nyeri 2 menit, nyeri terasa hilang timbul dan sudah di rasakan sejak 5 hari yang lalu. 2. Pasien mengeluh demam naik turun 3. Pasien mengatakan lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas 4. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 5. Skala nyeri 5 6. Pasien mengatakan khawatir dan cemas.	Do : 1. PQRST - P : Nyeri datang tidak terduga - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri terasa pada perut bagian kanan - S: Skala nyeri 5 - T : Nyeri terasa selama 3 menit 2. Pasien tampak meringis 3. Pasien tampak lemas 4. TTV - TD : 153/80 mmhg - N : 80 x/m - P : 20 x/m - S : 36,4 c

ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Ds : 1. Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah seperti tertusuk – tusuk dengan durasi nyeri 2 menit, nyeri terasa hilang timbul 2. Pasien mengatakan nyeri sudah di rasakan sejak 5 hari yang lalu. Do: 2. PQRST - P : Nyeri datang tidak terduga - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri terasa pada perut bagian kanan - S: Skala nyeri 5 - T : Nyeri terasa selama 2 menit	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut

2	Ds: 1. Pasien merasa khawatir dengan penyakitnya DO: 1. Pasien tampak meringis 2. Tekanan darah meningkat TD : 147/84 mmhg N : 80 x/m P : 20 x/m S : 38,4 c	Ancaman terhadap konsep diri	Ansietas
3	Ds: 1. Pasien mengatakan lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas Do: 1. Pasien nampak lemas	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL DITEMUKAN	TANGGAL TERATASI
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	14-07-2025	
2.	Ansietas b.d Ancaman terhadap konsep diri	14-07-2025	
3.	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan	14-07-2025	

HARI/ TANGGAL	WAKTU	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Tujuan, Kriteria Hasil)	INTERVENSI
14-07-2025		Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri. Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2x8 jam, diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) • Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Terapeutik 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur • Edukasi 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

			8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. • Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
14-07-2025		Ansietas (D.0080) b.d Ancaman terhadap konsep diri d.d pasien nampak gelisah. Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x8 jam, diharapkan Tingkat ansietas (L.09093) menurun, dengan kriteria hasil: • Perilaku gelisah menurun • Tekanan darah membaik • Verbilasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun	Reduksi ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor) 2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian

			4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 6. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosi, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 5. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 6. Latih teknik relaksasi Kolaborasi
--	--	--	---

			7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
14-07-2025		Intoleransi aktifitas (D.0056) b.d kelemahan d.d pasien nampak lemah. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam, maka diharapkan Toleransi aktivitas (L.05047) meningkat, dengan kriteria hasil : • Keluhan lelah menurun • Perasaan lemah menurun • Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat • Tekanan darah membaik	Manajemen energi (I.05278) • Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 3. Monitor pola dan jam tidur pasien • Terapeutik 4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 5. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. • Edukasi 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Ajarkan tirah baring

IMPLEMENTASI

Hari/Tanggal	No. DX	Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi	Paraf
Senin, 14/07/2025 Hari 1	1	09.00 WITA 09.20 WITA	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan skala nyeri pasien Hasil: PQRST - P : Nyeri datang tidak terduga - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri terasa pada perut bagian bawah kanan - S: Skala nyeri 5 - T : Nyeri terasa selama 2 menit 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: Pengaturan posisi yang nyaman, posisi semi fowler 3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri		S: Hasil pengkajian PQRST P: Nyeri datang tidak terduga Q: yeri seperti tertusuk-tusuk R: Nyeri terasa pada perut bagian bawah kanan S: Skala nyeri 5 T: Nyeri terasa selama 2 Menit O: - Skala nyeri 5	

		10.00 WITA	Hasil: Pasien mengerti tentang penjelasan pengaturan posisi yang nyaman.		- Pasien nampak nyaman dengan posisi semi-fowler A: Nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (manajemen nyeri)	
Senin, 14/07/2025 Hari 1	2	10.20 WITA	1. Dengarkan dengan penuh perhatian Hasil: pasien mengatakan khawatir dengan penyakitnya 2. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Hasil: pasien mengerti saat diberikan pemahaman mengenai kekhawatirannya		S: - Pasien mengatakan kecemasannya masih selalu memikirkan terkait penyakitnya	

			3. Informasikan secara factual mengenai diagnosi, pengobatan, dan prognosis Hasil: pasien dapat paham apa yang terjadi jika tidak segera di tangani 4. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Hasil: keluarga Nampak selalu mendampingi pasien 5. Melatih tehnik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien Nampak melakukan tehnik relaksasi.		O: - Pasien tampak gelisah - TTV - TD : 153/80 mmhg - N : 80 x/m - P : 20 x/m - S : 38,4 c A: - Ansietas belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi	
Senin, 14/07/2025 Hari 1	3	11.00 WITA	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan		S: - Pasien mengatakan badannya lemah, belum bisa melakukan aktivitas.	

		11.15 WITA 11.20 WITA	Hasil: Pasien mengatakan badannya lemah, belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri 2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil: Pasien mengatakan karena adanya nyeri. 3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil: Pasien posisi semi fowler. 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil: aktivitas klien dibantu keluarga	- Pasien mengatakan karena adanya nyeri. O: - Pasien Nampak lemah - Pasien posisi semi fowler A: - Intoleransi aktivitas belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi (Manajemen energi)	
--	--	---	--	---	--

		WITA			A: - Nyeri belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi (manajemen nyeri)	
		08.30 WITA				
Selasa, 15/07/2025 Hari 2	2		1. Dengarkan dengan penuh perhatian Hasil: pasien mengatakan khawatir dengan penyakitnya 2. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Hasil: pasien mengerti saat diberikan pemahaman mengenai kekhawatirannya 3. Informasikan secara factual mengenai diagnosi, pengobatan, dan prognosis		S: - Pasien mengatakan kecemasannya masih selalu memikirkan terkait penyakitnya O: - Pasien tampak gelisah	

			Hasil: pasien dapat paham apa yang terjadi jika tidak segera di tangani 4. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Hasil: keluarga Nampak selalu mendampingi pasien 5. Melatih teknik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien Nampak melakukan teknik relaksasi		- TTV - TD : 139/100 mmhg - N : 80 x/m - P : 20 x/m - S : 35,4 c A: - Ansietas belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi	
Selasa, 15/07/2025 Hari 2	3	09.00 WITA	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: Pasien mengatakan badannya lemah, belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri		S: - Pasien mengatakan badannya lemah, belum bisa melakukan aktivitas secara. - Pasien mengatakan karena adanya nyeri.	

			2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil: Pasien mengatakan karena adanya nyeri. 3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil: Pasien posisi semi fowler. 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil: aktivitas klien dibantu keluarga		O: - Pasien nampak lemas - Pasien posisi semi fowler A: - Intoleransi aktivitas belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi (Manajemen energi)	
--	--	--	--	--	--	--

LAMPIRAN

STRUKTUR ORGANISASI

STRUKTUR ORGANISASI MAKP (METODE PRIMER)
RUANG LANTAI 5 RUMAH SAKIT SANDI KARSA



RENCANA KEGIATAN HARIAN

1. 07.00-08.00: Operan jaga dari shift malam ke pagi, termasuk ronde ke tiap kamar dan pre conference dengan kepala ruangan.
2. 08.00-09.00: Mengobservasi pasien dan kebutuhan pasien, meminta rencana kerja harian dari preceptor (PP).
3. 09.00-12.00: Melakukan asuhan keperawatan pada pasien kelolaan, termasuk pengkajian, pemberian obat, dan tindakan keperawatan lainnya, serta melakukan evaluasi perkembangan pasien.
4. 12.00-13.00: Post conference dan dokumentasi asuhan keperawatan, serta memeriksa kelengkapan dokumentasi bersama kepala ruangan dan pembagian pasien untuk shift sore.
5. 14.00: Operan ke shift sore.

SKENARIO ROLE PLAY KEPALA RUANGAN

1. Briefing pagi

Selamat pagi semuanya, terima kasih sudah hadir tepat waktu. Hari ini kita ada 18 pasien rawat inap, 2 pasien baru masuk pagi ini, dan ada 1 pasien yang rencana pulang. Tolong pastikan semua catatan keperawatan sudah update. Jangan lupa untuk evaluasi tanda vital dan observasi post-operasi pasien Ibu Sari. Tetap jaga komunikasi dengan dokter jaga dan jaga sikap profesional di depan pasien dan keluarga. Semangat bekerja hari ini!”

2. Memberikan arahan ke tim perawat

“Untuk hari ini, perawat 1 bertugas di ruang perawatan anak , perawat 2 dan 3 bertugas di ruang perawatan dewasa. Pastikan semua tindakan tercatat di e-medical record. Kalau ada kendala atau pasien dengan kondisi tidak stabil, segera laporkan ke saya atau ke dokter jaga.”

SKENARIO ROLE PLAY KETUA TIM

1. Briefing pagi katim ke Prawat

“Selamat pagi semuanya, semoga kalian dalam keadaan sehat. Hari ini kita jaga pagi dengan total 10 pasien di tim kita. Ada satu pasien post-op semalam, jadi tolong observasi tanda vital tiap 4 jam. Pasien Ibu Rini juga mulai rewel soal nyeri, jadi evaluasi skala nyerinya secara berkala dan jangan lupa dokumentasikan.”

2. Pembagian tugas oleh katim

" Untuk hari ini , perawat 1 bertugas di ruang perawatan anak, perawat 2 dan 3 bertugas di ruang perawatan dewasa. Pastikan semua tindakan tercatat di e-medical record. Kalau ad kendala atau pasien dengan kondisi tidak stabil, segera laporkan ke saya

3. Menyampaikan arahan dari karu

" Teman-teman, tadi pagi saya dapat arahan dari Bu Karu, kita harus perbaiki dokumentasi asuhan keperawatan harian. Beberapa catatan masih kurang lengkap. Mulai hari ini, tolong pastikan semua intervensi yang dilakukan langsung ditulis. Ini penting buat akreditasi juga."

SKENARIO ROLE PLAY PERAWAT PELAKSANA

1. Perawat ke pasien

" "Selamat pagi, Bu. Saya perawat yang jaga pagi ini. Saya mau memberikan obat yang diresepkan dokter, ya. Ini obat untuk menurunkan tekanan darah Ibu. Diminum sesudah sarapan, ya Bu."

2. Serah terima jaga

" Pasien kamar 3, Ibu Siti, post operasi usus buntu kemarin. Tadi pagi sudah makan bubur, keluhan mual ringan. Luka operasi kering, balutan masih bersih."

SKENARIO ROLE PLAY OPERAN

1. Sesama perawat pelaksana

" Pasien Tn I pasiennya dokter Riski sudah masuk ambacin dan sudah siap ke OKA"

2. Operaran di pasien

" Permisi ibu saya perawat D yang berdinas pagi, ini teman saya perawat R yang akan menggantikan saya yang berdinas siang. Kalau ada keluhan kita melaporkannya di perawat R"

SKENARIO ROLE PLAY RONDE KEPERAWATAN

1. Pembukaan dan Perkenalan (Oleh KARU):

•KARU: "Selamat pagi/siang/sore semuanya, selamat datang di ronde keperawatan. Terima kasih atas kehadirannya. Hari ini kita akan membahas kasus [Nama Pasien]. Izinkan saya memperkenalkan tim yang

terlibat: [Nama Katim] sebagai Ketua Tim, [Nama PP] sebagai Perawat Primer, dan [Nama PA] sebagai Perawat Associate."

•KARU: "Sebelumnya, apakah ada yang ingin ditambahkan atau diklarifikasi?"

2. Penyampaian Kasus (Oleh Katim):

•Katim: "Baik, terima kasih. Kasus yang akan kita bahas adalah Tn./Ny. [Nama Pasien], dengan diagnosa [Diagnosa Medis] dan masalah keperawatan utama [Masalah Keperawatan Utama]. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal [Tanggal Masuk] dengan keluhan utama [Keluhan Utama]."

•Katim: "Saat ini, pasien masih mengeluhkan [Keluhan Pasien Saat Ini]. Intervensi yang sudah dilakukan meliputi [Intervensi yang Sudah Dilakukan]. Hasil evaluasi menunjukkan [Hasil Evaluasi]. Ada beberapa masalah yang belum teratasi, yaitu [Masalah Belum Teratasi]."

3. Diskusi dan Identifikasi Masalah (Oleh Semua Anggota Tim):

•PP: "Dari pengkajian yang saya lakukan, saya melihat adanya [Masalah Tambahan yang Ditemukan]. Apakah ada intervensi lain yang bisa kita berikan?"

•PA: "Saya setuju dengan PP. Selain itu, saya melihat pasien juga mengalami [Masalah Tambahan Lainnya]. Apakah kita perlu melakukan [Usulan Intervensi]?"

•Dokter (jika ada): Saya melihat ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dari sisi medis, yaitu [Masalah Medis yang Perlu Diperhatikan]. Intervensi yang sudah dilakukan sudah tepat, namun mungkin perlu penyesuaian dosis obat [Obat yang Perlu Disesuaikan]."

- Ahli Gizi (jika ada) "Dari sisi gizi, pasien membutuhkan [Kebutuhan Gizi Pasien]. Diet yang diberikan perlu disesuaikan dengan kondisi pasien."

4. Perencanaan Intervensi (Oleh Semua Anggota Tim):

•PP"Baik, berdasarkan diskusi ini, saya mengusulkan beberapa intervensi tambahan, yaitu [Intervensi Tambahan yang Disepakati]. Saya juga akan berkolaborasi dengan [Anggota Tim Lain] untuk melakukan [Tindakan Kolaborasi]."

•PA: "Saya akan membantu PP dalam melakukan perawatan luka, termasuk [Tindakan Perawatan Luka]. Saya juga akan memantau respon pasien terhadap intervensi yang diberikan."

•KARU: "Baik, saya setuju dengan usulan intervensi yang telah disepakati. Mari kita laksanakan rencana ini dengan baik dan pantau perkembangannya."

5. Evaluasi dan Kesimpulan (Oleh KARU):

•KARU: "Ronde keperawatan ini telah memberikan kita pemahaman yang lebih baik tentang kondisi pasien. Dari hasil diskusi, kita telah merencanakan intervensi yang lebih komprehensif. Mari kita evaluasi kembali rencana ini setelah beberapa waktu untuk melihat hasilnya."

•KARU: "Terima kasih atas partisipasi semua anggota tim. Semoga dengan ronde keperawatan ini, kualitas asuhan keperawatan kita semakin meningkat. Apakah ada hal lain yang ingin ditambahkan?"

6. Penutup (Oleh KARU):

•KARU: "Baik, jika tidak ada lagi yang perlu dibahas, saya tutup ronde keperawatan ini. Terima kasih atas kerja samanya. Semoga kita semua selalu diberikan kesehatan dan kekuatan dalam menjalankan tugas."

SKENARIO ROLE PLAY PRE DAN POST CONFERENCE

Kepala Ruangan (Hand Over)

1. Selamat pagi semuanya, sebelum mulai dinas, kita briefing dulu ya. Sebelum mengakhiri dan memulai kegiatan hari ini alangkah baiknya kita berdoa dulu menurut agama dan keyakinan masing2
2. Baik untuk hari jumlah pasien kita ada 27 orang, 19 orang pasien dewasa dan 8 orang pasien anak
3. Selanjutnya saya serahkan kepada pj shift pagi ini untuk melaporkan kondisi pasien yang baru masuk dan pasien yang perlu perhatian khusus, apa ada rencana tindakan keperawatan hari ini
4. Oke terima kasih, Semua perawat diharapkan memperhatikan jadwal pemberian obat dan melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien. Pj shift tolong awasi dan koordinasikan semua tindakan keperawatan hari ini, jika ada kendala segera laporan

Kepala Ruangan & perawat (Post Conference)

Kepala Ruangan: Selamat sore, teman-teman. Terima kasih atas kerja samanya hari ini. Sebelum kita akhiri shift pagi ini, mari kita lakukan post conference untuk evaluasi pelayanan pasien dan kesiapan shift berikutnya. Bagaimana kondisi pasien secara umum hari ini?

Perawat: Selamat sore, Bu ... Secara umum kondisi pasien stabil. Ada satu pasien di kamar 502, Bapak, yang tadi sempat mengeluh nyeri dada. Sudah ditindaklanjuti, EKG dilakukan, dan dokter jaga sudah menilai. Saat ini nyeri sudah berkurang, dan pasien dalam pengawasan ketat.

Kepala Ruangan: Baik, terima kasih, Pastikan laporan tertulisnya lengkap di rekam medis ya, termasuk evaluasi EKG dan tindak lanjutnya. Bagaimana dengan jadwal obat dan tindakan keperawatan, apakah ada yang tertunda?

Perawat: Untuk jadwal obat semua sudah diberikan tepat waktu. Hanya tindakan fisioterapi di kamar 505 yang sempat mundur 30 menit karena ada kondisi darurat di kamar 507 tadi. Tapi sudah kami koordinasikan dengan fisioterapis.

Kepala Ruangan: Bagus, terima kasih atas koordinasinya. Ke depan, kalau ada situasi seperti itu, pastikan tetap dicatat di laporan shift, ya. Sekarang, apakah ada kendala alat atau logistik di ruangan hari ini?

Perawat: Ada, Bu. Stok infus set tinggal sedikit. Tadi sudah kami catat di buku permintaan, tapi mungkin perlu segera ditindaklanjuti ke bagian farmasi.

Kepala Ruangan: Baik,. Saya minta tolong besok pagi dicek ulang, dan segera disampaikan ke bagian farmasi. Jangan sampai stok habis di malam hari.

Terakhir, ada saran atau masukan dari teman-teman terkait pelayanan hari ini?

Perawat: Mungkin Bu, untuk jadwal kunjungan dokter spesialis pagi sebaiknya dipastikan lagi, karena tadi sempat ada keterlambatan sehingga keluarga pasien menanyakan terus ke perawat jaga.

Kepala Ruangan: Catatan yang bagus, suster. Besok pagi saya akan koordinasikan lagi dengan bagian medis soal jadwal visit sore. Baik, kalau tidak ada lagi, saya ucapkan terima kasih atas kerja keras dan kerja samanya hari ini. Semoga shift sore berjalan lancar. Jangan lupa tetap pantau pasien-pasien kritis, dan tetap jaga komunikasi antar shift.

Semua Perawat: Baik, Bu. Terima kasih.

SKENARIO ROLE PLAY TRANSFER PASIEN

Seorang perawat di ruangan perawatan lantai 5 menelfon ke ruang HD

PA : selamat pagi dengan ruangan HD saya perawat “N” perawat
Dari ruang perawatan lantai 5

Perawat HD : Selamat pagi dengan “R” dari ruangan HD ada yang bisa
saya bantu Ners “N”

PA : Saya ingin konfirmasi jadwal hemodialisis untuk pasien atas
nama ibu “H” usia 56 tahun No Rm 446763 jadwal HD beliau hari ini jam
09:00

Perawat HD : Baik, saya cek dulu datanya

Ya, benar Bu, ibu “H” memang terjadwal HD hari ini pukul 09.00. Apakah
pasien sudah siap?”

PA : Sudah, Bu. Tanda vital terakhir stabil, tidak ada keluhan sesak,
dan AV fistula sudah kami periksa berfungsi baik. Pasien juga sudah puasa
sesuai instruksi dan tidak ada kontraindikasi.

Perawat HD : Baik, terima kasih informasinya. Silakan antar pasien ke unit
HD sekitar 15 menit sebelum jadwal agar bisa kami persiapkan

PA : Siap, Bu. Kami akan antar pasien sekitar pukul 08.45
Dokumen pengantar dan hasil lab terbaru juga akan kami bawa

Perawat HD : Baik, Ners “N”. Kami tunggu kedatangannya

PA : Terima kasih, Ners Rina. Sampai nanti.

Seorang perawat menuju ke kamar pasien mengkonfirmasi
pasien dan mengantar pasien ke ruangan hemodialisis

PA : Selamat pagi, ibu”H” . Saya perawat “N” dari ruang rawat
perawatan lantai 5 Saya akan mengantar Ibu ke unit Hemodialisis untuk
menjalani terapi cuci darah hari ini

Pasien : Oh iya, Ners “N”. Jadwalnya hari ini, ya? Saya sudah siap.”

PA : Betul, Bu. Jadwal Ibu hari ini pukul 09.00. Saya sudah cek tanda vital, semuanya stabil. Ini juga dokumen pengantar dan catatan medisnya sudah saya siapkan.”

Pasien : Baik Ners

Perawat mengambil kursi roda dan membantu pasien

naik ke kursi roda setelah itu pasien didorong ke ruang HD

“Sesampainya diruang Hemodialisis”

PA : Selamat pagi, Ners R. Ini pasien atas nama Ibu “H” dari ruang rawat B.Nywa Jadwal hemodialisis pukul 09.00. Tanda vital stabil, ada keluhan sesak tambahan, dan konekta AV-nya dalam kondisi baik.”

Perawat HD : Terima kasih, Ners “N”. Saya terima pasiennya. Sudah dicek lab terakhirnya?

PA : Sudah, hasil lab terbaru tadi pagi. Ini saya lampirkan juga di berkas. Tidak ada kontraindikasi untuk HD hari ini.”

Perawat HD : Baik. Kami akan menghubungi Ners “N” setelah HD nya selesai

PA : Baik terimakasih Ners “R”

Perawat HD : Baik saya mulai persiapan HD-nya.

Terima kasih atas serah terimanya Ners “N”

Perawat ruangan perawatan lantai 5 ke pasien

PA : Bu “H”, saya pamit dulu. Nanti setelah selesai, perawat di HD akan menghubungi kami diruangan B.Nyawa untuk menjemput ibu diruangan hemodialisis

Pasien : Terimakasih Ners “N”

SKENARIO ROLE PLAY TERIMA PASIEN BARU

1. Penyambutan pasien

"Selamat siang, Bapak/Ibu. Saya perawat disini yang akan membantu Bapak/Ibu selama dirawat di ruang ini. Selamat datang di ruang rawat inap Lantai 5."

2. Pemeriksaan identitas dan verifikasi

"Boleh saya verifikasi dulu, Bapak/Ibu atas nama siapa ya?"

3. Pengenalan ruangan

, ini kamar Bapak. Di sini ada tempat tidur yang bisa dinaik-turunkan, tombol bel untuk memanggil perawat, dan lemari penyimpanan. Kamar mandi ada di dalam."

4. Pengkajian awal

Sebelum Bapak istirahat, saya perlu mengisi pengkajian awal ya. Ini termasuk cek tekanan darah, suhu tubuh, dan beberapa pertanyaan seputar kondisi kesehatan Bapak."

5. Edukasi dasar Selama dirawat, kami harap Bapak tidak meninggalkan ruangan tanpa izin ya. Bila butuh bantuan, cukup tekan bel ini. Jam besok mulai pukul 10 pagi hingga 6 sore."

6. Penutup

"Kalau Bapak atau keluarga ada pertanyaan atau keluhan, silakan sampaikan ke kami. Kami siap membantu. Semoga lekas sembuh ya, Pak Ahmad."

SKENARIO ROLE PLAY INFORMED CONSENT

1. Perawat ke pasien "Ibu dari hasil intruksi dari dokter, ini kan tidak bisaki kencing jadi mau dipasangkan kateter, nanti itu setelah dilakukan pemasangan kateter mungkin agak lain kita rasa. Tapi sebelum dipasangi

ki kateter bisaki tanda atangan disini, jika setuju dengan tindakan itu kita tanda tanganimi disini”

SKENARIO ROLE PLAY SUPERVISI

1. Karu

“Selamat pagi, Perawat pelaksana. Hari ini saya akan lakukan supervisi tindakan perawatan luka. Sudah siap?”

2. Perawat pelaksana

" “Siap, Bu. Ini pasien Bapak Jumakin, luka dekubitus grade 2 di sakrum. Tindakan hari ini adalah penggantian balutan sesuai instruksi dokter.”

3. Karu

" Baik, saya lihat kamu sudah cuci tangan dengan benar. Saat membuka balutan, pastikan kamu perhatikan reaksi pasien, ya. Jangan lupa cuci tangan ulang sebelum pasang balutan baru.”