

Nurul Hidayah

Edisi 1

**CONTOH DOKUMENTASI LAPORAN
DISEMINASI MANAJEMEN KEPERAWATAN**

**Universitas Jember
2020**

Cetakan Pertama, Agustus 2020

Judul	: Contoh Dokumentasi Laporan Diseminasi Manajemen Keperawatan
Pengembang Desain Cover & Ilustrasi	: Nurul Hidayah
Tata Letak	: Nurul Hidayah
Jumlah Halaman	: 202

Jember, 08 Agustus 2020

Tim Penulis

Prolog

Buku Contoh Dokumentasi Laporan Diseminasi Akhir adalah publikasi laporan tugas akhir stase daring mata kuliah Manajemen Keperawatan dari tim penulis. Tujuan kami adalah untuk memberi informasi tentang panduan penulisan dokumentasi sistemis dalam menyusun laporan diseminasi akhir. Tim penulis berterima kasih atas kemurahan hati Ns. Anisah Ardiana, S.Kep., M.Kep., Ph.D, dan Ns. Nurfika Asmaningrum S.Kep., M.Kep., Ph. D yang dengan bimbingan, dan saran-kritiknya penulis dapat menjadikan pengalamannya dalam menjalankan dan menyelesaikan tugas-tugas mata kuliah stase manajemen keperawatan sehingga tersusun buku ini. Dalam setiap bab buku ini membahas poin-poin dalam dokumentasi yang saling terintegrasi. Harapan penulis, pembaca dapat mengambil kesimpulan dari dokumentasi dan alur dokumentasi laporan diseminasi akhir. Lebih lanjut, penulis hanya menyediakan satu kasus dalam implementasinya selama menyusun buku ini, sehingga selain itu diharapkan pembaca dapat menyesuaikan kasus tertentu mengingat solusi pemecahan masalah asuhan keperawatan sangat kompleks. Kedepannya Edisi ke dua dapat lebih mengidealkan dokumentasi ini dan menambah variasi kasus agar pembaca bisa representatif dalam menilai berbagai aspek permasalahan asuhan manajemen keperawatan. Teori-teori kritis yang dijelaskan dalam buku ini memberikan landasan untuk siklus manajemen keperawatan. Selamat menikmati!

Jember, Agustus 2020

Tim Penyusun

Ucapan Terimakasih

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada dosen pembimbing dan rekan-rekan yang luar biasa terlibat dalam penyusunan buku pertama ini. Kami berterima kasih kepada editor dan peninjau seri ini atas bimbingannya yang penuh pertimbangan. Akhirnya, kembali kata yang saya ucapkan adalah rasa terima kasih kepada keluarga penulis, editor, pembimbing / reviewer yang membuat kami dipenuhi dengan harapan untuk hari esok yang lebih baik.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	4
1.2.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Manfaat	4
1.3.1 Bagi Pasien	4
1.3.2 Bagi Perawat	4
1.3.3 Bagi Rumah Sakit	5
BAB 2. KASUS MANAJEMEN	6
BAB 3. PENGKAJIAN	7
3.1 Analisa Situasi	7
3.1.1 Ketenagaan (Man/M1)	7
3.1.2 Material (M2).....	19
3.1.3 Metode (Method/ M3)	25
3.1.4 Keuangan (Money/ M4).....	42
3.1.5 Pemasaran Bangsal (Market/M5)	45
BAB 4. ANALISA SWOT	55
4.1 Analisa SWOT	55
4.1.1 SWOT M1 (Ketenagaan/Man).....	55
4.1.2 SWOT M2 (Material)	56
4.1.3 SWOT M3 (Metode).....	57
4.1.4 SWOT M4 (Money).....	58
4.1.5 SWOT M5 (Market)	59
4.1.6 SWOT M1- M5.....	61
4.2 Diagram Layang	67

4.3 Matrik SWOT dalam Renaca Strategi	68
BAB 5. PRIORITAS MASALAH DAN PERENCANAAN	73
5.1 Daftar Masalah	73
5.2 Penampisan Prioritas Masalah	73
5.3 Penampisan Prioritas Tindakan	76
5.4 Planning of Action	79
BAB 6. HASIL REALISASI KEGIATAN KELOMPOK.....	81
5.1 Bab 1	81
5.2 Bab 2	81
5.3 Bab 3	81
5.4 Bab 4	83
5.5 Bab 5	83
5.6 Bab 6	85
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	93
DAFTAR PUSTAKA	95
SKENARIO <i>ROLE PLAY</i> TIMBANG TERIMA.....	97
SKENARIO <i>ROLE PLAY</i> PRE DAN POST CONFERENCE.....	110
SKENARIO <i>ROLE PLAY</i> DISKUSI REFLEK KASUS	123
SOP DISKUSI REFLEK KASUS.....	135
SATUAN ACARA PENYULUHAN PENCEGAHAN COVID 19.....	138
KEGIATAN KELOMPOK 2	157
LAMPIRAN (DOKUMENTASI)	159

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu instalasi pelayanan kesehatan terbesar yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna di mana terdapat jenis pelayanan yang mendukung kesehatan masyarakat seperti pelayanan medik, penunjang klinik, kefarmasian, penunjang nonklinik, keperawatan dan kebidanan, dan rawat inap (Fajrianti & Muhtadi, 2017). Rumah sakit adalah institusi rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang penyakit. Hakikat dasar rumah sakit adalah pemenuhan kebutuhan dan tuntutan pasien yang mengharapkan penyelesaian masalah kesehatannya pada rumah sakit (Listiyono, 2015).

Salah satu bentuk tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai tingkat pelayanan lanjutan setelah puskesmas tentunya harus mempunyai pelayanan yang lebih serta merupakan penunjang kesehatan di dalam wilayah kecil seperti kecamatan, hingga kabupaten ataupun kota. Kualitas rumah sakit dan pelayanannya ditentukan dari kinerja rumah sakit dan pemberi asuhan keperawatan secara berkesinambungan selama 24 jam. Pasien memandang bahwa hanya rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan medis sebagai upaya penyembuhan dan pemulihan atas rasa sakit yang dideritanya. Pasien mengharapkan pelayanan yang siap, cepat, tanggap, dan nyaman terhadap keluhan penyakit pasien (Listiyono, 2015).

Rumah Sakit Universitas Jember adalah salah satu rumah sakit pendidikan di Kabupaten Jember yang berlokasi di Jl. Kalimantan No. 37 Tegal Boto Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember, Jawa Timur. Rumah sakit Universitas Jember mempunyai berbagai macam jenis pelayanan kesehatan yang dapat diunggulkan untuk mempertahankan loyalitas pasien. Salah satu jenis pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit yaitu pelayanan rawat inap. Ruang Cempaka merupakan ruang rawat inap yang menyediakan pelayanan untuk penyakit dalam.

Manajemen keperawatan diperlukan agar perawat dapat bertindak lebih mandiri dalam praktik profesional, dapat mempertahankan profesi keperawatan, perawatan dapat diberikan sebelum profesi lain dan mengurangi adanya tekanan eksternal. Manajemen keperawatan dapat dibangun dengan peningkatan kualitas dan kuantitas dari unsur-unsur manajemen keperawatan meliputi *man, material, method, money* dan *market* dimana didalam setiap unsur tersebut akan memiliki kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman yang akan mempengaruhi jalannya manajemen keperawatan yang mempengaruhi tingkat pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien.

Hasil dari wawancara bersama kepala ruang cempaka Universitas Jember didapatkan hasil bahwa ruang cempaka terdiri dari 17 tenaga kerja diantaranya 14 perawat (sudah termasuk kepala ruangan, terdapat juga 2 orang pekaya kesehatan dan 1 orang administrasi. Ruang Cempaka selalu full dengan pasien dengan tingkat ketergantung pasien rata-rata per/hari: 2 bed total care, 6 bed partial care, dan 14 Bed minimal care. Manajemen jadwal shift tela diatur sebaik mungkin sehingga beban kerja yang sama pada setiap perawat dalam tim. Perawat yang bekerja memiliki keterampilan yang baik yang ditandai oleh sertifikat pelatihan yang diikuti. Rumah Sakit UNEJ dapat menjadi tempat praktik mahasiswa kesehatan

Ruang cempaka menjadi ruang rawat inap khusus untuk pasien dengan penyakit dalam dimana terdiri atas 22 bed dengan pembagian ruangan sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien. Keterangan yang ada pada setiap bed hanya terbatas nomor bed saja, tidak ada identitas yang dicantumkan pada setiap bednya. Nurse station di ruang cempaka berdampingan dengan ruang perawatan. Fasilitas ruangan yang terdapat di ruang cempaka ini yaitu adanya ruang diskusi, ruangan untuk kepala ruang, ruang obat, kamar mandi perawat dan musholla. Fasilitas peralatan di ruang cempaka meliputi peralatan medis untuk proses tindakan asuhan keperawatan, fasilitas untuk pasien serta fasilitas untuk proses manajemen ruang untuk tenaga kesehatan. Fasilitas yang belum ada adalah tidak ada ruang khusus untuk penyimpanan dokumen pasien dan terkait mekanisme

pengajuan pengadaan barang dan obat pada ruang Cempaka sering terlambat dan kurang maksimal karena birokrasi yang dinilai cukup menyusahkan.

Ruang cempaka memiliki Visi Misi dan Motto Ruangan yang baik dengan proses pelayanan asuhan keperawatan menggunakan Metode Tim. Perawat juga menerapkan proses timbang terima seperti manajemen keperawatan pada umumnya. Patient safety yang dijalankan juga belum maksimal berjalan karena banyak kendala dalam pelaksanaannya. Ketersediaan SOP untuk tindakan medis atau keperawatan yang sesuai dan masih *up to date* untuk digunakan hanya sedikit dan mekanisme dokumentasi juga masih belum terstruktur dan masih menggunakan dokumentasi manual (tuliskan tangan). Supervisi dilakukan tapi sering tidak dilaporkan dan tidak ada tindak lanjut.

Pengaturan keuangan dan pengalokasian dana yang didapat dari pemerintah serta didapat dari rumah sakit berasal dari APBN dan APBD yang diatur langsung oleh pihak rumah sakit sehingga pihak rumah sakit dapat memanajemen dan mengatur keuangan berdasarkan kebutuhan rumah sakit. Rumah Sakit Universitas Jember bekerjasama dengan perusahaan asuransi nasional BPJS. Ruang Cempaka sudah memiliki *official website* yang berisi tentang fasilitas dan pelayanan yang disediakan oleh ruang Cempaka RS Universitas Jember, memiliki jaminan terkait tingkat kepuasan pasien yang baik, bekerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan yang ada di Universitas Jember dan Rumah sakit Universitas Jember juga telah menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit Daerah di Kabupaten Jember sehingga memudahkan dalam sistem rujukan.

Berdasarkan analisa masalah tersebut, mahasiswa Profesi Ners Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember ingin melakukan analisis terkait bagaimana sistem manajemen keperawatan di ruang cempaka dalam upaya pelaksanaan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada pasien.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai adalah mampu melaksanakan praktik keperawatan serta menerapkan prinsip-prinsip manajemen keperawatan sesuai dengan model praktik keperawatan profesional di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dari praktik ini adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian situasi di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember untuk landasan menyusun rencana strategi dan operasional;
2. Mengetahui *strenght*, *weakness*, *opportunity*, *threath* (SWOT) dari pengkajian yang telah dilakukan di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember;
3. Membuat *planning*, *organizing*, *actuacting* di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember;
4. Mengimplementasikan POA yang telah direncanakan dan mengevaluasi implementasi yang telah dilaksanakan.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Pasien

1. Pasien diharapkan akan menerima pelayanan yang lebih berkualitas sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan pasien saat itu dari Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember
2. Pasien diharapkan akan menerima jaminan prosedur pelayanan yang lebih aman dan nyaman dari Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember
3. Pasien diharapkan dapat merasakan kepuasan yang optimal terhadap pelayanan yang lebih terstruktur, transparan, dan efektif dari Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember

1.3.2 Bagi Perawat

1. Perawat diharapkan dapat mengevaluasi sistem manajemen keperawatan yang berlaku di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember sehingga dapat berpikir lebih kritis dalam menentukan perencanaan terhadap masalah yang dialami
2. Perawat diharapkan dapat meningkatkan hubungan interpersonal dan interprofessional dengan mengoptimalkan fungsi manajemen keperawatan di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember.
3. Perawat diharapkan dapat meningkatkan pemberian layanan keperawatan yang maksimal dengan beban kerja yang optimal

1.3.3 Bagi Rumah Sakit

1. Rumah sakit dapat memperbaiki system pelayanan yang kurang tepat berdasarkan informasi yang didapatkan dari hasil pengkajian manajemen keperawatan
2. Rumah sakit diharapkan mendapatkan dampak positif dari peningkatan kepercayaan masyarakat akibat pelayanan yang semakin berkualitas
3. Rumah sakit diharapkan dapat bersaing dengan para pesaing dengan memiliki keunggulan manajemen keperawatan

BAB 2. KASUS MANAJEMEN

Pada Ruang Cempaka (Penyakit Dalam) di Rumah Sakit Universitas Jember, terdapat 22 bed pasien yang semuanya masih layak digunakan. Fasilitas yang ada di ruang Cempaka terdapat ruang kepala ruangan, mushalla, kamar mandi, ruang perawat, ruang obat, dan ruang diskusi. Perawat yang ada di ruang Cempaka sejumlah 14 perawat (5 ners, 9 ahli madya keperawatan) sudah termasuk kepala ruangan, terdapat juga 2 orang pekaya kesehatan dan 1 orang administrasi. Ruang Cempaka selalu full dengan pasien dengan tingkat ketergatungan pasien rata-rata per/hari: 2 bed total care, 6 bed partial care, dan 14 Bed minimal care. Pada ruang Cempaka hanya sedikit sekali SOP tindakan medis atau keperawatan yang sesuai dan masih *up to date* untuk digunakan. Mekanisme dokumentasi juga masih belum terstruktur dan masih menggunakan dokumentasi manual (tuliskan tangan). Patient safety juga belum maksimal berjalan karena banyak kendala dalam pelaksanaannya. Terkait mekanisme pengajuan pengadaan barang pada ruang Cempaka juga kurang maksimal karena birokrasi yang dinilai cukup menyusahkan. Ruang Cempaka memiliki official website yang berisikan terkait fasilitas dan mekanisme pelayanan di rumah sakit khususnya di ruang Cempaka.

Jobdesk:

1. Buatlah Analisis keperawatan secara sistematis dengan menggunakan M1-M5 (data tambahan dapat menyesuaikan seperti pengalaman anda di rumah sakit ketika AKK dan KDP)
2. Buatlah analisis SWOT dari data yang sudah didapatkan
3. Buatlah perencanaan dari masalah yang sudah didapatkan

Keterangan Data Tambahan:

- 1) Bisa melalui pengalaman
- 2) Bisa melalui telaah literatur
- 3) Bisa melalui komunikasi dengan senior (kakak kelas) yang sudah bekerja di rumah sakit terkait pengalaman praktik.

Note : Tambahkan keterangan literatur sesuai jenis data tambahan yang diperoleh.

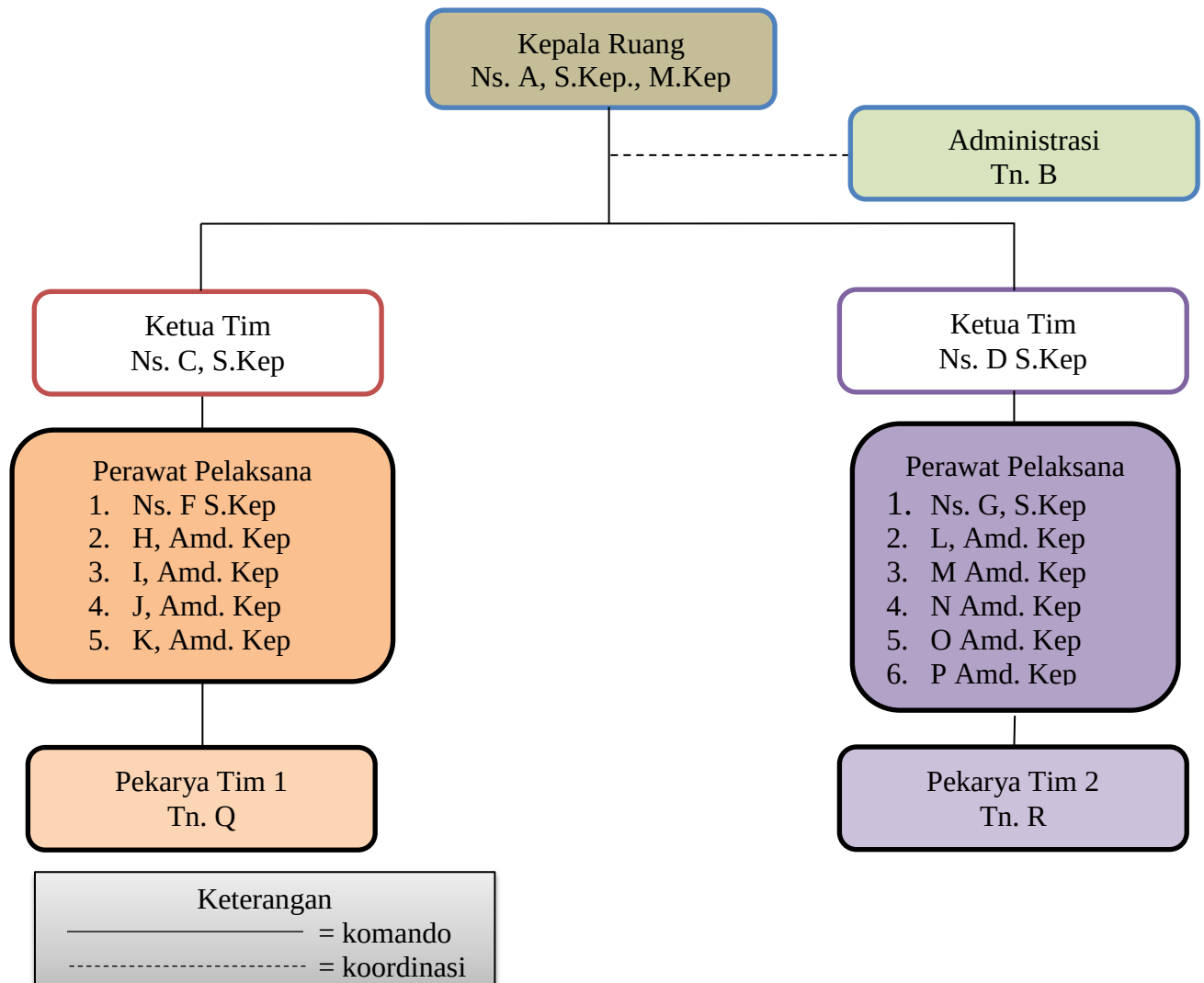
BAB 3. PENGKAJIAN

3.1 Analisa Situasi

3.1.1 Ketenagaan (*Man / M1*)

A. Analisis Ketenagakerjaan jumlah tenaga keperawatan dan non keperawatan

Ruang Cempaka merupakan salah satu ruang perawatan yang khusus pada perawatan penyakit dalam di RS Universitas Jember. Ruang Cempaka sendiri memiliki 22 bed pasien yang semuanya masih layak digunakan. Jumlah ketenagaan di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember yakni sebanyak 18 orang (1 Karu, 5 perawat ners, 9 perawat pelaksana, 2 pekarya kesehatan, dan 1 administrasi).



B. Latar Belakang Pendidikan Tenaga Kerja

Tabel 1. Latar Belakang Pendidikan dan Pelatihan yang Diikuti Perawat Ruang Cempaka RS Universitas Jember

No.	Nama	Jabatan	Pendidikan Terakhir	Pelatihan yang Pernah Diikuti
1.	Ns. A, S. Kep	Kepala Ruangan	S1	BTCLS, PPGD, Diklat Pim, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Askep, Keselamatan Pasien, CI
2.	Ns. C, S. Kep	Ka Tim 1	S1	BCLS, CI, APAR, PPI, Askep, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
3.	Ns. D, S. Kep	Ka Tim 2	S1	BCLS, CI, APAR, PPI, Askep, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
4.	Ns. F, S. Kep	Perawat Pelaksana	S1	BCLS, APAR, PPI, Askep, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
5.	Ns. G, S. Kep	Perawat Pelaksana	S1	BCLS, APAR, PPI, Askep, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
6.	H, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
7.	I, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
8.	J, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
9.	K, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
10.	L, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
11.	M, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
12.	N, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
13.	O, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
14.	P, Amd. Kep	Perawat Pelaksana	D3	BCLS, APAR, PPI, Komunikasi Efektif, Keselamatan Pasien
Total				

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui:

Latar Belakang Pendidikan Tenaga Perawat di ruang Cempaka terdiri dari 5 orang Ners (36%) dan Ahli Madya sebanyak 9 orang (64%), Kompetensi minimal yang harus dimiliki sebagai perawat dan juga sebagai tenaga pendidik sudah terpenuhi hal ini dapat dilihat dari pelatihan yang dimiliki oleh pemangku jabatan yaitu kepala ruangan dan katim yang telah menempuh pelatihan kepemimpinan bagi kepala ruangan dan pelatihan CI sebagai syarat menjadi pembimbing klinik.

C. Jumlah Tenaga di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember

1. Tenaga Keperawatan

Tabel 2. Tenaga Keperawatan di Ruang Cempaka RS Universitas Jember

No.	Jenis Ketenagaan	Jumlah (Orang)	Prosentase (%)
1.	Ners	5	35,7
2.	Ahli madya keperawatan	9	64,3
Total		14	100

Dari hasil tabel diatas menunjukkan bahwa jumlah tenaga medis di Ruang Cempaka RS Universitas Jember sebanyak 14 orang, tenaga medis tersebut terdiri atas 5 Ners (35,7%) dan 9 ahli madya keperawatan (64,3%).

2. Tenaga non-keperawatan

Tabel 3. Tenaga non keperawatan di Ruang Cempaka RS Universitas Jember

No.	Jenis Ketenagaan	Jumlah (Orang)	Prosentase (%)
1.	Pekarya Kesehatan	2	66,7
2.	Administrasi	1	33,3
Total		3	100

Sedangkan dari tabel tenaga non keperawatan diatas dapat diketahui jumlah tenaga non medis di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember sebanyak 3 orang terdiri dari 2 Pekarya Kesehatan (66,7%) dan 1 Administrasi (33,3%).

D. Kebutuhan Tenaga Keperawatan

1) Tingkat Ketergantungan Pasien

Ruang Cempaka selalu penuh dengan pasien dengan jumlah total rata-rata pasien sebanyak 22 pasien dengan kategori perawatan pasien tercantum dalam tabel dibawah ini

Tabel 4. Kategori Perawatan Pasien di Ruang Cempaka (Penyakit Dalam) di Rumah Sakit Universitas Jember Juni 2020

No.	Hari	Kategori Perawatan Klien			Jumlah Pasien
		Total	Parsial	Minimal	
1.	Kamis, 02 Juni 2020	2	6	14	22

Kriteria ketergantungan pasien terdapat 3 yaitu (Setyowati, 2014) :

1. Perawatan Minimal

Pasien yang mandiri atau pasien yang hampir tidak memerlukan bantuan perawat. Dalam perawatan minimal memerlukan waktu 1-2 jam/hari dengan kriteria :

- a. Kebersihan diri, mandi serta ganti pakaian dilakukan secara mandiri
- b. Dapat melakukan makan dan minum secara mandiri
- c. Ambulasi dalam pengawasan
- d. Dilakukan observasi terhadap tanda-tanda vital
- e. Pengobatan minimal serta status psikologis pasien stabil
- f. Memerlukan waktu dalam melakukan persiapan prosedur

2. Perawatan Parsial

Pasien yang membutuhkan sebagian bantuan dari perawat maupun perawatan intermediate dalam melakukan aktivitas. Dalam perawatan parsial memerlukan waktu 3-4 jam/hari dengan kriteria :

- a. Dibantu dalam melakukan kebersihan diri, makan serta minum
- b. Dilakukan observasi terhadap tanda-tanda vital setiap 4 jam sekali
- c. Memerlukan bantuan dalam melakukan ambulasi, serta pengobatan dilakukan lebih dari sekali
- d. Pencatatan folly cateter output input
- e. Memerlukan prosedur dalam persiapan pengobatan

3. Perawatan Total

Pasien memerlukan bantuan perawat secara penuh serta memerlukan perawatan yang lebih lama atau total dalam melakukan aktivitas. Dalam perawatan minimal memerlukan waktu 5-6 jam/hari dengan kriteria :

- a. Memerlukan bantuan dalam melakukan segala aktivitas
- b. Mengatur posisi serta dilakukan observasi tiap 2 jam
- c. Memerlukan NGT dalam makan, dilakukan terapi intravena
- d. Pemasangan suction
- e. Mengalami gelisah atau disorientasi

2) Tenaga Keperawatan

Tersedianya sumber daya manusia yang memadai, berkualitas tinggi dan profesional merupakan salah satu indikator keberhasilan rumah sakit yang efektif serta efisien (Ersyad, 2019). Perencanaan tenaga keperawatan merupakan fungsi manajemen rumah sakit sebagai dasar dari pelaksanaan operasional sebagai usaha mencapai tujuan organisasi (Arwani, 2006). Teknik penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan yang umum digunakan antara lain metode Douglas, Gillies dan Depkes RI (Nursalam, 2014). Adapun klasifikasi dari setiap metode tersebut dijelaskan sebagai berikut :

a) Metode Douglas

Douglas (1984) menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien, dimana masing-masing kategori mempunyai nilai standar per shift nya antara lain sebagai berikut :

Tabel 5. Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien Menurut Douglas

Jml Px	Klasifikasi Pasien								
	Mandiri			Parsial			Total		
	Pagi	Sore	Malam	Pagi	Sore	Malam	Pagi	Sore	Malam
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,60

b) Metode Gillies

Gillies (1994) menjelaskan rumus kebutuhan tenaga keperawatan di suatu unit perawatan adalah sebagai berikut :

$$\frac{A \times B \times C = F}{(C-D) \times E} = \frac{F}{G} = H$$

Keterangan:

Tp = tenaga perawat

A = jam perawatan/24 jam (waktu perawatan)

B = rata-rata klien/hari

C = jumlah hari dalam satu tahun

D = jumlah hari libur masing-masing perawat

E = jumlah jam kerja masing masing perawat

F = jumlah jam perawatan yang diberikan perawat per tahun

G = jumlah perawat yang dibutuhkan dalam satu unit tersebut

TT = jumlah tempat tidur

c) Metode Depkes (2002)

Formula perhitungan tenaga keperawatan menurut Depkes adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jam perawatan x rata-rata pasien}}{\text{Jam kerja}}$$

Kasus:

Ruang Cempaka selalu full dengan pasien dengan tingkat ketergatungan pasien rata-rata per/hari: 2 bed total care, 6 bed partial care, dan 14 Bed minimal care. Berdasarkan kasus tersebut maka perhitungan tenaga keperawatannya sebagai berikut :

a) Metode Douglas

Table 6. Jumlah tenaga perawatan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien

Jumlah Kebutuhan Perawat		
P	S	M
1. Minimal care = $14 \times 0,17 = 2,38$	1. Minimal care = $14 \times 0,14 = 1,96$	1. Minimal care = $14 \times 0,07 = 0,98$
2. Partial care = $6 \times 0,27 = 1,62$	2. Partial care = $6 \times 0,15 = 0,90$	2. Partial care = $6 \times 0,10 = 0,60$
3. Total care = $2 \times 0,36 = 0,72$	3. Total care = $2 \times 0,30 = 0,60$	3. Total care = $2 \times 0,20 = 0,40$
Jumlah = 4,72	Jumlah = 3,46	Jumlah = 1,98
5 orang	3 orang	2 orang

Keterangan:

- Jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dalam satu hari, yaitu $5 + 3 + 2 \rightarrow 10$ orang
- Jumlah perawat libur/cuti adalah $1/3$ dari total jumlah perawat yaitu, $1/3 \times 10 = 3,3 \rightarrow 3$ orang
- Jumlah perawat cadangan yaitu $20\% \times$ jumlah kebutuhan perawat perhari, yaitu: $20\% \times 10 = 2$ orang
- Jumlah total perawat yang dibutuhkan di Ruang Cempaka adalah $10 + 3 + 2 = 15$ orang

b) Metode Gillies

$\frac{A \times B \times C = F}{(C-D) \times E} = \frac{F}{G} = H$
--

Perhitungan jam kerja pada tiap pasien dalam satu hari (A)

- Jumlah perawatan langsung
 $14 \text{ pasien} \times 2 \text{ jam} = 28 \text{ jam}$ (perawatan langsung minimal)
 $6 \text{ pasien} \times 3 \text{ jam} = 18 \text{ jam}$ (perawatan langsung partial)
 $2 \text{ pasien} \times 6 \text{ jam} = 12 \text{ jam}$ (perawatan langsung total)
 Total jam = $28 + 16 + 12 = 56 \text{ jam}$
- Jumlah perawatan tidak langsung
 $21 \text{ pasien} \times 1 \text{ jam} = 21 \text{ jam}$
- Pendidikan kesehatan

$$21 \text{ pasien} \times 0,25 = 5,25 \text{ jam}$$

Jumlah total waktu perawatan per hari

$$= (56 + 21 + 5,25) : \text{rata-rata jumlah pasien}$$

$$= (56 + 21 + 5,25) : 21$$

$$= 3,9 \text{ jam/klien/hari}$$

Perhitungan tenaga yang dibutuhkan (TP)

$$TP = (A \times B \times C) : (\{C-D\} \times E)$$

$$= 3,9 \times 21 \times 365 : (365 - 73) \times 8$$

$$= 29.894 : 2.336$$

$$= 12,8 \rightarrow 13 \text{ perawat}$$

Untuk cadangan sebesar 20% menjadi $20\% \times 11 = 2,2 \rightarrow 2 \text{ orang}$

Jadi jumlah tenaga yang dibutuhkan keseluruhan $13 + 2 = 15 \text{ orang}$

3) Metode Depkes (2002)

Jam perawatan x rata-rata pasien

Jam kerja

- *Minimal care*

$$\underline{2 \text{ jam} \times 14 \text{ pasien}} = 3,5 \rightarrow 4 \text{ perawat}$$

8 jam

- *Partial care*

$$\underline{4 \text{ jam} \times 6 \text{ pasien}} = 3 \rightarrow 3 \text{ perawat}$$

8 jam

- *Total care*

$$\underline{6 \text{ jam} \times 2 \text{ pasien}} = 1,5 \rightarrow 2 \text{ perawat}$$

8 jam

Jadi, total kebutuhan perawat berdasarkan Depkes (2002) adalah

$$4+3+2 = 9$$

Untuk cadangan sebesar 20% menjadi $20\% \times 8 = 1,6 \rightarrow 2 \text{ orang}$

$$\text{Total} = 9 + 2 = 11 \text{ perawat}$$

Kesimpulan

Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan diambil dari nilai rata-rata dari beberapa metode yang digunakan sehingga terhitung = $(15 + 15 + 13) : 3 = 14$. Adapun jumlah standart perbandingan antara tenaga keperawatan professional dengan tenaga keperawatan vocational adalah 55% : 45% yang artinya dalam hal ini diperlukan 8 perawat professional dan 6 perawat vocational. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa idealnya ada 14 perawat pemberi layanan dan bukan termasuk kepala ruangan namun pada kasus menjelaskan bahwa perawat yang ada di ruang Cempaka sejumlah 14 perawat (5 ners, 9 ahli madya keperawatan) sudah termasuk kepala ruangan.

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut artinya ruang cempaka memiliki kekurangan sejumlah 1 perawat serta adanya ketidak sesuaian antara proporsi perbandingan perawat professional dan vocational. Namun kekurangan ini bukan menjadi masalah, karena ruang cempaka menerapkan manajemen pelaksanaan pelayanan keperawatan yang sudah disesuaikan dengan karakteristik yang ada di ruang cempaka yakni dengan menggunakan model penugasan team serta penjadwalan shift yang teratur. Adapun daftar jadwal shift ruang cempaka adalah sebagai berikut

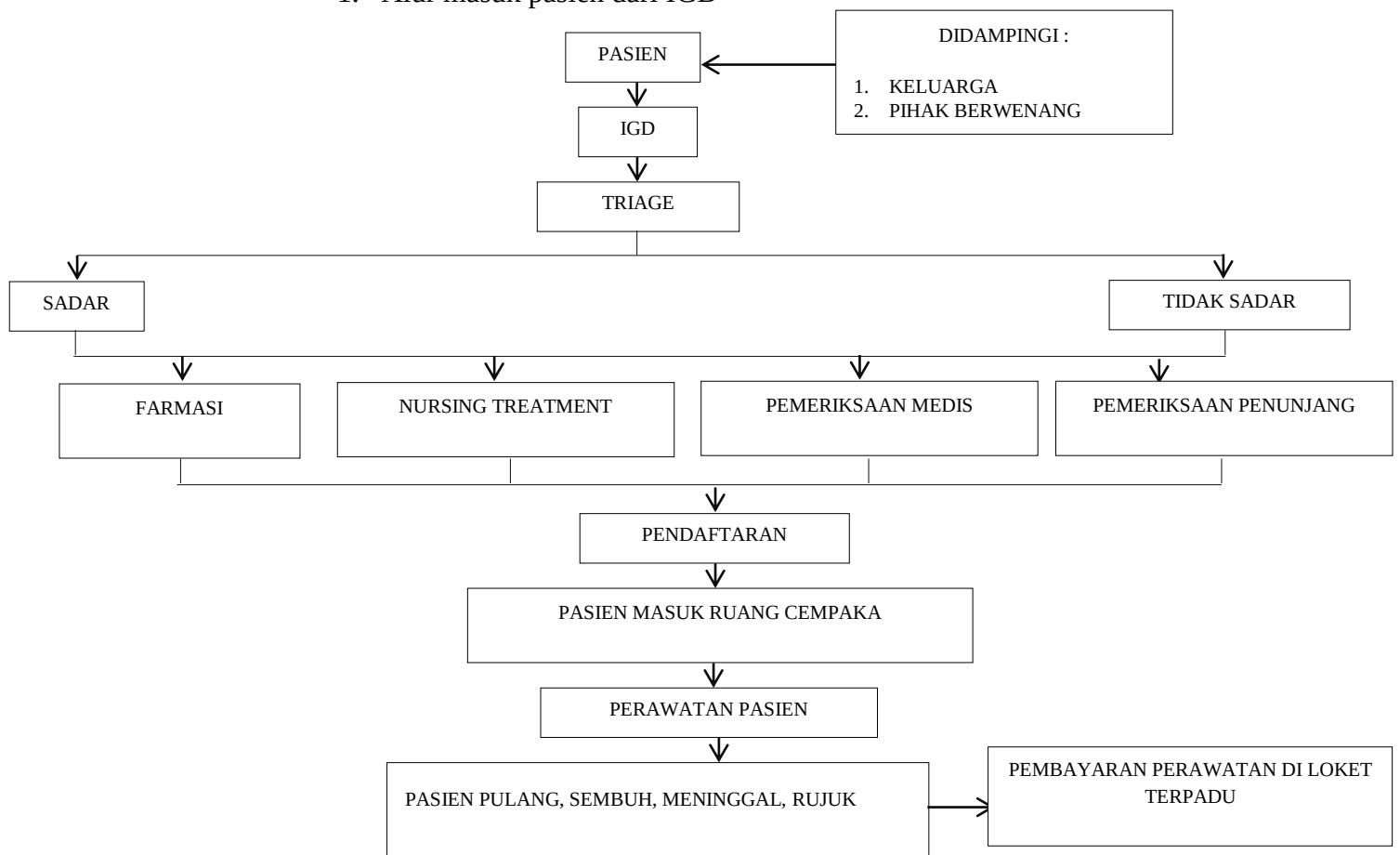
	P	S	M	L
22	0	0	8	
24	0	0	6	
7	9	8	6	
7	8	9	6	
7	8	9	6	
10	8	6	6	
6	9	9	6	
24	0	0	6	
7	8	9	6	
7	8	9	6	
9	8	7	6	
10	8	6	6	
7	8	9	6	
7	8	9	6	
26				
26				
26				

Intepretasi hasil:

Dalam table tersebut dapat disimpulkan bahwa adanya 4 perawat dengan pendidikan latar belakang s1 sudah cukup untuk memenuhi persyaratan dari metode penugasan team dimana struktur organisasi yang mewajibkan latar pendidikan S1 adalah kepala ruang, ketua tim serta pihak administrasi dan 9 perawat dengan latar belakan ahli madya ditugaskan sebagai perawat pelaksana. Adanya pengaturan manajemen dalam hal model asuhan keperawatan yang digunakan serta pembagian jadwal shift yang baik oleh Ruang cempaka dapat menutupi ketidaksesuaian dari standart jumlah perawat yang dibutuhkan.

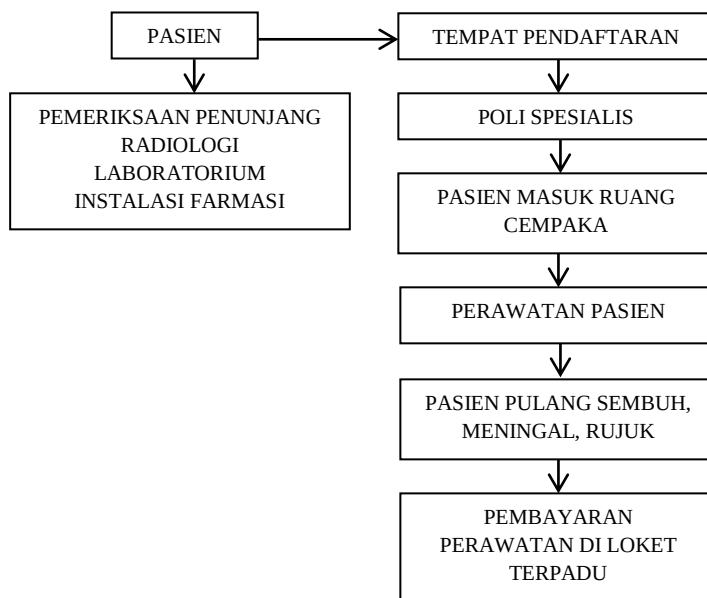
E. Alur masuk Pasien

1. Alur masuk pasien dari IGD



Pasien datang ke Rumah Sakit Universitas Jember bersama keluarga atau penanggung jawab pasien, pertama kali datang ke ruang IGD kemudian dilakukan pemeriksaan oleh petugas berupa pemeriksaan oleh dokter, pemeriksaan penunjang, perawatan oleh perawat, hingga pemberian obat, keluarga pasien kemudian harus melengkapi registrasi di tempat pendaftaran pasien. Setelah registrasi selesai, maka pasien akan diberikan ruang perawatan selama dirawat sesuai dengan keadaan dan kemampuan pasien. Setelah itu, perawat ruangan menyiapkan ruangan, kemudian perawat IGD mengantarkan pasien ke ruangan, sesampainya di ruang perawatan, perawat IGD melakukan timbang terima dengan perawat ruangan untuk melanjutkan tindakan perawatan yang akan dilakukan di ruangan. Pasien menjalani perawatan hingga pasien dinyatakan sembuh, meninggal maupun perlu rujukan, jika pasien dinyatakan sembuh, meninggal maupun perlu rujukan, keluarga harus menyelesaikan pembayaran perawatan di loket terpadu.

2. Alur masuk pasien dari Poli Spesialis



Alur masuk ruang cempaka dari poli spesialis dimulai pasien pertama kali melakukan pendaftaran, kemudian pasien melakukan

pemeriksaan sesuai dengan poli spesialis yang akan dituju, jika pasien disarankan untuk rawat inap, pasien kemudian melakukan pendaftaran untuk menjalani rawat inap. Setelah itu petugas menyiapkan ruangan, kemudian perawat poli spesialis melakukan timbang terima ke perawat ruangan untuk melanjutkan tindakan keperawatan di ruangan dan pasien menjalani perawatan hingga pasien dinyatakan sembuh, meninggal maupun perlu rujukan, jika pasien dinyatakan sembuh, meninggal maupun perlu rujukan, keluarga harus menyelesaikan pembayaran perawatan di loket terpadu.

F. Analisa masalah

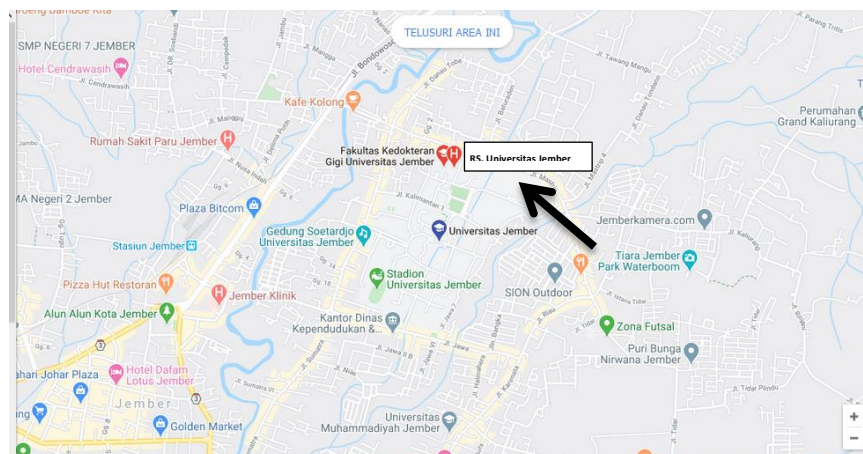
1. Perbedaan jumlah dari Tim 1 dan Tim 2 sehingga menjadi hambatan dalam pengaturan jadwal shift

3.1.2 Material (M2)

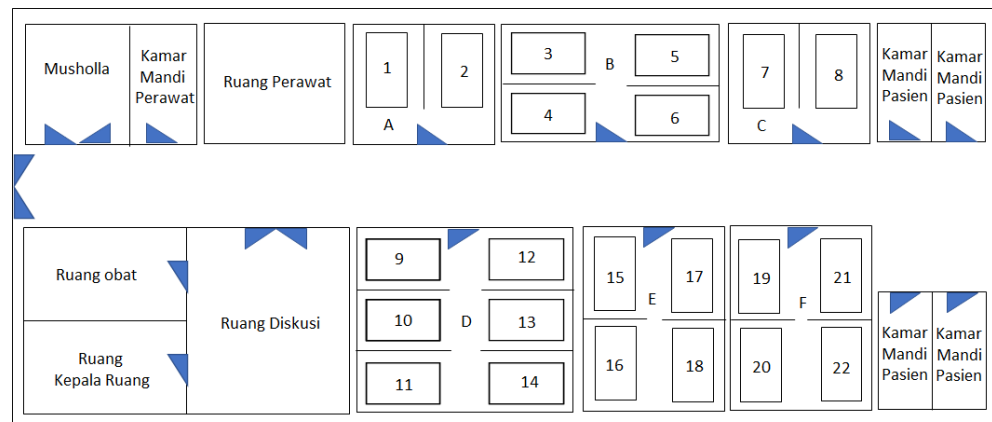
A. Lokasi dan denah ruangan

1. Lokasi Rumah Sakit dan Ruang Cempaka

Rumah Sakit Universitas Jember berada di Jl. Kalimantan No. 37 Sumbersari Kabupaten Jember, Jawa Timur. Rumah Sakit Universitas Jember memiliki ruang rawat inap khusus untuk pasien dengan penyakit dalam yang bernama Ruang Cempaka. Lokasi Ruang Cempaka berada di bagian sentral lantai 2 Rumah Sakit Universitas Jember. Pada lobi rumah sakit, akan dijumpai lift atau tangga yang dapat digunakan untuk akses menuju Ruang Cempaka



2. Denah Ruangan



Gambar 2 Denah Ruangan Cempaka

Keterangan:

- Ruang perawatan total : A
- Ruang Perawatan parsial : B dan C
- Ruang perawatan mandiri : D, E, dan F

B. Lingkungan Kerja di Ruang Cempaka

Nurse station di ruang cempaka berada di dekat ruang dengan kriteria total care, sehingga diharapkan lebih memudahkan perawat untuk memberikan respon yang cepat pada pasien dengan total care. Namun letak kamar mandi pasien yang berada di luar ruangan tepatnya di pojok ruangan yang menyebabkan rendahnya pasien safety di ruang cempaka. Fasilitas ruangan yang terdapat di ruang cempaka ini yaitu adanya ruang diskusi, ruangan untuk kepala ruang, ruang obat, kamar mandi perawat dan musholla. Dokumen pasien tidak memiliki ruang khusus, dokumen pasien diletakkan di nurse station untuk memudahkan akses rekam medis pasien yang sedang ditangani.

Ruang cempaka terdiri dari 6 ruang perawatan dimana setiap ruangan terdiri dari 2 sampai dengan 6 bed, dengan pembagian ruangan sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien. Keterangan yang ada pada setiap bed hanya terbatas nomor bed saja, tidak ada identitas yang dicantumkan pada setiap bednya. Melihat keadaan ruangan yang selalu penuh, jumlah

keluarga yang menemani pasien juga relative banyak sehingga ruang cempaka tampak sempit dan resiko penularan cukup tinggi.

C. Gambaran Kapasitas Tempat tidur di ruang Cempaka

Ruang cempaka terdapat 22 bed pasien yang selalu penuh setiap harinya, dengan pembagian 2 bed total care, 6 bed parsial care, dan 14 bed minimal care.

D. Peralatan dan Fasilitas

1) Peralatan

Tabel 7. Jumlah Peralatan di Ruang Cempaka

No.	Nama Barang	Satuan	Jumlah	Kondisi	
				Baik	Rusak
1.	Tensi meter aneroid	Buah	1	√	
2.	Tensi meter digital	Buah	1	√	
3.	Tensi meter air raksa	Buah	3	2	1
4.	Stetoskop	Buah	3	√	
5.	Timbang berat badan	Buah	2	√	
6.	Suction	Buah	2	√	
7.	Ambu bag	Buah	3	√	
8.	Juction rees	Buah	1	√	
9.	Gunting	Buah	3	√	
10.	Gv set	Buah	3	√	
11.	Termometer raksa	Buah	2	√	
12.	Termometer <i>infrared</i>	Buah	2	√	
13.	Standart infuse	Buah	3	2	1
14.	Reflek hammer	Buah	2	√	
15.	Nebulizer	Buah	2	√	
16.	ECG	Buah	2	√	
17.	Lampu tindakan	Buah	1	√	
18.	Oximetry	Buah	2	√	
19.	Lampu baca foto	Buah	1	√	
20.	Troli injeksi	Buah	2	√	
21.	Lemari alkes	Buah	3	√	
22.	Flow meter	Buah	2	√	
23.	Sampah infeksius	Buah	1	√	
24.	Alat cek GDA	Buah	1	-	
25.	Bengkok	Buah	3	√	
26.	Pispot	Buah	15	√	
27.	Urinal	Buah	15	√	
28.	Buli-buli panas	Buah	0	-	
29.	Eskap	Buah	0	-	
30.	Baskom besar	Buah	2	√	

31.	Standar bak mandi	Buah	2	√	
32.	Tourniquet	Buah	3	√	
33.	Senter	Buah	2	√	
34.	Sampah medis	Buah	2	√	
35.	Sampah non medis	Buah	2	√	
36.	Safety box	Buah	2	√	
37.	Apar	Buah	2	√	
36.	Cucing kecil	Buah	3	√	
37.	Lemari linen	Buah	2	√	
38.	Tempat cuci tangan	Buah	2	√	
39.	Kursi roda	Buah	3	2	1

2) Fasilitas untuk Pasien

Tabel 8. Fasilitas untuk Pasien

No.	Nama Barang	Satuan	Jumlah	Kondisi	
				Baik	Rusak
1.	Bed	Buah	22	22	-
2.	Standart infuse	Buah	22	22	-
3.	Lemari dan meja makan	Buah	22	22	-
4.	Televisi	Buah	3	3	-
5.	Jam dinding	Buah	3	3	-
6.	Kipas angin	Buah	8	7	1
7.	Kursi penunggu	Buah	22	22	-
8.	Toilet	Buah	3	3	-
9.	Jendela	Buah	18	18	-
10.	Korden	Buah	22	22	-
11.	Wastafel	Buah	11	11	-
12.	Kursi penunggu	Buah	22	22	-
13.	Keranjang obat	Buah	22	22	-
14.	AC	Buah	1	1	-
15.	Tempat sampah non medis besar	Buah	2	2	-
16.	Washlap	Buah	10	10	-
17.	Sprei	Buah	25	25	-
18.	Sarung bantal	Buah	25	25	-
19.	Selimut	Buah	25	25	-
20.	Kursi roda	Buah	2	2	-
21.	Stretcher	Buah	2	2	-
22.	Setrail	Buah	22	22	-
23.	Penanda risiko jatuh	Buah	10	10	-
24.	Restrainer	Buah	10	10	-

Tabel 9. Gambaran Kondisi Bed Pasien Ruang Cempaka

No	Side Rail			Pengunci Roda			Nurse Control Panel			Foot Board		Handrub	
	J	F	T	J	F	T	J	F	T	Ada	Tidak	Ada	Tidak
1.	2	√		2	√		1	√			√	√	
2.	2	√		2	√		1	√			√	√	
3.	2	√		2	√		1	√			√		√
4.	2	√		2	√		1	√			√		√
5.	2	√		2	√		1	√			√	√	
6.	2	√		2	√		1	√			√		√
7.	2	√		2	√		1	√			√	√	
8.	2	√		2	√		1	√			√	√	
9.	2	√		2	√		1	√			√		√
10.	2	√		2		√	1	√			√		√
11.	2	√		2	√		1	√			√		√
12.	2	√		2	√		1	√			√	√	
13.	2	√		2	√		1	√			√	√	
14.	2	√		2	√		1	√			√		√
15.	2	√		2	√		1	√			√		√
16.	2	√		2	√		1	√			√		√
17.	2	√		2	√		1	√			√	√	
18.	2	√		2	√		1	√			√		√
19.	2		√	2	√		1	√			√	√	
20.	2	√		2	√		1	√			√		√
21.	2	√		2	√		1	√			√		√
22.	2	√		2	√		1	√			√	√	

Keterangan:

J : Jumlah

F : Berfungsi

T : Tidak berfungsi

3) Fasilitas untuk Tenaga Kesehatan

Tabel 9. Fasilitas untuk Tenaga Kesehatan

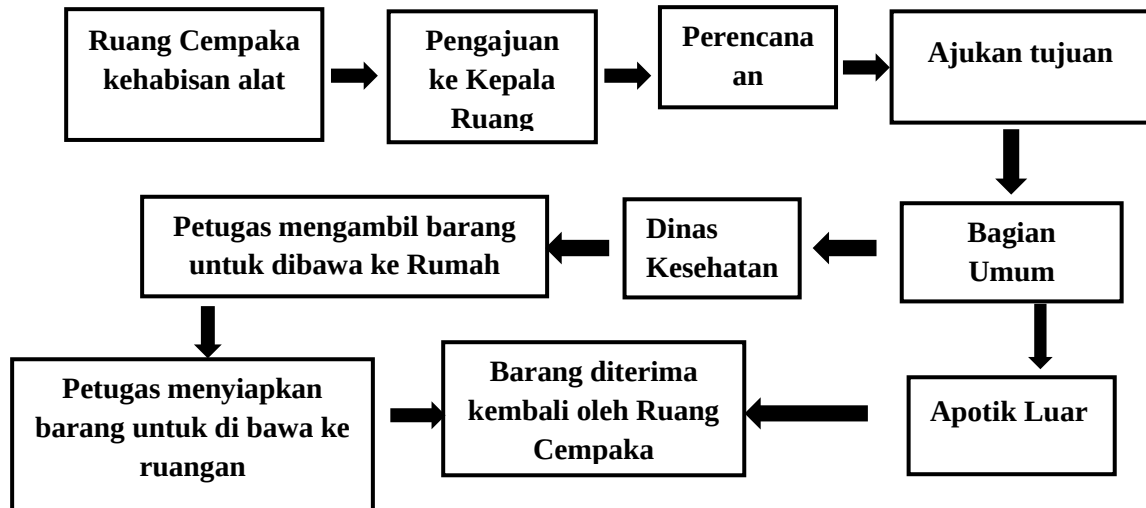
No	Nama Barang	Satuan	Jumlah	Kondisi	
				Baik	Rusak
1	Meja	Buah	3	3	
2	Kursi	Buah	10	8	2
3	Almari arsip	Buah	2	2	
4	Papan pengumuman	Buah	1	1	
5	Daftar injeksi obat	Bendel	1	1	

6	Form observasi pasien	Bwndel	1	1	
7	Form cuti	Bendel	1	1	
8	Form absensi	Bendel	1	1	
9	Kalkulator	Buah	1	1	
10	Pensil	Buah	5	5	
11	Bolpoin	Buah	5	5	
12	Spidol boardmarker	Buah	2	2	
13	Spidol permanen	Buah	2	2	
14	Steples	Buah	3	2	1
15	Stampel	Buah	20	20	
16	Bantalan stampel	Buah	2	1	1
17	Penggaris	Buah	2	1	1
18	Lem	Buah	2	2	
19	AC	Buah	2	2	
20	Dispenser	Buah	1	1	
21	Televisi	Buah	1	1	
22	Almari pendingin	Buah	1	1	
23	<i>Washtafel</i>	Buah	1	1	
24	Sabun	Botol	1	1	
25	<i>Hand sanitizer</i>	Botol	1	1	
24	Tisu	Pack	1	1	
27	Tempat sampah	Buah	1	1	

G. Alur Pengadaan Barang

Pada alur pengadaan obat Ruang Cempaka pelayanan terhadap pengajuan pengadaan barang kurang maksimal dengan birokrasi yang menyusahkan dimana penyediaan obat yang seharusnya pengadaan barang-barang cetakan keperluan rumah sakit harus bolak balik di dinas kesehatan. Pada Rumah sakit lokasi jauh dari dinas kesehatan sehingga kesulitan yang berdampak pada kekosongan stok obat. Dalam kondisi ini mengakibatkan pasien kesulitan mendapatkan penanganan medis karena stok obat habis yang mengakibatkan pasien BPJS sering membeli obat di apotek lain. Pada alur pengadaan barang juga belum memiliki SOP, jadi jika peralatan atau barang ada yang kurang, kepala ruang atau perawat langsung memintanya pada bagian pengadaan barang tanpa menuliskan surat pengantar dari ruangan. Ketika barang sudah siap maka petugas dari ruangan akan mengambil barang tersebut, oleh karena sangat diperlukan adanya SOP

yang benar agar dalam pengadaan barang bisa berjalan dengan baik serta sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan.



H. Analisa Masalah

1. Penyediaan fasilitas kesehatan seperti alat kesehatan belum lengkap dan terdapat beberapa perlengkapan yang mengalami kerusakan di ruang Cempaka.
2. Mekanisme pengajuan barang pada ruang Cempaka juga dirasa kurang maksimal karena birokrasi permintaan penggantian barang dirasa cukup menyusahkan
3. Rumah sakit yang tidak memiliki petunjuk operasional dalam pengadaan alat kesehatan mengakibatkan pelaksanaan pengadaan barang tidak akan bisa terlaksana dengan baik.
4. Belum tersedianya kebijakan atau SOP pengadaan barang. Pengajuan alat ruang Cempaka hanya mengikuti regulasi rumah sakit dengan tidak menggunakan SOP

3.1.3 Metode (Method/ M3)

A. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah prioritas utama dalam dunia medis, karena itu maka senantiasa disosialisasikan di setiap lingkungan fasilitas

kesehatan. Terdapat 6 sasaran keselamatan pasien yang wajib diketahui menurut WHO Patient Safety (2007), antara lain sebagai berikut:

1. Sasaran 1: mengidentifikasi pasien dengan benar

Standar SKP.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien. Maksud dan Tujuan SKP.1. Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbias, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya. Ada 2 maksud dan tujuan standar ini: pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 dari 3 bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, atau bentuk lainnya (misalnya, nomor induk kependudukan atau barcode). Menurut hasil wawancara yang didapatkan bahwa di ruang cempaka pasien telah menggunakan gelang identitas, warna pink untuk perempuan dan warna biru untuk laki-laki. Perawat ruang cempaka selalu bertanya kepada pasien tentang nama, tanggal lahir dan memastikan kembali dengan melihat gelang identitas pasien dalam semua tindakan keperawatan yang akan diberikan.

2. Sasaran 2: meningkatkan komunikasi yang efektif

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (ambiguous), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telepon. Hal

ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksen dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (look alike, sound alike), seperti phenobarbital dan phentobarbital, serta lainnya. Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis juga merupakan salah satu isu keselamatan pasien. Untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telpon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Pemesanaan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari
- 2) Keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan
- 3) Prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membaca kembali permintaan atau hasil pemeriksaan, dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat.

Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh rumah sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, rumah sakit diminta memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang. Serah terima asuhan pasien (*handover*) di dalam rumah sakit terjadi.

1. Antar-PPA seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran shift
2. Antarberbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi
3. Dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

Gangguan komunikasi dapat terjadi saat dilakukan serah terima asuhan pasien yang dapat berakibat kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) atau

kejadian sentinel. Komunikasi yang baik dan terstandar baik dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi layanan dapat memperbaiki secara signifikan proses asuhan pasien. Menurut hasil wawancara yang didapatkan di ruang cempaka dalam penggunaan singkatan-singkatan, di rumah sakit di ruang cempaka belum memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan yang dilarang dan juga selain itu berdasarkan hasil observasi didapatkan hasil bahwa masih ada perawat yang tidak menerapkan komunikasi efektif kepada pasien.

3. Sasaran 3: meningkatkan keamanan obat yang harus diwaspadai (*high alert medication*)

Standar SKP.3 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

Standar SKP.3.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.

Maksud dan Tujuan SKP.3 dan SKP.3.1

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas obat risiko tinggi, yaitu

- a) Obat yang bila terjadi kesalahan (error) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin, atau kemoterapeutik;
- b) Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/kelihatan sama (look alike), bunyi ucapan sama (sound alike), seperti Xanax dan Zantac atau hydralazine dan hydroxyzine atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM);
- c) Elektrolit konsentrat seperti potasium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2 mEq/ml, potasium fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Ada banyak obat yang termasuk dalam kelompok NORUM. Nama-nama yang membingungkan ini umumnya menjadi sebab terjadi medication error di seluruh dunia. Penyebab hal ini adalah

- 1) Pengetahuan tentang nama obat yang tidak memadai;
- 2) Ada produk baru;
- 3) Kemasan dan label sama;
- 4) Indikasi klinik sama;
- 5) Bentuk, dosis, dan aturan pakai sama;
- 6) Terjadi salah pengertian waktu memberikan perintah.

Rumah sakit membuat daftar semua obat high alert dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang “kejadian yang tidak diharapkan” (adverse event) atau “kejadian nyaris cedera” (near miss) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM. Informasi dari kepustakaan seperti dari Institute for Safe Health Medication Practices (ISMP), Kementerian Kesehatan, dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kekuranghati-hatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya, contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat high alert.

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek peresepan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat high alert harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

Menurut hasil wawancara yang didapatkan di ruang cempaka sudah menerapkan pemisahan obat yang high alert. Untuk obat high alert ditempatkan dalam lemari khusus obat high alert, selain itu berdasarkan hasil observasi masih ada perawat yang tidak menerapkan prinsip 6 benar dalam pemberian obat kepada pasien.

4. Sasaran 4: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

- a) Standar SKP.4 Rumah sakit memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.
- b) Standar SKP.4.1 Rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses Time-out di kamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.

Maksud dan Tujuan SKP.4 dan SKP.4.1

Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat:

- 1. Komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antaranggota tim
- 2. Tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi
- 3. Asesmen pasien tidak lengkap
- 4. Catatan rekam medik tidak lengkap
- 5. Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim
- 6. Masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap
- 7. Penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

- 1. Beri tanda di tempat operasi
- 2. Dilakukan verifikasi praoperasi
- 3. Melakukan Time Out sebelum insisi kulit dimulai

Tujuan proses verifikasi praoperasi adalah

- 1) Memastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien
- 2) Memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (imaging), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji
- 3) Memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan

Rumah sakit harus menetapkan prosedur bagaimana proses *Time-Out* berlangsung. Salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah

kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu, juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (illegible handwriting), dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Menurut hasil wawancara didapatkan di ruang cempaka sudah memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur pasien.

5. Sasaran 5: Mengurangi resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Standar SKP.5 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan evidencebased hand hygiene guidelines untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan SKP.5

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

Menurut hasil wawancara yang saya dapatkan di ruang cempaka para staf dan tenaga medis sudah menerapkan cuci tangan dengan benar, dengan menggunakan sabun ataupun disinfektan. Namun, untuk setiap ruangan pasien terkadang tidak terdapat handrub dalam setiap kamar/bad melainkan dalam satu ruangan hanya ada beberapa handrub. Keluarga pasien belum menerapkan hand hygiene Ketika berkunjung kerumah sakit.

6. Sasaran 6: Mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh

Standar SKP.6 Rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh.

Maksud dan Tujuan SKP.6

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

1. Kondisi pasien
2. Gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif)
3. Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit
4. Riwayat jatuh pasien
5. Konsumsi obat tertentu
6. Konsumsi alkohol

Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi jatuh. Contoh situasional risiko adalah jika pasien yang datang ke unit rawat jalan dengan ambulans dari fasilitas rawat inap lainnya untuk pemeriksaan radiologi.

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan.

Rumah sakit harus bertanggung jawab untuk identifikasi lokasi (seperti unit terapi fisik), situasi (pasien datang dengan ambulans, transfer pasien dari kursi roda atau cart), tipe pasien, serta gangguan fungsional pasien yang mungkin berisiko tinggi untuk jatuh. Rumah sakit menjalankan program

pengurangan risiko jatuh dengan menetapkan kebijakan dan prosedur yang sesuai dengan lingkungan dan fasilitas rumah sakit. Program ini mencakup monitoring terhadap kesengajaan dan atau ketidakkesengajaan dari kejadian jatuh. Misalnya, pembatasan gerak (restrain) atau pembatasan intake cairan.

Menurut hasil wawancara yang didapatkan bahwa di ruang cempaka belum maksimal dalam pelaksanaan patient safety dikarenakan banyak kendala, seperti dalam pemasangan gelang kuning pada klien.

B. Visi dan Misi Rumah Sakit Universitas Jember

1) Visi

Visi rumah sakit merupakan pandangan atau cita-cita rumah sakit kedepan (Ginting, 2019). Visi ialah apa yang menjadi cita-cita atau dambaan rumah sakit, suatu keadaan yang lebih baik ingin dicapai setelah jangka waktu tertentu. Visi mengacu pada gambaran masa depan. Visi yang baik mempunyai 3 tujuan, yaitu tujuan umum atau kejelasan arah yang ingin dicapai, alat untuk memotivasi anggota organisasi melakukan tindakan yang benar, dan membantu menyatukan (Setyawan dan Stefanus, 2019).

Pernyataan visi yang baik harus memenuhi beberapa kriteria sebagai berikut:

Succinct : Pernyataan visi harus singkat sehingga tidak lebih dari 3-4 kalimat.

Appealing : Visi harus jelas dan memberikan gambaran tentang masa depan yang akan memberikan semangat pada customer, stakeholder dan pegawai.

Feasible : Visi yang baik harus bisa dicapai dengan resource, energi, waktu. Visi haruslah menyertakan tujuan dan objective yang stretch bagi pegawai.

Meaningful : Pernyataan visi harus bisa menggugah emosi positif pegawai namun tidak boleh menggunakan kata-kata yang mewakili sebuah emosi.

Measurable : Pernyataan visi harus bisa diukur sehingga dimungkinkan untuk melakukan pengukuran kinerja sehingga setiap pegawai bisa mengetahui apakah visi sudah bisa dicapai.

Menjadi rumah sakit rujukan provinsi dan rumah sakit pendidikan yang mandiri berstandar Nasional tahun 2025

2) Misi

Misi merupakan pernyataan bagaimana mencapai atau mewujudkan visi organisasi. Bila visi merupakan pernyataan mengenai tujuan atau keadaan masa depan yang diharapkan dalam kurun waktu tertentu, maka misi merupakan penjabaran dari visi ke dalam tugas, kewajiban, hak dan wewenang serta strateginya (Setyawan dan Stefanus, 2019). Misi rumah sakit merupakan upaya rumah sakit untuk mencapai visi yang telah dirumuskan

- a) Memberikan layanan kesehatan yang cepat dan berkualitas bagi masyarakat
- b) Mewujudkan layanan berbasis online dalam akses penyediaan layanan bagi masyarakat
- c) Meningkatkan mutu tenaga kesehatan pendidik maupun pemberi layanan
- d) Meningkatkan mutu sarana dan prasarana untuk kenyamanan aktifitas layanan

C. Visi, Misi, Motto Ruang Cempaka RS Universitas Jember

1) Visi

Menjadi ruangan penyakit dalam rujukan utama berkualitas Nasional tahun 2025 yang mampu memberikan layanan cepat, tanggap dan berkualitas

2) Misi Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember:

- a. Menyediakan layanan yang terstruktur, transparan dan efektif
- b. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi masyarakat

- c. Menciptakan lingkungan kerja yang kondusif untuk meningkatkan kualitas layanan
- d. Mengaplikasikan akses koordinasi lintas profesi berbasis online untuk mempermudah dan mempercepat akses pelayanan
- e. Meningkatkan kualitas manajemen dan kreatifitas layanan sebagai pengembangan lahan Pendidikan calon tenaga kesehatan

3) Motto Rumah Sakit Universitas Jember

“S U K A” (Sigap, Ulet, Kreatif dan Amanah)

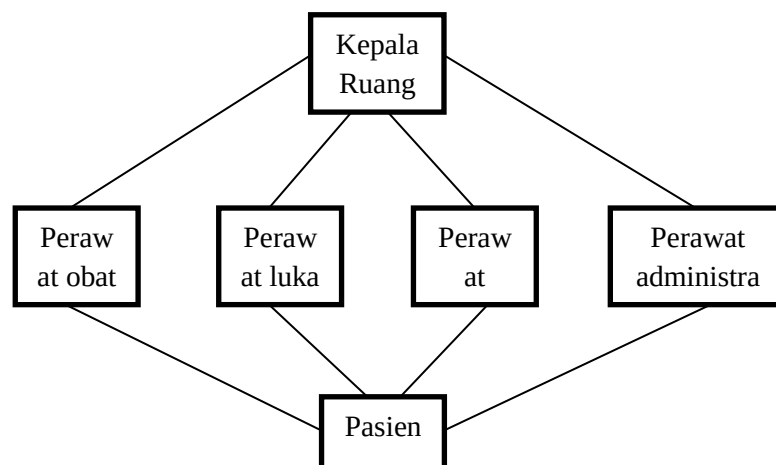
D. Model Penugasan Asuhan Keperawatan

Sistem MAKP adalah suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur, yakni: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP. Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini dan akan menentukan kualitas produksi/jasa layanan keperawatan. Jika perawat tidak memiliki nilai-nilai tersebut sebagai sesuatu pengambilan keputusan yang independen, maka tujuan pelayanan kesehatan/keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien tidak akan dapat terwujud (Nursalam,2014). Beberapa jenis model metode asuhan keperawatan (MAKP). Jenis metode asuhan keperawatan menurut Grant dan Massey (1997) dan Marquis dan Huston (1998) dalam Nursalam (2014) diantaranya sebagai berikut ;

1) Fungsional

Model fungsional merupakan model praktek keperawatan yang berkembang saat perang dunia kedua dan yang paling tua dilaksanakan oleh perawat yang dalam pemberian asuhan keperawatan berorientasi pada penyelesaian akan tugas serta prosedur keperawatan. Gambaran dalam model ini yakni keperawatan yang berorientasi terhadap tugas dimana fungsi keperawatan tertentu ditugaskan kepada setiap anggota staff. Dalam melakukan perawatan, staff perawat

melakukan 1-2 jenis intervensi pada semua pasien di bangsal. Seorang perawat harus bertanggung jawab kepada manajer perawat. Tugas perawat senior yakni berhubungan dengan tugas manajerial, sedangkan untuk perawat pelaksana pada tindakan keperawatan. Penugasan yang dilakukan berdasarkan dari kriteria efisiensi, sedangkan tugas di berikan berdasarkan tingkat kemampuan dari masing-masing perawat, dengan permulaan kepala ruang melakukan identifikasi terhadap tingkat kesulitan dari tindakan, selanjutnya baru menetapkan perawat yang akan bertanggung jawab dalam mengerjakan tindakan tersebut. Bagan model penugasan asuhan keperawatan dengan metode tim sebagai berikut (Nursalam, 2014) :



Terdapat kelebihan serta kelemahan dalam model fungsional ini, antara lain :

Kelebihan :

- a) Baik dilakukan untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga
- b) Mudah bagi perawat mendapatkan kepuasan kerja setelah selesai bekerja
- c) Memudahkan kepala ruangan dalam melakukan pengawasan terhadap staff dalam melakukan tindakan
- d) Efisien karena dapat menyelesaikan pekerjaan dalam waktu singkat dengan pembagian tugas yang jelas serta terdapat pengawasan yang baik

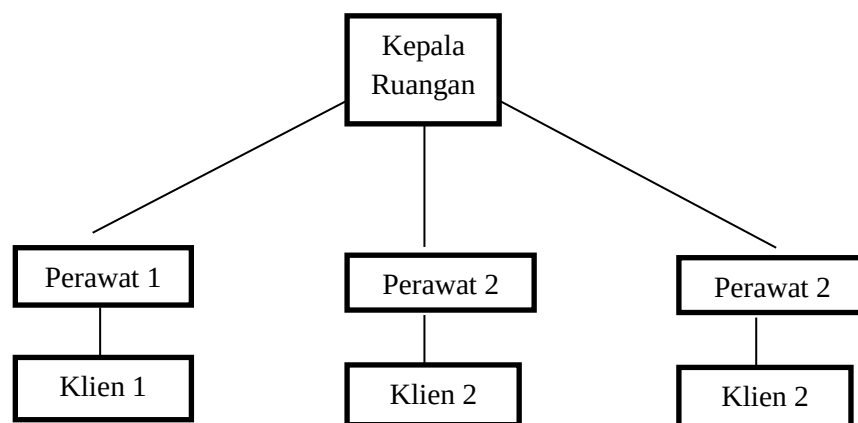
e) Perawat akan terampil untuk tugas pekerjaan tertentu saja

Kelemahan :

- a) Terdapat kesulitan dalam penerapan proses keperawatan karena pelayanan keperawatan yang diberikan terpisah-pisah atau tidak secara total
- b) Setelah melakukan tugas pekerjaan perawat cenderung meninggalkan klien
- c) Sulit terbentuk hubungan antara perawat dan klien
- d) Kurang memberikan kepuasan kepada klien maupun perawat

2) Kasus

Merupakan metode dimana perawat bertanggung jawab terhadap asuhan serta observasi pada pasien tertentu. Metode ini menggunakan rasio 1:1 yakni (pasien : perawat) dimana perawat akan memberikan perawatan konstan untuk periode tertentu. Contohnya penugasan kasus ini seperti ruang isolasi, intensive care, perawat kesehatan komunitas. Dalam metode kasus ini yang bertanggung jawab yakni manajer keperawatan. Bagan model penugasan asuhan keperawatan dengan metode tim sebagai berikut (Nursalam, 2014):



Terdapat kelebihan serta kelemahan dalam metode kasus, antara lain:

Kelebihan :

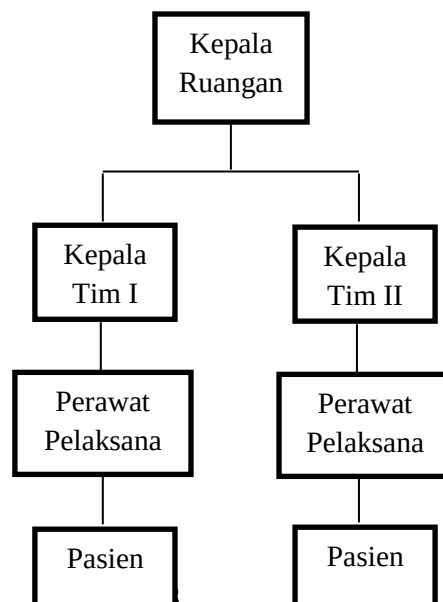
- a) Perawat lebih memahami kasus per kasus
- b) Lebih mudah dalam sistem evaluasi oleh manajerial

Kelemahan :

- a) Belum teridentifikasi perawat penanggung jawab
- b) Memerlukan tenaga yang cukup banyak serta mempunyai kemampuan dasar yang sama

3) Tim

Merupakan metode dengan menggunakan tim yang terdiri atas kelompok klien dan perawat dalam pengorganisasian pelayanan keperawatan. Kepala ruangan membagi perawat pelaksana dalam kelompok atau tim, yang mana akan diketuai oleh seorang perawat yang profesional. Ketua tim memiliki tanggung jawab untuk melakukan koordinasi terhadap seluruh kegiatan asuhan keperawatan. Ketua tim juga melakukan pengkajian serta menyusun rencana keperawatan pada setiap pasien, serta anggota tim bertanggung jawab untuk melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat. Ketua tim membagi tugas kepada perawat pelaksana yang sedang melakukan jaga untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien dengan prinsip berpegang pada pedoman standar asuhan keperawatan (SAK) dan standar operasional prosedur (SOP) yang ada. Dalam model tim memiliki tujuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berpusat kepada pasien. Bagan model penugasan asuhan keperawatan dengan metode tim sebagai berikut (Nursalam, 2014) :



Dalam model tim terdapat kelebihan serta kekurangan antara lain :

Kelebihan :

- a) Memungkinkan untuk dilakukannya pelayanan keperawatan secara menyeluruh
- b) Mendukung dalam pelaksanaan proses keperawatan
- c) Memungkinkan dalam peningkatan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda secara efektif
- d) Memberikan kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal
- e) Meningkatkan kerja sama serta komunikasi antar anggota tim

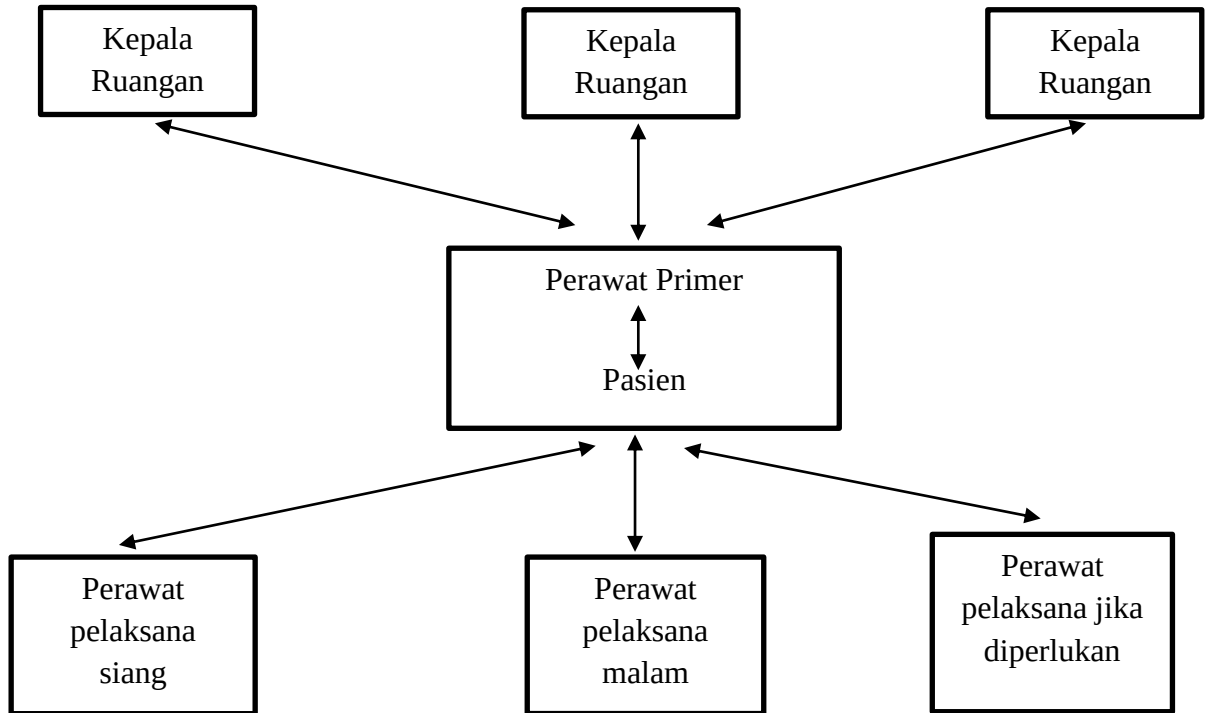
Kelemahan :

- a) Memerlukan banyak waktu ketua tim dalam melakukan koordinasi serta supervisi anggota tim
- b) Perawat yang belum trampil serta memiliki pengalaman akan bergantung pada anggota tim yang mampu
- c) Membutuhkan tenaga yang mempunyai keterampilan tinggi

4) Primer

Dalam model primer yakni pemberian asuhan keperawatan dilaksanakan oleh perawat primer yang bertanggung jawab selama 24 jam terhadap perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi pada satu atau beberapa klien sejak klien masuk rumah sakit hingga pulang. Ketika jam kerja perawat primer, dia memberikan langsung perawatan secara total untuk klien. Apabila sedang tidak bekerja maka perawat dapat mendelegasikan kepada perawat yang bertugas yang mengikuti rencana keperawatan yang sudah disusun oleh perawat primer. Setiap perawat primer memiliki 4-6 pasien. Metode keperawatan primer dapat mendorong kemandirian perawat, yang dapat ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat. Perawat primer bertanggung jawab dalam membangun komunikasi yang jelas diantara pasien, dokter, perawat asosiasi, serta anggota tim kesehatan lain. Bagan model

penugasan asuhan keperawatan dengan metode tim sebagai berikut
(Nursalam, 2014) :



Adapun kelebihan serta kelemahan dalam model primer ini antara lain:

Kelebihan :

- a) Mendapat kepuasan kerja yang tinggi, karena dapat memberikan asuhan keperawatan secara holistik
- b) Perawat ditantang untuk melakukan kerja total sesuai dengan kapasitas
- c) Bersifat kontinuitas serta komprehensif
- d) Meningkatkan motivasi, tanggung jawab serta tanggung gugat
- e) Meningkatkan hubungan antara perawat dan klien
- f) Asuhan keperawatan yang diberikan berfokus pada kebutuhan klien

Kelemahan :

- a) Asuhan keperawatan hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional

- b) Perlu tenaga yang cukup banyak serta mempunyai kemampuan yang sama
- c) Tidak semua perawat siap untuk bertindak mandiri serta memiliki akuntabilitas dan kemampuan untuk melakukan pengkajian serta perencanaan asuhan keperawatan untuk klien

Model penugasan di ruangan cempaka menggunakan model team yang sudah disesuaikan dengan karakteristik yang ada di ruangan cempaka. Cara pemilihan agar model penugasan asuhan keperawatan menjadi efektif serta efisien yakni didasarkan pada jumlah tenaga, kualifikasi staff serta klasifikasi pasien (Rakhmawati, 2007). Aplikasi yang diterapkan di ruang cempaka yakni sebagai berikut :

- a) Kepala ruang membagi kelompok menjadi 2 tim dan masing-masing tim memiliki ketua tim yang sudah ditunjuk oleh kepala ruangan.
- b) Ketua tim membagi jumlah pasien keseluruhan secara sama rata kepada jumlah perawat yang bertugas pada setiap shiftnya.

E. Timbang Terima

Timbang terima (operan) merupakan suatu cara dalam penyampaian dan penerimaan suatu laporan yang berhubungan dengan keadaan pasien yang harus dilakukan dengan seefektif mungkin dengan penjelasan yang singkat, jelas dan lengkap yang berisi tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif baik yang sudah dilakukan maupun belum dilakukan (Nursalam, 2012). Tujuan dilakukan timbang terima yakni untuk melakukan identifikasi, pengembangan serta peningkatan timbang terima klinis dalam berbagai pengaturan kesehatan (AHHA, 2009).

Timbang terima (operan) antar perawat selalu dilaksanakan di ruangan Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember. Timbang terima dilakukan oleh perawat setiap pergantian shift, tiga kali dalam sehari jam 07.00 WIB, 14.00 WIB dan jam 21.00 WIB. Timbang terima dilakukan di

ruang perawat dan di ruang pasien, dengan dibuktikan catatan dokumentasi keperawatan yang telah ditulis oleh perawat jaga sebelumnya.

Tabel 11. Mekanisme Kegiatan Timbang Terima

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Pra Timbang Terima	1. Kedua kelompok dinas sudah siap dan berkumpul di <i>nurse station</i> 2. Kepala ruang mengecek kesiapan timbang terima tiap PP 3. Kelompok yang akan bertugas menyiapkan catatan (<i>Work Sheet</i>), PP yang akan mengoperkan, menyiapkan buku timbang terima 4. Kepala ruangan membuka acara timbang terima dilanjutkan dengan doa.	10 Menit	Nurse Station	Kepala ruang Ketua Tim Perawat pelaksana
Pelaksanaan Timbang Terima	PP dinas pagi melakukan timbang terima kepada PP dinas sore. Hal-hal yang perlu disampaikan PP pada saat timbang terima: 1. Identitas klien dan diagnosa medis termasuk hari rawat beberapa. 2. Masalah keperawatan. 3. Data yang mendukung. 4. Tindakan keperawatan yang sudah/belum dilaksanakan. 5. Rencana umum yang perlu dilakukan: Pemeriksaan penunjang, konsul, prosedur tindakan tertentu. 6. Kepala ruang membuka dan memberi salam kepada klien, PP pagi menjelaskan tentang klien, PP sore mengenalkan anggota timnya dan melakukan validasi data.	20 Menit	Nurse Station	Kepala ruang Ketua Tim Perawat pelaksana

	7. Lama timbang terima setiap klien kurang lebih 5 menit, kecuali kondisi khusus yang memerlukan keterangan lebih rinci.		Disamping tempat tidur klien	
Post timbang terima	Klarifikasi hasil validasi data oleh PP sore. 1. Penyampaian alat- alat kesehatan 2. Laporan timbang terima ditandatangani oleh kedua PP dan mengetahui Kepala ruang (kalau pagi saja). 3. <i>Reward</i> Kepala ruang terhadap perawat yang akan dan selesai bertugas. 4. Penutup oleh kepala ruang.	5 Menit	Nurse station	Kepala ruang Ketua Tim Perawat pelaksana

F. Discharge Planning

Discharge planning adalah suatu proses dimulainya pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya (Rosdahl & Kowalski, 2008).

Perawat adalah salah satu anggota team discharge planning, dan sebagai discharge planner perawat mengkaji setiap pasien dengan mengumpulkan dan menggunakan data yang berhubungan untuk mengidentifikasi masalah aktual dan potensial, menentukan tujuan dengan atau bersama pasien dan keluarga, memberikan tindakan khusus untuk mengajarkan dan mengkaji secara individu dalam mempertahankan atau memulihkan kembali kondisi pasien secara optimal dan mengevaluasi kesinambungan asuhan keperawatan. Perawat berkolaborasi dengan tim lain untuk merencanakan, melakukan tindakan, berkoordinasi dan juga membantu pasien memperoleh tujuan utamanya dalam meningkatkan derajat kesehatannya (Pemila, 2008). Terdapat beberapa hal yang harus dilakukan sebelum melakukan discharge planning antara lain (Nursalam, 2008):

- 1) Persiapan, dalam persiapan dilakukan identifikasi mengenai kebutuhan pemulangan pasien yang dikaitkan dengan masalah yang mungkin akan timbul ketika pasien sudah pulang, antara lain : pengetahuan dari pasien serta keluarga mengenai penyakit yang dialami, bantuan yang diperlukan oleh pasien, pemenuhan dalam aktivitas sehari-hari, sumber finansial, fasilitas di rumah, dll.
- 2) Pelaksanaan, dilakukan secara kolaboratif serta dilakukan penyesuaian terhadap sumber daya dan fasilitas yang ada.

Discharge planning yang dilakukan di ruang cempaka Rumah Sakit Universitas Jember yakni dilakukan oleh ketua tim secara langsung kepada pasien dan keluarga yang akan pulang setelah mendapat persetujuan dari dokter. Discharge planning yang diberikan berupa pendidikan kesehatan mengenai anjuran pengobatan serta perawatan saat di rumah kepada pasien

serta keluarga. Dalam pendokumentasian discharge planning dilakukan secara tertulis oleh perawat dan terdapat format penulisan, perawat juga menyampaikan secara lisan kepada keluarga serta pasien yang akan pulang.

G. Sentralisasi Obat

Sentralisasi obat merupakan kegiatan pengelolaan obat, dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya kepada perawat (Nursalam, 2008). Pelaksanaan sentralisasi obat secara optimal dilakukan dengan dipimpin oleh kepala ruangan serta melibatkan pengetahuan perawat dalam proses ketepatan pemberian obat dengan prinsip 6 B (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, dan benar dokumentasi) dan 1 W (waspada efek samping) oleh sebab itu, diharapkan tidak ada kesalahan dalam proses pemberian obat ketika proses perawatan pasien (Aprilia., Nursalam., C. Asmoro., 2016).

1) Pengadaan obat

Pengadaan obat dilakukan oleh perawat ruangan apabila persediaan obat yang ada di ruangan telah habis. Alur pengadaan obat di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember adalah sebagai berikut. Penggunaan obat di ruangan obat habis digunakan pengadaan obat mengambil obat dari apotek obat tersedia di ruangan penggunaan obat di ruangan obat habis digunakan pengadaan obat kembali dan seterusnya. Kelemahan penggunaan metode alur pengadaan obat tersebut adalah sebagai berikut:

- a) Ruangan tidak memiliki persediaan cadangan obat yang disimpan untuk jaga-jaga dalam keadaan mendesak
- b) Ruangan dapat kesulitan mendapatkan obat yang diinginkan bila persediaan di apotek sedang habis

2) Penyimpanan obat

Penyimpanan obat dilakukan dengan tujuan untuk menyimpan atau menjaga obat-obatan agar tetap aman, tidak rusak, dan dapat digunakan saat diperlukan. Penyimpanan obat di ruangan Cempaka disimpan di ruang obat yang terletak di dekat ruang kepala ruangan. Obat diletakkan dan

disimpan di dalam kotak atau loker kecil di atas etalase sesuai dengan nomor tempat tidur pasien. Obat yang disimpan bercampur jadi satu, belum dibedakan berdasarkan nama generik atau jenis obat. Beberapa obat ada juga yang dimasukkan ke dalam lemari es (kulkas) dan dijaga agar tetap beku.

3) Penyiapan obat

Obat disiapkan di ruang obat oleh perawat dengan menggunakan prinsip konsep steril. Penggunaan konsep steril dalam penyiapan obat ini bertujuan untuk meminimalkan masuknya zat asing (bakteri, virus, kuman) ke dalam obat yang akan diberikan pada pasien atau dimasukkan ke dalam tubuh pasien. Penyiapan obat dilakukan maksimal 30–60 menit sebelum obat digunakan atau diberikan pada pasien.

4) Pemberian atau penggunaan obat

Perawat di ruang Cempaka dalam memberikan obat memperhatikan resep obat yang diberikan harus tepat, hitungan yang tepat pada dosis yang diberikan sesuai resep dan selalu menggunakan prinsip 7 benar, yaitu sebagai berikut:

- Benar Klien
- Benar Obat
- Benar Dosis Obat
- Benar Waktu Pemberian
- Benar Cara Pemberian (rute)
- Benar Dokumentasi
- Benar Informasi

H. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan yang dilakukan sesuai dengan asuhan keperawatan yang diberikan, perawat profesional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab serta tanggung gugat terhadap tindakan yang sudah dilaksanakan. Tujuan dalam pendokumentasian yakni sebagai dokumen rahasia yang berisi mengenai catatan dari pelayanan keperawatan

yang diberikan kepada klien (Nursalam, 2012). Terdapat dua jenis pencatatan dokumentasi antara lain (Handayaningsih, 2009) :

1) Catatan klien secara tradisional

Berupa catatan yang didapatkan dari beberapa sumber, dimana setiap sumber yang didapat mempunyai catatan tersendiri. Sumber yang diperoleh berasal dari perawat, dokter atau tim kesehatan lainnya. Dalam catatan tradisional terdapat enam bagian yakni, catatan khusus, lembar catatan untuk dokter, lembar riwayat medis, lembar identitas, catatan keperawatan serta laporan khusus lainnya.

2) Catatan berorientasi pada masalah

Berupa pencatatan yang berfokus pada masalah yang dialami klien. Sistem ini dikenal dengan nama "*Problem Oriented Record*" (POR) yakni suatu konsep yang dapat membantu tim kesehatan dalam identifikasi masalah klien, perencanaan terapi, penentuan diagnosa, melakukan penyuluhan, serta melakukan evaluasi dan pengkajian terhadap perkembangan yang dialami oleh klien.

Ruang cempaka Rumah Sakit Universitas Jember dalam pendokumentasian menggunakan model dokumentasi keperawatan jenis pendokumentasian masalah (POR) dimana model ini memusatkan data tentang klien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien (Nursalam, 2014). Di Ruang cempaka penulisan dokumentasi keperawatan telah sesuai dengan komponen penulisan dokumentasi keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Dokumentasi ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat, atau tenaga kesehatan lain yang ikut terlibat dalam pemberian pelayanan terhadap pasien. Format yang digunakan format worksheet dan flowsheet, format pencatatan mengacu pada SOAP dan SOAPIER yakni :

S (*Subjective*), merupakan pernyataan atau keluhan pasien

O (*Objective*), merupakan data yang diobservasi

A (*Assesment*), merupakan pengkajian atau apa yang perawat pikirkan berdasarkan data subjektif dan objektif

P (*Planning*), merupakan tindakan yang akan dilakukan oleh perawat
Atau SOAPIER

I (*Intervention*), merupakan intervensi spesifik yang dilakukan atau diimplementasikan

E (*Evaluation*), merupakan respon pasien terhadap tindakan keperawatan

R (*Revised*), merupakan rencana keperawatan akan dirubah

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Karena adanya dokumentasi yang baik informasi mengenai keadaan kesehatan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan. Disamping itu dokumentasi merupakan dokumen legal tentang pemberian asuhan keperawatan. Secara lebih spesifik dokumentasi berfungsi sebagai sarana komunikasi antar profesi kesehatan, sumber data untuk pemberian asuhan keperawatan, sumber data untuk penelitian, sebagai bukti pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan keperawatan, dan sarana untuk pemantauan asuhan keperawatan. Dokumentasi dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien. Dokumentasi berdasarkan pemecahan masalah terdiri dari format pengkajian, rencana keperawatan, catatan tindakan keperawatan dan catatan perkembangan pasien.

Pada model PKP juga terdapat format dokumentasi seperti disebutkan diatas, namun pada model ini dikembangkan standar rencana keperawatan berdasarkan literatur. Penetapan standar rencana keperawatan ini diharapkan dapat membuat efisiensi waktu bagi perawat.

Catatan tindakan keperawatan juga dibuat lebih spesifik untuk memungkinkan pendokumentasian semua tindakan keperawatan. Catatan perkembangan pasien juga dilakukan setiap hari yang bertujuan menilai tingkat perkembangan pasien. Rencana keperawatan dan catatan perkembangan pasien dilakukan oleh PP dan catatan tindakan dilakukan oleh PP dan PA atau sesuai perannya masing-masing (Al-Assaf, 2009).

Menurut hasil wawancara didapatkan di ruang cempaka pendokumentasian keperawatan masih menggunakan dokumentasi manual (tuliskan tangan). Dalam pendokumentasian di ruang cempaka sesuai dengan les pasien, assessment pengkajian awal sudah dilakukan dalam 24 jam pertama saat pasien masuk rumah sakit. Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan dengan metode SOAP pada tiap shift dan dilakukan oleh perawat jaga.

1) Rekam Medik Manual Terdiri dari:

a. *General Consent*

- Persetujuan Umum
- Surat Pernyataan

b. Terintegrasi

- Formulir Informasi Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi
- Formulir Pelaksanaan Edukasi dan Verifikasi Terintegrasi
- Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

c. Dokter

- Ringkasan Masuk Dan Keluar RS
- Assesment Awal Medis Rawat Inap
- Surat Pengantar Masuk Rawat Inap
- Daftar Masalah Medis
- Lembar Pemberian Informasi Dan Persetujuan Tindakan Medis
- Laporan Tindakan Invasif Dan Persetujuan Tindakan Medis
- Resume Medis

d. Perawat

1. Assesment Awal Keperawatan Rawat Inap
2. Assesment awal Nyeri
3. Observasi nyeri
4. Lembar Observasi
5. *Discharge Planning*

6. Formulir Survei Infeksi Rumah Sakit

7. Pengkajian Pasien Jatuh Dewasa

- e. Fisioterapis
- f. Nutritionist
 - Asuhan Gizi
- g. Apoteker
 - Catatan Penggunaan Obat Pasien Rawat Inap
- h. Penunjang

I. Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan

Standart pelaksanaan asuhan keperawatan berfokus pada perawatan dan pelayanan klien dimana tujuan dari tindakan keperawatan adalah untuk mencapai outcome dari asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil wawancara dan obervasi, pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan berpedoman pada SDKI, SLKI, dan SIKI dalam menentukan diagnosa keperawatan, outcome dan tujuan serta dalam menentukan rencana tindakan keperawatan.

J. Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional

Pelaksanaan Standar Operasional Keperawatan di ruang cempaka hanya sedikit sekali SOP tindakan medis atau keperawatan yang sesuai dan masih *up to date* untuk digunakan. Pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang Cempaka sampai saat ini sesuai dengan SOP yang ditetapkan oleh rumah sakit meskipun hanya sedikit SOP tidakan yang sesuai atau *up ro date*. Adapun SOP yang ada di ruang Cempaka yang terdiri dari:

1. Pengkajian pasien
2. SOP Pengukuran TTV lengkap
3. SOP pemasangan, perawatan, dan pelepasan Kateter Urin
4. SOP ganti balutan dan perawatan luka
5. Pemberian obat per oral
6. Pemberian obat bukal
7. Pemberian obat topikal
8. Pemberian obat rektal

9. Pemberian obat sublingual
10. Pemberian obat tetes mata, telinga
11. Injeksi intra muscular, intravena, intra kutan, sub kutan
12. Pemberian oksigen melalui nasal kanul, RM dan NRM
13. SOP Suctioning
14. SOP code Blue
15. SOP RJP
16. SOP Batuk efektif
17. SOP relaksasi napas dalam
18. SOP pemasangan EKG
19. Fisioterapi dada
20. SOP pemberian posisi fowler, semi fowler, pronasi, supinasi, trendelenburg, sim, dorsal recumben
21. SOP Pengambilan sample sputum, urine
22. Pengambilan darah vena
23. Pengambilan darah arteri
24. SOP nebulizer
25. Cuci tangan bersih
26. Cuci tangan steril
27. SOP Cara melakukan ROM
28. Memakai masker yang benar
29. Cara melakukan huknah terbaru
30. SOP Pemberian transfusi darah
31. Pemasangan NGT (naso gastrik tube)
32. Pemberian makan melalui NGT
33. Pemberian diit / makan per oral
34. SOP *Oral hygiene / vulva hygiene / genital hygiene*
35. SOP *personal hygiene*
36. Postural drainage
37. SOP Bilas lambung
38. Perawatan trakheostomi

39. Perawatan pasien dengan botol WSD (water seal drainage)
40. SOP Persiapan pasien untuk operasi
41. Penggunaan infus pump dan syringe pump
42. SOP pemasangan, pelepasan, dan perawatan infus
43. SOP kompres dingin dan hangat
44. SOP pencegahan resiko jatuh
45. SOP transferring atau pemindahan pasien

K. Supervisi

Secara umum yang dimaksud dengan supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Azwar, 1996). Wijono (1999) menyatakan bahwa supervisi adalah salah satu bagian proses atau kegiatan dari fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kegiatan supervisi adalah kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Sudarsono, 2000).

Menurut Nurrachmah (2008) adapun manfaat dan tujuan supervisi adalah Supervisi dapat meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan. Supervisi dapat lebih meningkatkan efesiensi kerja. Peningkatan efesiensi kerja ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah. Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, sama artinya dengan telah tercapainya tujuan suatu organisasi. Tujuan pokok dari supervisi ialah

menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat, dalam arti lebih efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan memuaskan (Suarli & Bachtiar, 2008).

Hasil pengamatan menunjukkan pelaksanaan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember termasuk dalam keadaan kurang baik. Hal ini dikarenakan pada saat pelaksanaan supervisi meskipun kepala ruangan selalu memiliki catatan hasil supervisi yang sudah dilakukan namun kepala ruang sering kali lupa dalam memberikan bimbingan serta pengarahan dari pengkajian sampai evaluasi pada perawat pelaksana.

Hal ini menunjukkan bahwa kegiatan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan kurang dan membuat perawat pelaksana memiliki persepsi fungsi pengarahan kepala ruangan yang kurang baik sehingga dalam melaksanakan manajemen asuhan keperawatan khususnya pendokumentasian perawat pelaksana kurang melakukannya dengan terstruktur dan sistematis (Saragih, 2018).

L. Diskusi Refleksi Kasus

Diskusi refleksi kasus merupakan suatu metode dalam merefleksikan pengalaman klinis perawat dalam menerapkan standar dan uraian tugas (Kepmenkes nomor 836 tahun 2005 tentang Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan). Pelaksanaan DRK dapat dilaksanakan di ruang rawat inap maupun rawat jalan. Perawat dalam melaksanakan DRK melakukan refleksi pengalaman, diskusi kasus, kajian literatur, mempelajari berbagai kebijakan, journal reading, dan praktik berbasis bukti (Ardian dan Tutik, 2017).

Pelaksanaan DRK secara langsung menerapkan berbagai strategi pembelajaran sehingga mempunyai banyak manfaat bagi perawat. Dalam pelaksanaan refleksi asuhan keperawatan menjadikan perawat akan berfikir lebih terbuka, meningkatkan keberanian, berfikir kritis, menambah

pengetahuan dan mengurangi risiko melakukan kesalahan dengan belajar dari pengalaman (Caldwell & Grobbel, 2013; Ardian dan Tutik 2017). Pelaksanaan diskusi kasus pada perawat mampu meningkatkan critical thinking, problem solving dan memfasilitasi active learning (Popil, 2010; Ardian & Tutik, 2017).

Implementasi journal reading membantu perawat membangun berbagai keterampilan profesional, kemampuan berbicara di depan umum, pemahaman bacaan untuk artikel ilmiah, meningkatkan pengetahuan, dan melakukan penilaian kritis (Laaksonen dkk, 2013; Ardian & Tutik, 2017). Pelaksanaan DRK bermanfaat bagi perawat dalam meningkatkan pengetahuan, berfikir kritis, melatih kemampuan berbicara di depan umum, berfikir terbuka serta meningkatkan kemampuan memahami artikel ilmiah. Diskusirefleksi kasus yang dilakukan secara berkelompok dapat meningkatkan kerjasama tim dan meningkatkan kemampuan berfikir kritis dalam hubungan interpersonal serta mempunyai dampak positif terhadap pengetahuan klinis perawat (Chris Dawber, 2013; Ardani dkk, 2018).

Diskusi Refleksi Kasus (DRK) merupakan komponen yang sangat efektif dan efisien untuk mengembangkan pengetahuan, pengalaman dan akuntabilitas perawat. Pelaksanaan diskusi sesuai dengan rekomendasi yang dianjurkan oleh DepKes yaitu bahwa kasus yang disajikan merupakan kasus klinis maupun manajemen.

Berdasarkan hasil observasi didapatkan pelaksanaan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) di RS Universitas Jember ruang Cempaka tidak memiliki jadwal yang teratur dan sangat jarang dilaksanakan, sehingga masih banyak perawat yang kurang dalam melaksanakan atau patuh pada SOP yang masih berlaku di rumah sakit khususnya mengenai *patient safety*. Banyak perawat yang kurang optimal atau bahkan tidak melakukan tindakan *patient safety* sesuai dengan SOP (Ardani dkk, 2018)

DRK atau Diskusi refleksi kasus sendiri merupakan suatu metode yang efektif dan efisien dalam mengembangkan pengetahuan, pengalaman, dan akuntabilitas dari perawat. Melalui DRK perawat dapat melakukan introspeksi

diri terhadap tindakan yang dilakukan sehingga akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang akan diberikan nantinya. Diskusi refleksi kasus yang dilakukan berkelompok juga dapat meningkatkan kerjasama tim dan kemampuan berpikir kritis dalam hubungan interpersonal (Ardani dkk, 2018).

M. Ronde Keperawatan

Ronde keperawatan yaitu suatu kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat, disamping pasien dilibatkan untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan akan tetapi pada kasus tertentu harus dilakukan oleh perawat primer atau konselor, kepala ruangan, perawat associate yang perlu juga melibatkan seluruh anggota tim.

Tujuannya :

1. Menumbuhkan cara berpikir secara kritis
2. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berasal dari masalah klien
3. Meningkatkan validitas data klien
4. Menilai kemampuan justifikasi
5. Meningkatkan kemampuan dalam menilai hasil kerja
6. Meningkatkan kemampuan untuk memodifikasi rencana perawatan.

Pelaksanaan

1. Penetapan kasus minimal 1 hari sebelum waktu pelaksanaan ronde.
2. Pemberian inform consent kepada klien/ keluarga.
3. Penjelasan tentang klien oleh perawat primer dalam hal ini penjelasan difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan atau telah dilaksanakan dan memilih prioritas yang perlu didiskusikan.
4. Diskusikan antar anggota tim tentang kasus tersebut.
5. Pemberian justifikasi oleh perawat primer atau perawat konselor/ kepala ruangan tentang masalah klien serta tindakan yang akan

dilakukan.

6. Tindakan keperawatan pada masalah prioritas yang telah dan yang akan ditetapkan.
7. Pasca ronde perawat mendiskusikan hasil temuan dan tindakan pada klien tersebut serta menetapkan tindakan yang perlu dilakukan. (Nursalam, 2002).

Menurut hasil wawancara didapatkan diruang cempaka dalam melakukan asuhan keperawatan pasien diikut libatkan untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan akan tetapi pada kasus tertentu.

N. Program Pengendalian Indikator Mutu Dan Klinik

Dalam memberikan layanan kesehatan maka diperlukan suatu petunjuk atau indikator yang berfungsi memberikan atau menunjukkan sejauh mana mutu pelayanan sudah tercapai. Pengertian mutu disini adalah tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dimana dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dalam tata cara penyelenggarannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan. Untuk mewujudkan hal tersebut maka mutu pelayanan harus dapat terukur, terpantau, dan termonitor (Iman A, 2017). Berdasarkan hasil wawancara dan observasi program pengendalian indikator mutu dan klinik di ruang cempaka sudah baik.

O. 10 Diagnosa Terbanyak, 10 Jenis Tindakan Tersering, dan 10 Penyakit di Ruang Cempaka

1. 10 Jenis Diagnosa Terbanyak di Ruang Cempaka

No.	Diagnosa Keperawatan
1.	Nyeri Akut / Nyeri Kronis
2.	Kekurangan Volume Cairan
3.	Hipertermi / Hipotermi
4.	Mual / Muntah
5.	Kerusakan integritas kulit
6.	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh
7.	Gangguan Pola Nafas
8.	Ansietas
9.	Gangguan eliminasi urine

10. Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

2. 10 Jenis Tindakan Tersering di Ruang Cempaka

No.	Tindakan
1.	Kebersihan tangan dengan handrub alcohol, air, dan sabun cair
2.	Pemasangan infus
3.	Pemakaian APD
4.	Pemberian Transfusi Darah
5.	Injeksi obat
6.	Mengukur TTV
7.	Terapi Oksigen
8.	Nebulizer
9.	Pemasangan dan pelepasan kateter
10.	Rawat luka

3. 10 Jenis Penyakit yang Sering Muncul di Ruang Cempaka

No.	Penyakit
1.	Hipertensi
2.	Hepatitis
3.	Thypoid
4.	Demam berdarah
5.	Alergi
6.	Diabetes mellitus
7.	Gastritis
8.	Reumatik / arthritis
9.	Anemia
10.	Infeksi saluran kemih

P. Analisis Masalah pada M3 (Metode)

- a. RS Universitas Jember masih memiliki mekanisme dokumentasi yang belum terstruktur, dokumentasi yang dilakukan selama ini masih menggunakan dokumentasi manual dengan tulis tangan
- b. Pada ruangan Cempaka dari 45 SOP tindakan yang tersedia hanya 12 SOP yang sesuai dengan standart terbaru atau yang ter *up to date* untuk digunakan diantaranya pemberian obat melalui oral, bukal, sublingual, rektal, dan topikal, pemberian huknah, kompres dingin dan hangat.

- c. Pelaksanaan *patient safety* di rumah sakit belum berjalan maksimal dengan berbagai kendala dalam pelaksanaannya diantaranya:
 - Sasaran 3: Penempatan obat yang *high alert* (NASA) belum ada penempatan pada area tertentu
 - Sasaran 5: Kepatuhan petugas kesehatan dalam menerapkan 6 langkah cuci tangan pada 5 momen belum dilakukan secara maksimal
- d. Mekanisme pengajuan barang pada ruang Cempaka juga dirasa kurang maksimal karena birokrasi permintaan penggantian barang dirasa cukup menyisahkan
- e. Proses pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dilakukan perawat pelaksana di RS Universitas Jember Ruang Cempaka juga kurang terstruktur, hal ini dikarenakan kurangnya fungsi pengawasan oleh kepala ruang dalam pelaksanaan supervisi.

3.1.4 Keuangan (Money / M4)

A. Sumber keuangan Rumah Sakit

Sumber keuangan Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember berasal dari pemerintah serta dari rumah sakit itu sendiri. Pendanaan yang diperoleh rumah sakit berasal dari APBN dan APBD. Pengaturan keuangan dan pengalokasian dana yang didapat akan diatur langsung oleh pihak rumah sakit sehingga pihak rumah sakit dapat memanager dan mengatur keuangan berdasarkan kebutuhan rumah sakit. Pengaturan keuangan di Ruang Cempaka akan diatur oleh bagian administrasi sekaligus merinci dan checklist tindakan apa saja yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan didalam pemberian asuhan keperawatan. Ruang Cempaka menggunakan system pengelolaan keuangan metode simple distribution yaitu dengan menghubungkan secara langsung antara ruangan dengan pihak manajemen rumah sakit sehingga data laporan keuangan ruangan yang diinput secara otomatis terbaca oleh pihak bidang keuangan rumah sakit.

Pihak administrasi juga melakukan penghitungan rincian jumlah pembayaran jasa pelayanan pada pasien rawat inap (swasta) di Ruang Cempaka dan selanjutnya akan diberikan kwitansi sejumlah total dana yang harus dibayarkan oleh pasien selama dirawat inap. Setelah menerima rincian biaya maka pasien dapat langsung melakukan pembayaran di kasir rumah sakit sehingga dana akan segera direkap dan diserahkan kepada bidang keuangan rumah sakit. Rumah sakit ini juga berkerja sama dengan ASKES, BPJS, SPM dll. Namun apabila terjadi keterlambatan dalam pecairan dana BPJS dikhawatirkan dapat mengganggu manajemen keuangan Rumah Sakit.

B. Pengelolaan keuangan untuk pelayanan

Sumber keuangan Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember berasal dari pemerintah sehingga terkait mekanisme pengajuan pengadaan barang harus berada dibawah pengawasan dinas kesehatan. Namun birokrasi untuk pelayanan pengadaan barang di Ruang Cempaka dinilai cukup menyusahkan sehingga pengadaan barang, alat tidak dapat secara langsung. Kebutuhan barang dan obat harus tertulis dan dilaporkan ke dinas kesehatan sedangkan lokasi Rumah sakit jauh dari dinas kesehatan sehingga kesulitan yang berdampak pada kekosongan stok obat.

C. Kesejahteraan karyawan/Ruangan

Sumber kesejahteraan karyawan didapatkan dari 2 sumber. Setiap bulannya anggota mendapatkan gaji bulanan dengan rincian Tenaga PNS yang berjumlah 3 orang diberikan gaji dari negara, sedangkan Tenaga Non-PNS mendapatkan gaji dari honorarium Rumah Sakit. Untuk tenaga PNS besaran gaji disesuaikan dengan pangkat dan golongan dari pegawai yang bersangkutan sedangkan untuk tenaga Non-PNS disesuaikan dengan masa kerja dan pendidikan yang ditempuh. Selain gaji bulanan setiap bulannya anggota mendapatkan dana jasa pelayanan di akhir bulan. Dana jasa pelayanan sesuai dengan jumlah pasien umum maupun BPJS yang ada di Ruang Cempaka.

Dana jasa pelayanan yang berasal dari BPJS sebesar 20%, kemudian diserahkan pada bagian anggaran pusat rumah sakit. Dana tersebut dikalkulasi selama 1 bulan, kemudian total jasa pelayanan selama 1 bulan dikembalikan kepada ruangan, diterima oleh kepala ruangan, kemudian oleh kepala ruangan jasa pelayanan akan dibagikan kepada seluruh anggotanya dengan perincian pembagian pelayanan semua jenjang pendidikan sama sehingga tidak terjadi ketegangan antara teman sejawat. Rumah Sakit Universitas Jember memfasilitasi penunjang berupa asuransi BPJS kepada setiap pegawai serta menyediakan dana untuk kegiatan pelatihan meskipun dalam jumlah terbatas

D. Analisis Masalah pada Bagian Keuangan

1. Sistem keuangan berpusat pada rumah sakit sehingga dalam system sehingga pengadaan barang dan alat tidak dapat secara langsung, namun berdasarkan jumlah anggaran yang dikeluarkan.
2. Terkait mekanisme pengajuan pengadaan barang pada ruang Cempaka juga kurang maksimal karena birokrasi yang dinilai cukup menyusahkan.
3. Apabila terjadi keterlambatan dalam pecairan dana BPJS dikhawatirkan dapat mengganggu manajemen keuangan Rumah Sakit.

3.1.5 Pemasaran Bangsal (Market/M5)

A. Jumlah rata-rata pasien / hari, di Ruang Cempaka

Bulan	April	Mei	Juni
Rata-Rata	5 pasien per hari	6 pasien per hari	6 pasien per hari

Jumlah kunjungan ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember per bulan sejak bulan April 2020 hingga Juni 2020 rata-rata terdapat 5 pasien per hari. Kunjungan paling banyak pada bulan Mei dan Juni 2020 sejumlah 6 pasien, dan yang paling rendah yaitu bulan April 2020 sebanyak 5 pasien.

Jumlah pasien

$$\begin{aligned}\text{April 2020} &= 165 : 30 \\ &= 5 \text{ pasien/hari}\end{aligned}$$

Mei 2020 = 190 : 31
 = 6 pasien/hari
 Juni 2020 = 178 : 30
 = 6 pasien/hari

B. BOR, ALOS, TOI, BTO di Ruang Cempaka tahun 2020

1) BOR (Bed Occupancy Ratio = Angka penggunaan tempat tidur)

BOR menurut Huffman (1994) adalah “the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration”. Sedangkan menurut Depkes RI (2005), BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85% (Depkes RI, 2005).

Rumus :

$$\text{BOR} = (\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit} / (\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode})) \times 100\%$$

Kategori	April	Mei	Juni
BOR	$(547 / (22 \times 30)) \times 100\% = 82,88 \%$	$(570 / (22 \times 31)) \times 100\% = 83,58 \%$	$(543 / (22 \times 30)) \times 100\% = 82,27 \%$

2) AVLOS (Average Length of Stay = Rata-rata lamanya pasien dirawat)

AVLOS menurut Huffman (1994) adalah “The average hospitalization stay of inpatient discharged during the period under consideration”. AVLOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes, 2005).

Rumus :

$$\text{AVLOS} = \text{Jumlah lama dirawat} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}$$

Kategori April Mei Juni

Kategori	April	Mei	Juni
AVLOS	$547 : 127 = 4,31$	$570 : 137 = 4,16$	$543 : 128 = 4,24$

	Hari	Hari	Hari
--	------	------	------

3) TOI (Turn Over Interval = Tenggang perputaran)

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Rumus :

TOI = ((Jumlah tempat tidur X Periode) – Hari perawatan) / Jumlah pasien keluar (hidup +mati)

Kategori	April	Mei	Juni
TOI	= 1 Hari	= 1 Hari	= 1 Hari

4) BTO (Bed Turn Over = Angka perputaran tempat tidur)

BTO menurut Huffman (1994) adalah “...the net effect of changed in occupancy rate and length of stay”. BTO menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Rumus :

BTO = Jumlah pasien keluar (hidup + mati) / Jumlah tempat tidur

Kategori	April	Mei	Juni
BTO	127 : 22 = 5,77 Kali	137 : 22 = 6,22 Kali	128 : 22 = 5,81 Kali

5) NDR (Net Death Rate)

NDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

Rumus :

NDR = (Jumlah pasien mati > 48 jam / Jumlah pasien keluar (hidup + mati))
X 1000%

Kategori	April	Mei	Juni
----------	-------	-----	------

NDR	$4 / 127 \times 1000\%$ = 31,50 perMil	$3 / 137 \times 1000\%$ = 21,90 perMil	$5 / 128 \times 1000\%$ = 39,06 perMil
------------	---	---	---

C. Tingkat Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah core pemasaran yang berorientasi kepada pasien (Kuntoro, 2017) yang berlanjut pada terjalinnya hubungan yang harmonis antara perawat dengan pasien (Widayanti, 2018). Librianty (2017), jika kualitas jasa yang diberikan, faktor emosional, kualitas pelayanan, pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan dapat membuat pasien merasa senang, harga, sarana dan prasarana menjadi faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Tingkat kepuasan pasien di Ruang Cempaka RSUD diukur dengan menggunakan *Satisfied Patient Questionnaire* (Alwy, 2018). Beberapa indikator yang diisi oleh responden untuk menilai tingkat kepuasan meliputi:

Tabel 12. Kuesioner Penilaian Tingkat Kepuasan Pasien

Petunjuk Pengisian: Pilihlah salah satu jawaban yang menurut anda sesuai, dengan cara memberikan ceklist / centang pada Jawaban yang dipilih.

Keterangan:

SB : Sangat Baik

B : Baik

TB : Tidak Baik

STB : Sangat Tidak Baik

No.	Item Pengkajian	Ops			
Daya Tanggap (<i>Responsiveness</i>)		SB	B	TB	STB
1.	Petugas tanggap dalam menghadapi keluhan pasien				
2.	Petugas tanggap cepat datang bila dibutuhkan				
3.	Waktu menunggu yang tidak terlalu Lama				
4.	Petugas melakukan tindakan pelayanan yang tepat waktu				
5.	Petugas tanggap terhadap kebutuhan pasien				

Jaminan (<i>Assurance</i>)		SB	B	TB	STB
1.	Petugas teliti dalam memeberikan obat kepada pasien				
2.	Petugas memberikan Informasi tentang penyakit pasien				
3.	Petugas terampil tenaga medis dalam bekerja				
4.	Petugas senantiasa memberikan pengamatan secara teratur terhadap perkembangan pasien				
5.	Petugas teliti dalam memeriksa pasien				
Bukti Fisik (<i>Tangible</i>)		SB	B	TB	STB
1.	Kebersihan dan keindahan ruangan				
2.	Kebersihan dan kerapihan petugas				
3.	Kelengkapan dan kesediaan alat-alat yang digunakan (seprei, kasur, lemari)				
4.	Ketersediaan tempat sampah				
5.	Kebersihan kamar mandi				
Perhatian (<i>Emphaty</i>)		SB	B	TB	STB
1.	Petugas memberikan pelayanan secara menyenangkan				
2.	Petugas bersikap sabar dalam menghadapi keluhan pasien				
3.	Petugas mampu memberikan ketenangan dan ketentraman dalam hati pasien				
4.	Petugas senantiasa menjalin komunikasi yang baik dengan pasien.				
5.	Petugas sungguh-sungguh memperhatikan pasien				
Kehandalan (<i>reliability</i>)		SB	B	TB	STB
1.	Petugas menerima pasien dengan cepat dan tepat				
2.	Prosedur pelayanan yang cepat dan tidak menyusahkan pasien				
3.	Petugas bersikap adil dalam memberikan pelayanan				
4.	Petugas memberikan pelayanan sesuai prosedur				
5.	Petugas memberikan informasi dengan jelas sesuai kebutuhan pasien				

Survqual		SP	P	CP	KP
1.	Pelayanan petugas kesehatan dalam menerima pasien selama berobat				
2.	Kebersihan lingkungan di rumah sakit				
3.	Pelayanan tentang kejelasan informasi				
4.	Ketepatan waktu pelayanan selama berobat				
5.	Sikap petugas yang tanggap dan mau mendengar keluhan pasien selama berobat				

Skoring:

- Jumlah pertanyaan tiap variabel adalah 5 soal
- Pertanyaan yang diskoring mempunyai 4 pilihan jawaban menggunakan skala likert yaitu : Sangat Baik = 4; Baik = 3; Tidak Baik =2; Sangat Tidak Baik = 1
- Skor tertinggi dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi, yaitu $5 \times 4 = 20$ (100%); Skor terendah dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah yaitu $5 \times 1 = 5$ (25%); Skor standar = $100 - 37.5\% = 62.5\%$
- Kriteria objektif: Puas= jika presentasi nilai jawaban responden $\geq 62.5\%$; Tidak Puas = jika presentasi jawaban responden $< 62.5\%$;

Tingkat kepuasan pasien dinilai dari tujuh komponen yaitu sebagai berikut.

- Pelayanan saat awal masuk rumah sakit
- Pelayanan ruang perawatan
- Pelayanan perawatan
- Pelayanan dokter
- Pelayanan makanan
- Pelayanan fasilitas pendukung
- Pelayanan keseluruhan yang dirasakan pasien

Jadwal rekapitulasi tingkat kepuasan pasien telah ditentukan dilaksanakan setiap bulan. Pelaksanaan pengukuran tingkat kepuasan pasien dilakukan pada setiap pasien yang pulang setiap hari kemudian dievaluasi setiap bulan. Berdasarkan hasil wawancara kepada 5 keluarga pasien yang dirawat di

Ruang Cempaka didapatkan bahwa keluarga pasien menyatakan puas dengan pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

D. Tingkat Kepuasan Perawat

Wolo dkk (2015), kepuasan kerja perawat mencerminkan aspek profesional dalam memperoleh kepuasan dalam bekerja. Tingkat kepuasan perawat di Ruang Cempaka RSUD diukur dengan menggunakan kuesioner Skala Kepuasan Layanan Kerja Perawat (Hidayat, 2014).

Tingkat kepuasan perawat/pegawai dinilai berdasarkan komponen berikut ini.

- a. Minat dan motivasi dalam melaksanakan tugas/pekerjaan
- b. Kemampuan personel dalam melaksanakan tugas/pekerjaan
- c. Dukungan rumah sakit kepada perawat/pegawai
- d. Kebanggaan sebagai perawat/pegawai RS
- e. Kehormatan sebagai perawat/pegawai RS
- f. Lingkungan dan kondisi tempat kerja

Pengukuran kepuasan perawat dilakukan setiap 6 bulan sekali namun tidak dilakukan secara rutin kapan dilaksanakan. Tingkat kepuasan perawat diukur menggunakan kuesioner yang sudah tersedia di rumah sakit. Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan didapatkan kepuasan perawat dalam bekerja masuk kategori baik.

Tabel 13. Kuesioner Penilaian Tingkat Kepuasan Kerja Perawat

No.	Pernyataan	STP (1)	TP (2)	CP (3)	S (4)	SP (5)
1.	Jumlah gaji yang diterima dibandingkan pekerjaan yang anda lakukan					
2.	Sistem penggajian yang institusi tempat anda bekerja dilakukan					
3.	Jumlah gaji yang diterima dibandingkan pendidikan anda					
4.	Pemberian insentif tambahan atas suatu prestasi atau kerja ekstra					
5.	Tersedianya peralatan dan perlengkapan yang mendukung pekerjaan					
6.	Tersedianya fasilitas penunjang seperti kamar mandi, tempat parkir dan kantin					

7.	Kondisi ruangan kerja terutama berkaitan dengan ventilasi udara, kebersihan dan kebisingan					
8.	Adanya jaminan atas kesehatan atau keselamatan kerja					
9.	Perhatian insitusi rumah sakit terhadap anda					
10.	Hubungan antar karyawan dalam kelompok kerja					
11.	Kemampuan dalam bekerja sama antar karyawan					
12.	Sikap teman-teman kerja terhadap anda					
13.	Kesesuaian antara pekerjaan dan latar belakang pendidikan					
14.	Kemampuan dalam menggunakan waktu bekerja dengan penugasan yang diberikan					
15.	Kemampuan supervisi atau pengawas dalam membuat keputusan					
16.	Perlakuan atasan selama anda bekerja disini					
17.	Kebebasan atasan selama anda bekerja disini					
18.	Kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan dan pendidikan tambahan					
19.	Kesempatan untuk mendapat posisi yang lebih tinggi					
20.	Kesempatan untuk membuat suatu prestasi dan mendapatkan kenaikan tingkat					

Keterangan:

Skor 5 = Sangat puas

Skor 4 = Puas

Skor 3 = Cukup puas

Skor 2 = Tidak puas

Skor 1 = Sangat tidak puas

Dengan kriteria penilaian:

Sangat Puas = (76-100%)

Puas = (51-75%)

Tidak Puas = (25-50%)

Sangat Tidak Puas = (<25%)

E. Aah penunjuk ruang, penunjuk tempat di ruangan

Penunjuk arah yang menuju Ruang Cempaka yakni dari arah pintu masuk hall utama RS dengan mengikuti arah petunjuk sampai menuju Ruang Cempaka sudah terpasang petunjuk dan arah namun, hanya terdapat 2 jalur yakni jalur utama dan jalur dekat poli. Karena posisi ruang Cempaka berada disentral / tengah RS UNEJ



Gambar 3. Ruang Cempaka

F. Official Website Ruang Cempaka

Ruang Cempaka RS UNEJ merupakan ruang penyakit dalam (internis) dengan *Official Website* yaitu “<https://rsuj.kab.go.id/v2/profil-ruang-cempaka/>” yang berisi fasilitas, jumlah pasien terkini, mekanisme pelayanan, Staff dan Ketenagakerjaan yang disediakan di Ruang Cempaka RS UNEJ.

G. Rumah Sakit Lain Sekitar Rumah Sakit Universitas Jember.

Rumah Sakit Universitas Jember berdekatan dengan Rumah Sakit lain seperti RSUD dr. Soebandi (7 km arah barat daya RSUJ), RS Baladhika Husada (DKT) Jember (3 km arah timur RSUJ), RS Jember Klinik (5,5 km arah timur laut RSUJ), dan RS Paru Jember (3 km arah utara RSUJ).

H. Kerjasama

Rumah Sakit Universitas Jember telah menjalin kerjasama dengan Intitusi pendidikan yaitu Fakultas Kedokteran Universitas Jember, Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Fakultas Farmasi Universitas Jember, dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Selain itu, Rumah Sakit

Universitas Jember juga menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Jember.

I. Penunjang Ruangan di Ruang Cempaka

Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember didirikan pada tahun 2015. Ruang Cempaka sudah memiliki label untuk tempat-tempat yang ada, antara lain sebagai berikut :

1. Nomor ruang kamar terdapat 3 kelas; Kelas 1 (VIP), Kelas 2 dan Kelas 3
2. Bed kamar pasien (Kelas 1-3 dan No bed 1-17)
3. Ruang Kepala Ruangan (KARU)
4. Ruang Perawat (Nurse Stasion)
5. Ruang diskusi / ruang rapat
6. Ruang obat yang meliputi (nama klien, nomor identitas, ruangan)
7. Kamar mandi perawat
8. Musollah
9. Petunjuk tempat sampah (medis dan non medis)
10. Tempat linen (infeksius dan non infeksius) dan Gudang
11. APAR untuk pemadam kebakaran beserta daftar nama petugas yang tertera dipapan apabila ada kebakaran
12. Jalur evakuasi petunjuk arah yang ditempel didinding apabila ada bencana

J. Jam Kunjung

Rumah Sakit Universitas Jember memiliki aturan tersendiri mengenai jam kunjung keluarga. Aturan ini dibuat oleh rumah sakit Universitas Jember dikarenakan untuk kenyamanan pasien saat dirumah sakit. Tersedia satpam yang bertugas menjaga pintu masuk. Pagi : 08.00-12.00 ; Sore : 16.30-19.30

K. Rujukan

Rumah Sakit Universitas Jember sebagai rujukan bagi fasilitas kesehatan tingkat satu yaitu puskesmas sekitar, Sedangkan RS Universitas Jember sendiri melakukan rujukan ke RSD. dr. Soebandi Jember.

L. Analisa Masalah

- 1) Tidak terdapat petunjuk arah yang lengkap mengenai jalur evakuasi bila terjadi bahaya. Petunjuk arah hanya terdapat di 2 jalur utama dan jalur dekat poli
- 2) Pelaksanaan pengukuran tingkat kepuasan perawat belum jelas dalam frekuensinya.
- 3) Lokasi RS Universitas Jember relative berdekatan dengan Rumah Sakit beberapa lain, yang memungkinkan menjadi pesaing bagi Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember.
- 4) Jalinan Kerjasama Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember kurang luas, hal ini terbukti dari institusi pendidikan yang terikat kerjasama dengan Rumah Sakit hanya lingkup fakultas kesehatan di Universitas Jember, dan jalinan kerjasama dengan institusi kesehatan lain hanya dengan Rumah Sakit Daerah di Kabupaten Jember.

BAB 4. ANALISA SWOT

4.1 Analisa SWOT

4.1.1 SWOT M1 (Ketenagaan / Man)

Tabel SWOT M1 (Ketenagaan / Man)

NO.	UNSUR MANAJEMEN	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING	TOTAL
INTERNAL FACTOR (IFAS)					(S-W) 3,25-2 = 1,25 (X)
KEKUATAN (STRENGTH)					
1.	Perawat paham dengan tugas dan fungsinya	0,25	4	1	
2.	Adanya pelatihan yang diikuti perawat	0,20	3	0,60	
3.	Jadwal shift yang teratur	0,25	3	0,75	
4.	Beban kerja yang sama pada setiap perawat dalam tim	0,30	3	0,90	
TOTAL		1	13	3,25	
KELEMAHAN (WEAKNESS)					
1.	Perbedaan jumlah dari Tim 1 dan Tim 2	1	2	2	
TOTAL		1	2	2	
EXTERNAL FACTOR (EFAS)					(O-T) 3 - 2 = 1 (Y)
PELUANG (OPPORTUNITY)					
1.	Rumah Sakit UNEJ dapat menjadi tempat praktik mahasiswa kesehatan	1	3	3	
TOTAL		1	3	3	
ANCAMAN (THREAT)					
1.	Rumah Sakit lain memiliki sumber daya manusia yang memiliki pengalaman, tingkat pendidikan dan pelatihan lebih banyak seperti keselamatan pasien, manajemen resiko rumah sakit, diklat perawat ahli, wound care, diabetic care, dsb.	1	2	2	
TOTAL		1	2	2	

4.1.2 SWOT M2 (Material)

Tabel SWOT M2 (Material)

NO.	UNSUR MANAJEMEN	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING	TOTAL
INTERNAL FACTOR (IFAS)					(S – W) 4-2,4= 1,6 (X)
KEKUATAN (STRENGTH)					
1.	Ruang cempaka menjadi ruang rawat inap khusus untuk pasien dengan penyakit dalam	0,2	4	0,8	
2.	Nurse station berada di dekat ruang total care, memudahkan untuk memberikan perawatan pada pasien	0,3	4	1,2	
3.	Bed pasien di ruang cempaka sudah memenuhi standart	0,5	4	2	
TOTAL		1	12	4	
KELEMAHAN (WEAKNESS)					
1.	Mekanisme pengajuan pengadaan barang di ruang cempaka kurang maksimal, karena belum terdapat SOP rumah sakit dalam pengadaan barang	0,4	3	1,2	
2.	Keterangan yang ada pada setiap bed hanya terbatas nomor bed saja, tidak ada identitas yang dicantumkan pada setiap bednya	0,2	2	0,4	
3.	Dokumen pasien tidak memiliki ruang khusus	0,2	2	0,4	
4.	Letak kamar mandi pasien yang berada di luar ruangan tepatnya di pojok ruangan	0,2	2	0,4	
TOTAL		1	9	2,4	
EXTERNAL FACTOR (EFAS)					(O–T) 4-3=1 (Y)
PELUANG (OPPORTUNITY)					
1.	Ruang Cempaka terdapat 22 bed dan selalu penuh dengan pasien	1	4	4	
TOTAL		1	4	4	
ANCAMAN (THREAT)					
1.	Pengajuan alat ruang cempaka hanya mengikuti regulasi rumah sakit dengan tidak menggunakan SOP	0,5	3	1,5	

2.	Jumlah keluarga yang menemani pasien juga relative banyak	0,5	3	1,5	
TOTAL		1	6	3	

4.1.3 SWOT M3 (Metode)

Tabel SWOT M3 (Metode)

NO.	UNSUR MANAJEMEN	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING	TOTAL
INTERNAL FACTOR (IFAS)					(S-W) 4,50- 4,21 = 0,29 (X)
KEKUATAN (STRENGTH)					
1.	Adanya Visi Misi dan Motto Ruangn	0,18	4	0,72	
2.	Aplikasi Metode TIM	0,27	5	1,35	
3.	Adanya Timbang Terima yang berkesinambungan	0,27	5	1,35	
4.	Persiapan pemberian obat sesuai SOP	0,27	4	1,08	
TOTAL		1	16	4,50	
KELEMAHAN (WEAKNESS)					
1.	Discharge Planning hanya dilakukan oleh Ketua Tim	0,13	4	0,52	
2.	Penyimpanan Obat high alert (NASA) tidak sesuai dengan SNARS (Sasaran 3 keselamatan pasien)	0,19	3	0,57	
3.	Identifikasi Pasien tidak sesuai dengan SNARS (Sasaran 1 keselamatan pasien)	0,19	5	0,95	
4.	Proses Dokumentasi masih dilakukan secara manual tulis tangan	0,19	4	0,76	
5.	SOP tersedia tapi kurang lengkap dan tidak ter update	0,19	4	0,76	
6.	DRK dilaksanakan sangat jarang dan tidak teratur	0,13	5	0,65	
TOTAL		1	21	4,21	
EXTERNAL FACTOR (EFAS)					(O-T) 4,34 – 4,2 = 0,14 (Y)
PELUANG (OPPORTUNITY)					
1.	Pengadaan buku terupdate sesuai standar namun tidak ada pengembangan	0,33	3	0,99	

2.	Pengadaan pelatihan terupdate dapat dilihat dari riwayat pelatihan tiap pegawai	0,50	5	2,50	
3.	RS Universitas Jember sudah merupakan RS Pendidikan	0,17	5	0,85	
TOTAL		1	13	4,34	
ANCAMAN (THREAT)					
1.	Pengadaan Obat yang sering terlambat	0,6	5	3	
2.	Supervisi dilakukan tapi sering tidak dilaporkan dan tidak ada tindak lanjut	0,4	3	1,2	
TOTAL		1	8	4,2	

4.1.4 SWOT M4 (Money)

Tabel SWOT M4 (Money)

NO.	UNSUR MANAJEMEN	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING	TOTAL
INTERNAL FACTOR (IFAS)					(S-W)
KEKUATAN (<i>STRENGTH</i>)					3,8 – 2 = 1,8 (X)
1.	Pengaturan keuangan dan pengalokasian dana yang didapat dari pemerintah diatur langsung oleh pihak rumah sakit sehingga pihak rumah sakit dapat memanagemen dan mengatur keuangan berdasarkan kebutuhan rumah sakit.	0,20	4	0,8	
2.	Adanya fasilitas penunjang berupa asuransi kepada setiap pegawai BPJS	0,20	4	0,8	
3.	Pembagian pelayanan semua jenjang pendidikan sama sehingga tidak terjadi ketegangan antara teman sejawat	0,20	3	0,6	
4.	Rumah Sakit Universitas Jember memfasilitasi untuk pendanaan kegiatan pelatihan meskipun dalam jumlah	0,20	4	0,8	

	terbatas				
5.	Adanya pihak administrasi	0,20	4	0,8	
TOTAL		1	18	3,8	
KELEMAHAN (WEAKNESS)					
1.	Terkait mekanisme pengajuan pengadaan barang pada ruang Cempaka juga kurang maksimal karena birokrasi yang dinilai cukup menyusahkan	1	2	2	
TOTAL		1	2	2	
EXTERNAL FACTOR (EFAS)					
PELUANG (OPPORTUNITY)					(O-T) 3,5 – 2 = 1,5 (Y)
1.	Rumah Sakit Universitas Jember bekerjasama dengan perusahaan asuransi nasional BPJS	0,5	4	2	
2.	Pendanaan yang didapat rumah sakit berasal dari APBN dan APBD	0,5	3	1,5	
TOTAL		1	7	3,5	
ANCAMAN (TREATH)					
1.	Pengadaan barang, alat tidak dapat secara langsung	0,5	2	1	
2.	Apabila terjadi keterlambatan dalam pecairan dana BPJS dikhawatirkan dapat mengganggu manajemen keuangan Rumah Sakit	0,5	2	1	
TOTAL		1	4	2	

4.1.5 SWOT M5 (Market)

Tabel SWOT M5 (Market)

NO.	UNSUR MANAJEMEN	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING	TOTAL
INTERNAL FACTOR (IFAS)					(S-W)
KEKUATAN (STRENGTH)					2,7 – 1 = 1,7 (X)
1.	BOR ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember pada bulan Mei – Juni 2020 berada pada	0,30	3	0,9	

	posisi 73,8%-78,33% dimana hal ini berarti sudah memenuhi standart BOR Depkes RI				
2.	Berdasarkan hasil wawancara didapatkan tingkat kepuasan pasien di ruang Cempaka RS Universitas Jember mengatakan keluarga pasien mengatakan puas dengan pelayanan RS	0,20	3	0,6	
3.	Ruang Cempaka memiliki posisi yang strategis karena berada di tengah rumah sakit, dan telah terpasang petunjuk arah.	0,15	2	0,3	
4.	Ruang Cempaka sudah memiliki <i>official website</i> yang berisi tentang fasilitas dan pelayanan yang disediakan oleh ruang Cempaka RS Universitas Jember, sehingga pasien/keluarga pasien bisa mencari dan mengetahui fasilitas yang dimiliki RS	0,20	3	0,6	
5.	Ruang cempaka memiliki tingkat kepuasan perawatan yang tinggi sehingga bisa memberikan asuhan keperawatan yang maksimal	0,15	2	0,3	
TOTAL		1	13	2,7	
KELEMAHAN (WEAKNESS)					
1.	Tidak terdapat petunjuk arah yang lengkap mengenai jalur evakuasi bila terjadi bahaya. Petunjuk arah hanya terdapat di 2 jalur utama dan jalur dekat poli	1	1	1	
TOTAL		1	1	1	
EXTERNAL FACTOR (EFAS)					(O-T)
PELUANG (OPPORTUNITY)					3,6-2=1,6
1.	Rumah Sakit Universitas	0,4	3	1,2	(Y)

	Jember bekerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan yang ada di Universitas Jember				
2.	Rumah sakit Universitas Jember juga telah menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit Daerah di Kabupaten Jember sehingga memudahkan dalam sistem rujukan	0,6	4	2,4	
TOTAL		1	7	3,6	
ANCAMAN (TREATH)					
1.	Posisi rumah sakit Universitas Jember yang dekat dengan banyak rumah sakit lain	1	2	2	
TOTAL		1	2	2	

4.1.6 SWOT M1- M5

Tabel Analisa SWOT M1 – M5

NO.	UNSUR MANAJEMEN	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING	TOTAL
INTERNAL FACTOR (IFAS)					(S-W) 18,25 – 11,61 = 6,64
KEKUATAN (STRENGTH)					
MAN (M1)					
1.	Perawat paham dengan tugas dan fungsinya	0,25	4	1	
2.	Adanya pelatihan yang diikuti perawat	0,20	3	0,60	
3.	Jadwal shift yang teratur	0,25	3	0,75	
4.	Beban kerja yang sama pada setiap perawat dalam tim	0,30	3	0,90	
TOTAL		1	13	3,25	
MATERIAL (M2)					
1.	Ruang cempaka menjadi ruang rawat inap khusus untuk pasien dengan penyakit dalam	0,2	4	0,8	
2.	Nurse station berada di dekat ruang total care, memudahkan untuk memberikan perawatan	0,3	4	1,2	

	pada pasien				
3.	Bed pasien di ruang cempaka sudah memenuhi standart	0,5	4	2	
TOTAL		1	12	4	
METOHD (M3)					
1.	Adanya Visi Misi dan Motto Ruangan	0,18	4	0,72	
2.	Aplikasi Metode TIM	0,27	5	1,35	
3.	Adanya Timbang Terima yang berkesinambungan	0,27	5	1,35	
4.	Persiapan pemberian obat sesuai SOP	0,27	4	1,08	
TOTAL		1	16	4,50	
MONEY (M4)					
1.	Pengaturan keuangan dan pengalokasian dana yang didapat dari pemerintah diatur langsung oleh pihak rumah sakit sehingga pihak rumah sakit dapat memanagemen dan mengatur keuangan berdasarkan kebuuhan rumah sakit.	0,20	4	0,8	
2.	Adanya fasilitas penunjang berupa asuransi kepada setiap pegawai BPJS	0,20	4	0,8	
3.	Pembagian pelayanan semua jenjang pendidikan sama sehingga tidak terjadi ketegangan antara teman sejawat	0,20	3	0,6	
4.	Rumah Sakit Universitas Jember memfasilitasi untuk pendanaan kegiatan pelatihan meskipun dalam jumlah terbatas	0,20	4	0,8	
5.	Adanya pihak administrasi	0,20	4	0,8	
TOTAL		1	18	3,8	
MARKET (M5)					
6.	BOR ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember pada bulan Mei – Juni 2020 berada pada	0,30	3	0,9	

	posisi 73,8%-78,33% dimana hal ini berarti sudah memenuhi standart BOR Depkes RI				
7.	Berdasarkan hasil wawancara didapatkan tingkat kepuasan pasien di ruang Cempaka RS Universitas Jember mengatakan keluarga pasien mengatakan puas dengan pelayanan RS	0,20	3	0,6	
8.	Ruang Cempaka memiliki posisi yang strategis karena berada di tengah rumah sakit, dan telah terpasang petunjuk arah.	0,15	2	0,3	
9.	Ruang Cempaka sudah memiliki <i>official website</i> yang berisi tentang fasilitas dan pelayanan yang disediakan oleh ruang Cempaka RS Universitas Jember, sehingga pasien/keluarga pasien bisa mencari dan mengetahui fasilitas yang dimiliki RS	0,20	3	0,6	
10.	Ruang cempaka memiliki tingkat kepuasan perawatan yang tinggi sehingga bisa memberikan asuhan keperawatan yang maksimal	0,15	2	0,3	
TOTAL		1	13	2,7	
KELEMAHAN (WEAKNESS)					
MAN (M1)					
1.	Perbedaan jumlah dari Tim 1 dan Tim 2	1	2	2	
TOTAL		1	1	2	
MATERIAL (M2)					
1.	Mekanisme pengajuan pengadaan barang di ruang cempaka kurang maksimal, karena belum terdapat SOP rumah sakit dalam pengadaan barang	0,4	3	1,2	
2.	Keterangan yang ada pada	0,2	2	0,4	

	setiap bed hanya terbatas nomor bed saja, tidak ada identitas yang dicantumkan pada setiap bednya				(O-T) 18,44- 13,2 =
3.	Dokumen pasien tidak memiliki ruang khusus	0,2	2	0,4	
4.	Letak kamar mandi pasien yang berada di luar ruangan tepatnya di pojok ruangan	0,2	2	0,4	
TOTAL		1	9	2,4	
METODE (M3)					
1.	Discharge Planning hanya dilakukan oleh Ketua Tim	0,13	4	0,52	
2.	Penyimpanan Obat high alert (NASA) tidak sesuai dengan SNARS	0,19	3	0,57	
3.	Identifikasi Pasien tidak sesuai dengan SNARS	0,19	5	0,95	
4.	Proses Dokumentasi masih dilakukan secara manual tulis tangan	0,19	4	0,76	
5.	SOP tersedia tapi kurang lengkap dan tidak ter update	0,19	4	0,76	
6.	DRK dilaksanakan sangat jarang dan tidak teratur	0,13	5	0,65	
TOTAL		1	21	4,21	
MONEY (M4)					
1.	Terkait mekanisme pengajuan pengadaan barang pada ruang Cempaka juga kurang maksimal karena birokrasi yang dinilai cukup menyusahkan	1	2	2	
TOTAL		1	2	2	
MARKET (M5)					
1.	Tidak terdapat petunjuk arah yang lengkap mengenai jalur evakuasi bila terjadi bahaya. Petunjuk arah hanya terdapat di 2 jalur utama dan jalur dekat poli	1	1	1	
TOTAL		1	1	1	
EXTERNAL FACTOR (EFAS)					
PELUANG (OPPORTUNITY)					
MAN (M1)					

1.	Rumah Sakit UNEJ dapat menjadi tempat praktik mahasiswa kesehatan	1	3	3	5,24
TOTAL		1	3	3	
MATERIAL (M2)					
1.	Ruang Cempaka terdapat 22 bed dan selalu penuh dengan pasien	1	4	4	
TOTAL		1	4	4	
METHODH (M3)					
1.	Pengadaan buku terupdate sesuai standar namun tidak ada pengembangan	0,33	3	0,99	
2.	Pengadaan pelatihan terupdate dapat dilihat dari riwayat pelatihan tiap pegawai	0,50	5	2,50	
3.	RS Universitas Jember sudah merupakan RS Pendidikan	0,17	5	0,85	
TOTAL		1	13	4,34	
MONEY (M4)					
1.	Rumah Sakit Universitas Jember bekerjasama dengan perusahaan asuransi nasional BPJS	0,5	4	2	
2.	Pendanaan yang didapat rumah sakit berasal dari APBN dan APBD	0,5	3	1,5	
TOTAL		1	7	3,5	
MARKET (M5)					
1.	Rumah Sakit Universitas Jember bekerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan yang ada di Universitas Jember	0,4	3	1,2	
2.	Rumah sakit Universitas Jember juga telah menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit Daerah di Kabupaten Jember sehingga memudahkan dalam sistem rujukan	0,6	4	2,4	
TOTAL		1	7	3,6	
ANCAMAN (TREATH)					

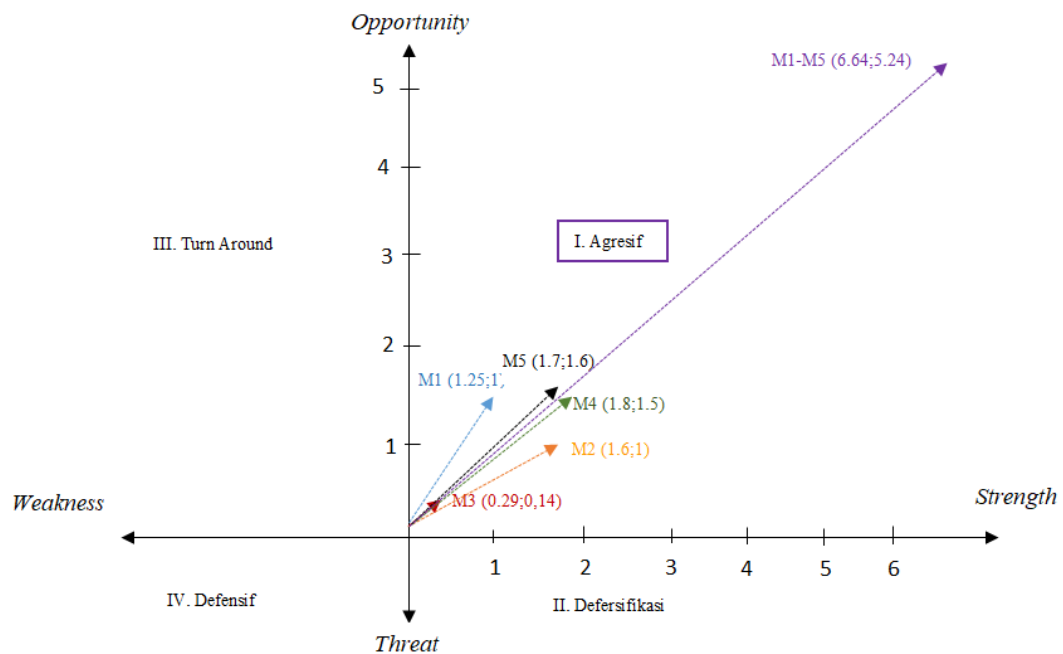
MAN (M1)				
1.	Rumah Sakit lain memiliki sumber daya manusia yang memiliki pengalaman, tingkat pendidikan dan pelatihan lebih banyak seperti keselamatan pasien, manajemen resiko rumah sakit, diklat perawat ahli, wound care, diabetic care, dsb.	1	2	2
TOTAL		1	2	2
MATERIAL (M2)				
1.	Pengajuan alat ruang cempaka hanya mengikuti regulasi rumah sakit dengan tidak menggunakan SOP	0,5	3	1,5
2.	Jumlah keluarga yang menemani pasien juga relative banyak	0,5	3	1,5
TOTAL		1	6	3
METHOD (M3)				
1.	Pengadaan Obat yang sering terlambat	0,6	5	3
2.	Supervisi dilakukan tapi sering tidak dilaporkan dan tidak ada tindak lanjut	0,4	3	1,2
TOTAL		1	8	4,2
MONEY (M4)				
1.	Pengadaan barang, alat tidak dapat secara langsung	0,5	2	1
2.	Apabila terjadi keterlambatan dalam pecairan dana BPJS dikhawatirkan dapat mengganggu manajemen keuangan Rumah Sakit	0,5	2	1
TOTAL		1	4	2
MARKET (M5)				
1.	Posisi rumah sakit Universitas Jember yang dekat dengan banyak rumah sakit lain	1	2	2
TOTAL		1	2	2

4.2 Diagram Layang

Analisis SWOT yang di dapat pada tabel diatas didapat nilai total skor sebagai berikut:

- a. Strength : 18,25
- b. Weakness : 11,61
- c. Oppurtunity : 18,44
- d. Threats : 13,2

Maka diketahui nilai *Strength* diatas nilai *Weakness*, dengan selisih (+) 6,64 dan nilai *Opportunity* diatas nilai *Threats* dengan selisih (+) 5,24. Dari hasil identifikasi faktor-faktor tersebut maka dapat digambarkan dalam diagram dibawah ini :



Berdasarkan diagram layang diatas, RS Universitas Jember berada pada posisi kuadran I agresif. Hal ini dapat di interpretasikan bahwa RS Universitas Jember berada pada keadaan yang sangat menguntungkan dimana Rumah sakit ini memiliki peluang dan kekuatan yang cukup banyak untuk dimanfaatkan dalam meningkatkan pelayanan RS.

4.3 Matrik SWOT dalam Rencana Strategi

Berdasarkan analisis yang dijabarkan, maka dapat disimpulkan beberapa keputusan yang diambil untuk melakukan pengembangan Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember yang tergambar dalam matriks SWOT berikut ini

Tabel 14. Matriks SWOT dalam Rencana Strategi

Internal Eksternal	Kekuatan (<i>Strenght</i>)	Kelemahan (<i>Weakness</i>)
	a) Adanya pelatihan yang diikuti perawat b) Beban kerja yang sama pada setiap perawat dalam tim c) Ruang cempaka menjadi ruang rawat inap khusus untuk pasien dengan penyakit dalam d) Bed pasien di ruang cempaka sudah memenuhi standart e) Aplikasi Metode TIM f) Adanya Timbang Terima yang berkesinambungan g) Pengaturan keuangan dan pengalokasian dana yang didapat dari pemerintah diatur langsung oleh pihak rumah sakit sehingga pihak rumah sakit dapat memanagemen dan mengatur keuangan berdasarkan kebutuhan rumah sakit h) Adanya fasilitas penunjang berupa asuransi kepada setiap	a) Perberdaan jumlah dari Tim 1 dan Tim 2 b) Mekanisme pengajuan pengadaan barang di ruang cempaka kurang maksimal, karena belum terdapat SOP rumah sakit dalam pengadaan barang c) Keterangan yang ada pada setiap bed hanya terbatas nomor bed saja, tidak ada identitas yang dicantumkan pada setiap bednya d) Dokumen pasien tidak memiliki ruang khusus e) Letak kamar mandi pasien yang berada di luar ruangan tepatnya di pojok ruangan f) Discharge Planning hanya dilakukan oleh Ketua Tim g) Penyimpanan Obat high alert (NASA) tidak sesuai dengan SNARS (Sasaran 3

	pegawai BPJS i) Rumah Sakit Universitas Jember memfasilitasi untuk pendanaan kegiatan pelatihan meskipun dalam jumlah terbatas j) BOR ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember pada bulan Mei – Juni 2020 berada pada posisi 73,8%-78,33% dimana hal ini berarti sudah memenuhi standart BOR Depkes RI k) Ruang Cempaka memiliki posisi yang strategis karena berada di tengah rumah sakit, dan telah terpasang petunjuk arah. l) Ruang Cempaka sudah memiliki <i>official website</i> yang berisi tentang fasilitas dan pelayanan yang disediakan oleh ruang Cempaka RS Universitas Jember, sehingga pasien / keluarga pasien bisa mencari dan mengetahui fasilitas yang dimiliki RS	keselamatan pasien) h) Proses Dokumentasi masih dilakukan secara manual tulis tangan i) SOP tersedia tapi kurang lengkap dan tidak ter update j) DRK dilaksanakan sangat jarang dan tidak teratur k) Terkait mekanisme pengajuan pengadaan barang pada ruang Cempaka juga kurang maksimal karena birokrasi yang dinilai cukup menyusahkan l) Tidak terdapat petunjuk arah yang lengkap mengenai jalur evakuasi bila terjadi bahaya. m) Petunjuk arah hanya terdapat di 2 jalur utama dan jalur dekat poli
Peluang (<i>Oppurtunity</i>)	Strategi SO	Strategi WO
a) Rumah Sakit UNEJ dapat menjadi tempat praktik mahasiswa	1) Meningkatkan pelatihan para perawat di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember	1) Meninjau kembali terkait metode asuhan keperawatan dan pembagian tim yang

kesehatan b) Ruang Cempaka terdapat 22 bed dan selalu penuh dengan pasien c) Pengadaan buku terupdate sesuai standar namun tidak ada pengembangan d) Pengadaan pelatihan terupdate dapat dilihat dari riwayat pelatihan tiap pegawai e) RS Universitas Jember sudah merupakan RS Pendidikan f) Rumah Sakit Universitas Jember bekerjasama dengan perusahaan asuransi nasional BPJS g) Pendanaan yang didapat rumah sakit berasal dari APBN dan APBD h) Rumah Sakit Universitas Jember bekerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan yang ada di Universitas Jember i) Rumah sakit Universitas Jember juga telah menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit Daerah di Kabupaten	untuk meningkatkan kualitas layanan 2) Mempertahankan kualitas bed pasien yang telah memenuhi standar 3) Meningkatkan manajemen dan pengaturan keuangan yang berasal dari APBN dan APBD berdasarkan kebutuhan rumah sakit 4) Memperluas ruang lingkup Kerjasama Rumah Sakit Universitas Jember dengan rumah sakit daerah dalam hal perawatan pasien 5) Meningkatkan promosi melalui <i>official website</i> Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember yang berisi tentang fasilitas dan pelayanan yang disediakan oleh ruang Cempaka RS Universitas Jember	digunakan 2) Mengoptimalkan peran mahasiswa praktik dalam dalam pembagian sift 3) Memperbaiki system pendokumentasian berbasis komputerisasi 4) Meningkatkan peran pendidik dalam peninjauan kembali SOP yang ada 5) Menjalin Kerjasama dengan para ahli dari institusi pendidikan untuk mengoptimalkan DRK
--	--	--

Jember sehingga memudahkan dalam sistem rujukan		
Ancaman (Threat)	Strategi ST	Strategi WT
a) Rumah Sakit lain memiliki sumber daya manusia yang memiliki pengalaman, tingkat pendidikan dan pelatihan lebih banyak seperti keselamatan pasien, manajemen resiko rumah sakit, diklat perawat ahli, wound care, diabetic care, dsb b) Pengajuan alat ruang cempaka hanya mengikuti regulasi rumah sakit dengan tidak menggunakan SOP c) Jumlah keluarga yang menemani pasien juga relative banyak d) Pengadaan Obat yang sering terlambat e) Supervisi dilakukan tapi sering tidak dilaporkan dan tidak ada tindak lanjut f) Pengadaan barang, alat tidak dapat secara langsung g) Apabila terjadi keterlambatan dalam	1) Mengoptimalkan pelayanan keperawatan di Ruang Cempaka sesuai target pasar dan keahlian perawat dengan pengalaman pelatihan yang dimiliki 2) Meningkatkan promosi kesehatan utamanya mengenai infeksi nosokomial di lingkungan Ruang Cempaka kepada pasien dan keluarga 3) Meningkatkan manajemen dan pengaturan dana BPJS 4) Meningkatkan kepuasan klien program BPJS melalui peningkatan kualitas layanan 5) Menyediakan media informasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat tentang keunggulan fasilitas dan pelayanan yang disediakan oleh ruang Cempaka RS Universitas Jember	1) Mempertahankan kualitas layanan yang telah dimiliki dengan meningkatkan loyalitas pada pasien dan keluarga 2) Memperbaiki birokrasi pengajuan alat di Ruang Cempaka dengan SOP yang terstruktur 3) Menindaklanjuti hasil supervisi dengan discharge planning yang melibatkan seluruh anggota tim 4) Memperbaiki strategi penyimpanan obat untuk menghindari keterlambatan pengajuan obat 5) Menonjolkan perbedaan lokasi Ruang perawatan penyakit dalam RS Universitas Jember dengan rumah sakit lainnya yakni berada strategis ditengah rumah sakit dengan melengkapi prosedur keamanan petunjuk arah jalur evakuasi bila terjadi bahaya

pecairan dana BPJS dikhawatirkan dapat mengganggu manajemen keuangan Rumah Sakit h) Posisi rumah sakit Universitas Jember yang dekat dengan banyak rumah sakit lain		
---	--	--

BAB 5. PRIORITAS MASALAH DAN PERENCANAAN

5.1 Daftar Masalah

Tabel 15. Daftar Masalah

No.	Masalah
Ketenagaan (Man/M1)	
1.	Tugas dari setiap komponen dalam struktur organisasi Ruang Cempaka masih kurang optimal dan dianggap tidak sesuai dikarenakan jumlah perawat total ruang cempaka adalah 14 dengan 4 orang lainnya bukan termasuk pemberi layanan asuhan keperawatan.
Sarana dan Prasarana (Material/M2)	
2.	Penyediaan fasilitas kesehatan seperti alat kesehatan belum lengkap
3.	Mekanisme pengajuan barang pada ruang Cempaka juga dirasa kurang maksimal
4.	Pengajuan alat ruang Cempaka hanya mengikuti regulasi rumah sakit dengan
Metode (Methods/M3)	
5.	Dokumentasi yang belum terstruktur, dan masih menggunakan dokumentasi manual
6.	Minimnya SOP tindakan medis atau keperawatan masih sedikit
7.	Pelaksanaan <i>patient safety</i> di rumah sakit belum berjalan maksimal
8.	Mekanisme pengajuan barang pada ruang Cempaka juga dirasa kurang maksimal
9.	Proses pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dilakukan perawat pelaksana kurang terstruktur
10.	Tidak adanya penggunaan singkatan-singkatan yang digunakan di rumah sakit baik itu singkatan yang diperkenankan dan yang dilarang
Sumber Keuangan (Money/M4)	
11.	Sistem keuangan yang berpusat pada rumah sakit sehingga dalam system sehingga pengadaan barang dan alat tidak dapat secara langsung
12.	Manajemen keuangan Rumah Sakit dapat terganggu apabila pencairan dana dari BPJS terlambat.
Pemasaran Bangsal (Market/M5)	
13.	Pelaksanaan pengukuran tingkat kepuasan perawat belum jelas dalam frekuensinya
14.	Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember hanya memiliki official Website sebagai satu-satunya sumber informasi yang dapat diakses masyarakat.
15.	Lokasi RS Universitas Jember relative berdekatan dengan Rumah Sakit beberapa lain, yang memungkinkan menjadi pesaing bagi Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember.
16.	Jalinan Kerjasama kurang luas, hanya dengan Rumah Sakit Daerah di Kabupaten Jember

5.2 Penampisan Prioritas Masalah

Tabel 16. Penampisan Prioritas Masalah

No.	Prioritas Masalah	Skor					Jumlah	Prioritas
		M	S	V	C	A		
1	Tugas dari setiap komponen dalam struktur organisasi Ruang Cempaka masih kurang optimal dan dianggap tidak sesuai dikarenakan jumlah perawat total ruang cempaka adalah 14 dengan 4 orang lainnya bukan termasuk pemberi layanan asuhan keperawatan.	4	3	2	2	3	14	7
2	Penyediaan fasilitas kesehatan seperti alat kesehatan belum lengkap	4	4	3	4	5	20	4
3	Mekanisme pengajuan barang pada ruang Cempaka juga dirasa kurang maksimal	4	3	2	2	5	16	5
4	Pengajuan alat ruang Cempaka hanya mengikuti regulasi rumah sakit	3	3	2	2	5	15	6
5	Dokumentasi yang belum terstruktur, dan masih menggunakan dokumentasi manual	4	4	5	4	5	22	3
6	Minimnya SOP tindakan medis atau keperawatan masih sedikit	5	4	5	5	5	24	2
7	Pelaksanaan <i>patient safety</i> di rumah sakit belum berjalan maksimal	5	5	5	5	5	25	1
8	Mekanisme pengajuan barang pada ruang Cempaka juga dirasa kurang maksimal	3	3	2	3	5	16	5
9	Proses pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dilakukan perawat pelaksana kurang terstruktur	2	2	4	2	5	15	6
10	Tidak adanya penggunaan singkatan-singkatan yang digunakan di rumah sakit baik itu singkatan yang diperkenankan dan yang dilarang	2	2	3	2	5	14	7
11	Sistem keuangan yang berpusat pada rumah sakit sehingga dalam system pengadaan barang dan alat tidak dapat secara langsung	3	2	2	1	4	12	8

12	Manajemen keuangan Rumah Sakit dapat terganggu apabila pencairan dana dari BPJS terlambat.	3	3	2	3	4	15	6
13	Pelaksanaan pengukuran tingkat kepuasan perawat belum jelas dalam frekuensinya	3	4	3	3	3	16	5
14	Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember hanya memiliki official Website sebagai satu-satunya sumber informasi yang dapat diakses masyarakat.	3	3	2	3	4	15	6
15	Lokasi RS Universitas Jember relative berdekatan dengan Rumah Sakit beberapa lain, yang memungkinkan menjadi pesaing bagi Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember.	3	3	2	3	3	14	7
16	Jalinan kerjasama kurang luas, hanya dengan Rumah Sakit Daerah di Kabupaten Jember	3	3	2	2	2	12	8

Keterangan:

- *Magnitude (M)* : Berapa banyak orang yang terkena dampak masalah tersebut
- *Severity (S)* : Besarnya Kerugian yang timbul yang ditunjukkan dengan *case fatality* dari masing- masing
- *Vulnerability (V)* : Menunjukkan sejauh mana masalah tersebut
- *Community & Political Concern (C)* : Menunjukkan sejauh mana masalah tersebut menjadi *concern* atau kegusaran orang dan para pemangku kebijakan
- *Affordability (A)* : Menunjukkan ada tidaknya dana yang tersedia untuk mengatasi masalah tersebut

Adapun skor penilaian yang digunakan adalah:

- 1: Tidak ada
- 2: Kurang
- 3: Cukup
- 4: Banyak
- 5: Sangat Banyak

Berdasarkan penampisan prioritas masalah, maka diperoleh masalah-masalah yang menjadi prioritas untuk diselesaikan, yaitu:

No.	Masalah
1.	Pelaksanaan <i>patient safety</i> di rumah sakit belum berjalan maksimal
2.	Dokumentasi yang belum terstruktur, dan masih menggunakan dokumentasi manual
3.	Minimnya SOP tindakan medis atau keperawatan masih sedikit

5.3 Penampisan Prioritas Tindakan

Tabel 17. Pelaksanaan *patient safety* di rumah sakit belum berjalan maksimal

No.	Prioritas Tindakan	Skor				Jumlah	Prioritas
		C	A	R	L		
1.	Kaji ulang pelaksanaan <i>patient safety</i> secara komprehensif	5	5	4	5	500	Total = 2092 Prioritas 1
2.	Identifikasi 6 sasaran keselamatan pasien sebelum tindakan (dalam hal keamanan obat, dan penurunan risiko infeksi)	5	5	5	4	500	
3.	Cegah resiko kesalahan dalam tindakan	5	5	4	4	400	
4.	Berikan seminar / edukasi / pembelajaran kepada perawat tentang aspek penting 6 sasaran keselamatan pasien	5	5	5	4	500	
5.	Utamakan Family Centerd Care (FCC) sebagai rekan perawatan dalam mencegah kesalahan prosedur keperawatan	4	4	3	4	192	

Tabel 18. Dokumentasi yang belum terstruktur, dan masih menggunakan dokumentasi manual

No.	Prioritas Tindakan	Skor				Jumlah	Prioritas
		C	A	R	L		
1.	Kaji kesesuaian pedoman penulisan Asuhan Keperawatan dengan dokumentasi yang telah dilakukan	4	5	4	4	320	Total = 1044 Prioritas 2

2.	Cegah kesalahan penulisan proses asuhan keperawatan	4	5	5	4	400
3.	Re-assessment penulisan asuhan keperawatan pre:post tindakan	4	3	4	3	144
4.	Re-assesment keseluruhan dokumentasi proses asuhan keperawatan SbMRS dan SsMRS pada pasien.	4	3	5	3	180

Tabel 19. Minimnya SOP tindakan medis atau keperawatan masih sedikit

No.	Prioritas Tindakan	Skor				Jumlah	Prioritas
		C	A	R	L		
1.	Catat ulang kumpulan SOP yang telah ada dan kekurangannya	4	5	4	4	320	Total = 1041 Prioritas 3
2.	Dukung pelatihan dan pengembangan perawat dalam pengembangan SOP agar SOP tindakan medis / keperawatan dapat terlengkapi	4	5	5	4	400	
3.	Jalin kerjasama dengan RS sekitar untuk kolaborasi penggunaan SOP tindakan medi / keperawatan	4	3	2	3	142	
4.	Tinjau ulang SOP yang telah ada dan lakukan penyesuaian berdasarkan Evidence Based yang termutakhir	4	3	5	1	178	

Keterangan

Skala prioritas sebagai berikut:

- Capability (C) : Kemampuan ruangan dalam mengatasi masalah
 Accessible (A) : Kemudahan masalah untuk diatasi
 Readliness (R) : Kesiapan ruangan dalam mengatasi masalah
 Leverage (L) : Daya pendorong dalam mengatasi masalah

Adapun skor penilaian yang digunakan:

1 = Tidak mampu

2 = Kurang mampu

3 = Cukup mampu

4 = Mampu

5 = Sangat mampu

Pemilihan 3 masalah dari 16 prioritas masalah mempertimbangkan aspek sifat masalah tersebut yakni mayoritas masalah yang terjadi bersifat general (masalah bersifat unit 1 rumah sakit, sehingga peran perawat manajer tidak bisa muncul lebih spesifik lagi dikarenakan regulasi dan struktural fungsional) lebih banyak dari pada sifat masalah yang lokal (masalah yang bisa diselesaikan oleh pihak internal ruangan sehingga peran spesifik dari perawat manajer bisa muncul). Selain itu dari skoring skala prioritas didapatkan keidentikan hasil sehingga hanya muncul 8 urutan saja. Oleh karena itu, pemilihan 3 prioritas masalah dianggap tepat dalam relevansi dan mencerminkan penyelesaian kasus ini.

4.4 Planning of Action

Tabel 20. *Planning of Action (PoA)*

No.	Masalah	Rencana Kegiatan	Kriteria Hasil	Penanggung Jawab	Waktu
1.	Pelaksanaan <i>patient safety</i> di rumah sakit belum berjalan maksimal	1. Kaji ulang pelaksanaan <i>patient safety</i> secara komprehensif 2. Identifikasi 6 sasaran keselamatan pasien sebelum tindakan 3. Cegah resiko kesalahan dalam tindakan 4. Berikan seminar / edukasi / pembelajaran kepada perawat tentang aspek penting 6 sasaran keselamatan pasien 5. Utamakan Family Centerd Care (FCC) sebagai rekan perawatan dalam mencegah kesalahan prosedur keperawatan	1. Pelaksanaan <i>patient safety</i> di rumah sakit dapat berjalan maksimal 2. Perawat mampu melakukan asuhan keperawatan dengan <i>Family Centered Care</i> 3. Perawat mampu memahami dan melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien 4. Pasien dan keluarga memahami terkait <i>patient safety</i> di rumah sakit	Ns. A, S.Kep	29 Juni-4 Juli 2020
2.	Dokumentasi yang belum terstruktur, dan masih menggunakan dokumentasi manual	1. Kaji kesesuaian pedoman penulisan Asuhan Keperawatan dengan dokumentasi yang telah dilakukan 2. Cegah kesalahan penulisan	1. Pendokumentasian kegiatan dapat dilakukan secara terstruktur 2. Perawat mampu memahami cara	Ns. C, S.Kep	3-10 Juli 2020

		proses asuhan keperawatan 3. Re-assessment penulisan asuhan keperawatan pre:post tindakan 4. Re-assesment keseluruhan dokumentasi proses asuhan keperawatan SbmRS dan SsMRS pada pasien.	pendokumentasian yang sesuai pedoman penulisan asuhan keperawatan 3. Perawat mampu memahami terkait Re-assessment penulisan asuhan keperawatan sesuai pedoman		
3.	Minimnya SOP tindakan medis atau keperawatan masih sedikit	1. Catat ulang kumpulan SOP yang telah ada dan kekurangannya 2. Dukung pelatihan dan pengembangan perawat dalam pengembangan SOP agar SOP tindakan medis / keperawatan dapat terlengkapi 3. Jalin kerjasama dengan RS sekitar untuk kolaborasi penggunaan SOP tindakan medis / keperawatan 4. Tinjau ulang SOP yang telah ada dan lakukan penyesuaian berdasarkan Evidence Based yang termutakhir	1. Perawat dapat melakukan penyesuaian SOP sesuai Evidence Based yang termutakhir 2. Perawat mampu melakukan tindakan sesuai SOP yang telah ditetapkan 3. Perawat mampu mengadakan evaluasi guna berjalannya tindakan sesuai SOP 4. Perawat mampu menyesuaikan SOP dengan kondisi yang sebenarnya	Ns. D, S.Kep	9-14 Juli 2020

BAB 6. HASIL REALISASI KEGIATAN KELOMPOK

6.1 BAB 1

A. Kegiatan

Menyusun BAB 1 yang meliputi latar belakang, tujuan dan manfaat

B. Masukan Dosen

Tidak ada masukan dari Dosen

C. Revisi

Tidak ada revisi dikarenakan BAB 1 tidak dibahas oleh dosen pembimbing saat daring online

D. Ketercapaian

Mahasiswa berhasil menyusun BAB 1 yang meliputi latar belakang, manfaat dan tujuan.

6.2 BAB 2

A. Kegiatan

Membaca, menganalisis jika ada ketidaksesuaian data, dan menyalin teks kasus pada laporan diseminasi

B. Masukan Dosen

Tidak ada masukan dari Dosen

C. Revisi

Tidak ada revisi dikarenakan BAB 2 hanya membahas case review dari yang diberikan PJMK

D. Ketercapaian

Mahasiswa berhasil menyalin BAB 2 (Kasus Manajemen) dengan pembenaran jumlah bed sebanyak 22 bed.

6.3 BAB 3

A. Kegiatan

Menyusun dan mengerjakan BAB 3 tentang Pengkajian M1-M5

B. Masukan Dosen

Kelompok mengerjakan sesuai dengan pembagian dimulai dari M1 sampai dengan M5 kemudian dipresentasikan dengan dosen pembimbing saran yang diberikan dosen pembimbing yaitu :

1. Tambahkan terkait formula jumlah tenaga dan perbandingan antara perawat lulusan S1 dengan lulusan D3
2. Perhatikan terkait permasalahan *patient safety* dan tambahkan berdasarkan dengan panduan dari SNARS untuk pengambilan SWOT

C. Revisi

Kelompok berhasil merevisi BAB 2 dan sudah dikumpulkan kepada Ns. Nurfika dan juga Ns. Anisah

Hasil yang sudah dilakukan oleh kelompok :

Pelaksanaan *patient safety* di rumah sakit khususnya di ruang Cempaka belum berjalan maksimal dengan berbagai kendala dalam pelaksanaannya antara lain terkait Sasaran 3 yaitu Penempatan obat yang *high alert* (NASA) belum ada penempatan pada area tertentu serta Sasaran 5 yaitu Kepatuhan petugas kesehatan dalam menerapkan 6 langkah cuci tangan pada 5 momen belum dilakukan secara maksimal. Telah ditambahkan terkait interpretasi jumlah kebutuhan perawat yang bertugas di ruang cempaka dengan berdasarkan hasil penghitungan dapat disimpulkan bahwa idealnya ada 14 perawat pemberi layanan dan bukan termasuk kepala ruangan namun pada kasus menjelaskan bahwa perawat yang ada di ruang Cempaka sejumlah 14 perawat (5 ners, 9 ahli madya keperawatan) sudah termasuk kepala ruangan.

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut artinya ruang cempaka memiliki kekurangan sejumlah 1 perawat serta adanya ketidaksesuaian antara proporsi perbandingan perawat profesional dan vocational. Namun kekurangan ini bukan menjadi masalah, karena ruang cempaka menerapkan manajemen pelaksanaan pelayanan keperawatan yang sudah disesuaikan dengan karakteristik yang ada di ruangan cempaka yakni dengan menggunakan model penugasan tim serta penjadwalan shift yang teratur. Dan telah ditambahkan terkait jadwal shift di ruang cempaka.

D. Ketercapaian

Mahasiswa dapat memahami mengenai apa saja yang harus dikaji mengenai M1-M5 dirumah sakit tempat dinas.

6.3 BAB 4

A. Kegiatan

Kelompok menyusun BAB 4 mengenai analisa SWOT M1-M5

B. Masukan Dosen

Untuk BAB 4 ada beberapa masukan dari Ns Nurifka dan Ns Anisah

C. Revisi

Kelompok berhasil merevisi BAB 4 dan sudah dikumpulkan kepada Ns Nurifka dan Ns Anisah

Kelompok harus memperhatikan lagi antara IFAS dan EFAS

D. Ketercapaian

Kelompok dapat memahami bagaimana cara melakukan dan menentukan analisa SWOT yang meliputi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman.

6.4 BAB 5

A. Kegiatan

Kelompok menyusun BAB 5 mengenai Prioritas Masalah

B. Masukan Dosen

Untuk BAB 5 terdapat beberapa masukan dari Ns. Nurfika antara lain :

1. Perhatikan daftar masalah mana yang harus dilist dan yang lebih penting
2. Untuk prioritas masalah mengenai alat kesehatan di pertimbangkan lagi, karena kalau alat kesehatan itu wewenang dari atasan dan sudah ada bagiannya.
3. Untuk prioritas masalah mengenai patient safety gunakan panduan dari SNARS.

C. Revisi

Kelompok berhasil merevisi BAB 5 dan sudah dikumpulkan kepada Ns. Nurfika. Untuk prioritas masalah mengenai alat kesehatan dihapuskan oleh

kelompok, akhirnya kelompok mengambil 3 prioritas masalah yakni pelaksanaan patient safety, dokumentasi yang belum terstruktur dan minimnya SOP tindakan media atau masih sedikit.

D. Ketercapaian

Kelompok dapat memahami bagaimana cara melakukan dan menentukan analisa prioritas masalah dan perhitungannya. Serta kelompok juga lebih memahami mana masalah yang dapat di atasi dan tidak dapat di atasi karena sudah ada ketetapan dan bukan wewenang dari ruangan untuk mengubahnya.

6.5 BAB 6

Masalah	Tanggal	Jenis Kegiatan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
1	6 Juli 2020	1. Melakukan kajian kepuasan terhadap kepuasan pelanggan, pengetahuan adan aplikasi perawat mengenai pasien safety 2. Melakukan observasi terhadap aplikasi pasien safety	1. Kepuasan pelanggan dalam kategori cukup meskipun terdapat kejadian pulang paksa namun bukan disebabkan karena buruknya layanan tapi karena kendala finansial pasien. 2. Implementasi pasien safety oleh petugas masuk dalam kategori cukup namun saranan penunjang pasien safety masih kurang terpenuhi	- Tetap lakukan kajian kepuasan pelanggan setiap bulan secara berkala - Buat laporan kepada manajemen Rumah Sakit terkait pengadaan barang terkait seperti bed berpengaman, pemasangan alat bantu pasien untuk akses kamar mandi atau melakukan renovasi letak kamar mandi agar setiap ruangan memiliki kamar mandi sendiri. - Memisahkan obat high alert sesuai dengan SNARS 1 - Pembuatan label bagi tempat obat pasien dan tetap lakukan audit implementasi standar keselamatan pasien sesuai SOP

2	6 Juli 2020	1. Melakukan kajian penugasan dan isi pelaporan tiap shift 2. Pendelegasian pembuatan format pelaporan shift secara diketik	1. Manajemen penugasan oleh Katim terhadap PP sudah sesuai. Penulisan isi laporan sudah cukup lengkap. 2. Sudah terbentuk format table penulisan untuk penulisan laporan harian secara diketik (format terlampir)	- Tetap lakukan supervise secara berkala terhadap isi laporan dan manajemen tenaga - Sosialisasikan perubahan metode penulisan laporan kepada setiap petugas ruang cempaka - Ajarkan pengisian sesuai dengan format yang ada - Ajukan perubahan kepada pihak manajemen rumah sakit untuk pengadaan teknik informasi berupa catatan terintegrasi secara online demi mempercepat dan memudahkan pemberian layanan kepada pasien lintas profesi
2	7 Juli 2020	1. Sosialisasi pembuatan laporan secara elektronik dan aplikasinya	1. Format pengisian laporan sudah disosialisasikan kepada petugas shift pagi dan sejak hari ini sudah berjalan.	- Supervisi hasil pelaksanaan laporan setiap harinya, berikan perbaikan jika diperlukan. - Usulkan hasil pelaksanaan pelaporan di ruangan kepada manajemen rumah sakit untuk selanjutnya dilakukan pengembangan.

3	7 Juli 2020	1. Mengkaji dan memilah SOP yang sesuai dan terupdate	1. Sejumlah 41 SOP dari 45 SOP yang ada belum terupdate.	- Cari informasi mengenai keterbaharuan SOP melalui akademisi sebagai bahan pengembangan SOP yang ada
3	8 Juli 2020	1. Melakukan Kerjasama dengan pihak akademisi maupun mahasiswa praktik mengenai keterbaharuan SOP dan perkembangan EBN melalui seminar rutin mahasiswa mingguan 2. Melaksanakan DRK	1. Didapatkan beberapa SOP mengenai prosedur invasive terbaru dan EBN yang bisa dilakukan kepada pasien 2. DRK akan dilaksanakan pada hari Kamis 9 Juli 2020	- Kaji Kembali ketepatan SOP yang didapatkan sebelum diusulkan kepada pihak manajemen Rumah Sakit. - Laksanakan DRK sesuai jadwal (Rincian Kegiatan DRK terlampir)
3	8 Juli 2020	1. Mengkaji SOP yang didapatkan 2. Mengusulkan permbaharuan SOP dengan pihak manajemen rumah sakit	1. SOP yang didapatkan sesuai dan dapat diaplikasikan di ruangan. 2. Usulan telah disampaikan ke pihak manajemen rumah sakit	- Usulkan SOP yang telah dikaji kepada pihak manajemen Rumah Sakit untuk selanjutnya dilakukan kajian bersama dan dilakukan pengembangan dan pembaharuan setiap SOP yang berlaku di setiap ruangan. - Menunggu informasi persetujuan dari pihak manajemen rumah sakit untuk dilakukan kajian bersama mengenai pembaharuan SOP.

1	8 Juli 2020	1. Mengusulkan pengadaan pelatihan secara berkala kepada pihak manajemen Rumah Sakit 2. Membuat jadwal pelatihan bagi setiap perawat ruang Cempaka	1. Usulan telah dilaksanakan kepada pihak manajemen. 2. Pembuatan Jadwal pelatihan menunggu jadwal pelaksanaan dari rumah sakit.	- Menunggu persetujuan dari pihak rumah sakit dalam pengadaan pelatihan kepada petugas.
---	-------------	---	---	---

6.6 Role Play

1. Timbang Terima

A. Kegiatan

Kelompok menyusun skenario roleplay timbang terima dan kelompok mempraktekkan roleplay timbang terima melalui daring dengan Ns. Anisah. Roleplay timbang terima dilakukan ketika perawat berganti shift jaga, digunakan untuk melaporkan keadaan pasien dan menentukan intervensi apa yang dilakukan untuk menangani masalah klien.

B. Masukan Dosen

Setelah pelaksanaan roleplay timbang terima oleh kelompok 2, Ns. Anisah memberikan sedikit masukan mengenai pelaksanaan roleplay timbang terima :

1. Untuk pelaksanaan secara teknis sudah baik
2. Namun perlu diperhatikan dalam penyampaian keadaan pasien ketika timbang terima, jangan mengulang laporan yang sudah di sampaikan
3. Ketika melaporkan keadaan pasien secara singkat. Misal penyampaian TTV, hanya disampaikan yang berhubungan dengan penyakit pasien. misal pasien hipertensi, dilaporkan mengenai perubahan tekanan darah.
4. Penyampian laporan usahakan secara singkat dan jelas. Misal ketika penyampaian keadaan masih yang awalnya masih lemah, kemudian sudah membaik.

C. Revisi

Untuk dialog dalam timbang terima tidak ada yang perlu direvisi, namun hanya perlu diperhatikan beberapa point masukan dari Ns. Annisa ketika nanti sudah praktek di klinik.

D. Ketercapaian

Kelompok dapat memahami dan mendapat informasi tambahan yang dapat diterima dan akan dimanfaatkan ketika nanti sudah berada di lingkungan klinik, agar tidak terjadi kesalahan.

2. Pre dan Post Conference

A. Kegiatan

Kelompok diminta untuk menyusun naskah atau skenario roleplay dalam melakukan pre dan post conference. Naskah roleplay kemudian dilaksanakan dengan dilakukan pengawasann oleh dosen pembimbing yakni Ns Anisah selaku pembimbing minggu kedua. Selain itu kelompok juga menyusun naskah timbang terima dan mempraktekkan pelaksanaan dari timbang terima

B. Masukan Dosen

Ns. Anisa selaku pembimbing mengatakan bahwa pelaksanaan roleplay sudah baik, namun dalam pelaksanaan tidak perlu menyampaikan laporan ttv yang dirasa normal seperti menyalin laporan. Pada saat pelaksanaan pre dan post cukup disampaikan yang penting mengenai kondisi klien, seperti apabila dalam pengukuran TTV terjadi kenaikan atau penurunan yang sekiranya akan mempengaruhi kondisi klien, maka perlu dilaporkan.

C. Revisi

Kelompok mengurangi dialog dalam menyebutkan ttv normal secara lengkap, kemudian lebih fokus dalam menyampaikan perkembangan terbaru klien.

D. Ketercapaian

Kelompok dianggap sudah memahami dan baik dalam melakukan roleplay pre dan post. Kelompok dapat memahami siapa saja yang terlibat dalam pre dan post conference, bagaimana pelaksanaan pre dan post conference, kapan dilaksanakannya pre dan post conference, dan hal-hal yang perlu disampaikan dalam pre dan post conference

3. Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

A. Kegiatan

Membuat skenario DRK bersama kelompok dengan kasus Ulkus Diabetik pada pasien dengan DM.

B. Masukan Dosen

Ns. Anisah memberikan masukan bahwa alur dan proses kegiatan DRK yang sudah diroleplaykan oleh kelompok sudah baik. Namun perlu ditekankan lagi bahwa sebenarnya pelaksanaan DRK dilaksanakan untuk membahas mengenai kasus baru atau kasus yang sudah pernah ada namun terdapat perbedaan atau sedikit perkembangan dari kasus-kasus tersebut sehingga perlu dilakukan diskusi antara perawat untuk bagaimana cara mengatasi permasalahan tersebut. Biasanya tindakan yang akan dilaksanakan dalam mengatasi kasus pada DRK memang memerlukan sumber referensi dari jurnal artikel nasional ataupun internasional seperti EBN untuk menambah bukti kuat bahwa tindakan tersebut aman dan baik apabila diterapkan pada pasien. DRK mungkin akan jarang dilaksanakan di rumah sakit karena mungkin dianggap membuang-buang waktu namun kita sebagai calon perawat yang sudah mengetahui kegiatan apa saja yang harus dilaksanakan oleh perawat dalam upaya peningkatan manajemen keperawatan memang harus berupaya untuk menyelenggarakan DRK, karena DRK sendiri dapat meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan khususnya perawat terkait permasalahan dan tata laksana yang harus dilakukan oleh perawat yang bersifat yang up to date sehingga proses pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan mengikuti perkembangan kondisi yang ada.

C. Revisi

Kelompok tidak perlu melakukan revisi dari DRK yang sudah diroleplaykan karena penanganan yang dipilih untuk mengatasi kasus ulkus diabetik sudah tepat dan kelompok sudah baik dalam membuat alur diskusi baik dari moderator, penyaji, serta proses tanya jawab yang efektif. Harapannya kelak apabila sudah kerja di Rumah Sakit mahasiswa juga bisa menerapkan sikap aktif dan tanggap dalam pelaksanaan DRK sesuai dengan scenario roleplay yang dilaksanakan.

D. Ketercapaian

Kelompok dianggap sudah paham dan penugasan terkait DRK dianggap dapat tercapai. Kelompok memahami fungsi dan alur kegiatan pelaksanaan

DRK. Kelompok memahami bahwa DRK sangat penting diterapkan dalam tatanan manajemen rumah sakit khususnya masalah baru maupun perkembangan dari masalah yang sudah ada untuk membantu mengatasi masalah keperawatan klien.

4. SAP

A. Kegiatan

Membuat satuan acara penyuluhan (SAP) tentang COVID-19 yang dibuat oleh kelompok 2 beserta media yang akan digunakan untuk penyuluhan

B. Masukan Dosen

Ns. Anisah memberikan komentar jika penyuluhan telah baik karena ada pembagian jobdesk secara merata, untuk materi yang dibawakan telah sesuai. Ns. Anisah berpesan jika pada saat implementasi real di RS dan ternyata mendapatkan pertanyaan yang sulit dijawab secara benar maka jangan berikan jawaban yang menyesatkan, koordinasikan dengan CI ruangan. Upayakan berikan jawaban yang memang benar sesuai teori yang berlaku.

C. Revisi

Tidak ada revisi dari pembimbing dan mahasiswa akan mengingat pesan dari pembimbing.

D. Ketercapaian

Mahasiswa berhasil membuat SAP tentang COVID-19, media leaflet, dan melakukan roleplay tentang pendidikan kesehatan COVID-19 dengan baik dan benar.

BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat. Proses dalam manajemen keperawatan adalah kelompok manajer dari tingkat pengelola keperawatan tertinggi sampai ke perawat pelaksana yang mempunyai tugas dan wewenang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Hasil tindakan manajemen keperawatan di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember, dapat disimpulkan bahwa dilaksanakan dengan baik. Hal ini dapat dilihat dengan dilaksanakannya fungsi-fungsi manajemen secara umum dari mulai perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi manajemen keperawatan.

Faktor utama dalam keberhasilan pengelolaan ruangan adalah pengelolaan sumber daya manusia dengan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan unsure pimpinan/kepala ruangan (Ners) dan pelaksana keperawatan ditunjang dengan adanya Standar Prosedur Operasional (SPO) Teknis Keperawatan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) manajemen keperawatan.

Adapun kegiatan yang dilaksanakan dalam manajemen keperawatan di Ruang Cempaka adalah:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu melalui ronde keperawatan
2. Memotivasi dan mengingatkan perawat untuk memakai APD dan menerapkan SOP
3. Melengkapi kebutuhan Discharge Planning
4. Menyosialisasikan pendokumentasian asuhan keperawatan

7.2 Saran

Dengan proses kegiatan manajemen keperawatan, maka untuk perbaikan ke depan, kami mengajukan beberapa saran kepada pihak-pihak terkait yaitu sebagai berikut:

1. Bagi Pelaksana Pelayanan Keperawatan Ruang Cempaka RS Universitas Jember
 - a. Melaksanakan SPO Teknis Keperawatan secara konsisten
 - b. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara berkelanjutan
2. Bagi Kepala Ruang Cempaka RS Universitas Jember
 - a. Melanjutkan manajemen keperawatan yang telah terlaksana dengan baik mengenai Model Asuhan Keperawatan Profesional (MPKP)
 - b. Melaksanakan fungsi pengawasan dan evaluasi secara lebih terpadu dengan melibatkan lintas program dan bidang
3. Bagi RS Universitas Jember
 - a. Mendukung dan memfasilitasi terselenggaranya Model Asuhan Keperawatan Profesional (MPKP) termasuk pemenuhan tenaga perawat dan fasilitas keperawatan
 - b. Melaksanakan fungsi pengawasan dan evaluasi secara lebih terpadu dengan melibatkan lintas bidang atau bagian.
 - c. Meningkatkan kepuasan perawat dengan cara memberikan reward sistem sesuai kinerjanya

DAFTAR PUSTAKA

- Alwy A., N. 2018. "Analysis of patient satisfaction of Inpatient at Public hospital (RSUD Haji Makassar)". [Tesis]. Makassar: Universitas Hasanuddin
- Ardani, Nur K. Tri., Hasib A. Muh. 2018. Diskusi Refleksi Kasus Meningkatkan Kepatuhan Perawat Terhadap Penerapan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Resiko Jatuh. *Jurnal Health of Science*. 3(2):116-64
- Ardani, Tri Nur , Muh Hasib. 2018. Diskusi Refleksi Kasus Meningkatkan Kepatuhan Perawat Terhadap Penerapan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Risiko Jatuh. *Jurnal Health Of Studies*. 3 (2): 16-34.
- Arwani & Supriyatno, H. 2006. *Manajemen Bangsal Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Ersyad, 2019. Penghitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan WISN di RS. Gotong Royong. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (Journal of Health Sciences)*. Vol. 12 (2). Hal : 71-8
- Fajrianti, K.N. dan Muhtadi, A. 2017. Review Artikel: Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Dengan Six Sigma. *Farmaka*. Vol 15 (3). Hal : 112-122
- Hidayat, Alimul. 2014. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ginting Daniel. 2019. Kebijakan Penunjang Medis Rumah Sakit (Snars). Jakarta: Deepublish.
- Kuntoro, W. 2017. Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta. *Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)*. 2(1): 140-147.
- Librianty, N. 2017. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Puskesmas Bandar Petalangan Pelalawan Tahun 2017. 1(2): 10-17.
- Listiyono, R. A. 2015. Studi Deskriptif Tentang Kuaitas Pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto Pasca Menjadi Rumah Sakit Tipe B. *Kebijakan dan Manajemen Publik*. Vol 1 (1). Hal : 1-7
- Nursalam. 2012. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Keperawatan Profesional Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Keperawatan Profesional Edisi 4*. Jakarta : Salemba Medika.
- Pemila, U. 2008. Konsep Discharge Planning. (Online). <http://ukepemilaeduc.com/>. Diakses tanggal 15 Juni 2020. 01:11 WIB.

- Petrus Dala Wolo, R. T. dan W. 2015. Faktor faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat pada RSUD Tniau Yogyakarta. *Jurnal Ekonomi Manajemen Sumber Daya*. 17(2): 25–34.
- Rosdahl, C.B., Mary, T.K. 2008. Textbook of Basic Nursing 9th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saragih M. 2018. Hubungan Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pendokumentasian ASKEP. *Jurnal Mutiara Ners*. 1(1): 65-72
- Setyawan Febri E., B., Stefanus Supriyanto. 2019. Manajemen Rumah Sakit. Sidoarjo: Zifatama Jawara.
- Symond, D. 2013. Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan Dalam Pelayanan Kesehatan Di Suatu Wilayah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 7 (2).
- Widayanti dkk. 2018. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Studi Deskriptif pada Klinik UIN Sunan Ampel. *Journal of Health Science and Prevention*. 2(1): 22 – 26.

**SKENARIO ROLE PLAY TIMBANG TERIMA DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS JEMBER
STASE MANAJEMEN KEPERAWATAN**

Kepala ruangan : Ns. Yunan
Ka Tim 1 : Ns. Irsa
Ka Tim 2 : Ns. Grysha

PP Post (Malam)

PJ : Ns. Gevin
PP Tim 1 : Ns. Dita
PP Tim 2 : Ns. Wildiah

PP Pre (Pagi)

PP Tim 1 : Ns. Faiz
PP Tim 2 : Ns. Try, Ns. Febri

Senin, 6 Juli 2020 dilakukan timbang terima pergantian shift malam ke shift pagi di Ruang Cempaka RS Universitas Jember.

KARU (Yunan) : Assalamu'alaikum Wr. Wb. Selamat pagi semua. Puji syukur kita ucapkan kepada Allah SWT. yang telah memberikan kesehatan kepada kita sehingga kita masih bisa menjalankan tugas kita sampai saat ini. Sebelum memulai operan pada pagi hari ini mari kita awali dengan membaca doa. Berdoa mulai..., selesai. Saya ucapkan terima kasih kepada teman-teman dinas malam Ns. Gevin, Ns. Dita, Ns. Wildiah, Untuk perawat shift pagi, ada Ns. Irsa, Ns. Grysha, Ns. Faiz, Ns. Try, Ns. Febri, apakah sudah hadir ?

Perawat (Semua) : Hadir semua

KARU (Yunan) : Baik, sebelumnya saya ucapkan terima kasih kepada teman-teman shift malam yang sudah menjalankan

tugasnya hingga pagi ini, sekarang mari kita melakukan kegiatan timbang terima, saya persilahkan kepada petugas dinas malam untuk menyampaikan informasi dari semua kegiatan yang dilakukan.

Perawat yang berdinas malam menyampaikan data-data pasien sesuai dengan kondisi saat ini dan sesuai dengan data yang dicatat, perawat yang berdinas pagi mencatat apa yang disampaikan terkait dengan data pasien.

PJ Shift Malam (Gevin): Assalamu'alaikum Wr. Wb., terima kasih untuk kesempatan yang diberikan. Jumlah pasien dari tim 1 dan tim 2 saat ini adalah 5 orang dengan pembagian 2 pasien di Tim 1 dan 3 pasien di tim 2. Selanjutnya silahkan untuk Ns. Dita dan Ns. Wildiah untuk menyampaikan kondisi pasien.

PP 1 (Dita) : Assalamu'alaikum Wr. Wb., terima kasih untuk kesempatan yang diberikan kepada saya untuk menjelaskan kondisi pasien saat ini, jumlah pasien dari tim 1 saat ini adalah 2 orang.

Untuk pasien bed 1 Tn. A (39 tahun) dengan ulkus diabetik pada telapak kaki sebelah kiri dengan MRS hari ke 2. Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan kadar glukosa darah. Hasil TTV TD 130/80 mmHg, N 90 x/menit, RR 19 x/menit, suhu 36,5°C. Terpasang NS 1500 cc/24 jam. Luka hari ke-2 dengan kondisi luka merah, terdapat sedikit pus. Sudah dilakukan KIE mengenai nutrisi untuk pasien DM. Gula darah tadi semalam 300 mg/dL. Terapi lanjut: injeksi insulin (novorapid) 10iu 15 menit sebelum makan pagi dan siang, serta insulin (levemir) 8iu pada malam hari.

Untuk pasien bed 2 Ny. B (45 tahun) MRS hari ke 3 dengan *Chronic Kidney Disease (CKD) stage V*. Diagnosa keperawatan utama gangguan pertukaran gas. Pasien mengeluh masih sesak, pusing, mual (-) bengkak pada kedua tungkai. Semalam sudah diberikan terapi O2 nasal kanul 4 lpm. TD 170/80 mmHg, N 86x/menit, RR 22 x/menit. Sudah dilakukan KIE pasien dan keluarga untuk membatasi minum dan diet nutrisi untuk pasien CKD. Terapi lanjut: Furosemide 3x40 mg IV, Ciprofloxacin 2x200 mg IV.

Sekian pemaparan pasien dari tim 1 saya ucapkan terimakasih.

Karu (Yunan) : Oke terima kasih kepada tim 1 untuk laporannya, dari teman teman yang lain mungkin ada tambahan? Dari shift pagi mungkin ada yang ditanyakan?

Katim 1 (Irsa) : Terima kasih atas kesempatannya, yang saya ingin tanyakan untuk pasien Tn. A, rawat luka terakhir jam berapa? Insulin yang pagi berarti sudah masuk ya tadi? Apakah sudah didokumentasikan di CPPT? Kemudian Untuk pasien kedua Ny. B tekanan darahnya masih tinggi, untuk jadwal HD nya apakah sudah ada kabar?

PJ Shift Malam (Gevin) : Iya untuk pasien Tn. A karena perbannya tidak basah jadi tidak kami lakukan rawat luka, terakhir perawatan luka oleh shift sore pk 18.00, untuk insulinnya sudah masuk tadi pk 06.00 pagi dan sudah didokumentasikan di CPPT. Untuk pasien Ny. B dari laporan dinas sore belum ada pemberitahuan jadwal HD nya, shift malam juga tidak ada informasi untuk jadwalnya.

Katim 1 (Irsa) : Oke, terima kasih informasinya.

Karu (Yunan) : Apakah masih ada yang lain?

Shift Pagi : Tidak ada

Karu (Yunan) : Oke kalau begitu kita lanjut ke Tim 2, silahkan untuk tim 2 menyampaikan laporan shift malamnya.

PP 2 (Wildiah) : Assalamu'alaikum Wr. Wb., terima kasih untuk kesempatan yang diberikan kepada saya untuk menjelaskan kondisi pasien saat ini, jumlah pasien dari tim 2 saat ini adalah 3 orang dengan 1 tingkat ketergantungan minimal care dan 2 pasien dengan tingkat ketergantungan partial care.

Untuk pasien bed 3 yaitu Tn. S berusia 38 tahun, minimal care dengan diagnosa medis typoid dan diagnosa keperawatan hipetemia. Klien mengeluh sakit kepala. Sudah dilakukan kompres hangat, demam pasien menurun. Sudah dilakukan observasi TTV: TD 120/85 mmHg, N 80 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 38°C, mukosa bibir kering.

Untuk pasien bed 4 dengan Ny. C 36 tahun, partial care dengan diagnosa medis anemia dan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman. Pasien mengeluh pusing Sudah menganjurkan pasien melakukan tirah baring. Sudah dilakukan observasi TTV : TD 90/60 mmHg, RR 26x/menit, S 35,5 C, N 63x/menit. Sudah dilakukan transfusi darah .Pasien terpasang infus NS 20 tpm

Untuk pasien bed 5 yaitu Tn. K berusia 42 tahun, partial care dengan diagnosa medis hipoglikemi dengan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Klien mengeluh pusing berkurang dan lemas. Sudah dilakukan observasi TTV: TD 115/90

mmHg, N 78 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,8°C. Sudah dilakukan pemberian cairan dextrose 5%. Pagi sebelumnya telah dilakukan observasi gula darah klien: 68 mg/dL. Pasien dianjurkan makan sedikit tapi sering, dan klien mampu melaksanakan

Sekian pemaparan pasien dari tim 2 saya ucapkan terimakasih.

Karu (Yunan) : Terima kasih atas penyampaiannya. Silahkan jika ada yang ingin ditanyakan atau ditambahkan dari Tim 2.

Ka Tim 2 (Gege) : Terima kasih atas kesempatannya, untuk pasien Tn. S sudah dilakukan kompres hangat tapi suhunya masih 38°C apakah ada tambahan obat injeksi atau per oral untuk membantu menurunkan panasnya? Apakah ada laporan muntah atau tidak nafsu makan dari keluarga? Untuk Ny. C sudah dilakukan transfuse berapa kolf? Sudah didokumentasikan setelah pemberian apakah ada efek samping? Untuk shift pagi apakah perlu dilakukan transfuse lagi?

PJ Shift (Gevin) : Iya, untuk Tn. S belum ada untuk obat penurun panasnya, sudah coba dikonsulkan ke dokter jaga UGD advicenya masih observasi saja, jadi kompres hangat tetap dilakukan dan dari observasi terakhir tadi pagi jam 5 pagi masih 38 untuk suhunya mungkin nanti bisa dikonsulkan ketika visite pagi. Untuk Ny. C darah masuk 2 kolf, masih ada sisa 2 kolf tapi sebelum diberikan menunggu hasil lab dulu, sample sudah diantarkan tadi jam 6 pagi, hasil belum, jika masih rendah bisa diberikan lagi. Setelah pemberian sudah dilakukan observasi dan tidak ada reaksi alergi.

Katim 2 (Gege) : Terima kasih informasinya

Karu (Yunan) : Apakah masih ada yang ingin ditambahkan lagi sebelum kita keliling ke pasien?

Semua : Tidak ada

Karu (Yunan) : Oke terima kasih, kalau begitu sekarang kita langsung menuju ke ruangan pasien saja.

Selanjutnya KARU, KATIM dan perawat pelaksana menuju ke ruang pasien.

Kepala Ruang (P. Yunan) : Assalamu'alaikum Wr. Wb, Bagaimana Keadaannya saat ini pak? Seperti Biasa bapak, Kita Disini Akan Melakukan Kegiatan Timbang Terima Yang Rutin Setiap Pergantian Shift, Tujuan Dari Timbang Terima Ini Adalah Mengkomunikasikan Keadaan bapak Sekarang Dan Menyampaikan Informasi Yang Penting Antar Shift Jaga. Perkenalkan kepada perawat shift pagi hari ini ada Ns. Irsa ,Ns. Faiz anggotanya, Ns. Grysha Ns.Try dan Ns. Febri. Jika ada yang dikeluhkan selain yang akan disampaikan perawat silahkan bapak infokan nggih? Silahkan Ns. Faiz

PP Tim 1 (Faiz) : Selamat pagi bapak, perkenalkan saya Ns. Faiz yang berdinis pagi ini.

Pasien (Bed 1 Tn.A) : Iya sus, selamat pagi

PP Tim 1 (Faiz) : Baik bapak, sebelumnya boleh sebutkan nama dan tanggal lahirnya bapak ?

Pasien (Bed 1 Tn.A) : Tn. A, 20 Januari 1981

PP Tim 1(Faiz) : Apa yang dirasakan bapak saat ini, apakah sudah ada perkembangan yang lebih baik dari sebelumnya ?

Pasien (Bed 1 Tn.A) : Iya suster saya masih lemas dan mual sejak semalam.

PP Tim 1 (Faiz) : Iya bapak, untuk meringankan rasa kekhawatiran bapak terkait mual dan lemas, nanti akan kami konsulkan kepada dokter agar diberikan terapi supaya meringankan gejala yang bapak rasakan.

Pasien (Bed 1 Tn.A) : Baik sus

PP Tim 1 (Faiz) : Apakah ada yang ingin ditanyakan bapak ?

Pasien (Bed 1 Tn.A) : Tidak ada sus

PP Tim 1 (Faiz) : Baik kalau seperti itu, kami permisi untuk memeriksa kondisi pasien lainnya. Permisi bapak. Terimakasih bapak.

Karu (Yunan) : Terima kasih bapak, silahkan beristirahat Kembali, jika ada yang perlu disampaikan silahkan keluarga bisa langsung ke ruang perawat atau silahkan pencet bel merah untuk menghubungi via telpon nggih. Permisi.

Di bed 2

Karu (Yunan) : Assalamu'alaikum Wr. Wb, Bagaimana Keadaannya saat ini bu? Seperti Biasa ibu, Kita Disini Akan Melakukan Kegiatan Timbang Terima Yang Rutin Setiap Pergantian Shift, Tujuan Kegiatan Ini Adalah Mengkomunikasikan Keadaan ibu Sekarang Dan Menyampaikan Informasi Yang Penting Antar Shift Jaga. Perkenalkan kepada perawat shift pagi hari ini ada Ns. Irsa ,Ns. Faiz anggotanya, Ns. Grysha Ns.Try dan Ns. Febri. Jika ada yang dikeluhkan selain yang akan disampaikan perawat silahkan ibu infokan nggih? Silahkan Ns. Febri

PP Tim 1 (Faiz) : Selamat pagi ibu, perkenalkan saya Ns. Faiz yang berdinasi pagi ini.

Pasien (Bed 2 Ny. B) : Iya mbak, selamat pagi

PP Tim 1 (Faiz) : Baik ibu, sebelumnya boleh sebutkan nama dan tanggal lahirnya ?

Pasien (Bed 2 Ny. B) : Ny. B, 7 Juni 1975

PP Tim 1 (Faiz) : Apa yang dirasakan ibu saat ini, apakah sudah ada perkembangan yang lebih baik dari sebelumnya ?

Pasien (Bed 2 Ny. B) : Iya mbak saya masih terasa sesak dan pusing

PP Tim 1 (Faiz) : Baik bu, untuk posisi tidurnya apakah sudah nyaman ya, atau perlu diubah, dengan posisi kepala lebih tinggi ?

Pasien (Bed 2 Ny. B) : Mungkin bisa lebih tinggi sedikit mbak

PP Tim 1 (Faiz) : Baik bu, seperti ini (menaikkan bed tempat tidur bagian kepala)

Pasien (Bed 2 Ny. B) : Sudah mbak cukup segini, sudah enak

PP Tim 1 (Faiz) : Baik bu, apakah ada yang ingin ditanyakan bu ?

Pasien (Bed 2 Ny. B) : Tidak ada mbak

PP Tim 1 (Faiz) : Baik kalau seperti itu, kami permisi untuk memeriksa kondisi pasien lainnya. Permisi bu. Terimakasih.

Di bed 3

PP Tim 2 (Try) : Selamat pagi bapak, perkenalkan saya Ns. Try yang berdinas pagi ini.

Pasien (Bed 3 Tn.S) : Iya ners, selamat pagi

PP Tim 2 (Try) : Baik bapak, sebelumnya boleh sebutkan nama dan tanggal lahirnya bapak ?

Pasien (Bed 3 Tn.S) : Tn. S, 14 November 1982

PP Tim 2 (Try) : Apa yang dirasakan bapak saat ini, apakah sudah ada perkembangan yang lebih baik dari sebelumnya ?

Pasien (Bed 3 Tn.S) : Iya suster, kepala saya masih sakit sejak semalam.

PP Tim 2 (Try) : Baik bapak, dibuat istirahat ya bapak, nanti akan kami laporkan kepada dokter agar diberikan terapi supaya meringankan gejala yang bapak rasakan.

Pasien (Bed 3 Tn.S) : Baik ners

PP Tim 2 (Try) : Apakah ada yang ingin ditanyakan bapak ?

Pasien (Bed 3 Tn.S) : Tidak ada ners

PP Tim 2 (Try) : Baik kalau seperti itu, kami permisi untuk memeriksa kondisi pasien lainnya. Permisi bapak. Terimakasih bapak.

Di bed 4

PP Tim 2 (Try) : Selamat pagi ibu, perkenalkan saya Ns. Try yang berdinasi pagi ini.

Pasien (Bed 4 Ny. C) : Iya ners, selamat pagi

PP Tim 2 (Try) : Baik ibu, sebelumnya boleh sebutkan nama dan tanggal lahirnya bu ?

Pasien (Bed 4 Ny. C) : Ny. C, 11 Agustus 1984

PP Tim 2 (Try) : Apa yang dirasakan ibu saat ini, apakah sudah ada perkembangan yang lebih baik dari sebelumnya ?

Pasien (Bed 4 Ny. C) : Iya suster saya masih pusing

PP Tim 2 (Try) : Baik bu, sejak kapan pusingnya ?

Pasien (Bed 4 Ny. C) : Sejak semalam ners

PP Tim 2 (Try) : Baik bu, dibuat istirahat ya bu, nanti akan kami laporkan kepada dokter agar diberikan terapi supaya meringankan gejala yang ibu rasakan

Pasien (Bed 4 Ny. C) : Baik ners, terimakasih

PP Tim 2 (Try) : Iya bu, apakah ada yang ingin ditanyakan bu ?

Pasien (Bed 4 Ny. C) : Tidak ada ners

PP Tim 2 (Try) : Baik kalau seperti itu, kami permisi untuk memeriksa kondisi pasien lainnya. Permisi bu. Terimakasih.

Di bed 5

PP Tim 2 (Febri) : Selamat pagi bapak, perkenalkan saya Ns. Febri yang berdinasi pagi ini.

Pasien (Bed 5 Tn. K) : Iya ners, selamat pagi

PP Tim 2 (Febri) : Baik bapak, sebelumnya boleh sebutkan nama dan tanggal lahirnya bapak ?

Pasien (Bed 5 Tn. K) : Tn. K, 17 Juli 1978

PP Tim 2 (Febri) : Apa yang dirasakan bapak saat ini, apakah sudah ada perkembangan yang lebih baik dari sebelumnya ?

Pasien (Bed 5 Tn. K) : Iya suster saya masih merasa lemas

PP Tim 2 (Febri) : Baik bapak, selain lemas tidak ada yang dirasakan lagi ?

Pasien (Bed 5 Tn. K) : Tidak ada ners

PP Tim 2 (Febri) : Baik bapak, dibuat istirahat ya bu, nanti akan kami berikan asuhan keperawatan yang tepat untuk meringankan gejala yang bapak rasakan

Pasien (Bed 5 Tn. K) : Baik ners, terimakasih

PP Tim 2 (Febri) : Iya bapak, apakah ada yang ingin ditanyakan ?

Pasien (Bed 5 Tn. K) : Tidak ada ners

PP Tim 2 (Febri) : Baik kalau seperti itu, kami permisi untuk memeriksa kondisi pasien lainya. Permisi bapak. Terimakasih.

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

Setelah masing-masing perawat melakukan validasi ke semua pasien selanjutnya perawat kembali ke Nurse Station untuk melanjutkan kegiatan timbang terima.

Kegiatan timbang terima sudah selesai dan selanjutnya Kepala Ruang menutup kegiatan Timbang Terima dan katim merangkum informasi operan memberikan saran.

Kepala Ruangan (P. Yunan) : Baiklah setelah kita mengunjungi pasien tadi mungkin ada tambahan atau koreksi yang perlu didiskusikan kembali ?

Ka Tim 2 (Ns. Grysha) : Ada ners, saya mungkin sedikit menambahkan, terkait pasien bed 2 Ny. B tetap mengontrol jumlah cairan yang masuk dikarenakan masih terdapat bengkak pada kaki. Baik mungkin itu saran yang dapat saya sampaikan, kurang lebihnya saya mohon maaf, saya kembalikan kepada Kepala Ruangan.

Kepala Ruangan (P. Yunan): Baik, terimakasih Ns. Grysha. Apakah ada lagi ? Untuk dokter visite dan jadwal HD nanti saya bantu untuk menghubungi ya, Jika tidak ada tambahan lagi saya ucapkan terima kasih atas kerjasamanya. Untuk

perawat yang dinas malam selamat istirahat dirumah dan untuk perawat yang dinas pagi semangat untuk bekerjanya. Kepada masing-masing katim silahkan dikoordinasikan untuk pembagian tugasnya. Demikian tadi timbang terima ini semoga apa yang telah kita lakukan hari ini memberikan banyak keuntungan bagi kita semua, dan kita diberikan kelancaran dalam melaksanakan tugas masing masing. Demikian saya akhiri Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

**SKENARIO ROLE PLAY PRE CONFERENCE DAN POST
CONFERENCE DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS JEMBER
STASE MANAJEMEN KEPERAWATAN**

SKENARIO ROLEPLAY PRE CONFERENCE

Selanjutnya Ka Tim memimpin pelaksanaan pre conference

Ka Tim 1 (Irsa) : Assalamualaikum Wr. Wb. Bismillahirrohmanirrohim,
mari kita buka pre conference kita pada pagi hari ini.

Baik langsung saja kita mulai dari Tim 1 terlebih dahulu ya. Jadi pada Tim 1 kita akan merawat dua pasien, yang pertama adalah Tn. A (39 tahun) bed 1 dengan ulkus diabetik pada telapak kaki sebelah kiri, diagnosa keperawatannya adalah ketidakseimbangan kadar glukosa darah. Berdasarkan hasil timbang terima, rencana tindakan keperawatan untuk hari ini utamanya sesuai tindak lanjut dari shift malam yaitu melanjutkan kolaborasi injeksi insulin (novorapid) 10iu 15 menit sebelum makan pagi dan siang, serta insulin (levemir) 8iu pada malam hari. Selanjutnya, pasien masih mengeluhkan lemas dan mual sehingga memerlukan konsultasi lebih lanjut kepada DPJP terkait hal tersebut. Pasien terakhir menerima perawatan luka adalah kemarin pukul 18.00, sehingga perlu diobservasi secara berkala mengenai kondisi ulkus pasien, serta menginformasikan kepada klien agar segera melaporkan jika ada ketidaknyamanan dari lukanya dan segera dilakukan perawatan luka jika memungkinkan. Yang terakhir adalah tetap memonitor nilai kadar gula darah dan TTV klien

Klien yang kedua adalah Ny. B (45 tahun) dengan *Chronic Kidney Disease (CKD) stage V* dan diagnosa keperawatan utama gangguan pertukaran gas. Berdasarkan hasil timbang terima, rencana tindakan keperawatan untuk hari ini utamanya sesuai tindak lanjut dari shift malam yaitu melanjutkan kolaborasi Furosemide 3x40 mg IV, Ciprofloxacin 2x200 mg IV. Selanjutnya pasien mengeluhkan sesak dan mual, sehingga perlu dilanjutkan untuk terapi O2 nasal kanul 4 lpm dan meminta klien untuk segera melaporkan kepada perawat jika mual memberat. Yang terakhir adalah tetap mengobservasi edema tungkai klien dan memonitor nilai kadar gula darah dan TTV klien. Berdasarkan laporan dari shift malam, belum ada informasi mengenai jadwal HD, singga perlu dipastikan mengenai jadwal HD tersebut. Dan sesuai dengan saran yang disampaikan Ners Grysha sebelumnya mengenai kontrol jumlah cairan yang masuk juga perlu diimplementasikan.

Dari penjabaran diatas, karena tim kita pada pagi ini hanya ada 1 perawat pelaksana, maka untuk implementasi pada Tn. A dan Ny. B akan dilakukan oleh Ners Faiz. Terkait dengan konsultasi lebih lanjut kepada DPJP mengenai lemas dan mual yang dialami Tn. A dan jadwal HD Ny. B akan saya konsultasikan ketika mendampingi dokter visite. Selanjutnya kepada Ners Faiz mohon dijelaskan mengenai rencana harian yang akan dilaksanakan.

PP Tim 1 (Faiz)

: Baik terima kasih kepada Ners Irsa, jadi yang pertama saya akan menjelaskan rencana harian untuk Tn. A. Untuk Tn. A direncanakan tindakan injeksi insulin (novorapid) 10iu 15 menit sebelum makan pagi dan siang, untuk

makan pagi sudah dilaksanakan, sehingga saya akan melakukan injeksi kembali nanti setengah jam sebelum klien makan siang, serta akan mengoperkan tindakan injeksi insulin (levemir) 8iu pada malam hari kepada shift selanjutnya. Untuk tindakan observasi gula darah akan saya lakukan sebelum dan sesudah klien makan siang. TTV sesuai jadwal yakni pada jam 11.00 WIB. Serta observasi kondisi ulkus setiap 2 jam sekali yang dilanjutkan dengan edukasi kepada klien untuk melaporkan jika terjadi ketidaknyamanan pada ulkus, serta melakukan perawatan luka jika memungkinkan.

Untuk klien kedua Ny. B, saya akan melakukan injeksi sesuai indikasi yaitu Furosemide 40mg dan Ciprofloxacin 200mg pada jam injeksi siang yakni 12.00 WIB, Selanjutnya akan mengobservasi respon sesak nafas klien dan memberikan terapi O2 4lpm dan mengobservasinya setiap 4 jam, dan kontrol jumlah cairan dengan menganjurkan klien dan keluarga membatasi asupan cairan melalui oral.

Sekian pemaparan rencana tindak lanjut dari saya, mohon maaf mungkin ada yang perlu ditambahkan dari Ners Irsa?

Ka Tim 1 (Irsa) : saya rasa sudah tepat untuk perencanaan tindakan dari masing-masing klien, nah yang ingin saya ingatkan kembali mengenai pasien Ny. B, perlu juga diobservasi lebih lanjut mengenai asupan cairan parenteral serta udematungkaunya ya.

PP Tim 1 (Faiz) : oh iya, baik ners, untuk asupan cairan parenteral akan saya ingatkan kembali kepada klien dan keluarga agar

tidak merubah tetesan infus dan untuk udem akan saya observasi setiap 4 jam sekali. Terima kasih ners.

Ka Tim 1 (Irsa) : Iya sama-sama, saya ucapkan terima kasih kembali kepada Ners Faiz yang telah baik dalam penyampaian rencana harian ini, semoga tindakan yang telah direncanakan dapat terlaksana sesuai dengan harapan. Selanjutnya saya persilahkan kepada Ka tim 2 Ners Grysha untuk memimpin pre conference tim 2.

Ka Tim 2 (Gege) : Baik terima kasih kepada Ners Irsa yang telah memberikan kesempatan kepada saya. Pada tim 2 kita akan menangani 3 klien, yaitu klien pertama pada tim 2 Tn. S (38 tahun) minimal care dengan typoid dan diagnosa keperawatan hipertermia. Rencana tindakan keperawatan untuk hari ini adalah melanjutkan intervensi kompres hangat bagi klien mengingat suhu tubuh masih tinggi yakni 38°C. Klien juga masih mengeluhkan pusing sehingga perlu dikonsultasikan lebih lanjut kepada DPJP terkait dengan pemberian analgetik dan antipiretik pada klien. Selanjutnya observasi TTV dan nyeri perlu tetap dilanjutkan, serta observasi keseimbangan cairan.

Klien kedua yakni Ny. C (36 tahun) parsial care dengan anemia dan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman. Berdasarkan laporan shift malam, telah dilaksanakan tindakan tirah baring namun hingga pagi ini klien masih mengeluhkan nyeri kepala, sehingga perlu dilaksanakan konsultasi lebih lanjut kepada DPJP untuk kolaborasi pemberian analgetik. Terkait dengan tindakan lanjutan untuk pemberian transfusi darah masih menunggu hasil lab, sehingga perlu dilakukan *follow up* kepada pihak

laboratorium mengenai hasil tersebut, jika kadar HB dalam darah masih rendah, akan dilakukan transfusi darah kembali.

Dan klien terakhir adalah Tn. K (42 tahun) parsial care dengan hipoglikemi dan ketidakseimbangan nutrisi dalam tubuh. Sehubungan dengan asupan nutrisi, karena kemarin klien sudah dianjurkan makan sedikit tapi sering dan klien dapat melaksanakannya, maka hari ini saya merencanakan untuk mengkaji makanan yang disukai klien, kemudian berkonsultasi dengan ahli gizi terkait dengan asupan kalori harian yang diperlukan klien, selanjutnya direncanakan untuk pengukuran GDS sebelum dan satu jam setelah klien makan.

Pada Tim 2 ini kita beranggotakan 2 perawat pelaksana yang akan menangani 3 klien, jadi pembagian tugas untuk hari ini adalah Ners Try akan menangani 2 pasien yaitu Tn. S dan Ny. C sedangkan Ners Febri akan menangani Tn. K. Terkait dengan konsultasi pada DPJP mengenai pemberian analgetik dan antipiretik pada Tn. S dan Ny. C serta

Baik silahkan kepada Ners Try terlebih dahulu untuk menjelaskan rencana hariannya.

PP Tim 2 (Try)

: Baik terima kasih Ners Gege, rencana tindakan keperawatan untuk Tn. A adalah mengobservasi suhu klien terlebih dahulu dan melakukan kompres hangat untuk klien serta mengajarkan cara kompres hangat pada keluarga pada pagi ini. Selanjutnya, saya akan melakukan teknik reaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri klien sembari menunggu hasil konsultasi dengan DPJP.

Selanjutnya observasi TTV dan nyeri pada jam 11.00 WIB sesuai jadwal.

Untuk Klien Ny. C, juga akan dilakukan teknik reaksi nafas dalam untuk mengurangi nyeri klien sembari menunggu hasil konsultasi dengan DPJP. Pada pagi ini saya akan melakukan *follow up* kepada pihak laboratorium mengenai hasil kadar HB dalam darah klien.

Sekian pemaparan rencana tindak lanjut dari saya, mohon maaf mungkin ada yang perlu ditambahkan dari Ners Gege?

Ka Tim 2 (Gege) : baik, jadi begini, dari kedua pasien tersebut masih mengeluhkan nyeri kepala ya? Untuk Tn. S mengalami minimal care, bagaimana jika teknik relaksasi yang digunakan untuk Tn. S adalah relaksasi otot progresif, sehingga mengoptimalkan fungsi tubuh klien serta untuk Ny. C dapat ditambahkan dengan aroma terapi untuk meningkatkan kenyamanan juga?

PP Tim 2 (Try) : Oh iya, baik ners, saya rasa hal tersebut lebih tepat untuk di implementasikan. Mohon maaf saya belum terpikirkan akan hal tersebut. Jadi pada Tn. S akan diajarkan mengenai teknik relaksasi otot progresif dalam untuk mengurangi nyeri kepala pada klien karena klien mengalami minimal care, sedangkan untuk Ny. C dengan teknik relaksasi nafas dalam dan aroma terapi mengingat klien mengalami parsial care.

Ka Tim 2 (Gege) : Oke, saya setuju. Kalau begitu saya rasa cukup untuk Ners Try, selanjutnya kepada Ners Febri saya persilahkan.

- PP Tim 2 (Febri) : Baik terima kasih Ners Gege, saya akan melaporkan rencana keperawatan pada klien terakhir di tim 2 ini, yaitu Tn. K, yang akan saya lakukan hari ini pertama adalah saya akan mengkaji makanan yang disukai klien. Setelah mendapatkan hasil pengkajian, saya akan mengonsultasikannya dengan ahli gizi, utamanya untuk pemenuhan asupan kalori harian yang diperlukan klien. Selanjutnya direncanakan untuk pengukuran GDS sebelum dan satu jam setelah klien makan siang klien.
- Ka Tim 2 (Gege) : Mohon maaf Ners Febri, untuk hasil konsultasi dengan ahli gizi apakah tidak perlu disampaikan kembali kepada klien?
- PP Tim 2 (Febri) : Oh iya ners, jadi setelah berkonsultasi dengan ahli gizi, saya akan meneruskan hasil konsultasi tersebut, dengan menjelaskan terkait dengan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan dan penjelasan mengenai jenis makanan yang bergizi tinggi kepada klien dan keluarga.
- Ka Tim 2 (Gege) : baik saya rasa hal itu sudah tepat untuk diimplementasikan hari ini. Dari hasil pemaparan Ners Try dan Ners Febri saya rasa sudah sangat baik sekali untuk rencana hari ini. Sebelum saya akhiri mungkin masih ada yang ingin disampaikan dan ditambahkan kembali untuk tim 1 maupun tim 2?
- Semua : tidak ada, kami rasa cukup
- Ka Tim 2 (Gege) : Baik, jika tidak ada tambahan lagi, saya rasa cukup untuk pre conference kita pagi ini, semoga diberikan kelancaran dalam dinas kita pagi hari ini. Selanjutnya mari kita berdoa agar senantiasa diberikan keberkahan oleh Tuhan YME. Berdoa, saya persilahkan.

Baik terima kasih, saya akhiri. Wassalamualaikum Wr. Wb.

Semua : Waalaikumsalam Wr. Wb.

SKENARIO ROLEPLAY POST CONFERENCE

Waktu kegiatan : Sebelum operan shift malam ke shift pagi
Tempat : Ruang Cempaka
Penanggung jawab : Ketua tim

Peran

Karu : Pak Yunan

Katim 1 : Irsa

Katim 2 : Gege

Perawat pelaksana Tim 1: Gevin, Wildiah, Dita

Perawat pelaksana Tim 2: Hayati, Azie, Fadhilah

Pagi telah tiba, jadwal dinas malam perawat di ruang Cempaka telah selesai dan mereka akan melakukan post conference di nurse station.

Katim 1 dan 2 : Selamat pagi ners

Karu (Pak Yunan) : Selamat pagi, apa sudah berkumpul semua

Perawat : Sudah ners

Pak Yunan : Baiklah saya buka, Assalamualaikum Wr.Wb. Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan kita kesehatan sehingga kita dapat bertemu kembali di penghujung tugas kita. Sebelum kita memulai acara pagi hari ini mari kita buka dengan bacaan Basmalah. Baik seperti biasa kita akan melakukan post conference sebelum dioperkan ke shift berikutnya. Saya akan membacakan susunan acara pada pagi hari ini, yang pertama pembukaan, yang kedua laporan tim, menyampaikan dan mendiskusikan masalah hari ini. selanjutnya saya serahkan kepada katim 1 terlebih dahulu untuk menyampaikan kegiatan yang sudah dilakukan maupun kegiatan yang belum dilakukan pada shift semalam.

- Irsa : Baik terima kasih atas waktu yang telah diberikan. Langsung saja bagaimana hasil tindakan yang telah dilaksanakan oleh rekan-rekan selama melakukan tindakan kepada 2 pasien?
- Gevin : Baik terima kasih atas waktunya, saya akan menyampaikan hasil tindakan pada pasien pertama pada bed 1 Tn. A (39 tahun) dengan ulkus diabetik pada telapak kaki sebelah kiri dengan MRS hari ke 2. Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan kadar glukosa darah. Hasil TTV TD 130/80 mmHg, N 90 x/menit, RR 19 x/menit, suhu 36,5°C. Terpasang NS 1500 cc/24 jam. Luka hari ke-2 dengan kondisi luka merah, terdapat sedikit pus. Sudah dilakukan KIE mengenai nutrisi untuk pasien DM. Gula darah tadi semalam 300 mg/dL. Terapi lanjut: injeksi insulin (novorapid) 10iu 15 menit sebelum makan pagi dan siang, serta insulin (levemir) 8iu pada malam hari.
- Irsa : Untuk pasien bed 1 Tn. A apakah ada kendala selama melakukan tindakan atau tindakan yang perlu dilakukan untuk shift pagi?
- Gevin : Semalam Tn. A mengeluh merasa mual mers dan sudah dikonsulkan ke dokter. Dokter akan melihat kondisi pasien terlebih dahulu sebelum memberikan advice dan memberikan saran untuk dilakukan pemeriksaan lab gula darah pagi ini
- Irsa : Mungkin bisa dicatat oleh semua perawat shift pagi untuk tindakan yang disarankan oleh perawat shift malam. Baik apakah ada yang ingin ditanyakan lagi?
- Semua : Tidak ada ners.
- Irsa : Silahkan dilanjutkan untuk pasien selanjutnya
- Gevin : Baik saya lanjutkan. Untuk Bed 2 Ny. B (45 tahun) MRS hari ke 3 dengan *Chronic Kidney Disease (CKD) stage V*.

Diagnosa keperawatan utama gangguan pertukaran gas. Pasien mengeluh masih sesak, pusing, mual (-) bengkak pada kedua tungkai. Semalam sudah diberikan terapi O₂ nasal kanul 4 lpm. TD 170/80 mmHg, N 86x/menit, RR 22 x/menit. Sudah dilakukan KIE pasien dan keluarga untuk membatasi minum dan diet nutrisi untuk pasien CKD. Terapi lanjut: Furosemide 3x40 mg IV, Ciprofloxacin 2x200 mg IV.

- Irsa : Untuk pasien bed 2 Ny. B apakah ada kendala selama melakukan tindakan?
- Gevin : Tidak ada kendala selama pelaksanaan tindakan semalam ners.
- Irsa : Baik, apakah ada tindakan yang dapat disarankan untuk perawat shift pagi
- Gevin : Tambahan untuk pasien Ny. B disarankan tetap mengontrol jumlah cairan yang masuk dikarenakan masih terdapat bengkak pada kaki
- Irsa : Baik apakah ada yang ingin ditanyakan lagi?
- Semua : Tidak ada ners.
- Pak Yunan : Baik terimakasih kalau sudah tidak ada yang ingin di sampaikan. Silahkan untuk katim 2 dapat menyampaikan laporannya.
- Gege : Baik terima kasih atas waktunya. Bagaimana laporan untuk 3 pasien di bed 3,4, dan 5. Tindakan apa saja yang sudah dilakukan dan ada kendala apa saja?
- Dhita : Untuk pasien bed 3 yaitu Tn. S berusia 38 tahun, minimal care dengan diagnosa medis typoid dan diagnosa keperawatan hipotermia. Klien mengeluh sakit kepala. Sudah dilakukan kompres hangat, demam pasien menurun. Sudah dilakukan observasi TTV: TD 120/85 mmHg, N 80 x/menit , RR 20 x/menit, suhu 38°C, mukosa bibir kering.

- Wildiyah : Untuk pasien bed 4 dengan Ny. C 36 tahun, partikal care dengan diagnosa medis anemia dan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman. Pasien mengeluh pusing Sudah menganjurkan pasien melakukan tirah baring. Sudah dilakukan observasi TTV : TD 90/60 mmHg, RR 26x/menit, S 35,5 C, N 63x/menit. Sudah dilakukan transfusi darah .Pasien terpasang infus NS 20 tpm
- Dhita : Untuk bed 5 yaitu Tn. K berusia 42 tahun, partial care dengan diagnosa medis hipoglikemi dengan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Klien mengeluh pusing berkurang dan lemas. Sudah dilakukan observasi TTV: TD 115/90 mmHg, N 78 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,8°C. Sudah dilakukan pemberian cairan dextrose 5%. Pagi sebelumnya telah dilakukan observasi gula darah klien: 68 mg/dL. Paien dianjurkan makan sedikit tapi sering, dan klien mampu melaksanakan
- Gege : Untuk pasien bed 3, 4, dan 5 apakah ada kendala selama memberikan tindakan dan untuk rencana tindak lanjut pagi ini bagaimana? Mungkin ada tambahan lagi? Atau ada kedala yang mungkin bisa kita selesaikan bersama?
- Dhita : Perlu adanya Pendidikan kesehatan untuk Tn. S di Bed 3 dan Ny. C di Bed 4 Ners.
- Wildiyah : Begitu pula dengan Tn. K di Bed 5 perlu adanya Pendidikan kesehatan dan pemeriksaan lab gula darah lebih lanjut
- Gege : Terimakasih atas masukannya nanti akan saya tambahkan. Baiklah, penyampaian laporan sudah dilaksanakan, kira-kira apakah dari teman-teman masih ada hal yang perlu didiskusikan?
- Semua : Tidak ada ners.

Gege : Baik jika tidak ada saya serahkan kembali kepada karu

Pak Yunan : Baiklah, semua masalah sudah teratasi. Kerja Tim dan perawat pelaksana sudah sangat bagus dan lebih ditingkatkan lagi. Tetap pantau kondisi semua pasien dan berikan pelayanan yang terbaik untuk pasien. Tulis semua tindakan dan dokumentasikan setiap tindakan secara baik dan benar. Marilah kita berdoa semoga semua tugas yang sudah kita lakukan di hari ini membawa berkah, dan semoga semua yang sudah selesai dinas malam selamat dalam perjalanan pulang. Berdoa mulai. Amin. Saya kira acara post conference pada pagi hari ini telah cukup, selamat bekerja dan semangat untuk yang berdinas pagi hari ini. Apabila banyak salah mohon maaf. Terima kasih Wassalamualikum Wr. Wb.

**SKENARIO ROLEPLAY MANAJEMEN KEPERAWATAN DISKUSI
REFLEKSI KASUS (DRK)**

Diskusi Refleksi Kasus (DRK) di Ruang Cempaka

Try Nurhayati	: Kepala Ruangan
Gevin Yensya	: Ketua Tim 1
Febria Marfuatul F.	: Ketua Tim 2
Yunan Yanuar Ardiwinata	: Penyaji
Irsalina Nabilah Ali	: Moderator
Wildiah Nursyafiqoh Putri	: Perawat 1 Tim 1
Grysha Viofananda A. K. A.	: Perawat 2 Tim 1
Dita Ras Pambela	: Perawat 1 Tim 2
Faizatul Mazuin	: Perawat 2 Tim 2

Tn. A 39 tahun datang ke Rumah Sakit Universitas Jember dengan keluhan utama luka telapak kaki kiri yang tidak sembuh sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan bahwa luka timbul satu bulan yang lalu karena menginjak serpihan bambu. Awalnya luka pada kaki kecil dengan ukuran sebesar biji jagung, namun semakin lama luka pada kaki kirinya terasa nyeri, panas, merah, terdapat sedikit pus dan membengkak hingga tungkai bawah. Luka mengeluarkan nanah dan bau, tidak ada pendarahan aktif pada luka klien. Luka pasien dalam klasifikasi luka kaki diabetik Wagner derajat II. Pasien dalam kondisi demam dengan suhu 38°C. Pasien mengeluh kakinya terasa berat, tebal ketika digerakkan. Pasien diketahui memiliki DM sejak 4 tahun yang lalu. Nilai gula darah pada pemeriksaan pertama adalah 415 mg/dl. Terapi yang telah dilakukan adalah pemberian injeksi insulin (novorapid) 10iu 15 menit sebelum makan pagi dan siang, serta insulin (levemir) 8iu pada malam hari, analgesic serta paracetamol. Pada perawatan hari ketiga terdapat penurunan dari kadar gula darah dan dengan nilai hasil pemeriksaan terakhir adalah 280 mg/dl. Nilai gula darah sudah menurun namun kondisi luka semakin memburuk. Berdasarkan keadaan tersebut perawat berencana untuk melaksanakan DRK.

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

PP tim 1 (Wildyah) : Selamat Pagi Ners!

Karu (Try) : Iya selamat pagi, ada apa Ners?

Katim 1 (Gevin) : Selamat Pagi !

Katim 2 (Febria) : Selamat Pagi !

PP tim 1 (Wildyah) : Saya ingin menginformasikan bahwa pasien bed 1 atas nama Tn. A (39 tahun) sudah 3 hari dalam masa perawatan, kondisi umum pasien saat ini yaitu kaki kirinya terasa nyeri, panas, merah, terdapat sedikit pus dan membengkak hingga tungkai bawah serta pasien demam dengan suhu tubuh 38°C, pasien tampak menahan nyeri dan ansietas. Pasien sudah diberikan terapi lanjutan yaitu pemberian insulin (novorapid) 10iu 15 menit sebelum makan pagi dan siang, serta insulin (levemir) 8iu pada malam hari secara rutin, pasien sebelumnya telah dilakukan perawatan luka menggunakan NaCl 0,9% dan H₂O₂ serta antibiotik sefalosporin topikal namun kondisi luka makin memburuk dan ditemukan jaringan nekrotik. Jadi saya bermaksud untuk melakukan DRK terhadap Tn. A untuk penanganan lanjutan keperawatan Apakah N. Try, Ns. Gevin dan Ns. Febria setuju?

Katim 1 (Gevin) : Ya saya setuju. Bagaimana Ners Febria ?

Katim 2 (Febria) : Saya juga setuju. Lalu bagaimana dengan Ners Try ?

Karu (Try) : Saya juga setuju. Tolong segera diatur saja persiapan yang diperlukan dan jadwal pelaksanaannya ya.

PP Tim 1 (Wildyah) : Saya sudah berdiskusi dengan anggota tim dan berencana untuk melaksanakan DRK pada hari Rabu tanggal 08 Juli 2020, untuk waktunya masih menunggu kesepakatan dengan Tim Ners.

Karu (Try) : Baiklah silahkan dilanjutkan. Saya tunggu informasi selanjutnya.

PP Tim 1 (Wildyah) : Baik Ners, saya permisi dulu nggeh.

Karu (Try) : Iya silahkan

DRK dilakukan pada tanggal 08 Juli 2020 di ruang perawat Cempaka pada pukul 08.00 WIB. DRK dihadiri seluruh anggota Tim. (Di ruang diskusi perawat)

Moderator (Irsalina) : Assalamualaikum wr wb Selamat pagi! Selamat datang di diskusi refleksi kasus yang sudah rutin kita adakan setiap bulannya. Hari ini kita melakukan refleksi kasus yang telah kita sepakati yaitu tentang ulkus diabetik. Sebelumnya mari kita sepakati terlebih dahulu waktu diskusi kita hari ini. Bagaimana kalau diskusi kita dilaksanakan selama 60 menit?

Peserta (Ners) : Setuju..

Moderator (Irsalina) : Baiklah seperti biasa, diharapkan semua peserta dapat mengikuti diskusi dengan baik dan mengikuti perjalanan diskusi dengan aktif. Untuk acara hari ini, materi akan disajikan oleh Penyaji selama 15 menit, dilanjutkan diskusi selama 30 menit. Kepada penyaji (Ners Yunan) saya persilahkan untuk menyampaikan materinya.

Penyaji (Yunan) : **(Baca PPT)** Ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi dari diabetes mellitus. Beberapa etiologi atau penyebab ulkus diabetikum sendiri meliputi neuropati, penyakit arterial, tekanan dan deformitas kaki. Neuro pati menyebabkan hilangnya sensasi pada kaki dan berakibat menyebabkan tekanan yang berulang, injuri, kelainan struktur kaki, dan kersakan jaringan lunak (Muhartono dan Sari, 2017).

Saya akan memaparkan kondisi pasien selama awal masuk Rumah Sakit hingga perawatan, yaitu Tn. A 39 tahun datang ke Rumah Sakit Universitas Jember dengan keluhan utama luka telapak kaki kiri yang tidak sembuh dan memberat sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan bahwa luka timbul satu bulan yang lalu karena menginjak serpihan bambu. Awalnya luka pada kaki kecil dengan ukuran sebesar biji jagung, namun semakin lama luka pada kaki kirinya terasa nyeri, panas, merah, terdapat sedikit pus dan membengkak hingga tungkai bawah. Luka mengeluarkan nanah dan bau, tidak ada pendarahan aktif pada luka klien. Luka pasien dalam klasifikasi luka kaki diabetik Wagner derajat II. Pasien dalam kondisi demam dengan suhu 38°C. Pasien mengeluh kakinya terasa berat, tebal ketika digerakkan. Pasien diketahui memiliki DM sejak 4 tahun yang lalu. Saat pertama kali dilakukan pemeriksaan

Hasil dan Tindak Lanjut pasien dipindahkan ke bangsal standar untuk evaluasi dan perawatan lebih lanjut yaitu dengan melakukan perawatan kaki. Setelah diidentifikasi, terdapat proses inflamasi di area luka sehingga luka teraba hangat, bengkak dan merah. Luka mengeluarkan nanah dan bau, tidak ada pendarahan aktif pada luka klien. Luka pasien dalam klasifikasi luka kaki diabetik Wagner derajat II. Pada hari kedua perawatan rawat inap, pasien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kiri. Hasil TTV TD 130/80 mmHg, N 90 x/menit, RR 19 x/menit, suhu 38 C. Terpasang NS 1500 cc/24 jam. Setelah dilakukan pengecekan luka di hari ke-2, kondisi luka masih merah, terdapat pus. Sudah dilakukan KIE mengenai nutrisi untuk pasien DM. Hasil pemeriksaan gula darah terakhir

didapatkan nilai 300 mg/dL. Terapi lanjut: injeksi insulin (novorapid) 10iu 15 menit sebelum makan pagi dan siang, serta insulin (levemir) 8iu pada malam hari. Pemberian analgesic dan paracetamol juga masih berlanjut.

Pada hari ketiga perawatan rawat inap, pasien kembali dilakukan pemeriksaan gula darah dan hasil menunjukkan adanya penurunan dengan nilai 290 mg/dl. Nilai gula darah sudah menurun namun pasien malah mengeluhkan pasien mengatakan nyeri pada kaki masih terasa, luka masih mengeluarkan pus dan bau. Ditemukan tanda inflamasi berupa edema, panas, merah pada kulit. dan terdapat pembengkakan hingga tungkai bawah. Perawat menilai kondisi pasien semakin cemas dan tidak nyaman. Perawat berupaya untuk tetap melaksanakan perawatan luka sesuai prosedur dan memperhatikan respon nyeri klien namun pada hasilnya masih belum ada perubahan.

Diagnosa yang diangkat ada 3 berdasarkan SDKI : Gangguan Integritas Jaringan, Nyeri akut, Hipertermi
Intervensi Gangguan Integritas Jaringan yang telah dilakukan pada Tn. A (Perawatan Luka)

1. Monitor karakteristik luka
2. Monitor tanda-tanda infeksi
3. Bersihkan luka dengan cairan NaCl
4. Penggantian balutan luka setiap 2 hari
5. Pasang balutan *non adherent* untuk mengurangi resiko kerusakan jaringan saat membuka dan mengganti
6. Jadwalkan perubahan posisi untuk mencegah adanya luka tekan pada kaki
7. Kolaborasi pemberian antibiotik
8. Berikan diet rendah glukosa dengan kalori 30 kkal/kgBB/hari dan protein 1.25g/kgBB/hari

Intervensi Nyeri Akut yang telah dilakukan pada Tn. A
(Manajemen Nyeri)

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
2. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
3. Fasilitasi tidur dan istirahat
4. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
5. Jelaskan strategi meredakan nyeri
6. Ajurkan memonitor nyeri secara mandiri
7. Kolaborasikan pemberian analgesik
8. Ajarkan teknik nonfarmakologis meredakan nyeri

Intervensi Hipertermi yang telah dilakukan pada Tn. A
(Manajemen Hipertermia)

1. Dorong pasien yang mampu makan secara mandiri asupan untuk minum lebih banyak air
2. Kolaborasi dengan tim medis terkait pemberian antipiretik
3. Setelah pemberian antipiretik, pantau pasien dengan cermat suhu tubuh, keringat, dan perubahan elektrolit.
4. Ganti baju dan linen ketika klien banyak mengeluarkan keringat
5. Kolaborasikan pemberian cairan elektronik IV

Moderator (Irsalina) : Baik, langsung saja, jika ada yang ingin disampaikan dari teman-teman, silahkan untuk menyampaikan satu per satu.

Karu (Try) : Bagaimana dengan pelaksanaan perawatan luka pada pasien tersebut? Bagaimana dengan kondisi luka sebelum pelaksanaan perawatan? kemudian kira-kira apa penyebab terjadinya inflamasi pada luka?

PP Tim 1(Grysha) : Kondisi luka sebelum perawatan yaitu dalam keadaan kotor karena pasien melakukan perawatan mandiri dirumah,

pasien mengatakan melakukan perawatan luka tanpa menerapkan teknik steril dan tidak dilakukan oleh tenaga professional sehingga luka menjadi lebih buruk. Saat pasien masuk RS maka dilakukan perawatan luka sesuai SOP, keparahan luka diduga karena tipe luka yang basah dan karena pasien sendiri memiliki riwayat DM yang menyebabkan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer sehingga sulit untuk kering dan terjadi inflamasi. Setelah diobservasi kondisi luka ketika perawatan terakhir yaitu luka pada Grade II dengan kondisi luka basah, merah, ada pus dan ada beberapa jaringan mati yang perlu di debridement. Namun hingga saat ini debridement yang dilakukan sederhana karena proses pelaksanaan perawatan luka pada saat pasien sadar sehingga menimbulkan nyeri dan ketidaknyamanan pada pasien.

PP tim 2 (Dita) : Obat apa yang diberikan dalam perawatan luka? Kemudian bagaimana demam pasien tersebut? Bagaimana dengan nyeri?

PP tim 1 (Wildyah) : Kami melakukan perawatan luka dengan debridement sederhana dan NaCl 0,9% dan H₂O₂ serta antibiotik sefalosporin topical(sesuai resep dokter) kemudian diberikan balutan luka dengan kasa steril betadine dan *elastic bandage*. Kami sudah terapkan teknik perawatan luka secara steril. Untuk penanganan dari demam kita masih berfokus pada pengobatan farmakologis yaitu pemberian paracetamol, panas menurun setelah 4 jam pemberian paracetamol namun meningkat apabila reaksi obat habis, untuk pengurangan nyeri kami berikan analgesic jenis Antrain.

Karu (Try) : Bagaimana data subjektif dan obyektif yang terbaru dari pasien?

- PP Tim 1 (Grysha) : Luka untuk respon pasien saat ini terlihat menahan nyeri, cemas, pasien menginginkan adanya tindak lanjut sesegera mungkin agar luka cepat sembuh. Demam masih tinggi 38 C dan Data Subyektif nyeri antara lain : Nyeri disebabkan karena luka pada telapak kaki, Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, Nyeri menyebab di area telapak kaki hingga tungkai bawah, Nyeri dirasakan terus menerus dan Nyeri pada skala 6.
- Katim 1 (Gevin) : Untuk saran saya demam harus dipantau secara rutin dan lakukan kompres hangat untuk membantu menurunkan suhu tubuh. Untuk manajemen ansietas dan nyeri, pemberian teknik relaksasi sangat diperlukan, Kita juga bisa memodifikasi lingkungan, memposisikan pasien senyaman mungkin dan menerapkan terapi music untuk meningkatkan istirahat pasien. Jadi asuhan keperawatan yang bersifat non farmakologis harus tetap dilaksanakan.
- PP tim 1 (Wildyah) : Baik kami akan laksanakan tindakan tersebut
- Katim 2 (Febria) : Nah kembali lagi ke kondisi luka, pada pasien dengan DM sangat wajar apabila lukanya akan sulit disembuhkan, bahkan malah semakin parah, kunci utama saat ini adalah kita harus menurunkan kadar glukosa darah pasien. Apabila kadar gula rendah kemungkinan luka juga akan cepat mengering. Namun proses pelaksanaan perawatan luka juga harus benar-benar diperhatikan, bagaimana dengan peralatan yang kita gunakan, apakah benar-sudah steril? Sarung tangan yang kita gunakan, kassa yang kita gunakan dan area sekitar luka. Kemungkinan keparahan luka juga bisa disebabkan oleh kita sendiri. Berhubungan dengan kondisi luka yang memburuk dan harus segera ditangani, bagaimana jika kita lakukan kolaborasi dengan tim bedah sembari kita menunggu advice dari DPJP, karena

bagaimanapun tindakan yang akan kita lakukan harus berdasarkan persetujuan dari pihak DPJP.

PP Tim 1 (Grysha) : Saya setuju dengan apa yang disampaikan oleh Perawat Febria. Sesuai dengan Jurnal yang saya dapatkan yaitu terkait “*A case report of Diabetic Right Foot Ulcer with Type 2 Diabetes Mellitus*” yang menyatakan bahwa dalam kondisi luka yang cukup luas, dan ditemukan adanya tanda inflamasi maka menandakan bahwa debridement sederhana yang dilakukan tidak berhasil, maka perlu dilakukan *debridement surgical* yang dianggap sebagai *gold standart* dalam penyembuhan luka terutama untuk membentuk jaringan baru dan menghilangkan nanah, sehingga proses penyembuhan luka dapat berlangsung dengan optimal.

Karu (Try) : Baik untuk itu berarti kita sepakati yaitu pelaksanaan debridement dan berkolaborasi dengan pihak bedah. Nanti kita konsultasikan DPJP terkait dengan tindakan yang kita rencanakan dan membawa Evidence Base yang tadi telah dipaparkan. Jika luka sembuh, maka keluhan nyeri dan demam juga akan menurun sehingga pasien dapat segera sembuh.

Moderator (Irsalina) : Baik, dari rekan-rekan semua apakah ada yang ingin disampaikan atau sudah cukup?

Katim 2 (Febria) : Satu lagi untuk saat ini sebelum pelaksanaan pembedahan kita harus tetap memantau kondisi klien ya, lakukan perawatan luka sesuai SOP, observasi nilai gula darah, nyeri dan demam pasien.

Katim 1 (Gevin) : Benar yang dikatakan oleh Perawat Febria. Sekaligus peran kita untuk selalu menenangkan pasien dan keluarga untuk menghindari munculnya kepanikan keluarga. Kemudian jangan lupa juga bahwa sebagai seorang perawat kita juga perlu melakukan tindakan mandiri keperawatan.

Dimana kita harus bisa melakukan perawatan luka yang optimal, untuk perawatan luka sendiri kita harus menyesuaikan balutan luka sesuai dengan kondisi luka klien kita.

Perawat (Faiz) : Saya sependapat dengan Ners Gevin, Sesuai dengan Jurnal yang saya dapatkan yaitu “*A case report of diabetic foot ulcer underwent an autolytic debridement using hydrogel and hydrocellular foam combination*” yang menyatakan bahwa dalam kondisi luka kaki diabetes balutan yang tepat dan dapat digunakan untuk mempercepat penyembuhan luka setelah dilakukan *debridement surgical* yang terbaik adalah balutan hydrocellular foam karena dapat menciptakan lingkungan yang lembab pada luka dan menyerap eksudat dalam jumlah banyak.

Karu (Try) : Baik, terimakasih saya rasa sangat tepat sekali yang sampaikan oleh saudari Faiz, untuk itu berarti kita sepakati yaitu pelaksanaan debridement dan berkolaborasi dengan pihak bedah, kemudian perlakukan perawatan luka minimal 2 hari sekali dengan menggunakan balutan *hydrocellular foam*. Nanti kita konsultasikan DPJP terkait dengan tindakan yang kita rencanakan dan membawa Evidence Base yang tadi telah dipaparkan.

Moderator (Irsalina) : Baik, Terimakasih atas masukan yang diberikan. Apakah dari rekan-rekan ada lagi yang ingin disampaikan?

Perawat : Cukup.

Moderator (Irsalina) : Baik, saya rasa cukup diskusi hari ini. Dari diskusi yang kita lakukan dapat saya simpulkan bahwa tindakan harus dilakukan yaitu : observasi gula darah, tingkat nyeri, TTV pasien khususnya suhu tubuh dan konsultasi mengenai pelaksanaan debridement total yang berkolaborasi dengan pihak bedah yang harus disetujui oleh DPJP, lakukan

observasi luka setiap hari dan perawatan luka minimal 2 hari sekali. Baik saya rasa diskusi kita dapat diakhiri dengan bacaan Hamdallah, kita beri tepuk tangan untuk kita semua. Jangan lupa mengisi daftar hadir di lembar yang sudah disediakan. Saya akhiri diskusi pada hari ini Wassalamualaikum Wr. Wb., Selamat pagi.

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR DISKUSI REFLEKSI KASUS

 RS UNIVERSITAS JEMBER	DISKUSI REFLEKSI KASUS (DRK)		
	No. Dokumen: -	No. Revisi: -	Halaman:
SOP	Tanggal Terbit	Ditetapkan di Jember RS UNIVERSITAS JEMBER	
PENGERTIAN	Kegiatan diskusi untuk merefleksikan pengalaman praktek suatu kasus tertentu terhadap konsep pengetahuan baru / praktek baru		
TUJUAN	1. Mengembangkan profesionalisme 2. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat 3. Meningkatkan motivasi belajar 4. Meningkatkan pemahaman tentang standar asuhan keperawatan dan teori asuhan keperawatan 5. Memacu perawat untuk bekerja sesuai dengan standar asuhan keperawatan 6. Meningkatkan kemampuan praktik berbasis klinis		
KEBIJAKAN	1. Undang-undang nomer 36 tahun 2009 tentang kesehatan 2. Undang-undang nomer 44 tahun 2009 tetang rumah sakit 3. Undang-undang nomer 38 tahun 2014 tentang keperawatan 4. Peraturan Menteri Kesehatan nomer 49 tahun 2013 tentang komite keperawatan 5. Peraturan Menteri PAN nomer 25 tahun 2014 tentang jabatan fungsional perawat dan angka kredit KKNI		
KETENTUAN	1. Dilaksanakan pada kasus asuhan keperawatan baru/ unik/ isiden diluar kondisi biasa 2. Mempunyai kesenjangan antara standar asuhan keperawatan dan teori 3. Pelaksanaan minimal dua minggu sekali 4. PK II melaksanakan minimal satu kali dalam setahun 5. PK III melaksanakan minimal dua kali dalam setahun		

ALAT DAN BAHAN	1. Dokumentasi asuhan keperawatan 2. Laporan kasus 3. PPT DRK 4. Lembar notulen 5. Sertifikat SKP 6. Daftar hadir 7. Formulir DRK
CARA KERJA	A. Persiapan 1. Penetapan jadwal 2. Penetapan kasus 3. Penetapan penyaji minimal PK II 4. Menyiapkan ruangan penyajian 5. Menyiapkan dokumen meliputi : formulir DRK, absensi, berkas rekam medis untuk DRK 6. Sertifikat SKP B. Persiapan pasien jika diperlukan dengan menyiapkan inform consent C. Pelaksanaan 1. Dipimpin oleh kepala ruang atau PK III 2. Pembukaan oleh kepala ruang selama 5 menit 3. Penyajian selama 20 menit 4. Diskusi dipimpin oleh kepala ruang/ PK III selama 20 menit 5. Rencana tindak lanjut selama 10 menit 6. Penutup selama 5 menit

LAPORAN DISKUSI REFLEKSI KASUS

Nama Ruangan : Cempaka

Tanggal Pelaksanaan : 08 Juli 2020

Topik Diskusi Kasus : Ulkus diabetes

Masalah yang muncul :

1. Kondisi kerusakan jaringan yang disertai nyeri
2. Inflamasi pada luka dan Hipertermia

Nama Peserta yang hadir:

No	Nama Peserta	Tanda Tangan
1	Try Nurhayati	
2	Gevin Yensya	
3	Febria Marfuatul F.	
4	Yunan Yanuar Ardiwinata	
5	Irsalina Nabilah Ali	
6	Wildiah Nursyafiqoh Putri	
7	Faizatul Mazuin	
8	Dita Ras Pambela	
9	Grysha Viofananda A. K. A.	

Jember, 08 Juli 2020

Kepala Ruang Cempaka

NIP.....

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik	: <i>Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)</i>
Sasaran	: Pasien dan keluarga
Waktu	: 19.30 - selesai
Hari/Tgl	: Rabu, 08 Juni 2020
Tempat	: Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember

A. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Standar Kompetensi

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, diharapkan klien dapat mengerti dan memahami tentang COVID-19

B. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Kompetensi dasar

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan ini, diharapkan klien mampu:
Setelah mendapatkan penyuluhan sasaran mampu:

1. Memahami tentang definisi COVID-19
2. Memahami tentang tanda dan gejala COVID-19
3. Memahami tentang penyebab COVID-19
4. Memahami bagaimana penularan COVID-19
5. Memahami pencegahan penularan COVID-19

C. Pokok Bahasan

COVID-19

D. Sub Pokok Bahasan

- a. Pengertian COVID-19
- b. Tanda dan gejala COVID-19
- c. Penyebab COVID-19
- d. Cara Penularan COVID-19

- e. Pencegahan COVID-19

E. Model Pembelajaran

- a. Jenis model pembelajaran : Ceramah dan demonstrasi
- b. Landasan Teori : Konstruktivisme
- c. Landasan Pokok :
 - 1. Menciptakan suasana ruangan yang baik
 - 2. Mengajukan masalah
 - 3. Membuat keputusan nilai personal
 - 4. Mengidentifikasi pilihan tindakan
 - 5. Memberi komentar
 - 6. Menetapkan tindak lanjut

F. Metode

Metode yang digunakan dalam pendidikan kesehatan ini yaitu :

- 1. Ceramah
- 2. Diskusi
- 3. Tanya jawab

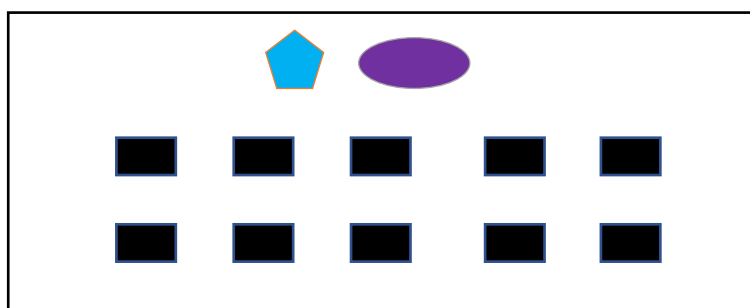
G. Media

Media yang digunakan yaitu leaflet

H. Waktu

1x 30 Menit

I. Setting Tempat



Keterangan

Pemateri	:	
Moderator	:	
Peserta	:	

J. Pengorganisasian

1. Penanggung Jawab : Yunan Yanuar S.Kep
(Penanggungjawab Acara)
2. Moderator : Grysha Viofananda A. K. A., S.Kep
(Mengatur jalannya acara penyuluhan)
3. Pemateri : Febriatul M., S.Kep dan Faizatul Mazuin.,S.Kep
(Memaparkan materi tentang Covid-19 kepada peserta penyuluhan)
4. Absensi : Irsalina N. A., S., S.Kep
(Memberikan absensi kepada peserta penyuluhan)
5. Sie dokumentasi : Wildiah N., S.Kep, Gevin Yensya S.Kep
(Mendokumentasi seluruh kegiatan penyuluhan)
6. Notulen : Try Nurhayati., S.Kep
(Mencatat hasil kegiatan penyuluhan dan mencatat pertanyaan dari peserta penyuluhan)
7. Operator : Dita Ras Pambela P.,S.Kep
(Membantu moderator dan pemateri dalam kegiatan penyuluhan)
8. Sie Perlengkapan : Yunan Yanuar, S.Kep dan Grysha V., S.Kep
(Menyiapkan tempat, perlengkapan pendukung {TOA, Proyektor, mic}).

K. Proses Kegiatan

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1.	Pembukaan ±2 menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan maksud dan tujuan penyuluhan	Menjawab salam Mendengarkan
2.	Penyuluhan atau penyajian ± 20 menit	1. Menjelaskan tentang definisi Covid 19 2. Menjelaskan tentang tanda dan gejala Covid 19 3. Menjelaskan tentang penyebab Covid 19 4. Menjelaskan tentang penularan Covid 19 5. Menjelaskan tentang upaya pencegahan Covid 19	Mendengarkan
3.	Diskusi ±5menit	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya. Menjawab pertanyaan	Klien memberikan pertanyaan kepada penyuluh. Mendengarkan penjelasan penyuluh.
4.	Penutup 3 menit	1. Memberikan pertanyaan kepada klien 2. Menyimpulkan hasil penyuluhan 3. Mengucapkan terima kasih dan salam	Menjawab dengan antusias Mendengarkan Menjawab salam

L. Evaluasi

a. Evaluasi Kesiapan

1. Mendapatkan materi untuk penyuluhan
2. Menyiapkan media untuk penyuluhan
3. Mengatur jadwal penyuluhan
4. Mengumpulkan peserta

b. Evaluasi proses

1. Terdapat tempat untuk dilakukan penyuluhan
2. Terdapat izin dan dukungan dari Kepala Ruangan (CI)

3. Terdapat peserta (pasien dan keluarga) yang bersedia mengikuti penyuluhan

c. Evaluasi Hasil

1. Jangka Pendek
 - a) Peserta dapat menjelaskan kembali pengertian COVID-19
 - b) Peserta dapat menjelaskan kembali tanda dan gejala COVID-19
 - c) Peserta dapat menjelaskan kembali cara penularan COVID-19
 - d) Peserta dapat menjelaskan kembali pencegahan penularan COVID-19
2. Jangka Panjang
 - a. Peserta menerapkan perilaku untuk pencegahan penularan COVID-19
 - b. Peserta meningkatkan upaya personal hygiene dan sanitasi lingkungan

Lampiran 1. Berita Acara



KEMENTRIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN TAHUN 2020

BERITA ACARA

Pada hari ini, 08 Juli 2020 pukul 19.30 s/d selesai WIB bertempat di RSUD Kabupaten Jember Propinsi Jawa Timur telah dilaksanakan Kegiatan Pendidikan Kesehatan tentang COVID-19 oleh Mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Kegiatan ini diikuti oleh 12 orang (9 Mahasiswa, 1 Dosen Pembimbing, dan 2 Keluarga pasien) (daftar hadir terlampir)

Jember, 08 Juli 2020

Pembimbing
PSP2N Stase Manajemen Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D
NIP 19800417 200604 2 002

Lampiran 2. Daftar Hadir



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN TAHUN 2020

DAFTAR HADIR

Pada hari ini, 08 Juli 2020 pukul 19.30 s/d selesai WIB bertempat di RSUD Kabupaten Jember Propinsi Jawa Timur telah dilaksanakan Kegiatan Pendidikan Kesehatan tentang COVID-19 oleh Mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Kegiatan ini dihadiri oleh:

NO	NAMA	ALAMAT	TANDA TANGAN
1.			1.
2.			2.
3.			3.
4.			4.
5.			5.
6.			6.
7.			7.
8.			8.
9.			9.
10.			10.
11.			11.
12.			12.

Jember, 08 Juli 2020

Pembimbing
PSP2N Stase Manajemen Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D
NIP 19800417 200604 2 002

Lampiran 3. Materi COVID-19

LAMPIRAN MATERI CORONAVIRUS DISEASE-19 (COVID-19)

A. Pengertian

Corona Virus merupakan virus RNA strain positif tunggal yang berukuran 120-160 nm, berkapsul, tidak bersegmen, dan termasuk keluarga coronaviridae dari ordo Nidovirales. *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) disebabkan virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2* (SARS-CoV-2) sehingga dapat bergejala seperti MERS dan SARS. Penularan virus corona dapat melalui hewan dan manusia (*zoonosis*) dan tersering menginfeksi hewan seperti kelelawar dan unta. COVID-19 adalah penyakit baru yang telah menjadi pandemic saat ini sehingga harus diwaspadai karena penularannya massive (Riedel dkk., 2019; Susilo dkk., 2020).

B. Tanda dan Gejala

Biasanya tanda gejala yang muncul jika terpapar virus COVID 19 yaitu gejala gangguan pernafasan akut seperti demam, batuk, dan sesak napas. Biasanya demam $>38^{\circ}\text{C}$. Manifestasi klinis muncul ketika 2-14 hari setelah paparan. Masa inkubasi selama 14 hari dengan rerata 5-6 hari. Pada kasus yang berat dapat menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian. Tingkat keparahan dipengaruhi oleh daya tahan tubuh, usia dan penyakit yang telah ada sebelumnya (komorbid seperti: hipertensi, DM, asma, dan lain lain) (Kemenkes RI, 2020; WHO, 2020).

Lebih lanjut tanda gejala pasien COVID-19 memiliki spektrum yang luas, mulai dari tanpa gejala (asimtomatik), gejala ringan, pneumonia, pneumonia berat, ARDS, sepsis, hingga syok sepsis. Sekitar 80% kasus tergolong ringan atau sedang, 13,8% mengalami sakit berat, dan sebanyak 6,1% pasien jatuh ke dalam keadaan kritis. Berapa besar proporsi infeksi asimtomatik belum diketahui. Gejala ringan didefinisikan sebagai pasien dengan infeksi akut saluran napas atas tanpa

komplikasi, bisa disertai dengan demam, fatigue, batuk (dengan atau tanpa sputum), anoreksia, malaise, nyeri tenggorokan, kongesti nasal, atau sakit kepala. Pasien tidak membutuhkan suplementasi oksigen. Pada beberapa kasus pasien juga mengeluhkan diare dan muntah (WHO, 2020).

C. Penyebab COVID-19

COVID-19 disebabkan oleh corona virus, yaitu kelompok suatu virus yang menginfeksi sistem pernapasan. Pada sebagian kasus, corona virus hanya menyebabkan infeksi pernapasan ringan sampai sedang seperti flu hingga infeksi pernapasan berat seperti pneumonia dan SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*). Virus corona awalnya ditularkan melalui hewan ke manusia setelah diketahui ternyata virus corona juga bisa menular dari manusia ke manusia.

D. Cara Penularan

Virus corona ini dapat ditularkan antar manusia (droplet saat batuk / bersin) sehingga telah menyebar luas mulai dari China hingga seluruh dunia. Manusia menjadi transmisi utama (Liu dkk., 2020; Susilo dkk., 2020). Virus corona dapat menyerang siapa saja dan terdapat kelompok rentan seperti ibu hamil, lansia, orang perokok, orang dengan daya tahan tubuh lemah, orang dengan penyakit penyerta dan juga dapat menyerang tenaga medis kesehatan (Susilo dkk., 2020). Seseorang dapat tertular COVID-19 melalui beberapa cara, antara lain sebagai berikut: 1) Memegang mulut / hidung tanpa mencuci tangan terlebih dahulu setelah menyentuh ludah atau droplet penderita COVID-19; 2) Tidak sengaja menghirup percikan ludah (droplet) penderita COVID-19 saat batuk / bersin; 3) Kontak jarak dekat dengan penderita

E. Cara pencegahan

COVID-19 merupakan penyakit yang baru ditemukan oleh karena itu pengetahuan terkait pencegahannya masih terbatas. Kunci pencegahan meliputi pemutusan rantai penularan dengan isolasi, deteksi dini, dan melakukan proteksi dasar (Susilo dkk., 2020). Berikut ini cara pencegahan yang dapat dilakukan antara lain sebagai berikut:

1. Membiasakan menggunakan masker ketika pergi keluar rumah.
2. Membiasakan cuci tangan dengan air dan sabun cair dan bilas setidaknya 60 detik.
3. Sedia selalu hand sanitizer berbasis alkohol 70-80% / handrub ketika fasilitas cuci tangan tidak ada.
4. Selalu menjaga kebersihan tangan, terutama sebelum memegang mulut, hidung dan mata.
5. Menutup mulut dan hidung ketika bersin atau batuk menggunakan tisu, atau sisi dalam lengan atas. Buang tisu ke tempat sampah dan cuci tangan setelah bersih atau batuk.
6. Mengurangi aktifitas keluar rumah yang kurang berguna.
7. Berinisiatif membersihkan benda-benda yang sering disentuh pada permukaan rumah dan perabot (meja, kursi, dan lainlain), gagang pintu, dan lain-lain dengan cairan desinfektan secara rutin atau terjadwal.
8. Setelah berpergian segera mandi dan mencuci pakaian yang telah digunakan.
9. Melakukann *Physical Distancing* dan *Social Distancing* dengan cara menjaga jarak, hindari kerumunan, hindari menggunakan transportasi umum, dan kerja dari rumah.
10. Selalu menjaga kesehatan diri dengan menjaga gizi seimbang, aktifitas fisik ringan, istirahat cukup, suplemen vitamin, dan menerapkan PHBS untuk mengendalikan penyakit yang muncul
11. Penanganan jenazah dengan COVID-19 harus mematuhi prosedur penggunaan APD baik ketika pemeriksaan luar atau autops

Untuk orang yang diduga terkena COVID-19 atau termasuk kategori ODP (Orang Dalam Pemantauan) maupun PDP (Pasien Dalam Pengawasan), ada beberapa langkah yang bisa dilakukan agar virus Corona tidak menular, antara lain sebagai berikut:

1. Lakukan isolasi mandiri dengan cara tinggal terpisah dari orang lain untuk sementara waktu. Bila tidak memungkinkan, gunakan kamar tidur dan kamar mandi yang berbeda dengan yang digunakan orang lain.

2. Jangan keluar rumah, kecuali untuk mendapatkan pengobatan.
3. Apabila ingin ke rumah sakit saat gejala bertambah berat, sebaiknya hubungi dulu pihak rumah sakit untuk menjemput.
4. Melarang dan cegah orang lain untuk mengunjungi atau menjenguk Anda sampai Anda benar-benar sembuh.
5. Sebisa mungkin jangan melakukan pertemuan dengan orang yang sedang sedang sakit.
6. Hindari berbagi penggunaan alat makan dan minum, alat mandi, serta perlengkapan tidur dengan orang lain

DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian Kesehatan RI. 2020. Novel Tentang Coronavirus (NCOV). Jakarta: Kemenkes RI.
- Liu, Y., A. A. Gayle, A. Wilder-Smith, dan J. Rocklöv. 2020. The reproductive number of covid-19 is higher compared to sars coronavirus. *Travel Med.* 27(2)
- Parwanto, M. 2020. Virus Corona (2019-nCoV) penyebab COVID-19. *Jurnal Biomedika dan Kesehatan.* 3(1): 1 – 2.
- Riedel, S., S. Morse, T. Mietzner, S. Miller, Jawetz, Melnick, dan Adelberg's. 2019. *Medical Microbiology*. Edisi 28th ed. New York: McGraw-Hill Education/Medical.
- Safrizal, Danang IP, Safriza S. 2020. Pedoman Umum Menghadapi Pandemic Covid-19.
- Susilo, A., C. M. Rumende, C. W. Pitoyo, W. D. Santoso, M. Yulianti, Herikurniawan, R. Sinto, G. Singh, L. Nainggolan, E. J. Nelwan, L. K. Chen, A. Widhani, E. Wijaya, B. Wicaksana, M. Maksum, F. Annisa, C. O. Jasirwan, dan Yuniastuti. 2020. Coronavirus disease 2019: Review of Current Literatures. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia.* 7(1)
- Wang Z, Qiang W, Ke H. A. 2020. Handbook of 2019-nCoV Pneumonia Control and Prevention. ChinaHubei Science and Teknologi Press.
- WHO. 2020. *World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Geneva: World Health Organization.
- Yuliana. 2020. Corona Virus Diseases (Covid-19): Sebuah Tinjauan Literatur. *Wellness And Healthy Magazine.* 2(1): 187 – 192.

Lampiran 4. Media Penyuluhan (leaflet)



Apa Itu Virus Corona?

Virus corona baru atau novel coronavirus (nCoV) adalah jenis virus corona baru yang menimbulkan penyakit yang disebut COVID-19

COVID-19 merupakan penyakit menular yang telah diakui sebagai pandemic global sejak 11 Maret 2020 oleh organisasi kesehatan dunia (WHO). Sampai saat ini, tidak ada pengobatan yang terbukti atau vaksinasi terhadap nCoV.

Kapan harus waspada?? AYO KENALI GEJALANYA !!



Batuk



Demam
≥ 38 °C



Sesak nafas



Sakit tenggorokan



Kasus khusus

Menyebabkan **pneumonia**, yaitu infeksi atau peradangan akut di jaringan paru

BAGAIMANA PROSES PENULARANNYA?

DROPLET

COVID-19 dapat menular melalui droplet, yaitu percikan dahak seseorang ketika batuk/bersin/berbicara



KONTAK ERAT

Seperti cium tangan, bersalaman, berpelukan, cipika-cipiki



MENYENTUH BENDA TERKONTAMINASI

Virus Corona dapat bertahan selama berjam-jam sampai berhari-hari.



Pencegahan Penyebaran COVID-19

1 Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun

2 Menggunakan masker saat keluar rumah

3 Menyediakan hand sanitizer berbasis alcohol 70-80%

4 Melakukan *physical and social distancing* dengan cara menjaga jarak, hindari kerumunan, hindari menggunakan transportasi umum, dan kerja dari rumah

5 Menutup mulut dan hidung ketika bersin atau batuk dengan tisu atau lengan bagian dalam

6 Setelah bepergian segera mandi dan mencuci pakaian yang telah digunakan

Gaya Hidup Sehat

Konsumsi gizi seimbang

Aktivitas fisik

Konsumsi suplemen

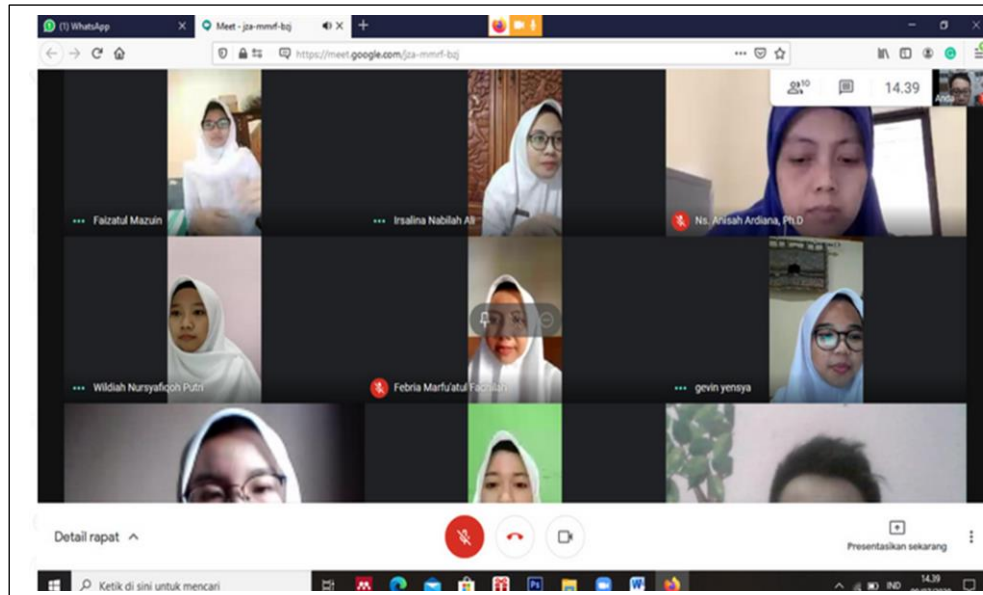
Banyak air putih

Istirahat cukup

Referensi : Kemenkes RI, 2020. *Novel Coronavirus (Ncov)*. Jakarta: Kemenkes RI
 WHO, 2020. *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Geneva: World Health Organization

166

Lampiran 5. Dokumentasi Kegiatan Penyuluhan Via Daring G-meet



Gambar 1. Kegiatan penyampaian materi tentang COVID-19 pada audience untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku pencegahan tentang COVID-19 di RSUJ oleh Mahasiswa PSP2N Stase Manajemen Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember



Gambar 2. Kegiatan penyampaian materi tentang COVID-19 pada audience untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku pencegahan tentang COVID-19 di RSUJ oleh Mahasiswa PSP2N Stase Manajemen Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

SKENARIO DIALOG PENDIDIKAN KESEHATAN

Grysha:

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayahnya. Shalawat pada Muhammad Rasulullah SAW. yang kita impikan syafaatnya di hari akhir kelak. Terimakasih pada seluruh hadirin atas waktu yang diluangkan. Kami mahasiswa Profesi Keperawatan UNEJ akan melakukan penyuluhan kesehatan tentang COVID-19. Disini kami ber 9 kan anggota dimana materi akan disampaikan oleh Bu Febriatul M., S.Kep dan Bu Faizatul Mazuin.,S.Kep. serta saya sendiri Grysha selaku moderator akan memandu jalannya acara. Waktu presentasi 10 menit, sesi tanya jawab 5 menit Langsung saja pada pemateri dipersilahkan.

Febri:

1. Menjelaskan tentang definisi Covid 19
2. Menjelaskan tentang tanda dan gejala Covid 19
3. Menjelaskan tentang penyebab Covid 19

Faiz:

1. Menjelaskan tentang penularan Covid 19
2. Menjelaskan tentang upaya pencegahan Covid 19
3. Saya kembalikan pada moderator

Grysha:

Terimakasih atas materi yang telah disampaikan. Saatnya sesi diskusi. Silahkan bapak ibu apa ada yang ditanyakan?

Wildiah:

Apa perbedaan yang khas ya mbak, antara corona dengan batuk pilek biasa?

Febri:



Gejala-gejala Klinis	Virus Corona	Influenza	Flu Biasa
Demam	✓	✓	
Batuk-batuk	✓	✓	✓
Hidung Meler		✓	
Hidung Tersumbat			✓
Bersin-bersin		✓	✓
Tenggorokan Sakit			✓
Tenggorokan Tidaknyaman			✓
Pernafasan Cepat Taknormal	✓		
Dahak Kental (kuning-kehijauan)	✓		
Muntah-muntah		✓	
Diare		✓	
Anggota Tubuh Lemas	✓		
Otot-otot Nyeri		✓	
Sinar-X pada paru-paru	✓		

Grysha:

Cukup jelas ya semua. Pertanyaan selanjutnya mungkin?

Gevin:

Apakah corona bisa menular melalui pemakaian alat makan bersama?

Faiz:

Ya, jelas karena corona menular melalui droplet dari saluran pernafasan pasien tersebut, dan dikhawatirkan pada saat makan satu piring terjadi bersin, batuk, dll

Faiz:

Mungkin bapak ibu saya ingin mengevaluasi 1 hal. Bisa mungkin bapak ibu sebutkan 4 hal pencegahan COVID-19?

Yunan:

Makan Gizi seimbang, aktivitas fisik (olah raga), istirahat cukup, konsumsi suplemen

Grysha:

Ada lagi? Baik, cukup mungkin. Selanjutnya silahkan untuk notulen membacakan Kesimpulan diskusi hari ini.

Try:

COVID-19 adalah penyakit baru yang telah menjadi pandemic saat ini sehingga harus diwaspadai karena penularannya massive. Virus corona ini dapat ditularkan antar manusia (droplet saat batuk / bersin) sehingga telah menyebar luas mulai dari China hingga seluruh dunia. Kunci pencegahan meliputi isolasi social, deteksi dini, dan membiasakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

Grysha:

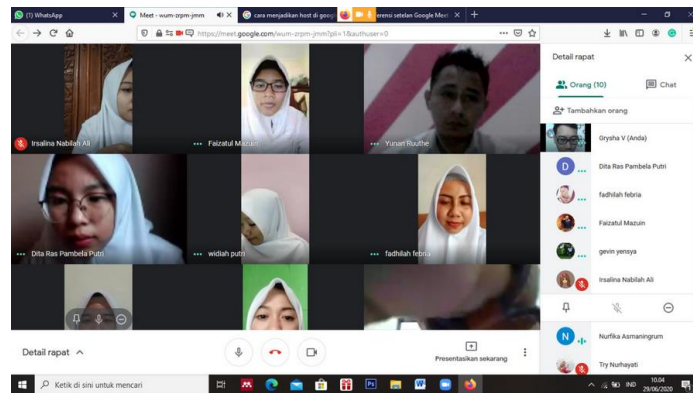
Baik. Cukup Sekian hadirin. Saya selaku moderator mewakili seluruh tim undur diri. Mohon maaf atas segala kekeliruan. Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

KEGIATAN KELOMPOK 2

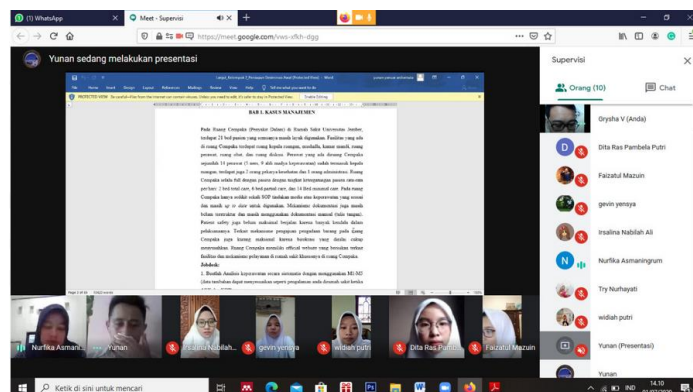
No	Tanggal Pelaksanaan	Jam Pelaksanaan	Kegiatan
1.	29 Juni 2020	08:00-15:00	1. Bimbingan : Orientasi dengan dosen pembimbing (Ns. Nurfika) 2. Pembuatan pengkajian keperawatan berdasarkan unsur manajemen 3. Pembuatan logbook
2.	30 Juni 2020	08:00-15:00	1. Menganalisis SWOT dalam pemecahan masalah manajemen keperawatan 2. Pembuatan logbook
3.	1 Juli 2020	08:00-15:00	1. Bimbingan dengan dosen pembimbing (Ns. Nurfika) 2. Menentukan prioritas masalah dari penampisan masalah 3. Menyusun resnstra (POA) 4. Menerapkan penecahan masalah dengan fungsi manajemen 5. Pembuatan logbook
4.	2 Juli 2020	08:00-15:00	1. Menerapkan penecahan masalah dengan fungsi manajemen 2. Pembuatan logbook
5.	3 Juli 2020	08:00-15:00	1. Perbaikan dari hasil presentasi kelompok serta melakukan evaluasi 2. Pembuatan logbook
6.	4 Juli 2020	08:00-15:00	1. Menerapkan gaya kepemimpinan, model penugasan serta cara pengaplikasian 2. Pembagian kasus (tugas roleplay) 3. Pembuatan logbook
7.	5 Juli 2020	LIBUR	LIBUR
8.	6 Juli 2020	08:00-15:00	1. Pembagian jobdesk roleplay timbang terima, Pre&Post Conference 2. Pembuatan naskah roleplay timbang terima, Pre&Post Conference 3. Pembuatan logbook
9.	7 Juli 2020	08:00-15:00	1. Bimbingan dengan dosen pembimbing (Ns. Anisah) 2. Evaluasi roleplay timbang terima, Pre&Post Conference 3. Pembuatan logbook
10.	8 Juli 2020	08:00-15:00	1. Pembagian jobdesk roleplay DRK (Diskusi Refleksi Kasus) 2. Pembuatan naskah roleplay DRK

			(Diskusi Refleksi Kasus) 3. Pembuatan Logbook
11.	9 Juli 2020	08:00-15:00	1. Bimbingan dengan dosen pembimbing (Ns. Anisah) 2. Melakukan Roleplay DRK (Diskusi Refleksi Kasus) 3. Evaluasi roleplay DRK (Diskusi Refleksi Kasus) 4. Pembagian Jobdesk peran pada pendidikan kesehatan tentang Covid-19 5. Melakukan pendidikan kesehatan tentang Covid-19 6. Pembuatan Logbook
12.	10 Juli 2020	08:00-15:00	1. Bimbingan dengan dosen pembimbing (Ns. Anisah) 2. Melakukan desiminasi akhir dengan dosen pembimbing 3. Pembuatan Logbook
13.	11 Juli 2020	08:00-15:00	1. Evaluasi kegiatan roleplay yang telah dilakukan 2. Evaluasi logbook yang telah dilakukan
14	12 Juli 2020	LIBUR	LIBUR

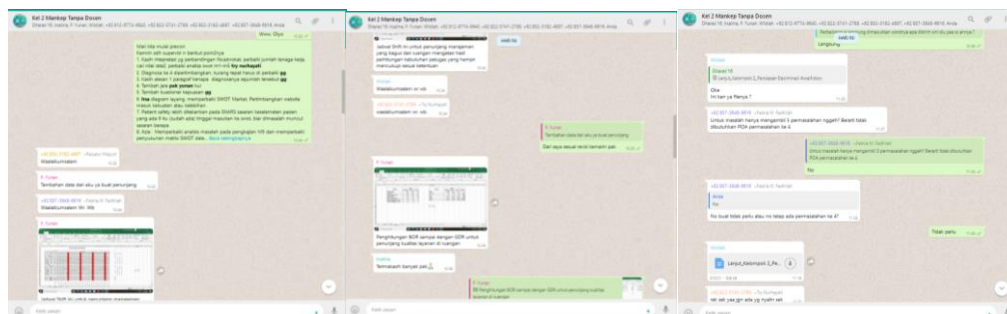
LAMPIRAN (DOKUMENTASI)



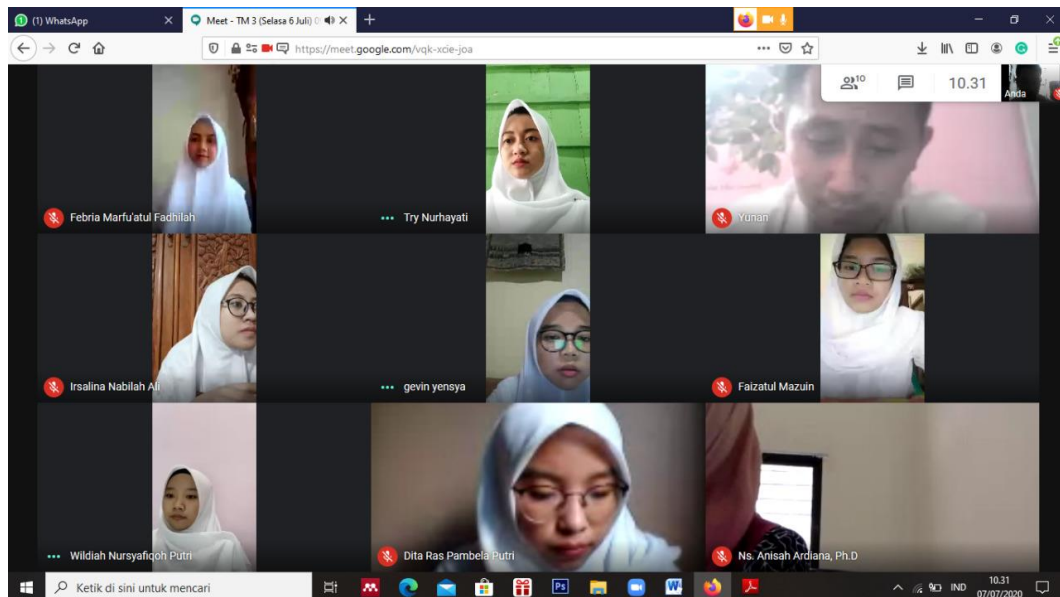
Gambar 1. Dokumentasi Proses Orientasi dengan Dosen Pembimbing (Senin, 29 Juni 2020)



Gambar 2. Dokumentasi Proses Supervisi dengan Dosen Pembimbing (Rabu, 1 Juli 2020)



Gambar 3. Dokumentasi Proses Diseminasi Awal dengan seluruh anggota kelompok 2 melalui WAG



Gambar 4. Dokumentasi proses *roleplay pre conference, post conference, dan hand over* sekaligus bimbingan mengenai *roleplay* yang disajikan oleh dosen pembimbing (Selasa. 7 Juli 2020)



Gambar 5. Dokumentasi proses *roleplay* DRK dan Pendidikan Kesehatan mengenai COVID-19 sekaligus bimbingan mengenai *roleplay* yang disajikan oleh dosen pembimbing (Kamis, 9 Juli 2020)



Gambar 6. Dokumentasi proses desiminasi akhir seluruh anggota kelompok bersama dosen pembimbing (Jumat, 10 Juli 2020)

Lampiran: Format Laporan Harian Elektronik R. Cempaka

RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS JEMBER

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN

Shift: Pagi/Siang/Malam

Hari/ Tanggal	<i>Situation</i>	<i>Background</i>	<i>Assesement</i>	<i>Recomendation</i>

--	--	--	--	--

Katim/PJ Shift

(ttt)

RENCANA KEGIATAN HARIAN KELOMPOK 2
PERIODE 29 Juni – 11 Juli 2020

No.	Waktu Kegiatan	29-06	30-06	01-07	02-07	03-07	04-07	05-07	06-07	07-07	08-07	09-07	10-07	11-07	Ket
1	Ketenagaan (Man / M1) Analisis Ketenagakerjaan jumlah tenaga keperawatan dan non keperawatan	Pembagian Jobdesk						L I B U R							T
2	Latar Belakang Pendidikan Tenaga Kerja														T
3	Jumlah Tenaga di Ruang Cempaka Rumah Sakit Universitas Jember Tenaga Keperawatan														T
4	Tenaga non-keperawatan							L I B U R							T
5	Kebutuhan Tenaga Keperawatan: Tingkat Ketergantungan Pasien														T
6	Tenaga Keperawatan														T
7	Alur masuk Pasien														T
8	Analisa masalah							L I B U R							T
9	Material (M2) Lokasi dan denah ruangan Denah Ruangan														T
10	Lingkungan Kerja di Ruang Cempaka														T
11	Gambaran Kapasitas Tempat tidur di ruang Cempaka														T
12	Peralatan														T

13	Fasilitas untuk Pasien	Pembagian Jobdesk					L I B U R								T
14	Gambaran Kondisi Bed Pasien Ruang Cempaka														T
15	Fasilitas untuk Tenaga Kesehatan														T
16	Alur Pengadaan Barang														T
17	Analisa Masalah														T
18	Metode (Method/ M3) Visi dan Misi Rumah Sakit Universitas Jember Motto Rumah Sakit Universitas Jember						L I B U R								T
19	Model Penugasan Asuhan Keperawatan Timbang Terima														T
20	Discharge Planning Sentralisasi Obat Dokumentasi														T
21	Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Supervisi Diskusi Refleksi Kasus Analisis Masalah pada M3 (Metode)						L I B U R								T
22	Kuangan (Money / M4)														T
23	Pemasaran Bangsal (Market/M5) Apakah ada arah penunjuk ruang, penunjuk tempat di ruangan														T

	Official Website Ruang Cempaka Rumah Sakit Lain Sekitar Rumah Sakit Universitas Jember.	Pembagian Jobdesk						L I B U R								
24	Kerjasama Analisa Masalah															T
25	SWOT M1 (Ketenagaan/Man)															T
26	SWOT M2 (Material)															T
27	SWOT M3 (Metode)															T
28	SWOT M4 (Money)															T
29	SWOT M5 (Market)															T
30	SWOT M1 – M5															T
31	Diagram Layang															T
32	Matrik SWOT dalam Rencaa Strategi							L I B U R								T
32	Daftar Masalah															T
33	Penampisan Prioritas Masalah Penampisan Prioritas Tindakan															T
35	Planning of Action (PoA)															T
36	Menambahkan ALOS, BTO, TOI pada M5															T
37	Sentralisasi dan Penyimpanan Obat							L I B U R								T
38	GDR (Gross Death Rate) pada Aspek Manajemen															T
39	Motif memilih 3 diagnosa															T
40	Intepretasi perbandingan															T
																T

[illegible]

49	Melakukan Role Play DRK, dan Pendkes COVID-19	Pembagian Jobdesk							LIBUR								T
50	Menyusun laporan Evaluasi untuk Desiminasi Akhir, Melaksanakan Desiminasi Akhir, dan Merevisi laporan								LIBUR								T

Ket: Grysha Yunan Irsalina Febria Wildiah Try Gevin Dita Faizatul

T = Tercapai BT = Belum Tercapai



DiscoverSys
Whatever it takes...

Published by DiscoverSys

A case report of diabetic foot ulcer underwent an autolytic debridement using hydrogel and hydrocellular foam combination



CrossMark

Hendry Irawan,¹ Ketut Putu Yasa²

ABSTRACT

Background: All diabetic patients have 15-20% risk of foot ulcer during a lifetime. Approximately 70% diabetic ulcers heal within five years. However, the healing is often slow, and the ulcer may become a chronic wound. Proper treatment can improve the healing process. It includes autolytic debridement. It is a process in which the body removes the necrotic tissue.

Case: A female, 45-year-old complained wound on her right foot since 1.5 months ago. The wound did not heal and became larger with bad

odor and pus. She had type 2 diabetes mellitus since five years ago with uncontrolled blood sugar. We performed surgical debridement to extend the wound and to drain the pus. We used a combination of hydrogel and hydrocellular foam to treat h wound.

Conclusion: The overall performance of a combination of hydrogel and hydrocellular foam was shown to have clinical advantages such as autolytic debridement. We observed an increase of wound granulation and epithelialization and a decrease of slough and exudates.

Keywords: autolytic debridement, diabetic foot, wound dressing

Cite This Article: Irawan, H., Yasa, K.P., 2017. A case report of diabetic foot ulcer underwent an autolytic debridement using hydrogel and hydrocellular foam combination. *Bali Medical Journal* 3(3): S93-S96. DOI:10.15562/bmj.v3i3.411

¹General Surgery Resident,
²Cardiothoracic and Vascular Surgeon
Department of Surgery, Udayana University School of Medicine/ Sanglah General Hospital Denpasar Bali

INTRODUCTION

All diabetic patients have 15-20% risk of foot ulcer during a lifetime.^{1,2} Approximately 70% of ulcers heal within five years.¹ The main risk factors are peripheral vascular disease, peripheral neuropathy, abnormal plantar pressure load, and infection. All diabetic foot ulcers (DFUs) may develop into necrotic tissue, and it leads to amputation of toes, foot, or limb.^{1,2} The risk of amputation in DFU is more than 15%.² The DFU is often difficult to heal and become a chronic wound. The wound care is challenging. Wound care and wound healing are complex processes. However, a proper treatment includes debridement, and topical regimen can improve the healing process.²

A debridement involves removal of dead, infected, or damaged tissue to promote the healing process of the healthy tissues. Autolytic debridement is a process in which the body removes the necrotic tissue. A necrotic tissue liquefies in a moist wound environment.^{2,3} In this case, we performed DFU wound care using a combination of hydrogel and hydrocellular foam.

because the first toe was necrotic and the surrounding skin was blackish. After the amputation, the wound did not heal and became larger with bad odor, and pus. She had had type 2 diabetes mellitus since five years ago, but the blood sugar had been uncontrolled because she did not consume the diabetic medicine routinely. Her vital sign was within the normal limit. The physical examination of her right foot revealed a missing first toe, slough, no necrotic tissue, positive for pus, exudates, and bad odor (Figure 1). The distal vascular perfusion was good.

We performed a surgical debridement to extend the wound and drain the pus (Figure 2). We used a combination of hydrogel (Figure 3) and hydrocellular foam (Figure 4) to treat the wound every two days. We observed a granulation, epithelialization, slough presentation, and pus. We found the exudates absorbed in the hydrocellular foam and hydrogel was liquefied with slough and necrotic tissue (Figure 5A). After we had cleaned the wound with normal saline, the wound had a healthy granulation, less slough, and more epithelialization on the edge of the wound (Figure 5B).

We continued treating the wound, and we found an excellent response of autolytic debridement (Figure 6A, Figure 6B, Figure 7A, Figure 7B). We changed the frequency of the wound treatment to every three days at day six because the wound

*Corresponding Author:
Hendry Irawan, MD Department
of Surgery, Udayana University
School of Medicine/Sanglah General
Hospital Denpasar Bali
hendry_irawan@rocketmail.com

Received: 2017-07-11

Accepted: 2017-07-15

Published: 2017-07-17

CASE REPORT

A 45-year-old female came with a wound on her right foot which appeared 1.5 months ago. She already had her first toe of the right foot amputated one month ago



Figure 1 The clinical picture of the foot in her first visit



Figure 4 Hydrocellular Foam wound dressing. (A) Allevyn Non-Adhesive. (B) Wound contact layer. (C) Outer polyurethane top film.



Figure 2 The clinical picture after a surgical debridement (Day 0)



Figure 3 Hydrogel wound dressing (Intracast Gel)



Figure 5A The foot after the wound dressing was removed (Day 2)



Figure 5B The foot after the wound was cleaned (Day 2)

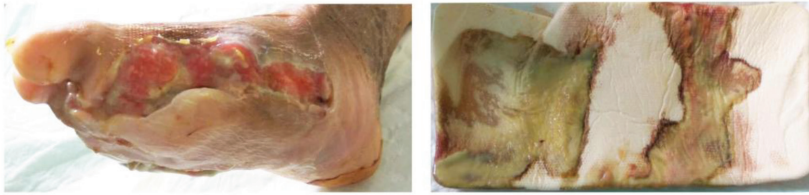


Figure 6A The foot after the wound dressing was removed (Day 4)



Figure 6B The foot after the wound was cleaned (Day 4)



Figure 7A The foot after the wound dressing was removed (Day 6)



Figure 7B The foot after the wound was cleaned (Day 6)

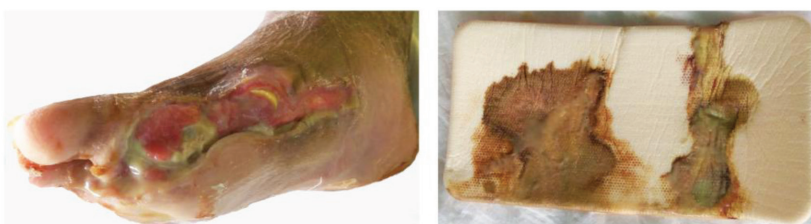


Figure 8A The foot after the wound dressing was removed (Day 9)



Figure 8B The foot after the wound was cleaned (Day 9)

had less exudate (Figure 8A, Figure 8B, Figure 9A, Figure 9B).

The patient continued the wound treatment with hydrogel and hydrocellular foam. She cleaned the wound every three days, and she claimed there were good responses. We observed the wound diameter decreased and it had less slough, less bad odor, and less pus. In contrast, the wound showed more granulation and epithelialization. The last picture after a month (Figure 10) showed the wound on the sole had healed completely. The edge of the wound had epithelialized, and the wound diameter was reduced to 50% compared to the first finding.

DISCUSSION

Preventing progression of DFUs is important. A comprehensive treatment must be done to improve the outcome and to limit the risk for amputation.² The main goal of the treatment is the wound healing process. A wound healing is a complex process because it involves growth factors, responses of cells, and a good clinical care. The fundamentals are moist wound care, frequent debridement, offloading, treatment of infection, and revascularization of the ischemic limb.²

Debridement is a method to facilitate the removal of dead/necrotic tissue, cell debris or foreign bodies from a wound. It improves the healing potential of the remaining healthy tissues.^{2,3} A dead tissue can prevent the wound from healing and make wound vulnerable to infection.³ There are many techniques of debridement can be used by the healthcare professionals. However, they can be divided into an active debridement and an autolytic debridement.³

An active debridement includes a sharp/surgical debridement, a mechanical debridement, a larvae/maggot debridement, and an enzymatic debridement.^{2,4} An autolytic debridement is a process in which the body remove the necrotic tissue. A necrotic tissue is liquefied in a moist wound



Figure 9A The foot after the wound dressing was removed (Day 12)



Figure 9B The foot after the wound was cleaned (Day 12)



Figure 10 The foot after a month treatment

environment.^{2,3} A moist environment will naturally degrade and remove a slough from the healthy tissue. This process is helped by the presence of enzyme matrix metalloproteinases (MMPs). The enzyme is produced by the injured tissue. The liquefying process can be enhanced by a moist wound environment.^{3,4} A moist environment can use products produce moisture such as hydrocolloids and hydrogels and absorb excess moisture such as alginates, cellulose dressings or foams.^{3,5} Hydrogel consist of carboxymethylcellulose polymers or insoluble starch, and 96% water.² Hydrogel can promote autolysis, wound hydration, cool the wound, wound healing, increased granulation tissue, maintains clean wound bed, and provide an analgesic effect.^{2,3}

Foam dressing is used to absorb excess fluid from the wound and to avoid the exudates from damaging its surrounding skin which causing a

maceration.^{3,6} Allevyn Non-Adhesive dressing combines hydrocellular pad with non-adherent wound contact layer, and a breathable top film contain polyurethane.⁷ Foam dressing with polyurethane film provides barrier to bacteria, prevents strikethrough, and reduces risk of bacterial contamination.⁶ The overall performance of hydrogel and hydrocellular foam combination was shown to function as autolytic debridement. We observe increased wound granulation and epithelialization and decreased slough and exudates.

CONCLUSION

Foot ulcer in a diabetic patient is often difficult to heal and may become a chronic wound. Proper treatment can improve healing process includes autolytic debridement. The use of hydrogel and hydrocellular foam combination was shown to have a clinical advantage as autolytic debridement. We observed increased wound granulation and epithelialization and decreased slough and exudates.

ADDITIONAL INFORMATION

The patients gave a written permission that the picture of the wound will be used for a scientific forum and used as a learning material. We do not have any conflict of interest of the products utilized in this case report.

REFERENCES

1. Beckert S, Witte M, Wicke C, Königsrainer A, Coerper S. A New Wound-Based Severity Score for Diabetic Foot Ulcers: A prospective analysis of 1,000 patients. *Diabetes Care*. 2006; 29:988-92.
2. Kavitha KV, Tiwari S, Purandare VB, Khedkar S, Bhosale SS, Unnikrishnan AG. Choice of wound care in diabetic foot ulcer: A practical approach. *World J Diabetes*. 2014; 5:546-56.
3. Atkin L, Stephenson J, Bateman S. Foam dressings: a review of the literature and evaluation of fluid-handling capacity of four leading foam dressings. *Wound UK*. 2015; 11:75-81.
4. Smith & Nephew. ALLEVYN Non-Adhesive. (online). 2016 [cited 2016 Oct 28] Available from: <http://www.smith-nephew.com/key-products/advanced-wound-management/allevyn/allevyn-non-adhesive>.
5. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Advances in Wound Care*. 2015; 4:560-82.
6. Parks WC, Wilson CL, López-Boado YS. Matrix metalloproteinases as modulators of inflammation and innate immunity. *Nature Reviews Immunology*. 2004; 4: 617-29.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution

Ulkus Kaki Diabetik Kanan dengan Diabetes Mellitus Tipe 2

Muhartono, I.Ratna Novalia Sari

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan hiperglikemia dan intoleransi glukosa yang terjadi karena kelenjar pankreas tidak dapat memproduksi insulin secara adekuat yang atau karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif atau kedua-duanya. Prevalensi menurut *World Health Organization*, bahwa sekitar 150 juta orang menderita diabetes melitus di seluruh dunia, dan jumlah ini mungkin dua kali lipat pada tahun 2025. Diabetes tipe 2 jauh lebih umum dan menyumbang sekitar 90% dari semua kasus diabetes di seluruh dunia. Ulkus kaki diabetik merupakan komplikasi akibat gejala neuropati yang menyebabkan hilang atau berkurangnya rasa nyeri dikaki, sehingga apabila penderita mendapat trauma akan sedikit atau tidak merasakan nyeri sehingga mendapatkan luka pada kaki. Pasien wanita, usia 54 tahun datang dengan keluhan luka pada kaki kanan yang sulit sembuh yang semakin memberat sejak 1 minggu. Luka mengeluarkan nanah yang bau, bengkak, hiperemis, nyeri, dan tampak terlihat otot sekitar. Keluhan disertai demam yang hilang timbul dan pasien memiliki riwayat DM yang tidak terkontrol sejak 3 tahun yang lalu. Penatalaksanaan ulkus kaki diabetik harus dilakukan dengan segera meliputi kendali metabolik terutama pengendalian kadar glukosa darah, kendali vaskular, kendali infeksi, kendali luka, kendali tekanan, dan penyuluhan.

Kata Kunci: diabetes melitus, ulkus diabetik, ulkus kaki

Diabetic Right Foot Ulcer with Type 2 Diabetes Mellitus

Abstract

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease that develops hyperglycemia and glucose intolerance that occurs because the pancreas gland can not produce adequate insulin or because the body can not use either direct insulin or both. Prevalence by World Health Organization, around 150 million people suffer from diabetes mellitus worldwide, and this number may be doubled by 2025. Type 2 diabetes is much more common and accounts for about 90% of all cases of diabetes worldwide. Diabetic foot ulcers are a complication due to neuropathy symptoms that lead to loss or decrease of foot pain, so that people with trauma will have little or no pain in the wound. The 54 year old female patient came with complaints of hard recovery injury in her right leg that were getting heavier since 1 week. The wound has a stinky discharge, swollen, hyperremic, painful, and visible muscle around it. The complaints accompanied by a fever that disappeared and the patient has a history of uncontrolled DM since 3 years ago. Management of diabetic foot ulcers should be done immediately including metabolic control especially controlling blood glucose levels, vascular control, infection control, wound control, pressure control, and counseling

Keywords: diabetes mellitus, diabetic ulcer, foot ulcer

Korespondensi : I.Ratna Novalia Sari, alamat Jl. Veteran no:5A Korpri Sukarama Bandar Lampung; HP. 082175589911, e-mail iratnanoiias@gmail.com

Pendahuluan

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan hiperglikemia dan intoleransi glukosa yang terjadi karena kelenjar pankreas tidak dapat memproduksi insulin secara adekuat yang atau karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif atau kedua-duanya.¹

Diabetes Melitus diklasifikasikan menjadi DM tipe 1, yang dikenal sebagai *insulin dependent*, dimana pankreas gagal menghasilkan insulin ditandai dengan kurangnya produksi insulin dan DM tipe 2, yang dikenal dengan *non insulin dependent*,

disebabkan ketidakmampuan tubuh menggunakan insulin secara efektif yang dihasilkan oleh pankreas.^{1,3}

Diabetes tipe 2 jauh lebih umum dan menyumbang sekitar 90% dari semua kasus diabetes di seluruh dunia. Hal ini paling sering terjadi pada orang dewasa, namun juga semakin meningkat pada remaja.^{1,3}

Prevalensi menurut *World Health Organization (WHO)*, bahwa sekitar 150 juta orang menderita diabetes melitus di seluruh dunia, dan jumlah ini mungkin dua kali lipat pada tahun 2025. Sebagian besar kenaikan ini akan terjadi di negara-negara berkembang dan akan disebabkan oleh pertumbuhan populasi,

penuaan, diet tidak sehat, obesitas dan gaya hidup. Pada tahun 2025, sementara kebanyakan penderita diabetes di negara maju yang berusia 65 tahun atau lebih, di negara-negara berkembang kebanyakan berada di kelompok usia 45-64 tahun dan terpengaruh pada usia produktif mereka.¹

Pada penyandang DM dapat terjadi komplikasi pada semua tingkat sel dan semua tingkatan anatomik. Manifestasi komplikasi kronik dapat terjadi pada tingkat mikrovaskular (retinopati diabetik, nefropati diabetik, neuropati diabetik, dan kardiomiopati) maupun makrovaskular (stroke, penyakit jantung koroner, *peripheral vascular disease*).^{2,3} Komplikasi lain dari DM dapat berupa kerentanan berlebih terhadap infeksi akibat mudahnya terjadi infeksi saluran kemih, tuberkulosis paru, dan infeksi kaki, yang kemudian dapat berkembang menjadi ulkus/gangren diabetik.^{2,3}

Masalah pada kaki diabetik misalnya ulserasi, infeksi dan gangren, merupakan penyebab umum perawatan di rumah sakit bagi para penderita diabetes. Perawatan rutin kaki diabetik adalah segala bentuk kelainan yang terjadi pada kaki yang disebabkan oleh diabetes mellitus. Faktor utama yang mempengaruhi terbentuknya kaki diabetik merupakan kombinasi neuropati otonom dan neuropati somatik, insufisiensi vaskuler, serta infeksi.⁴ Penderita kaki diabetik yang masuk rumah sakit umumnya disebabkan oleh trauma kecil yang tidak dirasakan oleh penderita. Hal ini menyebabkan transmisi infeksi terus terjadi dan angka kecacatan semakin tinggi, oleh karena itu penulis ingin melaporkan kasus ulkus kaki diabetik Wagner II dengan DM tipe 2 yang terjadi di Rumah Sakit Abdul Moloek (RSAM).

Kasus

Pasien wanita, usia 54 tahun datang dengan keluhan luka pada kaki kanan yang sulit sembuh yang semakin membesar sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Awalnya, tiga tahun sebelum masuk rumah sakit pasien sering merasa kesemutan dan kebas yang hilang timbul pada kaki dan tangan. Selain itu, pasien sering terbangun di malam hari untuk berkemih, dan sering merasa lemas badan. Keluhan ini

dirasakan perlahan dan semakin lama semakin membesar. Karena merasa keluhannya tak kunjung hilang, akhirnya pasien datang ke puskesmas untuk berobat. Menurut pasien, saat itu gula darahnya tinggi dan dokter mengatakan bahwa pasien memiliki kencing manis. Menurut pasien, ia pernah mendapatkan obat metformin dari puskesmas yang diminum 2 kali dalam sehari, namun hanya dikonsumsi selama satu bulan. Karena dirasakan keluhan berkurang, pasien tidak lagi rutin kontrol gula darah dan tidak mengonsumsi obat kencing manis lagi.

Dua bulan sebelum masuk rumah sakit, pasien mulai merasakan keluhan berupa rasa kesemutan dan kebas pada kaki muncul kembali. Sering kali pasien tidak merasakan jika kakinya menapak, namun pasien masih dapat berjalan dan bekerja seperti biasa. Karena dirasa tidak mengganggu aktivitas, pasien tidak memeriksakan diri di puskesmas.

Satu bulan sebelum masuk rumah sakit, ketika pasien sedang membersihkan halaman rumah dan tidak menggunakan alas kaki, tidak sengaja kaki kanan pasien menginjak serpihan bambu kecil. Luka hanya dicuci dengan air bersih dan tidak dibalut. Awalnya luka pada kaki kecil seukuran biji jagung. Setelah itu, pasien merasa telapak kaki kanannya terasa nyeri dan panas. Semakin lama telapak kaki kanannya membengkak dan luka semakin besar dan muncul nanah. Selain itu pasien juga sering merasa demam naik turun. Pasien mengurangi keluhan dengan mengonsumsi obat demam diwarung. Karena mengganggu, pasien datang ke puskesmas untuk memeriksakan kakinya. Menurut pasien, luka dibersihkan dan dibalut dengan perban, pasien juga diberikan obat minum dari puskesmas namun lupa namanya.

Satu minggu SMRS, pasien merasa kaki kanannya semakin bengkak dan nyeri. Luka mengeluarkan nanah yang bau, dan tidak terdapat perdarahan aktif, tampak terlihat otot sekitar. Bengkak dirasakan meluas hingga tungkai kanan bawah. Tungkai kanan bawah berwarna merah, dan sangat nyeri dan berat ketika digerakan. Selain itu pasien juga merasa demam hingga menggigil sering muncul dan badan semakin terasa lemas. Menurut pasien sejak 1 minggu SMRS, nafsu makan pasien menurun dan pasien sering merasa mual namun

tidak sampai muntah. BAK merah disangkal, BAB merah atau hitam disangkal, perdarahan pervaginam disangkal. Pasien mengaku tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan serupa. Pasien tidak memiliki riwayat merokok, tetapi pasien sering mengonsumsi makanan manis. Karena dirasa keadaan semakin memburuk, pasien datang ke RSUD Abdul Moeloek.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 37,9°C, IMT 21,4 (*normoweight*). Status generalis didapatkan kepala, leher, thoraks, abdomen dalam batas normal.

Pada status lokalis regiopedis dextra, terdapat luka berbentuk ulkus pada regio plantar pedis yang meluas hingga dorsum pedis dektra. Luka berukuran 8 cm x 5 cm x 0,5 cm. Pada luka terdapat edema (+), hiperemis (+), pus (+), darah (-), jaringan nekrotik (-), bau (+), terlihat jaringan otot disekitar luka. Nyeri tekan (+), CRT sulit dinilai, pulsasi a. dorsalis pedis (+) lemah. Sensorik sekitar luka mulai menurun akibat terasa sakit.

Pada pemeriksaan penunjang laboratorium darah lengkap didapatkan hemoglobin 13,1 gr/dL (normal: 12-16 g/dL), leukosit 21.040/uL (normal: 3200-10.000/uL), gula darah sewaktu 268 mg/dl (normal: <200 mg/dl), gula darah puasa 162 mg/dl (normal: <126 mg/dl), gula darah 2 jam PP 314 mg/dl (normal: <200 mg/dl) dan HbA1c 12% (normal <7 %).

Berdasarkan keluhan pasien dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan, maka diagnosa kerja yang ditegakkan adalah ulkus kaki diabetik Wagne rill dengan DM tipe 2.

Pasien ditatalaksana dengan penatalaksanaan umum dan khusus. Penatalaksanaan umum yaitu dengan mengedukasi pasien dan keluarga mengenai perjalanan penyakit DM dan komplikasinya, mengedukasi agar menjaga higienitas luka pada kaki tersebut dengan mengganti balutan luka setiap hari, makan makanan yang bergizi sesuai kebutuhan kalornya yaitu 1121 kkal dan menghindari makanan yang manis, kontrol gula darah secara rutin, menggunakan alas kaki

ketika berjalan. Penatalaksanaan khusus yaitu dengan pemberian IVFD NaCl 0,9% gtt xx/menit, Insulin *long acting* (Levemir) 1x8 U (0-0-0-8), Insulin *short acting* (Novorapid) 3x8 U (8-8-8-0), Ceftriaxon 1 gram/12 jam, Metronidazol 500mg/8jam.

Pasien mendapatkan perawatan di RS selama 7 hari. Setelah dilakukan pengobatan sesuai dengan terapi yang diberikan, pasien mengalami perbaikan yang progresif. Pasien menjalankan edukasi yang diberikan yang ditunjukkan dengan penurunan hasil laboratorium kadar gula darah pasien. Pada luka pasien dilakukan perawatan luka secara rutin. Pada hari ke-7 pasien dipulangkan dengan keadaan umum baik, kondisi luka yang sudah membaik, dan kadar gula darah dalam batas normal.

Prognosis pada pasien ini adalah *dubia ad bonam* untuk *quo ad vitam*, *quo ad functionam* dan *quo ad sanationam*.

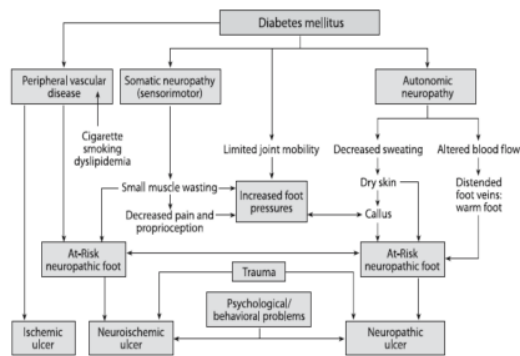
Pembahasan

Diabetes mellitus (DM) adalah suatu sindrom klinis kelainan metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang disebabkan oleh defek sekresi insulin, defek kerja insulin, atau keduanya. Salah satu komplikasi dari DM dapat berupa kerentanan berlebih terhadap infeksi akibat mudahnya terjadi infeksi saluran kemih, tuberkulosis paru, dan infeksi kaki, yang kemudian dapat berkembang menjadi ulkus/gangren diabetik.¹

Menurut *International Diabetes Federation (IDF)* dan *World Health Organization (WHO)*, terdapat 382 juta orang yang hidup dengan DM di dunia pada tahun 2013. Diperkirakan juga, 175 juta diantaranya belum terdiagnosis sehingga terancam berkembang progresif menjadi komplikasi yang salah satunya menjadi ulkus/gangrene diabetik.^{1,5}

Beberapa etiologi yang menyebabkan ulkus/gangren diabetik meliputi neuropati, penyakit arterial, tekanan dan deformitas kaki.^{4,6} Neuropati disebabkan karena peningkatan kadar gula darah yang lama sehingga menyebabkan kelainan vaskuler dan metabolik.⁶ Secara keseluruhan, penderita diabetes mempunyai kemungkinan besar menderita *atherosclerosis*, terjadi penebalan

membrane basalis kapiler, hialinosis arteriolar, dan proliferasi endotel. Pada gambar 1, dijelaskan mengenai patogenesis ulkus DM yang hilangnya sensasi pada kaki akan menyebabkan tekanan yang berulang, injuri dan fraktur, kelainan struktur kaki, tekanan yang terus menerus dan pada akhirnya terjadi kerusakan jaringan lunak.⁶⁻⁸



Gambar 1. Patogenesis ulkus diabetik¹³

Penegakkan diagnosis pada pasien ini didapatkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Diagnosis DM ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena. Pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler dengan glukometer. Diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria. Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang DM. Kecurigaan adanya DM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan seperti: 1) Keluhan klasik DM: poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya; 2) Keluhan lain: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.^{1,3,4}

Pada pasien ini didiagnosis kaki diabetikum regio pedis dekstra dengan DM tipe 2 dikarenakan berdasarkan anamnesis pasien memang menderita DM tipe 2 sejak 3 tahun yang lalu tetapi tidak rutin kontrol dan minum obat. Sebelumnya pasien memiliki keluhan sesuai dengan keluhan klasik DM yaitu sering berkemih, selalu merasa haus dan lapar. Selain itu juga pasien memiliki keluhan lainnya seperti

kesemutan dan kebas pada kaki (+), riwayat penurunan berat badan (+), mual (+), riwayat lemas badan (+). Dikarenakan kurangnya pengendalian gula darah pasien, pasien mengalami komplikasi yaitu terdapat luka di bagian kaki kanan bagian dalam yang dialami sejak ± 1 bulan yang lalu yang tidak sembuh dan bertambah berat. Gejala neuropati menyebabkan hilang atau berkurangnya rasa nyeri dikaki, sehingga apabila penderita mendapat trauma akan sedikit atau tidak merasakan nyeri sehingga mendapatkan luka pada kaki.¹¹

Pada pemeriksaan fisik, dari tanda-tanda vital ditemukan peningkatan suhu yaitu $37,9^{\circ}\text{C}$. Untuk pemeriksaan kepala, leher, thoraks, abdomen tidak ada kelainan, tetapi ditemukan ulkus pada ekstremitas inferior dekstra. Pada status lokalis pedis dekstra, terdapat luka berukuran $8 \times 5 \times 0,5$ cm, edema (+), hiperemis (+), pus (+), berbau (+), terlihat jaringan otot sekitar, nyeri tekan (+), CRT sulit dinilai, pulsasi a. dorsalis pedis (+) lemah. Sensorik sekitar luka mulai menurun akibat terasa sakit. Pemeriksaan fisik pada penderita dengan ulkus diabetes dibagi menjadi 3 bagian yaitu 1). pemeriksaan ulkus dan keadaan umum ekstremitas, 2). penilaian kemungkinan insufisiensi vaskuler, 3). penilaian kemungkinan neuropati perifer.¹² Luka yang tak kunjung sembuh pada kaki pasien ini merupakan salah satu gejala dari komplikasi kronik DM yaitu vaskulopati dimana terjadi ketidakrataan permukaan lapisan dalam arteri sehingga aliran lamellar berubah menjadi turbulen yang berakibat pada mudahnya terbentuk trombus. Pada stadium lanjut seluruh lumen arteri akan tersumbat dan mana kala aliran kolateral tidak cukup, akan terjadi iskemia dan bahkan gangren yang luas. Ulkus diabetes mempunyai kecenderungan terjadi pada beberapa daerah yang menjadi tumpuan beban terbesar, seperti tumit, area kaput metatarsal di telapak, ujung jari yang menonjol (pada jari pertama dan kedua).^{3,5} Ulkus kaki diabetik disebabkan oleh proses neuropati perifer, penyakit arteri perifer, ataupun kombinasi keduanya. Pemeriksaan neuropati sensorik dapat dilakukan dengan menggunakan monofilament Semmes-Weinstein 10 g, serta ditambah dengan salah satu dari pemeriksaan:

garpu tala frekuensi 128 Hz, tes reflex tumit dengan palu reflex, tes *pinprick* dengan jarum, atau tes ambang batas persepsi getaran dengan biotensiometer.² Berdasarkan klasifikasi kaki diabetik menurut Wagner yang dijelaskan pada Gambar 2, pada pasien ini termasuk dalam klasifikasi Wagner derajat II.

Tabel 1. Klasifikasi kaki diabetik menurut Wagner^{3,12}

Derajat	Lesi	Tatalaksana
0	Tidak ada ulserasi, tetapi berisiko.	Pencegahan.
I	Ulkus superficial, terlokalisasi.	Antibiotik, kontrol gula darah.
II	Ulkus dalam, disertai selulitis tanpa abses/kelainan tulang.	Debridemen, antibiotik, dan kontrol gula darah.
III	Ulkus dalam disertai kelainan kulit dan abses luas yang dalam.	Debridemen, dan amputasi minimal.
IV	Gangren terbatas, hanya pada ibu jari kaki/tumit.	Debridemen dan amputasi luas
V	Gangren seluruh kaki.	Amputasi dibawah lutut.

Pada pemeriksaan penunjang, pasien dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan kadar gula darah. Pada pasien ini ditemukan adanya tanda inflamasi berupa edema, panas, merah pada kulit serta ulkus yang berbau disertai adanya pus yang dicurigai mengalami infeksi. Infeksi pada ulkus diabetik harus dievaluasi dan didiagnosis secara klinis berdasarkan tanda dan gejala inflamasi lokal. Pada pasien ini dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan didapatkan peningkatan dari leukosit 21.040/uL dimana merupakan penanda adanya infeksi dan diberikan antibiotic golongan sefalosporin generasi kedua yang bersifat spectrum luas di kombinasi dengan antibiotic golongan anaerob. Diagnosis DM ditegakan dengan pemeriksaan kadar gula darah puasa, gula darah plasma 2 jam setelah TTGO, dan HbA1c yang dijelaskan pada Gambar 3 dan 4 berikut.

Tabel 2. Kadar tes laboratorium darah untuk diagnosis diabetes dan prediabetes^{1,3}

	HbA1c (%)	Gula darah puasa (mg/dl)	Gula darah plasma 2 jam setelah TTGO (mg/dl)
Diabetes	≥6,5	≥126	≥200
Prediabetes	5,7-6,4	100-125	140-199
Normal	<5,7	<100	<140

Tabel 3. Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl)^{1,3}

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar gula darah sewaktu (mg/dl)	Plasma vena	<100	100-199	≥200
	Darah kapiler	<90	90-199	≥200
Kadar gula darah puasa (mg/dl)	Plasma vena	<100	100-125	≥126
	Darah kapiler	<90	90-99	≥100

Pada pasien ini, didapatkan gula darah sewaktu 268 mg/dl; gula darah puasa 162 mg/dl; gula darah 2 jam post prandial 314 mg/dl; HbA1c 12%. Dari hasil pemeriksaan laboratorium gula darah ini menjadi penunjang untuk penegakan diagnosis DM tipe 2.

Penatalaksanaan kaki diabetik dengan ulkus harus dilakukan sesegera mungkin. Komponen paling penting dalam manajemen kaki diabetik dengan ulkus adalah:^{1,3}

1. Kendali metabolik, pengendaliannya sebaik mungkin seperti pengendalian kadar glukosa darah, lipid, albumin, hemoglobin, dan sebagainya.
2. Kendali vaskular, perbaikan asupan vascular (dengan operasi atau *angioplasty*), biasanya dibutuhkan pada keadaan ulkus iskemik.
3. Kendali infeksi, jika terlihat tanda-tanda klinis infeksi harus diberikan pengobatan infeksi secara agresif (adanya kolonisasi pertumbuh anorganisme pada hasil usap namun tidak terdapat tanda klinis, bukan merupakan infeksi).
4. Kendali luka, pembuangan jaringan terinfeksi dan nekrosis secara teratur dengan konsep TIME yaitu *Tissue*

debridement, Inflammation and infection control, Moisture balance, Epithelial edge advancement.

5. Kendali tekanan, mengurangi tekanan pada kaki karena dapat menyebabkan ulkus.
6. Penyuluhan, dengan memberi edukasi mengenai perawatan kaki secara mandiri

Prinsip tata laksana yang diberlakukan mencakup pengendalian faktor metabolik, infeksi, maupun vaskular. Pengendalian infeksi misalnya, berkaitan erat dengan pemberian antibiotik yang tepat dan sesuai dengan kultur. Penentuan derajat infeksi menjadi sangat penting. Menurut *The Infectious Diseases Society of America* membagi infeksi menjadi 3 kategori, yaitu:¹²

1. Infeksi ringan: apabila didapatkan eritema <2 cm
2. Infeksi sedang: apabila didapatkan eritema >2 cm
3. Infeksi berat: apabila didapatkan gejala infeksi sistemik.

Sedangkan pada infeksi berat biasanya karena infeksi polimikroba, seperti *Staphylococcus sp*, *Streptococcus sp*, *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas*, *Enterococcus* dan bakteri anaerob misalnya *Bacteriodes*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*. Pada infeksi berat harus dirawat dirumah sakit, dengan pemberian antibiotika yang mencakup gram positif dan gram negatif, serta aerobik dan anaerobik. Pilihan antibiotika intravena untuk infeksi berat meliputi imipenem-cilastatin, B-lactam B-lactamase (ampisilin-sulbactam dan piperacilin-tazobactam) dan cephalosporin spektrum luas. Apabila hasil kultur belum ada, maka yang dilakukan di lapangan adalah pemberian antibiotik *triple blind therapy* yang terdiri atas Ceftriaxone, Ciprofloxacin, dan Metronidazole. Kombinasi ini dimaksudkan sebagai antibiotik spektrum luas, yang dapat mencegah berkembangnya bakteri gram positif, gram negatif, maupun bakteri anaerob. Terapi ini bersifat agresif sebab pada penderita kaki diabetik terdapat vaskulopati dan hiperglikemi yang merupakan lingkungan kondusif bagi bakteri untuk berkembang biak dan memperlambat sembuhnya luka.

Dari hasil pemeriksaan darah rutin didapatkan GDS 268 mg/dl. Adapun untuk

kontrol gula darah pasien, pengobatan yang dilakukan adalah dengan memberikan terapi insulin karena sudah ada indikasi pemakaian insulin yaitu kadar HbA1c > 9%, dan adanya infeksi. Saat ini tersedia berbagai jenis insulin, mulai dari *human insulin* sampai insulin analog.

Untuk memenuhi kebutuhan insulin basal dapat digunakan insulin kerja menengah (*intermediateacting insulin*) atau kerja panjang (*long-acting insulin*); sementara untuk memenuhi kebutuhan insulin prandial (setelah makan) digunakan insulin kerja cepat (*short-acting insulin*) atau insulin kerja sangat cepat (*rapid- atau ultra-rapid acting insulin*). Pada pasien diberikan insulin detemir sebagai Insulin *long acting* (Levemir) dengan pemberian 1x8U (0-0-0-8). Insulin detemir ini memiliki onset 1-3 jam dengan lama kerja selama 12-24 jam. Pasien juga diberikan insulin aspart sebagai insulin *short acting* (Novorapid) dengan pemberian 3x8U (8-8-8-0). Insulin aspart ini memiliki onset 5-15 menit dengan lama kerja selama 4-6 jam.^{3,5}

Selain dari pemberian terapi farmakologis diatas, pasien juga memerlukan terapi non farmakologik berupa edukasi agar komplikasi-komplikasi lain dari DM dapat dicegah dan agar pasien dapat memahami pentingnya keteraturan mengonsumsi obat dan pengontrolan gula darah. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah menjaga ketat kadar glukosa darah pasien dengan pemantauan berkala dan dengan menjaga asupan makan.¹⁻⁵ Perawatan kaki diabetes yang teratur akan mencegah atau mengurangi terjadinya komplikasi kronik pada kaki diabetes. Oleh karena itu selain antibiotik dan insulin, hal penting yang juga harus diperhatikan adalah perawatan luka pada kaki diabetik. Balutan luka harus diganti sebanyak 2 kali/hari. Debridemen adalah suatu tindakan untuk membuang jaringan nekrosis, callus dan jaringan fibrotik. Jaringan mati yang dibuang sekitar 2-3 mm dari tepi luka ke jaringan sehat. Debridemen meningkatkan pengeluaran faktor pertumbuhan yang membantu proses penyembuhan luka.

Pasien juga perlu diberitahu untuk menjaga kebersihan kaki, memakai pelembab agar kulit tidak kering, memakai alat pelindung

kaki saat berjalan dan memeriksa keadaan kaki setiap hari agar tidak menambah luka baru.¹⁻⁵

Penilaian tatalaksana jangka panjang yang dilakukan meliputi debridement secara regular dari kalus atau jaringan nekrotik untuk mengurangi tekanan dan resiko ulkus. Kontrol gula yang ketat, pemantauan status vaskular, dan neurologi, serta penggunaan alas kaki yang sesuai akan menurunkan resiko kelanjutan ulkus pada pasien beresiko tinggi.^{1,2,3}

Simpulan

Diabetes mellitus (DM) adalah suatu sindrom klinis kelainan metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang disebabkan oleh defek sekresi insulin, defek kerja insulin, atau keduanya. Ulkus kaki diabetik merupakan komplikasi akibat gejala neuropati yang menyebabkan hilang atau berkurangnya rasa nyeri di kaki, sehingga apabila penderita mendapat trauma akan sedikit atau tidak merasakan nyeri sehingga mendapatkan luka pada kaki. Penatalaksanaan ulkus kaki diabetik harus dilakukan dengan segera meliputi kendali metabolik, kendali vaskular, kendali infeksi, kendali luka, kendali tekanan, dan penyuluhan.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Diabetes mellitus [internet]. World Health Organization; 2011 [diakses tanggal 14 mei 2017]. Tersedia dari: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/
2. PERKENI. Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe-2 di Indonesia. Jakarta: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia; 2015.
3. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, editor. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III. Edisi ke-IV. Jakarta: Interna Publishing; 2007.
4. Soetjahjo A. Peranan neuropati diabetik. Dalam: Tjokroprawiro A, Tandra H, editor. Naskah lengkap simposium nasional diabetes & lipid, pusat diabetes dan nutrisi RSUD Dr. Sutomo. Surabaya: FK UNAIR; 1994. hlm. 125-139.
5. Kemenkes RI. Situasi dan analisis diabetes. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
6. Frykberg RG. Diabetic foot ulcer: pathogenesis and management. Am Fam Physician. 2002;66(9):1655-62.
7. Mathes. Plastic surgery. Trunk and lower extremity. Edisi ke-2. Philadelphia: Elsevier; 2005.
8. Armstrong DG, Lavery LA. Diabetic foot ulcer: prevention, diagnosis and classification. Am Fam Physician. 2008;57(6):1337-8.
9. Rowe VL. Diabetic ulcers [internet]. California: Department of Surgery, Division of Vascular Surgery, Keck School of Medicine of the University of Southern California; 2017 [diakses tanggal 14 mei 2017]. Tersedia dari: <http://emedicine.medscape.com/article/460282-overview>
10. Gupta A, Haq M, Singh M. Management option in diabetic foot according to Wagners classification: An observational study. JK Science. 2012; 18(1): 35-38.
11. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB. Infectious diseases society of america clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Clinical Infectious Disease. 2012;54(12):132-173.
12. Doupis J, Veves A. Classification, diagnosis, and treatment of diabetic foot ulcers. Clinical Infection Disease. 2008; 20:117-126.
13. Boulton AJM. The pathway to ulceration: aetiopathogenesis. Dalam: Boulton AJM, Cavanagh PR, Rayman G, editor. The foot and diabetes. Edisi ke-4. Chichester: John Wiley & Sons; 2006. hlm. 51-67

DEBRIDEMENT SEBAGAI TATALAKSANA ULKUS KAKI DIABETIK

Made Agustya Darmaputra Wesnawa. S.Ked
Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar-Bali

ABSTRAK

Dilaporkan kasus seorang pasien perempuan usia 45 tahun dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 dengan Ulkus Kaki Diabetik Wagner derajat 2 pada regio pedis dekstra. Dilakukan tindakan *debridement*. Jenis *debridement* yang dilakukan adalah *surgical debridement*. Tindakan ini dilakukan dengan membuang jaringan nekrotik dan hiperkeratosis hingga mencapai jaringan yang sehat. Selanjutnya luka ditutup dengan kain kasa steril dan *elastic bandage*. Selama perawatan, pada luka tidak didapatkan pus, perdarahan dan luka tidak berbau, tampak jaringan granulasi, serta nyeri pada kaki dirasakan berkurang.

Kata kunci : ulkus kaki diabetik, *debridement*, diabetes mellitus

ABSTRACT

Reported a case of female patient 45 years old with diagnose Diabetes Mellitus Type 2 with Diabetic Foot Ulcer Wagner grade 2 at region pedis dextra. Debridement was done in this patient. The type of debridement was surgical debridement. The purpose of this procedure is to remove necrotic tissue and hyperkeratosis until reach the health tissue. After debridement, the wound was dressed with kassa sterile and elastic bandage. During treatment, there were no pus, bleeding, and unpleasant odor on wound, granulation tissue begin to appear, and pain on the pedis was reduced.

Keywords : diabetic foot ulcer, debridement, diabetes mellitus

PENDAHULUAN

Ulkus kaki diabetik adalah kaki pada pasien dengan diabetes melitus yang mengalami perubahan patologis akibat infeksi, ulserasi yang berhubungan dengan abnormalitas neurologis, penyakit vaskular perifer dengan derajat bervariasi, dan atau komplikasi metabolik dari diabetes pada ekstremitas bawah.^{1,2} Prevalensi ulkus kaki diabetik pada populasi diabetes adalah 4 – 10%, lebih sering terjadi pada pasien usia lanjut. Sebagian besar (60-80%) ulkus akan sembuh sendiri, 10-15% akan tetap aktif,

dan 5-25% akan berakhir pada amputasi dalam kurun waktu 6-18 bulan dari evaluasi pertama. Faktor risiko pada ulkus kaki diabetik adalah neuropati diabetik, penyakit arteri perifer, dan trauma pada kaki.^{1,2,3}

Pemeriksaan fisik pada kaki diabetik melalui penilaian terhadap kulit, vaskular, neurologi, dan sistem muskuloskeletal.^{2,4} Klasifikasi Wagner adalah yang paling populer dan tervalidasi untuk klasifikasi ulkus kaki diabetik (tabel 1).²

Tujuan utama dari tatalaksana ulkus kaki diabetik adalah untuk penyembuhan luka yang lengkap.^{1,5} *Gold standard* untuk

terapi ulkus kaki diabetik meliputi *debridement* luka, tatalaksana infeksi, prosedur revaskularisasi atas indikasi, dan *off-loading* ulkus.^{1,6} *Debridement* harus dilakukan pada semua luka kronis untuk membuang jaringan nekrotik dan debris.^{7,8}

Tabel 1. Sistem Klasifikasi Wagner ²

Derajat	Lesi
1	Ulkus diabetik superfisial
2	Ulkus yang meluas ke ligament, tendon, kapsul sendi, atau fascia dengan tanpa abses atau osteomielitis
3	Ulkus dalam dengan abses atau osteomielitis
4	Gangren pada sebagian kaki
5	Gangren luas pada seluruh kaki

Surgical debridement adalah metode yang paling efisien dan langsung untuk membersihkan luka, yang dipertimbangkan sebagai *gold standard*.^{1,9,10} Tindakan ini dilakukan menggunakan *blade scalpel*, selanjutnya semua jaringan nekrotik dibuang hingga jaringan dasar ulkus yang sehat. Bau adalah indikator yang baik untuk menilai keberhasilan *debridement*, jika luka tidak berbau, bisa menjadi tanda bahwa tindakan *debridement* berhasil.⁸ Jika dicurigai terdapat iskemia berat, *debridement* yang agresif harus ditunda hingga pemeriksaan vaskular dilakukan, dan

jika diperlukan, prosedur revaskularisasi dapat dilakukan.¹

ILUSTRASI KASUS

Pasien wanita usia 45 tahun datang dengan keluhan utama luka pada punggung dan telapak kaki kanan yang tidak sembuh sejak 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. Luka awalnya berupa bisul pada punggung kaki yang kemudian bertambah bengkak, bernanah, dan meluas hampir ke seluruh punggung kaki kanan. Riwayat trauma pada kaki disangkal. Luka pada kaki disertai dengan rasa nyeri tertusuk-tusuk dan panas serta rasa tebal. Pasien juga mengalami demam dengan suhu 38°C. Pasien diketahui menderita Diabetes Melitus sejak 4 tahun dengan pengobatan antidiabetik oral tidak teratur.

Pemeriksaan kulit regio pedis kanan bagian dorsum didapatkan edema, ulkus, dengan kulit berwarna gelap. Kulit tampak kering, serta tidak tampak kelainan pada kuku. Pemeriksaan vaskular melalui palpasi terhadap arteri popliteal, arteri dorsalis pedis dan arteri tibialis posterior, denyut pada ketiga arteri ini teraba pada ekstremitas bawah kanan dan kiri. Pemeriksaan neurologi didapatkan penurunan sensasi sentuhan ringan (dengan menggunakan *Cotton-wool*) dan nyeri (menggunakan jarum) pada pedis kanan. Pemeriksaan

muskuloskeletal tidak didapatkan deformitas.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan WBC $17,44 \cdot 10^3$, Hb : 11,0 g/dL, PT 14,2 (13,1), APTT 32,9(34,8) , GDS awal saat MRS 433 mg/dL, GD puasa 188 mg/dL, HbA_{1C} 14,37 %. Pada pemeriksaan rontgen pedis dekstra AP dan Oblik didapatkan tulang dan sendi tidak tampak kelainan.

Pada pasien ini ditegakkan diagnosis Diabetes Melitus dengan Kaki Diabetik Wagner derajat 2. Pasien kemudian dilakukan tindakan *debridement*. Pengobatan yang telah diberikan adalah insulin, antibiotika, dan analgetik. Setelah perbaikan keadaan umum selama 1 minggu, dilakukan tindakan *debridement* di kamar operasi pada tanggal 6 november 2013, dilakukan selama 50 menit, dengan perdarahan sekitar 50 cc. Posisi pasien supine, diberikan anestesi regional yaitu *block spinal anesthesia/BSA*. Dilakukan disinfeksi dengan betadine lalu dipasang duk steril untuk mempersempit lapangan operasi. Insisi dimulai pada dorsal pedis dekstra sepanjang 5 cm, evaluasi didapatkan pus dan tampak jaringan nekrotik lalu dilakukan *debridement* dan dicuci dengan perhidrol. Insisi pada plantar pedis sepanjang 5 cm, didapatkan jaringan nekrotik, lalu dilakukan *debridement* dan dicuci dengan perhidrol. Luka

ditutup/*dressing* dengan menggunakan kain kasa steril betadine dan *elastic bandage*.

Setelah operasi, kondisi pasien stabil dengan keluhan nyeri kaki ringan (*Visual Analogue Scale* 2). Dilakukan rawat bersama antara divisi penyakit dalam untuk penatalaksanaan DM tipe 2, divisi bedah thoraks-kardiovaskular untuk perawatan dan evaluasi luka, serta bagian anestesi untuk penatalaksanaan nyeri pada luka. Perawatan luka dilakukan setiap 2 hari, keadaan luka saat pasien pulang dari RS adalah tidak ada perdarahan atau pus, dengan dasar luka berupa jaringan sehat dan tidak berbau. Selanjutnya pasien disarankan kontrol rutin untuk perawatan luka dan kontrol gula darah.

DISKUSI

Pasien didiagnosis dengan Diabetes Melitus dengan Kaki Diabetik, berdasarkan atas adanya riwayat DM sejak 4 tahun dengan pengobatan antidiabetik oral yang diminum dengan tidak teratur serta adanya luka pada kaki kanan yang tidak sembuh dan bertambah berat. Berdasarkan klasifikasi Wagner, didapatkan pasien dengan kaki diabetik derajat 2 atas temuan ulkus yang meluas ke ligament, tendon, kapsul sendi, atau fascia dengan tanpa adanya abses atau osteomielitis.² Tidak adanya abses atau osteomielitis ini berdasarkan hasil pemeriksaan rontgen pada pedis. Pada pasien ditemukan tanda

inflamasi berupa edema, panas, merah pada kulit, serta ulkus yang berbau sehingga dicurigai mengalami infeksi.⁸ Infeksi pada kaki diabetik harus dievaluasi dan didiagnosis secara klinis berdasarkan tanda dan gejala inflamasi lokal.^{11,12} Pemeriksaan laboratorium (mikrobiologi) dapat dilakukan seperti pemeriksaan kultur darah pada luka untuk mencari etiologi kuman penyebab infeksi dan pemilihan antibiotik yang sesuai. Pada pasien ini diberikan terapi antibiotik dan dilakukan pemeriksaan kultur darah.^{13,14}

Zimny et al (2002) menemukan bahwa lamanya waktu penyembuhan pada ulkus kaki diabetik dipengaruhi oleh etiologi dari ulkus, dimana waktu penyembuhan tercepat adalah pada jenis ulkus neuropati (akibat disfungsi saraf) dibandingkan dengan ulkus kaki jenis neuroiskemik (akibat kombinasi dari disfungsi saraf dan suplai darah yang buruk).^{2,7} Luka neuropati dapat sembuh dalam kurun waktu 20 minggu, sedangkan ulkus neuroiskemik sembuh lebih lama dan lebih sering berakhir dengan amputasi. Oleh karena itu, diperlukan pemeriksaan yang komprehensif untuk menentukan etiologi ulkus kaki diabetik yaitu melalui pemeriksaan vaskular dan neurologi.³

Adanya neuropati diabetik dapat ditegakkan dari anamnesis riwayat medis dan pemeriksaan fisik. Gejala-gejala

meliputi sensasi terbakar, tertusuk jarum, dan kram otot yang terdistribusi secara simetris pada kedua kaki dan memberat pada malam hari sering terjadi pada neuropati perifer. Pemeriksaan fisik pada kaki untuk menilai persepsi nyeri superfisial (jarum), sensasi temperatur (logam panas dan dingin), sensasi sentuhan lembut (*cotton-wool*), dan tekanan (*Semmes-Weinstein 5.07 monofilament*).^{1,2} Etiologi pada kasus ini dicurigai neuropati diabetik berdasarkan hasil pemeriksaan neurologis didapatkan penurunan sensasi sentuhan ringan dan nyeri pada kaki. Diperlukan juga evaluasi dan pemeriksaan rutin untuk menilai keadaan vaskular pada ekstremitas bawah. Pemeriksaan rutin yang harus dilakukan adalah palpasi denyut secara bilateral dari arteri dorsalis pedis, arteri tibialis posterior, arteri popliteal, dan arteri femoral penting untuk menilai sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.^{2,6}

Tatalaksana pada ulkus kaki diabetik berdasarkan atas prinsip *debridement* luka, identifikasi dan penanganan infeksi, penggunaan *dressing* untuk mempertahankan kelembaban penyembuhan luka, dan *offloading*/redistribusi tekanan dari luka.^{6,7,8} Pasien direncanakan untuk dilakukan tindakan *debridement* di ruang operasi. Sebelum operasi, dilakukan perbaikan keadaan umum pada pasien yaitu menurunkan kadar gula darah yang tinggi.

Tindakan *debridement* ini dilakukan untuk membuang jaringan yang mati serta membantu mempercepat penyembuhan luka. *Debridement* dapat dilakukan secara *surgical*, kimia, mekanik, biologis, atau autolisis.^{10,11} Tindakan ini dilakukan melalui pembuangan dasar luka abnormal dan jaringan tepi luka seperti epidermis hiperkeratosis(kalus) dan jaringan dermal nekrotik, debris, dan element bakteri yang dapat menghambat penyembuhan luka. Dari beberapa penelitian uji klinis didapatkan bahwa *debridement* berperan dalam membantu penyembuhan luka melalui produksi jaringan granulasi.^{1,6,9}

Jenis *debridement* yang dilakukan pada kasus ini adalah *surgical debridement*. *Surgical debridement* merupakan *gold standard* untuk penatalaksanaan luka kronis seperti ulkus kaki diabetik. Keuntungan dari *surgical debridement* adalah dapat membuang jaringan nekrotik dan kalus, menurunkan tekanan, dapat melakukan inspeksi secara luas pada ulkus, membantu drainase sekresi atau pus, membantu optimalisasi efektifitas terapi topikal, serta menstimulasi penyembuhan.^{12,13,14} Edmonds et al (2004) merekomendasikan *surgical debridement* secara regular untuk membuang kalus dan jaringan nekrotik akan menurunkan tekanan lokal dan memfasilitasi drainase dan stimulasi pembentukan jaringan baru. *Surgical*

debridement diperlukan untuk membuang jaringan hiperkeratosis pada kaki diabetik untuk mengurangi tahanan pada luka sehingga dapat mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut.⁶ Tindakan ini harus dilakukan secara teliti untuk melindungi jaringan yang sehat, yaitu dengan tampilan warna merah atau pink (jaringan granulasi). Dengan menggunakan *blade scalpel* membentuk sudut 45° terhadap area operasi, selanjutnya semua jaringan yang mati dibuang hingga jaringan dasar ulkus yang sehat hingga membentuk cawan pada tepi luka. Adanya *clotted vessel*, *stringy fascia*, dan tendon menandakan bahwa jaringan sudah tidak layak dan harus dibuang.^{1,8}

Pemantauan pada luka post *debridement* dan *dressing* luka harus dilakukan dengan teratur. Untuk luka terinfeksi atau banyak eksudat, pemantauan luka dan pergantian *dressing* luka harus dilakukan tiap 2 – 3 hari hingga infeksi stabil. Pergantian jenis *dressing* luka perlu dilakukan sesuai dengan perubahan jenis luka.^{13,14} sampai saat ini belum ada data yang menjelaskan jenis *dressing* luka yang terbaik untuk ulkus kaki diabetik. Konsensus yang ada saat ini menyarankan bahwa penggunaan *dressing* luka harus *non-adherent* untuk mengurangi risiko kerusakan jaringan saat membuka dan menggantinya. Pada kasus ini, luka telah dibersihkan hingga jaringan sehat dan

terdapat sedikit eksudat luka. Selama perawatan, pada luka tidak terdapat pus, perdarahan, dan bau yang menandakan bahwa tindakan *debridement* telah berhasil.^{6,12}

Pada pasien dengan lesi pada telapak kaki, diperlukan *offloading* melalui beberapa metode atau alat untuk menggeser titik tumpu berat badan menjauhi sisi ulkus. Tujuan dari *offloading* ini adalah untuk mencegah trauma jaringan dan memfasilitasi penyembuhan luka.^{6,7} Beberapa metode yang dapat dilakukan meliputi tirah baring, penggunaan kursi roda, alat bantu jalan hingga sepatu yang didesain khusus.^{14,15}

Pasien diabetes dengan riwayat ulkus disarankan untuk melakukan perawatan dan penilaian kaki serta konsultasi vaskular jika dicurigai adanya penyakit arteri perifer setiap 1-2 bulan oleh dokter spesialis bedah dan penyakit dalam.^{2,6} Penilaian dan tatalaksana jangka panjang yang dilakukan meliputi *debridement* secara reguler dari kalus atau jaringan nekrotik untuk mengurangi tekanan dan risiko ulkus kaki. Kontrol gula yang ketat, pemantauan status vaskular dan neurologi, serta penggunaan alas kaki yang sesuai akan menurunkan risiko kelanjutan ulkus kaki diabetik pada pasien yang berisiko tinggi ini.^{1,2,14}

RINGKASAN

Telah dilaporkan kasus Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Kaki Diabetes wagner derajat 2. Dilakukan tindakan *surgical debridement* yang merupakan *gold standard* pada tatalaksana ulkus kaki diabetik. Tindakan *debridement* ini dilakukan untuk membuang jaringan yang mati serta membantu mempercepat penyembuhan luka. Perawatan luka meliputi penggunaan *dressing* luka dan *offloading* harus dilakukan dengan tepat untuk mencegah trauma dan ulkus berulang. Pemeriksaan yang komprehensif meliputi pemeriksaan vaskular dan neurologi harus dilakukan rutin untuk mencari kausa dari ulkus kaki diabetik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Alexiadou K, Doupis J. Management of Diabetic Foot Ulcers. *Diabetes Ther.* 2012;3;4
2. Clayton W, Elasy TA. A Review of the Pathophysiology, Classification, and Treatment of Foot Ulcers in Diabetic Patients. *Clinical Diabetes.* 2009;27:2:52-8
3. American College of Foot and Ankle Surgeons. Diabetic Foot Disorders A Clinical Practice Guideline. 2006;45;5
4. Baal JGV. Surgical Treatment of the Infected Diabetic Foot. *Clinical*

- Infectious Diseases. 2004;39:123-8
5. Golinko et al. Operative Debridement of Diabetic Foot Ulcers. J Am Coll Surg.2008;207:6
6. McIntosh C, Kelly L. Importance of Wound Debridement in Management of Diabetic Foot Ulcers: Case report. Wound Essentials.2009;4:122-5
7. Shankhdhar et al. A Case Report: Offloading the Diabetic Foot Wound in the Developing World. The Journal of Diabetic Foot Complications.2011;3(2):26-9
8. Wu SC, Driver VR, Armstrong DG. Foot Ulcers in the Diabetic Patient, Prevention, and Treatment. Vasc Health Risk Manag.2007;3(1):65-76
9. Lebrun E, Tomic-Canic M, Kirsner RS. The Role of Surgical Debridement in Healing of Diabetic Foot Ulcers. Wound Repair and Regeneration.2010;18:5:433-8
10. Jeffcoate WJ, Harding KG. Diabetic Foot Ulcers. The Lancet.2003. Available at <http://image.thelancet.com/extras/02art6190web.pdf> (diakses tanggal 10 November 2013).
11. International Best Practice. Best Practice Guideline: Wound Management in Diabetic Foot Ulcers. Wounds International.2013
12. Frykberg RG, Rogers LC. Emerging Evidence on Advanced Wound Care for Diabetic Foot Ulceration.2010. Available at http://www.podiatrytoday.com/files/ABH_PT.pdf (diakses tanggal 10 November 2013)
13. Barry University. The Standard of Care for Evaluation and Treatment of Diabetic Foot Ulcers.2010. Available at <http://www.barry.edu/include/docs/continuing-medical-education/diabetic> (diakses tanggal 10 November 2013)
14. Lipsky et al. Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. Clinical Infectious Disease.2004;39:885-910
15. Snyder RJ, Hanft JR. Diabetic Foot Ulcers – Effects on Quality of Life, Cost, and Mortality and the Role of Standard Wound Care and Advanced-care Therapies in Healing: A Review. Ostomy Wound Management.2009;55(11):28-38



© Jember, 08 Agustus 2020