

# **PANDUAN**

## **PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN**

❖ **CABANG ILMU** : **MANAJEMEN KEPERAWATAN**

❖ **JUMLAH SKS** : **2 SKS**

❖ **TAHUN** : **2015**

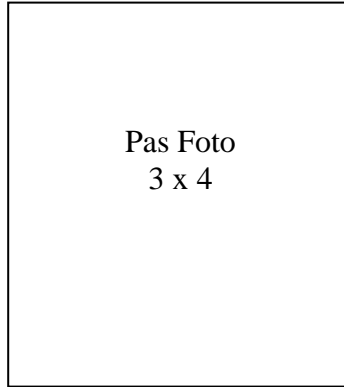
❖ **PEMBIMBING** :

**1. Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN, Ph.D**

**2. Ilkafah, S.Kep., Ns., M.Kep.**

**3. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep.**

**IDENTITAS MAHASISWA**



**Nama** : \_\_\_\_\_  
**NIM** : \_\_\_\_\_  
**Kelompok** : \_\_\_\_\_  
**Periode Praktik** : \_\_\_\_\_  
**Tempat Praktik** : \_\_\_\_\_  
**Pembimbing Profesi** : \_\_\_\_\_  
**Alamat** : \_\_\_\_\_  
**No. Telp/HP** : \_\_\_\_\_  
**Email** : \_\_\_\_\_

## Kata Pengantar

**Assalamualaikum Wr. Wb.**

Manajemen merupakan suatu pendekatan yang dinamis dan proaktif dalam menjalankan suatu kegiatan di organisasi. Kepemimpinan dan manajemen dalam keperawatan adalah tanggung jawab semua perawat profesional. Dalam manajemen keperawatan, seorang perawat profesional harus mampu menerapkan fungsi-fungsi manajemen yang mencakup: perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), pengarahan atau kepemimpinan (*directing/leading*), dan pengendalian (*controlling*) dalam pelayanan keperawatan. Salah satu bentuk aplikasi dari fungsi manajemen keperawatan ini dalam pelayanan keperawatan adalah penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) di tingkat ruang rawat. Manajemen keperawatan merupakan proses bekerja melalui anggota staf untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Pelayanan keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit yang memberikan dampak pelayanan di ruangan dan memerlukan penataan yang maksimal agar pelayanan yang diberikan dapat memberikan kepuasan pada klien dan keluarga serta perawat. Penataan bentuk pelayanan di ruang rawat sangat penting dengan menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan di tingkat ruang rawat.

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin sebagai salah satu institusi pendidikan yang menyelenggarakan Program Profesi Ners merupakan pendidikan lanjutan keperawatan setelah tahapan akademik. Profesi manajemen keperawatan merupakan salah satu mata kuliah pada program profesi yang bertujuan untuk membimbing mahasiswa dalam menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan di ruang perawatan dengan melakukan pengkajian dan analisis situasi sebagai langkah awal dan pengelolaan pelayanan dan asuhan keperawatan.

Buku ini disusun sebagai pedoman bagi mahasiswa dan pembimbing klinik dalam menjalankan proses pembelajaran praktik klinik program profesi ners keperawatan, mata ajar manajemen keperawatan. Buku ini hanya merupakan buku panduan yang digunakan sebagai penuntun bagi mahasiswa untuk mencapai kompetensi mata ajar, oleh karena itu mahasiswa masih harus menggunakan buku rujukan lain yang terkait sebagai sumber pembelajaran.

Kami menyadari bahwa buku panduan ini belum sempurna dan semoga buku panduan ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dalam melaksanakan program profesi keperawatan. Akhirnya saran dan kritik untuk perbaikan buku ini sangat diharapkan dari berbagai pihak.

**Wassalam.**

Makassar, 26 Januari 2015

**Tim Penyusun**  
**PSIK FK-UNHAS**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Ilmu Keperawatan semakin berkembang pesat termasuk dalam proses manajemen keperawatan di tingkat rumah sakit dan tingkat ruangan. Keperawatan diuntut untuk berespon terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan perubahan teknologi serta perubahan sosial. Proses manajemen keperawatan semakin berkembang pesat sejak tahun 1990-an. *American Nurses Association* (ANA) tahun 1996 menyatakan bahwa tanggung jawab manajerial berada pada pengelolaan pelayanan keperawatan yang memerlukan perawat manajer yang mempunyai pengetahuan, terampil dan kompeten dalam semua aspek manajemen (Kurniadi 2013; Marquis & Huston, 2003).

Manajemen keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan pelayanan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat yang menerapkan fungsi-fungsi manajemen dalam mencapai pelayanan keperawatan yang profesional dengan prinsip efektif dan efisien. Manajemen keperawatan adalah pola kerja yang menerapkan tahapan yang sistematis yang diawali dengan perencanaan, pengorganisasian dan pengarahan, pengendalian serta adanya umpan balik (Kurniadi, 2013).

Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui tahapan pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Untuk menjalankan fungsi manajemen agar berhasil secara optimum seorang manajer keperawatan dituntut untuk dapat melakukan suatu proses yang meliputi empat fungsi utama dari manajemen keperawatan yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan/pengontrolan.

Program profesi manajemen keperawatan merupakan aplikasi konsep manajemen keperawatan dalam pengelolaan pelayanan keperawatan pada berbagai unit pelayanan di rumah sakit. Profesi manajemen keperawatan memiliki beban studi 2 SKS dan disajikan pada program profesi keperawatan. Program profesi keperawatan ini disajikan setelah mahasiswa lulus dari fase akademik. Profesi Manajemen Keperawatan menerapkan konsep dasar dan teori-teori terkait dengan manajemen keperawatan serta melakukan analisis mutu pelayanan keperawatan. Program profesi ini akan berguna dalam menganalisis pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan pada pasien dan menganalisis mutu pelayanan keperawatan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

## B. Sistematika Penulisan

Buku panduan ini mengandung informasi tentang tujuan dan kompetensi, materi yang harus dikuasai mahasiswa, metode pembelajaran profesi, tata tertib, lahan praktik, proses pelaksanaan praktik, siklus praktik, tugas harian mahasiswa, dan evaluasi.

Pelaksanaan praktik kepemimpinan dan manajemen keperawatan di ruang rawat mengacu pada bidang keilmuan manajemen keperawatan. Dalam melaksanakan praktik manajemen keperawatan menekankan pada penerapan konsep-konsep dan prinsip-prinsip kepemimpinan dan manajemen keperawatan, serta penilaian terhadap mutu pelayanan keperawatan dalam tatanan pelayanan kesehatan nyata. Bentuk pengalaman belajar dengan praktik klinik dan seminar serta menginterpretasikannya pada keperawatan klinik dalam praktik profesi.

## BAB II TUJUAN DAN KOMPETENSI

### A. Tujuan

#### **Tujuan Umum:**

Pada akhir profesi, peserta didik mampu mengidentifikasi dan mengenal masalah-masalah kepemimpinan/manajemen keperawatan dan mutu pelayanan keperawatan di tingkat ruang rawat, menerapkan proses manajemen keperawatan serta menjadi *role model* dalam pemberian pelayanan keperawatan.

#### **Tujuan Khusus:**

Setelah menyelesaikan praktik profesi manajemen, mahasiswa mampu:

1. Melakukan kajian terhadap penerapan fungsi manajemen (perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian) oleh Kepala Ruangan, Clinical Care Manager, Perawat Primer/Ketua Tim, dan Perawat Asosiet.
2. Melakukan kajian situasi pelayanan dan asuhan keperawatan khususnya struktur manajemen pelayanan keperawatan (*man, material, method*) dan mutu pelayanan/asuhan keperawatan di tingkat ruang rawat dengan menggunakan survey.
3. Melakukan analisis *Strength, Weakness, Opportunity, and Threat* (SWOT) berdasarkan hasil survey.
4. Mengidentifikasi masalah yang terkait dengan pelayanan dan asuhan keperawatan di tingkat ruang rawat berdasarkan hasil survey.
5. Menyusun rencana penyelesaian masalah (*plan of action [POA]*) atau rekomendasi berdasarkan prioritas masalah yang telah dirumuskan dan disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan sumber daya yang ada di ruang rawat. Penyusunan rekomendasi ini dilakukan bersama-sama dengan penanggung jawab ruang rawat.
6. Mengimplementasikan perencanaan terkait struktur manajemen (*man, material, method*) dalam ruang rawat yang telah disusun bersama melalui penerapan model praktek keperawatan profesional (MPKP) di tingkat ruang rawat. Dalam penerapan MPKP, mahasiswa akan bermain peran (*role playing*) sebagai kepala ruangan, perawat primer, dan perawat pelaksana secara bergantian dan melakukan *roleplay* proses MPKP (operan, pre-post conference, supervisi, penerimaan pasien baru, sentralisasi obat, supervisi, dokumentasi dan ronde keperawatan).
7. Mengevaluasi implementasi fungsi manajemen dalam pelayanan keperawatan dan manajemen asuhan keperawatan yang telah dilakukan di tingkat ruang rawat.
8. Mengevaluasi mutu pelayanan di ruang rawat.

## **B. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan praktik profesi manajemen keperawatan, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mampu melakukan komunikasi secara efektif
2. Mampu melaksanakan pendidikan kesehatan
3. Mampu menerapkan aspek etik dan legal dalam praktik keperawatan professional
4. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan professional di klinik dan komunitas
5. Mampu mengaplikasi kepemimpinan dan manajemen keperawatan,
6. Mampu menjalin hubungan interpersonal

## **C. Ruang Lingkup**

1. Pelaksanaan kegiatan praktik manajemen keperawatan.
2. Pengelolaan dan evaluasi fungsi manajemen dalam pelayanan keperawatan: perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan/pengontrolan.
3. Pengelolaan dan evaluasi manajemen asuhan keperawatan.

**BAB III**  
**PROSES PEMBELAJARAN**

**A. Metode Pembelajaran Praktek Klinik**

Metode pembelajaran praktek klinik di rumah sakit antara lain: orientasi, pengumpulan data, analisis SWOT, identifikasi masalah, perencanaan (POA), penerapan fungsi manajemen dalam pelayanan keperawatan dan manajemen asuhan keperawatan melalui penerapan MPKP, dan evaluasi.

Tabel 1.

**KEGIATAN PEMBELAJARAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN**

Kegiatan	Minggu I					Minggu II					Minggu III				
<i><b>Orientasi</b></i>															
• Penjelasan profesi.															
• Perkenalan dengan kepala ruangan.															
• Orientasi rumah sakit/ruang rawat.															
<i><b>Pengumpulan data</b></i>															
Menyiapkan dan mengedarkan kuesioner yang berfokus pada manajemen pelayanan dan asuhan keperawatan, khususnya:															
• Penerapan fungsi manajemen dalam pelayanan keperawatan															
• Struktur manajemen pelayanan keperawatan ( <i>man, material, method</i> )															
• Mutu pelayanan/asuhan keperawatan, yang terdiri dari:															
1. Patient safety (dekubitus, flebitis, pasien jatuh, medication error).															
2. Kepuasan pasien ( <b>1x minimal 3 hari lama rawat</b> )															
3. Kenyamanan.															
4. Kecemasan.															
5. Perawatan diri.															
6. Pengetahuan/perilaku pasien.															

Kegiatan	Minggu I					Minggu II					Minggu III						
<i>Analisis SWOT hasil survey penerapan fungsi manajemen dalam pelayanan keperawatan dan struktur manajemen pelayanan keperawatan.</i>																	
<i>Identifikasi masalah dalam penerapan fungsi manajemen di pelayanan keperawatan dan masalah dalam struktur manajemen pelayanan keperawatan berdasarkan hasil survey.</i>																	
<i>Presentasi hasil analisa data dan pembuatan POA bersama-sama dengan penanggung jawab ruangan.</i>																	
<b>Pelaksanaan</b>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Penerapan MPKP (roleplay proses) dan bermain peran sebagai: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala ruangan (1)</li> <li>2. Perawat primer (1)</li> <li>3. Perawat pelaksana (11)</li> </ul> </li> </ul>																	
						<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
						<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>	<b>M</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelatihan/workshop manajemen keperawatan berdasarkan POA</li> </ul>																	
<b>Evaluasi</b>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisa data dan penyajian data mutu pelayanan/asuhan keperawatan yang telah dikaji sejak hari ke-2 s.d. 20 praktik profesi manajemen keperawatan.</li> </ul>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seminar akhir/presentasi akhir (kelompok)</li> </ul>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengisi survey evaluasi pelaksanaan praktik profesi manajemen keperawatan secara online (bawa laptop).</li> </ul>																	

**B. Tata Tertib**

1. Kehadiran praktek sebanyak 100% dengan waktu praktek 6 hari kerja selama 3 minggu.
2. Lama praktek mulai dari pukul 07.00-14.00 WITA.
3. Toleransi keterlambatan ke tempat praktek adalah 15 menit, jika tidak, akan dianggap tidak hadir atau harus dengan persetujuan koordinator mata ajar.
4. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan praktek dari awal sampai dengan akhir mata ajar.
5. Pakaian menggunakan atasan putih, bawahan hitam dan jilbab putih, serta menggunakan *ID badge* dari RS yang menjadi tempat praktik.
6. Laporan akhir **wajib** dikumpulkan paling lambat seminggu setelah praktik profesi selesai kepada pembimbing institusi guna pemberian nilai akhir. Batas waktu pengumpulan nilai akhir dari pembimbing institusi kepada koordinator profesi manajemen keperawatan adalah dua minggu setelah praktek profesi. Selanjutnya, koordinator profesi akan menyerahkan nilai akhir mahasiswa kepada Bagian Akademik secara kolektif.
7. Apabila mahasiswa sakit, harus mengganti praktek pada masa *break* dan harus menunjukkan Surat Keterangan Sakit dari dokter.
8. Apabila tidak lulus di program profesi manajemen keperawatan, maka mahasiswa harus mengulang setelah menyelesaikan semua periode program profesi.
9. Setiap mahasiswa wajib untuk mengisi survey evaluasi pelaksanaan praktik profesi manajemen keperawatan secara online pada hari terakhir praktik profesi manajemen keperawatan (harap membawa laptop).

**C. Metode Bimbingan**

1. Observasi
2. Pre/Post Conference
3. Diskusi
4. Responsi
5. Supervisi
6. Evaluasi pelaksanaan praktik profesi manajemen keperawatan melalui survey.

## **BAB IV**

### **PROSES PELAKSANAAN PRAKTIK KLINIK**

#### **Tahapan Pelaksanaan Praktik Klinik**

##### **A. Tahap Orientasi**

1. Perkenalan dan diskusi dengan kepala bidang keperawatan, kepala ruangan (karu), dan staf/perawat lainnya di dampingi oleh pembimbing dari PSIK FK-UNHAS dan dari lahan praktik.
2. Orientasi RS/ruang rawat.

##### **B. Tahap Pengumpulan Data**

Mahasiswa menyiapkan dan mengedarkan kuesioner yang berfokus pada pelayanan dan asuhan keperawatan, khususnya:

1. Penerapan fungsi manajemen dalam pelayanan keperawatan yang mencakup:
  - 1) Perencanaan: Penyusunan rencana jangka pendek (harian, bulanan, tahunan) oleh Karu, PP/Katim, dan PA.
  - 2) Pengorganisasian: Struktur organisasi, daftar dinas ruangan, daftar pasien
  - 3) Pengarahan: menciptakan budaya motivasi, manajemen waktu, komunikasi efektif, manajemen konflik, pendelegasian dan supervisi
  - 4) Pengendalian yang mencakup:
    - a) Indikator Mutu Umum: BOR, ALOS, TOI.
    - b) Kondisi pasien: audit dokumentasi, survey masalah, kepuasan, kemampuan pasien dan keluarga
    - c) Kondisi SDM: kepuasan tenaga kesehatan, penilaian kinerja
2. Struktur manajemen pelayanan keperawatan:
  - 1) Sumber daya manusia (*man*) yang mencakup pengkajian mengenai ketenagaan, jumlah dan kebutuhan tenaga, *bed occupancy rate (BOR)*, *bed turnover interval (BTOI)*, diagnosis penyakit terbanyak, penghitungan beban kerja perawat.
  - 2) Sarana prasarana (*material*) yang mencakup penataan gedung/lokasi dan denah ruangan, fasilitas, alat kesehatan yang ada di ruangan, obat-obatan dan bahan habis pakai, dan administrasi penunjang (mis: buku injeksi, SOP, dll).
  - 3) Metode asuhan keperawatan (*method*) yang mencakup penerapan MPKP, timbang terima, ronde keperawatan, pengelolaan logistik dan obat, penerimaan pasien baru, perencanaan pulang, supervisi, dan dokumentasi.
3. Mahasiswa mengkaji mutu pelayanan/asuhan keperawatan, yang terdiri dari:
  - a. Patient safety (dekubitus, flebitis, pasien jatuh, *medication error*).
  - b. Kepuasan pasien.
  - c. Kenyamanan.
  - d. Kecemasan.
  - e. Perawatan diri.
  - f. Pengetahuan/perilaku pasien.

### C. Tahap Analisis SWOT

Mahasiswa melakukan analisis SWOT berdasarkan hasil survey struktur manajemen pelayanan keperawatan (*man, method, material*).

- a. *Internal factors: Strengths dan Weaknesses*
- b. *External factors: Opportunities dan Threats*

### D. Tahap Identifikasi Masalah

Mahasiswa mengidentifikasi masalah struktur manajemen pelayanan keperawatan berdasarkan hasil survey.

### E. Tahap Perencanaan

Mahasiswa menyajikan hasil analisa data, memprioritaskannya, dan membuat POA bersama-sama dengan penanggung jawab ruangan berdasarkan masalah yang ditemukan pada struktur manajemen pelayanan keperawatan.

#### Perencanaan (*Plan Of Action*)

No.	Masalah	Tujuan Program/Kegiatan	Indikator/Target Keberhasilan	Penanggung Jawab	Waktu Pelaksanaan

### F. Tahap Pelaksanaan

1. Mahasiswa menerapkan MPKP dan bermain peran sebagai:
  - a. Kepala ruangan (1 orang)
  - b. Perawat primer/ketua tim (1 orang)
  - c. Perawat pelaksana (11 orang)

**Untuk kegiatan ini, mahasiswa akan mengikuti jadwal shift pada minggu ke II & III.** Mahasiswa akan diberikan beberapa kasus kelolaan untuk dikelola secara tim. Bermain supervisi dilakukan secara bergantian dan disepakati oleh semua anggota kelompok. Mahasiswa juga melakukan roleplay dalam proses MPKP.

2. Mengadakan pelatihan/workshop manajemen keperawatan berdasarkan POA.

### G. Tahap Evaluasi

1. Mahasiswa mengadakan seminar akhir/penyajian data mutu pelayanan/asuhan keperawatan yang telah dikaji sejak hari ke-2 s.d. 20 praktik profesi manajemen keperawatan.
2. Mahasiswa mengisi survey evaluasi pelaksanaan praktik profesi manajemen keperawatan secara online (tautan akan dikirim di akhir praktik).

## H. Tahap Pembuatan Laporan

Penyerahan laporan pelaksanaan praktik pada RS dan pembimbing satu minggu setelah praktek profesi manajemen keperawatan.

### Tempat Praktik

Praktek profesi manajemen akan dilaksanakan di beberapa rumah sakit di kota Makassar yang memiliki kerjasama dengan Unhas

### Mahasiswa

Mahasiswa Ners Program Regular dan Kerjasama.

### Tugas

#### Individu

1. Membuat laporan hasil observasi mutu pelayanan/asuhan keperawatan.
2. Membuat laporan sesuai dengan peran masing-masing (rencana harian dan laporan peran)
3. Refleksi Individu – Manfaat, Tantangan, dan Rekomendasi.

#### Kelompok

1. Laporan pengelolaan kasus (9-10 pasien) untuk setiap tim primer.
2. Presentasi hasil pengkajian dan evaluasi kegiatan
3. Seminar ilmiah/pelatihan (sesuaikan dengan rencana kegiatan)
4. Laporan akhir program.

### Target Pencapaian untuk Setiap Mahasiswa

No.	Peran/Kegiatan	Target Pencapaian	
		Uraian	Jumlah
	<b>Peran sebagai kepala ruangan :</b>		
2.	Menyusun rencana mingguan	Laporan	1
3.	Menyusun rencana bulanan	Laporan	1
4.	Menyusun jadwal dinas	Setiap bermain peran	1
5.	Membuat/melengkapi daftar pasien di ruangan	Setiap bermain peran	2
6.	Memimpin operan	Setiap bermain peran	2
7.	Melaksanakan supervisi perawat primer/katim dan perawat pelaksana sekaligus penilaian kinerja.	Setiap bermain peran	1
8.	Menghitung dan mendokumentasikan indikator mutu pelayanan dan asuhan keperawatan (BOR pasien di ruangan, BOR pasien kelolaan, BToI, dan <i>Average Length of Stay</i> [AvLOS])	Setiap bermain peran	2
9.	Melaksanakan audit dokumentasi asuhan keperawatan (setelah survey struktur manajemen pelayanan keperawatan dilakukan)	Setiap bermain peran	2
10.	Mengadakan survey kepuasan pasien, keluarga, perawat dan petugas kesehatan lain.	Setiap hari	4
11.	Mengadakan survey masalah kesehatan berdasarkan diagnose	Setiap hari	4

No.	Peran/Kegiatan	Target Pencapaian	
		Uraian	Jumlah
	medis di ruangan		
12.	Mengadakan survey mutu pelayanan/asuhan keperawatan di ruangan	Setiap hari	4
13.	Mengadakan rapat tim keperawatan di ruangan	1 kali	1
14.	Mendampingi visit dokter	Setiap bermain peran	2
	<b>Peran sebagai ketua tim/perawat primer :</b>		
1.	Membuat rencana harian	Setiap hari	2
2.	Membuat rencana bulanan	Laporan	1
2.	Bekerja sama dengan kepala ruangan menyusun jadwal dinas	Setiap bermain peran	1
3.	Bersama karu membuat/mengisi daftar pasien	Setiap bermain peran	2
4.	Memimpin <i>pre</i> dan <i>post conference</i>	Setiap bermain peran	2
5.	Melaksanakan supervisi perawat pelaksana sekaligus penilaian kinerja	Setiap bermain peran	1
6.	Mengadakan dan memimpin ronde keperawatan	Setiap bermain peran	1
7.	Mendampingi visit dokter	Setiap bermain peran	2
8.	Melaksanakan asuhan keperawatan (pengkajian-evaluasi)	Setiap bermain peran	2
9	Melakukan orientasi pada pasien baru	Setiap bermain peran	1
10	Melakukan pendidikan kesehatan	Setiap bermain peran	1
11	Membantu kepala ruangan mengadakan survey kepuasan pasien, masalah kesehatan, dan mutu pelayanan/asuhan keperawatan.	Setiap hari	4
	<b>Peran sebagai perawat pelaksana :</b>		
1.	Mengikuti <i>pre</i> dan <i>post conference</i>	Setiap bermain peran	2
2	Membaca renpra	Setiap bermain peran	2
3.	Mengikuti ronde keperawatan	Setiap bermain peran	1
4.	Melaksanakan asuhan keperawatan	Setiap bermain peran	2
5.	Membantu kepala ruangan mengadakan survey kepuasan pasien, masalah kesehatan, dan mutu pelayanan/asuhan keperawatan.	Setiap hari	4

**BAB V  
EVALUASI**

Evaluasi yang digunakan dalam proses pembelajaran profesi manajemen keperawatan dilakukan pada komponen: responsi, target pencapaian dan pengelolaan kasus, supervisi kinerja profesional individu dalam pengelolaan manajemen pelayanan/asuhan keperawatan di ruangan, pembuatan laporan hasil observasi mutu pelayanan/asuhan keperawatan dan laporan sesuai dengan peran masing-masing (rencana harian dan laporan peran), pelaksanaan pelatihan/workshop manajemen keperawatan berdasarkan POA, presentasi kelompok pada minggu ke-1 (seminar awal) dan ke-3 (seminar akhir), penilaian terhadap laporan akhir kelompok, dan kehadiran.

**Tabel 2  
Komponen Evaluasi Praktik Profesi Manajemen Keperawatan**

<b>No</b>	<b>Komponen Penilaian</b>	<b>Presentasi</b>
1	Responsi	10 %
2	Target pencapaian dan pengelolaan kasus (8-9 kasus)	10 %
3	Supervisi kinerja profesional individu dalam pengelolaan manajemen ruang perawatan	20 %
4	Pembuatan laporan hasil observasi mutu pelayanan/asuhan keperawatan dan laporan sesuai dengan peran masing-masing (rencana harian dan laporan peran)	10 %
5	Presentasi kelompok pada awal praktik profesi (hasil pengkajian dan pembuatan POA)	10 %
6	Pelatihan/workshop manajemen keperawatan berdasarkan POA	10 %
7	Seminar akhir/presentasi kelompok pada akhir profesi (evaluasi kegiatan)	10 %
8	Laporan akhir kelompok	20 %
<b>TOTAL</b>		<b>100 %</b>

## SUMBER BACAAN

### BACAAN WAJIB

Huber, D. (2010). *Leadership and nursing care management* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.

Nursalam. (2014). *Manajemen keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan professional* (edisi 4). Jakarta: Salemba Medika.

### BACAAN PENUNJANG LAINNYA

American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: The American Psychological Association.

Chassin, M. R. & Becher, E. C. (2002). The Wrong Patient. *Ann Intern Med*, 136(11), 826-833.

Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 78(2), 78-90.

Marquis, B.L., Huston, C.J., (2003), *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application, 4<sup>th</sup> Edition*, Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Shaffer, F. A. (2009). Nursing leadership's responsibility for patient quality, safety, and satisfaction. *Nurse Leader*, 7(3), 34-43.

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI MINGGU I**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
			CI PSIK	CI RS
1.	Mengaitkan teori & konsep dalam pelaksanaan asuhan/pelayanan keperawatan	10%		
2.	Menunjukkan sikap profesional	15%		
3.	Kemampuan komunikasi dengan kolega lain baik	5%		
4.	Mampu menjawab pertanyaan dengan baik berdasarkan teori yang ada	40%		
	<b>Total</b>	<b>100%</b>		

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,**  
**CI PSIK FK-UNHAS**

**CI RS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI MINGGU II**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
			CI PSIK	CI RS
1.	Mengaitkan teori & konsep dalam pelaksanaan asuhan/pelayanan keperawatan	10%		
2.	Menunjukkan sikap professional	15%		
3.	Laporan asuhan keperawatan pasien kelolaan lengkap	20%		
4.	Kemampuan komunikasi dengan kolega lain baik	5%		
5.	Mampu menjawab pertanyaan dengan baik berdasarkan teori yang ada	40%		
	<b>Total</b>	<b>100%</b>		

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,**  
**CI PSIK FK-UNHAS**

**CI RS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI MINGGU III**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
			CI PSIK	CI RS
1.	Mengaitkan teori & konsep dalam pelaksanaan asuhan/pelayanan keperawatan	10%		
2.	Menunjukkan sikap professional	15%		
3.	Laporan asuhan keperawatan pasien kelolaan lengkap	20%		
4.	Kemampuan komunikasi dengan kolega lain baik	5%		
5.	Mampu menjawab pertanyaan dengan baik berdasarkan teori yang ada	40%		
	<b>Total</b>	<b>100%</b>		

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,**  
**CI PSIK FK-UNHAS**

**CI RS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMAT PENILAIAN SUPERVISI INDIVIDU  
(KEPALA RUANGAN)**

**Nama Mahasiswa :**  
**NIM :**  
**Unit/Ruangan :**

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai	
			CI PSIK	CI RS
	<b>Peran sebagai kepala ruangan :</b>			
1.	Menyusun rencana harian, menyusun jadwal dinas, membuat/melengkapi daftar pasien di ruangan	10%		
2.	Memimpin operan	10%		
3.	Melaksanakan supervisi perawat primer/katim dan perawat pelaksana sekaligus penilaian kinerja.	10%		
4.	Menghitung dan mendokumentasikan indikator mutu pelayanan dan asuhan keperawatan (BOR pasien di ruangan, BOR pasien kelolaan, BToI, dan <i>Average Length of Stay</i> [AvLOS])	10%		
5.	Melaksanakan audit dokumentasi asuhan keperawatan (setelah survey struktur manajemen pelayanan keperawatan dilakukan)	10%		
6.	Mengadakan survey kepuasan pasien, keluarga, perawat dan petugas kesehatan lain dan masalah kesehatan berdasarkan diagnosa medis di ruangan	20%		
7.	Mengadakan survey mutu pelayanan/asuhan keperawatan di ruangan	25%		
8.	Mengadakan rapat tim keperawatan di ruangan dan mendampingi visit dokter	5%		
	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>		

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,  
CI PSIK FK-UNHAS**

**CI RS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMAT PENILAIAN SUPERVISI INDIVIDU  
(PERAWAT PRIMER/KETUA TIM)**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai	
			CI PSIK	CI RS
<b>Peran sebagai perawat primer/ketua tim:</b>				
1.	Membuat rencana harian, bekerja sama dengan kepala ruangan menyusun jadwal dinas, dan bersama karu membuat/mengisi daftar pasien.	10%		
2.	Memimpin <i>pre</i> dan <i>post conference</i> .	15%		
3.	Melaksanakan supervisi perawat pelaksana sekaligus penilaian kinerja	10%		
4.	Mengadakan dan memimpin ronde keperawatan	15%		
5.	Mendampingi visit dokter	5%		
6.	Melaksanakan asuhan keperawatan (pengkajian-evaluasi)	15%		
7.	Melakukan orientasi pada pasien baru	5%		
8.	Melakukan pendidikan kesehatan	5%		
9.	Membantu kepala ruangan mengadakan survey kepuasan pasien, masalah kesehatan, dan mutu pelayanan/asuhan keperawatan.	20%		
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>		

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,  
CI PSIK FK-UNHAS**

**CI RS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMAT PENILAIAN SUPERVISI INDIVIDU  
(PERAWAT PELAKSANA)**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai	
			CI PSIK	CI RS
	<b>Peran sebagai perawat pelaksana :</b>			
1.	Mengikuti <i>pre</i> dan <i>post conference</i>	10%		
2.	Membaca renpra	10%		
3.	Mengikuti ronde keperawatan	20%		
4.	Melaksanakan asuhan keperawatan	30%		
5.	Membantu kepala ruangan mengadakan survey kepuasan pasien, masalah kesehatan, dan mutu pelayanan/asuhan keperawatan.	30%		
	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>		

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,  
CI PSIK FK-UNHAS**

**CI RS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMAT PENILAIAN SEMINAR AWAL (CI PSIK)**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai
			CI PSIK
1.	Mempersiapkan presentasi dengan baik	5	
2.	Menyampaikan tujuan presentasi	5	
3.	Menyampaikan teori & konsep dengan jelas	15	
4.	Mengaitkan teori & konsep dalam pelaksanaan asuhan/pelayanan keperawatan	20	
5.	Berkontribusi dalam melaksanakan tugas & peran kelompok	15	
6.	Sikap terhadap peserta presentasi baik	5	
7.	Kemampuan komunikasi dengan peserta baik (bahasa mudah, tidak terlalu cepat, jelas, memberi contoh)	10	
8.	Menggunakan media yang baik	10	
9.	Mampu menjawab dengan baik berdasarkan teori yang ada	15	
	<b>Total</b>	<b>100</b>	

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,**  
**CI PSIK FK-UNHAS**

---

**FORMAT PENILAIAN SEMINAR AWAL (CI RS)**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai
	Mempersiapkan presentasi dengan baik	5	
2.	Menyampaikan tujuan presentasi	5	
3.	Menyampaikan teori & konsep dengan jelas	15	
4.	Mengaitkan teori & konsep dalam pelaksanaan asuhan/pelayanan keperawatan	20	
5.	Berkontribusi dalam melaksanakan tugas & peran kelompok	15	
6.	Sikap terhadap peserta presentasi baik	5	
7.	Kemampuan komunikasi dengan peserta baik (bahasa mudah, tidak terlalu cepat, jelas, memberi contoh)	10	
8.	Menggunakan media yang baik	10	
9.	Mampu menjawab dengan baik berdasarkan teori yang ada	15	
	<b>Total</b>	<b>100</b>	

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,  
CI RS**

---

**FORMAT PENILAIAN SEMINAR AKHIR (CI PSIK)**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai
	Mempersiapkan presentasi dengan baik	5	
2.	Menyampaikan tujuan presentasi	5	
3.	Menyampaikan teori & konsep dengan jelas	15	
4.	Mengaitkan teori & konsep dalam pelaksanaan asuhan/pelayanan keperawatan	20	
5.	Berkontribusi dalam melaksanakan tugas & peran kelompok	15	
6.	Sikap terhadap peserta presentasi baik	5	
7.	Kemampuan komunikasi dengan peserta baik (bahasa mudah, tidak terlalu cepat, jelas, memberi contoh)	10	
8.	Menggunakan media yang baik	10	
9.	Mampu menjawab dengan baik berdasarkan teori yang ada	15	
	<b>Total</b>	<b>100</b>	

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,  
CI PSIK FK-UNHAS**

---

**FORMAT PENILAIAN SEMINAR AKHIR (CI RS)**

**Nama Mahasiswa** :  
**NIM** :  
**Unit/Ruangan** :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai
	Mempersiapkan presentasi dengan baik	5	
2.	Menyampaikan tujuan presentasi	5	
3.	Menyampaikan teori & konsep dengan jelas	15	
4.	Mengaitkan teori & konsep dalam pelaksanaan asuhan/pelayanan keperawatan	20	
5.	Berkontribusi dalam melaksanakan tugas & peran kelompok	15	
6.	Sikap terhadap peserta presentasi baik	5	
7.	Kemampuan komunikasi dengan peserta baik (bahasa mudah, tidak terlalu cepat, jelas, memberi contoh)	10	
8.	Menggunakan media yang baik	10	
9.	Mampu menjawab dengan baik berdasarkan teori yang ada	15	
	<b>Total</b>	<b>100</b>	

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,  
CI RS**

---

***FORMAT LAPORAN AKHIR***

Halaman Judul

Lembar persetujuan

Kata Pengantar

Daftar Isi

**Bab I Pendahuluan**

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Praktik
- C. Manfaat Praktik
- D. Ruang Lingkup Kegiatan
- E. Tempat dan Waktu
- F. Tahap Pelaksanaan

**Bab II Tinjauan Umum RS**

- A. Sejarah & Perkembangan RS
- B. Gambaran Umum RS
- C. Visi, Misi dan Motto RS
- D. Organisasi RS
- E. Sarana dan Prasarana RS
- F. Gambaran Umum Ruang Perawatan

**Bab III Pendekatan Pengkajian Terhadap Aspek Manajemen RS**

**(Pelayanan/Asuhan Keperawatan)**

- A. Pengumpulan Data
- B. Analisis SWOT
- C. Identifikasi Masalah
- D. Perencanaan (*Plan of Action*)

**Bab IV Pelaksanaan Kegiatan dan Evaluasi**

- A. Tahap Implementasi
  - a. Survey Penerapan Fungsi, Struktur, dan Mutu
  - b. Bermain Peran – Karu, PP/Katim, dan PA
  - c. Kasus Kelolaan
- B. Tahap Evaluasi
  - a. Survey Struktur dan Mutu
  - b. Bermain Peran – Karu, PP/Katim, dan PA
  - c. Kasus Kelolaan

## **Bab V Kesimpulan dan Saran**

A. Kesimpulan

B. Saran

C. Refleksi Individu – Manfaat, Tantangan, dan Rekomendasi

Daftar Pustaka

Lampiran

**ABSENSI MAHASISWA PROGRAM PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**Nama Mahasiswa** : .....

**NIM** : .....

No.	Hari/Tgl	Jam Datang	Jam Pulang	Paraf Pembimbing	Paraf Petugas



No.	Hari/Tgl	Jam Datang	Jam Pulang	Paraf Pembimbing	Paraf Petugas

**Makassar, .....2015**  
**Mengetahui,**  
**CI PSIK FK-UNHAS**

**CI RS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ABSENSI PEMBIMBING PROGRAM PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**Kelompok :**

**Ruang/RS :**

<b>No.</b>	<b>Hari/Tgl Pembimbingan</b>	<b>Materi Pembimbingan</b>	<b>Nama Pembimbing</b>	<b>Tanda Tangan</b>

<b>No.</b>	<b>Hari/Tgl Pembimbingan</b>	<b>Materi Pembimbingan</b>	<b>Nama Pembimbing</b>	<b>Tanda Tangan</b>

<b>No.</b>	<b>Hari/Tgl Pembimbingan</b>	<b>Materi Pembimbingan</b>	<b>Nama Pembimbing</b>	<b>Tanda Tangan</b>

No.	Hari/Tgl Pembimbingan	Materi Pembimbingan	Nama Pembimbing	Tanda Tangan

**Makassar, .....2015**

**Mengetahui,  
CI PSIK FK-UNHAS**

**CI RS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# LAMPPIRAN

**LAMPIRAN 1.**

**KUESIONER STRUKTUR MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN  
DI TINGKAT RUANG RAWAT\***

**Petunjuk Pengisian:**

Jawablah pertanyaan di bawah ini yang berkaitan dengan struktur pelayanan keperawatan, khususnya ketenagaan (*man*) dan sarana prasarana (*material*). Berilah tandai silang (X) pada kolom disamping pertanyaan di bawah ini.

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Sangat Kurang/ Tidak Pernah	Cukup / Kadang- Kadang	Baik/ Sering	Sangat Baik / Selalu	Penjelasan
<b>Ketenagaan (M1)</b>	1. Bagaimana struktur organisasi yang telah berjalan di ruangan? Apakah Anda merasa puas dan sesuai dengan kemampuan perawat di bidangnya?					
	2. Bagaimana pembagian tugas yang dilakukan di ruangan? Apakah sudah sesuai dengan struktur organisasi yang telah ada?					
	3. Bagaimanakah kinerja perawat primer/ketua tim menurut Anda? Apakah kompeten dengan tugas-tugasnya?					
	4. Apakah Anda merasa membutuhkan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan / pendidikan tambahan? Berikan alasannya.					
	5. Bagaimanakah kebijaksanaan rumah sakit mengenai pemberian beasiswa atau pelatihan pendidikan keperawatan? Apakah Anda merasa puas?					
	6. Bagaimana jumlah pendapatan yang diterima plus insentif yang diterima saudara sudah sesuai dengan latar pendidikan Anda? Apakah Anda merasa puas?					
	7. Dengan tingkat ketergantungan pasien yang ada di ruangan,					

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Sangat Kurang/ Tidak Pernah	Cukup / Kadang- Kadang	Baik/ Sering	Sangat Baik / Selalu	Penjelasan
	bagaimana tingkat beban kerja di ruangan menurut Anda?					
	8. Apakah jumlah perawat dan pasien di ruangan sudah sesuai menurut Anda?					
<b>Sarana dan Prasarana (M2)</b>	1. Apakah tata letak gedung ruangan sudah sesuai dengan standar pelayanan?					
	2. Apakah fasilitas di ruangan Anda sudah lengkap untuk perawatan pasien sesuai dengan standar yang berlaku?					
	3. Apakah peralatan kesehatan di ruangan Anda sudah lengkap untuk perawatan pasien?					
	4. Apakah jumlah alat yang tersedia sesuai dengan rasio pasien? Apakah Anda berencana untuk menambah peralatan perawatan?					
	5. Apakah semua perawat mengerti cara menggunakan semua alat-alat perawatan?					
	6. Apakah persediaan <i>consumable</i> (alat habis pakai) selalu tersedia sesuai yang dibutuhkan pasien?					
	7. Apakah administrasi penunjang yang dimiliki sudah memadai?					

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

**Petunjuk Pengisian:**

Jawablah pertanyaan di bawah ini yang berkaitan dengan struktur pelayanan keperawatan, khususnya metode (*method*) dengan mengisi kolom jawaban yang tersedia di samping kanan pertanyaan.

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
<b>Model Praktek Pelayanan Profesional (MPKP) (M3-1)</b>	<b>Model asuhan keperawatan yang digunakan</b>			
	1. Apakah model asuhan keperawatan yang digunakan perawat saat ini?			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	2. Apakah Anda mengerti/memahami dengan model asuhan keperawatan yang digunakan saat ini?			
	3. Menurut Anda apakah model keperawatan tersebut cocok digunakan di ruangan Anda?			
4. Apakah model yang digunakan sesuai dengan visi dan misi ruangan?				

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
<b>Efektifitas dan efisiensi model keperawatan</b>				
	1. Apakah dengan menggunakan model keperawatan saat ini dapat mengurangi lama hari rawat inap? Berapakah rerata hari rawat inap			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	2. Apakah terjadi peningkatan kepercayaan pasien terhadap ruangan?			
	3. Apakah model yang digunakan saat ini tidak meyulitkan dan memberikan beban berat kerja bagi Anda?			
	4. Apakah model saat ini memberatkan pembiayaan saat ini?			
	5. Apakah model yang digunakan mendapat banyak kritikan dari pasien pada ruangan?			

PSIK FK-UNHAS

\*Kuesioner ini diadaptasi dari kuesioner yang dibuat oleh Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) dan telah dimodifikasi pada beberapa bagian oleh Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN, Ph.D berdasarkan kondisi ruang rawat dan budaya yang terdapat di Sulawesi Selatan, diuji validitas oleh mahasiswa Profesi Manajemen Keperawatan, 2015

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
	<b>Pelaksanaan model asuhan keperawatan</b>			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	1. Apakah telah terlaksana komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lain?			
	2. Apakah kontinuitas rencana keperawatan terlaksana?			
	3. Apakah Anda menjalankan kegiatan sesuai tupoksi?			
	<b>Tanggung jawab dan pembagian tugas</b>			
	1. Jelaskan peran Anda sesuai dengan model keperawatan yang saat ini digunakan di ruangan!			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	2. Apakah <i>job description</i> untuk Anda selama ini sudah jelas?			
	3. Apakah Anda mengenal atau mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai derajat ketergantungan pasien?			

PSIK FK-UNHAS

\*Kuesioner ini diadaptasi dari kuesioner yang dibuat oleh Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) dan telah dimodifikasi pada beberapa bagian oleh Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN, Ph.D berdasarkan kondisi ruang rawat dan budaya yang terdapat di Sulawesi Selatan, diuji validitas oleh mahasiswa Profesi Manajemen Keperawatan, 2015

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
<b>Timbang Terima (M3-2)</b>	1. Berapa kali timbang terima dilakukan diruangan Anda?			
	2. Siapa yang memimpin kegiatan timbang terima?			
	3. Adakah yang harus dipersiapkan dalam pelaksanaan timbang terima?Jelaskan			
	4. Menurut pengalaman anda, apa saja yang harus disampaikan dalam pelaporan timbang terima?			
	5. Tahukan Anda, bagaimana teknik pelaporan timbang terima ketika berada di depan pasien?			
	6. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengunjungi masing-masing pasien?			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	7. Apakah timbang terima telah dilaksanakan tepat waktu?			
	8. Apakah timbang terima dihadiri oleh semua perawat yang berkepentingan?			
	9. Apakah ada buku khusus untuk mencatat hasil laporan timbang terima?			

PSIK FK-UNHAS

\*Kuesioner ini diadaptasi dari kuesioner yang dibuat oleh Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) dan telah dimodifikasi pada beberapa bagian oleh Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN, Ph.D berdasarkan kondisi ruang rawat dan budaya yang terdapat di Sulawesi Selatan, diuji validitas oleh mahasiswa Profesi Manajemen Keperawatan, 2015

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
	10. Apakah ada kesulitan dalam mendokumentasikan laporan timbang terima?			
	11. Apakah ada interaksi dengan pasien saat timbang terima sedang berlangsung?			
	12. Apakah kedua PP menandatangani laporan timbang terima segera setelah timbang terima dilakukan?			
	13. Apakah Anda (tim shift pengganti) dievaluasi kesiapannya oleh kepala ruangan ?			
<b>Ronde Keperawatan (M3-3)</b>	1. Berapa kali ronde keperawatan dilaksanakan dalam 1 bulan?			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	2. Apakah ronde keperawatan dilaksanakan di ruangan ini?			
	3. Apakah sebagian besar perawat di ruangan saudara mengerti tentang <u>    </u> ronde keperawatan?			
	4. Apakah pelaksanaan ronde keperawatan di ruangan ini telah optimal?			
	5. Apakah keluarga pasien menngerti tentang ronde			

PSIK FK-UNHAS

\*Kuesioner ini diadaptasi dari kuesioner yang dibuat oleh Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) dan telah dimodifikasi pada beberapa bagian oleh Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN, Ph.D berdasarkan kondisi ruang rawat dan budaya yang terdapat di Sulawesi Selatan, diuji validitas oleh mahasiswa Profesi Manajemen Keperawatan, 2015

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
	keperawatan?			
	6. Apakah tim dalam pelaksanaan kegiatan ronde keperawatan telah dibentuk?			
	7. Apakah tim yang telah dibentuk telah mampu melaksanakan kegiatan ronde dengan optimal?			
<b>Sentralisasi Obat (M3-4)</b>	<b>Pengadaan sentralisasi obat</b>			
	1. Apakah yang Anda ketahui tentang sentralisasi obat?			
	2. Siapakah yang melakukan pengadaan (pengamprahan) obat diruangan anda?			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	3. Apakah di ruangan Anda ini terdapat senralisasi obat?			
	2.a.Jika Ya, apakah sentralisasi obat yang ada sudah dilaksanakan secara optimal?			
	2.b Jika tidak, menurut Anda apakah di ruangan ini perlu diadakan sentralisasi obat (untuk pertanyaan no. 2)			

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
	4. Apakah selama ini Anda diberi wewenang dalam urusan sentralisasi obat?			
	5. Apakah ada format daftar pengadaan tiap-tiap macam obat (oral, injeksi, supositoria, infuse, insulin, obat gawat darurat)?			
<b>Alur penerimaan obat</b>				
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	1. Apakah ada format persetujuan sentralisasi obat dari pasien/keluarga pasien kepada perawat?			
	2. Bagaimana proses penerimaan obat dari pasien/keluarga pasien kepada perawat?			
<b>Cara penyimpanan obat</b>				
	1. Bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana pendukung sentralisasi obat?			

PSIK FK-UNHAS

\*Kuesioner ini diadaptasi dari kuesioner yang dibuat oleh Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) dan telah dimodifikasi pada beberapa bagian oleh Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN, Ph.D berdasarkan kondisi ruang rawat dan budaya yang terdapat di Sulawesi Selatan, diuji validitas oleh mahasiswa Profesi Manajemen Keperawatan, 2015

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tidak	Jika Tidak, Mengapa?
	2. Apakah diruangan ini terdapat ruangan khusus untuk sentralisasi obat?			
	3. Apakah selama ini Anda memisahkan kepemilikan obat pasien?			
	4. Apakah selama ini Anda memberikan label identitas pada setiap _obat- pasien?			
<b>Cara penyiapan obat</b>				
		Ya	Tidak	Jika Tidak, Mengapa?
	1. Apakah selama ini sebelum memberikan obat pada pasien Anda selalu menginformasikan jumlah kepemilikan obat yang telah digunakan?			
	2. Apakah ada format tiap jenis obat sebelum Anda memberikan obat ke pasien?			

PSIK FK-UNHAS

\*Kuesioner ini diadaptasi dari kuesioner yang dibuat oleh Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) dan telah dimodifikasi pada beberapa bagian oleh Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN, Ph.D berdasarkan kondisi ruang rawat dan budaya yang terdapat di Sulawesi Selatan, diuji validitas oleh mahasiswa Profesi Manajemen Keperawatan, 2015

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
<b>Penerimaan Pasien Baru (PPB) (M3-5)</b>	1. Apakah yang Anda lakukan saat penerimaan pasien baru? Jelaskan!			
	2. Bagaimana teknik yang digunakan saat pelaksanaan PPB pada pasien?(lisan, tertulis, atau keduanya)			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	3. Apakah Anda bersedia melakukan PPB?			
	4. Apakah sudah ada pembagian tugas tentang PPB?			
	5. Apakah sudah ada pemberian brosur/leaflet saat melakukan PPB?			
	6. Apakah setiap melakukan PPB, Anda melakukan pendokumentasian?			

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tidak	Jika Tidak, Mengapa?
<b>Discharge Planning (M3-6)</b>	1. Apakah Anda mengerti tentang <i>Discharge Planning</i> ?			
	2. Apakah Anda bersedia melakukan <i>Discharge Planning</i> ?			
	3. Apakah sudah ada pembagian tugas <i>Discharge Planning</i> ?			
	4. Apakah sudah ada pemberian <i>brosur/leaflet</i> saat melakukan <i>Discharge Planning</i> ?			
	5. Apakah bahasa yang Anda gunakan dalam melakukan <i>Discharge Planning</i> sulit dipahami oleh pasien?			
	6. Apakah setiap selesai melakukan <i>Discharge Planning</i> , Anda melakukan pendokumentasian dari <i>Discharge Planning</i> yang telah Anda lakukan?			

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
	7. Kapan Anda melakukan <i>Discharge Planning</i> ? pilih salah satu jawaban disamping!	Mulai pasien masuk RS sampai pasien akan keluar RS	Saat pasien masuk RS	Saat pasien akan keluar RS
	8. Apakah yang Anda berikan saat melakukan <i>Discharge Planning</i> ?Jelaskan!			
	9. Bagaimana operasional pemberian tugas <i>Discharge Planning</i> oleh kepala ruangan? Jelaskan!			
	10. Bagaimana teknik yang digunakan saat pemberian <i>Discharge Planning</i> pada pasien? (lisan, tertulis, atau keduanya?)			
	11. Bahasa apa yang digunakan saat melakukan <i>Discharge Planning</i> ?			

PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Jawaban		
<b>Dokumentasi Keperawatan (M3-7)</b>	1. Model dokumentasi keperawatan apa yang digunakan di ruang saudara saat ini? Jelaskan!			
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika Tidak, Mengapa?</b>
	2. Apakah sudah ada format pendokumentasian yang baku di ruang ini?			
	3. Apakah Anda sudah mengerti cara pengisian format dokumentasi keperawatan dengan benar dan tepat? Jelaskan!			
	4. Menurut Anda apakah format yang digunakan ini memudahkan perawat dalam melakukan pengkajian pada pasien?			
	5. Apakah Anda sudah melaksanakan pendokumentasian dengan tepat waktu (segera setelah melakukan tindakan)?			
	6. Apakah menurut Anda model dokumentasi yang digunakan ini menambah beban kerja perawat?			

## PANDUAN PROFESI MANAJEMEN KEPERAWATAN 2015

<b>Aspek Yang Dinilai</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Jawaban</b>		
	7. Apakah menurut Anda model dokumentasi yang digunakan ini menyita banyak waktu perawat?			

**Petunjuk Pengisian:**

Jawablah pertanyaan di bawah ini yang berkaitan dengan struktur pelayanan keperawatan, khususnya metode supervisi (lanjutan).  
Berilah tandasilang (X) pada kolom disamping pertanyaan di bawah ini.

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Ya	Tidak	Jika tidak, mengapa ?
Supervisi (M3-8)	1. Apakah Anda mengerti tentang supervisi?			
	2. Apakah supervisi telah dilakukan didalam ruangan?			
	3. Adakah format baku untuk supervisi setiap tindakan?			
	4. Apakah format pada supervisi sudah sesuai dengan standar keperawatan?			
	5. Apakah alat (instrumen) supervisi sudah tersedia secara lengkap?			
	6. Apakah hasil supervisi disampaikan kepada perawat?			
	7. Apakah selalu ada <i>feedback</i> dari supervisor untuk setiap tindakan?			
	8. Berapakah kali supervisi dilakukan?			
	9. Siapakah yang melakukan supervisi?			
	10. Bagaimana alur supervisi yang ada dalam ruangan?			

**Catatan:** M1= *Man*; M2= *Material*; M3= *Method*.

**LAMPIRAN 2.**  
**KUESIONER FUNGSI MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN**  
**DI RUANG RAWAT INAP KELAS 1 RS UNHAS**

**Petunjuk Pengisian:**

Jawablah pertanyaan di bawah ini yang berkaitan dengan fungsi manajemen pelayanan keperawatan. Berilah tanda silang (X) pada kolom yang berisi pilihan Ya/Tidak dan jawablah pertanyaan di kolom sampingnya sesuai pilihan jawaban yang di pilih!

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Ya	Tidak	Jika Ya, Dalam Bentuk Apa?	Jika Tidak, Mengapa?
<b>Perencanaan</b>	1. Apakah anda menyusun rencana harian?				
	2. Apakah anda menyusun rencana bulanan?				
	3. Apakah anda menyusun rencana tahunan?				
	4. Apakah anda mengerti tentang visi misi dan falsafah rumah sakit?				
	5. Apakah anda mengetahui kebijakan Rumah Sakit yang terupdate?				
<b>Pengorganisasian</b>	1. Apakah terdapat struktur organisasi di ruangan ini? Jika ya, apakah Anda paham tentang struktur organisasi tersebut?				
	2. Apakah daftar dinas dibuat secara bulanan?				
	3. Apakah daftar dinas dibuat secara tahunan?				
	4. Apakah tersedia daftar pasien di ruangan ini? Jika ya, dimana daftar tersebut diletakkan?				
<b>Pengarahan</b>	1. Apakah anda memberikan motivasi pada tim perawat di ruangan? Jika ya, dalam bentuk apa?				
	2. Apakah Anda memberikan reinforcement positif kepada perawat saat mereka menyelesaikan tugas dengan baik?				
	3. Apakah Anda melakukan doa bersama setiap hari ?				
	4. Apakah memanggil staf secara periodic untuk diberikan feedback?				
	5. Menurut anda, apakah komunikasi yang berjalan di ruangan ini sudah efektif? Jika ya, bagaimana cara Anda menilai bahwa komunikasi tersebut telah efektif?				
	6. Apakah operan rutin dilakukan di ruangan ini? Jika ya, apakah operan dilakukan per tim atau seluruh perawat? Siapa yang memimpin operan?				

Aspek Yang Dinilai	Pertanyaan	Ya	Tidak	Jika Ya, Dalam Bentuk Apa?	Jika Tidak, Mengapa?
	7. Apakah kepala ruangan mengecek kedisiplinan perawat secara rutin dan berkala?				
	8. Apakah ada punishment yang diberikan jika perawat tidak disiplin?				
	9. Apakah Anda melakukan pengawasan secara langsung kepada perawat dalam mengelola pasien?				
	10. Apakah di ruangan anda diterapkan manajemen konflik? Jika ya, bagaimana penerapannya?				
	11. Apakah pendelegasian dilakukan secara rutin dan berkala?				
	12. Apakah supervisi dilaksanakan secara rutin dan berkala?				
	13. Apakah kepala ruangan mendelegasikan tugas kepada perawat saat ia libur/cuti?				
	14. Apakah perawat melaksanakan pre dan post conference setiap hari?				
	15. Apakah Anda melakukan manajemen sumber daya? Bagaimana bentuk aktivitasnya?				
<b>Pengendalian</b>	1. Apakah setiap bulan di ruangan Anda dilakukan audit mutu dengan cara menghitung BOR?				
	2. Apakah setiap bulan di ruangan Anda dilakukan audit mutu dengan cara menghitung ALOS?				
	3. Apakah setiap bulan di ruangan Anda dilakukan audit mutu dengan cara menghitung TOI?				
	4. Apakah di ruangan Anda rutin dilakukan audit dokumentasi?				
	5. Apakah di ruangan Anda secara rutin dilakukan survey masalah keperawatan pasien?				
	6. Apakah setiap bulan di ruangan Anda dilakukan penilaian terhadap terjadinya cedera?				
	7. Apakah di ruangan Anda secara rutin dilakukan survey kepuasan pasien? Jika ya, pada hari rawat beberapa survey tersebut diberikan kepada pasien/keluarganya?				
	8. Apakah di ruangan Anda setiap bulan dilakukan penilaian kepuasan perawat?				
	9. Apakah di ruangan Anda setiap bulan dilakukan penilaian terhadap kinerja perawat?				

**LAMPIRAN 3.**  
**Instrument: Mutu Pelayanan/Asuhan Keperawatan Pasien (Individu)**

**Instrument Penilaian Kejadian Dekubitus Menggunakan *Norton Scale***

No	Parameter	Skor	Skor perawatan hari ke-																			Keterangan Tambahan (Jika Ada)		
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl		20 Tgl	21 Tgl
1	Kondisi fisik																							
	<input type="checkbox"/> Baik	4																						
	<input type="checkbox"/> Cukup baik	3																						
	<input type="checkbox"/> Buruk	2																						
	<input type="checkbox"/> Sangat buruk	1																						
2	Kondisi mental																							
	<input type="checkbox"/> Waspada	4																						
	<input type="checkbox"/> Apatis	3																						
	<input type="checkbox"/> Bingung	2																						
	<input type="checkbox"/> Pingsan/tidak sadar	1																						
3	Kegiatan																							
	<input type="checkbox"/> Dapat berpindah	4																						
	<input type="checkbox"/> Berjalan dengan bantuan	3																						
	<input type="checkbox"/> Terbatas kursi	2																						
	<input type="checkbox"/> Terbatas tempat tidur	1																						
4	Mobilitas																							
	<input type="checkbox"/> Penuh	4																						
	<input type="checkbox"/> Agak terbatas	3																						
	<input type="checkbox"/> Sangat terbatas	2																						
	<input type="checkbox"/> Sulit bergerak	1																						

No	Parameter	Skor	Skor perawatan hari ke-																			Keterangan Tambahan (Jika Ada)			
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl		20 Tgl	21 Tgl	
5	Inkontinensia <input type="checkbox"/> Tidak mengompol <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Biasanya yang keluar urin <input type="checkbox"/> Biasanya yang keluar urin dan kotoran	4 3 2 1																							
	Total skor	5																							
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian																								

Interpretasi :

- Nilai maksimum 20
- Nilai minimum 5
- Pasien berisiko dekubitus jika nilai < 14

## Instrument Penilaian Kejadian Flebitis Menggunakan Visual Infusion Phlebitis (VIP) Score

No	Parameter	Skor	Skor perawatan hari ke-																					Keterangan Tambahan (Jika Ada)	
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl	20 Tgl	21 Tgl		
1	Jalur IV tampak sehat	0																							
2	Salah satu tanda tanda berikut jelas <input type="checkbox"/> Sedikit nyeri dekat jalur IV atau <input type="checkbox"/> Sedikit kemerahan dekat jalur IV	1																							
3	Dua dari tanda berikut <input type="checkbox"/> Nyeri pada jalur IV <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembengkakan	2																							
4	Semua tanda tanda berikut jelas <input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang kanul <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembengkakan	3																							
5	Semua tanda tanda berikut jelas <input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang kanul <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembengkakan <input type="checkbox"/> Vena teraba keras	4																							
6	Semua tanda tanda berikut jelas <input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang	5																							

No	Parameter	Skor	Skor perawatan hari ke-																			Keterangan Tambahan (Jika Ada)			
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl		20 Tgl	21 Tgl	
	kanul <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembengkakan <input type="checkbox"/> Vena teraba keras <input type="checkbox"/> Pireksia																								
	Total skor	5																							
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian																								

<p>Keterangan :</p> <p>Skala nyeri</p> <p>1. 0 : Tidak ada tanda flebitis</p> <p>2. 1-2 : Tahap awal phlebitis</p> <p>3. 3-4 : Awal trombol flebitis</p> <p>4. 5 : Stadium lanjut trombolflebitis</p>	<p>Intervensi</p> <p>1. Obervasi kanul</p> <p>2. <i>Resite</i> kanul</p> <p>3. <i>Resite</i> kanul dan pertimbangan perawatan</p> <p>4. Memulai perawatan</p>
---	---

**Kejadian Pasien Jatuh**

Pasien dikategorikan berisiko jatuh apabila pasien mempunyai satu atau lebih factor berisiko jatuh pada saat pengkajian:

1. Factor risiko intrinsic, antara lain:
  - a. Karakteristik pasien dan fungsi fisik umu;
  - b. Diagnosis/perubahan fisik;
  - c. Medisasi dan interaksi obat
2. Factor ekstrinsik (lingkungan ), antara lain:
  - a. Tingkat pencahayaan;
  - b. Permukaan lantai;
  - c. Furniture;
  - d. Ketinggian tempat tidur, kunci tempat tidur;
  - e. *Call bell*;
  - f. Penggunaan alat bantu;
  - g. Lama dirawat.

Table 11.4 Skor Skala Mores Fall

Item	Scale	Scoring
1. History of falling; immediate or within 3 months	No 0 Yes 25	_____
2. Secondary diagnosis	No 0 Yes 15	_____
3. Ambulatory aid <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bed rest/ nurse assist</li> <li>• Crutches/cane/walker</li> <li>• Furniture</li> </ul>	0 15 30	_____
4. IV/Heparin Lock	No 0 Yes 20	_____
5. Gait/Transferring <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal/bedrest/immobile</li> <li>• Weak</li> <li>• Mpaired</li> </ul>	0 10 20	_____
6. Mental status <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oriented to own ability</li> <li>• Forgets limitations</li> </ul>	0 10	_____

Item	Scale	Scoring
Morse Fall Scale Score	Total	_____

*Morse Fall Scale* (MFS) adalah metode yang cepat dan sederhana untuk menilai kemungkinan pasien jatuh. Sebagian besar perawat (82,9%) meniali skala ini cepat dan mudah digunakan, dan 54% memperkirakan bahwa dibutuhkan kurang dari tiga menit untuk menilai seorang pasien. MFS terdiri atas enam variabel yang cepat dan mudah untuk penilaian, serta telah terbukti reliabel dan memiliki validitas prediktif. MFS digunakan secara luas pada pasien perawatan akut di rumah sakit dan rawat inap yang membutuhkan perawatan jangka panjang.

1. Riwayat jatuh (*history of falling*): dinilai 25 bila pasien pernah jatuh. Dinilai 0 bila pasien tidak pernah jatuh.
2. Diagnosis sekunder (*secondary diagnosis*): dinilai 15 bila masuk dalam kriteria diagnosis medis risiko jatuh, dan skor 0 bila tidak.
3. Diagnosis pada ambulatory (*ambulatory aids*): nilai 0 bila pasien berjalan tanpa bantuan (bahkan jika dibantu oleh seorang perawat), menggunakan kursi roda, atau istirahat di tempat tidur dan tidak bangun dari tempat tidur sama sekali. Pasien menggunakan kruk, tongkat, atau alat bantu jalan dinilai 15. Bila pasien mencengkeram ke furniture sebagai dukungan bernilai 30.
4. Terapi intravena (*intravenous therapy*): dinilai 20 bila mendapat terapi intravena, jika tidak skor 0.
5. Gaya berjalan (*gait*): skor 0 bila gaya berjalan normal ditandai oleh pasien berjalan dengan kepala tegak, lengan terayun bebas di sisi, dan berjalan tanpa ragu-ragu. Skor 10 bila gaya berjalan lemah, pasien membungkuk tetapi mampu mengakat kepala sambil berjalan tanpa kehilangan keseimbangan. Skor 20 bila pasien kesusulitan bangkit dari kursi, mencoba untuk bangkit dengan mendorong di lengan kursi atau dengan menggunakan beberapa upaya untuk bangkit. Kepala di lengan kursi atau dengan menggunakan beberapa upaya untuk bangkit. Kepala melihat ke bawah. Pasien memegang perabotan, mencari bantuan orang, atau berjalan dengan alat bantu dan tidak dapat berjalan tanpa bantuan ini.
6. Status mental (*mental status*): skor 0 bila pasien mampu menilai kemampuannya sendiri dalam berpindah. Skor 15 bila respons pasien tidak konsisten dengan perintah atau jika respons pasien tidak realistis.

Total nilai pada skala Morse ini kemudian dihitung dan dicatat pada grafik pasien. Tingkat risiko dan merekomendasikan tindakan (misalnya tidak diperlukan intervensi, atau intervensi standar pencegahan jatuh), seperti table di bawah ini.

**Table 11.5 Contoh Level Risiko Pasien Jatuh**

<i>Risk Level</i>	<i>MFS Score</i>	<i>Action</i>
No Risk	0-24	<i>Good Basic Nursing Care</i>
Low Risk	25-50	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Implement Standard Fall</i></li><li>• <i>Prevention Interventions</i></li></ul>
High Risk	$\geq 51$	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Implement High Risk Fall</i></li><li>• <i>Prevention Interventions</i></li></ul>

### Kesalahan Pemberian Obat Oleh Perawat

Angka kejadian kesalahan pemberian obat oleh perawat dapat diketahui dari formula sebagai berikut:

1. Angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dalam pemberian obat:  
$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena KTD dalam pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}} \times 100\%$$
2. Angka Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dalam pemberian obat:  
$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena KNC dalam pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}} \times 100\%$$

Indicator kesalahan pemberian obat:

- a. Salah pasien
- b. Salah nama, tidak sesuai dengan *medical record*
- c. Salah waktu:
  - Terlambat pemberian obat (30 menit setelah jadwal);
  - Terlalu cepat (30 menit sebelum jadwal)
  - Obat stop tetap dilanjutkan;
- d. Salah cara (rute): oral, iv, im, sc, sup, drip;
- e. Salah dosis: dosis yang diberikan menjadi berlebih atau kurang dari yang diresepkan dokter;
- f. Salah obat: obat yang diberikan tidak sesuai dengan resep dokter;
- g. Salah dokumentasi:
- h. Dokumentasi tidak sesuai dengan yang dilaksanakan

**Kepuasan Pasien (*Patient satisfaction*) :**

Tingkat kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan

- 1) Rasional : Kepuasan merupakan tujuan utama dalam pemberi pelayanan keperawatan yang berkualitas yang merupakan bagian dari pemberi jasa pelayanan kesehatan. Kepuasan merupakan bagian penting dalam management keperawatan dan hal ini bisa terwujud bila ada komitmen, persistensi dan determinasi dari top manager keperawatan dan staf.
- 2) Cara Perhitungan / formula :

$$\text{Angka Kepuasan} = \frac{\text{Jumlah Pasien yang menyatakan puas thd pelayanan keperawatan}}{\text{Total Pasien yg dilakukan survey}} \times 100 \%$$

- 3) Definisi Operasional

- ✓ Kepuasan pasien adalah
  - Terpenuhinya kebutuhan pasien dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diharapkan.
  - Persentasi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan
- ✓ Indikator kepuasan pada pasien yang dilakukan survey adalah :
  - Kenyataan (Tangible) dalam pelayanan keperawatan
  - Keandalan (Reliability) dalam pelayanan keperawatan
  - Tanggungjawab (Responsivness) dalam pelayanan keperawatan
  - Jaminan (Assurance) dalam pelayanan keperawatan
  - Empati (Empathi) dalam pelayanan keperawatan
- ✓ Angka kepuasan adalah : Prosentase dari pernyataan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dari total jumlah pasien yang dilakukan survey .
- ✓ Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan keperawatan adalah : Total dari pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan keperawatan sesuai dengan kriteria yang telah di tentukan.
- ✓ Total pasien yang dilakukan survey adalah : Jumlah keseluruhan dari pasien yang dilakukan survey dengan kriteria :
  - Dirawat selama 3 hari
  - Tidak pulang paksa
  - Pulang hidup

**Instrumen Kepuasan Pasien Berdasarkan Lima Karakteristik (R-A-T-E-R)**

No.	Karakteristik	1	2	3	4
1	<i>REALIABILITY</i> (KEANDALAN) a. Perawat mampu menangani masalah perawatan anda dengan tepat dan profesional b. Perawat memberikan informasi tentang fasilitas yang tersedia, cara penggunaannya dan tata tertib yang berlaku di RS c. Perawat memberitahu dengan jelas tentang hal-hal yang harus dipatuhi dalam perawatan anda d. perawat memberitahu dengan jelas tentang hal-hal yang dilarang dalam perawatan anda e. ketepatan waktu perawat tiba diruangan ketika anda membutuhkan.				
2	<i>ASSURANCE</i> (JAMINAN) a. Perawat memberi perhatian terhadap keluhan yang anda rasakan b. Perawat dapat menjawab pertanyaan tentang tindakan perawatan yang diberikan kepada anda c. Perawat jujur dalam memberikan informasi tentang keadaan anda d. Perawat selalu memberi salam dan senyum ketika bertemu dengan anda e. Perawat teteliti dan terampil dalam melaksanakan tindakan keperawatan kepada anda.				
3	<i>TANGIBLES</i> (KENYATAAN) a. Perawat memberi informasi administrasi yang berlaku bagi pasien rawat inap di RS b. Perawat selalu menjaga kebersihan dan kerapihan ruangan yang anda tempati c. Perawat menjaga kebersihan dan kesiapan alat-alat kesehatan yang anda gunakan d. Perawat menjaga kebersihan dan kelengkapan fasilitas kamar mandi dan toilet e. Perawat selalu menjaga kerapian dan penampilannya.				
4	<i>EMPHATY</i> (EMPATI) a. Perawat memberikan informasi kepada anda tentang segala tindakan perawatan yang akan dilaksanakan b. Perawat mudah ditemui dan dihubungi bila anda membutuhkan c. Perawat sering menengok dan memeriksa keadaan anda seperti mengukur tensi, suhu, nadi, pernapasan, dan cairan infus d. pelayanan yang diberikan perawat tidak memandang pangkat/status tapi berdasarkan kondisi anda e. Perawat perhatian dan memberi dukungan moril terhadap keadaan anda (menanyakan dan berbincang-bincang tentang keadaan anda).				
5	<i>RESPONSIVENES</i> (TANGGUNG JAWAB) a. Perawat bersedia menawarkan bantuan kepada anda ketika mengalami kesulitan walau tanpa diminta b. Perawat segera menangani anda ketika sampai di ruangan rawat inap c. Perawat menyediakan waktu khusus untuk membantu anda berjalan, BAB, BAK, ganti posisi tidur, dan lain-lain d. Perawat membantu anda untuk memperoleh obat e. Perawat membantu anda untuk pelaksanaan pelayanan foto dan laboratorium di RS. ini.				
<p>Keterangan:                      1 = Sangat tidak puas                      2 = Tidak puas                      3 = Puas                      4 = Sangat puas</p>					

### Angka Kenyamanan Pasien

- 1) Rasional : Nyeri mengakibatkan ketidaknyamanan pasien. Pasien akan puas dengan mempertahankan tingkat kenyamanan (nyeri terkontrol) pada skala nyeri kurang dari 4 pada skala 0-10.
- 2) Cara perhitungan / formula angka kenyamanan

$$\frac{\text{Jumlah Pasien dengan nyeri terkontrol}}{\text{Jumlah Pasien terdokumentasi nyeri pada waktu tertentu yang dirawat}} \times 100 \%$$

- 3) Definisi Operasional
  - ✓ Angka kenyamanan adalah : Prosentasi dari jumlah pasien yang nyerinya terkontrol dari semua pasien yang mengalami nyeri pada periode waktu tertentu setiap bulan.
  - ✓ Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol adalah : Pasien yang menunjukkan skala nyeri dibawah 4 sampai dengan 0 pada skala 0 – 10. Atau dengan Gold standard pasien mengatakan tidak merasakan nyeri, tidak ada ketakutan, tidak ada kecemasan dan depresi setelah diberikan tindakan keperawatan selama periode tertentu.
  - ✓ Jumlah pasien terdokumentasi nyeri adalah : Total pasien dengan masalah nyeri yang terdokumentasi dalam dalam catatan perawatan pasien pada periode waktu tertentu.

### Angka tatalaksana pasien nyeri

- 1) Rasional : Tatalaksana nyeri merupakan inti dari pelayanan keperawatan. Buruknya pelayanan keperawatan dalam penatalaksanaan nyeri adalah merupakan indikator buruknya kualitas pelayanan. Penatalaksanaan nyeri ditujukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memperbaiki kualitas kehidupan pasien.
- 2) Cara perhitungan / formula angka tatalaksana nyeri.

$$\frac{\text{Jumlah total tindakan perawat sebagai respon nyeri}}{\text{Jumlah total Pasien terdokumentasi nyeri skala < 4 per periode waktu tertentu}} \times 100 \%$$

3) Definisi Operasional :

- ✓ Angka tatalaksana nyeri adalah : prosentasi dari tindakan keperawatan sebagai respon terhadap nyeri yang dialami pasien dari keseluruhan pasien dengan nyeri skala  $\leq 4$  pada periode waktu tertentu.
- ✓ Tindakan keperawatan sebagai respon nyeri adalah : Berbagai tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk merespon nyeri sesuai ambang skala yang ditetapkan dan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
- ✓ Total pasien terdokumentasi nyeri adalah : Jumlah keseluruhan pasien dengan respon nyeri pada skala  $\leq 4$  pada periode waktu tertentu.

**Angka kejadian cemas**

- 1) Rasional : Kecemasan dapat mempengaruhi status kesehatan pasien karena dapat menyebabkan ketidaknyamanan, bertambahnya hari perawatan dan pasien dapat melukai diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan.
- 2) Cara Perhitungan / Formula Angka Kejadian Kecemasan pasien

$$\text{Angka kejadian Cemas} = \frac{\text{Jumlah Pasien cemas}}{\text{Jumlah Pasien yang dirawat}} \times 100 \%$$

3) Definisi Operasional :

- ✓ Cemas adalah perasaan was-was, khawatir atau tidak nyaman seakan-akan terjadi suatu yang dirasakan sebagai ancaman.
- ✓ Angka kejadian cemas adalah prosentase jumlah prevalensi pasien cemas yang dirawat di ruang rawat jalan pada periode waktu tertentu setiap bulan.
- ✓ Jumlah Pasien cemas adalah : Total jumlah pasien cemas berdasarkan hasil pengukuran dengan menggunakan alat ukur (*ZUNG-SELF RATING ANXIETY SCALE (SRAS)*)
- ✓ Jumlah pasien yang dirawat adalah : Total pasien yang dirawat disarana pelayanan kesehatan yang di survey pada periode waktu tertentu setiap bulan.

**Instrumen Penilaian Tingkat Kecemasan (Bisa menggunakan instrument kecemasan yang lain)**

**INSTRUMEN PENILAIAN TINGKAT KECEMASAN  
MENGUNAKAN ZUNG-SELF RATING ANXIETY SCALE (SRAS)**

No	Skala	Pernyataan	Skala Pasien
1		Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
2		Saya merasa takut tanpa alasan sama sekali	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
3		Saya mudah marah atau merasa panik	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
4		Saya merasa jatuh terpisah dan akan hancur berkeping-keping	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
5		Saya merasa bahwa semuanya baik-baik saja dan tdk ada hal buruk akan terjadi	
	4	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	3	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	2	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	1	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
6		Lengan dan kaki saya gemetar	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
7		Saya terganggu oleh nyeri kepala, leher, punggung	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
8		Saya merasa lemah dan mudah lelah	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
9		Saya merasa tenang dan dapat duduk diam dg mudah	
	4	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	3	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	2	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	1	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
10		Saya merasakan jantung saya berdebar-debar	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	

Instrument: Mutu Asuhan Keperawatan Pasien (Individu)

No	Skala	Pernyataan	Skala Pasien
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
11		Saya merasa pusing tujuh keliling	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
12		Saya telah pingsan atau merasa seperti itu	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
13		Saya dapat bernafas dengan mudah	
	4	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	3	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	2	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	1	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
14		Saya merasa jari-jari tangan dan kaki mati rasa dan kesemutan	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
15		Saya terganggu dengan nyeri lambung atau gangguan pencernaan	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
16		Saya sering buang air kecil	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
17		Tangan saya biasanya kering dan hangat	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
18		Wajah saya terasa panas dan merah merona	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
19		Saya mudah tertidur dan dapat istirahat malam dg baik	
	4	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	3	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	2	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	1	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
20		Saya mimpi buruk	
	1	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>	
	2	Kadang – Kadang <input type="checkbox"/>	
	3	Sebagian Waktu <input type="checkbox"/>	
	4	Hampir setiap waktu <input type="checkbox"/>	
<b>TOTAL SKALA PASIEN</b>			

**Interpretasi :**

Skor 20 – 44 : Normal/tidak cemas  
 Skor 60 – 74 : Kecemasan sedang

Skor 45 – 59 : Kecemasan ringan  
 Skor 75 – 80 : Kecemasan berat

## **PENGETAHUAN**

1. Tingkat pengetahuan pasien tentang perawatan penyakitnya

- 1) Pengetahuan pasien tentang perawatan penyakitnya sangat membantu pasien dan juga tenaga kesehatan dalam memanage penyakit yang dialami pasien sehingga pasien memperoleh status kesehatan yang optimal. Indikator ini berhubungan dengan informasi yang diterima oleh pasien tentang perawatan penyakitnya.
- 2) Cara Perhitungan / Formula Angka kurang pengetahuan pasien.

$$\frac{\text{Jumlah Pasien yang kurang pengetahuan}}{\text{Jumlah Pasien yang dirawat per periode waktu tertentu}} \times 100 \%$$

3) Definisi Operasional :

- ✓ Angka Kurang Pengetahuan adalah : prosentasi dari jumlah pasien yang kurang mengetahui tentang perawatan penyakitnya yang berhubungan dengan informasi yang disampaikan oleh perawat dari total pasien yang dirawat pada periode waktu tertentu.
- ✓ Jumlah Pasien kurang pengetahuan adalah : Total pasien yang setelah dikaji menunjukkan bahwa pasien / keluarga kurang pengetahuan tentang penyakit dan perawatannya. diagnosa keperawatan kurang pengetahuan

Instrument: Mutu Asuhan Keperawatan Pasien (Individu)

### Instrumen Penilaian Pengetahuan Pasien

#### INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA PENGETAHUAN PASIEN TENTANG PENYAKIT DAN PERAWATANNYA

Berilah tanda centang (√) pada kotak di kolom sebelah kanan Sesuai pengkajian anda pada pasien dengan kriteria skala 1 = Tidak Tahu 2 Kurang Tahu 3 = Tahu

No	Variabel Pengetahuan	Skala			Skala Pasien
		1	2	3	
1	Pasien dapat menyebutkan nama penyakit yang dideritanya				
2	Pasien dapat mendefinisikan penyakit yang dideritanya				
3	Pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala penyakit yang dideritanya				
4	Pasien dapat menyebutkan cara – cara mengatasi keluhan yang timbul berhubungan dengan penyakit yang di deritanya				
5	Pasien dapat menyebutkan cara – cara pencegahan terhadap penyakit yang dideritanya				
Total Skala pasien					

Pasien dikategorikan kurang pengetahuan bila total skala pasien :  $\leq 8$

Instrument: Mutu Asuhan Keperawatan Pasien (Individu)

### Angka Kejadian Cidera Akibat Restrain (CAR)

- 1) Rasional : Pasien yang terpasang restrain sangat berpotensi terjadi cidera, bisa berupa lecet pada kulit, terjatuh atau aspirasi
- 2) Cara Perhitungan / Formula

$$\text{Angka kejadian CAR} = \frac{\text{Jumlah pasien yg cidera akibat restrain}}{\text{Total Pasien yang dipasang restrain}} \times 100 \%$$

- 3) Definisi Operasional :
  - ✓ Cidera akibat restrain adalah : Cidera berupa lecet pada kulit, terjatuh atau aspirasi yang diakibatkan oleh pemasangan restrain. Pengecualiannya adalah semua pasien yang sudah cidera sebelum dilakukan pemasangan restrain seperti lecet atau luka.
  - ✓ Jumlah Pasien cidera akibat pemasangan restrain adalah jumlah pasien yang cidera saat dipasang restrain
  - ✓ Total Pasien dipasang restrain adalah semua pasien yang terpasang restrain pada periode waktu tertentu.

### Instrumen Penilaian

#### INSTRUMEN PENILAIAN ANGKA KEJADIAN CIDERA AKIBAT RESTRAIN

##### Petunjuk pengisian :

Berilah tanda centang (✓) pada kotak di kolom sebelah kiri Sesuai dengan keadaan pasien yang diobservasi

Ruangan		Hari/Tgl/Bln/Thn	
No	Variabel	Ya	Tidak
1	Luka / lecet		
2	Jatuh		
3	Aspirasi		

**PENGAJIAN NYERI PADA PASIEN NOENATUS-NEONATAL  
NEONATAL-INFANT PAIN SCALE (NIPS)**

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																					Keterangan Tambahan (Jika Ada)	
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl	20 Tgl	21 Tgl		
1	<b>Ekpresi Wajah</b> <input type="checkbox"/> Wajah tenang, ekspresi netral <input type="checkbox"/> Otot wajah tegang, alis berkerut, dagu dan rahang tegang (ekpresi wajah negatif – hidung, mulut dan alis)	0																							
		1																							
2	<b>Menangis</b> <input type="checkbox"/> Tenang, tidak menangis <input type="checkbox"/> Merengek ringan, kadang-kadang <input type="checkbox"/> Berteriak kencang, menarik, melengking terus-menerus (catatan: menangis lirih mungkin dinilai jika bayi diintubasi yang	0																							
		1																							
		2																							

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																					Keterangan Tambahan (Jika Ada)	
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl	20 Tgl	21 Tgl		
	dibuktikan melalui gerakan mulut dan wajah yang jelas)																								
3	<b>Pola Pernapasan</b> <input type="checkbox"/> Pola pernapasan bayi normal <input type="checkbox"/> Tidak teratur, lebih cepat dari biasanya, tersedak, nafas tertahan	0 1																							
4	<b>Lengan</b> <input type="checkbox"/> Tidak ada kekakuan otot, gerakan tangan acak seklai-sekali <input type="checkbox"/> Tegang, lengan lurus, kaku, dan/atau ekstensi, ekstensi cepat, fleksi	0 1																							
5	<b>Kaki</b> <input type="checkbox"/> Tidak ada kekakuan otot, gerakan kaki acak seklai-sekali	0 1																							

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																					Keterangan Tambahan (Jika Ada)		
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl	20 Tgl	21 Tgl			
	<input type="checkbox"/> Tegang, kaki lurus, kaku, dan/atau ekstensi, ekstensi cepat, fleksi																									
<b>6</b>	<b>Kesadaran</b> <input type="checkbox"/> Tenang, tidur damai atau gerakan kaki acak yang terjaga <input type="checkbox"/> Terjaga, gelisah, dan merontaronta	<b>0</b> <b>1</b>																								
	<b>TOTAL SKOR</b>																									
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian																									

**Keterangan:****Skala Nyeri**

1. 0-2 = nyeri ringan-tidak nyeri
2. 3-4 = nyeri sedang-nyeri ringan
3. >4 = nyeri hebat

**Intervensi**

1. Tidak ada
2. Intervensi tanpa obat, dievaluasi selama 30 menit
3. Intervensi tanpa obat, bila masih nyeri bisa diberikan analgesik dan dievaluasi selama 30 menit

## NYERI PADA PASIEN ANAK

## FLACC PAIN SCALE

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																					
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl	20 Tgl	21 Tgl	
1	<b>Face (Wajah)</b> <input type="checkbox"/> Tidak ada ekspresi tertentu atau senyum, kontak mata <input type="checkbox"/> Kadang meringis atau mengerutkan kening, menarik diri, tidak tertarik, wajah terlihat cemas, alis diturunkan, mata sebagian tertutup, pipi terangkat, mulut mengerucut <input type="checkbox"/> Sering cemberut, konstan, rahang terkatup. Dagu bergetar, kerutan yang dalam di dahi, mata tertutup, mulut terbuka, garis yang dalam di sekitar hidung/bibir	0																						
		1																						
		2																						
2	<b>Leg (Kaki)</b> <input type="checkbox"/> Posisi normal atau santai <input type="checkbox"/> Tidak nyaman, gelisah, tegang, tonus meningkat, kaku fleksi/ekstensi anggota badan intermitter <input type="checkbox"/> Menendang atau kaki disusun, hipertonus fleksi/ ekstensi anggota badan secara berlebihan, tremor	0																						
		1																						
		2																						
3	<b>Activity (Aktivitas)</b> <input type="checkbox"/> Berbaring dengan tenang, posisi normal, bergerak dengan bebas dan mudah <input type="checkbox"/> Menggeliat, menggeser maju mundur, tegang, ragu-ragu untuk	0																						

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																				
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl	20 Tgl	21 Tgl
	bergerak, menjaga tekanan pada bagian tubuh <input type="checkbox"/> Melengkun, kaku, atau menyentak, posisi tetap, goyang gerakan kepala dari sisi ke sisi, menggosok bagian tubuh	1  2																					
4	<b>Cry (Menangis)</b> <input type="checkbox"/> Tidak ada teriakan/erangan (terjaga/tertidu) <input type="checkbox"/> Erangan/rengekan, sesekali menangis, sesekali mengeluh <input type="checkbox"/> Terus-menerus menangis, menjerit, isak tangis, mengeram, sering mengeluh	0  1  2																					
5	<b>Consolability</b> <input type="checkbox"/> Tenang, santai, tidak perlu dihibur <input type="checkbox"/> Perlu keyakinan dengan sekali-kali menyentuh, sekali-kali memeluk atau berbicara. Perhatian mudah beralih <input type="checkbox"/> Sulit untuk dibujuk atau dibuat nyaman	0  1  2																					
TOTAL SKOR																							
Nama dan paraf yang melakukan penilaian																							

## Keterangan :

0 = Rileks dan nyaman (*relaxed and comfortable*)1-3 = Sedikit tidak nyaman (*mild discomfort*)4-6 = Nyeri sedang (*moderate pain*)7-10 = Nyeri/tidak nyaman yang parah (*severe discomfort/pain*)

**INSTRUMENT PENILAIAN NYERI**  
*VISUAL AID SCALE*

<b>Pencetus (P)</b>	<b>Kualitas (Q)</b>	<b>Lokasi (R)</b>	<b>Skala (1-10) (S)</b>	<b>Waktu (T)</b>	<b>Penyebab nyeri hilang/ berkurang</b>

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																					
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl	20 Tgl	21 Tgl	
1	<b>Tidak Nyeri</b>	<b>0</b>																						
2	<b>Minor</b>																							
	<input type="checkbox"/> Nyeri sangat ringan	<b>1</b>																						
	<input type="checkbox"/> Nyeri tidak nyaman	<b>2</b>																						
	<input type="checkbox"/> Nyeri dapat ditoleransi	<b>3</b>																						
3	<b>Moderate</b>																							
	<input type="checkbox"/> Menyusahkan	<b>4</b>																						
	<input type="checkbox"/> Sangat menyusahkan	<b>5</b>																						
	<input type="checkbox"/> Nyeri hebat	<b>6</b>																						
4	<b>Severe</b>																							
	<input type="checkbox"/> Sangat hebat	<b>7</b>																						
	<input type="checkbox"/> Sangat menyiksa	<b>8</b>																						
	<input type="checkbox"/> Tak tertahankan	<b>9</b>																						
	<input type="checkbox"/> Tak dapat diungkapkan	<b>10</b>																						
	<b>TOTAL SKOR</b>																							
	Nama dan paraf yang melakukan penilaian																							

Keterangan :

- 0 = Rileks dan nyaman
- 1-3 = Sedikit tidak nyaman
- 4-6 = Nyeri sedang
- 7-10 = Nyeri/tidak nyaman yang parah

## BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

No	Parameter	Skor	Skor Hari Perawatan Ke-																				
			1 Tgl	2 Tgl	3 Tgl	4 Tgl	5 Tgl	6 Tgl	7 Tgl	8 Tgl	9 Tgl	10 Tgl	11 Tgl	12 Tgl	13 Tgl	14 Tgl	15 Tgl	16 Tgl	17 Tgl	18 Tgl	19 Tgl	20 Tgl	21 Tgl
1	<b>Face (Wajah)</b>																						
	<input type="checkbox"/> Tenang/rileks	1																					
	<input type="checkbox"/> Mengerutkan alis	2																					
	<input type="checkbox"/> Kelopak mata tertutup	3																					
	<input type="checkbox"/> Meringis	4																					
2	<b>Anggota badan sebelah atas</b>																						
	<input type="checkbox"/> Tidak ada pergerakan	1																					
	<input type="checkbox"/> Sebagian ditekuk	2																					
	<input type="checkbox"/> Sepenuhnya ditekuk dengan fleksi jari-jari	3																					
	<input type="checkbox"/> Retraksi permanen	4																					
3	<b>Ventilasi</b>																						
	<input type="checkbox"/> Pergerakan dapat ditoleransi	1																					
	<input type="checkbox"/> Batuk dengan pergerakan	2																					
	<input type="checkbox"/> Melawan ventilator	3																					
	<input type="checkbox"/> Tidak dapat mengontrol ventilasi	4																					
<b>TOTAL SKOR</b>																							
Nama dan paraf yang melakukan penilaian																							

## Keterangan :

0 = Tidak ada nyeri (*no pain*)1-3 = Nyeri ringan (*mild pain*)4-6 = Nyeri sedang (*moderate pain*)7-10 = Nyeri tak tertahankan (*uncontrolled pain*)

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN  
(POPULASI)**

**I. KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)**

**Kejadian Dekubitus**

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah kejadian dekubitus}}{\text{Jumlah pasien berisiko terjadi dekubitus}} \times 100\%$
---------	---

No.	Variabel	Tanggal																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1.	Jumlah kejadian dekubitus																						
2.	Jumlah pasien berisiko terjadi dekubitus																						

Angka kejadian dekubitus =

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**Kejadian Flebitis**

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah kejadian flebitis}}{\text{Jumlah pasien berisiko terjadi flebitis}} \times 100\%$
---------	---

No.	Variabel	Tanggal																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1.	Jumlah kejadian flebitis. a. <i>Mechanical</i> b. <i>Bacterial</i> c. <i>Chemical</i>																						
2.	Jumlah pasien berisiko terjadi flebitis																						

Angka kejadian flebitis =

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**Kejadian Pasien Jatuh**

FORMULA	$\frac{\text{Jumlah pasien jatuh}}{\text{Jumlah pasien yang berisiko jatuh}} \times 100\%$
---------	--

No.	Variabel	Tanggal																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1.	Jumlah pasien jatuh																						
2.	Jumlah pasien berisiko jatuh																						

Angka kejadian pasien jatuh:

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**Medication Error**

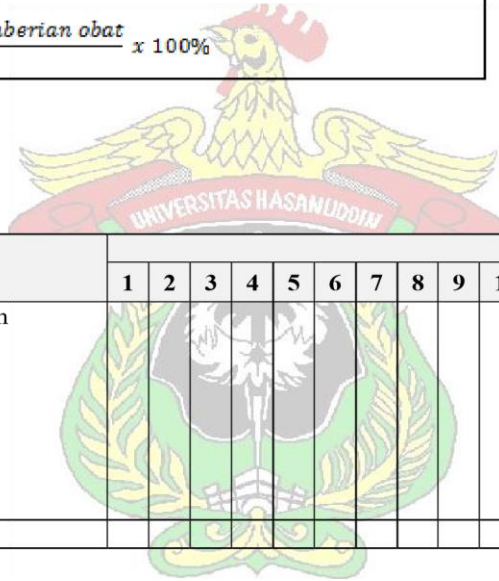
**Formula**

**Angka KTD/Sentinel dalam pemberian obat:**

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena kejadian tidak diharapkan dalam pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}} \times 100\%$$

**Angka KNC dalam pemberian obat:**

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang terkena kejadian nyaris cedera dalam pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien pada hari tersebut}} \times 100\%$$



No.	Variabel	Tanggal																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1.	Jumlah pasien yang terkena kejadian tidak diharapkan dalam pemberian obat. a. Tidak tepat pasien b. Tidak tepat obat c. Tidak tepat waktu pemberian d. Tidak tepat dosis obat e. Tidak tepat cara pemberian f. Tidak tepat dokumentasi																						
2.	Jumlah pasien pada hari tersebut																						

**Kejadian Yang Tidak Diharapkan (KTD)**

**Angka KTD:**

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**Kejadian Nyaris cedera (KNC)**

No.	Variabel	Tanggal																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1.	Jumlah pasien yang nyaris cedera dalam pemberian obat. g. Tidak tepat pasien h. Tidak tepat obat i. Tidak tepat waktu pemberian j. Tidak tepat dosis obat k. Tidak tepat cara pemberian l. Tidak tepat dokumentasi																						
2.	Jumlah pasien pada hari tersebut																						

Angka kejadian KNC:

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**II. PERAWATAN DIRI**

<b>FORMULA</b>	$\frac{\text{Jumlah pasien yang tidak terpenuhi perawatan diri}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat dengan ketergantungan total dan partial care}} \times 100\%$

No	Variabel		Tanggal																		Total	
1	Makan	Porsi diet																				
2	Mandi Bersih pada	Gigi dan Mulut Mata Rambut Kulit Kuku Telinga Tidak bau badan Perineal																				
3	Berpakaian dan berpenampilan	Baju bersih dan kering Wajah segar																				
4	Eliminasi	Berkemih Defekasi																				
Perawatan diri tidak terpenuhi																						
Jumlah pasien dirawat dengan ketergantungan total dan partial care																						

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**III. KEPUASAN PASIEN**

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan keperawatan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan survey pada periode tertentu}} \times 100\%$
---------	--

No	Variabel	Tanggal																								Total	
1	Jumlah Pasien yg menyatakan Puas																										
2	Jumlah Pasien yang menyatakan tidak puas																										
3	Total Pasien																										

**IV. KENYAMANAN**

**A. Angka Tatalaksana Pasien Nyeri**

	<b>Persentase pasien dengan nyeri yang terdokumentasi dalam asuhan keperawatan =</b>
Formula	$\frac{\text{Jumlah total pasien yang terdokumentasi}}{\text{Jumlah total pasien per periode waktu tertentu}} \times 100\%$
	<b>Persentase tatalaksana pasien nyeri =</b>
	$\frac{\text{Jumlah total tindakan perawat sebagai respon nyeri}}{\text{Jumlah total pasien terdokumentasi nyeri skala } \leq 4 \text{ per periode waktu tertentu}} \times 100\%$

No	Variabel	Tanggal																		Total
1	Jumlah pasien nyeri yang terdokumentasi																			
2	Total pasien																			

Persentase pasien dengan nyeri terdokumentasi =

No	Variabel	Tanggal																		Total
1	Jumlah tindakan perawat sebagai respon nyeri																			
2	Total pasien nyeri skala $\leq 4$																			

Persentase tatalaksana pasien nyeri =

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**B. Angka Kenyamanan Pasien**

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol}}{\text{Jumlah pasien yang terdokumtasi nyeri per periode waktu tertentu}} \times 100\%$
---------	---

No	Variabel	Tanggal																				Total
1	Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol																					
2	Total pasien yang nyeri																					

Persentase pasien dengan nyeri terkontrol =

## INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)

### V. KECEMASAN: IDENTIFIKASI KECEMASAN PASIEN

Formula	Angka kejadian cemas pada ruang rawat umum = $\frac{\text{Jumlah pasien yang cemas}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}} \times 100$
---------	---

No	Variabel	Tanggal
1	Jumlah pasien Cemas ringan Cemas sedang Cemas Berat	
2	Jumlah pasien yang dirawat	

Angka kecemasan:

**INSTRUMENT PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN KLINIK PASIEN (POPULASI)**

**a. Laporan bulanan**

**FORMAT PENGUKURAN ANGKA KURANG PENGETAHUAN PERBULAN**

Ruang :

Bulan :

No	Variabel	Tanggal																								Total
1	Jumlah Pasien yg kurang pengetahuan tentang penyakit dan perawatannya																									
2	Jumlah Pasien yg tahu tentang penyakitnya dan perawatannya																									
3	Total																									

Keterangan : Pengumpulan data setiap hari dan pelaporan dilakukan setiap bulan

**Formula**

$$\text{Angka Kurang Pengetahuan} = \frac{\text{Jumlah Pasien yang kurang pengetahuan}}{\text{Jumlah Pasien yang dirawat per periode waktu tertentu}} \times 100 \%$$