



# MODUL PRAKTIKUM

## MANAGEMENT KEPERAWATAN

**Penulis:**

**Arif Wijaya, M.Kep.**

**Kiki Riski, M.Kep.**



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2018**

## **KATA PENGANTAR**

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Diharapkan mahasiswa yang mengikuti kegiatan pembelajaran dapat mengikuti semua kegiatan dengan baik dan lancar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya modul ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Jombang, September 2018

Penulis

## **PENYUSUN**

### **Penulis**

Arif Wijaya, M.Kep.

Kiki Riski, M.Kep.

### **Desain dan Editor**

M. Sholeh

.

### **Penerbit**

@ 2018 Icme Press

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
KATA PENGANTAR.....	ii
PENYUSUN.....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL .....	v
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Ajar .....	1
B. Capaian Pembelajaran Lulusan .....	1
C. Strategi Perkuliahan.....	2
BAB 2 KEGIATAN BELAJAR .....	4
A. Kegiatan Praktik 1 .....	4
B. Kegiatan Praktik 2 .....	7
C. Kegiatan Praktik 3 .....	9
D. Kegiatan Praktik 4 .....	11
E. Kegiatan Praktik 5 .....	15
F. Kegiatan Praktik 6 .....	18
DAFTAR PUSTAKA .....	21

## PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

### A. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:

1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

### B. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Deskripsi Mata Ajar**

Fokus mata kuliah ini adalah mempelajari cara mengelola sekelompok perawat dengan menggunakan peran dan fungsi manajemen untuk dapat memberikan asuhan keperawatan klien pada tatanan pelayanan keperawatan di tingkat ruang rawat di rumah sakit (RS) dan tingkat keluarga (home care) di Puskesmas dan masyarakat sesuai standar nasional dan internasional. Aspek penting yang harus menjadi perhatian adalah kemampuan bekerja sama dalam mencapai tujuan organisasi. Konsep dasar peran dan fungsi manajemen dibahas secara bertahap dalam setiap pertemuan. Pembahasan ditekankan pada implementasi peran dan fungsi manajer unit perawat. Proses pembelajaran dilakukan melalui metode pembelajaran aktif berupa diskusi (berbasis pertanyaan dan masalah), presentasi, role play dan belajar berdasarkan hasil studi lapangan digunakan selama satu semester agar mencapai kemampuan kognitif 6 dan afektif 5.

### **B. Capaian Pembelajaran Lulusan**

#### **1. Sikap**

- a. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;
- b. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika;
- c. Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik;
- d. Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.

#### **2. Keterampilan Umum**

- a. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya;
- b. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif;
- c. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja;
- d. Bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya;

- e. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya;
- f. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya;
- g. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya;
- h. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya;
- i. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

### **3. CP Keterampilan Khusus**

- a. Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat.

### **4. CP Pengetahuan**

- a. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik;
- b. memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya;
- c. bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya;
- d. mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya;
- e. mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya;
- a. meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

### **C. Strategi Perkuliahan**

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan Student Center Learning. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain, yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk

memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi.



## BAB 2

### KEGIATAN BELAJAR

#### A. Kegiatan Praktik 1

##### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Memainkan peran dalam konsep manajemen

##### 2. Uraian Materi

#### Timbang Terima

Dosen: Arif Wijaya, M.Kep.

##### A. Pengertian

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

##### B. Langkah-langkah

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

##### C. Prosedur Timbang Terima

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam prosedur ini meliputi :

- a. Persiapan
  - 1) Kedua kelompok sudah dalam keadaan siap.
  - 2) Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.
- b. Pelaksanaan

Timbang terima dilaksanakan oleh perawat primer kepada perawat primer yang mengganti jaga pada *shift* berikutnya :

- 1) Timbang terima dilaksanakan setiap pergantian *shift*.
- 2) Di *nurse station* perawat berdiskusi untuk melaksanakan timbang terima dengan mengkaji secara komprehensif yang berkaitan tentang masalah keperawatan klien, rencana tindakan yang sudah dan belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya yang perlu dilimpahkan (pesan khusus).
- 3) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang lengkap sebaiknya dicatat untuk kemudian diserahkan kepada perawat jaga berikutnya.
- 4) Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat timbang terima adalah :
  - a. Identitas klien dan diagnose medis.
  - b. Masalah keperawatan yang masih ada.
  - c. Data fokus (Keluhan subyektif dan obyektif).
  - d. Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan .
  - e. Intervensi kolaboratif dan dependensi.
  - f. Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya.
- 5) Perawat yang melakukan timbang terima dapat melakukan klarifikasi Tanya jawab terhadap hal-hal yang ditimbang terimakan dan berhak menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas.
- 6) Penyampaian saat timbang terima secara jelas dan singkat.
- 7) Lama timbang terima untuk setiap pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci.
- 8) Kepala ruangan dan semua perawat keliling ketiap klien dan melakukan validasi data.
- 9) Pelaporan untuk timbang terima ditulis secara langsung pada buku laporan ruangan oleh katim.

### **3. Penugasan dan Umpan Balik**

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)

- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

## **B. Kegiatan Praktik 2**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Memainkan peran dalam konsep manajemen

### **2. Uraian Materi**

#### **Supervisi**

**Dosen: Arif Wijaya, M.Kep.**

##### **A. Pengertian**

Supervisi keperawatna adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan, dan perawatan agar pasien mendapat pelayanan yang bermutu setiap saat (Depkes, 2000).

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

##### **B. Tujuan supervisi**

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

##### **C. Prinsip supervisi**

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

##### **D. Langkah-langkah Supervisi**

1. Pra supervisi

- a. Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi
  - b. Supervisor menetapkan tujuan
2. Supervisi
- a. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan instrument atau alat ukur yang telah disiapkan.
  - b. Supervisor menemukan beberapa hal yang memerlukan pembinaan.
  - c. Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi masalah
  - d. Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara, dan memvalidasi data sekunder.
    - 1) Supervisor mengklarifikasi masalah yang ada.
    - 2) Supervisor melakukan tanya jawab dengan PP dan PA
3. Pasca supervisi 3F
- a. Supervisor memberikan penilaian supervisi (F – Fair).
  - b. Supervisi memberikan Feed Back dan Klarifikasi
  - c. Supervisi memberikan reinforcement dan Follow up perbaikan.

### **3. Penugasan dan Umpan Balik**

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar di laboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

### **C. Kegiatan Praktik 3**

#### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Memainkan peran dalam konsep manajemen

#### **2. Uraian Materi**

##### **Ronde Keperawatan**

**Dosen: Arif Wijaya, M.Kep.**

##### **A. Pengertian**

Ronde keperawatan adalah kegiatan untuk mengatasi keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat dengan melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan, yang dilakukan oleh perawat primer dan atau konsuler, kepala ruang, dan perawat pelaksana, serta melibatkan seluruh anggota tim. Dimana ronde keperawatan merupakan sarana bagi perawat baik perawat primer maupun perawat associate untuk membahas masalah keperawatan yang terjadi pada klien yang melibatkan klien dan seluruh tim keperawatan termasuk konsultan keperawatan. Salah satu tujuan dari kegiatan ronde keperawatan adalah meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan.

##### **B. Tujuan**

1. Tujuan
  - a. Berfikir kritis dan sistematis dalam pemecahan masalah keperawatan klien
  - b. Memberikan tindakan yang berorientasi pada masalah keperawatan klien
  - c. Menilai hasil kerja
  - d. Melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh

##### **C. Tahap ronde keperawatan**

1. Pra ronde (persiapan)
  - a. Penetapan kasus minimal 1 hari sebelum waktu pelaksanaan ronde
  - b. Pemberian informed consent kepada klien / keluarga
2. Tahap pelaksana
  - a. Penjelasan tentang klien oleh perawat primer/ketua tim yang difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan atau telah dilaksanakan dan memilih prioritas yang perlu didiskusikan
  - b. Diskusi antar anggota tim tentang kasus tersebut
  - c. Pemberian justifikasi oleh perawat primer/ perawat konselor/ kepala ruangan tentang masalah klien serta rencana tindakan yang akan dilakukan.

- d. Tindakan keperawatan pada masalah prioritas yang telah dan yang akan ditetapkan.
3. Tahap pasca ronde
  - a. Mendiskusikan hasil temuan dan tindakan pada klien tersebut serta menetapkan tindakan yang perlu dilakukan

### **3. Penugasan dan Umpan Balik**

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar di laboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

## **D. Kegiatan Praktik 4**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Memainkan peran dalam konsep manajemen

### **2. Uraian Materi**

#### **Desentralisasi Obat**

**Dosen: Kiki Riski, M.Kep.**

##### **A. Pengertian**

Sentralisasi obat adalah pengelolaan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya oleh perawat (Nursalam, 2016). Sentralisasi obat (teknik pengelolaan obat penuh) adalah pengelolaan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan sepenuhnya kepada perawat, pengeluaran dan pembagian obat sepenuhnya dilakukan oleh perawat.

##### **B. Tujuan Pengelolaan Obat**

Tujuan pengelolaan obat adalah menggunakan obat secara bijaksana dan menghindari pemborosan, sehingga kebutuhan asuhan keperawatan pasien dapat terpenuhi. Hal-hal berikut ini adalah beberapa alasan yang paling sering mengapa obat perlu disentralisasi.

1. Memberikan bermacam-macam obat untuk satu pasien.
2. Menggunakan obat yang mahal dan bermerek, padahal obat standart yang lebih murah dengan mutu yang terjamin memiliki efektifitas dan keamanan yang sama.
3. Meresapkan obat sebelum diagnosis pasti dibuat.
4. Menggunakan dosis yang lebih besar dari pada yang diperlukan
5. Memberikan obat kepada pasien yang tidak mempercayainya, dan yang akan membuang atau lupa untuk minum.
6. Memesan obat lebih daripada yang dibutuhkan, sehingga banyak yang tersisa sesudah batas kadarnya.
7. Tidak menyediakan lemari es, sehingga vaksin dan obat menjadi tidak aktif.
- 8) Meletakkan obat ditempat yang lembab, terkena cahaya atau panas.
8. Mengeluarkan obat ( dari tempat penyimpanan) terlalu banyak pada suatu waktu sehingga dipakai berlebihan atau dicuri ( Nursalam, 2016 ).



### C. Teknik Pengelolaan Obat ( Sentralisasi )

Pengeluaran dan pembagian obat sepenuhnya dilakukan oleh perawat.

1. Penanggung jawab pengelolaan obat adalah kepala ruangan yang secara oprasional dapat didelegasikan kepada staf yang ditunjuk.
2. Keluarga wajib mengetahui dan ikut serta mengontrol penggunaan obat
3. Penerimaan obat.
  - 1) Obat yang telah diresepkan ditunjukkan kepada perawat dan obat yang telah diambil oleh keluarga diserahkan kepada perawat dengan menerima lembar terima obat
  - 2) Perawat menuliskan nama pasien, registrasi, jenis obat, jumlah dan sediaan (bila perlu) dalam kartu control, dan diketahui (ditandatangani) oleh keluarga atau pasien dalam buku masuk obat. Keluarga atau pasien selanjutnya mendapatkan penjelasan kapan atau bilamana obat tersebut akan habis, serta penjelasan tentang 5T ( jenis, dosis, waktu, pasien, dan cara pemberian).
4. Pasien atau keluarga selanjutnya mendapatkan salinan obat yang harus diminum beserta kartu sediaan obat.
  - 1) Obat yang telah diserahkan selnjutnya disimpan oleh perawat dalam kontak obat ( Nusalam 2016 )
5. Pembagaian obat
  - 1) Obat yang telah diterima untuk selanjutnya disalin dalam buku daftar pemberian obat.
  - 2) Obat yang telah disimpan untuk selnjutnya diberikan oleh perawat dengan memperhatikan alur yang tercantum dalam buku daftar pemberian obat: dengan terlebih dahulu dicocokkan dengan terapi diinstruksi dokter dan kartu obat yang ada pada pasien.
  - 3) Ada saat pemberian obat, perawat menjelaskan macam obat, kegunaan obat, jumlah obat, dan efek samping, usahakan tempat atau wadah obat kembali keperawat setelah obat dikonsumsi, pantau efek samping pada pasien.
  - 4) Sediaan obat yang ada selanjutnya diperiksa setiap pagi oleh kepala ruangan atau petugas yang ditujuk dan didokumentasikan dalam buku masuk obat. Obat – obatan yang hampir habis akan diinformasikan kepada keluarga dan kemudian dimintakan resep (

jika masih perlu dilanjutkan ) kepada dokter penanggung jawab pasien ( Nurussalam, 2016)

#### 6. Penambahan obat baru

- 1) Bilamana terdapat penambahan atau perubahan jenis, dosis atau perubahan alur pemberian obat, maka informasi ini akan dimasukkan dalam buku masuk obat sekaligus dilakukan perubahan dalam kartu sediaan obat.
- 2) Pada pemberian obat yang bersifat tidak rutin ( sewaktu saja ) maka dokumentasi hanya dilakukan pada buku masuk obat dan selanjutnya diinformasikan kepada keluarga dengan kartu khusus obat ( Nursalam, 2016).

#### 7. Obat Khusus

- 1) Obat dikategorikan khusus apabila sediaan memiliki harga yang cukup mahal, menggunakan alur pemberian yang cukup sulit, memiliki efek samping yang cukup besar atau hanya diberikan dalam waktu tertentu / sewaktu saja.
- 2) Pemberian obat khusus dilakukan menggunakan kartu khusus obat, dilaksanakan oleh perawat primer.
- 3) Informasi yang diberikan kepada pasien atau keluarga: nama obat, kegunaan obat, waktu pemberian, efek samping, penanggung jawab pemberian, dan wadah obat sebaiknya diserahkan atau ditunjukkan kepada keluarga setelah pemberian,. Usahakan terdapat saksi dari keluarga saat pemberian obat (Nursalam, 2016) .Seorang manajer keperawatan kesehatan dapat mendidik staf mengenai obat dengan cara – cara berikut ini:
  - a. Membuat catatan mengenai obat – obatan Yang sering dipakai, jelaskan penggunaan dan efek samping, kemudian berikan salinan kepada semua staf.
  - b. Tuliskan dosis yang tepat obat-obatan yang sering digunakan dan gantungkan di dinding.
  - c. Berikan kepada semua staf mengenai harga bermacam-macam obat
  - d. Aturlah kuliah atau program diskusi dan bahaslah mengenai satu jenis obat setiap minggu pada waktu pertemuan staf

- e. Sediakan satu atau lebih eksemplar buku farmakologi sederhana dipergustakaan.
8. Menyimpan persediaan obat
    - a. Memeriksa ulang atas kebenaran obat dan jenis obat, jumlah obat dan menulis etiket dan alamat pasien. Penyimpanan stok ( persediaan ) yang teratur dengan baik merupakan bagaian penting dari manajemen obat. Obat yang diterima dicatat dalam buku besar persediaan atau dalam kartu persediaan.
    - b. System kartu persediaan  
Sebuah kartu persediaan ( kartu stok ) kadang-kadang digunakan untuk menggantikan buku besar persediaan, kartu ini berfungsi seperti buku besar persediaan, yakni neraca diseimbangkan dengan menambahkan barang yang diterima dan mengurangi dengan jumlah barang yang dikeluarkan dalam buku besar persediaan, masing – masing barang ditempatkan pada halaman yang terpisah. Tetapi dalam system kartu persediaan, masing – masing barang dituliskan dalam kartu yang terpisah.
  9. Lemari obat  
Periksa keamanan mekanisme kunci dan penerangan lemari obat serta lemari pendingin. Periksa persediaan obat, pemisahan antara obat untuk penggunaan oral ( untuk diminum) dan obat luar .

### **3. Penugasan dan Umpan Balik**

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

## **E. Kegiatan Praktik 5**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Memainkan peran dalam konsep manajemen

### **2. Uraian Materi**

#### **Dokumentasi Keperawatan**

**Dosen: Kiki Riski, M.Kep.**

#### **A. Pengertian**

Dokumentasi adalah semua catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi keperawatan adalah keterangan tertulis dari seluruh pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien, baik pasien yang mengalami rawat inap ataupun rawat jalan.

#### **B. Tujuan Dokumentasi Keperawatan**

Tujuan dari pendokumentasian keperawatan adalah:

1. Komunikasi
  - a. Koordinasi asuhan keperawatan
  - b. Mencegah informasi berulang
  - c. Meminimalkan kesalahan dan meningkatkan asuhan keperawatan
  - d. Penggunaan waktu lebih efisien
2. Mekanisme pertanggungjawaban
  - a. Dapat dipertanggungjawabkan baik kualitas dan kebenaran
  - b. Sebagai perlindungan hukum bagi perawat
3. Metode pengumpulan data
  - a. Mencatat kemajuan pasien secara reliable dan objektif
  - b. Mendeteksi kecenderungan yang mungkin terjadi
  - c. Sebagai bahan penelitian
  - d. Sebagai data statistik
4. Sarana pelayanan keperawatan secara individu
  - a. Mencatat secara terintegrasi berbagai aspek pasien : kebutuhan, kekuatan dan keadaan khusus.
5. Sarana untuk evaluasi
6. Sarana untuk meningkatkan kerjasama antar disiplin dalam tim kesehatan
7. Sarana pendidikan lanjutan
8. Memantau kualitas asuhan keperawatan yang diterima dan kompetensi yang berhubungan untuk asuhan keperawatan

### **C. Standar Dokumentasi Keperawatan**

1. Kepatuhan terhadap aturan pendokumentasian yang ditetapkan oleh profesi atau pemerintah. Pencatatan tersebut menyediakan pedoman penggunaan singkatan, tanda tangan, metode jika ada kesalahan, dan peraturan jika data terlambat masuk.
2. Standar profesi keperawatan dituliskan kedalam catatan kesehatan. Data yang ada menjabarkan apa yang dilakukan perawat.
3. Peraturan tentang praktek keperawatan dapat dilihat pada catatan pelayanan kesehatan. Data yang tertulis menunjukkan kegiatan perawat yang independent dan interdependen.
4. Pedoman akreditasi harus diikuti. Penekanan yang khusus pada data tentang kegiatan observasi dan evaluasi.

### **D. Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

1. Dokumentasian pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah fase pengumpulan data dari proses keperawatan untuk mengumpulkan data yang sistematis. Tujuan dari pengkajian adalah untuk mengumpulkan, mengorganisasi dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia terhadap masalah-masalah kesehatan.

2. Dokumentasi diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah tahap proses keperawatan yang meliputi : mengidentifikasi masalah pasien yang dapat dipecahkan (ditangani, dikurangi atau dirubah) melalui intervensi keperawatan. Diagnosa keperawatan menggunakan pengkajian data sampai respon pasien pada masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah sebuah pernyataan singkat dalam pertimbangan perawat menggambarkan respon pasien pada masalah keperawatan yang aktual dan resiko.

3. Dokumentasi rencana tindakan keperawatan

Perencanaan adalah salah satu tahap dari proses keperawatan termasuk menentukan prioritas ,dan menentukan metode yang digunakan untuk penyelesaian masalah. Tujuan dari perencanaan , menyusun rencana keperawatan yang dapat digunakan dalam masalah aktual, resiko atau kemungkinan reaksi manusia terhadap masalah kesehatan. Fokus dari perencanaan adalah untuk menyusun rencana tindakan dengan pendekatan

penyelesaian masalah. Melalui proses ini, perawat memprioritaskan dan membuat daftar masalah klien yang memerlukan intervensi keperawatan. Komponen yang mendasari rencana tindakan keperawatan terdiri dari 3 komponen :

- a. Diagnosa keperawatan
  - b. Hasil yang diharapkan/ criteria hasil
  - c. Instruksi perawat/ intervensi keperawatan
4. Dokumentasi intervensi keperawatan
- Tujuan dokumentasi intervensi keperawatan
- a. Mengkomunikasikan secara tepat apa yang telah dilakukan pada pasien (mencegah duplikasi terhadap pengobatan)
  - b. Sebagai klaim malpraktek
  - c. Sebagai justifikasi staffing
  - d. Efektif dan efisiensi dana
5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan. Tugas selama tahap ini termasuk pencatatan pernyataan evaluasi dan revisi rencana tindakan keperawatan dan intervensi keperawatan jika perlu. Tujuan evaluasi keperawatan adalah untuk menentukan seberapa efektifnya tindakan keperawatan itu untuk mencegah atau mengobati respon manusia terhadap prosedur kesehatan

### **3. Penugasan dan Umpan Balik**

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar di laboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

## **F. Kegiatan Praktik 6**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Memainkan peran dalam konsep manajemen

### **2. Uraian Materi**

#### **Discharge Planning**

**Dosen: Kiki Riski, M.Kep.**

##### **A. Definisi *Discharge Planning***

Kozier (2004) mendefinisikan discharge planning sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu agen pelayanan kesehatan umum. Discharge planning yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan.

##### **B. Tujuan *Discharge Planning***

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

##### **C. Manfaat *Discharge Planning***

Perencanaan pulang mempunyai manfaat antara lain sebagai berikut (Nursalam, 2011):

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

Sedangkan menurut Doengoes, Moorhouse & Murr (2007) banyak sekali manfaat yang didapatkan dari discharge planning, diantaranya adalah:

1. Menurunkan jumlah kekambuhan
2. Penurunan perawatan kembali ke rumah sakit dan kunjungan ke ruangan kedaruratan yang tidak perlu kecuali untuk beberapa diagnosa
3. Membantu pasien untuk memahami kebutuhan setelah perawatan dan biaya pengobatan
4. Setelah pasien dipulangkan, pasien dan keluarga dapat mengetahui apa yang telah dilaksanakan, apa yang harus dan tidak boleh dilakukan dan bagaimana mereka dapat meneruskan untuk meningkatkan status kesehatan pasien
5. Ringkasan pulang dapat disampaikan oleh perawat praktisi atau perawat home care dan mungkin dapat dikirim ke dokter yang terlibat untuk dimasukkan dalam catatan institusi untuk meningkatkan kesinambungan perawatan dengan kerja yang kontinu ke arah tujuan dan pemantauan kebutuhan.

#### **D. Tahapan *Discharge Planning***

1. Tahap I : Saat pasien masuk mengenai pengkajian fisik psikososial, status fungsional, kebutuhan pendidikan kesehatan mengenai komdisi pasien serta pemahaman pasien dan keluarga dari disiplin klinis lainnya seperti fisioterapis atau ahli gizi
2. Tahap II : Fase Diagnostik, yaitu kebutuhan pendidikan kesehatan mengenai kondisi pasien serta pelaksanaan, pemeriksaan diagnostik pasien itu.
3. Tahap III : Fase Stabilisasi, yaitu saat kondisi pasien telah stabil dan sudah adanya perkiraan kapan pasien pulang dengan melakukan pendidikan kesehatan dan diskusi mengenai rencana ke depannya setelah pasien pulang.
4. Tahap IV : Fase Recharge, yaitu saat pasien akan pulang dengan melakukan diskusi dengan keluarga pasien mengenai pengawasan pada pasien di luar rumah sakit.

### **3. Penugasan dan Umpan Balik**

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)



- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

## DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI (2004). *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Depkes: BUK Dasar
2. Depkes RI (2006). *Pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di Puskesmas*. Depkes RI: BUK Dasar
3. Gillies (1998). *Nursing management: A system approach*. (third edition). Philadelphia: WB. Saunders.
4. Hariyati, RT (2014). *Perencanaan, utilisasi dan pengembangan tenaga keperawatan*. Jakarta: Raja Grafindo
5. Huber, D. (2010). *Leadership & nursing care management*. Philadelphia: WB. Saunders.
6. Marquis, B, L & Huston , (2012), *Leadership roles & managemen function in nursing :Theory & Application (7 th ed, p 642)* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
7. Robbins, & Timothy, J, (2013), *Organizational Behavior ( 15 th ed, p 711)* Boston : Pearson
8. Swansburg, R.C & Swansburg, J.R.(2006). *Introductory managemenet & leadeship for Nurses*. Toronto: Jones and Bartlert Pb.Ca
9. Tim Kolaborasi Rumpun Ilmu Kesehatan. (2014) *Modul Kolaborasi Kesehatan*. Pedoman tidak dipublikasikan
10. Tim Manajemen Keperawatan FIK-UI. (2014). *BPKM manajemen keperawatan*. Pedoman tidak dipublikasikan