



Modul
PRAKTEK MANAJEMEN KEPERAWATAN

Disusun Oleh
Mira Asmirajanti, SKp.,MKep

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2014**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah saya panjatkan kehadiran Allah swt, karena berkat rahmat dan karunia-Nyalah Modul Praktek Manajemen Keperawatan dapat selesai. Saya menyadari bahwa Modul ini jauh dari sempurna, oleh karena itu berharap kepada semua pembaca untuk dapat memberikan kritik dan saran yang membangun, baik dalam hal penulisan atau apapun kekurangan dari Modul ini.

Saya menyadari bahwa terwujudnya Modul ini tidak terlepas dari dukungan banyak pihak. Kepada pihak yang telah membantu saya ucapkan terima kasih. Saya sangat berharap Modul ini dapat diterima untuk dapat dijadikan dasar untuk meningkatkan keilmuan yang lebih baik, bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi perkembangan dunia keperawatan umumnya. Aamiin.

Jakarta, September 2014

Penulis

Mira Asmirajanti, SKp., MKep

DAFTAR ISI

	Hal
Judul	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Orientasi Pasien Baru	1
Timbang Terima	6
Ronde Keperawatan	10
Pengelolaan Obat	20
Perencanaan Pasien Pulang	23

ORIENTASI PASIEN BARU

Oleh Mira Asmirajanti, SKp., MKep

A. Pengertian

Orientasi pasien baru adalah proses pemberian informasi pada pasien/ keluarga yang baru dirawat untuk mengenalkan kondisi lingkungan rumah sakit khususnya ruangan tempat mereka dirawat.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Pasien/ keluarga merasa nyaman berada di rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

- a. Pasien/ keluarga mengetahui kondisi lingkungan rumah sakit.
- b. Membangun hubungan saling percaya antara pasien/ keluarga dengan petugas kesehatan.
- c. Pasien/ keluarga kooperatif terhadap proses kesehatan yang diprogramkan.

C. Ruang Lingkup Orientasi

1. Menjelaskan nama yang merawat pasien.
2. Nama Ruangan.
3. Menjelaskan hak dan kewajiban pasien/ keluarga.
4. Menjelaskan jadwal konsultasi dokter dan perawat.
5. Menjelaskan ruangan dan fasilitas.
6. Menjelaskan tariff pelayanan.
7. Menjelaskan peraturan rumah sakit.
8. Menjelaskan pengurusan administrasi.

D. Pelaksana Orientasi

1. Kepala ruangan.
2. Ketua Tim.

E. Karakteristik Pasien

Seluruh pasien/ keluarga yang datang dirawat di rumah sakit.

F. Sarana dan Prasarana

1. Status (Rekam Medis) pasien.
2. Buku Pedoman Hak dan Kewajiban pasien.
3. Buku Pedoman fasilitas ruangan dan rumah sakit.
4. Fasilitas-fasilitas yang akan diberikan pada pasien (kartu tunggu, perlengkapan mandi, tissue, sarung tangan dsb).
5. Buku catatan dan bolpen

G. Metoda Pelaksanaan

1. Bed site.
2. Diskusi.

H. Waktu Pelaksanaan

Pasien/ keluarga pasien segera ketika datang ke ruang perawatan dilakukan orientasi.

I. Langkah-langkah Kegiatan

1. Perencanaan.
 - a). Menyiapkan tempat.
 - b). Menyiapkan buku pedoman orientasi pasien baru.
 - c). Menyiapkan peralatan yang diperlukan untuk orientasi pasien baru.
2. Pengorganisasian dan pelaksanaan.
 - a. Pelaksanaan orientasi pasien baru
 - 1). Mempersilakan pasien/ keluarga duduk pada tempat yang telah disediakan.
 - 2). Menjelaskan petugas yang merawat
 - 3). Menginformasikan nama Ruangan.

- 4). Menjelaskan hak dan kewajiban pasien/ keluarga.
 - 5). Menjelaskan jadwal konsultasi dokter dan perawat.
 - 6). Menjelaskan ruangan dan fasilitas
 - 7). Menjelaskan tarif pelayanan
 - 8). Menjelaskan peraturan rumah sakit.
 - 9). Menjelaskan pengurusan administrasi.
 - 10). Memberikan kesempatan pasien/ keluarga bertanya hal-hal yang belum jelas.
- b. Penutupan orientasi pasien baru
- 1). Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.
 - 2). Meminta keluarga menandatangani tanda bukti orientasi pasien baru.
3. Pendokumentasian.

Melakukan pencatatan dan pelaporan orientasi pasien baru pada asuhan keperawatan

- a. Melengkapi pencatatan dan pelaporan orientasi pasien baru.
- b. Menandatangani laporan orientasi pasien baru.

DAFTAR CEK KEGIATAN PRAKTEK

Kode Unit : _____ Nama Asesi : _____

Judul Unit : **Bertindak sebagai role model ketua tim yang efektif pada Orientasi Pasien Baru dalam Manajemen Asuhan Keperawatan** Nama Asesor : _____

Tanggal Asesmen : _____

No	Indikator Unjuk Kerja	Daftar Tugas	Poin yang diamati	Pencapaian	
				Ya	Tidak
1.	Perencanaan				
	Menentukan pelaksanaan orientasi pasien baru	1). Mempersiapkan orientasi pasien baru	d). Menyiapkan tempat		
			e). Menyiapkan buku pedoman orientasi pasien baru		
			f). Menyiapkan peralatan yang diperlukan untuk orientasi pasien baru.		
2.	Pengorganisasian dan Pelaksanaan				
	a. Pelaksanaan Orientasi pasien baru.	1). Pelaksanaan Orientasi pasien baru oleh ka.Tim	a). Mempersilakan pasien/ keluarga duduk pada tempat yang telah disediakan		
			b). Menjelaskan petugas yang merawat		
			c). Menginformasikan nama Ruangan.		
			d). Menjelaskan hak dan kewajiban pasien/ keluarga		
			e). Menjelaskan jadwal konsultasi dokter dan perawat		

			f). Menjelaskan ruangan dan fasilitas		
			g). Menjelaskan tarif pelayanan		
			h). Menjelaskan peraturan rumah sakit		
			i). Menjelaskan pengurusan administrasi		
			j). Memberikan kesempatan pasien/ keluarga bertanya hal-hal yang belum jelas		
	b. Penutupan Orientasi pasien baru	2). Penutupan Orientasi pasien baru	a). Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik		
			b). Meminta keluarga menandatangani tanda bukti orientasi pasien baru		
3.	Pendokumentasian				
	a. Pelaporan dan pendokumentasian	1). Melakukan pencatatan dan pelaporan orientasi pasien baru pada asuhan keperawatan.	a). Melengkapi pencatatan dan pelaporan orientasi pasien baru.		
			b). Menandatangani laporan orientasi pasien baru.		

Jakarta, 2012

Tanda Tangan Asesor

(.....)

Tanda Tangan Asesi

(.....)

TIMBANG TERIMA

Oleh Mira Asmirajanti, SKp., MKep

A. Pengertian

Timbang Terima adalah suatu cara menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengkomunikasikan keadaan pasien dan menyampaikan informasi yang penting.

2. Tujuan Khusus

- a. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien (data fokus)
- b. Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien
- c. Menyampaikan hal yang paling penting yang harus ditindaklanjuti oleh perawat dinas berikutnya
- d. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.

C. Peserta Timbang Terima

1. Kepala Ruangan.
2. Ketua Tim.
3. Perawat Pelaksana.
4. Tim Kesehatan lain jika diperlukan.

D. Waktu Pelaksanaan

1. Setiap pergantian dinas.
2. Setiap perpindahan tempat rawat.

E. Tempat Pelaksanaan

1. Nurse station.
2. Ruang pasien (Bed site).

F. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam timbang terima

1. Timbang terima pasien harus dilakukan seefektif mungkin.
2. Penjelasan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan/belum.
3. Perkembangan pasien saat itu.

DAFTAR CEK KEGIATAN PRAKTEK

Kode Unit : _____ Nama Asesi : _____

Judul Unit : **Bertindak sebagai role model ketua tim yang efektif pada timbangan terima dalam Manajemen Asuhan Keperawatan** Nama Asesor : _____

Tanggal Asesmen : _____

No	Indikator Unjuk Kerja	Daftar Tugas	Poin yang diamati	Pencapaian	
				Ya	Tidak
1.	Perencanaan				
	a. Menentukan pelaksanaan timbangan terima	2). Mempersiapkan media timbangan terima	a). Mempersiapkan : <ul style="list-style-type: none"> • Status pasien • Buku Komunikasi • Alat tulis 		
		3). Mempersiapkan pendataan untuk disampaikan dalam timbangan terima	b). Mempersiapkan data : <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah pasien • Jumlah pasien baru • Pasien bermasalah • Identitas pasien • Diagnosa medis • Data subjektif dan objektif • Diagnosa keperawatan • Intervensi keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (baik 		

			independen, dependen dan kolaboratif) <ul style="list-style-type: none"> • Persiapan operasi • Persiapan pemeriksaan penunjang 		
		4). Mempersiapkan tempat dan peserta	c). Mempersiapkan nurse station, peserta operan dan pasien/ klien.		
2.	Pengorganisasian dan Pelaksanaan				
	c. Pembukaan Timbang Terima	3). Pembukaan Timbang Terima oleh karu	a). Kepala ruangan membuka acara Timbang Terima		
			b). Kepala ruangan memimpin doa		
			c). Kepala ruangan mendelegasikan Timbang Terima pada ka.Tim		
	d. Pelaksanaan Timbang Terima	4). Pelaksanaan Timbang Terima oleh ka.Tim yang berdinis sebelumnya	a). Ka.Tim menyampaikan data-data yang sudah dipersiapkan sebelumnya		
			b). Ka.Tim mempersilahkan peserta untuk mengklarifikasi atau Tanya jawab terhadap hal-hal yang kurang dipahami		
			c). Ka.Tim mempersilahkan peserta untuk melaksanakan bed site dan klarifikasi data pada masing-masing pasiennya		
			d). Ka.Tim dan peserta timbang terima kembali ke nurse station		
			e). Ka.Tim menyepakati proses keperawatan yang akan dilaksanakan pada sift selanjutnya		

	e. Penutupan Timbang Terima	5). Penutupan Timbang Terima oleh karu	a). Kepala ruangan menutup acara Timbang Terima dengan doa penutup		
3.	Pendokumentasian				
	b. Pelaporan dan pendokumentasian	2). Melakukan pencatatan dan pelaporan acara Timbang Terima	c). Melengkapi pencatatan dan pelaporan acara Timbang Terima		
			d). Menandatangani laporan Timbang Terima		

Tanda Tangan Asesor

(.....)

Jakarta, 2012

Tanda Tangan Asesi

(.....)

RONDE KEPERAWATAN

Oleh Mira Asmirajanti, SKp., MKeP

A. Pengertian

Ronde keperawatan adalah suatu kegiatan untuk mencari pemecahan masalah keperawatan pada pasien-pasien baru dengan kasus tertentu, pasien-pasien dengan kasus yang jarang ditemui atau pasien-pasien yang sudah mengalami perawatan yang lama tetapi belum mengalami proses perbaikan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas atau mutu pelayanan keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi validasi data pasien.
- b. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan pada pasien.
- c. Mengidentifikasi rencana keperawatan yang sudah dibuat.
- d. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan pada pasien.
- e. Mengevaluasi kolaborasi antara pasien, perawat dan tim kesehatan lain dalam mengatasi masalah pasien.
- f. Mengevaluasi kualitas keperawatan yang diberikan.
- g. Merencanakan tindak lanjut pemecahan masalah keperawatan yang akan diberikan.

C. Karakteristik Pasien

1. Pasien dengan kasus tertentu yang dianggap penting untuk dipelajari berdasarkan penilaian Kepala Ruangan dan Clinical Instruktur.
2. Pasien baru yang sudah didiagnosa medis dengan kasus yang jarang ditemui.
3. Pasien yang sudah menjalani perawatan yang lama (melebihi standar waktu penyembuhan) tetapi belum mengalami proses perbaikan.

D. Tim Ronde Keperawatan

1. Kepala Ruangan.
2. Ketua Tim (PP) yang menangani pasien.

3. Perawat Asosiasi (PA) yang menangani pasien.
4. Clinical Case Manajer (CCM) atau Konselor Perawat.
5. Clinical Instruktur (CI).
6. Supervisor.
7. Dokter yang menangani pasien.
8. Tim Kesehatan lain sesuai dengan masalah pasien.
9. Pasien.

E. Peran Tim Ronde

1. Kepala Ruangan.
 - a. Penanggung jawab kegiatan.
 - b. Mengkaji kasus yang akan dirondekan.
 - c. Mengundang Tim Ronde.
 - d. Membuka dan Menutup kegiatan.
 - e. Memperkenalkan Tim Ronde.
2. Ketua Tim (PP) yang menangani pasien.
 - a. Penanggung jawab pasien.
 - b. Penanggung jawab proses keperawatan terhadap pasien.
 - c. Memaparkan proses keperawatan yang sudah dan akan dilakukan.
 - d. Menjelaskan alasan ilmiah tentang proses keperawatan yang sudah dan akan dilakukan.
 - e. Memimpin proses diskusi.
3. Perawat Asosiasi (PA) yang menangani pasien.
 - a. Bersama dengan Ketua Tim menjadi penanggung jawab pasien.
 - b. Memaparkan tindakan keperawatan yang sudah dan akan dilakukan.
4. Clinical Case Manajer (CCM) atau Konselor Perawat.
 - a. Mengklarifikasi dan memvalidasi proses keperawatan yang sudah dan akan dilakukan.
 - b. Memberikan justifikasi.
 - c. Memberikan reinforcement.
 - d. Menilai kebenaran dari suatu masalah, intervensi keperawatan serta tindakan yang rasional.

- e. Mengoreksi, mengarahkan dan menentukan proses keperawatan yang sebaiknya dilakukan.
 - f. Mengintegrasikan teori dan konsep yang telah dipelajari.
5. Tim Kesehatan lain sesuai dengan masalah pasien.
- a. Mengklarifikasi dan memvalidasi data, kondisi pasien dan tindakan yang sudah dan akan dilakukan.
 - b. Menilai kebenaran dari suatu masalah.
 - c. Memberikan reinforcement.
 - d. Mengarahkan dan menyetujui hasil diskusi.
6. Pasien.
- a. Menjawab semua klarifikasi yang ditanyakan dengan baik.
 - b. Bekerja sama dengan baik dengan Tim Ronde dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

F. Sarana dan Prasarana

1. Status (Rekam Medis) pasien.
2. Informed concern pasien.
3. Rencana kerja harian Ketua Tim.
4. Rencana kerja harian perawat asosiasi.
5. Buku catatan dan bolpen
6. LCD.
7. Ruang diskusi.

G. Metoda Pelaksanaan

1. Pemaparan Status dan Proses Keperawatan pasien.
2. Diskusi.
3. Bed site.

H. Waktu Pelaksanaan

Ronde Keperawatan dilaksanakan segera setelah identifikasi pasien dilakukan, baik oleh Kepala Ruang; Clinical Instruktur dan atau oleh Ketua Tim yang menangani pasien.

I. Langkah-langkah Kegiatan

1. Perencanaan.

- a. Menentukan kasus pasien yang akan dirondekan sesuai dengan kriteria pasien yang sudah ditentukan.
- b. Membuat persiapan pelaksanaan
 - 1). Membuat proposal pelaksanaan Ronde Keperawatan (waktu pelaksanaan, tempat dan Tim Ronde)
 - 2). Membuat ringkasan proses keperawatan yang sudah dilaksanakan.
 - 3). Mencari dan mempersiapkan referensi yang terkait dengan kasus pasien
 - 4). Mempersiapkan SOP Ronde Keperawatan
 - 5). Mempersiapkan form informed concern
 - 6). Mempersiapkan undangan untuk Tim Ronde Keperawatan.
 - 7). Mempersiapkan tempat pelaksanaan.

2. Pengorganisasian dan pelaksanaan.

c. Koordinasi dan komunikasi

- 1). Melakukan Koordinasi dan Komunikasi
 - a). Berkoordinasi dengan karu tentang pelaksanaan Ronde Keperawatan
 - b). Menyampaikan undangan untuk Tim Ronde
- 2). Membuat informed concern
 - a). Menjelaskan tujuan Ronde pada pasien dan keluarganya.
 - b). Menyerahkan informed concern dan ditandatangani oleh pasien dan keluarganya jika sudah menyetujui.

d. Pelaksanaan Ronde

- 1). Pembukaan
 - a). Kepala Ruangan membuka acara.
 - b). Kepala Ruangan menyampaikan tujuan Ronde.
 - c). Kepala Ruangan menginformasikan identitas pasien dan masalah medisnya.
 - d). Kepala Ruangan memperkenalkan anggota Tim Ronde.
 - e). Kepala Ruangan mempersilahkan kepala Tim untuk memimpin pelaksanaan Ronde.

2). Pelaksanaan

- a). Ketua Tim memaparkan proses keperawatan (data, diagnosa, intervensi, implementasi keperawatan yang sudah dilakukan dan hasil evaluasinya).
- b). Ketua Tim memaparkan permasalahan yang terjadi.
- c). Tim Ronde melakukan diskusi pemecahan masalah dengan menggunakan critical thinking.
- d). Perawat Konselor menyampaikan klarifikasi, justifikasi, reinforcement, validasi, mengarahkan, koreksi, integrasi dan intervensi masalah keperawatan
- e). Tim Ronde mengunjungi pasien untuk melakukan klarifikasi masalah yang terjadi secara bed site dan mencari solusi masalah
- f). Tim Ronde kembali ke ruangan diskusi untuk menyelesaikan kasus pasien
- g). Ketua Tim menetapkan kesimpulan dan rekomendasi penanganan kasus yang akan dilakukan terhadap pasien.
- h). Ketua Tim menyerahkan kembali pada kepala ruangan untuk menutup acara.

3). Penutupan

Kepala ruangan menutup acara Ronde Keperawatan dengan doa penutup.

3. Pendokumentasian.

Melakukan pencatatan dan pelaporan acara Ronde Keperawatan

- c. Melengkapi pencatatan dan pelaporan acara Ronde Keperawatan
- d. Menandatangani laporan Ronde Keperawatan

Bagan Langkah – Langkah Kegiatan Ronde Keperawatan

Tahap Perencanaan

Karu, CI dan atau Ketua Tim



Penetapan Pasien



Persiapan pasien :

- Informed Concern
- Hasil Pengkajian/ Validasi Data



Penyajian Masalah

Tahap Pelaksanaan

di Ruang Diskusi

- Apa data-data yang ada?
- Apa diagnosa keperawatan?
- Apa rencana keperawatan?
- Apa tindakan keperawatan?
- Bagaimana kolaborasinya?
- Bagaimana kualitas



Validasi Data



Diskusi Tim Ronde



Validasi Data pada pasien dan mencari solusi



Diskusi Tim Ronde



Kesimpulan dan Rekomendasi Solusi Masalah



Pencatatan dan pelaporan serta penandatanganan

Tahap pelaksanaan

di kamar pasien.....

Dokumentasi

			<ul style="list-style-type: none"> d). Mempersiapkan SOP Ronde Keperawatan e). Mempersiapkan form informed concern f). Mempersiapkan undangan untuk Tim Ronde Keperawatan (Karu, Ka.Tim, PA, Perawat Konselor, Dokter, CI dan Supervisor Keperawatan) g). Mempersiapkan tempat pelaksanaan 		
2.	Pengorganisasian dan Pelaksanaan				
	a. Koordinasi dan komunikasi	1). Melakukan Koordinasi dan Komunikasi	a) Berkoordinasi dengan karu tentang pelaksanaan Ronde Keperawatan		
			b) Menyampaikan undangan untuk Tim Ronde		
		2). Membuat informed concern	a) Menjelaskan tujuan Ronde pada pasien dan keluarganya		
			b) Menyerahkan informed concern dan ditandatangani oleh pasien dan keluarganya jika sudah menyetujui		
	b. Pelaksanaan Ronde	1). Pembukaan Ronde Keperawatan	a). Kepala Ruangan membuka acara Ronde Keperawatan		
			b). Kepala Ruangan menyampaikan tujuan Ronde Keperawatan		
			c). Kepala Ruangan menginformasikan identitas pasien dan masalah medisnya		

			d). Kepala Ruangan memperkenalkan anggota Tim Ronde		
			e). Kepala Ruangan mempersilahkan ka. Tim untuk memimpin pelaksanaan Ronde		
	Universitas Esa Unggul	2). Pelaksanaan Ronde Keperawatan	a). Ketua Tim memaparkan proses keperawatan (data, diagnosa, intervensi, implementasi keperawatan yang sudah dilakukan dan hasil evaluasinya)		
			b). Ketua Tim memaparkan permasalahan yang terjadi		
			c). Tim Ronde melakukan diskusi pemecahan masalah dengan menggunakan critical thinking		
			d). Perawat Konselor menyampaikan klarifikasi, justifikasi, reinforcement, validasi, mengarahkan, koreksi, integrasi dan intervensi masalah keperawatan		
	Universitas Esa Unggul		e). Tim Ronde mengunjungi pasien untuk melakukan klarifikasi masalah yang terjadi secara bed site dan mencari solusi masalah		
			f). Tim Ronde kembali ke ruangan diskusi untuk menyelesaikan kasus pasien		
			g). Ketua Tim menetapkan kesimpulan dan rekomendasi penanganan kasus yang akan dilakukan terhadap pasien		

			i). Ketua Tim menyerahkan kembali pada kepala ruangan untuk menutup acara		
	f. Penutupan Ronde	6). Penutupan Ronde Keperawatan	a). Kepala ruangan menutup acara Ronde Keperawatan dengan doa penutup		
3.	Pendokumentasian				
	c. Pelaporan dan pendokumentasian	3). Melakukan pencatatan dan pelaporan acara Ronde Keperawatan	a). Melengkapi pencatatan dan pelaporan acara Ronde Keperawatan		
			b). Menandatangani laporan Ronde Keperawatan		

Tanda Tangan Asesor

(.....)

Jakarta, 2012

Tanda Tangan Asesi

(.....)

Pengelolaan Obat

Oleh Mira Asmirajanti, SKp, MKep

A. Pendahuluan

Pengelolaan terhadap penggunaan dan konsumsi obat, sebagai salah satu peran perawat yang harus dilakukan dalam suatu pola/ alur yang sistematis sehingga penggunaan obat secara benar dapat dikelola oleh perawat sehingga resiko kerugian baik secara material maupun secara non material dapat diminimalkan.

B. Tujuan Pengelolaan Obat

1. Tujuan Umum

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kepada klien, terutama dalam pemberian obat.
- b. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat secara hukum maupun secara moral.
- c. Mempermudah pengelolaan obat secara efektif dan efisien.

2. Tujuan Khusus

- a. Menyeragamkan pengelolaan obat.
- b. Mengamankan obat – obat yang dikelola.
- c. Mengupayakan ketepatan pemberian obat dengan prinsip enam benar.

C. Tehnik Pengelolaan Obat Sentralisasi

Tehnik pengelolaan obat sentralisasi adalah pengelolaan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan pada pasien diserahkan sepenuhnya pada perawat. Pengeluaran dan pembagian obat sepenuhnya dilakukan oleh perawat. Penanggung jawab pengelolaan obat adalah kepala ruangan yang secara operasional dapat didelegasikan pada staf yang ditunjuk. Keluarga wajib mengetahui dan ikut serta mengontrol penggunaan obat. Pengelolaan obat sentralisasi adalah sebagai berikut:

1. Penerimaan obat :

- a. Obat yang telah diresepkan dan telah diambil oleh keluarga diserahkan kepada perawat dengan menerima lembar serah terima obat.

- b. Perawat menuliskan nama pasien, register, jenis obat, jumlah dan sediaan dalam kartu kontrol dan diketahui oleh keluarga / klien dalam buku masuk obat. Keluarga atau klien selanjutnya mendapatkan penjelasan kapan/ bilamana obat tersebut akan habis.
- c. Klien/ keluarga untuk selanjutnya mendapatkan salinan obat yang harus diminum beserta sediaan obat.
- d. Obat yang telah diserahkan selanjutnya disimpan oleh perawat dalam kotak obat.

2. Pembagian obat

- a. Obat yang diterima untuk selanjutnya disalin dalam buku daftar pemberian obat.
- b. Obat – obat yang telah disiapkan untuk selanjutnya diberikan oleh perawat dengan memperhatikan alur yang tercantum dalam buku daftar pemberian obat, dengan terlebih dahulu dicocokkan dengan terapi di instruksi dokter dan kartu obat yang ada pada klien.
- c. Pada saat pemberian obat, perawat menjelaskan macam obat, kegunaan obat, jumlah obat dan efek samping.
- d. Sediaan obat yang ada selanjutnya dicek tiap pagi oleh kepala ruangan/ petugas yang ditunjuk dan didokumentasikan dalam buku masuk obat. Obat yang hampir habis diinformasikan pada keluarga dan kemudian dimintakan kepada dokter penanggung jawab pasien.

3. Penambahan obat baru

- a. Informasi ini akan dimasukkan dalam buku masuk obat dan sekaligus dilakukan perubahan dalam kartu sediaan obat.
- b. Obat yang bersifat tidak rutin maka dokumentasi hanya dilakukan pada buku masuk obat dan selanjutnya diinformasikan pada keluarga dengan kartu khusus obat.

4. Obat Khusus

- a. Sediaan memiliki harga yang cukup mahal, menggunakan rute pemberian obat yang cukup sulit, memiliki efek samping yang cukup besar.
- b. Pemberian obat khusus menggunakan kartu khusus.

- c. Informasi yang diberikan kepada keluarga/ klien : nama obat, kegunaan, waktu pemberian, efek samping, penanggung jawab obat, dan wadah obat. Usahakan terdapat saksi dari keluarga saat pemberian obat.

D. Teknik Pengelolaan Obat Desentralisasi

Teknik pengelolaan obat desentralisasi merupakan kebalikan dari teknik pengelolaan obat sentralisasi. Teknik pengelolaan obat desentralisasi adalah sebagai berikut:

1. Penerimaan dan pencatatan obat

- a. Obat yang telah diambil oleh keluarga diserahkan pada perawat.
- b. Obat yang diserahkan dicatat dalam buku masuk obat.
- c. Perawat menyerahkan kartu pemberian obat kepada keluarga / pasien.
- d. Penyuluhan tentang : rute pemberian obat, waktu pemberian, tujuan, efek samping.
- e. Perawat menyerahkan kembali obat pada keluarga / pasien dan menandatangani lembar penyuluhan.

2. Pemberian obat

- a. Perawat melakukan kontroling terhadap pemberian obat.
- b. Dicek apakah ada efek samping, pengecekan setiap pagi hari untuk menentukan obat benar – benar diminum sesuai dosis.
- c. Obat yang tidak sesuai/ berkurang dengan perhitungan diklarifikasi dengan keluarga

3. Penambahan obat

- a. Penambahan obat dicatat dalam buku masuk obat.
- b. Melakukan penyuluhan obat baru sebelum diserahkan pada pasien.

4. Obat khusus

- a. Penyuluhan obat khusus diberikan oleh perawat primer.
- b. Pemberian obat khusus sebaiknya oleh perawat.

PERENCANAAN PASIEN PULANG (DISCHARGE PLANNING)

Mira Asmirajanti, SKp, MKep

A. Pengertian

Discharge Planning (Perencanaan Pasien Pulang) merupakan komponen sistem perawatan berkelanjutan, pelayanan yang diperlukan klien secara berkelanjutan dan bantuan untuk perawatan berlanjut pada klien dan membantu keluarga menemukan jalan pemecahan masalah dengan baik, pada saat tepat dan sumber yang tepat dengan harga yang terjangkau (Swansburg, 2002).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Membantu klien dan keluarga untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga.
- b. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien.
- c. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain.
- d. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam memperbaiki dan mempertahankan status kesehatan pasien.
- e. Melaksanakan rentang perawatan antar rumah sakit dan masyarakat.
- f. Menjamin perawatan yang berkelanjutan di saat keadaan yang penuh dengan stress.

C. Manfaat

1. Menurunkan jumlah kekambuhan, penurunan kembali di rumah sakit, dan kunjungan ke ruangan kedaruratan yang tidak perlu kecuali untuk beberapa diagnosa.
2. Membantu klien untuk memahami kebutuhan setelah perawatan dan biaya pengobatan.
3. Bahan pendokumentasian keperawatan.

D. Prinsip-prinsip Discharge Planning

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

E. Pelaksana Discharge Planning

1. Kepala ruangan.
2. Ketua Tim.

F. Karakteristik Pasien

Seluruh pasien/ keluarga yang datang dirawat di rumah sakit.

G. Sarana dan Prasarana

1. Status klien
2. Resume klien
3. Format discharge planning
4. Surat kontrol
5. Surat rujukan
6. Buku catatan dan bolpen

H. Metoda Pelaksanaan

1. Bed site.
2. Diskusi.

I. Waktu Pelaksanaan

Rencana pulang yang dimulai setelah 7 jam pasien masuk rumah sakit dan secara periodik diperbaiki sehingga mencapai tahap akhir dan segera dilaksanakan. Periksa apakah pasien/orang terdekat telah mendapat instruksi tertulis atau instruksi verbal tentang penanganan, obat-obatan dan aktivitas yang boleh dilakukan di rumah. Tanda dan gejala yang menunjukkan perlunya kontak yang terus-menerus dengan pelayanan kesehatan perlu ditinjau.

J. Tahap-tahap Discharge Planning

1. Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan dan pengorganisasian data tentang klien. Ketika melakukan pengkajian kepada klien, keluarga merupakan bagian dari unit perawatan. Klien dan keluarga harus aktif dilibatkan dalam proses discharge agar transisi dari rumah sakit ke rumah dapat efektif. Elemen penting dari pengkajian discharge planning adalah :

- a. Data Kesehatan.
- b. Data Pribadi.
- c. Pemberi Perawatan.
- d. Lingkungan
- e. Keuangan dan Pelayanan yang dapat mendukung

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan didasarkan pada pengkajian discharge planning, dikembangkan untuk mengetahui kebutuhan klien dan keluarga. Keluarga sebagai unit perawatan memberi dampak terhadap anggota keluarga yang membutuhkan perawatan. Adalah penting untuk menentukan apakah masalah tersebut aktual atau potensial.

3. Perencanaan : Hasil yang diharapkan

Menurut Swansburg, 2002, perencanaan pemulangan pasien membutuhkan identifikasi kebutuhan spesifik klien. Kelompok perawat berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik untuk persiapan pulang klien, yang disingkat dengan METHOD, yaitu :

a. Medication (obat)

Pasien sebaiknya mengetahui obat yang harus dilanjutkan setelah pulang.

b. Environment (Lingkungan)

Lingkungan tempat klien akan pulang dari rumah sakit sebaiknya aman. Pasien juga sebaiknya memiliki fasilitas pelayanan yang dibutuhkan untuk kontinuitas perawatannya.

c. Treatment (pengobatan)

Perawat harus memastikan bahwa pengobatan dapat berlanjut setelah klien pulang, yang dilakukan oleh klien atau anggota keluarga. Jika hal ini tidak memungkinkan, perencanaan harus dibuat sehingga seseorang dapat berkunjung ke rumah untuk memberikan keterampilan perawatan.

d. Health Teaching (Pengajaran Kesehatan)

Klien yang akan pulang sebaiknya diberitahu bagaimana mempertahankan kesehatan. Termasuk tanda dan gejala yang mengindikasikan kebutuhan perawatan kesehatan tambahan.

e. Outpatient referral

Klien sebaiknya mengenal pelayanan dari rumah sakit atau agen komunitas lain yang dapat meningkatkan perawatan yang kontinu.

f. Diet

Klien sebaiknya diberitahu tentang pembatasan pada dietnya. Ia sebaiknya mampu memilih diet yang sesuai untuk dirinya.

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana pengajaran dan referral. Seluruh pengajaran yang diberikan harus didokumentasikan pada catatan perawat dan ringkasan pulang (Discharge summary). Instruksi tertulis diberikan kepada klien.

Demonstrasi ulang menjadi harus memuaskan. Klien dan pemberi perawatan harus memiliki keterbukaan dan melakukannya dengan alat yang akan digunakan di rumah. Penyerahan home care dibuat sebelum klien pulang. Informasi tentang klien dan perawatannya diberikan kepada agen tersebut. Seperti informasi tentang jenis pembedahan, pengobatan (termasuk kebutuhan terapi cairan IV di rumah), status fisik dan mental klien, faktor sosial yang penting (misalnya kurangnya pemberi perawatan, atau tidak ada pemberi perawatan) dan kebutuhan yang diharapkan oleh klien. Transportasi harus tersedia pada saat ini.

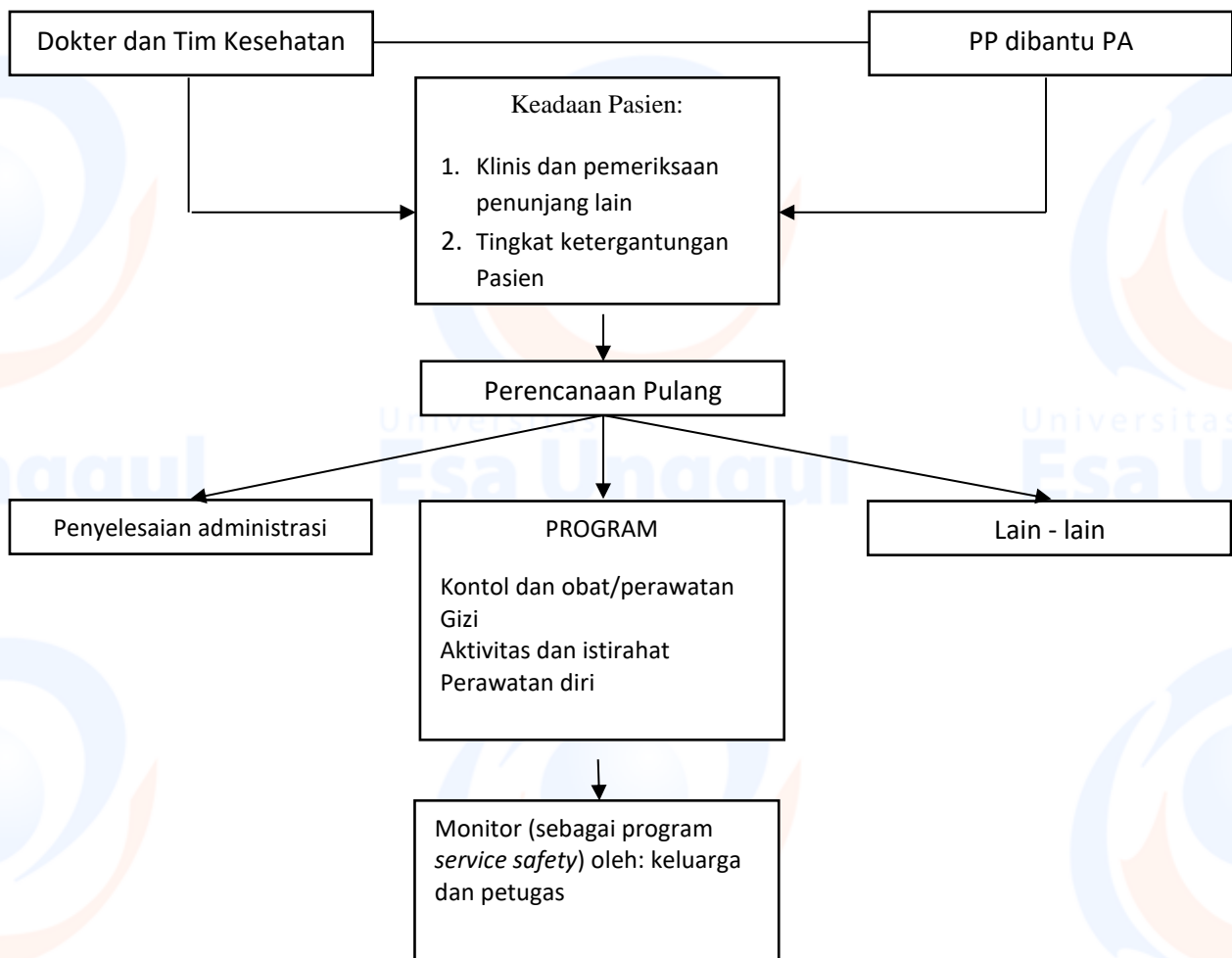
5. Evaluasi

Evaluasi terhadap discharge planning adalah penting dalam membuat kerja proses discharge planning. Perencanaan dan penyerahan harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai. Evaluasi berjalan terus-menerus dan membutuhkan revisi dan juga perubahan.

Evaluasi lanjut dari proses pemulangan biasanya dilakukan seminggu setelah klien berada di rumah.. Ini dapat dilakukan melalui telepon, kuisisioner atau kunjungan rumah (home visit). Keberhasilan program rencana pemulangan tergantung pada enam variable :

- a. Derajat penyakit
- b. Hasil yang diharapkan dari perawatan
- c. Durasi perawatan yang dibutuhkan
- d. Jenis-jenis pelayanan yang diperlukan
- e. Komplikasi tambahan
- f. Ketersediaan sumber-sumber

K. Alur



DAFTAR CEK KEGIATAN PRAKTEK

Kode Unit : _____ Nama Asesi : _____

Judul Unit : **Bertindak sebagai role model ketua tim yang efektif pada Perencanaan Pasien Pulang dalam Manajemen Asuhan Keperawatan** Nama Asesor : _____

Tanggal Asesmen : _____

No	Indikator Unjuk Kerja	Daftar Tugas	Poin yang diamati	Pencapaian	
				Ya	Tidak
1.	Perencanaan				
	a. Mengidentifikasi pelaksanaan perencanaan pasien pulang	5). Mengidentifikasi perencanaan pasien pulang	a). Resume hasil pengkajian pada pasien		
			b). Pengkajian perawatan yang berkesinambungan setelah perawatan di RS		
			c). Pengkajian faktor pendukung ketika dan setelah perawatan di RS		
	b. Merencanakan pasien pulang	2). Merencanakan pasien pulang	a). Merencanakan tindakan keperawatan berdasarkan respon manusia dan penyakit.		
			b). Menetapkan perencanaan pasien pulang berdasarkan pada kompleksitas transisi pasien terhadap kondisi kesehatannya.		
			c). Membahas Rencana kepulangan pasien bersama pasien dan keluarganya.		

2. Pengorganisasian dan Pelaksanaan					
	g. Pelaksanaan persiapan pemulangan pasien	7). Pelaksanaan Orientasi pasien baru oleh ka.Tim	a). Mengkoordinasikan keperluan terhadap pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial pasien setelah pulang.		
			b). Memfasilitasi dalam berhubungan dengan pelayanan kesehatan.		
			c). Negosiasi dengan petugas kesehatan pada pelayanan kehatan		
			d). Penyuluhan kesehatan sebagai <i>basic discharge plan</i> .		
			e). Merujuk pada pelayanan kesehatan jika berhubungan dengan tingkat keulangannya perlu <i>simple referral</i> .		
			f). Mengkoordinasi kan dan kolaborasi dengan tim interdisiplin pada pasien dengan resiko tinggi setelah keulangannya perlu <i>complex referral</i>		
	h. Evaluasi hasil tindakan	8). Mengevaluasi hasil tindakan	a). Mengevaluasi kondisi fisik pasien.		
			b). Mengevaluasi respon psikologik pasien menghadapi keulangan.		
			c). Mempersiapkan rencana tindak lanjut (<i>continuity of care</i>) sesuai kebutuhan.		

3.	Pendokumentasian			
	d. Pelaporan dan pendokumentasian	4). Mendokumentasi kan hasil tindakan	5.1 Mencatat data tindakan keperawatan.	
			5.2 Mencatat respon fisik dan psikologis.	
			5.3 Membuat Dokumen tindak lanjut untuk continuity of care	

Jakarta, 2012

Tanda Tangan Asesor

(.....)

Tanda Tangan Asesi

(.....)