

KEGIATAN PRAKTIK 1

PRAKTIK PENERIMAAN PASIEN BARU

Sebelum mengikuti kegiatan praktik ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep model asuhan keperawatan profesional (MAKP) dan aplikasi kegiatan. Anda juga diharapkan memahami teknik kegaitan MAKP dan menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan.

Kegiatan praktik 1 ini akan memberikan pengalaman kepada anda bagaimana melakukan penerimaan pasien baru, membina hubungan saling percaya dan melakukan pengkajian kepada pasien.

Setelah mempelajari kegiatan praktik 1 (unit 1) ini, diharapkan anda dapat :

1. Menerima dan menyambut kedatangan pasien dengan senyum dan salam
2. Meningkatkan komunikasi terapeutik antara perawat, keluarga dan pasien
3. Mengetahui kondisi pasien secara umum
4. Melakukan atau melengkapi pengkajian pasien baru
5. Mengurangi kecemasan keluarga dan pasien
6. Membina hubungan saling percaya

Uraian Materi

Penerimaan pasien baru adalah suatu cara dalam menerima kedatangan pasien baru pada suatu ruangan. Dalam penerimaan pasien baru disampaikan beberapa hal mengenai orientasi ruangan, perawatan, medis dan tata tertib ruangan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan penerimaan pasien baru adalah sebagai berikut :

1. Pelaksanaan secara efektif dan efisien
2. Dilakukan oleh kepala ruangan, perawat primer atau perawat pelaksana yang telah diberi wewenang atau delegasi.
3. Saat pelaksanaan tetap menjaga privasi pasien

4. Saat berkomunikasi dengan pasien dan keluarga tetaplah tersenyum dan gunakan komunikasi terapeutik

Persiapan alat

1. Lembar pasien masuk RS
2. Buku status dan lembar dokumentasi pengkajian Asuhan Keperawatan
3. Nursing kit dan set pemeriksaan fisik
4. Lembar informed consent sentralisasi obat
5. Lembar tingkat kepuasan pasien
6. Lembar tata tertib pasien

Alur penerimaan pasien baru

Pra

Karu memberitahu Katim akan ada pasien baru



Katim menyiapkan:

1. Lembar pasien masuk RS
2. Buku status dan lembar format pengkajian pasien
3. *Nursing kit*
4. *Informed consent* sentralisasi obat
5. Lembar tata-tertib pasien dan pengunjung
6. Lembar tingkat kepuasan pasien
7. Tempat tidur pasien baru



Pelaksanaan

Karu, Katim dan perawat menyambut pasien



Katim menjelaskan segala sesuatu yang tercantum dalam lembar penerimaan pasien baru



Anamnesa pasien baru oleh katim dan perawat



Post

Terminasi



Evaluasi

Latihan

DEFINISI: Suatu tindakan untuk menerima dan menyambut kedatangan pasien serta membina hubungan saling percaya

TUJUAN :

1. Mengetahui kondisi pasien secara umum
2. Melakukan atau melengkapi pengkajian pasien baru
3. Mengurangi kecemasan keluarga dan pasien
4. Membina hubungan saling percaya

No	Aspek yang dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
	Pra Penerimaan Pasien Baru		
1	Kepala Ruangan memberitahu kepada Kepala Tim bahwa ada pasien baru		
2	Kepala Tim menyiapkan hal-hal yang diperlukan dalam penerimaan pasien baru (lembar pasien masuk RS, lembar pengkajian, lembar <i>informed consent</i> , status pasien, <i>nursing kit</i> , lembar tata tertib pasien, lembar kepuasan pasien, dan kartu penunggu)		
3	Kepala Tim meminta bantuan Perawat Pelaksana untuk menyiapkan tempat tidur pasien baru		
4	Kepala Ruangan menanyakan persiapan penerimaan pasien baru		
	Pelaksanaan Penerimaan Pasien baru		
5	Kepala Ruangan beserta Kepala Tim dan Perawat Pelaksana menyambut pasien dan keluarga dengan memberi salam, dan memperkenalkan : <ul style="list-style-type: none"> • Diri • Kepala ruangan, Kepala Tim dan Perawat Pelaksana • Dokter yang bertanggung jawab • Tenaga non keperawatan (admin, ahli gizi, dll) 		
6	Kepala ruangan, Kepala Tim dan Perawat Pelaksana memastikan kondisi pasien dalam kondisi aman dan nyaman kemudian Perawat Pelaksana melakukan pengkajian pada pasien baru secara ringkas		
7	Kepala ruangan mempersilakan Kepala Tim untuk menjelaskan : <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas Rumah sakit 		

	<ul style="list-style-type: none"> • berkinjung • sekamar • pengurusan administrasi • sakit • diagnosis, terapi pasien 	<p>Tata cara</p> <p>Teman yang</p> <p>Tata cara</p> <p>Peraturan rumah</p> <p>Penyakit /</p>		
9	Kepala Tim mengorientasikan pasien/penunggu pasien untuk mengetahui orientasi letak ruang perawat, ruang dokter, kamar mandi, ruang administrasi, ruang farmasi, ruang gizi dan dapur, kepala ruangan, perawat penanggung jawab dan tenaga non keperawatan yang akan berhubungan dengan pasien			
10	Perawat Pelaksana melengkapi pengkajian pasien baru			
	Post Penerimaan Pasien Baru			
11	Kepala Tim dan Perawat Pelaksana memberikan/melaporkan hasil dari proses penerimaan pasien baru kepada Kepala ruangan			
12	Kepala ruangan mengecek kembali kelengkapan pendokumentasian penerimaan pasien baru dan memberi tanda tangan			
13	Kepala Ruangan memberikan <i>reward</i> kepada Kepala Tim dan Perawat Pelaksana			

Rangkuman

Penerimaan pasien baru bertujuan untuk menciptakan rasa aman dan nyaman pada pasien saat memasuki ruangan perawatan yang baru agar pasien mampu melakukan adaptasi ruangan dengan lebih baik, sehingga tingkat kecemasan pasien dapat berkurang. Terciptanya rasa aman dan nyaman ini diharapkan dapat memberikan kepuasan pada klien yang nantinya akan mampu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Pre test – Post test 1

1. Tujuan kegiatan penerimaan pasien baru merupakan dibawah ini kecuali ...

- A. Melakukan atau melengkapi pengkajian pasien baru
 - B. Mengetahui rencana tindakan pada pasien
 - C. Mengurangi kecemasan keluarga dan pasien
 - D. Membina hubungan saling percaya
2. Pada saat bertugas perawat menerima info dari kepala ruangan bahwa akan datang pasien baru dari IGD. Sebagai seorang ketua tim maka tugas dalam penerimaan pasien baru adalah ...
- A. Menyiapkan nursing kit
 - B. Memeriksa kelengkapan berkas
 - C. Melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik
 - D. Menandatangani lembar penerimaan pasien baru
3. Informasi yang tidak perlu disampaikan oleh perawat kepada pasien atau keluarga saat melakukan penerimaan pasien baru adalah...
- A. Fasilitas ruangan
 - B. Penjelasan system sentralisasi obat
 - C. Perkiraan biaya perawatan pasien
 - D. Tata tertib penunggu pasien
4. Beberapa hal yang tidak dilakukan dalam penerimaan pasien baru adalah ...
- A. Pelaksanaan secara efektif dan efisien
 - B. Dilakukan oleh kepala perawat yang telah diberi wewenang
 - C. Saat pelaksanaan tetap menjaga privasi klien
 - D. Ajak pasien komunikasi yang baik dan beri sentuhan terapeutik
5. Pengkajian keperawatan selama penerimaan pasien baru dilakukan oleh ...
- A. Kepala ruangan
 - B. Kepala tim
 - C. Perawat pelaksana
 - D. Tenaga administrasi

Uji Ketrampilan

1. Kelas dibagi menjadi 8 kelompok dengan masing-masing mempunyai jumlah anggota 5-6 orang
2. Tentukan peran kelompok sebagai 1) perawat, 2) pasien dan 3) pendukung peran
3. Lakukan latihan dalam kelompok Anda kegiatan penerimaan pasien baru

4. Lakukanlah bermain peran secara bergantian sebagai kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana
5. Praktekkan latihan penerimaan pasien baru
6. Mintalah teman anda melakukan observasi dari kegiatan praktik yang diperagakan
7. Buatlah laporan kegiatan dan kumpulkan tugas pada fasilitator

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Aspek Positif :.....

Aspek Negatif :.....

Kesimpulan hasil :.....

Saran/ tindak lanjut :.....

Cocokkan jawaban anda dengan kunci Jawaban Tes formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul pratikum. Hitunglah jawaban benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan :

90 – 100 % = baik sekali

80 – 89 % = baik

70 – 79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Bagus !

Saudara dapat meneruskan dengan Kegiatan Praktikum 2. Tetapi jika masih di bawah 80% Saudara harus mengulangi materi Kegiatan Praktikum 1 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIK 2 PRAKTIK SENTRALISASI OBAT

Sebelum mengikuti kegiatan praktik ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep model asuhan keperawatan profesional (MAKP) dan aplikasi kegiatan. Anda juga diharapkan memahami teknik kegaitan MAKP dan menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan.

Kegiatan praktik 2 ini akan memberikan pengalaman kepada anda bagaimana melakukan sentralisasi obat dengan menerapkan pemberian obat secara tepat dan benar sesuai dengan prinsip 6 T dan 1 W (tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu, tepat cara pemberian, tepat dokumentasi dan waspada efek samping obat) dan mendokumentasikan hasil pengelolaan sentralisasi obat.

Setelah mempelajari kegiatan praktik 2 (unit 2) ini, diharapkan anda dapat :

1. Memahami konsep sentralisasi obat
2. Melaksanakan sentralisasi obat klien bekerja sama dengan perawat, dokter dan bagian farmasi.
3. Mendokumentasikan hasil pelaksanaan pengelolaan sentralisasi obat.

Uraian Materi

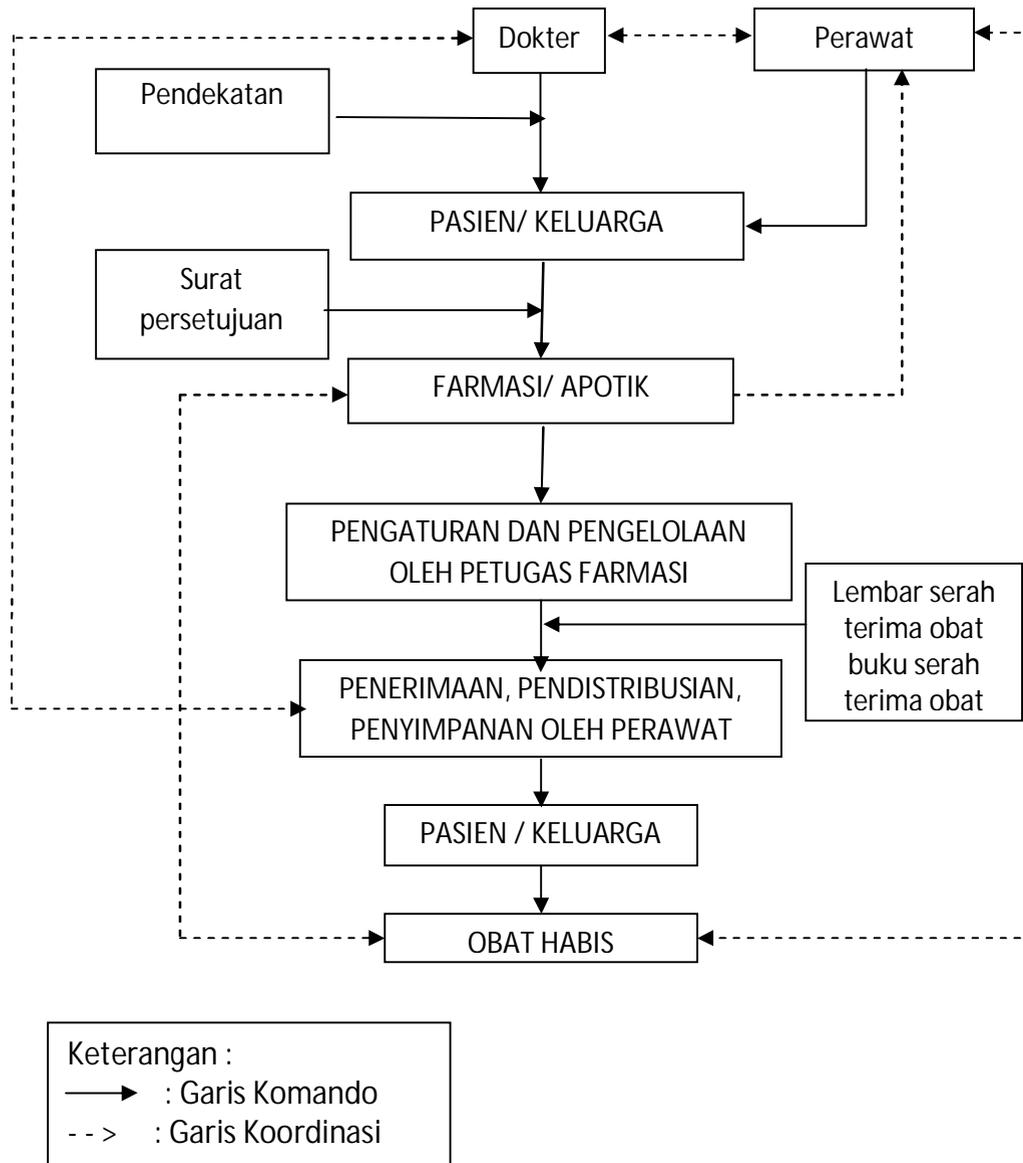
Sentralisasi obat adalah pengelolaan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya oleh perawat (Nursalam,2002). Kontroling terhadap penggunaan dan konsumsi obat merupakan salah satu peran perawat sehingga perlu dilakukan dalam satu pola/alur yang sistematis sehingga penggunaan obat benar-benar dikontrol oleh perawat sehingga resiko kerugian baik material maupun nonmaterial dapat dieliminir. Upaya sistematis meliputi uraian terinci tentang pengelolaan obat secara ketat oleh perawat diperlukan sebagai bentuk tanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan keperawatan.

Tehnik pengelolaan obat kontrol penuh sentralisasi adalah pengelolaan obat dimana seluruh obat yang diberikan pada klien diserahkan sepenuhnya oleh perawat.

Persiapan peralatan :

1. Surat persetujuan pengelolaan sentralisasi obat
2. Lemari/ kotak sentralisasi obat
3. Format pemberian obat
4. Format serah terima obat

Alur Sentralisasi Obat (Nursalam, 2002: 183)



Latihan

DEFINISI: Suatu tindakan pengelolaan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya oleh perawat.

TUJUAN : Tujuan pengelolaan obat adalah menggunakan obat secara bijaksana dan menghindari pemborosan, sehingga kebutuhan asuhan keperawatan pasien dapat terpenuhi.

No	Aspek yang dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
	Pra Sentralisasi obat		
1	Kepala Ruangan memberitahu kepada Kepala Tim bahwa ada pasien baru		
2	Kepala Tim menyiapkan hal-hal yang diperlukan dalam sentralisasi obat		
3	Kepala Tim meminta bantuan Perawat Pelaksana untuk menyiapkan sentralisasi obat		
4	Kepala Ruangan menanyakan persiapan sentralisasi obat		
	Pelaksanaan Sentralisasi Obat		
5	Kepala ruangan mempersilakan Kepala Tim untuk menjelaskan Sentralisasi obat		
6	Kepala Tim menjelaskan tentang definisi, tujuan, manfaat dan prosedur sentralisasi obat (<i>informed consent</i> , lembar serah terima obat, daftar pemberian obat dan tempat penyimpanan obat kepada pasien dan keluarga, tujuan, dan manfaat dilaksanakan sentralisasi obat). Kepala Tim memberi kesempatan keluarga untuk bertanya		
7	Kepala Tim mengorientasikan pasien/penunggu pasien untuk mengetahui orientasi letak ruang farmasi		
8	Saat orientasi di ruang depo farmasi, Kepala Tim mengenalkan petugas depo farmasi, pasien/penunggu pasien mendemonstrasikan sentralisasi obat		
9	Kepala Tim menerima obat dari keluarga, mengisi lembar serah terima obat, kemudian Kepala Tim menyimpan obat yang telah diterima di lemari obat dan memberi penjelasan pada pasien/penunggu pasien bahwa obat akan tersimpan dengan aman (6 T + 1W)		
10	Kepala Tim mengisi lembar penerimaan pasien baru dan persetujuan dilakukan sentralisasi obat		
11	Kepala Tim, keluarga pasien menandatangani lembar penerimaan pasien baru dan persetujuan sentralisasi obat		
	Post Sentralisasi Obat		
12	Kepala Tim dan Perawat Pelaksana memberikan/melaporkan hasil dari proses		

	sentralisasi obat kepada Kepala ruangan		
13	Kepala ruangan mengecek kembali kelengkapan pendokumentasian sentralisasi obat dan memberi tanda tangan		
14	Kepala Ruangan memberikan <i>reward</i> kepada Kepala Tim dan Perawat Pelaksana		

Rangkuman

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. Sentralisasi obat ditujukan agar tidak terjadi penyalahgunaan obat yang dapat merugikan pasien.

Pre test – Post test 2

- Perawat mendapat delegasi dari kepala ruangan untuk memberikan penjelasan kepada pasien baru tentang sentralisasi obat di ruang perawatan. Hal yang tidak harus dijelaskan pada pasien adalah ...
 - Letak depo farmasi
 - Petugas farmasi
 - Harga obat
 - Tempat penyimpanan obat
- Sebagai kepala ruangan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan sentralisasi obat di ruangan yang harus dilakukan adalah ...
 - Memberikan perlindungan pada pasien terhadap malpraktik
 - Memotivasi pasien untuk patuh pada program terapi
 - Menilai kepatuhan klien terhadap terapi
 - Menjelaskan manfaat sentralisasi obat
- Kepala tim menghubungi dokter untuk menginformasikan bahwa pasien Tn. R (45 th) belum mendapat resep obat. Tindakan tersebut merupakan aplikasi peran katim dalam sentralisasi obat yaitu ...
 - Motivasi pasien untuk mematuhi terapi
 - Melakukan kolaborasi
 - Melindungi pasien dari malpraktik
 - Kontrol pemakaian obat
- Penjelasan sentralisasi obat dapat dinyatakan pasien paham dan setuju dengan melakukan tindakan ...
 - Mau minum obat

- B. Menandatangani informed consent
 - C. Tepat waktu minum obat
 - D. Menyimpan obat dengan baik
5. Hal-hal yang tidak perlu didokumentasikan dalam sentralisasi obat adalah ...
- A. Tepat pasien
 - B. Tepat dosis
 - C. Tepat waktu
 - D. Tepat efek samping obat

Uji Ketrampilan

1. Kelas dibagi menjadi 8 kelompok dengan masing-masing mempunyai jumlah anggota 5-6 orang
2. Tentukan peran kelompok sebagai 1) perawat, 2) pasien dan 3) pendukung peran
3. Lakukan latihan dalam kelompok Anda kegiatan sentralisasi obat
4. Lakukanlah bermain peran secara bergantian sebagai kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana
5. Praktekkan latihan sentralisasi obat
6. Mintalah teman anda melakukan observasi dari kegiatan praktik yang diperagakan
7. Buatlah laporan kegiatan dan kumpulkan tugas pada fasilitator

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Aspek Positif :.....

Aspek Negatif :.....

Kesimpulan hasil :.....

Saran/ tindak lanjut :.....

Cocokkan jawaban anda dengan kunci Jawaban Tes formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul pratikum. Hitunglah jawaban benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan :

90 – 100 % = baik sekali

80 – 89 % = baik

70 – 79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Bagus !

Saudara dapat meneruskan dengan Kegiatan Praktikum 3. Tetapi jika masih di bawah 80% Saudara harus mengulangi materi Kegiatan Praktikum 2 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIK 3 PRAKTIK TIMBANG TERIMA

Sebelum mengikuti kegiatan praktik ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep model asuhan keperawatan profesional (MAKP) dan aplikasi kegiatan. Anda juga diharapkan memahami teknik kegaitan MAKP dan menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan.

Kegiatan praktik 3 ini akan memberikan pengalaman kepada anda bagaimana menyampaikan dan menerima sesuatu atau laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien.

Setelah mempelajari kegiatan praktik 3 (unit 3) ini, diharapkan anda dapat :

1. Menyampaikan masalah, kondisi dan keadaan klien (data fokus)
2. Menyampaikan hal-hal yang sudah atau belum dilakukan dalam asuhan keperawatan pada klien
3. Menyampaikan hal-hal penting yang harus ditindaklanjuti oleh perawat dinas berikutnya
4. Menyusun rencana kerja dan asuhan keperawatan untuk dinas berikutnya

Uraian Materi

Timbang terima (operan) merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan laporan yang berkenaan dengan keadaan pasien. Metode pelaporan : 1) Perawat yang bertanggung jawab terhadap klien melaporkan langsung kepada perawat penanggung jawab berikutnya dengan membawa laporan timbang terima dan 2) Pelaksanaan timbang terima dapat dilakukan di ruang perawat, kemudian dilanjutkan dengan mengunjungi klien satu-persatu terutama pada klien-klien yang memiliki masalah khusus serta memerlukan observasi lebih lanjut.

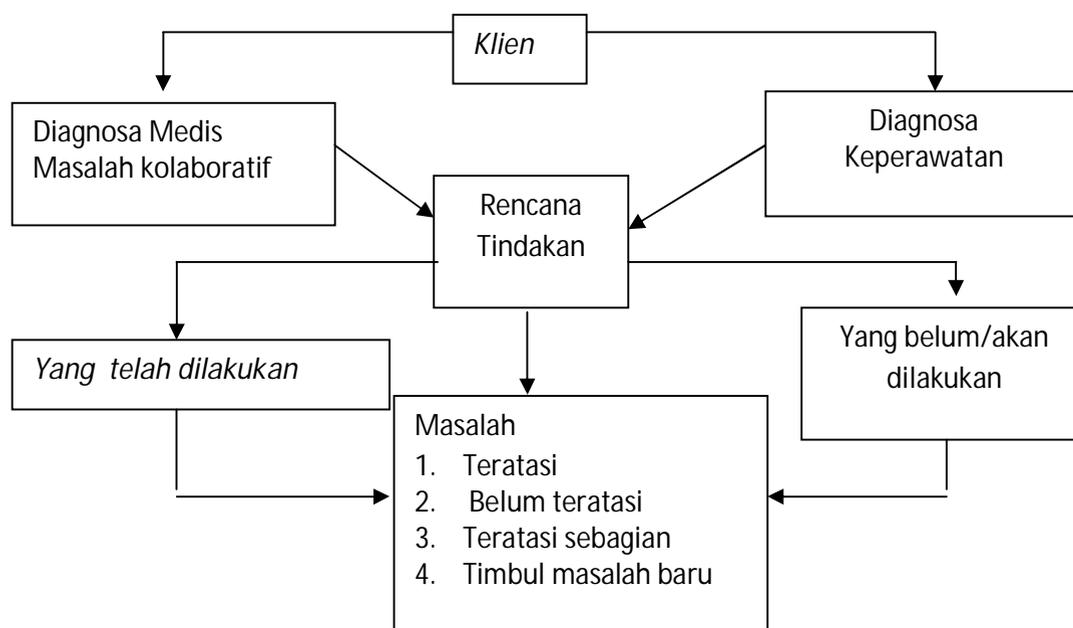
Tujuan timbang terima adalah mengoptimalkan peran dan fungsi perawat dalam mengkomunikasikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan klien sehingga kesinambungan informasi dan asuhan keperawatan dapat

dipertahankan. Timbang terima atau *hands off* terdiri dari 3 yaitu timbang terima antar shift, transfer pasien dan kolaborasi antar profesi.

Persiapan alat

1. Status Klien
2. Buku timbang terima
3. Alat tulis
4. Sarana dan Prasarana perawatan

Alur Timbang Terima



Latihan

DEFINISI: Timbang terima (operan) pasien merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu atau laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien.

TUJUAN: Mengoptimalkan peran dan fungsi perawat dalam mengkomunikasikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan klien sehingga kesinambungan informasi dan asuhan keperawatan dapat dipertahankan

No	Aspek yang dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Persiapan			
1	Timbang terima dilaksanakan setiap pergantian shift/operan		
2	Prinsip timbang terima, semua pasien baru masuk dan pasien yang dilakukan timbang terima khususnya		

	pasien yang memiliki permasalahan yang belum/dapat teratasi serta yang membutuhkan observasi lebih lanjut.		
3	<p>Kepala Tim / Perawat Pelaksana menyampaikan timbang terima kepada Kepala Tim (yang menerima pendelegasian) berikutnya, hal yang perlu disampaikan dalam timbang terima:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aspek umum yang meliputi: MI – M5 Jumlah pasien Identitas pasien dan diagnose medis Data (keluhan/ subyektif dan obyektif) Masalah keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum) Intervensi kolaboratif dan dependen Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan, pemeriksaan penunjang, dan program lainnya) 		
Pelaksanaan : Nurse Station			
4	Kedua kelompok dinas sudah siap		
5	Kelompok yang akan menyerahkan/mengoperkan mempersiapkan hal-hal yang akan disampaikan		
6	Kepala ruangan membuka acara overan		
7	<p>Kepala Tim yang mau menyerahkan/mengoperkan menyampaikan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Jumlah pasien Identitas pasien dan diagnosa medis Data (keluhan subyektif dan obyektif) Masalah keperawatan yang muncul Intervensi yang sudah dan belum dilakukan Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan 		
8	Penyampaian nomor 4 dilakukan dengan jelas, singkat, akurat.		
Di Bed Pasien			
9	Kepala ruangan menyampaikan salam dan Kepala Tim menanyakan kebutuhan dasar pasien		
10	Perawat jaga selanjutnya mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawata, kebutuhan, dan tindakan yang telah/belum dilaksanakan.		
11	Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya.		

Post-Timbang terima : Diskusi			
12	Pelaporan untuk overan dituliskan secara langsung pada format overan yang ditandatangani oleh Kepala Tim yang jaga saat itu dan Kepala Tim yang jaga berikutnya diketahui oleh kepala ruangan		
13	Overan ditutup oleh kepala ruang		

Rangkuman

Timbang terima pasien (operan) merupakan tehnik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu/laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima pasien dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan /belum dan perkembangan pasien saat itu. Informasi yang dilakukan harus akurat sehingga kelanjutan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna.

Pre test – Post test 3

- Salah satu aktivitas saat konferen awal adalah perawat menjelaskan kondisi pasien kelolaan dan rencana perawatan yang akan dilakukan. Semua kesulitan didiskusikan dan antar anggota tim saling memberi masukan untuk memberikan asuhan yang terbaik pada pasien. Apakah esensi kegiatan konferensi awal pada situasi di atas?
 - Koordinasi pelayanan keperawatan
 - Komunikasi anggota tim
 - Diskusi kasus
 - Penyelesaian masalah
- Satu tim pelayanan keperawatan dipimpin oleh ketua tim melakukan kegiatan bersama dengan cara mengunjungi pasien satu persatu untuk menyampaikan kondisi pasien, rencana dan tindakan yang dilakukan, serta tindak lanjut perawatan pada shift berikutnya. Kegiatan ini dilakukan dengan tujuan agar terlaksana manajemen dan asuhan keperawatan pasien secara berkesinambungan. Apakah kegitan/aktivitas manajemen bangsal yang dilakukan oleh tim keperawatan tersebut?
 - Konferensi awal
 - Ronde Keperawatan
 - Operan
 - Konferensi Akhir

3. Seorang Perawat profesional, berdasarkan fungsi dependent mempunyai kewenangan untuk memberikan pengobatan kepada pasien sesuai advise dokter. Dalam menjalankan fungsi ini perawat harus menggunakan Standar Prosedur Operasional. Apakah prinsip etik yang relevan dengan tindakan perawat tersebut?
 - A. Confidentiality
 - B. Justice
 - C. Autonomi
 - D. Nonmaleficiency

4. Pada saat post conferensi, setiap perawat pelaksana melaporkan perkembangan asuhan keperawatan, tindakan keperawatan dan hasilnya, serta rencana tindakan askep selanjutnya. Apakah esensi dari aktivitas perawat pada kegiatan tersebut?
 - A. Koordinasi
 - B. Rencana tindak lanjut
 - C. Penyelesaian masalah
 - D. Pertanggungjawaban

5. Salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh manajer ruang rawat adalah komunikasi. Dalam satu sesi pelayanan keperawatan, seorang manajer keperawatan bagian penyakit dalam melakukan koordinasi dengan manajer keperawatan bagian bedah untuk pelaksanaan perawatan bedah pada pasien kelolaannya. Apakah jenis komunikasi manajemen yang dilakukan perawat tersebut?
 - A. Komunikasi manajerial
 - B. Komunikasi vertikal
 - C. Komunikasi horisontal
 - D. Komunikasi organisasi

Uji Ketrampilan

1. Kelas dibagi menjadi 8 kelompok dengan masing-masing mempunyai jumlah anggota 5-6 orang
2. Tentukan peran kelompok sebagai 1) perawat, 2) pasien dan 3) pendukung peran
3. Lakukan latihan dalam kelompok Anda kegiatan timbang terima
4. Lakukanlah bermain peran secara bergantian sebagai kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana
5. Praktekkan latihan timbang terima

6. Mintalah teman anda melakukan observasi dari kegiatan praktik yang diperagakan
7. Buatlah laporan kegiatan dan kumpulkan tugas pada fasilitator

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Aspek Positif :.....

Aspek Negatif :.....

Kesimpulan hasil :.....

Saran/ tindak lanjut :.....

Cocokkan jawaban anda dengan kunci Jawaban Tes formatif 3 yang terdapat di bagian akhir modul pratikum. Hitunglah jawaban benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan :

90 – 100 % = baik sekali

80 – 89 % = baik

70 – 79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Bagus !
Saudara dapat meneruskan dengan Kegiatan Praktikum 4. Tetapi jika masih di bawah 80% Saudara harus mengulangi materi Kegiatan Praktikum 3 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIK 4 PRAKTIK RONDE KEPERAWATAN

Sebelum mengikuti kegiatan praktik ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep model asuhan keperawatan profesional (MAKP) dan aplikasi kegiatan. Anda juga diharapkan memahami teknik kegaitan MAKP dan menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan.

Kegiatan praktik 4 ini akan memberikan pengalaman kepada anda bagaimana menumbuhkan cara berfikir kritis dan sistematis dalam pemecahan masalah keperawatan klien.

Setelah mempelajari kegiatan praktik 4 (unit 4) ini, diharapkan anda dapat :

1. Berfikir secara kritis dan sistematis
2. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berorientasi pada masalah klien
3. Meningkatkan kemampuan validitas data klien
4. Meningkatkan kemampuan menentukan diagnosa keperawatan
5. Meningkatkan kemampuan justifikasi
6. Meningkatkan kemampuan menilai hasil kerja
7. Meningkatkan kemampuan memodifikasi rencana keperawatan

Uraian Materi

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

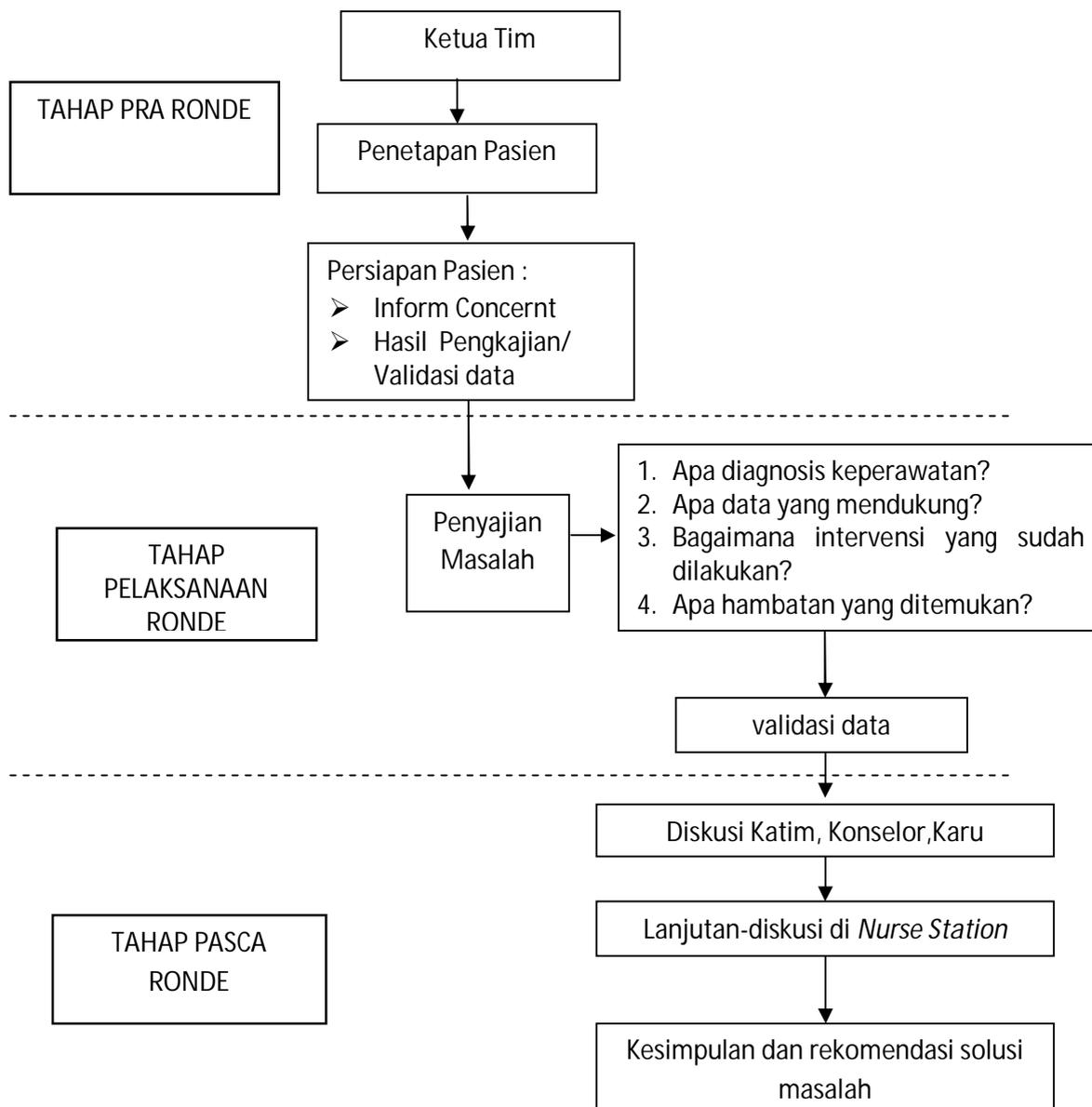
Ronde keperawatan merupakan suatu metode untuk menggali dan membahas secara mendalam masalah keperawatan yang terjadi pada klien dan kebutuhan klien akan perawatan yang dilakukan oleh perawat primer dan atau konselor, kepala ruangan, Perawat Pelaksana, supervisor dan seluruh tim keperawatan dengan melibatkan klien secara langsung sebagai fokus kegiatan (Nursalam, 2002).

Ronde keperawatan merupakan media bagi perawat untuk membahas lebih dalam masalah dan kebutuhan pasien serta sebagai proses belajar bagi perawat dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Kepekaan dan cara berpikir kritis perawat akan tumbuh dan terlatih melalui suatu transfer pengetahuan dan mengaplikasikan konsep teori ke dalam praktik keperawatan. Pelayanan keperawatan yang perlu dikembangkan untuk mencapai hal tersebut adalah dengan ronde keperawatan. 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.

Persiapan alat

1. Dokumentasi klien (status)
2. Informed consent
3. Nursing kit

Alur ronde keperawatan



Latihan

DEFINISI: Suatu tindakan untuk mengatasi masalah keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat, disamping pasien dilibatkan untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan

TUJUAN :

1. Berfikir secara kritis dan sistematis
2. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berorientasi pada masalah klien
3. Meningkatkan kemampuan validitas data klien
4. Meningkatkan kemampuan menentukan diagnosa keperawatan
5. Meningkatkan kemampuan justifikasi
6. Meningkatkan kemampuan menilai hasil kerja
7. Meningkatkan kemampuan memodifikasi rencana keperawatan

No	Aspek yang dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
	Persiapan		
1	Menentukan kasus dan topik (masalah yang tidak teratasi dan masalah yang langka)		
2	Menentukan tim ronde keperawatan		
3	Menentukan literatur		
4	Membuat proposal		
5	Mempersiapkan pasien dengan pemberian <i>informed consent</i>		
	Pelaksanaan (Nurse Station)		
6	Kepala ruangan membuka kegiatan ronde keperawatan dengan mengucapkan salam		
7	Kepala ruangan memperkenalkan tim ronde keperawatan		
8	Kepala ruangan menjelaskan tujuan ronde keperawatan		
9	Kepala ruangan mengenalkan masalah pasien secara sepintas		
	Penyajian Masalah (Nurse Station)		
11	Kepala Tim memberi salam dan memperkenalkan pasien dan keluarga kepada tim ronde keperawatan		
12	Kepala Tim menjelaskan riwayat penyakit dan keperawatan pasien		
13	Kepala Tim menjelaskan masalah pasien dan rencana tindakan yang telah dilaksanakan serta menetapkan prioritas yang perlu didiskusikan		
	Validasi (bed pasien)		
14	Mengucapkan salam, mencocokkan, dan menjelaskan kembali data yang telah disampaikan dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan keadaan pasien secara langsung dan melihat dokumentasi		
15	Diskusi antar anggota tim dan pasien tentang masalah keperawatan tersebut di bed pasien		
16	Memberikan justifikasi oleh Kepala Tim / Kepala ruangan / konselor tentang masalah pasien		
	Evaluasi (Nurse Station)		
17	Melanjutkan diskusi dan masukan dari tim		
18	Menyimpulkan untuk menentukan tindakan		

	keperawatan pada masalah prioritas yang telah ditetapkan		
19	Merekomendasikan intervensi keperawatan		
20	Menutup kegiatan ronde keperawatan		

Rangkuman

Ronde keperawatan diharapkan membawa manfaat bagi perawat dalam mengasah kemampuan berpikir kritis dan menciptakan komunitas keperawatan yang profesional. Bagi pasien dan keluarganya, ronde keperawatan diharapkan dapat mempercepat penyembuhan dan meningkatkan kualitas kesehatan klien sehingga pada akhirnya turut meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit.

Pre test – Post test 4

1. Seorang perawat menjelaskan metode untuk menggali dan membahas secara mendalam masalah keperawatan yang terjadi pada pasien dan metode asuhan tersebut juga melibatkan pasien secara langsung sebagai focus kegiatan. Perawat menjelaskan kembali data yang telah disampaikan dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan keadaan pasien secara langsung dan melihat dokumentasi. Tahapan yang dilakukan perawat tersebut adalah ...
 - A. Tahap pra ronde
 - B. Tahap ronde di bed pasien
 - C. Tahap ronde di nurse station
 - D. Tahap pasca ronde
2. Karakteristik ronde keperawatan diantaranya adalah ...
 - A. Menumbuhkan cara berpikir kritis dan sistematis
 - B. Meningkatkan kemampuan validasi data pasien
 - C. Menjadikan pasien sebagai fokus kegiatan
 - D. Meningkatkan kemampuan menentukan diagnosis keperawatan
3. Seorang Ketua Tim pada saat tahap pelaksanaan ronde keperawatan di Nurse Station adalah ...
 - A. Penetapan pasien
 - B. Melakukan informed consent
 - C. Validasi data di bed pasien
 - D. Menyajikan masalah pasien
4. Tugas seorang konselor keperawatan pada ronde keperawatan adalah ...
 - A. Memvalidasi kebenaran dari masalah dan intervensi keperawatan
 - B. Menjelaskan rasional (alasan ilmiah) tindakan yang diambil

- C. Menggali masalah-masalah pasien yang belum terkaji
- D. Menjelaskan hasil yang didapat

5. Fase validasi di bed pasien dilakukan secara tidak langsung dengan cara

...

- A. Wawancara
- B. Observasi
- C. Pemeriksaan fisik
- D. Dokumentasi

Uji Ketrampilan

1. Kelas dibagi menjadi 8 kelompok dengan masing-masing mempunyai jumlah anggota 5-6 orang
2. Tentukan peran kelompok sebagai 1) perawat, 2) pasien dan 3) pendukung peran
3. Lakukan latihan dalam kelompok Anda kegiatan ronde keperawatan
4. Lakukanlah bermain peran secara bergantian sebagai kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana
5. Praktekkan latihan ronde keperawatan
6. Mintalah teman anda melakukan observasi dari kegiatan praktik yang diperagakan
7. Buatlah laporan kegiatan dan kumpulkan tugas pada fasilitator

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Aspek Positif :.....

Aspek Negatif :.....

Kesimpulan hasil :.....

Saran/ tindak lanjut :.....

Cocokkan jawaban anda dengan kunci Jawaban Tes formatif 4 yang terdapat di bagian akhir modul pratikum. Hitunglah jawaban benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan :

90 – 100 % = baik sekali

80 – 89 % = baik

70 – 79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Bagus !

Saudara dapat meneruskan dengan Kegiatan Praktikum 5. Tetapi jika masih di bawah 80% Saudara harus mengulangi materi Kegiatan Praktikum 4 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIK 5 PRAKTIK *DISCHARGE PLANNING*

Sebelum mengikuti kegiatan praktik ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep model asuhan keperawatan profesional (MAKP) dan aplikasi kegiatan. Anda juga diharapkan memahami teknik kegiatan MAKP dan menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan.

Kegiatan praktik 5 ini akan memberikan pengalaman kepada anda bagaimana melakukan pendidikan kesehatan, program pulang dan rujukan.

Setelah mempelajari kegiatan praktik 5 (unit 5) ini, diharapkan anda dapat :

1. Mengkaji kebutuhan rencana pemulangan.
2. Mengidentifikasi masalah pasien.
3. Memprioritaskan masalah pasien yang utama.
4. Membuat perencanaan pasien pulang (mengajarkan perawatan di rumah).
5. Melakukan evaluasi pada pasien selama diberikan penyuluhan.
6. Mendokumentasikan.

Uraian Materi

Discharge planning merupakan suatu proses terintegrasi yang terdiri dari fase-fase yang ditujukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkesinambungan (Raden dan Tafft, 1990). Perencanaan pasien pulang bertujuan untuk memandirikan pasien di rumah sehingga pelaksanaan dan pendokumentasian perencanaan pulang diperlukan komunikasi yang efektif dan tepat yang diharapkan tercapainya tujuan.

Jenis pemulangan pasien antara lain :

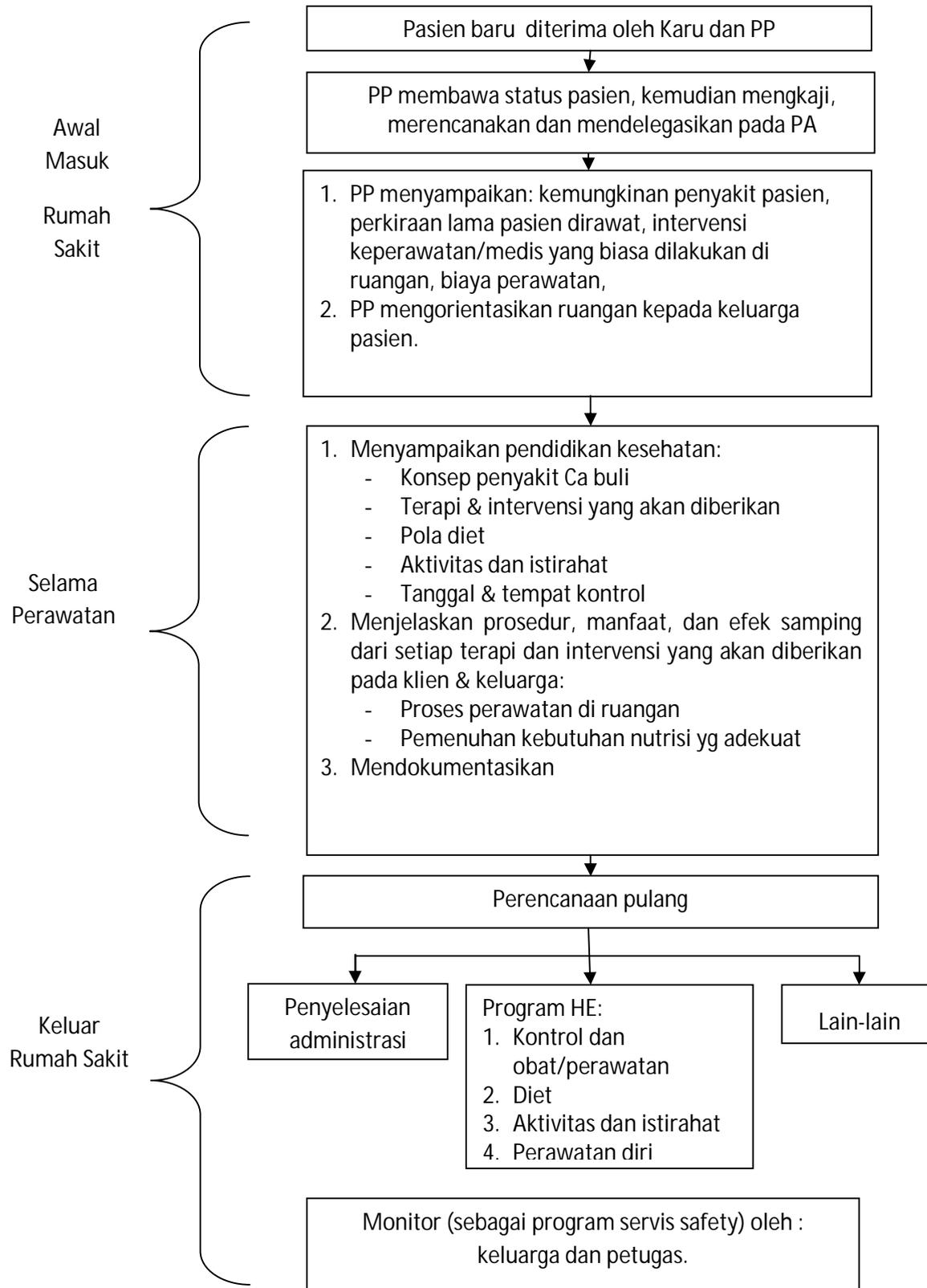
1. *Conditional discharge* (pemulangan sementara)
2. *Absolute discharge* (pulang mutlak atau selamanya)
3. *Judicial discharge* (pulang paksa)

Persiapan alat

1. Status klien

2. Kartu discharge planning untuk klien
3. Sarana dan prasarana perawatan
4. Leaflet

Alur Discharge Planning



Latihan

DEFINISI: Suatu tindakan perencanaan pasien pulang bertujuan untuk memandirikan pasien di rumah

TUJUAN :

1. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan di rumah
2. Meningkatkan perawatan secara berkelanjutan pada pasien
3. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam memperbaiki dan mempertahankan status kesehatan pasien.

No	Aspek yang dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
	PERSIAPAN		
1	Kepala Tim melaporkan keKepala ruangtentang perencanaan <i>discharge planning</i> dan Kepala Tim sudah siap dengan status pasien dan format <i>discharge planning</i>		
2	Kepala Tim menyebutkan masalah pada pasien		
3	Kepala Tim menyebutkan hal-hal yang perlu diajarkan pada pasien dan keluarga		
4	Kepala ruanganmemeriksa kelengkapan dokumen (status pasien, leaflet tentang penyakit, resume keperawatan pasien, kartu <i>discharge planning</i>) dan administrasi		
	PELAKSANAAN		
5	Kepala Ruanganmembuka acara <i>discharge planning</i>		
6	Kepala Tim dan Perawat Pelaksana mengucapkan salam pada klien dan keluarga dengan ramah, Kepala Tim menyampaikan pendidikan kesehatan, melakukan demonstrasi dan redemonstrasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Diet b. Aktivitas dan istirahat c. Minum obat teratur d. Keperawatan diri 		
7	Kepala Tim menanyakan kembali pada pasien tentangmateri yang telah disampaikan oleh perawat		
8	Kepala Tim mengucapkan terimakasih		
9	Kepala Tim melakukan pendokumentasian kartu <i>discharge planning</i>		
10	Kepala Ruanganmenutup acara <i>discharge planning</i>		

	atau terminasi dengan pasien dan keluarga		
	PENUTUP		
11	Pelaporan proses <i>discharge planning</i> dari Kepala Tim ke Kepala ruangan		
12	Kepala Ruangan mengecek kelengkapan <i>discharge planning</i> yang sudah dilakukan oleh Kepala Tim dan memberi <i>reward</i> atas kerjanya		

Rangkuman

Discharge planning (perencanaan pulang) merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. Discharge planning sebaiknya dilakukan sejak awal pasien masuk Rumah Sakit, saat perawatan dan saat pasien pulang dari Rumah Sakit.

Pre test – Post test 5

1. Tujuan dilakukan kegiatan discharge planning yaitu ...
 - A. Menyiapkan klien secara fisik
 - B. Membantu rujukan klien pada sistem pelayanan lain
 - C. Meningkatkan perawatan berkelanjutan
 - D. Melaksanakan rentang perawatan antara RS-masyarakat

2. Peran perawat pelaksana dalam perencanaan pulang tersebut adalah ...
 - A. Menyetujui format discharge planning
 - B. Memberikan pendidikan kesehatan
 - C. Membantu pelaksanaan discharge planning
 - D. Membuat leaflet discharge planning

3. Peran ketua tim dalam perencanaan pulang tersebut adalah ...
 - A. Menyetujui format discharge planning
 - B. Memberikan pendidikan kesehatan
 - C. Membantu pelaksanaan discharge planning
 - D. Membuat leaflet discharge planning

4. Kepala Tim menyampaikan pendidikan kesehatan, melakukan demonstrasi dan redemonstrasi tentang makanan dan gizi yang diperlukan pasien dalam hal ...
 - A. Diet
 - B. Aktivitas dan istirahat
 - C. Minum obat teratur

- D. Keperawatan diri
5. Kepala Tim juga menyampaikan pendidikan kesehatan, melakukan demonstrasi dan redemonstrasi tentang cara memenuhi kegiatan sehari-hari yang diperlukan pasien dalam hal ...
- A. Diet
- B. Aktivitas dan istirahat
- C. Minum obat teratur
- D. Perawatan diri

Uji Ketrampilan

1. Kelas dibagi menjadi 8 kelompok dengan masing-masing mempunyai jumlah anggota 5-6 orang
2. Tentukan peran kelompok sebagai 1) perawat, 2) pasien dan 3) pendukung peran
3. Lakukan latihan dalam kelompok Anda kegiatan discharge planning
4. Lakukanlah bermain peran secara bergantian sebagai kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana
5. Praktekkan latihan discharge planning
6. Mintalah teman anda melakukan observasi dari kegiatan praktik yang diperagakan
7. Buatlah laporan kegiatan dan kumpulkan tugas pada fasilitator

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Aspek Positif :.....

Aspek Negatif :.....

Kesimpulan hasil :.....

Saran/ tindak lanjut :.....

Cocokkan jawaban anda dengan kunci Jawaban Tes formatif 5 yang terdapat di bagian akhir modul pratikum. Hitunglah jawaban benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan :

90 – 100 % = baik sekali

80 – 89 % = baik

70 – 79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Bagus !

Saudara dapat meneruskan dengan Kegiatan Praktikum 6. Tetapi jika masih di bawah 80% Saudara harus mengulangi materi Kegiatan Praktikum 5 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIK 6

PRAKTIK DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Sebelum mengikuti kegiatan praktik ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep model asuhan keperawatan profesional (MAKP) dan aplikasi kegiatan. Anda juga diharapkan memahami teknik kegaitan MAKP dan menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan.

Kegiatan praktik 6 ini akan memberikan pengalaman kepada anda bagaimana Menerapkan sistem pendokumentasian yang efektif, efesien, akurat dan menjamin kepastian hukum.

Setelah mempelajari kegiatan praktik 6 (unit 6) ini, diharapkan anda dapat :

1. Mendokumentasikan pengkajian
2. Mengidentifikasi tindakan dan perkembangan klien
3. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang dilakukan setiap hari
4. Melakukan resume keperawatan pada klien yang sudah pulang

Uraian Materi

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional. Perawat diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan.

Komponen penting dalam pendokumentasian adalah komunikasi, proses keperawatan, dan standart asuhan keperawatan. Efektifitas dan efisien sangat bermanfaat dalam mengumpulkan informasi yang relevan serta akan meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan. Menurut Doenges (1998) tujuan sistem dokumentasi adalah untuk memfasilitasi pemberian perawatan pasien yang berkualitas, memastikan dokumentasi kemajuan yang berkenaan dengan hasil yang berfokus pada pasien dan memfasilitasi konsistensi antar disiplin dan komunikasi tujuan dan kemajuan pengobatan.

Menurut Nursalam (2001), dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek :

1. Hukum.
2. Jaminan Mutu (Kualitas Pelayanan).
3. Komunikasi.
4. Keuangan.
5. Pendidikan.
6. Penelitian.
7. Akreditasi.

Persiapan alat

1. Lembar penerimaan pasien baru
2. Lembar format pengkajian menggunakan ROS (Review Of Siystem)
3. Lembar SAK diagnosa dan intervensi keperawatan
4. Lembar implementasi keperawatan
5. Lembar resume keperawatan

Latihan

DEFINISI: Suatu tindakan proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi.

TUJUAN : Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan

No.	Kegiatan	Dilakukan					Tidak
		Lengkap	Legal	Akurat	Relevan	Baru	
	PENGKAJIAN KEPERAWATAN						
1	Kepala Tim menyiapkan formulir pengkajian keperawatan saat Kepala Tim (Penerimaan Pasien Baru)						
2	Pendokumentasikan pengkajian riwayat sakit dan kesehatan						
3	Pendokumentasian pengkajian fisik						

	ROS / B1-B6						
4	Pendokumentasian pengkajian psiko-sosio-spiritual						
5	Pendokumentasian pemeriksaan penunjang dan terapi medis yang didapatkan pasien						
	DIAGNOSA KEPERAWATAN						
6	Kepala Tim menyiapkan formulir intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan						
7	Pendokumentasian batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan						
8	Pendokumentasian NOC (<i>Nursing Outcome Classification</i>)						
	INTERVENSI KEPERAWATAN						
9	Pendokumentasian NIC (<i>Nursing Intervention Classification</i>) yang direncanakan						
	IMPLEMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN						
10	Pendokumentasian implementasi keperawatan yang dilakukan pada satu shift berdasarkan <i>Time Oriented Record</i>						
	EVALUASI						
11	Pendokumentasian hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan pada satu shift						
12	Kepala Tim mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan sesuai nilai awal, nilai target dan nilai akhir						
	MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN						
13	Pendokumentasian pengkajian penilaian risiko jatuh (<i>Morse Fall Scale/Humpty Dumpty Scale</i>)						
14	Pendokumentasian pengkajian ulang risiko jatuh sesuai indikasi						
15	Pendokumentasian pengkajian						

	risiko dekubitus dengan <i>Norton Scale</i>						
16	Pendokumentasian pengkajian ulang risiko dekubitus sesuai indikasi						
17	Pendokumentasian penilaian kejadian plebitis dengan VIP (<i>Visual Infusion Phlebitis</i>) Score						
18	Pendokumentasian penilaian ulang kejadian plebitis sesuai indikasi						
19	Pendokumentasian penilaian nyeri dengan VAS (<i>Visual Aid Scale</i>)/FLACC <i>Pain Scale</i>						
20	Pendokumentasian penilaian ulang nyeri sesuai indikasi						
	PERSIAPAN OPERASI						
21	Pendokumentasian surat pendaftaran operasi						
22	Pendokumentasian checklist persiapan pasien operasi						
23	Pendokumentasian formulir persetujuan tindakan operasi						
24	Pendokumentasian checklist pre operatif						
25	Pendokumentasian formulir persetujuan tindakan pembiusan						
	PEMBERIAN OBAT ORAL/PARENTERAL						
26	Pendokumentasian daftar obat yang dibawa pasien saat MRS						
27	Pendokumentasian sample tanda tangan/paraf ners						
28	Pendokumentasian tanggal dan jam pemberian obat						
29	Pendokumentasian " <i>preparation/check/giver/family</i> "						
	CATATAN TERINTEGRASI						
30	Pendokumentasian catatan terintegrasi						
31	Penggunaan stempel <i>read back</i> pada kolaborasi tidak langsung (via telp/sms/what app dan lainnya)						

	FORMULIR LAINNYA						
32	Lembar penerimaan pasien baru						
33	Lembar discharge planning						
34	Catatan perpindahan pasien						
35	<i>Informed consent</i>						

Rangkuman

Dokumentasi asuhan keperawatan bertujuan untuk komunikasi, mekanisme pertanggungjawaban, metode pengumpulan data, sarana pelayanan keperawatan secara individu, sarana untuk evaluasi, sarana untuk meningkatkan kerjasama antar disiplin dalam tim kesehatan, sarana pendidikan lanjutan, dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang diterima dan kompetensi yang berhubungan untuk asuhan keperawatan.

Pre test – Post test 6

- Hal-hal yang perlu dilakukan pengkajian pada dokumentasi pengkajian dengan teknik melihat, mendengar, meraba adalah ...
 - Identitas
 - Riwayat kesehatan
 - Pola fungsi kesehatan
 - Pemeriksaan fisik
- Data yang perlu dituliskan dalam dokumentasi pengkajian pada pasien nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh KECUALI ...
 - Antropometri (BB dan LiLa)
 - TTV (TD, N, RR, S)
 - Tanda klinis (turgor dan mukosa)
 - Diet (porsi dan frekuensi)
- Bukan komponen dalam menegakkan diagnosa keperawatan aktual sesuai NANDA adalah ...
 - Problem
 - Etiologi
 - Sign dan symptom
 - NIC-NOC
- Ny. St perempuan usia 68 tahun mengalami kiposis, back pain saat membungkuk dan mengangkat beban, sehingga klien sulit untuk bergerak. Diagnose medisnya adalah osteoporosis. Masalah keperawatan yang prioritas adalah ...
 - Risiko injury
 - Kerusakan mobilitas fisik
 - Nyeri
 - Gangguan body image
- Dalam mendokumentasikan intervensi keperawatan komponen yang menggambarkan tentang hal yang akan dicapai adalah ...
 - Tujuan
 - Kriteria hasil / NOC
 - Rencana tindakan / NIC
 - Rasional

Uji Ketrampilan

1. Kelas dibagi menjadi 8 kelompok dengan masing-masing mempunyai jumlah anggota 5-6 orang
2. Tentukan peran kelompok sebagai 1) perawat, 2) pasien dan 3) pendukung peran
3. Lakukan latihan dalam kelompok Anda kegiatan dokumentasi keperawatan
4. Lakukanlah bermain peran secara bergantian sebagai kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana
5. Praktekkan latihan dokumentasi keperawatan
6. Mintalah teman anda melakukan observasi dari kegiatan praktik yang diperagakan
7. Buatlah laporan kegiatan dan kumpulkan tugas pada fasilitator

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Aspek Positif :.....

Aspek Negatif :.....

Kesimpulan hasil :.....

Saran/ tindak lanjut :.....

Cocokkan jawaban anda dengan kunci Jawaban Tes formatif 6 yang terdapat di bagian akhir modul pratikum. Hitunglah jawaban benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan :

90 – 100 % = baik sekali

80 – 89 % = baik

70 – 79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Bagus !
Saudara dapat meneruskan dengan Kegiatan Praktikum 7. Tetapi jika masih di bawah 80% Saudara harus mengulangi materi Kegiatan Praktikum 6 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIK 7 PRAKTIK SUPERVISI KEPERAWATAN

Sebelum mengikuti kegiatan praktik ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep model asuhan keperawatan profesional (MAKP) dan aplikasi kegiatan. Anda juga diharapkan memahami teknik kegiatan MAKP dan menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan.

Kegiatan praktik 7 ini akan memberikan pengalaman kepada anda bagaimana pemenuhan dan peningkatan pelayanan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, keterampilan dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas.

Setelah mempelajari kegiatan praktik 7 (unit 7) ini, diharapkan anda dapat :

1. Mampu menyusun, melaksanakan atau menetapkan tujuan supervisi
2. Mampu menilai kinerja perawat
3. Mampu membimbing dan memberikan masukan terhadap staf
4. Mampu melaksanakan dokumentasi hasil supervisi

Uraian Materi

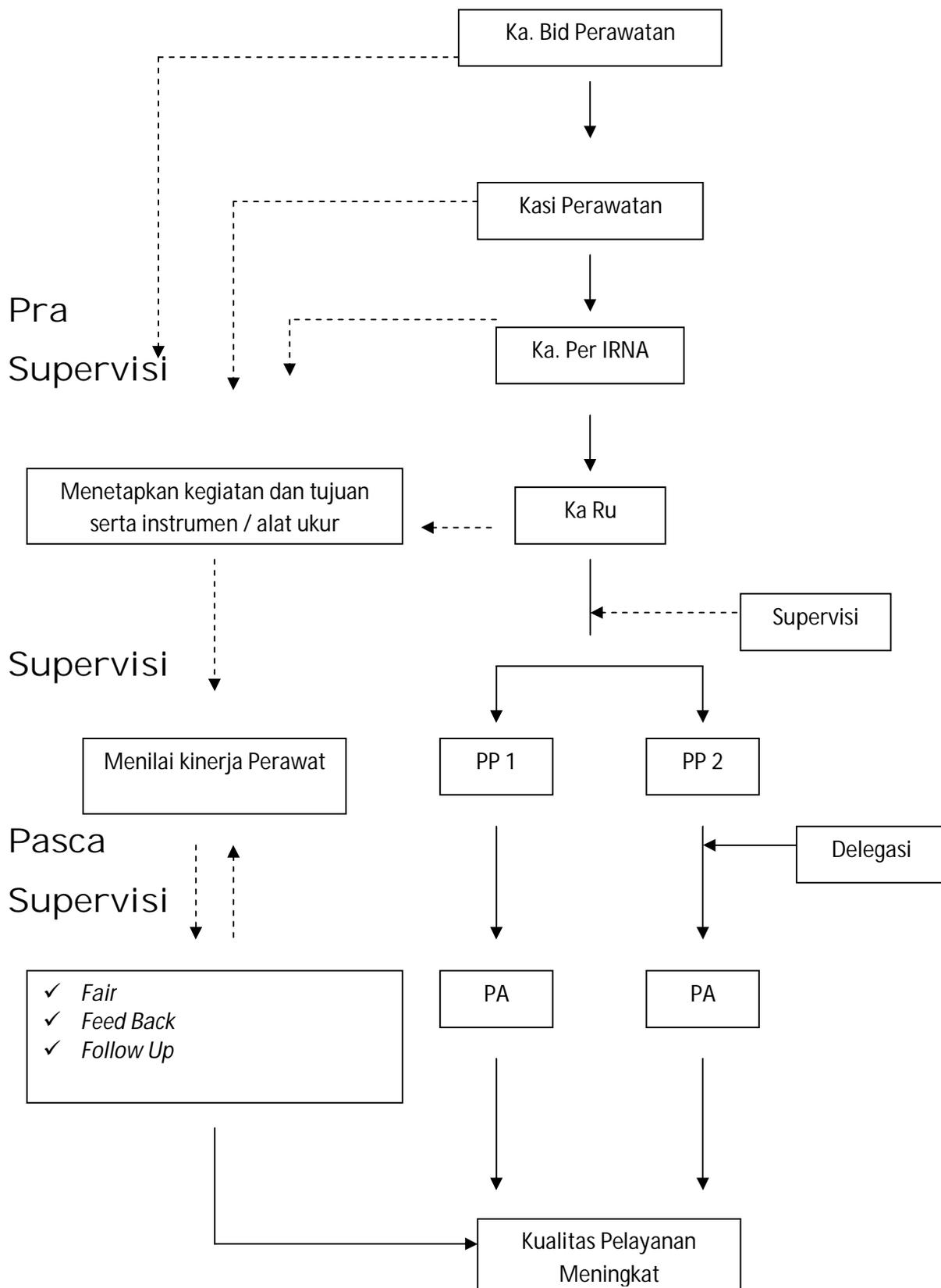
Muninjaya (2004) menyatakan bahwa supervisi adalah salah satu bagian proses atau kegiatan dari fungsi pengawasan dan pengendalian (controlling). Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kegiatan supervisi adalah kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2006).

Supervisi keperawatan merupakan suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Dengan supervisi memungkinkan seorang manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang yang bersangkutan melalui analisis secara komprehensif bersama-sama

dengan anggota perawat secara efektif dan efisien. Teknik supervisi dibedakan menjadi dua, supervisi langsung dan tak langsung.

Persiapan alat

1. Format instrumen supervisi
2. Format laporan supervisi keperawatan
3. Set tindakan keperawatan



Keterangan : -----▶ Kegiatan supervisi
 ————▶ Delegasi dan supervisi

Latihan

DEFINISI: Suatu tindakan mengevaluasi dan menilai kerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan

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

No	Aspek yang dinilai			Pelaksanaan	
	Kepala Ruangan	Kepala Tim	Perawat Pelaksana	Ya	Tidak
1.	Pembukaan: 1. Salam pembukaan dan menyampaikan tujuan supervisi. 2. Menjelaskan instrumen/ format penilaian yang akan digunakan.	1. Menyapa klien dan keluarga. 2. Melakukan validasi kondisi klien hari ini. 3. Melakukan delegasi kepada Perawat Pelaksana	1. Menyapa klien dan keluarga. 2. mempersiapkan klien. 3. menerima delegasi dari Kepala Tim		
2.	1. Melakukan pengawasan dan koordinasi 2. Menilai format Supervisi 3. Mencatat jika ditemukan ada hal-hal yang perlu didiskusikan bersama Perawat Pelaksana 4. Melakukan <i>crosscheck</i>	1. Mempersiapkan kelengkapan alat 2. Pelaksanaan 1) Mencocokkan identitas pasien dengan status pasien 2) Menjelaskan prosedur keperawatan (NCP) yang akan dilakukan 3) Meminta	1. Mengatur posisi pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Membawa alat-alat 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan 4. Atur kembali posisi pasien dan rapikan kembali.		

	kelengkapan alat. 5. Memberikan masukan berupa saran atau pembetulan dari penerapan MAKP	persetujuan pasien 3. Hal-hal yang harus diperhatikan 1) Mengamati tindakan yang dilakukan Perawat Pelaksana 2) Perhatikan tehnik aseptis. 3) Tetap lakukan komunikasi selama tindakan untuk mengurangi kecemasan. 4) Amati reaksi pasien, baik verbal maupun non verbal selama perawatan luka 4. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan oleh Perawat Pelaksana 5. Menemui Kepala Ruangan untuk evaluasi tindakan Kepala Tim dan Perawat Pelaksana	5. Bereskan alat-alat. 6. Dokumentasikan dalam catatan keperawatan. 7. Sampaikan terima kasih		
3.	1. Menginformasi	1. Mendengar-	1. Mendengar-		

	kan hasil dari penilaian. 2. Melakukan evaluasi hasil bimbingan 3. Memberikan solusi dan <i>feedback</i> 4. Memberikan <i>reinforcement</i> 5. Melakukan dokumentasi hasil supervisi	kan dengan seksama 2. Menerima hasil penilaian	kan dengan seksama 2. Menerima hasil penilaian		
--	--	---	---	--	--

Rangkuman

Supervisi bertujuan untuk pemenuhan dan peningkatan pelayananan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, keterampilan dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas. Sehingga dengan peningkatan pelayanan keperawatan terhadap klien dan keluarga. Terciptalah rasa aman dan nyaman dan dapat memberikan kepuasan pada klien, meminimalkan kesalahan yang berdampak pada keselamatan klien dan perawat.

Pre test – Post test 7

- Supervisi merupakan upaya pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang disupervisi. Dalam suatu ruangan sebuah RS B yang bertanggungjawab terhadap pelaksanaan supervise kepada perawat pelaksana adalah ...
 - Direktur RS
 - Kabid keperawatan
 - Kepala ruang
 - Perawat primer
- Kepala ruang melakukan supervise dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien melalui buku laporan timbang terima. Supervisi yang dilakukan kepala ruang tersebut menggunakan teknik ...
 - Primer
 - Kasus
 - Langsung
 - Tidak langsung

3. Hal yang disampaikan oleh supervisor dalam kegiatan saat evaluasi supervisi keperawatan kepada perawat dengan memberikan kesempatan untuk evaluasi diri adalah ...
 - A. Fair
 - B. Feed back
 - C. Follow-up
 - D. Reinforcement

4. Hal yang disampaikan oleh supervisor dalam kegiatan saat evaluasi supervisi keperawatan kepada perawat dengan memberikan umpan balik adalah ...
 - A. Fair
 - B. Feed back
 - C. Follow-up
 - D. Reinforcement

5. Hal yang disampaikan oleh supervisor dalam kegiatan saat evaluasi supervisi keperawatan kepada perawat dengan memberikan reward atau punishment adalah ...
 - A. Fair
 - B. Feed back
 - C. Follow-up
 - D. Reinforcement

Uji Ketrampilan

1. Kelas dibagi menjadi 8 kelompok dengan masing-masing mempunyai jumlah anggota 5-6 orang
2. Tentukan peran kelompok sebagai 1) perawat, 2) pasien dan 3) pendukung peran
3. Lakukan latihan dalam kelompok Anda kegiatan supervisi keperawatan
4. Lakukanlah bermain peran secara bergantian sebagai kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana
5. Praktekkan latihan supervisi keperawatan
6. Mintalah teman anda melakukan observasi dari kegiatan praktik yang diperagakan
7. Buatlah laporan kegiatan dan kumpulkan tugas pada fasilitator

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Aspek Positif :.....

Aspek Negatif :.....

Kesimpulan hasil :.....

Saran/ tindak lanjut :.....

Cocokkan jawaban anda dengan kunci Jawaban Tes formatif 7 yang terdapat di bagian akhir modul pratikum. Hitunglah jawaban benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah jawaban benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan :

90 – 100 % = baik sekali

80 – 89 % = baik

70 – 79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Bagus !

Tetapi jika masih di bawah 80% Saudara harus mengulangi materi Kegiatan Praktikum 7 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

Selamat anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum pada Modul Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). Semoga praktikum yang anda lakukan bisa menjadikan gambaran aplikasi di lapangan kerja nantinya.