

BUKU AJAR STASE

KETERAMPILAN DASAR DALAM KEPERAWATAN



Disusun Oleh :
Ns. Nining Fitriyaningsih, S.Kep.,M.Kes



PROGRAM PROFESI NERS

STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang Bogor Barat

Phone : 0251-8327396 / 0251-8327399

Mobile: 0852-1670-1658 / 0812-9581-9088

Email: wijayahusada@gmail.com

Website: www.wijayahusada.com

BUKU AJAR STASE
KETRAMPILAN DASAR
DALAM KEPERAWATAN

Ns. Nining Fitriyaningsih, S.Kep., M.Kes

Penerbit : WIJAYA HUSADA

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180 Sindang Barang Bogor Barat
Telepon (0251) 8327396, 8327399, Mobile : 085216701658 / 081259819088
Laman: www.wijayahusada.com Email: wijayahusada@gmail.com

BUKU AJAR STASE

KETRAMPLAN DASAR DALAM KEPERAWATAN

Ns. Nining Fitrianingsih, S.Kep., M.Kes

ISBN : 978-602-5982-04-0
Editor : Normalia Sari
Rancangan Sampul : Nining Fitrianingsih
Tata Letak : Siti Chaerunisa
Penyunting : Nining Fitrianingsih

Hak Cipta ©2018, Penerbit Wijaya Husada
Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang, Bogor Barat-Bogor
Telp. (0251) 8327396
SMS. 085216701658
E-mail : wijayahusada@gmail.com

Cetakan I, November 2018

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta

- 1) Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)
 - 2) Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)
-

KATA PENGANTAR

Rasa syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan berkat karunia-Nya sehingga buku ini dapat diselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini merupakan salah satu upaya Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor dalam meningkatkan kualitas proses pembelajaran sehingga lebih baik, sehingga mudah dipahami untuk melengkapi materi yang berkaitan dengan Ketrampilan Dasar Dalam Keperawatan.

Dalam penyusunan buku ini, kami banyak dibantu oleh teman seprofesi baik dalam lingkungan kampus Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor maupun dari pihak luar. Kami mengucapkan terima kasih kepada Ketua STIKES Wijaya Husada Bogor beserta seluruh karyawan dan staf dosen Program Studi Sarjana Keperawatan STIKES Wijaya Husada Bogor, yang telah memberikan dukungan sehingga buku ini dapat tersusun.

Buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan buku ini.

Akhir kata, berbagai saran dan kritik yang membangun akan selalu penulis harapkan.

Bogor, November 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

KATA PENGANTAR	2
BAB I PENDAHULUAN	5
A. Latar Belakang.....	5
B. Tujuan.....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II PEMBAHASAN PRAKTIK	
A. Deskripsi Mata Ajar.....	7
B. Tujuan Umum Mata Kuliah.....	7
C. Tujuan Khusus Mata Kuliah.....	7
D. Prasyarat.....	8
E. Metode Pembelajaran.....	8
F. Alokasi Waktu.....	8
BAB III PENGORGANISASIAN	
A. Peserta Didik.....	9
B. Pembimbing.....	9
C. Metode Bimbingan.....	10
D. Jadwal Praktek.....	11
E. Penugasan.....	11
F. Pelaksanaan.....	11
G. Tata Tertib.....	12
BAB IV EVALUASI	
A. Pengertian.....	15
B. Jenis Evaluasi.....	15
C. Komposisi Nilai Evaluasi PBP.....	15
D. Klasifikasi Nilai.....	15
BAB V Penutup.....	16

DAFTAR LAMPIRAN

Lamp-1 FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KLINIK	17
Lamp-2 FORMAT PENILAIAN TINDAKAN KEPERAWATAN	18
Lamp-3 FORMAT PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN.....	20
Lamp-4 FORMAT PENILAIAN LAPORAN KASUS.....	21
Lamp-5 FORMAT PENILAIAN RESPONSI.....	23
Lamp-6 FORMAT PENILAIAN MAKALAH KELOMPOK	24
Lamp-7 FORMAT PENILAIAN SEMINAR.....	25
Lamp-8 DAFTAR HADIR PRAKTEK KDDK	26
Lamp-9 FORMAT BUKU KEGIATAN HARAN (LOG BOOK).....	27
Lamp-10 FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN	30
Lamp-11 FORMAT LAPORAN KASUS (ASKEP).....	32
Lamp-12 FORMAT LAPORAN MAKALAH	41
Lamp-13 SISTEMATIKA PENULISAN TUGAS KELOMPOK	43
Lamp-14 TARGET KOMPETENSI KDDK	44
Lamp-15 FORM TARGET PENILAIAN CI	59
Lamp-16 ALUR IZIN DAN GANTI DINAS.....	60
Lamp-17 FORMAT PERMOHONAN SURAT IZIN.....	61
Lamp-18 FORMAT SURAT BUKTI PENGANTI JADWAL DINAS	62
Lamp-19 FORMAT PERMOHONAN SURAT CUTI	63
Lamp-20 FORMAT REKAPITULASI NILAI.....	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Program Profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor sebagai institusi pendidikan tinggi keperawatan bertujuan untuk menghasilkan lulusan Ners yang berkualitas, memiliki potensi intelektual yg tinggi, terampil dan bersikap etik professional serta mampu menghadapi tantangan zaman.

Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi terutama dibidang kesehatan, profesi keperawatan dituntut untuk semakin ahli dan terampil dalam profesinya. Untuk mempersiapkan kondisi tersebut, Program Profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor mengadakan kegiatan pengalaman belajar praktek pada program akademik dengan harapan agar pada saat masuk ke program profesi pada semester 9 dan 10, mahasiswa sudah mengenal atau berorientasi pada kondisi nyata di lapangan sehingga pencapaian kompetensi institusi pendidikan akan tercapai.

Praktek KDDK yang dilaksanakan oleh Instansi Program profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor, merupakan penerapan dari mata kuliah Konsep Dasar I dan Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan (KDDK). Pembelajaran ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menerapkan proses keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia pada tatanan klinik.

B. TUJUAN

Tujuan disusunnya buku ini adalah :

1. Merupakan panduan bagi peserta didik dan pembimbing atau pihak terkait selama kegiatan praktik KDDK berlangsung.
2. Sebagai alat evaluasi perkembangan kemampuan peserta didik dalam kegiatan praktik KDDK berlangsung.

3. Merupakan dasar rujukan untuk mengevaluasi keberhasilan pencapaian tujuan kegiatan praktik KDDK berlangsung.
4. Merupakan media komunikasi antara pembimbing dengan peserta didik.

C. RUANG LINGKUP

Buku pedoman ini mencakup kegiatan Pengalaman Belajar Praktika I yang dilaksanakan oleh mahasiswa Program Ners STIKes Wijaya Husada Bogor, yang meliputi mata kuliah : Konsep Dasar I dan Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan (KDDK)

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Buku pedoman ini disusun berdasarkan sistematika sebagai berikut :

- BAB I : PENDAHULUAN
- BAB II : PEMBAHASAN PRAKTIK
- BAB III : PELAKSANAAN
- BAB IV : EVALUASI
- BAB V : PENUTUP

BAB II

PEMBAHASAN PRAKTIK

STASE KETERAMPILAN DASAR DALAM KEPERAWATAN

A. DESKRIPSI MATA AJAR

Praktik Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan adalah pembelajaran dalam bentuk praktik yang memungkinkan peserta didik memperoleh kesempatan untuk menerapkan proses keperawatan pada tatanan klinik keperawatan yang sebenarnya, yaitu: Rumah Sakit. Peserta didik diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengaplikasikan teori yang telah diperoleh pada semester sebelumnya untuk menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia ditatanan klinik.

Proses belajar mengajar merupakan kesempatan bagi peserta didik untuk mempraktekan keterampilan klinik, dan mengelola klien secara menyeluruh secara terencana, terarah dan benar sesuai dengan etika keperawatan, melalui kerjasama tim sejawat dan anggota tim kesehatan lainnya dalam menangani klien sebagai subjek pelayanan keperawatan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

B. TUJUAN UMUM MATA KULIAH

Setelah mengikuti proses pembelajaran mata kuliah ini peserta didik diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan pada berbagai masalah kesehatan dengan pendekatan proses keperawatan.

C. TUJUAN KHUSUS MATA KULIAH

Setelah mengikuti kegiatan pengalaman belajar praktika, peserta didik mampu:

1. Melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan/ masalah pemenuhan kebutuhan dasar manusia

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami gangguan/ masalah pemenuhan kebutuhan dasar manusia
3. Membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan
5. Melakukan evaluasi keperawatan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan/ masalah pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

D. PRASYARAT

Mahasiswa dapat mengikuti mata ajar pengalaman belajar praktika, adalah mahasiswa yang telah mengikuti

1. Konsep Dasar I
2. Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan

E. METODE PEMBELAJARAN

1. Pre dan Post Conference
2. Demonstrasi dan simulasi
3. Bed side teaching
4. Studi kasus
5. *Focus Group Discussion* (FGD)

F. ALOKASI WAKTU

Pelaksanaan Pengalaman Belajar Praktika (PBP) I dilaksanakan dalam waktu 2 minggu.

BAB III
PENGGORGANISASIAN
PRAKTEK KETERAMPILAN DASAR DALAM KEPERAWATAN

A. PESERTA DIDIK

Peserta didik yang mengikuti kegiatan pengalaman belajar praktik KDDK adalah mahasiswa Program Profesi Ners - STIKes Wijaya Husada Bogor Tahun Akademik 2016/2017.

B. PEMBIMBING

1. Kriteria Pembimbing Praktik KDDK

- a. Pendidikan minimal Ners
- b. Bersedia menjadi pembimbing praktik
- c. Mampu berkerjasama dengan mahasiswa dan pihak lain
- d. Menguasai subyek/ bidang yang akan menjadi bahan untuk kepentingan bimbingan.
- e. Berpartisipasi dalam program dan proses evaluasi kegiatan pembelajaran

2. Wewenang pembimbing Praktik KDDK

- a. Menentukan kasus kelolaan bagi peserta didik
- b. Menetapkan standar keberhasilan bagi peserta didik
- c. Memberi sanksi bila didapati peserta didik yang tidak menjalankan ketentuan praktik

Pembimbing yang akan memberikan bimbingan kepada peserta didik selama kegiatan Pengalaman Belajar Praktik KDDK meliputi pembimbing klinik dari lahan praktik dan pembimbing klinik dari pendidikan.

Pembimbing terlibat mulai dari proses sampai ke evaluasi baik dalam bentuk formatif atau sumatif. Selama Praktik KDDK berlangsung pembimbing berada diruangan masing-masing sesuai bidangnya dan

bertanggungjawab penuh terhadap proses bimbingan peserta didik di ruang yang bersangkutan.

3. Hak Pembimbing Praktik KDDK

Pembimbing berhak mendapatkan kembali kompensasi bimbingan dalam bentuk honorarium yang telah disepakati oleh institusi pendidikan Wijaya Husada Bogor dan lahan praktik.

4. Daftar Pembimbing Praktik KDDK

Pembimbing dari lahan praktik ditinjau oleh Ka. Diklat dari lahan praktik yang bersangkutan sesuai dengan ruangan pembimbing dari institusi pendidikan.

C. METODE BIMBINGAN

1. *Confrence* (Awal dan akhir)

Confrence yang dilakukan pada awal dan akhir kegiatan Praktik KDDK *confrence* dilaksanakan di institusi pendidikan serta di lahan praktik. Setiap *Confrence* akan dipimpin oleh pembimbing. Pelaksanaan conference di rumah sakit dapat berlangsung pada tiap ruangan (*Confrence* kelompok) juga di aula untuk *Confrence* besar (seluruh peserta PBP I)

2. Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok dilaksanakan bersama pembimbing klinik di tiap ruangan setelah peserta didik melakukan intervensi keperawatan.

3. Bed side teaching

Dilakukan secara simulasi atau demonstrasi langsung untuk tindakan-tindakan fokus (*Critical point*) oleh pembimbing klinik saat kegiatan Praktik KDDK berlangsung.

4. Demonstrasi

D. JADWAL PRAKTIK

Jadwal praktek kegiatan Praktik KDDK terlampir.

E. PENUGASAN

Selama kegiatan Praktik KDDK setiap peserta didik diwajibkan :

- Memenuhi target kompetensi untuk mata kuliah, keterampilan dasar dalam keperawatan (KDDK)
- Membuat laporan pendahuluan (LP) setiap 1 minggu sekali/ menyesuaikan rotasi ruangan.
- Mengelola 1 orang klien setiap minggunya.
- Membuat laporan pencapaian kompetensi setiap hari.
- Memenuhi pencapaian target kompetensi secara mandiri minimal 20%.
- Membuat laporan asuhan keperawatan individu sesuai dengan kasus pada klien yang menjadi kelolaannya
- Membuat laporan asuhan keperawatan secara berkelompok untuk diseminarkan di ruangan bersama pembimbing klinik.

F. PELAKSANAAN

1. Pertemuan awal (*pre confrence*)

Sebelum memulai kegiatan Pengalaman Belajar Praktik KDDK, mahasiswa menghadiri *pre confrence* yang dihadiri oleh pembimbing. *Pre confrence* bertujuan untuk mempersiapkan mahasiswa dalam melaksanakan Pengalaman Belajar Praktika (PBP) I dalam situasi yang nyata dilapangan. Fokus *pre cofrence*, adalah :

- ✓ Penjelasan tentang pelaksanaan kegiatan pengalaman Belajar Mengajar Praktik KDDK di lahan praktik.

- ✓ Mengidentifikasi persiapan mahasiswa untuk melaksanakan kegiatan Pengalaman Belajar Praktik KDDK
- ✓ Mengidentifikasi tingkat kecemasan mahasiswa sebelum berhadapan dengan klien dilahan praktik.

2. Pelaksanaan Pengalaman Belajar Praktika (PBP) I di lahan praktik

- ✓ Kegiatan praktik dirumah sakit dilaksanakan dalam bentuk pemberian asuhan keperawatan pada klien yang dirawat.
- ✓ Diantara kegiatan praktik dilakukan diskusi untuk mengevaluasi pencapaian target kompetensi dan membahas kendala serta solusi yang ditemui mahasiswa ketika melaksanakan Praktik KDDK Menerapkan berbagai konsep dasar dalam merawat klien.
- ✓ Mengumpulkan data pada kasus yang diperlukan dalam rangka menegakkan diagnosa keperawatan dengan format yang telah disiapkan.
- ✓ Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan secara benar, sesuai prinsip dan standar operasional prosedur (SOP) yang disepakati dilahan praktik
- ✓ Mengevaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- ✓ Mendokumentasikan setiap tahapan proses keperawatan dengan menggunakan teknik pendokumentasian keperawatan yang benar.

3. PERTEMUAN AKHIR (*POST CONFERENCE*)

Tujuan adalah untuk mengevaluasi keberhasilan kegiatan pengalaman belajar klinik yang sifatnya formatif. Kegiatan yang dilakukan adalah evaluasi kegiatan harian mahasiswa berikut *brain stroming* mengenai kegiatan belajar praktika. Presentasi tugas kelompok dari masing-masing instansi.

4. PEMBUAT LAPORAN

- ✓ Mahasiswa diwajibkan membuat laporan yang terdiri dari laporan perorangan dan laporan kelompok.
- ✓ Laporan perorangan berupa laporan asuhan keperawatan terhadap klien yang dikelola mahasiswa disetiap ruangan.
- ✓ Laporan kelompok berupa asuhan keperawatan terhadap klien kelolaan kelompok, yang akan diseminarkan pada akhir kegiatan pengalaman belajar praktika.

G. TATA TERTIB DAN SANKSI

1. Mahasiswa diwajibkan datang keruangan dilahan praktik
 - Pagi : datang jam 07.00, pulang jam 14.30
 - Sore : datang jam 13.30, pulang jam 21.00

Catatan

waktu praktik bisa saja dimulai lebih awal dan berakhir lebih lama, hal ini disesuaikan dengan ketentuan yang ditentukan oleh institusi tempat mahasiswa melaksanakan praktik.

2. Mahasiswa diwajibkan mengisi daftar hadir kegiatan pengalaman belajar klinik yang ada di ruangan dan daftar hadir yang ada pada buku pedoman Praktik KDDK. Kelalaian mengisi daftar hadir dianggap sebagai ketidakhadiran
3. Mahasiswa diwajibkan untuk berpenampilan sesuai dengan ketentuan akademik. Ketidaklengkapan dalam memakai atribut diperhitungkan kedalam penilaian dalam evaluasi proses (penampilan klinik)
4. Bila ada mahasiswa yang tidak masuk dinas dikenakan ketentuan sebagai berikut
 - Alasan jelas dan dapat diterima, maka mahasiswa harus melaporkan kepada pembimbing klinik, membuat surat izin dan wajib mengganti praktik setelah waktu praktik selesai

Keterangan :

- Sakit : lampirkan surat keterangan dokter
 - Izin : membuat surat izin sesuai format
 - Tanpa alasan yang jelas, mahasiswa wajib mengganti 1 hari ketidakhadiran dengan 2 hari praktik.
5. Mahasiswa diwajibkan mengikuti *pre* dan *post conference*
 6. Mahasiswa dituntut untuk melakukan kerjasama yang harmonis dengan klien, keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya.
 7. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan tempat klinik tanpa sepengetahuan pembimbing
 8. Mahasiswa diharuskan melaksanakan kegiatan yang telah ditentukan oleh pihak akademik disetiap mata kuliah
 9. Mahasiswa diharuskan menyerahkan laporan kepada pembimbing dua hari setelah pelaksanaan praktik
 10. Mahasiswa harus menggunakan waktu semaksimal mungkin untuk mempelajari kasus yang ada
 11. Mahasiswa diwajibkan membuat laporan yang terdiri dari laporan perorangan dan laporan kelompok.

BAB IV

EVALUASI

A. PENGERTIAN

Evaluasi adalah suatu upaya membandingkan hasil pengukuran terhadap patokan atau bahan pembanding yang sudah dibekukan dan hasilnya dinyatakan dengan lambang yang menyatakan nilai tertentu. Evaluasi pada kegiatan Pengalaman Belajar Praktik KDDK dilakukan terhadap kinerja klinik dan laporan pada setiap area praktik.

B. JENIS EVALUASI

1. Penampilan klinik (dilaksanakan oleh pembimbing ruangan)
2. Keterampilan dalam penerapan proses keperawatan (dilaksanakan oleh pembimbing ruangan dan pembimbing dari pendidikan)
3. Pendokumentasian asuhan keperawatan

C. KOMPOSISI NILAI EVALUASI PENGALAMAN BELAJAR PRAKTIKA (PBP) I

- | | |
|---|-------|
| 1. Soft Skill | : 10% |
| 2. Seminar Kelompok | : 10% |
| 3. Kinerja Klinik dan Target Keterampilan | : 20% |
| 4. Responsi/ SOCA (Student Oral Case Analyze) | : 10% |
| 5. LP dan Askep | : 30% |
| 6. Ujian Stase | : 10% |
| 7. Pendidikan Kesehatan | : 10% |

D. KLASIFIKASI NILAI

Batas kelulusan Pengalaman Belajar Praktik KDDK adalah 70.

BAB V

PENUTUP

Praktik KDDK menggambarkan proses belajar mengajar yang mendukung terhadap kemampuan peserta didik dalam meningkatkan kemampuan praktik secara mandiri yang berfokus pada situasi klien secara nyata.

Peserta didik dapat menerapkan dasar-dasar pengetahuan teori kedalam pengalaman belajar praktik secara nyata dengan menerapkan berbagai keterampilan intelektual dan psikomotor yang diperlukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Buku pedoman ini diharapkan dapat memberikan arahan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang mencakup area kebutuhan dasar manusia.

INSTRUMEN PENILAIAN KINERJA KLINIK

(dievaluasi oleh pembimbing klinik/ CI)

Nama Mhs :

NIM :

Ruang :

N O	ASPEK PENILAIAN	SKOR			
		<2	2 - 2.75	2.76 - 3.5	3.51 - 4
1	KOMUNIKASI				
	a. Menimbulkan kepercayaan kepada orang lain				
	b. Berespon kepada klien (verbal & non verbal)				
	c. Melaporkan kondisi klien & melakukan dokumentasi secara benar				
2	KETRAMPILAN PENGELOLAAN PASIEN				
	a. Melakukan pengkajian				
	b. Merencanakan askep dengan baik dan tepat				
	c. Melakukan askep kepada klien & keluarga dengan baik				
	d. Melakukan tindakan keperawatan dengan tepat				
	e. Menciptakan keamanan & kenyamanan				
	f. Menggunakan peralatan secara tepat guna				
	g. Melakukan tindakan pencegahan terhadap infeksi				
3	PERILAKU PROFESIONAL				
	a. Menampilkan sikap yang baik & sopan				
	b. Mempertahankan mutu askep				
	c. Memperlihatkan sikap bertanggung jawab & bertanggung gugat				
	d. Berpartisipasi dalam kegiatan ruangan				
TOTAL NILAI: <u>Jumlah skor</u> =					
14					

Bogor,..... 201...

Mengetahui,
Pembimbing Klinik

(.....)

FORMAT PENILAIAN TINDAKAN KEPERAWATAN

(Pilih salah satu tindakan keperawatan mandiri yang wajib dinilai dan dilihat oleh pembimbing klinik, ujian dilakukan di akhir stase)

KELOMPOK :

NAMA MAHASISWA :

RUANGAN :

NO	ASPEK	PENILAIAN				KET
		<2	2 - 2.75	2.76 - 3.5	3.51 - 4	
1	Persiapan a. Salam terapeutik b. Mengkaji ulang data fokus c. Mempersiapkan alat sesuai dengan kebutuhan tindakan d. Mempersiapkan pasien untuk tindakan e. Mempersiapkan lingkungan yang nyaman f. Mempersiapkan posisi pasien					
2	Pelaksanaan a. Mencuci tangan b. Dilakukan secara sistematis sesuai prosedur c. Melaksanakan prinsip aseptik dan antiseptik d. Memperhatikan keamanan dan keselamatan klien e. Menggunakan waktu, bahan, secara efektif dan efisien f. Mempunyai inisiatif dan kreatif dalam bekerja g. Berkomunikasi selama bekerja dengan klien dan keluarga h. Mandiri dalam pelaksanaan					
3	Evaluasi a. Mengkaji hasil dan respon klien b. Membereskan alat c. Melakukan terminasi d. Melakukan pendokumentasian tindakan					

	dengan benar					
	JUMLAH					

NILAI TOTAL =.....

Mengetahui, Bogor 2016

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

INSTRUMEN PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN
(dievaluasioleh pembimbing klinik/ CI dan pembimbing akademik)

Nama Mahasiswa :
 Nim :
 Ruangan :

NO	ASPEK	PENILAIAN				KET
		<2	2 - 2.75	2.76 - 3.5	3.51 - 4	
1	Pengertian					
2	Etiologi					
3	Manifestasi klinik dan komplikasi					
4	Pathway					
5	Penatalaksanaan klinik (farmako dan non farmako)					
6	Pemeriksaan penunjang					
7	Pengkajian (sesuai teori)					
8	Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul					
9	Membuat rencana tindakan keperawatan (intervensi sesuai teori)					
10	Mencantumkan daftar pustaka					
	JUMLAH					

Mengetahui, Bogor 2016

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

INSTRUMEN PENILAIAN LAPORAN KASUS
(dievaluasioleh pembimbing klinik/ CI dan pembimbing akademik)

Nama Mhs :
NIM :
Ruang :

No	ASPEK	PENILAIAN				Ket
		<2	2 - 2.75	2.76 - 3.5	3.51 - 4	
1	Pengkajian a. Pendekatan sistematis komprehensif b. Data yang didapat tepat sesuai dengan masalah kelengkapan data fokus c. Data dikelompokkan berdasarkan bio-psiko-sosio-spiritual dan kultural d. Analisa data : 1) Akurat relevan dengan permasalahan 2) Alur berfikir logis dan ilmiah					
2	Rumus dan diagnosa keperawatan a. Rumusan PES (Problem, Etiologi, Symptom) b. Meliputi masalah fisik dan psikososial c. Prioritas permasalahan tepat					
3	Perencanaan a. Tujuan : 1) Menyatakan Kriteria keberhasilan 2) Menyatakan waktu yang akan dicapai dalam tujuan 3) Harus SMART b. Rencana tindakan : 1) Sesuai dengan prioritas 2) Perencanaan tindakan untuk masing-masing diagnose keperawatan 3) Operasional 4) Meliputi tindakan mandiri dan kolaboratif 5) Meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif 6) Rasional dari tiap-tiap tindakan ilmiah dan etis					
4	Implementasi a. Menerapkan prinsip <i>patient safety</i> dalam pemberian asuhan keperawatan b. Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat c. Prioritas					

	d. Promotif atau preventif dan melibatkan keluarga e. Kuratif dan rehabilitatif f. Mencantumkan Evaluasi Formatif dalam bentuk Respon pasien (Subjektif dan Objektif)					
5	Evaluasi a. Melaksanakan Evaluasi Sumatif sesuai dengan tujuan b. Rumusan SOAP c. Membuat discharge planning pada pasien yang akan pulang					
	JUMLAH					

Mengetahui, Bogor 2016

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

PENILAIAN RESPONSI

(tanya jawab dengan pembimbing klinik dan akademik, mengenai pasien yang dijadikan kasus)

Nama Mhs :

NIM :

Ruang :

NO	ASPEK	PENILAIAN				Ket
		<2	2 - 2.75	2.76 - 3.5	3.51 - 4	
1	Kemampuan menalar dan Analisa berfikir					
2	Kejelasan menjawab					
3	Sistematika jawaban					
4	Jawaban sesuai/ Benar					
5	Sikap (Menghargai, empati) dan Penampilan					
	JUMLAH					

Mengetahui, Bogor 2016

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

INSTRUMEN PENILAIAN MAKALAH KELOMPOK

Judul Makalah :

Nama Kelompok :

NO	ASPEK	PENILAIAN				KET
		<2	2 - 2.75	2.76 - 3.5	3.51 - 4	
1	BAB I PENDAHULUAN Latar belakang Rumusan masalah Tujuan					
2	BAB II TINJAUAN TEORI Tinjauan teori (Laporan Pendahuluan)					
3	BAB III PEMBAHASAN Pembahasan (Laporan Kasus)					
4	BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN\					
	Jumlah					

NILAI TOTAL =

Mengetahui, Bogor 2016

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

INSTRUMEN PENILAIAN SEMINAR

Judul Makalah :.....
 Nama Mahasiswa :1.....

NO	ASPEK	PENILAIAN				KET
		1	2	3	4	
1	Substansi (Materi) a. Kelengkapan isi materi b. Penekanan terhadap hal-hal penting c. Pembahasan atau rasional d. Sistematika penulisan					
2	Metode persentasi a. Kemampuan menjelaskan b. Bahasa yang digunakan c. Penampilan					
3	Diskusi a. Kemampuan memberikan jawaban b. Partisipasi anggota kelompok c. Pemanfaatan waktu d. Cara memberi respon kepada penanya					
4	Alat bantu a. Kualitas alat bantu b. Cara menggunakan alat bantu					
	JUMLAH					

NILAI TOTAL =.....

Mengetahui, Bogor 2016

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

INSTRUMEN PENILAIAN PENDIDIKAN KESEHATAN

(Dinilai Pembimbing klinik dan Pembimbing Akademik)

Nama Mhs :

NIM :

Ruang :

Tema Penyuluhan :

No	Aspek Penilaian	PENILAIAN				Ket
		<2	2 - 2.75	2.76 - 3.5	3.51 - 4	
I	Pre-planning Menyiapkan SAP yang berisi : a. Latar belakang data-data yang diperoleh b. Identifikasi masalah c. Tujuan dan Sasaran d. Waktu dan tempat pelaksanaan e. Metode/ Strategi f. Media g. Rencana kegiatan/ penyuluhan h. Metode Evaluasi					
II	Media a. Kesesuaian dengan topik b. Efisiensi					
III	Penyajian a. Penguasaan materi b. Kejelasan dalam mengemukakan intisari c. Kesesuaian alokasi waktu d. Kelancaran dalam penyampaian e. Penggunaan bahasa yang tepat					
IV	Evaluasi a. Kemampuan memotivasi peserta untuk bertanya b. Ketepatan dalam menjawab c. Kemampuan menggunakan argumentasi					
V	Afektif a. Sistematis b. Rasional c. Menghargai orang lain d. Komunikasi dan Performance					
JUMLAH						



DAFTAR HADIR PRAKTIK KETERAMPILAN DASAR DALAM KEPERAWATAN
PROGRAM PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR
TAHUN AKADEMIK 2015/2016

NO	TGL/BLN/THN	NAMA MAHASISWA	NIM	DINAS	DATANG	TTD MHS	PULANG	TTD MHS	TTD CI	KET
					JAM		JAM			

FORMAT BUKU KEGIATAN HARIAN (LOG BOOK)

NO.	TGL/JAM	TEMPAT	RENCANA KEGIATAN YANG AKAN DILAKSANAKAN	KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN	HASIL KEGIATAN	TTD MHS	TTD CI

FORMAT BUKU KEGIATAN HARIAN (LOG BOOK)

NO.	TGL/JAM	TEMPAT	RENCANA KEGIATAN YANG AKAN DILAKSANAKAN	KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN	HASIL KEGIATAN	TTD MHS	TTD CI

FORMAT BUKU KEGIATAN HARIAN (LOG BOOK)

NO.	TGL/JAM	TEMPAT	RENCANA KEGIATAN YANG AKAN DILAKSANAKAN	KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN	HASIL KEGIATAN	TTD MHS	TTD CI

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

(diagnosa medis)

1. Definisi Penyakit

.....
.....
.....

2. Manifestasi Klinis

.....
.....
.....

3. Etiologi

.....
.....
.....

4. Anatomi Fisiologi

.....
.....
.....

5. Patofisiologi

.....
.....
.....

6. Kemungkinan data focus

a. Anamnesa

.....
.....
.....

b. Pemeriksaan fisik

.....
.....
.....

c. Pemeriksaan diagnostik

.....
.....
.....

7. Penatalaksanaan Medis

.....
.....

8. Kemungkinan diagnosa keperawatan

- a.**
.....
- b.**
.....
- c.**
.....

9. Perencanaan

No	Tujuan	Intervensi

10. Daftar pustaka

.....
.....
.....
.....
.....

LAPORAN KASUS (ASUHAN KEPERAWATAN)

Pada Klien dengan (...diagnosa medis)

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN

I. IDENTITAS

A. Identitas Klien

No. RM :

Inisial Klien :

Usia :

Jenis kelamin :

Agama :

Suku :

Alamat :

Tanggal masuk Jam :

Tanggal Pengkajian Jam :

B. Identitas keluarga yang bertanggung jawab :

Inisial klien :

Usia :

Hubungan dengan klien :

Alamat :

II. Keluhan Utama

.....

III. Riwayat kesehatan :

a. Riwayat kesehatan sekarang :

Saat Masuk Rumah Sakit :(diisi dari mulai pasien masuk ke rumah sakit seperti alasan masuk rumah sakit,dll, Narasikan!)

Saat Melakukan Pengkajian : (diisi sesuai dengan yang dikeluhkan pasien saat mahasiswa melakukan pengkajian, Narasikan!)

b. Riwayat kesehatan dahulu

.....
.....
.....
.....
.....

c. Riwayat kesehatan keluarga

.....
.....
.....
.....
.....

IV. Alergi

.....

V. Profil Life System

A. Activities of daily living

No	ADL	Sebelum Sakit	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi		
	Makanan		
	Jenis		
	Frekuensi		
	Porsi		
	Makanan Kesukaan		
	Makanan pantangan		
	Nafsu makan		
	Cara makan sendiri/ dibantu		
	Kesulitan makan		
	Masalah		
	Minum		

	Jenis		
	Frekuensi		
	Jumlah (cc)		
	Cara minum dibantu/ sendiri		
	Masalah		
2	Eliminasi BAB		
	Frekuensi		
	Waktu		
	Warna		
	Konsistensi		
	Obstipasi		
	Pengunaan pencahar		
	Diare		
	Stoma		
	Cara pengeluaran		
	Masalah		
	BAK		
	Frekuensi		
	Jumlah		
	Warna		
	Bau, darah, lendir		
	Kesulitan		
	Inkontenensia		
	Hematuria		
	Penggunaan kateter		
	Cara pengeluaran		
	Masalah		
3	Istirahat dan tidur		
	Waktu tidur malam		
	Waktu tidur siang		
	Lamanya		
	Kebiasaan pengantar tidur		
	Ada tidaknya masalah tidur		
	Kebiasaan yang dilakukan saat istirahat		
	Masalah		
4	Personal hygiene		
	Mandi		
	Frekuensi		
	Penggunaan sabun/ tidak		
	Cara melakukan sendiri/ dibantu		

	Masalah		
	Oral hygiene		
	Frekuensi		
	Pengunaan sikat gigi/ tidak		
	Penggunaan pasta gigi/ tidak		
5	Cara melakukan		
	Aktivitas/ latihan		
	Olahraga		
	Kegiatan diwaktu luang		
	Cara melakukan (sendiri/ dibantu)		
	Masalah		

B. Kebiasaan

.....

VI. Profil Psiko-Sosial

.....

VII. Pola Nilai/ Kepercayaan

A. Kegiatan keagamaan yang dijalani

.....

B. Nilai/ kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan

.....

C. Lain-lain

.....

VIII. Keadaan Umum

GCS Tingkat Kesadaran

Eye (E) : Verbal (V) : Motorik (M) :

IX. Vital Sign

Suhu : °C

Tek. darah (TD) : mmHg

Frek. Nadi : x/menit
Frek. Nafas (RR) : x/menit

X. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala :

Inspeksi :

.....

Palpasi :

.....

2. Mata :

Inspeksi :

.....

Palpasi :

.....

3. Telinga :

Inspeksi :

.....

Palpasi :

.....

4. Mulut :

Inspeksi :

.....

Palpasi :

.....

5. Hidung :

Inspeksi :

.....

Palpasi :

.....

6. Leher dan Tenggorokan :

Inspeksi :

.....

Palpasi :.....
.....

7. Kardiovaskuler :

Inspeksi :.....
.....

Palpasi :.....
.....

Perkusi :
.....

Auskultasi :
.....

8. Paru-paru :

Inspeksi :.....
.....

Perkusi :
.....

Palpasi :.....
.....

Auskultasi:
.....

Payudara (untuk laki-laki atau perempuan)

Inspeksi :
.....

Palpasi :
.....

9. Abdomen :

Inspeksi :.....
.....

Palpasi :.....
.....

Auskultasi :
.....

Perkusi :
.....

10. Gastrointestinal

Palpasi :
.....

11. Integument

Inspeksi :
.....

Palpasi :
.....

12. Musculoskeletal

Inspeksi :
.....

Palpasi (mahasiswa mengisi kekuatan otot pasien):
.....

13. Neurologi (mahasiswa mengisi nervus 1-12) :

.....
.....

XI. Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik

No	Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil
		Laboratorium :	
		Pemeriksaan Diagnostik :	

XII. Terapi saat ini (tuliskan dengan rinci)

No	Jenis Terapi Obat	Indikasi/ kegunaan	Dosis

FORMAT ANALISA DATA

NAMA PASIEN : NAMA MAHASISWA :.....

NO.REKAM MEDIK : N I M :

RUANG RAWAT :

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
DO : DS :	<u>Ket : PATHWAY</u>	

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS MASALAH)

1.
2.
3.
4.
5.

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN (INTERVENSI)

NAMA PASIEN : NAMA MAHASISWA :

NO.REKAM MEDIK N I M :

DIAGNOSA MEDIK.....:

NO	TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN			PARAF
			TUJUAN	INTERVENSI	RASIOANAL	

FORMAT CATATAN TINDAKAN KEPERAWATAN (IMPLEMENTASI)

NAMA PASIEN NAMA MAHASISWA :

NO.REKAM MEDIK N I M :

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI (TINDAKAN KEPERAWATAN)	(RESPON KLIEN)	PARAF
	Ket : Dalam 1 hari tidak 1 Diagnosa yang di implementasikan!!			S : O: Ket : data subjektif dan objektif di isi setiap implementasi yang dilakukan oleh mahasiswa	

FORMAT EVALUASI

NAMA PASIEN NAMA MAHASISWA :

NO.REKAM MEDIK N I M :

RUANG RAWAT :

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL / WAKTU	EVALUASI	NAMA & PARAF

**FORMAT LAPORAN MAKALAH PROGRAM NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIJAYA HUSADA BOGOR**

LEMBAR JUDUL

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar belakang
- B. Tujuan penulisan
- C. Ruang lingkup

BAB II TINJAUAN TEORITIS

- A. Konsep Penyakit
 - 1. Definisi
 - 2. Etiologi
 - 3. Klasifikasi
 - 4. Pathofisiologi
 - 5. Manifestasi klinis
 - 6. Penatalaksanaan
 - 7. Komplikasi
- B. Konsep dasar Asuhan keperawatn
 - 1. Pengkajian
 - 2. Diagnose keperawatan
 - 3. Perencanaan/ Intervensi
 - 4. Pelaksanaan/ Implementasi
 - 5. Evaluasi

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

- A. Tinjauan kasus
 - 1. Pengkajian
 - 2. Analisa data
 - 3. Prioritas masalah
 - 4. Rencana asuhan keperawatan (Intervensi)
 - 5. Catatan keperawatan (Implementasi)
 - 6. Catatan perkembangan (Evaluasi)
- B. Pembahasan
 - 1. Pengkajian

2. Diagnose keperawatan
3. Perencanaan/ Intervensi
4. Pelaksanaan/ Implementasi
5. Evaluasi

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

- A. Kesimpulan
- B. Rekomendasi

DAFTAR PUSTAKA

**SISTEMATIKA PENULISAN TUGAS KELOMPOK
(Laporan Kasus)**

Halaman Judul

Kata Pengantar

Daftar Isi

BAB I Pendahuluan :

- 1.1. Latar Belakang
- 1.2. Tujuan
 - 1.2.1. Umum
 - 1.2.2. Khusus
- 1.3. Ruang Lingkup
- 1.4. Metode Penulisan
- 1.5. Sistematika Penulisan

BAB II Tinjauan Pustaka

BAB III Tinjauan Kasus

BAB IV Pembahasan

BAB V Penutup

- 1.1.1. Kesimpulan
- 1.1.2. Saran

Daftar Pustaka

Daftar Lampiran

TARGET KOMPETENSI**a. Perasat : Membuat asuhan keperawatan pada klien dengan kasus KDDK**

NO	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							
4							
5							

b. Pemeriksaan Fisik Umum

NO	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

c. Mengecek tanda- tanda vital

NO	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

d. Memindahkan pasien

NO	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							
4							
5							

e. Mengatur posisi pasien

N O	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							
4							
5							

f. Latihan mobilisasi

N O	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							
4							
5							

g. Melatih ROM

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								

h. Bed Making dengan pasien diatasnya/ tanpa pasien

N O	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							
4							
5							

i. Memandikan pasien

N O	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							

j. Mencuci rambut

N O	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							

k. Menggunting kuku

N O	TGL	TEMPAT	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1							
2							
3							

l. Perineal Hygiene

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								

m. Oral Hygiene

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

n. Membantu pasien makan dan minum

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								

2								
3								

o. Memasang NGT dan memberikan makan lewat NGT

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

p. Membantu BAK dan BAB

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								

q. Memasang infus

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								
5								

6								
7								

r. Menghitung tetesan infus

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

s. Menghitung cairan input- output/ balance cairan

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								
5								

t. Pemberian obat oral

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

u. Pemberian obat Sublingual

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								

v. Pemberian obat parenteral IV (intra vena)

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								
5								

w. Pemberian obat parenteral IM (intra muskular)

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

x. Pemberian obat parenteral IC (intra cutan)/ skin test

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

y. Pemberian obat parenteral SC (sub cutan)

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

z. Pemberian obat inhalasi/ nebulizer

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								

2								
3								

aa. Pemberian obat rectum/ supositorial

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								

bb. Pemasangan oksigen

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

cc. Pemasangan kateterisasi

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

dd. Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								
5								

ee. Fisioterapi dada dan postural drainage

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

ff. Melakukan kompres hangat

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

gg.Melakukan kompres dingin

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

hh. Pengambilan spesimen darah

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								
5								

ii. Menyiapkan specimen untuk pemeriksaan laboratorium : darah

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

jj. Menyiapkan spesimen untuk pemeriksaan Laboratorium : urine

No	Tgl	Temp at	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbi ng	Mandi ri	RS	Akademi k
1								
2								
3								

kk. Menyiapkan specimen untuk pemeriksaan Laboratorium : feses

No	Tgl	Temp at	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbi ng	Mandi ri	RS	Akademi k
1								
2								
3								

ll. Menyiapkan alat-alat untuk sterilisasi

No	Tgl	Temp at	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbi ng	Mandi ri	RS	Akademi k
1								
2								
3								

mm. Mencuci tangan steril

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

nn. Menggunakan handscoon steril

No	Tgl	Temp at	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbi ng	Mandi ri	RS	Akademi k
1								
2								
3								

oo.Memberikan pendidikan kesehatan

No	Tgl	Temp at	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbi ng	Mandi ri	RS	Akademi k
1								
2								
3								
4								
5								

b. Melaksanakan pengkajian pada klien / pasien

Menyiapkan dan melaksanakan anamnesa, pemeriksaan fisik pada klien dewasa serta pemberian asuhan sesuai dengan kebutuhannya

No	Tgl	Tempat	Nama pasien	PELAKSANAAN			Paraf CI	
			Diagnosa	Observasi	Dibimbing	Mandiri	RS	Akademik
1								
2								
3								

.....2015

Mengetahui,

CI Akademik

CI Rumah Sakit

(.....) .

(.....)

KESIMPULAN :

.....

.....

PENCAPAIAN TARGET : (%)

Format Penilaian Pencapaian Target oleh CI Lapangan

NO	ASPEK PENILAIAN					KET
		1	2	3	4	
1	Observasi (10%)					
2	Bimbingan (30%)					
3	Mandiri (60%)					
	JUMLAH					

$$\text{NILAI} = (\text{N1} \times 10\%) + (\text{N2} \times 30\%) + (\text{N3} \times 60\%)$$

=.....

=.....

Kriteria :

1 = Kurang

2 = Cukup

3 = Baik

4 = Sangat Baik

Mengetahui, Bogor,201..

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

ALUR IZIN DINAS

1. Mahasiswa mengajukan surat izin dinas (ijin tidak masuk) sesuai format yang sudah ditentukan.
2. Mahasiswa mengajukan surat izin dinas yang sudah diisi ke pembimbing rumah sakit (dengan mengetahui bagian diklat / bidang keperawatan) dan pembimbing akademik.
3. Mahasiswa membuat surat ijin rangkap 4.
4. Mahasiswa meminta pengesahan dari Kaprodi dan distempel ke bagian administrasi profesi.
5. Mahasiswa memberikan surat ijin ke pembimbing rumah sakit / bagian diklat atau bidang keperawatan yang ada di rumah sakit, pembimbing akademik, bagian administrasi profesi.

ALUR GANTI DINAS

1. Mahasiswa mengajukan surat pergantian dinas sesuai format yang sudah ditentukan.
2. Mahasiswa mengajukan surat pergantian dinas tersebut ke pembimbing akademik dengan mengetahui Kaprodi program profesi
3. Pembimbing akademik menyerahkan surat pergantian ke bagian diklat rumah sakit /bidang keperawatan
4. Mahasiswa melaksanakan praktek klinik sesuai dengan jadwal dan jumlah yang ditinggalkan.

FORM SURAT PERMOHONAN IZIN

Kepada Yth:
Pengelola Program Studi Ners
Di Tempat

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

NIM :

Program Studi :

Memohon ijin untuk tidak mengikuti praktek profesi Ners di Rumah Sakit
..... Ruang..... pada :

Hari/Tanggal :

Shift :

alasan *) :

Demikian surat permohonan ini saya sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya
diucapkan terima kasih

Bogor, 20

Hormat Saya

Menyetujui

Koordinator Stase

Mengetahui

Clinical Instruktur/Perceptor

FORM SURAT BUKTI PENGANTIAN JADWAL DINAS

Dengan ini saya:

Nama :

NIP :

Ruang :

Selaku Clinical Instructur atau perawat yang ditunjuk untuk membimbing mahasiswa, menyatakan bahwa mahasiswa:

Nama :

NIM :

Program Studi :

Institusi :

Telah memenuhi kewajiban mengganti jadwal praktek klinik di Rumah Sakit..... Ruang..... selamahari, sesuai dengan kesepakatan yang telah diajukan oleh mahasiswa tersebut.

Mengetahui

Clinical Instructur

Keterangan:

Form ini harus di stempel Rumah Sakit dan di foto kopi

1. Asli diserahkan ke Prodi Profesi Ners
2. foto kopi diserahkan ke ruangan

FORM SURAT PERMOHONAN CUTI

Kepada Yth:

Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Wijaya Husada Bogor

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Stase :

Tempat Praktik :

Dengan ini mengajukan permohonan CUTI pada tahap profesi kepada Ketua Program Pendidikan Profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor, terhitung tanggals.d.....

Alasan cuti :

.....
.....

Saya bersedia mengganti cuti sesuai dengan yang tersebut di atas pada tanggal.....s.d.....

Segala konsekwensi yang mungkin terjadi akibat dari permohonan ini akan menjadi tanggung jawab saya secara pribadi, dan saya akan mentaati peraturan yang berlaku di institusi pendidikan dan pelayanan

Demikian permohonan saya buat dengan sesungguhnya

Bogor,.....

Mahasiswa
Materai 6000

.....
NIM



REKAPITULASI NILAI
STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR
PRAKTIK KETERAMPILAN DASAR DALAM KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK 2015/2016

RUANGAN : _____ RUMAH SAKIT : _____ PERIODE : TGL ____ s.d. TGL ____

N O	NAMA MAHASISWA	NIM	KRITERIA PENILAIAN (NILAI 0 – 100)																NILAI RATA- RATA
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

KETERANGAN KRITERIA PENILAIAN :

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Kerapihan dalam berpakaian | 9. Kreatifitas |
| 2. Etika dalam berinteraksi | 10. Kejujuran |
| 3. Kerjasama dalam tim | 11. Komunikasi Terapeutik |
| 4. Pre-+Post Conference | 12. Tanggung jawab |
| 5. Asuhan Kep/ Komprehensif | 13. Perilaku <i>Caring</i> |
| 6. Kedisiplinan | 14. Pencapaian target |
| 7. Keaktifan dalam bekerja | 15. Kehadiran |
| 8. Menerapkan prinsip <i>patient safety</i> | 16. Laporan |

$$\text{NILAI RATA-RATA} = \frac{\text{NILAI 1} + \text{N2} + \dots + \text{N16}}{16}$$

NILAI HURUF		ANGKA MUTU
A	80-100	4.00
A-	77-79	3.75
B+	73-76	3.50
B	70-72	3.00
B-	66-69	2.75
C+	61-65	2.50
C	56-60	2.00
D	46-55	1.00
E	0-45	0.00
F (Tertunda)		Tidak Lengkap

.....,201....
Instruktur Kilink (CI)

(_____)

DAFTAR PUSTAKA

- Asih Yasmin.2000. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta. EGC
- Potter. P. 2003. *Basic nursing, Teori and Practice*. Philadelphia. Mosby
- Kozier. B. 2005. *Fundamental of Nursing : Concept and Prosedure*. California. Anderson Wesley Publishing
- Mubarak W. 2007. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. EGC
- Tarwoto. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia & Proses Keperawatan Ed. 3*. Jakarta. Salemba
- Brunner dan Suddarth. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal- Bedah*. Jakarta. EGC
- Diagnosa Keperawatan Nanda (2012-2014)
- Joanne dkk (1996) , *Nursing Intervention Classification (NIC) edisi 2*, Mosby-year Book, Inc
- Joanne dkk (1996) , *Nursing Outcome Classification (NOC) edisi 2*, Mosby-year Book, Inc
- Corwin EJ. 2000. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta . EGC
- Ester, Monica . 2001. *Keperawatan Medikal Bedah : Pendekatan Sistem Gastrointestinal*, cetakan I, Jakarta : EGC
- Price, Sylvia Anderson. 1994.*Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit; alih bahasa, Peter Anugerah*, Edisi 4, Jakarta: EGC
- Priharjo Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sodeman. 1995. *Patofisiologi Sodeman: Mekanisme Penyakit – edisi 7*. Jakarta: Hipokrates
- Tambayong Jan. 2000. *Patofisiologi Untuk Keperawatan*. Jakarta. EGC

BUKU AJAR STASE

KETERAMPILAN DASAR DALAM KEPERAWATAN

Ns. Nining Fitriyaningsih, S.Kep., M.Kes

Buku ini berisi tentang ketrampilan dasar yang harus dikuasai mahasiswa selama mengikuti stase/tahapan ketrampilan dasar keperawatan (KDDK) dalam rangkaian program profesi ners serta tata cara / alur perizinan yang dapat diikuti oleh mahasiswa praktik selama menjalani stase KDDK ini.

ISBN 978-602-5982-04-0

