

BUKU AJAR

PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



Sara Tania Aprianty, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.M.B



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 PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Sara Tania Aprianty, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.M.B

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

PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Sara Tania Aprianty, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.M.B

ISBN : 978-602-5982-02-6
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 Keperawatan Medikal Bedah.

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 Profesi Ners 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

BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	1
C. Ruang Lingkup.....	2
D. Sistematika Penulisan.....	2
BAB II PEMBAHASAN PRAKTIK	
A. Deskripsi Mata Ajar.....	3
B. Kompetensi Umum.....	3
C. Kompetensi Khusus.....	3
D. Komponen Kompetensi.....	4
E. Materi Yang Harus dikuasai.....	4
F. Metode Pembelajaran.....	6
G. Alokasi Waktu.....	6
BAB III PENGORGANISASIAN	
A. Peserta Didik.....	7
B. Pembimbing.....	7
C. Metode Bimbingan.....	8
D. Jadwal Praktik.....	9
E. Penugasan.....	9
F. Pelaksanaan.....	11
G. Tata Tertib.....	12
H. Tempat Praktik.....	14
BAB IV EVALUASI	
A. Pengertian.....	15
B. Tujuan Evaluasi.....	15
C. Cakupan dan Bobot Evaluasi.....	15
D. Ujian Praktik.....	15
E. Kriteria Kelulusan.....	17
BAB V PENUTUP	18

DAFTAR LAMPIRAN

Format Laporan Pendahuluan.....	Lampiran 1
Format Laporan Asuhan Keperawatan.....	Lampiran 3
Format Laporan Kasus Perioperatif di Ruang Operasi.....	Lampiran 11
Format Resume Perioperatif.....	Lampiran 20
Format resume di ruang Hemodialisa.....	Lampiran 27
Format Laporan Makalah.....	Lampiran 32
Format Sistematika Penulisan Tugas Kelompok.....	Lampiran 34
Format Buku Kegiatan Harian (<i>Log Book</i>).....	Lampiran 35
Format Penilaian Penampilan Klinik.....	Lampiran 36
Format Penilaian Tindakan Keperawatan.....	Lampiran 38
Format Penilaian Laporan Pendahuluan.....	Lampiran 40
Format Penilaian Laporan Kasus.....	Lampiran 41
Format Penilaian Responsi.....	Lampiran 43
Format Penilaian Makalah Kelompok.....	Lampiran 44
Format Penilaian Seminar.....	Lampiran 45
Format Penilaian Pendidikan Kesehatan.....	Lampiran 46
Daftar Kompetensi Praktik KMB.....	Lampiran 48
Format Daftar Hadir.....	Lampiran 53
Alur izin dinas.....	Lampiran 54
Format Surat Izin dan penggantian Jadwal Dinas.....	Lampiran 55
Jadwal Rotasi Dinas Mahasiswa Stase KMB.....	Lampiran 56

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 di bidang 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 salah satunya melalui mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah.

Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah yang dilaksanakan oleh Instansi Program profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor, merupakan penerapan dari mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah. Pembelajaran ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menerapkan proses keperawatan pada pasien dewasa pada tatanan klinik.

B. TUJUAN

Buku panduan Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah ini dibuat dengan tujuan agar mahasiswa dapat mengetahui dan memahami semua hal yang diharapkan dapat dicapai dalam proses pembelajaran ini. Buku panduan ini berusaha memberikan informasi tentang tujuan dan kompetensi, materi yang harus dikuasai mahasiswa, metode pembelajaran praktek laboratorium, tata tertib, lahan praktek, proses pelaksanaan praktek, siklus praktek, tugas mahasiswa dan proses evaluasi dari proses pembelajaran ini.

C. RUANG LINGKUP

Buku pedoman ini mencakup kegiatan pengalaman belajar mahasiswa yang mengikuti praktek profesi keperawatan medikal bedah adalah mahasiswa yang telah menyelesaikan mata ajar Keperawatan Medikal Bedah pada tahap perkuliahan.

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Buku pedoman ini disusun berdasarkan sistematika sebagai berikut :

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

BAB II
PEMBAHASAN PRAKTIK
MATA KULIAH: KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. DESKRIPSI MATA AJAR

Mata kuliah tahap profesi Keperawatan Medikal Bedah (KMB) merupakan penerapan dari konsep dan prinsip pelayanan asuhan keperawatan klien dewasa yang mengalami dan/atau cenderung mengalami perubahan fisiologis serta dengan/atau gangguan struktur anatomi tubuh akibat trauma atau penyakit yang sering terjadi, meliputi gangguan sistem pernafasan, kardiovaskular, pencernaan, perkemihan, endokrin, persyarafan, muskuloskeletal, hematologi, imunologi dan integumen. Asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan pada pendekatan proses keperawatan: pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan yang komprehensif (bio-psiko-sosio-spiritual) dan berlandaskan pada aspek etik dan legal keperawatan.

B. KOMPETENSI UMUM

Setelah menyelesaikan Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah ini mahasiswa mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah pada klien dewasa yang mengalami masalah kesehatan dan perubahan fungsi sistem tubuh, melakukan tindakan keperawatan dasar *invasive* maupun *non invasive* serta tindakan yang spesifik untuk masing-masing gangguan sistem tubuh.

C. KOMPETENSI KHUSUS

Setelah menyelesaikan Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah ini diharapkan mahasiswa dapat menerapkan asuhan keperawatan yang meliputi :

1. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler
2. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pernafasan
3. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem persyarafan
4. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan

5. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem perkemihan
6. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem endokrin
7. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem hematologi
8. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem integumen
9. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem imunologi
10. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem muskuloskeletal serta pre dan post operasi
11. Asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit tropis dan menular

D. KOMPONEN KOMPETENSI

Kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa selama Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah adalah :

1. Memahami konsep dasar penyakit dan asuhan keperawatan teoritis penyakit yang termasuk pada lingkup Keperawatan Medikal Bedah.
2. Melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada klien di ruangan penyakit dalam, bedah, hemodialisa dan OK.
3. Menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data yang dapat selama melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik.
4. Membuat rencana asuhan keperawatan dengan cara membuat tujuan yang akan dicapai untuk dapat menyelesaikan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan beserta rasional untuk mengatasi masalah klien.
5. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat sebelumnya.
6. Mampu mengevaluasi dan mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.
7. Mampu membuat rencana pendidikan kesehatan (discharge planning) sesuai dengan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.
8. Mampu melakukan tindakan kolaboratif *invasive* maupun *non invasive*.
9. Menampilkan kinerja klinik yang baik yang menunjukkan profesionalisme perawat.

D. MATERI YANG HARUS DIKUASI :

1. Sistem Kardiovaskuler
 - Chronic Heart Failure (CHF)
 - Miocard Infark (MI)

- Angina pektoris
 - Hipertensi
2. Sistem Pernafasan
 - Tuberculosis Paru (TBC)
 - Bronchopneumonia (BP)
 - Asma Bronchial
 - Efusi Pleura
 - Karsinoma Paru (Ca. Paru)
 - Emfisema
 - Pneumothorak
 - PPOM
 3. Sistem Persyarafan
 - Cerebro vascular Disease / Stroke
 - SOL
 - Tumor Otak
 - Hernia Nukleus Pulpasus
 - Myastenia Gravis
 4. Sistem Pencernaan
 - Gastritis / ulkus peptikum
 - Karsinoma kolon / rektum
 - Apendiksitis
 - Hepatitis / Serosis Hepatis
 - Peritonitis/ laparatomi
 5. Sistem Perkemihan
 - Gagal Ginjal Kronik / Akut (GGK/GGA)
 - Infeksi Saluran Kemih (ISK)
 - Urolithiasis
 - Benigna Prostat Hipertrophy (BPH)
 6. Sistem Endokrin
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertiroid
 - Hiperparatiroid
 - Sindrom Causing
 - Carsinoma Thyroid

7. Sistem Hematologi
 - Leukemia
 - Anemia
 - Lymphoma
 - Thalasemia
8. Sistem imunologi
 - HIV / AIDS
9. Sistem Integumen
 - Luka bakar
10. Sistem Muskuloskeletal serta pre dan post operasi.
 - Fraktur
 - Amputasi
 - Osteosarcoma
 - Osteomyelitis
 - Spondilitis
 - Ca. Mamae
 - Perawatan Pre dan Post Operasi
11. Penyakit tropis dan menular
 - Dengue Haemorrhagic Fever
 - Malaria
 - Typhus Abdominalis
 - Gastroenteritis

E. METODE PEMBELAJARAN

1. *Pre dan Post Conference*
2. Demonstrasi dan simulasi
3. *Bed side teaching*
4. Studi kasus
5. Diskusi/ seminar
6. Pendidikan Kesehatan

F. ALOKASI WAKTU

Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah mempunyai beban sebanyak 8 SKS yang akan dilaksanakan dalam 8 minggu praktek klinik di Rumah Sakit.

BAB III

PENGORGANISASIAN

A. PESERTA DIDIK

Peserta didik yang mengikuti kegiatan pengalaman belajar praktik KDDK adalah mahasiswa Program Profesi Ners - STIKes Wijaya Husada Bogor Tahun Akademik 2015/2016.

B. PEMBIMBING

1. Kriteria Pembimbing Praktik KMB

- 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 KMB

- 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 KMB 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 KMB berlangsung pembimbing berada di ruangan masing-masing sesuai bidangnya dan bertanggungjawab penuh terhadap proses bimbingan peserta didik di ruang yang bersangkutan.

3. Hak Pembimbing Praktik KMB

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 KMB

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 KMB *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 focus (*Critical point*) oleh pembimbing klinik saat kegiatan Praktik KMB berlangsung.

4. Pendidikan Kesehatan

Mahasiswa mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan dan penyuluhan kesehatan klien untuk melakukan tindakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Mahasiswa membuat dan menyiapkan materi pendidikan kesehatan dalam bentuk, leaflet, lembar balik, pamlet, dll. Mahasiswa akan dinilai berdasarkan penguasaan materi, media yang dipakai, dan umpan balik terhadap klien.

5. Seminar

Mahasiswa mempresentasikan kasus yang dikelola oleh kelompok yang sebelumnya telah dikonsultasikan ke pembimbing klinik dan akademik.

6. Demonstrasi

D. JADWAL PRAKTIK

Jadwal praktek kegiatan Praktik KMB terlampir.

E. PENUGASAN

1. TUGAS INDIVIDU

- a. Membuat laporan pendahuluan klien kelolaan disetiap ruangan praktik profesi (1 buah tiap minggu)
 - Ruangan Penyakit Dalam
 - Ruangan Bedah
 - Ruangan OK
 - Ruangan Hemodialisa
- b. Membuat laporan kasus (askep lengkap) dimasing-masing ruangan sesuai dengan kasus klien kelolaan
- c. Membuat laporan klien resume pada ruangan (1 buah tiap minggu):
 - Ruangan Penyakit Dalam
 - Ruangan Bedah
 - Ruangan OK
 - Ruangan Hemodialisa
- d. Setiap mahasiswa wajib membuat evaluasi diri setiap hari.
- e. Setiap mahasiswa harus mengisi lembaran kompetensi setiap melakukan tindakan dan wajib ditanda tangani oleh pembimbing klinik atau perawat ruangan dimana mahasiswa praktek
- f. Ketentuan untuk penugasan tugas individu
 - Paling lambat 1 hari sebelum praktek, setiap mahasiswa sudah mengetahui kasus kelolaan.
 - Setiap mahasiswa wajib membuat laporan pendahuluan sesuai dengan kasus kelolaan di setiap ruangan Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah dan wajib dibawa pada hari pertama praktek pada tiap minggunya dimasing-masing ruangan.

- Masing-masing klien kelolaan dikelola selama satu minggu.
- Jika pasien kelolaan pulang sebelum 3 x 24 jam, mahasiswa wajib mengelola pasien baru.
- Pengambilan kasus kelolaan tidak boleh sama antara satu mahasiswa dengan mahasiswa lainnya.
- Setiap mahasiswa wajib membuat laporan kasus (askep lengkap) klien kelolaan.
- Pengkajian laporan resume dibuat dalam bentuk format kasus kelolaan
- Laporan pendahuluan, laporan kasus dan laporan resume harus ditulis tangan.
- Laporan pendahuluan, laporan kasus dan resume wajib dikumpul paling lambat 2 hari setelah menyelesaikan praktek diruangan yang bersangkutan kepada pembimbing akademik dan klinik.
- Bagi mahasiswa yang terlambat mengumpulkan tugas akan dikurangi nilai 5 point perhari.
- Untuk pembimbing akademik tugas dimasukkan ke locker yang telah disediakan di akademik

2. TUGAS KELOMPOK

- a. Membuat Satuan Acara penyuluhan (SAP)
- b. Melakukan penyuluhan
- c. Membuat asuhan keperawatan klien kelolaan kelompok
- d. Melakukan seminar asuhan keperawatan klien kelolaan kelompok pada akhir praktek profesi (minggu ke tujuh)
- e. Ketentuan untuk penugasan tugas kelompok :
 - Penyuluhan dilakukan 1 (satu) kali untuk masing-masing ruangan.
 - Asuhan keperawatan klien kelolaan kelompok diambil pada ruangan pertama mahasiswa dinas.
 - Asuhan Keperawatan kelompok yang akan diseminarkan dibuat dalam bentuk makalah lengkap yang mencakup konsep penyakit, askep teoritis dan tinjauan kasus lengkap (mulai dari pengkajian sampai evaluasi)
 - Sebelum melaksanakan penyuluhan dan seminar, mahasiswa harus mengkonsultasikan SAP/makalah pada pembimbing akademik dan pembimbing klinik

- Seminar asuhan keperawatan kelompok diadakan 1 (satu) kali selama mahasiswa praktek profesi keperawatan medikal bedah dan dilaksanakan pada minggu ke VII mahasiswa dinas.
- Makalah penyuluhan dan seminar harus diserahkan ketangan pembimbing klinik dan akademik 2 hari sebelum kegiatan diadakan.

Proses seminar dan penyuluhan akan mendapatkan penilaian sesuai dengan ketentuan yang ada.

F. PELAKSANAAN

FASE BIMBINGAN	KEGIATAN PEMBIMBING	KEGIATAN MAHASISWA
PRA INTERAKSI	• Menentukan klien kelolaan dan resume mahasiswa • Melakukan preconfrance • Mengevaluasi pemahaman mahasiswa	• Membuat LP • Mengikuti preconfrance • Memahami LP • Mencari informasi tentang klien yang berkaitan dengan LP • Membuat persiapan interaksi dengan klien
INTERAKSI	• Mengobservasi mahasiswa • Memberikan feed back pada mahasiswa • Memberikan bimbingan untuk menumbuhkan kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal • Melakukan bed side teaching / ronde keperawatan masing – masing kasus kelolaan mahasiswa • Mengobservasi dan mengevaluasi penyuluhan	• Melakukan interaksi dengan klien dan melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik. • Membuat analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian • Membuat intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. • Mengevaluasi dan mendokumentasikan asuhan yang diberikan • Mengikuti bed side teaching / ronde keperawatan

	• Supervisi • Melakukan post confrence	• Melakukan penyuluhan • Mengikuti post conference
PASCA INTERAKSI	• Mengevaluasi pencapaian kompetensi mahasiswa • Diskusi kelompok tentang kasus • Menerima laporan hasil askep dari mahasiswa. • Mengevaluasi kegiatan seminar mahasiswa • Menetapkan pelaksanaan ujian praktek	• Menyimpulkan hasil yang dicapai selama proses asuhan keperawatan. • Membuat laporan lengkap tentang askep • Menyerahkan penugasan kepada pembimbing • Menerima hasil evaluasi dan feed back dari pembimbing • Mengadakan seminar kelompok • Mengikuti ujian praktek

G. TATA TERTIB

1. UMUM

Secara umum tata tertib atau peraturan dalam Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah sesuai dengan tata tertib yang ada pada buku panduan umum praktek profesi Program Studi S–1 Keperawatan STIKes Wijaya Husada Bogor.

Diantaranya :

- Mahasiswa wajib membawa nursing kit
- Mahasiswa wajib mengikuti jadwal dinas yang berlaku
- Mahasiswa wajib memakai uniform dinas yang sudah ditentukan
- Mengisi daftar hadir tiap hari sesuai ruangan dimana dinas
- Kehadiran 100%, jika berhalangan hadir (sakit dan izin) wajib melapor ke PJ bagian dan pembimbing serta membuat surat yang ditanda tangani Sie. Praktek Lapangan
- Ketentuan ketidakhadiran sesuai dengan ketentuan yang ada pada buku panduan umum profesi

2. KHUSUS

Secara khusus peraturan dalam pelaksanaan Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah dijabarkan sebagai berikut :

- a. Mahasiswa diwajibkan datang ke ruangan di lahan praktik
 - Pagi : datang jam 07.00, pulang jam 14.30
 - Sore : datang jam 13.30, pulang jam 21.00
 - Waktu praktek mahasiswa adalah 5 hari kerja per minggu

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.

- b. Mahasiswa diwajibkan mengisi daftar hadir kegiatan pengalaman belajar klinik yang ada di ruangan dan daftar hadir yang ada pada buku pedoman Praktik KMB. Kelalaian mengisi daftar hadir dianggap sebagai ketidakhadiran.
- c. Mahasiswa diwajibkan untuk berpenampilan sesuai dengan ketentuan akademik. Menggunakan pakaian seragam dinas Praktek Profesi STIKes Wijaya Husada Bogor (pakaian putih-putih), sepatu warna putih, bagi wanita memakai jilbab putih, bagi yang tidak memakai jilbab diwajibkan memakai arnet, *cap* putih, tidak dianjurkan memakai sepatu hak tinggi dan perhiasan, papan nama didepan dada sebelah kanan, lambang didepan dada sebelah kiri. Ketidaklengkapan dalam memakai atribut diperhitungkan kedalam penilaian dalam evaluasi proses (penampilan klinik).
- d. 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 selesaiKeterangan :
 - Sakit : lampirkan surat keterangan dokter
 - Izin : membuat surat izin sesuai format
 - Tanpa alasan yang jelas, mahasiswa wajib mengganti 1 hari ketidakhadiran dengan 3 hari praktik.
- e. Mahasiswa diwajibkan mengikuti *pre* dan *post conference*.
- f. Mahasiswa dituntut untuk melakukan kerjasama yang harmonis dengan klien, keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya.

- g. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan tempat klinik tanpa sepengetahuan pembimbing, jika meninggalkan tempat klinik wajib mengganti jam praktek sesuai kekurangan jam praktek.
- h. Mahasiswa diharuskan melaksanakan kegiatan yang telah ditentukan oleh pihak akademik disetiap mata kuliah
- i. Mahasiswa diharuskan menyerahkan laporan kepada pembimbing dua hari setelah pelaksanaan praktik
- j. Mahasiswa harus menggunakan waktu semaksimal mungkin untuk mempelajari kasus yang ada.
- k. Mahasiswa diwajibkan membuat laporan yang terdiri dari laporan perorangan dan laporan kelompok.

H. TEMPAT PRAKTEK

- | | | |
|--------------------------|---|----------|
| ▪ Ruangan Penyakit Dalam | : | 3 Minggu |
| ▪ Ruangan Bedah | : | 3 Minggu |
| ▪ Ruangan OK | : | 1 Minggu |
| ▪ Ruangan Hemodialisa | : | 1 Minggu |

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 Profesi KMB dilakukan terhadap kinerja klinik dan laporan pada setiap area praktik.

B. TUJUAN EVALUASI

Secara umum evaluasi Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah bertujuan untuk menilai pencapaian kompetensi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan mulai dari melakukan pengkajian sampai dengan merumuskan intervensi keperawatan berdasarkan kasus yang ditemui, melakukan tindakan keperawatan dasar dan tindakan kolaboratif *invasive* dan *non invasive* maupun tindakan yang spesifik untuk masing-masing gangguan sistem tubuh serta sikap dalam menghadapi masalah kesehatan klien dewasa dengan berbagai gangguan sistem tubuh.

C. CAKUPAN DAN BOBOT EVALUASI

CAKUPAN	BAHAN EVALUASI	BOBOT
Evaluasi proses	Laporan Pendahuluan, Laporan Kasus, dan Laporan Resume	30%
	Penyuluhan	15%
	Penampilan klinik/kinerja klinik	10%
	Seminar	15%
	Pencapaian Kompetensi	10%
Evaluasi akhir	Ujian Praktek	20%

D. UJIAN PRAKTEK

1. Ketentuan Ujian

- a. Mahasiswa yang bisa mengikuti ujian adalah mahasiswa yang telah memenuhi semua penugasan pada Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah (Laporan individu dan Penyuluhan)
- b. Waktu pelaksanaan ujian pada minggu ke 8 Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah, mulai jam 08.00-14.00 WIB
- c. Mahasiswa mempersiapkan diri dan berada ditempat ujian sesuai dengan jadwal yang ditetapkan
- d. Mahasiswa sudah berada di ruangan ujian paling lambat 45 menit sebelum ujian dimulai dengan pakaian dinas lengkap dan rapi
- e. Ujian praktek dilakukan di ruangan tempat minggu terakhir masing-masing mahasiswa dinas.
- f. Kasus-kasus yang akan diujikan adalah kasus yang ditemui diruangan yang ditentukan oleh pembimbing klinik
- g. Kasus yang akan diujikan ditentukan pada jam 07.30 WIB dengan koordinasi antara pembimbing akademik dan klinik serta perawat ruangan
- h. Penguji ujian praktek terdiri dari 2 penguji (1 penguji dari akademik dan 1 penguji dari lahan klinik)
- i. Mahasiswa menyiapkan alat dan bahan praktek yang diperlukan pada saat ujian
- j. Selama ujian mahasiswa dapat dibantu oleh seorang mahasiswa piket untuk menyiapkan peralatan yang dibutuhkan dalam melakukan intervensi
- k. Melakukan intervensi yang bersifat invasive mahasiswa dapat didampingi oleh pembimbing atau perawat ruangan
- l. Mahasiswa yang gagal ujian praktek mahasiswa masih punya kesempatan untuk ujian ulang 1 (satu) kali dengan ketentuan sama

2. Pelaksanaan Ujian

- a. Mahasiswa harus membawa format ujian praktek dan kertas dobel folio yang sudah distempel oleh akademik
- b. Mahasiswa ujian harus melaporkan klien yang menjadi kliennya saat ujian kepada perawat ruangan
- c. Mahasiswa harus mengelola klien secara satu shift penuh saat ujian
- d. Mahasiswa diberi waktu selama 1,5 jam (dimulai ketika penguji telah menentukan kasus ujian) untuk melakukan pengkajian, membuat rencana keperawatan dan menuliskannya pada kertas kerja

- e. Mahasiswa harus menyerahkan kertas kerja kepada penguji begitu waktu ujian berakhir
- f. Mahasiswa mendapatkan penilaian dari penguji melalui penilaian kertas kerja, responsi dan observasi tindakan keperawatan serta pelaksanaan pendidikan kesehatan
- g. Kertas kerja mahasiswa akan diserahkan kembali kepada mahasiswa dan mahasiswa harus menuliskan seluruh hasil implementasi dan evaluasi terhadap klien ke dalam kertas kerja
- h. Setiap penguji diwajibkan untuk dapat mengikuti ujian mahasiswa mulai dari awal sampai akhir proses (terutama untuk observasi tindakan keperawatan dan responsi)
- i. Selama ujian berlangsung mahasiswa tidak diperkenankan melakukan kecurangan maka penguji berhak membatalkan ujian atau tidak meluluskan mahasiswa yang bersangkutan dalam ujian praktek

3. Evaluasi Ujian

Penilaian terhadap hasil ujian praktek mahasiswa dapat dikategorikan menjadi 4 kelompok yaitu :

- a. Lulus
Jika nilai akhir ujian praktek mencapai 70% dari nilai total, nilai minimal 70
- b. Tidak lulus / HER
Jika nilai akhir ujian praktek mahasiswa tidak mencapai ketentuan diatas, (nilai < 70)
- c. Mengulang tindakan
Jika dari observasi tindakan keperawatan didapatkan mahasiswa tidak dapat melakukan tindakan dengan sempurna (kurang/tidak menjaga teknik sterilisasi dan aseptik)
- d. Pengurangan nilai observasi
Jika pada saat observasi mahasiswa dapat melakukan tindakan dengan sempurna namun gagal mencapai tujuan dari tindakan tersebut seperti gagal menemukan vena untuk melakukan injeksi intravena.

E. KRITERIA KELULUSAN

Mahasiswa dinyatakan lulus apabila :

- Kehadiran 100%

- Mendapatkan nilai minimal 70 (3,00)
- Memenuhi semua peraturan dan tata tertib yang berlaku, baik peraturan dan tata tertib profesi maupun akademik
- Memenuhi target kompetensi minimal

BAB V

PENUTUP

Praktik Profesi Ners Keperawatan Medikal Bedah 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 medikal dan bedah pada pasien dewasa.

**PENCAPAIAN TARGET KOMPETENSI HARIAN
PRAKTEK PROFESI KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

1. Ruang Penyakit Dalam

No	Kompetensi	Hari/ Tgl	Tempat	Pelaksanaan			Paraf CI	
				Observasi	Bimbingan	Mandiri	Akademik	RS
1.	Mengukur TTV							
2.	Memberikan oksigen dengan nasal kanul							

3.	Memberikan oksigen dengan masker							
4.	Melakukan inhalasi (Nebulizer)							
5.	Melakukan fisioterapi dada							
6.	Melakukan pengisapan lender/suction							
7.	Melakukan teknik nafas dalam							

8.	Melatih teknik batuk efektif							
9.	Melakukan pemberian nutrisi melalui oral							
10.	Memasang NGT							
11.	Melakukan pemberian nutrisi melalui NGT							
12.	Melakukan pemberian nutrisi melalui parenteral							
13.	Melakukan pembilasan lambung							
14.	Memasang infus							

15.	Melakukan pemberian cairan melalui infus							
16.	Melakukan tranfusi darah							
17.	Melakukan perawatan infuse							
18.	Menghitung intake dan output cairan							
19.	Mengontrol tetesan infus							
20.	Memasang kateter							

	pada klien pria							
21.	Memasang kateter pada wanita							
22.	Melakukan huknah rendah							
23.	Melakukan huknah tinggi							
24.	Memberikan gliserin pada rectal							
25.	Memasang kateter kondom							
26.	Melakukan perawatan kateter							

27.	Melakukan latihan ROM pasif pada klien							
28.	Melatih klien melakukan latihan ROM aktif							
29.	Melakukan teknik masasse							
30.	Melakukan kompres hangat atau dingin							

31.	Manajemen nyeri							
32.	Melakukan pemberian obat melalui oral							
33.	Melakukan pemberian obat secara intra vena							

34.	Melakukan pemberian obat secara intra kutan							
35.	Melakukan pemberian obat secara intra muscular							
36.	Melakukan pemberian obat secara sub kutan							

37.	Melakukan pemberian obat supositoria							
38.	Melakukan pemberian obat topikal							
39.	Melakukan pemberian obat oral melalui selang NGT							
40.	Melakukan EKG							
41.	Mengukur JVP							
42.	Melakukan pengambilan darah vena untuk cross match test							

43.	Melakukan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium							
44.	Melakukan pengambilan darah arteri							
45.	Mengambil specimen untuk pemeriksaan (BTA, kultur luka)							
46.	Melakukan askep pada klien penyakit dalam							
47.	Persiapan Bronkoskopi							
48.	Persiapan endoskopi							
49.	Persiapan BNO-IVP							
50.	Pemberian							

	pendidikan kesehatan							
51.	Persiapan pasien pulang (discharge planning)							

2. Ruang Bedah

No	Kompetensi	Hari/ Tgl	Tempat	Target Pencapaian			Paraf CI	
				Observasi	Bimbingan	Mandiri	Akademik	RS
1.	Mengukur TTV							
2.	Memberikan oksigen dengan nasal kanul							

3.	Memberikan oksigen dengan masker							
4.	Melakukan inhalasi (Nebulizer)							
5.	Melakukan pengisapan lendir/suction							
6.	Melakukan teknik nafas dalam							
7.	Melatih teknik batuk efektif							

8.	Melakukan pemberian nutrisi melalui oral							
9.	Memasang NGT							
10.	Melakukan pemberian nutrisi melalui NGT							
11.	Melakukan pemberian nutrisi melalui parenteral							
12.	Melakukan pembilasan lambung							
13.	Memasang infus							
14.	Melakukan pemberian cairan melalui infus							

15.	Melakukan tranfusi darah							
16.	Melakukan perawatan infuse							
17.	Menghitung intake dan output cairan							
18.	Mengontrol tetesan infus							
19.	Memasang kateter pada klien pria							
20.	Memasang kateter pada wanita							

21.	Melakukan huknah rendah							
22.	Melakukan huknah tinggi							
23.	Memberikan gliserin pada rectal							
24.	Memasang kateter kondom							
25.	Melakukan perawatan kateter							
26.	Melakukan latihan ROM pasif pada klien							
27.	Melatih klien melakukan latihan ROM aktif							

28.	Melakukan teknik masasse							
29.	Melakukan kompres hangat atau dingin							
30.	Manajemen nyeri							
31.	Melakukan pemberian obat melalui oral							

32.	Melakukan pemberian obat secara intra vena							
33.	Melakukan pemberian obat secara intra kutan							
34.	Melakukan pemberian obat secara intra muscular							

35.	Melakukan pemberian obat secara sub kutan							
36.	Melakukan pemberian obat supositoria							
37.	Melakukan pemberian obat topikal							
38.	Melakukan pemberian obat oral melalui selang NGT							
39	Mengukur CVP							
40.	Mengukur JVP							

41.	Melakukan pengambilan darah vena untuk cross match test							
42.	Melakukan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium							
43.	Melakukan pengambilan darah arteri							
44.	Melakukan askep pada klien bedah / post bedah							
45.	Melakukan Hecting / Up Hecting							
46.	Perawatan kolostomi							

47.	Perawatan luka							
48.	Perawatan WSD/CTT							
49.	Perawatan Tracheostomi							
50.	Pemberian pendidikan kesehatan							
51.	Persiapan pasien pulang (discharge planning)							

3. Ruang Hemodialisa

No	Kompetensi	Hari /Tgl	Tempat	Target Kompetensi			Paraf CI	
				Observasi	Bimbingan	Mandiri	Akademik	RS
1.	Mengukur TTV							
2.	Memberikan oksigen dengan nasal kanul							
3.	Menimbang berat badan pasien							
4.	Persiapan							

	hemodialisa							
5.	Melakukan teknik masase							
6.	Manajemen nyeri							
7.	Melakukan askep pada klien hemodialisa							
8.	Pemberian pendidikan kesehatan							
9.	Persiapan pasien pulang (discharge planning)							

4. Ruang OK

No	Kompetensi	Hari/ tgl	Tempat	Target Pencapaian			Paraf CI	
				Observasi	Bimbingan	Mandiri	Akademik	RS
PRE-OP								
1.	Mengukur TTV							
2.	Mengkaji skala anxietas							

3.	Memasang Infus							
4.	Memasang Kateter							
5.	Mengecek kesediaan kantong darah untuk pasien							
6.	Cuci tangan steril							
7.	Melakukan asuhan keperawatan pre-op							
INTRA-OP								
8.	Membantu perawat anastesi							
9.	Membantu perawat instrument							
10.	Mengontrol TTV							
11.	Melakukan asuhan keperawatan intra- op							
12.	Mengobservasi tindakan operatif : • Reproduksi • Digestive • Neurologi • Endokrin							

	• Muskuloskeletal • Integumen • Kardiovaskuler • Respirasi • THT • Persepsi Sensori • Urologi							
POST-OP								
13.	Mengkaji skala nyeri							
14.	Manajemen nyeri							
15.	Mengecek TTV							
16.	Mengkaji tingkat kesadaran pasien							
17.	Mengkaji kekuatan otot							

18.	Memberikan terapi oksigen							
19.	Melakukan asuhan keperawatan post-op							

.....20

Mengetahui,

CI Akademik

CI Rumah Sakit

(.....) .

(.....)

KESIMPULAN :

.....

.....

.....

PENCAPAIAN TARGET : (%)

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 diagnostic

.....
.....

7. Penatalaksanaan Medis

.....
.....

8. Kemungkinan diagnose keperawatan

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

9. Perencanaan

No	Tujuan	Intervensi

10. Daftar pustaka

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

FORMAT LAPORAN 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		
2	Jumlah (cc)		
	Cara minum dibantu/ sendiri		
	Masalah		
	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		
	Penggunaan sikat gigi/ tidak		
	Penggunaan pasta gigi/ tidak		
	Cara melakukan		
5	Aktivitas/ latihan		
	Olahraga		
	Kegiatan diwaktu luang		
	Cara melakukan (sendiri/ dibantu)		
	Masalah		

B. Kebiasaan

.....

VI. Profil PsikoSosial

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

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	Nilai Normal	Keterangan
		Laboratorium :			
		Pemeriksaan Diagnostik :			

XII. Terapi saat ini (tuliskan dengan rinci)

No	Jenis Terapi Obat	Indikasi/ kegunaan	Dosis	Rute
----	-------------------	--------------------	-------	------

--	--	--	--	--

FORMAT ANALISA DATA

NAMA PASIEN : NAMA MAHASISWA :

NO.REKAM MEDIK : N I M :

RUANG RAWAT :

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

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS MASALAH)

1.
2.
3.
4.

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 :
 RUANG RAWAT :

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
----------------------	-----------------	----------	--------------

--	--	--	--

LAPORAN KASUS (ASUHAN KEPERAWATAN) PADA PASIEN PERIOPERATIF DI RUANG OPERASI

I. Identitas

Identitas Pasien

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Alamat :
- d. Pendidikan :
- e. Pekerjaan :
- f. Tanggal Masuk RS :
- g. Tanggal Operasi :
- h. Diagnosa Medis :
- i. Tindakan Operasi : (isi tindakan operasi yang akan dilakukan terhadap pasien)

Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Alamat :
- d. Hubungan dengan Klien :

II. Keluhan Utama

(ditanya saat pasien akan melakukan operasi/ preoperasi)

III. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

(Diisi alasan dari mulai pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien akan melakukan operasi (preoperasi))

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

.....
.....

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

.....
.....

d. Riwayat Psikososial

.....
.....

e. Riwayat Alergi

.....
.....

f. Terapi Pengobatan

.....
.....

g. Ketersediaan

Kantong darah : (Labu)

SIA (Surat Izin Anastesi) : Ada / Tidak Ada

SIO (Surat Izin Operasi) : Ada/ Tidak Ada

Pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang : Ada/ Tidak Ada

IV. Pengkajian

A. Pre Operasi

a. Data Subjektif :

(misal : pasien mengeluh cemas akan dilakukan operasi, pasien mengeluh nyeri pada area yang akan dioperasi, dll)

b. Data Objektif :

- Keadaan Umum

GCS Tingkat Kesadaran

Eye (E) :

Verbal (V) :

Motorik (M) :

- Vital Sign

Suhu : °C

Tek. darah (TD) : mmHg

Frek. Nadi : x/menit

Frek. Nafas (RR) : x/menit

c. Pengkajian Per Sistem

- Sistem Pernafasan

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

- Sistem Kardiovaskular

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

- Sistem Digestive

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

- Sistem Urologi

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

- Sistem Reproduksi

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

- **Sistem Persepsi Sensori**

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

- **Sistem Integumen**

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

- **Sistem Muskuloskeletal**

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

- **Sistem Neurologi**

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

B. Intra Operasi

a. Data Subjektif :

(Di tulis 'Tidak Ada', karena pasien dalam pengaruh anastesi)

b. Data Objektif :

- Nama Dokter Bedah :
- Nama Dokter Anastesi :
- Nama Perawat Bedah/ Instrumen :
- Nama Perawat Anastesi :
- Waktu Pembedahaan/ Lama Pembedahan : Jam
- Jumlah Perdarahan : cc
- Nama Tindakan/ Teknik Pembedahan :
- Area Pembedahan :
- Prosedur Pembedahaan :

(Narasikan prosedur pembedahan mulai pasien di bedah sampai pembedahaan ditutup)

C. Post Operasi

a. Data subjektif

(Narasikan apa yang dikeluhkan pasien ketika di ruang RR/ Pemulihan, misal, PQRST nyeri atau kelemahan fisik yang dirasakan dll)

b. Data Objektif

- Vital Sign

Suhu : °C
Tek. darah (TD) : mmHg
Frek. Nadi : x/menit
Frek. Nafas (RR) : x/menit

- Kekuatan Otot

- Skala Nyeri

.....
.....

- Pengkajian Resiko Jatuh

(Menggunakan Bradden Scale/Morse Scale)

V. Analisa Data

A. Analisa Data Pre Op

Data	Etiologi (Pathway)	Masalah

B. Analisa Data Intra Op

Data	Etiologi	Masalah
	(Pathway)	

C. Analisa Data Post Op

Data	Etiologi	Masalah
	(Pathway)	

VI. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS)**A. Diagnosa Pre Op**

1.
2.
- 3.

B. Diagnosa Intra Op

1.
2.
- 3.

C. Diagnosa Post Op

1.
2.
- 3.

VII. INTERVENSI**A. Intervensi Pre Op**

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

B. Intervensi Intra Op

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

C. Intervensi Post Op

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

VIII. IMPLEMENTASI**A. Implementasi Pre Op**

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)

B. Implementasi Intra Op

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)

C. Implementasi Intra Op

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)
----	-----------------	--------------	---------------------------------

IX. Evaluasi

A. Evaluasi Pre Op

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	Paraf

B. Evaluasi Intra Op

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	Paraf

C. Evaluasi Post Op

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	Paraf

RESUME (ASUHAN KEPERAWATAN)

PADA PASIEN PERIOPERATIF DI RUANG OPERASI

I. Identitas

Identitas Pasien

Nama :

Usia :

Alamat :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Tanggal Masuk RS :

Tanggal Operasi :

Diagnosa Medis :

Tindakan Operasi : (isi tindakan operasi yang akan dilakukan terhadap pasien)

Identitas Penanggung Jawab

Nama :

Usia :

Alamat :

Hubungan dengan Klien :

II. Keluhan Utama

III. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

(Diisi alasan dari mulai pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien akan melakukan operasi (preoperasi)

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

.....

.....

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

.....
.....
d. Riwayat Psikososial

.....
.....
e. Riwayat Alergi

.....
.....
f. Terapi Pengobatan

g. Ketersediaan

Kantong darah : (Labu)

SIA (Surat Izin Anastesi) : Ada / Tidak Ada

SIO (Surat Izin Operasi) : Ada/ Tidak Ada

Pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang : Ada/ Tidak Ada

Pengkajian

A. Pre Operasi

Data Subjektif :

(misal : pasien mengeluh cemas akan dilakukan operasi, pasien mengeluh nyeri pada area yang akan dioperasi, dll)

Data Objektif :

- Keadaan Umum

GCS Tingkat Kesadaran

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

- Vital Sign

Suhu : °C

Tek. darah (TD): mmHg

Frek. Nadi : x/menit

Frek. Nafas (RR) : x/menit

- Pengkajian Fokus

(Isi dengan Pengkajian fokus pada anggota tubuh yang akan dilakukan pembedahan)

B. Intra Operasi

Data Subjektif :

(Di tulis 'Tidak Ada', karena pasien dalam pengaruh anastesi)

Data Objektif :

Waktu Pembedahaan/ Lama Pembedahan : Jam

- Jumlah Perdarahan : cc
- Nama Tindakan/ Teknik Pembedahan :
- Area Pembedahan :
- Prosedur Pembedahaan :

(Narasikan prosedur pembedahan mulai pasien di bedah sampai pembedahaan ditutup)

C. Post Operasi**Data subjektif**

(Narasikan apa yang dikeluhkan pasien ketika di ruang RR/ Pemulihan, misal, PQRST nyeri atau kelemahan fisik yang dirasakan dll)

Data Objektif

- **Vital Sign**
- Suhu : °C
- Tek. darah (TD): mmHg
- Frek. Nadi : x/menit
- Frek. Nafas (RR) : x/menit
- **Kekuatan Otot**

- **Skala Nyeri**

.....

.....

- **Pengkajian Resiko Jatuh**

(Menggunakan Bradden Scale/Morse Scale)

Analisa Data**Analisa Data Pre Op**

Data	Etiologi	Masalah
	(Pathway)	

Analisa Data Intra Op

Data	Etiologi	Masalah
	(Pathway)	

Analisa Data Post Op

Data	Etiologi	Masalah
	(Pathway)	

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS)**Diagnosa Pre Op**

1.

Diagnosa Intra Op

1.

Diagnosa Post Op

1.

INTERVENSI**Intervensi Pre Op**

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

--	--	--	--	--

Intervensi Intra Op

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

Intervensi Post Op

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

IMPLEMENTASI

Implementasi Pre Op

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)

Implementasi Intra Op

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)

Implementasi Post Op

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)

Evaluasi

Evaluasi Pre Op

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	Paraf

Evaluasi Intra Op

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	Paraf

Evaluasi Post Op

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	Paraf

FORMAT RESUME KEPERAWATAN DI RUANG HEMODIALISA

A. Identitas Pasien

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Gol. Darah :
Alamat :
Diagnosa Medis :
Tanggal Pengkajian :

B. Riwayat HD

Keluhan Utama HD :
Riwayat Kesehatan Dahulu :

BB kering : kg; BB Sekarang: kg
Sarana Hubungan Sirkulasi :
Frekuensi HD :
Lama HD :
Heparinisasi :
Dialisat :
Keluhan Selama HD :
TD Selama HD :
Tranfusi Terakhir : Reaksi:

C. Pemeriksaan Fisik (Focus)

D. Hasil Pemeriksaan Laboratorium (Tanggal:)

E. Terapi (Tanggal:)

Analisa Data

Analisa Data Pre HD

Data	Etiologi	Masalah
	(Pathway)	

Analisa Data Intra HD

Data	Etiologi	Masalah
	(Pathway)	

Analisa Data Post HD

Data	Etiologi	Masalah
	(Pathway)	

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS)

Diagnosa Pre HD

1.

Diagnosa Intra HD

1.

Diagnosa Post HD

1.

INTERVENSI**Intervensi Pre HD**

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

Intervensi Intra HD

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

Intervensi Post HD

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional

IMPLEMENTASI**Implementasi Pre HD**

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)

Implementasi Intra HD

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)

Implementasi Post HD

No	Tanggal dan Jam	Implementasi	Respon (Subjektif dan Objektif)

Evaluasi**Evaluasi Pre HD**

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	Paraf

Evaluasi Intra HD

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	Paraf

Evaluasi Post HD

No	Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP	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

BUKU AJAR

PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Sara Tania Aprianty, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B

Buku ini berisi tentang ketrampilan dasar yang harus dikuasai mahasiswa selama mengikuti stase/tahapan profesi Keperawatan Medikal Bedah dalam rangkaian program profesi ners, yang meliputi ketrampilan-ketrampilan serta SOP yang harus dikuasai mahasiswa yang berkaitan dengan Keperawatan Medikal Bedah.

ISBN 978-602-5982-02-6



9 786025 982026