



BUKU PEDOMAN KERJA MAHASISWA



PRAKTIK PROFESI KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS TAHAP PROFESI
STIKES RS HUSADA 2025

BUKU PEDOMAN KERJA MAHASISWA
PRAKTIK PROFESI KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
(PPKMB)



Koordinator
Ns. Nia Rosliany, M.Kep.Sp.Kep.MB

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS TAHAP PROFESI
GASAL 2025/2026

**BUKU PEDOMAN KERJA MAHASISWA
PRAKTIK PROFESI KMB**

FOTO

Nama Mahasiswa :

NPM :

Tahun Akademik :

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA
2025**



**VISI DAN MISI
PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN PROFESI NERS**

VISI

Menjadi program studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners yang bermutu, berdaya saing nasional dan berorientasi global dalam menghasilkan lulusan yang kompeten, berbudi pekerti luhur serta memiliki keunggulan keperawatan medical bedah dalam menunjang pelayanan keperawatan pada tahun 2037.

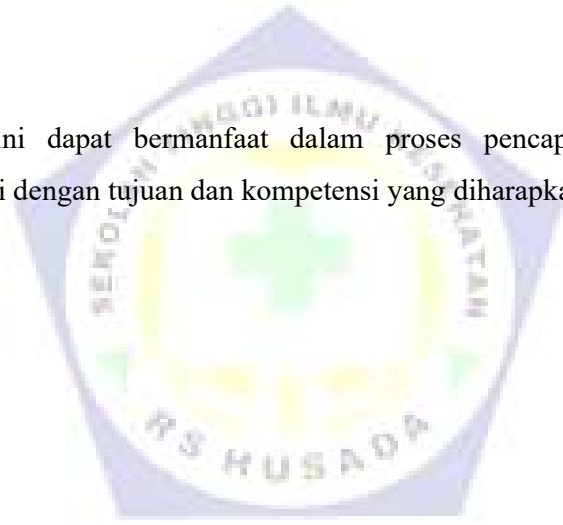
MISI

1. Menyelenggarakan dan mengembangkan pendidikan akademik dan profesi Ners yang bermutu, berdaya saing nasional dan berorientasi global
2. Menyelenggarakan penelitian dasar, klinis, dan komunitas yang inovatif untuk menunjang pengembangan pendidikan dan pengabdian kepada masyarakat
3. Menyelenggarakan pengabdian dalam bidang ilmu pengetahuan dan praktek keperawatan kepada masyarakat
4. Mengelola program studi untuk menghasilkan lulusan yang berbudi pekerti luhur, kompeten pada keilmuan keperawatan serta mampu memberikan Keperawatan medical bedah sebagai pelayanan keperawatan
5. Menanamkan nilai-nilai SerQuaResNC dengan sepenuh hati, komitmen terhadap kualitas dan bertanggung jawab di kalangan sivitas akademika

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang sudah melimpahkan rahmat dan nikmat-Nya kepada kami sehingga buku pedoman kerja mahasiswa (BPKM) Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah ini dapat diselesaikan. Buku ini disusun dengan tujuan sebagai pedoman bagi pembimbing maupun mahasiswa dalam pelaksanaan praktik profesi Keperawatan Medikal Bedah. Buku ini berisi tentang informasi umum, kompetensi, proses pembelajaran, proses pelaksanaan praktik, metode evaluasi dan daftar acuan yang akan digunakan selama proses pembelajaran.

Semoga buku ini dapat bermanfaat dalam proses pencapaian kemampuan mahasiswa sesuai dengan tujuan dan kompetensi yang diharapkan.



Tim Penyusun

DAFTAR ISI

VISI DAN MISI	I
KATA PENGANTAR	II
DAFTAR ISI	III
LAMPIRAN-LAMPIRAN	IV
BAB I INFORMASI UMUM MATA AJAR	1
A. DESKRIPSI MATA KULIAH	1
B. CAPAIAN PEMBELAJARAN LULUSAN	2
C. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH.....	2
D. TUJUAN PEMBELAJARAN.....	3
E. KASUS DAN TINGKAT PENCAPAIAN	5
F. DAFTAR KETERAMPILAN KLINIK	6
G. BESARAN SKS DAN ALOKASI WAKTU	11
H. PELAKSANAAN PRAKTIK	11
I. SASARAN	11
J. WAHANA PRAKTIK.....	11
K. PROGRAM KHUSUS	11
L. PROGRAM REGULER	12
M. PUTARAN PRAKTIK.....	12
BAB II PROSES PEMBELAJARAN	13
A. METODE PEMBELAJARAN.....	13
N. KEGIATAN PEMBELAJARAN	19
O. TATA TERTIB	20
BAB III EVALUASI PEMBELAJARAN	23
A. TUJUAN EVALUASI	23
P. BENTUK EVALUASI.....	23
Q. CAKUPAN DAN BOBOT EVALUASI	23
R. PROSEDUR EVALUASI	24
S. RENTANG PENILAIAN	25
T. KRITERIA KELULUSAN	25
DAFTAR RUJUKAN	26

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1	: Format Kontrak Belajar
Lampiran 2	: Daftar nama mahasiswa
Lampiran 3	: Format Laporan Pendahuluan
Lampiran 4	: Format Pengkajian di unit rawat inap
Lampiran 5	: Format pengkajian di unit rawat jalan
Lampiran 6	: Format pengkajian untuk pasien resume
Lampiran 7	: Format ujian klinik KMB
Lampiran 8	: Format penilaian sikap
Lampiran 9	: Format penilain praktik Klinik KMB
Lampiran 10	: Format penilaian pre konferensi
Lampiran 11	: Format penilaian post konferensi
Lampiran 14	: Format penilaian presentasi jurnal
Lampiran 14	: Format presentasi kasus
Lampiran 15	: Format penilaian keterampilan klinik
Lampiran 16	: Format Tanda bukti responsi
Lampiran 16	: Kegiatan BST
Lampiran 17	: Lembar ganti praktik
Lampiran 18	: Daftar mahasiswa
Lampiran 19	: Format Refleksi praktik klinik
Lampiran 20	: Jadwal praktik klinik

BAB I

INFORMASI UMUM MATA AJAR

Nama mata kuliah	: Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah (PPKMB)
Kode mata kuliah	: NRS 904
Diberikan pada semester	: Ganjil
Jumlah SKS	: 5 SKS
Lama Program	: 32 hari (6 minggu)
Metode pembelajaran	: Praktik Klinik
Prasyarat	: Telah menyelesaikan tahap akademik
Program Studi	: Profesi Ners
Tim Pembimbing	:
	1. Ns. Nia Rosliany, M.Kep.Sp.Kep.MB
	2. Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep.Ph.D
	3. Ns. Ika Mustafida, M.Kep.Sp.Kep.MB
	4. Ns. Ribka Sabrina, M.Kep.
	5. Ns. Rizqa Wahdini, M.Kep.

A. Deskripsi Mata Kuliah

Praktik profesi keperawatan medikal bedah merupakan program yang menghantarkan mahasiswa dalam adaptasi profesi untuk dapat menerima pendelegasian kewenangan secara bertahap ketika melakukan asuhan keperawatan profesional, memberikan pendidikan kesehatan, menjalankan fungsi advokasi pada klien, membuat keputusan legal dan etik serta menggunakan hasil penelitian terkini yang berkaitan dengan keperawatan pada orang dewasa. Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah mencakup asuhan keperawatan pada klien dewasa dalam konteks keluarga yang mengalami masalah pemenuhan kebutuhan dasarnya akibat gangguan satu sistem (organ) ataupun beberapa sistem (organ) tubuhnya. PPKMB ini fokus pada sistem tubuh dengan kompleksitas menengah dan keterampilan dasar keperawatan medikal bedah

B. Capaian Pembelajaran Lulusan

1. Mampu mengelola Asuhan Keperawatan sesuai kode etik keperawatan Indonesia, berpikir logis, kritis, sistematis dan kreatif, inovatif, bekerja sama dan memiliki kepekaan social serta bertanggung jawab secara ilmiah kepada masyarakat profesi dan klien dengan mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan (CPL-1)
2. Mampu menerapkan edukasi, komunikasi dan kolaborasi dalam memberikan asuhan dan/atau pelayanan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah terkini.
3. Mampu menerapkan pengorganisasian asuhan keperawatan dan berkoordinasi dengan tim Kesehatan dengan menunjukkan sikap kepemimpinan untuk mencapai tujuan perawatan klien.
4. Mampu menganalisis hasil penelitian ilmiah monodisipliner di bidang ilmu dan teknologi keperawatan/Kesehatan untuk menyelesaikan masalah Kesehatan melalui pemikiran kritis, etis dan inovatif.
5. Mampu mengaplikasikan nilai-nilai budi pekerti luhur serta budaya organisasi SerQuaResNC dalam kehidupan sehari-hari.
6. Mampu bersaing secara global dengan memiliki kompetensi sesuai profil lulusan yang diakui oleh dunia professional dan didukung kemampuan berkomunikasi dengan bahasa asing.

C. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mengikuti Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah mahasiswa mampu:

1. Melakukan komunikasi yang efektif dalam pemberian asuhan keperawatan pada orang dewasa.
2. Menggunakan keterampilan interpersonal yang efektif dalam kerja tim.
3. Menggunakan teknologi dan informasi kesehatan secara efektif dan bertanggung jawab.
4. Menggunakan langkah-langkah pengambilan keputusan etis dan legal.

5. Memberikan asuhan peka budaya dengan menghargai etnik, agama atau faktor lain dari setiap klien yang unik.
6. Mengkolaborasikan berbagai aspek dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan klien dewasa.
7. Mendemonstrasikan keterampilan teknis keperawatan yang sesuai dengan standar yang berlaku atau secara kreatif dan inovatif agar pelayanan yang diberikan efisien dan efektif.
8. Mengembangkan pola pikir kritis, logis dan etis dalam mengembangkan asuhan keperawatan orang dewasa.
9. Memberikan asuhan yang berkualitas secara holistik, kontinyu dan konsisten.
10. Menjalankan fungsi advokasi untuk mempertahankan hak klien agar dapat mengambil keputusan untuk dirinya.
11. Mempertahankan lingkungan yang aman secara konsisten melalui penggunaan strategi manajemen kualitas dan manajemen risiko.
12. Melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan yang berlaku dalam bidang kesehatan.
13. Memberikan dukungan kepada tim asuhan dengan mempertahankan akuntabilitas asuhan keperawatan yang diberikan.
14. Mewujudkan lingkungan bekerja yang kondusif.
15. Mengembangkan potensi diri untuk meningkatkan kemampuan profesional.
16. Berkontribusi dalam mengembangkan profesi keperawatan
17. Menggunakan hasil penelitian untuk diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan.

D. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan didasari pada ilmu dan teknologi keperawatan serta etika dan aspek legal keperawatan pada pasien dewasa yang mengalami gangguan kebutuhan dasar manusia ataupun gangguan kesehatan pada area keperawatan medikal bedah.

Sasaran pembelajaran akhir adalah bila dihadapkan pada pasien yang mengalami gangguan kesehatan pada area keperawatan medikal bedah, mahasiswa mampu:

1. Melakukan pengkajian
 - Mengkaji secara holistik data-data yang didapat melalui: wawancara pada pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik, catatan medis dan catatan keperawatan yang digunakan di lahan praktik.
 - Mengidentifikasi dan membedakan data-data normal dan data-data patologis.
 - Mengelompokkan data patologis sesuai dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia atau sesuai dengan gangguan sistem tubuh.
2. Menentukan tujuan keperawatan
 - Menentukan tujuan (menggunakan sistematika smart jika memungkinkan)
 - Menetapkan kriteria hasil untuk pencapaian tujuan.
3. Merumuskan diagnosis keperawatan
 - Merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan analisis data yang didapat berdasarkan data objektif dan subjektif yang tepat.
 - Merumuskan diagnosis aktual maupun risiko
 - Menentukan prioritas diagnosis keperawatan
4. Merencanakan tindakan keperawatan
 - Menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi masalah.
 - Menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang mencakup: tindakan observasi keperawatan, terapi keperawatan, pendidikan kesehatan, dan tindakan kolaborasi.
 - Memberikan rasionalisasi dari setiap tindakan yang direncanakan.
5. Implementasi tindakan keperawatan
 - Melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sesuai dengan standar prosedur.

- Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilaksanakan.
6. Evaluasi
 - Mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (melakukan tindak lanjut asuhan keperawatan dengan metode evaluasi SOAP).
 - Memodifikasi diagnosis keperawatan berdasarkan hasil evaluasi.
 7. Membuat rencana pendidikan kesehatan, termasuk rencana pemulangan pasien (discharged planning)
 8. Mendiskusikan dengan pembimbing klinik aspek etika dan legal yang terkait dengan asuhan keperawatan medikal bedah yang diberikan.

E. Kasus dan Tingkat Pencapaian

Materi yang harus dikuasai oleh mahasiswa adalah:

Tabel 1.1 Daftar kasus dan Tingkat pencapaian Mahasiswa pada PPKMB

No	Kasus	Tingkat Pencapaian
Sistem pernapasan		
1	Asuhan keperawatan pasien Pneumonia	4
2	Asuhan keperawatan pasien PPOK	4
3	Asuhan keperawatan pasien Asma	4
4	Asuhan keperawatan pasien TB Paru	4
Sistem kardiovaskuler		
5	Asuhan keperawatan pasien Decompensasi cordis	4
6	Asuhan keperawatan pasien Hipertensi	4
7	Asuhan keperawatan pasien Aritmia	4
Sistem hematologi		
8	Asuhan keperawatan pasien Anemia	4
9	Asuhan keperawatan pasien DHF	4
Sistem endokrin		
10	Asuhan keperawatan pasien Diabetes Mellitus	4
11	Asuhan keperawatan pasien Hipertiroidisme	4
12	Asuhan keperawatan pasien Hipotiroidisme	4
Sistem imunologi		
13	Asuhan keperawatan pasien Rematik	4
Sistem pencernaan		
14	Asuhan keperawatan pasien Apendisitis,	4
15	Asuhan keperawatan pasien hepatitis	4
16	Asuhan keperawatan pasien Pankreatitis akut	4
17	Asuhan keperawatan pasien Diare	4
18	Asuhan keperawatan pasien Kolelitiasis akut	4
19	Asuhan keperawatan pasien Ileus obstruktif,	4
20	Asuhan keperawatan pasien gastritis	4
21	Asuhan keperawatan pasien Thypoid	4
Sistem perkemihan		

22	Asuhan keperawatan pasien penyakit ginjal akut	4
23	Asuhan keperawatan pasien batu saluran kemih	4
24	Asuhan keperawatan pasien infeksi saluran kemih	4
25	Asuhan keperawatan pasien BPH	4
Sistem muskuloskeletal		
26	Asuhan keperawatan pasien Fraktur	4
27	Asuhan keperawatan pasien Dislokasi	4
Sistem integumen		
28	Asuhan keperawatan pasien luka bakar grade 1 dan 2	4
Sistem persepsi sensori		
29	Asuhan keperawatan pasien Glaukoma	4
30	Asuhan keperawatan pasien Katarak	4
31	Asuhan keperawatan pasien Otitis	4
32	Asuhan keperawatan pasien Vertigo	4
Sistem persarafan		
33	Asuhan keperawatan pasien Cerebro Vascular Akut (CVA)	4
34	Asuhan keperawatan pasien Cedera Kepala ringan-sedang	4

Catatan:

Tingkat 1: Perkuliahan, diskusi, penugasan, observasi

Tingkat 2: Demonstrasi, berlatih dengan alat peraga

Tingkat 3: Pendampingan dengan klien probandus

Tingkat 4: Melakukan pada klien langsung.

F. Daftar Keterampilan Klinik

Tabel 1.2 Daftar Keterampilan Klinik dan tingkat pencapaian pada PPKMB

2.4.3. Tabel Daftar Keterampilan Klinik dan tingkat pencapaian

NO	KASUS	TINGKAT PENCAPAIN
1	Melakukan pengkajian awal terdiri dari: Alergi, Alasan masuk RS, Riwayat kesehatan (genogram)	4
2	Melakukan pemeriksaan fisik (<i>head to toe</i>)	4
3	Melakukan pemeriksaan neurologi dasar: GCS, Pupil, Fungsi motoric, Fungsi sensibilitas, Fungsi saraf kranial, Tanda rangsang meningeal, Tingkat keparahan stroke dengan Skala NIHSS, Tingkat kecacatan/ ketunaan dengan skala Rankin, Prognosa stroke dengan skala Orpington, Skrining fungsi menelan	3
4	Melakukan Pemeriksaan dan analisa spirometri	3
5	Melakukan pengkajian Status psikososial dan ekonomi	4

6	Melakukan pengkajian Risiko jatuh	4
7	Melakukan pengkajian Status fungsional	4
8	Melakukan pengkajian Tingkat nyeri	4
9	Melakukan pengkajian Skrining gizi	3
10	Melakukan pengkajian kebutuhan edukasi	4
11	Melakukan pengkajian Kebutuhan <i>Discharge planning</i>	4
Memenuhi Kebutuhan oksigen		
12	Monitoring tanda perburukan fungsi pernafasan	3
13	Memberikan oksigen: simple mask, rebreathing mask, non-rebreathing mask, tracheostomy tube	4
14	Melakukan suctioning: nasotracheal, Oropharyngeal, Nasopharyngeal, close suction	3
15	Melakukan perawatan trakeostomi: perawatan tube, membersihkan luka, ganti balutan	3
16	Melakukan perawatan WSD: ganti balutan, ganti botol, membuang cairan	3
17	Melakukan chest physioterapi	4
18	Melakukan postural drainage	4
19	Melakukan pengukuran <i>Incentive spirometry</i>	3
Memenuhi kebutuhan sirkulasi dan cairan		
20	Melakukan interpretasi rekaman EKG	
21	Melakukan pemberian darah: mengecek instruksi, mencocokkan identitas, memberikan darah, monitor selama pemberian, evaluasi reaksi transfusi	3
22	Melakukan monitoring dan evaluasi efektivitas stocking elastis	4
23	Melakukan pemberian posisi kepala netral	4
24	Melakukan tatalaksana klien terpasang EVD (External Ventrikular Drainage)	3
25	Melakukan tatalaksana klien dengan peningkatan tekanan intrakranial	3
26	Melakukan aspirasi pada klien dengan ekstrasvasi	3
27	Memberikan kompres hangat/ dingin pada klien dengan ekstrasvasi	4
28	Melakukan tatalaksana keperawatan klien yang akan diberikan transfusi dan produk darah yg membutuhkan observasi khusus	3
29	Melakukan perawatan <i>Central line/Peripherally Inserted Central Line (PICC) catheter</i>	3
30	Melakukan Perawatan AV shunt/ CDL	4
31	Mengukur CVP	4
32	Melakukan penekanan di area perdarahan pada klien dengan radioterapi	3
Memenuhi kebutuhan nutrisi		
33	Melakukan pemasangan Tube feeding / Nasogastric	3
34	Memberikan nutrisi per oral pada pasien berisiko tinggi	4
35	Memberikan nutrisi melalui Tube feeding / Nasogastric	4
36	Melakukan interpretasi hasil pemeriksaan gula darah	4
37	Melatih fungsi menelan pada klien dengan disfagia	4

38	Melakukan irigasi NGT	3
39	Memberikan makan secara oral pada klien post tindakan brakhiterapi nasofaring	4
Memenuhi kebutuhan eliminasi		
40	Melakukan pemasangan intermitten kateter	4
41	Melakukan pemasangan kateter urin / Douer katheter laki-laki/ perempuan	3
42	Melakukan enema	4
43	Melakukan manual evakuasi faeces	4
44	Melakukan perawatan sistostomy	4
45	Melakukan perawatan kolostomy	4
46	Melakukan monitoring dan evaluasi keseimbangan cairan	4
47	Melepas kateter menetap	3
48	Melakukan perawatan peritoneal dialisis	3
49	Melakukan perawatan klien hemodialisis	4
50	Melakukan irigasi kateter / bladder	4
Memenuhi kebutuhan mobilisasi/pergerakan/ immobilisasi		
51	Mengkaji risiko dekubitus (Skala Norton/ Skala Braden)	4
52	Melakukan perawatan kulit pada klien resiko tinggi	4
53	Melaksanakan alih baring dengan five pillow	4
54	Melakukan Range of Motion (ROM) pada kasus patologis	4
56	Melakukan ambulasi dengan alat bantu jalan	4
57	Melakukan perubahan posisi dengan metode logroll	3
58	Melatih klien berjalan dengan alat bantu: tongkat; walker	4
59	Melakukan mobilisasi pada klien paska operasi	4
60	Melakukan perawatan klien dengan traksi: skin traksi, skeletal traksi, Hallow traksi, kotrel traksi	4
61	Melakukan perawatan eksternal immobilisasi: cast/ gips	4
62	Melatih mobilisasi pada klien paska amputasi	4
63	Melakukan penatalaksanaan posisi pada klien gangguan jantung	4
Memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur		
64	Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi masalah tidur	4
65	Melakukan penilaian skala nyeri	4
66	Melakukan hipnotherapy, imajinasi terpimpin	3
67	Melakukan evaluasi pemberian relaksan	4
68	Melakukan pencegahan cedera selama klien tidur	4
69	Melakukan tindakan untuk penurunan distraksi lingkungan	4
Memenuhi kebutuhan personal hygiene, integumen		
70	Memandikan klien dengan kondisi kritis	3
71	Melakukan perawatan mulut klien dengan penurunan kesadaran	4
72	Monitoring dan evaluasi pencapaian pemenuhan kebutuhan personal hygiene	4
73	Melakukan perawatan luka grade II dan III	3

74	Melakukan perawatan luka ulkus gangrene	3
75	Melakukan perawatan luka/pin external fiksasi (Illizarov)	3
76	Melakukan perawatan luka amputasi	3
77	Melakukan perawatan area penusukan pin (<i>pin site care</i>)	4
78	Melakukan perawatan drain	3
79	Melakukan perawatan luka post operasi diameter > 5 cm	3
80	Melakukan perawatan luka operasi dengan <i>dehiscence</i> , <i>exudatif</i> , infeksi, dan nyeri	3
81	Melakukan perawatan luka kanker dewasa dan anak dengan perdarahan, high exudatif, infeksi, bau, dan nyeri	3
82	Melakukan perawatan luka simple fistula dengan high exudatif, maserasi, eskoriasi	4
83	Melakukan perawatan luka <i>percutaneous tube</i> : gastrostomi, neprostomi, tracheostomi, sistostomi, trans bilier hepatic dengan infeksi, maserasi, eskoriasi	3
84	Melakukan perawatan luka kaki diabetik tanpa penyulit	4
85	Melakukan perawatan luka arterial dan venous ulcer dan bandaging tanpa penyulit	3
86	Melakukan perawatan luka post radiasi	4
87	Melakukan irigasi mata	3
88	Melakukan irigasi telinga	3
Memenuhi kebutuhan suhu tubuh normal		
89	Melakukan pemakaian hypothermia atau hyperthermia blanket	3
90	Melakukan pemberian antipiretik	3
91	Melakukan monitoring suhu tubuh klien	4
Memenuhi keselamatan klien		
92	Melakukan pengkajian ulang jatuh dengan skala morse, <i>hamty damty</i> , <i>time up and go</i>	3
93	Melakukan edukasi klien yang beresiko jatuh tinggi	4
94	Melakukan tindakan pencegahan mencederai diri dengan restrain fisik	4
95	Melakukan tindakan pencegahan mencederai diri dengan restrain, obat	3
96	Melakukan evaluasi efektifitas penggunaan matras antidekubitus	4
97	Melakukan penggantian alat tenun pada klien kondisi kritis	3
Memenuhi kebutuhan dalam komunikasi		
98	Melakukan penatalaksanaan pemulangan klien (edukasi kontrol, obat dan aktivitas)	3
Memenuhi kebutuhan spiritual		
99	Melakukan perawatan terminal dengan pendekatan spiritual	3
Melakukan penatalaksanaan keperawatan pada klien kemoterapi, target terapi, bioterapi		
100	Membersihkan tumpahan kemoterapi dengan <i>spill kit</i>	3
101	Melakukan pelepasan infus saat terjadi ekstrasvasasi	4
102	Membersihkan tumpahan kemoterapi dengan <i>spill kit</i>	3

Melakukan penatalaksanaan keperawatan radioterapi		
103	Melakukan persiapan klien untuk tindakan radiasi internal (ablasi)	3
104	Melakukan persiapan klien untuk tindakan implantasi Melakukan pengelolaan paket alat selama tindakan brakhiterapi: ginekologi dan <i>head and neck</i>	3
105	Melakukan monitoring klien selama tindakan brakhiterapi: implantasi	3
106	Melakukan persiapan klien untuk tindakan radiasi seluruh tubuh	3
107	Mendampingi klien selama simulasi: observasi perdarahan dan aspirasi	3
108	Melakukan timbang terima klien ke perawat ruangan	3
109	Melakukan observasi kesadaran	3
Melakukan penatalaksanaan keperawatan neurodiagnostik		
110	Melakukan monitoring klien selama EMG	3
111	Melakukan persiapan pada klien yang akan dilakukan EEG	3
112	Melakukan monitoring klien selama EEG	4
113	Melakukan persiapan pada klien yang akan dilakukan NO (Neuro Ophthalmologi dan Otologi)	3
114	Melakukan monitoring klien selama dilakukan NO (Neuro Ophthalmologi dan Otologi)	3
115	Melakukan pemeriksaan menggunakan tools: MMSE (<i>Mini Mental State Exam</i>)	3
116	Melakukan terapi kognitif	3
117	Melakukan persiapan klien paska operasi kasus bedah syaraf	3
118	Melakukan persiapan klien paska angiografi	3
Penatalaksanaan pemberian obat		
119	Melakukan pemberian obat melalui <i>nasogastric</i>	3
120	Melakukan pemberian obat melalui <i>nebulization</i>	4
121	Melakukan pemberian obat melalui <i>central line</i>	3
122	Melakukan pemberian obat Patient <i>Controlled Analgesia</i> (PCA)	3
123	Melakukan pemberian obat <i>Metered Dose Inhaler</i> (MDI) dengan inhaler	3
124	Melakukan pemberian obat <i>non narcotic agents</i>	4

Catatan:

Tingkat Keterampilan Keperawatan:

Tingkat 1: Mengetahui teori keterampilan

Tingkat 2: pernah melihat atau didemonstrasikan

Tingkat 3: Mampu melakukan di bawah supervisi

G. Besaran SKS dan Alokasi Waktu

Besaran SKS pada mata kuliah Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah Tahap Profesi ini adalah SKS, dengan rincian waktu:

$5 \text{ SKS} \times 170 \text{ menit} \times 16 \text{ minggu efektif} = 13.600 \text{ menit/ semester}$

$= 227 \text{ jam/semester}$

$= 227/8 \text{ jam} = 28 \text{ hari/5 minggu efektif}$

Dengan demikian pelaksanaan Profesi KMB selama 5 minggu

H. Pelaksanaan Praktik

Pelaksanaan Praktik Profesi KMB dibagi 2 putaran/gelombang, yaitu:

Putaran I : Periode minggu ke-2 Oktober sampai minggu ke-1 November 2025 (5 minggu)

Putaran II: Periode minggu ke-4 November sampai minggu ke-4 Desember 2025 (5 minggu)

I. Sasaran

Mahasiswa yang mengikuti Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah berjumlah 69 mahasiswa dari program reguler dan 20 orang dari mahasiswa program karyawan, dan untuk program reguler akan dibagi menjadi 2 gelombang.

J. Wahana Praktik

Sesuai dengan pendekatan praktik yang digunakan pada MK PPKMB, yakni pendekatan proses keperawatan pada kasus-kasus tertentu, maka ruang/unit perawatan yang digunakan adalah ruang perawatan yang merawat pasien kasus-kasus terkait, yakni: ruang rawat penyakit dalam, bedah, neurologi dan kamar operasi.

K. Program khusus

Bagi mahasiswa yang telah bekerja di Institusi Rumah Sakit/Puskesmas/Klinik akan menggunakan lahan praktik profesi Ners di masing-masing institusinya dengan tetap menyesuaikan capaian kompetensi di setiap stase keperawatan. Apabila di lahan praktik tersebut tidak memungkinkan tercapainya kompetensi keperawatan maka wahana praktik akan ditentukan oleh institusi STIKES RS Husada.

L. Program reguler

Berikut ini adalah wahana praktek klinik KMB untuk program reguler yang digunakan:

- a. RS Husada
- b. RSUD Koja
- c. RSUD Tarakan
- d. RSUD Cengkareng

M. Putaran Praktik

Selama Praktek Klinik mahasiswa reguler akan mengalami putaran praktik yaitu shift pagi, sore dan malam, sedangkan mahasiswa jalur karyawan putaran waktu disesuaikan dengan jadwal kerja di institusi masing-masing.



BAB II PROSES PEMBELAJARAN

A. Metode Pembelajaran

Metode pembelajaran klinik yang digunakan pada mata kuliah PPKMB adalah: konferens, penugasan tertulis, dan penugasan klinik, ronde keperawatan, presentasi dan belajar mandiri. Berikut ini merupakan tabel mengenai deskripsi, tujuan dan tahapan prosedur pelaksanaan dari tiap- tiap metode pembelajaran tersebut.

Metode untuk mahasiswa Regular

Metode Pembelajaran Klinik	Deskripsi	Tujuan	Tahapan Prosedur
Konferens klinik (<i>pre dan post confrence</i>).	Konferens klinik adalah diskusi kelompok untuk membahas aspek- aspek praktik klinik.	Pre konferens; diskusi untuk melakukan pengecekan terhadap kesiapan preceptee dan rencana kegiatan setiap harinya.	1. Tentukan tujuan konferens sebelumnya.. 2. Pembimbing klinik (PK) / pembimbing akademik (PA) berperan sebagai fasilitator dan narasumber
		Post conference: diskusi untuk mengevaluasi kegiatan asuhan keperawatan, evaluasi diri preceptee, peer review dan rencana kegiatan selanjutnya, melatih kemampuan pemecahan masalah.	3. PK / PA harus bersikap terbuka, tidak mendominasi, fokus, menciptakan diskusi yang nyaman dan menstimulasi partisipasi semua preceptee. 4. Sebelum melakukan konferens, preceptee harus mempelajari hal yang akan didiskusikan.
Penugasan tertulis, seperti Laporan pendahuluan, dan rencana	Penugasan klinik yang dibuat secara tertulis.	Mempersiapkan pengetahuan yang harus dimiliki oleh preceptee sebelum	1. Setiap kali preceptee memperoleh kasus baru untuk dikelola, preceptee

pendidikan kesehatan.		melakukan praktik klinik.	<p>harus membuat Laporan pendahuluan.</p> <ol style="list-style-type: none"> Laporan pendahuluan dibuat sesuai dengan pedoman. Laporan tertulis lain dapat diberikan oleh PK pada preceptee mengenai materi/hal tertentu yang harus lebih dikuasai oleh preceptee .
<p>Penugasan klinik, seperti;</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan askep - melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain - melakukan dokumentasi sesuai ketentuan 	<p>Penugasan klinik adalah penugasan yang diberikan yang berhubungan dengan kegiatan klinik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memberi kesempatan pada preceptee menggunakan teori dan konsep dalam praktik. - Kesempatan untuk mengasah keterampilan pemecahan masalah klinik, psikomotor dan afektif - Mensosialisasi kan profesi keperawatan sedini mungkin pada preceptee 	<p>Setiap minggu preceptee diberi kasus yang sesuai dengan sub pokok bahasan pada profesi PPKMB.</p> <p>preceptee melakukan askep sesuai pedoman.</p> <p>PK segera memberikan umpan balik terhadap askep/tindakan kolaborasi/dokumentasi yang dilakukan preceptee</p>
Ronde keperawatan	<p>Ronde keperawatan adalah kegiatan observasi, kadang diikuti dengan wawancara pada satu atau beberapa pasien.</p>	<p>Memberikan kesempatan pada preceptee:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mereview askep termasuk Tindakan keperawatan yang dilakukan. - Mengobservasi cara PK melakukan interaksi 	<ol style="list-style-type: none"> PK / PA merencanakan ronde keperawatan. PK meminta izin dan partisipasi pasien dalam ronde. PK memimpin ronde preceptee mempresentasikan

		dengan pasien atau tim Kesehatan lain.	kondisi pasien, tindakan dan evaluasi yang telah dilakukan. 5. PK/ preceptee lain/perawat ruangan/pasien dapat berpartisipasi dalam ronde. 6. preceptee selalu melindungi <u>privasi</u> pasien.
Presentasi seminar kasus dan jurnal	<p>Presentasi kasus yang telah dikelola.</p> <p>Kasus yang dipresentasikan sebaiknya adalah kasus yang memungkinkan bagi preceptee untuk mendapatkan tambahan pengetahuan yang lebih banyak.</p> <p>Salah satu jurnal keperawatan yang terkait dengan kasus dipresentasikan untuk menambah wawasan.</p>	Memberikan pemahaman lebih dalam tentang kasus yang dikelola melalui diskusi panel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan setiap 2 minggu 2. Diskusikan dengan pembimbing kasus yang akan dipilih untuk presentasi. 3. Diskusikan dalam kelompok kasus yang akan dipresentasikan. 4. Lakukan presentasi sesuai dengan format presentasi yang telah ditetapkan.
Mandiri	Proses belajar klinik di mana preceptee melakukan pemberian asuhan keperawatan atau melakukan observasi klinik tanpa kehadiran pembimbing.	Memberikan kesempatan pada preceptee untuk meningkatkan rasa percaya diri dan bertindak sebagai seorang “profesi” dalam memberikan asuhan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preceptee menentukan tujuan belajar mandiri setiap harinya. 2. Preceptee meminta umpan balik dari PK terhadap pengalaman yang telah dijalanannya.

		dan aktif dalam kegiatan pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat.	
--	--	---	--

1. Konferens (*Pre dan post conference*)

- a. *Pre conference* merupakan proses diskusi yang bertujuan untuk mengetahui kesiapan preceptee dan rencana kegiatan setiap harinya
- b. *Pre Conference* dapat diawali dengan absen preceptee sesuai dengan format absen yang sudah disediakan. Preceptor klinik melakukan *pre conference* kesiapan preceptee dalam mengambil kasus resume dan kelolaan.
- c. *Post conference* merupakan proses diskusi yang bertujuan untuk mengevaluasi kegiatan asuhan keperawatan, self evaluasi dari preceptee dan rencana kegiatan selanjutnya.
- d. Proses *conference* akan dinilai oleh preceptor.

2. Penugasan klinik

- a. Selama praktek (5 minggu) preceptee diberi penugasan klinik yang terdiri dari: Sebleum turun ke lahan klinik → Bimbingan Logbook KMB dikampus dilakukan selama 2 hari, preceptee membuat kontrak belajar dan orientasi (kontrak belajar harus disetujui oleh preceptor akademik).
- b. Minggu 1 (Senin) preceptee melaksanakan orientasi RS, Minggu 1 (Selasa-Sabtu) sesuai jadwal dinas, preceptee melakukan asuhan keperawatan/kasus resume 1 kasus setiap hari. Laporan resume terdiri dari data identitas pasien, data subjektif dan objektif, patofisiologi dan diagnose keperawatan sesuai kasus.
- c. Pada minggu 2 - 4, preceptee mulai membuat laporan kasus kelolaan, masing-masing preceptee membuat 1 kasus lengkap/Minggu. Jumlah laporan kelolaan/preceptee adalah 3 kasus, menggunakan pendekatan proses keperawatan, minimal 3 hari kelolaan.
 - Kasus kelolaan didapat selama preceptee berdinas di RS

- Proses diskusi kasus untuk bimbingan di rumah sakit: Kasus yang ditentukan → dikerjakan oleh preceptee → Dibahas bersama/dipresentasikan → Preseptor membuat penilaian tugas dan diskusi → Preceptee membuat laporan akhir penugasan sesuai dengan tugas mingguan.
- d. Proses diskusi kasus untuk bimbingan, preseptor klinik atau akademik, memberikan *feedback* langsung terhadap ketercapaian laporan masing-masing preceptee.
- e. Minggu ke-5: Ujian akhir KMB.

3. Penugasan Tertulis

a. Telaah Jurnal Keperawatan.

Masing-masing kelompok membahas 1 jurnal keperawatan sesuai dengan kelompok presentasi dan dibahas bersama saat seminar.

b. Seminar kasus

Setiap kelompok/ruangan akan melakukan seminar pada kasus yang telah dikelola. Seminar mulai dilaksanakan pada minggu ke 4 (sesuai yang tertulis dijadwal dinas). Pelaksanaan seminar sesuai dengan table dibawah ini. Tugas seminar dibuat dalam makalah dan PPT yang akan dipresentasikan oleh preceptee.

Susunan makalah :

Bab 1 : Konsep Dasar Penyakit,

Bab 2: Konsep Askep,

Bab 3 : Pembahasan Kasus (analisa data, diagnosis keperawatan, intervensi sesuai diagnosis keperawatan, patofisiologi sesuai kasus),

bab 4 : Jurnal penelitian terkait kasus.

Makalah yang sudah di selesaikan, minimal 1 hari sebelum seminar, sudah dikirimkan ke preseptor.

No	Preseptor	Tempat Bimbingan	Kasus
1.	Ns. Nia Rosliany, M.Kep.Sp.Kep.MB	RS Husada RSUD Koja RSUD Cengkareng	MCI, gagal jantung, Stroke, Cedera Kepala

2.	Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep.Ph.D	RS Husada RSUD Koja RSUD Cengkareng	Gagal ginjal, BPH, Batu Ginjal
3.	Ns. Ika Mustafida, M.Kep.Sp.Kep.MB.	RS Husada RSUD Koja RSUD Tarakan	DM, HIV-AIDS, Fraktur.
4.	Ns. Ribka Sabrina, M.Kep.	RSUD Koja RSUD Cengkareng RSUD Tarakan	Sirosis Hepatis, Ileus obstruktif. Typhoid
5.	Ns. Rizqa Wahdini, M.Kep.	RSUD Koja RSUD Cengkareng RSUD Tarakan	TB Paru, PPOK

4. Tutorial individual yang diberikan preseptor

Kegiatan tutorial individual merupakan proses bimbingan intensif dari preseptor yang telah ditetapkan institusi pendidikan. Tutorial dilaksanakan di lahan praktik yang dilakukan secara terjadwal atau pun elektif bergantung pada inisiatif preceptee dan dosen.

5. Diskusi kasus

Kegiatan pembelajaran lainnya adalah diskusi kasus. Kegiatan diskusi kasus dilaksanakan selama kegiatan visite pagi dan visite malam bersama anggota tim kesehatan lainnya, seperti dokter ahli, perawat spesialis, atau tenaga kesehatan lainnya.

6. Seminar kecil.

Mini Seminar dilaksanakan sesuai kebutuhan dan kesepakatan antara preseptor dan preceptee, Mini Seminar diikuti oleh semua mahasiswa yang stase di bagian/departemen yang sama pada satu siklus. Kegiatan seminar dilaksanakan dengan tujuan membahas penyakit yang diderita klien serta membahas berbagai alternatif penatalaksanaannya khususnya dalam perspektif keperawatannya.

7. *Case report* dan overan dinas.

Laporan Kasus merupakan metode pembelajaran yang dipraktikkan secara rutin dalam setiap pembelajaran klinik di lahan praktik. Dengan

waktu studi 8 jam per hari, seorang preceptee yang stase di bangsal atau bagian tertentu harus membuat dan menyampaikan laporan kasus atas semua klien yang dalam tanggung jawab observasinya kepada perawat dalam shift yang berbeda dalam kegiatan operan (pergantian antar waktu jaga), misalnya shift pagi ke shift sore, shift sore ke shift malam, dan shift malam ke shift pagi.

8. Supervisi/Ujian

Pelaksanaan ujian dilakukan dengan beberapa modifikasi sebagai berikut:

Supervisi/Ujian dengan sistem luring :

- Supervisi dilakukan di minggu terakhir (antara minggu ke-4 atau ke-5). Di hari pertama ujian mahasiswa akan dibagi kasus oleh preceptor klinik.
- Koordinator mata ajar akan membuat jadwal ujian beserta penguji
- Preceptee akan diberikan kasus ujian, diberikan waktu untuk menyelesaikan tugas tersebut selama \pm 2 jam lalu dilakukan responsi.
- Untuk penilaian prosedural, preceptee diberikan waktu untuk membuat rencana keperawatan dan tindakan yang dilakukan, langsung dinilai oleh penguji.
- Psikomotor dinilai dengan cara melihat langsung preceptee melakukan prosedur pada pasien
- Kompilasi nilai responsi dan psikomotor menjadi nilai ujian KMB.
- Jika nilai ujian belum memenuhi batas lulus, maka akan dilakukan remedial.

N. Kegiatan Pembelajaran

1. Preceptee

a. Fase pra interaksi

- Menyusun laporan pendahuluan (LP)
- Mengikuti *Conference* (LP)
- Membaca informasi tentang pasien → kaitkan dengan LP

b. Fase introduksi

- Memperkenalkan diri ke pasien
 - Melakukan kontrak
- c. Fase kerja
- Melakukan pengkajian dan validasi
 - Melakukan perumusan masalah diagnose
 - Menyusun intervensi dan melakukan implementasi
 - Melakukan ronde keperawatan
 - Mengikuti *bed side teaching*
- d. Fase Evaluasi
- Menyimpulkan dengan pasien pencapaian

2. Preceptor

- a. Fase pra interaksi
- Memberi pengarahan terkait praktik dan penugasan
 - Melakukan *pre conference* → evaluasi pemahaman preceptee
- b. Fase introduksi
- Mengobservasi preceptee
 - Memberikan umpan balik
- c. Fase kerja
- Memberikan bimbingan untuk menumbuhkan kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal
 - Mendampingi ronde keperawatan
 - Memberikan bimbingan dalam *bedside teaching*
- d. Fase evaluasi
- Menilai kinerja preceptee

O. Tata Tertib

Tata Tertib untuk mahasiswa

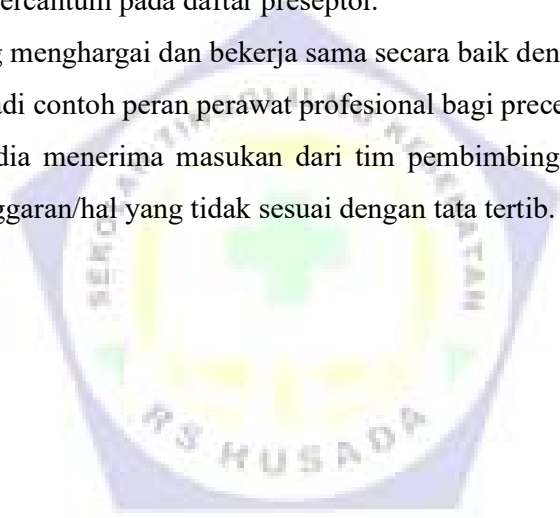
1. Preceptee wajib menggunakan seragam klinik sesuai ketentuan institusi.
2. Preceptee wajib berpakaian rapih, sopan, bersih dan harum.
3. Tidak diperkenankan memakai perhiasan selama memakai pakaian seragam kecuali jam tangan.

4. Tidak diperkenankan memakai cat kuku, kuku harus pendek dan bersih.
5. Preceptee wajib mengikuti kegiatan praktek dari awal sampai dengan akhir, sesuai dengan jadwal yang ditentukan.
6. Mengisi absensi pada lembar absen yang sudah ditentukan
7. Kehadiran dalam praktek klinik keperawatan harus mencapai 100%
8. Preceptee wajib membawa Alat pelindung diri (APD) dan *Nursing Kit* selama berdinas.
9. Jika berhalangan hadir :
 - a. Izin untuk tidak melakukan praktik hanya diberikan oleh koordinator pada kasus-kasus tertentu (anak, orangtua, suami/istri atau yang bersangkutan sakit serta dapat menunjukkan surat sakit) dan harus mengganti sesuai hari tidak masuk.
 - b. Jika tidak hadir tanpa keterangan, maka harus mengganti dengan rumus $2n$.
 - c. Penggantian hari praktik harus diketahui oleh preceptor klinik dan koordinator MK.
 - d. Jika tidak hadir selama 5 hari berturut-turut tanpa keterangan, maka preceptee dinyatakan tidak lulus.
 - e. Selama praktek, preceptor akademik dan preceptor klinik berhak menegur/tidak meluluskan preceptee yang tidak bertindak profesional dalam bersikap (tidak jujur, bersikap asal-asalan dsb).
 - f. Preceptee tidak diperkenankan untuk memperpanjang jam dinas (*double shift*) untuk pergantian hari praktik (untuk hal-hal khusus harap menghubungi koordinator).
 - g. Preceptee menghubungi preceptor akademik minimal H-1 sebelum praktik untuk membahas kasus dan jadwal bimbingan dengan pembimbing di ruangan.

Tata Tertib Preceptor

1. Mengisi absensi (untuk preceptor akademik) sesuai dengan jam kehadiran, absensi disimpan oleh PJ kelompok.

2. Menyelenggarakan semua kegiatan praktik klinik (termasuk konferens) di klinik
3. Mengikuti proses/alur kegiatan pembelajaran klinik KMB seperti yang tercantum pada buku pedoman praktik profesi KMB
4. Memberikan penilaian klinik pada setiap preceptee bimbingannya sesuai ketentuan
5. Mengumpulkan hasil penilaian dan absensi mingguan pada koordinator setiap hari Jum'at.
6. Memberitahukan langsung pada koordinator jika tidak datang atau terlambat datang saat membimbing
7. Meminta persetujuan koordinator jika melibatkan preceptor lain (selain yang tercantum pada daftar preceptor.
8. Saling menghargai dan bekerja sama secara baik dengan preceptor lain.
9. Menjadi contoh peran perawat profesional bagi preceptee
10. Bersedia menerima masukan dari tim pembimbing lain jika terdapat pelanggaran/hal yang tidak sesuai dengan tata tertib.



BAB III EVALUASI PEMBELAJARAN

A. Tujuan Evaluasi

Untuk menilai pencapaian kompetensi peserta didik dalam menerapkan proses asuhan keperawatan pada area KMB.

P. Bentuk Evaluasi

1. *Log book*
2. DOPS (*Direct Observational of Procedure Skill*)/Target keterampilan klinik
3. *Case test*/Uji kasus (SOCA - *Student Oral Case Analyses*)
4. *Critical incidence report*
5. *Problem solving skill*
6. Kasus lengkap, kasus singkat
7. *Portofolio* / Seminar kasus

Q. Cakupan Dan Bobot Evaluasi

Cakupan Evaluasi	Bahan yang dievaluasi	Pembobotan	Waktu Pelaksanaan
Proses	Target klinik (2)	10%	Penugasan target kumulatif pada akhir praktik.
	Presentasi (4,7)	15%	Perkelompok 1x presentasi, waktu akan disesuaikan.
	Kinerja Klinik (Proses askep) (1,6)	15%	Dinilai Selama praktik berlangsung termasuk penilaian terkait laporan
	Perilaku professional dan kinerja klinik - Kedisiplinan - Kerapihan - Kejujuran - Bertanggung jawab	10%	Dinilai selama praktik berlangsung
Ujian Tengah	Ujian Tengah (2,3,5)	20%	Supervisi dilaksanakan pada minggu ke III dan IV (sebelum ujian akhir)
Ujian Akhir	Ujian akhir (2,3,5)	30%	Minggu ke-V

Catatan:

1. Instrumen evaluasi dapat dilihat pada lampiran
2. Mahasiswa wajib lulus ujian akhir, baru nilai akan diperhitungkan.
3. Bagi mahasiswa yang dinyatakan tidak lulus ujian akhir, diberikan kesempatan remedial ujian praktik klinik hanya sekali.
4. Prasyarat ujian akhir:
 - a. Mengumpulkan laporan lengkap di semua ruangan
 - b. Mengumpulkan absensi kehadiran (100%).

R. Prosedur Evaluasi

Proses pelaksanaan evaluasi mengikuti prosedur berikut:

8. Evaluasi Laporan Pendahuluan (LP)
 - Laporan pendahuluan dievaluasi pada hari pertama praktik klinik oleh pembimbing masing-masing ruangan
 - Pembimbing klinik dapat meminta mahasiswa untuk memperbaiki laporan pendahuluan jika diperlukan.
9. Evaluasi Laporan Kasus
 - Laporan kasus dinilai *on the spot* (pada saat bimbingan berlangsung) oleh pembimbing akademik
 - Mahasiswa diwajibkan untuk membuat dan melengkapi SOAP setiap hari
 - Bila mahasiswa **tidak membuat LP atau SOAP per hari**, maka mahasiswa wajib mengganti dinas 2 hari.
10. Evaluasi kinerja klinik dilakukan 3x untuk setiap mahasiswa (di tiap bagian yang berbeda)
 - Mahasiswa menyiapkan format-format evaluasi yang akan digunakan
 - Pembimbing klinik melakukan evaluasi
 - Hasil evaluasi disampaikan pada mahasiswa dan disimpan oleh pembimbing klinik .
11. Ujian Tengah
 - Kasus ujian tengah dikocok pada hari ujian tersebut.

- Kegiatan ujian tengah terdiri dari ujian tindakan dan responsi kasus
 - Tidak ada remedial untuk ujian tengah, penguji akan memberikan *feedback* pada saat ujian Tengah.
12. Evaluasi akhir (Ujian akhir)
- Kasus ujian akhir akan dikocok pada pagi hari saat pelaksanaan ujian
 - Kegiatan ujian akhir terdiri dari supervise tindakan dan responsi kasus.

S. Rentang Penilaian

Nilai Huruf	Nilai Angka	Batas Bawah	Batas Atas
A	4.00	86	100
A-	3.85	81	85
B+	3.35	76	80
B	3.00	71	75
B-	2,85	66	70
C+	2.35	61	65
C	2.00	56	60
D	1.00	47	55
E	0	0	46

T. Kriteria Kelulusan

Mahasiswa dinyatakan lulus jika:

13. Memenuhi kehadiran 100%
14. Mendapat nilai **minimal 76/nilai mutu B+**
15. Mematuhi semua tata tertib
 - a. Telah menyelesaikan semua penugasan pada stase tersebut
 - b. Telah menyelesaikan semua beban dinas pada stase tersebut
 - c. Telah memiliki nilai dengan nilai minimal 3,35 (B+)
 - d. Mahasiswa yang tidak lulus atau tidak mendapatkan nilai minimal tersebut diberikan kesempatan untuk memperbaiki nilai dengan ujian ulang 1 x dapat berupa ujian praktek/responsi ulang/perbaikan laporan kasus disesuaikan dengan komponen penilaian yang kurang

DAFTAR RUJUKAN

- Barber, P., & Robertson, D. (2020). *Essentials of Pharmacology for Nurses*, 4e. McGraw-Hill Education (UK)
- Dent, J., Harden, R.M., & Hunt, D. (Eds.). (2021). *A Practical Guide for Medical Teachers*, E-Book. Elsevier health sciences
- Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2018). *Runner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters Kluwer India Pvt Ltd
- Ignatavicius, D.D., Workman, M. L., & Rebar, C. (2017). *Medical-Surgical Nursing E-book: Concepts for Interprofessional Collaborative Care*. Elsevier Health Sciences
- Ladwig, G. B., Ackley, J., Makic, M.B.F. (2019). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis E-Book: Mosby's Guide to Nursing Diagnosis E-Book*: Elsevier Health Sciences
- Lewis, S.L., Bucher, L., Heitkemper, M.M., & Harding, M.M. (2018). *Medical-surgical nursing in Canada E-Book*. Elsevier Health Sciences
- Mann, J., Truswell, S., & Hodson, L. (Eds.). (2023). *Essentials of Human nutrition*. Oxford University Press
- Patton, K.T., & Thibodeau, G.A. (2018). *Anthony's Textbook of Anatomy & Physiology E-book: Anthony's Textbook of Anatomy & Physiology E-Book*. Elsevier Health Sciences
- Peate, I. (2022). *Anatomy and Physiology for Nursing and Healthcare Students at a Glance*. John Wiley & Sons
- Potter, P.A., Perry, A. G., Stockert, P.A., & Hall, A. (2021). *Potter & Perry's Essential of Nursing Practices, Sae*, E-Book. Elsevier Health Sciences.
- Schlenker, E., & Gilbert, J.A. (2018). *William;s Essential of Nutrition and Diet Therapy E-book*. Elsevier Health Sciences
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Willihnganz, M.J., Gurevitz, S.L., Clayton, B.D. (2021). Clayton's Basic Pharmacology for Nurses E-Book: Clayton's Basic Pharmacology for Nurses E-Book. Elsevier Health Sciences





KONTRAK PROGRAM PRAKTIK KLINIK (CONTOH)
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS (TAHAP PROFESI)
STIKES RS HUSADA

Mata Kuliah :

Bobot SKS :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

NIM :

Tempat Praktik :

Tanggal Praktik : s/d..... 2025

Menyatakan bahwa saya:

1. Akan hadir 100% selama praktik berlangsung (izin/sakit harus dibuktikan).
2. Akan menyelesaikan seluruh tugas:
 - a. AKM lengkap (sebutkan jumlahnya)
 - b. Resume (sebutkan jumlahnya)
 - c. logbook keterampilan
 - d. seminar kasus
 - e. Presentasi jurnal
 - f. refleksi.
3. Akan menjaga etika profesi keperawatan.
4. Bersedia dikenakan sanksi jika melanggar aturan praktik.
5. Evaluasi:
 - Evaluasi Tengah: Minggu ke- ...
 - Evaluasi Akhir: Minggu ke- ...
 - Penilaian dilakukan oleh CI dan Dosen Pembimbing Klinik

Demikian kontrak ini dibuat untuk dijalankan dengan tanggung jawab.

Jakarta.....2025

Mahasiswa,
(ttd & nama)

CI,
(ttd & nama)

Dosen Pembimbing,
(ttd & nama)

LEMBAR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KMB

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DI RUANG RS**



Oleh:

Nama :

NIM :

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS TAHAP PROFESI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
2025**

FORMAT PENGUMPULAN DATA UMUM KEPERAWATAN

Tgl. Pengkajian :	No. Register :
Jam Pengkajian :	Tgl. MRS :
Ruang/Kelas :	

I. IDENTITAS

Identitas Pasien

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Status Perkawinan :
Alamat :

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Agama :
Pekerjaan :
Alamat :
Hubungan dengan Klien :

II. KELUHAN UTAMA

1. Keluhan Utama Saat MRS

2. Keluhan Utama Saat Pengkajian

III. DIAGNOSA MEDIS

IV. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat Penyakit Sekarang

2. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

V. **RIWAYAT KEPERAWATAN KLIEN**

1. Pola Aktifitas Sehari-hari (ADL)

ADL	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan (Makan dan Minum)		
Pola Eliminasi BAK : BAB :		
Pola Istirahat Tidur		
Pola <i>Personal Hygiene</i>		
Pola Aktivitas dan Latihan		
Kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan.		

2. Riwayat Psikologi

3. Riwayat Sosial

4. Riwayat Spiritual

VI. PEMERIKSAAN FISIK

A. Keadaan Umum

B. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

SAAT SEBELUM SAKIT	SAAT PENGKAJIAN

C. Pemeriksaan Wajah

D. Pemeriksaan Kepala Dan Leher

E. Pemeriksaan Thoraks/dada

M. Pemeriksaan Kulit/Integument

N. Pemeriksaan Penunjang/Diagnostik Medik

-

VII. TINDAKAN DAN TERAPI

TTD PERAWAT

(Nama Lengkap)

Data Fokus

Data Subyektif	Data Obyektif

Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
	DS : DO:		

DIAGNOSA KEPERAWATAN (Sesuai Prioritas)

No.	Diagnosa Keperawatan (P&E)	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Nama Jelas

1. PERENCANAAN KEPERAWATAN

(Meliputi tindakan keperawatan independen dan interdependen)

Tgl.	No.	Diagnosa Keperawatan (PES)	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf & nama jelas

PELAKSANAAN KEPERAWATAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Tgl./ Waktu	No. DK.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama Jelas

EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

No. DK.	Hari/Tgl./ Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama Jelas

PETUNJUK PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN

I. IDENTITAS

Identitas klien dan identitas penanggung jawab klien ditulis lengkap seperti nama (gunakan initial bukan nama asli), Usia dalam tahun, Jenis kelamin (L untuk laki-laki dan P untuk perempuan dengan mencoret salah satunya), Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Golongan darah, dan Alamat serta hubungan penanggung jawab dengan klien.

II. KELUHAN UTAMA

1. Keluhan utama saat MRS (Masuk Rumah Sakit) :

Ditulis keluhan utama (satu keluhan saja) yang dirasakan atau dialami klien yang menyebabkan klien atau keluarga mencari bantuan kesehatan/ masuk rumah sakit.

2. Keluhan Utama saat Pengkajian :

Diisi dengan keluhan yang dirasakan oleh klien saat pengkajian dilakukan. Tanyakan pada klien keluhan apa yang dirasakan, jika keluhan yang dirasakan klien lebih dari 1, tanyakan satu saja keluhan yang sangat mengganggu klien.

III. DIAGNOSA MEDIS

Diisi dengan diagnosis (penyakit) yang ditegakkan oleh dokter.

IV. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Adalah Kronologis dari penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di bawa ke RS secara lengkap. Tindakan apa saja yang sudah dilakukan oleh klien untuk mengobati sakitnya sebelum ke RS.

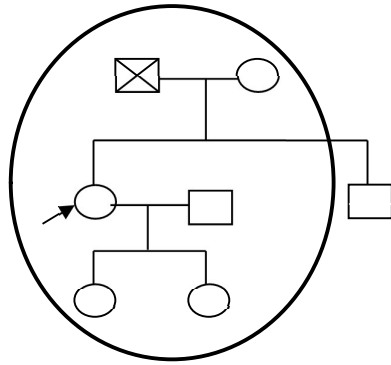
2. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Tanyakan riwayat penyakit yang pernah dialami klien beberapa waktu sebelumnya. Berapa kali klien pernah sakit sebelum sakit yang sekarang? Bagaimana cara klien mencari pertolongan? Apakah klien pernah menderita sakit DM (Diabetes Mellitus), HT (Hipertensi), TBC (Tuberkulosis Paru), Kanker dan lain-lain.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tanyakan pada klien atau keluarga mengenai penyakit yang pernah diderita anggota keluarga. Jika memungkinkan buatlah genogram atau gambaran garis keturunan beserta penyakit yang pernah diderita terutama untuk penyakit-penyakit yang sifatnya diturunkan atau penyakit menular.

Contoh genogram :



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

○ : Orang yang tinggal serumah

3 : Usia

↗ : Klien

V. RIWAYAT POLA PEMELIHARAAN KESEHATAN KLIEN

1. Pola Aktivitas Sehari-Hari

ADL	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan	Makan / Minum Jumlah : Jenis : - Nasi : - Lauk : - Sayur : - Minum : Pantangan : Kesulitan Makan / Minum : Usaha Mengatasi kesulitan :	Makan / Minum Jumlah : Jenis : - Nasi : - Lauk : - Sayur : - Minum/Infus : Pantangan : Kesulitan Makan / Minum : Usaha Mengatasi kesulitan :
Pola Eliminasi BAK : Jumlah, Warna, Bau, Masalah, Cara Mengatasi. BAB : Jumlah, Warna, Bau, Konsistensi, Masalah, Cara Mengatasi.		
Pola Istirahat Tidur - Jumlah/Waktu - Gangguan Tidur - Upaya Mengatasi gangguan tidur - Hal-hal yang mempermudah tidur		

- Hal-hal yang mempermudah bangun		
Pola Kebersihan Diri (PH) - Frekuensi mandi - Frekuensi Mencuci rambut - Frekuensi Gosok gigi - Keadaan kuku - Ganti baju		
Aktivitas Lain Aktivitas apa yang dilakukan klien untuk mengisi waktu luang ?		

2. **Riwayat Psikologi**

a. **Status Emosi**

Bagaimana ekspresi hati dan perasaan klien?

Tingkah laku yang menonjol ?

Suasana yang membahagiakan klien ?

Stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman ?

b. **Gaya Komunikasi**

Apakah klien tampak hati-hati dalam berbicara (ya / tdk), Apakah pola komunikasinya (spontan / lambat), Apakah klien menolak untuk diajak komunikasi (ya / tdk), Apakah komunikasi klien jelas (ya / tdk), Apakah klien menggunakan bahasa isyarat (ya / tdk).

Apakah tipe kepribadian klien (terbuka / tertutup)?

c. **Pola Pertahanan**

Bagaimana mekanisme koping klien dalam mengatasi masalahnya ?

d. **Dampak di Rawat di Rumah Sakit**

Apakah ada perubahan secara fisik dan psikologis selama klien di rawat di RS ?

e. **Kondisi emosi / perasaan klien**

Apakah suasana hati yang menonjol pada klien (sedih / gembira) ?

Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya (ya / tdk) ?

3. **Riwayat Sosial**

Bagaimana Pola Interaksi klien :Kepada siapa klien berspon? Siapa orang yang dekat dan dipercaya klien ? Bagaimanakah klien dalam berinteraksi (aktif / pasif)? Kegiatan sosial apa yang selama ini diikuti oleh klien ?

4. **Riwayat Spiritual**

Kebutuhan untuk beribadah (terpenuhi / tidak terpenuhi)? Masalah- masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual ? Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual ?

VI. **PEMERIKSAAN FISIK**

1. **Keadaan Umum**

Keadaan secara umum yang tampak dari fisik klien ketika perawat melakukan pengkajian misalnya, pasien tampak lemah, tampak kotor, dan lain-lain.

Kesadaran secara kualitatif (composmentis, somnolen, apatis dll)PR termasuk dalam pemeriksaan keadaan umum.

2. **Pemeriksaan Tanda-tanda Vital**

Pengkajian Tanda-tanda vital sebelum pasien sakit(berdasarkan wawancara pada klien atau catatan kesehatan sebelumnya) dan tanda-tanda vital saat pengkajian.

Tanda-tanda vital (TTV) yang diperiksa meliputi

- Tekanan Darah (TD) : mmHg
- Nadi :.....x/menit
- Suhu :.....⁰C
- Respiratory Rate (RR) :.....x/menit
- TB
- BB

3. **Pemeriksaan Wajah**

a. **Mata**

Kelengkapan dan kesimetrisan mata(+ / -), Kelopak mata/palpebra oedem (+ / -), ptosis/dalam kondisi tidak sadar mata tetap membuka (+ / -), peradangan (+ / -), luka(+ / -), benjolan (+ / -), Bulu mata rontok atau tidak, Konjunctiva dan sclera perubahan warna (anemis /an anemis), Warna iris (hitam, hijau, biru), Reaksi pupil terhadap cahaya (miosis/midriasis), Pupil (isokor /an isokor), Warna Kornea

b. **Hidung**

Inspeksi dan palpasi : Amati bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi (adakah pembengkokan atau tidak). Amati meatus : perdarahan (+ / -), Kotoran (+ / -), Pembengkakan (+ / -), pembesaran / polip (+ / -)

c. **Mulut**

Amati bibir : Kelainan konginetal (labioscisis, palatoscisis, atau labiopalatoscisis), warna bibir, lesi (+ / -), Bibir pecah (+ / -), Amati gigi ,gusi, dan lidah : Caries (+ / -), Kotoran (+ / -), Gigi palsu (+ / -), Gingivitis (+ / -), Warna lidah, Perdarahan (+ / -) dan abses (+ / -). Amati orofaring atau rongga mulut : Bau mulut, Benda asing : (ada / tidak)

d. **Telinga**

Amati bagian telinga luar: Bentuk ...Ukuran ... Warna ..., lesi (+ / -), nyeri tekan (+ / -), peradangan (+ / -), penumpukan serumen (+ / -). Dengan otoskop periksa membran tympany amati, warna, transparansi, perdarahan (+ / -), perforasi (+ / -).

4. **Pemeriksaan Kepala, Dan Leher**

a. **Kepala**

Inspeksi : bentuk kepala (dolicephalus/lonjong, Brakhiocephalus/ bulat), kesimetrisan (+/-). Hidrocephalus (+ / -), Luka (+ / -), darah (+/-), Trepanasi (+ / -).
Palpasi : Nyeri tekan (+ / -), fontanella/pada bayi (cekung / tidak)

b. **Leher**

Inspeksi : Bentuk leher (simetris atau asimetris), peradangan (+ / -), jaringan parut (+ / -), perubahan warna (+ / -), massa (+ / -)
Palpasi : pembesaran kelenjar limfe (+ / -), pembesaran kelenjar tiroid (+ / -), posisi trakea (simetris/tidak simetris), pembesaran Vena jugularis (+ / -)

5. **Pemeriksaan Thoraks/dada**

a. **PEMERIKSAAN PARU**

INSPEKSI

- Bentuk torak (Normal chest / Pigeon chest / Funnel chest / Barrel chest),
- Susunan ruas tulang belakang (Kyphosis / Scoliosis / Lordosis),
- Bentuk dada (simetris / asimetris),
- keadaan kulit ?
- Retraksi otot bantu pernafasan : Retraksi intercosta (+ / -), retraksi suprasternal (+ / -), Sternomastoid (+ / -), pernafasan cuping hidung (+ / -).
- Pola nafas : (Eupnea / Takipneu / Bradipnea / Apnea / Chene Stokes / Biot's / Kusmaul)
- Amati : cianosis (+ / -), batuk (produktif / kering / darah).

PALPASI

Pemeriksaan taktil / vocal fremitus : getaran antara kanan dan kiri teraba (sama / tidak sama).
Lebih bergetar sisi

PERKUSI

Area paru : (sonor / Hipersonor / dullnes)PR

AUSKULTASI

- Suara nafas Area Vesikuler : (bersih / halus / kasar) , Area Bronchial : (bersih / halus / kasar) Area Bronkovesikuler (bersih / halus / kasar) PR.
- Suara Ucapan Terdengar : Bronkophoni (+ / -), Egophoni (+ / -), Pectoriloqui (+ / -) PR
- Suara tambahan Terdengar : Rales (+ / -), Ronchi (+ / -), Wheezing (+ / -), Pleural fricion rub (+ / -), bunyi tambahan lain PR
- Keluhan lain yang dirasakan terkait Px. Torak dan Paru :

b. PEMERIKSAAN JANTUNG

INSPEKSI

Ictus cordis (+ / -), pelebarancm

PALPASI

Pulsasi pada dinding torak teraba : (Lemah / Kuat / Tidak teraba)

PERKUSI

Batas-batas jantung normal adalah :

Batas atas : (N = ICS II)

Batas bawah : (N = ICS V)

Batas Kiri : (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra)

Batas Kanan : (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra)

AUSKULTASI

BJ I terdengar (tunggal / ganda, (keras / lemah), (reguler / irreguler)

BJ II terdengar (tunggal / ganda), (keras / lemah), (reguler / irreguler)

Bunyi jantung tambahan : BJ III (+ / -), Gallop Rhythm (+ / -), Murmur (+ / -)

Keluhan lain terkait dengan jantung :

6. Pemeriksaan Abdomen

INSPEKSI

Bentuk abdomen : (cembung/cekung/datar), Massa/Benjolan (+/-), Kesimetrisan (+ / -), Bayangan pembuluh darah vena (+/-)

AUSKULTASI

Frekuensi peristaltic usus x/menit (N = 5 – 35 x/menit, Borborygmi (+ / -) PR

PALPASI

Palpasi Hepar : diskripsikan :Nyeri tekan (+ / -), pembesaran (+ / -), perabaan (keras / lunak), permukaan (halus / berbenjol-benjol), tepi hepar (tumpul / tajam) . (N = hepar tidak teraba).

Palpasi Lien : Gambarkan garis bayangan Schuffner (PR) dan pembesarannya Dengan Bimanual lakukan palpasi dan diskripsikan nyeri tekan terletak pada garis Scuffner ke berapa ?(menunjukkan pembesaran lien)

Palpasi Appendik : Buatlah garis bayangan untuk menentukan titik (Mc. Burney PR). nyeri tekan (+ / -), nyeri lepas (+ / -), nyeri menjalar kontralateral (+ / -).

Palpasi Ginjal : Bimanual diskripsikan : nyeri tekan (+ / -), pembesaran (+ / -). (N = ginjal tidak teraba).

PERKUSI

Normalnya hasil perkusi pada abdomen adalah tympani.

Keluhan lain yang dirasakan terkait dengan Px. Abdomen :

7. Pemeriksaan Genetalia dan Rektal

a. Genetalia Pria

Inspeksi :

Rambut pubis (bersih / tidak bersih), lesi (+ / -), benjolan (+ / -) Lubang uretra : penyumbatan (+ / -), Hipospadia (+ / -), Epispadia (+ / -) □ PR

Palpasi

Penis : nyeri tekan (+ / -), benjolan (+ / -), cairan Scrotum dan testis : benjolan (+ / -), nyeri tekan (+ / -),

Kelainan-kelainan yang tampak pada scrotum :

Hidrochele (+ / -), Scrotal Hernia (+ / -), Spermatochele (+ / -) Epididimal Mass/Nodularty (+ / -) Epididimitis (+ / -), Torsi pada saluran sperma (+ / -), Tumor testicular (+ / -)

Inspeksi dan palpasi Hernia :

Inguinal hernia (+ / -), femoral hernia (+ / -), pembengkakan (+ / -)

b. Pada Wanita

Inspeksi

Kebersihan rambut pubis (bersih / kotor), lesi (+ / -), eritema (+ / -), keputihan (+ / -), peradangan (+ / -). Lubang uretra : stenosis /sumbatan (+ / -)

8. Pemeriksaan Punggung Dan Tulang Belakang



Periksa ada tidaknya lesi pada kulit punggung, Apakah terdapat kelainan bentuk tulang belakang, Apakah terdapat deformitas pada tulang belakang, apakah terdapat fraktur atau tidak, adakah nyeri tekan.

9. Pemeriksaan Ekstremitas/Muskuloskeletal

a. Inspeksi

Otot antar sisi kanan dan kiri (simetris / asimetris), deformitas (+ / -), fraktur (+ / -) lokasi fraktur ..., jenis fraktur..... kebersihan luka....., terpasang Gib (+ / -), Traksi (+ / -)

b. Palpasi

Oedem :  Lingkar lengan :Lakukan uji kekuatan otot PR : 

10. Pemeriksaan Fungsi Pendengaran/Penghidu/tengorokan : PR

Uji ketajaman pendengaran : Tes bisik, Dengan arloji, *Uji weber* : seimbang / lateralisasi kanan / lateralisasi kiri, *Uji rinne* : hantaran tulang lebih keras / lemah / sama dibanding dengan hantaran udara, *Uji swabach* : memanjang / memendek / sama

Uji Ketajaman Penciuman dengan menggunakan rangsang bau-bauan.

Pemeriksaan tenggorokan: lakukan pemeriksaan tonsil, adakah nyeri telan.

11. **Pemeriksaan Fungsi Penglihatan PR**

- Pemeriksaan Visus Dengan Snellen's Cart : OD OS
- Tanpa Snellen Cart : Ketajaman Penglihatan (Baik / Kurang)
- Pemeriksaan lapang pandang : Normal / Haemi anoxia / Haemoxia
- Pemeriksaan tekanan bola mata Dengan tonometri, dengan palpasi taraba

12. **Pemeriksaan Fungsi Neurologis PR**

- a. Menguji tingkat kesadaran dengan GCS (Glasgow Coma Scale)

Menilai respon membuka mata

Menilai respon Verbal

Menilai respon motorik

Setelah dilakukan scoring maka dapat diambil kesimpulan : (Compos Mentis / Apatis / Somnolen / Delirium / Sporo coma / Coma)

- b. Memeriksa tanda-tanda rangsangan otak

Peningkatan suhu tubuh (+ / -), nyeri kepala (+ / -), kaku kuduk (+ / -), mual –muntah (+ / -) kejang (+ / -) penurunan tingkat kesadaran (+ / -)

- c. Memeriksa nervus cranialis

Nervus I - Olfaktorius (pembau), Nervus II - Opticus (penglihatan), Nervus III - Oculomotorius, Nervus IV- Trochlearis, Nervus V – Trigemini, Nervus VI-Abdusen, Nervus VII – Facialis, Nervus VIII- Auditorius, Nervus IX- Glosopharingeal, Nervus X – Vagus, Nervus XI- Accessorius, Nervus XII- Hypoglosal

- d. Memeriksa fungsi motorik

Ukuran otot (simetris / asimetris), atropi (+ / -) gerakan-gerakan yang tidak disadari oleh klien (+ / -)

- e. Memeriksa fungsi sensorik

Kepekaan saraf perifer : benda tumpul , benda tajam. Menguji sensai panas / dingin, kapas halus, minyak wangi.

- f. Memeriksa reflek kedalaman tendon

Reflek fisiologis : R.Bisep, R. Trisep, R. Brachioradialis, R. Patella, R. Achilles

Reflek Pathologis, Bila dijumpai adanya kelumpuhan ekstremitas pada kasus-kasus tertentu. Yang diperiksa adalah R. Babinski, R. Chaddock, R.Schaefer, R. Oppenheim, R. Gordon, R. Bing, R.Gonad.

- g. Keluhan lain yang terkait dengan Px. Neurologis :

13. **Pemeriksaan Kulit/Integument**

- a. **Integument/Kulit PR**

Inspeksi : Adakah lesi (+ / -), Jaringan parut (+ / -), Warna Kulit, Bila ada luka bakar dimana saja lokasinya, dengan luas : %

Palpasi : Tekstur (halus/ kasar), Turgor (normal) PR/Kelenturan(baik/jelek), Struktur (keriput/tegang), Lemak subcutan (tebal / tipis), nyeri tekan (+ / -) pada daerah mana?

Identifikasi luka / lesi pada kulit

1. Tipe Primer : Makula (+ / -), Papula (+ / -) Nodule (+ / -) Vesikula (+ / -)

2. Tipe Sekunder : Pustula (+/-), Ulkus (+/-), Crusta (+/-), Exsoriiasi (+/-), Scar (+/-), Lichenifikasi (+ / -)

Kelainan- kelainan pada kulit : Naevus Pigmentosus (+ / -), Hiperpigmentasi (+ / -), Vitiligo/Hipopigmentasi (+ / -), Tatto (+ / -), Haemangioma (+/-), Angioma/toh(+ / -), Spider Naevi (+ / -), Striae (+ / -)

- b. **Pemeriksaan Rambut**

Ispeksi dan Palpasi : Penyebaran (merata / tidak), Bau rontok (+/-), warna Alopesia (+ / -), Hirsutisme (+ / -), alopesia (+ / -)

- c. **Pemeriksaan Kuku**

Inspeksi dan palpasi : warna, bentuk, dan kebersihan kuku.

14. Pemeriksaan Penunjang/Diagnostik Medik

A. DARAH LENGKAP : diisi tanggal

Leukosit	:	(N : 3.500 – 10.000 / μ L)
Eritrosit	:	(N : 1.2 juta – 1.5 juta μ L)
Trombosit	:	(N : 150.000 – 350.000 / μ L)
Haemoglobin	:	(N : 11.0 – 16.3 gr/dl)
Haematokrit	:	(N : 35.0 – 50 gr / dl)

B. KIMIA DARAH :

Ureum	:	(N : 10 – 50 mg / dl)
Creatinin	:	(N : 07 – 1.5 mg / dl)
SGOT	:	(N : 2 – 17)
SGPT	:	(N : 3 – 19)
BUN	:	(N : 20 – 40 / 10 – 20 mg / dl)
Bilirubin	:	(N : 1,0 mg / dl)
Total Protein	:	(N : 6.7 – 8.7 mg /dl)
GD puasa	:	(N : 100 mg/dl)
GD 2 jpp	:	(N : 140 – 180 mg / dl)

C. ANALISA ELEKTROLIT :

Natrium	:	(N : 136 – 145 mmol / l)
Kalium	:	(N ; 3,5 – 5,0 mmol / l)
Clorida	:	(N : 98 – 106 mmol / l)
Calsium	:	(N : 7.6 – 11.0 mg / dl)
Phospor	:	(N : 2.5 – 7.07 mg / dl)

D. PEMERIKSAAN RADIOLOGI :

Jika ada jelaskan gambaran hasil foto Rongent, USG, EEG, EKG, CT-Scan, MRI, Endoscopy dll.

VII. TINDAKAN DAN TERAPI

Tindakan apa saja yang sudah dilakukan untuk menolong keselamatan klien dan terapi farmakologis (obat-obatan) apa saja yang sudah diberikan.

(Nama Lengkap)



SARJANA KEPERAWATAN
STIKES RS HUSADA JAKARTA

Nama Mahasiswa :
NIM :

**FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN
DI UNIT RAWAT JALAN**

Nama Pasien :
Umur :
Jenis Kelamin :
Diagnosa Medis :
Tanggal Pengkajian :

A. RIWAYAT KESEHATAN

1. Alasan masuk Rumah Sakit :
.....
.....
2. Penyakit yang pernah diderita :
.....
.....
3. Riwayat kesehatan keluarga :
.....
.....
4. Keluhan saat ini :
.....
.....

B. PENGKAJIAN FISIK

1. MATA

a. Posisi mata : () Simetri () Asimetris

- b. Kelopak mata : () Normal () Ptosis
() Eksoptalmus
- c. Pergerakan bola mata: () Normal () Abnormal
- d. Konjungtiva : () Merah muda () Anemis () Sangat Merah
- e. Kornea : () Normal () Keruh/berkabut
() Terdapat Perdarahan
- f. Sklera : () Ikterik () Anikterik
- g. Pupil : () Isokor () Anisokor
() Midriasis () Miosis
- h. Otot-otot mata : () Tidak ada kelainan () Juling keluar
() Juling ke dalam () Berada di atas
- i. Alis mata : () Simetris () Asimetris
- j. Fungsi penglihatan : () Baik () Kabur
() Dua bentuk / diplopia
- k. Tanda-tanda radang :
- l. Pemakaian kaca mata : () Tidak () Ya, Jenis.....
- m. Pemakaian lensa kontak :
- n. Reaksi terhadap cahaya :
- o. Visus (gunakan snelen chart): () Normal (6/6) () Myopia
() Presbiopia

2. Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT)

Hidung

- a. Bentuk : () Simetris () Asimetris
- b. Warna : () Sama dgn wajah () Merah / bengkak
- c. Cairan : () Ada () Tidak ada
() Minimal () Banyak
() Encer () Kental
() Darah () Nanah
- d. Posisi : () Sejajar medline () Bengkok
- e. Nyeri : () Ya () Tidak
Skala nyeri
- f. Mukosa : () Pucat () Hyperemis

Telinga

- a Daun telinga : () Normal
() Tidak , Kanan/kiri
- b Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau)
.....
- c Cairan dari telinga : () Tidak () Ada,.....
(Darah,nanah, dll)
- d Perasaan penuh di telinga : () Ya () Tidak
- e Fungsi pendengaran : () Normal () Kurang
() Tuli, kanan / kiri
- f Tinitus : () Ya () Tidak
- g Pemakaian alat bantu : () Ya () Tidak

Tenggorokan & Mulut

- a. Warna : () Merah muda () Merah
- b. Hidrasi : () Lembab () Kering
() Pecah-pecah
- c. Mukosa : () Normal () Terdapat lesi
- d. Gigi : () Karies () Tidak
- e. Penggunaan gigi palsu : () Ya () Tidak
- f. Lidah kotor : () Ya () Tidak
- g. Lesi : () Ya () Tidak

3. BEDAH

- a Keadaan kulit : () Baik () Lesi () Ulkus
() Luka, Lokasi.....
() Insisi operasi,
Lokasi.....
Kondisi.....
() Gatal-gatal () Memar/lebam
() Luka bakar, Grade.....Persentase.....

() Dekubitus, Lokasi.....

- b Kesulitan dalam pergerakan : () Ya () Tidak
c Sakit pada tulang, sendi, kulit : () Ya () Tidak
d Fraktur : () Ya () Tidak

Lokasi :

Kondisi:.....

- e. Kelainan bentuk tulang sendi : () Kontraktur () Bengkok
() Lain-lain, sebutkan :

4. SISTEM PERNAFASAN :

- a. Jalan nafas : () Bersih
() Ada sumbatan;
- b. Pernafasan : () Tidak Sesak () Sesak :.....
- c. Menggunakan otot bantu pernafasan : () Ya () Tidak
- d. Frekuensi : x / menit
- e. Irama : () Teratur () Tidak teratur
- f. Jenis pernafasan :(Spontan, Kausmaull, Cheynestoke, Biot, dll)
- g. Kedalaman : () Dalam () Dangkal
- h. Batuk : () Tidak () Ya(Produktif/Tidak)
- i. Sputum : () Tidak () Ya ..(Putih/Kuning/Hijau)
- j. Konsistensi : () Kental () Encer
- k. Terdapat darah : () Ya () Tidak
- l. Palpasi dada :
- m. Perkusi dada :
- n. Suara nafas : () Vesikuler () Ronkhi
() Wheezing () Rales
- o. Nyeri saat bernafas : () Ya () Tidak
- p. Penggunaan alat bantu nafas : () Tidak () Ya

5. SISTEM SYARAF PUSAT

- a. Keluhan sakit kepala :.....(vertigo/migrain, dll)
- b. Tingkat kesadaran : () Compos mentis () Apatis
() Somnolent () Soporokoma

- c. Glasgow comascale(GCS) E :, M :, V :
- d. Tanda-tanda peningkatan TIK : () Tidak () Ya,.....:
 - () Muntah proyektil
 - () Nyeri Kepala hebat
 - () Papil Edema
- e. Gangguan Sistem persyarafan : () Kejang () Pelo
 - () Mulut mencong () Disorientasi
 - () Polineuritis/kesemutan
 - () Kelumpuhan ekstremitas
(kanan / kiri / atas / bawah)
- f. Pemeriksaan Reflek :
 - Reflek fisiologis : () Normal () Tidak
 - Reflek Patologis : () Tidak () Ya
- g. Pemeriksaan 12 syaraf kranial
 - Nervus I:
 - Nervus II
 - Nervus III, IV, VI
 - Nervus V
 - Nervus VII
 - Nervus VIII
 - Nervus IX
 - Nervus X
 - Nervus XI
 - Nervus XII

DATA TAMBAHAN [Pemahaman tentang penyakit] :

.....

.....

.....

DATA PENUNJANG [Pemeriksaan diagnostic yg menunjang masalah : Lab, Radiologi, Endoskopi, dll]

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

PENATALAKSANAAN [Therapi/pengobatan termasuk diet]

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

Data focus

Data Subyektif	Data Obyektif

Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi

Perencanaan Keperawatan
(Meliputi tindakan keperawatan independent dan interdependen)

Tgl	No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan

Pelaksanaan Keperawatan (Catatan Keperawatan)

Tgl/ Waktu	No DK	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama Jelas

Evaluasi (Catatan Perkembangan)

No DK	Hari/Tg/ Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama Jelas



PRODI PENDIDIKAN NERS
(TAHAP PROFESI)
STIKes RS HUSADA JAKARTA

Nama Mhs : _____
NIM : _____

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
[60 %]**

Nama Mahasiswa : _____ Tanggal Praktik : _____
NIM : _____ Tempat Praktik : _____

A. Asuhan Keperawatan (80%)

No.	Aspek yang dinilai	Penilaian dalam angka				
		4	3	2	1	0
I.	PENGAJIAN					
	1. Data dasar sesuai dengan kondisi klien					
	2. Resume klien					
	3. Data fokus relevan dengan kondisi klien dalam Renpra					
	4. Metode dalam pengumpulan data sesuai dan tepat					
	5. Ketepatan penggunaan alat pengumpulan data					
	6. Ketepatan menentukan sumber data					
	7. Rumusan analisa data					
II.	DIAGNOSA KEPERAWATAN					
	8. Rumusan diagnosa benar					
	9. Diagnosa sesuai dengan kondisi klien					
III.	PERENCANAAN					
	10. Ketepatan memprioritaskan masalah					
	11. Ketepatan merumuskan tujuan					
	12. Ketepatan menyusun dan menetapkan rencana tindakan					
	13. Rencana tindakan secara operasional					
	14. Dokumentasi rencana asuhan keperawatan					
IV	IMPLEMENTASI					
	A. Jika melakukan prosedur keperawatan					
	15. Jenis alat yang disediakan sesuai kebutuhan					
	16. Kualitas alat (sterilitas kebersihan) sesuai Kebutuhan					
	17. Penggunaan alat sesuai fungsinya					
	18. Langkah ² tindakan sesuai urutan yang benar					
	19. Langkah-langkah tindakan sesuai prinsip					
	20. Langkah ² tindakan dilakukan secara efisien					
	21. Langkah ² tindakan dilakukan secara efektif					
	22. Pendokumentasian tindakan keperawatan benar					
	B. Jika melakukan pendidikan kesehatan					
	15. Menyusun rancangan pendidikan kesehatan					
	16. Menyiapkan klien dan keluarga					
	17. Menyiapkan lingkungan / tepat					
	18. Menyiapkan alat bantu dan alat peraga					
19. Strategi efisien efektif dan benar						
20. Melaksanakan evaluasi hasil penyuluhan kesehatan						
21. Pendokumentasian tindakan keperawatan benar						

No.	Aspek yang dinilai	Penilaian dalam angka				
		4	3	2	1	0
V.	EVALUASI					
	23/22. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama proses ujian					
	24/23. Mengevaluasi keberhasilan dalam menyelesaikan masalah keperawatan selama proses ujian.					
	25/24. Mendokumentasikan hasil evaluasi selama proses ujian.					

Proses Nilai :

1. Jika melakukan prosedur keperawatan :

$$\text{Nilai A} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} = \dots\dots\dots$$

2. Jika melakukan penyuluhan kesehatan :

$$\text{Nilai A} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} = \dots\dots\dots$$

B. Sikap (20%)

No.	Aspek yang dinilai	Penilaian dalam angka				
		4	3	2	1	0
1.	Perhatian terhadap kebutuhan klien					
2.	Menghargai klien					
3.	Berkomunikasi					
4.	Konsistensi					
5.	Percaya diri					
6.	Disiplin					
7.	Kejujuran					
8.	Penampilan diri					
=	Jumlah :					

$$\text{Nilai B} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai (8)}} =$$

$$\text{Nilai Akhir} = (\text{Nilai A} \times 80\%) + (\text{Nilai B} \times 20\%)$$

$$= \dots\dots\dots$$

Jakarta,

Penguji

(.....)

Nama Mhs :	_____
NIM :	_____



PRODI PENDIDIKAN NERS
(TAHAP PROFESI)
STIKes RS HUSADA JAKARTA

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
(40%)**

NO.	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	PENILAIAN DALAM ANGKA				N X B
			4	3	2	1	
I.	Penyajian kasus :						
	a. Waktu	5%					
	b. Kejelasan	10%					
II.	Responsi						
	a. Penguasaan konsep dasar	20%					
	b. Penguasaan kasus	25%					
	c. Argumentasi dalam tanya jawab	25%					
III.	Sikap	15%					
	JUMLAH						

Nilai Akhir = Jumlah Nilai Σ (N X B) =

NILAI AKHIR = (NILAI PRAKTEK x 60%) + (NILAI RESPONSI x 40%)

=

Jakarta,

Penguji

(.....)



**FORMAT PENILAIAN SIKAP
PRAKTIK PROFESI NERS KEPERAWATAN MATERNITAS
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS STIKES RS HUSADA**

Nama Mahasiswa :
NIM :
Tempat :
Tanggal :

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				KET
		4	3	2	1	
1	Sikap terhadap klien					
	a. Menerima					
	b. Ramah					
	c. Penuh perhatian					
	d. Waspada dan hati-hati dalam membantu klien					
	e. Mampu mengatasi masalah dan mengambil keputusan					
2	Sikap sesama rekan					
	a. Kerjasama					
	b. Saling membantu					
	c. Terbuka					
	d. Jujur					
	e. Mampu menciptakan hubungan serasi dengan rekan kerja					
3	Sikap terhadap atasan/pembimbing					
	a. Bertanggung jawab terhadap tugas					
	b. Disiplin					
	c. Jujur					
	d. Sopan					
	e. Menghargai					

Nilai Akhir = $\frac{\text{Jumlah nilai keseluruhan}}{\text{Jumlah item}}$ =

Keterangan
4 = Sangat baik
3 = Baik
2 = Cukup
1 = Kurang

Jakarta,
Penilai

()



PRODI PENDIDIKAN NERS
(TAHAP PROFESI)
STIKes RS HUSADA JAKARTA

Nama Mhs : _____
NIM : _____

**FORMAT PENILAIAN PRAKTEK KLINIK
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
[60 %]**

Nama Mahasiswa : _____ Tanggal Praktik : _____
NIM : _____ Tempat Praktik : _____

A. Asuhan Keperawatan (80%)

No.	Aspek yang dinilai	Penilaian dalam angka				
		4	3	2	1	0
I.	PENGAJIAN					
	1. Data dasar sesuai dengan kondisi klien					
	2. Resume klien					
	3. Data fokus relevan dengan kondisi klien dalam Renpra					
	4. Metode dalam pengumpulan data sesuai dan tepat					
	5. Ketepatan penggunaan alat pengumpulan data					
	6. Ketepatan menentukan sumber data					
	7. Rumusan analisa data					
II.	DIAGNOSA KEPERAWATAN					
	8. Rumusan diagnosa benar					
	9. Diagnosa sesuai dengan kondisi klien					
III.	PERENCANAAN					
	10. Ketepatan memprioritaskan masalah					
	11. Ketepatan merumuskan tujuan					
	12. Ketepatan menyusun dan menetapkan rencana tindakan					
	13. Rencana tindakan secara operasional					
	14. Dokumentasi rencana asuhan keperawatan					
IV	IMPLEMENTASI					
	A. Jika melakukan prosedur keperawatan					
	15. Jenis alat yang disediakan sesuai kebutuhan					
	16. Kualitas alat (sterilitas kebersihan) sesuai Kebutuhan					
	17. Penggunaan alat sesuai fungsinya					
	18. Langkah ² tindakan sesuai urutan yang benar					
	19. Langkah-langkah tindakan sesuai prinsip					
	20. Langkah ² tindakan dilakukan secara efisien					
	21. Langkah ² tindakan dilakukan secara efektif					
	22. Pendokumentasian tindakan keperawatan benar					
	B. Jika melakukan pendidikan kesehatan					
	15. Menyusun rancangan pendidikan kesehatan					
	16. Menyiapkan klien dan keluarga					
	17. Menyiapkan lingkungan / tepat					
	18. Menyiapkan alat bantu dan alat peraga					
19. Strategi efisien efektif dan benar						
20. Melaksanakan evaluasi hasil penyuluhan kesehatan						
21. Pendokumentasian tindakan keperawatan benar						

No.	Aspek yang dinilai	Penilaian dalam angka				
		4	3	2	1	0
V.	EVALUASI					
	23/22. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama proses ujian					
	24/23. Mengevaluasi keberhasilan dalam menyelesaikan masalah keperawatan selama proses ujian.					
	25/24. Mendokumentasikan hasil evaluasi selama proses ujian.					

Proses Nilai :

1. Jika melakukan prosedur keperawatan :

$$\text{Nilai A} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} = \dots\dots\dots$$

2. Jika melakukan penyuluhan kesehatan :

$$\text{Nilai A} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} = \dots\dots\dots$$

B. Sikap (20%)

No.	Aspek yang dinilai	Penilaian dalam angka				
		4	3	2	1	0
1.	Perhatian terhadap kebutuhan klien					
2.	Menghargai klien					
3.	Berkomunikasi					
4.	Konsistensi					
5.	Percaya diri					
6.	Disiplin					
7.	Kejujuran					
8.	Penampilan diri					
=	Jumlah :					

$$\text{Nilai B} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai (8)}} =$$

$$\text{Nilai Akhir} = (\text{Nilai A} \times 80\%) + (\text{Nilai B} \times 20\%)$$

$$= \dots\dots\dots$$

Jakarta,

Penguji

(.....)

Nama Mhs :	_____
NIM :	_____



PRODI PENDIDIKAN NERS
(TAHAP PROFESI)
STIKes RS HUSADA JAKARTA

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
(40%)**

NO.	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	PENILAIAN DALAM ANGKA				N X B
			4	3	2	1	
I.	Penyajian kasus :						
	a. Waktu	5%					
	b. Kejelasan	10%					
II.	Responsi						
	a. Penguasaan konsep dasar	20%					
	b. Penguasaan kasus	25%					
	c. Argumentasi dalam tanya jawab	25%					
III.	Sikap	15%					
	JUMLAH						

Nilai Akhir = Jumlah Nilai Σ (N X B) =

NILAI AKHIR = (NILAI PRAKTEK x 60%) + (NILAI RESPONSI x 40%)

=

Jakarta,

Penguji

(.....)



PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES RS HUSADA

Nama Mahasiswa:

NIM

:

FORM PENILAIAN *PRE CONFERENCE*
ASUHAN KEPERAWATAN

NO	HARI/TGL	KASUS	ASPEK YANG DINILAI							RATA-RATA	NAMA & TTD PRECEPTOR
			1	2	3	4	5	6	7		
1											
2											
3											
4											

Keterangan Aspek yang Dinilai:

1. Kemampuan membuat tinjauan teori
2. Kemampuan membuat pathway sesuai teori
3. Kemampuan menyusun rencana pengkajian sesuai teori
4. Kemampuan menentukan diagnosis yang mungkin muncul sesuai teori
5. Kemampuan menyusun rencana asuhan keperawatan sesuai diagnosis keperawatan
6. Kemampuan menganalisis masalah sesuai teori
7. Kemampuan menampilkan perilaku professional

Penilaian: Sesuai sistem atau standar penilaian di STIKES RS Husada yaitu

A: ≥ 86.00 ; A- 81.00 – 85.00; B+: 76.00 – 80.00; B: 71.00 – 75.00; B- 66.00 – 70.00;
C+: 61.00 – 65.00; C: 56.00 – 60; D: 47.00 – 55.00; E: 0.00 – 46.00). NBL: 3.35



**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES RS HUSADA**

Nama Mahasiswa:

NIM :

**FORM PENILAIAN *POST CONFERENCE*
ASUHAN KEPERAWATAN**

NO	HARI/TGL	KASUS	ASPEK YANG DINILAI							RATA-RATA	NAMA & TTD PRECEPTOR
			1	2	3	4	5	6	7		
1											
2											
3											
4											
5											

Keterangan Aspek yang Dinilai:

1. Kesesuaian antara tujuan dan intervensi yang dilakukan
2. Ketepatan pendokumentasian
3. Kemampuan menganalisis masalah sesuai kasus kelolaan
4. Kemampuan menampilkan perilaku professional
5. Kemampuan menyusun rencana asuhan keperawatan sesuai diagnosis keperawatan
6. Kemampuan menganalisis masalah sesuai teori
7. Kemampuan menampilkan perilaku professional

Penilaian: Sesuai sistem atau standar penilaian di STIKES RS Husada yaitu

A: ≥ 86.00 ; A- 81.00 – 85.00; B+: 76.00 – 80.00; B: 71.00 – 75.00; B- 66.00 – 70.00; C+: 61.00 – 65.00; C: 56.00 – 60; D: 47.00 – 55.00; E: 0.00 – 46.00). **NBL: 3.35**



**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES RS HUSADA**

FORM PENILAIAN PRESENTASI JURNAL

Hari/Tanggal : _____

Judul Jurnal : _____

Presenter : _____

N O	NAMA MAHASISWA	NIM	1	2	3	4	5	6	NILAI AKHIR
1									

Keterangan Aspek yang Dinilai:

1. Kemampuan mempresentasikan resume jurnal
2. Kemampuan mengkorelasikan isi jurnal dengan setting klinik/RS atau evidence based nursing..
3. Kemampuan penguasaan pengetahuan selama presentasi
4. Kemampuan melakukan Analisa jurnal berdasarkan referensi yang lain
5. Organisasi/efisiensi dalam penyampaian Analisa jurnal
6. Performance mahasiswa: attitude, sistematis, dan skill komunikasi

Penilaian: Sesuai sistem atau standar penilaian di STIKES RS Husada yaitu

A: ≥ 86.00 ; A- 81.00 – 85.00; B+: 76.00 – 80.00; B: 71.00 – 75.00; B- 66.00 – 70.00;
C+: 61.00 – 65.00; C: 56.00 – 60; D: 47.00 – 55.00; E: 0.00 – 46.00). **NBL: 3.35**

Preceptor

.....



**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES RS HUSADA**

FORM PENILAIAN PRESENTASI KASUS

Hari/Tanggal : _____

Judul Kasus : _____

Ruang/Bangsal : _____

Presenter : _____

N O	NAMA MAHASISWA	NIM	1	2	3	4	5	6	7	RATA-R ATA
1										

Keterangan Aspek yang Dinilai:

1. Kemampuan mempresentasikan overview kasus
2. Kemampuan mengidentifikasi data-data yang esensial dari masalah pasien.
3. Kemampuan mengidentifikasi dan mendiskusikan mekanisme dasar dalam bentuk pathway
4. Kemampuan mengintegrasikan dan mengaplikasikan ilmu-ilmu dasar terhadap kasus
5. Kemampuan penguasaan pengetahuan selama presentasi
6. Organisasi/efisiensi dalam proses penyampaian kasus
7. Performance mahasiswa: attitude, sistematis, dan skill komunikasi

Penilaian: Sesuai sistem atau standar penilaian di STIKES RS Husada yaitu

A: ≥ 86.00 ; A- 81.00 – 85.00; B+: 76.00 – 80.00; B: 71.00 – 75.00; B- 66.00 – 70.00;
C+: 61.00 – 65.00; C: 56.00 – 60; D: 47.00 – 55.00; E: 0.00 – 46.00). NBL: 3.35

Preceptor

.....



FORMAT PENILAIAN KETERAMPILAN KLINIK

Nama Mahasiswa : _____ Tanggal Praktik : _____
 N I M : _____ Tempat Praktik : _____
 Mata Kuliah : _____

A. Tindakan Keperawatan (80%)

No.	Aspek yang dinilai	Penilaian dalam angka				
		4	3	2	1	0
I	IMPLEMENTASI					
	A. Jika melakukan prosedur keperawatan					
	1. Jenis alat yang disediakan sesuai kebutuhan					
	2. Kualitas alat (sterilitas kebersihan) sesuai kebutuhan					
	3. Penggunaan alat sesuai fungsinya					
	4. Langkah ² tindakan sesuai urutan yang benar					
	5. Langkah-langkah tindakan sesuai prinsip					
	6. Langkah ² tindakan dilakukan secara efisien					
	7. Langkah ² tindakan dilakukan secara efektif					
	8. Pendokumentasian tindakan keperawatan benar					
	B. Jika melakukan pendidikan kesehatan					
	1. Menyusun rancangan pendidikan kesehatan					
	2. Menyiapkan klien dan keluarga					
	3. Menyiapkan lingkungan / tepat					
	4. Menyiapkan alat bantu dan alat peraga					
	5. Strategi efisien efektif dan benar					
	6. Melaksanakan evaluasi hasil penyuluhan kesehatan					
	7. Pendokumentasian tindakan keperawatan benar					

Proses Nilai :

1. Jika melakukan prosedur keperawatan :

$\text{Nilai A} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} = \dots\dots\dots$

2. Jika melakukan penyuluhan kesehatan :

$\text{Nilai A} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} = \dots\dots\dots$

B. Sikap (20%)

No.	Aspek yang dinilai	Penilaian dalam angka				
		4	3	2	1	0
1.	Perhatian terhadap kebutuhan klien					
2.	Menghargai klien					
3.	Berkomunikasi					
4.	Konsistensi					
5.	Percaya diri					
6.	Disiplin					
7.	Kejujuran					
8.	Penampilan diri					
=	Jumlah :					

$$\text{Nilai B} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah item yang dinilai (8)}} =$$

$$\text{Nilai Akhir} = (\text{Nilai A} \times 80\%) + (\text{Nilai B} \times 20\%)$$

=

Jakarta,

Karu/CI

(.....)



**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES RUMAH SAKIT HUSADA**

Nama Mahasiswa :
NIM :

**TANDA BUKTI RESPONSI
PRAKTIK KLINIK
TA. 20/20**

NO	HARI/TANGGAL	RUANGAN	JUDUL KASUS	TTD NAMA JELAS	KETERANGAN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Nama Mahasiswa:

NIM :



**PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN
STIKES RS HUSADA**

KEGIATAN BED SIDE TEACHING (BST)

NO	HARI/TANGGAL	TOPIK MATERI	PEMBIMBING	
			NAMA	PARAF



LEMBAR GANTI PRAKTEK
MAHASISWA PRODI PROFESI NERS
STIKES RS HUSADA

Nama : _
NIM :
Tingkat :
Kasus :
. :
Sanksi :
Tanggal Sanksi :

Hari/Tanggal	Shift	Ruangan	TTD CI/ Penanggung Jwb
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Jakarta,

Mengetahui

Koordinator



DAFTAR NAMA MAHASISWA
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS (TAHAP PROFESI)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA

Program Regular

NO	NIM	NAMA MAHASISWA
1	2130005	Adelia Stefhanie Loy Raga
2	2130055	Al Rahimi Immortal Derona Putra
3	2130031	Amanda Tiara Fatiha
4	2130073	Ananda Melia Putri
5	2130001	Anisa Susanti
6	2130016	Arimbi Presillia
7	2130013	Avrilia Johan
8	2130019	Azelitha Zahra
9	2130018	Cahya Barcha
10	2130035	Dalillah Mustika Fatihah
11	2130032	Diah Nuraisah
12	2130039	Eka Wuri Handayani
13	2130024	Fajar Nur Rahman
14	2130047	Fitri Sartika Sutarsono
15	2130036	Gabriel Valmorrine Firdaus
16	2130022	Ifa Dikhairina
17	2130057	Intan Nurul Hayati
18	2130021	Isnaeni Ulfiana
19	2130006	Marsella
20	2130014	Michelina Widiastuti
21	2130034	Muhammad Fajar Aditya
22	2130015	Nanda Trianna
23	2130061	Nilla Navilla
24	2130065	Nur Amalia
25	2130011	Nur Fadilah Arfah
26	2130066	Nur Janati
27	2130060	Nur Windi Handayani
28	2130017	Rizka Nur Aisyah
29	2130026	Rusni
30	2130046	Sarah Thania Azhari
31	2130062	Siti Nurhasanah

32	2130029	Siti Nurrohmah
33	2130007	Suci Setiawan
34	2130041	Vivi Indriani
35	2130070	Yuni Putri Wulandari
36	2130076	Asha Maharani
37	2130043	Afina Eka Putri
38	2130054	Alya Putri Rachman
39	2130038	Anggia Putri Safira
40	2130042	Aprilia Putri
41	2130012	Audrey Meidina Iraini
42	2130052	Ayu Khotimah
43	2130071	Azzira Zahwa Yulgian
44	2130056	Claudia Silfi Amanda
45	2130028	Diah Ayu Puspa Sari
46	2130008	Dina Alfitra Rahmah
47	2130048	Erlita Dianty
48	2130074	Fadhila Elvian Pratamy
49	2130069	Faras Putri Haniah
50	2130068	Fitria Wulandari
51	2130010	Heni Anggraini
52	2130030	Indriyani Kusumaningrum
53	2130009	Iqoh Qothrunnada
54	2130059	Maya Safitri
55	2130044	Nanda Putri Pratiwi
56	2130045	Nia Kurniawati
57	2130049	Novitasari
58	2130064	Nur Cahyani Agustina
59	2130053	Nur Ikhsan Yudha Pratama
60	2130072	Nur Layla
61	2130067	Roma Yuliana
62	2130063	Ryana Iga Anggraeni
63	2130025	Selvia Fitriyani
64	2130051	Siti Nurpaidiah Hisyami
65	2130020	Tyas Syaluna Afwah
66	2130040	Waode Luthfiyyah Adeline
67	2130058	Yully Yanti Fadillah
68	2130077	Nur Aulia Majidah



FORMAT REFLEKSI PRAKTIK KLINIK
MAHASISWA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES RS HUSADA

Nama :

Unit Praktik :

Tangga 1:

1. Hal yang saya pelajari hari ini
(Tuliskan 1–2 pengalaman bermakna)

2. Tantangan yang saya hadapi:
(Kasus sulit, prosedur, komunikasi, dsb)

3. Cara saya mengatasinya atau rencana perbaikan:
(Respons terhadap tantangan)

4. Nilai profesionalisme yang saya refleksikan:
(Etika, empati, kolaborasi, tanggung jawab, dll)

5. Umpan balik dari CI atau pasien (jika ada):

