



PROFESI NERS

**SEKOLAH TINGGI ILMU
KEPERAWATAN PPNI JAWA BARAT**

**Kampus II
Jl. MUhammad NO.34 Bandung
TElp (022) 600 4498
<http://stikep-ppnijabar.ac.id>**



MODUL PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

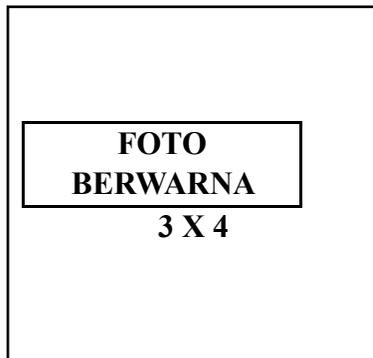
PROFESI NERS



MODUL PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

STIKEP PPNI JAWA BARAT

MODUL PRAKTIK KLINIK
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI PROFESI NERS



Nama :

NIM :

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKEP PPNI JABAR 2022/2023

HALAMAN PENGESAHAN

Identifikasi Mata Kuliah

Nama Mata Kuliah : Keperawatan Medikal Bedah
Nomor Kode :
SKS : 5 SKS
Status Mata Kuliah : Wajib

Koordinator Mata Kuliah

Nama : Gina Nurdina, M.Kep
NIDN/ NIK : 0422098902
Pangkat/Golongan : -
Jabatan : Dosen
Program Studi : Profesi Ners

Menyetujui

Bandung,

2023

Kaprodi Program Profesi Ners,

Penanggung Jawab MK,

NIDN.

NIDN.

HALAMAN PENGESAHAN

Identifikasi Mata Kuliah

Nama Mata Kuliah : Keperawatan Medikal Bedah
Nomor Kode :
SKS : 5 SKS
Status Mata Kuliah : Wajib

Koordinator Mata Kuliah

Nama : Herdiman, M.Kep
NIDN/ NIK :
Pangkat/Golongan :
Jabatan : Dosen
Program Studi : Profesi Ners

Menyetujui

Bandung,

2023

Kaprodi Program Profesi Ners,

Penanggung Jawab MK,

NIDN.

NIDN.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji Syukur kehadiran Allah SWT untuk rampungnya Modul Praktik Klinik Keperawatan Medikal Bedah bagi mahasiswa/mahasiswi Program ProfesiNers STIKep PPNI Jawa Barat dapat selesai tepat pada waktunya. Modul ini berisikan acuan serta petunjuk teknis bagi mahasiswa/mahasiswi selama melakukan praktik di Rumah Sakit yang dijadikan lahan praktik.

Modul ini juga berisikan capaian kompetensi bagi mahasiswa/mahasiswi dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan berbagai gangguan sistem pada tubuh manusia khususnya individu dewasa. Pada pelaksanaannya mahasiswa/mahasiswi akan melakukan serangkaian pembimbingan baik oleh pembimbing akademik maupun pembimbing klinik. Semoga modul ini dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa serta pembimbing dalam pelaksanaan praktik. Kami menyadari modul ini masih banyak kekurangan. Saran dan koreksi tentang buku panduan ini sangat diharapkan.

Bandung, Desember 2023

Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMANDEPAN.....	i
PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	v
BAB1PENDAHULUASN	1
1.1 Deskripsi Mata ajar	1
1.2 CPL dan CPMK	1
BAB 2 KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	5
Modul 1 Praktik Klinik keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan akibat patologis sistem endokrin (Diabetes Melitus).....	5
Modul 2 Praktik Klinik keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan akibat patologis sistem Pernafasan (TB PARU)	12
Modul 3 Praktik Klinik keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan akibat patologis sistem Kardiovaskular (Gagal jantung).....	22
BAB 3 METODE PRAKTEK KLINIK	36
3.1 Metode Pembelajaran	36
3.2 Metode praktek klinik	37
3.3 Kompetensi mata ajar	38
3.4 Pedoman Penugasan	38
BAB 4 PROSES BIMBINGAN DAN TATA TERTIB	40
4.1 Proses Bimbingan	40
4.2 Tata tertib praktek	41
BAB 5 EVALUASI.....	43
5.1 Instrumen Penentuan Nilai Akhir Stase	43
5.2 Proses Evaluasi	43

LAMPIRAN.....	45
Lampiran 1. Format Laporan Pendahuluan.....	45
Lampiran 2. Format Laporan Pengkajian KMB.....	46
Lampiran 3. Format Laporan Asuhan Keperawatan	57
Lampiran 4. Format Penilaian Laporan Pendahuluan	58
Lampiran 5. Format Penilaian laporan asuhan keperawatan.....	59
Lampiran 6. Format Penilaian Sikap.....	60
Lampiran 7. Format Daftar Hadir mahasiswa.....	61
Lampiran 8. Format Laporan Kegiatan Harian Mahasiswa.....	62
Lampiran 9. Format penilaian laporan dan responsi praktik klinik.....	63
Lampiran 10. Logbook Daftar Kompetensi.....	65
Lampiran 11. Tool Penilaian Tindakan	71
DAFTAR PUSTAKA	74

VISI-MISI STIKep PPNI JABAR

VISI

Menjadi perguruan tinggi yang unggul dan profesional dalam bidang keperawatan, berbasis riset , inovasi, dan teknologi serta berdaya saing di tingkat nasional dan internasional

MISI

- 1) Menyelenggarakan program pendidikan berbasis riset, teknologi, dan inovasi kurikulum, pengajar serta metode pembelajaran yang berkualitas.
- 2) Menyelenggarakan dan mengembangkan kegiatan riset kesehatan dan teknologi informasi yang inovatif untuk mendukung peningkatan pelayanan kesehatan.
- 3) Menyelenggarakan pengabdian kepada masyarakat berdasarkan hasil riset sebagai kontribusi dalam penyelesaian masalah kesehatan.
- 4) Menyelenggarakan *good university governance* yang didukung oleh teknologi informasi.
- 5) Menciptakan lingkungan yang kondusif untuk menyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
- 6) Menjamin lulusan STIKep PPNI Jawa Barat menjadi manusia yang berkarakter, bermartabat, dan berintegritas.
- 7) Menyelenggarakan kerja sama lintas sektoral baik nasional maupun internasional untuk mendukung pelaksanaan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

VISI-MISI PRODI S1-NERS STIKep PPNI JABAR

VISI

Menjadi program studi pendidikan ners yang cakap, mandiri, dan profesional serta unggul dalam pengembangan teknologi informasi dan komunikasi dalam caring keperawatan yang berbasis riset, inovasi, dan mampu berdaya saing di tingkat nasional serta internasional.

Cakap: Kecakapan berpikir kritis dan pemecahan masalah, kecakapan berkomunikasi, kecakapan kreativitas dan inovasi, kecakapan kolaborasi.

Mandiri: kesiapan dan kemampuan individu untuk berdiri sendiri yang ditandai dengan mengambil inisiatif berdasarkan ilmu keperawatan (independent).

Profesional: Memiliki karakter yang mencerminkan tanggung jawab sesuai bidang yang ditekuni dengan menjunjung tinggi kesesuaian protokol.

MISI

- 1) Melaksanakan program pendidikan profesional keperawatan sesuai dengan teknologi informasi dan komunikasi dalam caring keperawatan berbasis riset, dan inovasi kurikulum, pengajar serta metode pembelajaran yang berkualitas.
- 2) Melaksanakan dan mengembangkan kegiatan riset teknologi informasi dan komunikasi dalam caring keperawatan yang inovatif untuk mendukung peningkatan pelayanan kesehatan.
- 3) Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berdasarkan hasil riset teknologi informasi dan komunikasi dalam caring keperawatan sebagai kontribusi untuk penyelesaian masalah kesehatan.
- 4) Melaksanakan *good university governance* yang didukung oleh teknologi informasi.
- 5) Menciptakan lingkungan yang kondusif untuk menyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
- 6) Mendukung lulusan STIKep PPNI Jawa Barat menjadi manusia yang berkarakter, bermartabat, dan berintegritas.
- 7) Melaksanakan kerja sama lintas sektoral baik nasional maupun internasional untuk mendukung pelaksanaan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Deskripsi Mata ajar

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 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.

1.2 CPL dan CPMK

1.2.1 Capaian Pembelajaran Lulusan

Setelah mengikuti pembelajaran klinik diharapkan mahasiswa mampu:

1. Bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius; (CP.S.01)
2. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika; (CP.S.02)
3. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia; (CP.S.12)
4. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggung jawabnya. (CP.S.13)
5. Menguasai konsep, jenis, manfaat dan manual penggunaan alat kesehatan secara umum sesuai kemajuan IPTEK (CP.P.15)
6. Mampu memberikan asuhan keperawatan yang cakap dan kreatif kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat maupun sakit dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien, sesuai kewenangan klinis dan standar asuhan keperawatan dalam penerapan teknologi informasi dan komunikasi; (CP.KK.01)
7. Mampu mengumpulkan data, menganalisa dan merumuskan masalah, merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi. mendokumentasikan, menyajikan informasi (CP.KK.04)

8. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien; (CP.KK.05)
9. Mampu melaksanakan pendidikan kesehatan yang cakap dan kreatif sebagai upaya promosi kesehatan dengan penerapan teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan pola hidup sehat klien dan menurunkan angka kesakitan; (CP.KK.06)
10. Mampu melakukan literasi data, teknologi, dan manusia yang cakap dan kreatif. (CP.KU.09)

1.2.2 Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- a. Menganalisis dan menetapkan diagnosis keperawatan dengan tepat.

Meliputi :

Menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat pada kasus-kasus yang umum terjadi pada pasien dewasa :

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| ○ TB paru/Pneumonia/PPOK. | ○ Hepatitis/Chirossis |
| ○ Hipertensi/Gangguan katup/Gagal. | hepatitis. |
| ○ Jantung Kongestif. | ○ Cholelithiasis. |
| ○ Diabetes melitus. | ○ Keganasan Colorektal. |
| ○ BPH. | ○ Cedera |
| ○ Gagal Ginjal Kronik. | kepala/stroke/meningitis. |
| ○ Urolithiasis. | ○ Thyphoid/DHF. |
| | ○ Luka bakar |

- b. Menetapkan tujuan perawatan dan rencana tindakan keperawatan

1. Tujuan yang realistis ditetapkan dalam rencana keperawatan.
2. Kriteria tujuan ditetapkan secara rasional
3. Intervensi keperawatan didokumentasikan.
4. Intervensi keperawatan ditetapkan sesuai dengan standar intervensi.
5. Menetapkan intervensi keperawatan yang meliputi: monitoring/terapi keperawatan/tindakan kolaborasi dan pendidikan kesehatan.
6. Intervensi keperawatan yang direncanakan merefleksikan pemahaman terhadap prinsip-prinsip patofisiologi, farmakologi, ilmu diet, dan konsep-konsep keperawatan.

- c. Melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan

- 1) Senantiasa memperlihatkan praktik keperawatan yang aman bagi pasien.
- 2) Senantiasa mempertahankan teknik aseptik yang diperlukan.
- 3) Mendemonstrasikan secara tepat tindakan keperawatan untuk:
 - Mempertahankan/meningkatkan efektivitas jalan napas.
 - Mempertahankan/meningkatkan pola napas yang efektif.

- Mempertahankan/meningkatkan difusi yang adekuat.
 - Mempertahankan/meningkatkan hemodinamik yang adekuat.
 - Mempertahankan /meningkatkan status cairan dan elektrolit yang adekuat.
 - Mempertahankan/meningkatkan status nutrisi.
 - Mempertahankan/meningkatkan fungsi neurologi.
 - Mempertahankan/ meningkatkan status imunologis.
 - Mempertahankan/meningkatkan integritas kulit yang adekuat.
 - Mempertahankan/meningkatkan status psikososial yang menunjang proses penyembuhan pasien.
 - Meningkatkan pengetahuan pasien/keluarga.
- d. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan.
- 1) Melakukan evaluasi setiap hari.
 - 2) Menggunakan sistematika SOAP dalam melakukan evaluasi.
 - 3) Memodifikasi rencana keperawatan sesuai kebutuhan.
 - 4) Semua evaluasi terdokumentasi pada format yang telah ditetapkan.
- e. Senantiasa memperlihatkan praktik keperawatan yang professional berdasarkan etik dan legal keperawatan.
- 1) Menyampaikan ide dan pendapat sesuai dengan referensi.
 - 2) Menunjukkan kesiapan diri sebelum praktek klinik
 - 3) Mengenali kekuatan dan kelemahan diri.
 - 4) Melaksanakan tanggungjawab yang diberikan.
 - 5) Senantiasa mempertahankan ketepatan waktu
 - 6) Menggunakan seragam sesuai dengan ketentuan.
 - 7) Senantiasa berperilaku etis dalam memberikan asuhan keperawatan.
 - 8) Senantiasa berperilaku etis dalam berhubungan dengan teman, pembimbing, dan tenaga kesehatan lain.
 - 9) Senantiasa mempertimbangan aspek legal dalam memberikan asuhan keperawatan.
 - 10) Senantiasa menggunakan ilmu pengetahuan sebagai dasar dalam melakukan tindakan keperawatan.

1.3 Jumlah SKS dan Lamanya Praktik

Mata ajar ini mempunyai bobot 5 SKS dan diberikan pada semester Ganjil masa perkuliahan. Ketentuan: 1 sks praktik klinik= 1x 170 menit, 1 semester = 14 pertemuan

$$\begin{aligned}\text{JUMLAH HARI PRAKTEK} &= \text{Jumlah SKS} \times 1 \times 170 \text{ menit} \times 14 \text{ PT} \\ &= 5 \times 1 \times 170 \text{ menit} \times 14 \text{ PT} \\ &= 11.900 \text{ menit}/60 \\ &= 198.3 \text{ jam}/7 \text{ jam per hari} \\ &= 28 \text{ hari}\end{aligned}$$

BAB 2

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

2.1 Asuhan Keperawatan Sistem Endokrin : Diabetes Mellitus

2.1.1 Pengkajian

1. Identitas klien dan keluarga (penanggung jawab)

Biasanya identitas klien/ penanggung jawab dapat meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis, nomor registrasi, hubungan klien dan penanggungjawab.

2. Keluhan utama

Biasanya pasien masuk ke rumah sakit dengan keluhan utama gatal- gatal pada kulit yang disertai bisul atau lalu tidak sembuh-sembuh, kesemutan atau rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. Disamping itu pasien juga mengeluh poliuri, polidipsi, anoreksia, mual dan muntah, BB menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kram otot, sakit kepala sampai penurunan kesadaran.

3. Riwayat kesehatan sekarang

a) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien datang dengan keluhan yang dominan adalah sering buang air kecil (poliuria), sering lapar dan haus (polidipsi dan polifagia), sebelum pasien mempunyai berat badan yang berlebih, biasanya pasien belum menyadari kalau itu merupakan perjalanan penyakit diabetes mellitus. Pasien baru tahu kalau sudah memeriksakan diri di pelayanan kesehatan. **b) Riwayat kesehatan dahulu**

Biasanya pasien DM pernah dirawat karna kadar glukosa darah tinggi.

Adanya faktor resiko yang mempengaruhi seperti genetic, obesitas, usia, minimnya aktivitas fisik, pola makan yang berlebihan atau salah.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya dari genogram keluarga terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita diabetes mellitus.

5. Pemeriksaan fisik

a) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda tanda vital. Biasanya yang sering muncul adalah kelemahan fisik. **Tingkat kesadaran** Biasanya normal, latergi, stupor, koma (tergantung kadar gula darah yang dimiliki dan kondisi fisiologis untuk melakukan kompensasi kelebihan gula darah).

b) Kepala dan leher

Rambut

Biasanya lebat, tipis (banyak yang rontok karena kekurangan nutrisi dan sirkulasi yang buruk). Kulit kepala biasanya normal.

Mata

Sklera: biasanya normal dan ikterik, Conjungtiva: biasanya anemis pada pasien kekurangan nutrisi dan pasien yang sulit tidur karena sering buang air kecil di malam hari.

Pupil: biasanya miosis, midrosis atau anisokor. Apakah penglihatan kabur/ganda, diploopia, dan lensa mata keruh

Telinga

Biasanya simetris kiri dan kanan, gendang telinga biasanya masih bisa berfungsi dengan baik apabila tidak ada mengalami infeksi sekunder.

Hidung

Biasanya jarang terjadi polip dan sumbatan hidung kecuali ada infeksi sekunder seperti influenza.

Mulut

Biasanya sianosis, pucat (apabila mengalami asidosis atau penurunan perfusi jaringan).

Leher

Biasanya jarang distensi vena jugularis dan pembesaran kelenjar limfe.

c. Sistem Pernafasan

Auskultasi terdengar stridor (penderitaa mengalami obstruksi jalan nafas), wheezing (apabila penderita mempunyai riwayat asma dan bronkithis kronik). Pada penderita DM mudah terjadi infeksi

d. Sistem integumen

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan gangren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

e. Sistem kardiovaskuler

Biasanya perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah, takikardi atau bradikardi, hipertensi atau hipotensi, aritmia, dan kardiomegalis merupakan tanda dan gejala penderita diabetes mellitus.

f. Sistem gastrointestinal

Biasanya terdapat polifagia, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkak abdomen, dan obesitas.

g. Sistem muskuloskeletal

Biasanya terjadi penurunan massa otot,cepat lelah, lemah, nyeri, dan adanya ganggren di ekstremitas.

h. Sistem neurologis

Biasanya terjadi penurunan sensoris, sakit kepala, latergi, mengantuk, reflek lambat, dan disorientasi.

i. Sistem urinary

Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan gula darah puasa atau *fasting blood sugar* (FBS)
- b. Untuk menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa, klien tidak makadan boleh minum selama 12 jam sebelum test. Hasil normal 80- 120 mg/ 100 ml serum dan abnormal 140 mg/100 ml atau lebih.
- c. Pemeriksaan gula darah postprandial
- d. Untuk menentukan gula darah 2 jam setelah makan, dengan hasil normal kurang dari 120 mg/100 ml serum dalam abnormal lebih dari 200 mg/100 dl atau indikasi Diabetes Melitus.
- e. Pemeriksaan gula darah sewaktu bisa dilakukan kapan saja, nilai normalnya adalah 70 – 20 mg/dl.
- f. Pemeriksaan toleransi glukosa oral atau *oral rolerance test* (TTGO) untuk menentukan toleransi terhadap respons pemberian glukosa. Pasien tidak boleh makan selama 12 jam sebelum test dan selama test, pasien boleh minum air putih, tidak boleh merokok, ngopi atau minum teh selama
- g. Pemeriksaan (untuk mengatur respon tubuh terhadap karbohidrat) sedikit aktivitas, kurangi stress, (keadaan banyak aktivitas dan stress menstimulasi epinephrine dan kortisol karena berpengaruh terhadap peningkatan glukoneogenesis). Hasil normal puncaknya 1 jam pertama setelah pemberian 140 mg/dl dan kembali normal 2 atau 3 jam kemudian dan abnormal jika peningkatan tidak kembali setelah 2 atau 3 jam, urine positif glukosa.
- h. Pemeriksaan kolesterol dan kadar serum trigliserida, dapat meningkat karena ketidakadekuatan kontrol glikemik.
- i. Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c). Tes ini mengukur presentase glukosa yang melekat pada hemoglobin selama hidup sel darah merah. HbA1c digunakan untuk mengkaji kontrol glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi resiko komplikasi. Rentang normalnya adalah 5-6 %.

2.1.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan Manajemen hiperglikemia

- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan tingkat pengetahuan.
- d. Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini
- e. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.

2.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

Intervensi Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	<p>Resiko ketidakstabilan b/d kadar glukosa darah</p> <p>Definisi : Resiko terhadap variasi kadar glukosa darah dari rentang normal</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes b. Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah c. Kurang patuh pada rencana manajemen diabetes d. Penambahan berat badan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, tingkat kelelahan teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mual berkurang - Perubahan status mental membaik - Peningkatan kadar glukosa darah membaik - Kelemahan berkurang - Pusing berkurang 	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau buruk <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Ajarkan pengelolaan diabetes, Mis : penggunaan insulin, obat oral <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i>
2	<p>Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan.</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Penyebab : Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien</p> <p>Tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, status nutrisi teratasi dengan kriteria hasil: - Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menelan meningkat - Perasaan cepat kenyang menurun - Sariawan menurun - Diare menurun - Nafsu makan membaik - Berat badan membaik - Membran mukosa membaik 	<p>Manajemen Nutri :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan Kalori dan Jenis nutrient 5. Monitor asupan makan 6. Monitor berat badan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menentukan program diet 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

	<p>Gejala minor :</p> <p>a. Cepat kenyang setelah makan</p> <p>b. Kram / nyeri abdomen</p> <p>c. Nafsu makan menurun</p> <p>Tanda minor :</p> <p>a. Bising usus hiperaktif</p> <p>b. Membran mukosa pucat</p> <p>c. Serum albumin turun</p> <p>d. Rambut rontok berlebihan</p>		<p>3. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</p> <p>4. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.</p>
3	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan tingkat pengetahuan</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesipan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

<p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keterbatasan kognitif b. Gangguan fungsi kognitif c. Kekeliruan mengikuti anjuran d. Kurang terpapar informasi e. Kurang mampu mengingat <p>Tanda Mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menanyakan masalah yang dihadapi <p>Gejala Mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah <p>Gejala Minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat b. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun - Perilaku membaik 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
---	---	--

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Sistem Pernafasan : Tuberkulosis Paru (TB Paru)

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas klien

Meliputi, nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, alamat, diagnosa medik, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan tanggal pengkajian.

2. Keluhan Utama

Keluhan yang sering menyebabkan pasien TB paru meminta pertolongan dari tim kesehatan dapat dibagi menjadi dua golongan, yaitu keluhan respiratoris dan keluhan sistemis (Ardiansyah, 2012).

a. Keluhan respiratoris

1) Batuk

Batuk merupakan refleks pertahanan tubuh yang timbul sebagai mekanisme fisiologis yang penting untuk bertahan melawan bahan-bahan patogen dan membersihkan saluran nafas bagian bawah (percabangan trakeobronkial) dari sekresi, partikel asing, debu, aerosol yang merusak masuk ke paru-paru (Baradah & Jauhar, 2013). Pada penderita tuberkulosis paru sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum) ini terjadi lebih dari 3 minggu (Wahid & Suprpto, 2013).

2) Batuk darah

Hemoptisis adalah batuk darah atau sputum yang bercampur dengan cairan darah, akibat pecahnya pembuluh darah pada saluran nafas bagian bawah. Batuk darah merupakan suatu gejala penyakit yang sangat serius dan salah satunya merupakan manifestasi pertama yang terjadi pada penderita tuberkulosis aktif (Baradah & Jauhar, 2013). Batuk darah diawali dengan gatal di daerah tenggorokan atau ada keinginan untuk batuk, selanjutnya darah akan dikeluarkan lewat batuk. Karakteristik darah yaitu merah terang, berbuih dan dapat bercampur dengan dahak. Berat ringannya batuk darah akan tergantung pada besar kecilnya pembuluh darah yang pecah (Muttaqin, 2014).

3) Sesak nafas

Sesak nafas timbul pada tahap lanjut ketika infiltrasi radang sampai setengah paru-paru (Somantri, 2012). Sesak nafas merupakan gejala yang nyata terhadap gangguan pada trakeobronkial, parenkim paru,

dan rongga pleural. Sesak nafas terjadi karena terdapat peningkatan pernafasan akibat meningkatnya resistensi elastik paru-paru, dinding dada, atau meningkatnya resistensi nonelastisitas (Muttaqin, 2014).

4) **Produksi sputum berlebih**

Sputum adalah timbunan mukus yang berlebihan, yang diproduksi oleh sel goblet dan kelenjar sub mukosa bronkus sebagai reaksi terhadap gangguan fisik, kimiawi ataupun infeksi pada membran mukosa. Banyak sedikitnya sputum serta ciri-ciri dari sputum itu sendiri (seperti warna, sumber, volume, dan konsistensinya) tergantung dari berat ringan serta jenis dari penyakit saluran nafas yang menyerang pasien (Baradah & Jauhar, 2013). Orang dewasa normal akan memproduksi sputum sekitar 100 ml/hari. Jika produksi sputum berlebihan, akan mengakibatkan proses pembersihan menjadi tidak efektif lagi, sehingga sputum akan menumpuk pada saluran pernafasan (Muttaqin, 2014).

b. Keluhan sistemis

1) **Demam**

Demam ini merupakan keluhan yang sering dijumpai dan biasanya timbul pada sore atau malam hari pada penderita TBC ini mirip dengan gejala demam influenza dan gejalanya hilang timbul (Ardiansyah, 2012).

2) **Keluhan sistemis lain**

Keluhan yang biasanya timbul ialah keluar keringat di malam hari, anoreksia, penurunan berat badan, dan tidak enak badan (malaise). Timbulnya keluhan biasanya muncul secara bertahap dalam beberapa minggu atau bulan (Ardiansyah, 2012).

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian sistem pernafasan seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga klien meminta pertolongan. Misalnya: sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, di mana pertama kali keluhan timbul, apa yang sedang dilakukan ketika keluhan ini terjadi, keadaan apa yang memperberat atau memperingan keluhan, adakah usaha mengatasi keluhan ini sebelum meminta pertolongan, berhasil atau tidak usaha tersebut dan sebagainya (Muttaqin, 2014). Pengkajian dilakukan untuk mendukung keluhan utama. Pada pasien TBC yang paling sering dikeluhkan adalah batuk, pasien TBC paru juga sering mengeluh batuk darah dan juga sesak nafas (Ardiansyah, 2012)

4. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah sebelumnya pasien pernah menderita TBC paru, waktu kecil pernah mengalami keluhan batuk dalam waktu lama, menderita TBC dari organ lain, pembesaran getah bening, dan penyakit lain yang dapat memperberat TBC paru (seperti diabetes mellitus). Tanyakan pula tentang keadaan atau penyakit – penyakit yang pernah diderita oleh penderita yang mungkin sehubungan dengan tuberkulosis paru antara lain ISPA, efusi pleura, serta tuberkulosis paru yang kembali aktif. Tanyakan pula mengenai obat-obat yang biasa diminum oleh pasien di masa lalu yang masih relevan seperti obat OAT dan antitusif. Tanyakan pula ada alergi obat serta reaksi alergi yang timbul (Ardiansyah, 2012)

5. Riwayat kesehatan keluarga

Secara patologi penyakit TBC paru tidak diturunkan. Tetapi, perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor presdiposisi penularan di dalam rumah (Ardiansyah, 2012). Mencari diantara anggota keluarga pada tuberkulosis paru yang menderita penyakit tersebut sehingga sehingga diteruskan penularannya.

6. Faktor Pendukung

Secara umum faktor-faktor yang dapat mendukung peningkatan kasus TBC paru yaitu: kondisi lingkungan, pola hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, minum-minuman beralkohol, pola istirahat dan tidur yang tidak teratur, kurang dalam kebersihan diri dan pola makan yang tidak seimbang serta endahnya tingkat pengetahuan atau pendidikan yang dimiliki pasien dan keluarga tentang penyakit, cara pencegahan, pengobatan, dan perawatan yang harus dilakukan (Wahid & Suprpto, 2013).

7. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernafasan

Pemeriksaan fisik pada sistem pernafasan berfokus pada bagian thorax yang meliputi:

1) Inspeksi

Pemeriksaan dengan melihat keadaan umum sistem pernafasan dan menilai adanya tanda-tanda abnormal misalnya adanya sianosis, pucat, kelelahan, sesak nafas, batuk dan menilai adanya produksi sputum (Muttaqin, 2014). Inspeksi yang berkaitan dengan sistem pernafasan

adalah melakukan pengamatan atau observasi pada bagian dada, bentuk dada simetris atau tidak, pergerakan dinding dada, pola nafas, frekuensi nafas, irama nafas, apakah terdapat proses ekshalasi yang panjang, apakah terdapat otot bantu pernafasan, gerak paradoks, retraksi antara iga dan retraksi di atas klavikula. Dalam penghitungan frekuensi pernafasan jangan diketahui oleh pasien yang dilakukan pemeriksaan karena akan mengubah pola nafasnya (Djojodibroto, 2014).

2) **Palpasi**

Palpasi dilakukan dengan meletakkan tumit tangan pemeriksa mendatar di atas dada pasien. Saat palpasi, perawat menilai adanya fremitus taktil pada dada dan punggung pasien dengan memintanya menyebutkan “tujuh-tujuh” secara berulang. Jika pasien mengikuti instruksi tersebut secara tepat, perawat akan merasakan adanya getaran pada telapak tangannya. Normalnya, fremitus taktil akan terasa pada individu yang sehat, dan akan meningkat pada kondisi konsolidasi. Selain itu palpasi juga dilakukan untuk mengkaji temperatur kulit, pengembangan dada, adanya nyeri tekan, thrill, titik impuls maksimum, abnormalitas massa dan kelenjar, sirkulasi perifer, denyut nadi, pengisian kapiler, dll (Mubarak et al., 2015).

3) **Perkusi**

Secara umum, perkusi dilakukan untuk menentukan ukuran dan bentuk organ dalam serta untuk mengkaji adanya abnormalitas, cairan, atau udara di dalam paru. Perkusi sendiri dilakukan dengan menekankan jari tengah (tangan nondominan) pemeriksaan mendatar diatas dada pasien. Kemudian jari tersebut diketuk-ketuk dengan menggunakan ujung jari tengah atau jari telunjuk tangan sebelahnya. Normalnya, dada menghasilkan bunyi resonan atau gaung perkusi. Pada penyakit tertentu (misalnya: pneumotoraks, emfisema), adanya udara atau paru-paru menimbulkan bunyi hipersonan atau bunyi drum. Sementara bunyi pekak atau kempis terdengar apabila perkusi dilakukan diatas area yang mengalami atelektasis (Mubarak et al., 2015).

4) **Auskultasi**

Auskultasi adalah proses mendengarkan suara yang dihasilkan didalam tubuh. Auskultasi dapat dilakukan langsung atau dengan menggunakan stetoskop. Bunyi yang terdengar digambarkan berdasarkan nada, intensitas, durasi, dan kualitasnya. Untuk mendapatkan hasil yang lebih valid dan akurat, auskultasi sebaiknya dilakukan lebih dari satu kali. Pada pemeriksaan fisik paru, auskultasi dilakukan untuk mendengarkan bunyi nafas vesikular, bronkial, bronkovesikular, rales, ronki, juga untuk

mengetahui adanya perubahan bunyi nafas serta lokasi dan waktu terjadinya (Mubarak et al., 2015). Pada pasien TBC paru timbul suara ronki basah, kasar dan nyaring akibat peningkatan produksi sekret pada saluran pernafasan (Somantri, 2012) Pada pasien TB Paru akan didapatkan, pernapasan yang dangkal, terjadinya cuping hidung, penggunaan otot bantu napas, dan terdapat suara tambahan napas seperti ronchi, penurunan suplai oksigen dan sesak napas, batuk dan skret kental.

b. Sistem kardiovaskuler

Pada pasien TB Paru tidak mengalami masalah, CRT < 2 detik, bunyi jantung lup dup S1 S2 tunggal, irama jantung reguler, dan hasil dari EKG tidak terjadi abnormal.

c. Sistem persyarafan

Pada sistem persyarafan pasien dengan TB Paru pada umumnya tidak mengalami permasalahan yang menonjol, namun dapat terjadi penurunan kesadaran yang diakibatkan oleh penurunan suplai oksigen dalam darah berkurang.

d. Sistem perkemihan

Pada pasien TB Paru dengan penurunan kesadaran maka akan di lakukan pemasangan kateter untuk membantu proses berkemih, namun tidak ada distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih.

e. Sistem pencernaan

Pada pasien TB Paru biasanya pasien mengalami penurunan BB dikarenakan pasien mengalami penurunan napsu makan sehingga intake dalam tubuh menurun.

f. Sistem muskuloskeletal

Pada pasien TB paru akan mengalami penurunan aktivitas karena pada pasien dengan TB paru jika melakukan aktivitas berlebih akan mengalami sesak napas, pasien mobilisasi terbatas, tidak mengalami penurunan kekuatan otot

8. Pemeriksaan diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

Pada saat TBC baru mulai aktif akan didapatkan jumlah leukosit yang sedikit meninggi dengan diferensiasi pergeseran ke kiri. Jumlah limfosit

masih dibawah normal. Laju endap darah mulai meningkat. Bila penyakit mulai sembuh jumlah leukosit kembali normal dan jumlah limfosit masih tetap tinggi. Laju endap darah menurun kearah normal lagi. Pemeriksaan ini kurang mendapat perhatian karena angka-angka positif palsu dan negatif palsu masih besar (Wahid & Suprpto, 2013).

b. Pemeriksaan Sputum

Pemeriksaan sputum adalah penting karena dengan ditemukannya kuman BTA diagnosis tuberkulosis sudah dapat dipastikan. Disamping itu pemeriksaan sputum juga dapat memberikan evaluasi terhadap pengobatan yang sudah diberikan. Kriteria sputum BTA positif adalah bila sekurang-kurangnya ditemukan 3 batang kuman BTA pada satu sediaan. Dengan kata lain diperlukan 5000 kuman dalam 1 ml sputum. Hasil pemeriksaan dikatakan positif jika sedikitnya 2 dari 3 spesimen BTA hasilnya positif. Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu dilakukan pemeriksaan SPS (pemeriksaan sputum tiga kali yaitu sewaktu, pagi, sewaktu) ulang. Apabila fasilitas memungkinkan, maka dilakukan pemeriksaan lain misalnya biakan. Bila ketiga spesimen hasilnya negatif diberikan antibiotik spectrum luas (misal kotrimoksazol atau amoksisilin) selama 1-2 minggu. Bila tidak ada perbaikan gejala klinis tetap mencurigakan TBC, ulangi pemeriksaan SPS (Wahid & Suprpto, 2013).

c. Foto rontgen toraks

Tuberkulosis dapat memberikan gambaran yang bermacam-macam pada foto rontgen toraks, akan tetapi terdapat beberapa gambaran yang karakteristik untuk tuberkulosis paru yaitu apabila lesi terdapat terutama dilapangan diatas paru, terdapat bayangan berwarna atau bercak, terdapat kavitas tunggal atau multipel, terdapat klasifikasi, apabila lesi bilateral terutama bila terdapat pada lapangan atas paru, bayangan abnormal yang menetap pada foto toraks setelah foto ulang beberapa minggu kemudian (Manurung, 2008).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Nafas
2. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan Ekspansi Paru

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan berkurangnya keefektifan permukaan paru, atelektasis, kerusakan membran alveolar kapiler, sekret yang kental, edema bronchial.
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (Stress)
5. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik Fisik
6. Hipertermia berhubungan dengan Peningkatan Laju Metabolisme

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2

Intervensi Keperawatan pada Pasien Tuberkulosis Paru (TB Paru)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Nafas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan bersihan jalan nafas meningkat,dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Batuk efektif meningkat • Produksi sputum menurun • Frekuensi nafas membaik • Pola nafas membaik 	<p>Latihan Batuk Efektif</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas 4. Monitor input dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi fowler 2. Pasang pernak atau bengkok dipangkuan pasien 3. Buang sekret pada tempat sputum
			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 2. Anjurkan tarik nafas melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 3. Anjurkan mengulangi Tarik nafas dalam selama 3 kali 4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas yang ke-3

			<p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu</p>
2	Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan Ekspansi Paru	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan tingkat pola nafas membaik dengan kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesak menurun • Penggunaan otot bantu nafas • Frekuensi nafas membaik • Kedalaman nafas membaik 	<p>Manajemen Jalan Nafas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan 3. Monitor sputum <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas 2. Posisikan semi fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Berikan oksigen <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 2. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodolator, ekpektoran, mukolitik

3	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan berkurangnya keefektifan permukaan paru, atelektasis, kerusakan membran alveolar kapiler, sekret yang kental, edema bronchial.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan Pertukaran Gas membaik dengan kriteria</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bunyi nafas dari menurun menjadi meningkat 	<p>Terapi Oksigen</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan
		<ul style="list-style-type: none"> • Nafas cuping hidung dari menurun menjadi meningkat • Pola nafas dari memburuk menjadi membaik 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan sekret pada mulut , hidung dan trakea 2. Pertahankan kepatenan jalan nafas 3. Berikan oksigen tambahan jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemantauan oksigen</p>

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler : Gagal Jantung

2.3.1 Pengkajian

1. Keluhan Utama

Keluhan utama yang paling sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan

Kesehatan diantaranya adalah sesak napas, kelemahan fisik, dan edema sistemik

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian Riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama, Melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama, biasanya pengkajian yang didapat adalah gejala-gejala kongesti vascular pulmonal seperti ortopnea, dispnea nocturnal paroksimal, batuk, edema pulmonal akut, biasanya aktifitas akan terganggu.

3. Riwayat penyakit Dahulu

Riwayat Kesehatan ini mengkaji apakah pasien sebelumnya pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, diabetes Meletus, dan hiperlipidemia.

Tanyakan kepada pasien obat-obatan yang biasa diminum dimasa lalu yang masi relevan dengan saat ini seperti : deuritik, nitrat, penghambat beta, dan obat anti hipertensi. Tanyakan apakah ada alergi terhadap obat obat tersebut

4. Pemeriksaan Fisik

a. **Pernapasan.** Paru harus diauskultasi dengan interval sesering mungkin untuk menentukan ada atau tidak adanya krekel dan wheezing. Krekel terjadi oleh gerakan udara melalui cairan, dan menunjukkan terjadinya kongesti paru. Frekuensi dan dalamnya pernapasan juga harus dicatat.

b. **Jantung.** Jantung diauskultasi mengenai adanya bunyi jantung S3 atau S4. Adanya tanda tersebut berarti bahwa pompa mulai mengalami kegagalan, dan pada setiap denyutan, darah yang tersisa didalam ventrikel makin banyak. Frekuensi dan irama juga harus dicatat. Frekuensi yang terlalu cepat menunjukkan bahwa ventrikel memerlukan waktu yang lebih banyak untuk pengisian, serta terdapat stagnasi darah yang terjadi di atria dan pada akhirnya juga di paru.

Distensi Vena Juguler. JVD Juga harus dikaji. Ini dilakukan dengan mengangkat pasien dengan sudut sampai 45°. Jarak antara sudut Louis dan tingginya distensi vena juguler ditentukan. (Sudut Louis adalah hubungan antara korpus sternum dengan manubrium). Jarak yang lebih

dari 3 cm dikatakan tidak normal. Ingat bahwa ini hanya perkiraan dan bukan pengukuran pasti

c. **Penginderaan/Tingkat Kesadaran.** Bila volume darah dan cairan dalam pembuluh darah meningkat, maka darah yang beredar menjadi lebih encer dan kapasitas transpor oksigen menjadi berkurang. Otak tidak dapat bertoleransi terhadap kekurangan oksigen dan pasien mengalami konfusi.

d. **Perifer.** Bagian bawah tubuh pasien harus dikaji akan adanya edema. Bila pasien duduk tegak, maka yang diperiksa adalah kaki dan tungkai bawah; bila pasien berbaring telentang, yang dikaji adalah sakrum dan punggung untuk melihat adanya edema. Jari dan tangan kadang juga bisa mengalami edema. Pada kasus khusus gagal jantung, pasien dapat mengalami edema periorbital, dimana kelopak mata tertutup karena bengkak.

e. **Hati** diperiksa juga akan adanya hepatojugular refluks (HIR). Pasien diminta bernapas secara normal pada saat dilakukan penekanan pada hati selama 30 sampai 60 detik. Bila distensi vena leher meningkat lebih dari 1 cm., maka tes ini positif menunjukkan adanya peningkatan tekanan vena.

5. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Ekokardiogram Ekokardiografi merupakan modalitas noninvasif yang sering digunakan untuk menilai fraksi ejeksi ventrikel kiri (left ventricular ejection fraction/LVEF). Pada penderita gagal jantung LVEF $\leq 35\%$
- b. Rontgen dada : Pemeriksaan rontgen dada posterior-anterior dapat menunjukkan adanya hipertensi vena, edema paru dan kardiomegali
- c. EKG :Gambaran EKG pada pasien gagal jantung dapat ditemukan :
 - 1) Left bundle branch block, kelainan ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kronis
 - 2) Gelombang Q yang dalam /Q patologis menunjukkan infark yang sudah lama dan kelainan segment ST menunjukkan penyakit jantung iskemik
 - 3) Hipertropi ventrikel kiri dan gelombang T terbalik menunjukkan stenosis aorta dan penyakit jantung hipertensi
 - 4) Deviasi aksis kekanan, right bundle branch block dan hiperteopi ventrikel kanan menunjukkan adanya disfungsi ventrikel kanan

6. Penatalaksanaan Medis

- a. Pemberian oksigen

- b. Terapi nitrat dan vasodilator
- c. Diuretik
- d. Digitalis
- e. Inotropik positif

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung b/d respon fisiologis otot jantung, peningkatan frekuensi, dilatasi, hipertrofi atau peningkatan isi sekuncup.
2. Perfusi jaringan tidak efektif b/d menurunnya curah jantung, hipoksemia jaringan, asidosis dan kemungkinan thrombus atau emboli.
3. Gangguan pertukaran gas b/d kongesti paru, hipertensi pulmonal, penurunan perifer yang mengakibatkan asidosis laktat dan penurunan curah jantung.
4. Kelebihan volume cairan b/d berkurangnya curah jantung, retensi cairan dan natrium oleh ginjal, hipoperfusi ke jaringan perifer dan hipertensi pulmonal.
5. Cemas b/d penyakit kritis, takut kematian atau kecacatan, perubahan peran dalam lingkungan social atau ketidakmampuan yang permanen.
6. Intoleransi aktivitas b/d curah jantung yang rendah, ketidakmampuan memenuhi metabolisme otot rangka, kongesti pulmonal yang menimbulkan hipoksinia, dyspneu dan status nutrisi yang buruk selama sakit kritis.
7. Kurang pengetahuan b/d keterbatasan pengetahuan penyakitnya, tindakan yang dilakukan, obat-obatan yang diberikan, komplikasi yang mungkin muncul dan perubahan gaya hidup.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan pada Pasien Gagal Jantung

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Penurunan curah jantung b/d respon fisiologis otot jantung, peningkatan frekuensi, dilatasi, hipertrofi atau peningkatan isi sekuncup	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiac Pump effectiveness • Circulation Status • Vital Sign Status <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ‡ Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi) ‡ Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan ‡ Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites ‡ Tidak ada penurunan kesadaran 	<p>NIC :</p> <p>Cardiac Care</p> <ul style="list-style-type: none"> ‡ Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) ‡ Catat adanya disritmia jantung ‡ Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output ‡ Monitor status kardiovaskuler ‡ Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung ‡ Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi ‡ Monitor balance cairan ‡ Monitor adanya perubahan tekanan darah ‡ Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia ‡ Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan ‡ Monitor toleransi aktivitas pasien

			<ul style="list-style-type: none"> † Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipeu dan ortopneu † Anjurkan untuk menurunkan stress <p>Vital Sign Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Monitor TD, nadi, suhu, dan RR □ Catat adanya fluktuasi tekanan darah □ Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri □ Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan □ Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas □ Monitor kualitas dari nadi □ Monitor adanya pulsus paradoksus □ Monitor adanya pulsus alterans
			<ul style="list-style-type: none"> □ Monitor jumlah dan irama jantung □ Monitor bunyi jantung □ Monitor frekuensi dan irama pernapasan □ Monitor suara paru □ Monitor pola pernapasan abnormal □ Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit

			<ul style="list-style-type: none"> □ Monitor sianosis perifer □ Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) □ Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
2	<p>Perfusi jaringan tidak efektif b/d menurunnya curah jantung, hipoksemia jaringan, asidosis dan kemungkinan thrombus atau emboli</p> <p>Definisi : Penurunan pemberian oksigen dalam kegagalan memberi makan jaringan pada tingkat kapiler</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <p>Renal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan tekanan darah di luar batas parameter - Hematuria - Oliguri/anuria - Elevasi/penurunan BUN/rasio kreatinin <p>Gastro Intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secara usus hipoaktif atau tidak ada - Nausea - Distensi abdomen - Nyeri abdomen atau tidak terasa lunak (tenderness) <p>Peripheral</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> † Circulation status † Tissue Prefusion : cerebral <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> † Tekanan systole dandiastole dalam rentang yang diharapkan † Tidak ada ortostatikhipertensi † Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg) <p>b. mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> † berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan † menunjukkan 	<p>NIC :</p> <p>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</p> <ul style="list-style-type: none"> † Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul † Monitor adanya paretese † Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi † Gunakan sarung tangan untuk proteksi † Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung † Monitor kemampuan BAB † Kolaborasi pemberian analgetik † Monitor adanya tromboflebitis † Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

	<ul style="list-style-type: none">- Edema- Tanda Homan positif- Perubahan karakteristik kulit (rambut, kuku, air/kelembaban)	perhatian, konsentrasi dan orientasi	
--	--	--------------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi lemah atau tidak ada - Diskolorisasi kulit - Perubahan suhu kulit - Perubahan sensasi - Kebiru-biruan - Perubahan tekanan darah di ekstremitas - Bruit - Terlambat sembuh - Pulsasi arterial berkurang - Warna kulit pucat pada elevasi, warna tidak kembali pada penurunan kaki <p>Cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abnormalitas bicara - Kelemahan ekstremitas atau paralis - Perubahan status mental - Perubahan pada respon motorik - Perubahan reaksi pupil - Kesulitan untuk menelan - Perubahan kebiasaan <p>Kardiopulmonar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan frekuensi respirasi di luar batas parameter - Penggunaan otot pernafasan tambahan - Balikkan kapiler > 3 detik (Capillary refill) - Abnormal gas darah arteri - Perasaan "Impending Doom" (Takdir terancam) - Bronkospasme - Dyspnea - Aritmia 		
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Hidung kemerahan- Retraksi dada- Nyeri dada <p>Faktor-faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none">- Hipovolemia- Hipervolemia- Aliran arteri terputus- Exchange problems- Aliran vena terputus		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Hipoventilasi - Reduksi mekanik pada vena dan atau aliran darah arteri - Kerusakan transport oksigen melalui alveolar dan atau membran kapiler - Tidak sebanding antara ventilasi dengan aliran darah - Keracunan enzim - Perubahan afinitas/ikatan O_2 dengan Hb - Penurunan konsentrasi Hb dalam darah 		
--	---	--	--

<p>3</p>	<p>Gangguan pertukaran gas b/d kongesti paru, hipertensi pulmonal, penurunan perifer yang mengakibatkan asidosis laktat dan penurunan curah jantung.</p> <p>Definisi : Kelebihan atau kekurangan dalam oksigenasi dan atau pengeluaran karbondioksida di dalam membran kapiler alveoli</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Gangguan penglihatan ◆ Penurunan CO₂ ◆ Takikardi ◆ Hiperkapnia ◆ Keletihan ◆ somnolen ◆ Iritabilitas ◆ Hypoxia ◆ kebingungan ◆ Dyspnoe ◆ nasal faring ◆ AGD Normal ◆ sianosis ◆ warna kulit abnormal (pucat, kehitaman) □ Hipoksemia ◆ hiperkarbia ◆ sakit kepala ketika bangun □ frekuensi dan kedalaman nafas abnormal 	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Respiratory Status : Gas exchange ❖ Respiratory Status : ventilation ❖ Vital Sign Status <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat ❖ Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) ❖ Tanda-tanda vital dalam rentang normal 	<p>NIC :</p> <p>Airway Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu • Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi • Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan • Pasang mayo bila perlu • Lakukan fisioterapi dada jika perlu • Keluarkan sekret dengan batuk atau suction • Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan • Lakukan suction pada mayo • Berikan bronkodilator bila perlu • Barikan pelembab udara • Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. • Monitor respirasi dan status O₂ <p>Respiratory Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor rata – rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi • Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan,
----------	--	--	---

			penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal
--	--	--	---

<p>Faktor faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ ketidakseimbangan perfusi ventilasi ◆ perubahan membran kapiler-alveolar 		<ul style="list-style-type: none"> • Monitor suara nafas, seperti dengkur • Monitor pola nafas : bradipena, takipenia, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot • Catat lokasi trakea • Monitor kelelahan otot diafragma (gerakan paradoksis) • Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan • Tentukan kebutuhan suction dengan mengauskultasi crackles dan ronchi pada jalan napas utama • Uskultasi suara paru setelah tindakan untuk mengetahui hasilnya <p>AcidBase Managemen</p> <ul style="list-style-type: none"> † Monitor IV line † Pertahankan jalan nafas paten † Monitor AGD, tingkat elektrolit † Monitor status hemodinamik(CVP, MAP, PAP) † Monitor adanya tanda tanda gagal nafas † Monitor pola respirasi † Lakukan terapi oksigen † Monitor status neurologi † Tingkatkan oral hygiene
---	--	---

BAB 3

METODE PRAKTEK KLINIK

3.1 Metode Pembelajaran

3.1.1. *Bedside Teaching*

BST dilaksanakan dengan memperhatikan daftar kompetensi skill tiap-tiap bagian. Dengan demikian, BST lebih menekankan pada sisi keterampilan kliniknya bukan variasi kasusnya. Waktu pelaksanaan BST sesuai kesepakatan mahasiswa dengan pembimbing klinik. Durasi BST disesuaikan dengan jenis kompetensi yang ditentukan. Bisa singkat atau lama, umumnya BST cukup dilakukan 15-30 menit permahasiswa dan satu pertemuan dengan melibatkan mahasiswa. Dalam pelaksanaan *bedside teaching* diharapkan pembimbing memberikan komentar terhadap proses BST pada lembar BST di buku log book.

3.1.2 Pre conference

Diskusi kelompok berkaitan dengan kesiapan mahasiswa tentang pengetahuan penyakit atau prosedur tindakan yang dilakukan sebelum memulai praktik. Tujuan dari metode pre conference adalah memastikan kesiapan mahasiswa sebelum melaksanakan praktik.

3.1.3 Post conference

Diskusi kelompok berkaitan dengan pengetahuan mahasiswa tentang penyakit atau prosedur tindakan yang dilakukan setelah praktik berakhir. Tujuan dari metode post conference adalah memastikan bahwa pengetahuan mahasiswa bertambah setelah melaksanakan praktik.

3.1.5 Pendidikan Kesehatan

Tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat sebagai perawat pendidik. Tujuannya mahasiswa memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya

3.2 Metode praktek klinik

Hari/ Tanggal	Ruang	Kegiatan	Pembimbing
Hari 0		Pembekalan Materi Kompetensi dan pengarahan pembelajaran, pembagian tugas mahasiswa Pengambilan kasus kelolaan Penyusunan laporan pendahuluan	Pembimbing akademik
Hari 1		Orientasi wahana praktik Responsi Laporan pendahuluan BST Melakukan pengkajian Membuat asuhan Keperawatan (Pengkajian-Intervensi Keperawatan)	Pembimbing akademik Pembimbing klinik
Hari 2	Rawat Inap	Penyusunan Laporan Askep Bedsite Teaching Melakukan Implementasi Keperawatan sesuai intervensi yang direncanakan Mendokumentasikan Implementasi Melakukan evaluasi keperawatan Melakukan bimbingan Pendidikan kesehatan	Pembimbing akademik Pembimbing klinik
Hari 3,4,5		Melakukan Implementasi Keperawatan sesuai intervensi yang direncanakan Mendokumentasikan Implementasi Melakukan evaluasi Keperawatan dan membuat catatan perkembangan Melakukan penilaian Pendidikan Kesehatan Melakukan Ujian Komprehensif	Pembimbing akademik Pembimbing klinik
Hari 1-5	R. OK	Orientasi wahana praktik BST Melakukan pengkajian Membuat aresume keperawatan Keperawatan (Pengkajian-Intervensi Keperawatan)	Pembimbing akademik Pembimbing klinik

		Melakukan Tindakan sesuai target kompetensi Responsi Resume Kasus	
--	--	--	--

3.3 Kompetensi mata ajar

Daftar Capain Kasus

- a. Sistem pernafasan : pneumonia. PPOK, Asma, TB Paru, Ca Paru, Covid/MERS/SARS/Flu Burung
- b. Sistem kardiovaskuler : Dekompensasio cordis, hipertensi. AMI, Aritmia
- c. Sistem hematologic : Anemia, DHF
- d. Sistem endokrin : Diabetes Mellitus, Hipertiroidisme
- e. Sistem imunologi : Rematik, SLE, HIV/AIDS
- f. Sistem pencernaan : apendisitis, kolorektal, hepatitis, sirosis hepatis, pankreatitis akut, gastroenteritis, kolelitiasis akut, ileus obstruktif, tumor/ca saluran cerna, gastritis, thypoid
- g. Sistem perkemihan : penyakit ginjal kronik, batu saluran kemih, infeksi saluran kemih, keganasan system perkemihan, BPH
- h. Sistem integumen : luka bakar
- i. Sistem muskuloskeletal : fraktur, keganasan tulang, osteoarthritis, dislokasi
- j. Sistem persepsi sensori : glaucoma, katarak, otitis
- k. System persarafan : stroke, tumor otak, meningitis, cedera kepala, cedera spinal

3.4 Pedoman Penugasan

3.4.1 Tugas Selama Praktik

Setiap mahasiswa yang menjalani Stase KMB, akan dibebani tugas sebagai berikut :

a. Laporan Pendahuluan, Laporan Kasus

Evaluasi diberikan dalam bentuk penilaian terhadap Laporan Pendahuluan (LP) yang berisikan tentang materi konsep penyakit serta konsep asuhan keperawatan dari kasus kelolaan serta Laporan Kasus (LK) yang merupakan laporan asuhan keperawatan pada pasien kelolaan meliputi hasil pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan.

b. Log Book

Evaluasi dilakukan dengan memberikan penilaian atau pendapat terhadap pencapaian target tindakan *skiiil* KMB dan prosedur tindakan yang dilakukan

meliputi: kesiapan dan rasa percaya diri, hambatan yang dirasakan, dan kemampuan melakukan tindakan tersebut, serta kelebihan maupun kekurangan pada saat melakukan tindakan.

c. Pendidikan Kesehatan

Mahasiswa mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga di ruang praktik. Pemberian pendidikan kesehatan dilakukan secara individu kepada pasien kelolaan.

3.4.3 Waktu Pengumpulan

Pengumpulan semua penugasan dan evaluasi praktik paling lambat **5 hari** setelah selesai stase KMB **tiap tiap kelompok**.

BAB 4

PROSES BIMBINGAN DAN TATA TERTIB

4.1 Proses Bimbingan

No	Metode	Keterangan
1	SOCA <i>Pre dan post conference</i>	Kesiapan mahasiswa LP, Evaluasi pemberian asuhan keperawatan Tugas : Laporan Pendahuluan : CI akademik Laporan Asuhan Keperawatan : CI lahan dan CI akademik
2	BST (<i>Bed Side Teaching</i>)	CI lahan melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien langsung yang diobservasi oleh mahasiswa Tugas : CI Lahan
4	Ujian Komprehensif	Evaluasi Tindakan pada Kasus Kelolaan Tugas : CI Akademik dan CI Lahan
6	Pendidikan Kesehatan	Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan di ruangan yang telah ditentukan Tugas : CI akademik dan CI Lahan

- a. Pembimbing klinik dan akademik bertanggungjawab dalam proses pembelajaran yang dilakukan mahasiswa di lahan praktik.
- b. Pembimbing klinik dan pembimbing akademik wajib mengisi agenda bimbingan yang telah disediakan
- c. Pembimbing klinik wajib membimbing mahasiswa setiap hari pada pagi hari atau situasional. Apabila pembimbing klinik terkena shift dinas atau berhalangan, diharapkan melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan untuk bimbingan mahasiswa.
- d. Pembimbing klinik bertugas untuk melakukan post conference, memilihkan kasus LP dan resume keperawatan, memeriksa resume, BST, memfasilitasi mahasiswa untuk mencapai target Tindakan, membantu dalam memilih tema dan melaksanakan pendidikan Kesehatan dan penilaian akhir stase.
- e. Pembimbing akademik bertugas untuk pre, post conference, pendidikan kesehatan dan penilaian akhir stase.
- f. Pola bimbingan yang diterapkan oleh pembimbing klinik diharapkan setiap mahasiswa yang ingin melakukan tindakan mandiri maupun dibimbing wajib atas sepengetahuan pembimbing klinik atau perawat ruangan dan meminta tanda tangan bukti melakukan tindakan.

- g. Pembimbing akademik diharapkan dapat mengarahkan mahasiswa dalam mengidentifikasi diagnosa keperawatan, intervensi, dan tujuan berdasarkan pada SDKI, SIKI dan SLKI serta buku penunjang keperawatan lainnya

4.2 Tata tertib

Tata Tertib Praktik

1. Kehadiran

- a. Mahasiswa harus **hadir 100%** di sesuai dengan media praktik berdasarkan jadwal yang sudah ditentukan
- b. Mahasiswa harus mengisi daftar hadir masuk dan pulang saat dinas
- c. Apabila mahasiswa tidak dapat mengikuti praktik, harus meminta ijin kepada koordinator praktik akademik dan CI Lahan), jika **tidak ada ijin**, maka mahasiswa tersebut akan mengganti **2 kali** waktu yang ditinggalkan
- d. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan dan mengganti jadwal praktik
- e. Mahasiswa boleh tidak praktik karena sakit atau terkena musibah, yang dibuktikan dengan ada pemberitahuan dan keterangan sakit dinyatakan dengan surat dokter dan mahasiswa mengganti sesuai dengan jumlah hari praktik yang ditinggalkan

2. Seragam

- a. Mahasiswa setiap dinas menggunakan pakaian seragam yang rapi sesuai dengan ketentuan akademik. Selama proses daring diharapkan menampilkan video atau menggunakan Profile Picture dengan foto berbaju sopan maupun menggunakan seragam dengan kerudung putih bagi yang berjilbab.
- b. Mahasiswa diperkenankan menggunakan seragam diluar ketentuan akademik, jika ruangan yang digunakan dinas mensyaratkan seragam sesuai prosedur yang berlaku.
- c. Mahasiswa dalam setiap dinas wajib menggunakan :
 - Papan nama / ID Card RS
 - Pin
 - Logo STIKep
 - Sepatu putih dan tidak diperbolehkan menggunakan sepatu olah raga/sejenis
- d. Tidak diperbolehkan melepas seragam praktik selama jam dinas/praktik
- e. Bagi mahasiswa putra rambut dipotong rapi, tidak boleh melebihi leher baju

- f. Bagi mahasiswa putri tidak diperkenankan menggunakan *make up* berlebihan dan perhiasan (gelang/cincin) selama praktik/dinas.
- g. Mahasiswa tidak diperbolehkan menggunakan jam tangan
- h. Mahasiswa putri tidak diperkenankan mempunyai kuku panjang, menggunakan cat kuku atau sejenisnya yang akan mengganggu dalam dinas/praktik

3. Selama Dinas

- a. Mahasiswa berperilaku sopan santun (berahlaqul karimah)
- b. Mahasiswa diwajibkan membawa nama baik almamater dan Rumah Sakit
- c. Mahasiswa dilarang meninggalkan ruangan tanpa ada keperluan darurat
- d. Mahasiswa berperan serta dalam membantu aktivitas ruangan

4. Sanksi

Mahasiswa yang melanggar atau tidak mematuhi peraturan tata tertib akan diberikan sanksi atau hukuman sesuai peraturan yang berlaku, antara lain :

- a. Apabila terjadi pelanggaran praktik / peraturan yang berlaku di lahan praktik akan diberi sanksi oleh pendidikan sesuai berat – ringannya pelanggaran
- b. Mahasiswa yang menghilangkan / merusak alat yang dipakai ditempat praktik, harus mengganti yang dibebankan kepada kelompok tersebut
- c. Mahasiswa yang dengan sengaja meninggalkan praktik/dinas, maka penggantian jam dinas dilakukan diruangan yang ditinggalkan dan saat dilakukan penggantian dinas diketahui oleh ruangan yang dibuktikan oleh paraf CI Ruangan
- d. Mahasiswa yang menggunakan NAPZA akan dikeluarkan dari praktek dan dinyatakan tidak lulus
- e. Mahasiswa yang merusak tatanan sosial masyarakat selama praktik baik di kost/penginapan, **akan dikeluarkan dari praktek dan dinyatakan tidak lulus**

Hal-hal yang belum tercantum dalam tata tertib / peraturan ini akan menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku di lahan praktik

BAB 5

EVALUASI

5.1 Instrumen Penentuan Nilai Akhir Stase (sesuai surat)

1. OSCE : 10%
2. Analisis Kasus/Askep Individu : 20%
3. Pelaksanaan Pendkes: 20%
4. Log book. :10%
5. Ujian Komprehensif : 25%
6. Cakap : 15%

Pedoman penilaian

1. Nilai Praktek = 100% lulus
2. Nilai batas lulus Mata Kuliah menggunakan Penilaian Acuan Patokan (PAP) atau PAN (Penilaian Acuan Normatif) yaitu = 72 (B+ = 3,5)

5.2 Proses Evaluasi

Proses Evaluasi selama praktik

a. Ujian Komprehensif

Evaluasi berupa supervisi dari CI lahan dan CI akademik terhadap tindakan/skill meliputi pemeriksaan fisik, 2 tindakan fokus, dan 1 tindakan pemenuhan KDM (Kebutuhan Dasar Manusia)

- b. Responsi laporan pendahuluan dan kasus bersama CI Akademik dan CI lahan.
- c. Pendidikan Kesehatan yang dilakukan suoervisi Bersama CI Akademik dan CI lahan.

LAMPIRAN

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

I. Konsep Penyakit

- a. Pengertian
- b. Etiologi
- c. Manifestasi klinis
- d. *Pathways*
- e. Komplikasi
- f. Diagnosa Banding
- g. Pemeriksaan penunjang
- h. Penatalaksanaan Medis

(Boleh disertai gambar penyakitnya)

II. Konsep Asuhan Keperawatan

- a. Pengkajian berdasarkan sistem (data menyimpang yang mungkin muncul sesuai dengan kasus)
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Fokus intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan	Intervensi

III. Daftar Pustaka

Lampiran 2

**FORMAT ASKEP
ASUHAN KEPERAWATAN PADA
DENGAN**

.....
DI RUANG

A. 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 diagnose (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

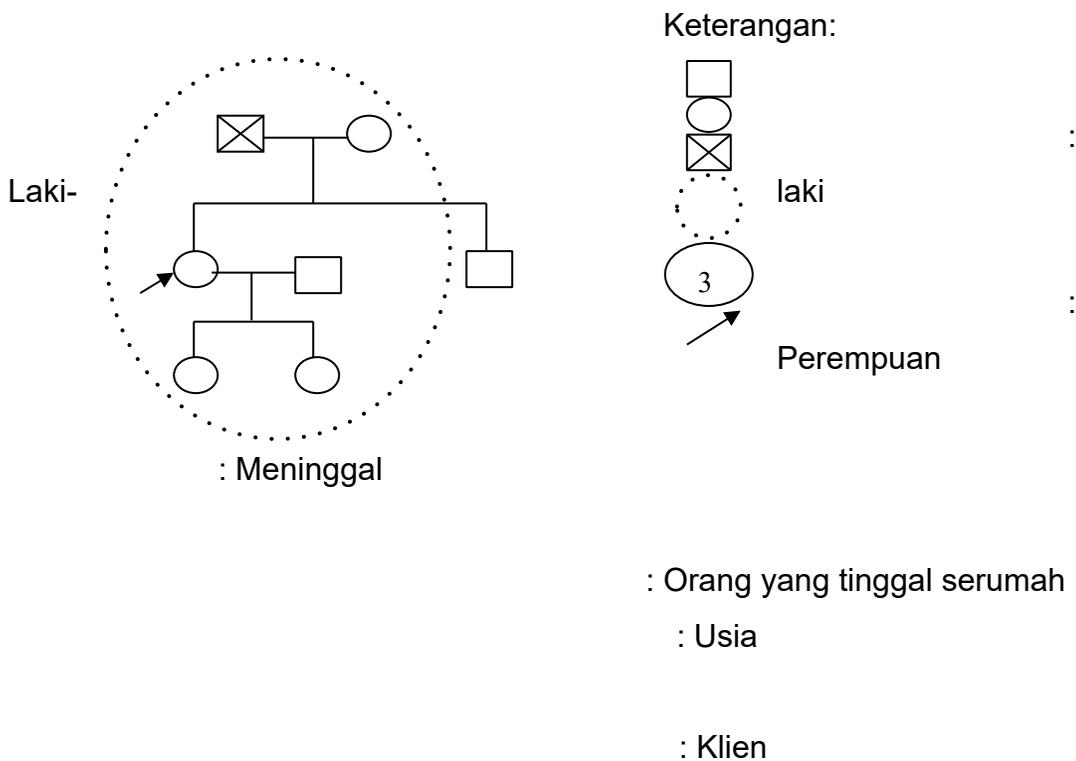
Tanyakan riwayat penyakit yang pernah dialami klien beberapa waktu sebelumnya. Berapa kali klien pernah sakit sebelum sakit yang sekarang? Bagaimana cara klien mencari pertolongan? Apakah klien

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 :



V. RIWAYAT POLA PEMELIHARAAN KESEHATAN KLIEN

1. Pola Aktivitas Sehari-Hari

ADL	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan	<p>Makan / Minum</p> <p>Jumlah :</p> <p>Jenis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nasi : - Lauk : - Sayur : - Minum : <p>Pantangan :</p> <p>Kesulitan Makan / Minum :</p> <p>Usaha Mengatasi kesulitan :</p>	<p>Makan / Minum</p> <p>Jumlah :</p> <p>Jenis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nasi : - Lauk : - Sayur : - Minum/Infus : <p>Pantangan :</p> <p>Kesulitan Makan / Minum :</p> <p>Usaha Mengatasi kesulitan :</p>

Pola Eliminasi	BAK : Jumlah, Warna, Bau, Masalah, Cara Mengatasi. BAB : Jumlah, Warna, Bau, Konsistensi, Masalah, Cara Mengatasi.	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	- 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	- Frekuensi mandi - Frekuensi Mencuci rambut - Frekuensi Gosok gigi - Keadaan kuku
Aktivitas Lain	Aktivitas apa yang dilakukan klien untuk mengisi waktu luang ?	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

Apa 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) 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

3. Pemeriksaan persistem

a. Sistem Penglihatan

Posisi mata Simetris/Asimetris, kelopak mata :..... Pergerakan bola mata : Konjungtiva : Kornea : Sklera : Pupil, Ukuran : Reaksi terhadap cahaya : Lapang pandang : Ketajaman penglihatan : Tanda-tanda radang : Pemakaian alat bantu lihat : Pemeriksaan visus: Keluhan lain :

b. Sistem Pendengaran

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

c. Sistem wicara

Kesulitan/gangguan wicara :.....

d. Sistem Pernafasan**INSPEKSI****Pemeriksaan Hidung**

Amati bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi (adakah pembengkokan atau tidak).

Amati meatus : perdarahan (+ / -), Kotoran (+ / -), Pembengkakan (+ / -), pembesaran

/ polip (+ / -), pernafasan cuping hidung (+ / -)

Pemeriksaan Trahea

Bentuk, terdapat deviasi (+/-), posisi trakea (simetris/tidak simetris), terdapat trakheostomi (+/-)

Pemeriksaan Thorax

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)

AUSKULTASI

Suara nafas Area Vesikuler : (bersih / halus / kasar) , Area Bronchial : (bersih / halus / kasar) Area Bronkovesikuler (bersih / halus / kasar). Suara Ucapan Terdengar :

Bronkophoni (+ / -), Egophoni (+ / -), Pectoriloqui (+ / -). Suara tambahan Terdengar : Rales (+ / -), Ronchi (+ / -), Wheezing (+ / -), Pleural friction rub (+ / -), bunyi tambahan lain ... Keluhan lain yang dirasakan terkait Px. Torak dan Paru :

.....

e. Sistem Kardiovaskuler

Sirkulasi perifer

HR : x/mnt, Irama : (Teratur/Tidak teratur), Denyut: Lemah /Kuat, Distensi vena jugularis : Temperatur kulit: Hangat/Dingin, Warna kulit: Pucat/Sianosis/Kemerahan, CRT : detik, Flebitis : Varises : Edeme (lokasi dan derajat) :

Sirkulasi Kardio

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 :

.....

f. Sistem Neurologi

1) 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)

- 2) Memeriksa tanda-tanda rangsangan otak
Peningkatan suhu tubuh (+ / -), nyeri kepala (+ / -), kaku kuduk (+ / -), mual – muntah (+ / -) kejang (+ / -) penurunan tingkat kesadaran (+ / -)
- 3) Memeriksa nervus cranialis
Nervus I - Olfaktorius (pembau), Nervus II - Opticus (penglihatan), Nervus III - Oculomotorius, Nervus IV- Trochlearis, Nervus V – Trigemini, Nervus VI Abducent, Nervus VII – Facialis, Nervus VIII- Auditorius, Nervus IX- Glossopharyngeal, Nervus X – Vagus, Nervus XI- Accessorius, Nervus XII- Hypoglossal
- 4) Memeriksa fungsi motorik
Ukuran otot (simetris / asimetris), atrofi (+ / -) gerakan-gerakan yang tidak disadari oleh klien (+ / -)
- 5) Memeriksa fungsi sensorik
Kepekaan saraf perifer : benda tumpul , benda tajam. Menguji sensasi panas / dingin, kapas halus, minyak wangi.
- 6) Memeriksa reflek kedalaman tendon
Reflek fisiologis : R. Biceps, R. Triceps, R. Brachioradialis, R. Patella, R. Achilles
Reflek Pathologis, Bila dijumpai adanya kelumpuhan ekstremitas pada kasus tertentu. Yang diperiksa adalah R. Babinski, R. Chaddock, R. Schaefer, R. Oppenheim, R. Gordon, R. Bing, R. Gonad.
- 7) Keluhan lain yang terkait dengan Px. Neurologis :

g. Sistem Pencernaan

Pemeriksaan Mulut

Amati bibir : Kelainan kongenital (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)

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 (+ / -)

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 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. nyeri tekan (+ / -), nyeri lepas (+ / -), nyeri menjalar kontralateral (+ / -).

h. Sistem Imunologi

Pembesaran kelenjar getah bening:
.....

i. Sistem Endokrin

Nafas berbau keton : Ya/Tidak, Luka ulkus diabetikum: Ya/Tidak
Kondisi luka : Exopthalmus : (+ / -) Tremor (+ / -)
Pembesaran kelj. Thyroid : (+ / -) Tanda peningkatan gula darah :
Polidipsi,Poliurial,Polipagia. Pemeriksaan ABI index

j. Sistem Urogenital

INSPEKSI

Penggunaan kateter urine, pemasangan nefrostomi/sistostomi, kondisi meatus uretra
(kebersihan, tanda-tanda peradangan)

PALPASI

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

PERKUSI

Ketok ginjal : terdapat nyeri atau tidak, Normalnya hasil perkusi kandung kemih adalah tympani.

AUSKULTASI

Bunyi bruit (+/-)

Keluhan lain yang dirasakan terkait:

k. Sistem Integumen

1) Integument/Kulit

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

Palpasi : Tekstur (halus/ kasar), Turgor/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 (+ / -)

2) Pemeriksaan Rambut

Inspeksi dan Palpasi : Penyebaran (merata / tidak), Bau
rontok (+/-), warna

..... Alopesia (+ / -), Hirsutisme (+ / -), alopesia (+ / -)

3) Pemeriksaan Kuku

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

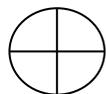
l. Sistem Muskuloskeletal

Inspeksi

Otot antar sisi kanan dan kiri (simetris / asimetris), deformitas (+ / -),
fraktur (+ / -) lokasi fraktur ..., jenis fraktur..... kebersihan luka.....,
terpasang Gips (+ / -), Traksi (+ / -). Apakah terdapat kelainan bentuk tulang belakang, Apakah terdapat deformitas pada tulang belakang, apakah terdapat fraktur atau tidak, adakah nyeri tekan.

Palpasi

Oedem



: Lingkar lengan : Lakukan uji kekuatan



otot :

m. Sistem Reproduksi 1) Genetalia Pria Inspeksi :

Rambut pubis (bersih / tidak bersih), lesi (+ / -), benjolan (+ / -)

Lubang uretra :

penyumbatan (+ / -), Hipospadia (+ / -), Epispadia (+ / -)

Palpasi

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

Scrotum dan testis

: beniolan (+ / -), nyeri tekan (+ / -),

Kelainan-kelainan yang tampak pada scrotum :

Hydrochele (+ / -), Scrotal Hernia (+ / -), Spermatochele (+ / -)

Epididimal Mass/Nodularity (+ / -) Epididimitis (+ / -), Torsi pada saluran sperma (+ / -), Tumor testicular (+ / -)

Inspeksi dan palpasi Hernia :

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

2) Pada Wanita**Inspeksi**

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

Siklus menstruasi : menopause : (+ / -)

n. Pemeriksaan Penunjang/Diagnostik Medik**A. DARAH LENGKAP :**

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 : 0.7 – 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.

Analisa Data (berasal dari data fokus)

NO	SYMPTOMS (S)	ETIOLOGI (E)	PROBLEM (P)
1	DS:..... DO:.....		
2	DS:..... DO:.....		

B. Diagnosa keperawatan (sesuai dengan prioritas)

1.
 2.
 3.
- dst

C. Rencana Asuhan Keperawatan

Lampiran 3

FORMAT
RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Nama
 Pasien : Mahasiswa :
 Ruang : NPM : No.
 MR :

No	Diagnosa Keperawatan & Data penunjang	Tujuan dan Kriteria Hasil (SMART)	Tindakan (Operasional)

D. Implementasi dan Evaluasi keperawatan

TINDAKAN KEPERAWATAN					EVALUASI	
Tgl	No Dx. Kep	No Urut Tindakan	Tindakan (Respon Subjektif/RS & Objektif/RO atau Hasil)	Paraf & Nama	SOAP Tiap pergantian dinas (mengacu pada kriteria hasil)	Paraf & Nama
28-10-17			Jam: ... Tindakan: ... RS: ... RO: ...		Jam: ... S : ... O : ... A : ... P : ...	

Lampiran 4

**FORMAT
PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN**

Nama mahasiswa/NIM :

Ruangan :

No	Aspek Yang Dinilai	Skor				
		1	2	3	4	5
A	PENYAKIT					
1	Pengertian					
2	Etiologi					
3	Patofisiologi					
4	Manifestasi klinik					
5	Komplikasi					
6	Pemeriksaan penunjang					
7	Penatalaksanaan medis					
B	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENYAKIT TERSEBUT					
1	Pengkajian keperawatan sesuai data fokus					
2	Diagnosa keperawatan					
3	Rencana tindakan keperawatan (min 3 diagnosa)					
4	Daftar pustaka (min 5)					

5= selalu	Nilai= <u>jumlah</u> <u>nilai</u> <u>total</u> Nilai:.....	Nilai	Bandung,/...../..... CI Penilai, (.....)
4 = hampir selalu		A : 80-100	
3 = sering		A- : 76-79	
2 = kadang-kadang		B+:72-75	
1 = tidak pernah		B : 68-71	
		C+: 62-67	
		C : 56-61	
		D : 44-55	
		E : <44	

Lampiran 5

FORMAT PENILAIAN LAPORAN KASUS

Nama mahasiswa/NIM :
Ruangan :

No	Aspek Yang Dinilai	Skor				
		1	2	3	4	5
A	PENGENJALAN					
	1. Pendekatan sistematis dan komprehensif					
	2. Data yang didapat tepat sesuai masalah					
	3. Analisa data					
B	DIAGNOSA KEPERAWATAN					
	1. Rumusan tepat (PES)					
	2. Menyatakan KDM					
	3. Prioritas benar					
C	TUJUAN					
	1. Menyatakan tujan, tupen					
	2. Terdapat kriteria hasil					
	3. SMART					
D	RENCANA TINDAKAN					
	1. Sesuai dengan prioritas					
	2. Operasional					
	3. Aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif					
	Tindakan mandiri dan kolaborasi					
E	IMPLEMENTASI					
	1. Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana					
	2. Prioritas					
	3. Melibatkan keluarga					
	4. Aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif					
	5. Tindakan mandiri dan kolaborasi					
F	EVALUASI					
	1. Evaluasi proses					
	2. Evaluasi hasil					

5= selalu 4 = hampir selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	Nilai= <u>jumlah</u> <u>nilai total</u> Nilai:.....	Nilai A : 80-100 A- : 76-79 B+ : 72-75 B : 68-71 C+ : 62-67 C : 56-61 D : 44-55 E : <44	Bandung,/...../..... CI Penilai, (.....)
---	---	---	--

Lampiran 6

FORMAT PENILAIAN SIKAP

Format Penilaian Kecakapan

Ruangan :

Tanggal Praktik :

Nama Mahasiswa :

No.	Aspek Yang Dinilai	Nilai
1.	Sikap dan Kepribadian a. Penggunaan bahasa b. Sopan santun dengan pembimbing/perawat ruangan/tim kesehatan c. Sopan santun dengan teman d. Sopan santun dengan pasien e. Pengendalian diri atau menerima nasehat f. Penyesuaian diri dengan lingkungan g. Minat/perhatian pada profesi	(Nilai maksimal 70)
2.	Disiplin a. Datang tepat pada waktunya b. Pulang sesuai jadwal c. Berada di tempat selama praktek d. Kelengkapan pakaian seragam	(Nilai maksimal 40)
3.	Kejujuran a. Sifat terbuka b. Dapat dipercaya	(Nilai maksimal 20)
4.	Motivasi a. Inisiatif b. Pengembangan daya kreatif dan rasa tanggung jawab	(Nilai maksimal 20)
Jumlah		
<u>Jumlah nilai</u> X 100 150		
Nilai Akhir		

Keterangan :
Baik. : 100 - 150
Sedang. : 60 -99
Buruk : 40 - 59

Bandung,
.....20....
Pembimbing Ruangan

.....

Lampiran 7

DAFTAR HADIR MAHASISWA

No	Nama Mahasiswa	Tanggal				Tanggal			
		Datang	ttd	Pulang	ttd	Datang	ttd	Pulang	ttd

Lampiran 8

CATATAN HARIAN

Nama :

NIM :

Stase :

Hari/ Tgl	Waktu	Kegiatan	Evaluasi Diri	Evaluasi <i>Peer Review</i>
			1. Kesiapan 2. Rasa Percaya 3. Diri 4. Hambatan yang dirasakan Kemampuan melakukan tindakan tersebut	1. Kelengkapan alat 2. Ketepatan prosedur 3. tindakan Sikap professional

Lampiran 9

**FORMAT
PENILAIAN LAPORAN dan RESPONSI
PRAKTIK KLINIK**

Nama mahasiswa/NIM :

Ruangan :

No	Aspek Yang Dinilai	Skor				
		1	2	3	4	5
A	PENGKAJIAN					
	1. Pendekatan sistematis dan komprehensif					
	2. Data yang didapat tepat sesuai masalah					
	3. Analisa data					
B	DIAGNOSA KEPERAWATAN					
	1. Rumusan tepat (PES)					
	2. Menyatakan KDM					
	3. Prioritas benar					
C	TUJUAN					
	1. Menyatakan tujan, tupen					
	2. Terdapat kriteria hasil					
	3. SMART					
D	RENCANA TINDAKAN					
	1. Sesuai dengan prioritas					
	2. Operasional					
	3. Aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif					
	4. Tindakan mandiri dan kolaborasi					
E	IMPLEMENTASI					
	1. Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana					
	2. Prioritas					
	3. Melibatkan keluarga					
	4. Aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif					
	5. Tindakan mandiri dan kolaborasi					
F	EVALUASI					
	1. Evaluasi proses					
	2. Evaluasi hasil					

5= selalu	Nilai= <u>jumlah</u>	Nilai	Bandung,/...../.....
4 = hampir	<u>nilai total</u>	A : 80-	CI Penilai,
selalu	Nilai:.....	100	
3 = sering		A- : 76-79	
2 = kadang-		B+:72-75	
kadang		B : 68-71	(.....)
1 = tidak		C+: 62-67	
pernah		C : 56-61	
		D : 44-55	
		E : <44	

5

Lampiran 10

**LOGBOOK
DAFTAR
TARGET KOMPETENSI KMB**

No	Aktivitas	Jml	Inisial Pasien	Dx. Medis	Tgl	Ruang	CI	Ttd
SISTEM PENCERNAAN								
1.	Pemasangan NGT	3						
2	Pemberian nutrisi via sonde / NGT	3						
3	Perawatan Kolostomi	3						
4	Pelaksanaan bilas lambung	3						
SISTEM PERNAFASAN								
1	Terapi oksigen : face mask, nasal Kanule	3						
2	Perawatan Tracheostomi	3						
3	Pengisapan lendir (orofaring, naso faring, trakheal)	3						
4	Inhalasi / nebulizer	3						
5	Fisiotherapi dada :	3						

	clapping, Vibrasi							
6	Postural drainase	3						
7	Perawatan WSD	3						
8	latihan nafas dalam dan batuk Efektif	3						
SISTEM KARDIOVASKULER								
1		3						

7

No	Aktivitas	Jml	Inisial Pasien	Dx. Medis	Tgl	Ruang	Cl	Ttd
	Pemeriksaan vaskuler perifer (CRT, nadi, cyanotik, kehangatan)							
2	Pengambilan darah rutin	3						
3	Memasang Infus	3						
4	Merekam EKG	3						
5	Pengambilan darah arteri untuk AGD	3						

	(analisa gas darah)								
6	Mengukur keseimbangan cairan (intake & output)	3							
7	Mengukur JVP	3							
8	Mengukur CVP	2							
SISTEM PERSARAFAN									
1	Mengkaji tingkat kesadaran (GCS)	3							
2	Mengkaji Nervus Kranialis	3							
3	Mengkaji refleksi fisiologis	3							
4	Mengkaji refleksi patologis	3							
5	melatih mobilisasai fisik	3							
6	Pemeriksaan kekuatan otot	3							
7	Mengkaji rangsang meningen	2							
SISTEM PERKEMIHAN									
1		3							

perawatan Cystostomi								
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

7

No	Aktivitas	Jml	Inisial Pasien	Dx. Medis	Tgl	Ruang	CI	Ttd
3	Memasang kateter	3						
4	Merawat kateter	3						
5	Bladder taring	3						
SISTEM MUSKULOSKELETAL								
2	Melakukan ROM	3						
3	Melatih mobilisasi: penggunaan kruk, kursi roda, mobilisasi jalan	3						
4	Perawatan traksi	3						
5	Perawatan luka post op pemasangan plate dan screw	3						
6	Pengangkatan jahitan luka	1						

7	Mobilisasi post op muskuloskeletal	3						
SISTEM ENDOKRIN								
1	Pemberian insulin	3						
2	Pemeriksaan Gula darah	3						
3	Perawatan luka gangrene	3						
SISTEM PENGINDERA								
1	Tes rinne, weber, schwabach	2						
2	Tes fungsi pengecap	2						
3	Tes lapang pandang	2						

7

No	Aktivitas	Jml	Inisial Pasien	Dx. Medis	Tgl	Ruang	Cl	Ttd
4	Tes penciuman	2						
SISTEM IMUNOLOGI								
1	Skintest (IC)	3						
KEGANASAN TUBUH								
1		3						

	Merawat luka peny. keganasan							
SISTEM INTEGUMEN								
1	Perawatan ps Luka bakar	3						
2	Perawatan ulkus dekubitus	3						
3	Pemberian obat topikal	3						
4	Perawatan ps skin graft	3						
PERSIAPAN OPERATIF								
1	Pengkajian Pre-op	3						
2	Pengkajian Post op	3						

Lampiran 11**TOOL PENILAIAN TINDAKAN****FORMAT****PENILAIAN DOPS**

Nama mahasiswa :

NIM :

Ruangan :

No	Aspek Yang Dinilai	Skore				
		1	2	3	4	5
A	PERSIAPAN					
	1. Salam terapeutik					
	2. Mengkaji ulang data fokus					
	3. Mahasiswa siap melakukan tindakan (tujuan, rasional, SOP)					
	4. Mempersiapkan alat sesuai kebutuhan					
	5. Mempersiapkan pasien dan keluarga untuk tindakan					
	6. Mempersiapkan lingkungan yang nyaman					
	7. Mempersiapkan posisi pasien					
	8. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)					
	9. Selang masker rebreathing atau non-rebreathing					
	10. Flowmeter oksigen					
	11. Humidifier					
	12. Cairan steril					
B	PELAKSANAAN					
	1. Mencuci tangan					
	2. Dilakukan secara sistematis sesuai SOP					
	3. Melaksanakan prinsip aseptik dan antiseptic					

4. Memperhatikan keamanan dan keselamatan pasien					
5. Menggunakan waktu, alat, bahan secara efektif & efisien					
6. Punya inisiatif dan kreatif dalam bekerja					
7. Berkomunikasi selama bekerja dgn pasien & keluarga					
8. Mandiri dalam bekerja					
9. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)					
10. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur					
11. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan (lihat persiapan alat diatas)					
12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
13. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas					
14. Pasang flowmeter ke humidifier ke sumber oksigen					
15. Sambungkan selang masker rebreathing ke humidifier					
16. Atur aliran oksigen 8 – 12 L/menit					
17. Pastikan oksigen mengalir melalui selang					
18. Pastikan oksigen mengisi kantung reservoir hingga mengembang					
19. Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut					
20. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala					
21. Bersihkan kulit dan masker setiap 2 – 3 jam jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu					
22. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam					

	23. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi						
	24. Pasang tanda "Oksigen sedang digunakan" pada dinding di belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu						
	25. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan						
	26. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah						
C	EVALUASI						
	1. Mengkaji hasil dan respon pasien						
	2. Membereskan alat						
	3. Melakukan terminasi						
	4. Mendokumentasikan tindakan dengan benar (metode pemberian oksigen, kecepatan oksigen, respon pasien, dan efek samping/merugikan yang terjadi)						

5= selalu	Nilai= <u>jumlah nilai total</u> Nilai:.....	Nilai	Bandung,/...../.....
4 = hampir selalu		A : 80-100	CI Penilai, (.....)
3 = sering		A- : 76-79	
2 = kadang-kadang		B+:72-75	
1 = tidak pernah		B : 68-71	
	C+: 62-67		
		C : 56-61	
		D : 44-55	
		E : <44	

DAFTAR PUSTAKA

- Barnum, B. J. S. (1994). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. (4th edition). Philadelphia: Lippincott.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function*. (3rd edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dewit, S. C. (2001). *Student learning guide for fundamentals: Concepts and skills for nursing*. Philadelphia: W.B Saunders Company
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. (7th edition). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2001). *Potter & Perry's fundamentals of nursing*. Sydney: A Harcourt Health Sciences Company.
- Stuart & Laraia. (1998). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (6th edition). Louis: Mosby
- Widjaja, S. (1990). *Segi praktis EKG*. Jakarta: Binarupa Aksara