



STUDY GUIDE DAN LOGBOOK PROFESI NERS

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN

TAHUN 2016/2017



NAMA :

NIM :

KELOMPOK :

ANGKATAN :

PELAKSANAAN : Tanggal.....s/d.....

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN

Daftar Isi

Bab I	Pendahuluan.....	1
	Deskripsi Mata Ajar.....	1
	Tujuan Instruksional Umum.....	1
	Tujuan Instruksional.....	1
Bab II	Standar Kompetensi Ners.....	3
	A. Daftar Kompetensi Kasus.....	4
	B. Daftar JKompetensi Skill/Keterampilan.....	7
Bab III	Proses Pendidikan Profesi Ners.....	11
Bab IV	Evaluasi.....	17
Bab V	Log Book.....	18
	▪ Presensi Harian Pembelajaran Tahap Profesi.....	19
	▪ Kegiatan Bedside Teaching Koass Ners.....	21
	▪ Daftar Penguasaan Kompetensi Skill.....	21
	▪ Laporan Kasus Kelolaan.....	23
	▪ Kegiatan Presentasi Kasus.....	22
	▪ Kegiatan Presentasi Jurnal.....	23
	▪ Laporan Catatan Perkembangan.....	26
	▪ Mini-CEX formatif.....	31
	▪ Evaluasi Akhir Departemen (Mini-CEX sumatif)	31
	▪ Catatan Sikap dan Etika Profesional.....	32

Lampiran

Format pengkajian
Study guide

Daftar Lampiran

Lampiran 1	Petunjuk pengisian log book
Lampiran 2	Format pengkajian
Lampiran 3	Format pengkajian untuk ujian stase
Lampiran 4	Format pengkajian Pre Operasi
Lampiran 5	Format pencatatan asuhan keperawatan
Lampiran 6	Study guide

BAB I PENDAHULUAN

A. Informasi Umum

Keperawatan medikal bedah merupakan pelayanan professional yang berdasarkan pada ilmu keperawatan medikal bedah dan teknik keperawatan medical bedah yang berbentuk pelayanan secara komprehensif (bio-psiko-sosio-kultural) ditujukan pada orang dewasa dengan atau yang cenderung mengalami gangguan fisiologi serta dengan atau tanpa gangguan struktur akibat trauma.

Pelaksanaan pelayanan keperawatan medical bedah berdasar pada sintesa konsep dan prinsip ilmu keperawatan medical bedah melalui penerapan ilmu dan teknologi keperawatan ke dalam bentuk asuhan keperawatan klien dewasa yang mengalami perubahan fisik dengan gangguan struktur dan atau tanpa gangguan struktur pada berbagai system tubuh. Proses pembelajaran yang dilaksanakan adalah pengalaman belajar klinik. Beban SKS stase ini adalah 4 SKS (8 minggu praktek)

B. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti mata ajar ini, mahasiswa diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan medical bedah pada klien dewasa yang mengalami berbagai perubahan fisiologis dengan atau tanpa gangguan struktur pada berbagai system organ tubuh (system pencernaan, perkemihan, endokrin, persyarafan, musculoskeletal, kelainan darah, penyakit infeksi, keganasan, pernafasan, kardiovaskuler) dengan mengaplikasikan ilmu keperawatan dan medis dengan berbagai ilmu terapan lain yang terkait.

C. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah menyelesaikan tahap profesi seminat KMB ini Mahasiswa diharapkan mampu :

1. Mesintesa pengetahuan tentang anatomi, fisiologi dan patofisiologi untuk dapat menjelaskan perubahan – perubahan atau gangguan dalam fungsi system tubuh.
2. Mengkaji status kesehatan pasien dengan gangguan system tubuh yang lazim terjadi meliputi pengkajian kesehatan secara umum, perkembangan, social budaya dan keadaan emosi.

3. Melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi:
 - a) Identifikasi tanda dan gejala gangguan system tubuh yang lazim terjadi pada klien dewasa.
 - b) Merumuskan diagnose keperawatan berdasarkan data primer dan sekunder yang terkait dengan perubahan dalam fungsi system tubuh.
 - c) Menentukan tujuan keperawatan dan merancang rencana tindakan keperawatan berdasarkan permasalahan / kebutuhan pasien.
 - d) Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat meliputi: penyuluhan/pendidikan kesehatan, tindakan mandiri keperawatan, kolaborasi, pengamatan dll.
 - e) Mengevaluasi tindakan keperawatan.
4. Pemberian ASKEP minimal pada 12 kasus gangguan system di klinik dengan memilih dari system-sistem berikut ini yaitu : pencernaan, kardiovaskuler, pernafasan, perkemihan, persyarafan, THT, MATA, endokrin, musculoskeletal, integument, imun, haematology, kasus infeksi, kasus keganasan.
5. Menjelaskan pengaruh dan efek samping dari terapi obat yang diberikan sesuai program dokter.
6. Melaksanakan tindakan pertolongan pertama pada kasus gawat di ruang rawat.
7. Mendokumentasikan seluruh proses keperawatan secara sistematis dan memanfaatkannya dalam upaya meningkatkan asuhan keperawatan.

D. Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan

Semua yang sudah dipelajari pada pokok bahasan mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah tahap akademik dan mata kuliah penunjang lainnya serta tehnik-tehnik keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia (mandiri)

BAB II

STANDAR KOMPETENSI NERS

STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN diharapkan dapat menghasilkan ners yang dapat memenuhi kompetensi sebagai berikut :

- mampu melakukan manajemen masalah kesehatan
- memahami kerangka legal etik professional
- mampu berkomunikasi secara efektif
- mampu melakukan manajemen perawatan kesehatan primer dan praktik keperawatan keluarga
- mampu mengembangkan diri dan menjadi pembelajar seumur hidup

Untuk membantu pencapaian kompetensi dalam setiap proses pendidikan profesi klinik setiap bagian maka disusun daftar kompetensi kasus untuk tingkat pencapaian kompetensi knowledge atau pengetahuan tentang penyakit dan daftar kompetensi ketrampilan klinik untuk tingkat pencapaian ketrampilan klinis.

Daftar kompetensi kasus pada bagian Keperawatan Medikal Bedah ini disusun berdasarkan penyakit atau problem kesehatan terbanyak di Indonesia, sedangkan daftar kompetensi ketrampilan klinis merupakan ketrampilan klinis yang harus dikuasai disesuaikan dengan jenis dan kompetensi tindakan bagi seorang ners generalis.

Tingkat pencapaian kompetensi ketrampilan klinis (*list of clinical skills*)

1. Teori

Mahasiswa menguasai dasar teori/pengetahuan yang meliputi prinsip, indikasi, kontra indikasi, resiko dan komplikasi tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis.

2. Melihat atau Mendemonstrasikan

Mahasiswa menguasai dasar teori/pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan pernah melihat serta mampu mendemonstrasikan.

3. Melakukan atau Menerapkan

Mahasiswa menguasai dasar teori/pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan dapat melakukan tindakan tersebut beberapa kali dengan bimbingan atau supervisi.

4. Rutin

Mahasiswa menguasai dasar teori/pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan berpengetahuan (rutin) dalam melakukan tindakan.

Daftar Kompetensi Kasus

SISTEM NEUROLOGI
Cedera
Aphasia
Stroke
Kanker otak
Kraniotomi
Cedera Kepala
Quadriplegi
Kejang
Cedera medula spinalis
SISTEM KARDIOVASKULER
Gagal jantung kongestif
Aneurisma
Bedah jantung
Hipertensi
Penyakit katup jantung
Arteriosklerosis
Aterosklerosis
AMI
SISTEM RESPIRASI
PPOM
Kanker paru
Emfisema
Pneumonia
TBC
Asma
Tonsilektomi
Trauma leher
Faringitis

SISTEM PENCERNAAN	
Anorexia	
Stomatitis	
Tumor oral	
Gastritis	
Hernia	
Obstruksi intestinal	
Trauma abdomen	
Hemoroid	
Apendistis	
Peritonitis	
Gastroenteritis	
Abses anorektal	
Anal fissure	
Anal fistula	
Sirosis	
Hepatitis	
Trauma liver	
Kolesistitis	
Malnutrisi	
Hematemesis – Milena	
Obesitas	
SISTEM ENDOKRIN	
Hipotiroid	
Hipertiroid	
Tiroiditis	
Kanker tiroid	
Kanker tiroid	
Diabetes insipidus	
Diabetes mellitus	

SISTEM PERKEMIHAN
Inkontinensia urin
Urolitiasis
Trauma vesica urinarius
Hidronefrosis
Hidroureter
Abses renal
Glomerulonefritis
Trauma renal
Gagal ginjal
SISTEM REPRODUKSI
Keganasan mammae
Mastektomi
Ca prostate
BPH
Prostatitis
Hidrokel
Spermatokel
Varikokel
Epididimitis
SISTEM MUSKULOSKELETAL
Osteoporosis
Fraktur
Amputasi
Cedera berolahraga
Osteomyelitis
Kanker tulang
SISTEM INTEGUMEN
Iritasi kulit minor
Trauma
Luka tekan
Psoriasis
Luka bakar
Kanker kulit

A. Daftar Kompetensi Ketrampilan Klinik

Pola Kesehatan Fungsional Gordon	Skill Berdasarkan Masalah Keperawatan	Tingkat Pencapaian			
		1	2	3	4
Persepsi dan pemeliharaan kesehatan	Resiko Infeksi				
	Perawatan luka				
	Irigasi luka				
	Defisit pengetahuan				
	Pendidikan kesehatan				
Aktivitas dan latihan	Intoleransi aktivitas				
	Pengkajian kekuatan otot				
	ROM aktif/pasif				
	Membantu mobilisasi				
	Transport klien				
	Immobilisasi				
	Posisi				
	Ambulasi dini				
	Asisten pemasangan traksi				
	Gangguan pertukaran gas				
	Pemeriksaan tanda-tanda sianosis				
	Terapi oksigen				
	Pengambilan darah arteri				
	Interpretasi AGD				
	Perawatan WSD				
	Inefektif bersihan jalan nafas				
	Pengkajian suara paru				
	Pengkajian nafas				
	Nebuliser				
	Suction				
	Fisioterapi dada				
	Inefektif pola nafas				
	Posisi				
	Pengkajian irama dan frekuensi nafas				
	Defisit perawatan diri				
	Pengkajian ADL				
	Pemenuhan kebutuhan makan/minum				
	Pemenuhan kebutuhan toileting				
	Pemenuhan kebutuhan berpakaian				
	Pemenuhan kebutuhan mobilitas on bed				

Pola Kesehatan Fungsional Gordon	Skill Berdasarkan Masalah Keperawatan	Tingkat Pencapaian			
		1	2	3	4
	Penurunan perfusi jaringan otak				
	Pengkajian tingkat kesadaran				■
	Penilaian GCS				■
	Pengkajian nervus cranial				■
	Pemberian anti konvulsan			■	
	Penurunan curah jantung				
	Pengkajian suara jantung				■
	Pengkajian nadi				■
	Pengukuran tekanan darah				■
	Pengukuran JVP				■
	Pengkajian edema				■
	Perawatan edema				■
	Perekaman EKG			■	
	Interpretasi EKG sederhana			■	
	Resiko injuri				
	Restrain				■
	Pemasangan pengaman				■
Pola Eliminasi	Inkontinensia dan retensi urin				
	Pemasangan kateter				■
	Perawatan kateter				■
	Spooling kateter				■
	Membantu BAK				■
	Memonitor urin output				■
	<i>Bladder training</i>				■
	Irigasi kateter <i>three way</i>			■	
	Hemodialisa		■		
	Peritoneal dialisa		■		
	Konstipasi				
	Membantu BAB				■
	Pemberian obat supositoria				■
	Enema				■
	Pendidikan kesehatan tentang diit				■
	Perubahan pola eliminasi BAB				
	Perawatan stoma				■
	Irigasi stoma				■

Pola Kesehatan Fungsional Gordon	Skill Berdasarkan Masalah Keperawatan	Tingkat Pencapaian			
		1	2	3	4
Istirahat dan Tidur	Gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat/tidur				
	Pengkajian pola tidur				
	Modifikasi lingkungan				
	Fatigue				
	Manajemen energy				
Nutrisi/Metabolisme	Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi				
	Pengkajian status nutrisi (ABCD)				
	Pemasangan NGT				
	Perawatan NGT				
	Memberi makan oral				
	Memberi makan parenteral				
	Memonitor diet khusus (DM)				
	Pemeriksaan kadar gula darah				
	Memonitor kadar gula darah				
	Pendidikan kesehatan klien DM				
	Pemberian injeksi insulin				
	Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit				
	Pemasangan infuse				
	Perawatan infuse				
	Memonitor keseimbangan cairan				
	Pemeriksaan tanda-tanda dehidrasi				
	Pemberian cairan parenteral				
	Pemberian produk darah				
Koping/stress	Inefektif koping individu dan keluarga				
	Teknik komunikasi terapeutik				
Pola Persepsi Diri	Gangguan body image				
	Penguatan kesadaran diri				
	Cemas				
	Pengkajian cemas				
Pola Kognitif dan Perseptual	Nyeri				
	Pengkajian nyeri (PQRST)				
	Manajemen nyeri				
	Resiko injuri				
	Restrain				
	Pemasangan pengaman				
	Gangguan persepsi sensori				
	Pengkajian fungsi sensori				

Pola Kesehatan Fungsional Gordon	Skill Berdasarkan Masalah Keperawatan	Tingkat Pencapaian			
		1	2	3	4
Pola Seksual dan Reproduksi	Perubahan pola hubungan seksual				
	Pengkajian sistem reproduksi				
Pola Peran dan hubungan	Inefektif koping individu/keluarga				
	Konseling				
Pola Nilai dan Keyakinan	Defisit pemenuhan kebutuhan spiritual				
	Membantu klien tayamum				
	Membantu klien sholat <i>on bed</i>				
	Membimbing klien berdoa				

Level pencapaian:

1. Mampu mengenal gambaran klinis suatu penyakit, dikaitkan dengan pengetahuan dari literature dan mengetahui bagaimana mencari informasi lebih lanjut tentang penyakit tersebut. Level ini termasuk overview saja.
2. Dapat membuat diagnose keperawatan sesuai dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sederhana, serta mampu menentukan kapan klien perlu dirujuk ke spesialis.
3. Dapat membuat diagnose perawatan sendiri, berdasarkan data dan pemeriksaan penunjang yang ada, menentukan dan melakukan tindakan baik tindakan mandiri ataupun kolaborasi/ memberikan terapi awal pada klien sebelum dirujuk ke spesialis dengan pantauan pembimbing.
4. Dapat membuat diagnose keperawatan sendiri berdasarkan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sederhana, serta mampu mengelola sendiri respon yang muncul pada klien.

BAB III PROSES BIMBINGAN

A. Metode

Selama praktik klinik stase Keperawatan Medikal Bedah, mahasiswa akan dibagi menjadi beberapa kelompok kecil. Ada beberapa ruangan yang akan digunakan mahasiswa untuk praktik di klinik disesuaikan dengan kompetensi yang harus dicapai.

No	STASE	RUANG	Waktu
1.	MEDIKAL	Bangsal Penyakit Dalam	4 Minggu
		Hemodialisa	
2.	BEDAH	Bangsal Bedah	4 Minggu
		Kamar Operasi	
		Jumlah	8 Minggu

Mahasiswa akan dibimbing oleh seorang perceptor yang akan melakukan bimbingan selama 12 jam dalam satu minggu. Kegiatan bimbingan berupa *bedside teaching* (BST), *DOPS (Direct Operational Procedure Skill)*, presentasi jurnal, presentasi kasus, mini cex, dan sesi ahli.

No	Kegiatan	Keterangan
1.	BST dan tutorial klinik	<i>Bedside teaching</i> dilaksanakan 1 kali seminggu menjadi presentator dan 3 kali menjadi audien. Penilaian dilakukan oleh pembimbing klinik dan materi telah didiskusikan oleh pembimbing klinik. Waktu untuk melakukan bedside teaching maksimal 45 menit. Setelah melakukan BST, kemudian dilanjutkan sesi tutorial dengan pembimbing klinik.
2.	Presentasi jurnal	Presentasi jurnal dilaksanakan sekali seminggu selama stase, dan menjadi audien sebanyak 3 kali. Judul sesuai dengan jurnal yang sudah dikumpulkan. Pelaksanaan presentasi didampingi oleh pembimbing akademik dan/atau pembimbing klinik. Waktu untuk melakukan presentasi jurnal maksimal 120 menit
3.	Presentasi kasus	Presentasi kasus dilaksanakan sekali seminggu selama stase, dan menjadi audien sebanyak 3 kali. Kasus yang

		dipresentasikan adalah kasus yang sudah disupervisi dan disetujui oleh preceptor. Pelaksanaan didampingi oleh pembimbing akademik dan/atau pembimbing klinik. Waktu untuk melakukan presentasi kasus maksimal 120 menit.
5	DOPS	DOPS merupakan observasi secara langsung untuk menilai kegiatan ketrampilan (SKILL) di KMB. Dilaksanakan sebanyak 4 kali selama praktek. Waktu DOPS adalah 15 menit. Pelaksanaan dinilai oleh pembimbing klinik.
6	Mini Cex	Mini Cex merupakan bentuk kegiatan evaluasi kemampuan skill mahasiswa berupa pembuatan asuhan keperawatan dan kegiatan keterampilan yang dilaksanakan selama 240 menit. Dilaksanakan sebanyak satu kali selama praktek. Pelaksanaan didampingi oleh pembimbing klinik dan pembimbing akademik.

Mahasiswa mempunyai 8 minggu efektif kegiatan belajar mengajar di klinik. Dan mahasiswa mengikuti ujian Mini-Cex dua kali yaitu Ujian Mini-Cex Formatif pada minggu efektif dan Minggu terakhir digunakan untuk melakukan mini-CEX Sumatif sebagai ujian stase. Selama menempuh proses pembelajaran klinik pada stase keperawatan medical bedah, mahasiswa tahap profesi akan mendapatkan bimbingan kasus maupun skill kompetensi. Proses bimbingan khusus menggunakan metode *bedside teaching* dan tutorial, sedangkan untuk bimbingan skill menggunakan metode DOPS. Adapun kasus dan skill minimal yang harus dikuasai mahasiswa adalah sebagai berikut :

Daftar topic *bedside teaching* selama mahasiswa praktik di kamar operasi

No	Topik
1.	Bedah orthopedic
2.	Bedah digesti
3.	Bedah neurology
4.	Bedah urologi

Daftar topic *bedside teaching* (kasus) selama mahasiswa praktik di bangsal bedah, Bangsal penyakit dalam, poliklinik, dan ruang hemodialisa

No	Topik
1.	Cedera Kepala
2.	Stroke
3.	Decompensasi cordis
4.	Hipertensi
5.	PPOK

6.	Diabetes Melitus
7.	Apendiksitis
8.	BPH
9.	Fraktur
10.	Gagal ginjal

Daftar skill selama mahasiswa praktik di bangsal bedah, bangsal penyakit dalam, dan ruang hemodialisa

No	Topik
1.	Pemeriksaan fisik kepala leher
2.	Pemeriksaan fisik dada
3.	Pemeriksaan fisik abdomen
4.	Pengkajian musculoskeletal
5.	Pemasangan dan perawatan infuse
6.	Pemasangan dan perawatan kateter
7.	Perawatan luka
8.	Pemasangan NGT
9.	Pemberian obat IM/IV/IC/SC/PO/topical
10.	ROM aktif/pasif
11.	Pendidikan kesehatan klien DM
12.	Angkat jahitan
13.	Pengenalan hermodialisa
14.	Pengukuran JVP
15.	Menyusun discharge planning utk penyakit kronis

Daftar materi sesi ahli

No	Topik
1.	Pemeriksaan neurologi
2.	Cairan dan elektrolit
3.	Terapi oksigen
4.	Pemberian obat-obatan sitostatika
5.	Instrumentasi I
6.	Instrumentasi II
7.	Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium sederhana
8.	Pengenalan alat penunjang medik (laparaskopi, endoskopi, tretmil)
9.	Interpretasi ro thorax dan hasil pemeriksaan radiology sederhana
10.	HIV/AIDS
11.	Pengenalan alat HD

Keterangan:

Daftar tabel target yang harus dicapai mahasiswa diatas adalah garis besar materi, sedangkan untuk materi yang terinci diharapkan ada kerja sama antara preceptor dan pembimbing klinik yang membimbing mahasiswa, dan diinformasikan kepada mahasiswa sebelum pelaksanaan kegiatan.

Tata Tertib

1. Kehadiran mahasiswa adalah 100%
2. Mahasiswa yang datang terlambat maupun meninggalkan jam praktik wajib memperpanjang jam praktik sesuai dengan jam keterlambatan maupun kekurangan jam praktik.
3. Mahasiswa yang akan meninggalkan jam praktik wajib lapor kepada pembimbing yang bersangkutan.
4. Mahasiswa yang tidak masuk WAJIB mengganti waktu praktek yang ditinggalkan dengan ketentuan:
 - a. Sakit → mengganti sesuai dengan hari yang ditinggalkan. (Harus disertai surat keterangan dari dokter)
 - b. Ijin dengan surat tertulis → mengganti sesuai dengan hari yang tinggalkan.
 - c. Ijin dengan surat tidak tertulis & ALPHA → mengganti dua kali hari yang ditinggalkan.
5. Mahasiswa **wajib** mengumpulkan laporan di akhir stase
6. Selama praktik mahasiswa wajib mengenakan seragam profesi, bersih, rapi, sopan beserta identitasnya. Identitas diletakkan dimana orang lain dengan mudah mengenalinya. Menggunakan sepatu tertutup (pantofel dengan hak 2-3 cm atau flat). Tidak mengenakan perhiasan yang berlebihan. Sanksi akan diberikan bila terjadi pelanggaran pada poin-poin tersebut dengan meminta mahasiswa pulang dan menambah waktu praktik di hari yang lain.
7. Membawa nursing kit selama praktik
8. Mengisi presensi yang ada di buku panduan dengan diketahui oleh pembimbing
9. Berdiskusi dan atau berkonsultasi dengan pembimbing bila mengalami kesulitan dalam pelaksanaan praktik dapat dilakukan selama dan di luar waktu praktik pada jam kerja
10. Kontrak waktu dengan pembimbing paling lambat sehari sebelum kegiatan agar kegiatan tersebut dapat dihadiri dan dinilai.
11. Selama praktek, coordinator stase berhak untuk menegur atau tidak meluluskan mahasiswa yang bertindak tidak profesional dalam sikap, kognitif, dan psikomotor.

B. Buku Ajar

Ignatavicius, Workman. (2006). *Medical Surgical Nursing : Critical Thinking for Collaborative Care*. Volume 1. Elsevier : St Louis, Missouri.

Ignatavicius, Workman. (2006). *Medical Surgical Nursing : Critical Thinking for Collaborative Care*. Volume 2. Elsevier : St Louis, Missouri.

NANDA International. (2006). *NANDA nursing diagnoses : Defition and classification 2003-2004*. Philadelphia.

Wilkinson, J.M. (2000). *Nursing diagnosis handbook with NIC interventions and NOC outcome (7th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.

BAB IV EVALUASI

A. KELULUSAN PERFORMANCE STASE

(sebagai pertimbangan untuk kelulusan dalam stase)

1. Kehadiran : Mahasiswa wajib hadir 100%
2. Mahasiswa wajib menyerahkan 10 laporan kasus kelolaan selama menempuh pendidikan di stase keperawatan medical bedah
3. Mahasiswa wajib membuat 30 laporan catatan perkembangan harian (SOAP)
4. Pencapaian skill kompetensi minimal 75% dari kompetensi skill yang ditetapkan
5. Mahasiswa menunjukkan perilaku sebagai seorang calon professional yang Islami

B. PENILAIAN

Penilaian mahasiswa pada stase keperawatan medical bedah menggabungkan dua komponen utama, yaitu : Komponen proses (75%) dan Ujian Akhir Stase (25%)

Yang termasuk dalam nilai proses adalah :

No	Nama Kegiatan	Bobot (a)	Skor Rata-rata (b)	Hasil (a) x (b)
1.	Bedside teaching	30%		
2.	Presentasi kasus	10%		
3.	Presentasi jurnal	10%		
4.	Mini-CEX (formatif)	15%		
5.	DOPS	10%		

Yang termasuk nilai ujian adalah ujian akhir stase dengan metode mini-CEX

No	Nama Kegiatan	Bobot (a)	Skor Rata-rata (b)	Hasil (a) x (b)
1.	Mini-CEX	25%		

Nilai Total adalah jumlah dari nilai proses dan nilai ujian akhir stase

Sedangkan untuk menilai sikap dan perilaku mahasiswa maka dimasukkan komentar dalam form catatan sikap professional yang akan diisi oleh preceptor.

BAB V

LOG BOOK PROFESI

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH
KLATEN**

RUMAH SAKIT

.....

LEMBAR DAFTAR HADIR HARIAN

No	Tempat Praktek	Tanggal	Kehadiran				Ket.
			Datang	Paraf Pembimbing	Pulang	Paraf Pembimbing	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							
37.							

No	Tempat Praktek	Tanggal	Kehadiran				Ket.
			Datang	Paraf Pembimbing	Pulang	Paraf Pembimbing	
38.							
39.							
40.							
41.							
42.							
43.							
44.							
45.							
46.							
47.							
48.							
49.							
50.							
51.							
52.							
53.							
54.							
55.							
56.							
57.							
58.							
59.							
60.							
61.							
62.							
63.							
64.							
65.							
66.							
67.							
68.							
69.							
70.							
71.							
72.							
73.							
74.							
75.							
76.							
77.							

No	Tempat Praktik	Tanggal	Kehadiran				Ket.
			Datang	Paraf Pembimbing	Pulang	Paraf Pembimbing	
78							
79.							
80.							
81.							
82.							
83							
84.							
85.							
86.							
87.							
88.							
89							
90.							
91.							
92.							
93.							
94.							
95.							
96.							
97.							
98.							
99.							
100.							
101.							
102.							
103.							
104.							
105.							
106.							
107.							
108.							
109.							
110.							
111.							
112.							
113.							
114							
115							
116							
117							

No	Tempat Praktek	Tangga l	Kehadiran				Ket.
			Datang	Paraf Pembimbing	Pulang	Paraf Pembimbing	
118.							
119.							
120.							
121.							
122.							
123.							
124.							
125.							
126.							
127.							
128.							
129.							
130.							
131.							
132.							
133.							
134.							
135.							
136.							
137.							
138.							
139.							
140.							
141.							
142.							
143.							
144.							
145.							
146.							
147.							
148.							
149.							
150.							
151.							
152.							
153.							
154.							
155.							
156.							
157.							
158.							
159.							
160.							

LEMBAR KEGIATAN BEDSIDE TEACHING

No	Topik	Tanggal	Tempat	Paraf Preseptor
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30				

LEMBAR KEGIATAN PRESENTASI KASUS

No.	Tanggal	Kasus	Paraf Perceptor	Keterangan
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

LEMBAR KEGIATAN PRESENTASI JURNAL

No	Tanggal	Judul	Paraf Preseptor
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

LEMBAR KEGIATAN SESI AHLI

No	Tanggal	Materi	Paraf Preseptor
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	Kasus	No RM	Paraf Preseptor
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

LAPORAN CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	Kasus	No RM	Paraf Preseptor
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

UJIAN AKHIR DEPARTEMEN
(Menggunakan Metode Mini-CEX)

No	TANGGAL	KASUS YANG DIUJIKAN	NILAI	TTD DAN NAMA PENGUJI

Catatan :

CATATAN DAN ETIKA PROFESIONAL

Komponen	Catatan
Sikap	
Komunikasi	
Kedisiplinan	
Kepercayaan diri	
Efisiensi & efektivitas kerja	
Catatan tambahan	

LAMPIRAN

PETUNJUK PENGISIAN LOG BOOK PROFESI

LEMBAR PRESENSI HARIAN

- Merupakan kegiatan setiap hari ko-ners secara keseluruhan
- Tempat praktek adalah unit dimana mahasiswa menjalin ko-ners
- Tanggal adalah waktu dimana mahasiswa menjalin ko-ners (missal 1 November 2015)
- Kolom datang dan pulang berisi jam saat mahasiswa ko-ners melakukan praktek (missal 07.00)
- Kolom paraf berisi paraf pembimbing yang memiliki kewenangan/bertanggungjawab atas pembimbingan mahasiswa ko-ners di unit tersebut.

LEMBAR KEGIATAN *BEDSIDE TEACHING*

- Merupakan kegiatan dimana mahasiswa mendapat bimbingan secara langsung oleh pembimbing untuk materi atau kasus-kasus tertentu
- Topik adalah materi yang dibahas
- Tanggal adalah waktu pelaksanaan bimbingan
- Tempat adalah ruangan dimana kegiatan *bedside teaching* dilakukan
- Preseptor adalah pembimbing yang memberikan/bertanggung jawab atas judul/materi, mencantumkan nama dan paraf

LEMBAR KEGIATAN PRESENTASI KASUS

- Merupakan kegiatan penyampaian / presentasi kasus oleh mahasiswa ko-ners secara mandiri
- Tanggal adalah waktu pelaksanaan presentasi
- Kasus adalah materi presentasi kasus berdasarkan kasus kelolaan ko-ners
- No RM adalah nomer rekam medis klien berdasarkan nomer rekam medis RS
- Preseptor adalah pembimbing yang memandu presentasi, mencantumkan nama dan paraf

KEGIATAN PRESENTASI JURNAL

- Merupakan kegiatan penyampaian /presentasi jurnal oleh mahasiswa ko-ners secara berkelompok
- Tanggal adalah waktu pelaksanaan presentasi
- Judul adalah judul jurnal yang dipresentasikan sesuai dengan jurnal yang sudah dikumpulkan dan direvisi
- Preseptor adalah pembimbing yang memandu presentasi, mencantumkan nama dan paraf

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

- Merupakan kegiatan wajib koners untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan tiap minggunya
- Tanggal adalah waktu pengumpulan laporan asuhan keperawatan
- Kasus adalah diagnosa medis yang diambil untuk asuhan keperawatan kelolaan
- No RM adalah nomer rekam medis klien berdasarkan nomer rekam medis RS
- Preseptor adalah pembimbing yang menerima laporan kasus ko-ners, mencantumkan nama dan paraf

LAPORAN CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)

- Merupakan kegiatan wajib koners untuk mendokumentasikan catatan perkembangan tiap hari klien kelolaan
- Tanggal adalah waktu pengumpulan laporan asuhan keperawatan
- Kasus adalah diagnosa medis yang diambil untuk asuhan keperawatan kelolaan
- No RM adalah nomer rekam medis klien berdasarkan nomer rekam medis RS
- Preseptor adalah pembimbing yang menerima laporan kasus ko-ners, mencantumkan nama dan paraf

LEMBAR KEGIATAN SESI AHLI

- Merupakan kegiatan ko-ners untuk penambahan materi oleh ahlinya
- Tanggal adalah waktu pelaksanaan sesi ahli
- Materi adalah topic yang akan dipelajari
- Preseptor adalah pembimbing yang menerima laporan kasus ko-ners, mencantumkan nama dan paraf

UJIAN AKHIR STASE

- Merupakan kegiatan evaluasi mahasiswa pada akhir ko-ners
- Nilai adalah hasil penilaian atas beberapa aspek penilaian
- Penguji adalah ners yang berwenang dalam menguji (ujian akhir) mahasiswa
- Catatan adalah hal yang perlu diperhatikan oleh mahasiswa maupun pembimbing

CATATAN SIKAP DAN ETIKA PROFESIONAL

- Catatan sikap dan etika professional merupakan catatan mengenai sikap dan etika mahasiswa selama menempuh pendidikan pada departemen yang bersangkutan
- Catatan dibuat oleh preceptor dengan mendengarkan masukan dari staf perawat yang ada di ruang/bangsal yang menjadi tempat praktek mahasiswa

PENCAPAIAN KETRAMPILAN

- Merupakan keterampilan yang telah dicapai / dilakukan oleh mahasiswa ko-ass
- Tanggal adalah waktu pelaksanaan ketrampilan
- Pembimbing adalah perawat yang mengetahui pelaksanaan ketrampilan tersebut

LEMBAR PENILAIAN

- Merupakan hasil penilaian atas seluruh kegiatan ko-ners
- Meliputi beberapa aspek/komponen penilaian dan di beberapa rumah sakit
- Nilai akhir berupa angka dan huruf
- Diisi oleh penanggung jawab profesi

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN
Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah**

HARI/TANGGAL :
JAM Pengkajian :
PENKAJI :
RUANG :

I. IDENTITAS

A. PASIEN

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Agama :
Status Perkawinan :
Pekerjaan :
Pendidikan terakhir :
Alamat :
No.CM :
Diagnostik Medis :
Tgl masuk RS :

B. PENANGGUNG JAWAB

Nama :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :

II. RIWAYAT KEPERAWATAN

A. RIWAYAT KESEHATAN PASIEN

1. Riwayat Penyakit Sekarang
 - a. Keluhan utama
 - b. Kronologi penyakit saat ini (dimulai kapan klien sakit, riwayat pengobatan, respon terhadap pengobatan, perjalanan pengobatan/perawatan di RS saat ini).
 - c. Pengaruh penyakit terhadap pasien
 - d. Apa yang diharapkan pasien dari pelayanan kesehatan

2. Riwayat Penyakit Masa Lalu
 - a. Penyakit masa anak – anak.
 - b. Imunisasi
 - c. Alergi
 - d. Pengalaman sakit / dirawat sebelumnya
 - e. Pengobatan terakhir.
- B. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**
1. Genogram (minimal 3 generasi)
 - a. Dengan siapa klien tinggal dan berapa jumlah keluarga?
 - b. Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa?
 - c. Apakah ada keluarga yang mempunyai penyakit menular atau menurun?
 - d. Bagaimana efek yang terjadi pada keluarga bila salah satu anggota keluarga sakit?
- C. PENGKAJIAN BIOLOGIS (Dikaji sebelum dan sesudah sakit)**
1. RASA AMAN DAN NYAMAN
 - a. Apakah ada rasa nyeri? Di bagian mana ? jelaskan secara rinci: PQRST.
 - b. Apakah mengganggu aktifitas?
 - c. Apakah yang dilakukan untuk mengurangi / menghilangkan nyeri?
 - d. Apakah cara yang digunakan untuk mengurangi nyeri efektif?
 - e. Apakah ada riwayat pembedahan ?
 2. AKTIFITAS ISTIRAHAT – TIDUR
 - a. **AKTIFITAS**
 1. Apakah klien selalu berolah raga? Jenis OR?
 2. Apakah klien menggunakan alat bantu dalam beraktifitas?
 3. Apakah ada gangguan aktifitas?
 4. Berapa lama melakukan kegiatan perhari? Jam erapa mulai kerja?
 5. Apakah klien mempunyai ketrampilan khusus?
 6. Bagaimana aktifitas klien saat sakit sekarang ini? Apakah perlu bantuan? **Jelaskan secara Rinci.**
 - b. **ISTIRAHAT**
 1. Kapan dan berapa lama klien beristirahat?
 2. Apa kegiatan untuk mengisi waktu luang?
 3. Apakah klien menyediakan waktu khusus untuk istirahat?
 4. Apakah pengisian waktu luang sesuai hoby?

5. Bagaimana istirahat klien saat sakit sekarang ini?

c. TIDUR

1. Bagaimana pola tidur klien? (jam, berapa lam, nyenyak/tidak?)
2. Apakah kondisi saat ini mengganggu klien?
3. Apakah klien terbiasa menggunakan obat penenang sebelum tidur?
4. Kegiatan apa yang dilakukan menjelang tidur?
5. Bagaimana kebiasaan tidur?
6. Berapa jam klien tidur? Bagaimana kualitas tidurnya ?
7. Apakah klien sering terjaga saat tidur?
8. Pernahkan mengalami gangguan tidur? Jenis nya?
9. Apa hal yang ditimbulkan akibat gangguan tersebut?

3. CAIRAN

- a. Berapa banyak klien minum perhari? Gelas?
- b. Minuman apa yang disukai klien dan yang biasa diminum klien?
- c. Apakah ada minuman yang disukai/ dipantang?
- d. Apakah klien terbiasa minum alkohol?
- e. Bagaimana pola pemenuhan cairan perhari?
- f. Ada program pembatasan cairan?
- g. Bagaimana balance cairan klien ?

4. NUTRISI

- a. Apa yang biasa di makan klien tiap hari?
- b. Bagaimana pola pemenuhan nutrisi klien? Berapa kli perhari?
- c. Apakah ada makanan kesukaan, makanan yang dipantang?
- d. Apakah ada riwayat alergi terhadap makanan?
- e. Apakah ada kesulitan menelan? Mengunyah?
- f. Apakah ada alat bantu dalam makan? Sonde, infus.
- g. Apakah ada yang menyebabkan gangguan pencernaan?
- h. Bagaimana kondisi gigi geligi klien? Jumlah gigi? Gigi palsu? Kekuatan gigi?
- i. Adakah riwayat pembedahan dan pengobatan yang berkaitan dengan sistem pencernaan?
- j. Adakah program DIET bagi klien ? Jenis ? Bila ada, jelaskan secara RINCI !

5. ELIMINASI: URINE DAN FESES

- a. **Eliminasi feses:**
1. Bagaimana pola klien dalam defekasi? Kapan, pola dan karakteristik feses?
 2. Apakah terbiasa menggunakan obat pencahar?
 3. Apakah ada kesulitan?
 4. Usaha yang dilakukan klien untuk mengatasi masalah?
 5. Apakah klien menggunakan alat bantu untuk defekasi?

- b. **Eliminasi Urine:**
1. Apakah BAK klien teratur?
 2. Bagaimana pola , frekuensi, waktu, karakteristik serta perubahan yang terjadi dalam miksi?
 3. Bagaimana perubahan pola miksi klien?
 4. Apakah ada riwayat pembedahan, apakah menggunakan alat bantu dalam miksi?
 5. Berapa volume air kemih?
 6. Bila menggunakan alat bantu sudah berapa lama?

6. KEBUTUHAN OKSIGENASI DAN KARBONDIOKSIDA

- a. **PERNAFASAN.**
1. Apakah ada kesulitan dalam bernafas? Bunyi nafas? Dyspnea?
 2. Apakah yang dilakukan klien untuk mengatasi masalah?
 3. Apakah klien menggunakan alat bantu pernafasan? (Ya, jelaskan apa jenisnya)
 4. Posisi yang nyaman bagi klien?
 5. Apakah klien terbiasa merokok? Obat – obatan untuk melancarkan pernafasan?
 6. Apakah ada alergi terhadap debu, obat- obatan dll?
 7. Apakah klien pernah dirawat dengan gangguan pernafasan?
 8. Apakah klien pernah punya riwayat gangguan pernafasan dan mendapat pengobatan? (Ya, apa jenis obat, berapa lama pemberiannya? Kapan?)

- b. **KARDIVASKULER**
1. Apakah klien cepat lelah?
 2. Apakah ada keluhan berdebar – debar? Nyeri dada yang menyebar? Pusing? Rasa berat didada?
 3. Apakah klien menggunakan alat pacu jantung?
 4. Apakah klien mendapat obat untuk mengatasi gangguan kardiovaskuler?

7. PERSONAL HYGIENE

- a. Bagaimana pola personal hygiene? Berapa kali mandi, gosok gigi dll?
- b. Berapa hari klien terbiasa cuci rambut?
- c. Apakah klien memerlukan bantuan dalam melakukan personal hygiene?

8. SEX

- a. Apakah ada kesulitan dalam hubungan seksual?
- b. Apakah penyakit sekarang mempengaruhi / mengganggu fungsi seksual?

D. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Psikologi.

- a. Status Emosi.
 1. Apakah klien dapat mengekspresikan perasaannya?
 2. Bagaimana suasana hati klien?
 3. Bagaimana perasaan klien saat ini?
 4. Apa yang dilakukan bila suasana hati sedih, marah, gembira?
- b. Konsep diri:
 1. Bagaimana klien memandang dirinya?
 2. Hal – hal apa yang disukai klien?
 3. Bagaimana klien memandang diri sendiri ?
 4. Apakah klien mampu mengidentifikasi kekuatan, kelemahan yang ada pada dirinya?
 5. Hal – hal apa yang dapat dilakukan klien saat ini?

2. Hubungan sosial:

- a. Apakah klien mempunyai teman dekat?
- b. Siapa yang dipercaya klien?
- c. Apakah klien ikut dalam kegiatan masyarakat?
- d. Apakah pekerjaan klien sekarang? Apakah sesuai kemampuan?

3. Spiritual.

- a. Apakah klien menganut satu agama?
- b. Saat ini apakah klien mengalami gangguan dalam menjalankan ibadah?
- c. Bagaimana hubungan antara manusia dan Tuhan dalam agama klien?

III. PEMERIKSAAN FISIK

A. KEADAAN UMUM

1. Kesadaran: GCS:
2. Kondisi klien secara umum
3. Tanda – tanda vital
4. Pertumbuhan fisik: TB, BB, postur tubuh, antropometri
5. Keadaan kulit: wana, tekstur, kelaianan kulit.

B. PEMERIKSAAN CEPALO KAUDAL

1. Kelapa
 - a. Bentuk, keadaan kulit, pertumbuhan rambut.
 - b. Mata: kebersihan, penglihatan, pupil, reflek, sklera, konjungtiva.
 - c. Telinga: bentuk, kebersihan, sekret, fungsi dan nyeri telinga?
 - d. Hidung: fungsi, polip, sekret, nyeri?
 - e. Mulut: kemampuan bicara, keadaan bibir, selaput mukosa, warna lidah, gigi (letak, kondisi gigi), oropharing (bau nafas, suara parau, dahak)
2. Leher
Bentuk, gerakan, pembesaran thyroid, kelenjar getah bening, tonsil, JVP, Nyeri telan?
3. Dada
 - a. Inspeksi: Bentuk dada, kelainan bentuk, retraksi otot dada, pergerakan selma pernafasan, jenis pernafasan.
 - b. Auskultasi: Suara pernafasan, Bunyi jantung, suara abnormal yang ditemui.
 - c. Perkusi: batas jantung dan paru? Dullness.
 - d. Palpasi: simetris?, nyeri tekan? Massa? Pernafasan (kedalaman, kecepatan), ictus kordis.
4. Abdomen
 - a. Inspeksi: simetris?, contour, warna kulit, vena, ostomy.
 - b. Auskultasi: frekuensi dan intensitas peristaltik.
 - c. Perkusi: Udara. Cairan, massa/ tumor?
 - d. Palpasi: tonus otot, kekenyalan, ukuran organ, massa, hernia, hepar, lien?
5. Genetalia, Anus dan rektum
 - a. Inspeksi: warna, terpasang alat bantu, kelainan genital, simpisis?

- b. Palpasi: teraba penumpukan urine?
- 6. Ekstremitas:
 - a. Atas: kelengkapan, kelainan jari, tonu otot, kesimetrisan gerak, ada yang mengganggu gerak?, kekuatan otot, gerakan otot, gerakan bahu, siku, pergelangan tangan dan jari – jari
 - b. Bawah: kelengkapan, edema perifer, kekuatan otot, bentuk kaki, varices, gerakan otot, gerakan panggul, lutut, pergelangan kaki dan jari – jari.

IV. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Data Lab/Diagnostik yang Signifikan

Tanggal	Test	Hasil	Hasil Normal	Alasan untuk nilai abnormal

Hasil Studi diagnostik (X-rays/Procedur Khusus/Patologi)

V. TERAPHI YANG DIBERIKAN

VI. Discharge Planning

- Tidak ada masalah Gangguan Mobilitas Lainnya :
- Pengobatan Masalah finansial
- Lingkungan rumah Lainnya
- Kurang dukungan keluarga

Yang harus dilakukan klien :

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

Tanda tangan Ko-ners _____ Tanggal pengkajian terlengkap

Tulis dengan tinta merah definisi karakteristik yang mendukung masalah keperawatan yang diidentifikasi dan perubahan yang ditemukan pada *inisial assesment*.

**FORMAT PENCATATAN ASUHAN KEPERAWATAN
ANALISA DATA**

No	TGL/JAM	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS DIAGNOSA

No	TGL/JAM	DIAGNOSA	PRIORITAS

RENCANA KEPERAWATAN

No	TGL/JAM	RENCANA INTERVENSI

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI TINDAKAN	TTD/NAMA

CATATAN PERKEMBANGAN

NO	HR/TGL	CATATAN PERKEMBANGAN	TANDA-TANGAN

--	--	--	--

**BUKU KERJA HARIAN MAHASISWA DI RUANG HEMODIALISA
PROGRAM PROFESI NERS STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN**



CARA MENGGUNAKAN BUKU KERJA HARIAN

1. Isilah buku kerja harian sesuai dengan kegiatan yang anda lakukan selama peminatan hemodialisa
2. Mintalah tanda tangan kepada pembimbing klinik jika telah mencapai target kompetensinya
3. Tulis nama terang pembimbing klinik setiap anda meminta tanda tangan
4. Bawalah buku kerja harian ini selama anda mengikuti peminatann hemodialisa
5. Setiap mengisi buku kerja harian ini, tidak diperbolehkan ditipe-EX. Jika ada kesalahan penulisan atau pengisian harus dicoret dan diparaf pembimbing klinik

LEARNING GUIDELINESS Di Ruang Hemodialisa

Description : Keperawatan Medikal Bedah khususnya keperawatan ginjal intensif merupakan pelayanan keperawatan profesional yang didasarkan pada ilmu dan keterampilan keperawatan meliputi pendekatan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual yang komprehensif. Dalam prakteknya, perawat akan berkolaborasi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya, sesuai dengan tanggung jawab dan kompetensinya masing-masing.

Konten pembelajaran

Praktek Belajar Klinik ini berfokus perawatan pasien pada setting keperawatan ginjal intensif. Meliputi intervensi keperawatan, tindakan kolaborasi, dan rehabilitasi terkait penyakit. Selain itu keperawatan ginjal intensif ini juga berfokus pada perawatan penyakit terminal pada pasien dan keluarga. Kegiatan profesi ini hanya dilaksanakan selama 1 minggu di ruang hemodialisa .

Tujuan Pembelajaran:

Setelah melampaui stase peminatan Dialisis mahasiswa diharapkan mampu memahami dan memperdalam ilmu dan keterampilan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis baik yang menjalani hemodialisa atau CAPD.

Target Kompetensi

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian dan intervensi pada pasien gagal ginjal kronis dengan berbagai gangguan sistem tubuh;

Area kompetensi yang akan direview

No	Area kompetensi Kasus
1	Asuhan Keperawatan pada pasien hemodialisa dengan Hepatitis
2	Asuhan Keperawatan pada pasien hemodialisa dengan Udem Pulmo
3	Asuhan Keperawatan pada pasien hemodialisa dengan Anemia berat
4	Asuhan Keperawatan pada pasien hemodialisa dengan ascites
5	Asuhan Keperawatan pada pasien hemodialisa dengan Udem Anasarka
6	Asuhan Keperawatan pada pasien hemodialisa dengan Gangguan

	Kulit
7	Asuhan Keperawatan pada pasien hemodialisa dengan masalah psikosis
8	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan CAPD
9	
10	
11	
12	
13	

2. Mahasiswa mampu mengimplementasikan intervensi keperawatan pada pasien yang menjalani hemodialisa dengan target level of competencies (LOC) target;

No	List of Competencies
1	
2	Persiapan Mesin HD (including priming, soaking, sirkulasi)
3	Memulai HD (setting UF, lama HD, TMP, dll)
4	Inseri AV fistule (shunt/ cimino)
5	Inseri AV fistule (vena femoral)
6	Inseri akses vaskular (HD cath)
7	Intermittent Heparinisasi
8	Continous Heparinisasi
9	Monitoring komplikasi Intradialitik pada pasien
10	Monitoring tanda-tanda vital pasien
11	Blood transfusion
12	Mengelola obat saat HD
13	Ending Mesin Hd
14	Re-use
15	Sequel Ultrafiltration
16	Menghitung Balance cairan
17	Memberi pendidikan kesehatan terkait manajemen perawatan pada hemodialisa
18	Perawatan CAPD

Penugasan

- Laporan Asuhan keperawatan:
 1. Askep pre hemodialisa
 2. Askep intra hemodialisa
 3. Askep post hemodialisa
 Kegiatan DOPs

Target Level of Competence (LoC) dibagi menjadi 4 yakni :

Level 1 : Memahami secara teoritis

- Level 2 : Memahami dan melihat prosedur pada pasien (hanya observasi)
- Level 3 : Melakukan secara terbatas pada pasien di bawah supervise
- Level 4 : Melakukan secara mandiri

Lampiran

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

CONTOH JUDUL : LAPORAN PENDAHULUAN ASUHAN KEPERAWATAN
KLIEN HEMODIALISA DENGAN ANEMIA BERAT

Meliputi :

- I. HEMODIALISA DAN ANEMIA BERAT
 - A. PENGERTIAN
 - B. INDIKASI
 - C. PROSES TINDAKAN
 - D. PERSIAPAN ALAT
- II. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNGKIN MUNCUL
PREHEMODIALISA, INTRAHEMODIALISA DAN POST HEMODIALISA
- III. PENATALAKSANAAN KEPERAWATAN
- IV. DAFTAR PUSTAKA

Lampiran

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

FORMAT LAPORAN KASUS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DI RUANG HEMODIALISA

NAMA MAHASISWA :

NIM :

TANGGAL PRAKTEK :

ASUHAN KEPERAWATAN

▪ **Asuhan Keperawatan Pre HD**

➤ Identitas

Nama :

Umur :

Status :

Agama :

Tanggal masuk :

Tanggal pengkajian :

Sumber informasi:

➤ Pengkajian

A. Riwayat Kesehatan

Dx Medis:

Jenis HD:

Tempat insersi HD:

Keluhan utama:

RPS:

RPD:

B. Pola kebiasaan

a. Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

b. Nutrisi/ metabolic

c. Pola eliminasi

d. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilisasi di tempat tidur					
Berpindah					

Ambulasi ROM					
--------------	--	--	--	--	--

0: mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat,
4: tergantung total

oksigenasi:

1. pola tidur dan istirahat
2. pola persepsi, sensori, kognitif
3. pola persepsi diri
4. pola seksual dan reproduksi
5. pola peran-hubungan
6. pola manajemen coping stress
7. sistem nilai dan keyakinan

Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan:

Pemeriksaan Fisik;

- Keadaan umum
- Kulit
- Kepala
- Mata
- Telinga
- Hidung
- Mulut
- Leher
- Dada
- Payudara
- Paru-paru
- Abdomen
- Genitalia
- Anus dan rectum

- Muskuloskeletal
- Neurology

Pemeriksaan Laboratorium:

Persiapan HD:

Persiapan saat di ruang penerimaan:

Analisa data:

Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	INTERVENSI

Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa	Implementasi	Evaluasi

Asuhan Keperawatan Intra HD

- Pengkajian

Persiapan Perawat:

Persiapan Alat dan Ruang:

Alat steril

Alat tidak steril

Persiapan Pasien

Prosedur HD

Analisa data:

Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	INTERVENSI

--	--	--	--

Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa	Implementasi	Evaluasi

ASUHAN KEPERAWATAN POST HD

- Pengkajian

Analisa data:

Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	INTERVENSI

Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa	Implementasi	Evaluasi

--	--	--

FORMAT PENGKAJIAN DI RUANG OPERASI
STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN

IDENTITAS :

Nama (inisial) :
 No.RM :
 Usia :
 Jenis kelamin :
 Alamat :
 Diagnosa Medis :
 Tindakan operas :

A. PRE OPERASI

1. Persiapan Operasi :

- a. Informed consent : ada/tidak
- b. Sedia darah : ya/tidak
 Jenis darah :
 Jumlah :cc
- c. Skeren : ya/tidak
- d. Baju operasi : ya/tidak
- e. Lokasi operasi
- f. Riwayat alergi
- g. Saturasi O2 pre operasi
- h. Kesulitan bernafas
- i. Bleeding

DATA:

DS

DO (termasuk di dalamnya pemeriksaan TTV, pemeriksaan penunjang)

Kesadaran :.....

TD :

RR :.....

HR :.....

Pemeriksaan penunjang :.....

Diagnosa Keperawatan :

- 1.
- 2.
- 3.

Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

Implementasi

- 1
- 2
- 3

B. INTRA OPERASI

1. Fokus Pengkajian

- a. DS : -
- b. DO
 - i. Antibiotik profilaksis
 - ii. Efek anestesi (sekresi lendir meningkat,reflek batuk)
 - iii. Sianosis
 - iv. Suara nafas ngorok
 - v. Posisi pasien pada saat pembedahan
 - vi. Suhu tubuh pasien
 - vii. Keadaan luka sayat operasi (lebar luka Cm, lama pembedahan, Perdarahancc; urinecc)
 - viii. Terpasang NGT
 - ix. Amati perubahan tanda-tanda vital setiap 15 menit sekali

15' pertama

15' kedua

15' ketiga , ds

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

C. POST OPERATIF

1. Fokus Pengkajian

DS : -

DO :

Monitor TTV (TD,RR,HR,suhu) dan kesadaran setiap 15 menit

Saturasi oksigen post operasi

Penggunaan oksigen

Monitor tetesan infus

Posisi klien

Spesimen (ada/tidak)

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN
3. INTERVENSI KEPERAWATAN

Pembimbing Lahan

(.....)

Klaten,
Mahasiswa

(.....)

PERAWATAN KOLOSTOMI

Persiapan Alat

1. Kantong Kolostomi
2. Set ganti balut dan kassa (pincet, kain kecil)
3. Kapas Sublimat, Na Cl
4. Zink salep dan Betadine sol (k/p), mengalami tanda-tanda iritasi
5. Sarung tangan
6. Perlak dan alasnya
7. Bengkok
8. Tempat sampah dan plastic

Tahap Pre Interaksi

1. Baca catatan keperawatan dan catatan medis klien
2. Siapkan alat-alat
3. Siapkan Lingkungan Klien
4. Cuci tangan

Tahap Orientasi

1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya
2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien/keluarga

Tahap Kerja

1. Beri kesempatan klien untuk bertanya
2. Menggunakan sarung tangan

3. Meletakkan perlek dan lasnya di bagian kanan/kiri pasien sesuai letak stoma
4. Meletakkan bengkok di atas perlek dan didekatkan ke tubuh pasien
5. Mengobservasi produk stoma (warna, konsistensi, dll)
6. membuka kantong kolostomi secara hati-hati dengan menggunakan pincet dan tangan kiri menekan kulit pasien
7. Membersihkan kulit sekitar stoma dengan kapas sublimat/kapas hangat (air hangat)
8. Membersihkan stoma dengan sangat hati-hati menggunakan kapas sublimat/kapas basah (air hangat)
9. Mengeringkan kulit sekitar stoma dengan kasa steriil
10. Observasi stoma dan kulit sekitar stoma
11. Memberikan zink salep/zink oil (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma
12. Mengukur stoma dan membuat kantong kolostomi sesuai ukuran stoma
13. Membuka salah satu sisi (sebagian) perekat kantong kolostomi
14. Menempelkan kantong kolostomi dengan posisi vertikal kantong kolostomi dengan posisi vertikal/Horisontal/miring sesuai kebutuhan pasien
15. Menggunakan pincet untuk mempermudah
16. Memasukkan stoma melalui lubang kantong kolostomi
17. Membuka sisi perekat, hindari masuknya udara dalam kantong kolostomi
18. Merapikan pasien dan lingkungannya
19. Merapikan alat-alat dan membuang sampah
20. Melepas sarung tangan
21. Mencuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi respon dan kondisi klien
2. Simpulkan hasil kegiatan
3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
4. Cuci tangan

Dokumentasi

1. Catat hasil tindakan di dalam catatan keperawatan

CARA PENGHITUNGAN TETESAN

- $\frac{\text{volume} \times \text{drip factor}}{\text{Waktu (dalam menit)}} = \text{tetesan/menit}$

- $\text{volume/jam} = \text{ml/jam}$
 $\text{ml/jam} = \text{ml/menit}$
 $\text{ml/menit} \times \text{dripfactor} = \text{tetsan/menit}$

Keterangan : Drip factor : 10 tetes/menit, 15 tetes/menit, 20 tetes/menit

Mikrodrip : 60 tetes/menit

PEMASANGAN INFUS

1. Mencek catatan medis dan perawatan
2. Mencuci tangan
3. Menyiapkan alat-alat : <ul style="list-style-type: none">▪ Infus set steril▪ Jarum infuse steril (Infuse : abocath, sesuai dengan ukuran)▪ Cairan betadine/salep betadine▪ Cairan infuse yang diperlukan▪ Kassa steril pada tempatnya▪ Kapas infuse 70 %▪ Perlak kecil dan alasnya▪ Plester▪ Gunting▪ Bengkok▪ Korentang steril pada tempatnya▪ Torniquet▪ Gantungan/standar infuse▪ Bidai/spalk yang sudah dibalut (untuk anak-anak)
4. Memberi salam, memanggil klien serta mengenalkan diri
5. Menerangkan prosedur dan tujuan tindakan pemasangan infuse
6. Menyiapkan posisi klien
7. Menyiapkan suasana dan lingkungan yang aman
8. Menjaga privacy klien
9. Mengantungkan cairan yang diperlukan pada standar infuse
10. Membuka infuse set dan klem selang infuse ditutup, kemudian memasukkan pipa saluran infuse pada botol cairan yang sudah didesinfeksi
11. Mengisi reservoir/tabung selang infuse dengan cairan sampai batas yang sudah ditentukan
12. Tutup jarum selang dibuka, cairan infuse dialirkan sampai keluar dengan cara membuka selang infuse secara perlahan agar tidak ada udara yang tersisa di dalam selang infuse. Setelah cairan keluar, kran selang infuse ditutup kembali
13. Memasang perlak pada area yang akan dipasang infuse
14. Memasang tourniquet diatas daerah yang akan dipasang infuse

15. Memastikan bahwa vena tersebut dapat dipasang infuse
16. Mendisinfeksi bagian yang akan ditusuk dengan alcohol 70%
17. Jarum infuse ditusukkan ke dalam vena yang telah disiapkan dengan posisi lubang jarum menghadap keatas
18. Menarik jarum infuse sedikit demi sedikit untuk mengontrol apakah kanul jarum infuse sudah masuk vena dengan tepat
19. Melepas tourniquet
20. Menyambung kanul jarum infuse dengan selang infuse
21. Mengeluarkan cairan infuse, secara menetes
22. Mengobservasi reaksi klien baik verbal maupun non verbal
23. Bila tetesan cairan infuse lancerar, pangkal jarum infuse difiksasi dengan tepat
24. Menutup pangkal jarum infuse dengan kassa betadine
25. Merapikan alat-alat
26. Mengevaluasi reaksi klien
27. Kontrak untuk kegiatan selanjutnya
28. Mencuci tangan
29. Pendokumentasian

KATETERISASI URIN

A. Tahap Pre Interaksi

1. Kaji pasien dan check rencana medis
2. Tentukan prosedur dengan kateter langsung atau menetap
3. Tentukan tipe dan ukuran kateter
4. Siapkan alat-alat
 - *Foley catheter*
 - *Urine bag*
 - Sarung tangan disposibel
 - Sarung tangan steril
 - Cairan antiseptic
 - *Jelly*
 - Plester
 - Bengkok
 - Gunting Perban/plester
 - Pinset steril
 - Perlak
 - Kapas sublimate
5. Cuci tangan

B. Tahap Orientasi

1. Identifikasi pasien
2. Jelaskan prosedur dan tujuan pemberian tindakan kateterisasi

C. Tahap Kerja

1. Bawa semua alat ke dekat pasien
2. Tutup sampiran
3. Atur posisi
 - a. Pasien anak atau pasien tidak sadar dengan bantuan
 - b. Pasien wanita dengan posisi dorsal recumbent
 - c. Pasien laki-laki dengan supine
4. Persiapan alat :
 - a. Atur Lampu/penerangan
 - b. Kenakan sarung tangan disposibel

- c. Cuci daerah kemaluan dengan air hangat dan sabun
- d. Keringkan daerah kemaluan
- e. Lepas sarung tangan disposibel
- f. Dekatkan alat dengan klien
- g. Buka set kateter dan pertahankan daerah steril pada kateter
- h. Jika drainage bagian masih terpisah, buka dan hubungkan ke tempat tidur
- i. Kenakan sarung tangan steril

KLIEN WANITA :

- a. Bersihkan daerah meatus
 - Gunakan tangan yang tidak dominant untuk membuka labia mayora, dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk
 - Kemudian bersihkan meatus dengan menggunakan cairan antiseptic dengan menggunakan pinset dari arah atas ke bawah, dilanjutkan ke daerah labia minora, dan selanjutnya daerah labia mayora
- b. Masih menggunakan tangan yang tidak dominant, buka kembali labia mayora, untuk menemukan meatus uretra
- c. Dengan tangan dominant, masukkan kateter pada meatus uretra sampai urine keluar

KLIEN PRIA :

- a. Pegang penis dengan menggunakan tangan yang tidak dominant
 - b. Bersihkan daerah meatus dengan cairan antiseptic menggunakan tangan dominan dan memakai pinset
 - c. Tegakkan penis dengan posisi 90°, masukkan kateter dengan tangan dominan sampai keluar urin
2. Jika menggunakan kateter langsung, siapkan specimen dan drain bladder
 3. Jika gunakan kateter tetap, isi balon
 4. Fiksasi kateter ke pasien
 5. Bantu pasien untuk posisi yang nyaman
 6. Rapikan alat, untuk alat disposibel dibuang, untuk alat non disposibel dicuci
 7. Cuci tangan

D. Tahap Terminasi

Evaluasi menggunakan kriteria sebagai berikut :

- a. Kateter tetap drainage dengan lancer atau kateter langsung masuk dan dilepaskan tanpa ketidaknyamanan
- b. Pasien nyaman
- c. Terminasi

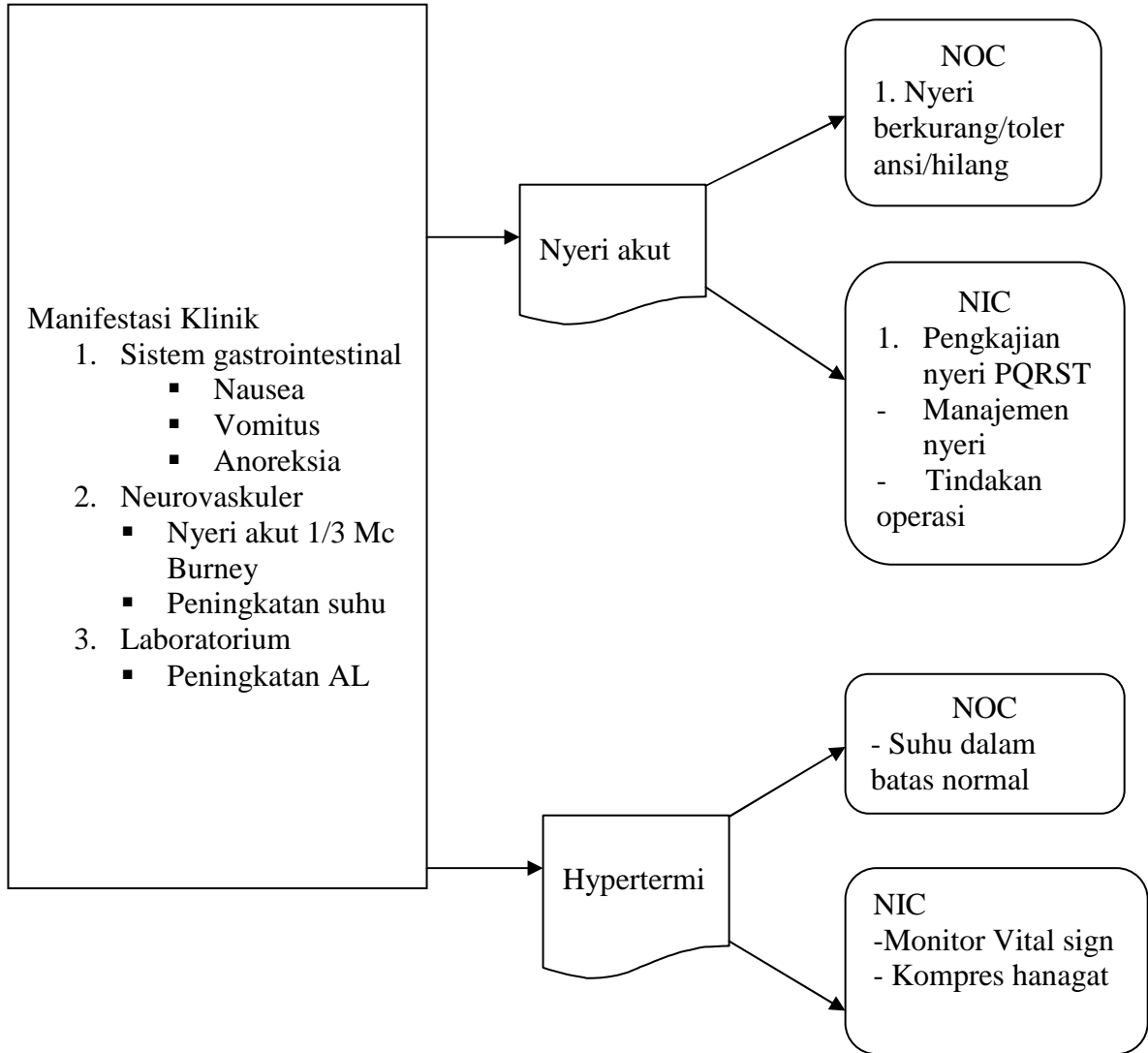
E. Dokumentasi

- a. Tanggal dan jam
- b. Tipe dan ukuran kateter
- c. Apakah specimen sudah diisi
- d. Jumlah urine
- e. Deskripsi urine
- f. Respon pasien terhadap prosedur

PERAWATAN LUKA

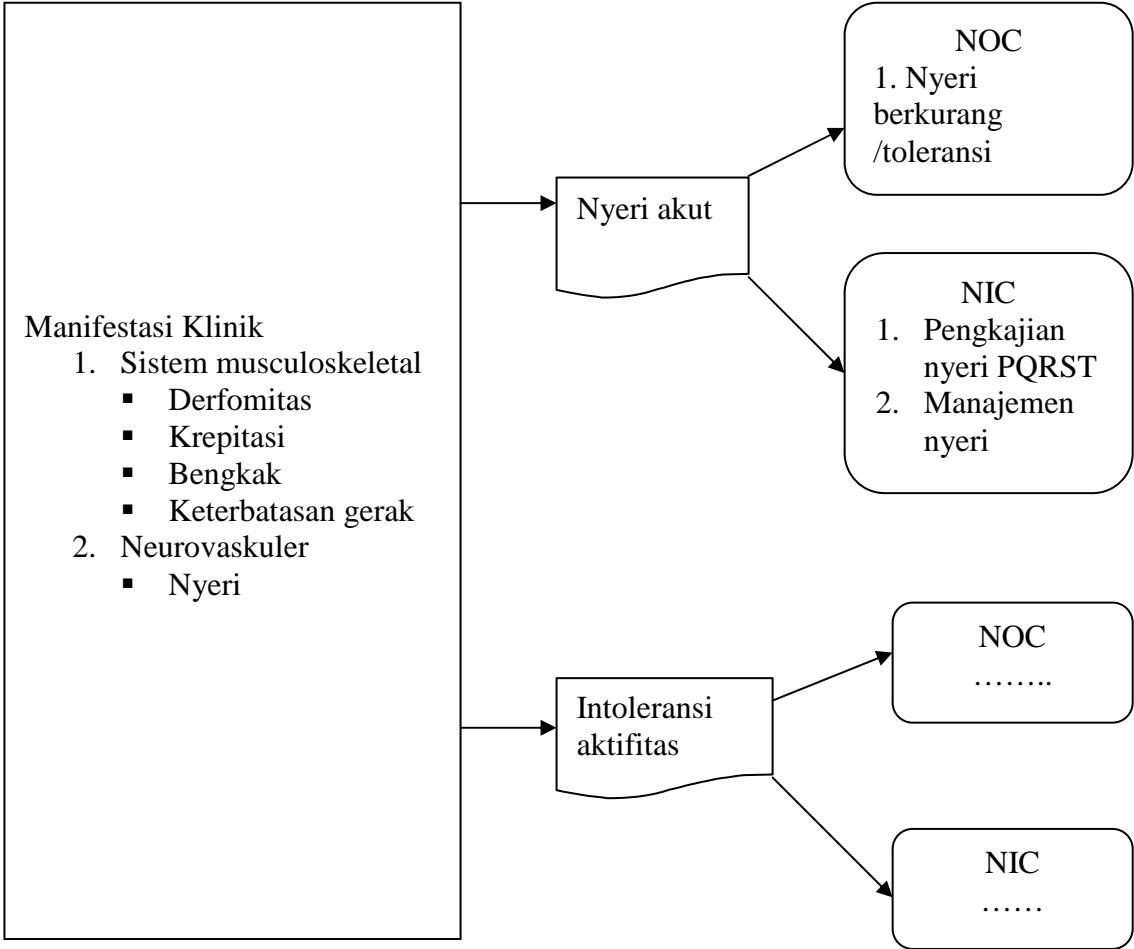
1. Pastikan balutan perlu diganti
2. Cuci tangan
3. Siapkan alat :
4. Panggil klien dengan namanya
5. Berikan penjelasan pada klien dengan ringkas dan jelas
6. Pertahankan privasi klien
7. Atur posisi pasien
8. Gunakan sarung tangan bersih
9. Lepaskan plester dan balutan
10. Kaji luka
11. Buka alat-alat dan pertahankan agar tidak terkontaminasi
12. Gunakan sarung tangan steril
13. Bersihkan luka sesuai dengan jenisnya
14. Balut luka sesuai dengan jenisnya
15. Lepaskan sarung tangan steril
16. Plester luka
17. Kembalikan klien ke posisi semula
18. Rapikan alat-alat
19. Cuci tangan
20. Dokumentasikan tindakan

APPENDICICITIS

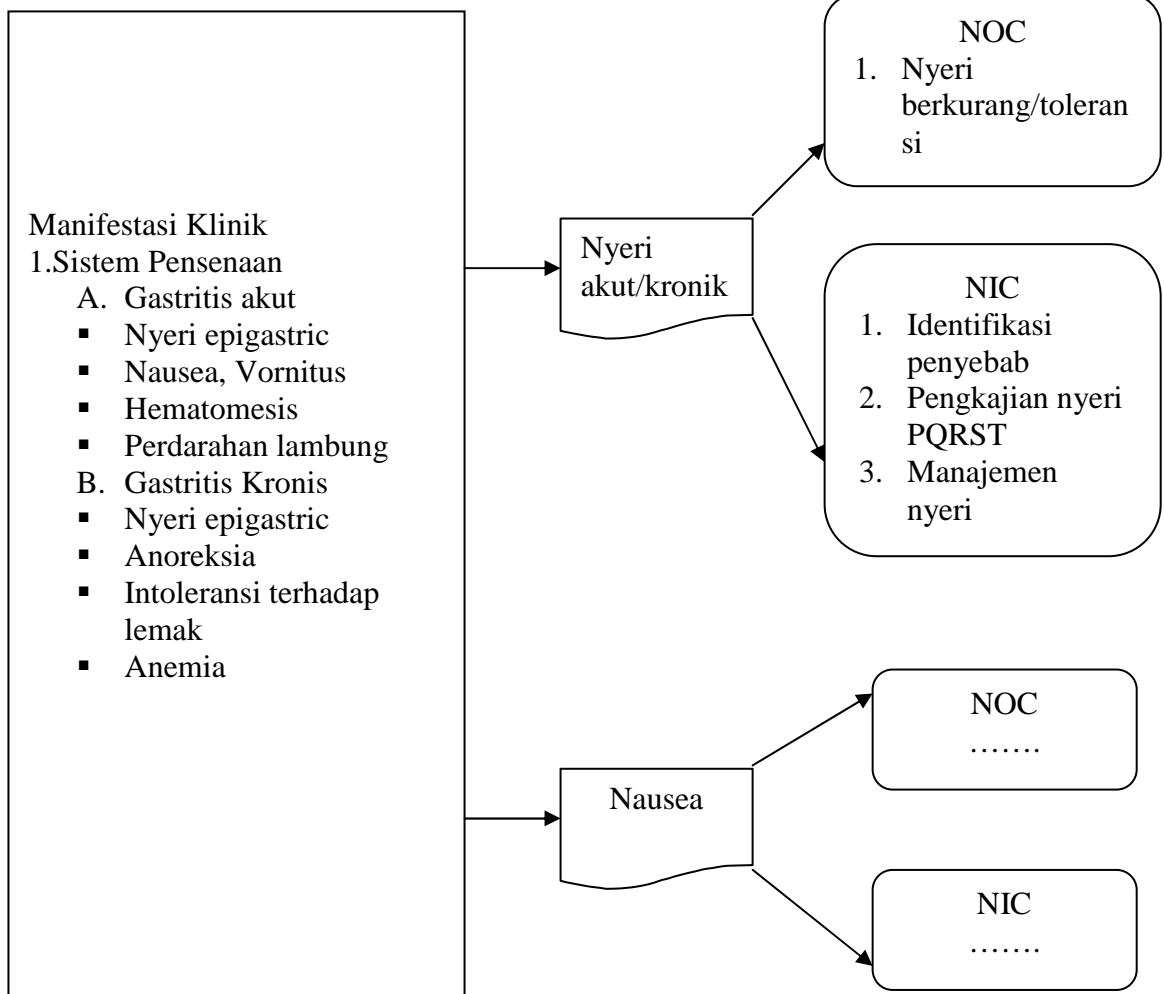


Halaman 1044-1055

FRAKTUR



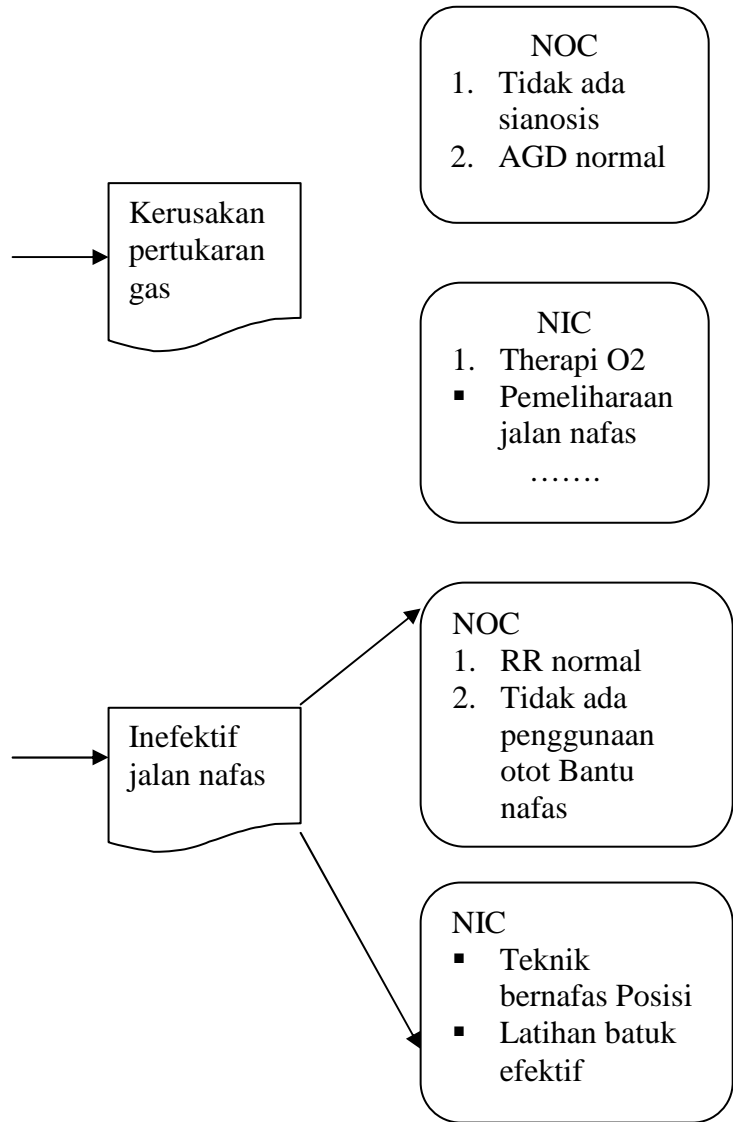
GASTRITIS



Manifestasi Klinik

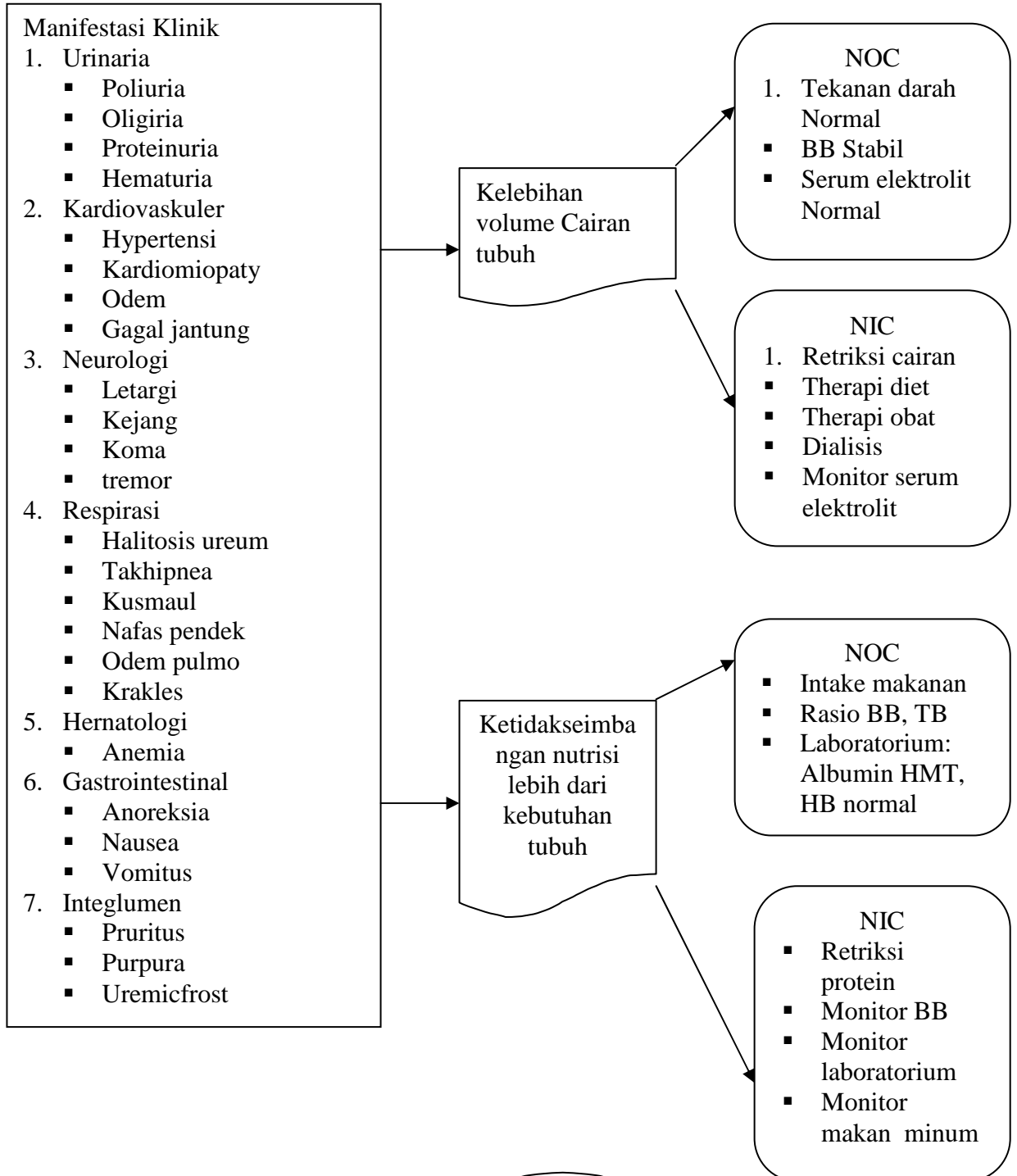
1. Sistem pernapasan
 - Peningkatan RR, takipnea
 - Krakles
 - Hyperresonansi
2. Kardiovaskuler
 - Sianosis
 - Fatigue
 - Odem
 - Hypertropi ventrikel kanan
3. Laboratorium
 - AGD abnormal
 - RO dada hyperinflasi

COPD/PPOM



Halaman 594-607

GAGAL GINJAL KRONIK



Halaman 1728-1766



DEKOMPANSIO KORDIS

Manifestasi Klinik

A. Dekom Kiri

1. Sistem kariovaskule
 - Takikardi, palpitasi
 - Sianosis
 - Fatigue
 - Akral dingin
 - Hypertropi ventrikel kiri
2. Sistem Pernafasan
 - Dyspnea de'effort
 - Krakles/wheezingSputum berwarna merah jambu
 - Takhipnea Batuk
3. Sistem Perkemihan
 - Oliguria

B. Dekom Kanan

1. Sistem Kardivaskuler
 - Distensi vena jugularis
 - Odem kaki
 - Peningkatan/penurunan tekanan darah
2. Saluran pencernaan
 - Pembesaran liver dan limpa
 - Distensi abdomen
 - Peningkatan BB
 - Sistem perkemihan
 - Poliuria

Kerusakan pertukaran gas

NOC

1. Perfusi adekuat
 - Repirasi rate, AGD

NIC

1. Atur posisi untuk penurunan Dyspnea
Therapi O2
Monitor AGD

Penurunan Kardiak output

NOC

- Tekanan sistol diastole normal
- Warna kulit
- Urin output

NIC

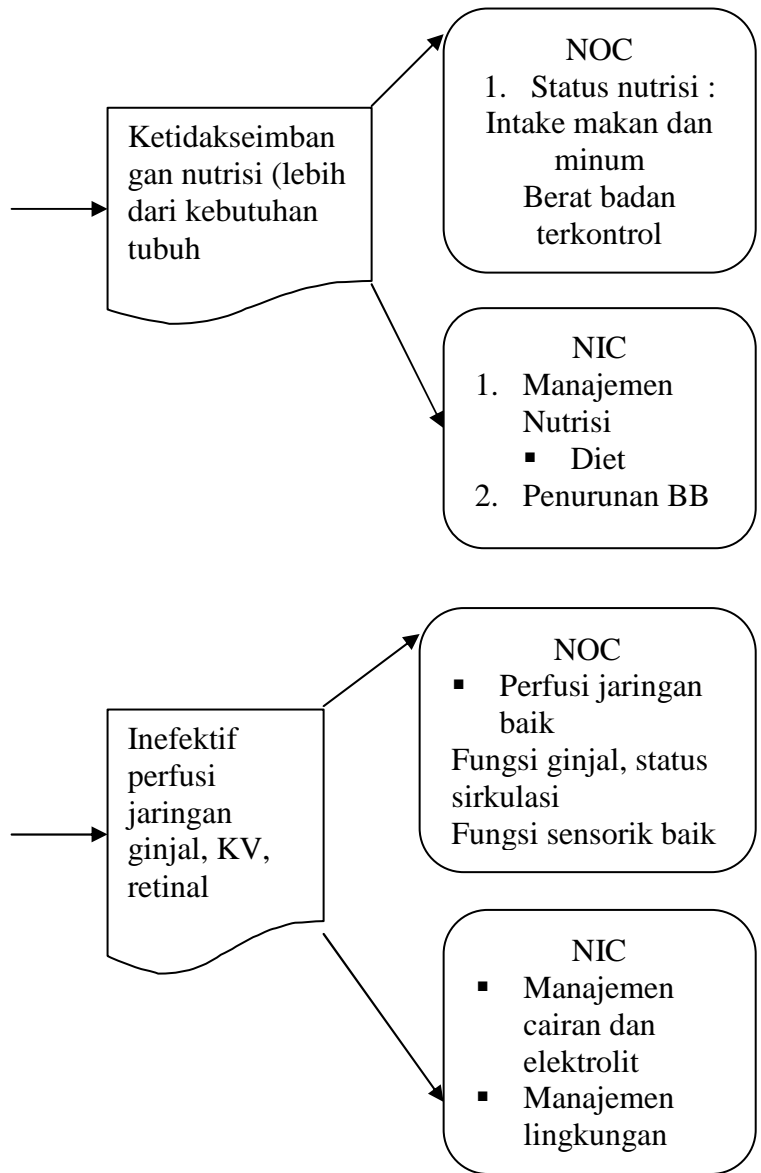
- Monitor tekanan dara

Halaman 749-763

Manifestasi Klinik

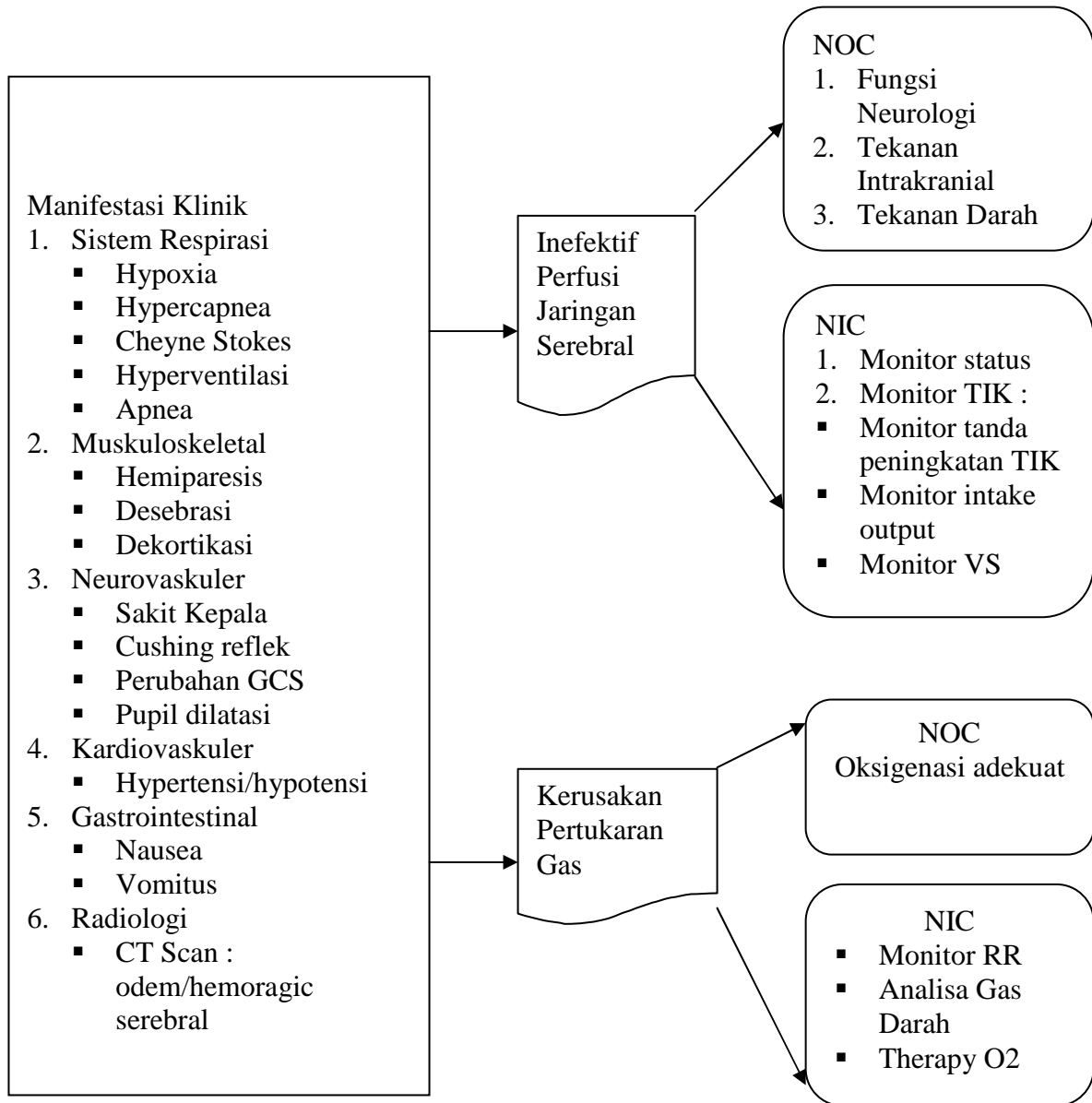
1. Sistem Neurologi
 - Pandangan kabur
 - Retinopathy
 - Sakit kepala
2. Gastrointestinal
 - Paresis lambung
3. Integlumen
 - Perestesi
4. Tes diagnostik
 - Glukosa serum meningkat
 - Albumin urin meningkat
 - LDL meningkat

DIABETES MILITUS

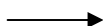


Halaman 1498-1554

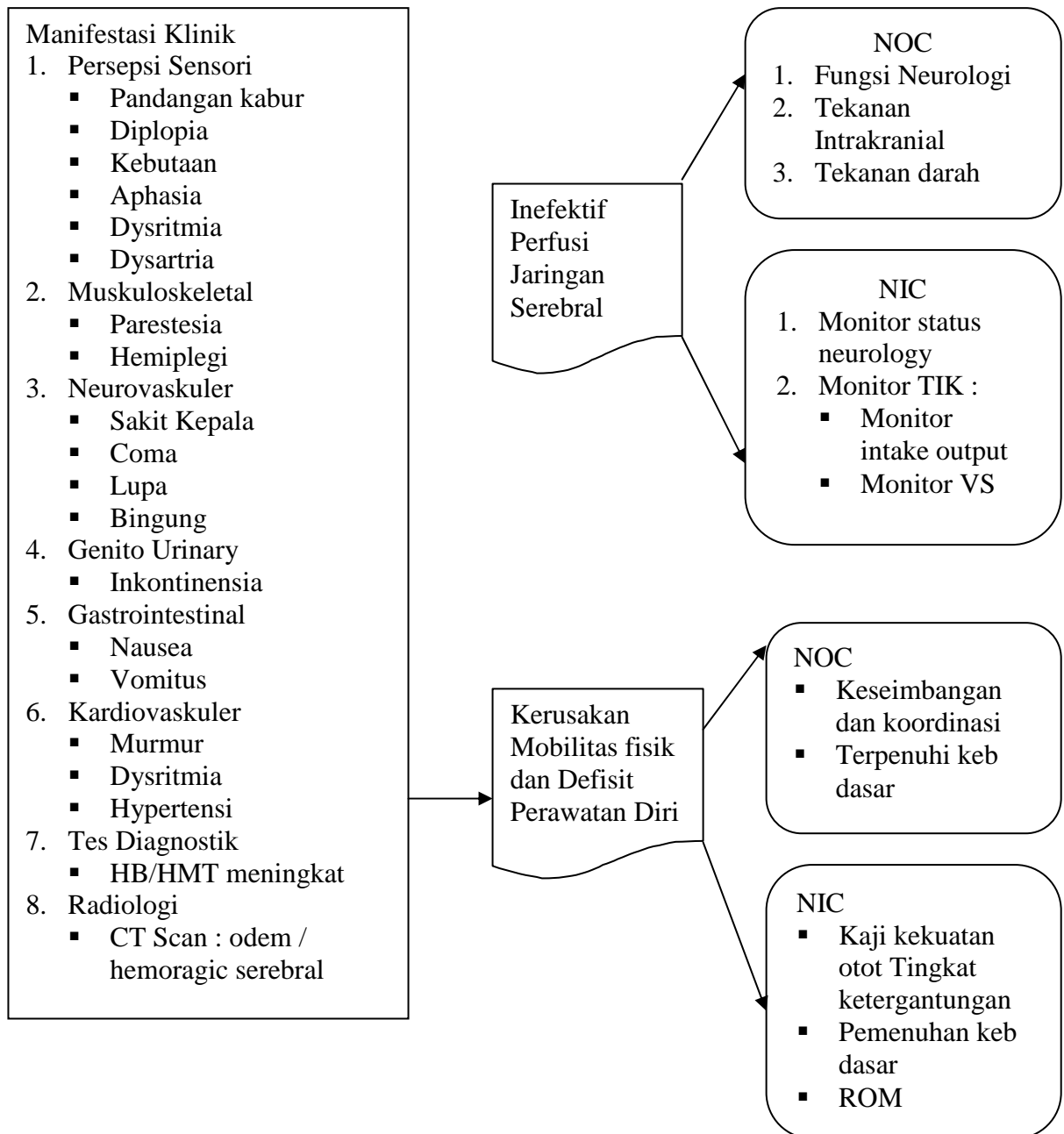
CIDERA KEPALA



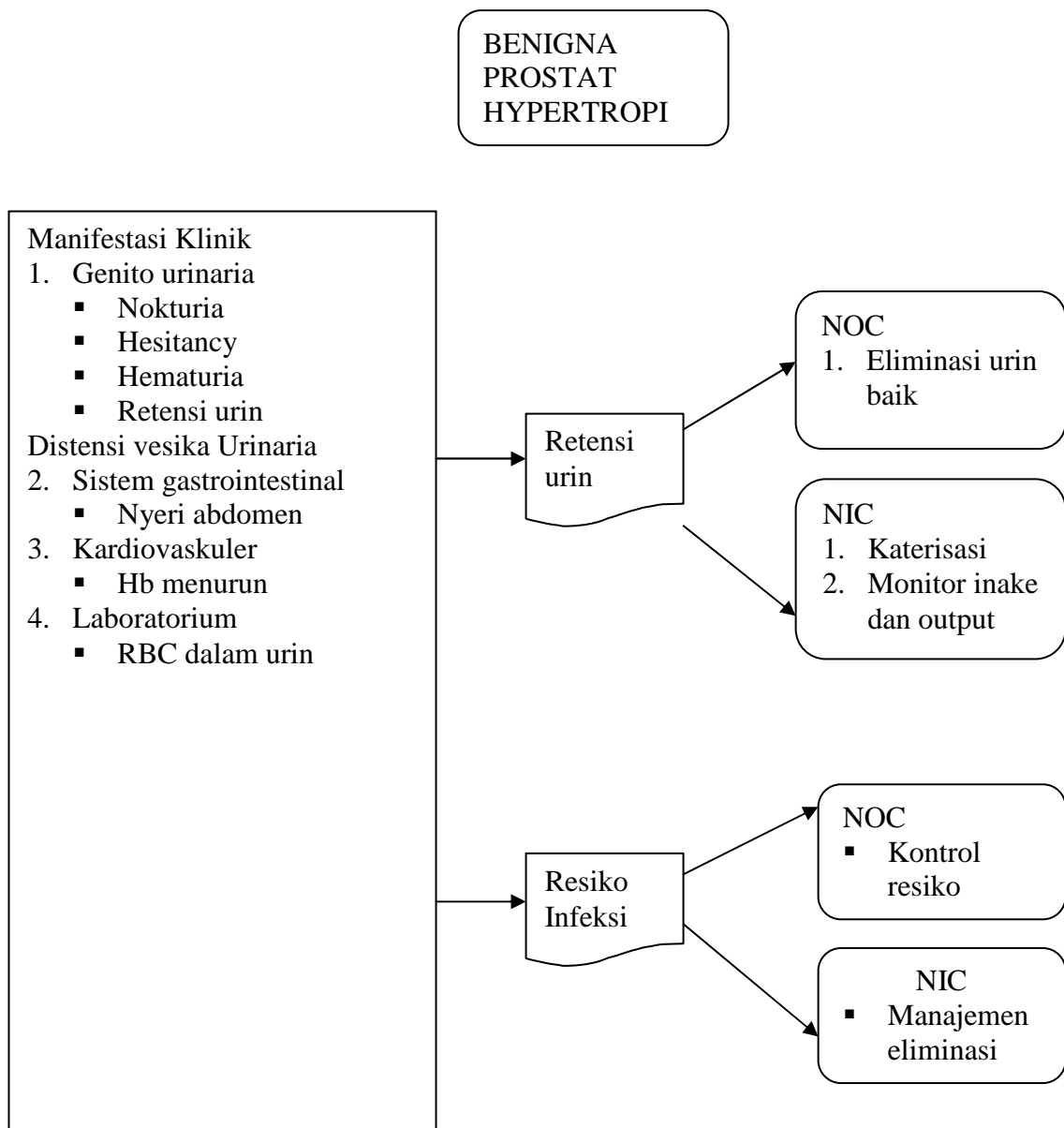
Halaman 1044-1055



STROKE



Halaman 1027-1044



LEMBAR PENGESAHAN

Buku kegiatan kepaniteraan klinik ini telah diisi lengkap sesuai ketentuan yang berlaku dan telah memenuhi kompetensi yang diharapkan dalam pendidikan kepaniteraan klinik serta memenuhi persyaratan untuk mengikuti Ujian Komprehensif.

Telah disyahkan di Klaten, tanggal.....

Mengetahui,
Koordinator Pendidikan Profesi di RS.....

(.....)

Koordinator Stase Keperawatan Medikal Bedah

(.....)