MODUL PRAKTIKUM

METODOLOGI KEPERAWATAN

**>> Disusun Oleh:**

**Tim Metodologi Keperawatan**

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

MODUL PRAKTIKUM

METODOLOGI KEPERAWATAN

DISUSUN OLEH

Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S.Kp., M.Kep. Fitriana Kurniasari S, S.Kep., Ns., M.Kep.

Naya Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI **D-III** KEPERAWATAN MALANG TAHUN 2018

**VISI DAN MISI**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

## Visi:

**“Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang Berkarakter dan Unggul Terutama di Bidang Keperawatan Komunitas pada Tahun 2019”**

**Misi:**

1. Menyelenggarakan program pendidikan tinggi vokasi bidang keperawatan dengan keunggulan keperawatan komunitas sesuai Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, berdasarkan Pancasila, didukung teknologi informasi, dan sistem penjaminan mutu
2. Melaksanakan penelitian terapan dibidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berbasis hasil penelitian terapan di bidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
4. Meningkatan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang pendidikan keperawatan
5. Mengembangkan kerjasama Nasional dan Internasional dalam rangka Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang keperawatan
6. Melaksanakan tatakelola organisasi yang kredibel, transparan, akuntabel, bertanggungjawab, dan adil
7. Meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia yang profesional dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi



**LEMBAR PENGESAHAN**

Modul Praktikum mata kuliah Metodologi Keperawatan Tahun 2018 adalah dokumen resmi dan digunakan pada kegiatan Pembelajaran Praktikum Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan di Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Disahkan pada tanggal Juli 2018

|  |  |
| --- | --- |
| DirekturPoliteknik Kesehatan Kemenkes Malang**Budi Susatia, S.Kp M.Kes NIP. 19650318 198803 1002** | Ketua Jurusan Keperawatan**Imam Subekti, S.Kp M.Kep Sp.Kom NIP. 196512051989121001** |

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia- Nya sehingga penyusunan Modul Praktikum Metodologi Keperawatan dapat diselesaikan.

Penyusunan modul ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Budi Susatia, S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang atas arahan dan bimbingannya.
2. Imam Subekti, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penyusunan modul.
3. Rekan sejawat dosen di lingkungan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan modul ini.

Semoga penyusunan modul ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan dan pihak lain yang membutuhkan.

Malang, Juli 2018 Penyusun

## DAFTAR ISI

A. Cover Luar

B. Cover Dalam ................................................................................................ i

C. Visi dan Misi................................................................................................ ii

D. Lembar Pengesahan .................................................................................... iii

E. Kata pengantar ............................................................................................. iv

F. Daftar isi ...................................................................................................... v

G. BAB I PENDAHULUAN

[1.1 Deskripsi ................................................................................................ 1](#_TOC_250004)

[1.2 Capaian Pembelajaran............................................................................ 1](#_TOC_250003)

[1.3 Peserta .................................................................................................... 2](#_TOC_250002)

H. BAB II LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN

2.1 PRAKTIKUM 1 : Pengkajian ............................................................... 3

2.2 PRAKTIKUM 2 : Diagnosa Keperawatan ............................................ 9

2.3 PRAKTIKUM 3 : Perencanaan Keperawatan ....................................... 12

2.4 PRAKTIKUM 4 : Implementasi Keperawatan...................................... 14

2.5 PRAKTIKUM 5 : Evaluasi Keperawatan.............................................. 17

[I. TATA TERTIB ............................................................................................. 34](#_TOC_250001)

J. SANGSI ........................................................................................................ 35

[K. EVALUASI ................................................................................................. 35](#_TOC_250000)

L. REFERENSI ................................................................................................ 36

## BAB I PENDAHULUAN

## DESKRIPSI

Pengalaman pembelajaran laboratorium/praktikum merupakan salah satu pengalaman belajar yang sangat penting dalam pendidikan Keperawatan, selain pengalaman belajar tutorial. Pembelajaran praktikum dirancang dengan tujuan agar mahasiswa dapat mencapai ketrampilan dalam mencapai standart kompetensi. Dalam mata kuliah Metodologi Keperawatan, terdapat beberapa ketrampilan yang harus dikuasai mahasiswa.

Secara garis besar modul praktikum ini disusun berdasarkan kebutuhan praktikum saudara di tempat kerja dalam menerapkan ilmu keperawatan. Penyusunan panduan praktikum ini terdiri dari beberapa kegiatan belajar saudara sebagai berikut:

* + 1. Praktikum 1: Pengkajian Keperawatan
		2. Praktikum 2 : Diagnosa Keperawatan
		3. Praktikum 3 : Perencanaan Keperawatan
		4. Praktikum 4 : Implementasi Keperawatan
		5. Praktikum 5 : Evaluasi Keperawatan

Progam pembelajaran praktikum dirancang setelah pembelajaran dikelas tentang konsep selesai diberikan. Kegiatan pembelajaran dimulai dari demonstrasi, simulasi, diskusi dilanjutkan dengan praktikum/labskill secara kelompok maupun individu sehingga setiap mahasiswa dapat memenuhi kompetensi yang sama.

## CAPAIAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari panduan praktikum Metodologi Keperawatan para peserta pembelajaran dapat:

* + 1. Mengkaji data pasien
		2. Merumuskan diagnosa keperawatan
		3. Menyusun tujuan dan intervensi keperawatan
		4. Mendokumentasikan asuhan keperawatan

## PESERTA

Peserta pembelajaran praktikum adalah mahasiswa Tingkat I semester I.

## BAB II

**LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN**

* 1. **PRAKTIKUM 1 (WAKTU : 4 x 170 menit)**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

Oleh : Naya Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

## LANDASAN TEORI

Peran perawat secara nyata dewasa ini lebih banyak dibutuhkan dalam peran sebagai caregiver yaitu : peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien, baik di RS, keluarga, masyarakat/Puskesmas. Dalam kemampuan asuhan keperawatan maka ada 5 tahapan proses perawatan mulai dari Pengkajian data, Membuat diagnosa, Menyusun Perencanaan, Implementasi, dan melakukan evaluasi. Sebagai tahap pertama perawat akan mengumpulkan data untuk mendapatkan kebutuhan untuk pelayanan keperawatan dan mungkin membantu profesi lain (mis, Farmasi, Nutrisionis, Pekerja sosial dokter) dalam melaksanakan kegiatan mereka, apabila data yang diperoleh keperawatan juga diperlukan oleh profesi yang lain. Secara umum keseluruhan kemampuan perawat dalam asuhan keperawatan, jika telah melengkapi seluruh tahapan sebagai langkah untuk memberikan bantuan terhadap klien/ pasien. Ini sangat penting bagi pasien dan juga perawat sebagai bentuk peyanan yang bermutu.

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan. Pengkajian adalah melakukan pengumpulan data yang sengaja dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi keadaan kesehatan klien sekarang dan masa lalu, Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan, merupakan tahapan awal proses keperawatan yang bertujuan untuk memperoleh informasi atau data dari klien, sehingga masalah keperawatan klien dapat dirumuskan secara akurat. Menurut Yura dan Walsh : Pengkajian suatu kegiatan pemeriksaan dan atau peninjauan terhadap situasi / kondisi yang dihadapi klien untuk perumusan masalah keperawatan.

## Tujuan Tahap pengkajian :

* + - 1. Identifikasi kebutuhan unik & respon pasien
			2. Mengkonsolidasikan dan mengorganisasikan informasi dari berbagai sumber ke dalam sumber yang sifatnya umum kedalam pola fungsional kesehatan
			3. Menjamin informasi dasar : Referensi untuk mengukur perubahan kondisi pasien

Jenis Data :

Berdasarkan sifatnya, data dapat dibedakan 2 (dua) jenis data *yaitu* ***Data Subyektif*** dan ***Data Obyektif. Data Subyektif*** disebut juga gejala (SYMTOM) diperoleh berdasarkan ungkapan / pernyataan klien dan atau keluarga tentang suatu yang dirasakan atau yang dikatahui.

***Data Obyektif*** disebut juga tanda (SIGN) diperoleh berdasarkan observasi atau pemeriksaan yang dilakukan perawat atau tenaga kesehatan lain.

## Proses pengkajian

Untuk mewujutkan pengkajian yang akurat, perawat harus dapat memenuhi langkah-langkah sbb:

## Berkomunikasi secara efektif

Teknik ini terutama menuntut kemampuan komunikasi terapuitik, dan juga termasuk ketrampilan komunikasi verbal dan nonverbal.

Elemen-elemen untuk mendengarkan secara efektif adalah:

1. Salurkan perhatian pada pembicara dan berdiam diri
2. Kurangi atau hilangkan hambatan-hambatan
3. Tetaplah melakukan kontak mata
4. “bersiap-siaplah” untuk melakukan kontak mata dengan mata, bahu dengan bahu (mempososokan tubuh seseorang dalam kesejajaran dengan tubuh orang lain)
5. Hindari interupsi
6. Mendengar dengan perasaan seperti dengan kata-kata (Alfaro, 1994)
7. Membolehkan untuk berbicara selama pembicaraan (Alfaro, 1994)

## Mengobservasi secara sistematis

Pada tahap ini tergantung pada dasar pengetahuan seorang perawat. Perawat harus mampu melihat data yang sfesifik, mengetahui apa yang menunjang, atau apa penyebab suatu masalah yang utama dan memungkinkan perawat untuk mencari bersama dengan klien .

## Mengingterprestasikan data yang akurat

Untuk menginterprestasikan data. Perawat harus menyusunya atau menkelompokan cirri-ciri sampai merupakan potongan-potongan (Carnevali, 1994).

Kesimpulan adalah keputusan perawat atau interprestasi dari cirri-ciri tadi. Kesimpulan selalu obyektif dan dipengaruhi oleh dasar pengetahuan perawat, sistim nilai dan pengalaman. Sebagaimana telah disebut sebelumnya selama pengumpulan data, perawat secara serempak membenarkan dan meningterprestasikan data. Membenarkan data dengan klien akan menbantu perawat menghindar adanya kesimpulan yang salah. Apa bila, misalnya, seorang klien diobservasi menangis diruanganya, perawat telah mengenal diagnosa medis terakhir dari klien ini, berupa kanker payudara, mungkin logis bila menghubungkan menangis (sebagai petunjuk, cirri-ciri) dengan diagnosa.

### *Kerangka Kerja Pengkajian*

System Gordon mengenai pola kesehatan fungsional memberikan format yang istimewa, relevan untuk pengumpulan data kekeperawatan. *Pola sehat fungsional*. Untuk mengarahkan perawat dalam pengumpulan data untuk menentukan status sehat dan berfungsinya individu atau kelompok, Perubahan fungsi didefinisikan sebagai fungsi yang dirasakan sebagai perubahan negative, atausebagai sesuatu yang tidak dikehendaki oleh klien (individu atau kelompok). Pola fungsi sehat yang dimaksud adalah sbb:

Pola penatalaksanaan kessehatan—persepsi sehat

Pola sejahtera yang dirasakan

Pengetahuan tentang gaya hidup dan berhubungan dengan sehat

Pengetahuan tentang praktik kesehatan preventif

ketaatan pada ketentuan medis dan keperawatan

Pola nitrisi—metabilik

Pola makanan biasa, masukan cairan

* Tipe makanan, masukan cairan
* Berat aktual, penurunan berat badan atau penambahan
* Nafsu makan, pilihan makanan

Pola Eliminasi

Pola defekasi, perubahn

* Pola berkemih, perubahan
* Masalah control
* Pengunaan alat-alat Bantu
* Pengunaan obat-obatan

Pola aktivitas—latihan

* Pola latihan, aktivitas, tenang, rekreasi
* Kemampuan untuk menguasai aktivitas sehari-hari (merawat diri, merawat rumah, bekerja, makan, balanja, masak).

Pola tidur—istirahat

* Pola tidur, istirahat
* Persepsi, kualitas, kwantitas

Pola kognitif—Persepstual

Penglihatan, belajar, merasa, meraba, membau

* Kemampuan bahasa
* ingatan
* Kemampuan membuat keputusan, Pola
* Mengeluh karena ketidaknyamanan g). Pola persepsi diri—Konsep diri
* Sikap diri, rasa lebih baik
* Persepsi mengenal kemampuan
* pola emosional
* Cairan tubuh, identita h). Pola peran—Hubungan
* Pola hubungan
* Peran tanggung jawab
* kepuasan dengan hubungan dan pertanggungjawaban
1. Pola seksual—reproduksi
* Menstruasi, riwayat reproduksi
* Kepuasan tentang hubungan seksual, identitas seksual
* Masalah-masalah sebelum atu sesudah menopause
* Kebenaran tentang pendidikan seks
1. Pola koping—Toleransi stress
* Kemampuan mengendalikan stress
* Pengetahuan tentang toleransi stress
* Sumber yang mendukung
* Jumlah saat-saat hidup penuh stress tahun yang lalu
1. Pola Nilai—Keyakinan
* Nilai, tujuan, Keyakinan
* Praktik spiritual
* Merasa konplik dalam menilai

## Pengkajian focus

Pengkajian focus adalah tambahan data terpilih atau data spesifik yang dimaksud oleh perawat dan klien atau keluarga, atau karena kondisi klien. Sebagai contoh, perawat yang mengkaji kondisi klien pascaoperasi (data-tanda fital, hidrasi, kenyamanan) merupakan pengkajian focus. Perawat kemudian mengumpulkan data tambahan (pengkajian focus) untuk memastikan atu mengesampingkan diagnosa tentative.

## Membuat Kesimpulan Pengkajian

Setelah data dikumpulkan dan diinterprestasi serta beberapa keterangan alternative diujicoba dan dihilangkan, perawat akan sampai pada kesimpulan- kesimpulan berikut :

a). Tidak ada diagnosa keperawatan saat ini; lanjutkan untuk memantau. b). Masalah kollaboratif

c). Diagnosa keperawatan yang aktual, resiko, kemungkinan atau sehat

## Mengidentifikasi Diagnosa Keperawatan

Setelah mengumpulkan data yang diperlukan, kemudian perawat mengelompokan atau mengorganisasikan data itu berdasarkan berbagai bagian menurut fungsi dan ketentuan dengan fungsional klien dari masing-masing bagian (fungsi positif, perubahan fungsi, atau pada resiko perubahan fungsi).

## TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Metodologi Keperawatan dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
			2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
			3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
			4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
			5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
			6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
			7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa
	1. **PRAKTIKUM 2 (WAKTU : 3 x 170 menit)**

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

Oleh : Fitriana Kurniasari S, S.Kep., Ns., M.Kep.

## LANDASAN TEORI

**Tipe dan komponen diagnosa keperawatan**

1. Diagnosa Keperawatan Aktual
2. Diagnosa Keperawatan Resiko dan Resiko Tinggi 3). Diagnosa Keperawatan Kemungkinan

4). Diagnosa Keperawatan Sehat/ Sejahtera 5). Diagnosa Keperawatan Sindrom

### *Label Penulisan Diagnosa*

Adalah pernyataan nama suatu masalah, seperti "perubahan," "Kerusakan," "kekurangan," "takefektif", “ gangguan “ atau "disfungsional"

### *Definisi*

Menekankan pada kejelasan, arti yang tepat dari diagnosa. Definisi akan membantu membedakan diagnosa utama dengan diagnosa serupa. Definisi harus konseptual dan konsisten dengan label dan batasan karakteristik (Gordon, 1990)

### *Batasan Karakteristik*

Pada diagnosa keperawatan aktual, menentukan karakteristik harus mengacu pada petunjuk klinis - tanda-tanda subjektif dan objektif, atau gejala-gejala yang dalam kelompok, mengacu pada diagnosa keperawatan.

Batasan karakteristik dipisahkan menjadi tanda-tanda major dan minor. Menurut NANDA, batasan **karakteristik mayor** didefinisikan sebagai: **“ biasanya terdapat** " Batasan **karakteristik minor** didefinisikan sebagai "saat adanya bukti penyokong untuk diagnosis, tetapi **mungkin tidak terdapat"**). Apabila suatu karakteristik telah diberi **label kritis**, hal itu **"harus terdapat untuk membuat suatu diagnosis"** (NANDA, 1992)

## Tipe Pernyataan Diagnostik :

**1). Pernyataan Satu Bagian**

Diagnosa keperawatan sehat *mis., Potensial terhadap Peningkatan Nutrisi*

## Pernyataan Dua Bagian

Diagnosa keperawatan resiko, *mis.,* Resiko terhadap Cedera yang berhubungan dengan kurang kesadaran pada bahaya.

## Pernyataan Tiga Bagian

Diagnosa keperawatan aktual terdiri dari tiga bagian (PES):

1. Label diagnostik
2. Faktor-faktor penunjang
3. Tanda-tanda dan gejala-gejala

Dalam merumuskan diagnosa, bila perawat dapat mencegah terjadinya suatu komplikasi, atau memberikan perawatan utama, maka diagnosanya adalah diagnosa keperawatan. Sebagai contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| Perawat Dapat MencegahLuka tekanResiko tromboflebitis | Diagnosa KeperawatanResiko terhadap Kerusakan Integritas Kulit Resiko terhadap Perubahan perfusi Jaringan PeriferSindrom DisuseResiko terhadap Aspirasi |
| Perawat Dapat MengatasiLuka tekan tingkat I atau IIMasalah menelanKetidak efektifan batuk | Diagnosa Keperawatan Kerusakan Intergitas Kulit Kerusakan MenelanBersihkan Jalan Nafas Tak efektif |

Perawat Tak Dapat Mencegah Masalah Kolaboratif :

IIleus paralitik Potensial Komplikasi Ileus paralitik

Perdarahan Potensial Komplikasi perdarahan

## TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Metodologi Keperawatan dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
			2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
			3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
			4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
			5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
			6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
			7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa
	1. **PRAKTIKUM 3 (WAKTU : 3 x 170 menit)**

## PERENCANAAN KEPERAWATAN

Oleh : Naya Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

## LANDASAN TEORI

Rencana perawatan berfungsi sebagai berikut:

1. Menunjukkan prioritas susunan diagnosa (masalah kolaboratif atau diagnosa keperawatan) untuk klien.
2. Memberikan “cetak biru” untuk mengarahkan pencatatan
3. Mengkomunikasikan pada staf keperawatan apa yang harus diajarkan, yang harus diobservasi, dan apa yang harus diimplementasikan
4. Memberikan kriteria hasil untuk menelaah dan mengevaluasi
5. Mengarahkan intervensi spesifik untuk klien, keluarga, dan anggota staf keperawatan lain untuk diimplementasikan.

Untuk mengarahkan dan mengevaluasi asuhan keperawatan secara efektif, rencana perawatan harus meliputi:

1. Pernyataan diagnostik (masalah kolaboratif atau diagnosa keperawatan)
2. Prioritas masalah
3. Kriteria hasil atau tujuan keperawatan
4. Perintah atau intervensi keperawatan
5. Evaluasi (status diagnosa dan kemajuan klien)

## TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
			2. Setiap mahasiswa menyiapkan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
			3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
			4. Wajib mengisi presensi praktikum
			5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
			6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
			7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa
	1. **PRAKTIKUM 4 (WAKTU : 2 x 170 menit)**

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Oleh : Fitriana Kurniasari S, S.Kep., Ns., M.Kep.

## LANDASAN TEORI

1. Pengertian Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon dalam Potter & Perry, 2005).

Tindakan keperawatan merupakan tahap ke empat dari proses asuhan keperawatan, dilakukan setelah melakukan pengkajian, perumusan diagnosa, dan perencanaan. Tindakan setiap perawat tidak mungkin sama tapi adapun perbedaannya karena kemampuan mengambil sikap dan memutuskan atau memprioritaskan tindakan yang dilakukan. Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yg telah disusun, protap yang ada, fasilitas yg tersedia, kondisi, dan waktu yg tepat.

1. Sifat Tindakan Keperawatan
	1. Independent (Mandiri)

Adalah implementasi atas dasar perawat itu sendiri untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya, misalnya: membantu activity daily living (ADL) klien, memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

* 1. Dependent (Bergantung dg tim kesehatan lain)

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

* 1. Interdependent (Kolaboratif)

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan

kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

1. Keterampilan Melakukan Tindakan

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Kozier, 2003).

* 1. Intelektual

Tindakan yang kita lakukan harus didasari oleh ilmu kesehatan dan keperawatan yang disesuaikan dengan kondisi klien. Dalam melakukan tindakan, perawat harus:

1. Reason, tahu alasan melakukan suatu tindakan
2. Decision making, bisa membuat keputusan
3. Priority setting, tahu tentang prioritas tindakan yg dilakukan
4. Problem solving, tindakan itu merupakan pemecahan masalah pasien
5. Creatif dan inovatif, perawat bisa memanfaatkan barang yang ada jika tidak ada alat yang sesuai untuk melakukan tindakan
	1. Interpersonal

Interpersonal skill melibatkan teknik komunikasi verbal dan non verbal perawat, tentang kemampuan perawat melakukan komunikasi terapeutik sehingga terjadi jalinan hubungan yang baik antara perawat dan klien.

* 1. Technical

Meliputi keamanan dan kemampuan perawat dalam melakukan suatu prosedur tindakan, hal ini bisa diasah dengan keahlian khusus dalam bidang tertentu.

* 1. Elemen Implementasi
		1. Reassessment atau hasil pengkajian kembali klien
		2. Memutuskan membutuhkan partner
		3. Tindakan dari intervensi keperawatan
		4. Supervisi pendelegasian perawatan
		5. Dokumentasi implementasi
	2. Tahap Implementasi
1. Pada tahap persiapan.
	* Menggali perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan professional pada diri sendiri
	* Memahami rencana keperawatan secara baik
	* Menguasai keterampilan teknis keperawatan
	* Memahami rasional ilmiah dari tindakan yang akan dilakukan
	* Mengetahui sumber daya yang diperlukan
	* Memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan
	* Memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan
	* Memahami efek samping dan komplikasi yang mungkin muncul
	* Penampilan perawat harus menyakinkan
2. Pada tahap pelaksanaan.
	* Mengkomunikasikan/ menginformasikan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat.
	* Beri kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya terhadap penjelasan yang telah diberikan oleh perawat.
	* Menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia dan kemampuan teknis keperawatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat.
	* Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, privacy, kondisi klien, respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan.
3. Pada tahap terminasi
	* Terus memperhatikan respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
	* Tinjau kemajuan klien dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
	* Rapikan peralatan dan lingkungan klien dan lakukan terminasi.
	* Lakukan pendokumentasian

## TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
			2. Setiap mahasiswa menyiapkan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
			3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
			4. Wajib mengisi presensi setiap kegiatan praktikum
			5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
			6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
			7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa
	1. **PRAKTIKUM 5 (WAKTU : 2 x 170 menit)**

## EVALUASI KEPERAWATAN

Oleh : Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S.Kp., M.Kep

## LANDASAN TEORI

PEDOMAN PENCATATAN EVALUASI

1). Awali evaluasi dengan data pendukung, sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. 2). Membandingkan data yang diperoleh dengan kriteria hasil dan selanjutnya

memutuskan hasil pencapaian tujuan.

1. Melaksanakan rencana keperawatan lanjutan sesuai hasil analisa yang telah dilakukan.
2. Lakukan evaluasi seobyektif mungkin.
3. Catat identitas dan tanda tangan pesawat yang mengevaluasi.

Bentuk format catatan perkembangan disebut dengan pencatatan berorientasi pada masalah yang berisikan: perkembangan subyektif, obyektif, assessment, planning, implementasi dan evaluasi. (SOAPIE)

## TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
			2. Setiap mahasiswa menyiapkan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
			3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
			4. Wajib mengisi presensi setiap kegiatan praktikum
			5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
			6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
			7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

## TATA TERTIB

Selama melakukan praktikum Metodologi Keperawatan, Anda akan melakukan praktikum seperti pada situasi nyata. Melakukan kegiatan dengan menerapkan konsep falsafah keperawatan, yaitu memperlakukan klien sebagai manusia secara utuh dengan memperhatikan aspek biopsikososialspiritual, serta memperhatikan aspek perilaku professional pelayanan (professional behavior) yang meliputi komunikasi, etika, etiket, moral serta tanggap terhadap sosial budaya klien. Sehubungan dengan hal tersebut, maka perlu dibuat tata tertib agar standar pelayanan keperawatan dan sesuai dengan situasi nyata.

Tata tertib praktikum adalah sebagai berikut:

* 1. Mengecek persiapan alat yang diperlukan pada kegiatan praktikum dan memenuhi prosedur peminjaman alat sesuai ketentuan yang berlaku di laboratorium skill.
	2. Hadir sebelum praktikum dimulai dan telah siap dengan Buku Materi praktikum serta alat-alat tulis.
	3. Teori praktikum harus sudah dipelajari demi kelancaran melakukan keterampilan klinik.
	4. Selama praktikum, praktikan dilarang makan, minum,merokok, gaduh, melakukan coretan-coretan pada phantom atau media yang ada di laboratorium dan berbicara yang tidak perlu dengan sesama praktikan atau melakukan aktivitas yang tidak diperlukan dengan sesama praktikan.
	5. Menjaga kebersihan dan keamanan alat bahan, media dan phantoom yang digunakan selama praktikum.
	6. Mengembalikan alat bahan, media dan phantom yang telah digunakan sesuai dengan prosedur pengembalian.
	7. Tanyakan hal-hal yang belum dimengerti selama pelaksanaan praktikum kepada fasilitator.
	8. Lakukan latihan praktik dengan sesama peer group (kelompok kecil), kemudian lakukan simulasi performance asesmen sesama peer group.
	9. Meminta evaluasi performance asesmen akhir praktikum pada pembimbing atau fasilitator atau instruktur praktik klinik Anda

## J. SANKSI

1. Apabila terjadi pelanggaran terhadap tata tertib yang berlaku akan diberikan sangsi oleh akademik sesuai berat ringannya pelanggaran
2. Apabila menghilangkan/merusak alat yang dipakai dalam praktikum wajib mengganti

## K. EVALUASI

Untuk menilai keberhasilan capaian pembelajaran kegiatan praktikum dilakukan evaluasi, yang meliputi :

1. Kognitif/pengetahuan yaitu responsi dan partisipasi dalam diskusi
2. Sikap : yaitu sikap mahasiswa saat melaksanakan prosedur meiputi kesopanan, komunikasi, ketelitian, kesabaran dan respon terhadap anak/klien
3. Psikomotor : mampu melakukan prosedur sesuai SOP dengan tepat dan benar

### *LAMPIRAN*

**FORMAT PENGKAJIAN DATA DASAR KEPERAWATAN**

Ruang/Poli/Unit/Instalasi :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama pasien : |  | No Reg. : |
| U m u r : | Jenis Kelamin : | Laki-laki/ Perempuan |
| Alamat : |  |  |

Tanggal waktu datang Jam

Orang yang bisa dihubungi /penganggung jawab (Nama) :

Alamat : No Telp.:

Diterima dari: Poliklinik IRD

 RS Dokter

 Lainnya :

Cara Datang : Kursi roda Ambulans Jalan kaki Brankar

Alasan Dirawat :

Terakhir Masuk Rumah Sakit (RS) :Tanggal Alasan

Riwayat Medis Lalu :

DAFTAR PENGOBATAN SEKARANG (diresepkan)

Nama Obat

Dosis

Cara pemberian

Frekw pemberian

**POLA PERSEPSI – PENGELOLAAN PEMELIHARAAN KESEHATAN :**

Merokok: Tidak Ya Jumlah <1 pak/hari 1-2 pak/hari

 > 2 pak/hari

Alkohol : Tidak Ya Jumlah : < 1 botol/hari 1- 2 botol/hari

 >2 botol/hari Jenis :

Mengkonsumsi obat – obatan dijual bebas /tanpa resep : Tidak Ya Macam :

Alergi ( Obat, makanan, plester, cairan ) : Tidak Ya Macam :

 Reaksi :

Harapan dirawat di rumah sakit/poliklinik/unit :

Pengetahuan tentang penyakit/masalah kesehatan saat ini ( pengertian, penyebab, tanda gejala, cara perawatan) :

Pengetahuan tentang pencegahan penyakit/masalah kesehatan saat ini (cara-cara pencegahan) :

Pengetahuan tentang keamanan/keselamatan (pencegahan terhadap cedera/kecelakaan) :

**POLA AKTIVITAS LATIHAN**

KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI :

0= Mandiri 1= Alat Bantu 2= Dibantu orang lain

3= Dibantu orang dan peralatan 4= Ketergantungan/tidak mampu 0 1 2 3 4

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Makan minum |  |  |  |  |  |
| Mandi |  |  |  |  |  |
| Berpakaian/dandan |  |  |  |  |  |
| Toileting |  |  |  |  |  |
| Mobilitas ditempat tidur |  |  |  |  |  |
| Berpindah |  |  |  |  |  |
| Berjalan |  |  |  |  |  |
| Naik tangga |  |  |  |  |  |
| Berbelanja |  |  |  |  |  |
| Memasak |  |  |  |  |  |
| Pemeliharaan rumah |  |  |  |  |  |

ALAT BANTU : Tidak

Kruk

Pispot disamping tempat tidur Walker

 Tongkat Kursi roda Lain- lain, sebutkan

**POLA NUTRISI DAN METABOLIK**

Jenis diet khusus/suplemen

Diet/makanan pantangan : Tidak Ya Macam :

Instruksi diit saat ini : Tidak Ya, macam :

Jumlah porsi setiap kali makan: Frekwensi dalam1 hari:

Nafsu makan: Normal Bertambah Berkurang Penurunan sensasi rasa

 Mual Muntah Stomatitis

Fluktuasi berat badan 6 bulan terakhir: tidak naik/turun Kg naik. Kg

Kesukaran menelan: Tidak Ya padat cairan

Gigi palsu: Tidak Ya bagian atas bagian bawah

Gigi ompong : Tidak Ya Bagian atas Bagian bawah Sebagaian besar Jumlah cairan/minum : < 1 ltr/hri 1-2 ltr/ > 2 ltr/hari

Jenis cairan :

Riwayat masalah penyembuhan kulit Tidak ada Penyembuhan Abnormal ada ruam

 Kering ada luka/lesi Pruritus

**POLA ELIMINASI**

Kebiasaan defekasi (BAB): kali/hari kali/minggu Tgl Defekasi terakhir

Pola BAB saat ini : dalam batas normal Konstipasi Diare Inkontinensia

 Nyeri Keluar darah Warna faeces :

Colostomy : tidak Ya Dapat merawat sendiri Tidak

Kebiasaan BAK: kali/hari Jumlah cc/hari Malam sering berkemih

 Kesukaran menahan/beser

 Nyeri/disuri

 Menetes/oliguri

 Anuri

Warna Urin: Alat Bantu: Folley kateter kondom kateter

**POLA TIDUR-ISTIRAHAT**

Kebiasaan tidur: jam/malam hari jam /tidur siang Nyenyak tidur Ya tidak Masalah tidur Tidak ada Ya terbangun malam hari Sulit tidur/ Insomnia

 Mimpi buruk Nyeri/tdk nyaman Gangg. Psikologis, sebutkan

**POLA KOGNITIF-PERSEPTUAL**

Keadaan mental: stabil Afasia Sukar bercerita Disorientasi Kacau mental

 Menyerang/agresif Tidak ada respons

Berbicara: Normal Bicara tidak jelas Berbicara inkoheren

 Tdk dapat berkomunikasi verbal, Bahasa yang dikuasai: Indonesia Lain-lain :

Kemampuan memahami: Ya Tidak Ansientas: Ringan Sedang Berat

 Panik Ketakutan : Tidak Ya

Pendengaran: DBN Terganggu ( Ka Ki) Tuli ( Ka Ki)

 Alat Bantu dengar Tinitus

Penglihatan: DBN Kacamata Lensa kontak Mata kabur Kanan Kiri

 Buta Kanan Kiri Vergito: Ya Tidak

Nyeri: Tidak Ya Akut Kronis Lokasi Nyeri

Nyeri berkurang dengan cara : Tdk Dapat

**POA TOLERANSI KOPING STRES/PERSEPSI DIRI/KONSEP DIRI**

Masalah utama sehubungan dengan dirawat dirumah sakit atau penyakit :

Adakah ancaman perubahan penampilan/kehilangan anggota badan Tidak Ya

Adakah penurunan harga diri : Tidak Ya

Adakah ancaman kematian : Tidak Ya

Adakah ancaman terhadap kesembuhan penyakit : Tidak Ya Adakah masalah biaya perawatan di RS : Tidak Ya

Pola koping individual : Konstruktif /efektif Tdk efektif Tidak mampu

**POLA SEXSUALITAS/ REPRODUKSI**

Periode Menstruasi Terakhir (PMT) Masalah Menstruasi/Hormonal:

 Tidak Ya Pap Smear Terakhir:

Pemeriksaan Payudara/Testis sendiri Ya Tidak Gangguan seksual

 Penyebab :

**POLA PERAN-HUBUNGAN**

Peran saat ini yang dijalankan :

Penampilan peran sehubungan dengan sakit : Tidak ada masalah Ada masalah, sebutkan

:

Sistem pendukung: Pasangan(Istri/Suami) Saudara/famili Orang tua/wali

 teman dekat tetangga

Interaksi dengan orang lain : Baik Ada masalah

Menutup diri : Tidak Ya

Mengisolasi diri/diisolasi orang lain : Tidak Ya

**POLA NILAI-KEYAKINAN**

Agama yang dianut: Pantangan agama: Tidak Ya(sebutkan)

Meminta dikunjungi Rohaniawan: Ya Tidak Nilai/keyakinan terhadap penyakit yang diderita

Distres Spiritual : Tidak Ya, sebutkan

**PENGKAJIAN FISIK (Objektif)**

1. **KEADAAN UMUM DAN VITAL SIGN**

Keadaan umum : Baik Lemah/ berbaring di TT Kesadaran : CM Somnolen

 Apatis Coma Suhu Nadi : Tekanan darah

Nadi: Lemah Tidak teratur RR BB TB

1. **PERNAFASAN/SIRKULASI**

Kualitas: DBN Dangkal

 Cepat- dalam

 Cepat dangkal

Batuk: Tidak Ya Sputum : Tidak ada Banyak Warna

Auskultasi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lobus Ka. Atas |  DBN | Suara abnormal  |
| Lobus Ki. Atas |  DBN | Suara abnormal  |
| Lobus Ka. Bawah |  DBN | Suara abnomal  |
| Lobus Ka. Bawah |  DBN | Suara abnormal  |

Bunyi jantung : DBN Bunyi abnormal

Pembesaran vena jugularis : Tidak Ya Edema tungkai : Tidak Ya Sebutkan

Nadi kaki kanan (pedalis): kuat

 lemah

 tak ada

Nadi kaki kiri (pedalis): kuat lemah tak ada

1. **METABOLIK- INTEGUMEN**

Kulit:

Warna: DBN Pucat Sianosis Kuning/ikterik Lain-

lain

Suhu kulit: DBN Hangat dingin Turgor DBN Buruk Edema: tidak ada Ya(jelaskan/lokasi)

Lesi: Tidak ada Ya(jelaskan /lokasi)

Memar: Tidak ada Ya(jelaskan/lokasi) Kemerahan: Tidak ada Ya(jelaskan/lokasi)

Gatal-gatal: Yidak Ya(jelaskan/ lokasi

Terpasang Selang Infus/ cateter : Tidak Ya Mulut: Gusi: DBN stomatitis perdarahan

Gigi: DBN Caries Berlobang Abdomen

Bising usus: Ada Tidak ada Ascites tidak Ya

Nyeri tekan : Tidak Ya Jelaskan

Kembung : Tidak Ya Tearaba massa/tumor : Tidak Ya Regio

1. **NEURO/SENSORI**

Pupil: Sama Tidak sama Kiri: Kanan: Ki dan Ka Reaksi terhadap cahaya

Kiri: Ya Tidak/Sebutkan

Kanan: Ya Tidak sebutkan

Keseimbangan dan gaya berjalan: Mantap Tidak mantap Genggaman tangan: Sama Kuat Lemah/Paralisis ( Ka Ki) Otot kaki: Sama Kuat Lemah paralysis ( Ka Ki) Parastesia/kesemutan : Tidak Ya Sebutkan

Anastesia : Tidak Ya Sebutkan

**PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

1. Laboratorium

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenis** | Hb | GDP/GD 2Jam PP | HDL/ LDL/VLDL | Uric Acid | Ureum | Widal | Lain-2……… | Lain-2……….. |
| **Hasil** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tgl** |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Foto Rontgen :
2. ECG :
3. USG :
4. Lain-lain :

**DIAGOSA MEDIS :**

**PERENCANAAN PULANG**

Hidup sendiri Ya Tidak Jelaskan

Tujuan setelah pulang: Kerumah sendiri Lain-lain

Transportasi setelah pulang: Mobil sendir/sewa Ambulan Belum dapat ditentukan sekarang

Antisipasi keperawatan mandiri setelah pulang ? Tidak mampu Mampu

Perlu perawatan di rumah setelah pulang : Tidak Ya Sebutkan tenaga kesehatan yang diinginkan

Perlu bantuan alat-alat setelah pulang? Tidak Ya

Penyuluhan kesehatan yang diperlukan setelah pulang : sebutkan

Rencana Kontrol selanjutnya : sebutkan

NAMA PERAWAT: TANDA TANGAN :

JABATAN : TANGGAL :

**PENGKAJIAN FOKUS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tanggal/****Nama Perawat** | **Data Fokus** | **Masalah** |
|  | Pola ……………………………………...S:O: |  |
|  | Pola …………………………………….S:O: |  |
|  | Pola ……………………………………..S: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | O: |  |

## SISTEM PENILAIAN

**PEDOMAN EVALUASI (PENILAIAN) PRAKTIKUM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN YG DINILAI** | **BOBOT** | **SCORE YANG****DIDAPAT** |
| 1. | Kesiapan mahasiswa mengikuti praktikum :* Mahasiswa hadir saat pertemuan
* Mahasiswa telah mempunyai bahan kajian diskusi
 | 15 |  |
| 2. | Ketersediaan bahan praktikum* Alat bahan (jika ada)
* Buku sumber/ materi diskusi
 | 20 |  |
| 3. | Keaktifan selama Proses pelaksanaan praktikum :* Mahasiswa antusias mencoba dan mempraktekkan sesuai petunjuk praktikum
* Mahasiswa mengerjakan Lembar Kerja yang tersedia
 | 25 |  |
| 4. | Kemampuan mengisi lembar kerja Mahasiswa :* Isian sesuai dengan teori yang ada
* Narasi terisi lengkap sesuai buku sumber
* Terdapat ide kreatifitas dalam narasi
 | 25 |  |
| 5. | Sikap Selama praktikum :* Sopan
* Hadir tepat waktu
* Aktif dalam kegiatan
* Tanggung jawab dalam menyelesaikan tugas tepat waktu
 | 15 |  |
|  | Total Nilai |  |  |

**Hasil kerja laporan praktikum ini telah dikoreksi oleh pembimbing/tutor sbb :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nilai/Skore** | **Mengetahui Pembimbing****(..............................................)** |

Format Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

# Daftar Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaboratif

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan/Masalah Kolaboratif** | **Evaluasi Kemajuan** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Kode Status Kode Evaluasi** | A = Aktif S = Stabil | T = Teratasi M = Membaik | D = Disingkirkan\*MB = Memburuk | \*TB = Tidak Berubah |  |

## A. SISTEM PENILAIAN

**PEDOMAN EVALUASI (PENILAIAN) PRAKTIKUM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN YG DINILAI** | **BOBOT** | **SCORE YANG****DIDAPAT** |
| 1. | Kesiapan mahasiswa mengikuti praktikum :* Mahasiswa hadir saat pertemuan
* Mahasiswa telah mempunyai bahan kajian diskusi
 | 15 |  |
| 2. | Ketersediaan bahan praktikum* Alat bahan (jika ada)
* Buku sumber/ materi diskusi
 | 20 |  |
| 3. | Keaktifan selama Proses pelaksanaan praktikum :* Mahasiswa antusias mencoba dan mempraktekkan sesuai petunjuk praktikum
* Mahasiswa mengerjakan Lembar Kerja yang tersedia
 | 25 |  |
| 4. | Kemampuan mengisi lembar kerja Mahasiswa :* Isian sesuai dengan teori yang ada
* Narasi terisi lengkap sesuai buku sumber
* Terdapat ide kreatifitas dalam narasi
 | 25 |  |
| 5. | Sikap Selama praktikum :* Sopan
* Hadir tepat waktu
* Aktif dalam kegiatan
* Tanggung jawab dalam menyelesaikan tugas tepat waktu
 | 15 |  |
|  | Total Nilai |  |  |

**Hasil kerja laporan praktikum ini telah dikoreksi oleh pembimbing/tutor sbb :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nilai/Skore** | **Mengetahui Pembimbing****(..............................................)** |

**Format : Rencana Asuhan Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan/Masal ah Kolaboratif | Kriteria Hasil | Tgl/Inisial | Intervensi |
|  |  |  |  |
| IInisial/Tanda Tangan1. LJC, RN | 3. | 5. | 7. |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | 4. | 6. | 8. |

**G. SISTEM PENILAIAN**

**PEDOMAN EVALUASI (PENILAIAN) PRAKTIKUM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN YG DINILAI** | **BOBOT** | **SCORE YANG****DIDAPAT** |
| 1. | Kesiapan mahasiswa mengikuti praktikum :* Mahasiswa hadir saat pertemuan
* Mahasiswa telah mempunyai bahan kajian diskusi
 | 15 |  |
| 2. | Ketersediaan bahan praktikum* Alat bahan (jika ada)
* Buku sumber/ materi diskusi
 | 20 |  |
| 3. | Keaktifan selama Proses pelaksanaan praktikum :* Mahasiswa antusias mencoba dan mempraktekkan sesuai petunjuk praktikum
* Mahasiswa mengerjakan Lembar Kerja yang tersedia
 | 25 |  |
| 4. | Kemampuan mengisi lembar kerja Mahasiswa :* Isian sesuai dengan teori yang ada
* Narasi terisi lengkap sesuai buku sumber
* Terdapat ide kreatifitas dalam narasi
 | 25 |  |
| 5. | Sikap Selama praktikum :* Sopan
* Hadir tepat waktu
* Aktif dalam kegiatan
* Tanggung jawab dalam menyelesaikan tugas tepat waktu
 | 15 |  |
|  | Total Nilai |  |  |

**Hasil kerja laporan praktikum ini telah dikoreksi oleh pembimbing/tutor sbb :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nilai/Skore** | **Mengetahui Pembimbing****(..............................................)** |

1. Lembar Kerja Mahasiswa

Silahkan anda secara bmengisi berkelompok/individu menyusun evaluasi pasien

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TGL | JAM | DIAG. KEP. | CATATAN | TTD PERAWAT |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  | Sub: |  |
|  |
|  |  |  | Obj:. |  |
|  |
|  |  |  | Kaji/ Assesmen: |  |
|  |
|  |  |  | Imp: |  |
|  |
|  |  |  | Eval: |  |

1. Sistem Penilaian Mahasiswa

## PEDOMAN EVALUASI (PENILAIAN) PRAKTIKUM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN YG DINILAI** | **BOBOT** | **SCORE YANG****DIDAPAT** |
| 1. | Kesiapan mahasiswa mengikuti praktikum :* Mahasiswa hadir saat pertemuan
* Mahasiswa telah mempunyai bahan kajian diskusi
 | 15 |  |
| 2. | Ketersediaan bahan praktikum* Alat bahan (jika ada)
* Buku sumber/ materi diskusi
 | 20 |  |
| 3. | Keaktifan selama Proses pelaksanaan praktikum :* Mahasiswa antusias mencoba dan mempraktekkan sesuai petunjuk praktikum
* Mahasiswa mengerjakan Lembar Kerja yang tersedia
 | 25 |  |
| 4. | Kemampuan mengisi lembar kerja Mahasiswa :* Isian sesuai dengan teori yang ada
* Narasi terisi lengkap sesuai buku sumber
* Terdapat ide kreatifitas dalam narasi
 | 25 |  |
| 5. | Sikap Selama praktikum :* Sopan
* Hadir tepat waktu
* Aktif dalam kegiatan
* Tanggung jawab dalam menyelesaikan tugas tepat waktu
 | 15 |  |
|  | Total Nilai |  |  |

**Hasil kerja laporan praktikum ini telah dikoreksi oleh pembimbing/tutor sbb :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nilai/Skore** | **Mengetahui Pembimbing****(..............................................)** |