**LAPORAN PENDAHULUAN (LP)**

1. **COVER LAPORAN PENDAHULUAN**
2. Laporan pendahuluan asuhan Keperawatan pada…………..(Nama penyakit)
3. Logo STIKES Wira Medika PPNI Bali
4. Identitas mahasiswa (Nama lengkap dan NIM)
5. Nama institusi Pendidikan dan tahun

1. **ISI LAPORAN PENDAHULUAN**
2. Konsep Dasar Penyakit
3. Definisi Pengertian
4. Tanda dan gejala
5. Penyebab
6. Patofisiologi terjadinya penyakit
7. Pat Way / WOC
8. Pemeriksaan fisik
9. Pemeriksaan diagnostik / Penunjang
10. Diagnosis/ Kriteria diagnosis
11. Terapi / tindakan penanganan
12. Komplikasi
13. hal – hal yang perlu disertakan
14. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan
	1. Pengkajian
	2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul
	3. Rencana asuhan keperawatan (tujuan, Kriteria evaluasi, Intervensi)
15. Daftar Pustaka

Minimal 5 literatur dengan edisi cetakan tidak lebih dari 5 tahun dari tahun sekarang.

\*\* Catatan : ini hanya sebuah panduan, bila dimodifikasi sesuai kebutuhan dan sumber yang didapatkan

**FORMAT STRATEGI PELAKSANAAN DAN STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

1. **FORMAT STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP)**

Nama Pasien :…………………

Dx medis : ………………..

Kamar : ………………..

1. Kondisi klien :
2. Alasan masuk RS
3. Data fokus
4. Diagnosa Keperawatan (masalah)
5. ……………………………….
6. ………………………………..
7. Tujuan Khusus (tujuan yang akan dicapai, criteria hasil)

………………………………….

1. Tindakan Keperawatan : tindakan apa yang akan dilakukan,
2. ………………………………….
3. …………………………………..

“ SOP tindakan tersebut”

1. **FORMAT STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam teurapeutik
* ………….
* ………….
1. Evaluasi / validasi
	* ……………
	* ……………
2. Kontrak
* Topik : ……………
* Waktu : …………..
* Tempat : ………….
1. Kerja (langkah – langkah tindakan keperawatan) : komunikasi saat melakukan tindakan
2. Terminasi
3. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
	* Subjektif
	* ……………..
	* ……………..
	* Objektif
4. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan )
* …………….
1. Kontrak yang akan datang
* Topik : ………………
* Waktu :………………
* Tempat : …………….

**PANDUAN PEMBUATAN SATUAN ACARA PENYULUHAN**

**(SAP)**

Topik :

Hari/Tanggal :

Waktu :

Penyaji :

Tempat :

* + 1. **TUJUAN**
	1. Tujuan Umum
	2. Tujuan Khusus
		1. **SASARAN**
		2. **GARIS BESAR MATERI**
		3. **PELAKSANAAN KEGIATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Waktu | Kegiatan Penyuluhan | Kegiatan Peserta |
|  |  | Pembukaan  |  |
|  |  | Pelaksanaan  |  |
|  |  | Evaluasi  |  |
|  |  | Terminasi  |  |

* + 1. **METODE**
		2. **MEDIA**
		3. **PERORGANISASIAN KELOMPOK**

Moderator :

Penyaji :

* + 1. **EVALUASI**
		2. **DAFTAR PUSTAKA**

Lampiran materi

Lampiran Leaflet

**Lampiran 8**

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

**“ANTENATAL”**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny…………………

DENGAN……………………………………

DI RUANG …………………………………

RS……………

TANGGAL ………………….

* + 1. **PENGKAJIAN**

**IDENTITAS PASIEN** Penanggung Jawab

Nama : Nama :

Umur : Umur :

Pendidikan : Pendidikan :

Pekerjaan : Jenis kelamin :

Status Perkawinan : Pekerjaan :

Agama : Alamat :

Suku : Status perkawinan :

Alamat : Agama :

No CM :

Tanggal MRS :

Tanggal Pengkajian :

Sumber informasi :

**ALASAN MRS**

Keluhan Utama MRS :

Keluhan saat dikaji :

Riwayat Penyakit sekarang :

Riwayat Penyakit Dahulu :

**RIWAYAT OBSTETRI DAN GINEKOLOGI**

1. Riwayat Menstruarsi :
	* Menarche : umur ….. Siklus : teratur ( ) tidak ( )
	* Banyaknya :…. Lama :………
	* Keluhan : ………
	* HPHT : ………..
2. Riwayat pernikahan
* Menikah : ….kali Lama : ….tahun
1. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anak Ke | Kehamilan | Persalinan | Komplikasi nifas | Anak |
| No | Thn | Umur kehamilan  | Penyulit | jenis | penolong | Penyulit  | laserasi | infeksi | Perdarahan | Jenis Kelamin | BB | Pj |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Riwayat kehamilan saat ini

Status Obstetrikus :

* G…P…A…H… UK : ……..minggu
* TP : ….
* ANC kehamilan sekarang :………..
1. Riwayat keluarga berencana
* Akseptor KB : …... Jenis:…… Lama:………
* Masalah : ……

**RIWAYAT PENYAKIT**

* + 1. Klien :…………
		2. Keluarga : …………

**POLA FUNGSIONAL KESEHATAN**

1. Pemeliharan dan persepsi terhadap kesehatan

……………………………………………………….

1. Nutrisi / metabolik

………………………………………………………

1. Pola eliminasi

………………………………………………………

1. 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

1. Oksigenasi :

……………………………………………………..

1. Pola tidur dan istirahat :

………………………………………………………

1. Pola perseptual :

………………………………………………………

1. Pola persepsi diri :

………………………………………………………

1. Pola seksual dan reproduksi :

………………………………………………………

1. Pola peran – hubungan :

………………………………………………………

1. Pola manajemen koping stress :

………………………………………………………

1. Sistem nilai dan keyakinan :

………………………………………………………

**PEMERIKSAAN FISIK**

Keadaan umum :

* GCS :…………………..
* Tingkat kesadaran : ………………….
* Tanda – tanda vital : TD….. ...........N….........RR….........T….......
* BB : ………….TB:………… LILA :………..

Head toe toe :

* Kepala

wajah :

sklera :

konjungtiva : :

pembesaran limphe node :

pembesaran kelenjar tiroid :

telinga : ………………………………………

* Kulit

Linea nigra ( )

Striae gravidarum ( )

Pucat ( )

Cloasma ( )

* Dada

 Payudara

 Areola :…………….. Putting : (menonjol / tidak )

 Tanda dimpling / retraksi :………………….

 Pengeluaran ASI : ………………..

 Jantung : ………. Paru: …………..

* Abdomen

 Linea : ……… Striae :…………

Pembesaran sesuai UK : ………….

Gerakan Janin : ………….. Kontraksi : …….

Luka bekas operasi : …………..

Ballottement : ………………………..

Leopold I : Kepala / bokong / kosong TFU:…….............

Leopold II : Kanan : punggung/ bagian kecil/ bokong / kepala

Kiri : punggung / bagian kecil /bokong/kepala

Leopold III : Presentasi kepala / bokong/kosong

Leopold IV : Bagian masuk PAP (konvergen/divergen/sejajar)

Penurunan kepala : .........(penurunan bag.terbawah dengan metode lima jari )

Kontraksi : ………………….

DJJ :………………….. Bising usus : …………………..

* Genetalia dan perineum :

Kebersihan :………………

Keputihan :…………………. Karakteristik :……………..

Hemoroid :…………………

* Ekstremitas

Atas :

Oedema :…………………

Varises :…………………

CRT :…………………

Bawah :

Oedema :…………………

Varises :…………………

CRT :…………………

Refleks :………………....

**DATA PENUNJANG**

* Pemeriksaan Laboratorium :………………………..
* Pemeriksaan USG :………………………..

**DIAGNOSA MEDIS**

**PENGOBATAN**

* + 1. **ANALISA DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| DS :DO : |  |  |

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas :

1. ........................................
2. ........................................
3. ........................................
	* 1. **RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tgl / jam | Diagnosa | Rencana Keperawatan |
| Tujuan | Intervensi | Rasional |
|  |  |  |  |  |  |

**IV. IMPLEMENTASI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl/Jam | No.Dx | Implementasi | Evaluasi Proses | Paraf/Nama |
|  |  |  |  |  |

* + - * 1. **EVALUASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tgl/Jam | No Dx | Evaluasi Hasil |
|  |  | S :O :A :P : |

Denpasar, …………………….20…..

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing Klinik/ CI(…………............……….................…….)NIP | Mahasiswa(........................................................................)NIM. |
| Clinical Teacher/CT(………………....…................…….)NIK. |

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

 **“ INTRANATAL “**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny…………………

DENGAN……………………………………

DI RUANG …………………………………

RS……………

TANGGAL ………………….

1. **PENGKAJIAN**
2. **IDENTITAS PASIEN** Penanggung Jawab

Nama : Nama :

Umur : Umur :

Pendidikan : Pendidikan :

Pekerjaan : Jenis kelamin :

Status Perkawinan : Pekerjaan :

 Agama : Alamat :

Suku : Status perkawinan :

Alamat : Agama :

No CM :

Tanggal MRS :

Tanggal Pengkajian :

Sumber informasi :

1. **DATA KESEHATAN**

Keluhan Utama : ……………..

Keluhan saat dikaji :………………

Tb:…..Cm BB : (sekarang)………kg (sebelum hamil)………kg

Masalah kesehatan khusus :

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

Obat-obatan yang sedang dikonsumsi

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

Riwayat alergi,sebutkan :

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

Diet khusus selama kehamilan

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

BAK :…..x/hari

Masalah : …………………………………………………………………………

BAB :…..x/hari

Masalah : …………………………………………………………………………

Kebiasaan dan gangguan waktu tidur :

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

1. **RIWAYAT OBSTETRI DAN GINEKOLOGI**

Kehamilan sekarang direncanakan : ya/tidak

1. Riwayat pernikahan
* Menikah : …..kali Lama : ….tahun
1. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anak Ke | Kehamilan | Persalinan | Komplikasi nifas | Anak |
| No | Thn | Umur kehamilan  | Penyulit | jenis | penolong | Penyulit  | laserasi | infeksi | Perdarahan | Jenis Kelamin | BB | Pj |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Riwayat kehamilan sekarang

Trimester I :……………….

Trimester II :……………….

Timester III : ………………

Status Obstetrikus :

* G…P…A…H… UK : ……..minggu
* TP : ….
* ANC kehamilan sekarang :
1. Riwayat keluarga berencana
* Akseptor KB : …...
* Masalah : ……
1. **RIWAYAT PENYAKIT**
	* 1. Klien :
		2. Keluarga :
2. **RIWAYAT PERSALINAN SEKARANG**
* Pemeriksaan Laboratorium :
* Pemeriksaan USG :
1. **DATA PENUNJANG**
	1. mulai kontraksi,tanggal ……………………….jam……………….
	2. Kontraksi saat ini :………x/menit
	3. Mulai pengeluaran pervaginam
	4. DJJ :………..x/mnt, kekuatan : …………………………
	5. TB : ………………Mmhg,Nadi : ……………………x/menit

(sebelum hamil)…….kg

* 1. TD : …………………Mmhg, Nadi : ……….x/mnt

RR :….x/mnt, suhu :…°

* 1. Ektremitas : oedem / tidak
	2. Refleks :
	3. Pemeriksaan dalam

Jam :……………….oleh :………….

Hasil :………………………………..

Repture membrane amnion : ya/tidak

Pecah tanggal………………jam………………….warna cairan amnion ……………

1. **POLA FUNGSIONAL KESEHATAN**
* Pemeliharan dan persepsi terhadap kesehatan

 ……………………………………………………….

* Nutrisi / metabolik

 ………………………………………………………

* Pola eliminasi

 ………………………………………………………

* 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

* Pola tidur dan istirahat :

 ………………………………………………………

* Pola perseptual :

 ………………………………………………………

* Pola persepsi diri :

 ………………………………………………………

* Pola seksual dan reproduksi :

 ………………………………………………………

* Pola peran – hubungan :

 ………………………………………………………

* Pola manajemen koping stress :

 ………………………………………………………

* Sistem nilai dan keyakinan :

 ………………………………………………………

1. **OBSERVASI PERSALINAN**

**KALA I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/tanggal | Jam | Hasil Observasi |
|  |  |  |

**ASUHAN KEPERAWATAN KALA I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  | HariTglJam  | Diagnosa Keperawatan  | Tujuan &kriteria hasil  | Intervensi  | Rasional  | Implementasi  | Evaluasi  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**KALA II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/tanggal | Jam | Hasil Observasi |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ASUHAN KEPERAWATAN KALA II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  | HariTglJam  | Diagnosa Keperawatan  | Tujuan &kriteria hasil  | Intervensi  | Rasional  | Implementasi  | Evaluasi  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data bayi baru lahir :**

Jenis kelamin :……………. Lingkar dada : …………….

Berat badan : ……………. Lingkar perut : …………….

Panjang badan : ……………. LILA : …………….

Lingkar kepala:…………….

APGAR Score :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tgl/Jam | Karakteristik yang dinilai | Menit ke I | Menit ke 5  |
| 1. |  | Denyut jantung  |  |  |
| 2. |  | Pernafasan  |  |  |
| 3. |  | Refeks |  |  |
| 4. |  | Tonus otot  |  |  |

Kesimpulan :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**KALA III**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/tanggal | Jam | Hasil Observasi |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ASUHAN KEPERAWATAN KALA III**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  | HariTglJam  | Diagnosa Keperawatan  | Tujuan &kriteria hasil  | Intervensi  | Rasional  | Implementasi  | Evaluasi  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**KALA IV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/tanggal | Jam | Hasil Observasi |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ASUHAN KEPERAWATAN KALA IV**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  | HariTglJam  | Diagnosa Keperawatan  | Tujuan &kriteria hasil  | Intervensi  | Rasional  | Implementasi  | Evaluasi  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Denpasar, …………………….20…..

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing Klinik/ CI(…………............……….................…….)NIP | Mahasiswa(........................................................................)NIM. |
| Clinical Teacher/CT(………………....…................…….)NIK. |

**Lampiran 10**

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

**“BAYI BARU LAHIR”**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA By..................**

**DENGAN.........................................**

**DI RUANG..........................**

 **RS………………………..**

**TANGGAL..........**

1. **PENGKAJIAN**
	* 1. **IDENTITAS PASIEN**

Nama : ............................................

Umur : ............................................

Nama Ayah-Ibu : ............................................

Umur : ............................................

Pendidikan : ............................................

Pekerjaan : ............................................

Status perkawinan : ............................................

Agama : ............................................

Suku : ............................................

Alamat : ............................................

No.CM : ............................................

Tanggal MRS : ............................................

Tanggal pengkajian : ............................................

Sumber informasi : ............................................

* + 1. **RIWAYAT KELAHIRAN YANG LALU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tahunkelahiran | Jeniskelamin | BB lahir | Keadaanbayi | Komplikasi | Jenispersalinan | Ket |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* + 1. **RIWAYAT PERSALINAN**

BB/TB Ibu : ............kg/................cm Persalinan di...............

Keadaan umum Ibu .........................Tanda vital .................

Jenis persalinan ...............................Proses persalinan.......

Kala I.................................Jam

Indikasi : ..........................................Kala II .......................menit

Komplikasi persalinan : Ibu.................................Janin ........................

Lamanya ketuban pecah ...................................... Kondisi ketuban....

* + 1. **KEADAAN BAYI SAAT LAHIR**

Lahir tanggal : ...................jam............ Jenis kelamin.............

Kelahiran : Tunggal/gemeli

Nilai APGAR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tanda | Nilai | Jumlah |
| 0 | 1 | 2 |  |
| Denyut jantung | Tidak ada | < 100 | >100  |  |
| Usaha napas | Tidak ada | Lambat  | Menangis kuat |  |
| Tonus otot | Lumpuh  | Ekstremitas fleksi sedikit | Gerakan aktif |  |
| Iritabilitas reflex | Tidak bereaksi | Gerakan sedikit | Reaksi melawan |  |
| Warna  | Biru/pucat | Tubuh kemerahan, tangan dan kaki biru | Kemerahan  |  |

* + 1. **PENGKAJIAN FISIK**

Umur ..............Hari....................Jam..........

Berat badan.................................gr

Panjang badan.............................cm

Suhu...........................................ºC

Lingkar kepala.............................cm

Lingkar dada...............................cm

Lingkar perut..............................cm

**Head to toe**

Kepala Wajah

* Inspeksi : .............................................................
* Palpasi : .............................................................

Leher

* Inspeksi : .............................................................
* Palpasi : .............................................................

Tubuh

* Warna :……………………………………………
* Lanugo :……………………………………………
* Vernix :……………………………………………

Dada

* Inspeksi : .................................................
* Palpasi : .................................................
* Perkusi : .................................................
* Auskultasi : …………..............................................

Abdomen

* Inspeksi :.............................................................
* Auskultasi : ............................................................
* Perkusi :.............................................................
* Palpasi : .............................................................

Punggung

* Keadaan punggung : ...............................................
* Fleksibilitas : ...............................................
* Tulang punggung : ...............................................
* Kelainan : ...............................................

Genetalia dan anus

* Laki-laki : ...............................................
* Perempuan : ...............................................
* Anus : ...............................................
* Mekonium : ...............................................
* Kelainan : ...............................................

Ekstremitas

* Atas : .............................................................
* Bawah : .............................................................
* Kelainan : .............................................................
* Pergerakan : ...........................................................
	+ 1. **STATUS NEUROLOGI**

Pemeriksaan refleks : .................................................

* + 1. **NUTRISI**

ASI/PASI/Lain-lain

* + 1. **ELIMINASI**

BAB pertama, tanggal ........................ Jam..................

BAK pertama, tanggal ........................ Jam..................

* + 1. **DATA PENUNJANG**
* Pemeriksaan Laboratorium :…………………………..
* Pemeriksaan Diagnostik :…………………………..
	+ 1. **DIAGNOSA MEDIS**
		2. **PENGOBATAN**
	1. **ANALISA DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| DS :DO : |  |  |

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas :

1. ........................................
2. ........................................
3. ........................................
	1. **RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tgl / jam | Diagnosa | Rencana Keperawatan |
| Tujuan | Intervensi | Rasional |
|  |  |  |  |  |  |

**IV. IMPLEMENTASI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl/Jam | No.Dx | Implementasi | Evaluasi Proses | Paraf/Nama |
|  |  |  |  |  |

* 1. **EVALUASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tgl/Jam | No Dx | Evaluasi Hasil |
|  |  | S :O :A :P : |

Denpasar, …………………….20…..

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing Klinik/ CI(…………............……….................…….)NIP | Mahasiswa(........................................................................)NIM. |
| Clinical Teacher/CT(………………....…................…….)NIK. |

**Lampiran 11**

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

**“POST NATAL”**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny..................**

**DENGAN.........................................**

**DI RUANG..........................**

 **RS………………………..**

**TANGGAL..........**

1. **PENGKAJIAN**
	* 1. **IDENTITAS PASIEN PENANGGUNG/ SUAMI**

Nama : ............ Nama : ...................

Umur : ............ Umur : ……………

Pendidikan : ............ Pendidikan : ……………

Pekerjaan : ............ Pekerjaan : …................

Status perkawinan : ............ Alamat : ...................

Agama : ............

Suku : ............

Alamat : ............

No. CM : ............

Tangal MRS : ............

Tanggal Pengkajian : ............

Sumber informasi : ............

* + 1. **ALASAN DIRAWAT**

Alasan MRS

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

* + - 1. Keluhan saat dikaji

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

* + 1. **RIWAYAT OBSTERTRI DAN GINOKOLOGI**

Riwayat Menstruasi :

• Menarche : Umur .......... Siklus : teratur ( ) tidak ( )

• Banyaknya : .................... Lamanya : .....................................

• Keluhan : ....................

• HPHT : ....................

Riwayat Pernikahan :

• Menikah : ....................kali Lama : ................. tahun.

Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anak ke | Kehamilan | Persalinan | Komplikasi nifas | Anak |
| No | Tahun | Umur kehamilan | Penyulit | Jenis | Penolong | Penyulit  | Laserasi  | Infeksi  | Pedarahan | Jenis kelamin | BB | Pj |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Riwayat Keluarga Berencana :

• Akseptor KB : jenis .............. Lama : ..................

• Masalah : .......................

• Rencana KB : ......................

**D**. **POLA FUNGSIONAL KESEHATAN**

 ° Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

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

 ° Nutrisi

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

 ° Pola eliminasi

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

 ° Pola aktivitas dan latihan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kemampuan perawatan diri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Makan/ minum |  |  |  |  |  |
| Mandi |  |  |  |  |  |
| Toileting |  |  |  |  |  |
| Berpakaian |  |  |  |  |  |
| Mobilisasi ditempat tidur |  |  |  |  |  |
| Berpindah |  |  |  |  |  |
| Ambulasi ROM |  |  |  |  |  |

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

 4: tergantung total.

° Oksigensi:

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

° Pola Tidur dan istrahat

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

° Pola perseptual

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

° Pola persepsi diri

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

° Pola seksual dan reproduksi

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

° Pola peran-hubungan

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

° Pola manajemen koping stress

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

° Sistem nilai dan keyakinan

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

**E**. **PEMERIKSAAN FISIK**

Keadaan umum

- GCS : ......................................

- Tingkat kesadaran : ......................................

- Tanda-tanda fital : TD ............. N .............. RR .............. T ...............

- BB : ................... TB : ............... LILA : ........

Head to toe

Kepala Wajah

* Inspeksi : .............................................................
* Palpasi : .............................................................

Leher

* Inspeksi : .............................................................
* Palpasi : .............................................................

Tubuh

* Warna :……………………………………………
* Lanugo :……………………………………………
* Vernix :……………………………………………

Dada

* Inspeksi : .................................................
* Palpasi : .................................................
* Perkusi : .................................................
* Auskultasi : …………............................................

Abdomen :

* Linea : .................. ................... Satriae : ....................
* TFU : ......................................
* Kontraksi : ......................................
* Diastasi rectus abdominis : ......................................
* Bising usus : .................

Genetalia

* Kebersihan : ......................................
* Lokhea : ............................... Krakteristik : ..........................

Perineum dan anus

* Perineum : REEDA .......................
* Hemoroid : ......................................

Ekstremitas :

Atas : ......................................

Oedema : ......................................

Varises : ......................................

CRT : ......................................

 Bawah

Oedema : ......................................

Varises : ......................................

CRT : ......................................

Tanda homan : ......................................

Pemeriksaan Reflek : ......................................

**F.** **DATA PENUNJANG**

• Pemeriksaan Laboratorium :

• Pemeriksaan radiologik :

**G. DIAGNOSA MEDIS**

**H. PENGOBATAN**

1. **ANALISA DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| DS :DO : |  |  |

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas :

1. ........................................
2. ........................................
3. ........................................
4. **RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tgl / jam | Diagnosa | Rencana Keperawatan |
| Tujuan | Intervensi | Rasional |
|  |  |  |  |  |  |

**IV. IMPLEMENTASI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl/Jam | No.Dx | Implementasi | Evaluasi Proses | Paraf/Nama |
|  |  |  |  |  |

* 1. **EVALUASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tgl/Jam | No Dx | Evaluasi Hasil |
|  |  | S :O :A :P : |

Denpasar, …………………….20…..

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing Klinik/ CI(…………............……….................…….)NIP | Mahasiswa(........................................................................)NIM. |
| Clinical Teacher/CT(………………....…................…….)NIK. |

**Lampiran 12**

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

**“GINEKOLOGI”**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny..................**

**DENGAN.........................................**

**DI RUANG..........................**

 **RS………………………..**

**TANGGAL..........**

1. **PENGKAJIAN**
	* 1. **IDENTITAS PASIEN PENANGGUNG/ SUAMI**

Nama : ............ Nama : ...................

Umur : ............ Umur : ……………

Pendidikan : ............ Pendidikan : ……………

Pekerjaan : ............ Pekerjaan : …................

Status perkawinan : ............ Alamat : ...................

Agama : ............

Suku : ............

Alamat : ............

No. CM : ............

Tangal MRS : ............

Tanggal Pengkajian : ............

Sumber informasi : ............

* + 1. **ALASAN DIRAWAT**

Alasan MRS

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

* + - 1. Keluhan saat dikaji

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

* + 1. **RIWAYAT OBSTERTRI DAN GINOKOLOGI**

Riwayat Menstruasi :

• Menarche : Umur .......... Siklus : teratur ( ) tidak ( )

• Banyaknya : .................... Lamanya : .....................................

• Keluhan : ....................

• HPHT : ....................

Riwayat Pernikahan :

• Menikah : ....................kali Lama : ................. tahun.

Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anak ke | Kehamilan | Persalinan | Komplikasi nifas | Anak |
| No | Tahun | Umur kehamilan | Penyulit | Jenis | Penolong | Penyulit  | Laserasi  | Infeksi  | Pedarahan | Jenis kelamin | BB | Pj |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Riwayat Keluarga Berencana :

• Akseptor KB : jenis ............... Lama : ..................

• Masalah : .......................

• Rencana KB : .......................

**D**. **POLA FUNGSIONAL KESEHATAN**

 ° Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

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

 ° Nutrisi/ metabolic

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

 ° Pola eliminasi

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

 ° Pola aktivitas dan latihan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kemampuan perawatan diri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Makan/ minum |  |  |  |  |  |
| Mandi |  |  |  |  |  |
| Toileting |  |  |  |  |  |
| Berpakaian |  |  |  |  |  |
| Mobilisasi ditempat tidur |  |  |  |  |  |
| Berpindah |  |  |  |  |  |
| Ambulasi ROM |  |  |  |  |  |

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

4: tergantung total.

° Oksigensi:

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

° Pola Tidur dan istrahat

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

° Pola perseptual

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

° Pola persepsi diri

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

° Pola seksual dan reproduksi

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

° Pola peran-hubungan

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

° Pola manajemen koping stress

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

° Sistem nilai dan keyakinan

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

**E**. **PEMERIKSAAN FISIK**

Keadaan umum

- GCS : ......................................

- Tingkat kesadaran : ......................................

- Tanda-tanda fital : TD ............. N .............. RR .............. T ...............

- BB : ................... TB : ............... LILA : ........

Head to toe

Kepala Wajah

* Inspeksi : .............................................................
* Palpasi : .............................................................

Leher

* Inspeksi : .............................................................
* Palpasi : .............................................................

Tubuh

* Warna :……………………………………………
* Lanugo :……………………………………………
* Vernix :……………………………………………

Dada

* Inspeksi : .................................................
* Palpasi : .................................................
* Perkusi : .................................................
* Auskultasi : …………..............................................

Abdomen

* Inspeksi :.............................................................
* Auskultasi : ............................................................
* Perkusi :.............................................................
* Palpasi : .............................................................

 Genetalia

* Kebersihan : ......................................
* keputihan : .....................................

Perineum dan anus

* Perineum : .....................................
* Hemoroid : ......................................

Ekstremitas :

Atas : ......................................

Oedema : ......................................

Varises : ......................................

 CRT : ......................................

Bawah

Oedema : ......................................

Varises : ......................................

CRT : .......................................

Pemeriksaan Reflek : ............................

**F.** **DATA PENUNJANG**

• Pemeriksaan Laboratorium : .................................

• Pemeriksaan radiologik :..................................

**G. DIAGNOSA MEDIS**

**H. PENGOBATAN**

* + 1. **ANALISA DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| DS :DO : |  |  |

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas :

1. ........................................
2. ........................................
3. ........................................
	* 1. **RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tgl / jam | Diagnosa | Rencana Keperawatan |
| Tujuan | Intervensi | Rasional |
|  |  |  |  |  |  |

**III. IMPLEMENTASI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl/Jam | No.Dx | Implementasi | Evaluasi Proses | Paraf/Nama |
|  |  |  |  |  |

* 1. **EVALUASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tgl/Jam | No Dx | Evaluasi Hasil |
|  |  | S :O :A :P : |

Denpasar, …………………….20…..

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing Klinik/ CI(…………............……….................…….)NIP | Mahasiswa(........................................................................)NIM. |
| Clinical Teacher/CT(………………....…................…….)NIK. |

**Lampiran 13**

**FORMAT EVALUASI LAPORAN PENDAHULUAN**

Nama : ......................

NIM : ......................

Judul LP : ......................

Ruang : ......................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | ASPEK YANG DINILAI | Score ( √ ) | Jumlah |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Pengertian, etiologi, tanda dan gejala |  |  |  |  |  |
| 2 | Patofisiologi |  |  |  |  |  |
| 3 | Pathway/ WOC |  |  |  |  |  |
| 4 | Penatalaksanaan |  |  |  |  |  |
| 5 | Pengkajian keperawatan |  |  |  |  |  |
| 6 | Kemungkinan diagonosa keperawatan |  |  |  |  |  |
| 7 | Nursing Care Plan |  |  |  |  |  |
| 8 | Evaluasi |  |  |  |  |  |
| 9 | Daftar Pustaka |  |  |  |  |  |
| 10 | Pengumpulan tepat waktu |  |  |  |  |  |
|  | T o t a l |  |

Keterangan:

1: Kurang 3: Sedang

2: Cukup 4: Baik

**Penilaian:**

Nilai = (jumlah score/ 40) x 100 %

Denpasar, ....................... 20....

Pembimbing,

(....................................)

**Lampiran 14**

**FORMAT PENILAIAN PRE CONFERENCE**

**A. Pre Conference**

Nama Mahasiswa : ......................

NIM : ......................

Ruangan Praktek : ......................

Kasus : ......................

Tanggal Penilaian : ......................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspel Penilaian** | **Bobot** | **score** | **Nilai** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Kesiapan dalam *pre conference* | 20 |  |  |  |  |  |
| 2 | Mengemukakan pendapatselama pre conference/ pengetahuan penyakit. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Pengetahuan tentang rencana perawatan:* Identifikasi masalah klien
* Identifikasi tujuan
* Identifikasi intervensi.
 | 25 |  |  |  |  |  |
| 4 | Memberi masukan (tanggapan, pendapat, ide) terhadap askep yang didiskusikan. | 25 |  |  |  |  |  |
| 5 | Memberi respon (kognitif dan afektif) terhadap masukan. | 10 |  |  |  |  |  |
| **T o t a l** | 100 |  |  |  |  |  |

**Keterangan:**

• Isilah kolom skor menggunakan tanda ( √ ) Denpasar, ................20....

• score : Pembimbing

° 1 : Kurang 3 : Baik

° 2 : Cukup 4 : Sangat Baik.

• Jumlah nilai = Score x Bobot

 (....................................)

**Lampiran 15**

**FORMAT PENILAIAN POST CONFERENCE**

Nama Mahasiswa : ......................

NIM : ......................

Ruangan Praktek : ......................

Kasus : ......................

Tanggal Penilaian : ......................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspel Penilaian** | **Bobot** | **score** | **Nilai** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Kesiapan dalam *pre conference* | 20 |  |  |  |  |  |
| 2 | Pengetahuan tentang penyakit. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Pengetahuan tentang rencana perawatan:* Identifikasi prioritas masalah klien
* Identifikasi tujuan dan diagonosa keperawatan
* Identifikasi intervensi
* Evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan.
 | 25 |  |  |  |  |  |
| 4 | Memberi masukan (tanggapan, pendapat, ide) terhadap askep yang didiskusikan. | 25 |  |  |  |  |  |
| 5 | Memberi respon (kognitif dan afektif) terhadap masukan. | 10 |  |  |  |  |  |
| **T o t a l** | 100 |  |  |  |  |  |

**Keterangan:**

• Isilah kolom sekor menggunakan tanda ( √ )

• Score :

° 1 : Kurang 3 : Baik

° 2 : Cukup 4 : Sangat Baik.

• Jumlah nilai = Score x Bobot

 4

Denpasar, ....................... 20...

Pembimbing,

(....................................)

**Lampiran 16**

**FORMAT PENILAIAN**

**LAPORAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN**

Nama Mahasiswa : ......................

NIM : ......................

Ruangan Praktek : ......................

Kasus : ......................

Tanggal Penilaian : ......................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dinilai** | **Sekor (1-4)** | **Bobot (%)** | **Nilai x bobot** |
| 1 | **Pengkajian (20%)*** + - 1. Data lengkap, komprehensif dan falid sesuai kondisi klien.
			2. Menurut data fokus dan data spesifik sesuai dengan kasus.
			3. Menggunakan berbagai sumber data baik primer maupun skunder.
			4. Analisa data memuat pengelompokan data senjang, identifikasi penyebab dan rumusan masalah dengan benar.
 | 20 |  |  |
| 2 | **Diagonosa Keperawatan (10%)*** + - 1. Rumusan diagonosa ditulis dengan benar (menurut unsur; PES)
			2. Diagonosa keperawatan ditulis dengan lengkap sesuai dengan prioritas masalah.
			3. Menggunakan teori dalam menegakkan diagonosa keperawatan.
			4. Penulisan diagonosa dilengkapi dengan tanggal ditemukan diagonosa dan rencana dipecahkan sarta paraf peserta didik.
 | 20 |  |  |
| 3 | **Perencanaan (20%)**1. Penulisan tujuan dan kriteria evaluasi memenuhi kaidah SMART.
2. Perencanaan mengacau pada upaya untuk mengatasi diagonosa.
3. Menggunakan landasan teori yang tepat dalam menyusun perencanaan.
4. Perencanaan disusun sesuai dengan prioritas kebutuhan klien.
 | 20 |  |  |
| 4 | **Implementasi (30%)**1. Implementasi tujuan dan kriteria evaluasi memenuhi kaidah SMART.
2. Implementasi ditulis sesuai dengan urutan pelaksanaannya.
3. Implementasi ditulis dengan jelas, komunikatif dan dapat dimengerti.
4. Penulisan implementasi dilengkapi dengan tanggal dan jam pelaksanaan tindakan serta paraf pelaksanaan tindakan.
 | 30 |  |  |
| 5 | **Evaluasi (10%)**1. Penulis evaluasi mengacau pada tujun dan kriteria evaluasi.
2. Penulis evaluasi memuat evaluasi formatif dan sumatif pada setiap diagonosa keperawatan.
3. Mendokumentasikan seluruh hasil evaluasi dengan benar.
4. Penulisan evaluasi dilengkapi dengan tanggal, jam, respon klien dan paraf pelaksanaan evaluasi tersebut.
 | 10 |  |  |
|  | **J u m l a h** |  |  |  |

Kriteria penilaian:

Nilai 4 apabila peserta didik memenuhi 4 aspek yang dinilai.

Nilai 3 apabila peserta didik memenuhi 3 aspek yang dinilai.

Pembimbing

(...............................................)

Nilai 2 apabila peserta didik memenuhi 2 aspek yang dinilai.

Nilai 1 apabila peserta didik memenuhi 1 aspek yang dinilai.

Nilai = Jumlah nilai x bobot

 4

**Lampiran 17**

**FORMAT PENILAIAN**

**PRESENTASI SEMINAR KASUS**

**A. Penyaji**

Nama Mahasiswa : ......................

NIM ......................

Ruangan Praktek : ......................

Kasus : ......................

Tanggal Penilaian : ......................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek Yang Dinilai** | **Bobot (%)** | **score** | **Nilai****(Skor x bobot)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **A** | **Persiapan**• Sistematika penulisan makalah sesuai EYD• Konteks bahasa• Susunan kalimat• Penggunaan Media Persentasi | 60 |  |  |  |  |  |
| **B** | **Pelaksanaan presentasi**• Penggunaan waktu• Sistematika penjelasan• Penggunaan bahasa• Penguasaan situasi atau lingkungan.• Respon terhadap pertanyaan• Sistematika penyampaian jawaban• Rasionalitas jawaban• Penyampaian ide-ide• Penguasaan emosi• Peran serta anggota kelompok.• Evaluasi• Kemampuan menanggapi secara teoritas/ konseptual.• Kemampuan menyimpulkan. | 40 |  |  |  |  |  |
|  | **T o t a l** | 100 |  |  |  |  |  |

**Keterangan:**

• Isilah kolom score menggunakan tanda ( √ ) Denpasar, ......... 20....

• Sekor : Pembimbing

° 1 : Kurang 3 : Baik

° 2 : Cukup 4 : Sangat Baik.

• Jumlah nilai = Score x Bobot (....................................)

 4

**Lampiran 18**

 **FORMAT PENILAIAN PENYULUHAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek Yang Dinilai** | **Bobot (%)** | **score** | **Nilai****(Skor x bobot)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **A** | **Persiapan**SAP• Latar belakang: data yang diperoleh.• Identifikasi masalah• Tujuan• Saran• Rencana kegiatan• Metode evaluasi | 30 |  |  |  |  |  |
| **B** | **Pelaksanaan penyuluhan**1. Persiapan pelaksanaan :• Media• materi• Audien2. Pelaksanaan :• Menyampaikan tujuan.• Menyampaikan/ menjelaskan materi jelas dan sistematis• Menggunakan media dengan tepat.• Tepat waktu dan metode• Menggunakan bahasa yang sesuai dengan audien • Kemampuan memberikan respon/ umpan balik dari audien.• Peran serta anggota kelompok.• Kemampuan menyimpulkan dan men ekankan pada hal-hal yang penting. | 50 |  |  |  |  |  |
| **C** | **EVALUASI :** | 20 |  |  |  |  |  |
| Kemampuan mengevaluasi diri |
|  | **T o t a l** |  |  |  |  |  |  |

**Keterangan:**

• Isilah kolom score menggunakan tanda ( √ ) Denpasar, ......... 20.....

• Score : Pembimbing

° 1 : Kurang 3 : Baik

° 2 : Cukup 4 : Sangat Baik.

• Jumlah nilai = Sekor x Bobot

 4

 (....................................)

**Lampiran 19**

**FORMAT PENILAIAN STRATEGI PELAKSANAAN DAN**

**STRATEGI KOMUNIKASI**

Nama Mahasiswa : ......................

NIM : ......................

Ruangan Praktek : ......................

Kasus : ......................

Tanggal Penilaian : ......................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | ASPEK YANG DINILAI | SCORE ( √ ) | Jumlah |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Ketepatan menguraikan kondisi klien |  |  |  |  |  |
| 2 | Ketepatan menegakan diagonosa keperawatan |  |  |  |  |  |
| 3 | Menetapkan tujuan dan kriteria dengan SMART |  |  |  |  |  |
| 4 | Ketepatan dan kelengkapan penulisan SOP. |  |  |  |  |  |
| 5 | Ketepatan menulis terhadap orientasi |  |  |  |  |  |
| 6 | Langkah-langkah komunikasi dalam perawatan. |  |  |  |  |  |
| 7 | Ketepatan terminisasi dengan klien |  |  |  |  |  |
|  | **T o t a l** |  |

Keterangan:

1: Kurang 3: Sedang

2: Cukup 4: Baik

Penilaian: Nilai = (jumlah Score/ 28) x 100 %

Denpasar,..................20.....

Pembimbing

( .............................................)**Lampiran 20**

**FORMAT PENILAIAN SIKAP**

Nama Mahasiswa : ......................

NIM : ......................

Ruangan Praktek : ......................

Tanggal Penilaian : ......................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | ASPEK YANG DINILAI | score ( √ ) | Jlh |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Disiplin |  |  |  |  |  |
|  | 1. Selalu hadir tepat waktu sesuai jadwal |  |  |  |  |  |
|  | 2. Berpakaian sesuai ketentuan |  |  |  |  |  |
|  | 3. Efektif mengunakan waktu praktik untuk mencapai kompetensi/ tujuan pembelajaran. |  |  |  |  |  |
|  | 4. Tepat waktu dalam menyelesaikan tugas |  |  |  |  |  |
| 2 | Tanggung jawab |  |  |  |  |  |
|  | 1. Melakukan usaha keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya dengan baik. |  |  |  |  |  |
|  | 2. Mengerjakan seluruh tugas dengan baik |  |  |  |  |  |
|  | 3. Mentaati tata tertib yang ditetapkan. |  |  |  |  |  |
|  | 4. Tidak melempar tanggung jawab terhadap orang lain. |  |  |  |  |  |
| 3 | Inisiatif |  |  |  |  |  |
|  | 1. Mengikuti proses praktik klinik dengan sungguh-sungguh. |  |  |  |  |  |
|  | 2. Memiliki kemauan yang tinggi untuk mencapai tujuan PKK. |  |  |  |  |  |
|  | 3. Proaktif selama mengikuti PKK |  |  |  |  |  |
|  | 4. Mandiri dalam mengerjakan tugas. |  |  |  |  |  |
| 4 | Kretifitas |  |  |  |  |  |
|  | 1. Dapat memanfaatkan sarana yang ada untuk mencapai tujuan PKK. |  |  |  |  |  |
|  | 2. Menggunakan berbagai sumber belajar untuk mencapai tujuan PKK. |  |  |  |  |  |
|  | 3. Dapat menyelesaikan masalah/ kesulitan yang ada |  |  |  |  |  |
|  | 4. Mampu mendiskusi lingkungan untuk mencapai tujuan PKK. |  |  |  |  |  |
| 5 | Kerjasama |  |  |  |  |  |
|  | 1. Dapat bekerjasama dengan baik dengan teman. |  |  |  |  |  |
|  | 2. Dapat bekerjasama dengan baik dengan klien dan keluarga. |  |  |  |  |  |
|  | 3. Dapat bekerjasama dengan baik dengan perawat ruangan. |  |  |  |  |  |
|  | 4. Dapat bekerjasama dengan baik dengan tim kesehatan lain. |  |  |  |  |  |
|  | **S k o r T o t a l** |  |  |  |  |  |
|  |

Keterangan

 4 : Sangat memuaskan 2 : Cukup memuaskan.

 3 : Memuaskan. 1 : Kurang memuaskan.

 Nilai = (Jumlah score / 80) x 100

Pembimbing

(....................................)

**Lampiran 21**

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTIK**

Nama Mahasiswa : ......................

NIM : ......................

Ruangan Praktek : ......................

Kasus : ......................

Tanggal Penilaian : ......................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dinilai** | **Skor (1-4)** | **Bobot (%)** | **Nilai x bobot** |
| 1 | **Pengkajian (20%)*** 1. Mempersiapkan alat dengan lengkap dan siap dipakai
	2. Melakukan pemeriksaan fisik dengan benar dan sistematis.
	3. Pengkajian dilakukan secara komprehensif.
	4. Mendokumentasikan data hasil pengkajian dengan benar dan valid.
 | 20 |  |  |
| 2 | **Diagonosa Keperawatan (10%)**1. Mengklarifikasikan data senjang sesuai dengan masalah keperawatan.
2. Menggunakan teori dalam mengidentifikasikan masalah.
3. Merumuskan masalah keperawatan dengan benar.
4. Menegakkan diagonosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang benar.
 | 20 |  |  |
| 3 | **Perencanaan (20%)*** 1. Menetapkan tujuan dan kriteria evaluasi dengan SMART.
	2. Perencanaan yang dibuat dapat menyelesaikan masalah.
	3. Menggunakan landasan teori yang tepat dalam menyusun perencanaan.
	4. Perencanaan disusun sesuai dengan prioritas kebutuhan klien.
 | 20 |  |  |
| 4 | **Implementasi (30%)**1. Mempersiapkan alat yang dibutuhkan dengan lengkap dan siap pakai.
2. Tindakan dilaksanakan dengan tepat dan sistematis.
3. Memperlihatkan sikap yang etis selama melaksanakan tindakan.
4. Mendokumentasikan setiap tindakan dengan benar
 | 30 |  |  |
| 5 | **Evaluasi (10%)**1. Evaluasi dilakukan mengacau pada tujun dan kriteria evaluasi.
2. Melakukan evaluasi formatif dan sumatif pada setiap diagonosa keperawatan.
3. Mendokumentasikan seluruh hasil evaluasi dengan benar.
4. Membuat rencana tindak lanjut sesuai dengan hasil evaluasi.
 | 10 |  |  |
|  | **J u m l a h** |  |  |  |

Keterangan penilaian :

1: Kurang 3: Sedang

Pembimbing

(...............................................)

2: Cukup 4: Baik

Nilai = Jumlah score nilai x bobot

 4

**Lampiran 22**

**FORMAT RENCANA KEGIATAN HARIAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl** | **No** | **Rencana****Kegiatan** | **Rencana pencapaian** | **Pencapaian** | **Komentar Mhs dan Pembimbing** | **TTD****Pemb** |
| ***O*** | ***DB*** | ***M*** | ***TAK*** | ***O*** | ***DB*** | ***M*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Keterangan*** :

O : Observasi

DB : Dengan Bimbingan

M : Mandiri

TAK: Tidak Ada Ketrampilan/Kasus **Lampiran 23**

**KOMPONEN EVALUASI AKHIR STASE**

Nama Mahasiswa : ............................

NIM : ............................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DIEVAKUASI** |  | **BOBOT (%)** | **Nilai** | **Bobot x Nilai** |
| 1 | Laporan Pendahuluan |  | 7,5 |  |  |
| 2 | Laporan kasus |  | 7,5 |  |  |
| 3 | **Responsis** | 15 |  |  |  |
| *Pre conference* | 7,5 |  |  |
| *Post coference* | 7,5 |  |  |
| 4 | **Seminar** | 10 |  |  |  |
| Seminar kasus | 5 |  |  |
| Ronde Keperawatan | 5 |  |  |
| 5 | **Tindakan** | 35 |  |  |  |
| SP dan SK | 8 |  |  |
| Kompetensi Kasus | 10 |  |  |
| Kompetensi Tindakan | 10 |  |  |
| Penyuluhan | 7 |  |  |
| 6 | Ujian |  | 20 |  |  |
| 7 | Sikap  |  | 5 |  |  |
|  | **T o t a l** |  | 100 |  |  |

**Keterangan:**

•Nilai Akhir = Total (Bobot x Nilai)

 100

• Batas Kelulusan : 75 %

Denpasar, ....................... 20...

Pembimbing,

(....................................)

**Lampiran 24**

**FORMAT PENGGANTIAN JADWAL DINAS**

|  |
| --- |
| **PENGGANTIAN JADWAL DINAS**Saya yang bertanda tangan dibawah iniNama : .............................................. NIM : ..............................................Mengajukan pergantian jadwal dinas pada :.............................................. selama .............................................. hariKeterangan : Shift jaga (Pagi, Sore, Malam hari)Dengan alasan1. Sakit (surat dokter terlampir) ..............................................
2. Lain-lain ..............................................................................

Jadwal dinas tersebut akan diganti pada :.................................................................................................. Menyetujui Mengetahui, Kood. Ma Stase............ Pembimbing(....................................) (...................................)NIP. NIP. |
| **Bukti telah mengganti jadwal dinas**Dengan ini saya,Nama : ...........................NIP : ...........................Selaku asisten pembimbing/ perawat yang ditunjuk membimbing mahasiswa menyatakan bahwa mahasiswa yang bersangkutan diatas telah mengganti jadwal dinas sesuai dengan jadwal dinas sesuai dengan jadwal yang telah diajukan oleh mahasiswa tersebut.Keterangan ..............................................Denpasar, ..................20Hormat kami,..............................................NIP. |