

# **MODUL PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR I**



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA  
TAHUN 2018**

Modul Praktikum Klinik Keperawatan Dasar I ini merupakan Modul Praktikum Klinik Keperawatan (PKK) yang memuat naskah konsep praktikum di bidang Ilmu Keperawatan, yang disusun oleh dosen Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Pelindung : Ketua STIKes  
Wahyu Rima Agustin, S.Kep.,Ns,M.Kep

Penanggung Jawab : Ketua Lembaga Penjamin Mutu  
Tresia Umarianti, SST.,M.Kes

Pemimpin Umum : Meri Oktariani, S.Kep.,Ns,M.Kep

Pemimpin Redaksi : Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep

Sekretaris Redaksi : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns, MPH

Sidang Redaksi : Saelan, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Noor Fitriyani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Fakhrudin Nasrul Sani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Nurul Devi Ardiani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Meri Oktariani, S.Kep.,Ns,M.Kep  
Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Anissa Cindy, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Ari Febru Nurlaily,S.Kep.,Ns, M.Kep  
Agik Priyo Nusantoro, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns, M.PH  
Maula Mar'atus, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Endang Zulaicha, S.Kp.,M.Kep  
Mutiara Dewi Listiyanawati, S.Kep.,M.Si.Med  
Gatot Suparmanto, S.Kep.,Ns, M.Sc  
Nur Rakhmawati, S.Kep.,Ns, M.Kes  
Febriana Sartika Sari, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Maria Wisnu Kanita, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Rufaida Nur, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Irna Kartina, S.Kep.,Ns, MSN  
Dian Nur Wulanningrum, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Deoni Vioneery, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Prima Trisna Aji, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Ririan Arfian, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Diyanah Solihan Rinjani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Titis Sensussiana, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Setiyawan, S.Kep.,Ns, M.Kep  
S. Dwi Sulisetyawati, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penyusun : Noor Fitriyani, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penerbit : Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta

Alamat Redaksi : Jl. Jaya Wijaya No. 11 Kadipiro, Bnajarsari, Surakarta, Telp.  
0271-857724

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, atas berkat dan karunianya modul praktik klinik keperawatan dasar 1 ini dapat diselesaikan dan diterbitkan.

Modul ini menjelaskan tentang proses pembelajaran dari mata kuliah Praktik Klinik Keperawatan Dasar yang ada pada Kurikulum Pendidikan D3 Keperawatan, sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran di klinik. Pencapaian pembelajaran klinik yang telah ditetapkan, diharapkan konten pembelajaran yang dibahas selama proses belajar terstandar pada Pendidikan D3 Keperawatan.

Penyusunan modul ini dikarenakan hasil evaluasi terhadap implementasi kurikulum, masih beragam dalam pelaksanaannya, terutama dari segi kedalaman dan keluasan materi pembelajaran serta strategi pembelajaran. Diterbitkannya modul ini diharapkan agar semua dosen dapat melaksanakan pembelajaran dengan terarah, mudah, berorientasi pada pendekatan SCL dan terutama mempunyai kesamaan dalam keluasan dan kedalaman materi pembelajaran, sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan menghantarkan mahasiswa untuk berhasil dengan baik pada ujian akhir ataupun uji kompetensi.

Terima kasih kepada Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta, serta semua pihak yang telah berkontribusi sampai terbitnya modul ini. Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi dosen maupun mahasiswa program D3 Keperawatan.

Surakarta, Oktober 2018

Penyusun,

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>PENDAHULUAN</b> .....	v
<b>KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 1</b>	
<b>Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Oksigen..</b> .....	1
<b>A. Tujuan Kegiatan Praktik Klinik</b> .....	1
<b>B. Pokok Materi Kegiatan Belajar</b> .....	1
1. Pengkajian Pasien Gangguan Kebutuhan Oksigen.. .....	2
2. Menetapkan Masalah Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Oksigen.. .....	7
3. Menetapkan Rencana Tindakan Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Oksigen.....	7
4. Menetapkan Implementasi Tindakan Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Oksigen.. .....	7
5. Melakukan Evaluasi Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Oksigen.. .....	10
6. Melakukan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Oksigen.....	11
<b>C. Petunjuk Praktik Klinik</b> .....	11
<b>D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik</b> .....	13
<b>E. Ujian Praktik Klinik</b> .....	13
<b>KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 2</b>	
<b>Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan aman dan nyaman</b>	15
<b>A. Tujuan Kegiatan Praktik Klinik</b> .....	15
<b>B. Pokok Materi Kegiatan Belajar</b> .....	15
1. Pengkajian Pasien Gangguan Kebutuhan aman dan nyaman.. .....	16
2. Menetapkan Masalah Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Aman dan Nyaman.. .....	17
3. Menetapkan Rencana Tindakan Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Aman dan Nyaman.....	18
4. Menetapkan Implementasi Tindakan Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Aman dan Nyaman.....	18
5. Melakukan Evaluasi Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Aman dan Nyaman.. .....	20

6. Melakukan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Aman dan Nyaman.....	21
<b>C. Petunjuk Praktik Klinik.....</b>	<b>21</b>
<b>D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik .....</b>	<b>23</b>
<b>E. Ujian Praktik Klinik.....</b>	<b>24</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## PENDAHULUAN

Saat ini saudara sedang mempelajari modul praktik klinik keperawatan dasar 1 yaitu modul praktik klinik Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan rasa aman nyaman. Setelah anda mempelajari modul teori dan praktikum keperawatan dasar dilanjutkan dengan mempelajari modul praktik klinik keperawatan dasar, maka anda akan mempraktikkan seluruh konsep dan keterampilan yang sudah dipelajari pada situasi nyata. Modul ini akan menjadi panduan untuk anda dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan rasa aman nyaman.

Praktek didesain dilahan praktik yakni rumah sakit dan mahasiswa diberi kesempatan untuk mengidentifikasi masalah pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan rasa aman nyaman. Mahasiswa juga dituntut mampu menguasai aspek kognitif, sikap dan ketrampilan sesuai dengan profesi keperawatan. Mahasiswa akan ditargetkan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen rasa aman nyaman melalui pendekatan proses keperawatan. Setelah menyelesaikan praktik klinik keperawatan dasar, mahasiswa diharapkan mampu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan rasa aman nyaman.

Fokus pembahasan pada modul praktik klinik keperawatan dasar 1 ini adalah bagaimana mahasiswa memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan rasa aman nyaman. Sebelum melakukan praktik klinik keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan rasa aman nyaman, prasyarat yang harus dipersiapkan oleh mahasiswa adalah :

1. Telah dinyatakan lulus mata ajar keperawatan dasar baik teori maupun praktik laboratorium.
2. Membawa peralatan klinik yang dianjurkan oleh institusi Pendidikan.
3. Setelah membaca modul praktik dan mengerti segera hubungi dan diskusikan dengan preceptor klinik dan akademik anda.

Selama melaksanakan praktik klinik keperawatan dasar, anda harus :

1. Datang dan pulang tepat waktu
2. Hadir praktik 100% apabila anda tidak masuk karena sakit maka harus mengganti sesuai dengan hari yang ditinggalkan, apabila tidak masuk tanpa keterangan maka diganti 2 kali dari jumlah yang ditinggalkan.
3. Prosedur ijin atau mengganti hari harus diketahui oleh preceptor klinik dan akademik
4. Mengisi daftar hadir yang disediakan
5. Berpenampilan bersih dan rapi serta menggunakan seragam klinik sesuai ketentuan instuti.

Modul ini berbentuk panduan praktik klinik yang penting digunakan saat anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigendan aman nyaman dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Modul ini juga berisi petunjuk praktik, target yang harus dicapai, format pengumpulan laporan asuhan keperawatan sehingga akan dapat dijadikan panduan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan rasa aman nyaman. Kami berharap, anda dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktik klinik keperawatan dasar sesuai dengan panduan dalam modul ini dengan baik.

***“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES BUAT ANDA”***

**KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 1**  
**PRAKTIK KLINIK ASUHAN KEPERAWATAN**  
**PASIEH DENGAN GANGGUAN OKSIGEN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktek klinik 1 ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep dasar kebutuhan oksigen yang sudah dipelajari pada modul teori dan praktikum keperawatan dasar. Anda juga diharapkan telah memahami teknik berkomunikasi pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan bagaimana menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan oksigen.

**A. Tujuan Kegiatan Praktik Klinik**

Setelah menyelesaikan kegiatan praktik klinik keperawatan dasar pada modul 1 tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan oksigen
2. Menetapkan masalah keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen
3. Melakukan rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen
4. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen
6. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen

**B. Pokok Materi Kegiatan Belajar**

Oksigenasi adalah proses penambahan oksigen ke dalam sistem. Oksigen merupakan gas yang tidak berwarna dan tidak berbau yang sangat dibutuhkan dalam proses metabolisme sel, serta menghasilkan karbondioksida, energi dan air. Sebagai seorang perawat sangat penting sekali



untuk mengetahui berbagai faktor yang ada di dalam lingkungan klien yang dapat menurunkan jumlah oksigen tersedia. Kebutuhan tubuh terhadap oksigen merupakan kebutuhan yang sangat mendasar dan mendesak. Tanpa oksigen dalam waktu tertentu akan mengalami kerusakan yang menetap dan menimbulkan kematian.

Kondisi pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi, maka perlu dilakukan kemampuan oleh seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada individu dengan gangguan oksigen dan melakukan prosedut tindakan kolaboratif.

Untuk mencapai tujuan kegiatan praktik klinik 1 ini, maka diharapkan anda mempelajari tentang:

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan oksigen

Pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen yang dapat anda perhatikan adalah ketika membaca data pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen mudah-mudahan ingatan saudara tentang tanda dan gejala pasien dengan dengan gangguan kebutuhan oksigenmeningkat. Pengakajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Lakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dengan berdasarkan pada 11 pola kesehatan fungsional menurut Gordon sesuai dengan format yang ada pada akhir modul ini dan acuan fokus pengkajian dalam pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dibawah ini:

Keluhan Utama:

- a. Batuk

Tanyakan mengenai durasi batuk dan kapan waktu yang dirasakan paling parah dalam satu hari. Batuk saat berbaring di sore hari dapat disebabkan refluks gastroesofageal; batuk yang mengganggu tidur tipikal pada asma; batuk saat bangun pagi hari dapat disebabkan oleh rinosinusitis dan *postnasal drip*.

b. Mengi

Tanyakan mengenai faktor pemberat seperti olahraga, paparan terhadap alergen (hewan peliharaan), dan faktor lain yang berhubungan dengan pekerjaan.

c. Sputum

Tanyakan pada pasien secara spesifik mengenai sputum yang sulit untuk dijelaskan atau cenderung menelannya. Tanyakan mengenai warna sputum yang dihasilkan dan berapa banyak (dalam sendok teh) yang dibatukkan setiap harinya.

d. Hemoptisis

Tentukan volume dan asal darah. Perlu diklarifikasi apakah darah dibatukkan dari saluran pernafasan, dimuntahkan (saluran pencernaan bagian atas), atau tiba-tiba muncul di mulut tanpa dibatukkan (nasofaring).

e. Sesak nafas

Gunakan derajat skala berdasarkan *Medical Research Council* untuk karakteristik sesak nafas yang dapat dijelaskan pada tabel 1.1 dibawah ini:

Tabel 1.1 Skala sesak nafas berdasarkan *Medical Research Council*

Derajat 1	Sesak nafas saat berlari naik tangga atau berjalan mendaki bukit
Derajat 2	Sesak nafas saat berjalan beriringan dengan orang seusianya atau di jalan yang mendatar
Derajat 3	Berjalan lebih lambat dari orang seusianya atau berhenti saat berjalan di tempat datar dengan kecepatan biasa
Derajat 4	Berhenti berjalan setelah 100 meter, atau setelah beberapa menit pada tempat yang mendatar
Derajat 5a	Terlalu sesak untuk meninggalkan rumah
Derajat 5b	Terlalu sesak untuk mandi atau berpakaian

f. Nyeri dada

Golongkan karakteristik nyeri dada menggunakan *SOCRATES* yang dapat dijelaskan pada tabel 1.2 dibawah ini:

Tabel 1.2 Karakteristik nyeri dada berdasarkan *SOCRATES*

Site	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nyeri somati, seringkali dapat dilokalisasi dengan jelas, misalnya lutut yang kram</li><li>• Nyeri viseral, lebih difus, misalnya angina pektoris</li></ul>
Onset	Kecepatan awitan dan keadaan yang menyertai
Character	Deskripsi dari pasien apakah tajam/ tumpul, rasa terbakar/ menggelitik, menusuk, menekan/ tertarik
Radiation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Melalui penyebaran setempat</li><li>• Menjalar melalui jalur neuron bersama menuju lokasi yang jauh dibagian tubuh yang tidak mengalami kelainan, misalnya nyeri difragmatika</li></ul>
Associated symptom	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gangguan visual menyertai migrain</li><li>• Rasa kesemutan di tungkai bawah yang disertai nyeri punggung</li></ul>
Timing	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sejak awal</li><li>• Episodik (durasi dan frekuensi serangan) atau kontinu (perubahan dalam tingkat keparahan)</li></ul>
Exacerbating and relieving factors	<ul style="list-style-type: none"><li>• Situasi dimana nyeri akan terprovokasi atau terulang kembali, misalnya makanan</li><li>• Aktivitas atau postur spesifik, dan langkah pencegahan yang telah dilakukan untuk</li></ul>

menghindari timbulnya gejala

- Efek dari aktivitas atau postur spesifik, termasuk efek obat-obatan

Severity

Kaji tingkat keparahan dengan sifat subjektif

---

g. Pola pernafasan

Tanyakan mengenai perubahan laju dan pola pernafasan

Riwayat penyakit:

a. Riwayat penyakit dahulu

Tanyakan mengenai penyakit yang berkaitan dengan respirasi dan non respirasi yang pernah dialami.

b. Riwayat obat-obatan

Tanyakan mengenai obat-obatan yang sekarang dan dahulu digunakan

c. Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan mengenai riwayat penyakit keluarga yang diderita

d. Riwayat sosial

Tanyakan mengenai riwayat merokok dan hewan pemeliharaan

e. Riwayat pekerjaan

Tanyakan mengenai riwayat pekerjaan saat ini dan sebelumnya

Pemeriksaan Fisik:

Untuk menilai status oksigenasi pada pasien, mahasiswa menggunakan keempat teknik pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

a. Inspeksi

Pada saat melakukan inspeksi maka amati tingkat kesadaran pasien, penampilan umum, postur tubuh, kondisi kulit dan membran mukosa, dada (kontur rongga interkosta; diameter anteroposterior; struktur toraks; pergerakan dinding dada), pola nafas (frekuensi dan kedalaman pernafasan; durasi inspirasi dan ekspirasi), ekspansi dada

secara umum, adanya sianosis, adanya deformitas dan jaringan parut pada dada

b. Palpasi

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

c. Perkusi

Perkusi dilakukan untuk menentukan ukuran dan bentuk organ serta untuk mengkaji adanya abnormalitas, cairan atau udara di dalam paru. Tindakan perkusi dengan menekankan jari tengah (non dominan) pemeriksa mendatar di atas dada pasien, kemudian jari tersebut diketuk dengan menggunakan ujung jari tengah atau jari telunjuk tangan sebaliknya. Normalnya, dada menghasilkan bunyi resonan atau gaung perkusi. Pada penyakit tertentu (misal, pneumotoraks, emfisema), adanya udara pada dada atau paru-paru menimbulkan bunyi hipersonan atau bunyi drum sedangkan bunyi pekak terdengar apabila perkusi dilakukan di atas area yang mengalami atelektasis.

d. Auskultasi

Auskultasi dapat dilakukan langsung atau menggunakan stetoskop. Bunyi yang terdengar digambarkan berdasarkan nada, intensitas, durasi, dan kualitasnya. Hasil yang akurat dan valid, auskultasi sebaiknya dilakukan lebih dari satu kali. Pada pemeriksaan fisik

paru, auskultasi dilakukan untuk mendengarkan bunyi nafas vesikuler, bronkial, bronkovesikuler, rales, ronkhi untuk mengetahui adanya perubahan bunyi nafas serta lokasi dan waktu terjadinya.

2. Menetapkan masalah keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen  
Setelah data terkumpul berdasarkan hasil pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi, saudara harus melakukan analisa data untuk menetapkan masalah keperawatan. Menurut NANDA Diagnosis keperawatan (2018-2020), masalah keperawatan utama untuk pasien dengan masalah oksigenasi adalah:

- a. Hambatan pertukaran gas
- b. Ketidakefektifan pola nafas
- c. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- d. Intoleran aktivitas
- e. Risiko intoleran aktivitas

3. Melakukan rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan gangguan oksigenasi

Setelah menetapkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi, saudara harus melakukan rencana tindakan keperawatan yang tepat dan sesuai dengan *Nursing Intevention Classification (NIC)*.

Selama perencanaan, gunakan ketrampilan berfikir kritis untuk menyintesis informasi dari berbagai sumber dan pedoman untuk menyeleksi intervensi keperawatan yang efektif.

4. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan Standart Operasional Prosedur (SOP)

Prosedur keperawatan yang dapat dilakukan berhubungan dengan kebutuhan oksigenantara lain:

- a. Menghitung pernafasan

Menghitung pernafasan adalah mengukur pernafasan pasien. Saat menghitung pernafasan, maka kajilah laju pernafasan klien dengan menghitung jumlah nafas selama 30 detik, kemudian

dikalikan dua. Jika pemeriksa mendeteksi ketidakteraturan atau kesulitan bernafas, hitung nafas selama satu menit penuh.

Perhatikan juga laju pernafasan, dimana pada beberapa klien dapat meningkat jika mereka sadar bahwa nafas mereka sedang dihitung. Untuk itu tetaplah pertahankan posisi saat menghitung denyut radial pada saat menghitung denyut pernafasan. Pernafasan melibatkan beberapa fisiologi tubuh yaitu : ventilasi pulmonary: pergerakan udara ke dalam dan keluar paru baik inspirasi maupun ekspirasi.

b. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler

Merupakan posisi tidur dengan kepala dan dada lebih tinggi daripada posisi panggul dan kaki. Pada posisi *semifowler*, kepala dan dada dinaikkan ke atas dengan sudut 30 - 40°. Sedangkan pada posisi *high fowler*, posisi kepala dan dada dinaikkan hingga 45-80°.

Posisi ini dilakukan pada pasien yang mengalami masalah pernafasan dan pasien dengan gangguan jantung, pasien post operasi struma, hidung dan thorak. Adapun tujuan dari pemberian posisi ini adalah mempertahankan kenyamanan terutama pada pasien yang mengalami masalah pernafasan dan pasien dengan gangguan jantung, serta memudahkan perawatan, misalnya dalam pemberian makan.

Prinsip yang harus diperhatikan ketika memposisikan pasien adalah pada saat menempatkan pasien di tempat tidur, pertahankan agar kasur yang digunakan dapat mendukung tubuh dengan baik, yakinkan bahwa alas tidur tetap bersih dan kering, karena alas tidur yang lembab atau terlipat akan meningkatkan risiko terjadinya *ulkus dekubitus*, letakkan alat-alat bantu di tempat-tempat yang membutuhkan sesuai dengan jenis posisi, jangan meletakkan satu bagian tubuh di atas bagian tubuh yang lain terutama dengan daerah penonjolan tulang, rencanakan perubahan posisi selama 24 jam dan lakukan secara teratur.

c. Mengumpulkan sputum untuk pemeriksaan

Mengumpulkan sputum untuk pemeriksaan merupakan teknik mengambil dahak (sputum) dari bronkhi dan trakhea untuk bahan pemeriksaan. Tujuan Menyediakan dahak (sputum) yang keluar dari bronkhi dan trakhea yang nantinya dipakai sebagai bahan pemeriksaan untuk mengetahui basil tahan asam dan mikroorganisme yang ada dalam tubuh pasien.

Indikasi dilakukannya pengambilan sputum untuk pemeriksaan yakni, pasien yang mengalami infeksi atau peradangan saluran pernafasan. Hal yang perlu diperhatikan saat pengambilan sputum yakni dahak tidak boleh bercampur dengan ludah, bahan pemeriksaan harus dahak segar, kental, berwarna atau berdarah, pada anak-anak sebagai pengganti dahak dapat diambil dengan cara menyadap cairan atau getah lambung.

d. Memberikan oksigen nasal kanul

Terapi oksigen ( $O_2$ ) merupakan salah satu dari terapi pernafasan dalam mempertahankan oksigenasi jaringan yang adekuat. Terapi tersebut salah satunya adalah pemberian oksigen melalui nasal kanul. Nasal kanul sendiri merupakan suatu alat sederhana yang dapat memberikan  $O_2$  secara kontinu dengan aliran 1 – 6 liter/mnt.

Indikasi diberikannya oksigen nasal kanul pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen yakni pasien dengan kadar  $O_2$  arteri rendah dari hasil analisa gas darah, pasien dengan peningkatan kerja nafas dimana tubuh berespon terhadap keadaan hipoksemia melalui peningkatan laju dan dalamnya pernafasan serta adanya kerja otot-otot tambahan pernafasan, pasien dengan peningkatan kerja miokard dimana jantung berusaha untuk mengatasi gangguan  $O_2$  melalui peningkatan laju pompa jantung yang adekuat. Tujuan dari pemberian terapi oksigen nasal kanul adalah mengatasi keadaan *Hipoksemia* sesuai dengan hasil Analisa



Gas Darah (AGD), menurunkan kerja nafas dan menurunkan kerja miokard.

e. Melatih nafas dalam

Latihan nafas dalam adalah suatu tindakan untuk melatih pengembangan pengempisan secara optimal dengan cara menarik nafas dalam kemudian dikeluarkan secara perlahan melalui mulut.

f. Melatih batuk efektif

Batuk efektif merupakan tindakan yang dilakukan dengan cara menarik nafas dalam dari hidung dan selanjutnya mengeluarkan dahak sambil dibatukkan. Tindakan ini dilakukan pada klien yang mengalami kesulitan dalam mengeluarkan dahak atau sekret. Tujuan dalam melatih batuk efektif pada pasien yakni, membantu mengeluarkan sekret atau dahak dan membantu pengembangan atau ekspansi paru.

Melakukan prosedur keperawatan yang berhubungan dengan kebutuhan oksigen sesuai dengan SOP dan Tools yang sudah dijelaskan pada modul praktikum keperawatan dasar.

5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen

Evaluasi intervensi keperawatan dan terapi dengan membandingkan kemajuan pasien dengan tujuan dan hasil yang diinginkan dari rencana asuhan keperawatan. Tanyakan pada pasien tentang derajat sesak nafasnya. Evaluasi melalui pemeriksaan penunjang terkait dengan gangguan kebutuhan oksigen dan data pemeriksaan fisik untuk memberikan pengukuran objektif terhadap keberhasilan terapi dan pengobatan.

Bandingkan hasil dengan hasil yang diinginkan untuk menentukan apakah terapi baru atau terapi yang diperbaharui diperlukan dan apakah terjadi diagnosis keperawatan baru dan membutuhkan rencana intervensi keperawatan baru.

6. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen

Tahap-tahap kegiatan dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan oksigen adalah melakukan pengkajian dengan menggunakan format pengkajian yang sesuai yakni lakukan analisa data melalui masalah keperawatan dan rumuskan diagnose keperawatan pada pasien yang anda rawat, buatlah rencana keperawatan sesuai dengan diagnose keperawatan yang ditemukan, lakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah anda susun kemudian evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan. Tahap selanjutnya adalah melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi. Format laporan dapat anda lihat pada lampiran 2 di modul praktik klinik ini.

### **C. Petunjuk Praktik Klinik**

Selama praktik klinik keperawatan dasar, mahasiswa akan dibagi menjadi beberapa kelompok kecil. Ada beberapa ruangan yang akan digunakan mahasiswa untuk praktik di klinik disesuaikan dengan kompetensi yang harus dicapai dan tentunya pada kegiatan praktik klinik 1 modul 1 berfokus pada pemenuhan kebutuhan oksigen. Berikut pemaparan petunjuk praktik klinik keperawatan dasar pada kegiatan praktik klinik 1 modul 1:

1. Berikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen di rumah sakit
2. Lakukan setiap tahap kegiatan praktik klinik dengan sungguh-sungguh dan menunjukkan perilaku sebagai seorang calon perawat profesional
3. Lakukan identifikasi kasus yang akan diambil.
4. Hubungi pembimbing atau CI (clinical instruktur) apabila Anda mengalami kesulitan.
5. Selama praktik klinik stase keperawatan dasar, mahasiswa memiliki aktivitas pembelajaran terstruktur yang dapat dilihat pada tabel 3.2 berikut ini.

Tabel 1.3 Daftar aktivitas pembelajaran terstruktur Praktik  
Klinik Keperawatan Dasar

No	Kegiatan	Keterangan
1	Tutorial Klinik	Tutorial klinik dilakukan sebanyak 2 kali Kasus yang digunakan sebagai bahan tutorial klinik adalah kasus kelolaan mahasiswa.. Selama tutorial klinik mahasiswa diwajibkan membawa buku referensi .
2	Seminar Kasus	Setiap mahasiswa dalam satu kelompok wajib mempresentasikan kasus 1 kali dalam Stase Keperawatan dasar. Kasus yang dipresentasikan adalah kasus kelolaan kelompok dan bukan kasus individu. Waktu untuk melakukan presentasi kasus minimal 60 menit.
3	Laporan Pendahuluan	Laporan pendahuluan sudah disiapkan pada hari pertama untuk tiap ruangan.
4	Laporan Asuhan keperawatan	Kasus kelolaan dilakukan di RS. Mahasiswa wajib membuat askep kelolaan lengkap sebanyak 1 buah minggu/ mahasiswa. Pengelolaan pasien minimal dilakukan 3 hari, apabila pasien dirawat kurang dari 3 hari maka mahasiswa harus mencari kasus lain.
5	Evaluasi (DOPS)	DOPS merupakan observasi secara langsung untuk menilai kegiatan, ketrampilan (skills) prosedural. Mahasiswa wajib memenuhi 1 DOPS selama praktik klinik Keperawatan dasar.

#### **D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik**

Selama praktik klinik stase keperawatan dasar, mahasiswa memiliki aktivitas pembelajaran terstruktur. Pelaporan hasil praktik klinik pada kegiatan praktik klinik 1 modul 1 yang harus dilakukan oleh mahasiswa sebagai berikut:

1. Buat laporan pendahuluan dan laporan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen yang sudah anda lakukan sesuai dengan format panduan penyusunan askep(lampiran 1,2&3)
2. Diskusikan dengan preceptor akademik dan klinik laporan yang sudah Anda buat
3. Laporan yang harus Anda kumpulkan di akhir praktik:
  - a. Laporan pendahuluan dan laporan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen( lampiran 1&2)
  - b. Log book pencapaian target kompetensi.
  - c. Lembar penilaian perilaku profesional sesuai format(lampiran 4)
  - d. Lembar penilaian Laporan pendahuluan dan laporan asuhan keperawatansesuai format(lampiran 5&6)
  - e. Lembar penilaian ujian praktik klinik sesuai format(lampiran 7)
  - f. Lembar penilaian seminar kasus dengan menyesuaikan kasus yang diambil jika sesuai dengan kegiatan praktik klinik 1 yakni pasien gangguan oksigen sesuai format(lampiran 8)
  - g. Laporan lengkap selama praktik klinik keperawatan dasar dijilid dengan cover berwarna **hijau tua**, dan dimasukkan kedalam map file warna **hijau**

#### **E. Ujian Praktik Klinik**

Selama periode praktik klinik keperawatan dasar dilakukan evaluasi praktik klinik dengan metode DOPS dengan ketentuan:

1. Mahasiswa melakukan dokumentasi hasil pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan (gangguan pemenuhan kebutuhan dasar) dan perencanaan tindakan pada pasien kelolaan atau pasien baru.

2. Melakukan pengkajian perkembangan klien, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi kondisi klien, menentukan satu tindakan yang akan dinilai oleh preceptor klinik dan akademik.
3. Mendokumentasikan semua kegiatan yang dilakukan pada klien.
4. Responsi kasus ujian dengan preceptor klinik dan akademik.
5. Penilaian dari ujian atau evaluasi praktik klinik terdiri dari aspek laporan askep dan prosedur tindakan (format penilaian terlampir pada lampiran 7).

**KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 2**  
**PRAKTIK KLINIK ASUHAN KEPERAWATAN**  
**PASIEN GANGGUAN KEBUTUHAN AMAN DAN NYAMAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktek ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep dasar kebutuhan aman dan nyaman yang sudah dipelajari pada modul teori dan praktikum keperawatan dasar. Anda juga diharapkan telah memahami teknik berkomunikasi pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman, serta bagaimana menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan aman dan nyaman.

**A. Tujuan Kegiatan Praktik Klinik**

Setelah menyelesaikan kegiatan praktik klinik keperawatan dasar pada modul 1 tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman, anda diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman
2. Menetapkan masalah keperawatan pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman
3. Melakukan rencana tindakan keperawatan sesuai dengandiagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman
4. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman
6. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatanpada pasien dengan gangguan aman dan nyaman

**B. Pokok Materi Kegiatan Belajar**

Kenyamanan adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, yakni kebutuhan akan ketentraman atau kenyamanan baik fisik, lingkungan, dan sosial. Pada situasi perubahan kenyamanan, dimana individu

akan mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap rangsangan berbahaya. Untuk mencapai tujuan kegiatan praktik klinik 2 ini, maka diharapkan anda mempelajari tentang:

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman

Pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman yang dapat anda perhatikan adalah ketika membaca data pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman mudah-mudahan ingatan saudara tentang tanda dan gejala pasien dengan dengan gangguan aman dan nyaman meningkat. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Lakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman dengan berdasarkan pada 11 pola kesehatan fungsional menurut Gordon sesuai dengan format yang ada pada akhir modul ini dan acuan fokus pengkajian dalam pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman dibawah ini:

Fokus pengkajian dengan melihat dari tanda dan gejala yang menunjukkan ketidaknyaman dialami oleh pasien, yakni:

a. Kaji respon pasien pada aspek yang menunjukkan gejala ketidaknyaman dialami oleh pasien, yakni:

- 1) Vokalisasi: mengaduh, menangis, sesak nafas, dan mendengkur
- 2) Ekspresi wajah: meringis, mengeletuk gigi, mengerutkan dahi, menutup mata dan mulut dengan rapat, menggigit bibir
- 3) Gerakan tubuh: gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, gerakan ritmik atau gerakan menggosok, gerakan melindungi area tubuh
- 4) Interaksi sosial: menghindari percakapan, fokus hanya pada aktivitas yang menghilangkan nyeri, menghindari kontak sosial, penurunan rentang perhatian

b. Pemeriksaan Fisik:

- 1) Inspeksi: ditemukan kulit tampak pucat, menggigil, gelisah, sesak nafas dan lemah
- 2) Palpasi: pada permukaan kulit teraba dingin, nadi lambat

- 3) Auskultasi: abnormalitas hasil pengukuran tekanan darah
- c. Pengkajian pada pasien dengan ketidaknyamanan nyeri dapat dilakukan dengan cara P,Q,R,S,T yaitu:
  - Provocate: faktor yang mempengaruhi berat atau ringannya nyeri
  - Quality : kualitas nyeri yang dirasakan
  - Region : daerah perjalanan nyeri
  - Severity : keparahan atau intensitas nyeri
  - Time : lama atau waktu seranagan atau frekuensi nyeri
2. Menetapkan masalah keperawatan pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman
 

Setelah data terkumpul berdasarkan hasil pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman, saudara harus melakukan analisa data untuk menetapkan masalah keperawatan. Menurut NANDA Diagnosis keperawatan (2018-2020), masalah keperawatan utama untuk pasien dengan masalah aman dan nyaman adalah:

  1. Kenyamanan fisik
    - 1) Hambatan rasa nyaman
    - 2) Kesiapan meningkatkan rasa nyaman
    - 3) Mual
    - 4) Nyeri akut
    - 5) Nyeri kronis
    - 6) Sindrom nyeri kronis
    - 7) Nyeri persalinan
  2. Kenyamanan lingkungan
    - 1) Hambatan rasa nyaman
    - 2) Kesiapan meningkatkan rasa nyaman
  3. Kenyamanan sosial
    - 1) Hambatan rasa nyaman
    - 2) Kesiapan meningkatkan rasa nyaman
    - 3) Risiko kesepian
    - 4) Isolasi sosial



3. Melakukan rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman

Setelah menetapkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman, saudara harus melakukan rencana tindakan keperawatan yang tepat dan sesuai dengan *Nursing Intervention Classification* (NIC). Selama perencanaan dengan berdasarkan beratnya resiko yang dihadapi pasien, tahap perkembangan, status kesehatan.

Pencapaian dalam memberikan kenyamanan pada pasien adalah dengan mengurangi dan membatasi faktor yang menambah ketidaknyamanan, serta penggunaan teknik atau cara melalui modifikasi intervensi yang tepat untuk mengurangi ketidaknyamanan baik fisik, lingkungan, dan sosial secara optimal.

4. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan Standart Operasional Prosedur (SOP)

Implementasi dilakukan untuk meningkatkan dan mempertahankan keamana pasien. Pada kondisi kenyamanan, implementasi dilakukan untuk mengurangi faktor yang dapat mempengaruhi ketidaknyamana dari pasien. Prosedur keperawatan yang dapat dilakukan berhubungan dengan kebutuhanaman dan nyaman antara lain:

- a. Management stress

- 1) Relaksasi

Relaksasi adalah strategi kognitif dengan tindakan mental dan membebaskan nyeri fisik atau mengurangi nyeri pada tingkat yang dapat diterima.

- 2) Relaksasi otot progresif

Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks. Terapi tersebut

dilakukan untuk mengurangi nyeri atau gangguan ketidaknyamanan lainnya. Hal yang perlu diperhatikan dalam terapi relaksasi otot progresif adalah jangan terlalu menegangkan otot berlebihan karena dapat melukai diri sendiri; dibutuhkan waktu sekitar 20-50 detik untuk membuat otot-otot relaks; perhatikan posisi tubuh lebih nyaman dengan mata tertutup dan hindari dengan posisi berdiri; menegangkan kelompok otot dua kali tegangan; melakukan pada bagian kanan tubuh dua kali, kemudian bagian kiri dua kali, memeriksa apakah klien benar-benar relaks.

3) Nafas dalam

Latihan nafas dalam adalah suatu tindakan untuk melatih pengembangan pengempisan secara optimal dengan cara menarik nafas dalam kemudian dikeluarkan secara perlahan melalui mulut.

4) Guide imagery

Guide Imageri merupakan teknik yang memberikan pengalaman sensori yang efektif untuk mengurangi persepsi nyeri dan meminimalkan reaksi terhadap nyeri. Pada Guided Imagery klien akan menggunakan satu atau beberapa pengalaman sensori untuk menghasilkan image.

5) Distraksi

Distraksi merupakan teknik untuk mengalihkan perhatian dari perasaan nyeri klien, yaitu dengan memberikan pengarahannya berupa stimulasi yang berarti dan membantu klien dalam memfokuskan kembali perhatiannya.

b. Mencuci tangan aseptik dan antiseptik

Mencuci tangan adalah prosedur awal dan penutup yang dilakukan perawat dalam memberikan tindakan keperawatan. Tindakan sangat penting karena mencuci tangan adalah teknik yang sangat mendasar dalam mencegah dan mengendalikan infeksi. Mencuci tangan dapat

menghilangkan sebagian besar mikroorganisme yang ada di kulit. Perlu diperhatikan perawat ketika melakukan tindakan keperawatan dalam area steril seperti ruang operasi atau ruang bersalin harus mempraktikkan cuci tangan bedah atau steril, jangan sampai mengenai pakaian yang dikenakan, saat dan setelah cuci tangan jangan sampai menyentuh benda yang tidak steril. Tujuan dari tindakan mencegah terjadi infeksi silang melalui tangan dan membantu menghilangkan mikroorganisme yang ada di kulit dan di tangan.

c. Menggunakan alat pelindung diri

Menggunakan alat pelindung diri seperti barak scort, penutup kepala, dan sarung tangan adalah salah satu cara untuk mengurangi resiko transmisi patogen untuk prosedur diagnostik atau terapeutik. Salah satu alat pelindung diri, yakni jenis sarung tangan steril digunakan bila untuk prosedur steril dan sarung tangan tidak steril atau bersih apabila untuk tindakan tidak steril. Perawat menggunakan sarung tangan steril dengan metode terbuka ketika menyiapkan kerja dengan jenis alat steril tertentu dan ketika melakukan prosedur steril seperti mengganti balut atau memasang kateter. Ketika menggunakan sarung tangan steril, perawat harus selalu tetap sadar tentang benda mana yang steril dan yang tidak.

Melakukan prosedur keperawatan yang berhubungan dengan kebutuhan aman dan nyaman sesuai dengan SOP dan Tools yang sudah dijelaskan pada modul praktikum keperawatan dasar.

7. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan oksigen

Evaluasi intervensi keperawatan dan terapi dengan membandingkan kemajuan pasien dengan tujuan dan hasil yang diinginkan dari rencana asuhan keperawatan. Tanyakan pada pasien tentang derajat ketidanyamanan baik fisik, lingkungan, dan sosial. Evaluasi melalui pemeriksaan penunjang terkait dengan gangguan kebutuhan aman nyaman dan data pemeriksaan fisik untuk memberikan pengukuran objektif terhadap keberhasilan terapi dan pengobatan.

Bandingkan hasil dengan hasil yang diinginkan untuk menentukan apakah terapi baru atau terapi yang diperbaharui diperlukan dan apakah terjadi diagnosis keperawatan baru dan membutuhkan rencana intervensi keperawatan baru. Pada evaluasi masalah ketidaknyaman nyeri evaluasi dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespon rangsangan nyeri diantaranya hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respon fisiologis yang baik dan pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari tanpa keluhan nyeri.

8. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman

Tahap-tahap kegiatan dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan aman dan nyaman adalah melakukan pengkajian dengan menggunakan format pengkajian yang sesuai yakni lakukan analisa data melalui masalah keperawatan dan rumuskan diagnose keperawatan pada pasien yang anda rawat, buatlah rencana keperawatan sesuai dengan diagnose keperawatan yang ditemukan, lakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah anda susun kemudian evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan. Tahap selanjutnya adalah melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan kebutuhan aman dan nyaman.

### **C. Petunjuk Praktik Klinik**

Selama praktik klinik keperawatan dasar, mahasiswa akan dibagi menjadi beberapa kelompok kecil. Ada beberapa ruangan yang akan digunakan mahasiswa untuk praktik di klinik disesuaikan dengan kompetensi yang harus dicapai dan tentunya pada kegiatan praktik klinik 1 modul 1 berfokus pada pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman. Berikut pemaparan petunjuk praktik klinik keperawatan dasar pada kegiatan praktik klinik 1 modul 1:

1. Berikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman di rumah sakit
2. Lakukan setiap tahap kegiatan praktik klinik dengan sungguh-sungguh dan menunjukkan perilaku sebagai seorang calon perawat profesional
3. Lakukan identifikasi kasus yang akan diambil.
4. Hubungi pembimbing atau CI (clinical instruktur) apabila Anda mengalami kesulitan.
5. Selama praktik klinik stase keperawatan dasar, mahasiswa memiliki aktivitas pembelajaran terstruktur yang dapat dilihat pada tabel 3.2 berikut ini.

Tabel 2.1 Daftar aktivitas pembelajaran terstruktur Praktik  
Klinik Keperawatan Dasar

No	Kegiatan	Keterangan
1	Tutorial Klinik	Tutorial klinik dilakukan sebanyak 2 kali Kasus yang digunakan sebagai bahan tutorial klinik adalah kasus kelolaan mahasiswa.. Selama tutorial klinik mahasiswa diwajibkan membawa buku referensi .
2	Seminar Kasus	Setiap mahasiswa dalam satu kelompok wajib mempresentasikan kasus 1 kali dalam Stase Keperawatan dasar. Kasus yang dipresentasikan adalah kasus kelolaan kelompok dan bukan kasus individu. Waktu untuk melakukan presentasi kasus minimal 60 menit.
3	Laporan Pendahuluan	Laporan pendahuluan sudah disiapkan pada hari pertama untuk tiap ruangan.
4	Laporan Asuhan keperawatan	Kasus kelolaan dilakukan di RS. Mahasiswa wajib membuat askep kelolaan lengkap sebanyak 1 buah minggu/ mahasiswa. Pengelolaan pasien

		minimal dilakukan 3 hari, apabila pasien dirawat kurang dari 3 hari maka mahasiswa harus mencari kasus lain.
5	Evaluasi (DOPS)	DOPS merupakan observasi secara langsung untuk menilai kegiatan, ketrampilan (skills) prosedural. Mahasiswa wajib memenuhi 1 DOPS selama praktik klinik Keperawatan dasar.

#### D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik

Selama praktik klinik stase keperawatan dasar, mahasiswa memiliki aktivitas pembelajaran terstruktur. Pelaporan hasil praktik klinik pada kegiatan praktik klinik 1 modul 1 yang harus dilakukan oleh mahasiswa sebagai berikut:

1. Buat laporan pendahuluan dan laporan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen yang sudah anda lakukan sesuai dengan format panduan penyusunan askep(lampiran 1,2&3)
2. Diskusikan dengan preceptor akademik dan klinik laporan yang sudah Anda buat
3. Laporan yang harus Anda kumpulkan di akhir praktik:
  - a. Laporan pendahuluan dan laporan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan aman dan nyaman( lampiran 1&2)
  - b. Loog book pencapaian target kompetensi.
  - c. Lembar penilaian perilaku profesional sesuai format(lampiran 4)
  - d. Lembar penilaian Laporan pendahuluan dan laporan asuhan keperawatansesuai format(lampiran 5&6)
  - e. Lembar penilaian ujian praktik klinik sesuai format(lampiran 7)
  - f. Lembar penilaian seminar kasus dengan menyesuaikan kasus yang diambil jika sesuai dengan kegiatan praktik klinik 1 yakni pasien gangguan aman dan nyaman sesuai format(lampiran 8)
  - g. Laporan lengkap selama praktik klinik keperawatan dasar dijilid dengan cover berwarna **hijau tua**, dan dimasukkan kedalam map file warna **hijau**

### **E. Ujian Praktik Klinik**

Selama periode praktik klinik keperawatan dasar dilakukan evaluasi praktik klinik dengan metode DOPS dengan ketentuan:

1. Mahasiswa melakukan dokumentasi hasil pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan (gangguan pemenuhan kebutuhan dasar) dan perencanaan tindakan pada pasien kelolaan atau pasien baru.
2. Melakukan pengkajian perkembangan klien, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi kondisi klien, menentukan satu tindakan yang akan dinilai oleh preceptor klinik dan akademik.
3. Mendokumentasikan semua kegiatan yang dilakukan pada klien.
4. Responsi kasus ujian dengan preceptor klinik dan akademik.
5. Penilaian dari ujian terdiri dari aspek yaitu; laporan askep dan prosedur tindakan (format penilaian terlampir pada lampiran 7).

# LAMPIRAN



## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta. Salemba Medika.
- Kemendes RI. (2016). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan.
- Menik, Komang. (2009). *Penuntun Praktikum Keterampilan Dasar Aktivitas dan Latihan*. Jakarta: EGC.
- Mubarak dan Chayatin. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC.
- Murwani, Arita. (2008). *Keterampilan Dasar Praktek Klinik Keperawatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Potter, Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan, Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rendy, M. Clevo. (2013). *Buku Saku Keterampilan Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suparmi, dkk. (2008). *Panduan Praktik Keperawatan: Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: Citra Aji Parama.

**FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN**

**A. Konsep Pemenuhan Kebutuhan**

1. Definisi
2. Etiologi
3. Manifestasi Klinik
4. Patofisiologi dan pathway
5. Komplikasi
6. Pemeriksaan Diagnostik
7. Penatalaksanaan (medis dan keperawatan)

**A. Asuhan Keperawatan**

1. Pengkajian
2. Diagnosa keperawatan
3. Perencanaan keperawatan (tujuan, kriteria hasil, tindakan keperawatan dan rasional)
4. Evaluasi

**Daftar Pustaka**

**NB :**

Konsep penulisan LP (Laporan Pendahuluan) dapat dibuat sesuai kasus, misal: apabila dalam konsep penyakit/gangguan sistem tubuh yang dibahas tidak terdapat klasifikasi, patofisiologi maka tidak perlu mencantumkan klasifikasi maupun patofisiologi dan pathway.

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny/Tn... DENGAN GANGGUAN**  
**PEMENUHAN KEBUTUHAN .....DI RUANG ..... RS .....**

Tgl/Jam MRS : .....

Tanggal/Jam Pengkajian : .....

Metode Pengkajian : .....

Diagnosa Medis : .....

No. Registrasi : .....

**I. BIODATA**

**1. IDENTITAS KLIEN**

Nama Klien : .....

Alamat : .....

Umur : .....

Agama : .....

Status Perkawinan : .....

Pendidikan : .....

Pekerjaan : .....

**2. Identitas Penanggung jawab**

Nama : .....

Umur : .....

Pendidikan : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Hubungan dengan Klien: .....

## II. RIWAYAT KEPERAWATAN

### 1. Keluhan Utama

.....

### 2. Riwayat Penyakit Sekarang

.....

### 3. Riwayat Penyakit Dahulu

.....

### 4. Riwayat Kesehatan Keluarga

.....

Genogram:

### 5. Riwayat Kesehatan Lingkungan:

.....

## III. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

### 1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

.....

### 2. Pola Nutrisi/Metabolik

#### a. Sebelum Sakit

- Frekuensi :

.....

- Jenis :

.....

- Porsi :

.....

- Keluhan :

.....

#### b. Selama Sakit

- Frekuensi :

.....

- Jenis :

.....

- Porsi :  
.....
- Keluhan :  
.....

**2. Pola Eliminasi**

**a. BAB**

1) Sebelum Sakit

- Frekuensi BAB :  
.....
- Konsistensi :  
.....
- Warna :  
.....
- Keluhan :  
.....

2) Selama Sakit

- Frekuensi BAB :  
.....
- Konsistensi :  
.....
- Warna :  
.....
- Keluhan :  
.....

**b. BAK**

1) Sebelum Sakit

- Frekuensi BAB :  
.....

- Jumlah Urine :  
.....
- Warna :  
.....
- Keluhan :  
.....

2) Selama Sakit

- Frekuensi BAB :  
.....
- Jumlah urine :  
.....
- Warna :  
.....
- Keluhan :  
.....

**ANALISA KESEIMBANGAN CAIRAN SELAMA PERAWATAN**

Intake	Output	Analisa
- Minuman .....cc - Makanan .....cc	- Urine .....cc - Feses .....cc - IWL .....cc	Intake : .....cc Output: ..... cc
Total .....cc	Total .....cc	Balance: .....cc

**3. Pola Aktifitas dan Latihan (Sebelum dan Selama Sakit)**

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					

Mobilitas ditempat tidur					
Berpindah					
Ambulasi/ROM					

Keterangan:

0: Mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat; 4: tergantung total

**3. Pola Istirahat Tidur**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**4. Pola Kognitif – Perseptual**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**5. Pola Persepsi Konsep Diri**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**6. Pola Hubungan Peran**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**7. Pola Seksualitas Reproduksi**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**8. Pola Mekanisme Koping**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**9. Pola Nilai dan Keyakinan**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**IV. PEMERIKSAAN FISIK**

**1. Keadaan/Penampilan Umum**

a. Kesadaran : .....

b. Tanda-Tanda Vital

• Tekanan Darah : .....

• Nadi

- Frekuensi: .....

- Irama : .....

- Kekuatan: .....

• Pernafasan

- Frekuensi: .....

- Irama : .....

• Suhu : .....

**2. Kepala**

• Bentuk Kepala : .....

• Kulit Kepala : .....

• Rambut : .....



### 3. Muka

#### a. Mata

- Palpebra : .....
- Konjungtiva : .....
- Sclera : .....
- Pupil : .....
- Diameter ki/ka : .....
- Reflek Terhadap Cahaya :  
.....
- Penggunaan alat bantu penglihatan :  
.....

b. Hidung : .....

c. Mulut : .....

d. Gigi : .....

e. Telinga :  
.....

4. Leher :  
.....

### 5. Dada (Thorax)

#### • Paru-paru

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

#### • Jantung

Inspeksi : .....

Palpasi : .....

Perkusi : .....

Auskultasi : .....

### 6. Abdomen

Inspeksi : .....

Auskultasi : .....

Perkusi : .....

Palpasi : .....

**7. Genetalia** : .....

**8. Rektum** : .....

**9. Ekstremitas**

a. Atas

- Kekuatan otot kanan dan kiri: .....
- ROM kanan dan kiri : .....
- Perubahan bentuk tulang : .....
- Perabaan Akral : .....
- Pitting edema : .....

b. Bawah

- Kekuatan otot kanan dan kiri: .....
- ROM kanan dan kiri : .....
- Perubahan bentuk tulang : .....
- Perabaan Akral : .....
- Pitting edema : .....

## V. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Hasil	Keterangan Hasil

## VI. TERAPI MEDIS

Hari/Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Golongan & Kandungan	Fungsi & Farmakologi
	Cairan IV: Obat Peroral: Obat Parenteral: Obat Topikal:			

**VII. ANALISA DATA**

Nama :

No. CM :

Umur :

Diagnosa Medis:

No	Hari/Tgl/ Jam	Data Fokus	Masalah	Etiologi	Diagnosa Keperawatan	Ttd
1.		DS: DO:				
2.		DS: DO				

**VIII. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1.

2.

3.

Dst...

**IX. RENCANA KEPERAWATAN**

Nama :

No. CM :

Umur :

Diagnosa Medis:

NoDx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Ttd
1.			
2.			

**X. TINDAKAN KEPERAWATAN/IMPLEMENTASI**

Nama :

No. CM :

Umur :

Diagnosa Medis:

Hari/ Tgl /Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Ttd
	1		S : O:	

	2		S: O:	
--	---	--	----------	--

**XI. CATATAN KEPERAWATAN**

**Nama :**

**No. CM:**

**Umur :**

**Diagnosa Medis:**

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd
1		S: O: A: P	
2		S: O: A: P	

### Lampiran 3

## **FORMAT PEDOMAN PENGISIAN FORMAT ASKEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny/Tn... DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN .....DI RUANG ..... RS .....**

### **Tanggal Masuk RS**

Diisi dengan tanggal, bulan, tahun dan jam masuk rumah sakit

Contoh: 7-6-2013 / 09.00 WIB

### **Tanggal/Jam Pengkajian**

Untuk keperluan pembelajaran, mahasiswa diminta untuk menuliskan tanggal-bulan-tahun dan jam pengkajian dengan asumsi bahwa tidak selalu pengkajian dilakukan bersamaan dengan waktu klien masuk rumah sakit.

Contoh: 9-6-2012 / 10.00 WIB

### **Metode Pengkajian**

Metode pengkajian ini dimaksudkan untuk mengetahui berasal dari mana informasi yang didapat selama pengkajian pasien apakah aloanamnesa ataupun autoanamnesa.

### **Diagnosa Medis**

Hipertensi

### **A. IDENTITAS KLIEN**

**Nama Klien :**

Diisi inisial nama klien, contoh: Nn, A atau Ny. M

**Alamat :**

Alamat cukup diisi dengan asal daerah dan kota pasien

**Umur :**

Contoh : 54 th

**Agama :**

Islam, Kristen, Budha, Hindu, Katolik

**Status Perkawinan:**

Kawin/tidak kawin/janda/duda

**Pendidikan :**

Contoh: S1/D3

**Pekerjaan :**

PNS/ wiraswasta/pedagang

**B. RIWAYAT PENYAKIT**

**1. Keluhan Utama**

Ditulis singkat, jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan utama saat dikaji yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan.

Contoh: Nyeri dada

Diare

Muntah-muntah

Panas

**2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sehingga klien meminta bantuan pelayanan kesehatan atau di bawa ke rumah sakit. Riwayat penyakit berisi kronologis penyakit klien yang berisi apa gejala yang dirasakan? Apa yang bisa memperberat keluhan? Apa yang bisa mengurangi keluhan? Bagaimana gejala yang dirasakan? Dimana gejala yang dirasakan? Seberapa sering gejala dirasakan? Seberapa lama gejala duah dirasakan?

**3. Riwayat Penyakit Dahulu**

Berisi riwayat penyakit sebelumnya yang pernah diderita oleh pasien.

**Contoh:** Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun lalu, Klien tidak pernah kontrol. Pernah operasi patah kaki 10 tahun lalu.

#### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Riwayat penyakit keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular yang mungkin akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar keluarga. Riwayat penyakit keluarga diperkuat dengan genogram yang harus dibuat.

Genogram pada umumnya dituliskan dalam tiga (3) generasi sesuai dengan kebutuhan. Artinya, bila klien adalah seorang nenek atau kakek maka genogram dibuat dua generasi ke bawah, bila klien adalah anak-anak maka genogram bisa dibuat dua generasi ke atas. Dapat juga dibuat satu generasi ke atas, satu generasi ke bawah. Untuk penyakit menular dalam keluarga garis yang menunjukkan anggota keluarga tinggal dalam satu rumah harus digambarkan.

### **C. PENGKAJIAN (POLA FUNGSI GORDON)**

Diisi dengan prioritas pada pola fungsi kesehatan yang berhubungan dengan perubahan fungsi /anatomi tubuh. Bila keadaan klien atau sumber data yang lain belum dapat memberikan data yang memadai kemungkinan tidak semua fungsi dapat dikaji. Bila memang perlu diambil datanya maka pengkajian dapat dilengkapi pada waktu berikutnya.

#### **1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan**

Diisi dengan persepsi klien/keluarga terhadap konsep sehat sakit dan upaya klien/keluarga dalam bentuk pengetahuan, sikap dan perilaku yang menjadi gaya hidup klien/keluarga untuk mempertahankan kondisi sehat.

##### **Contoh:**

Klien mengatakan bahwa sehat itu penting. Klien menjaga kesehatankeluarganya dengan cara mewajibkan anggota keluarga untuk selalu sarapan pagi dan tidak makan makanan sembarangan dipinggir jalan. Klien juga rajin berolahraga untuk menjaga badannya tetap sehat. Saat ada anggota keluarga yang sakit klien selalu membawa ke pusat

pelayanan kesehatan terdekat seperti puskesmas, bidan atau dokter jika memungkinkan.

## 2. Pola Nutrisi/Metabolik

Diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi baik intake makanan maupun cairan sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi: jenis makanan yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan selingan, amakan yang disukai, apakah ada alergi makanan, apakah ada makanan pantangan. Selain itu perlu dikaji juga apakah ada keluhan yang berhubungan dengan pemenuhan nutrisi seperti: mual, muntah, anoreksia, kesulitan menelan atau hal lainnya yang dibuat dengan bahasa singkat.

Penjelasan mengenai pola nutrisi ini bisa dibuat dalam bentuk paragraf atau dengan bentuk kolom seperti dibawah ini:

<b>KETERANGAN</b>	<b>SEBELUM SAKIT</b>	<b>SELAMA SAKIT</b>
Frekuensi	3 x sehari	3 x sehari
Jenis	Nasi, lauk, sayur, buah, air putih, susu	Bubur lembek, snack, lauk, sayur, air putih, teh
Porsi	1 porsi habis	½ porsi
Keluhan	Tidak ada	Mual, muntah dan lidah terasa pahit

## 3. Pola Eliminasi

Diisi dengan eliminasi alvi (BAB) dan eliminasi uri (BAK). Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum dan selama sakit yang meliputi frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah dan lain-lain., Bila ditemukan adanya keluhan pada eliminasi hendaknya dibuatkan deskripsi singkat dan jelas tentang keluhan yang dimaksud.

Contoh Eliminasi Alvi (BAB):



<b>KETERANGAN</b>	<b>SEBELUM SAKIT</b>	<b>SELAMA SAKIT</b>
Frekuensi	1 x/ hari pagi	5-6 x/hari
Konsistensi	Lunak berbentuk	Cair sedikit ada ampas
Bau	Khas	Busuk
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning, tidak ada darah
Keluhan		

Contoh:

<b>KETERANGAN</b>	<b>SEBELUM SAKIT</b>	<b>SELAMA SAKIT</b>
Frekuensi	6-8x/hari	10-15 x/hari
Pancaran	Kuat	Lemah menetes
Jumlah	± 250 cc sekali BAK	± 100 cc sekali BAK
Bau	Amoniak	Amoniak
Warna	Kuning pucat	Kuning pucat/merah adacampuran darah
Perasaan setelah BAK	Lega	Nyeri dan tidak puas
Keluhan		
Total produksi urine	± 1500-2000 cc/hari	± 1000-1500 cc/hari

### **ANALISA KESEIMBANGAN CAIRAN SELAMA PERAWATAN**

Intake	Output	Analisa
Minuman .....cc	Urine .....cc	Intake : .....cc
Makanan .....cc	Feses .....cc	Output: ..... cc
	IWL .....cc	
Total .....cc	Total .....cc	Balance: .....cc

## **2. Pola Aktifitas dan Latihan**

Diisi dengan aktifitas rutin yang dilakukan klien sebelum hingga selama sakit, mulai dari bangun tidur hingga tidur kembali. Kolom tersebut diisi sesuai dengan keterangan:

0: Mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total.

Setelah diisi kolom tersebut diberikan kesimpulan apa yang bisa ditarik dari kolom yang telah diisi.

<b>Kemampuan perawatan diri</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilitas ditempat tidur					
Berpindah					
Ambulasi/ROM					

### 3. Pola Istirahat Tidur

Diisi dengan kualitas dan kuantitas tidur klien sejak sebelum sakit hingga selama sakit meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, penggunaan alat pengantar tidur seperti obat, perasaan klien sewaktu bangun tidur, kesulitan atau masalah tidur, tidak bugar saat bangun, terbangun dini, tidak bisa melanjutkan tidur. Keterangan mengenai Tidur dan istirahat dapat dibuat dalam bentuk paragraph yang berisi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan pola tidur dan istirahat selama sakit. Secara umum isinya akan sama dengan yang dibuat dalam kolom. Contoh pengkajian yang dibuat dalam kolom dapat dilihat pada contoh di bawah ini:

<b>KETERANGAN</b>	<b>SEBELUM SAKIT</b>	<b>SELAMA SAKIT</b>
Jumlah jam tidur siang	-	1 jam
Jumlah jam tidur malam	6-7 jam	4 jam
Pengantar tidur (penggunaan obat tidur)	Tidak ada	Ada
Gangguan tidur	Tidak ada	Sering terbangun/tidak bisa tidur karena merasakan nyeri/lingkungan kurang tenang

Perasaan waktu bangun	Nyaman	Masih merasa ngantuk dan lelah
-----------------------	--------	--------------------------------

#### 4. Pola Kognisi dan Perceptual

Diisi dengan kemampuan klien berkomunikasi (berbicara dan mengerti pembicaraan), nyeri, status mental, orientasi, kemampuan penginderaan yang meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan.

##### **Contoh:**

Klien dapat berbicara dengan lancar, melihat dan membaca Koran, menjawab pertanyaan perawat dengan tepat saat diajak berbincang-bincang, dapat mengidentifikasi bau minyak kayu putih, mereasakan the manis, mengidentifikasi tes raba.

#### 5. Pola Konsep Diri

Diisi pada klien yang dapat mengungkapkan perasaannya yang berhubungan dengan kesadaran akan dirinya sendiri meliputi: gambaran diri/citra tubuh, ideal diri, harga diri, peran diri, identitas diri.

- Gambaran diri/citra tubuh: sikap seseorang terhadap tubuhnya asecara sadar dan tidak sadar. Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.\

##### **Contoh:**

“Saya malu dengan luka ini” (verbal)

Selalu menutup daerah yang luka. (nonverbal)

- Ideal diri: Tanyakan pada pasien tentang harapan terhadap posisi, status, tugas/ peran klien dalam keluarga dan lingkungan. Tanyakan juga pada klien terkait harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat), dan juga harapan klien terhadap penyakitnya.

**Contoh:**

“Saya sangat ingin menjadi ibid an istri yang baik, tapi dengan luka ini apa mungkin saya melakukan tugas dengan baik.”

- Harga diri, tanyakan tentang: hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisinya. Penilaian/penghargaa orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

**Contoh:**

“Saya merasa sudah melakukan yang terbaik untuk keluarga, tapi belakangan saya tahu ternyata suami saya punya wanita idaman lain. Saya merasa tidak berharga.”

- Peran diri, tanyakan tentang: kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.

**Contoh:**

“Saya sudah satu minggu di rumah sakit, saya tidak bisa lagi jualan bakso keliling dan tidak ada yang bisa menggantikan. Saya bingung bagaimana anak dan istri saya makan, uang darimana?”

- Identitas diri, tanyakan tentang: status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, temat kesja, kelompok), dan kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

**Contoh:**

“Saya menyadari bahwa saya seorang perempuan. Apapu yang terjadi pada dirio kita sudah digariska oleh Tuhan Yang Maha Kuasa. Saya hanya ingin menjadi anak, istri dan ibu yang baik untuk keluarga saya.”

## **6. Pola Seksual dan Seksualitas**

Pada anak usia 0 – 12 tahun diisi sesuai dengan tugas perkembangan psikoseksual. Pada usia remaja-dewasa-lansia dikaji berdasarkan jenis kelaminnya.

**7. Pola Peran dan Hubungan (Komunikasi dan hubungan dengan orang lain)**

Diisi dengan hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat pada umumnya, perawat, dan tim kesehatan yang lain, termasuk juga pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain.

**Contoh:**

Hubungan dengan keluarga harmonis dan baik dengan masyarakat sekitar.

**8. Pola Manajemen dan Koping Stres**

Diisi dengan mekanisme koping yang biasa digunakan klien ketika menghadapi masalah/konflik/stress/kecemasan. Bagaimana klien mengambil keputusan sendiri/dibantu.

**9. Sistem Nilai dan Keyakinan (Agama dan Kegiatan Keagamaan)**

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien. Termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien termasuk sebelum sakit dan selama sakit.

**10. Pola Mekanisme Koping**

Diisi dengan kaji pasien mengenai sifat pencetus stress yang dirasakan baru-baru ini, tingkat stress yang dirasakan, gambaran respons umum dan khusus terhadap stress, strategi mengatasi stress yang biasa digunakan dan keefektifannya, strategi koping yang biasa digunakan, pengetahuan dan penggunaan teknik manajemen stress, hubungan antara manajemen stress dengan keluarga

**11. Pola Nilai dan Keyakinan**

Diisi dengan kaji pasien mengenai latar belakang budaya/etnik; tatus ekonomi, perilaku kesehatan yang berkaitan dengan kelompok budaya/etnik; tujuan kehidupan bagi pasien; pentingnya

agama/spiritualitas; dampak masalah kesehatan terhadap spiritualitas; keyakinan dalam budaya (mitos, kepercayaan, larangan, adat) yang dapat mempengaruhi kesehatan

#### **D. PEMERIKSAAN FISIK**

##### **1. Keadaan/Penampilan Umum**

Kesadaran : Composmentis/somnolen/sopor/soporo koma/koma

Tanda-Tanda Vital : diisi berdasarkan hasil pengkajian dan pengukuran

- Nadi
  - Frekuensi: 80 kali permenit
  - Irama : tertur/tidak teratur
  - Kekuatan : kuat/lemah
- Pernafasan
  - Frekuensi: 24 kali permenit
  - Irama : tertur/tidak teratur
- Suhu : 37°C

##### **2. Kepala**

- Rambut : wana, distribusi, kebersihan, kutu, ketombe
- Mata :
  - Palpebra : udem/tidak, endropion/ektropion, petosis/tidak
  - Konjungtiva : anemis/tidak
  - Pupil : isokor/unisokor, 2 mm
  - Sclera : ikterik/tidak
  - Reflek terhadap cahaya : +/-
  - penggunaan alatbantu penglihatan : menggunakan /tidak
- Hidung : Kebersihan, sekresi, pernafasan cuping hidung
- Mulut : Bibir, mukosa mulut, lidah, tonsil, gigi berlubang.
- Telinga : Kebersihan, sekresi, gangguan pendengaran
- Leher : Pembesaran kelenjar limfe, tyrioid, distensi vena jugularis, kaku kuduk.

**3. Dada (Thorax)** : Hasil pemeriksaan pada dada dibedakan atas pemeriksaan paru-paru dan jantung. Pemeriksaan dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Contoh hasil pemeriksaan pada paru-paru dan jantung dapat dilihat di bawah ini.

- **Paru-paru**

Inspeksi : bentuk dada simetris/tidak

Palpasi : Vocal premitus kanan=kiri/vocal premitus  
kanan kiri

Perkusi : sonor pada seluruh lapang paru (jika kondisi  
pasien normal)

Auskultasi : vesikuler pada seluruh area paru/tidak ada suara  
nafas

tambahan/ronkhi (-)/whezing (-)/krekles(-),  
inspirasi lebih pendek dari ekspirasi

- **Jantung**

Inspeksi : Ictus cordis (IC) tampak/tidak

Palpasi : IC teraba di SIC V 2 cm LMCS

Perkusi : pekak, konfigurasi jantung dalam batas normal

Auskultasi : Bunyi jantung I – II murni, gallop (-), murmur (-)

**4. Abdomen**

- Inspeksi : warna, striae, jaringan parut, umbilicus, ascites
- Auskultasi : Frekuensi, nada dan intensitas bising usus
- Palpasi : rasakan adanya spasme otot-otot perut, nyeri tekan, adanya massa
- Perkusi : dengarkan bunyi yang dihasilkan (thympani/hiperthympani)

## 5. Ekstremitas :

- Kekuatan otot kanan dan kiri

Skala	Kenormalan Kekuatan (100%)	Ciri-ciri
0	0	Paralisis otot
1	10	Tidak ada gerakan, teraba/terlihat adanya kontraksi
2	25	Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan
3	50	Gerakan normal menentang gravitasi
4	75	Gerakan norma penuh menentang gravitasi dengan sedikit penahanan
5	100	Gerakan norma penuh menentang gravitasi dengan penahanan penuh

- Perabaan Akral : hangat/dingin
- Edema pitting dengan derajat kedalaman (+1= 2 mm, +2= 4 mm, +3= 6 mm, +4= 8 mm)

## F. ANALISA DATA

No	Hari/Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah	Etiologi	Diagnosa Keperawatan	Ttd
1.	Rabu, 3-7-2013 08.00 WIB	DS: Klien mengatakan nyeri pada bagian anus setelah di operasi, nyeri dirasakan seperti teriris, skala nyeri 8 dan bertambah nyeri ketika bergerak dengan durasi waktu 20 menit.  DO: Klien tampak menahan	Nyeri akut	Agen cedera fisik	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (00132)	



		nyeri dengan pembatasan aktivitas dengan bergerak. Ekspresi wajah tampak meringis menahan sakit				
--	--	---	--	--	--	--

### G. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Prioritas diagnosa keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan aktual, diagnosa risiko, diagnosa potensial.

Contoh:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (00132)
2. Resiko infeksi dengan faktor risiko prosedur invasif (00004)

Dst...

### H. RENCANA KEPERAWATAN

Hari/Tgl	No. Diagnosa	Tujuan	Intervensi	TTd
Kamis/ 3-7-2013	1	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil: <b>Kontrol Nyeri(1605):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengenal kapan nyeri terjadi skala 1-4 (tidak pernah menunjukkan ke sering menunjukkan)</li> <li>• Menggambarkan faktor penyebab nyeri skala 1-4 (tidak pernah menunjukkan ke sering menunjukkan)</li> <li>• Mengenal gejala nyeri</li> </ul>	<b>Manajemen Nyeri (1400) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji tingkat nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas</li> <li>• Kontrol faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan</li> <li>• Ajarkan penggunaan tehnik non farmakologi seperti relaksasi napas dalam bila nyeri timbul</li> <li>• Anjurkan pasien untuk</li> </ul>	

		<p>skala 1-4 (tidak pernah menunjukkan ke sering menunjukkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaporkan nyeri ter kontrol skala 1-4 (tidak pernah menunjukkan ke sering menunjukkan)</li> </ul> <p><b>Tingkat nyeri (2102):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri yang dilaporkan skala 1-4 (berat ke ringan)</li> <li>• Mengeluarkan keringat skala 1-4 (berat ke ringan)</li> <li>• Ekspresi wajah skala 1-4 (berat ke ringan)</li> <li>• Frekuensi napas skala 1-4 (berat ke ringan)</li> <li>• Denyut nadi skala 1-4 (berat ke ringan)</li> </ul>	<p>meningkatkan tidur / istirahat yang cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan danantisipasi dari ketidaknyamanan prosedur</li> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul> <p><b>Pemberian Analgetik (2210) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat yang akan diberikan</li> <li>• Cek adanya riwayat alergi obat</li> <li>• Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik</li> <li>• Berikan analgetik yang tepat sesuai dengan resep</li> <li>• Pilih rute intravena dari pada intramuskuler untuk injeksi pengobatan yang sering.</li> <li>• Dokumentasikan respon</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			terhadap analgesik dan adanya efek samping.
--	--	--	---

### I. TINDAKAN KEPERAWATAN

No Dx	Hari/Tgl /Jam	Implementasi	Respon	Ttd
1	Rabu 3-7-2013 09.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji tingkat nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas</li> </ul>	<p>S : pasien mengatakan sakit pada bagian anus setelah di operasi.</p> <p>P : nyeri akibat operasi haemoroid</p> <p>Q : nyeri seperti teriris-iris</p> <p>R : nyeri pada anus</p> <p>S : Skala nyeri 8</p> <p>T : Nyeri saat pasien bergerak.</p> <p>O : pasien nampak menahan nyeri, ekspresi wajah kesakitan. Skala nyeri berat.</p>	

### J. CATATAN KEPERAWATAN

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd
1	Rabu/3-7-2013 14.00	<p>S : Pasien mengatakan masih nyeri</p> <p>P : nyeri akibat operasi haemoroid</p> <p>Q : nyeri seperti teriris-iris</p> <p>R : nyeri pada anus</p> <p>S : skala nyeri 8</p> <p>T : nyeri saat pasien bergerak.</p> <p>O : pasien nampak menahan sakit, ekspresi wajah kesakitan. Skala nyeri berat.</p> <p>TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 80 x/mnt</p>	

		<p>S : 36 °C</p> <p>RR : 18 x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi: management nyeri dan pemberian analgetik</p>	
--	--	---	--

## Lampiran 4

### FORMAT PENILAIAN PERILAKU PROFESIONAL (*SOFT SKILL*)

Penilaian perilaku profesional (*Professional behavior*) dilakukan di setiap ruang di akhir waktu. Penilaian dilakukan oleh preceptor klinik. Penilaian perilaku profesional (*Professional behavior*) dilakukan berdasarkan pengamatan secara terus menerus terhadap perilaku mahasiswa yang dapat diamati (*observable behavior*) selama stase. Penilaian perilaku profesional dilakukan pada akhir stase oleh preceptor untuk setiap ruang

NO	ITEM PENILAIAN	BOBOT	1	2	3	TOTAL
1	Tepat waktu dalam mengikuti kegiatan pembelajaran dan menyelesaikan tugas	10				
2	Menghormati orang lain (pasien dan keluarga, sesama teman mahasiswa, dokter, perawat, petugas administrasi, dll)	10				
3	Bekerja sama secara baik dengan teman mahasiswa dan petugas kesehatan lain	10				
4	Memperhatikan dan mendahulukan kepentingan pasien di atas kepentingan diri sendiri (termasuk suka menolong)	10				
5	Mencatat dan melaporkan hasil pemeriksaan, laboratorium, dan terapi sesuai dengan hasil sebenarnya	10				
6	Tidak melakukan pemalsuan dokumen atau tanda tangan	10				
7	Mengerjakan tugas ilmiah (presentasi kasus, refleksi, dll) secara mandiri atau tidak menjiplak karya teman	10				
8	Menggunakan seragam dan atribut sesuai ketentuan	10				

9	Tepat waktu dalam pengumpulan tugas	10				
10	Melakukan konsultasi tugas secara rutin dan memberikan feedback segera	10				
	NILAI AKHIR	NA = 300/3	NA =.....			

Keterangan

Penilaian 1 : Kurang

Penilaian 2 : Cukup

Penilaian 3 : Baik

Surakarta,.....

Preceptor Klinik /Akademik

(.....)

**Lampiran 5**

**FORMAT PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN**

**Nama** : \_\_\_\_\_ **Kasus** : \_\_\_\_\_  
**RS/Ruang** : \_\_\_\_\_ **Minggu ke-** : \_\_\_\_\_

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai		
			0	1	2
1.	Susunan Kalimat/Penggunaan Bahasa				
	Teknik penulisan sesuai pedoman	6			
2.	Menjelaskan :				
	a. Pengertian	4			
	b. Tanda dan Gejala	8			
	c. Penyebab	8			
	d. Patofisiologi	8			
	e. Pathways (pohon masalah)	10			
	f. Penatalaksanaan (Medis dan Keperawatan)	8			
3.	Asuhan Keperawatan				
	a. Pengkajian	10			
	b. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul	10			
	c. Perencanaan tindakan keperawatan	8			
	d. Rasional tindakan keperawatan	8			
	e. Evaluasi	4			
4.	Kepustakaan				
	a. Jumlah literatur minimal 5 dan mutakhir	4			
	b. Ketepatan cara penulisan kepustakaan	4			
<b>Nilai Akhir = (Bobot x Nilai) / 2</b>			NA =		

\*Keterangan:

- Nilai 0 : Tidak dilakukan
- Nilai 1 : Dilakukan tapi tidak sempurna
- Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Surakarta,.....

Preceptor Klinik / Akademik

(.....)

**Lampiran 6**

**FORMAT PENILAIAN LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN**

**Nama :** \_\_\_\_\_ **Kasus :** \_\_\_\_\_  
**Ruang/ RS :** \_\_\_\_\_ **Minggu Ke- :** \_\_\_\_\_

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai		
			0	1	2
1.	Pengkajian				
	a. Menggunakan pendekatan sistematis dan komprehensif	6			
	b. Kemampuan menggali masalah klien	4			
	c. Data yang dikumpulkan lengkap (DS dan DO)	4			
	d. Melengkapi data penunjang pada status klien	4			
	e. Ketepatan analisa data	4			
2.	Diagnosa Keperawatan :				
	a. Ketepatan merumuskan diagnosa keperawatan	12			
	b. Jumlah diagnosa keperawatan minimal 2 buah	6			
	c. Ketepatan memprioritaskan diagnosa keperawatan	8			
3.	Perencanaan Tindakan Keperawatan				
	a. Merumuskan tujuan dan kriteria hasil (SMART)	6			
	b. Ketepatan memprioritaskan tindakan keperawatan	4			
	c. Merumuskan rencana tindakan keperawatan (ONEC)	4			
	d. Rencana tindakan terdiri atas mandiri dan kolaborasi	4			
4.	Implementasi/ Pelaksanaan Tindakan				
	a. Pelaksanaan sesuai dengan perencanaan	6			
	b. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan	6			
	c. Mendokumentasikan respon klien pada pelaksanaan tindakan	4			
	d. Kemampuan kolaborasi	4			
5.	Evaluasi				
	a. Kualitas isi perkembangan (SOAP)	6			
	b. Laporan tertulis pendelegasian tugas pada tim kesehatan lain	4			
6.	Penulisan				
	a. Sesuai dengan pedoman penulisan	4			
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>			

\*Keterangan:

- Nilai 0 : Tidak dilakukan
- Nilai 1 : Dilakukan tapi tidak sempurna
- Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Surakarta,.....

Preceptor Klinik /Akademik



(.....)

Lampiran 7

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTIK KLINIK**

Nama : Tindakan Keperawatan:  
Ruang/RS : Hari/Tanggal :

No	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	NILAI				Bobot x Nilai
			1	2	3	4	
<b>A</b>	<b>PENGAJIAN</b>						
	1. Ketepatan penggunaan alat pengkajian	5					
	2. Ketrampilan pengambilan data	5					
	3. Validitas data	4					
	4. Kelengkapan data kajian (data fokus)	6					
<b>B</b>	<b>PERUMUSAN MASALAH</b>						
	1. Ketepatan menganalisa data	6					
	2. Ketepatan rumusan diagnosa keperawatan	7					
<b>C</b>	<b>PERENCANAAN</b>						
	1. Ketepatan penyusunan prioritas diagnose keperawatan	7					
	2. Ketepatan tujuan dan kriteria hasil	5					
	3. Relevansi rencana tindakan dengan diagnosa Kep	6					
<b>D</b>	<b>PELAKSANAAN</b>						
	1. Kemampuan mengelola pelaksanaan tindakan	6					
	2. Kemampuan kolaborasi dengan tim kesehatan	4					
	3. Kemampuan melibatkan peran serta klien&Keluarga	4					
	4. Mendokumentasikan tindakan dengan benar	4					
<b>E.</b>	<b>EVALUASI</b>						
	1. Kualitas isi perkembangan klien	3					
	a. Subjektif, obyektif sesuai criteria	4					
	b. Ketajaman analisa evaluasi	4					
	c. Tindakan lanjut dan modifikasi	4					
	2. Validitas proses evaluasi	3					
	3. Penampilan klien setelah dirawat	2					
<b>F</b>	<b>PENAMPILAN PENGELOLAAN</b>						

	1. Inisiatif	3					
	2. Ketelitian	3					
	3. Tanggung Jawab pengelolaan	3					
	4. Penampilan dan sikap teruji	2					
		<b>100</b>					
<b>Nilai Akhir= (Bobot x Nilai)/4</b>		NA =.....					

Keterangan

Penilaian 1 : Kurang Penilaian 3 : Baik

Penilaian 2 : Cukup Penilaian 4 : Sangat Baik

Surakarta,.....

Preceptor Klinik/Akademik

(.....)

Lampiran 8

**FORMAT PENILAIAN PRESENTASI KASUS**

**Topik/ ASKEP** : \_\_\_\_\_

No	Komponen	Bobot	*Nilai		
			0	1	2
<b>1</b>	<b>Penulisan</b>				
	a. Tata bahasa baku sesuai EYD	<b>5</b>			
	b. Ketepatan cara pengutipan	<b>5</b>			
	c. Sistematika sesuai pedoman	<b>6</b>			
<b>2</b>	<b>Materi</b>				
	a. Kelengkapan data pada materi	<b>6</b>			
	b. Ketajaman analisa data dan kasus	<b>8</b>			
	c. Ketepatan perumusan diagnosa keperawatan dan pendokumentasian pengelolaan asuhan keperawatan	<b>10</b>			
<b>3</b>	<b>Media</b>				
	a. Efektifitas penggunaan	<b>4</b>			
	b. Kejelasan dari media terhadap ide yang disampaikan	<b>5</b> <b>5</b>			
	c. Kesesuaian perlengkapan dengan audiens				
<b>4</b>	<b>Presentasi</b>				
	a. Penguasaan materi	<b>10</b>			
	b. Penggunaan bahasa yang efektif	<b>6</b>			
	d. Penampilan	<b>4</b>			
<b>5</b>	<b>Diskusi</b>				
	a. Pengendalian emosi	<b>5</b>			
	b. Kemampuan argumentasi	<b>8</b>			
	c. Kemampuan membuat kaitan	<b>6</b>			
	d. Rasional jawaban	<b>7</b>			
<b>Total Nilai</b>		<b>100</b>			
<b>Nilai Akhir= (Bobot x Nilai)/2</b>		NA =.....			

\* Keterangan:

Nilai 0 : Tidak terjawab/ tidak dilakukan

Nilai 1 : Terjawab/ dilakukan tapi tidak sempurna

Nilai 2 : Terjawab/ dilakukan dengan sempurna

Kelompok : \_\_\_\_\_

Nama Mahasiswa :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Surakarta,.....

Preceptor Klinik/Akademik

(.....)

## **PENUTUP**

“Selamat, anda telah berhasil menyelesaikan modul praktik klinik 1”

Modul ini berbentuk panduan praktik klinik yang penting digunakan saat Anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi dan aman nyaman, sehingga asuhan keperawatan yang anda berikan kepada pasien akan lebih terarah dan dapat mencapai hasil maksimal.

Modul ini juga berisi Petunjuk Praktik, target yang harus dicapai, format pengumpulan data dan outline laporan sehingga akan dapat dijadikan panduan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak sakit.

Kami berharap, Anda dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktek sesuai dengan Panduan dalam modul ini dengan baik.

**“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES BUAT ANDA”**