

**BUKU PANDUAN PRAKTEK PROFESI MAHASISWA
KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN DAN KRITIS**



DISUSUN OLEH :

Ns. Novita Ana Anggraini S.Kep.,M.Kep

Ns. Rahmania Ambarika S.Kep.,M.Kep

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
IIK STRADA INDONESIA**

2020

**BUKU PANDUAN PRAKTEK PROFESI MAHASISWA
KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN DAN KRITIS**

**Penulis : Novita Ana Anggraini S.Kep.,Ns.,M.Kep
Rahmania Ambarika S.Kep.,Ns.,M.Kep**

ISBN : 978-602-5842-54-2

Penyunting : Tim STRADA PRESS

Desain : Tim STRADA PRESS

Tata Letak : Tim STRADA PRESS

Penerbit : STRADA PRESS

Redaksi : Jalan Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur Indonesia

Website : press.strada.ac.id

Email : press.strada.ac.id

Kontak : 085646306636

Cetakan : Pertama, 2020

©2020 STRADA PRESS. Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan system penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

Pas foto
2 x 3 cm

NAMA :
.....

NIM :
.....

PROGRAM :
.....

KELOMPOK :
.....

ALAMAT :
.....

NO HP :
.....

DAFTAR ISI

	Hal
Cover Dalam	1
Daftar Isi.....	2
Kata Pengantar	3
Tata Tertib.....	4
Pedoman Praktek Profesi.....	6
A. Deskripsi Mata Ajar	6
B. Profil Lulusan Pendidikan Profesi.....	6
C. Kompetensi Lulusan Pendidikan Tahap Profesi.....	6
D. Pelaksanaan Praktek.....	8
E. Metode Bimbingan.....	9
F. Bentuk Laporan	10
G. Daftar Kompetensi	12
H. Format Evaluasi	14
I. Keterangan Ijin Mahasiswa	26
J. Bukti Mengganti Jaga.....	27
K. Bukti Mengumpulkan Laporan	28
L. Logbook Kegiatan	29

KATA PENGANTAR

Berdasarkan “Kurikulum Pendidikan Ners-Implementasi Kurikulum KBK” yang disusun oleh Tim KBK AIPNI 2009, maka setelah program akademik diselesaikan selama 4 tahun diharapkan mahasiswa memperoleh pengalaman belajar klinik dan pengalaman belajar di Departemen kegawatdaruratan secara komprehensif, sehingga memiliki kemampuan professional dalam bidang keperawatan.

Asuhan keperawatan professional merupakan kegiatan melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien baik secara individu ataupun kelompok berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Ini berarti asuhan keperawatan dilaksanakan dengan menggunakan metode penyelesaian masalah secara ilmiah (*Scientific Problem Solving*), dengan landasan ilmu dan teknologi keperawatan maju secara tepat guna, serta menggunakan ketrampilan professional keperawatan yang mencakup ketrampilan intelektual, tehnikal dan interpersonal yang dilandasi etika profesi keperawatan.

Pada tahap pelaksanaan praktek profesi ini diharapkan mahasiswa mampu mengaplikasikan dan mengintegrasikan seluruh konsep selama program akademik. Adapun waktu praktek yang akan ditempuh adalah selama 2 semester dengan beban studi 36 SKS. Metode yang digunakan dalam pembimbingan adalah metode *Pembimbingship*, yaitu pendekatan bimbingan belajar yang dilakukan dengan model peran (*Pembimbing*) melalui proses bimbingan terstruktur, dengan lahan praktek sesuai dengan kompetensi yang akan dicapai.

Kediri, 5 Februari 2020

Ketua Program Studi Profesi Ners

Ttd

Alfian Fawzi. S.Kep., Ns. M.Kep

PEDOMAN PRAKTEK PROFESI KEPERAWATAN

1. Ketentuan Akademik

- a. Telah lulus pada seluruh mata kuliah yang tersedia di semester I–VIII dan telah menyelesaikan tahap akademik termasuk Tugas Akhir
- b. Telah menyelesaikan registrasi pada semester IX.

2. Ketentuan Administrasi

Telah melunasi biaya administrasi pada semester yang bersangkutan

3. Ketentuan Pelaksanaan

- a. Ketentuan umum

Mahasiswa diwajibkan mematuhi peraturan yang telah ditentukan institusi yaitu :

- Memakai pakaian seragam putih dan jas lab, bawah celana panjang, sepatu hitam tidak bersuara, kerudung/kap putih yang sudah diseragamkan dan tidak diperkenankan menggunakan kerudung berbahan kaos, lengkap dengan tanda pengenalan.
- Disiplinan dalam memakai atribut.
- Tidak menggunakan make-up berlebihan (rambut palsu, bulu mata palsu, pewarna rambut, soft lense berwarna, pewarna kuku, perhiasan berlebihan, bros berlebihan).

- b. Persiapan *Nursing Kit* dan alat perlindungan diri (**APD**) secara mandiri.

- c. Kehadiran (Presensi)

Setiap mahasiswa wajib memenuhi kehadiran 100% pada seluruh departemen.

- d. Izin/Ketidakhadiran

Izin dapat dilakukan mahasiswa jika ada kepentingan yang tidak bisa ditinggal*) dengan diketahui langsung oleh kedua pembimbing, maksimal 3 hari. Ijin harus disampaikan kepada Pembimbing klinik, pembimbing akademik, koordinator departemen dan koordinator profesi Program studi S1 Keperawatan. Bagi mahasiswa yang ijin >3 hari wajib diketahui oleh koordinator profesi IIK Strada Indonesia. Secara keseluruhan ijin maksimal 6 hari dengan ketentuan penggantian. Ketidakhadiran lebih dari 6 hari mahasiswa dinyatakan mengundurkan diri dari departemen yang sedang dijalani.

e. Penggantian Praktek/Dinas Mengganti

Mahasiswa wajib mengganti ijin yang telah dilakukan dengan jumlah hari yang sama jika ijin diketahui pembimbing akademik dan pembimbing klinik. Mengganti 2x jumlah hari jika tidak diketahui pembimbing akademik dan pembimbing klinik dan jika diluar ijin yang dipertimbangkan. Mahasiswa wajib mengganti hari ijin di luar jadwal praktek yang sedang berlangsung dan tidak diperkenankan dalam sehari 2 shift. Mahasiswa yang telah mengganti praktik klinik harus menyerahkan form pernyataan telah menggantii praktik yang ditinggalkan kepada pembimbing akademik dan pembimbing klinik.

f. Keterlambatan

Mahasiswa wajib datang dan pulang pada jam shift tepat waktu yaitu :

- Pagi : jam 07.00 s.d 14.00
- Sore : jam 14.00 s.d 21.00
- Malam : jam 21.00 s.d 07.00

Keterlambatan datang 15' – 30' mahasiswa menambah jam praktek sesuai keterlambatan, jika terlambat > 30' mahasiswa dianggap tidak masuk pada hari tersebut.

4. Sanksi

Sanksi yang diberlakukan bagi mahasiswa yang tidak mengikuti baik sengaja atau tidak sengaja ketentuannya adalah.

a. Bentuk sanksi :

- 1) Ringan, berupa teguran lisan dari pembimbing akademik dan pembimbing klinik dengan bukti teguran tertulis pada buku panduan
- 2) Sedang, berupa surat pernyataan dari mahasiswa yang diketahui oleh Ketua Program Studi S1 Keperawatan
- 3) Berat, berupa pernyataan tidak lulus pada departemen yang bersangkutan dan diberhentikan sementara berdasarkan SK Ketua STIKes sampai dengan masalah menemukan pemecahan.

b. Kategori sanksi :

- 1) Ringan, jika pelanggaran terhadap tata tertib terjadi 1 – 2 kali
- 2) Sedang, jika pelanggaran terhadap tata tertib terjadi 3 – 5 kali
- 3) Berat, jika pelanggaran terhadap tata tertib terjadi \geq 6 kali

5. Ketentuan Lain

- a. Mahasiswa wajib mengikuti seluruh ketentuan tata tertib.
- b. Mahasiswa wajib mengisi presensi, buku panduan, dan seluruh ketentuan program yang dijalankan.
- c. Mahasiswa wajib mengumpulkan seluruh buku yang telah diisi pada setiap pergantian siklus/bagian dengan diketahui oleh pembimbing klinik dan akademik maksimal satu minggu setelah meninggalkan departemen yang bersangkutan.
- d. Ketentuan lain yang belum termasuk di dalam peraturan ini akan diselesaikan berdasarkan keputusan yang akan datang.

Keterangan

*) Jenis ijin yang dipertimbangkan :

1. Keluarga meninggal dunia
2. Sakit
3. Masalah administrasi instansi asal (bukti dilampirkan)

Kediri, 5 Februari 2020

Ketua Program Studi Profesi Ners

Ttd

Alfian Fawzi, S.Kep., Ns. M.Kep

**PEDOMAN PRAKTIK PROFESI KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
DAN KRITIS
IIK STRADA INDONESIA**

A. Deskripsi mata ajar

Praktik profesi keperawatan gawat darurat merupakan program yang menghantarkan mahasiswa dalam adaptasi profesi untuk menerima pendelegasian kewenangan secara bertahap dalam melakukan asuhan keperawatan profesional yang aman dan efektif, memberikan pendidikan kesehatan, menjalankan fungsi advokasi, membuat keputusan legal dan etik serta menggunakan hasil penelitian terkini yang berkaitan dengan praktik keperawatan secara langsung dengan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien kegawatan sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem persyarafan, sistem pencernaan, Muskuloskeletal, sistem perkemihan, sistem integumen, intoksikasi dan kegawatan jiwa.

B. Profil Lulusan

Profil lulusan merupakan langkah dasar dalam menyusun sebuah kurikulum berbasis kompetensi. Profil lulusan pendidikan ners telah dibuat berdasarkan hasil lokakarya yang melibatkan stakeholder (masyarakat, rumah sakit, puskesmas, departemen kesehatan dan organisasi/institusi pelayanan kesehatan lainnya. termasuk organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) terhadap tampilan ners profesional yang diharapkan di masyarakat. Tugas, peran dan ruang lingkup pekerjaan menjadi pokok bahasan dalam penyusunan profil.

Profil lulusan Sarjana Keperawatan/Ners :

- a. *Care Provider* (Pemberian asuhan keperawatan)

- b. *Community leader* (Pemimpin dalam kegiatan komunitas profesi maupun sosila)
- c. *Educator* (Pendidik kesehatan bagi klien, keluarga)
- d. *Manager* (Pengelola asuhan keperawatan)
- e. *Researcher* (Peneliti Pemula)

C. Kompetensi Lulusan Pendidikan Tahap Profesi

1. Kompetensi secara umum

Kompetensi lulusan Pendidikan tahap Profesi di fokuskan pada kemampuan:

- a. Berkomunikasi secara efektif dalam menjalin hubungan interpersonal.
- b. Melaksanakan asuhan keperawatan profesional di tatanan klinik dan komunitas menggunakan hasil penelitian, serta menerapkan aspek etik dan legal dalam praktik keperawatan.
- c. Mengaplikasikan fungsi kepemimpinan manajemen keperawatan.
- d. Menggunakan hasil penelitian dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

2. Unit Kompetensi

- a) Kegawatan Sistem Pernafasan
 - Mampu mengenal tanda – tanda gawat nafas / gagal nafas :
- a. Mampu melakukan pertolongan pada klien gawat / gagal nafas
- b. Membebaskan jalan nafas dengan alat
- c. Mampu memberikan nafas buatan tanpa alat
- d. Mampu memberikan nafas buatan dan oksigenasi dengan alat
 - Mampu melakukan monitoring fungsi pernafasan dan oksigenasi

- a. Melakukan dan mengambil sampel darah arteri (Blood Gas Analisis)
 - b. Melakukan pemeriksaan BGA
 - c. Melakukan interpretasi hasil BGA
 - d. Menentukan dan melakukan Follow Up untuk hasil BGA yang abnormal
 - e. Memasang alat monitoring SP O₂ (SP O₂ : Saturasi Oksigen)dengan benar
 - f. Mampu menginterpretasi hasil
 - g. Mampu melakukan Follow Up
 - h. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien yang pernafasannya di bantu ventilator
- b) Kegawatan system Kardiovaskuler
 - Mampu mengenal tanda – tanda henti jantung dan memberikan pertolongan
 - a. Mampu melakukan RJPO (Resusitasi Jantung Paru dan Otak)
 - b. Mampu mengenal. Menyiapkan dan memberikan obat-obatan untuk penanganan kegawatan kardiovaskuler
 - c. Mampu menyiapkan dan memasang alat-alat untuk monitoring : CVP, EKG, Temperatur, NBP, ABP, dll
 - d. Mampu menginterpretasi hasil monitoring dan menentukan follow Up
 - e. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien post cardiac arrest
 - Mampu mengenal tanda – tanda dan gejala syok apapun penyebabnya
 - a. Mampu memberikan askep pada klien Shock

- b. Melakukan pertolongan klien yang mengalami shock apapun penyebabnya
- c. Memberikan posisi shock
- d. Memberi tindakan terhadap A.B.C (Air Way, Breathing , Circulation)
- e. Melakukan resusitasi cairan , elektrolit dan darah
- f. Mampu mengenal, menyiapkan, dan memberikan obat-obatan untuk penanganan shock.

c) Kegawatan system Persyarafan (Otak)

- Mampu mengenal tanda-tanda dan gejala gangguan kesadaran apapun penyebabnya dengan cara mengukur GCS
- Mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kesadaran
- Mampu mengenal tanda-tanda TIK meningkat
- Mampu mencegah peningkatan TIK
- Mampu mengenal, menyiapkan dan memberikan obat-obat untuk menurunkan TIK dan pencegahan TIK
- Mampu menyiapkan dan memasang alat monitoring ICP (pada asuhan keperawatan klien dengan cedera otak berat)

d) Kegawatan Sistem Pencernaan :

Mampu memberikan pertolongan pada klien yang mengalami hematemesis melena :

- Melakukan kubah lambung dan gastric cooling
- Mengetahui, menyiapkan dan memberikan obat – obatan untuk menghentikan peardarhan lambung

- e) Kegawatan karena Keracunan
 - Mampu mengenal tanda – tanda keracunan dengan berbagai penyebabnya
 - Memberikan pertolongan pada klien dengan keracunan dengan pendekatan asuhan keperawatan :
 - a. Keracunan insektisida
 - b. Keracunan karena narkoba
 - c. Keracunan makanan dan minuman
 - d. Keracunan karena gigitan binatang berbisa

- 1) Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler
 - b) Melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan system kardiovaskuler yang meliputi : IMA, Angina Pektoris , Gagal Jantung, Hipertensi, Pericarditis, Gangguan Irama Jantung, Miocarditis, Kelainan Katup dan RHD.
 - c) Menentukan dignosa keperawatan
 - d) Menentukan intervensi keperawatan
 - e) Memberikan tindakan keperawatan meliputi :
 - Melakukan pemeriksaan EKG dan membaca hasil
 - Mengoperasionalkan alat monitor
 - Perawatan klien dengan pace maker
 - Persiapan dan perawatan klien dengan kateterisasi jantung
 - Mengukur CVP
 - Observasi Echocardiografi
 - Melakukan pemeriksaan analisa gas darah

D. PELAKSANAAN PRAKTEK

1. Bobot SKS

Keperawatan Gawat darurat mendapat 4 SKS. Praktik departemen keperawatan Gawat darurat akan diselesaikan dalam waktu 5 minggu.

2. Waktu dan Tempat

- a. Waktu pelaksanaan profesi menyesuaikan dengan jadwal besar profesi
- b. Praktik profesi keperawatan maternitas dilaksanakan selama 5 minggu
- c. Tempat yang digunakan adalah rumah sakit yang memiliki fasilitas IGD, ICU/ICCU
- d. Rotasi tempat praktik akan diberikan menyusul, sesuai dengan kondisi klinik
- e. Shift jaga diserahkan sepenuhnya kepada Pembimbing klinik

3. Pelaksanaan Praktek Klinik

Waktu shift pelaksanaan praktek klinik disesuaikan dengan kepentingan kompetensi dan kondisi lapangan, karena itu mahasiswa dimungkinkan berada pada waktu praktek shift : Pagi = 7 jam, sore = 7 jam, Malam = 10 jam, sesuai situasi kondisi dan keberadaan kasus di ruangan serta tetap memperhatikan kompetensi yang harus dicapai dalam jumlah waktu yang harus dipenuhi tercapai dalam seminggu 41-42 jam.

E. Metode Bimbingan

1. Pembimbing terdiri dari pembimbing Akademik dan pembimbing klinik yang ditempati praktek dengan kriteria sbb :

- Pembimbing Akademik adalah pembimbing yang ditentukan berdasarkan SK Ketua IIK Strada Indonesia dengan level S2 Keperawatan. S1 Keperawatan atau DIV/DIII dengan keahlian khusus masa kerja > 5 tahun
- Pembimbing klinik adalah pembimbing yang ditentukan berdasarkan SK Direktur lahan praktik yang terdiri dari perawat yang berada di ruangan yang ditempati mahasiswa Jurusan Keperawatan dengan level pendidikan S2 Keperawatan, S1 Keperawatan atau DiV/DIII dengan keahlian khusus masa kerja > 5 tahun.

2. Teknik Pelaksanaan Pembimbingan

Pelaksanaan pembimbingan dilakukan setiap hari praktek dengan alokasi waktu pembimbingan 2-3 jam dengan metode:

- a. Diskusi
- b. Bed Side Teaching
- c. Case Report
- d. Responsi
- e. Bimbingan Keterampilan klinik

Materi bimbingan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan, ketrampilan klinis, dan hal lain yang terkait dengan kompetensi yang harus dicapai mahasiswa.

3. Tehnik Evaluasi

Evaluasi dilakukan oleh Pembimbing akademik ataupun Pembimbing klinik sesuai dengan bobot dan pencapaian kompetensi seperti ketentuan dalam buku panduan, sbb :

1. Kognitif dan psikomotor (80%)
 - Laporan Pendahuluan dan Asuhan Keperawatan
 - Resume

- Responsi (Student Oral Case Analize)
 - Seminar
 - Penyuluhan
 - Target Keterampilan (skill)
 - Rencana Kegiatan
 - Peran serta dalam pre dan post conference
 - Loog Book
2. Afektif (20%)
Sikap/perilaku
4. Evaluasi dilakukan oleh pembimbing institusi dan pembimbing lahan dengan bobot masing-masing 100% kemudian dirata-rata.
5. Batas score yang harus tercapai dalam kategori lulus adalah :
- A : 75 – 100
 - AB: 70 – 74,9
 - B : 65 – 69,9
 - BC : 60 – 64,9
 - C : 55 – 59,9
 - D : 40 – 54,9
 - E : 0 – 39,9

6. Peserta didik

Peserta didik adalah seluruh mahasiswa, semesteri IX dan X program A dan B, yang akan dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil sesuai dengan rotasi dan jadwal untuk masing-masing ruang di rumah sakit.

7. Tugas

Selama 5 minggu menjalani praktik keperawatan Gawat darurat, tugas mahasiswa adalah sebagai berikut:

1. Keterampilan klinik yang telah ditetapkan
2. Membuat 5 laporan pendahuluan
3. Membuat 5 laporan asuhan keperawatan dengan ditulis tangan
4. Membuat resume pasien harian (6 resume/mgg) untuk dinas di IGD
5. Melaksanakan penyuluhan dan membuat laporannya
6. Evaluasi kasus atau skill dengan metode DOPS (*Direct Observasional Procedure Skill*).
7. Presentasi kasus satu kali perkelompok di ruangan yang telah ditentukan.
8. Membuat 1 laporan asuhan keperawatan untuk ujian departemen gawat darurat

8. Pengumpulan Laporan

Laporan yang diserahkan ke pembimbing **HARUS** dibuat dengan tulisan tangan, tidak boleh dalam bentuk fotokopi atau diketik, *termasuk* untuk laporan pendahuluan (LP) dan rencana kegiatan. Untuk laporan seminar kelompok dan laporan penyuluhan boleh diketik komputer.

Setiap minggu Laporan Pendahuluan (LP) dan Kasus Askep harus berbeda kasusnya.

Setiap minggu Laporan Pendahuluan (LP) dan Laporan Kasus Askep harus dikumpulkan di hari Sabtu pada pembimbing ruangan dan pembimbing akademik, dan di akhir departemen semua tugas departemen gawatdarurat dijilid dan dikumpulkan kepada PJMK departemen gawatdarurat.

E. BENTUK LAPORAN KEPERAWATAN MATERNITAS

1. BENTUK LAPORAN PENDAHULUAN

1. Definisi
2. Etiologi
3. Tanda dan gejala, Klasifikasi
4. Patofisiologi (bagan/alur)
5. Pemeriksaan penunjang
6. Penatalaksanaan
7. Masalah keperawatan dan data pendukung
8. Diagnosa keperawatan yang mungkin timbul (minimal 3 diagnosa keperawatan)
9. Tujuan rencana keperawatan perdiagnosa keperawatan dan kriteria hasil
10. Intervensi keperawatan & rasional perdiagnosa keperawatan
11. Daftar pustaka

2. BENTUK LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN LENGKAP

1. Laporan Pendahuluan
2. Pengkajian (termasuk format pengkajian)
3. Analisa data (data subyektif&obyektif, etiologi, masalah keperawatan, diagnose keperawatan)
4. Prioritas diagosa keperawatan
5. Rencana keperawatan
6. Implementasi
7. Evaluasi tindakan keperawatan secara keseluruhan perdiagnosa keperawatan

F. DAFTAR KOMPETENSI SKILL

SUB UNIT KOMPETENSI	INDIKATOR	PENILAI AN				TTD
1.1. Mengidentifikasi tanda gawat nafas	Mengidentifikasi gejala gawat nafas:	1	2	3	4	
	1. Melakukan anamnesa keluhan					
	2. Raspirasi rate dan pola nafas	1	2	3	4	
	3. sianosis	1	2	3	4	
	4. pernafasan cuping hidung	1	2	3	4	
	5. pemakaian otot bantu nafas	1	2	3	4	
	6. Menentukan ada tidaknya obstruksi jalan nafas	1	2	3	4	
	7. Retraksi intercostae	1	2	3	4	
	Menganalisis data:	1	2	3	4	
	1. Menguraikan patofisiologi gawat nafas.					
	2. Mengelompokkan data	1	2	3	4	
	3. Menganalisa data	1	2	3	4	
	4. Menetapkan tingkat kegawatan nafas.	1	2	3	4	
5. Menentukan triase	1	2	3	4		
1.2. Mampu membebaskan jalan nafas	Mengidentifikasi alat membebaskan jalan nafas:	1	2	3	4	
	1. Mengkaji kebutuhan alat					
	2. Naso trakeal tube	1	2	3	4	
	3. Orofaringeal tube	1	2	3	4	
	4. Endotrakeal tube	1	2	3	4	

	5. Laringoskope	1	2	3	4
	6. Sudip lidah	1	2	3	4
	Mengidentifikasi cara membebaskan jalan nafas:	1	2	3	4
	1. Mengatur posisi sesuai kondisi klien.				
	2. Membersihkan jalan nafas dari masa atau cairan	1	2	3	4
	Melakukan pembebasan jalan nafas:	1	2	3	4
	1. Jaw thrust.				
	2. Headtilt	1	2	3	4
	3. Chin lift	1	2	3	4
	4. Heimlich maneuver.	1	2	3	4
	5. Naso trakeal tube	1	2	3	4
	6. Orofaringeal tube	1	2	3	4
	7. Endotrakeal tube	1	2	3	4
	8. Intubasi	1	2	3	4
1.3. Melakukan fisioterapi pernafasan	Mengidentifikasi kebutuhan fisioterapi pernafasan:	1	2	3	4
	1. Suara nafas ronkhi				
	2. Pemakaian otot bantu pernafasan	1	2	3	4
	3. Respirasi rate meningkat	1	2	3	4
	4. Batuk tidak efektif	1	2	3	4
	Mempersiapkan alat fisioterapi:	1	2	3	4
	1. stetoskop				
	2. nebulizer	1	2	3	4
	3. suction	1	2	3	4

	4. vibrator	1	2	3	4
	5. tempat sputum	1	2	3	4
	Menjelaskan prosedur:	1	2	3	4
	1. Menjelaskan hasil yang diharapkan pada pasien.				
	2. Menunjukkan urutan tindakan prosedur fisioterapi.	1	2	3	4
	Melakukan fisioterapi:	1	2	3	4
	1. Suctioning.				
	2. Postural drainage	1	2	3	4
	3. Breathing exercise	1	2	3	4
	4. Clapping	1	2	3	4
	5. Vibrating	1	2	3	4
	Mengobservasi:	1	2	3	4
	1. Suara nafas vesikular.				
	2. Tidak ada pernafasan cuping hidung	1	2	3	4
	3. Respirasi Rate normal	1	2	3	4
	4. Tidak ada pemakaian otot bantu nafas	1	2	3	4
	5. Tidak ada sianosis	1	2	3	4
1.4. Memberikan oksigen	Mengidentifikasi tanda kekurangan oksigen:	1	2	3	4
	1. SpO2 menurun.				
	2. Suara nafas ronkhi	1	2	3	4
	3. nilai BGA abnormal	1	2	3	4
	4. Pemakaian otot bantu pernafasan	1	2	3	4
	5. Pernafasan cuping hidung	1	2	3	4

	6. Respirasi rate meningkat	1	2	3	4	
	Mengkolaborasi:	1	2	3	4	
	1. kebutuhan oksigen dengan dokter.					
	2. Menentukan kebutuhan oksigen	1	2	3	4	
	Menjelaskan:	1	2	3	4	
	1. hasil yang diharapkan pada pasien.					
	2. Menunjukkan urutan tindakan pemberian oksigen.	1	2	3	4	
	Mengidentifikasi teknik pemberian oksigen:	1	2	3	4	
	1. Setting Ventilator.					
	2. Nasal kanula	1	2	3	4	
	3. Masker	1	2	3	4	
	4. Bag-valve and mask	1	2	3	4	
1.5. Melakukan monitoring fungsi pernapasan	Mengobservasi:	1	2	3	4	
	1. respons fisik klien					
	2. Interpretasi hasil BGA	1	2	3	4	
	3. Setting ventilator	1	2	3	4	
	4. Tidal volume	1	2	3	4	
	5. SpO ₂ .	1	2	3	4	
	Mengobservasi respon klien:	1	2	3	4	
	1. Keluhan berkurang,					
	2. Klien dapat beristirahat	1	2	3	4	
	Melakukan tindak lanjut:	1	2	3	4	
	1. Menjelaskan tindakan yang akan diberikan					
	2. Menindaklanjuti klien sesuai dengan	1	2	3	4	

	kondisinya.					
1.6. Mendokumentasikan pelaksanaan tindakan penanganan kegawatan sistem pernafasan	Melakukan evaluasi:	1	2	3	4	
	1. Mengevaluasi respon klien					
	2. Mengevaluasi tindakan keperawatan	1	2	3	4	
	Mendokumentasikan:	1	2	3	4	
	1. Dokumentasi respon klien dalam lembar observasi dan status pasien					
	2. Dokumentasi tindakan keperawatan dalam lembar observasi dan status pasien	1	2	3	4	
2.1. Mengenal tanda gawat jantung	Mengidentifikasi tanda primer:	1	2	3	4	
	1. perubahan elektrolit					
	2. perubahan tensi dari normal	1	2	3	4	
	3. perubahan nadi dari normal	1	2	3	4	
	4. Perubahan Respirasi rate	1	2	3	4	
	5. perubahan irama jantung	1	2	3	4	
	6. gambaran ECG abnormal	1	2	3	4	
	7. Mengidentifikasi adanya perdarahan					
	Mengidentifikasi data:	1	2	3	4	
	1. gambaran ECG					
	2. nyeri dada dan rasa tidak nyaman	1	2	3	4	
	3. restriksi kegiatan individu	1	2	3	4	
	4. faktor-faktor resiko	1	2	3	4	
	Mengidentifikasi sirkulasi peripheral:	1	2	3	4	
1. Nadi peripheral						
2. Capillary refill time	1	2	3	4		
22						

	3. Warna kulit.	1	2	3	4	
	4. Tingkatan dan jenis edema.	1	2	3	4	
	5. Suhu akral	1	2	3	4	
	Melakukan pemeriksaan:	1	2	3	4	
	1. Rekaman ECG.					
	2. darah arteri untuk blood gas darah	1	2	3	4	
	3. darah vena untuk elektrolit dan enzim	1	2	3	4	
2.2. Pemberian pertolongan pada klien gawat jantung	Mengidentifikasi teknik pertolongan gawat jantung:	1	2	3	4	
	1. obat jantung.					
	2. DC schok	1	2	3	4	
	3. RJPO	1	2	3	4	
	4. infus	1	2	3	4	
	Memberikan posisi:	1	2	3	4	
	1. Menjelaskan prosedur.					
	2. Posisi shok.	1	2	3	4	
	Mengkolaborasi	1	2	3	4	
	1. dengan dokter dalam pertolongan farmako.					
	2. Menentukan tindakan	1	2	3	4	
	Memberikan penjelasan:	1	2	3	4	
	1. Menjelaskan pada klien prosedur pemberian pertolongan gawat jantung					
	2. Menjelaskan pada keluarga tindakan yang akan dilakukan	1	2	3	4	
23						

2.3. Melakukan monitoring hemodinamik	Mengidentifikasi tanda syok:	1	2	3	4	
	1. elektrolit					
	2. tensi	1	2	3	4	
	3. nadi	1	2	3	4	
	4. suhu	1	2	3	4	
	5. CRT	1	2	3	4	
	Memberikan pertolongan syok:	1	2	3	4	
	1. obat-obatan					
	2. posisi shock	1	2	3	4	
	3. infus	1	2	3	4	
	4. tranfusi	1	2	3	4	
5. oksigen	1	2	3	4		
3.1. Menilai tingkat kesadaran	Mengidentifikasi tingkat kesadaran:	1	2	3	4	
	1. Menganalisa faktor penyebab.					
	2. Somnolen	1	2	3	4	
	3. Stupor	1	2	3	4	
	4. Apatis	1	2	3	4	
	5. Soporokoma					
	6. Koma					
	Menganalisa data:	1	2	3	4	
1. Mengukur GCS.						
2. Mengukur reaksi cahaya	1	2	3	4		
3.2. Mengelola klien dengan PTIK	Mengidentifikasi tanda PTIK:	1	2	3	4	
	1. irama nadi yang tidak teratur					
	2. Gelisah /penurunan kesadaran	1	2	3	4	
	3. peningkatan tensi	1	2	3	4	
	4. pupill edema	1	2	3	4	

5. nyeri kepala hebat	1	2	3	4
6. bradikardi	1	2	3	4
7. muntah proyektil	1	2	3	4
Memberikan posisi:	1	2	3	4
1. Posisi tidur 15-30 ⁰				
2. Posisi anatomis	1	2	3	4
3. Menjaga keselamatan klien	1	2	3	4
Melakukan pencegahan PTIK:	1	2	3	4
1. tidak mengejan, tidak batuk				
2. menjaga posisi leher tidak tertekuk	1	2	3	4
3. mencegah jalan nafas tidak terhambat	1	2	3	4
4. menjaga kandung kemih tidak penuh	1	2	3	4
5. Mencegah manipulasi kepala berlebihan.	1	2	3	4
Melakukan kolaborasi:	1	2	3	4
1. mengkomunikasikan dengan dokter kebutuhan medikasi yang dibutuhkan.				
2. Menentukan medikasi	1	2	3	4
Memberikan terapi:	1	2	3	4
1. manitol				
2. obat antikonvulsan	1	2	3	4
3. infus, antibiotik	1	2	3	4
Mengevaluasi:	1	2	3	4
1. Respon klien				

	2. Tindakan keperawatan	1	2	3	4	
	Mendokumentasikan:	1	2	3	4	
	1. Respon klien dalam lembar observasi dan status pasien					
	2. Tindakan keperawatan dalam lembar observasi dan status pasien	1	2	3	4	
3.3. Asuhan keperawatan klien dengan trauma medula spinal	Mengidentifikasi tanda trauma medula spinalis:	1	2	3	4	
	1. Flankle A – E pada trauma medula spinalis.					
	2. Adanya parese	1	2	3	4	
	1. Menganalisis masalah keperawatan yang terjadi.	1	2	3	4	
	2. Menentukan diagnosa keperawatan.	1	2	3	4	
	Mengidentifikasi tanda spinal syok:	1	2	3	4	
	1. perubahan TD					
	2. perubahan kesadaran	1	2	3	4	
	3. perubahan suhu akral	1	2	3	4	
	4. perubahan nadi	1	2	3	4	
	5. oliguri	1	2	3	4	
	Memberikan posisi:	1	2	3	4	
	1. Mengidentifikasi cara mobilisasi yang tepat dan aman.					
	2. Mempertahankan posisi yang tepat.	1	2	3	4	
	Melakukan mobilisasi:	1	2	3	4	
	1. Melakukan Log Rolling					
	2. menggunakan scoop stretcher	1	2	3	4	

	3. menjaga A Line Position	1	2	3	4	
	Melakukan penanganan syock spinal:	1	2	3	4	
	1. monitor pernafasan.					
	2. monitor elektrolit	1	2	3	4	
	3. monitor balans cairan	1	2	3	4	
	4. infus	1	2	3	4	
	5. dopamin	1	2	3	4	
	6. sulfas atropin	1	2	3	4	
	Kolaborasi:	1	2	3	4	
	1. mengkomunikasikan dengan dokter kebutuhan medikasi yang dibutuhkan					
	2. Menentukan traksi, body jacket, tindakan pembedahan	1	2	3	4	
	Mengevaluasi:	1	2	3	4	
	1. Respon klien					
	2. Tindakan keperawatan	1	2	3	4	
	Mendokumentasikan:	1	2	3	4	
	1. Respon klien dalam lembar observasi dan status pasien					
	2. Tindakan keperawatan dalam lembar observasi dan status pasien	1	2	3	4	
3.4. Asuhan keperawatan klien cedera otak berat	Mengidentifikasi cedera otak berat:	1	2	3	4	
	1. GCS					
	2. reflek cahaya	1	2	3	4	
	3. tanda distress pernafasan	1	2	3	4	
	4. perubahan TD	1	2	3	4	
27						

5. perubahan nadi	1	2	3	4
Menganalisis data:	1	2	3	4
1. masalah keperawatan yang terjadi.				
2. Menentukan diagnosa keperawatan	1	2	3	4
Memberikan posisi:	1	2	3	4
1. Melakukan sesuai kondisi klien.				
2. mencegah manipulasi kepala yang berlebihan.	1	2	3	4
3. Mengobservasi daerah luka dan pemasangan drainge	1	2	3	4
Kolaborasi:	1	2	3	4
1. mengkomunikasikan dengan dokter kebutuhan medikasi yang dibutuhkan.				
2. Menyebutkan tindakan pembedahan	1	2	3	4
3. obat antikonvulsan	1	2	3	4
4. antikoagulan	1	2	3	4
5. antibiotik	1	2	3	4
6. infus	1	2	3	4
7. transfusi	1	2	3	4
1. Mengevaluasi:	1	2	3	4
2. Respon klien				
3. Tindakan keperawatan	1	2	3	4
Mendokumentasikan:	1	2	3	4
1. Respon klien dalam lembar observasi dan status pasien				

	2. Tindakan keperawatan dalam lembar observasi dan status pasien	1	2	3	4
4.1. Asuhan keperawatan klien TUR syndrome	Mengidentifikasi TUR syndrome:	1	2	3	4
	1. Hiponatremi				
	2. hipovolemia	1	2	3	4
	3. hipotensi	1	2	3	4
	4. perubahan irama jantung	1	2	3	4
	5. hipotermi	1	2	3	4
	6. perubahan elektrolit	1	2	3	4
	7. perubahan SpO2	1	2	3	4
	Menganalisa:	1	2	3	4
	1. Masalah keperawatan yang terjadi.				
	2. Menentukan diagnosa keperawatan.	1	2	3	4
	Memberikan terapi pasca TUR:	1	2	3	4
	1. Melakukan spolling dengan normal saline 0,9 %				
	2. Memonitor balance cairan,	1	2	3	4
	3. tanda vital	1	2	3	4
	4. hasil lab elektrolit	1	2	3	4
	5. ECG	1	2	3	4
	6. SpO2	1	2	3	4
	7. Mencegah hipotermi.	1	2	3	4
	Kolaborasi:	1	2	3	4
1. Mengkomunikasikan dengan dokter kebutuhan medikasi yang dibutuhkan.					
2. infus	1	2	3	4	

	3. koreksi elektrolit	1	2	3	4	
	Mengevaluasi:	1	2	3	4	
	4. Respon klien					
	5. Tindakan keperawatan	1	2	3	4	
	Mendokumentasikan:	1	2	3	4	
	1. Respon klien dalam lembar observasi dan status pasien					
	2. Tindakan keperawatan dalam lembar observasi dan status pasien	1	2	3	4	
5.1. Asuhan keperawatan perdarahan saluran pencernaan	Mengidentifikasi perdarahan saluran cerna:	1	2	3	4	
	1. hematemesis					
	2. melena	1	2	3	4	
	3. rigiditas abdoment	1	2	3	4	
	4. nyeri perut	1	2	3	4	
	Menganalisis:	1	2	3	4	
	1. Masalah keperawatan yang terjadi.					
	2. Menentukan diagnosa keperawatan	1	2	3	4	
	Kolaborasi:	1	2	3	4	
	1. Mengkomunikasikan dengan dokter kebutuhan medikasi yang dibutuhkan,					
	2. Menyebutkan tindakan pembedahan, obat menghentikan perdarahan diberikan.	1	2	3	4	
	Melakukan tindakan :	1	2	3	4	
	1. Kumbah lambung dilaksanakan					

	2. Melakukan lavemen.	1	2	3	4	
	3. Mengidentifikasi jumlah perdarahan	1	2	3	4	
	Mengevaluasi:	1	2	3	4	
	1. Respon klien					
	2. Tindakan keperawatan	1	2	3	4	
	Mendokumentasikan:	1	2	3	4	
	3. Respon klien dalam lembar observasi dan status pasien					
	4. Tindakan keperawatan dalam lembar observasi dan status pasien	1	2	3	4	
5.2. Asuhan keperawatan kegawatan luka bakar	Mengidentifikasi luka bakar: Mengidentifikasi Derajat luka bakar	1	2	3	4	
	Mengidentifikasi tanda syok hipovolemik:	1	2	3	4	
	1. elektrolit					
	2. tensi	1	2	3	4	
	3. nadi	1	2	3	4	
	4. Tingkat kesadaran /GCS	1	2	3	4	
	5. Balance cairan	1	2	3	4	
	Menganalisis:	1	2	3	4	
	1. Masalah keperawatan yang terjadi.					
	2. Menentukan diagnosa keperawatan	1	2	3	4	
	Kolaborasi:	1	2	3	4	
	1. Mengkomunikasikan dengan dokter kebutuhan medikasi yang dibutuhkan,					

	2. Menyebutkan tindakan rehidrasi cairan	1	2	3	4	
	3. Tindakan pencegahan infeksi	1	2	3	4	
	4. Menyebutkan tindakan rawat luka pada luka bakar	1	2	3	4	
	Melakukan tindakan :	1	2	3	4	
	4. Rehidrasi					
	5. Rawat luka	1	2	3	4	
	6. Mengidentifikasi jumlah kehilangan cairan dan elektrolit	1	2	3	4	
	Mengevaluasi:	1	2	3	4	
	5. Respon klien					
	6. Tindakan keperawatan	1	2	3	4	
	Mendokumentasikan:	1	2	3	4	
	7. Respon klien dalam lembar observasi dan status pasien					
	8. Tindakan keperawatan dalam lembar observasi dan status pasien	1	2	3	4	

5.3. Asuhan keperawatan perdarahan pada sistem muskuloskeletal	Mengidentifikasi perdarahan sistem muskuloskeletal:	1	2	3	4	
	1. Fraktur terbuka					
	2. Fraktur tertutup	1	2	3	4	
	3. Nyeri	1	2	3	4	
	4. Cianosis	1	2	3	4	
	5. Perubahan hemodinamik (TTV)	1	2	3	4	

6. Analisa hasil lab darah lengkap	1	2	3	4
Menganalisis:	1	2	3	4
1. Masalah keperawatan yang terjadi.				
2. Menentukan diagnosa keperawatan	1	2	3	4
Kolaborasi:	1	2	3	4
1. Mengkomunikasikan dengan dokter kebutuhan medikasi yang dibutuhkan,				
2. Menyebutkan tindakan pembedahan, obat menghentikan perdarahan diberikan.	1	2	3	4
Melakukan tindakan :	1	2	3	4
7. Rehidrasi dilaksanakan				
8. Tranfusi darah.	1	2	3	4
9. Mengidentifikasi jumlah perdarahan	1	2	3	4
Mengevaluasi:	1	2	3	4
9. Respon klien				
10. Tindakan keperawatan	1	2	3	4
Mendokumentasikan:	1	2	3	4
11. Respon klien dalam lembar observasi dan status pasien				
12. Tindakan keperawatan dalam lembar observasi dan status pasien	1	2	3	4

5.4. Asuhan	Askep Klien dengan Kegawatan	1	2	3	4
-------------	-------------------------------------	---	---	---	---

keperawatan Intoksikasi	Karena Keracunan				
	- Mengkaji tanda – tanda keracunan dengan berbagai penyebab	1	2	3	4
	- Memberikan pertolongan pada keracunan :	1	2	3	4
	a. Keracunan insektisida	1	2	3	4
	b. Keracunan penyalahgunaan obat (narkoba)	1	2	3	4
	c. Keracunan makanan/minuman	1	2	3	4
	d. Keracunan gigitan binatang berbisa	1	2	3	4

Departemen :

Mahasiswa :

Format Evaluasi

DIRECT OBSERVASIONAL PROCEDURE SKILLS TEST (DOPS)

Departemen : **Mahasiswa** :
Periode : **Pembimbing** :

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Tanggal/ Nama/Ttd Pembimbing klinik
1	Kognitif a. Mampu menyebutkan pengertian b. Mampu menyebutkan indikasi dilakukannya tindakan c. Mampu menyebutkan tujuan dilakukannya tindakan d. Mampu menyebutkan langkah-langkah pelaksanaan tindakan e. Mampu menyebutkan alat-alat yang dibutuhkan	40	
2	Psikomotor a. Persiapan alat b. Persiapan tindakan <ul style="list-style-type: none">▪ Validasi instruksi dokter yang dilakukan▪ Mempersiapkan alat sesuai	35	

	dengan kebutuhan c. Langkah-langkah pelaksanaan tindakan		
3	Sikap a. Menggunakan strategi dan teknik komunikasi verbal dan non verbal yang sesuai b. Menggunakan terminology kata yang tepat sehingga dapat dimengerti oleh pasien dan keluarga c. Memperhatikan setiap respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan	25	
	Total	100	

EVALUASI SIKAP / PERILAKU

Departemen :

Mahasiswa :

Periode :

Pembimbing :

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nama/Tanda Tangan Pembimbing klinik				
			IGD	ICU	ICCU	NICU	ROY
1	<i>Komunikasi</i> Mahasiswa menunjukkan kemampuan : a. Menciptakan interaksi dengan pasien / keluarga dengan penuh percaya diri b. Menggunakan komunikasi verbal yang efektif c. Melakukan dokumentasi secara benar	30					
2	<i>Keterampilan Dasar</i> Mahasiswa menunjukkan kemampuan : a. Melakukan pengkajian	35					

	<p>(wawancara, pemeriksaan fisik) dengan benar</p> <p>b. Melakukan tindakan yang sudah direncanakan</p> <p>c. Melakukan tindakan pencegahan terhadap infeksi</p> <p>d. Menciptakan keamanan dan kenyamanan</p> <p>e. Menggunakan alat secara tepat guna</p>						
3	<p><i>Perilaku Profesional</i> Mahasiswa menunjukkan kemampuan :</p> <p>a. Menampilkan sikap baik dan sopan</p> <p>b. Melaksanakan kontrak dengan pasien</p> <p>c. Mengambil</p>	35					

	<p>inistiatif dalam situasi belajar</p> <p>d. Memperlihatkan sikap selalu tepat waktu</p> <p>e. Bekerja sama dan berpartisipasi dalam kegiatan ruangan</p> <p>f. Disiplin atribut</p> <p>g. Tidak menggunakan make up berlebihan (bulu mata, wig, jambang, perhiasan, kuteks, pewarna rambut, soflense berwarna mencolok, perhiasan, hiasan jilbab, bros)</p> <p>h. Persiapan Nursing Kit dan APD</p>					
	<p>Total</p>	<p>100</p>				

**EVALUASI LAPORAN PENDAHULUAN DAN ASUHAN
KEPERAWATAN**

Departemen :

Mahasiswa :

Periode :

Pembimbing :

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Tanggal>Nama/Ttd Pembimbing klinik				
			IGD	ICU	ICCU	NICU	ROY
1	Laporan Pendahuluan a. Kelengkapan patofisiologi dan pemeriksaan penunjang b. Kelengkapan diagnosa awal c. Kelengkapan tindakan	20					
2	Pengkajian a. Pengumpulan data b. Analisa data c. Diagnosa keperawatan	20					
3	Perencanaan a. Prioritas	20					

	masalah b. Tujuan c. Rencana keperawatan d. Rencana tindakan						
4	Implementasi a. Prioritas tindakan b. Objektif c. Tepat	20					
5	Evaluasi a. Reassessment b. Interpretasi c. Planning	20					
	Total	100					

PENILAIAN STUDENT ORAL CASE ANALYSES (SOCA)/RESPONS

Departemen :

Mahasiswa :

Periode :

Pembimbing :

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Tanggal>Nama/Tanda Tangan Pembimbing klinik				
			IGD	ICU	ICCU	NICU	ROY

1	Mampu menghubungkan tanda-tanda klinis dengan patofisiologis yang terjadi	10					
2	Mampu menganalisa data-data penunjang dengan benar sesuai kasus	20					
3	Mampu menjelaskan alasan prioritas masalah keperawatan	10					
4	Mampu menjelaskan rasional dari tindakan keperawatan	20					
5	Mampu menjelaskan tujuan tindakan kolaborasi	10					

6	Mampu menjelaskan hasil evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan	20					
7	Mampu menjelaskan kekurangan (penilaian diri) yang telah dilakukan	10					
	Total	100					

LAPORAN KHUSUS HARIAN (RESUME KASUS)

Ruang : IGD

Periode :

No.	Uraian	Bobot	Tanggal/Tanda Tangan					
			Pembimbing					
			1	2	3	4	5	6
1	Pengkajian <ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan data • Ketepatan diagnosa 	25						
2	Perencanaan <ul style="list-style-type: none"> • Penentuan tujuan • Penentuan intervensi 	25						
3	Pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> • Persiapan alat dan pasien • Keberhasilan tindakan 	25						
4	Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan (SOAPIER) • Keberhasilan 	25						
TOTAL		100						

LAPORAN KHUSUS ASUHAN KEPERAWATAN

Ruang : ICU/ICCU/NICU/ROY

Periode :

No.	Uraian	Bobot	Tanggal/Tanda Tangan					
			Pembimbing					
			1	2	3	4	5	6
1	Pengkajian <ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan data • Ketepatan diagnosa 	25						
2	Perencanaan <ul style="list-style-type: none"> • Penentuan tujuan • Penentuan intervensi 	25						
3	Pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> • Persiapan alat dan pasien • Keberhasilan tindakan 	25						
4	Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan (SOAPIER) • Keberhasilan 	25						
TOTAL		100						

FORMAT EVALUASI PRESENTASI KASUS

Mahasiswa :

Ruang :

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Tanggal/Tanda
			Tangan>Nama Pembimbing
			Kasus:
1	Pengkajian * Pengumpulan data * Analisa data * Diagnosa keperawatan	25	
3	Perencanaan * Prioritas masalah * Tujuan * Rencana Keperawatan * Rasional	25	
4	Implementasi * Spesifikasi tindakan * Objektif * Tepat	25	
5	Evaluasi * Re-assessment * InterpretING * Planning	25	
TOTAL		100	

KOMUNIKASI, INFORMASI DAN EDUKASI (KIE)

Departemen :

Mahasiswa :

Periode :

Pembimbing :

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai
1	Persiapan a. Identifikasi masalah b. Membuat SAP / SATPEL c. Penggunaan media	30	
2	Pelaksanaan a. Melakukan pendekatan secara tepat b. Menjelaskan maksud dan tujuan c. Cara penyampaian : <ul style="list-style-type: none">▪ Penggunaan bahasa: Tepat dan benar, Sistematis, Mudah dimengerti▪ Penggunaan alat peraga▪ Asertif selama penyuluhan▪ Mampu membangkitkan minat / motivasi peserta penyuluhan▪ Tidak kaku (luwes)	50	
3	Evaluasi a. Peserta kooperatif selama penyuluhan	20	

	b. Mengerti isi penyuluhan		
	c. Memiliki motivasi untuk melaksanakan		
	d. Serta mengajukan pertanyaan sesuai materi penyuluhan.		

F. Keterangan Ijin Mahasiswa

KETERANGAN IJIN MAHASISWA

Departemen :

Mahasiswa :

Periode :

Pembimbing :

No.	Hari/Tanggal ijin	Ruang	Keterangan ijin	Tanda tangan Pembimbing klinik
1.				

G. Bukti Mengganti Jaga

KETERANGAN MENGGANTI JAGA MAHASISWA

Departemen :

Mahasiswa :

Periode :

Pembimbing :

No.	Hari/Tanggal Mengganti	Ruang	Keterangan Ijin	Perawat Jaga	Tanda Tangan Perawat Jaga	Tanda Tangan Pembimbing klinik

H. BUKTI MENGUMPULKAN LAPORAN

Departemen :

Mahasiswa :

Periode :

Pembimbing :

No.	Laporan	Keterangan	Hari/Tanggal	Tanda tangan	
				Pembimbing	Koordinator
1	LP & Askep I				
2	LP & Askep II				
3	LP & Askep III				
4	LP & Askep IV				
5	LP & Resume VI				
6.	Penyuluhan				
7.	Seminar				
8.	Buku Profesi				

IIK STRADA INDONESIA
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
TARGET PENCAPAIAN KOMPETENSI
PRAKTEK PROFESI KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. Mengobservasi tanda – tanda gawat/gagal nafas : (Target masing-masing 3)

No	Tgl/Bln/Thn	Nama Pasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							
6							

2. Membebaskan jalan nafas dengan bantuan alat (Target 3)

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT	TT
						Mhs	Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

3. Memberikan bantuan nafas buatan : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	Nama Pasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

4. Memberikan oksigenasi (nasal, masker) : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

5. Mengambil sampel darah arteri (Blood Gas Arteri) : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

6. Memasang alat monitoring Sp O2 (Saturasi O2) : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

7. Mengobservasi pasien dengan ventilator : Target masing – masing 5

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

8. Melakukan RJP : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

9. Mengoperasionalkan monitor : Target masing – masing 1

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

10. Mengoperasionalkan alat defibrilator : Target masing – masing 1

No	Tgl/Bln/Thn	Nama Pasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

11. Perawatan klien dengan pace maker : Target masing – masing 1

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

12. Mengukur CVP : Target masing – masing 1

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

13. Mengukur JVP : Target masing – masing 1

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

14. Melakukan Treadmill : Target masing – masing 1

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

15. Pemeriksaan EKG : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

16. Pemberian Obat Kegawatan Kardiovaskuler : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

17. Mengobservasi GCS : Target masing – masing 5

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

18. Mengobservasi gejala peningkatan TIK pada klien cedera otak (pusing, mual muntah dll) :

Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

19. Pemberian Obat Penurun/pencegah peningkatan TIK : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

20. Kumbah Lambung : Target masing – masing 1

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

21. Gastric Cooling: Target masing – masing 1

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

22. Pemberian Obat Perdarahan Lambung : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

23. Pertolongan Keracunan : Target masing – masing 3

No	Tgl/Bln/Thn	NamaPasien	Ruangan	No Reg	Dx Medik	TT Mhs	TT Pembimbing
1							
2							
3							
4							
5							

IIK STRADA INDONESIA
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
LEMBAR KONTRAK BED SIDE TEACHING

Nama Mahasiswa :

N I M :

Kegiatan/Sop Bed Side Teaching :

Nama Pasien / Ruangan :

Dx. Medis :

Pelaksanaan Bed Side Teaching

No.	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan		Keterangan
		Ya	Tidak	
1	Persiapan (Alat/Pasien) :			
2	Pelaksanaan / Prosedur Kerja			

3	Sikap dan Perilaku Mahasiswa a. Komunikatif dan memperkenalkan diri dengan pasien b. Menyampaikan tujuan dan prosedur tindakan c. Bersikap sopan dan cekatan			

Mengetahui,
 Pembimbing Klinik

.....,

Mahasiswa

(.....)

(.....)

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen : _____ Ruang : _____
 Hari : _____ Presepti : _____
 Tanggal : _____ Preseptor : _____

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :

- 1.
- 2.
- 3.

Mengetahui,

Preseptor Akademik

Preseptor Klinik

(_____) (_____)

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()	(
)

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1. 2. 3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()		()

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()		()

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()	(
)

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()		()

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()	(
)

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()	(
)

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()	(
)

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()	()

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik	Preseptor Klinik	
()	(
)

LOG BOOK KEGIATAN

Departemen :

Ruang :

Hari :

Presepti :

Tanggal :

Preseptor :

Jam	Kegiatan	Keterangan

Kasus yang dikelola :		
1.		
2.		
3.		
Mengetahui,		
Preseptor Akademik		Preseptor Klinik
()		()

FORMAT RESUM KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DI IGD

IDENTITAS	No. Rekam Medis:Diagnosa Medis :		
	Nama :	Jenis Kelamin :L/P	Umur :
	Agama :	Status Perkawinan :	Pendidikan :
	Pekerjaan :	Sumber informasi :	Alamat :
	Tanggal Masuk :	Jam Datang ke IGD :	Jam pengkajian :
	TRIAGE	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
	P3		P4 <input type="checkbox"/>
PRIMER SURVEY	GENERAL IMPRESSION		
	Keluhan Utama :		
	Mekanisme Cedera :		
	Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang) : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Baik,		
	AIRWAY	Diagnosa Keperawatan:	
Jalan Nafas : <input type="checkbox"/> Paten <input type="checkbox"/> Tidak Paten Obstruksi : <input type="checkbox"/> Lidah <input type="checkbox"/> Darah <input type="checkbox"/> Benda Asing <input type="checkbox"/> Spasme jalan nafas <input type="checkbox"/> Lendir/sputum warna..... Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor Keluhan Lain:	NOC : NIC :		
BREATHING	Diagnosa Keperawatan:		

Gerakan dada : Simetris Asimetris
 Irama Nafas : Cepat Dangkal Normal
 Sesak Nafas : Ada (I , II, III, IV) Tidak ada
 Pola Nafas : Teratur
 Tidak Teratur
 Apneu Dypsnea Bradypnea Tachipnea
 Ortopnea Kussmaul Cheyne stokes
 Retraksi otot dada : Ada tidak ada
 Cuping hidung : Ada tidak ada
 Suara Nafas : Normal Wheezing Ronkhi
 Rales Krekels
 RR : x/mnt
 Keluhan Lain:

NOC :

NIC :

CIRCULATION

Diagnosa Keperawatan:

PRIMER SURVEY

Nadi : Teraba Kuat/lemah Tidak teraba
 Akral : Hangat Dingin
 Sianosis : Ya Tidak
 CRT : < 2 detik > 2 detik
 Perdarahan : Ya , lokasi..... Tidak ada
 Pucat : Ya Tidak
 Kehilangan cairan : Diare muntah luka bakar%
 Kelembapan cairan : Lembab Kering
 Turgor : normal Kurang
 Nyeri dada : Ya Tidak
 TD : MAP :
 Keluhan Lain:

NOC :

NIC :

DISABILITY

Diagnosa Keperawatan:

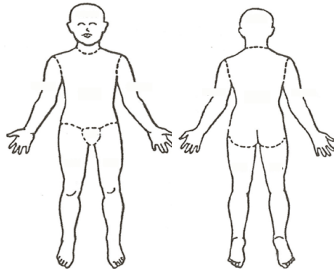
Respon : Alert Verbal Pain Unrespon
 Kesadaran: CM Delirium Somnolen sopor
 Koma
 GCS : Eye ... Verbal ... Motorik ...
 Pupil : Isokor Unisokor Pinpoint Medriasis
 Refleksi Cahaya: Ada Tidak Ada
 Kelumpuhan : Ada , Lokasi Tidak Ada
 Nyeri muskulskeletal : Ada Tidak Ada
 Keluhan Lain :

NOC :

NIC :

EXPOSURE

Diagnosa Keperawatan:



- Deformitas : Ya Tidak
- Contusio : Ya Tidak
- Abrasi : Ya Tidak
- Penetrasi : Ya Tidak
- Laserasi : Ya Tidak
- Edema : Ya Tidak
- Keluhan Lain:
.....

NOC :

NIC :

ANAMNESA

Diagnosa Keperawatan:

Riwayat Penyakit Saat Ini /alasan MRS:

Alergi : Obat Makanan Lainnya

Medikasi sebelum dibawa ke RS :

Riwayat Penyakit Sebelumnya:

DM HT Jantung Ashma Paru Lainnya

Tahun : Medikasi :

Makan Minum Terakhir:

Even/Peristiwa Penyebab:

Tanda Vital :

BP : N : S: RR :

NOC :

NIC :

PEMERIKSAAN FISIK

**Diagnosa
Keperawatan:**

SECONDARY SURVEY

Kepala dan Leher: ada keluhan tidak ada keluhan

Inspeksi :

Palpasi :

Dada: ada keluhan tidak ada keluhan

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

Abdomen: ada keluhan tidak ada keluhan

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

Pelvis: ada keluhan tidak ada keluhan

Inspeksi :

Palpasi :

Ektremitas Atas/Bawah: ada keluhan tidak ada

Inspeksi :

Palpasi :

Neurologis : ada keluhan tidak ada

NOC :

NIC :

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Diagnosa Keperawatan:

<input type="checkbox"/> RONTGEN <input type="checkbox"/> CT-SCAN <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> ENDOSKOPI <input type="checkbox"/> BGA <input type="checkbox"/> DL Hasil :	NOC : NIC :
Tindakan/ pengobatan : <input type="checkbox"/> Infus <input type="checkbox"/> Heacting <input type="checkbox"/> Tranfusi <input type="checkbox"/> Pembedahan <input type="checkbox"/> Reposisi <input type="checkbox"/> Gips <input type="checkbox"/> Lainnya..... Pengobatan :	
Tanggal Pengkajian : Jam : Keterangan :	TANDA TANGAN PENGKAJI (MAHASISWA): NAMA TERANG :

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT
DARURAT ICCU/ICU**

IDENTITAS	No. Rekam Medis: _____	Diagnosa Medis : _____	
	Nama : _____	Jenis Kelamin : L/P _____	Umur : _____
	Agama : _____	Status Perkawinan : _____	Pendidikan : _____
	Pekerjaan : _____	Sumber informasi : _____	Alamat : _____
	Tanggal Masuk : _____	Jam Datang ke ICU/ICCU: _____	Jam pengkajian : _____
PRIMER SURVEY	GENERAL IMPRESSION		
	Keluhan Utama :		
	Mekanisme Cedera :		
	Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang) : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Baik,		
	AIRWAY		

Inspeksi :

Jalan Nafas : Paten Tidak Paten

Obstruksi : Lidah Darah Benda Asing

Spasme jalan nafas Lendir/sputum warna.....

Auskultasi :

Suara Nafas : Snoring Gurgling Stridor Normal

Keluhan Lain:

BREATHING

Inspeksi :

Gerakan dada : Simetris Asimetris

Irama Nafas : Cepat Dangkal Normal

Sesak Nafas : Ada (I , II, III, IV) Tidak ada

Pola Nafas : Teratur
 Tidak Teratur

Apneu Dyspnea Bradypnea Tachipnea

Ortopnea Kussmaul Cheyne stokes

Retraksi otot dada : Ada tidak ada

Cuping hidung : Ada tidak ada

Bentuk dada : Normal Barrelchest Fanel chest

Pigeont chest Skoliosis Kyposis Lordosis

Palpasi :

Vokal fremitus :

Perkusi :

resonan hiperresonan Pekak

Auskultasi :

Suara Nafas : Normal Wheezing Ronkhi

Rales Ronkhi Krekels

RR : x/mnt

Keluhan Lain:

CIRCULATION

Nadi : Teraba Kuat/lemah Tidak teraba

Akral : Hangat Dingin

Sianosis : Ya Tidak

CRT : < 2 detik > 2 detik

Perdarahan : Ya , lokasi..... Tidak ada

Pucat : Ya Tidak

Kehilangan cairan : Diare muntah luka bakar%

Kelembapan cairan : Lembab Kering

Turgor : normal Kurang

Nyeri dada : Ya Tidak

TD : MAP :

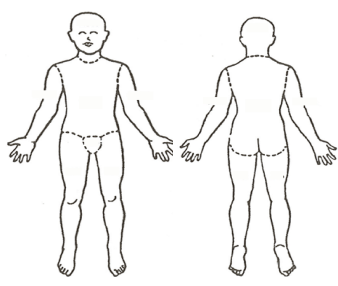
Keluhan Lain:

DISABILITY

PRIMER SURVEY

Respon : Alert Verbal Pain Unrespon
Kesadaran: CM Delirium Somnolen sopor
 Koma
GCS : Eye ... Verbal ... Motorik ...
Pupil : Isokor Unisokor Pinpoint Medriasis
Refleks Cahaya: Ada Tidak Ada
Kelumpuhan : Ada , Lokasi Tidak Ada
Nyeri muskulpskeletal : Ada Tidak Ada
Keluhan Lain :

EXPOSURE



Deformitas: Ya Tidak
Contusio : Ya Tidak
Abrasi : Ya Tidak
Penetrasi : Ya Tidak
Laserasi : Ya Tidak
Edema : Ya Tidak
Keluhan Lain:
... ..

GKA

DOMAIN I

ANAMNESA

Riwayat Penyakit Saat Ini /alasan MRS:

Riwayat Penyakit Sebelumnya:

DM HT Jantung Ashma Paru Lainnya

Tahun : Medikasi :

Kemampuan mengontrol kesehatan :

Yang dilakukak bila sakit :

Pola hidup (rokok/alkohol/olahraga/diet) :

Faktor sosial ekonomi (penghasilan/asuransi kesehatan):

Alergi : Obat Makanan Lainnya

Medikasi sebelum dibawa ke RS :

Makan Minum Terakhir:

Even/Peristiwa Penyebab:

	PEMERIKSAAN FISIK
--	--------------------------

SECONDARY SURVEY (Domain 2: Nutrisi)

a. Antopometri :

1. BB sblm MRS :

2. BB MRS :

3. IMT :

b. Biochemical :

c. Clinical :

d. Diet :

e. Energi (Kemampuan beraktifitas di RS):

f. Faktor (Kemampuan menelan, mengunyah, dll):

g. Cairan masuk dan keluar :

h. Balance cairan :

i. Keluhan lain :

(Domain 3: ELIMINASI)

A. Sistem Urinary

1. Jumlah :
2. Frekuensi :
3. Warna:
4. Bau :
5. Distensi kandung kemih:
6. Retensi urine :
7. Riwayat kelainan kandung kemih :
8. Keluhan lain :

B. Sistem Gastrointestinal

1. Pola eliminasi :
2. Keluhan lain :

C. Sistem Integumen

1. Turgor :
2. Warna :
3. Akral :
4. Kelembapan :

5. Kelainan kulit :

(Domain 4:ACTIVITY)

A Pola istirahat :

B Aktivitas :

1. ADL :

a. Makan/minum :

b. Toileting:

c. Berpakaian :

d. Kebersihan :

2. Kekuatan otot :

3. ROM :

4. Resiko cedera

C. Cardio respon :

1. Inspeksi :

2. Palpasi :

3. Perkusi :

4. Auskultasi :

D. Pulmonary Respon

1. Inspeksi :

2. Palpasi :

3. Perkusi :

4. Auskultasi :

Keluhan lain :

A. Persepsi dan Pengetahuan tentang penyakitnya :

(Domain 5,6, 7, 8, 9,10,11,12)

B. Perasaan cemas, takut, putus asa, kehilangan :

C. Role Relationship :

D. Sexuality :

E. Coping Respon/Stress :

F. Life Principles :

G. Safety / Protection :

H. Comfort :

1. Kenyamanan / Nyeri : (PQRST)

Tindakan/ pengobatan :

Infus Heacting Tranfusi Pembedahan

Reposisi Gips Lainnya.....

Hasil Laboratorium :

Pengobatan :

Tanggal Pengkajian :

Jam :

Keterangan :

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DATA	PROBLEM	ETIOLOGI

IMPLEMENTASI DAN CATATAN PERKEMBANGAN

Hari, tgl, jam	NO DX	IMPLEMENTASI	TTD	Hari, tgl, jam	CATATAN PERKEMBANGAN	TTD