

**BUKU PANDUAN PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM  
KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA TERAPAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA  
TAHUN AJARAN 2021 / 2021**



Nia Handayani, S.Tr.Kep.,M.K.M  
Agus Budi Prasetya, S.Tr.Kep  
Anita Setyowati, S.Tr.Kep

Nama Mahasiswa :  
Kelompok :  
*Homepage* :



## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum. Wr. Wb

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dari Ridlo-Nya sehingga Buku Panduan Praktik dapat tersusun.

Buku ini memuat acuan praktek masing-masing mata ajar dan kompetensi yang akan dilaksanakan dalam kegiatan Praktik Anestesi Kasus Umum yang telah disesuaikan dengan situasi dan kondisi tempat mahasiswa praktik.

Buku ini disusun dengan tujuan untuk membantu mahasiswa dan pembimbing klinik (CI) dalam memantau tingkat pencapaian kompetensi Praktik Anestesi Kasus Umum yang berkaitan dengan keterampilan yang sudah maupun belum dilaksanakan oleh mahasiswa. Keberadaan buku ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi pelaksanaan Praktik Anestesi Kasus Umum.

Semua mahasiswa diwajibkan untuk memiliki dan membawa buku ini setiap melakukan serangkaian kegiatan Praktik Anestesi Kasus Umum.

Kami sebagai penyusun mengucapkan terima kasih kepada Bapak/Ibu Dosen Program Studi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan dan pihak-pihak terkait yang telah membantu dalam penyusunan buku praktik ini. Akhirnya semoga buku ini dapat bermanfaat bagi kita dan peserta didik semua. Amin.

Yogyakarta, Januari 2021

Mengetahui,  
Kaprodi Keperawatan Anestesiologi  
Program Sarjana Terapan



dr. Joko Murdiyanto, Sp. An., MPH  
NIP. 5911011611457

Koordinator Praktik Anestesi Kasus Umum

Anita Setyowati, S.Tr.Kep  
9703221910542

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Judul</b> .....	i
<b>Kata Pengantar</b> .....	ii
<b>Daftar Isi</b> .....	iii
<b>Visi, Misi, Keunggulan, Tujuan Program Studi</b> .....	vii
<b>PENDAHULUAN</b>	
1. Karakteristik Mata Kuliah.....	1
2. Tujuan Umum .....	1
3. Pelaksanaan Praktik Anestesi Kasus Umum .....	1
4. Pembimbing Praktik Anestesi Kasus Umum .....	2
5. Lahan Praktik .....	2
6. Ruang yang Digunakan .....	3
7. Metode Pembelajaran Praktik Anestesi Kasus Umum .....	3
8. Tugas dan Kewajiban Pembimbing Akademik dan Klinik .....	4
9. Tugas Mahasiswa .....	5
10. Tata Tertib Mahasiswa .....	5
11. Sanksi .....	6
12. Evaluasi Praktik Anestesi Kasus Umum.....	6
13. Penilaian Keterampilan Praktik Anestesi Kasus Umum .....	7
14. Skala Penilaian Keterampilan Praktik Anestesi Kasus Umum .....	7
15. Pencapaian Target Keterampilan Praktik Anestesi Kasus Umum ...	8
<b>LEMBAR OBSERVASI (LO)</b> .....	<b>9</b>
Kunjungan Anestesi .....	10
Pengukuran snellen chart .....	12
Pemberian obat pereda nyeri intravena .....	13
Pemasangan alat nebulizer.....	14
Pencegahan hipotermia pasca operasi.....	15
Perawatan ETT .....	16
Penghisapan lendir (suction) .....	17
Pengukuran Nyeri .....	19
Intubasi anak dan jackson rees .....	20
Pemasangan infus.....	22
Tranfusi darah.....	24
Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Nutrisi.....	30

Penghisapan lendir (suction) .....	34
Penilaian keseimbangan cairan .....	36
Resusitasi cairan.....	37
Interpretasi hasil lab.....	39
Koreksi gangguan cairan dan elektrolit .....	41
Perawatan trakeostomi .....	43
Pemenuhan kebutuhan aman & nyaman.....	50
Oksigenasi nasal kanul.....	72
Oksigenasi sungkup sederhana .....	73
Oksigenasi <i>Non-Rebreathing Mask</i> .....	75
Oksigenasi <i>Re-Rebreathing Mask</i> .....	77
Pemenuhan kebutuhan toleransi stress dan koping.....	79
<i>Pengkajian Depression, Anxiety And Stress Scale (D</i> <i>ass)</i> .....	79
Pengkajian <i>Geriatric Depression Scale (Gds)</i> .....	82
Pengkajian psikososial .....	84
<b>LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM .....</b>	<b>85</b>
<b>CAPAIAN KETERAMPILAN KLINIK DASAR .....</b>	<b>109</b>
<b>LAMPIRAN</b>	
Format Rekap Presentasi Kasus dan Jurnal Ilmiah	
Format Penilaian Presentasi Kasus dan Jurnal Ilmiah	
Rekap Presentasi Kasus	
Format Penilaian Laporan Asuhan Keperawatan Anestesi (ASKAN)	
Format Laporan Kasus dan Jurnal Ilmiah & Seminar Kasus	
Format <i>Direct Observational Procedural Skills (DOPS)</i>	
Pendoman Penggunaan <i>Direct Observational Procedural Skills (DOPS)</i>	
Prosedur Pelaksanaan <i>Bed Side Teaching (BST)</i>	
Format Rekap Target BST	
Prosedur Pelaksanaan <i>Long Case / Ujian Akhir Praktik</i>	
Format Penilaian Sikap Mahasiswa	
Format Penilaian Seminar Kasus	
Format Surat Permohonan Ijin Sakit	
Format Surat Permohonan Ijin Selain Sakit	
Format Bukti Penggantian Dinas	
Lembar Bimbingan <i>Clinical Instructur (CI)</i>	

## **MISI, MISI, KEUNGGULAN DAN TUJUAN PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA TERAPAN**

### **A. Visi**

Menjadi Program Studi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan, pilihan dan unggul dalam penerapan kesehatan bencana berdasarkan nilai-nilai Islam Berkemajuan di tingkat Nasional

### **B. Misi**

1. Menyelenggarakan pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat dalam bidang Keperawatan Anestesiologi dengan keunggulan kesehatan bencana berdasarkan nilai-nilai Islam Berkemajuan.
2. Menyelenggarakan kajian dan pemberdayaan perempuan bidang Keperawatan anestesiologi dalam kerangka Islam Berkemajuan.

### **C. Tujuan**

1. Menghasilkan lulusan berakhlak mulia, menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan anestesi, unggul dalam penerapan kesehatan bencana, profesional, berjiwa entrepreneur, dan menjadi kekuatan penggerak (driving force) dalam memajukan kehidupan bangsa.
2. Menghasilkan karya-karya ilmiah di bidang Keperawatan Anestesiologi yang menjadi rujukan dalam pemecahan masalah
3. Menghasilkan karya inovatif dan aplikatif di bidang keperawatan anestesiologi yang berkontribusi pada pemberdayaan dan pencerahan.
4. Menerapkan model berbasis praksis pemberdayaan perempuan berlandaskan nilai-nilai Islam Berkemajuan, khususnya di daerah mitra rentan bencana.
5. Menghasilkan pemikiran Islam Berkemajuan dan sebagai penguat moral spiritual dalam implementasi Tri Dharma Perguruan Tinggi.

## PENDAHULUAN

### 1. Karakteristik Mata Kuliah

- a. Perguruan Tinggi : Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
- b. Program Studi : Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan
- c. Mata Kuliah/Kode : Praktik Anestesi Kasus Umum/ KAN4025
- d. Beban Studi : 5 SKS (5 Minggu)
- e. Semester : VI
- f. PJ Mata Kuliah : Anita Setyowati, S.Tr.Kep

### 2. Tujuan

Setelah menyelesaikan Praktik Anestesi Kasus Umum mahasiswa semester VI Prodi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan Tahun Ajaran 2021/2021 diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Anestesi yang berfokus Pada mata kuliah ini mahasiswa mampu memahami tentang asuhan keperawatan kasus umum yang berfokus pada penatalaksanaan pasien pre anestesi, intra anestesi, dan pasca anestesi pada pasien dengan status fisik ASA1.

#### Pelaksanaan Praktik Anestesi Kasus Umum

Struktur Program Praktik Anestesi Kasus Umum				
No	Pencapaian	Semester	SKS	Minggu
1	Penatalaksanaan pasien pre anestesi, intra anestesi, dan pasca anestesi pada pasien dengan status fisik ASA1	VI	5	5

Time Schedule Praktik Anestesi Kasus UMUM		
No	Kegiatan	Jadwal
1	Penyusunan Buku Panduan Praktik	Januari 2021
2	Pendekatan Lahan Praktik	Desember-Februari 2021
3	Pertemuan dengan <i>Clinical Instructure</i> (CI), Apersepsi dan Pelatihan	14-15 Februari 2021
4	Sosialisasi Praktik Anestesi Kasus UMUM	17 Februari 2021
5	Pengambilan Janji Pra Klinik	21 Februari 2021
6	Vaksinasi HbsAg	17-21 Februari 2021
7	Penyerahan Mahasiswa ke Lahan Praktik	10-24 Februari 2021
8	Penyerahan Laporan Pendahuluan (LP)	Di setiap awal minggu saat

		praktik, setiap minggu praktik (Total 3x LP kelompok, 1x LP individu)
9	Presentasi Kasus dan Jurnal kelompok	Di akhir minggu praktik (Total 3x Presentasi Kelompok)
10	<i>Bed Side Teaching</i> (BST)	2x Setiap Minggu, saat praktik (waktu insidental)
11	<i>Meet The Expert</i> (MTE)	2x selama Praktik Anestesi Kasus Umum (waktu insidental)
12	<i>Long Case</i> (Ujian Akhir Praktik)	19 Maret 2021
13	Penarikan Mahasiswa dari Lahan dan Mengecek Kelengkapan Berkas Penilaian Mahasiswa	20-21 Maret 2021
14	Seminar Kasus	23 Maret 2021*, dilakukan di kampus *waktu menyesuaikan
15	Pengumpulan Buku Panduan	Maksimal 25 Maret 2021

### 3. Pembimbing Praktik Anestesi Kasus Umum

Pembimbing Lahan adalah perawat dengan pengalaman klinik 2 tahun, atau Penata anestesi dengan latar belakang Pendidikan D4 Keperawatan Anestesi.

### 4. Lahan Praktik

- a) RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- b) RS PKU Muhammadiyah Gamping
- c) RS PKU Muhammadiyah Bantul
- d) RSUD Bendan Kota Pekalongan
- e) RSUD dr. Soedirman Kebumen
- f) RSUD Salatiga
- g) RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara
- h) RS PKU Wonosari
- i) RSKIA Sadewa Yogyakarta
- j) RS Nur Hidayah Bantul
- k) RS Islam Yogyakarta PDHI

## 5. Ruang yang Digunakan

- a. IBS

## 6. Metode Pembelajaran Praktik Anestesi Kasus UMUM

- a. *Pre dan Post Conference*

*Pre-Conference* : Diskusi untuk melakukan pengecekan terhadap kesiapan mahasiswa dan rencana kegiatan setiap hari dalam Laporan Pendahuluan (LP) yang dilakukan CI.

*Post-Conference* : Diskusi untuk mengevaluasi kegiatan Asuhan Keperawatan Anestesi (ASKAN), evaluasi diri mahasiswa, *peer review*, dan rencana kegiatan selanjutnya serta melatih kemampuan pemecahan masalah.

- b. Laporan Kasus dan Jurnal Ilmiah

Kegiatan membuat media laporan kasus baik individu maupun kelompok dengan diikuti pemberian Asuhan Keperawatan Anestesi (ASKAN) secara berkesinambungan yang disusun oleh mahasiswa pada saat pertama kali masuk ke bangsal tersebut sesuai dengan pencapaian kompetensi, dan diberikan analisis jurnal yang relevan.

- c. *Bed Side Teaching* (BST)

Kegiatan pembelajaran yang dilakukan di samping pasien, bisa berupa pengkajian/anamnesis data subyektif, pemeriksaan fisik, keterampilan tindakan, atau pengembangan interprofessional skill dengan diikuti kajian BST.

- d. *Meet The Expert* (MTE)

Kegiatan pembelajaran dengan mendatangkan ahli yang sesuai dengan materi yang ada, dengan dihadiri oleh seluruh mahasiswa yang melakukan praktik di Rumah Sakit tersebut.

- e. *Direct Observational Procedural Skill* (DOPS)

Bentuk penilaian terhadap keterampilan Asuhan Keperawatan Anestesi (ASKAN) yang dilakukan oleh mahasiswa kepada pasien langsung untuk dapat memberikan *feedback* kepada mahasiswa guna meningkatkan keterampilan yang sudah dimiliki.

- f. Seminar Kasus

Seminar kasus dilakukan di kampus, merupakan kasus yang dirasa mahasiswa unik dan perlu dilakukan pelaporan. Seminar kasus dilakukan setelah mahasiswa menyelesaikan Praktik Anestesi Kasus Umum. Seminar kasus dilakukan oleh 1 kelompok kecil per Rumah Sakit yang dipilih secara random.

- g. *Long Case* (Ujian Akhir Praktik)

Ujian di akhir praktik yang dilakukan mahasiswa dengan melakukan presentasi kasus dan jurnal secara individu. Selama ujian, mahasiswa diharuskan melakukan minimal 1 *skill* yang sesuai dengan Asuhan Keperawatan Anestesi (ASKAN) kepada pasien. Ujian akan didampingi oleh CI.

## 7. Tugas dan Kewajiban Pembimbing Akademik dan Lapangan

No	Pembimbing Akademik	Pembimbing Lapangan (CI)
1	MTE	<i>Pre-Post Conference</i>
2	Seminar Kasus	Laporan ASKAN individu dan kelompok
3	Penyerahan Mahasiswa ke Lahan Klinik	BST
4	Penarikan Mahasiswa dari Lahan Klinik	MTE
5		DOPS
6		<i>Long Case</i>
7		Penilaian Sikap Mahasiswa

**Penjelasan Kewajiban Pembimbing Akademik :**

- a. Melakukan penyerahan mahasiswa ke lahan klinik
- b. melakukan penarikan mahasiswa dari lahan klinik jika Praktik Anestesi Kasus Umum selesai, atau mahasiswa yang bersangkutan melakukan pelanggaran berat
- c. koordinasi dengan Pembimbing Lapangan dalam pelaksanaan MTE
- d. Melaksanakan kegiatan seminar kasus setelah Praktik Anestesi Kasus Umum selesai dan memberikan nilai yang sesuai

**Penjelasan Kewajiban Pembimbing Lapangan (CI) :**

- a. Memandu *Pre-Post Conference*
- b. Melakukan kontrak belajar dengan mahasiswa
- c. mendampingi mahasiswa selama melaksanakan keterampilan (BST)
- d. Melakukan Observasi Langsung (DOPS) dengan menggunakan Daftar Keterampilan yang telah ditentukan, dalam bentuk laporan rekapitulasi disertai tanda tangan dan stempel
- e. Mengevaluasi keterampilan dan sikap mahasiswa terkait dengan kasus yang diambil
- f. koreksi laporan mahasiswa terkait dengan kasus yang diambil
- g. memantau kehadiran mahasiswa selama praktik
- h. melakukan evaluasi pembelajaran praktik klinik untuk memberikan masukan kepada pihak institusi Pendidikan
- i. Memberikan nilai praktik klinik sesuai dengan pendoman
- j. mengisi buku laporan bimbingan dan kegiatan Praktik Anestesi Kasus UMUM secara lengkap

**8. Tugas Mahasiswa**

- a. Membuat Laporan Pendahuluan (LP) setiap minggu dengan total 4 laporan pendahuluan selama mengikuti Praktik Anestesi Kasus Umum
- b. Membuat kontrak belajar sesuai target dan observasi keterampilan yang akan dicapai setiap hari sesuai dengan tujuan praktik klinik dan didiskusikan dengan pembimbing lapangan (CI)

- c. Mengisi Buku Panduan Umum dan laporan rekapitulasi (Bimbingan & Evaluasi Keterampilan selama Praktik Anestesi Kasus Umum) dan wajib dikumpulkan setiap tanggal 25 Maret 2021.
- d. Mengikuti *Pre-Post Conference* di lapangan
- e. Mengikuti seluruh metode pembelajaran yang telah ditentukan (BST, MTE, DOPS)
- f. Membuat laporan dalam bentuk Asuhan Keperawatan Anestesi secara kelompok di 3 minggu pertama praktik dengan didokumentasikan menggunakan model SOAP sesuai target yang telah ditentukan
- g. Membuat laporan dalam bentuk Asuhan Keperawatan Anestesi secara di minggu terakhir praktik dengan didokumentasikan menggunakan model SOAP yang nanti laporan tersebut digunakan untuk *long case* / Ujian Akhir Stase
- h. Wajib mengikuti prosedur ujian yang telah ditetapkan

## 9. Tata Tertib Mahasiswa

- a. Mahasiswa **wajib** mengikuti orientasi Rumah Sakit terkait.
- b. Mahasiswa **wajib** mengikuti acara pengambilan sumpah janji sebelum melaksanakan Praktik Anestesi Kasus Umum.
- c. Mahasiswa **wajib** mengikuti kegiatan Praktik Anestesi Kasus Umum sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
- d. Mahasiswa **wajib** membuat laporan pendahuluan.
- e. Mahasiswa **wajib** mengikuti seluruh metode pembelajaran yang ditetapkan di Praktik Anestesi Kasus Umum.
- f. Mahasiswa **wajib** mengisi daftar hadir dan *logbook* setiap praktik klinik.
- g. Mahasiswa **wajib** melakukan observasi keterampilan dengan menggunakan Daftar Keterampilan.
- h. Mahasiswa **wajib** mengikuti tata tertib tempat praktik klinik yang digunakan.
- i. Mahasiswa **wajib** membawa Buku Panduan Praktik Anestesi Kasus Umum.
- j. Mahasiswa **wajib** membawa Alat Pelindung Diri (APD) pribadi meliputi: *handscoen*, masker, *Nursing Kit* (Tensimeter, Stetoskop, Termometer, Patella, Spirometer).
- k. Mahasiswa **wajib** mengumpulkan Buku Panduan yang telah lengkap penilaiannya ke Pembimbing Akademik sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan (25 Maret 2021). Jika pengumpulan terlambat dan tidak lengkap, maka nilai akan dikurangi sebesar 10% per harinya.
- l. Mahasiswa **tidak** diperkenankan bau badan yang tidak sedap.
- m. Mahasiswa **tidak** diperkenankan membawa barang berharga yang tidak menunjang kegiatan Praktik Anestesi Kasus Umum.
- n. Mahasiswa **wajib** menggunakan seragam yang sudah diatur/ditentukan sesuai kebijakan lahan praktik.

## 10. Sanksi

- Apabila terjadi pelanggaran terhadap tata tertib, mahasiswa akan dikenakan sanksi oleh Bagian Pendidikan sesuai berat ringannya pelanggaran.
- Mahasiswa yang merusakkan/menghilangkan alat yang digunakan praktik, maka mahasiswa tersebut wajib mengganti.
- Bagi yang tidak dapat mengikuti Praktik Anestesi Kasus Umum (PKD) dengan alasan tertentu harus mengganti dengan persetujuan CI dan Koordinator PKD.

## 11. Evaluasi Praktik Anestesi Kasus UMUM

- Penilaian (evaluasi) kegiatan Praktik Anestesi Kasus Umum diperoleh dari nilai bimbingan, lapangan, seminar dan *long case*. Ketentuan uji praktik klinik :
- Syarat mengikuti ujian akhir praktik adalah telah melakukan pengelolaan asuhan keperawatan anestesi kelompok sebanyak 3x.
- Menyelesaikan *Pre-Conference* dan bimbingan 1x untuk Asuhan Keperawatan Anestesi Individu di minggu terakhir, dan digunakan sebagai kasus *long case*.
- Hak Mahasiswa : Ujian utama, boleh mengulang/inhal ujian sebanyak 1x. Jika tetap tidak sesuai standar, maka mengulang Praktik Anestesi Kasus Umum Selanjutnya
- Tempat *Long Case* / Ujian Akhir Praktik dilaksanakan di bangsal terakhir

## 12. Penilaian Keterampilan Praktik Anestesi Kasus Umum

No	Kriteria Penilaian	Qt	%	Penilai
<b>Kognitif (40%)</b>				
1	<i>Pre-post Conference</i>	11	5	CI Lahan Praktik
2	Laporan ASKAN individu	1	5	CI Lahan Praktik
3	Laporan ASKAN kelompok	3	10	CI Lahan Praktik
4	Presentasi Kasus dan Jurnal Ilmiah	3	10	CI Lahan Praktik
5	Seminar Kasus	1	10	Pembimbing Akademik
<b>Psikomotor (50%)</b>				
1	Log book dan Kehadiran	1	10	CI Lahan Praktik
2	Keterampilan Klinik Dasarh		15	CI Lahan Praktik
3	<i>Direct Observational Practice Skill (DOPS)</i>	5	5	CI Lahan Praktik
4	<i>Long Case</i>	1	20	CI Lahan Praktik
<b>Afektif (10%)</b>				
			10	CI Lahan Praktik

## 13. Skala Penilaian Keterampilan Praktik Anestesi Kasus UMUM

Nilai	Nilai	Huruf	Keterangan
100-80	Sangat baik	A	Lulus
77-79		A-	
75-76		AB	
73-74		B+	
70-72	Baik	B	Mengulang Ujian dan atau Diberikan penugasan
66-69	Lebih dari cukup	B-	
63-65		BC	

59-62		C+	Mengulang Praktik Anestesi Kasus UMUM
55-58	Cukup	C	
51-54	Hampir cukup	C-	
48-50		CD	
41-47	Kurang	D	
<41	Gagal	E	

#### 14. Pencapaian Target Keterampilan Praktik Anestesi Kasus UMUM 2019/2021

MTE	BST	DOPS	Keterampilan Klinik Dasar		Laporan ASKAN Kelompok	Laporan ASKAN individu dan <i>Long Case</i>	Seminar kasus	Penilaian Sikap
2	5	5	>75% terpenuhi	A	3	1	1	1
			65-<75% terpenuhi	AB				
			50-<65% terpenuhi	B				
			<50% terpenuhi	BC				

**LEMBAR OBSERVASI  
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PRE ANESTESI**

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
1.	Identifikasi Kebutuhan (Pengkajian kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan) : 1.1. Adanya program untuk dilakukan anestesi				
2.	Persiapan alat : 2.1. Alat tulis 2.2. Rekam Asuhan Keperawatan Perioperatif 2.3. Dokumen pasien				
3.	Persiapan Pasien : 3.1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien 3.2. Tindakan dan tujuan tindakan disampaikan dengan bahasa yang jelas 3.3. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.4. Posisi aman dan nyaman diatur dengan hati-hati 3.5. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privasi pasien a. Sirkulasi udara ruangan yang lancar b. Sampiran dipasang / gordin ditutup				
4.	Pelaksanaan : 4.1. Melakukan serah terima pasien dari petugas bangsal di kamar operasi meliputi : identitas pasien dan persiapan yang telah dilakukan di bangsal. 4.2. Melakukan pengkajian, perencanaan, tindakan dan evaluasi keperawatan terhadap pasien secara fisik dan psikologis agar siap menjalani anestesi/ pembedahan. 4.3. Cek ulang kelengkapan persiapan pasien berupa informed consent, hasil konsultasi ahli, hasil pemeriksaan diagnostik (laboratorium, radiologi, USG, CT-Scan, EKG, dll) dan alat/bahan/obat yang dibawa pasien dari bangsal. 4.4. Memastikan personal hygiene pasien dalam keadaan sudah mandi, bebas dari protese, make up dan perhiasan, tidak bercat kuku, rambut bersih, mulut bersih dan memakai baju dan topi khusus untuk kamar operasi. 4.5. Cek ulang persiapan daerah operasi, meliputi area operasi sudah dicukur dan dibersihkan. Untuk operasi pada saluran pencernaan sudah dilaksanakan sesuai protap.				

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
	4.6. Cek ulang persiapan dan melaksanakan tindakan persiapan untuk anestesi, meliputi persetujuan anestesi, puasa sebelum operasi, persediaan darah, mengukur tanda-tanda vital, mengukur berat badan / tinggi badan, memasang IV line sesuai keadaan pasien dan kebutuhan operasi.				
5.	Evaluasi : 5.1. Anamnesis respon pasien dilakukan 5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan 5.3. Salam therapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan				
6.	Dokumentasi 6.1. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi 6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien				

Nilai akhir  $\frac{\sum YA}{\sum \text{item}} \times 100 = \dots\dots\dots$

Yogyakarta, .....

Penguji,

= Keterangan:

- Tanda (\*) merupakan *critical point* harus kompeten
- K = Kompeten ; BK = Belum Kompeten
- Nilai Batas Lulus (NBL) > 75

---

**LEMBAR OBSERVASI  
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN INTRA ANESTESI**

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
1.	Identifikasi Kebutuhan (Pengkajian kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan) : 1.1. Adanya rencana teknik anestesi				
2.	Persiapan alat : 2.1. Alat anestesi 2.2. Mesin anestesi 2.3. Obat-obatan anestesi 2.4. Rekam Asuhan Keperawatan Perioperatif				
3.	Persiapan Pasien : 3.1. Posisi diatur sesuai dengan prosedur pembedahan dan anestesi 3.2. Posisi amandan nyaman diatur dengan hati-hati				
4.	Pelaksanaan : 4.1. Melakukan persiapan mesin anestesi dan obat-obatan anestesi. 4.2. Menyiapkan / memasang bedside monitor 4.3. Melakukan asistensi dokter anestesi melakukan induksi. 4.4. Melakukan asistensi dokter anestesi melakukan sungkup muka / intubasi. 4.5. Melakukan monitoring vital sign selama dilakukan tindakan pembedahan. 4.6. Melakukan monitoring keseimbangan cairan dan elektrolit. 4.7. Melakukan asistensi dokter untuk pengakhiran anestesi dan atau melakukan ekstubasi.				
5.	Evaluasi : 5.1. Monitoring tindakan anestesi, status hemodinamik dan vital sign selama tindakan pembedahan dilakukan 5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan				
6.	Dokumentasi 6.1. Tindakan dan respons pasien saat dan setelah dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi 6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien				

Nilai akhir  $\frac{\sum YA}{\sum \text{item}} \times 100 = \dots\dots\dots$

Yogyakarta, .....

Penguji,

= Keterangan:

- Tanda (\*) merupakan *critical point* harus kompeten
- K = Kompeten ; BK = Belum Kompeten
- Nilai Batas Lulus (NBL) > 75

\_\_\_\_\_

**LEMBAR OBSERVASI  
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PASCA OPERATIVE**

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
1.	Identifikasi Kebutuhan (Pengkajian kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan) : 1.1. Pasien telah dilakukan tindakan anestesi pada pembedahan.				
2.	Persiapan alat : 2.1. Oksigen 2.2. Suction 2.3. Instrumen penilaian kesadaran/pemulihan pasien pada pembiusan (Aldrete score, Lockhart score atau Skala Bromade) 2.4. Rekam Asuhan Keperawatan Perioperatif				
3.	Persiapan Pasien : 3.1. Posisi aman dan nyaman diatur dengan hati-hati				
4.	Pelaksanaan : 4.1. Melakukan serah terima pasien dan perawat kamar operasi kepada perawat kamar pulih (RR). 4.2. Menjaga kelancaran air way dengan memposisikan kepala tengadah (ekstensi) pada pasien dengan pembiusan Umum, dan kepala lebih tinggi (Semi fowler) pada pasien dengan regional anestesi. 4.3. Melakukan penghisapan lendir daerah mulut dan trachea. 4.4. Memberikan oksigen sesuai kebutuhan pasien. 4.5. Memasang pengaman bed untuk menghindari pasien jatuh 4.6. Menilai keadaan Umum pasien, pernapasan, tekanan darah dan nadi 4.7. Apabila masih terpasang pipa trachea, melakukan ekstubasi setelah nafas spontan dan pasien sadar. 4.8. Mempertahankan Intubasi bila nafas belum spontan. 4.9. Apabila sudah dilakukan ekstubasi, mempertahankan kelancaran jalan nafas. 4.10. Mengobservasi muntah 4.11. Menilai kesadaran / pemulihan pasien pada pembiusan untuk bisa dipindahkan ke ruangan : a. Menggunakan Aldrete score untuk pasien dewasa (>8 boleh dipindah ke bangsal) b. Menggunakan Lockhart score untuk pasien anak (>8 boleh dipindah ke bangsal) c. Menggunakan Skala Bromade untuk pasien dengan Regional Anestesi				

## LO PEMASANGAN INTUBASI ETT NASOPHARYNGEAL

PROSEDUR	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi kebutuhan pasien<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien dengan gagal nafas</li><li>- Pasien dengan cardiac arresst</li><li>- Pasien yang mengalami pembiusan total</li><li>- Pasien dengan ventilator</li></ul></li><li>2. Persiapan alat<ul style="list-style-type: none"><li>- Ett non kinking</li><li>- Sarung tangan</li><li>- Blade laringoskop</li><li>- Mayo/guedel</li><li>- Suction</li><li>- Laryngoskop</li><li>- Xylocain spray</li><li>- Jelly</li><li>- Ambubag yang terhubung ke oksigen</li><li>- Sput 20cc</li><li>- Plester dan gunting</li><li>- Bengkok</li><li>- Stetoskop</li><li>- Suction unit</li><li>- Magil forcep</li></ul></li><li>3. Salam terapeutic dan menyampaikan tujuan kepada pasien</li><li>4. Mencuci tangan dengan benar</li><li>5. Memakai sarung tangan</li><li>6. Memastikan oksigen dan suction berfungsi dengan baik</li><li>7. Pasien dalam posisi nyaman dan rileks</li><li>8. Setelah dilakukan induksi dan oksigenasi, masukkan ETT non kinking yang sudah diberi jelly lewat nasal/lubang hidung pasien lalu masuk ke faring, kemudian masuk ke glotis yang kemudian ke trakhea dengan bantuan magil forcep atau laringoskop</li><li>9. ETT dimasukan perlahan dengan tangan kanan perlahan sampai angka 23 pada bibir atau terasa ada tahanan</li></ol>	

<ol style="list-style-type: none"><li>10. ETT disambungkan ambubag dan diberikan ventilasi buatan</li><li>11. Dengarkan paru kiri dan kanan dengan stetoskop apakah ada kebocoran dengan cara spuit 20cc di berikan udara lalu berikan dorongan masuk</li><li>12. Jika sudah, berikan fiksasi yang kuat pada ETT namun tidak menekan</li><li>13. Oksigen berikan sesuai dengan kebutuhan atau sambungkan dengan sirkuit ventilator</li><li>14. Vital sign diobservasi selama tindakan</li><li>15. Respons klien di evaluasu dan rencana tindak lanjut di jelaskan</li><li>16. Alat-alat di raoikan</li><li>17. Mencuci tangan'</li><li>18. Mendokumentasikan tindakan dengan lengkap</li></ol>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## LO MENGUKUR SKALA NYERI

<b>PENGERTIAN</b>	<b>Assesment Nyeri</b> adalah melakukan penilaian derajat nyeri dengan menggunakan skala nyeri yang baku.
<b>TUJUAN</b>	Menilai derajat nyeri pada pasien dewasa untuk menentukan tindakan penatalaksanaan nyeri yang tepat.
<b>PROSEDUR TINDAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Melakukan anamnesis Riwayat penyakit sekarang</li><li>2. Pengkajian dilakukan berdasarkan P,Q,R,S,T yaitu: P: (provokes) faktor yang mempengaruhi berat ringannya nyeri Q: (Quality) bagaimana rasa nyerinya R: (Region) melacak lokasi nyeri S: (severe/scale) intensitas nyeri T: (Time) waktu atau lama frekuensi nyeri</li><li>3. Kaji riwayat pembedahan sebelumnya</li><li>4. Kaji riwayat psikososial berhubungan dengan aktivitas dan masalah psikiatri (cemas, gelisah, dll)</li><li>5. Assesment nyeri menggunakan NRC (Numeric Rating Scale)<ul style="list-style-type: none"><li>- Indikasi pada pasien dewasa dan anak &gt; 7 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakan</li><li>- Intruksi: pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri 1-10</li></ul></li><li>6. Assesment nyeri VAS (Visual analog scale)<ul style="list-style-type: none"><li>- Indikasi pada pasien dewasa dan anak &gt; 7 tahun dapat melihat mistar nyeri yang diberikan</li><li>- Intruksi: pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri 1-10 yang dilambangkan dengan gambar wajah</li></ul></li><li>7. Assesmen nyeri menggunakan NRS dan Vas tidak dapat digunakan oleh semua pasien karena skala tersebut tidak efektif pada pasien yang mempunyai gangguan kognitif atau motorik</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>8. Asessmen nyeri menggunakan wong baker faces pain scele (gambar wajah cemberut menangis)<ul style="list-style-type: none"><li>- Indikasi pada pasien 3-7 tahun, atau pasien dewasa dengan gangguan konsentrasi, kritis,dll.</li><li>- Perawat melihat mimik wajah pasien dengan score 1: tidak nyeri, 2: nyeri sedikit, 4: nyeri yang dirasakan hilang timbul,6: nyeri yang dirasakan lebih banyak, 8: nyeri keseluruhan, 10: sangat nyeri</li></ul></li><li>9. Setelah selesai menentukan score intensitas nyeri tentukan nyeri ringan, sedang atau berat</li><li>10. Catat dokumentasi pasien</li><li>11. Siapkan tatalaksana nyeri yang tepat</li></ol>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## LO Melakukan Pemasangan Nebulizer

Nama Mahasiswa :				
NIM :				
No	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
1.	<b>Tahap Prainteraksi</b>			
	a. Mengumpulkan data tentang klien			
	b. Mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutan diri			
	c. Menganalisa kekuatan dan kelemahan profesional diri			
	d. Membuat rencana pertemuan dengan klien			
	e. Mempersiapkan alat-alat: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Nebulizer</li> <li>2) Obat sesuai program (mukosolvan dan bronchodilator)</li> <li>3) Kapas alkohol</li> <li>4) Korentang steril dalam tempatnya</li> <li>5) Tissue</li> <li>6) Bengkok</li> <li>7) Perlak dan alasnya</li> <li>8) Sepasang sarung tangan bersih</li> <li>9) Sampiran</li> <li>10) Oksigen</li> </ul>			
2.	<b>Tahap Orientasi/Membina Sambung Rasa</b>			
	a. Mengucapkan salam dengan tersenyum kepada klien dan keluarga			
	b. Memperkenalkan diri dan membangun kepercayaan pasien			
	c. Menyampaikan tujuan dan prosedur dengan bahasa yang jelas			
	d. Privasi klien dijaga			
	e. Posisi klien diatur nyaman dan aman dengan hati-hati			
3.	<b>Tahap Kerja</b>			
	a. Kondisi pasien dikaji dengan tepat			
	b. Alat-alat disiapkan dengan benar			
	c. Jam tangan dilepas dengan hati-hati			
	d. Baju lengan panjang digulung dengan hati-hati			

	e. Cuci tangan dilakukan dengan benar			
	f. Sarung tangan dipasang dengan tepat			
	g. Verifikasi program dengan prinsip 6 benar*			
	h. Posisi diatur supinasi semi fowler			
	i. Perlak dan alas dipasang di atas dada pasien			
	j. Periksa filter bila sudah kotor diganti dengan yang baru			
	k. Steker nebulizer dihubungkan dengan listrik			
	l. Air (H <sub>2</sub> O) dimasukkan ke dalam tabung sebanyak 200 cc.			
	m. Obat dimasukkan ke dalam penampung obat kemudian ditutup dengan hati-hati*			
	n. Pasang selang ke konektor nebulizer			
	o. Kenakan sungkup hidung (face mask) ke hidung*			
	p. Tekan tombol power pada posisi ON			
	q. Atur kapasitas uap yang akan diberikan kepada pasien sesuai dengan kebutuhan*			
	r. Atur timer yang akan diberikan sesuai dengan kebutuhan uap (5-15 menit)*			
	s. Tekan tombol power pada posisi OFF setelah selesai tindakan			
	t. Sungkup hidung dilepas dengan hati-hati			
	u. Mulut dan hidung dibersihkan dengan tissue			
	v. Pengalas dan perlak diangkat dengan hati-hati			
	w. Posisikan pasien pada posisi semula			
	x. Alat-alat dirapikan			
	y. Sarung tangan dilepas			
	z. Cuci tangan dilakukan dengan benar			
4.	<b>Tahap Terminasi</b>			
	a. Mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan dan memberikan reinforcement positif			
	b. Memberikan reinforcement positif			
	c. Merencanakan tindak lanjut kegiatan dengan klien dan kontrak waktu			
	d. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik			

Nilai Akhir  $= \frac{\sum \text{nilai}}{8} \times 100 = \dots\dots$

## LO Memberikan Obat Pereda Nyeri (Supositorial)

No	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tdk	K	BK
1	Identifikasi Kebutuhan: a. Adanya data indikasi pemberian obat supositoria b. Hasil pengkajian pasien mengalami nyeri skala sedang s.d berat				
2	a. Persiapan alat - jelly - Tissue - Benkok - Perlak dan alasnya - Sarung tangan bersih - Buku/kartu rencana pengobatan - <i>Bedpan</i> (Kalau perlu) b. Alat-alat ditempatkan pada tempat yang bersih dan ditata rapi				
3	Persiapan pasien: a. Tujuan tindakan disampaikan dengan bahasa yang jelas b. Prosedr tindakan dijelaskan dengan benar c. Posisi nyaman dan aman diatur dengan hati-hati d. Lingkungan disampiakan untuk menjaga privasi klien				
4	Pelaksanaan: a. Cuci tangan dilakukan dengan benar b. Salam terputik disampiakan dengan benar c. Alat-alat didekatkan pasien dengan benar d. Verifikasi program pengobatan dengan prinsip 6 benar e. Pakaian atau selimut dibuka pada area pemberian obat dibuka dengan hati-hati f. Posisi pasien diatur dengan benar g. Meletakkan pengalas dengan benar h. Obat dilumasi jelly degan benar i. Area anal dibuka dengan benar j. Masukkan obat dan didorong dengan hati-hati hingga 4-5 cm k. Area anal dibersihkan dengan benar l. Pengalas di angkat dengan hati-hati m. Sarung tangan dilepaskan dengan benar n. Pasien diposisikan seperti semula dengan benar. o. Salam terapeutik diucapkan untuk mengakhiri tindakan p. Cuci tangan dilakukan dengan benar				
5	Evaluasi a. Anamnesa respon dilakukan b. Upaya tindak lanjut dirumuskan				
6	Dokumentasi a. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi b. Waktu, paraf dan nama perawat dicantumkan pada catatan pasien				

## LO MEMBERIKAN OBAT PEREDA NYERI (INTRAKHEAL DAN EPIDURAL OPIOIDS)

No	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tdk	K	BK
1	Identifikasi kebutuhan: a. Adanya data indikasi pemberian obat melalui itrakheal dan epidural opioids b. Hasil pengkajian: Pasien mengalami nyeri skala sedang s.d berat				
2	Persiapan alat a. Baki atau troli berisi alat-alat sebagai berikut: - obat sesuai program terapi* - S spuit* - Korentang steril pada tempatnya - Kapas alcohol pada tempatnya - Bengkok - Perlak dan alasnya - sarung tangan bersih - Bak Instruen - Buku/Kartu rencana pengobatan b. Alat-alat ditempatkan pada tempat yang bersih dan ditata rapi				
3	Persiapan pasien: a. Tujuan tindakan disampaikan dengan bahasa yang jelas b. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar c. Posisi nyaman dan aman diatur dengan hati-hati d. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privasi klien				
4	Pelaksanaan: a. Cuci tangan dilakukan dengan benar b. Salam terpeutik disampaikan dengan sopan c. Alat-alat didekatkan pasien dengan benar d. Verifikasi program pengobatan dengan prinsip 6 benar e. Aspirasi dilakukan dengan benar f. Obat dimasukkan sesuai dengan program terapi g. S spuit ditarik dengan benar h. Sarung tangan dilepas dengan benar i. Salam terapeutik diucapkan untuk mengakhiri tindakan j. Cuci tangan dilakukan dengan benar				
5	Evaluasi a. Anamnesa respon dilakukan b. Upaya tindak lanjut dirumuskan				
6	Dokumentasi a. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi b. Waktu, paraf dan nama perawat dicantumkan pada catatan pasien				

## LO PENGAMBILAN DARAH ARTERI

No	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tdk	K	BK
1	Identifikasi kebutuhan (Pengkajian kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Indikasi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya klien yang mengalami gagal nafas (<i>Respiratory failure</i>)</li> <li>- Adanya klien yang mengalami <i>Cardiac arrest</i></li> <li>- Adanya klien yang terpasang ventilator</li> </ul> </li> <li>a. Kotraindikasi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dengan masalah koagulasi</li> <li>- Klien dengan fenomena Raynaud</li> </ul> </li> </ol>				
2	Persiapan alat <ul style="list-style-type: none"> <li>• S spuit 2.5 cc dengan larutan heparin 0,1 ml</li> <li>• Kapas alcohol 70% dalam tempatnta</li> <li>• Bengkok</li> <li>• Baki atau nampan</li> <li>• Karet atau gabus penutup jarum</li> <li>• Perlak dan pengalas</li> <li>• Sarung tangan bersih</li> </ul> Alat-alat ditempatkan pada tempat yang bersih dan ditata rapi				
3	Persiapan Pasien: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tujuan tindakan disampaikan dengan bahasa yang jelas</li> <li>b. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar</li> <li>c. Posisi nyaman dan aman diatur dengan hati-hati (semifowler atau supinasi)</li> <li>d. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privasi klien</li> </ol>				
4	Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mencuci tangan</li> <li>b. Sarung tangan berish digunakan</li> <li>c. Perlak dan pengalasnya dipasang dibawah area penusukan</li> <li>d. Arteri yang akan ditusuk untuk pengambilas darah ditentukan dengan benar</li> <li>e. Letak arteri difiksasi dengan jari tengah dan telunjuk tangan kiri</li> <li>f. Permukaan kulit yang akan ditusuk didesinfeksi dengan kapas alcohol</li> <li>g. Jarum spuit ditusukkan dengan posisi 30° padaarteru radialis/brakialis atau 90° pada arteri femoralis</li> <li>h. S spuit didorong pelahan sampai terlihat undulasi darah dalam spuit</li> <li>i. Darah dibiarkan masuk spuit akibat tekanan ateri tanpa mengaspirasi</li> <li>j. S spuit ditarik sambil menekan daerah tusukan dengan kapas alcohol selama 5 menit atau sampai darah tidak keluar</li> <li>k. Udara dikeluarkan dalam spuit dan ujung jarum spuit ditutp dengan karet atau gabus</li> <li>l. Specimen disimpan dalam almari es atau segera kirim ke laboraturium</li> <li>m. Respon klien dievaluasi dan rencana tindak lanjut dijelaskan</li> <li>n. Klien diatur kembali pada posisi yang nyaman</li> <li>o. Alat-alat dibereskan dan cuci tangan</li> <li>p. Mendokumentasikan tindakan, tanggal, jam, nama dan tanda tangan perawat</li> </ol>				

5	Evaluasi: a. Tersedia darah arteri untuk pemeriksaan AGD				
6	Dokumentasi a. Tindakan dan reposn pasien saat dan setelah dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi b. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien				

**LO MENGAWASI TINGKAT KESADARAN PASIEN DI RUANG PULIH ATAU *RECOVERY ROOM* (RR)**

No	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tdk	K	BK
1	Identifikasi kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan pengawasan tingkat kesadaran				
2	Persiapan alat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala Aldrete score atau Bromage score</li> <li>• Bedside monitor</li> <li>• Rekam asuhan keperawatan perioperatif</li> </ul> Alat-alat ditempatkan pada tempat yang bersih dan ditata rapi				
3	Persiapan Pasien: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien sudah di ruang pulih</li> <li>b. Pasien siap untuk dilakukan penilaian</li> <li>c. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privasi klien</li> </ol>				
4	Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengukur tekanan darah, nadi pasien (Vital sign)</li> <li>b. Menghitung pernafasan pasien</li> <li>c. Mengobservasi gerakan/reflek motoric</li> <li>d. Mengobservasi keadaan kulit</li> <li>e. Engobservasi kesadaran</li> <li>f. Melakukan penilaian tingkat kesadaran sesuai dengan skala (Skala Aldrete pada pasien General Anestesi dan Bromage Score pada pasien Regional anestesi</li> <li>g. Mencatat hasil penilain dan mendokumentasikan semua hasil pengukuran atau observasi pada format yang ada</li> </ol>				
5	Evaluasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tingkat kesadaran pada pasien General Anestesi maupun Regional Anestesi</li> <li>b. Merujuk tindakan keperawatan selanjutnya berdasarkan nilai pencapaian Skala Aldrete Score atau Bromage Score</li> </ol>				
6	Dokumentasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tindakan dan respon pasien dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi</li> <li>b. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien</li> </ol>				

**LEMBAR OBSERVASI  
PENGECEKAN INSTRUMEN OPERASI**

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
1	Identifikasi Kebutuhan (Pengkajian kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan) : Pasien yang dilakukan operasi/pembedahan				
2	Persiapan alat : Sesuai dengan jenis tindakannya				
3.	Persiapan Pasien : a. Informed consent telah ditanda tangani lengkap b. Pasien sudah di kamar operasi c. Pasien siap untuk dilakukan pembedahan				
4	Pelaksanaan : a. Pastikan linen tersedia lengkap sesuai dengan jenis pembedahan dan jumlah tim steril yang terlibat b. Pastikan AMHP/BMHP (Alat Medis Habis Pakai)/(Bahan Medis Habis Pakai) tersedia sesuai kebutuhan dan termasuk cadangan c. Pastikan instrument bedah yang digunakan sudah steril(tidak kadaluarsa) dan sesuai dengan jenis pembedahan yang akan dilakukan. d. Pastikan alat pendukung tersedia dan siap pakai dan aman: i. Listrik hidup dan listrik cadangan ii. Electrosurgery/couter dan handpiecenya iii. Lampu operasi iv. Suction dan kanulnya v. Meja operasi dan aksesorisnya vi. Meja duk/linen vii. Meja instrument/mayo				
5	Evaluasi Jumlah alat/instrumen sebelum dan sesudah digunakan				
6	Dokumentasi Peralatan yang dipakai				

Nilai akhir  $\frac{\sum YA}{\sum \text{item}} \times 100 = \dots\dots\dots$

Yogyakarta, .....

Penguji,

= Keterangan:

- Tanda (\*) merupakan *critical point* harus kompeten
- K = Kompeten ; BK = Belum Kompeten
- Nilai Batas Lulus (NBL) > 75

\_\_\_\_\_

## LEMBAR OBSERVASI

### MEMASANG INFUS

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
1	Identifikasi kebutuhan (Pengkajian kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan) : Adanya data pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi dan operasi.				
2	Persiapan alat : 2.1. Alat disiapkan sesuai standar: 1. Bak instrumen steril berisi : a. Sarung tangan steril : 1 psg b. Kasa steril. c. Kom steril 1 buah d. Pinset anatomis 1 buah 2. Kapas alkohol 70% pada tempatnya. 3. Infus set 4. IV Cath sesuai ukuran* 5. Korentang pada tempatnya 6. Cairan sesuai program* 7. Perlak dan Pengalas. 8. Torniquet. 9. Betadin 10%. 10. Salep antibiotik sesuai order 11. Plester * 12. Gunting 13. Bengkok 1 buah. 14. Standar Infus 15. Tempat sampah 2.2. Alat-alat ditempatkan pada tempat/trolli yang bersih dan ditata rapi				
3.	Persiapan Pasien : 3.1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien. 3.2. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas. 3.3. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar* 3.4. Posisi aman dan nyaman pasien diatur dengan hati-hati. 3.5. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien.				
4	Pelaksanaan : 4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar* 4.2. Cairan disiapkan sesuai program dengan seksama dengan langkah-langkah: a. Infus set dibuka b. Klem infus ditutup* c. Infus set disambungkan dengan cairan infus secara				

	<p>tepat dengan menjaga kesterilan*</p> <p>d. Slang diisi cairan, yakinkan tidak terisi udara*</p> <p>e. Klem ditutup kembali*</p> <p>4.3. Area tusukan infus dibebaskan dari kain yang menutupi.</p> <p>4.4. Pembuluh darah vena yang akan ditusuk ditentukan dengan tepat.</p> <p>4.5. Perlak dan pengalas dipasang di bawah area tusukkan dengan hati-hati dan sopan.</p> <p>4.6. Torniquet dipasang dengan tepat.</p> <p>4.7. Sarung tangan dipakai dengan benar*</p> <p>4.8. Area tusukan jarum, didesinfeksi dengan benar*</p> <p>4.9. Jarum ditusukkan pada area yang telah ditentukan dengan tepat dan tidak ragu-ragu*</p> <p>4.10. Jarum penuntun ditarik secara perlahan, dengan memperhatikan respon pasien*</p> <p>4.11. Slang infus dihubungkan ke IV cath dengan tepat dan kesterilan tetap dijaga*</p> <p>4.12. Torniquet dilepas dengan benar.</p> <p>4.13. Klem dibuka perlahan, dengan memperhatikan aliran cairan dan area tusukan jarum.</p> <p>4.14. Area tusukan jarum didesinfeksi secara benar*</p> <p>4.15. Area tusukan ditutup dengan kasa steril secara benar dan sambungan IV cath difiksasi*</p> <p>4.16. Aliran cairan diperhatikan dengan jumlah tetesan infus sesuai program*</p> <p>4.17. Label dipasang dengan keterangan lengkap.</p> <p>4.18. Perlak dan pengalas di angkat dengan sopan.</p> <p>4.19. Sarung tangan dilepas dengan hati-hati.</p> <p>4.20. Alat-alat dibereskan.</p> <p>Cuci tangan dilakukan dengan benar.</p>				
5	<p>5.1. Respon pasien selama dan setelah pemasangan infus.</p> <p>5.2. Upaya tindak lanjut disampaikan .</p> <p>5.3. Salam terapeutik disampaikan dalam mengakhiri tindakan.</p>				
6	<p>Dokumentasi :</p> <p>6.1. Tindakan dan respon pasien selama dan setelah tindakan dicatat dengan jelas sesuai prinsip dokumentasi.</p> <p>6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dengan jelas.</p>				

**LEMBAR OBSERVASI  
MEMASANG TRANFUSI DARAH**

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
1.	<p>Identifikasi Kebutuhan (Pengkajian kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan) :</p> <p>1.1 Adanya data pasien yang sedang dilakukan anestesi, operasi , post anestesi atau post operasi dengan indikasi perlunya tranfusi darah.</p>				
2.	<p>Persiapan alat :</p> <p>2.1. Alat-alat disiapkan sesuai kebutuhan (pasien sudah terpasang infus)</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Tranfusi set *</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Darah sesuai kebutuhan *</p> <p style="margin-left: 20px;">c. Penghangat cairan / animex (jika ada)</p> <p>2.2. Cros cek darah dilakukan dengan benar</p> <p>2.3. Alat-alat ditempatkan pada tempat yang bersih dan ditata rapi.</p> <p>2.4. Siapkan penghangat cairan (misal: <i>Animec</i>)</p>				
3.	<p>Persiapan Pasien :</p> <p>3.1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien.</p> <p>3.2. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas.</p> <p>3.3. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar.</p> <p>3.4. Posisi aman dan nyaman pasien diatur dengan hati-hati.</p> <p>3.5. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien.</p>				
4.	<p>Pelaksanaan :</p> <p>4.1. Darah yang akan di berikan dipastikan sesuai dengan darah pasien *</p> <p>4.2. Cuci tangan dilakukan dengan benar.</p> <p>4.3. Tranfusi set diambil dengan benar</p> <p>4.4. Peralatan didekatkan kedekat pasien.</p> <p>4.5. Aliran infus dihentikan.</p> <p>4.6. Infus set lama dilepas dan diganti dengan tranfusi set yang baru (bila belum terpasang tranfusi set)</p> <p>4.7. Cairan darah yang baru diambil, dibuka penutupnya</p> <p>4.8. Tranfusi set dihubungkan dengan cairan darah yang baru secara tepat tanpa menyentuh ujungnya.</p> <p>4.9. Cairan darah yang baru digantungkan di standar infus</p> <p>4.10. Ada tidaknya udara pada selang infus diperiksa.</p> <p>4.11. Jumlah tetesan infus diatur dengan cara :</p>				

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
	a. Arloji diletakkan sejajar dengan reservoir tetesan darah. b. Pengatur tetesan dibuka perlahan-lahan. c. Tetesan darah dihitung selama 1 menit. d. Jumlah tetesan darah dipastikan sesuai dengan program. 4.12. Tetesan /aliran darah dipastikan mengalir lancar. 4.13. Alat-alat dan lingkungan dirapikan. 4.14. Cuci tangan dilakukan dengan benar				
5.	5.1. Tindakan untuk mengevaluasi hasil dilakukan melalui anamnesis respon dan pemeriksaan fisik. 5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan.				
6.	Dokumentasi : 6.1. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas. 6.2. Paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien/kasus.				

Nilai akhir  $\frac{\sum YA}{\sum \text{item}} \times 100 = \dots\dots\dots$

Yogyakarta, .....

Penguji,

= Keterangan:

- Tanda (\*) merupakan *critical point* harus kompeten
- K = Kompeten ; BK = Belum Kompeten
- Nilai Batas Lulus (NBL) > 75

\_\_\_\_\_

**LEMBAR OBSERVASI**  
**MENILAI KESEIMBANGAN CAIRAN**

No.	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
		YA	TDK	K	BK
1.	Identifikasi Kebutuhan (Pengkajian kebutuhan pasien untuk dilakukan tindakan) 1.1. Adanya data pasien yang sedang terpasang infus. 1.2. Adanya program terapi cairan.				
2.	Persiapan alat : 2.1. Alat-alat disiapkan sesuai kebutuhan 2.2. Catatan intake dan out put (balance cairan)				
3.	Persiapan Pasien : 3.1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien. 3.2. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas. 3.3. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar.				
4	Pelaksanaan : 4.1. Pemasukan dikaji dengan jelas dan benar *) 4.2. Pengeluaran dicatat dengan jelas dan benar. 4.3. Selisih pemasukan dan pengeluaran dihitung dengan benar. 4.4. Hasil penghitungan dinilai dengan benar.				
5	5.1. Tindakan untuk mengevaluasi hasil dilakukan melalui catatan balance cairan positif atau negatif dan pemeriksaan fisik. 5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan.				
6	Dokumentasi : 6.1. Hasil dituliskan dengan jelas. 6.2. Paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien/kasus.				

## LEMBAR OBSERVASI

### MELAKUKAN PEMBERSIHAN SALURAN NAFAS DENGAN SUCTION

NO	TAHAP	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
			YA	TIDAK	K	BK
1	Identifikasi kebutuhan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya data pasien untuk dilakukan suction</li> <li>2. Adanya program suction</li> </ol>				
2	Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat penghisap lendir portabel dengan botol berisi larutan desinfektan</li> <li>2. Bak instrumen steril, berisi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handscoone</li> <li>• Kom kecil berisi larutan NaCl 0,9%</li> <li>• Kateter penghisap sesuai ukuran</li> <li>• Pinset</li> <li>• Tongue spatel</li> </ul> </li> <li>3. Tissue</li> <li>4. Bengkok</li> <li>5. Perlak dan pengalas</li> <li>6. Oksigen unit</li> <li>7. Tempat sampah</li> </ol>				
3	Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam teraupetik</li> <li>2. Sampaikan tujuan dan prosedur tindakan</li> <li>3. Posisikan pasien aman dan nyaman</li> <li>4. Ciptakan lingkungan teraupetik</li> </ol>				
4	Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pasien dikaji dengan tepat</li> <li>2. Alat-alat disiapkan dengan benar</li> <li>3. Cuci tangan dilakukan dengan 6 langkah benar</li> <li>4. Sarung tangan dipakai dengan benar</li> <li>5. Posisikan kepala pasien dengan benar(*)</li> <li>6. Perlak diletakkan di atas dada pasien</li> <li>7. Selang penghisap dihubungkan dengan selang suction unit</li> <li>8. Mesin suction dihidupkan dengan tekanan 80-100 mmHg(*)</li> <li>9. Selang penghisap diperiksa dan ujung selang dilumasi dengan cara memasukkan ke dalam kom yang berisi larutan NaCl 0,9%</li> <li>10. Pangkal selang penghisap dijepit dengan tangan kiri (bila selang</li> </ol>				

		<p>tidak berlubang pada sisi pangkal)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Sumber oksigen yang menghubungkan ke pasien dilepas dengan hati-hati</li> <li>12. Pangkal selang dijepit dan ujung selang penghisap dimasukkan dengan menggunakan tangan kiri ke mulut, hidung, tenggorokan atau trakea sampai timbul efek batuk(*)</li> <li>13. Jepitan selang dan lendir dihisap sambil menarik selang keluar secara perlahan-lahan dengan arah diputar (lama menghisap 3-5 detik)(*)</li> <li>14. Selang penghisap dibilas dengan larutan NaCl 0,9% dengan memberikan terapi oksigen sesuai program(*)</li> <li>15. Penghisapan lendir diulang sampai jalan nafas pasien bebas atau bersih</li> <li>16. Selang kateter dilepas dari selang penghisap</li> <li>17. Perlak diangkat hati-hati</li> <li>18. Posisi pasien dikembalikan seperti semula</li> <li>19. Alat-alat dirapikan</li> <li>20. Sarung tangan dilepas dengan benar dan hati-hati</li> <li>21. Cuci tangan dengan 6 langkah benar</li> </ol>				
5	Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anamnesis respon pasien</li> <li>2. Upaya tindak lanjut tindakan</li> <li>3. Salam terapeutik untuk mengakhiri tindakan</li> </ol>				
6	Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tindakan dan respon pasien dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi</li> <li>2. Cantumkan waktu, paraf dan nama perawat/ penata anestesi</li> </ol>				

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\sum Ya}{\sum Item} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**Keterangan :**

K = Kompeten; BK = Belum Kompeten

Tanda (\*) merupakan *critical point* harus kompeten

**LEMBAR OBSERVASI**  
**INFORMED CONSENT**

NO	TAHAP	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
			YA	TIDAK	K	BK
1	Identifikasi kebutuhan	Adanya data pasien yang akan melakukan <i>informed consent</i>				
2	Persiapan alat	1. Lembar <i>informed consent</i> 2. Alat tulis				
3	Persiapan pasien	1. Sampaikan tujuan dengan bahasa yang jelas dan mudah dimengerti 2. Saksi-saksi dihadirkan				
4	Pelaksanaan	1. Formulir <i>informed consent</i> disiapkan 2. Identitas pasien ditulis dalam lembar <i>informed consent</i> dengan lengkap 3. Identitas pemberi persetujuan (pasien/wali) dituliskan secara lengkap 4. Peruntukan persetujuan 5. Identitas pasien ditulis secara lengkap 6. Kondisi penyakit yang memerlukan tindakan operasi dijelaskan 7. Prosedur anestesi dijelaskan dengan benar 8. Tindakan medik (operasi) dan risiko tindakan yang mungkin terjadi dijelaskan 9. Tindakan alternatif apabila terjadi risiko tindakan dijelaskan 10. Pasien/wali dipersilahkan untuk menandatangani <i>informed consent</i> apabila memahami persetujuan 11. Tanggal persetujuan dicantumkan 12. Saksi dipersilahkan untuk menandatangani persetujuan 13. Perawat/penata anestesi menandatangani persetujuan				

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\sum Ya}{\sum Item} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**Keterangan :**

K = Kompeten; BK = Belum Kompeten

Tanda (\*) merupakan *critical point* harus kompeten

**LEMBAR OBSERVASI**  
**MELAKUKAN ANESTESI UMUM DAN RAGIONAL**

NO	TAHAP	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETENSI	
			YA	TIDAK	K	BL
<b>ANESTESI UMUM</b>						
1	Prainteraksi	1. Persiapan alat dan obat sesuai permintaan dokter anestesi				
		2. Penata melakukan eksplorasi perasaan				
		3. Membaca rekam medis pasien meliputi anamnesa Umum, pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium				
		4. Kaji kebutuhan pasien untuk diberikan pemberian anestesi Umum				
		5. Cuci tangan				
2	Orientasi	6. Memberi salam				
		7. Memperkenalkan diri				
		8. Menjelaskan tujuan tindakan				
		9. Menjelaskan durasi tindakan				
		10. Melakukan <i>informed consent</i> terhadap pasien dan atau keluarga				
3	Pelaksanaan	11. Menanyakan kondisi pasien puasa atau tidak, dan durasi puasa (untuk memastikan pengosongan lambung pasien)				
		12. Mengecek IV <i>line</i> dalam kondisi baik				
		13. Pasang alat monitor untuk observasi TTV dan saturasi O <sub>2</sub>				
		14. Jika pasien gelisah/cemas diberikan premedikasi (dengan midazolam atau SA dengan dosis disesuaikan usia pasien)				
		15. Sebelum dilakukan induksi diberikan oksigen 6 liter/menit dengan masker (preoksigenasi) selama 5 menit				
		16. Pada pasien bayi/anak yang belum terpasang akses intravena, induksi dilakukan dengan inhalasi memakai agent inhalasi yang tidak iritasi atau merangsang jalan nafas seperti halothane atau sevoflurane				
		17. Monitor TTV selama induksi obat anestesi dilakukan				
		18. Pada kasus operasi yang memerlukan pemeliharaan jalan nafas, dilakukan intubasi endotracheal tube				

		19. Pemeliharaan anestesi dilakukan dengan menggunakan asas trias anestesia (balanceanaesthesia) yaitu : sedasi, analgesi, dan relaksasi				
		20. Pemeliharaan anestesi dapat menggunakan agentvolatile (halothane, enflurane, maupun isoflurane) atau TIVA (Total Intravena Anestesia) dengan menggunakan ketamin atau propofol				
		21. Pada pembedahan yang memerlukan relaksasi otot diberikan pemeliharaan dengan obat pelumpuh otot non depolarisasi.				
3	Terminasi	22. Mengecek TTV dan saturasi O <sub>2</sub> hingga hingga di ruang pemulihan				
		23. Ekstubasi dilakukan setelah penderita sadar.				
		24. Penderita dipindahkan dari ruang pemulihan ke bangsal setelah memenuhi kriteria (Aldrete score > 8 untuk penderita dewasa atau Stewart Score > 5 untuk penderita bayi / anak).				
		25. Apabila post-operasi diperlukan pengawasan hemodinamik secara ketat maka dilakukan di ruang intensif (ICU).				
4	Dokumentasi	Dokumentasi tindakan dengan menggunakan format SOAP				
<b>ANESTESI REGIONAL</b>						
1	Preinterasi	1. Persiapan alat dan obat sesuai permintaan dokter anestesi				
		2. Penata melakukan eksplorasi perasaan				
		3. Membaca rekam medis pasien meliputi anamnesa Umum, pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium				
		4. Kaji kebutuhan pasien untuk diberikan anestesi regional				
		5. Cuci tangan				
2	Orientasi	6. Memberi salam				
		7. Memperkenalkan diri				
		8. Menjelaskan tujuan tindakan				
		9. Menjelaskan durasi tindakan				
		10. Melakukan <i>informed consent</i>				
		11. Pasang alat monitor untuk observasi TTV dan saturasi O <sub>2</sub>				
		12. Posisikan pasien duduk/berbaring				

		lateral dengan punggung fleksi maksimal untuk anesgesikspinal				
		13. Memakai handscoen steril				
		14. Membaca Basmallah				
3	Pelaksanaan	15. Identifikasi lumbal 3-4				
		16. Aspirasi obat ampul ke dalam spuit				
		17. Memasang doek atau kain steril pada area tindakan				
		18. Melakukan desinfeksi area penyuntikan dengan menggunakan isodine atau alkohol swab				
		19. Meminta ijin pasien untuk memulai tindakan				
		20. Memasukkan jarum pada area tindakan dan mendorong masuk ke area bawah kulit sepanjang area tindakan				
		21. Aspirasi spuit dan lakukan <u>barbotage</u> yakni: Jika keluar darah, maka tarik sedikit jarum tetapi jangan sampai tercabut kemudian jarum dibelokkan kembali jarum sepanjang area tindakan. Jika tidak keluar darah, maka insersi obat anestesi				
		22. Mencabut jarum dan menekan area penusukan dengan alkohol swab				
		23. Memberitahu pasien bahwa tindakan selesai dan pasien diposisikan terlentang kembali				
		24. Melakukan observasi sekitar 2-3 menit terhadap reaksi anestesi				
		25. Merapikan alat blok anestesi regional				
4	Terminasi	26. menanyakan kondisi pasien setelah dilakukan anestesi regional				
		27. Menanyakan hal yang kurang jelas pada pasien				
		28. Mendoakan pasien				
		29. Salam penutup				
5	Dokuemntasi	Dokumentasi tindakan dengan menggunakan format SOAP				

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\sum Ya}{\sum Item} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**Keterangan :**

K = Kompeten; BK = Belum Kompeten

Tanda (\*) merupakan *critical point* harus kompeten

**LEMBAR OBSERVASI**  
**PERSIAPAN MESIN ANESTESI**

NO	TAHAP	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETEN	
			YA	TIDAK	K	BK
1	Persiapan alat dan bahan	Mesin anestesi lengkap				
2	Persiapan mesin anestesi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mesin diatur lengkap (siap pakai)</li> <li>2. Central gas diatur lengkap</li> </ol>				
3	Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sambungkan mesin dengan <i>central gas</i> oksigen, N<sub>2</sub>O dan udara yang disesuaikan tempatnya</li> <li>2. Atur posisi mesin yang mudah dijangkau</li> <li>3. Lengkapi peralatan yang menunjang mesin anestesi:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Selang <i>corrugated</i></li> <li>b. Sodalime</li> <li>c. <i>Facemask</i> sesuai ukuran</li> <li>d. Monitor</li> </ol> </li> <li>4. Melakukan evaluasi mesin: Isi <i>volatileagent</i> dan kencangkan tutup vaporizer</li> <li>5. Periksa kebocoran:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Atur semua aliran gas ke nol (atau minimum).</li> <li>b. Tutup katup APL (<i>pop-off</i>) dan sumbat Y-piece.</li> <li>c. Beri tekanan pada sistem pernapasan hingga sekitar 30 cm H<sub>2</sub>O dengan siraman O<sub>2</sub>.</li> <li>d. Pastikan tekanan tetap stabil setidaknya selama 10 detik.</li> </ol> </li> <li>6. Buka katup APL (<i>pop-off</i>) dan pastikan tekanan menurun</li> <li>7. Periksa status akhir mesin:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Alat penguap mati</li> <li>b. Katup APL terbuka</li> </ol> </li> <li>8. Selector beralih ke <i>mode Bag</i></li> <li>9. Semua flowmeters ke nol (atau minimum)</li> <li>10. Sistem pernapasan siap digunakan</li> </ol>				
4	Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebocoran mesin</li> <li>2. Kebocoran <i>valve</i></li> <li>3. Kebocoran sirkuit</li> <li>4. Kebocoran <i>vaporizer</i></li> </ol>				
5	Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cantumkan hasil kalibrasi alat</li> </ol>				

		sesuai dengan fungsinya				
		2. Waktu, paraf, dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien				

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\sum Ya}{\sum Item} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**LEMBAR OBSERVASI  
MELAKUKAN INTUBASI**

NO	TAHAP	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETENSI	
			YA	TIDAK	K	BK
1	Persiapan alat	<b>STATICS</b>				
2	Persiapan pasien	Posisi praktisi berada di atas kepala pasien, ketika pasien berada di atas tempat tidur				
3	Pelaksanaan	1. Masukkan obat anestesi Umum (propofol, fentanyl, pelumpuh otot)				
		2. Lakukan pre-oksigenasi dengan 100% oksigen				
		3. Posisikan pasien: ‘ <i>sniffing the morning air position</i> ’, Leher sedikit fleksi, kepala ekstensi. 1bantal diletakkan di bawah kepala				
		4. Suction diperlukan untuk membersihkan jalan nafas pada kasus dimana sekresi jalan nafas tidak diinginkan, darah, atau muntah.				
		5. Setelah pasien rileks, buka mulut pasien dan gunakan laringoskop untuk mencari plica vokalis				
		6. Masukkan ETT melalui sisi kanan mulut, bimbing ujungnya masuk trakea sampai cuffETT melewati plica vokalis (kedalaman 23 cm pada laki-laki dan 21 cm pada wanita dewasa)Ambil introducer dan sambungkan ETT dengan mesin menggunakan connector				
		7. Hubungkan pipa ET dengan alat ventilasi seperti <i>bag-valvemask</i> yang terhubung dengan oksigen ( <i>flow</i> 10-12 L/menit).				
		8. Kembangkan cuff ETT secukupnya (sampai tidak ada kebocoran udara)dengan spuit 20 cc berisi udara				
		9. Evaluasi pemasangan dengan mendengarkan melalui stetoskop pengembangan ke-2 paru				

		10.Pasang OPA dengan cekungan menghadap ke atas lebih dahulu, kemudian putar 180 derajat menyentuh <i>palatum molle</i>				
		11.Setelah yakin ET masuk dalam trakea & suara nafas terdengar sama pd kedua paru kemudian Fiksasi ETT dengan plester				
4	Terminasi	Monitor respon pasien selama pemasangan ETT				
5	Dokumentasi	Tulis respon, nama perawat/penata anestesi, waktu, paraf dengan jelas dicatatan anestesi				

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\sum Ya}{\sum Item} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**LEMBAR OBSERVASI  
MELAKUKAN EKSTUBASI**

NO	TAHAP	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETENSI	
			YA	TIDAK	K	BK
1	Persiapan alat	1. Laringoscope 2. Peralatan suction lengkap 3. Spuit 10cc 4. Pinset 5. Alat-alat untuk memberikan oksigen 6. Perlengkapan lengkap untuk intubasi				
2	Persiapan pasien	Posisi praktisi berada di atas kepala pasien, ketika pasien berada di atas tempat tidur				
3	Pelaksanaan	Ukur nadi, tekanan darah, suhu, dan pernafasan Periksa AGD Berikan obat dexametason (bila ada instruksi dokter) Beritahu pasien untuk pengangkatan alat pernafasan Lepaskan fiksasi tube Lakukan penghisapan sekresi sampai bersih dan cuff ETT dikempiskan Saat pengangkatan tube, suction kateter harus ada didalam, lakukan penghisapan sampai tube diangkat Selesai pengangkatan tube pasang alat bantu oksigen dan monitor saturasi oksigen Satu jam kemudian periksa AGD ulang				
4	Terminasi	Monitor respon pasien				
5	Dokumentasi	Tulis respon, nama perawat/penata anestesi, waktu, paraf dengan jelas dicatat anestesi				

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\sum Ya}{\sum Item} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**LEMBAR OBSERVASI  
MENGHITUNG DOSIS OBAT**

NO	TAHAP	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETENSI	
			YA	TIDAK	K	BK
1	Identifikasi kebutuhan obat yang dipakai	1. Adanya pasien yang akan dianestesi 2. Adanya pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan				
2	Persiapan alat	1. Obat anestesi yang akan diberikan kepada pasien 2. S spuit sesuai kebutuhan 3. Aquadestilata 4. Kapas alkohol 5. Jam tangan 6. Sarung tangan				
3	Persiapan pasien	Posisi praktisi berada pada kesesuaian kebutuhan				
4	Pelaksanaan	1. Semua obat telah disiapkan 2. Mengambil obat dan aqua sesuai dengan kebutuhan 3. Mencatat obat yang dipergunakan sesuai dengan kapasitas dan jenis anestesi yang dilakukan 4. Menghitung perkiraan kebutuhan dalam penggunaan obat 5. S spuit diisi terlebih dahulu dengan obat yang dipergunakan 6. Menambahkan aqua steril sesuai dengan dosis obat yang akan diberikan 7. Mempersiapkan buku catatan kecil jika terjadi sesuatu				
5	Evaluasi	1. Jumlah obat dan pengencer telah sesuai 2. Tidak terjadi penggumpalan 3. Tidak berubah warna				
6	Dokumentasi	Tulis respon, nama perawat/penata anestesi, waktu, paraf dengan jelas dicatat anestesi				

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\sum Ya}{\sum Item} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**LEMBAR OBSERVASI**  
**PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KUNJUNGAN PREANESTESI**

NO	TAHAP	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		KOMPETENSI	
			YA	TIDAK	K	BK
1	Identifikasi kebutuhan	1. Rencana dan jenis tindakan anestesi 2. Adanya pasien yang cemas terhadap prosedur pembedahandan anestesi				
2	Persiapan alat	Media : leaflet atau lembar balik				
3	Persiapan pasien	Tempat pendidikan kesehatan dengan mempertimbangkan privasi pasien				
4	Pelaksanaan	1. Pendidikan kesehatan dibuka dengan ramah dan sopan 2. Perkenalan dilakukan dengan benar 3. Maksud dan tujuan disampaikan 4. Kontrak waktu 5. Materi disampaikan dengan bahasa yang mudah dimengerti 6. Penggunaan media sesuai dengan rencana dan tindakan pembedahan dan anestesi 7. Materi dirangkum dengan jelas 8. Evaluasi dilakukan sesuai tujuan pendidikan kesehatan 9. Hasil evaluasi disampaikan kepada pasien ddengan benar 10. Acara ditutup dengan ucapan salam				
5	Evaluasi	1. Pasien tidak cemas terhadap tindakan pembedahan dan anestesi 2. Upaya tindak lanjut tindakan dirumuskan 3. Merencanakan tindakan sesuai dengan kondiai pasien				
6	Dokumentasi	Tulis respon, nama perawat/penata anestesi, waktu, paraf dengan jelas dicatatan anestesi				

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\sum Ya}{\sum Item} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok : \_\_\_\_\_

NIM : \_\_\_\_\_

Nama Pembimbing Klinik : \_\_\_\_\_

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok : \_\_\_\_\_

NIM : \_\_\_\_\_

Nama Pembimbing Klinik : \_\_\_\_\_

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinis :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinis :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinis :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok : \_\_\_\_\_

NIM : \_\_\_\_\_

Nama Pembimbing Klinik : \_\_\_\_\_

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinis :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,

Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :  
 NIM :  
 Nama Pembimbing Klinik :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
 Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

**LOGBOOK PRAKTIK ANESTESI KASUS UMUM**  
**PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA**  
**TERAPAN**

Nama / Kelompok :

NIM :

Nama Pembimbing Klinis :

Jam Datang			Jam Pulang
No	Hari / Tanggal	Jam	Kegiatan

Mengetahui,  
Pembimbing Klinik

Mahasiswa

(.....)

(.....)

## DAFTAR PENCAPAIAN KETRAMPILAN PRAKTIK KLINIK

MAHASISWA PRODI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI PROGRAM SARJANA  
 TERAPAN UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA  
 TA 2021/2021

No	Kompetensi/ Ketrampilan	Tanggal dan Paraf Pembimbing Lapangan														
		Melihat					Melaksanakan									
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Pencegahan hipotermia pasca operasi															
2	Melakukan pemasangan alat nebulizer															
3	Melakukan pembersihan saluran nafas dengan suction															
4	Menilai respirasi															
5	Mengukur tekanan darah dan menghitung frekuensi nadi															
6	Inform consent															
7	Asuhan kepenataan pasien praanestesi															
8	Asuhan kepenataan pasien intraanestesi															
9	Asuhan kepenataan pasien pascaanestesi															
10	Kunjungan praanestesi/ <i>Visite preoperative</i>															
11	Melakukan tindakan perekaman EKG 12 Lead															
12	Memasang infus															
13	Memasang transfusi darah															
14	Mengganti cairan infus dan menghitung tetesan															
15	Memberikan obat pereda nyeri (supositoria)															
16	Memberikan obat pereda nyeri (intramuskular)															
17	Memberikan obat pereda nyeri (intrathekal dan epidural opioids)															
18	Memberikan obat pereda nyeri (intravena)															
19	Pemberian program terapi oksigen															
20	Pemberian premedikasi															
21	Mengawasi tingkat kesadaran pasien di ruang pulih sadar															
22	Mengukur CVP															
23	Anestesi Umum dan regional															
24	Intubasi															
25	Ekstubasi															
26	Persiapan mesin anestesi															
27	Menghitung dosis obat															
28	Pemberian pendidikan kesehatan (promkes)															

Yogyakarta,

Penanggungjawab Praktik Klinik

**Keterangan:**

- Ketrampilan harus diketahui oleh pembimbing lahan/CI dengan membubuhkan paraf dan tanggal mahasiswa melihat/ melakukan ketrampilan tersebut
- Apabila mendapatkan keterampilan selain table diatas, dianjurkan mahasiswa menambah keterampilan tersebut secara mandiri



# LAMPIRAN

## **Format Laporan Kasus dan Jurnal Ilmiah & Seminar Kasus**

1. Cover halaman depan
2. Halaman pengesahan
3. BAB I Asuhan Keperawatan Anestesi (ASKAN) hingga SOAP (sesuai kasus ditulis tangan di lembar folio/HVS)
4. BAB II Tinjauan pustaka (Fokus pada kasus yang dibahas)
5. BAB III Analisa dan pembahasan (refleksi dari kasus dengan teori dan jurnal penelitian pendukung ditulis tangan dilembar folio/HVS)
6. Lampiran jurnal pendukung sesuai kasus minimal 1 jurnal baik nasional maupun internasional

## Format Rekap Presentasi Kasus dan Jurnal Ilmiah Kelompok (1)

Nama Mahasiswa :  
 Tempat Praktik :  
 Hari/ Tanggal :  
 Judul Kasus :

No	Komponen Penilaian	Nilai		
		0	1	2
A. Persiapan				
1	Kedatangan tepat waktu			
2	Kelengkapan presentasi (makalah, askep, literatur penunjang) - Penulisan referensi - Penggunaan Bahasa baku			
B. Proses presentasi				
3	Bahasa penyajian			
4	Penguasaan forum			
5	Penguasaan materi			
6	kebenaran			
7	Kedalaman isi			
8	Kesinambungan teori, Askep dan Jurnal			
9	Analisis & <i>critical thinking</i>			
C. Diskusi/Responsi				
10	Penguasaan materi			
11	Ketepatan dalam menjawab dan argumentasi			
12	Pengelolaan sikap, kerapihan/penampilan diri			
	Nilai total : $\frac{\text{score total}}{24} \times 100$			

Komentar Penilai terhadap capaian mahasiswa

Tanda tangan mahasiswa

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....

.....

## Format Rekap Presentasi Kasus dan Jurnal Ilmiah Kelompok (2)

Nama Mahasiswa :  
 Tempat Praktik :  
 Hari/ Tanggal :  
 Judul Kasus :

No	Komponen Penilaian	Nilai		
		0	1	2
D. Persiapan				
1	Kedatangan tepat waktu			
2	Kelengkapan presentasi (makalah, askep, literatur penunjang) - Penulisan referensi - Penggunaan Bahasa baku			
E. Proses presentasi				
3	Bahasa penyajian			
4	Penguasaan forum			
5	Penguasaan materi			
6	Kebenaran isi			
7	Kedalaman isi			
8	Kesinambungan teori, Askep dan Jurnal			
9	Analisis & <i>critical thinking</i>			
F. Diskusi/Responsi				
10	Penguasaan materi			
11	Ketepatan dalam menjawab dan argumentasi			
12	Pengelolaan sikap, kerapihan/penampilan diri			
	Nilai total : $\frac{score\ total}{24} \times 100$			

Komentar Penilai terhadap capaian mahasiswa

Tanda tangan mahasiswa

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....

.....

### Format Rekap Presentasi Kasus dan Jurnal Ilmiah Kelompok (3)

Nama Mahasiswa :  
 Tempat Praktik :  
 Hari/ Tanggal :  
 Judul Kasus :

No	Komponen Penilaian	Nilai		
		0	1	2
G. Persiapan				
1	Kedatangan tepat waktu			
2	Kelengkapan presentasi (makalah, askep, literatur penunjang) - Penulisan referensi - Penggunaan Bahasa baku			
H. Proses presentasi				
3	Bahasa penyajian			
4	Penguasaan forum			
5	Penguasaan materi			
6	kebenaran			
7	Kedalaman isi			
8	Kesinambungan teori, Askep dan Jurnal			
9	Analisis & <i>critical thinking</i>			
I. Diskusi/Responsi				
10	Penguasaan materi			
11	Ketepatan dalam menjawab dan argumentasi			
12	Pengelolaan sikap, kerapihan/penampilan diri			
	Nilai total : $\frac{\text{score total}}{24} \times 100$			

Komentar Penilai terhadap capaian mahasiswa

Tanda tangan mahasiswa

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....

.....

### Rekap Presentasi Kasus dan Jurnal Ilmiah\*

No	Tanggal presus dan presjur	Tempat	masukan	Pembimbing	
				CI	Pendidikan
1					
2					
3					

\*diisi oleh *Clinical Instructure (CI)*

### Prosedur Pelaksanaan *Bed Side Teaching* (BST)

1. Mahasiswa berkoordinasi waktu dan materi BST dengan pembimbing lapangan untuk melakukan BST
2. Mahasiswa menyiapkan format BST dan checklist materi sebanyak 1 lembar kepada pembimbing lahan (untuk 1x BST)
3. Mahasiswa menerima umpan balik dari pembimbing lahan
4. Mahasiswa mengingatkan pembimbing lahan untuk menuliskan nama terang, tempat praktik/ruang praktik serta tanda tangan
5. Mahasiswa mengumpulkan hasil BST ke pembimbing Pendidikan pada saat Bersama dengan konsultasi ASKEP atau KTI

### Format Rekap Target BST

No	Materi	Pemateri BST	Nama Pasien	Hari/tgl	TTD dan Nama Terang Pemateri
1	Pemasangan Kateter				
2	Pemasangan NGT				
3	Perawatan Luka				
4	Ambulasi <i>Post</i> Operasi				
5	<i>Balance</i> dan Resusitasi Cairan				

## Pendoman Penggunaan *Direct Observational Procedural Skills (DOPS)*

Nama : (diisi nama lengkap mahasiswa)  
Tanggal : (diisi tanggal, bulan, tahun)  
Tempat PKK : (diisi tempat praktek yang digunakan)

Kasus (diisi misalnya kasus pasien Pre/Intra/Post Sectio caesarea) Setting kasus : O rawat jalan/ poli O rawat inap (dicentang salah satu) Kasus ke : (diisi DOPS ke berapa yang dilakukan) Penilai : (nama pembimbing klinik yang menilai)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Penjelasan skor :

Beri tanda  $\checkmark$  pada salah satu lingkaran pada masing-masing komponen di bawah ini dengan skala 1 (sangat buruk) – 6 (sangat baik).

Skor :

- Skor 1-2 (tidak mencapai target): keterampilan yang dilakukan mahasiswa tidak benar/ tidak sesuai prosedur kerja dan tidak memperhatikan PI, privacy, kenyamanan dan keamanan pasien
- Skor 3 (dalam batas mencapai target): keterampilan yang dilakukan mahasiswa sesuai dengan prosedur kerja tetapi prosedur kerja sebagian dikerjakan tidak berurutan, PI, Privacy, kenyamanan dan keamanan pasien kurang diperhatikan
- Skor 4 (mencapai target) : keterampilan yang dilakukan mahasiswa sesuai dengan prosedur kerja dan memperhatikan PI, Privacy, kenyamanan dan keamanan
- Skor 5-6 (melebihi target yang ditetapkan): keterampilan yang dilakukan mahasiswa sesuai dengan prosedur kerja dan memperhatikan PI, Privacy, kenyamanan dan keamanan, menunjukkan profesionalisme perawat anestesi
  - a. Penyampaian informed consent: perkenalan, penyampaian tujuan, prosedur pemeriksaan, manfaat, dampak, Bahasa.
  - b. Persiapan sebelum pemeriksaan: persiapan alat, tempat, ruang, petugas, pasien
  - c. Pemahaman indikasi. Anatomi terkait, dan Teknik prosedur: alasan kenapa pasien diperiksa, bagaimana posisi pemeriksaan, bagaimana posisi dan alat pemeriksaan
  - d. Kemampuan teknis: langkah-langkah prosedur pemeriksaan berurutan dan dikerjakan dengan benar
  - e. Teknik aseptik: prinsip pencegahan infeksi
  - f. Meminta bantuan apabila kesulitan: mahasiswa dapat meminta bantuan apabila tidak yakin dengan pemeriksaan, diagnosis, perencanaan yang diberikan.
  - g. Manajemen keperawatan anestesi: proses pengkajian/ anamnesis lengkap dan benar (penyajian data subyektif), data obyektif benar dan lengkap, diagnosis tepat, planning dan tindakan sesuai kasus
  - h. Keterampilan komunikasi: intonasi suara, Bahasa tubuh, Bahasa yang digunakan dimengerti pasien.
  - i. Profesionalisme penanganan pasien: mematuhi standar pelayanan dan etika profesi keperawatan anestesiologi, patuh terhadap kewenangannya, memperhatikan PI, soan, santun, ramah
  - j. Kemampuan Umum untuk tindakan secara keseluruhan: penilaian yang diberikan bidan terhadap seluruh kemampuan mahasiswa (aitem no 1-9) dalam memberikan asuhan kepada pasien.
- Penjelasan komentar penilai terhadap capaian mahasiswa ; *feedback/* umpan balik yang diberikan penilai terhadap hasil observasi yang sudah dilakukan mahasiswa
- Penjelasan tanda tangan: penilai dan mahasiswa wajib mencantumkan nama lengkap dan tanda tangan setelah pemberian *feedback/*umpan balik.

**Format Direct Observational Procedural Skills (DOPS)**

Nama : .....  
Tanggal : .....  
Tempat PKK : .....

Kasus .....  
Setting kasus : O Rawat jalan/ poli O rawat Inap (dicentang salah satu)  
Kasus ke : **Kateter Pria/Wanita (DC)**  
Penilai .....

Beri tanda ( √ ) pada salah satu lingkaran pada masing-masing komponen di bawah ini dengan skala 1 (sangat buruk) – 6 (sangat baik). Skor 1-2 (tidak mencapai target), 3 dalam batas mencapai target), 4 (mencapai target) dan 5-6 (melebihi target yang ditetapkan)

- |                                                            |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|--|
| 1. Penyampaian informed consent                            |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 2. Persiapan sebelum pemeriksaan                           |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 3. Pemahaman indikasi, anatomi terkait dan Teknik prosedur |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 4. Kemampuan teknis                                        |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 5. Teknik aseptik                                          |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 6. Meminta bantuan apabila kesulitan                       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 7. Menejemen kasus                                         |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 8. Ketrampilan komunikasi                                  |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 9. Profesionalisme penanganan pasien                       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 10. Kemampuan Umum untuk tindakan secara keseluruhan       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |

Komentar Penilai terhadap capaian mahasiswa

--

Tanda tangan mahasiswa

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....

.....

**Format *Direct Observational Procedural Skills* (DOPS)**

Nama : .....  
Tanggal : .....  
Tempat PKK : .....

Kasus .....  
Setting kasus : O Rawat jalan/ poli O rawat Inap (dicentang salah satu)  
Kasus ke : **Nasogastric Tube (NGT)**  
Penilai .....

Beri tanda ( √ ) pada salah satu lingkaran pada masing-masing komponen di bawah ini dengan skala 1 (sangat buruk) – 6 (sangat baik). Skor 1-2 (tidak mencapai target), 3 dalam batas mencapai target), 4 (mencapai target) dan 5-6 (melebihi target yang ditetapkan)

- |                                                            |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|--|
| 1. Penyampaian informed consent                            |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 2. Persiapan sebelum pemeriksaan                           |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 3. Pemahaman indikasi, anatomi terkait dan Teknik prosedur |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 4. Kemampuan teknis                                        |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 5. Teknik aseptic                                          |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 6. Meminta bantuan apabila kesulitan                       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 7. Menejemen kasus                                         |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 8. Ketrampilan komunikasi                                  |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 9. Profesionalisme penanganan pasien                       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 10. Kemampuan Umum untuk tindakan secara keseluruhan       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |

Komentar Penilai terhadap capaian mahasiswa

--

Tanda tangan mahasiswa

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....

.....

### Format *Direct Observational Procedural Skills (DOPS)*

Nama : .....  
Tanggal : .....  
Tempat PKK : .....

Kasus .....  
Setting kasus :  Rawat jalan/ poli  rawat Inap (dicentang salah satu)  
Kasus ke : **Perawatan Luka**  
Penilai .....

Beri tanda (  $\checkmark$  ) pada salah satu lingkaran pada masing-masing komponen di bawah ini dengan skala 1 (sangat buruk) – 6 (sangat baik). Skor 1-2 (tidak mencapai target), 3 dalam batas mencapai target), 4 (mencapai target) dan 5-6 (melebihi target yang ditetapkan)

- |                                                            |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|--|
| 1. Penyampaian informed consent                            |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 2. Persiapan sebelum pemeriksaan                           |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 3. Pemahaman indikasi, anatomi terkait dan Teknik prosedur |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 4. Kemampuan teknis                                        |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 5. Teknik aseptic                                          |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 6. Meminta bantuan apabila kesulitan                       |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 7. Menejemen kasus                                         |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 8. Ketrampilan komunikasi                                  |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 9. Profesionalisme penanganan pasien                       |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 10. Kemampuan Umum untuk tindakan secara keseluruhan       |    |    |    |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> tidak diamati/ diterapkan         | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |

Komentar Penilai terhadap capaian mahasiswa

--

Tanda tangan mahasiswa

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....

.....

**Format Direct Observational Procedural Skills (DOPS)**

Nama : .....  
Tanggal : .....  
Tempat PKK : .....

Kasus .....  
Setting kasus : O Rawat jalan/ poli O rawat Inap (dicentang salah satu)  
Kasus ke : **Ambulasi Post-Operasi**  
Penilai .....

Beri tanda ( √ ) pada salah satu lingkaran pada masing-masing komponen di bawah ini dengan skala 1 (sangat buruk) – 6 (sangat baik). Skor 1-2 (tidak mencapai target), 3 dalam batas mencapai target), 4 (mencapai target) dan 5-6 (melebihi target yang ditetapkan)

- |                                                            |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|--|
| 1. Penyampaian informed consent                            |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 2. Persiapan sebelum pemeriksaan                           |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 3. Pemahaman indikasi, anatomi terkait dan Teknik prosedur |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 4. Kemampuan teknis                                        |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 5. Teknik aseptic                                          |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 6. Meminta bantuan apabila kesulitan                       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 7. Menejemen kasus                                         |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 8. Ketrampilan komunikasi                                  |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 9. Profesionalisme penanganan pasien                       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 10. Kemampuan Umum untuk tindakan secara keseluruhan       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |

Komentar Penilai terhadap capaian mahasiswa

--

Tanda tangan mahasiswa

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....

.....

### Format *Direct Observational Procedural Skills (DOPS)*

Nama : .....  
Tanggal : .....  
Tempat PKK : .....

Kasus .....  
Setting kasus : O Rawat jalan/ poli O rawat Inap (dicentang salah satu)  
Kasus ke : **Balance dan Resusitasi Cairan**  
Penilai .....

Beri tanda (  $\checkmark$  ) pada salah satu lingkaran pada masing-masing komponen di bawah ini dengan skala 1 (sangat buruk) – 6 (sangat baik). Skor 1-2 (tidak mencapai target), 3 dalam batas mencapai target), 4 (mencapai target) dan 5-6 (melebihi target yang ditetapkan)

- |                                                            |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|--|
| 1. Penyampaian informed consent                            |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 2. Persiapan sebelum pemeriksaan                           |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 3. Pemahaman indikasi, anatomi terkait dan Teknik prosedur |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 4. Kemampuan teknis                                        |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 5. Teknik aseptic                                          |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 6. Meminta bantuan apabila kesulitan                       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 7. Menejemen kasus                                         |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 8. Ketrampilan komunikasi                                  |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 9. Profesionalisme penanganan pasien                       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |
| 10. Kemampuan Umum untuk tindakan secara keseluruhan       |    |    |    |    |    |    |  |
| O tidak diamati/ diterapkan                                | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 |  |

Komentar Penilai terhadap capaian mahasiswa

--

Tanda tangan mahasiswa

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....

.....

## **Prosedur Pelaksanaan *Long Case* / Ujian Akhir Praktik**

1. Mahasiswa menunjukkan dan mengumpulkan hasil penilaian BST dan DOPS ke pembimbing pendidikan
2. Mahasiswa minimal sudah melakukan 3 kali ASKAN yang telah dilakukan dengan kelompok dengan menunjukkan dan mengumpulkan bukti asuhan keperawatan
3. Mahasiswa berkoordinasi dengan pembimbing lahan untuk menentukan hari dan jam pelaksanaan ujian
4. Mahasiswa menyiapkan keperluan ujian (kenang-kenangan pasien, transport dan konsumsi pasien sesuai ketentuan yang ada di tata tertib)
5. Mahasiswa mengidentifikasi alat, tempat, bahan habis pakai untuk keperluan ujian dengan pembimbing lahan
6. Mahasiswa menyediakan daftar capaian kompetensi penilaian keterampilan dan berita acara ujian
7. Mahasiswa mengisi daftar hadir
8. Mahasiswa melakukan ujian
9. Mahasiswa melakukan pendokumentasian
10. Mahasiswa mendapatkan umpan balik dari pembimbing

## Rekap Long Case / Ujian Akhir

Nama/Kelompok :  
NIM :  
Kasus :  
Tempat Praktik :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai Bulat (N) 1-100	Masukan
1	<u>Pengkajian</u> (relevansi data fokus dengan kondisi pasien, kelengkapan data)		
2	<u>Diagnosa</u> (kesesuaian diagnose dengan kondisi pasien, rumusan diagnosa dan cara memprioritaskan diagnosa)		
3	<u>Perencanaan</u> (Penentuan tujuan, kriteria hasil, penyusunan dan penetapan rencana ASKAN)		
4	Pelaksanaan		
5	Evaluasi		
6	Sikap		
7	Dokumentasi		
8	Responsi Akhir: kebenaran dalam menjawab		
	<b>Skor Akhir</b>		

Yogyakarta, .....Maret 2021

Tanda tangan *Clinical Instructure*

.....



	1. Pakaian bersih dan rapi 2. Cekatan 3. Sabar 4. Tidak ragu-ragu dalam bertindak												
9	Ketelitian 1. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan bertindak dengan tenang 2. Dalam membuat laporan / pendokumentasian												
10	Kematangan professional 1. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan bertindak dengan tenang 2. Merahasiakan dan menghindari pembicaraan yang tidak perlu tentang klien/keluarga/masyarakat												

Jumlah nilai =

$$\text{Rata-rata} = \frac{\text{jumlah nilai}}{24}$$

Yogyakarta,      Maret 2021

*Clinical instructure*

.....

## FORMAT PENILAIAN PARTISIPASI PRE DAN POST CONFERENCE

Nama/Kelompok :  
NIM :  
Mata Ajaran :  
Tempat Praktik :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai (Centang Salah Satu)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Kesiapan dalam Pre/Post conference										
2	Mengemukakan pendapat selama pre/post conference										
3	Mengidentifikasi masalah atau mengemukakan isu untuk diskusi kelompok										
4	Menerima ide-ide oranglain										
5	Mengontrol emosi sendiri										
6	Memperhatikan dalam proses kelompok										
7	Kerjasama dalam pencapaian tujuan kelompok										

Nilai Akhir=  $\frac{\text{Jumlah YA}}{10}$

Kesimpulan = Kompeten/ Belum Kompeten

Yogyakarta, 2021  
Pembimbing Akademik

.....

## FORMAT PENILAIAN SEMINAR KASUS

Nama/Kelompok :  
 NIM :  
 Mata Ajaran :  
 Tempat Praktik :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai (Centang Salah Satu)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Persiapan										
	a. Tempat										
	b. Bahan Presentasi dan Laporan										
	c. Tepat waktu										
2	Tampilan Presentasi										
3	Kejelasan Penyajian										
4	Penguasaan Materi/Ketepatan memberikan jawaban										
5	Kerjasama Kelompok dalam Penyajian										
6	Ketepatan dalam Menyimpulkan										
7	Penerimaan ide										
8	Sikap										
<b>Nilai Akhir (Total Nilai x 10)</b>											

<b>Nama Penanya</b>	1. 2. 3.
<b>Nama Penjawab dalam Kelompok</b>	1. 2. 3.
<b>Masukan Pembimbing Akademik</b>	

Yogyakarta,   Maret 2021

Pembimbing Akademik

.....

### Format Surat Permohonan Ijin Sakit

Kepada Yth.  
Koordinator Praktik Klinik Keperawatan Anestesiologi  
Di Yogyakarta

Assalaamu'alaikum Wa Rahmatullahi Wa Barakaatuh  
Dengan Hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : .....  
NIM : .....  
Tempat Praktik : .....

Dengan ini mengajukan permohonan ijin tidak masuk praktik pada tanggal .... / ..... / 20...  
Dengan alasan karena sakit. Adapun **Surat keterangan Dokter** terlampir. Oleh karena itu,  
saya bersedia mengganti ijin tersebut di atas pada tanggal ..... / ..... / 20.... s/d . / ..... / 20....  
Segala konsekuensi yang mungkin terjadi akibat permohonan ini akan menjadi tanggung  
jawab saya pribadi dan saya akan menaati peraturan yang berlaku di institusi Pendidikan  
maupun pelayanan.

Demikian permohonan ini saya buat dengan sesungguhnya.  
Wassalaamu'alaikum Wa Rahmatullahi Wa Barakaatuh

.....

Hormat saya,

(nama mahasiswa)

Tembusan

1. Pembimbing lapangan
2. Pembimbing pendidikan

## Format Surat Permohonan Ijin Selain Sakit

Kepada Yth.  
Koordinator Praktik Klinik Keperawatan Anestesiologi  
Di Yogyakarta

Assalaamu'alaikum Wa Rahmatullahi Wa Barakaatuh

Dengan Hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : .....  
NIM : .....  
Tempat Praktik : .....

Dengan ini mengajukan permohonan ijin tidak masuk mengikuti kegiatan praktik klinik keperawatan anestesiologi. Lama ijin ..... hari, terhitung mulai tanggal ..... s/d..... adapun alasan ijin saya adalah .....  
Oleh karena itu saya bersedia mengganti ijin tersebut di atas pada tanggal. ....s/d.....

Segala konsekuensi yang mungkin terjadi akibat permohonan ini akan menjadi tanggung jawab saya pribadi dan saya akan menaati peraturan yang berlaku di institusi Pendidikan maupun pelayanan.

Demikian permohonan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Wassalaamu'alaikum Wa Rahmatullahi Wa Barakaatuh

Pembimbing klinik

(.....)

Coordinator PKK

(.....)

.....  
Hormat Saya,

(nama mahasiswa)

Pembimbing Pendidikan

(.....)

Tembusan:

1. Pembimbing lapangan
2. Pembimbing Pendidikan
3. Coordinator PKK

## Format Bukti Penggantian Dinas

Kepada Yth.  
Koordinator Praktik Klinik Keperawatan Anestesiologi  
Di Yogyakarta

Assalaamu'alaikum Wa Rahmatullahi Wa Barakaatuh  
Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (pembimbing lapangan) : .....  
Tempat Praktik : .....

Dengan ini menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini:

Nama mahasiswa : .....  
NIM : .....

Telah mengganti jadwal dinas yang ditinggalkan pada tanggal .....s/d .....  
Dengan sepengetahuan dan persetujuan dari kepala ruang/pembimbing lapangan.  
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan dapat  
dipertanggungjawabkan dikemudian hari.

Mahasiswa yang bersangkutan

.....  
Pembimbing klinik

( ..... )

( ..... )

Tembusan:

1. Pembimbing Pendidikan
2. Koordinator PKK

Lembar Bimbingan *Clinical Instructur* (CI)

NO	Hari/tgl	Waktu (jam) Mulai s/d selesai	Materi bimbingan	Tempat praktik	Paraf	
					Mhs	Dosen
1						
2						
3						
4						
5						
6						

NO	Hari/tgl	Waktu (jam) Mulai s/d selesai	Materi bimbingan	Tempat praktik	Paraf	
					Mhs	Dosen
7						
8						
9						
10						
11						
12						

NO	Hari/tgl	Waktu (jam) Mulai s/d selesai	Materi bimbingan	Tempat praktik	Paraf	
					Mhs	Dosen
13						
14						
15						

