



Fakultas Ilmu Kesehatan ITSK RS dr Soepraoen
Program Studi S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

MAHASISWA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS



www.skep.itsk-soepraoen.ac.id
ners@itsk-soepraoen.ac.id

PENYUSUN

Dr. Ns. Apriyani Puji Hastuti, M. Kep

Ns. Rif'atul Fani, M. Kep

Dr. Ns. Ardhiles Wahyu Kurniawan, M. Kep

Ns. Hanim Mufarokhah, M. Kep

ISBN

Hak Cipta@2025

ITSK RS dr Soepraoen Malang

Hak Publikasi pada ITSK RS dr Soepraoen Malang

Dilarang menerbitkan atau menyebarkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau sistem menyimpan dan mengambil informasi tanpa seizin tertulis penerbit.

Program Studi S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners

ITSK RS dr Soepraoen Malang

Jalan Sodanco Supriadi 22 Malang

Email: ners@itsk-soepraoen.ac.id



**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS, DAN KESEHATAN
RS DR. SOEPRAOEN KESDAM V/BRAWIJAYA MALANG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Jalan Sudanco Supriadi nomor 22 Malang 65147 Telp. (0341) 351275 Fax. (0341) 351310
Website : www.itsk-soepraoen.ac.id/Email : informasi@itsk-soepraoen.ac.id



**KEPUTUSAN DEKAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN ITSK RS dr. SOEPRAOEN
Nomor: Skep / 381 / VIII / 2024**

Tentang

**PANDUAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI NERS FAKULTAS ILMU KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS DAN KESEHATAN RS DR SOEPRAOEN
MALANG TAHUN 2025**

FAKULTAS ILMU KESEHATAN ITSK RS dr. SOEPRAOEN MALANG

- Menimbang : 1. Bahwa sebagai panduan untuk pelaksanaan kegiatan Karya Ilmiah Akhir Ners
2. Bahwa untuk menyatakan sebagaimana butir tersebut diatas perlu ditetapkan dengan sebuah surat keputusan
- Mengingat : 1. Undang- Undang Republik Indonesia nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
2. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
3. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi
4. Renstra Institut Teknologi Sains, dan Kesehatan RS dr Soepraoen Malang tahun 2020
5. Renstra Fakultas Ilmu Kesehatan ITSK RS dr Soepraoen tahun 2023- 2027
6. Rencana Operasional Fakultas Ilmu Kesehatan ITSK TA. 2024/ 2025
7. Rencana Operasional Program Studi S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners TA. 2024/ 2025
- Memperhatikan : Hasil Rapat Kerja Program Studi S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan ITSK RSDS Malang tanggal 7- 8 Agustus 2024

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : Pertama : Panduan Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners Tahun 2024/ 2025 sebagaimana lampiran.
- Kedua : Rencana Operasional ini disusun memuat sebagai berikut:
PENDAHULUAN, PROSEDUR, SISTEMATIKA PENULISAN

- Ketiga : Panduan Karya Ilmiah Akhir Ners diterapkan TMT TA. 2024/ 2025 dan akan ditinjau ulang sesuai dengan evaluasi yang dilaksanakan tiap tahun akademik
- Keempat : Surat Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan, dan akan ditinjau kembali manakala terjadi kekeliruan.

Ditetapkan di Malang
Pada tanggal 20 November 2024

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
ITSK RS dr Soepraoen Malang



Dr. Ardhiles Wahyu K., S. Kep., Ns., M. Kep
NIDN. 0717048301

KATA PENGANTAR

Buku Pedoman Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan ITSK RS dr Soepraoen Malang diterbitkan dengan maksud untuk mempermudah mahasiswa dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir. Dengan adanya buku pedoman penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, diharapkan dapat memperlancar dan memperkecil perbedaan persepsi antar pembimbing dan mahasiswa dalam proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir.

Pedoman Penulisan Karya Ilmiah Akhir merupakan rujukan yang berisi tentang syarat mengajukan Karya Ilmiah Akhir, prosedur penulisan, kerangka penulisan dan penilaian. Untuk itu, mahasiswa diharuskan mengikuti ketentuan yang ada dalam buku pedoman ini.

Akhirnya kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan masukan dalam penerbitan buku pedoman ini. Semoga mahasiswa Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan ITSK RS dr Soepraoen Malang dapat lebih mudah memahami kerangka penulisan Karya Ilmiah Akhir ini sehingga dapat menyelesaikan dengan lebih baik dan tepat waktu. Semoga buku pedoman ini dapat membantu meningkatkan kualitas dan terutama dapat dipertanggung jawabkan.

Malang, 15 November 2024

Pengelola Prodi Profesi Ners

DAFTAR ISI

COVER DEPAN	I
COVER BELAKANG.....	II
SK PEDOMAN	III
KATA PENGANTAR	V
DAFTAR ISI	VI
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
BAB 2 INFORMASI KIA	3
BAB 3 PERSYARATAN DAN PROSES BIMBINGAN.....	13
BAB 4 SISTEMATIKA PENULISAN.....	17
BAB 5 UJIAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS	25
LAMPIRAN	28

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Karya Ilmiah Akhir pada tahap profesi Ners merupakan salah satu mata kuliah inti yang terdapat dalam Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia tahun 2021 (AIPNI, 2021). Mata kuliah ini memiliki bobot 2 sks. Mata kuliah ini dimulai dengan praktik di area keperawatan sesuai peminatan mahasiswa. Setelah menyelesaikan praktik, mahasiswa menyusun laporan karya ilmiah akhir.

Fokus mata kuliah ini adalah pada pendekatan ilmiah sebagai strategi dalam penyelesaian masalah, identifikasi fenomena kebutuhan/masalah keperawatan, penerapan intervensi sesuai praktik berbasis bukti. Wahana praktik yang digunakan dapat di rumah sakit, puskesmas dan tatanan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat serta komunitas.

Capaian pembelajaran mata kuliah seperti yang tertulis dalam buku Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia tahun 2021 (AIPNI, 2021) adalah apabila dihadapkan pada pasien/klien: individu atau keluarga yang mengalami masalah kesehatan pada area peminatan keperawatan tertentu, mahasiswa mampu menyusun karya ilmiah akhir dengan mengangkat salah satu issue yang dapat menjadi lesson learn berdasarkan pendekatan asuhan keperawatan, atau pendekatan lainnya yang sesuai dengan bidang keilmuan dan issue sentral yang diangkat.

Laporan yang disusun oleh mahasiswa berupa laporan kasus atau case report. Pada panduan ini diuraikan bentuk laporan karya ilmiah akhir berupa case report. Setiap program studi dapat menentukan jenis pendekatan yang akan dipakai dalam menyusun laporan case reportnya yang akan diberlakukan untuk mahasiswanya masing-masing. AIPNI memberikan keleluasaan kepada setiap program studi terhadap hal tersebut. Setiap program studi diharapkan dapat menyusun panduan karya ilmiah akhir yang lebih rinci dan ditetapkan dalam keputusan pimpinan unit pengelola program studi sebelum diimplementasikan.

Buku panduan ini merupakan salah satu suplemen yang menjadi kelengkapan dari buku Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia tahun 2021 dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari buku Kurikulum tersebut.

1.2 TUJUAN:

Tujuan dari penulisan buku panduan ini adalah untuk memberikan gambaran dan pedoman bagi mahasiswa dalam menyusun karya ilmiah akhir tahap profesi ners sehingga Setelah menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners mahasiswa diharapkan.

1. Mampu melakukan analisis asuhan keperawatan dan mengembangkan ilmu bidang keperawatan berdasarkan *Evidence Based Practice*.
2. Melakukan studi kepustakaan yang relevan dengan masalah yang dianalisis.
3. Menyusun dan menulis suatu karya ilmiah bidang keperawatan.
4. Mempublikasikan karya ilmiah di jurnal cetak maupun elektronik

1.3 MATERI KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Permasalahan yang akan diangkat menjadi topik karya ilmiah akhir Ners dikembangkan dari bidang ilmu keperawatan yang terkait. Materi karya tulis didasarkan atas data dan/atau informasi yang berasal dari hasil asuhan keperawatan, studi kepustakaan, penelitian klinik, dan/atau penelitian di masyarakat. Hal ini dimaksudkan agar mahasiswa memperoleh pengalaman penerapan dari hasil penelitian yang sudah pernah dilakukan, dan menuangkan dalam bentuk paparan karya tulis ilmiah

BAB 2

INFORMASI KIA

2.1 DEFINISI:

Mata kuliah ini dimulai dengan praktik sesuai peminatan mahasiswa (Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Komunitas, Manajemen Keperawatan dan Keperawatan Gerontik). Kegiatan berikutnya adalah penyusunan laporan sesuai dengan kasus yang dipilih. Mata kuliah ini berfokus pada pendekatan ilmiah sebagai strategi pemecahan masalah, identifikasi fenomena kebutuhan/masalah keperawatan, penerapan intervensi sesuai praktik berbasis bukti. Wahana praktik yang digunakan adalah rumah sakit, puskesmas, dan komunitas. Bahasa pengantar yang digunakan adalah Bahasa Indonesia.

KIA adalah suatu karya tulis ilmiah berupa paparan hasil penerapan proses asuhan keperawatan kepada pasien secara ideal sesuai dengan teori dan berisi pembahasan atas kesenjangan yang terjadi di lapangan. Kegiatan penelitian dalam rangka penulisan karya ilmiah akhir dilaksanakan melalui :

1. Studi Lapangan (*Field Research*) untuk memperoleh data primer. Yang dimaksud dengan data primer adalah data yang diperoleh mahasiswa secara langsung dari sumber data, baik melalui pengamatan (observation), wawancara (interview), maupun hasil pengukuran langsung lainnya.
2. Studi Kepustakaan (*Library Research*) untuk memperoleh teori-teori dan atau data sekunder yang relevan dengan permasalahan yang diteliti. Data sekunder yang dimaksud adalah data yang diperoleh mahasiswa dengan memanfaatkan data yang terlebih dahulu dikumpulkan dan dilaporkan oleh pihak lain, dalam bentuk publikasi ilmiah, jurnal, majalah ilmiah, dan sebagainya

2.2 CAPAIAN PEMBELAJARAN:

Bila dihadapkan pada pasien/klien: individu atau keluarga yang mengalami masalah kesehatan pada area peminatan keperawatan baik anak, maternitas, medikal bedah, jiwa, komunitas serta gerontik, mahasiswa mampu menyusun karya ilmiah akhir berdasarkan asuhan keperawatan dengan pendekatan ilmiah sebagai strategi pemecahan masalah, identifikasi fenomena kebutuhan/masalah keperawatan, dan penerapan intervensi sesuai praktik berbasis bukti.

2.3 RUANG LINGKUP

Materi karya ilmiah akhir dikembangkan dari bidang ilmu keperawatan sesuai dengan minat kekhususan keperawatan. Materi tersebut didasarkan pada data dan atau informasi yang berasal dari penelitian atau studi kepustakaan. Penulisan KIA harus dapat mengetengahkan indikator yang hendak ditemukan, terutama yang berkaitan dengan asuhan keperawatan yang akan diteliti. Karena sifatnya yang demikian, KIA harus mengetengahkan ruang lingkup permasalahan asuhan keperawatan yang dijadikan peminatan diantaranya adalah sebagai berikut:

2.2.1 Keperawatan Komunitas

A. Deskripsi *Case Report* Keperawatan Komunitas:

Fokus pengambilan kasus dalam keperawatan komunitas mencakup asuhan keperawatan dalam 10 (sepuluh) penyakit yaitu hipertensi, TB, diare, ISPA, DHF, HIV-AIDS, stunting, DM, rematik atau gout arthritis, dan stroke. Kasus terkait kesehatan kerja ataupun kesehatan sekolah (SD-SMA) mencakup trias UKS, PHBS, dan kesehatan remaja juga dapat diambil sebagai *case report*. Perumusan masalah keperawatan komunitas diutamakan pada 7 (tujuh) masalah keperawatan yaitu koping komunitas tidak efektif, kesiapan peningkatan koping komunitas, perilaku kesehatan cenderung berisiko. defisit kesehatan komunitas, pemeliharaan kesehatan tidak efektif, kesiapan peningkatan manajemen kesehatan, dan manajemen kesehatan tidak efektif. Penyusunan intervensi keperawatan disesuaikan dalam level prevensi primer, sekunder. dan tersier. Upaya kesehatan difokuskan pada aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

B. Deskripsi *Case Report* Keperawatan Keluarga:

Fokus leveling kompetensi pada asuhan keperawatan keluarga berada dalam level 1 dan level 2. Level 1 yakni fokus pengkajian dan intervensi pada individu dalam keluarga. Level 2 yaitu fokus pengkajian dan intervensi pada beberapa anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan yang sama. Kasus yang dapat diambil berupa asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan tumbuh kembang keluarga yakni asuhan keperawatan keluarga dengan balita, anak usia sekolah, remaja, dewasa, dan lansia. Kasus yang dapat diambil juga dapat berupa asuhan keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan yang lazim yaitu diare, TB,

hipertensi, DM, Covid-19, stroke, gizi kurang/lebih, demam berdarah, radang sendi dan gastritis. Pendekatan asuhan keperawatan tentunya juga berdasarkan pada tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah, memutuskan mengatasi masalah, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

C. Deskripsi Case report Keperawatan Gerontik

Fokus Masalah dalam keperawatan gerontik adalah perubahan pada proses menua (yang dialami oleh individu dengan usia > 60 tahun) yang diidentikkan dengan Sindrom Geriatri dengan pendekatan 14 I (Imobilisasi, Instabilitas postural, Inkontinensia Urin/Fekal, Infeksi, Impairment of Senses, Inanition, Iatrogenik, Insomnia, Intellectual Impairment, Isolasi Sosial, Impecurity (Berkurangnya kemampuan keuangan), Impaction (Konstipasi), Immune Deficiency, Impotence.

Setting tempat dalam keperawatan gerontik adalah :

- Panti Wredha
- Ruang Rawat Geriatri
- Poli Geriatri
- Ruang rawat/ Poli interna : kasus individu lansia yang berusia > 60 th plus sindrom geriatric (multiple diagnosis)
- Puskesmas : kasus individu lansia yang berusia > 60 th plus sindrom geriatric (multiple diagnosis)
- Rumah/Keluarga/Homecare : kasus individu lansia yang berusia > 60 th plus sindrom geriatric (multiple diagnosis) dan tidak menggunakan pendekatan keluarga dalam askep

2.2.2 Keperawatan Medikal Bedah

Fokus pengambilan kasus dalam keperawatan Medikal bedah mencakup Asuhan keperawatan pada klien dewasa yang mengalami gangguan fisiologis yang bersifat actual atau potensial dikarenakan adanya suatu penyakit, trauma atau kecacatan. Asuhan keperawatan meliputi seluruh proses keperawatan (Pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi) yang dapat diimplementasikan kepada klien dewasa baik tindakan keperawatan mandiri maupun kolaborasi yang bertujuan untuk membantu individu dalam meningkatkan dan mempertahankan kondisi sehatnya; suatu tindakan preventif, deteksi dan mengatasi kondisi klien berkaitan dengan suatu penyakit;

meningkatkan kenyamanan dan mengoptimalkan kemampuan klien. Ruang lingkup asuhan keperawatan medikal bedah yang dapat dijadikan topic dalam case report meliputi gangguan pada 10 fungsi sistem tubuh antara lain:

1. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem pernapasan;
2. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem jantung dan pembuluh darah, limfatik;
3. Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Fungsi Sistem pencernaan, hati dan kandung empedu;
4. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem saraf dan perilaku;
5. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem penginderaan;
6. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem endokrin dan metabolisme;
7. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem muskulo-skeletal,
8. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem perkemihan,
9. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem integumen, dan
10. Asuhan keperawatan pada pasien gangguan fungsi sistem darah dan kekebalan tubuh.

2.2.3 Keperawatan Anak

Fokus pengambilan kasus pada Keperawatan Anak mencakup pemberian Asuhan Keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang berfokus kepada respon anak dan keluarganya (*Family Center Care*) pada setiap tahap perkembangan mulai lahir sampai akhir masa remaja baik dalam keadaan sakit Akut ataupun Kronis dan kondisi terminal, yang dilakukan dengan menerapkan pelayanan profesional keperawatan (holistik), serta mampu memberikan pendidikan kesehatan, menjalankan fungsi advokasi bagi klien/keluarganya dengan menerapkan komunikasi efektif, serta membuat keputusan dengan mempertimbangkan aspek legal dan etik.

Case Report dalam keperawatan Anak dalam pemberian Asuhan Keperawatan dengan pendekatan *Family Center Care* yang meliputi pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, implementasi dan Evaluasi yang mencakup:

A. Asuhan Keperawatan pada Anak Sakit Akut

1. Pemberian Asuhan Keperawatan pada anak dengan gangguan nutrisi dan dampaknya terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia (dalam konteks keluarga)
 2. Pemberian asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggi dan dampaknya terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia (dalam konteks keluarga)
 3. Pemberian asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan system tubuh dan dampaknya terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia (dalam konteks keluarga)
 4. Pemberian Asuhan Keperawatan dan Upaya edukatif pada balita sakit dengan pendekatan MTBS dan Asuhan pada bayi muda sakit dengan pendekatan MTBM
- B. Asuhan Keperawatan pada Anak Sakit Kronis
1. Asuhan Keperawatan pada anak dan keluarga dengan gangguan system tubuh dan dampaknya terhadap pemenuhan dasar manusia
 2. Asuhan keperawatan pada anak dan keluarga dengan Kelainan Kongenital pada berbagai system tubuh dan dampaknya terhadap pemenuhan dasar manusia
 3. Asuhan keperawatan anak sakit dengan berkebutuhan khusus
- C. Pemberian Asuhan Keperawatan pada bayi dan anak dengan sakit terminal
- D. Asuhan keperawatan Perioperative care pada Anak
- E. Pemberian pelayanan keperawatan pada tahap perkembangan dan pertumbuhan anak sesuai tahapan usia melalui pemeriksaan DDST
- F. Penerapan konsep Bermain dalam tahap perkembangan anak akibat Hospitalisasi
- G. Pendidikan kesehatan pada anak dan keluarga yang mengalami sakit Akut/Kronis
- H. Pemberian Asuhan Keperawatan pada anak yang mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan

2.2.4 Keperawatan Jiwa

Fokus pengambilan kasus dalam keperawatan Kesehatan jiwa adalah Asuhan keperawatan jiwa : pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi dan implementasi dengan berfokus pada 3 penggolongan diagnosa yaitu diagnosa sehat jiwa, psikososial atau resiko dan diagnosa gangguan jiwa.

A. Diagnosa gangguan jiwa diantaranya :

1. Halusinasi
2. Waham
3. Resiko perilaku kekerasan
4. Resiko bunuh diri
5. Harga diri rendah
6. Isolasi sosial
7. Deficit perawatan diri

B. Diagnosa psikososial diantaranya :

1. Ketidakberdayaan
2. Keputusanasaan
3. Distress spiritual
4. Gangguan citra tubuh
5. Berduka disfungsiional
6. Ansietas
7. HDR situasional

C. Diagnosa sehat jiwa diantaranya :

1. Kesiapan peningkatan perkembangan infat
2. Kesiapan peningkatan perkembangan toddler
3. Kesiapan peningkatan perkembangan preschool
4. Kesiapan peningkatan perkembangan usia sekolah
5. Kesiapan peningkatan perkembangan remaja
6. Kesiapan peningkatan perkembangan dewasa
7. Kesiapan peningkatan perkembangan lansia

2.2.5 Keperawatan Maternitas

Keperawatan maternitas merupakan pelayanan keperawatan profesional yang berupaya peningkatan kesehatan reproduksi ditujukan kepada **wanita usia subur dan pasangan usia subur (WUS DAN PUS)** yang berkaitan dengan masa diluar kehamilan, masa kehamilan, masa melahirkan, masa nifas sampai enam minggu, dan bayi yang dilahirkan sampai **berusia 28 hari** beserta keluarganya. Pelayanan berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam melakukan adaptasi fisik dan psikososial dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Fokus pengambilan kasus dalam keperawatan maternitas adalah Asuhan keperawatan Maternitas dengan **pendekatan Family Center Maternity Care (FCMC)** yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi dan implementasi dengan berfokus pada asuhan pada WUS dan PUS yang meliputi :

A. Asuhan keperawatan pada masa Kehamilan (Antenatal Care) :

1. Melakukan asuhan keperawatan pada ibu hamil normal
2. Melakukan asuhan keperawatan pada ibu hamil berisiko
3. Melakukan asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan komplikasi

B. Asuhan Keperawatan pada masa persalinan (Intranatal Care) :

1. Melakukan asuhan keperawatan persalinan normal
2. Melakukan asuhan keperawatan pada ibu bersalin dengan tindakan
3. Melakukan Asuhan keperawatan pada ibu bersalin dengan komplikasi

C. Asuhan Keperawatan pada Bayi Baru Lahir Normal

D. Asuhan Keperawatan Pada masa Post Partum (Post Partum Care)

1. Melakukan Asuhan keperawatan pada post partum normal
2. Asuhan keperawatan pada ibu post partum dengan komplikasi
3. Manajemen laktasi

E. Asuhan Keperawatan pada ibu dengan gangguan system reproduksi

F. Asuhan Keperawatan Kasus Kekerasan Seksual

G. Manajemen Nyeri pada masalah Obstetri Ginekologi

2.2.6 Manajemen keperawatan

Fokus dalam pengambilan kasus pada Manajemen Keperawatan yaitu membahas salah satu komponen dalam asuhan atau pengelolaan asuhan keperawatan. Hal ini menjelaskan hasil pengamatan pada kasus yang diambil memuat penjelasan fungsi-fungsi manajemen di ruang rawat. Gambaran kasus dapat ditambahkan tabel dan grafik untuk pemaparan data karakteristik fungsi-fungsi manajemen. Presentasi kasus dilengkapi data yang didapatkan pada fungsi-fungsi manajemen baik data subyektif maupun data obyektif. Adapun topik Manajemen Keperawatan yang dapat dijadikan *Case Report* adalah sebagai berikut:

1. Penerapan fungsi manajemen: perencanaan
2. Penerapan fungsi manajemen: pengorganisasian
3. Penerapan fungsi manajemen: pengelolaan staf

4. Penerapan fungsi manajemen: pengarahan
5. Penerapan fungsi manajemen: pengendalian
6. Penerapan pengelolaan asuhan keperawatan
7. Analisis kenyamanan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di tempat kerja
8. Penerapan komunikasi SBAR di ruang perawatan
9. Penerapan penerimaan pasien baru
10. Penerapan timbang terima
11. Penerapan pre-post conference
12. Penerapan diskusi refleksi kasus
13. Penerapan ronde keperawatan
14. Penerapan supervises

2.2.7 Keperawatan Gawat Darurat

Fokus kasus dalam Keperawatan Gawat Darurat adalah memberikan Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami gangguan fisiologis dan patologis dalam semua rentang usia yang mengancam kehidupan atau cenderung mengancam kehidupan yang terjadi secara tiba-tiba dikarenakan adanya suatu penyakit, trauma atau kecacatan, konsep bantuan hidup dasar dan lanjutan, terapi support pada klien gawat darurat, pendidikan kesehatan asuhan keperawatan kegawatdaruratan, trend dan issue dalam asuhan keperawatan kegawatdaruratan, dan intervensi keperawatan pada kasus dengan kegawatdaruratan. Bidang cakupan kegawatdaruratan meliputi *pre hospital*, *in hospital* dan *post hospital*.

Ruang lingkup asuhan keperawatan Gawat Darurat yang dapat dijadikan topik dalam *case report* meliputi:

1. Triage
2. Pasien dengan kasus *True Emergency* Yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat darurat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya, yang terbagi atas:
 - a. Pasien Resusitasi
 - b. Pasien Gawat Darurat
 - c. Pasien Gawat Tidak Darurat

- d. Pasien Darurat Tidak Gawat
- 3. Pasien dengan kasus *False Emergency* Yaitu pasien dengan keadaan tidak gawat dan tidak darurat.
- 4. Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan meliputi:
 - a. Sistem Syaraf (Kesadaran)
 - b. Sistem Pernafasan (Manajemen Airway dan Breathing)
 - c. Sistem sirkulasi (Jantung)
 - d. Sistem Vaskular (darah)
 - e. Sistem Immunologis
 - f. Sistem Gastrointestinal
 - g. Sistem Skeletal
 - h. Sistem Integumen
 - i. Sistem Farmakologis/ Toksikologis
 - j. Sistem Reproduksi
 - k. Aspek Psikologis

2.3 PROSES KEGIATAN PENYUSUNAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dilakukan melalui beberapa tahap yaitu sebagai berikut:

- 1. Proses penyusunan diawali dengan pembagian kelompok mahasiswa di tiap stase oleh pihak akademik Prodi Pendidikan Profesi Ners
- 2. Penyusunan karya ilmiah akhir Ners ini dapat dilakukan oleh mahasiswa mulai awal stase/praktik luring (setelah merawat pasien/klien) sesuai dengan pembagian kelompok oleh pihak akademik Prodi Pendidikan Profesi Ners
- 3. Mahasiswa melakukan asuhan keperawatan kepada 1 klien/pasien (minimal 4 hari perawatan) dengan minimal 2 (dua) *Evidence Based Practice* atau melakukan asuhan keperawatan pada 2 klien/pasien dengan 1 (satu) *Evidenced Based Practice*.
- 4. Proses pembuatan karya ilmiah akhir Ners setiap mahasiswa akan didampingi oleh 1 pembimbing sesuai dengan pembagian stase tersebut.
- 5. Pertemuan pertama dengan pembimbing karya ilmiah akhir Ners, mahasiswa bertemu dengan pembimbing untuk menentukan kasus yang akan dianalisis. Pada pertemuan

tersebut, mahasiswa berperan secara aktif dan membawa materi berupa *study literature* yang terkait dengan kasus yang akan dibahas.

6. Proses konsultasi penyusunan karya ilmiah dapat dilakukan melalui berbagai media (daring) dan tatap muka (luring).
7. Kegiatan konsultasi dengan pembimbing dilakukan minimal 4 kali bimbingan (ditunjukkan dalam lembar bimbingan/lembar konsultasi yang akan dilampirkan sebagai prasyarat ujian akhir KIA).

BAB 3

PERSYARATAN DAN PELAKSANAAN PROSES BIMBINGAN

3.1 Persyaratan Pembimbing dan Penguji

Selama proses penyusunan dan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, mahasiswa dibimbing oleh satu pembimbing, dengan kualifikasi:

1. Dosen di lingkungan Program Studi S1 Keperawatan dan Program Studi Profesi Ners, dengan latar belakang pendidikan minimal Ners dengan kualifikasi Magister di bidang ilmu keperawatan/kesehatan, yang ditunjuk oleh program studi dan disahkan dengan surat keputusan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.
2. Bersedia menjadi pembimbing (ditunjukkan dengan surat kesediaan menjadi pembimbing)

Selama proses penyusunan dan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, mahasiswa di uji oleh 1 penguji akademik diluar dosen pembimbing, dengan kualifikasi:

1. Dosen di lingkungan Program Studi S1 Keperawatan dan Program Studi Profesi Ners, dengan latar belakang pendidikan minimal Ners dengan kualifikasi Magister di bidang ilmu keperawatan/kesehatan, yang ditunjuk sebagai penguji oleh program studi dan disahkan dengan surat keputusan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.
2. Bersedia menjadi pembimbing (ditunjukkan dengan surat kesediaan menjadi pembimbing).

3.2 HAK DAN KEWAJIBAN PEMBIMBING

Hak dan kewajiban pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners disusun sebagai berikut:
Hak pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners adalah:

1. Menetapkan waktu seminar Karya Ilmiah Akhir Ners (rentang waktu ditentukan oleh Prodi)
2. Menandatangani/menunda penandatanganan Karya Ilmiah Akhir Ners apabila mahasiswa belum memenuhi syarat

3. Menerima/menolak pencantuman nama dalam naskah publikasi.
4. Memiliki bukti-bukti dan raw data hasil analisis karya ilmiah akhir.
5. Mempunyai hak terhadap karya ilmiah untuk mempublikasikan karyanya di media cetak dan elektronik sebagai penulis 1, 2, dan atau seterusnya. (tidak wajib untuk publikasi, namun diperbolehkan)
6. Dosen pembimbing dapat menjadi penulis utama dengan persyaratan ada kontrak/ kesepakatan dari awal dengan peserta didik.

Kewajiban pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners adalah:

1. Menyediakan waktu dan tempat untuk konsultasi dengan menyepakati waktu (baik daring atau luring);
2. Memantau proses penulisan karya ilmiah akhir Ners;
3. Membaca karya ilmiah akhir Ners mahasiswa dengan teliti dan kritis;
4. Mencegah berbagai pelanggaran etika penulisan karya ilmiah akhir Ners; 5. Melakukan cek turnitin (minimal sama dengan 30%);
5. Membantu kelancaran proses penyusunan karya ilmiah akhir Ners;
6. Melakukan supervisi, apabila diperlukan;
7. Menguji hasil karya ilmiah akhir Ners
8. Memberikan wawasan mengenai trend/isu penelitian mutakhir;
9. Membantu memecahkan masalah mahasiswa, terutama yang mempengaruhi kelancaran proses penyusunan karya ilmiah akhir Ners.

3.3 PENGANTIAN BIMBINGAN

Apabila karena sesuatu alasan, pembimbing tidak dapat menjalankan tugasnya lebih dari satu minggu berturut-turut, maka mahasiswa yang bersangkutan melapor kepada ketua program studi dan ketua program studi mengusulkan untuk dapat menunjuk penggantinya, serta mengajukan ke Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.

3.4 PROSEDUR BIMBINGAN

Tim pembimbing memantau proses pembimbingan dengan menggunakan buku evaluasi bimbingan karya ilmiah akhir Ners. Tim pembimbing dapat mengetahui perkembangan mahasiswa secara mendalam dengan mengikuti proses kegiatannya dalam menyusun dan menulis karya ilmiah akhir Ners.

1. Mahasiswa bersama pembimbing mendiskusikan tema kasus dan outline (garis besar).
2. Mahasiswa melakukan penerapan asuhan keperawatan sesuai dengan tema karya ilmiah akhir Ners.
3. Mahasiswa melakukan proses bimbingan setelah pengambilan data.
4. Karya ilmiah akhir Ners yang telah disetujui pembimbing diseminarkan secara terbuka (daring/luring) di depan pembimbing dan penguji untuk mendapatkan masukan atau saran.

3.5 PROSEDUR UJIAN

1. Mahasiswa mengambil blangko permohonan ujian KIA di sekretariat Prodi dan menyerahkan persyaratan yang dijelaskan di atas pada Koordinator KIA
2. Mahasiswa mendaftar ujian dan menentukann jadwal 5 hari sebelum ujian pada Koordinator KIA
3. Mahasiswa membuat surat undangan ujian KIA di Admin Prodi untuk dosen pembimbing maupun dosen penguji sesuai dengan jadwal yang di tetapkan serta mendistribusikan surat undangan dan draft KIA kepada dosen penguji dan dosen pembimbing paling lambat 2 hari sebelum ujian dilaksanakan.
4. Dosen pembimbing dan penguji seminar wajib mengisi daftar hadir dan berita acara ujian yang disediakan langsung oleh mahasiswa dilengkapi dengan MAP.
5. Ujian dibuka oleh ketua ujian, kemudian dilanjutkan oleh presentasi KIA oleh mahasiswa yang bersangkutan yang dipimpin oleh pembimbing. Durasi presentasi dibatasi maksimal 15 menit.
6. Setelah mahasiswa mempresentasikan Kia, moderator ujian mempersilahkan tim penguji untuk melakukan tanya jawab dengan mahasiswa.
7. Sesi tanya jawab dimulai dari Penguji utama dan dilanjutkan oleh penguji kedua dan ketiga.
8. Setelah sesi tanya jawab selesai, mahasiswa diperkenankan meninggalkan ruangan ujian.
9. Dosen penguji dan dosen pembimbing mengumpulkan nilai yang diberikan, kemudian nilai tersebut direkap oleh dosen pembimbing.
10. Mahasiswa peserta ujian memasuki ruang ujian kembali.

11. Dosen penguji menyampaikan saran-saran perbaikan.
12. Ketua sidang menyampaikan hasil ujian kepada mahasiswa (15 menit).
13. Mahasiswa wajib memperbaiki draft skripsinya sesuai dengan saran dosen pembimbing dan dosen penguji sebelum dijilid (2 Minggu setelah Ujian).

BAB 4

SISTEMATIKA KARYA ILMIAH AKHIR NERS

4.1 LAPORAN HASIL KARYA TULIS AKHIR NERS

1. Cover
2. Halaman pernyataan orisinalitas
3. Halaman persetujuan
4. Halaman pengesahan
5. Kata pengantar
6. Halaman pernyataan persetujuan publikasi tugas akhir
7. Abstrak (satu spasi, 250 kata)

Abstrak ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris dengan mengikuti kaidah IMRAD (Introduction, Method, Result and Discussion) dengan sertai kata kunci (Keyword) di akhir halaman. Jumlah kata dalam abstrak maksimal 250 kata Penulisan

8. Abstract

Abstrak ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris dengan mengikuti kaidah IMRAD (Introduction, Method, Result and Discussion) dengan sertai kata kunci (Keyword) di akhir halaman. Jumlah kata dalam abstrak maksimal 250 kata Penulisan

9. Daftar isi
10. Daftar tabel (bila ada)
11. Daftar Gambar
12. Daftar Arti Lambang, Singkatan dan Istilah
13. Daftar lampiran (bila ada)

4.2 PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Berisi IJKK ataupun MSKS, pada M (masalah harus digali: fenomena, ringkasan dan ditutup dengan *problem statement*). Dalam pendahuluan istilah kunci (*key terms*) juga harus didefinisikan untuk menghindari interpretasi yang beragam. Struktur dan tujuan review juga harus dikemukakan dalam pendahuluan. Pada ringkasan keaslian penelitian, perlu dijelaskan sejauh mana sudah diketahui tentang topik yang direview, kaitan antara topik hasil penelitian sebelumnya, dan kesenjangan yang terdapat pada penelitian sebelumnya. Hindari menyebutkan

hasil penelitian demi penelitian, deskripsikan setiap kata-kata dari penulis/peneliti. Sebaliknya, demonstrasikan kemampuan berpikir kritis, yaitu secara kritis dan sistematis menganalisis suatu penelitian dan kontribusinya terhadap konsep/teori/praktik keperawatan saat ini. Jelaskan alasan dalam konteks apa yang sudah diketahui. Pembaca perlu memahami alasan di balik penelitian ini dan apa keterbaruan dalam EBP/EBN terhadap apa yang sudah diketahui. Penulis harus memberi tahu pembaca apakah laporan mereka merupakan baru atau pembaruan dari yang sudah ada. Jika tinjauan adalah pembaruan, penulis harus menyatakan alasan pembaruan, termasuk keterbaruan basis bukti apa yang telah ditambahkan pada tinjauan sebelumnya (Liberati *et al.*, 2009).

Dalam latar belakang ini ditulis secara berurutan introduksi masalah penelitian, justifikasi/skala masalah, kronologi masalah dan konsep solusi (MSKS):

1.1.1 Introduksi masalah

- 1) Langsung ungkapkan permasalahan pokok: ruang lingkup kesenjangan yang muncul dan perlu diperhatikan.
- 2) Penulisan singkat, padat dan jelas untuk mengungkapkan pengertian dan mengungkapkan cakupan masalah pokok.
- 3) Permasalahan bisa diungkapkan dengan melihat fenomena yang ditemukan di tempat penelitian atau di masyarakat.
- 4) Contoh:

Judul: Penatalaksanaan Fisioterapi dengan Kombinasi Pendekatan MRP (Motor Relearning Programme) dan Core-5 Strengthening Terhadap Peningkatan Keseimbangan Statis dan Dinamis pada kasus CVD-SI Dextra di RS X.

Introduksinya adalah :

Stroke atau gangguan peredaran darah pada otak merupakan salah satu sindrom yang diakibatkan oleh gangguan aliran peredaran darah ke otak, yang menimbulkan gangguan fungsional pada otak berupa defisit neurologik atau kelumpuhan pada saraf. Stroke disebabkan oleh keadaan iskemik atau proses hemoragik yang seringkali diawali oleh adanya lesi atau perlukaan pada pembuluh darah arteri (Dinata *et al.*, 2013). Terdapat berbagai macam masalah yang sangat kompleks bagi kehidupan penderita stroke, seperti gangguan pada fungsi vital

otak yang menyebabkan adanya gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi, dan gangguan refleks gerak yang akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari (Irfan, 2010). Kelemahan yang terjadi pada otot-otot core stability dapat dilatih atau diperkuat dengan cara latihan core-strengthening yang biasanya digunakan untuk memperkuat otot-otot daerah abdomen, lumbal, dan pelvis. Otot-otot di daerah tersebut akan berkontraksi untuk mengontrol postur lumbal (Wowiling & Lolombulan, 2016). Masalah keseimbangan dapat dilatih dengan beberapa macam bentuk latihan, salah satunya dengan menggunakan metode Motor Relearning Programme (MRP). Metode MRP merupakan jenis intervensi fisioterapi yang paling sering digunakan untuk meningkatkan keseimbangan dinamis pada pasien stroke hemiparese dan terbukti sangat bermanfaat dalam meningkatkan keseimbangan berdiri pada pasien stroke n (Paulina et al., 2016).

1.1.2 Justifikasi / Skala Masalah

- 1) Justifikasi adalah pembenaran dan bukti secara autentik tentang keberadaan masalah yang telah diuraikan.
- 2) Dalam paragraf ini diungkapkan kesenjangan: antara harapan dan kenyataan, antara teori dan praktik, antara visi dengan realitas.
- 3) Selain kesenjangan perlu diungkap besar / skala masalah, artinya seberapa besar masalah itu dapat diangkat menjadi masalah penelitian, yang dapat dibuktikan dengan data kualitatif maupun kuantitatif. Data dapat diperoleh dari literatur yang terbaru, hasil penelitian yang masih relevan dan survey awal (bukti empiris).
- 4) Penyusunan skala masalah dituliskan dari ruang lingkup yang paling luas hingga ke lingkup pada tempat penelitian.

1.1.3 Kronologis

- 1) Kronologis berisi tentang bagaimana urutan kejadian suatu masalah itu sampai timbulnya akibat jika masalah tersebut tidak ditangani (dampak).
- 2) Hal ini diuraikan sesuai dengan teori yang didapat dari literatur tentang masing-masing variabel serta akibat jika masalah tersebut tidak diselesaikan.

1.1.4 Solusi

- 1) Paragraf terakhir berisi tentang alternatif solusi untuk menyelesaikan masalah dan dampak yang ditimbulkannya.
- 2) Upayakan tidak hanya satu solusi, tetapi berbagai macam solusi untuk beberapa pihak yang terkait dengan masalah penelitian.
- 3) Jelaskan bagaimana penelitian ini dapat dipakai untuk solusi yang telah dipaparkan.
- 4) Uraikan juga peran fisioterapis dalam solusi tersebut, sehingga peneliti sebagai fisioterapis ingin memperdalam pengetahuan tentang kasus ini melalui desain studi kasus.

2. Batasan Masalah

- 1) Aspek kasus yang dibatasi untuk diteliti oleh peneliti dalam KIA.
- 2) Contoh: Masalah pada kasus ini dibatasi dengan penatalaksanaan fisioterapi pada kasus CVD Stroke Iskemik dengan menggunakan kombinasi Pendekatan Motor Relearning Programme (MRP) dan Core-Strengthening Terhadap Peningkatan Keseimbangan Statis dan Dinamis.

3. Rumusan Masalah

Contoh penulisan rumusan masalah dalam penulisan KIA adalah: Bagaimana pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri post operasi?

4. Tujuan

Berikan pernyataan secara tepat dan eksplisit tentang pertanyaan penelitian yang ingin diselesaikan berdasarkan pada *participants*, *interventions*, *comparisons*, *outcomes*, dan *study design* (PICOS). Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dan alasannya adalah salah satu bagian paling penting dalam *literature review* (Counsell, 1997).

Merangkum pertanyaan yang meliputi lima komponen "PICOS": 1) populasi pasien atau penyakit yang ditangani (P), 2) intervensi (I), 3) pembandingan (C), 4) hasil utama (O), dan 5) desain penelitian (S).

Contoh penulisan tujuan penelitian dalam penulisan KIA adalah: **Mengetahui pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri post operasi.**

Selain itu, pada bagian ini ingin menyampaikan tujuan yang ingin dicapai melalui proses penelitian. Tujuan penelitian harus jelas dan tegas. Tujuan penelitian dapat dibagi menjadi : Tujuan umum dan Tujuan khusus.

1.4.1 Tujuan umum

1. Tujuan umum merupakan tujuan penelitian secara keseluruhan yang ingin dicapai melalui studi kasus.
2. Contoh tujuan umum: **Mengeksplorasi tindakan fisioterapi dengan menggunakan kombinasi Pendekatan Motor Relearning Programme (MRP) dan Core-Strengthening Terhadap Peningkatan Keseimbangan Statis dan Dinamis pada klien dengan CVD Stroke Iskemik di RS X?**
3. Contoh lain tujuan umum : **Mengetahui Asuhan Keperawatan Pada Pasien Thypoid dengan Masalah Keperawatan Hipertermia di RS X**

1.4.2 Tujuan khusus

1. Tujuan khusus merupakan penjabaran atau pentahapan tujuan umum, sifatnya lebih operasional dan spesifik dapat dilihat pada tahap-tahap asuhan kefarmasioterapisan dan analisis perbedaan dari tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.
2. Apabila semua tujuan khusus tercapai, maka tujuan umum penelitian juga terpenuhi.
3. Contoh tujuan khusus :
 - a. **Menerapkan intervensi latihan dengan kombinasi Pendekatan MRP (Motor Relearning Programme) dan Core-Strengthening Terhadap Peningkatan Keseimbangan Statis dan Dinamis pada kasus Stroke Iskemik Hemiparese Sinistra di RS X**
 - b. **Menjelaskan pengaruh kombinasi Pendekatan MRP (Motor Relearning Programme) dan Core-Strengthening Terhadap Peningkatan Keseimbangan Statis dan Dinamis pada kasus Stroke Iskemik Hemiparese Sinistra di RS X**
4. Contoh lain tujuan khusus:
 - a. **Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada pasien dengan thypoid**
 - b. **Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien**

dengan thypoid..... DST SESUAI PROSES KEPERAWATAN

5. Manfaat Penelitian

- a. Teoriti Manfaat teoritis yang dimaksud pada sub bab ini adalah manfaat penelitian terhadap perkembangan ilmu keperawatan
- b. Praktis Manfaat praktis yang dimaksud pada sub bab ini adalah manfaat penelitian yang dapat diterapkan secara langsung

4.3 BAB 2 TINJUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka memuat uraian yang sistematis tentang teori dasar yang relevan, fakta dan hasil penelitian sebelumnya yang berasal dari pustaka mutakhir serta memuat teori, proposisi, konsep atau pendekatan terbaru yang ada hubungannya dengan penelitian yang dilakukan. Teori dan fakta yang digunakan seharusnya diambil dari sumber primer serta mencantumkan nama sumbernya. Tata cara penulisan kepustakaan harus sesuai dengan ketentuan pada pedoman yang digunakan. Tinjauan Pustaka terdiri dari definisi, konsep penyakit, patofisiologi, penatalaksanaan, dan konsep asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi).

a. Konsep Medis

1. Pengertian
2. Etiologi
3. Manifestasi Klinis
4. Pathway
5. Penatalaksanaan

b. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Pengertian
2. Data Mayor dan Data Minor
3. Faktor Penyebab
4. Penatalaksanaan (Penjelasan berdasarkan inovasi keperawatan berdasarkan Evidence Based Nursing)

c. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

1. Fokus Pengkajian (Sesuai kasus medis)
2. Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan pendekatan SDKI yang muncul pada pathway)
3. Intervensi inovasi Keperawatan sesuai yang muncul pada pathway (Berdasarkan EBN dan pendekatan SLKI dan SIKI)
4. Implementasi Keperawatan
- d. Kerangka Teori

Kerangka teoritis adalah identifikasi teori-teori yang dijadikan sebagai landasan berfikir untuk melaksanakan suatu penelitian atau dengan kata lain untuk mendiskripsikan kerangka referensi atau teori yang digunakan untuk mengkaji permasalahan.

- e. Keaslian Penelitian/Jurnal Pendukung
 1. Menggunakan minimal 3 database akademik yaitu SCOPUS, ProQuest, Science Direct, Web of Science, CINAHL, PubMed, Research Gate, Sage, EconLit, PsycINFO, Medline databases dan Google Scholar.
 2. Jumlah artikel yang direview minimal 10 artikel dari 5-10 tahun terakhir.
 3. Pencarian artikel menggunakan kata kunci yang sesuai dengan tema atau isu utama yang dibahas.

4.3BAB 3 METODE PENELITIAN

Gambaran kasus mencakup penjelasan terkait dengan kasus kelolaan yang direncanakan untuk melakukan studi kasus menggunakan metode sebagai berikut:

1. Pengkajian (Lembar Pengkajian Menyesuaikan dengan stase yang di ambil dan terdapat pada masing-masing buku panduan)
2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan SDKI (Penjelasan semua diagnosa yang muncul pada pasien)
3. Rencana Asuhan Keperawatan (Penjelasan semua intervensi (terdiri SLKI dan SIKI)

4. sesuai diagnosa keperawatan yang muncul pada point 2)
5. Implementasi (Penjelasan semua implementasi sesuai diagnosa keperawatan yang muncul pada point 2)
6. Evaluasi (Disesuaikan dengan SLKI pada point 3)

Metode penelitian mencakup rancangan penelitian yang direncanakan untuk melakukan studi kasus untuk stase manajemen dan Komunitas menggunakan metode sebagai berikut

1. Desain Penelitian

Menguraikan desain penelitian yang dipakai pada penelitian (metode yang digunakan dalam penulisan KIA Ners adalah studi kasus) Penelitian studi kasus adalah studi yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu . Misalnya: Penelitian studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan diagnosis DM + gangren dan inovasi intervensi yang tepat pada kasus tersebut.

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus, yang digunakan dalam mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian **studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu**

2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Dijelaskan tentang deskriptif lokasi penelitian, jika di komunitas maka perlu menuliskan alamat yang digunakan setingkat desa. Perlu disampaikan secara rinci dan sejelas mungkin tentang kondisi rumah sakit/puskesmas/keluarga atau tempat lain yang menjadi obyek penelitian, sarana dan prasarana yang dimiliki rumah sakit/puskesmas/keluarga/tempat lain. Perlu dituliskan juga jumlah pasien yang sedang dirawat di ruangan, jumlah kunjungan jika di puskesmas, jumlah keluarga yang mendapat fisioterapi dari puskesmas. Perlu dicantumkan jumlah fisioterapis di bangsal tempat penelitian, jumlah fisioterapis di puskesmas dan data

penelitian studi kasus yang pernah dilakukan di lokasi tersebut. Waktu penelitian diuraikan mulai dari penyusunan proposal, waktu pengambilan data sampai dengan penyusunan laporan.

Dijelaskan tentang deskriptif lokasi penelitian, jika di komunitas maka perlu menuliskan alamat yang digunakan setingkat desa serta waktu yang digunakan dalam penelitian. Misalnya:

- a. Pada studi kasus untuk stase manajen di jelaskan lokasi ruangan yang dilakukan penelitian dan berapa lama waktunya dalam proses pengambilan data.
- b. Pada studi kasus di komunitas, sasarannya adalah pasien dan keluarga. Lama waktu bisa menyesuaikan sesuai dengan target keberhasilan dari tindakan, bisa 3 sd 4 minggu (dengan mengunjungi 3 x dalam seminggu)

3. Subyek Penelitian

Pada sub bab ini dideskripsikan tentang karakteristik subyek penelitian / kasus yang akan diteliti. Subyek penelitian yang digunakan minimal adalah 2 pasien (1 kasus) dengan masalah keperawatan yang sama. Pasien DM, Hipertensi atau Perawat di ruangan

4. Pengumpulan Data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

- a. Wawancara, observasi atau dengan menggunakan instrument baku yang sesuai dengan variable yang di teliti.
- b. Observasi peran serta (participant observation)
- c. Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yg relevan).

Penyusunan bagian awal instrument dituliskan karakteristik responden; umur, pekerjaan, social ekonomi, jenis kelamin, dll. Jenis instrument yang sering digunakan pada ilmu keperawatan diklasifikasikan menjadi 5 bagian (Nursalam, 2003 dalam Aipviki, 2017), yaitu:

a. Biofisiologis (pengukuran yang berorientasi pada dimensi fisiologis manusia, baik *invivo* maupun *invitro*)

b. Observasi (terstruktur dan tidak terstruktur)

Observasi dapat dilaksanakan dengan menggunakan beberapa model instrument, antara lain:

1) Catatan anecdotal: mencatat gejala-gejala khusus atau luar menurut urutan kejadian

2) Catatan berkala : mencatat gejala secara berurutan menurut waktu namun tidak terus menerus

3) Daftar ceklist : menggunakan daftar yang memuat nama observe disertai jenis gejala yang diamati

c. Wawancara (terstruktur dan tidak terstruktur)

d. Kuesioner (pengumpulan data secara formal untuk menjawab pertanyaan tertulis)

e. Skala penilaian

5. Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan: 1) memperpanjang waktu pengamatan / tindakan; dan 2) sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

6. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan

dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara Menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

- a. Pengumpulan data. Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip.
- b. Mereduksi data dengan membuat koding dan kategori. Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan daiagnostik kemudian dibandingkan nilai normal
- c. Penyajian data. Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.
- d. Kesimpulan. Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasilhasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi

7 Etik Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari suatu penelitian, terdiri dari :

- 1) Informed Consent (persetujuan menjadi responden)
- 2) Anonymity (tanpa nama)
- 3) Confidentiality (kerahasiaan)

4.4 BAB 4 PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti perlu mengemukakan dan menganalisis makna penemuan penelitian yang telah dinyatakan dalam hasil dan menghubungkan dengan pertanyaan penelitian diantaranya adalah:

1. Analisis Karakteristik Klien/Pasien (Penjelasan yang berisi usia, jenis kelamin, status pendidikan, dsb)
2. Analisis Masalah Keperawatan utama sesuai judul
3. Analisis Intervensi Keperawatan pada Diagnosa Keperawatan Utama
4. Analisis Implementasi Keperawatan sesuai dengan hasil penelitian
5. Analisis Evaluasi hasil intervensi

Hal ini biasanya dilakukan dengan membandingkan antar temuan apakah bertentangan atau tidak dengan teori yang ada sebelumnya. Bagian ini merupakan bagian terpenting pada hasil tesis. Bagian ini menunjukkan tingkat penguasaan peneliti terhadap perkembangan ilmu, paradigma, konsep dan teori, yang dipadukan dengan hasil penelitian. Pembahasan mencakup how & why sekurang-kurangnya terdiri atas FTO (Fakta, Teori dan Opini) dari peneliti.

1. Fakta berdasarkan hasil penelitian: perlu dijabarkan mengapa dan bagaimana (tidak pengulang-ulang angka yang sudah di analisa pada bagian hasil)
2. Teori: Hasil penelitian dikaitkan dengan teori yang relevan (apakah memperkuat atau bertentangan)
3. Opini: merupakan pendapat/pandangan peneliti terhadap komparasi fakta dan teori yang ada termasuk keterbatasan penelitian yang dilakukan

4.5 BAB 5 PENUTUP

Kesimpulan merupakan sintesis dari pembahasan, yang sekurang-kurangnya terdiri atas

1. Berupa kalimat (subjek – predikat – objek -keterangan/SPOK) bukan pernyataan.
2. Jawaban dominan atau terbanyak terhadap rumusan masalah dan tujuan penelitian yang terdapat di dalam artikel. Conflict of interest

3. Saran merupakan anjuran, yang menyangkut aspek operasional, kebijakan maupun konseptual. Saran hendaknya bersifat kongkrit, realistis, bernilai praktis, dan terarah.

4.6 DAFTAR PUSTAKA

1. Daftar pustaka menggunakan aplikasi Mendeley model APA.
2. Referensi yang diambil untuk bahan pustaka (buku) dengan tahun terbit minimal 10 tahun dan artikel minimal terbitan tahun 5 tahun terakhir.
3. Minimal 1 sitasi dosen Program Studi Profesi Ners dan Program Studi Ilmu Keperawatan (diutamakan dari dosen pembimbing)
4. Daftar pustaka tidak diperkenankan mengakses dari Blogspot, Wikipedia dan Wordpress

4.7 LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan
2. Hasil uji plagiarisme $\leq 30\%$
3. Lampiran-lampiran (berisi asuhan keperawatan, catatan perkembangan pasien setiap hari, Evaluasi akhir asuhan keperawatan).
4. Kuesioner (bila ada)
5. Lembar observasi (bila ada)
6. SOP intervensi (bila ada)
7. Lembar bimbingan

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. No. MR : 12-74-xx-xx
2. Nama : Tn. S
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Tempat/Tanggal Lahir : Madiun/ 8 Maret 1954 (62 tahun)
5. Alamat : Madiun, Jawa Timur
6. Agama : Islam
7. Pekerjaan : Mandor Tukang Bangunan
8. Tanggal Masuk : 30 September 2016
9. Diagnosis Medis : CVD-SI Dextra
10. Terapi obat : Amlodipin, Neuraid
11. Tanggal Pemeriksaan : 18 November 2016
12. Tanggal Serangan : 9 Maret 2016

B. Asesmen/Pemeriksaan

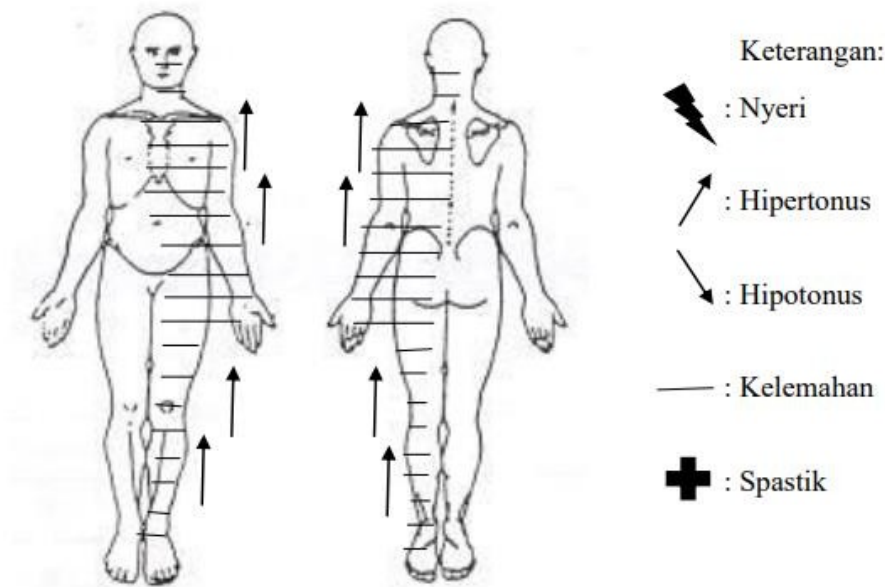
1. Anamnesis
 - a. Keluhan utama: [Kelemahan pada sisi tubuh bagian kiri](#)
 - b. Keluhan penyerta: Tidak ada
 - c. Riwayat penyakit sekarang:

Sekitar $\pm$ 9 bulan yang lalu, pasien tiba-tiba merasa lemas seluruh anggota gerak tubuh sisi kiri saat pasien baru bangun tidur jam 04.00 WIB ketika ingin solat subuh. Kemudian pasien segera dibawa oleh keluarga ke RS X pada jam 04.30 WIB menggunakan mobil. Saat sampai di RS X, pasien segera mendapat penanganan di IGD dan segera dilakukan tindakan CT-Scan. Karena keterbatasan kamar, pasien tidak di rawat inap dan hanya di IGD selama satu minggu kemudian dipulangkan. Lalu, keluarga pasien meminta rujukan dari puskesmas X untuk berobat dan dirujuk ke RS Y. Disana, pasien menjalani rawat jalan selama 6 bulan, tetapi karena pasien merasa tidak ada perubahan pasien meminta rujukan untuk pindah ke RS X lagi, dan pada tanggal 14 Oktober 2016, pasien mulai mendapatkan fisioterapi yang pertama. Hingga hari ini, pasien sudah mendapat fisioterapi sebanyak 6 kali. Kemajuan pasien saat ini, pasien sudah mampu melangkah 1-2 langkah tanpa tongkat. Selain fisioterapi, pasien menjalani terapi alternatif akupunktur sebanyak 5 kali dan hingga saat ini pasien juga menjalani terapi listrik sudah 15 kali.
 - d. Riwayat penyakit dahulu
 - 1) Hipertensi sejak tahun 2014 (tidak terkontrol)
 - 2) Riwayat TB Paru
 - 3) Riwayat Operasi tangan tahun 2003 (pasang pen hingga sekarang)
 - e. Riwayat Sosial: Saat ini tinggal bersama anak dan istri
 - f. Kemampuan Sebelumnya: Dapat beraktifitas sehari-hari secara mandiri
 - g. Harapan Klien: Dapat berjalan secara mandiri
2. Pemeriksaan Umum (PE -
 - a. Kesadaran: Compos Mentis
 - b. Tekanan darah: 130/80 mmHg

- c. Denyut nadi: 76x/menit
- d. Pernafasan : 18x/menit
- e. Kognisi dan Persepsi: Baik

3. Pemeriksaan Fisioterapi

a. Observasi



(Tandai bagian tubuh yang bermasalah)

- b. Kemampuan sensorik.....
- c. Kondisi keseimbangan.....
- d. Koordinasi.....
- e. Kemampuan fungsional.....

LENGKAPI PENGKAJIAN FISIOTERAPIS SESUAI DENGAN FORMAT, DAN SERTAKAN PULA HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG YANG DILAKUKAN (CT SCAN, MRI, DLL)

Kasus 2: dst

4.1.1 Pengelompokan Data (Analisis Data)

4.1.1.1 Analisis data

Tabel 4.1 Analisis Data Pasien dengan CVD Stroke Iskemik Sinistra di Instalasi Rawat Inap RS.X

No	Tanggal	Data	Masalah	Penyebab
1	18 Nov 2016	Data Subyektif : Data Obyektif :		
2				
3				

4.2 Data Fokus

Tabel 4.2 Data Fokus Pasien dengan CVD Stroke Iskemik Sinistra di Instalasi Rawat Inap RS.X

No	Masalah	Etiologi & Tanda Gejala	Diagnosis
1			
2			
3			

4.3 Intervensi

Tabel 4.3 Intervensi Fokus Pasien dengan CVD Stroke Iskemik Sinistra di Instalasi Rawat Inap RS.X

Diagnosis	Kriteria Hasil	Perencanaan
1		
2		
3		

4.4 Implementasi

Tabel 4.4 Implementasi Fokus Pasien dengan CVD Stroke Iskemik Sinistra di Instalasi Rawat Inap RS.X

No	Diagnosis	Intervensi				Keterangan
		Tanggal/ jam	Implementasi	Tanggal/ Jam	Implementasi	
1						
2						
3						

4.5 Evaluasi

Tabel 4.5 Evaluasi pada Pasien dengan CVD Stroke Iskemik Sinistra di Instalasi Rawat Inap RS.X

No	Fisioterapis	Kasus I		Kasus II		Keterangan
		Tanggal/ jam	Evaluasi	Tanggal/ Jam	Evaluasi	
1						
2						
3						

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan merupakan inti/sintesis dari pembahasan, yang sekurang-kurangnya sesuai dengan jumlah sub bab pada pembahasan mengacu pada kasus dan temuan pembahasan. Penulisan dalam bentuk operasional.

- 1) Penatalaksanaan fisioterapi dengan metode *Core Strengthening Exercise* dan *Motor Re-learning Programme* (MRP) pada kasus CVD SI memiliki hasil yang signifikan terhadap peningkatan keseimbangan dinamis dan statis
- 2) Peningkatan frekuensi terapi dapat meningkatkan angka keberhasilan dalam penatalaksanaan fisioterapi..... yang dilakukan

5.2 Saran

Saran merupakan implikasi hasil penelitian terhadap pengembangan ilmu pengetahuan dan penggunaan praktis. Sekurang-kurangnya memberi saran bagi peneliti selanjutnya, sebagai hasil hasil pemikiran penelitian atas keterbatasan penelitian yang dilakukan. Saran diharapkan spesifik mengacu pada hasil penelitian dan operasional dalam pelaksanaannya (kapan, siapa, dan dimana)

BAGIAN AKHIR

Bagian akhir usulan penelitian meliputi :

1. Daftar pustaka (lihat cara penulisan kepustakaan)
2. Lampiran

BAB 5

UJIAN HASIL LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

5.1 UJIAN HASIL KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Persyaratan ujian Karya Ilmiah Akhir Ners adalah:

1. Ujian KIA dilaksanakan 1 (satu) kali
2. Ujian KIA dilaksanakan selambat – lambatnya 4 (empat) minggu setelah mahasiswa
2. menyelesaikan stase peminatan/topik KIA yang dipilih.
3. Mahasiswa telah melakukan pembimbingan oleh dosen pembimbing
4. minimal 4 kali.
5. Mahasiswa melampirkan hasil uji plagiarisme $\leq 30\%$.
6. Melakukan pendaftaran ujian Karya Ilmiah Akhir Ners melalui program studi dengan mengunggah hasil Karya Ilmiah Akhir Ners program studi (Link akan di Bagikan di Group)
7. Ujian seminar hasil akan dijadwalkan sesuai jadwal dari Prodi Ners dengan mengetahui mahasiswa dan dosen (pembimbing dan penguji)

5.2 TIM PENGUJI

Tim penguji Karya Ilmiah Akhir Ners terdiri dari dua orang yaitu Penguji 1 (pembimbing akademik) dan dosen pembimbing

Penguji 1:

1. Dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan, dengan latar belakang pendidikan Ners.
2. Magister di bidang ilmu keperawatan/kesehatan/biomedik, yang ditunjuk oleh program studi dan disahkan dengan surat keputusan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
3. Bersedia menjadi penguji (ditunjukkan dengan surat kesediaan menjadi penguji)

5.3 PENILAIAN

Nilai hasil ujian seminar Karya Ilmiah Akhir Ners adalah sebagai berikut:

1. Penilaian pembimbing diberikan dalam bentuk angka mutu berkisar antara 0 - 100
2. Penilaian tiap skor akhir pembimbing dan penguji adalah rata-rata angka

para pembimbing dan penguji.

3. Nilai batas kelulusan minimal 70.

5.4 HASIL EVALUASI KARYA ILMIAH AKHIR NERS

1. Skor akhir evaluasi Karya Ilmiah Akhir Ners yang diperoleh dari nilai ujian akhir Ners dan proses bimbingan dengan bobot sebagai berikut:
 - a. Proporsi pembimbing : 50 % termasuk saat proses pembimbingan
 - b. Penguji 1 : 25 %
 - c. Penguji 2 : 25 %
2. Selisih Skor akhir ujian tiap penguji maksimal 5.
3. Mahasiswa dinyatakan lulus ujian Karya Ilmiah Akhir Ners apabila nilai Karya Ilmiah Akhir Ners sekurang-kurangnya memperoleh huruf mutu B dan IPK nersNsekurang-kurangnya 3,00.

5.5 KETENTUAN PERBAIKAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

1. Pada sidang hasil Karya Ilmiah Akhir Ners, dimungkinkan adanya masukan baru dari penguji, yang dapat diusulkan sebagai bahan perbaikan. Apabila pada akhir sidang diputuskan bahwa mahasiswa harus memperbaiki Karya Ilmiah Akhir Ners, maka mahasiswa harus melaksanakan perbaikan tersebut dengan memperhatikan masukan dari penguji.
2. Perbaikan harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 2 minggu terhitung setelah tanggal sidang ujian Karya Ilmiah Akhir Ners dilaksanakan
3. Tim pembimbing bertanggung jawab terhadap penyelesaian pelaksanaan perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners tersebut.
4. Hasil perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners tidak mengubah huruf mutu yang telah ditetapkan sebagai hasil ujian Karya Ilmiah Akhir Ners.

Lampiran 1

FORM PENILIAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Nama Peserta :

NIM :

Tanggal Ujian :

Judul :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Nilai	
		Maksimal	Skor
Penulisan Karya Ilmiah Akhir			
1	Sistematika penulisan		
2	Ketepatan penggunaan bahasa dan istilah		
Segi Ilmiah Karya Ilmiah Akhir			
3	Kemampuan menuliskan hasil penelitian		
4	Kemampuan dalam pembahasan		
5	Kemampuan dalam menarik kesimpulan dan saran		
6	Penggunaan kepustakaan		
Penyajian Karya Ilmiah Akhir			
7	Penggunaan media dalam penyajian		
8	Penyampaian dengan Lugas dan mudah dimengerti		
9	Kemampuan menjawab dengan rasional, ilmiah, dan berdasar evidence based		
10	Terbuka dengan masukan yang konstruktif dan mengintegrasikan dalam karyanya		
Jumlah Nilai			

Malang,

Ketua Penguji,

NAMA PENGUJI.

NIDN.

FORM PENILIAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Nama Peserta :
NIM :
Tanggal Ujian :
Judul :.

NO	ASPEK YANG DINILAI	Nilai	
		Maksimal	Skor
1.	Kegiatan revisi Skripsi		
2.	Konsep berpikir kritis yang mengacu pada perkembangan penelitian terkait		
3.	Penelitian berdasarkan <i>evidence based</i>		
4.	Pemanfaatan waktu yang efektif, efisien serta komitmen yang tinggi		
5.	Penyelesaian setiap pokok Skripsi secara tepat waktu		
Jumlah Nilai			

Malang,
Ketua Penguji,

NAMA PENGUJI.
NIDN.

Lampiran 2

BERITA ACARA PELAKSANAAN

(BAP)

Pada hari.....tanggal bulantahun, telah diselenggarakan Ujian sidang Karya Ilmiah Akhir Ners Tahun Akademik 2024/ 2025 di ITSK RS dr Soepraen Malang, dengan uraian sebagai berikut:

Nama Mahasiswa :

NIM :

Judul Proposal/Skripsi:

Hasil : Lulus / Tidak Lulus *) dengan nilai

Catatan :

Demikian berita acara ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Penguji I

Penguji II

Nama Penguji 1.
NIDN.

Nama Penguji 1.
NIDN.

Lampiran 3

**DAFTAR HADIR
PENGUJI DAN PESERTA UJIAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
TAHUN AKADEMIK 2024/ 2025**

Program Studi :

Tanggal Ujian :

Nama dan Tanda Tangan Peserta :

Mahasiswa

Nama Mahasiswa
NIM.

Penguji I,

Penguji II,

Nama Penguji 1
NIDN.

Nama Penguji 2.
NIDN.

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul :

Nama Lengkap :

NIM :

Jurusan :

Fakultas :

Dosen Pembimbing :

Nama Lengkap :

NIDN :

Menyetujui,
Ketua Program Studi Profesi Ners

Menyetujui,
Dosen Pembimbing

(_____)
NIDN.

(_____)
NIDN.

Lampiran 5

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST OPERASI *SECTION*
SECARIA DENGAN PENERAPAN RELAKSASI NAFAS DALAM**

Di Ruang Tulip RS Tk II dr Soepraoen Malang

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Disusun Oleh
NAMA MAHASISWA
NIM.**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam ujian sidiang karya ilmiah akhir ners pada tanggal.....Bulan.....Tahun..... dan telah di terima sebagai bagian persyaratan yang di perlukan untuk meraih gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan ITSK RS dr Soepraoen Malang

DEWAN PENGUJI

Penguji 1	:	(<u>Nama Penguji 1</u>) NIDN.	(	)
Penguji 2	:	(<u>Nama Penguji 1</u>) NIDN.	(	)

Ketua Program Studi S1 Keperawatan
dan Pendidikan Profesi Ners,

Dr. Apriyani Puji Hastuti, S. Kep., Ns., M. Kep
NIDN. 0711048605

Lampiran 6

LOG BOOK BIMBINGAN PENYUSUNAN KARYA ILMIAH AKHIR

Judul :

Nama Mahasiswa :

NIM :

Jurusan :

Fakultas :

Dosen Pembimbing :

NIDN :

Tanggal	Kegiatan	Interpretasi	Intepretasi Solusi Tindak lanjut	Tanda Tangan Pembimmbing

Lampiran 7 Halaman Depan

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

(Ukuran: 14 *Times New Roman*)

JUDUL

(Ukuran: 14 *Times New Roman*)



NAMA

NIM

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN

RS DR SOEPRAOEN KESDAM V BRW MALANG

TAHUN 2025

Lampiran 8 Halaman Dalam

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

(Ukuran: 14 *Times New Roman*)

JUDUL

(Ukuran: 14 *Times New Roman*)

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners (Ns.)



NAMA

NIM

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN

RS DR SOEPRAOEN KESDAM V BRW MALANG

TAHUN 2025

HALAMAAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
NIM :
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah dinyatakan dengan benar.

Tempat, Tanggal

(TTD)

Nama Lengkap

ABSTRAK

Abstrak maksimal 250 kata berbahasa Indonesia yang ditulis dengan *Times New Roman* 12, spasi 1, dan *justify*. Abstrak harus jelas dan deskriptif. Abstrak ditulis tanpa mencantumkan sub judul penelitian (pendahuluan, metode, hasil, pembahasan, dan kesimpulan). Abstrak harus memberikan gambaran singkat masalah atau persoalan yang mendeskripsikan alasan pentingnya dalam pemilihan topik karya ilmiah ini. Abstrak menjelaskan kasus yang dipilih dan asuhan keperawatan dengan implementasi yang dipilih secara singkat. Abstrak harus diakhiri dengan hasil, saran maupun kesimpulan yang singkat. Jumlah kata yang ada di abstrak berkisar 200 – 250 kata.

Kata kunci: 3-6 kata kunci

ABSTRACT

ENGLISH

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	
LEMBAR PENGESAHAN.....	
KATA PENGANTAR.....	
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	
ABSTRAK.....	
ABSTRACT.....	
DAFTAR ISI.....	
DAFTAR GAMBAR.....	
DAFTAR LAMPIRAN.....	
BAB I PENDAHULUAN.....	
1.1 Latar Belakang.....	
1.2 Perumusan Masalah.....	
1.3 Tujuan Penulisan Karya Ilmiah	
1.4 Manfaat Penulisan Karya Ilmiah.....	
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	
2.1 Kasus Penyakit Yang Dipilih (Diagnosa Medis)	
2.1.1 Definisi/Pengertian	
2.1.2 Klasifikasi	
2.1.3 Etiologi	
2.1.4 Manifestasi Klinis	
2.1.5 Patofisiologi	
2.1.6 Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis tersebut	
2.2 (evidence based practice).....	
BAB III TINJAUAN KASUS KELOLAAN.....	
1.1 Pengkajian.....	
1.1.1 Identitas Pasien.....	
1.1.2 Anamnesis.....	
1.1.3 Resume Pasien	
1.1.4 Pemeriksaan Penunjang.....	
1.2 Pengkajian Menggunakan 11 Pola Gordon	
1.3 Masalah Keperawatan Yang Muncul Pada Pasien Kelolaan	
1.4 Asuhan Keperawatan	
1.4.1 Asuhan Keperawatan 1.....	
(meliputi data subjektif dan objektif, patofisiologi, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi)	

1.4.2	Asuhan Keperawatan 2.....
	(meliputi data subjektif dan objektif, patofisiologi, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi)
1.4.3	Asuhan Keperawatan 3.....
	(meliputi data subjektif dan objektif, patofisiologi, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi)
BAB IV	ANALISIS SITUASI.....
4.1	Analisis Kasus Terkait Data Prevalensi Terkini Yang Dikaitkan Dengan Penyebab Penyakit Tersebut
4.2	Analisis Intervensi dan Implementasi Keperawatan Dengan Penggunaan Penelitian Terkait.....
4.3	Refleksi Proses Pembelajaran Terkait Kasus
BAB V	PENUTUP.....
5.1	Kesimpulan.....
5.2	Saran.....
DAFTAR PUSTAKA.....	

KETENTUAN PENULISAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

I. Kertas

Spesifikasi kertas yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Jenis : HVS
2. Warna : Putih polos
3. Berat : 80 gram
4. Ukuran : A4

II. Pengetikan

Ketentuan pengetikan adalah sebagai berikut:

1. Posisi penempatan teks pada tepi kertas:
 - a. Batas kiri : 4 cm dari tepi kertas
 - b. Batas kanan : 3 cm dari tepi kertas
 - c. Batas atas : 3 cm dari tepi kertas
 - d. Batas bawah : 3 cm dari tepi kertas
2. Huruf pada isi karya ilmiah ditulis dengan menggunakan *Times New Roman* dengan ukuran 12pt, dan diketik dengan *justify*.
3. Pengetikan dilakukan dengan spasi 1,5.

III. Penomoran Halaman

1. Angka Romawi Kecil
 - a. Digunakan pada bagian awal karya ilmiah, kecuali pada halaman sampul;
 - b. Letak berada di tengah;
 - c. Halaman judul tidak dicantumkan nomor halaman namun tetap diperhitungkan dalam penomoran.
2. Angka Romawi Latin
 - a. Digunakan untuk bagian isi dan akhir karya ilmiah;
 - b. Letak berada di tengah bawah kertas ;
 - c. Khusus untuk halaman pertama setiap bab, penomoran berada di kanan atas kertas.

IV. Daftar Pustaka

Penulisan daftar pustaka menggunakan format APA (*American Psychological Association*). Daftar pustaka disusun dengan menggunakan *reference manager* seperti Mendeley, Zotero, dll.

