

# **PANDUAN PENYUSUNAN**

**KARYAILMIAH AKHIR(KIA)  
NERS**

**PROGRAM STUDI  
PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIK BINA HUSADA  
2023**



# SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BINA HUSADA

Jl. Syech Abdul Somad No. 28 Kel. 22 Ilir  
Palembang Sumatera Selatan 30131

Telepon : 0711 - 357378

Faksimili : 0711 - 365533

**SURAT KEPUTUSAN**  
**KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BINA HUSADA**  
**NOMOR : 0698/STIK/BAAK/SK/III/2023**

**TENTANG**  
**PANDUAN PENYUSUNAN KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)**  
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**SEMESTER GENAP TAHUN AKADEMIK 2022/2023**

**KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BINA HUSADA**

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka pelaksanaan kegiatan Mata Kuliah Karya Ilmiah Akhir Program Studi Profesi Ners (Ners) pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada, perlu buku Panduan Penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) untuk pelaksanaan bagi mahasiswa dan dosen pembimbing penyusunan karya ilmiah akhir.
- b. Bahwa di dalam buku Panduan Penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) terdapat ketentuan-ketentuan yang berlaku bagi segenap sivitas akademika STIK Bina Husada;
- c. Bahwa untuk kepentingan sebagaimana tersebut di atas, perlu diterbitkan Surat Keputusan Ketua STIK Bina Husada tentang Panduan Penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
- Mengingat : 1. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
2. Surat Keputusan Departemen Pendidikan Nasional Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Nomor : 267/D/O/2008 pada tanggal 31 Desember 2008 tentang Izin penyelenggaraan Program Pendidikan Profesi Ners;
3. Surat Keputusan LAM-PTKes (Decree) No :0238/LAM-PTKes/Akr/Pro/V/2019 tentang Akreditasi B untuk Program Studi Profesi Ners (Profesi Ners) STIK Bina Husada Palembang;
4. Keputusan Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada Palembang Nomor : 0698/STIK/KUR.PS.Kep/NERS/V/2022 tentang Kurikulum Program Studi Keperawatan (PSKep) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada;
5. Surat Keputusan Ketua STIK Bina Husada Palembang tentang Kalender Akademik tahun akademik 2022/2023 Nomor : 0398/STIK/SK/BAAK/IV/2022 tanggal 14 April 2022.

## MEMUTUSKAN

- Menetapkan :  
Pertama : Panduan Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Program Studi Profesi Ners Semester genap Tahun Akademik 2022/2023;  
Kedua : Melaksanakan kegiatan penyusunan karya ilmiah akhir sesuai dengan panduan terlampir;  
Ketiga : Biaya yang dikeluarkan akibat ditetapkannya surat keputusan ini dibebankan pada anggaran STIK Bina Husada;  
Keempat : Salinan surat keputusan ini disampaikan kepada masing-masing yang bersangkutan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya;  
Kelima : Surat keputusan ini berlaku mulai dari ditetapkannya dengan ketentuan segala sesuatu akan diubah dan diperbaiki kembali sebagaimana mestinya, apabila terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di : Palembang  
Pada Tanggal : 28 Maret 2023



De Rita, S. Kep, Ners, M.Kes  
NIK 08.26.03.84.102

Tembusan disampaikan kepada:

1. Pengurus dan Pengawas YBHS
2. Ketua Program Studi Keperawatan
3. Dosen Pembimbing Skripsi
4. Mahasiswa Program Studi Keperawatan
5. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Ketua STIK Bina Husada  
Nomor : 04261 /STIK/SK/BAAK/III/2023

TIM PENYUSUN  
PANDUAN KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS (NERS) STIK BINA HUSADA  
SEMESTER GENAP TAHUN AKADEMIK 2022/2023

Pengarah : 1. Ersita, S.Kep, Ners, M.Kes  
(Ketua STIK Bina Husada)  
2. Helen Evelina Siringoringo, SST, M.Keb  
(Wakil Ketua I Bidang Tri Dharma)  
3. Sofa Herman, SE, M.Kes  
(Wakil Ketua II Bidang Sumber Daya)

Penanggung Jawab : Kardewi, S.Kep, Ners, M.Kes  
(Plt. Ketua Program Profesi Ners)

Penyusun : 1. Kardewi, S.Kep, Ners, M.Kes (Ketua)  
2. Amalia, S.Kep, Ners, M.Kes, M.Kep (Anggota)

Ditetapkan di : Palembang  
Pada tanggal : 24 Maret 2023



Ketua,  
Ersita, S.Kep, Ners, M.Kes  
08.26.03.84.102

## **VISI MISI PRODI KEPERAWATAN DAN NERS**

### **Visi Program Studi Keperawatan dan Ners:**

“Terwujudnya Program Studi Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada yang unggul di Bidang Keperawatan Komplementer tahun 2040”

### **Misi Program Studi Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada:**

- 1) Mengembangkan kurikulum pendidikan keperawatan berdasarkan kebutuhan dunia kerja;
- 2) Meningkatkan penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan publikasi bidang keperawatan baik secara kuantitas maupun kualitas;
- 3) Menyelenggarakan tata kelola pendidikan keperawatan yang baik, efektif dan efisien;
- 4) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia di bidang keperawatan komplementer;
- 5) Meningkatkan sarana dan prasarana berbasis digital;
- 6) Menjalin kerjasama dalam pengembangan Tridarma Perguruan Tinggi;
- 7) Menciptakan lulusan yang berkarakter, *entrepreneur*, dan menguasai digital dalam ilmu keperawatan.

## KATAPENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, dzat yang maha kuasa yang menggenggam segala jiwadan segala ilmu pengetahuan diseluruh alam semesta. Shalawat dan salam tercurah kepada Nabi Muhammad SAW. Bersyukur pada Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kemudahan dalam menyelesaikan penyusunan Panduan Karya Ilmiah Akhir Program Studi Profesi Ners. Mata kuliah ini merupakan salah satu mata kuliah dalam Kurikulum Perguruan Tinggi yang baru.

Penyelesaian dari proses pada program Studi Pendidikan Profesi Ners diakhiri dengan mewajibkan mahasiswa untuk menulis Karya Ilmiah Akhir (KIA) Ners. Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini adalah 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. Untuk menilai keberhasilan penulisan skripsi tersebut, maka mahasiswa harus mempertahankannya di depan penguji pada saat ujian dari bab I sampai bab V.

Buku panduan penyusunan karya ilmiah akhir Ners ini memuat secara lengkap informasi sehubungan dengan prosedur dan tata cara penulisan karya ilmiah akhir ners, diantaranya memuat pendahuluan, prosedur penulisan Karya Ilmiah Akhir, pedoman umum penyusunan laporan, teknik penulisan karya ilmiah akhir. Buku Panduan ini diharapkan dapat membantu mahasiswa maupun dosen untuk dapat memahami ketentuan-ketentuan yang berlaku berkaitan dengan penulisan karya ilmiah akhir, sehingga penulisan karya ilmiah akhir dapat terstruktur dan sistematis sesuai kaidah-kaidah ilmiah.

Semoga buku ini bermanfaat dan dapat menjadi pedoman yang sesuai untuk pencapaian pembelajaran sesuai dengan kompetensi yang diharapkan. Saran dan masukan yang berguna untuk penyempurnaan buku ini sangat terbuka, dan kami sangat mengucapkan terima kasih.

Palembang, Maret 2023

Penyusun

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Kata Pengantar .....	ii
Daftar Isi .....	iii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>BAB II KETENTUAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH .....</b>	<b>3</b>
<b>BAB III TATALAKSANA KARYA ILMIAH.....</b>	<b>4</b>
A. Tata Laksana .....	4
B. Penilaian .....	5
C. Standar Penilaian .....	6
D. Penilaian Acuan Patokan .....	6
E. Ujian Ulang Komprehensif .....	6
<b>BAB IV PEDOMAN UMUM PENYUSUNAN STUDI KASUS .....</b>	<b>7</b>
A. Sampul .....	7
B. Halaman Judul .....	7
C. Halaman Persetujuan .....	7
D. Halaman Pengesahan .....	8
E. Kata Pengantar .....	8
F. Daftar Isi .....	8
G. BAB I Pendahuluan .....	8
H. BAB II Tinjauan Teori .....	10
I. BAB III Tinjauan Kasus .....	11
J. BAB IV Pembahasan .....	11
K. BAB V Penutup .....	11
L. Daftar Pustaka .....	12
M. LAMPIRAN .....	12
<b>BAB V CARA PENGETIKAN DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>13</b>
<b>BAB VI KETENTUAN &amp; SYARAT PENGETIKAN .....</b>	<b>19</b>
A. Kertas, Ukuran Dan Jumlah Halaman .....	19
B. Teknik Pengetikan .....	19
C. Pemberian Nomor Halaman .....	21
D. Bahasa .....	21
E. Sistematika .....	22
F. Pemisahan Kata .....	22
G. Angka Dan Satuan .....	22
H. Literatur & Kutipan .....	22
<b>LAMPIRAN</b>	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Salah satu bentuk kegiatan pendidikan mahasiswa di perguruan tinggi adalah membuat karya ilmiah akhir yang merupakan hasil akhir dalam menyelesaikan pendidikan profesi ners. Karya ilmiah akhir ini merupakan laporan kasus yakni suatu karya tulis ilmiah berupa paparan hasil penerapan proses asuhan keperawatan pada klien secara ideal sesuai dengan teori dan berisi pembahasan dan kesenjangan yang terjadi di lapangan.

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

Capaian pembelajaran mata kuliah ini 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 didapat menjadi lesson learn berdasarkan pendekatan lainnya sesuai dengan bidang keilmuan, dan issue sentral yang diangkat.

Penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat mengembangkan iklim yang dinamis di lingkungan institusi pendidikan tenaga kesehatan dengan cara meningkatkan kemampuan melakukan analisis kasus asuhan keperawatan dalam upaya memecahkan masalah-masalah keperawatan khususnya. Maka dalam karya ilmiah akhir ini didukung dengan Evident Based Nursing (EBN) yang didapat oleh mahasiswa yang mahasiswa buat, maka dari itu mahasiswa perlu kiranya mencari jurnal yang mendukung analisisnya.

### **B. Tujuan**

Tujuan akhir dari karya ilmiah akhir adalah untuk menghasilkan pengetahuan berbasis fakta-fakta yang dapat meningkatkan kualitas luaran pelayanan keperawatan atau asuhan keperawatan bagi klien, keluarga, petugas kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan. Karya ilmiah akhir dalam Program Profesi Ners STIK Bina Husada ini diharapkan lebih aplikatif untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

## **C. Mata Kuliah Karya Ilmiah Akhir Ners**

### **1) Deskripsi Mata Kuliah**

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

Mata kuliah ini dimulai dengan praktik sesuai peminatan mahasiswa (Keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan medikal bedah, keperawatan jiwa, keperawatan komunitas dan keperawatan gerontik). 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.

### **2) Capaian Pembelajaran**

Bila dihadapkan pasien/klien: individu atau keluarga yang mengalami masalah kesehatan pada area peminatan masing masing (anak, maternitas, medikal bedah, jiwa, komunitas serta gerontik), mahasiswa mampu:

1. Melakukan pengkajian secara holistik dan berkesinambungan data-data yang didapat melalui: wawancara pada klien: individu atau keluarga meliputi pemeriksaan fisik, catatan medis, catatan keperawatan, pemeriksaan penunjang, dan survei kesehatan yang relevan
2. Merumuskan diagnosis keperawatan baik diagnosis aktual maupun risiko, potensial dan sejahtera sesuai dengan analisis data yang didapat berdasarkan data objektif dan subjektif yang tepat
3. Menetapkan rencana asuhan keperawatan termasuk tujuan, kriteria hasil, dan tindakan keperawatan yang tepat
4. Melakukan implementasi tindakan keperawatan yang telah direncanakan sesuai dengan standar prosedur
5. Menerapkan intervensi keperawatan berdasarkan praktik berbasis bukti yang relevan dengan fenomena kebutuhan/masalah keperawatan pada klien individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat

6. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan dengan metode yang relevan
7. Menganalisis aspek etika dan legal serta peka budaya yang terkait dengan asuhan keperawatan yang diberikan
8. Menuliskan hasil praktik asuhan keperawatan pada studi kasus peminatan dengan menggunakan pendekatan ilmiah untuk menyelesaikan masalah keperawatan
9. Menyajikan laporan hasil praktik asuhan keperawatan pada studi kasus peminatan sebagai laporan karya ilmiah akhir di depan tim penguji tugas akhir profesi
10. Mempertahankan laporan karya ilmiah akhir di depan tim penguji tugas akhir profesi
11. 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.

#### **D. Tema Karya Ilmiah Akhir Ners**

Pengambilan tema penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners berdasarkan masalah yang ada dalam bidang keperawatan, kemudian dikonsultasikan kepada Dosen Pembimbing. Tema yang dapat dijadikan focus kajian dalam keperawatan yaitu sebagai berikut :

- 1) Keperawatan Dasar Profesi
- 2) Keperawatan Medikal Bedah
- 3) Keperawatan Anak
- 4) Keperawatan Maternitas
- 5) Keperawatan Gerontik
- 6) Keperawatan Keluarga
- 7) Keperawatan Jiwa
- 8) Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis
- 9) Manajemen Keperawatan

## **BAB II**

### **PROSEDUR PENULISAN KARYA ILMIAH AKHIR**

#### **2.1. Persyaratan Peserta**

Peserta yang berhak mengikuti ujian karya ilmiah akhir ners adalah mahasiswa yang :

- 1) Telah menyelesaikan minimal 6 departemen mata kuliah profesi ners
- 2) Telah menyelesaikan uji klinik keperawatan di masing-masing departemen Profesi Ners.
- 3) Telah melunasi biaya pendidikan pada semester 1 dan minimal cicilan ke 5 pada semester 2 dengan ketentuan yang berlaku di STIK Bina Husada.
- 4) Tercatat sebagai mahasiswa aktif prodi Profesi Ners STIK Bina Husada Palembang.

#### **2.2. Pembimbing dan Penguji**

Pembimbing dan Penguji Karya Ilmiah Akhir Ners adalah seorang yang memiliki kompetensi dalam bidang ilmu keperawatan. Pembimbing dan penguji Karya Ilmiah Akhir Ners terdiri dari :

1. Pembimbing KIA adalah dosen tetap program studi keperawatan – Ners yang terdiri atas 2 pembimbing dan ditetapkan statusnya berdasarkan Surat Keputusan (SK) dari Ketua STIK Bina Husada Palembang. Dengan kualifikasi dosen S2 Keperawatan/ S2 Kesehatan yang latar belakang pendidikan sebelumnya S.Kep + Ners.
2. Penguji terdiri dari 1 (satu) orang yaitu penguji internal
  - a. Penguji internal karya ilmiah akhir ners adalah dosen tetap PS.Kep – Ners dengan kualifikasi S2 Keperawatan/ S2 Kesehatan yang latar belakang pendidikan sebelumnya S.Kep + Ners.
  - b. Penguji praktisi karya ilmiah akhir ners adalah praktisi dari lahan praktik dengan kualifikasi minimal pendidikan akhir S.Kep + Ners

#### **2.3. Tahapan Penyusunan Karya Ilmiah Akhir**

##### **1) Sosialisasi kegiatan KIA**

Kegiatan KIA ini disosialisasikan secara daring kepada mahasiswa (peserta) dan pembimbing. Mahasiswa dan pembimbing harus mempedomani Panduan Karya Ilmiah Akhir dalam penyelenggaraan kegiatan Karya Ilmiah Akhir Ners.

## 2) Persetujuan Pembimbing

Mahasiswa menemui calon pembimbing dan meminta persetujuan kesediaan menjadi pembimbing, pembimbing mengisi format kesediaan pembimbing dan menandatangani.

## 3) Pelaksanaan Praktik Asuhan Keperawatan

1. Mahasiswa wajib mengelola kasus pada setiap hari praktik. Mahasiswa dapat mengelola satu kasus selama satu minggu praktik. Total kasus yang dikelola adalah **minimal satu (1) kasus kelolaan**, untuk dijadikan kasus kelolaan utama.
2. Praktik Asuhan Keperawatan peminatan
  1. Pengkajian
    - a. Pengkajian holistik data-data yang didapat melalui: wawancara pada klien: individu, keluarga, kelompok dan masyarakat meliputi pemeriksaan fisik, catatan medis, catatan keperawatan, pemeriksaan penunjang, dan survei kesehatan yang relevan.
    - b. Pengidentifikasian data-data normal dan data-data patologis.
    - c. Pengelompokkan data patologis sesuai dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia atau sesuai dengan gangguan sistem tubuh.
  2. Perumusan diagnosis
    - a. Perumusan diagnosis keperawatan sesuai dengan analisis data yang didapat berdasarkan data objektif dan subjektif yang tepat
    - b. Perumusan diagnosis aktual maupun risiko, potensial dan sejahtera
    - c. Penentuan prioritas diagnosis keperawatan
  3. Rencana asuhan keperawatan
    - a. Penetapan tujuan dan kriteria hasil
    - b. Tindakan keperawatan yang mencakup: tindakan observasi keperawatan, terapi keperawatan, pendidikan kesehatan, dan tindakan kolaborasi
    - c. Rasionalisasi dari setiap tindakan yang direncanakan
  4. Implementasi tindakan keperawatan
    - a. Tindakan keperawatan sesuai dengan standar prosedur
    - b. Dokumentasikan asuhan keperawatan
  5. Evaluasi
    - a. Evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (melakukan tindak lanjut asuhan keperawatan dengan metode evaluasi (SOAP) atau metode lain yang relevan

- b. Memodifikasi atau melakukan perbaikan terhadap diagnosis keperawatan berdasarkan hasil evaluasi.
6. Aspek etika dan legal serta peka budaya yang terkait dengan asuhan keperawatan yang diberikan
3. Mahasiswa dengan berkonsultasi dengan pembimbing klinik atau akademik menentukan satu **kasus kelolaan utama** sesuai dengan peminatan dengan kriteria:
  - Kasus utama dikelola minimal selama tiga hari sampai pasien pulang
  - Kasus utama diusahakan merupakan kasus baru
4. Mahasiswa membuat *web of causation*, pengkajian lengkap, rencana asuhan keperawatan, dan catatan perkembangan (SOAP) kasus kelolaan pada *log book*.
5. Mahasiswa membuat laporan pendahuluan untuk **kasus kelolaan** yang meliputi: *Web of causation* kasus, pengkajian dan rencana asuhan keperawatan yang dituliskan dalam *log book*.
6. Mahasiswa menuliskan catatan perkembangan (SOAP) **kasus kelolaan** di buku *log book*.
7. Mahasiswa diharuskan bertemu dengan pembimbing akademik setiap minggunya untuk diberikan umpan balik dari *log book* yang dibuat.
8. Mahasiswa mengumpulkan *log book* setelah akhir praktik klinik peminatan tugas akhir profesi

#### 2.4. Tata Tertib Ujian proposal dan Seminar Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners

Mahasiswa mengajukan ujian seminar proposal dan Seminar Akhir dengan syarat sebagai berikut :

1. Mahasiswa menyampaikan usul seminar/ujian disertai kelengkapan bahan persyaratan administrasi kepada Ketua Program Studi (PS) minimal 3 hari sebelumnya.
2. Program Studi mengecek seluruh kelengkapan persyaratan.
3. Ujian dan karya tulis ilmiah dipimpin oleh satu orang ketua dan dua orang anggota.
4. Ketua sidang adalah pembimbing utama penulisan karya tulis ilmiah Anggota pengujinya terdiri dari 1 orang dosen yang memiliki disiplin ilmu yang sama dengan judul Tugas akhir, 1 orang dari lapangan praktik.
5. Mahasiswa melakukan presentasi karya tulis ilmiah dengan menggunakan bahasa Indonesia yang baik dan benar
6. Materi presentasi mencakup latar belakang, tujuan dan metodologi pengambilan kasus, pembahasan dan kesimpulan

7. Sebelum sidang dimulai, mahasiswa diharuskan mempresentasikan ringkasan karya tulis ilmiahnya dengan slide presentasi atau secara lisan dengan waktu maksimal 10 menit, dihadapan ketua dan anggota penguji.

- 1) Mahasiswa menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh ketua dan anggota penguji.
- 2) Mencatat perbaikan dan masukan-masukan dari ketua dan anggota penguji
- 3) Waktu uji sidang maksimal 60 menit dengan perincian waktu sebagai berikut:
  - a) Pembukaan: *5 menit*
  - b) Penguji utama membuka dan memperkenalkan mahasiswa yang bersangkutan (nama, NIM, judul karya tulis ilmiah dan pengantar ringkas laporan karya tulis ilmiah bila diperlukan)
  - c) Presentasi karya tulis ilmiah: *20 menit*
  - d) Tanya-Jawab: *30 menit* (setiap penguji mendapat kesempatan 15 menit untuk bertanya dan melakukan klarifikasi karya tulis ilmiah)
  - e) Pertanyaan diajukan oleh penguji ketua dan penguji anggota
  - f) Kesempatan bertanya diberikan pertama kali oleh penguji anggota
  - g) Ketua dan anggota penguji dapat memberikan saran-saran untuk perbaikan Karya tulis ilmiah yang dilakukan
  - h) Penutup: *5 menit*
  - i) Ketua penguji menyampaikan catatan-catatan penting dari pelaksanaan uji sidang akhir.
  - j) Ketua penguji menutup uji sidang
- 4) Setelah selesai uji sidang, ketua dan kedua anggota mengadakan rapat untuk menentukan hasil sidang penyusunan tugas akhir
- 5) Penguji dan pembimbing memberikan nilai sidang karya tulis ilmiah. Nilai sidang dan nilai penyusunan tugas akhir mempunyai bobot yang sama dalam menentukan nilai akhir Mata Kuliah Karya tulis ilmiah
- 6) Selanjutnya penguji dan pembimbing menandatangani berita acara uji sidang dan rekapitulasi nilai hasil uji sidang penyusunan tugas akhir dan menyerahkannya kepada bagian akademik (petugas yang merekap hasil ujian)
- 7) Jika ada revisi mahasiswa diberikan kesempatan memperbaiki penyusunan tugas akhir selama 1 minggu.
- 8) Tugas akhir yang sudah diperbaiki dimintakan persetujuan dan pengesahan penguji

### A. Evaluasi Akhir

[illegible]

## **BABIV**

### **PEDOMAN UMUM PENYUSUNAN LAPORAN**

#### **A. Bagian Dalam Laporan Penyusunan Tugas Akhir**

Setiap karya tulis ilmiah pada umumnya terdiri dari 3 bagian yang penting. Adapun bagian yang ada dalam tugas akhir adalah sebagai berikut:

#### **B. Bagian pertama**

merupakan identitas penulis dan pengantar dari tugas akhir. Bagian pertama dari tugas akhir meliputi:

1. Halaman sampul luar,
2. Halaman sampul dalam, Ringkasan
3. Halaman judul,
4. Halaman pengesahan institusi,
5. Halaman pengesahan tim pembimbing,
6. Halaman pengesahan tim penguji,
7. Halaman pernyataan integritas/orisinalitas,
8. Halaman riwayat hidup penulis,
9. Halaman kata pengantar/prakata dan
10. Halaman Abstrak
11. Halaman pernyataan persetujuan publikasi karya ilmiah untuk kepentingan akademik dan kepastakaan(digital maupun cetakan),
12. Daftar isi,
13. Daftar tabel,
14. Daftar gambar, dan daftar lain sesuai keperluan karya tulis ilmiah.

#### **C. Bagian kedua**

Merupakan inti/isi dari tugas akhir ilmiah. Pada bagian ini berisikan tulisan/berbagai konsep ilmiah sesuai dengan judul karya tulis ilmiah. Penulisan pada bagian kedua ini harus sesuai dengan kaidah penulisan ilmiah. Bagian inti/isi sedikitnya berisi uraian tentang;

1. Pendahuluan/latarbelakang,
2. Tujuan dan manfaat penulisan tugas akhir,
3. Tinjauan atau rujukan pustaka,
4. Hasil Penelitian
5. Pembahasan,
6. Serta simpulan. Setiap bidang ilmu dapat menambah komponen bagian isi sesuai dengan keperluan keilmuan yang telah ditetapkan.

**D. Bagian ketiga** merupakan penutup yang terdiri dari

1. Daftar pustaka,
2. Lampiran,
3. Gambar penjas (jika diperlukan) dan berbagai keterangan, gambar, sketsa, atau tulisan tambahan lain yang diperlukan dan relevan dengan bagian isi dapat dimasukkan ke dalam bagian penutup ini. Semua yang dicantumkan pada bagian penutup harus merujuk pada bagian isi.

## **7. SAMPUL**

Warna sampul diwajibkan sama untuk setiap angkatan. Pada sampul dicetak:

1. Judul Studi Kasus
2. Logo
3. Nama dan NIM mahasiswa/i
4. Nama STIK dan Program Studi Profesi Ners
5. Nama kota dan tahun penyusunan Studi Kasus

## **8. HALAMAN JUDUL**

Halaman judul terdiri :

- A. Judul Studi Kasus
- B. Logo
- C. Penjelasan maksud pembuatan Studi Kasus
- D. Nama dan NIM mahasiswa/i
- E. Nama STIK dan Program Studi Profesi Ners

## **9. HALAMAN PERSETUJUAN**

Merupakan lembaran persetujuan dari Pembimbing studi kasus dan diketahui oleh Ketua Prodi Profesi Ners, yang menyatakan bahwa laporan studi kasus diterima dan siap untuk dipertahankan dalam ujian studi kasus. Kalimat persetujuan dan judul diketik ditengah-tengah halaman. Judul harus diketik dengan huruf kapital. Beri jarak tiga spasi dari judul lalu tulis "Pembimbing Keperawatan", setelah itu lima spasi ke bawah diketik nama pembimbing keperawatan. Enam spasi dibawah nama pembimbing keperawatan diketik "Mengetahui" dan tiga spasi di bawahnya diketik Ketua Program Studi Profesi Ners STIK Bina Husada Palembang", lalu lima spasi kebawah diketik nama ketua prodi.

## **10. HALAMAN PENGESAHAN**

Merupakan lembaran pengesahan dari penguji studi kasus. Halaman ini tetap dibuat atau disediakan dan diisi setelah studi kasus selesai diujikan. Cara pengetikan halaman pengesahan sama dengan halaman persetujuan.

## **11. KATA PENGANTAR**

Kata pengantar berisikan tentang:

1. Ucapan syukur kepada Tuhan YME
2. Ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang terkait dengan penyusunan laporan studi kasus berturut-turut yaitu : Ketua STIK Bina Husada Palembang, Direktur Rumah Sakit, Ketua Program Studi Profesi Ners, Pembimbing studi kasus, Kepala ruangan tempat lahan pra Studi Kasus, dst.
3. Permintaan kritik dan saran penulis dari pembaca laporan studi kasus
4. Harapan penulis atas manfaat studi kasus
5. Ditutup dengan kata "Penulis" pada pojok kanan bawah

## **12. Abstrak**

Di dalam teks, abstrak disajikan secara padat. Abstrak merupakan inti sari Karya Tulis Ilmiah yang mencakup latar belakang, tujuan studi kasus, metode yang digunakan, hasil-hasil yang diperoleh, kesimpulan yang dapat ditarik, dan saran yang diajukan. Dalam membuat abstrak harus ada unsur-unsur berikut:

- a. Permasalahan pokok yang dibahas, alasan pengambilan kasus tersebut (dilengkapi dengan data dan fakta dari berbagai sumber yang dapat dipercaya dan valid serta baru), tinjauan atau ulasan, serta kajian yang telah dilakukan;
- b. Gambaran pelaksanaan pengambilan kasus karya tulis ilmiah, serta metode yang digunakan;
- c. Pernyataan singkat tentang kegiatan yang telah dilakukan atau hasil penelitian, serta manfaat penelitian.
- d. Abstrak ditulis tidak dalam bentuk matematis, pertanyaan, dan dugaan.
- e. Abstrak ditulis dalam satu paragraf serta tanpa acuan, tanpa catatan kaki atau kutipan pustaka, dan tanpa singkatan/akronim serta bersifat mandiri.
- f. Kata dalam abstrak seyogianya paling banyak memuat 250 kata dalam bahasa Indonesia dan 200 kata dalam bahasa Inggris.

### **13. Katakunci**

Merupakan kata atau istilah yang paling menentukan atau sangat mempengaruhi atau paling inti dari laporan karya tulis ilmiah. Berikut ini adalah cara membuat kata kunci

- a. Kata kunci harus mengandung pengertian tentang konsep, atau mengandung informasi sehingga dapat dijadikan indeks untuk mempermudah atau membantu penelusuran. Kata kunci dapat berupa kata tunggal atau kata majemuk dan terdiri atas tiga sampai dengan lima kata.
- b. Penulisan urutan kata kunci dimulai dari yang paling umum dan penting dalam isi tugas akhir dan dipisahkan dengan tanda koma.
- c. Abstrak dan kata kunci ditulis dalam bahasa Indonesia dan diikuti abstrak dan kata kunci dalam bahasa Inggris dengan tujuan agar hasil penelitian deskriptif pada laporan tugas akhir dapat disebarluaskan, kedalam jurnal ilmiah dalam cakupan nasional maupun internasional.
- d. Penulisan abstrak dan kata kunci dalam bahasa Inggris menggunakan huruf miring (*italic*).
- e. Dalam abstrak dicantumkan kata kunci yang ditempatkan di bawah. Jumlah kata kunci maksimal lima buah.

### **14. DAFTARISI**

Daftar isi menggambarkan sistematika penulisan studi kasus, sehingga memudahkan pembaca untuk mencari halaman yang dikehendaki, tanpa perlu membuka halaman demi halaman.

### **15. BABI PENDAHULUAN**

Inti dalam penulisan latar belakang haruslah mampu menjelaskan tentang fenomena/masalah atau menjadi perhatian dalam tugas akhir ini. Selain itu harus mampu memberikan alasan bahwa masalah yang ada sangat penting untuk diteliti. Permasalahan yang dikemukakan harus bersifat aktual disertai dengan data-data yang akurat dan bukti-bukti empiris, diulas ataupun dikaji dengan landasan ilmiah disertai dengan konsep teori yang didukung oleh literature dan daftar pustaka terbaru.

Pada bagian ini, perlu juga dituliskan ulasan mengenai penelitian terkait yang pernah dilakukan oleh peneliti sendiri atau orang lain. Selain itu, pada latar belakang perlu dituliskan penjelasan mengenai perbedaan penelitian yang sedang dijalankan dengan penelitian terdahulu, penjelasan bahwa penelitian yang sedang dilakukan bertujuan untuk melengkapi hasil penelitian sebelumnya, atau keterbaharuan penelitian yang sedang dilakukan. Berikut ini adalah unsur-unsur yang harus ada dalam pendahuluan.

1. Latar Belakang, memuat tentang:

- a. Alasan-alasan yang mengemukakan tentang pentingnya masalah keperawatan yang sedang dibahas
- b. Usahakan untuk mengemukakan hal-hal yang bersifat umum terlebih dahulu, baru ke yang sifatnya khusus (Rumah Sakit tempat mengambil kasus)
- c. Ditutup dengan "justifikasi" judul (sama dengan judul pada sampul)

2. Rumusan Masalah

Merupakan upaya untuk menyatakan secara tersurat pertanyaan-pertanyaan yang ingin dicarikan jawabannya. Dapat juga dikatakan bahwa perumusan masalah merupakan pernyataan secara lengkap dan terinci, mengenai ruang lingkup masalah/focus studi asuhan keperawatan atau prosedur keperawatan berdasarkan identifikasi dan pembatasan masalah. Rumusan masalah disusun secara singkat, padat dan jelas.

3. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan tugas akhir adalah mengungkapkan tentang sasaran yang ingin dicapai dengan studi kasus terhadap masalah yang telah dikemukakan pada bagian sebelumnya.

- a. Membuat tujuan penulisan harus sesuai dengan judul penulisan
- b. Tujuan penulisan, umum dan khusus, harus tergambar dalam penulisan

Contoh :

Untuk melakukan analisa terhadap pasien cedera kepala ringan dengan intervensi terapi music terhadap penurunan nyeri di Rumah sakit.....

- c. Tujuan penulisan khusus, nantinya akan mengarahkan penulis sewaktu membuat bab pembahasan dan bab penutup. Tujuan penulisan khusus, harus dijawab dalam kesimpulan dan saran.

d. Tujuan Khusus: contoh

1. Melakukan pengkajian dalam asuhan keperawatan pada pasien....
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien.....
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien...
4. Melakukan tindakan keperawatan serta tindakan terapi music terhadap penurunan nyeri serta tindakan terapi music terhadap penurunan nyeri pada pasien cedera kepala ringan di Rumah sakit.....
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien cedera kepala ringan di rumah sakit.....

#### 4. Manfaat penulisan

Manfaat penyusunan tugas akhir memuat uraian tentang implikasi hasil temuan studi kasus yang bersifat praktis terutama bagi:

1. Masyarakat secara luas sebagai pengguna hasil studi kasus.
2. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan.
3. Penulis, yang mungkin akan dikembangkan untuk studi kasus lebih lanjut.

## 16. BAB II TINJAUAN LITERATUR

Teori Dasar yang relevan (dapat terdiri dari beberapa sub BAB yang relevan dengan topik studi kasus). Merupakan landasan teori, menyajikan teori-teori yang mendukung dan relevan dengan penelitian yang dilakukan, dengan memakai acuan referensi yang kuat, tajam dan mutakhir serta menggunakan hasil penelitian yang ada. Tahun penerbitan buku referensi maksimal 5 tahun. Bab ini berisi tentang teori-teori yang relevan dengan judul, yang terdiri atas : konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan. Cara penulisan untuk teori yang tercakup didalam BAB II Tinjauan Teori yaitu:

### A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian
2. Anatomi fisiologi (gambar tidak mutlak, disesuaikan dengan kasus)
3. Etiologi
4. Tanda dan gejala
5. Patofisiologi
6. Komplikasi
7. Klasifikasi Penyakit (jika ada)
8. Pemeriksaan Diagnostik
9. Penatalaksanaan (medis, rehabilitasi, gizi, dll)

### B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian  
Pengkajian teoritis harus spesifik pada kasus yang sedang dibahas.
2. Diagnosa keperawatan  
Diagnosa keperawatan diketik secara teoritis dan murni dikutip dari buku (Mengacu pada Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia)  
Sumber dan belum tentu sama dengan kasus pada bab III.

3. Perencanaan

Perencanaan berisikan daftar urutan prioritas masalah, tujuan, rasionalisasi dan rencana tindakan keperawatan (dapat disesuaikan dengan buku sumber yang digunakan penulis).

4. Pelaksanaan (dapat ditiadakan)

Pelaksanaan dibab ini adalah konsep teoritis, maka tidak perlu dijelaskan. Apabila dicantumkan, cukup diketik bahwa pelaksanaan dibab ini merupakan realisasi dari perencanaan yang telah ditetapkan.

5. Evaluasi

Menguraikan hasil yang diharapkan dari setiap tujuan yang ingin dicapai. Namun bila hal ini sudah tercantum pada kriteria hasil dalam perencanaan, maka item ini dapat ditiadakan.

6. Discharge Planning & Patoflow Diagram Teori

## 17. BAB III GAMBARAN KASUS

Bagian ini mendeskripsikan secara lengkap detail kasus yang diambil dengan berfokus membahas salah satu komponen dalam asuhan atau pengelolaan asuhan keperawatan. Bab ini menjelaskan hasil pengamatan pada kasus yang diambil memuat penjelasan kondisi pasien/klien atau fungsi-fungsi manajemen di ruang rawat. Gambaran kasus dapat ditambahkan table dan grafik untuk pemaparan data karakteristik pasien/klien atau fungsi-fungsi manajemen. Persentasi kasus dilengkapi data yang didapatkan pada pasien/klien atau fungsi-fungsi manajemen baik data subjektif maupun data objektif. Kasus pada setting keluarga/komunitas pendekatan dipakai sesuai dengan keilmuan nya masing2. Tinjauan kasus sebaliknya menggambarkan kemampuan analisa, dan pemanfaatan yang optimal berbagai factor yang turut mendukung perbaikan status kesehatan klien. Data yang terkumpul dalam Bab ini antara lain :

1. Pengkajian, meliputi : a. Identitas klien / keluarga, penanggung jawab b. Riwayat Kesehatan Klien (bila perlu genogram) c. Pemeriksaan fisik d. Pola fungsional (fokuskan pada permasalahan yang ada) e. Data penunjang f. Analisa data, daftar masalah Format Pengkajian sesuai dengan masing-masing departemen atau teori keperawatan yang digunakan
2. Perencanaan (*Nursing Care Plan – NCP*) Tersajikan dalam bentuk format naratif (sesuai dengan format) sesuai dengan masing-masing departemen atau teori keperawatan yang digunakan. Difokuskan pada intervensi yang diberikan oleh yang bersangkutan.

3. Tindakan (Implementasi) Tersajikan dalam bentuk format naratif Menggambarkan monitoring / perkembangan pelayanan selama 24 jam dari intervensi /perencanaan yang sudah ditentukan berdasarkan EBN yang didapatkan.
4. Evaluasi disajikan dalam Catatan Perkembangan (*Nursing Progress*) Tersajikan dalam bentuk naratif.

## **18. BAB IV PEMBAHASAN**

Bagian ini berisi penjelasan dari laporan kasus yang diambil. Pembahasan harus sesuai latar belakang, rumusan masalah, dan tujuan yang telah dibuat sebelumnya. Pembahasan dibuat secara rinci, tajam dan jelas berdasarkan proses keperawatan atau fungsi manajemen yang dilakukan dengan membandingkan kasus yang diambil berdasarkan tinjauan literature.

Pada bagian ini menguraikan paparan data yang diperoleh sesuai dengan fokus studi, dengan merujuk pada rumusan masalah atau tujuan dilaksanakannya studi kasus. Deskripsi data hasil studi kasus tentang fokus studi dilaporkan sebagai Hasil studi kasus yang telah diolah secara narasi, dan/atau distribusi frekuensi dan bentuk lain sesuai kebutuhan. Tuliskanlah gambaran umum situasi lingkungan dilaksanakannya studi kasus (Rumah sakit, puskesmas, Komunitas). Pemaparan tentang variabel studi kasus atau jika fokus studi harus dipaparkan secara mendalam atau intensif dari hasil studi kasus baik melalui wawancara maupun observasi atau pengukuran lain yang bisa didapatkan dari subyek studi kasus maupun sumber-sumber lain yang dapat dipertanggung jawabkan (perawat atau anggota keluarga yang terkait). Bab ini berisi tentang kegiatan-kegiatan yang dilakukan sesuai dengan kasus pada waktu pengambilan kasus dan dilaporkan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi. Proses keperawatan didokumentasikan selama minimal 3 hari perawatan.

## **19. BAB V PENUTUP**

Penulisan pada Bab ini berisi kesimpulan dan rekomendasi, sedangkan rekomendasi lebih menekankan pada usulan yang sifatnya operasional atau aplikatif. Rekomendasi bisa ditujukan pada disesuaikan dengan temuan yang dihasilkan dalam laporan kasus.

- a. Kesimpulan
- b. Saran

## **20. DAFTAR PUSTAKA**

1. Daftar pustaka memuat daftar tentang rujukan sumber buku yang digunakan dalam penyusunan Studi Kasus, memuat minimal 4 (empat) buah buku keperawatan dan 3 buku untuk sumber konsep medik (Sumber buku yang digunakan diterbitkan minimal 10 tahun terakhir, dari tahun
2. Bahan rujukan yang dapat dimasukkan ke dalam daftar pustaka adalah semua bahan yang diterbitkan, seperti : buku, majalah, buletin, koran, internet, dll.
3. Daftar pustaka disusun berdasarkan alphabet / abjad (bukan nomor urut), dan di depan daftar pustaka tidak boleh di beri variasi.
4. Daftar pustaka diketik dengan jarak 1 spasi, dan bila menyambung dengan kalimat dibawahnya, diketik maju 5 atau 7 ketuk, dan jarak ketik antar pustaka adalah 2 spasi.
5. Tentang tata cara pengetikan daftar pustaka dari berbagai sumber akan dibahas tersendiri

## **21. LAMPIRAN**

Lampiran harus diberi nama dan tidak dicantumkan halaman. Tuliskan kata "Lampiran"  
Ditempatkan dipinggir kiri atas halaman.

## **BAB IV**

### **TEKNIK PENULISAN KARYA ILMIAH AKHIR**

#### **A. Kertas, Ukuran dan Jumlah Halaman**

Naskah diketik pada kertas 80 gram tidak bolak balik dan berukuran A4 (21,5 cm x 29,7 cm). Jumlah halaman karya tulis minimal 40 halaman dan maksimal disesuaikan dengan banyaknya lembar pengetikan Laporan Karya ilmiah Akhir.

#### **B. Tehnik Pengetikan**

1. Gunakan komputer dengan jenis tulisan *Times New Roman*, ukuran 12. Pengetikan dilakukan satu muka, dengan jarak 1,5 spasi. Untuk pengetikan halaman sampul, halaman pengesahan, halaman persetujuan, tabel, daftar isi dan daftar pustaka diberi jarak 1 spasi.
2. Menggunakan tinta berwarna hitam, usahakan agar ukuran dan ketebalan huruf dalam setiap halaman sama.
3. Tulis "BAB" ditengah-tengah dengan jarak 4 cm dari tepi atas dan judul bab diketik dua spasi dari tulisan "BAB". Penulisan bab dan judul bab menggunakan jenis tulisan *Times New Roman*, ukuran 14, cetak tebal (bold), huruf kapital, sedangkan isi dari bab dimulai 4 spasi setelah judul.
4. Naskah diketik dengan batas atas dan kiri 4 cm sedangkan batas bawah dan kanan 3 cm. batas atas 3 cm, batas bawah 3 cm. Jarak antara kalimat pertama dengan nomor halaman 2 cm dan diletakkan pada tepi kanan 3 cm dari kertas.
5. Awal suatu paragraph atau alenia baru, dimulai agak kedalam yaitu pada ketukan keenam.
6. Kalimat lanjutan setelah koma diketik satu ketukan setelah koma. Kalimat setelah titik ganda dan titik koma diketik dua ketukan setelah tanda tersebut, kecuali untuk penyusunan daftar pustaka.

#### **C. Pemberian Nomor Halaman**

1. Untuk bagian permulaan atau disebut juga bagian tertulis digunakan angka romawi kecil. Halaman judul seharusnya bernomor "i", tetapi nomor ini tidak dicantumkan tetapi tetap dihitung. Halaman selanjutnya yaitu ii, iii, iv, dst.

2. Nomor-nomor halaman pada bagian ini:
  - a. Setiap halaman harus diberi halaman tersendiri dalam angka latin, misalnya 2,3,4,5,dst
  - b. Halaman angka romawi kecil diketik pada bagian tengah bawah (2,5 cm dari kalimat terakhir dari bawah).
3. Halaman angka latin diketik pada tepi kanan 3 cm dari kertas dan 2,5 cm dari tepi kertas sebelah kanan atas. Didepan dan dibelakang nomor tidak diberi variasi.
4. Nomor halaman (angka latin) pada permulaan bab perlu dicantumkan pada lembarkertas bagian tengah bawah dari kertas. Penomoran halaman selanjutnya barulah dicantumkan pada halaman kelanjutannya.
5. Daftar isi, daftar tabel, daftar gambar diberi nomor urut halaman dengan angka romawi kecil (termasuk halaman permulaan). Untuk daftar lampiran tidak perlu dicantumkan nomor halaman.
6. Nomor halaman pada daftar kepustakaan merupakan nomor lanjutan dari isi karya tulis ilmiah dan tidak merupakan bab baru.

#### **D. Bahasa**

Dalam penulisan karya ilmiah akhir menggunakan bahasa Indonesia yang baku dan ejaan yang telah disempurnakan. Apabila menggunakan kata asing atau istilah yang tidak lazim digunakan dalam bahasa Indonesia, maka kata tersebut agar diketik dengan huruf bercetak miring (*italic*).

#### **E. Sistematika**

Dalam menuangkan isi Studi kasus, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu:

1. Alur atau sistematika berpikir dan menuangkannya dalam bentuk tulisan antara lain: keterkaitan antara bab dengan bab lainnya, keterkaitan antara alinea dengan alinea berikutnya dalam satu bab atau antara satu paragraf dan paragraf berikutnya.
2. Konsistensi isi atau materi tulisan yang akan dibahas, mulai dari judul, permasalahannya, tujuan penulisan, analisa atau pembahasannya sampai dengan kesimpulan dan saran harus selalu berkesinambungan.
3. Susunan kata dalam kalimat, kalimat dalam alinea harus mengikuti kaidah bahasa Indonesia yang baku. Suatu kalimat dari suatu paragraf baru tidak boleh diketik pada halaman terpisah, kecuali bila tidak cukup sedikitnya dua baris.

## F. Pemisahan Kata

Bila diperlukan, pemisahan kata boleh dilakukan tetapi harus sesuai dengan kaidah yang berlaku (Indonesia maupun asing). Suatu kata pada baris terakhir halaman tidak boleh dipotong.

## G. Pemulaan Kalimat

Pemulaan Kalimat Bilangan atau lambing yang memulai suatu kalimat harus dieja, contoh :

1) Seratus dua puluh pasien mengalami hipertensi; 2) Pasien yang mengalami Hipertensi sebanyak 120 orang.

Angka dan satuan tidak boleh diketik pada permulaan kalimat. Apabila diperlukan maka diketik dengan huruf misalnya "Tiga sentimeter". Bila angka terlalu besar misalnya 80.000.000 tulislah menjadi 80 juta dan seterusnya.

## H. Literatur Dan Kutipan

Perihal literature dan kutipan menggunakan tata cara penulisan dalam bahasa Indonesia. Cara penulisan kutipan dari sumber buku sebagai daftar rujukan tergantung pada penunjukannya di halaman naskah. Adapun cara penulisannya adalah sebagai berikut:

### 1. 1 orang:

Menurut Hidayati (2022:37).....atau..... (Hidayati,2021).

### 2. 2-3 orang

Menurut Haryanti, Nursanti dan Purwanti(2022:38).....  
atau..... (Haryanti, Nursanti dan Purwanti,2017)

### 3. >3 orang

Menurut Purwanti *etal.*(2022:98).....atau.....  
(Purwanti *etal.*,2022)

### 4. Rujukan di beberapa publikasi, misalnya orang sama, tahun berbeda:

Menurut Hidayati(2020 dan 2021).....atau.....(Hidayati,2021)dan2021).

### 5. Orang sama dan tahun sama(Hidayati,1999a dan1999b).

### 6. Kutipan langsung:

→ < 40 kata

Nuryadi (2019:78) menyatakan bahwa"....." atau  
". ...."(Nuryadi,2019).

## I. Daftar Pustaka

Sumber informasi yang dicantumkan dalam daftar pustaka berupa:

1. Buku, atau salah satu bab / bagian dari buku
2. Artikel dalam majalah
3. Laporan atau penerbitan resmi suatu badan / institusi
4. Naskah yang sedang dipersiapkan untuk diterbitkan dengan mencantumkan keterangan [abstrak]
5. Monografi
6. Jurnal Judul daftar pustaka diketik secara simetris dan terletak di batas atas bidang pengetikan 4 (empat) spasi di bawahnya, di batas kiri bidang pengetikan diketik pustaka acuan pertama (diatur berdasarkan susunan abjad Arab awal nama keluarga penulis), dan seterusnya bersusun ke bawah. Baris kedua dan selanjutnya untuk tiap pustaka acuan dimulai 1 tab ke dalam dari batas kiri bidang pengetikan, dengan jarak antar baris dalam 1 pustaka acuan adalah 1 spasi. Pustaka acuan berikutnya dimulai di batas kiri bidang pengetikan, sama dengan penulisan pustaka acuan pertama. Jarak antar uraian pustaka acuan pertama dengan pustaka acuan kedua adalah 2 spasi, demikian pula urutan pustaka acuan selanjutnya, dengan teknik pengetikan yang sama pula. Tiap tanda baca diberi jarak satu ketukan bebas, kecuali antara kependekan nama depan pengarang. Judul sumber informasi (buku, majalah, dan semacamnya) dicetak miring. Sumber informasi dalam daftar pustaka tidak diberi nomor, tetapi dibuat menurut abjad berdasarkan nama akhir pengarang / penulis.

Setiap pustaka acuan dalam DAFTAR PUSTAKA sedapatnya mencantumkan data bibliografi sumber informasinya selengkap mungkin. Data yang perlu dicantumkan adalah:

1. Nama lengkap pengarang / penulis, editor atau lembaga yang bertanggung jawab atas penerbitan pustaka tersebut.
2. Judul buku / artikel, bab / bagian dari buku atau majalah.
3. Data penerbitan untuk buku / berikut jilid, edisi, tahun terbit / penerbit, kota, dan tebal atau jumlah halaman buku.
4. Data penerbitan untuk majalah adalah judul majalah, volume / tahun, nomor, tahun terbit, dan halaman artikel tersebut (yang dikutip).

Dalam daftar pustaka, nama penulis / pengarang dituliskan dengan nama keluarga atau nama akhir mendahului nama kecil atau inisialnya. Sedangkan untuk catatan kaki nama penulis / pengarang dituliskan seperti tertulis dalam judul. Untuk sumber informasi yang ditulis oleh 2 orang pengarang / penulis, maka kedua nama pengarang / penulis dituliskan dengan menambahkan tanda *ampersand* "&" di antara kedua nam pengarang tersebut yang disertai masing-masing spasi bebas untuk menggantikan kata "dan" atau "and". Sedangkan untuk sumber informasi yang ditulis oleh  $\geq 3$  orang pengarang / penulis, hanya dituliskan nama pengarang pertama disertai kata "**et al**".

Contoh penulisan daftar pustaka menurut acuan APA:

**Buku:**

Dick, R, & Ramson, S (2002). *Nursing Culture Issues and Developments*. Sydney: W.B. Saunders Comp.

Aziz Alimul H, (2015). *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Kesehatan*, Jakarta:SalembaMedika

**Jurnal:**

Fagard, R.H. (2003). Epidemiology of Hipertension in Ederly. *American Journal of Geriatric Cardiology*, 11 (1), 3-28.

**Surat Kabar:**

Peran Enterpreneur dalam Pendidikan Profesi.(15 Juli, 2003).Kompas, hlm.1 & 8.

**Sumber Elektronik:**

Barbara, A.I. 2006. Maternal Mortality Rate, *Medical Journal* (online) Vol.3 No.1 ([http: /  
/ olam.ed.asu edu / epaa /](http://olam.ed.asu.edu/epaa/) , diakses 24 Maret 2007).

Kumaidi, 2006. Pengukuran Hasil Belajar, *Jumal Ilmu Pendidikan* (online) Jilid 5, No.3 ([http: // www.malang.ac.id](http://www.malang.ac.id), diakses 25 Mei 2007).

## **BAB V**

### **MEKANISME PENULISAN LAPORAN**

Bentuk penulisan laporan karya ilmiah berbentuk laporan akhir jika karya ilmiah akhir akan dipublikasi tetapi bukan merupakan syarat kelulusan untuk yudisium.

Berikut format penulisan pembuatan manuskrip :

- a. Judul manuskrip
- b. Penulis ; Mahasiswa<sup>1</sup>, pembimbing<sup>2</sup>
- c. ABSTRAK. Penulisan abstrak pada laporan kasus berisi tentang latar belakang, metode, hasil dan kesimpulan/rekomendasi dengan jumlah kata yang dibatasi sesuai dengan jurnal/proceeding yang dipilih. Abstrak diakhiri dengan kata kunci
- d. LATAR BELAKANG. Penulisan latar belakang masalah harus ringkas dan padat dari laporan kasus yang telah dilakukan sesuai guideline dari jurnal/proceeding yang dipilih oleh mahasiswa
- e. METODE. Penulisan dan penjelasan metode laporan kasus yang telah dilakukan, termasuk pemilihan pasien/klien/fungsi-fungsi manajemen disertai dengan criteria inklusi eksklusi yang telah dilakukan serta instrument yang digunakan
- f. HASIL DAN PEMBAHASAN. Penulisan dan pemaparan hasil laporan kasus dengan table dan grafik serta pembahasan lengkap menggunakan literature buku dan jurnal
- g. DAFTAR PUSTAKA. Menggunakan *reference manager*

# LAMPIRAN

**Lampiran Format Askep dapat di unduh di link :**

**[https://docs.google.com/document/d/1Tg2Sa261FNNC\\_I-sFjxKJnK\\_YwmYOALM/edit?usp=sharing&ouid=108520711280047133673&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1Tg2Sa261FNNC_I-sFjxKJnK_YwmYOALM/edit?usp=sharing&ouid=108520711280047133673&rtpof=true&sd=true)**

**FORM A**  
**FORMAT PENILAIAN MAKALAH KARYA ILMIAH AKHIR**  
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**Nama :**  
**NPM :**  
**Hari/tanggal :**  
**Judul :**

Aspek yang dinilai	Nilai	Bobot	Nilai x Bobot
<b>1. Latar belakang :</b> Apakah latar belakang dituliskan secara sistematis dengan menjelaskan gambaran umum kejadian kasus kelolaan utama dimasyarakat perkotaan dan alasan pemilihan masalah yang diangkat.	20		
<b>2. Tujuan:</b> Apakah tujuan umum dan tujuan khusus berkaitan dengan lingkup permasalahan dan dinyatakan dengan jelas.	10		
<b>3. Tinjauan pustaka:</b> Apakah tinjauan pustaka menyajikan materi yang relevan dengan konsep KKMP dan konsep kasus terkait.	20		
<b>4. Kasus kelolaan:</b> Apakah kasus kelolaan utama disajikan secara sistematis dan komprehensif mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.	15		
<b>5. Analisis:</b> Apakah analisis dituliskan secara tajam dengan membandingkan fakta dengan teori/konsep atau teori/konsep kasus terkait. Apakah alternatif penyelesaian masalah relevan dengan permasalahan.	20		
<b>6. Teknik penulisan dan bahasa</b> Apakah teknik penulisan sesuai dengan pedoman penulisan UI dan penulisan rujukan serta daftar pustaka sudah sesuai dengan penulisan APA. Apakah makalah yang dihasilkan sesuai dengan kaidah penulisan Bahasa Indonesia yang baku, sehingga keterbacaannya dikategorikan baik.	15		
<b>Total</b>			

Skor nilai= 1-10

Rubrik:

1-3: Jika < 50% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan  
 4-6: Jika 50-75% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan  
 7-9: Jika 75-99% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan  
 10: Jika 100% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan  
 Nilai minimum lulus B (70-75)

**NILAI = Total = ----- = -----**  
 10

Penguji

**FORM B**  
**FORMAT PENILAIAN PROSES BIMBINGAN**  
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

Nama Peserta Program :  
 N P M :  
 Judul :

Aspek yang dinilai	Nilai*	Bobot	Nilai x Bobot
1. Kesiapan mahasiswa terkait materi/ bahan setiap konsultasi		20	
2. Kemampuan mahasiswa menuliskan dan memperbaiki tulisannya sesuai dengan hasil pengarahan pembimbing		30	
3. Penguasaan materi setiap konsultasi		20	
4. Keaktifan dalam konsultasi/ proses bimbingan		20	
5. Penampilan materi yang disampaikan setiap konsultasi sesuai dengan format yang baku.		10	
TOTAL			

Skore Nilai = 1 – 10

Nilai minimum lulus B (70-75)

Rubrik:

1-3: Jika < 50% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan

4-6: Jika 50-75% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan

7-9: Jika 75-99% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan

10: Jika 100% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan

**NILAI** = Total = ----- = -----  
 10

PanduanPe

Pembimbing

( )

**FORM C**  
**FORMAT PENILAIAN SIDANG**  
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

Nama Peserta Program :  
 NPM :  
 Hari/Tanggal Seminar :  
 Judul :

	Aspek yang dinilai	Nilai*	Bo bot	Nilai x Bobot
1.	Penyajian Lisan Bagaimana penggunaan waktu untuk penyajian, bagaimana kejelasan penyajian serta efektivitas pemakaian AVA		15	
2.	Sistematika penulisan dan penggunaan kalimat dan pemilihan kata/istilah, adakah kesinambungan antar BAB, keajegan istilah, kesempurnaan kalimat serta penulisan pustaka		15	
3.	Isi laporan hasil praktik profesi Ners Apakah laporan praktik profesi Ners yang dibuat dapat dijelaskan dengan bahasa yang ilmiah lugas serta jujur. Apakah hasil dapat mengungkapkan permasalahan dan tujuan yang ingin dicapai		30	
4.	Kesimpulan dan saran Apakah kesimpulan yang dinyatakan sesuai dengan laporan praktik profesi Ners dan saran yang dibuat cukup spesifik serta dapat dilaksanakan		10	
5.	Tanya jawab Bagaimana ketepatan jawaban dan kemampuan argumentasi serta sikap/penampilan pada saat menjawab pertanyaan yang diajukan		30	
	<b>TOTAL</b>			

PanduanPe

Rentang nilai= 1-10

**Nilai minimum lulus B (70-75)**

Rubrik:

1-3: Jika < 50% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan  
 4-6: Jika 50-75% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan  
 7-9: Jika 75-99% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan  
 10: Jika 100% tulisan dan ketrampilan sesuai yang diharapkan

**NILAI** = Total = ----- = -----  
 10

Penguji

( )

REKAPITULASI NILAI TUGAS AKHIR PROFESI  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS

Nama Peserta Program :  
NPM :  
Hari/Tanggal Seminar :  
Judul :

KOMPONEN	NILAI		TOTAL
	NILAI	BOBOT	
1. Supervisi Proses Praktik	.....	25%	.....
2. Makalah	.....	35%	.....
3. Seminar	.....	20%	.....
4. Proses bimbingan	.....	20%	.....
TOTAL			.....

$$\text{NILAI AKHIR KIA-N} = \frac{\text{TOTAL}}{10} = \text{-----} = \boxed{\phantom{0000}}$$

- Range Nilai:
- 85 – 100 = A
  - 80 – 85 = A-
  - 75 – 80 = B+
  - 70 – 75 = B
  - 65 – 70 = B-
  - 60 – 65 = C+
  - 55 – 60 = C
  - 50 – 55 = C-
  - 40 – 50 = D
  - 0 – 40 = E

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR NERS  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS

Nama Mahasiswa :

NPM :

Pembimbing :

Judul :

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Metode Konsultasi	Paraf

*Halaman Cover Karya Ilimiah Akhir*

**PENERAPAN INTERVENSI “.....” PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER PADA Tn. “S”  
DI RUANG INTERNAL  
RSUD.....**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



Disusun Oleh :  
XXXXX (Nama)  
NPM : ....

*PanduanPe*

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
BINA HUSADA PALEMBANG  
2023**

*Contoh Halaman Persetujuan*

**PENERAPAN INTERVENSI “.....” PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER PADA Tn. “S”  
DI RUANG INTERNAL  
RSUD.....**

Karya ilmiah Akhir ini telah disetujui untuk diujikan dihadapan penguji  
Program Studi Profesi Ners STIK Bina Husada Palembang

Disusun Oleh :

XXXXXXXXXX ( Nama)

NPM : 22.14901.XXXX

Palembang, .....

Pembimbing

(Nama Lengkap dan Gelar)

NIDN

*PanduanPe*

Mengetahui,

Ka. Prodi Profesi Ners

(Kardewi, S.Kep, Ners, M.Kes)

NIDN : 02.270383.03

*Contoh Lembar Pengesahan*

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**PENERAPAN INTERVENSI “.....” PADA PASIEN  
PENYAKIT JANTUNG KORONER PADA Tn. “S”  
DI RUANG INTERNAL  
RSUD.....**

Telah diseminarkan dan diujikan pada tanggal :  
.....20 .....

Oleh :  
XXXXX (Nama)  
NPM : 22.14901.XXXX

Ketua Penguji

(Nama Lengkap dan Gelar)  
NIDN :

Penguji I

Penguji II

*PanduanPe*

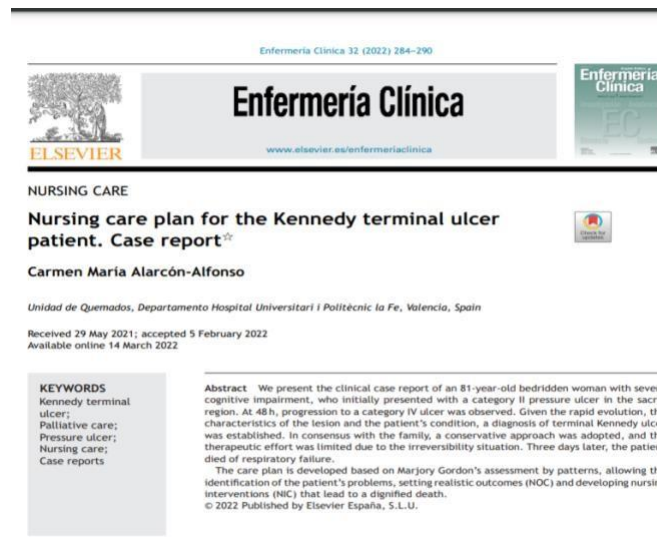
(Nama Lengkap dan Gelar)  
NIDN :

(Nama Lengkap dan Gelar)  
NIP :

**JADWAL KARYA ILMIAH AKHIR NERS**  
**TAHUN AKADEMIK 2022-2023**

No	Kegiatan				Waktu														
					Mei					Juni					Juli				Agustus
															4 s/d 10	11s/d 17	22 s/d 24	23 s/d 30	
		8	9	10	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5					15
1	Sosialisasi Panduan KIA Ners ke Dosen																		
2	Sosialisasi Panduan KIA Ners ke Mahasiswa																		
3	Pembagian Pembimbing																		
4	Perencanaan pengambilan studi kasus penyusunan karya ilmiah akhir																		
6	Penetapan dan pengelolaan kasus keloan Utama																		
7	Penerapan intervensi praktik berbasis bukti																		
9	Penulisan KIA Ners																		
10	Ujian Kompetensi UKNI																		
11	Sidang KIA Ners																		
12	Pelaporan Nilai Feeder																		

# Lampiran 2 CONTOH PUBLIKAS IKIA (Alarcón-Alfonso, 2022)



## Introduction

The concept of Kennedy's terminal ulcer (KTU) was described by Karen Lou Kennedy in the late 20th century.<sup>1</sup> It is a tissue lesion of sudden onset and rapid progression seen in people before death, usually bedridden.<sup>2</sup> Its aetiology is unknown, although it is associated with a problem of blood hypoperfusion secondary to the dying process, which causes the pressure exerted on the bony prominences to produce lesions in a shorter period of time.<sup>3,4</sup> The differential diagnosis of KTU is difficult to establish because of its similarities to pressure ulcers (PU). However, some authors argue that KTU are more superficial in onset and develop more rapidly in both size and depth compared to PUs.<sup>4,5</sup> They also have defining clinical features, appearing mainly on the sacrum or coccyx, as a bilateral ulcer, shaped like a horseshoe or butterfly, with red, purple, yellow or black colourations and irregular borders.<sup>1,6</sup> KTU starts as a category II ulcer or as a blister that will rapidly progress to category III or IV. Patients with KTU are at increased risk of imminent death.<sup>3,4</sup> In the treatment of this type of ulcer the main objective is not wound healing. Priority is given to other aspects such as patient comfort and pain control, odour management, preventing the appearance of new ulcers, wound care to avoid complications and helping the family to cope with the situation.<sup>1,3</sup> There is a certain lack of knowledge about this entity in clinical practice, which prevents its correct detection, management and treatment.<sup>7</sup> For this reason, the following clinical case is presented of a patient who developed a terminal Kennedy's ulcer in the context of Home Care provided by Primary Care. The nursing care provided is presented, describing the diagnoses obtained, the interventions planned and the evaluation of the results.

# Objectives

The aim of this study was to develop an individualised care plan for a patient diagnosed with Kennedy's terminal ulcer.

## Method : Clinical Case History

### Specific patient information

81 year old woman, bedridden with multiple pathologies, being monitored by primary care nurses. Personal history

Medical history: hypertension, type 2 diabetes mellitus and Alzheimer's disease, diagnosed in 2013, no surgery or other pathologies. No other family and psychosocial history of interest. She lives at home with her daughter, who is her main caregiver, her son-in-law and her grandson. Her usual medication is Atenolol 50 mg ev./24h, Metformin 580 mg ev./24 h and Lorazepam 1 mg ev./12 h.

Clinical findings A general assessment of the patient was carried out according to Marjory Gordon's Functional Patterns model and an alteration was detected in all the patterns: a bed-ridden patient with total dependence for basic activities of daily living (ADL) according to the result of 0 points obtained with the Barthel index. She had severe cognitive impairment with a score of 2 on the Mini Mental Loboscale and severe dementia according to the GDS (Global Deterioration Scale). The risk of PU was high, with 9 points on the Braden scale. The patient presented the same clinical situation as described

two years ago. Patient with a previous care plan drawn up for the prevention of PUs, with measures applied such as the use of pressure management surfaces (SPMS), implementation of postural changes and protection of bony prominences, development of a diet for nutritional support, as well as education of the main caregiver and other family members for continuity of care. The health centre received a notification from the patient's main caregiver because she had observed a sudden onset lesion in the sacral area. Following the notification, during an initial visit, the PU risk was reassessed, using the Braden scale, obtaining 8 points, which meant that the high risk of PU recorded in the patient's history was maintained. The MUST scale was also used, with a score of more than 2, indicating a high risk of malnutrition, which was already known. A skin examination was performed and a lesion was observed in the sacral area, with partial loss of skin thickness, with the appearance of a superficial crater. The lesion was 3 cm long × 4 cm wide, with no cavities or tunnels, an erythematous bed, perilesional border with slight maceration and irregularity, minimal exudate and no signs of infection. The RESVECH 2.0 index was used to monitor the assessment and evolution of the ulcer. In the first measurement with this index a score of 8 out of 35 was obtained: size between 4 and 16 cm<sup>2</sup> (2 points), involvement of the dermis-epidermis (1 point), diffuse borders (1 point), tissue in the wound bed was epithelial (1 point), there was moisture (0 points), increasing pain (1 point), perilesional erythema (1 point) and increasing temperature (1 point). A diagnosis of category II pressure ulcer was established and a care plan drawn up based on general and local care: indications to the main caregiver to relieve tissue pressure and prevent the appearance of new lesions through

postural changes and protection of other risk areas such as the heels using pressure relief devices; nutritional shakes with higher calorie intake were introduced into the patient's diet according to medical prescription; local wound relief every 48 h with physiological saline solution was prescribed for cleaning, drying, application of INTRASITE® hydrogel and a secondary dressing of Mepilex® Border Sacrum foam. After 48 h, a second visit was made for treatment and to assess the evolution of the lesion. The ulcer progressed to category IV (Fig.1), with complete loss of tissue thickness and perilesional skin, the presence of slough and necrotic tissue, the appearance of cavitations, abundant exudate and a foul odour. The depth of the affected tissue could not be established. In the second RESVECH 2.0 treatment, wound area between 16 and 36 cm<sup>2</sup> (3 points), muscle involvement (3 points), damaged edges (3 points), necrotic and sloughy tissue (3 points), presence of exudate leakage (3 points), increasing pain (1 point), perilesional erythema (1 point), perilesional skin oedema (1 point), increasing temperature (1 point), increasing exudate (1 point), purulent exudate (1 point), malodour (1 point) and increasing wound size (1 point). The score obtained was 23 points, which shows the progression and poor evolution of the lesion since the first visit and assessment. The care plan was modified with a change in the wound dressing, using saline cleansing with light pressure to remove necrotic tissue and slough, drying, AQUACEL® Ag + silver dressing and a secondary dressing of Mepilex® Border Sacrum foam. By medical prescription, oral antibiotic therapy with Ciprofloxacin 500 mg every 12 h was started due to suspicion of ulcer infection. However, given the rapid and poor evolution and the deterioration of the patient's general condition, the case was discussed with the rest of the nursing team and the diagnosis was changed to Kennedy's terminal ulcer. The case was presented to the medical team and the family was informed of the intention to carry out palliative treatment, without curative purposes, given the terminal situation. Three days later, the patient was transferred to the emergency department of the reference hospital due to respiratory distress, where she died five hours after admission as a result of cardio-respiratory arrest.

**Therapeutic intervention** This section describes the therapeutic interventions carried out, following a care plan drawn up on the basis of the Nursing Diagnoses identified. The NANDA taxonomy has been used for this purpose. In addition, the expected results and the interventions carried out according to NOC and NIC are described, and the individualised care plan is shown in Table 1. The online platform NNNconsult 8 was used for its preparation.

## Follow-up and results

The results obtained showed that the nursing interventions carried out were consistent with the real and potential problems of both the patient and her environment. The identification of the lesion and its classification as a Kennedy terminal ulcer allowed the development of activities focused on achieving maximum comfort for the patient and a dignified death. At the same time, the necessary information was provided to the family so that they could participate in decision-making and understand

the palliative approach presented to them by the healthcare team. In addition, the whole family was involved in the care of the patient, reducing the burden on the main caregiver. Finally, the patient died

without showing signs of pain, in a calm environment and accompanied by her daughter. Both the staff involved in the patient's care and the family were satisfied with the care process.

**Table 1** Individualised care plan.

Nursing diagnoses (NANDA)	Nursing outcomes (NOC)	Nursing interventions (NIC)
<b>Impaired skin integrity (00046)</b>	<b>1001 tissue integrity skin and mucous membranes:</b> 110113 skin integrity <b>1004 nutritional status:</b> 100401 nutrient intake, 100402 food intake:	<b>740 bedridden patient care:</b> positioning the patient with correct body alignment, keeping bed linen clean and dry. <b>3660 wound care:</b> Perform daily wound care. Guideline: cleanse wound with saline, apply silver-impregnated activated charcoal antimicrobial dressing for odour and infection control, polyurethane dressing with silicone coating for exudate management and secondary adhesive dressing for occlusion. Apply zinc oxide barrier cream to protect perilesional skin. <b>2316. Medication administration:</b> topical <b>11400 pain management:</b> pain assessment <i>with Pain Assessment in Advanced Dementia scale</i> , explain to the caregiver the prescribed analgesia guidelines and use of rescues, and teach how to recognise signs of pain in the patient. Assess efficacy of analgesia according to objective indicators (agitation, breathing, grimacing). <b>3540 pressure ulcer prevention:</b> assess the risk of developing pressure ulcers with the Braden scale. A score of 6 is obtained with a result of high risk. Apply postural changes and reduce pressure on bony prominences by means of offloading (heel pads, hydrocolloid dressings or pillows). Application of hyperoxygenated fatty acids in risk areas where the skin is intact. <b>6482 environmental comfort management:</b> use air fresheners to reduce possible unpleasant odours and use soothing music to create an atmosphere that favours tranquillity. <b>5260 agony care:</b> encourage the family to be close to the patient and to accompany her in the final process. <b>5270 emotional support</b>
<b>Acute pain (00132)</b>	<b>1605 pain control:</b> 160508 uses available resources, 160511 refers to controlled pain <b>2102 level of pain:</b> 210206 facial expressions of pain, 210221 rubbing the affected area, 210222	
<b>Willingness to improve comfort (00183)</b>	<b>1214 level of agitation:</b> 121402 restlessness, 121414 clinging trying to remove dressing.  <b>1307 dignified death:</b> 130716 gradually disconnects from significant others.	
<b>Willingness to improve family coping (00075)</b>	<b>1300 acceptance of health status:</b> 130010 coping with health situation by the family <b>1302 coping with problems:</b> 130205 verbalises acceptance of the situation, 130212 uses effective coping strategies	<b>5290 bereavement support:</b> explain to the family the possible death of the patient during the hospital stay and invite them to express their feelings and say goodbye to the patient before the transfer, since by Covid-19 regulations there could only be one companion in the room.
<b>Willingness to improve decision making (00184)</b>	<b>0906 decision making:</b> 090602 identifies alternatives, 090609 chooses among several alternatives	<b>5250 decision support:</b> informing the family of the patient's condition in a clear and concise manner, presenting the therapeutic options and identifying the advantages and disadvantages of each.
<b>Risk of caregiver burnout (00062)</b>	<b>2508 well-being of primary caregiver:</b> 250811 family shares caregiving responsibilities, 250812 availability of breaks 2203 alterations in family caregiver's lifestyle: 220309 productivity at work	<b>7040 support for the main caregiver:</b> involve other family members in the care of the patient. Encourage the caregiver to engage in leisure activities to improve stress levels. Telephone consultations to form a support system.

## Discussion

Kennedy's terminal ulcer is a type of lesion that can be misdiagnosed as a pressure ulcer, which leads to a poor approach to nursing interventions. They are ulcers associated with the dying process, so their correct identification provides the patient and family with the necessary information to be able to make decisions that facilitate a dignified death, limiting the therapeutic effort. In this case, a correct initial diagnosis was not made. The lack of knowledge of this clinical entity and the difficulty in diagnosing it is an issue recognised in the literature consulted. The reasons for this include the lack of training of healthcare professionals in ulcers other than PUs, the use of different terms (such as skin changes at the end of life or Trombley-Brennan terminal lesion) to name the lesions that appear in patients at the end of life, which is confusing as they are very similar concepts. Furthermore, information on the aetiology and pathophysiology of KTU is incomplete, and there are no unified diagnostic criteria.<sup>5,7,9</sup> Another topic of discussion is whether these ulcers are preventable or not, i.e. whether their occurrence can be prevented. A prevention strategy similar to that of PUs is recommended with the main objective of reducing pressure and friction on bony prominences. To this end, postural changes every 2 hours are tolerated, keeping the skin dry and clean, use of pressure relieving devices such as dressings or SPMS<sup>9</sup> are recommended. Despite all these measures, KTU can occur due to the patient's clinical condition and non-modifiable risk factors. Therefore, an assessment and evaluation of the person's situation and an individualised care plan with ongoing monitoring and review must be in place before this or any other ulcer can be considered unavoidable.<sup>5</sup> The therapeutic approach to KTUs should include emotional support and counselling. Carers and families may feel that these ulcers have arisen as a result of medical negligence or inadequate care on their part. This creates feelings of guilt or mistrust. The possibility of imminent death should be explained to both the patient and family members, which facilitates the making of last wishes, improves the subsequent grieving process by allowing them to say goodbye to their loved one, and facilitates proper care planning. Effective pain management should be carried out to help improve the patient's comfort.<sup>9</sup> In this case, the ulcer was treated conservatively, without the use of debridement techniques, prioritising good control of pain, odour and exudates.<sup>10</sup> The family was informed of the poor prognosis, which facilitated decision-making.