

BUKU PANDUAN PEMBELAJARAN KLINIK PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Muhammadiyah Klaten
2015/2016



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas karuniNya Pedoman Pembelajaran Klinik Keperawatan Gawat Darurat I ini dapat diselesaikan. Buku ini bersisi tentang diskripsi mata ajaran, kompetensi, learning outcome, ruang lingkup, metode pembelajaran, tugas-tugas mahasiswa serta petunjuk pembuatan laporan. Dengan tersusunnya pedoman ini diharapkan dapat membantu mahasiswa dalam menyelesaikan seluruh proses pembelajaran dengan baik, terarah, terprogram dan terpantau.

Buku pedoman ini masih jauh dari sempurna, dan masih memerlukan saran kritik dan masukan yang bersifat membangun dari para dosen, perseptor, CI, dan juga dari mahasiswa. Dalam keterbatasan saat ini, kami tetap berharap agar buku memberikapedoman ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas proses pembelajaran, yang pada akhirnya akan meningkatkan mutu lulusan program studi Ners. Amien.

Klaten, April 2016
Koordinator MA KGD 1

Saifudin Zukhri, SKp.M.Kes

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
A. Pendahuluan	1
B. Deskripsi Mata Ajar	1
C. Target Kompetensi	2
D. Learning Outcome	2
E. Ruang Lingkup	2
1. Lingkup Sistem	2
2. Lingkup Kasus	3
3. Lingkup Ketrampilan (Skills)	3
F. Proses Pembelajaran	
1. Metode	6
2. Strategi	7
3. Tugas Mahasiswa	7
4. Waktu dan Tempat	8
5. Pembimbing	8
6. Ketentuan Umum dan Tata Tertib	8
G. Evaluasi	
1. Komponen dan Bobot Penilaian	9
2. Kriteria Kelulusan	9
H. Penutup	9
LAMPIRAN	

A. PENDAHULUAN

Program Studi Pendidikan Ners Stikes Muhammadiyah Klaten bertujuan untuk menghasilkan Ners yang handal dan bermartabat dengan keunggulan dalam keperawatan gawat darurat. Oleh karena itu stase Keperawatan Gawat darurat merupakan stase yang sangat penting untuk mewujudkan tujuan tersebut. Setelah menyelesaikan stase keperawatan dasar, keperawatan medical bedah, keperawatan anak dan maternitas, mahasiswa diharapkan sudah memiliki pengalaman dan ketrampilan klinik dasar yang cukup sebagai bekal untuk memasuki stase ini, yaitu :

1. Mampu melakukan manajemen masalah kesehatan
2. Memahami kerangka legal etik profesional
3. Mampu berkomunikasi secara efektif
4. Mampu melakukan manajemen perawatan kesehatan primer dan praktik keperawatan keluarga
5. Mampu mengembangkan diri dan menjadi pembelajar seumur hidup

Pada stase gawat darurat mahasiswa akan dihadapkan pada pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami kondisi gawat atau kritis, yang memerlukan kecepatan dan ketepatan pengkajian, identifikasi masalah, dan tindakan perawatan, dengan memperhatikan prinsip-prinsip etik dan legal. Oleh karena, pencapaian kompetensi pada stase sebelumnya sangat berpengaruh terhadap pencapaian kompetensi pada stase ini.

Pada Stase ini mahasiswa akan melaksanakan praktek di Unit Gawat Darurat (UGD) dan Instalasi Rawat Intensif (IRI/ICU). Dalam waktu 6 minggu yang akan dijalani diharapkan mahasiswa memiliki pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dalam kondisi gawat darurat dan kritis. Buku panduan ini disusun sebagai pedoman bagi mahasiswa dan Perseptor/Clinical Instructure dalam melaksanakan praktek dan bimbingan, sehingga stase ini dapat berjalan secara, efektif, terarah, dan terpantau.

B. DESKRIPSI MATA AJAR

Keperawatan Gawat Darurat I berfokus pada pengembangan pengetahuan, ketrampilan dan sikap profesional dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dalam keadaan gawat dan kritis, akibat adanya gangguan pada salah satu system tubuh atau lebih, yang berkaitan dengan penyakit, trauma, dan atau paparan lingkungan/ agen berbahaya, baik yang terjadi secara mendadak/akut maupun perlahan.

Proses pembelajaran dirancang sedemikian rupa sehingga mahasiswa dapat mengaplikasikan prinsip dan konsep keperawatan gawat darurat dan keperawatan kritis dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dewasa yang mengalami gangguan struktur atau fungsi organ yang membahayakan jiwa, dengan pendekatan proses keperawatan. Selama mengikuti program ini diharapkan mahasiswa memiliki pengalaman nyata dalam melaksanakan survey primer, manajemen jalan napas, mempertahankan dan memperbaiki sirkulasi, melaksanakan prosedur-prosedur yang lazim dilaksanakan di unit gawat darurat dan ICU dengan menggunakan alat-alat modern.

Sistem pembimbingan dan penugasan menekankan pada upaya untuk meningkatkan kemampuan berfikir kritis dan reflektif, kemandirian, kerja sama, dan berpusat pada mahasiswa. Mahasiswa juga diharapkan dapat mengimplementasikan praktek keperawatan berbasis bukti, melalui kegiatan penulisan dan analisis jurnal.

KGD I memiliki bobot 3 SKS dan dilaksanakan dalam waktu 4 (empat minggu), terdiri dari 2 minggu di Unit Gawat Darurat (UGD) dan 2 minggu di Unit Perawatan Intensif (ICU).

C. TARGET KOMPETENSI

Setelah mengikuti mata ajar ini, mahasiswa diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan gawat darurat dan keperawatan kritis pada klien dewasa yang mengalami berbagai perubahan fisiologis dengan atau tanpa gangguan struktur pada berbagai sistem organ tubuh, dengan mengaplikasikan ilmu keperawatan dan medis dengan berbagai ilmu terapan lain yang terkait, secara aman dan efisien dengan memperhatikan aspek etiko-legal.

D. CAPAIAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan mata ajar ini, mahasiswa diharapkan mampu

1. Melaksanakan pengkajian primer dan sekunder secara cepat dan akurat pada pasien yang mengalami kondisi kegawatan
2. Mengenali tanda-tanda utama gangguan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi.
3. Melakukan tindakan pembebasan jalan napas
4. Melakukan pemberian bantuan napas
5. Melaksanakan resusitasi jantung paru
6. Melaksanakan triage
7. Melakukan tindakan keperawatan dan atau medis yang didelegasikan dalam menangani pasien dalam keadaan gawat atau kritis .
8. Mengidentifikasi dan mengatasi masalah-masalah etiko legal dalam keperawatan gawat darurat.
9. Mengidentifikasi dan menganalisis jurnal-jurnal yang terkait keperawatan kritis
10. Mengoperasikan alat-alat medis yang lazim digunakan untuk monitoring atau perawatan pasien di unit gawat darurat dan ICU.

E. RUANG LINGKUP

1. Lingkup Sistem

Ruang lingkup mata ajaran ini meliputi asuhan dan management keperawatan pada pasien yang mengalami keadaan gawat darurat atau kritis, pada semua tingkat usia, yang disebabkan oleh karena adanya gangguan pada :

- 1) Sistem pernapasan
- 2) System kardiovaskuler
- 3) Keseimbangan cairan,, elektrolit dan asam basa
- 4) System persarafan
- 5) System endokrin
- 6) System pencernaan
- 7) System perkemihan
- 8) System muskuloskeletal
- 9) Sistem integument
- 10) Kehamilan

- 11) Keracunan
- 12) Multi system (MOD)

2. Lingkup kasus

- 1) Henti/gagal napas
- 2) Trauma dada
- 3) Status asmatikus
- 4) Gagal jantung
- 5) Acut Coronary Syndrome
- 6) Hipertensi emergency
- 7) Aritmia jantung
- 8) Syock
- 9) Dehidrasi
- 10) Asidosis/.alkalosi metabolic/respiratorik
- 11) Trauma Kepala
- 12) Trauma medulla spinalis
- 13) Tetanus
- 14) Epilepsy
- 15) Post operasi Kraniotomy
- 16) Ketoasidosis diabateikum
- 17) Hyperosmolar hiperglikemic non ketotik syndrome
- 18) Hipoglikemia
- 19) Trauma abdomen
- 20) Akut abdomen
- 21) Retensi urin
- 22) Trauma ginjal
- 23) Vulnus
- 24) Dislokasi atau Fraktur
- 25) Luka bakar
- 26) Sepsis

3. Lingkup Ketrampilan

Daftar kompetensi skill merupakan ketrampilan klinis yang harus dikuasai disesuaikan dengan jenis ketrampilan dan kompetensi ketrampilan bagi seorang ners. Adapun tingkat pencapaian kompetensi ketrampilan klinis dibagi dalam empat tingkat sebagai berikut :

1. Teori
Mahasiswa menguasai dasar teori /pengetahuan yang meliputi prinsip, indikasi, kontraindikasi, resiko dan komplikasi tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis.
2. Melihat atau mendemonstrasikan
Mahasiswa menguasai dasar teori /pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan pernah melihat serta mendemonstrasikan.

3. Melakukan atau menerapkan
Mahasiswa menguasai dasar teori /pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan dapat melakukan tindakan tersebut beberapa kali dengan bimbingan atau supervisi.
4. Rutin
Mahasiswa dapat menguasai dasar teori /pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan berpengalaman (rutin) dalam melakukan tindakan tersebut.

SKILL	Level of expeted ability			
	1	2	3	4
Assesment (pengkajian)				√
Cardiovascular (kardiovaskuler)				
Auscultation (rate, rhythm, volume)				√
Blood presure /non-invasive (tekanan darah)				√
Heart sound /mumurs (suara jantung)				√
Pulmonary				
Breath sounds (suara napas)				√
Rate and work of breathing (frek & usaha napas)				√
Neurological				
Glosgow Coma Scale				√
Pemeriksaan reflex				√
Pemeriksaan system motoric				√
Pemeriksaan sensorik				√
Pemeriksaan syaraf cranial				√
Gastrointestinal				
Abdominal (pengkajian abdomen)				√
Nutritional (pengkajian status nutrisi)				√
Renal/Genitourinary				
Genital (pengkajian genital)				√
Fluid balance (keseimbangan cairan)				√
Endokrin /Metabolik				
Assessment of lab result (pengkajian hasil lab)				√
Interpretation lab result (interpretasi hasil lab)				√
Musculoskeletal				
Muscle strengh (kekuatan otot)				√
Primary survey (airway, breathing, circulation)				
Arterial blood gases (specimen collection & interpretation)			√	
EKG (prosedur & interpretation)			√	
Monitor hemodinamik				√
Monitor jantung non invasive				√
Defibrillation (external)			√	
Pemberian terapi oksigen			√	
1. Face mask				√
2. NRM				√

3. Nasal cannula				√
4. Tent				
5. Ventilasi mekanik			√	
Manajemen cairan :enteral/parenteral			√	
Pengambilan specimen :sputum				√
Pengambilan specimen : kultur (darah, feses, urin)				√
Pengambilan specimen : darah				√
Insersi jalan napas nasofaringeal		√		
Insersi jalan napas orofaringeal		√		
Perawatan trakeostomy				√
Perawatan ETT				√
Perawatan CVC				√
Latihan batuk efektif				√
Pemberian nebulizer				√
Membantu ekstubasi, intubasi dan dekanulasi, laryngeal mask			√	
Fisioterapi dada				√
Perawatan WSD				√
Monitor tekanan intracranial			√	
Pemberian nutrisi enteral				√
Irigasi : saluran makan				√
Pemasangan NGT				√
Spooling lambung				√
Irigasi luka /ganti dressing				√
Pemasangan kateter				√
Irigasi kateter				√
Perawatan kateter suprapubic				√
Perawatan kondom kateter				√
Perawatan kateter				√
Transfusi darah				√
Management demam dan kejang				√
Managemen luka				
Dengan kulit rusak dan terkelupas				√
Ulkus				√
Penyembuhan luka operasi				√
Luka bakar derajat 1				√
Luka bakar derajat 2				√
Luka bakar derajat 3				√
Ulkus dekubitus				√
Ganti dressing (steril)				√
Luka operasi dengan drain				√
Perawatan luka/irigasi				√
Perawatan luka trauma				√
Manajemen jalan napas				
Suction (EET, nasal, oral, tracheostomy)				√
Resusitasi jantung				√

Manajemen asam basa				√
Pemberian obat				
- IV				√
- IM				√
- oral				√
- IC / SC				√
- Terapi Titiasi (syring pump)			√	
Cardiac care (perawatan jantung)				√
Bed rest care (perawatan bed rest)				√
Irigasi bladder				√
Manajemen konstipasi				√
Manajemen delirium				√
Manajemen cairan dan elektrolit				√
Perawatan CVP				√
Control infeksi				√
Proteksi infeksi				√
Latihan ROM				√
Pengaturan posisi				√

F . PROSES PEMBELAJARAN

1. Metode Pembelajaran

Proses pembelajaran yang digunakan pada stase ini menggunakan pendekatan Student Centered Learning (SCL). Berdasarkan Buku Panduan ini dan dengan bimbingan perseptor , mahasiswa dituntut untuk merencanakan strategi pencapaian target yang telah ditentukan. Metode pembelajaran yang dapat diterapkan pada stase ini meliputi :

- 1) Konferensi
- 2) Management Kasus
- 3) Bedside Teaching
- 4) Ronde Keperawatan
- 5) Analisis dan Presentasi Kasus
- 6) Analisis dan Presentasi Jurnal
- 7) Tutorial
- 8) Meet The Expert

2. Strategi

Untuk menjamin efektifitas dan pemantauan pencapaian target, maka strategi pembelajaran yang digunakan adalah sebagai berikut. :

- 1) Mahasiswa dibagi menjadi kelompok kecil, dengan anggota 4 mahasiswa/kelompok
- 2) Setiap kelompok dibimbing oleh seorang prseptor dan atau CI rumah sakit, dan dosen.

- 3) Pada hari pertama masuk di suatu ruangan (UGD/ICU), perseptor / CI mengadakan pre konferensi yang bertujuan untuk orientasi ruangan, penjelasan tujuan pembelajaran, target, dan pembuatan kontrak belajar. Pada saat pre konferensi tersebut diharapkan mahasiswa sudah membawa rencana kontrak belajar dan disampaikan ke perseptor untuk mendapatkan umpan balik. Bila dipandang perlu perseptor dapat meminta mahasiswa memperbaiki kontrak belajarnya. Kontrak belajar secara umum mencakup penentuan target kompetensi, strategi yang akan digunakan, waktu pelaksanaan, sumber yang diperlukan.
- 4) Hari selanjutnya mahasiswa melaksanakan program pembelajaran sesuai dengan jadwal yang disepakati dengan perseptor, yang meliputi : pengelolaan kasus, bedside teaching, rounde keperawatan, DOPS, Mini-Cex, meet the expert, presensi jurnal, presentasi kasus.
- 5) Sebagai pemandu dalam memberikan askep di ICU, mahasiswa wajib membuat laporan pendahuluan.
- 6) Perseptor / CI melakukan monitoring terhadap pelaksanaan kontrak belajar mahasiswa.

3. Tugas Mahasiswa

Selama mengikuti pembelajaran MA Keperawatan Gawat Darurat I mahasiswa diwajibkan untuk mengerjakan dan mengumpulkan tugas sebagai berikut :

- 1) Membuat kontrak belajar pada setiap awal masuk ruangan
- 2) Membuat resume asuhan keperawatan di UGD minimal 1 kasus/hari
- 3) Membuat 1 analisis kasus untuk dipresentasikan pada minggu ke 2
- 4) Membuat asuhan keperawatan lengkap di ICU, 1 pasien/minggu, disertai dengan laporan pendahuluan (laporan pendahuluan harus sudah dibuat sebelum pengelolaan)
- 5) Mengikuti Bedside teaching sebagai presntan 1kali, dan responden 3 kali
- 6) Mengikuti DOPS 4 kali (2 di UGD, 2 di ICU)
- 7) Melakukan analisis dan presentasi jurnal 1 kali pada minggu ke 1
- 8) Mengikuti MINI-CEX 1 kali selama praktek, pada minggu ke 4 praktek (di UGD atau di ICU)
- 9) Mengikuti kegiatan Meet The Expert minimal 1 kali selama praktek.

4. Waktu dan Tempat Praktik

Praktik profesi ners KGD dilaksanakan secara rotasi yang dimulai pada tanggal 16 Januari 2017 sampai dengan 13 Mei 2017. Adapun tempat yang digunakan adalah di ruang ICU dan IRD RSUD dr. Muwardi Surakarta, daftar rotasi terlampir.

5. Pembimbing

- a. Pembimbing Akademi
 - 1) Saifudin Zuhri, SKp., M.Kes. (ICU)
 - 2) Romadhani Tri Purnomo, S.Kep., Ns. (IRD)
- b. Preseptor : Sesuai yang ditunjuk oleh RS masing-masing
- c. *Clinical Instructur* : Sesuai yang ditunjuk RS masing-masing

6. Ketentuan Umum & Tata Tertib

- 1) Mahasiswa wajib mengikuti seluruh program pembelajaran dengan kehadiran 100 %
- 2) Mahasiswa wajib menandatangani daftar hadir pada jam datang dan jam pulang
- 3) Mahasiswa wajib mematuhi jadwal praktik yang telah ditetapkan oleh perseptor/CI
- 4) Dalam hal akan mengganti jadwal, mahasiswa harus minta ijin kepada perseptor/CI
- 5) Dalam hal mahasiswa tidak bisa masuk karena sesuatu hal harus ijin perseptor/CI, dan bila karena sakit, harus melampirkan surat keterangan dari dokter.
- 6) Mahasiswa yang tidak masuk praktik wajib mengganti praktik dilain waktu dengan ketentuan :
 - a. Meninggalkan praktik karena ijin atau sakit mengganti sesuai jumlah hari yang ditinggalkan
 - b. Meninggalkan praktik tanpa keterangan mengganti 2 kali jumlah hari yang ditinggalkan.
 - c. Waktu penggantian ditetapkan oleh akademi dengan persetujuan rumah sakit.
- 7) Mahasiswa wajib menggunakan seragam yang telah ditentukan oleh Stikes Muhammadiyah Klaten dan atau sesuai ketentuan rumah sakit.
- 8) Mahasiswa wajib membawa nursing kit (stetoscope, tensi meter, termometer, senter kecil, reflex hammer)
- 9) Mahasiswa wajib mengikuti jadwal dinas di ruangan dan dilarang tukar dinas tanpa sepengetahuan pembimbing
- 10) Pada akhir stase mahasiswa wajib mengumpulkan student report beserta laporan tugas yang sudah disetujui perseptor secara lengkap ke pembimbing akademi.

G. EVALUASI

1. Komponen dan Bobot Penilaian

Penilaian mahasiswa pada Stase Gawat Darurat I meliputi komponen-komponen dan bobot sebagai berikut :

No	Nama Kegiatan	Bobot (a)	Skor Rata-Rata (b)	Hasil (a) x (b)
1	Bedside teaching (4X)	10 %		
2	Presentasi kasus (4x)	10%		
3	Presentasi jurnal (4x)	10%		
4	Askep ICU (2)	15%		
5	Resume UGD	15 %		
5	DOPS (4 x)	10%		
6	Mini-CEX	20 %		
7	Sikap profesional	10 %		

Penilaian menggunakan format penilaian yang sudah tersedia di dalam student report.

2. Kriteria Kelulusan

Mahasiswa dinyatakan lulus pada stase Keperawatan Gawat Darurat I apabila :

- a. Telah mengikuti seluruh proses pembelajaran dengan kehadiran 100 %
- b. Telah mengumpulkan seluruh tugas yang diberikan secara lengkap
- c. Nilai final exam minimal 75.

H. PENUTUP

Demikian panduan ini disusun, mudah-mudahan dapat digunakan sebagai pedoman dan mempermudah proses pembelajaran Keperawatan Gawat Darurat. Hal-hal lain terkait pembelajaran Keperawatan Gawat Darurat I yang belum tercantum dalam panduan ini akan dijelaskan kemudian.

Menyetujui
Ka Prodi S1 Keperawatan

Klaten, April 2016
Koordinator KGD I

Retno Yuli Hastuti, S.Kep. Ns. Sp.Jiwa

Saifudin Zuhri, SKp.M.Kes.

LAMPIRAN

FORMAT PEMBUATAN LAPORAN
RESUME ASUHAN KEPERAWATAN DI UGD

Hari/Tanggal :

Jam pasien Datang :

A. Pengkajian

Nama Pasien : (inisial)

Usia :

Jenis Kelamin :

No RM :

Keluhan Utama : Jelaskan alasan datang ke rumah sakit

Kesadaran : A V P U

Pengkajian Primer

1. Sirkulasi
2. Airway
3. Breathing
4. Disability
5. Exposure

Pengkajian Sekunder (lakukan pengkajian data fokus terkait keluhan utama/perkiraan masalah)

- a. Anamnesis
- b. Pemeriksaan Fisik
- c. Pemeriksaan Penunjang

B. Diagnosa Keperawatan

Tuliskan diagnosa keperawatan dengan rumusan yang lengkap (PES) dan urutkan sesuai prioritas

C. Tindakan dan Respon

Tuliskan tindakan keperawatan dan atau kolaborasi yang dilakukan pada pasien , termasuk tindakan monitoring dan pemeriksaan penunjang untuk setiap diagnosa keperawatan . Tuliskan juga respon pasien segera setelah tindakan, dengan format sebagai berikut :

DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL

D. EVALUASI

Tuliskan catatan perkembangan pasien yang menggambarkan perubahan kondisi pasien dari waktu ke waktu setelah mendapatkan pemeriksaan dan pertolongan awal sampai pasien dipindahkan dari UGD. Lakukan pencatatan evaluasi dengan format SOAP sebagai berikut :

DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	S O A P I R
		S : Data subyektif O : Data obyektif A : Status Masalah P : Rencana Tindak lanjut

LAPORAN PENDAHULUAN

Laporan Pendahuluan (LP) dibuat setelah mahasiswa menentukan dan melakukan kajian awal kasus kelolaan, dan harus sudah selesai dan diserahkan ke Perseptor/CI sebelum memulai memebrikan askep pada pasien. Laporan pendahuluan yang sudah disetujui Perseptor harus dibawa dan digunakan sebagai panduan selama mahasiswa mengeloa pasien. LP disusun dengan sistematika sebagai berikut.

1. Halaman Sampul, memuat judul askep, nama mahasiswa, NIM, tempat tandatangan persetujuan pembimbing
2. Bagian utama terdiri dari
 - A. Konsep Penyakit
 - 1) Pengertian
 - 2) Etiologi
 - 3) Gejala dan Tanda
 - 4) Patofisiologi
 - 5) Penatalaksanaan Medis
 - B. Asuhan Keperawatan
 - 1) Pengkajian Primer
 - a. Biodata : nama, usia, jenis kelamin, suku.
 - b. Keluhan utama saat pengkajian
 - c. Sirkulasi
 - d. Airway
 - e. Breathing
 - f. Disability
 - g. Expose
 - 2) Pengkajian Sekunder
 - a. Anamnesis
 - a) Riwayat penyakit saat ini
 - b) Riwayat penyakit masa lalu
 - c) Riwayat penyakit keluarga
 - d) Riwayat Keperawatan Lainnya yang terkait : tanyakan riwayat keperawatan lainnya (nutrisi, aktifitas, psikosoial, dan lainnya) yang dapat menggambarkan adanya faktor risiko (penyebab) terjadinya maslah kesehatan saat ini)
 - e) Review Sistem (keluhan/perubahan pada fungsi sstem tubuh yang merupakan gejala penyakit yang lazim ditemukan)
 - b. Pemeriksaan Fisik
Tuliskan tanda—tanda penyakit yang biasa muncul menurut sistem / area tubuh secara chepalo kaudal.
 - c. Pemeriksaaan Penunjang
Tuliskan pemeriksaaan penunjang yang lazim dilakukan pada penyakit tersebut beserta hasil yang biasanya ditemukan (laboratorium, radiologi, elektrografi, dll)
 - 3) Diagnosa Keperawatan

Tuliskan diagnosa keperawatan yang lazim ditemukan pada penyakit tersebut.

4) Rencana Asuhan Keperawatan

Buatlah rencana asuhan keperawatan untuk setidaknya 3 diagnosa keperawatan. Pilihlah diagnosa keperawatan prioritas yang sesuai/mendekati keadaan pasien yang dapat anda perkirakan saat interaksi awal dengan pasien (orientasi). Susunlah perencanaan dengan format sebagai berikut :

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA (NOC)	TINDAKAN (NIC)	RASIONAL

Buatlah pada lembar tersendiri, sehingga dapat dengan mudah anda aplikasikan pada pasien.

C. Daftar Pustaka

Tuliskan daftar pustaka yang anda gunakan dalam menyusun LP. Gunakan buku/jurnal terbaru. Penulisan daftar pustaka menggunakan sisten vancouver.

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

Laporan asuhan keperawatan menggambarkan proses asuhan keperawatan yang telah diberikan selama minimal 2 hari, yang meliputi Pengkajian, Analisis Data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian :
Jam Pengkajian :
Sumber : pasien/keluarga/orang terdekat
Kesadaran : GCS

A. Biodata

Nama : (inisial)
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

B. Pengkajian Primer

Sirkulasi :
Airway :
Breathing :
Disability :
Exposure :

C. Pengkajian Sekunder

a. Riwayat Keperawatan

- 1) Keluhan Utama : Tuliskan keluhan utama yang dirasakan pasien saat pengkajian
- 2) Riwayat penyakit saat ini : ceritakan kronologi penyakit yang dialami pasien, sejak pertama kali merasakan gejala sampai dengan pasien masuk ICU.
- 3) Riwayat penyakit masa lalu : tanyakan / tuliskan penyakit masa lalu yang pernah dialami pasien dan berkaitan dengan penyakit saat ini.
- 4) Riwayat Penyakit Keluarga : tanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit seperti yang diderita pasien
- 5) Riwayat Keperawatan Lainnya yang terkait
- 6) Review sistem : tanyakan keluhan/perubahan pada sistem tubuh yang merupakan dampak dari masalah kesehatan yang dialami.

b. Pemeriksaan Fisik

Lakukan pemeriksaan fisik secara cephalo caudal (kepala ke kaki), fokuskan pengkajian pada tanda-tanda yang sekiranya berkaitan dengan masalah kesehatan pasien saat ini.

- 1) Keadaan Umum pasien : tuliskan gambaran umum pasien, misalnya pasien tidak sadar, terpasang ventilator, tampak gelisah dan, kesakitan, dll.
- 2) Tanda-tanda Vital : T, N, R, S
- 3) Kepala (rambut, kulit kepala, tulang,
- 4) Leher
- 5) Dada

- 6) Abdomen
- 7) Genetalia dan Perinium
- 8) EktermItas dan Bawah
- 9) Status Neurologis (terutama pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran) : fungsi, kognitif, saraf kranial, reflek

c. Pemeriksaan penunjang

- 1) Data Bed Side Monitor
 - HR, Tekanan Arteri,Respirasi
 - Gambaran EKG
 - CVP
 - SiO2
- 2) Pemeriksaan Laboratorium
- 3) Pemeriksaa Radiologi dan Electrografi

d. Terapi

Tuliskan program terapi yang diinstruksikan dokter secara jelas (nama obat, dosis, dan rute pemberiannya).

2. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Buatlah analisa data hasil pengkajian anda dengan format sebagai berikut,.

ANALISA DATA

DATA OBJEKTIF/SUBYEKTIF	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI

Tuliskan rumusan diagnosa keperawatan hasil analisa tersebut secar berurutan sesuai prioritasnya.

3. Perencanaan

Buatlah Rencana Asuhan Keperawatan untuk pasien tersebut dengan format seperti pada laporan pendahuluan.

4. Implementasi

Tuliskan tindakan keperawatan yang anda lakukan untuk tiap-tiap diagnosa keperawatan dengan format sebagai berikut.

Tindakan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL/JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL	TTD

5. Evaluasi (Catatan perkembangan)

Tuliskan hasil evaluasi yang menggambarkan perubahan kondisi/masalah keperawatan pasien dari waktu ke waktu dengan format sebagai berikut :

Catatan Perkembangan Pasien

Diagnosa keperawatan	Tgl/Jam	SOAP	TTD

FORMAT PENYUSUNAN ANALISIS DAN PRESENTASI KASUS

Analisis kasus adalah kegiatan pembelajaran dimana mahasiswa melakukan telaah terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada seorang pasien. Telaah dilakukan dengan cara membandingkan dan atau menjelaskan dasar teori yang terkait dengan kondisi pasien dan asuhan keperawatan yang dilakukan. Ruang lingkup dalam melakukan telaah meliputi :

1. **Patofisiologi** , yang menjelaskan bagaimana prosesnya pasien bisa mengalami kondisi tersebut (tanda/gejala)
2. **Pengkajian** : jelaskan pentingnya atau tujuan anda mencari suatu/beberapa data (bahaslah data-data utama saja)
3. **Diagnosa Keperawatan** : jelaskan bagaimana diagnosa keperawatn tersbut bisa muncul , buatlah pathway-nya (minimal 3 diagnosa prioritas)
4. **Tindakan Keperawatan** : jelaskan tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut, dan jelaskan mengapa tindakan tersebut penting untuk dprioritaskan. Jelaskan juga (bila ada) pertimbangan etik dan legal dalam melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan yang diperlukan pasien
5. **Evaluasi** : jelaskan apakah tujuan perawatan pasien tercapai, apakah asuhan keperawatan yang diberikan cukup efektif dan efisien (jelaskan alasannya), apakah faktor pendukung / penghambat yang anda temukan.
6. **Rekomendasi** : apa rekomendasi anda untuk asuhan keperawatan pasien yang sama pada masa yang akan datang

Adapun sistematika pelaporanya adalah sebagai berikut

1. **Gambaran Kasus** : tuliskan resume kasus yang menggambarkan kondisi pasien dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan.
2. **Hasil Analisis**
 - a. **Pengkajian**
 - b. **Diagnosa**
 - c. **Tindakan**
 - d. **Evaluasi**
3. **Rekomendasi**
4. **Daftar Pustaka**

FORMAT PENYUSUNAN ANALISIS DAN PRESENTASI JURNAL

1. **Abstrak**
2. **Latar Belakang** : apakah data yang disajikan dalam latar belakang akurat dan relevan dengan masalah penelitian, apakah masalah penelitian cukup jelas dirumuskan, apakah masalah penelitian aktual dan penting untuk diteliti, apakah menantang
3. **Metodologi** : apakah metode yang digunakan sesuai dengan masalah penelitian, apakah instrumen atau perlakuan yg digunakan sesuai, apakah sampelnya memadai/mewakili, apakah analisis data yg digunakan sesuai ?
4. **Hasil** : sebutkan hasil-hasil penelitian yang penting
5. **Pembahasan** : Apakah konsep/teori yang mendasari penelitian ini, apakah pembahasan sesuai dengan hasil penelitian, apakah membandingkan dengan hasil penelitian lain. Apakah ada hasil penelitian sejenis lain yang anda ketahui ?
6. **Kesimpulan** : apakah kesimpulan sudah sesuai dengan tujuan penelitian.
7. **Implikasi** : apakah hasil penelitian bisa diterapkan dalam praktek keperawatan ? apa saran anda terhadap hasil penelitian tersebut bagi penelitian selanjutnya atau bagi pelayanan perawatan ?

**DAFTAR PENCAPAIAN KOMPETENSI KEPERAWATAN GAWAT DARURAT I
PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS STIKES MUHAMAMDIYAH KLATEN**

NAMA MAHASISWA :

NIM :

SKILL	Level of expeted ability			
	1	2	3	4
Assesment (pengkajian)				
Cardiovascular (kardiovaskuler)				
Auscultation (rate, rhythm, volume)				
Blood presure /non-invasive (tekanan darah)				
Heart sound /mumurs (suara jantung)				
Pulmonary				
Breath sounds (suara napas)				
Rate and work of breathing (frek & usaha napas)				
Neurological				
Glosgow Coma Scale				
Pemeriksaan reflex				
Pemeriksaan system motoric				
Pemeriksaan sensorik				
Pemeriksaan syaraf cranial				
Gastrointestinal				
Abdominal (pengkajian abdomen)				
Nutritional (pengkajian status nutrisi)				
Renal/Genitourinary				
Genital (pengkajian genital)				
Fluid balance (keseimbangan cairan)				
Endokrin /Metabolik				
Assessment of lab result (pengkajian hasil lab)				
Interpretation lab result (interpretasi hasil lab)				
Musculoskeletal				
Muscle strengh (kekuatan otot)				
Primary survey (airway, breathing, circulation)				
Arterial blood gases (specimen collection & interpretation)				
EKG (prosedur &interpretation)				
Monitor hemodinamik				
Monitor jantung non invasive				
Defibrillation (external)				
Pemberian terapi oksigen				
1. Face mask				
2. NRM				
3. Nasal cannula				
4. Tent				
5. Ventilasi mekanik				
Manajemen cairan :enteral/parenteral				

Pengambilan specimen :sputum				
Pengambilan specimen : kultur (darah, feses, urin)				
Pengambilan specimen : darah				
Inseri jalan napas nasofaringeal				
Inseri jalan napas orofaringeal				
Perawatan trakeostomy				
Perawatan ETT				
Perawatan CVC				
Latihan batuk efektif				
Pemberian nebulizer				
Membantu ekstubasi, intubasi dan dekanulasi, laryngeal mask				
Fisioterapi dada				
Perawatan WSD				
Monitor tekanan intracranial				
Pemberian nutrisi enteral				
Irigasi : saluran makan				
Pemasangan NGT				
Spooling lambung				
Irigasi luka /ganti dressing				
Pemasangan kateter				
Irigasi kateter				
Perawatan kateter suprapubic				
Perawatan kondom kateter				
Perawatan kateter				
Transfusi darah				
Management demam dan kejang				
Managemen luka				
Dengan kulit rusak dan terkelupas				
Ulkus				
Penyembuhan luka operasi				
Luka bakar derajat 1				
Luka bakar derajat 2				
Luka bakar derajat 3				
Ulkus dekubitus				
Ganti dressing (steril)				
Luka operasi dengan drain				
Perawatan luka/irigasi				
Perawatan luka trauma				
Manajemen jalan napas				
Suction (EET, nasal, oral, tracheostomy)				
Resusitasi jantung				
Manajemen asam basa				
Pemberian obat				
- IV				
- IM				

- oral				
- IC / SC				
- Terapi Titirasi (syring pump)			v	
Cardiac care (perawatan jantung)				
Bed rest care (perawatan bed rest)				
Irigasi bladder				
Manajemen konstipasi				
Manajemen delirium				
Manajemen cairan dan elektrolit				
Perawatan CVP				
Control infeksi				
Proteksi infeksi				
Latihan ROM				
Pengaturan posisi				

Keterangan :

1. Melihat dan memahami
2. Membantu pelaksanaan
3. Melakukan dengan bantuan
4. Melakukan dengan benar secara mandiri