



- Merah** • Kondisi Berat
- Kuning** • Kondisi Sedang
- Hijau** • Kondisi Ringan
- Hitam** • Meninggal

**Panduan Praktek Profesi
Keperawatan Gawat Darurat
Program Pendidikan Profesi Ners**

NAMA :
NIM :
PROGRAM :

Disusun Oleh:
Dr. Widaningsih, S.Kp., M.Kep.
Antia, S.Kp.,M.Kep.

**Program Studi Profesi Ners
Universitas Esa Unggul
Tahun 2015**



**Panduan Praktek Profesi
Keperawatan Gawat Darurat
Program Pendidikan Profesi Ners**



NAMA :

NIM :

PROGRAM :



**Disusun Oleh:
Dr. Widaningsih, S.Kp., M.Kep.
Antia, S.Kp.,M.Kep.**

Program Studi Profesi Ners

Universitas Esa Unggul

Tahun 2015



KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga Buku Panduan Praktik Profesi Keperawatan Gawat Darurat pada Program Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul Tahun 2015 ini telah berhasil diterbitkan.

Buku Panduan Praktek Keperawatan Gawat Darurat ini disusun untuk membantu mahasiswa mencapai kompetensi klinik yang telah ditetapkan sehingga diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk dapat menerapkan asuhan keperawatan gawat darurat berdasarkan *evidence* di semua tatanan pelayanan kesehatan sesuai dengan tujuan pembelajaran pada program pendidikan profesi ners dan aspek legal dan aspek legal dan etis praktik profesi keperawatan.

Panduan Praktik Profesi Keperawatan Gawat Darurat ini merupakan panduan standar sebagai pedoman/arahan dalam melaksanakan Praktik Profesi Keperawatan Gawat Darurat, berisi informasi informasi tentang keadaan umum, materi, area kompetensi praktik, lampiran penilaian dan format pembuatan laporan praktik profesi mata kuliah.

Buku panduan ini juga diperuntukkan bagi pembimbing dari lahan praktik maupun institusi pendidikan sebagai pedoman pelaksanaan bimbingan praktik Profesi Keperawatan Gawat Darurat dalam upaya mencapai tujuan pendidikan Ners yang unggul dan dapat bersaing secara nasional dan global. Masukan dari pembimbing atau berbagai pihak terkait dalam pencapaian kompetensi dan evaluasi proses pembelajaran praktik profesi ini sangat kami harapkan untuk kesempurnaan buku panduan ini. Terima kasih, semoga buku panduan ini bermanfaat.

Jakarta, November 2015

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Ajar.....	1
B. Bobot SKS dan Lama Praktek Klinik.....	1
C. Tempat Praktik.....	2
BAB II KOMPETENSI.....	3
A. Kompetensi Umum.....	3
B. Kompetensi Khusus.....	4
BAB III KEGIATAN PRAKTIK KLINIK.....	6
A. Metode Pembelajaran Klinik.....	6
B. Strategi Pembelajaran Klinik.....	6
C. Model Pembelajaran Praktik.....	7
D. Jadwal Praktik Klinik.....	8
E. Tugas Pembimbing Klinik.....	8
BAB IV EVALUASI.....	9
A. Komponen Evaluasi.....	9
B. Ketentuan Evaluasi.....	9
BAB V PERATURAN PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS.....	11
A. Peserta.....	11
B. Waktu Pelaksanaan.....	11
C. Ketentuan Seragam dan Atribut.....	11
D. Tata Tertib.....	12
E. Ketentuan Khusus.....	13
DAFTAR PUSTAKA.....	14
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	15

BAB 1

PENDAHULUAN

MATA AJAR : KEP. GAWAT DARURAT
PROGRAM STUDI : Pendidikan Profesi Ners
BEBAN STUDI : 3 SKS
KOORDINATOR : Yuliati, S.Kp., MM.,M.Kep
TIM PEMBIMBING : Yuliati, S.Kp., MM., M.Kep
Ratna Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Deskripsi Mata Ajar

Mata ajar ini merupakan konsep dan prinsip keperawatan gawat darurat melalui penerapan ilmu dan teknologi keperawatan pada klien/pasien termasuk anak yang mempunyai masalah aktual dan resiko yang mengancam kehidupan tanpa atau disertai kondisi lingkungan yang tidak dapat diperkirakan dan tanpa disertai kondisi lingkungan yang tidak dapat dikendalikan.

Rangkaian kegiatan yang dilaksanakan dalam keperawatan gawat darurat dikembangkan sedemikian rupa sehingga mampu mencegah kematian atau cacat yang mungkin terjadi dengan menggunakan pendekatan sistem dan holistik.

B. Bobot SKS dan Lama Praktik Klinik

1. Bobot SKS : 3 SKS
2. Lama Praktik Klinik
 - a. 154 jam (selama 15 hari = 3 minggu dengan asumsi lama praktik enam hari dinas dalam satu minggu selama 9 jam tiap kali dinas/jaga). Tanggal 4 sampai dengan 22 Januari 2016 dengan alokasi sabtu, minggu dan tanggal merah libur.
 - b. Dinas/Jaga : Pagi (Pukul 07.00 s/d 16.00) atau malam (pukul 21.00 s/d 07.00)

C. Tempat Praktik

Praktik Klinik Keperawatan Gawat Darurat dilaksanakan di Rumah Sakit Pendidikan didasarkan pada ketersediaan kasus sesuai kompetensi yang dicapai,

ketersediaan pembimbing klinik yang sesuai standar. Adapun Rumah Sakit yang digunakan adalah **Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Jakarta** Pusat dan ruangan yang digunakan adalah ruangan yang memungkinkan peserta didik mempelajari tentang pendekatan proses keperawatan pada kasus tertentu sesuai ruang lingkup kompetensi Keperawatan Gawat Darurat.

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

BAB II

KOMPETENSI

A. Kompetensi umum

1. Mampu melakukan dan menganalisa pengkajian kedaruratan, pengkajian primer dan pengkajian sekunder, serta pengkajian penunjang lainnya secara tepat.
2. Mampu mengelompokkan kasus-kasus kegawatdaruratan sesuai dengan triase
3. Mampu menetapkan dan merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian baik masalah aktual maupun resiko dengan data pendukung yang tepat
4. Mampu mengidentifikasi rencana tindakan kegawatdaruratan yang akan dilakukan secara tepat baik yang mandiri maupun kolaborasi
5. Mampu melakukan tindakan keperawatan mandiri (misal: tindakan obsevasi, prosedural keperawatan, dan pendidikan kesehatan) sesuai dengan kondisi kegawatdaruratan yang terjadi.
6. Mampu memberikan rasionalisasi dari tindakan-tindakan yang dilakukan
7. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan dengan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa dan Planning).
8. Mampu memodifikasi asuhan keperawatan berdasarkan hasil evaluasi
9. Mampu menerapkan tindakan *universal precaution* dan *standard precaution* serta pencegahan penyebaran infeksi di rumah sakit
10. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dan perawatan holistik kepada klien dan keluarganya.
11. Mampu menganalisa manajemen asuhan keperawatan serta isu etik dan legal yang terkait dengan pemberian asuhan keperawatan kritis dan kegawatdaruratan

B. Kompetensi Khusus

1. Mampu melakukan komunikasi efektif dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan berbagai tingkat usia dalam keadaan gawat darurat.
2. Mampu menggunakan keterampilan interpersonal yang efektif dalam kerja tim
3. Mampu menggunakan teknologi dan informasi kesehatan secara efektif dan bertanggung jawab
4. Mampu menggunakan proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah klien pada berbagai tingkat usia dalam keadaan gawat darurat akibat gangguan:

- a. Termoregulasi : trauma kapitis
 - b. Oksigenasi : infark miokard, gagal nafas, trauma thoraks
 - c. Pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit : DM dengan ketoasidosis, krisis tiroid
 - d. Keamanan fisik : keracunan, sengatan binatang berbisa
5. Mampu menggunakan langkah-langkah pengambilan keputusan etis dan legal pada klien dengan berbagai tingkat usia dalam keadaan gawat darurat
 6. Mampu mengkolaborasikan berbagai aspek dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan klien dengan berbagai tingkat usia dalam keadaan gawat darurat
 7. Mampu mendemonstrasikan keterampilan teknis keperawatan yang sesuai dengan standar yang berlaku atau secara kreatif dan inovatif agar pelayanan yang diberikan efisien dan efektif pada klien dengan berbagai tingkat usia dalam keadaan gawat darurat: resusitasi/RJP/BHD
 8. Mampu mengembangkan pola pikir kritis, logis dan etis dalam mengembangkan asuhan keperawatan pada klien dengan berbagai tingkat usia dalam keadaan gawat darurat (*Triage*)
 9. Mampu menjalankan fungsi advokasi pada klien dengan berbagai tingkat usia dalam keadaan gawat darurat untuk mempertahankan hak klien agar dapat mengambil keputusan untuk dirinya.
 10. Mampu mempertahankan lingkungan yang aman secara konsisten melalui penggunaan strategi manajemen kualitas dan manajemen resiko pada klien dengan berbagai tingkat usia dalam keadaan gawat darurat
 11. Mampu melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan yang berlaku dalam bidang kesehatan.
 12. Mampu memberikan dukungan kepada tim asuhan dengan mempertahankan akontabilitas asuhan keperawatan yang diberikan
 13. Mampu mewujudkan lingkungan bekerja yang kondusif
 14. Mengembangkan potensi diri untuk meningkatkan kemampuan profesional
 15. Mampu berkontribusi dalam mengembangkan profesi keperawatan
 16. Mampu menggunakan hasil penelitian untuk diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan

BAB III KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

A. Metode Pembelajaran Klinik

1. *Preconference*
2. *Postconference*
3. *Bedside teaching*
4. Observasi
5. Penugasan klinik
6. Demonstrasi
7. Belajar mandiri

B. Strategi Pembelajaran Klinik

NO	METODE PEMBELAJARAN	SUMBER PEMBELAJARAN	MEDIA INSTRUKSIONAL
1	Penugasan klinik <ul style="list-style-type: none"> • Mahasiswa mempelajari seluruh kasus yang ada diruangan masing-masing • Mahasiswa memfokuskan 1 kasus untuk disusun dalam laporan kasus 	Pembimbing klinik	Klien
2	Penugasan <ul style="list-style-type: none"> • Laporan pendahuluan • Laporan kasus • Analisa sintesa • Resume 	<ul style="list-style-type: none"> • Teks book • Status media • Status keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Format rencana askep • Catatan perkembangan yang dikembangkan oleh bagian KGD
3	Konferensi <ul style="list-style-type: none"> • <i>Preconference</i> • <i>Postconference</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembimbing • Kolega 	
4	Observasi Mahasiswa mengobservasi <ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan di klinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembimbing Klinik • Staf rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien • Ruang perawat

<ul style="list-style-type: none"> Perilaku anggota tim kesehatan di klinik 	<ul style="list-style-type: none"> Kondisi fisik klinik Aktivitas klinik
--	--

C. Model Pembelajaran Praktik

Proses Pembelajaran	Kegiatan	
	Mahasiswa	Pembimbing
FASE PRA INTERAKSI	1. Menyusun laporan pendahuluan (LP)	1. Memberikan informasi tentang pasien antara lain diagnosa
	2. Mengikuti <i>Conference</i> (LP)	2. <i>Preconference</i> → evaluasi pemahaman mahasiswa
	3. Membaca informasi tentang pasien → kaitkan dengan LP	3. Evaluasi pemahaman mahasiswa
FASE INTRODUKSI	1. Memperkenalkan diri ke pasien	1. Mengobservasi mahasiswa umpan balik
	2. Melakukan kontrak	2. Mengobservasi mahasiswa umpan balik
FASE KERJA	1. Melakukan pengkajian dan validasi	1. Bimbingan untuk menumbuhkan kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal
	2. Melakukan perumusan masalah diagnosa	
	3. Menyusun intervensi dan melakukan implementasi	
	4. Melakukan ronde keperawa	2. Mendampingi ronde keperawatan 3. Bimbingan dalam <i>bedside teaching</i>
	5. Mengikuti <i>bed side teaching</i>	
FASE EVALUASI	Menyimpulkan dengan pasien pencapaian	Bimbingan dan observasi tentang kemampuan mahasiswa

BAB IV EVALUASI

A. Komponen Evaluasi

NO	ITEM PENELITIAN	PERSENTASE
1	Laporan kasus individu	30%
	a. IGD (3 LP, 3 askep, 12 analisis sintesa)	
	b. ICU (3 LP, 3 askep, 3 resume, 3 kontrak belajar)	
2	Target keterampilan	20%
3	Kinerja praktik	10%
4	Ujian praktik akhir Strage & Responsi	25%
5	Seminar kelompok IGD dan ICU	15%
	Total	100%

B. Ketentuan Evaluasi

1. Evaluasi dilaksanakan dengan prosedur sebagai berikut :

a. Kehadiran

Kehadiran mahasiswa harus 100%

b. Pendokumentasian Laporan :

- 1) Laporan pendahuluan dievaluasi pada hari pertama praktik oleh pembimbing klinik.
- 2) Pembimbing klinik dapat meminta mahasiswa melakukan perbaikan
- 3) Laporan askep, resume, kontrak belajar, analisa sintesa dievaluasi pada setiap akhir minggu praktik

c. Target dikumpulkan pada akhir praktik oleh koordinator MK setelah satu stase terselesaikan.

d. Kinerja klinik

Kinerja klinik dinilai disetiap ruangan tempat mahasiswa praktik

e. Ujian praktik akhir stage & responsi

- 1) Ujian akhir stage dilaksanakan sebanyak satu kali dibagian perawatan kritis dan gawat darurat sesuai kondisi dirumah sakit.
- 2) Ujian dilaksanakan secara komprehensif selama satu hari dan dinilai oleh dua penguji (lahan & institusi pendidikan).

- 3) Jadwal dan teknis ujian diatur tersendiri
- 4) Nilai batas lulus ujian 75 (B) dan diberi kesempatan mengulang sebanyak 1 kali

f. Seminar kelompok

- 1) Seminar dilaksanakan di ruang IGD dan ICU/CCU pada hari Sabtu (atau hari lain yang disepakati) minggu kedua atau ketiga
- 2) Seminar didampingi oleh pembimbing institusi dan lahan praktik (ruang tempat praktik) serta dapat dihadiri praktikan dari institusi lain yang sedang praktik di ruang tersebut.
- 3) Format penilaian terlampir

2. Nilai batas kelulusan praktik profesi mata kuliah KGD adalah 75 (B)

BAB V
PERATURAN PROGRAM
PENDIDIKAN PROFESI NERS

A. Peserta

Peserta program pendidikan profesi Ners adalah mahasiswa yang telah menyelesaikan program Sarjana Keperawatan dan lulus uji klinik pra profesi serta telah menyelesaikan proses administrasi akademik sesuai ketentuan yang berlaku.

B. Waktu Pelaksanaan

1. Stase Program Profesi dibuka bila telah memenuhi syarat yaitu lulus uji klinik pra profesi dan memenuhi kuota 20 mahasiswa yang mendaftar pada administrasi akademik
2. Jumlah setiap kelompok maksimal 10 orang
3. Praktik profesi Ners berlangsung selama dua semester (satu tahun)
4. Waktu jam praktik adalah 7 jam per shif untuk dinas pagi dan sore termasuk waktu untuk istirahat, *preconference* dan *postconference*
5. *preconference* dan *postconference* atau tutorial berlangsung selama 1-2 jam
6. praktik profesi dilaksanakan 6 hari dalam seminggu

C. ketentuan Seragam dan Atribut

1. perempuan
 - a) seragam baju atas dan celana panjang, serta jilbab (bagi muslimah berjilbab)
 - b) rambut rapi tidak tergerai (menggunakan *hair net*)
 - c) sepatu pansus tertutup berwarna putih, hak ≤ 3 Cm
 - d) menggunakan atribut sesuai ketentuan institusi dan lahan praktik
2. laki –laki
 - a) seragam baju atas dan celana panjang
 - b) rambut rapi
 - c) sepatu pansus tertutup berwarna putih
 - d) menggunakan atribut sesuai ketentuan institusi dan lahan praktik

D. Tata Tertib

1. Kehadiran mahasiswa 100%
2. Mahasiswa wajib hadir 30 menit dilahan praktek sebelum shift dimulai
3. Mahasiswa diwajibkan mengikuti seluruh kegiatan yang telah ditetapkan pada setiap mata kuliah yang sedang dijalani sesuai dengan perencanaan pada buku panduan mata kuliah
4. Mahasiswa wajib memenuhi kompetensi yang telah ditetapkan dari institusi pendidikan dan diketahui oleh pembimbing lahan dan institusi
5. Mahasiswa dilarang memanjangkan kuku, menggunakan cat kuku, memakai perhiasan (anting, kalung, gelang, cincin dan lain-lain)
6. Mahasiswa wajib menggunakan jam tangan yang menggunakan detik
7. Tiap mahasiswa wajib membawa "*nursing kit*" untuk keperluan praktik
8. Mahasiswa wajib menjaga nama baik institusi pendidikan, rumah sakit, dan klien
9. Mahasiswa yang meninggalkan ruangan praktik tanpa seizin pembimbing lebih dari 30 menit dianggap tidak hadir
10. Kelompok mahasiswa wajib mengganti kerusakan alat-alat/investasi institusi pendidikan/lahan praktek akibat kelalaian mahasiswa sesuai ketentuan
11. Mahasiswa wajib melapor dan menyelesaikan ketentuan administrasi praktik kepada koordinator praktik sesuai jadwal yang telah ditentukan
12. Mahasiswa wajib mengisi absen setiap hari dinas dan ditantangi oleh pembimbing lahan/ institusi
13. Mahasiswa yang melanggar ketentuan seragam dan atribut dianggap tidak hadir
14. Mahasiswa yang terlambat 15 menit akan dikurangi nilai sebesar 5% untuk setiap pertemuan dan bila lebih dari 15 menit dianggap tidak hadir
15. Mahasiswa yang tidak hadir praktik tanpa keterangan wajib mengganti 2x lipat dari waktu yang ditinggalkan, dan bila tidak hadir karena sakit/izin wajib mengganti sesuai banyaknya waktu praktek yang ditinggalkan
16. Ketidakhadiran karena sakit harus dibuktikan dengan adanya surat dari dokter, yang diberitahukan kepada koordinator mata kuliah serta pembimbing lahan/institusi. Maksimal selama 3 hari.
17. Ketidakhadiran izin ditoleransi untuk hal-hal antara lain keluarga meninggal, tugas dinas kantor maksimal 2 hari.

18. Keterlambatan pengumpulan tugas dan laporan praktek dikurangi 2 % setiap satu hari keterlambatan dan jika lebih dari 7 hari dianggap tidak mengumpulkan laporan

19. Mahasiswa diberikan kesempatan untuk mengganti dinas, mengulang kegagalan pada jadwal remedial.

E. Ketentuan Khusus

1. Mahasiswa wajib merumuskan dan menunjukkan laporan pendahuluan pada saat hari pertama masuk (hari senin) ke setiap ruang/bangsral perawatan dan menunjukkan kepada pembimbing klinik

2. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan pre dan post konferen secara berkelompok sesuai jadwal (hari pertama masuk ruangan mulai pukul 07.00-07.30) yang telah ditetapkan dengan materi diskusi sesuai dengan laporan pendahuluan dan kontrak belajar yang telah dirumuskan oleh mahasiswa.

3. Mahasiswa harus membuat tugas dengan ketentuan : setiap minggu mahasiswa harus membuat **1 LP, 1 Laporan Askep (kasus sesuai LP) dan 1 Laporan Resume Keperawatan.**

4. Mahasiswa wajib mengumpulkan tugas-tugas akademik yang telah ditentukan, maksimal 3 hari setelah meninggalkan ruangan atau hari rabu dalam putaran minggu selanjutnya.

5. Tugas dikumpulkan kepada pembimbing klinik dari institusi pendidikan dalam **stop maf berwarna hijau** dengan diberi identitas jelas

6. Saat mengumpulkan laporan harus disertai format penilaian (penilaian pendokumentasian LP, Laporan Resume dan Askep).

DAFTAR PUSTAKA

Baradero M., Dayrit M.W. & Siswadi Y. (2009). **Prinsip & Praktik Keperawatan Perioperatif**. Cetakan 1. Jakarta : EGC

Hudak, Gallo (2000). *Critical Care Nursing*. Philadelphia : JB. Lippincott Company

Kurikulum Program Studi Profesi Ners Universitas Esa Unggul. Makalah

Potter & Perry (2009). **Fundamental Keperawatan (*Fundamentals of Nursing*)**. Terjemahan. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.

Taylor C (1997). *Fundamental of Nursing, The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia : Lippincott.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

1. Cover pengumpulan tugas
2. Daftar Presensi Mahasiswa (Absensi Kehadiran)
3. Format bimbingan dan diskusi
4. Sistematika Laporan Pendahuluan (LP)
5. Sistematika Penulisan Askep Gadar (Proses Keperawatan Gadar)
6. Petunjuk Penulisan Askep Gadar (Proses Keperawatan Gadar)
7. Petunjuk Penulisan ASKEP di IGD
8. Sistematika penulisan analisa sintesa
9. Sistematika penulisan resume Keperawatan Gadar
10. Sistematika makalah seminar
11. Target keterampilan di IGD
12. Target keterampilan di ICU/ICCU
13. Format penilaian kinerja klinik (performa)
14. Penilaian LP, ASKEP, resume
15. Format penilaian analisa sintesa, kontrak belajar
16. Format penilaian makalah dan seminar
17. Format penilaian ujian praktik akhir stage
18. Format penilaian responsi
19. Laporan kegiatan sehari-hari
20. Daftar hadir pembimbing
21. Daftar kegiatan praktik profesi KGD
22. Daftar nama kelompok

COVER PENGUMPULAN TUGAS

NAMA MAHASISWA :

NIM :

RUANG :

TANGGAL PRAKTIK :

PEMBIMBING :

BERKAS YANG DIKUMPULKAN :

1.

2.

3.

4.

5. Dst.

HARI TANGGAL PENYERAHAN :

PENERIMA :

**DAFTAR PRESENSI MAHASISWA
(Absensi Kehadiran)**

NAMA :

NIM :

RUANGAN :

RS :

No	Ruangan	Hari/Tanggal	Jam		Paraf	
			Datang	Pulang	Mahasiswa	Karu
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14	Dst.					

FORMAT BIMBINGAN

NO	HARI/TANGGAL	KELOMPOK	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KET

SISTEMATIKA LAPORAN PENDAHULUAN (LP)

a. JUDUL : Contoh :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEGAWATANDARURAT SISTEM
KARDIOVASKULER : ACUT MIOCARD INFARK/AMI

b. KONSEP DASAR

1. Pengertian
2. Etiologi
3. Tanda gejala
4. Patofisiologi
5. Pemeriksaan penunjang dan hasilnya
6. *Pathway*

c. KONSEP KEPERAWATAN

1. Pengkajian primer – Primary Survey (A, B, C, D, E)
2. Pengkajian sekunder – pemeriksaan fisik, laboratorium, penunjang lain
3. Diagnosa Keperawatan utama – minimal 3 Dx, dan lengkap sesuai rumusan (ACTUAL : PES, Risiko : PE, Potensial P)
4. Intervensi dan rasional (meliputi intervensi perawat dan kolaboratif, ditulis lengkap sesuai buku sumber)

d. DAFTAR PUSTAKA

Minimal 5 dan terutama buku-buku kegawat-daruratan periode 10 tahun terakhir

SISTEMATIKA PENULISAN ASKEP GADAR

A. PENCATATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Di Ruang IGD)

Nama Klien : No Register :
 Usia : Tanggal Masuk :
 Jenis Kelamin : Diagnosa Medik :
 Riwayat Kesehatan :

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
AIRWAYS (jalan nafas) Sumbatan : () benda asing () darah () bronkospasme () sputum () lender	() actual () resiko Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d.....			
BREATHING (pernafasan) Sesak, dengan : () aktivitas () tanpa aktivitas () menggunakan otot tambahan frekuensi:..... Irama: () teratur	() actual () resiko Pola nafas tidak efektif b/d.....			

<p>()tidak teratur</p> <p>Kedalaman:</p> <p>()dalam</p> <p>()dangkal</p> <p>Batuk:</p> <p>()produktif</p> <p>()non produktif</p> <p>Sputum:</p> <p>- Warna:</p> <p>- Konsistensi:</p> <p>Bunyi nafas:</p> <p>()ronchi</p> <p>()wheezing</p> <p>()creakles</p> <p>()snoring</p>	<p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>b/d.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>CIRCULATION</p> <p>(sirkulasi)</p> <p>sirkulasi perifer:</p> <p>Nadi:</p> <p>Irama:</p> <p>()teratur</p> <p>()tidak teratur</p> <p>Denyut:</p> <p>()lemah</p> <p>()kuat</p> <p>()tak kuat</p> <p>TD:</p> <p>ekstremitas</p> <p>()hangat</p> <p>()dingin</p> <p>Warna kulit:</p> <p>()cyanosis</p> <p>()pucat</p>	<p>()actual</p> <p>()resiko</p> <p>Penurunan curah jantung</p> <p>b/d.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>()actual</p> <p>()resiko</p> <p>Gg keseimbangan cairan</p>		

<p>()cekung ()lembek ()elastic ()asites ()kembung Turgor: ()baik ()sedang ()buruk Mukosa: ()lembab ()kering Kulit: ()bintik merah ()jejas ()lecet-lecet ()luka Suhu: Celcius Pencernaan: Kidah kotor: ()ya ()tidak Nyeri: ()ya ()ulu hati ()kuadran kanan ()menyebar ()tidak Integumen (kulit) terdapat luka ()ya ()tidak Dalam: ()ya ()tidak</p>	<p>()actual ()resiko Gg integritas jaringan b/d..... </p>	
--	---	--

Pendarahan: <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak			
DISSABILITY Tingkat kesadaran <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> apatis <input type="checkbox"/> somnolen <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> soporocoma <input type="checkbox"/> koma Pupil <input type="checkbox"/> isokor <input type="checkbox"/> unisokor <input type="checkbox"/> moosis <input type="checkbox"/> midriasis Reaksi terhadap cahaya Ka: <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif Ki: <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif GCS: E M V = Terjadi <input type="checkbox"/> kejang <input type="checkbox"/> pelo <input type="checkbox"/> kelumpuhan/ kelemahan <input type="checkbox"/> mulut mencong <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disathria Nilai kekuatan otot:	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Gg perfusi jaringan cerebral b/d.....		

Reflex				
Babinsky:				
Patella:				
Bisep/trisep:				
Brudynsky:				

B. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Psikososial

- Komunitas yang diikuti :
.....
- Koping : Menerima Menolak Kehilangan Mandiri
- Afek : Gelisah Insomnia Tegang Depresi
- HDR : Emosional Tidak berdaya Rasa bersalah
- Persepsi penyakit : Menerima Menolak
- Hubungan keluarga harmonis : Tidak Ya, orang terdekat :
.....

a. Spiritual

- Kebiasaan keluarga / pasien untuk mengatasi *stress* dari sisi spiritual :
.....

2. KEBUTUHAN EDUKASI

a. Terdapat hambatan dalam pembelajaran :

- Tidak Ya, Jika Ya : Pendengaran Penglihatan Kognitif Fisik
- Budaya Emosi Bahasa
- Lainnya
- Dibutuhkan penerjemah : Tidak Ya,
- Sebutkan.....
- Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia) :
- Diagnosa dan manajemen penyakit Obat – obatan / Terapi Dietdan nutrisi
- Tindakan keperawatan..... Rehabilitasi Manajemen nyeri
- Lain-lain,sebutkan

- b. Bersedia untuk dikunjungi :** Tidak Ya, :
 Keluarga Kerabat Rohaniawan

3. RISIKO CEDERA / JATUH (Isi formulir monitoring pencegahan jatuh)

- Tidak Ya, Jika Ya, gelang risiko jatuh warna kuning harus dipasang

4. STATUS FUNGSIONAL (Isi formulir *Barthel Index*)

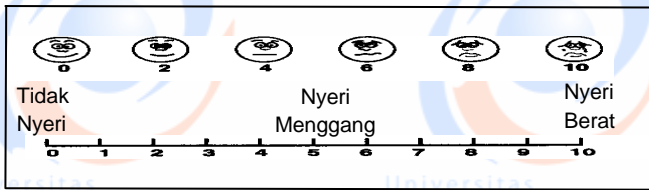
- Aktivitas dan Mobilisasi : Mandiri Perlu bantuan, sebutkan
.....

Alat Bantu jalan, sebutkan
.....

Bila terdapat gangguan fungsional, pasien dikonsultasikan ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

5. SKALA NYERI

Nyeri : Tidak Ya



1 – 3 : nyeri ringan, analgetik oral

4 – 7 : nyeri sedang, perlu analgetik injeksi

Nyeri Kronis, Lokasi : Frekuensi : Durasi

Nyeri Akut Lokasi : Frekuensi : Durasi

Score Nyeri (0-10) :

Nyeri Hilang

Minum Obat Istirahat Mendengar Musik Berubah Posisi

Lain-Lain sebutkan

<input type="checkbox"/> Numeric Usia >7 th	<input type="checkbox"/> Wong Baker Face Usia >3 th	<input type="checkbox"/> CRIES Usia 0-6 bln	<input type="checkbox"/> FLACC Usia 2 bln – 7 th	<input type="checkbox"/> COMFORT Pasien tidak sadar	Keterangan
A / I : _____	A / I : _____	A / I : _____	A / I : _____	A / I : _____	0 : Tidak Nyeri 1-3 : Nyeri Ringan 4-7 : Nyeri Sedang 8-10 : Nyeri Berat <i>Comfort Pain Scale:</i> 9-18 : Nyeri Terkontrol 19-26 : Nyeri Ringan 27-35 : Nyeri Sedang >35 : Nyeri Berat

Nyeri mempengaruhi:

Tidur Aktivitas Fisik Emosi Nafsu Makan Konsentrasi

Lainnya

**PENCATATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
(DIRUANG ICU/ICCU)**

1. PENGKAJIAN

a. Berisi data yang terfokus pada kegawatdaruratan klien

PENGKAJIAN KEPERAWATAN PASIEN ICU	Nama : No. RM : Tgl.Lahir : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Tgl : Jam :	
Sumber data : <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Lainnya..... Rujukan : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, <input type="checkbox"/> RS..... <input type="checkbox"/> Puskesmas..... <input type="checkbox"/> Dokter Diagnosis rujukan..... Pendidikan Pasien : <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA/SMK <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> Lainnya..... Pekerjaan Pasien :	

1. PEMERIKSAAN FISIK

a. Sistem Pernapasan :

Jalan napas : Bersih Sumbatan (Berupa Sputum Darah)

Pernapasan

- RR : x/mnt
- Penggunaan otot bantu napas: Tidak Ya
- Terpasang ETT : Tidak Ya
- Terpasang Ventilator : Tidak Ya
- Mode :..... TV :..... RR :..... PEEP :..... I:E :.....
 FiO₂ :.....
- Irama : Tidak Teratur Teratur
- Kedalaman : Tidak Teratur Teratur
- Sputum : Putih Kuning Hijau
- Konsistensi : Tidak Kental Kental
- Suara napas : Ronchi Wheezing Vesikuler

b. Sistem Kardiovaskuler :

Sirkulasi Perifer

- Nadi : x/mnt Tekanan darah :
- Pulsasi : Kuat Lemah
- Akral : Hangat Dingin
- Warna kulit : Kemerahan Pucat Cyanosis

Sirkulasi Jantung

- Irama : Tidak Teratur Teratur
- Nyeri dada : Tidak Ya, Lama :

Perdarahan : Tidak Ya, Area perdarahan :
Jumlah : cc/jam

c. Sistem Saraf Pusat

- Kesadaran : *Composmentis* *Apatis* *Somnolent* *Soporo*
Soporocoma Koma

- GCS : Eye: Motorik :
Verbal :
- Kekuatan otot :
.....
.....

d. Sistem Gastrointestinal

- Distensi : Tidak Ya, Lingkar perut : cm
- Peristaltic : Tidak Ya, Lama : x/mnt
- Defekasi : Tidak Normal Normal

e. Sistem Perkemihan

- Warna : Bening Kuning Merah Kecoklatan
- Distensi : Tidak Ya
- Penggunaan *catheter urine* : Tidak Ya
- Jumlah *urine* : cc / jam

f. Obstetri & Ginekologi

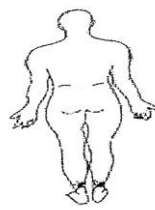
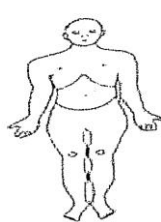
- Hamil : Tidak Ya, HPHT : Keluhan :
.....

g. Sistem Hematologi

- Perdarahan : Gusi *Nassal* *Pethecia* *Echimosis*
- Lainnya

h. Sistem Muskuloskeletal & Integument

- Turgor kulit : Tidak Elastis Elastis
- Terdapat luka : Tidak Ya, lokasi luka :
.....



Lokasi luka / Lesi lain

- Fraktur : Tidak Ya, lokasi fraktur :
.....
- Kesulitan bergerak : Tidak Ya
- Penggunaan alat bantu : Tidak Ya, nama alat :
.....

i. Alat Invasif yang digunakan

- *Drain / WSD* : Tidak Ya, Warna Jumlah
..... cc/jam

- Drain kepala : Tidak Ya, Warna Jumlah
..... cc/jam
- IV Line : Tidak Ya
- NGT : Tidak Ya, Warna Jumlah
..... cc/jam
- DLL

2. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

b. Psikososial

- Komunitas yang diikuti :

- Koping : Menerima Menolak Kehilangan Mandiri
- Afek : Gelisah Insomnia Tegang Depresi
 Apatis
- HDR : Emosiona Tidak berdaya Rasa bersalah
- Persepsi penyakit : Menerima Menolak
- Hubungan keluarga harmonis : Tidak Ya, orang terdekat :

c. Spiritual

- Kebiasaan keluarga / pasien untuk mengatasi *stress* dari sisi spiritual :

3. KEBUTUHAN EDUKASI

c. Terdapat hambatan dalam pembelajaran :

- Tidak Ya, Jika Ya : Pendengaran Penglihatan Kognitif Fisik
 Budaya Emosi Bahasa
 Lainnya

Dibutuhkan penerjemah : Tidak Ya,

Sebutkan.....

Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia) :

- Diagnosa dan manajemen penyakit Obat – obatan / Terapi
- Diet dan nutrisi
- Tindakan keperawatan..... Rehabilitasi
- Manajemen nyeri
- Lain-lain,sebutkan

d. Bersedia untuk dikunjungi : Tidak Ya, :

- Keluarga Kerabat Rohaniawan

4. RISIKO CEDERA / JATUH (Isi formulir monitoring pencegahan jatuh)

- Tidak Ya, Jika Ya, gelang risiko jatuh warna kuning harus dipasang

5. STATUS FUNGSIONAL (Isi formulir *Barthel Index*)

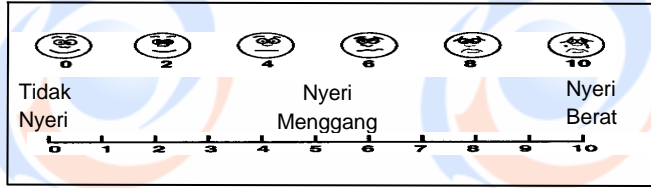
- Aktivitas dan Mobilisasi : Mandiri Perlu bantuan, sebutkan

Alat Bantu jalan, sebutkan

Bila terdapat gangguan fungsional, pasien dikonsultasikan ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

6. SKALA NYERI

Nyeri : Tidak Ya



1 – 3 : nyeri ringan, analgetik oral
 4 – 7 : nyeri sedang, perlu analgetik injeksi

- Nyeri Kronis, Lokasi : Frekuensi : Durasi
- Nyeri Akut Lokasi : Frekuensi : Durasi
- Score Nyeri (0-10) :

Nyeri Hilang

- Minum Obat Istirahat Mendengar Musik Berubah Posisi Tidur
- Lain-Lain sebutkan.....

<input type="checkbox"/> Numeric Usia >7 th	<input type="checkbox"/> Wong Baker Face Usia >3 th	<input type="checkbox"/> CRIES Usia 0-6 bln	<input type="checkbox"/> FLACC Usia 2 bln – 7 th	<input type="checkbox"/> COMFORT Pasien tidak sadar	Keterangan
A / I : _____	A / I : _____	A / I : _____	A / I : _____	A / I : _____	0 : Tidak Nyeri 1-3 : Nyeri Ringan 4-7 : Nyeri Sedang 8-10 : Nyeri Berat <i>Comfort Pain Scale:</i> 9-18 : Nyeri Terkontrol 19-26 : Nyeri Ringan 27-35 : Nyeri Sedang >35 : Nyeri Berat

- Nyeri mempengaruhi: Tidur Aktivitas Fisik Emosi Nafsu Makan
- Konsetrasi
- Lainnya.....

7. SKRINING GIZI (berdasarkan *Malnutrition Screening Tool / MST*)

(Lingkari skor sesuai dengan jawaban, Total skor adalah jumlah skor yang dilingkari)

No	Parameter	Skor
1.	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?	
	a. Tidak penurunan berat badan	0
	b. Tidak yakin / tidak tahu / terasa baju lebih longgar	2
	c. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut	
	1-5 kg	1
	6-10 kg	2
	11-15 kg	3

	>15 kg	4
	Tidak yakin penurunannya	2
2.	Apakah asupan makan berkurang karena berkurangnya nafsu makan?	
	a. Tidak	0
	b. Ya	1
		_____+
	Total skor	
3.	Pasien dengan diagnosa khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya (<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Ginjal <input type="checkbox"/> Hati <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Paru <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Penurunan Imunitas <input type="checkbox"/> Geriatri <input type="checkbox"/> Lain-lain)	

Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjut oleh Tim Terapi Gizi

Sudah dilaporkan ke Tim Terapi Gizi: Tidak Ya, tanggal & jam

8. HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Hasil laboratorium terbaru, meliputi :

Elektrolit : K Na Cl

- Analisa Gas Darah : PH PaCO₂ PaO₂
HCO₃ BE Sat O₂

- Hematologi : Hb : HT : Trombo :
Leuko :

- Fungsi hati : Albumin Globulin

- Fungsi Ginjal : Ureum Creatinin

- Faktor pembekuan : APTT PTT

- Foto Thoraks :

- EKG :

- DLL :

b. Analisa data

NO	HARI/TGL	DATA	PROBLEM	KEMUNGKINAN PENYEBAB
		Subyektif: Obyektif:		

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN : disusun sesuai prioritas dan urgensinya

3. PERENCANAAN

NO	INTERVENSI	TUJUAN & KRITERIA MASALAH	RASIONAL
1	1. 2. 3.	Tujuan: SMART Kriteria Hasil: 1. 2.	

4. CATATAN KEPERAWATAN

NO Dx	HARI/TGL	JAM	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
1	1.	1. 2. dst	S: O: S: O:	

Ket: implementasi disesuaikan dengan diagnosa/ masalah yang akan diatasi

CATATAN PERKEMBANGAN

NO Dx	HARI/ TANGGAL	JAM	PERKEMBANGAN KONDISI PASIEN	PARAF
1		S: O: A: P:.....pertahankan I..... Lanjutkan I.....	
2		S: O: A: P: Modifikasi rencana I: E: R: Keterangan : Evaluasi dibandingkan dengan standar pada kriteria hasil yang ditetapkan sebelumnya.	

PETUNJUK PENULISAN ASKEP DI IGD

1. Identitas Klien

Berisi nama, umur, jenis kelamin, register, diagnosa medis, tanggal masuk.

2. Riwayat penyakit sekarang

Berisi kronologis kejadian s/d pasien masuk IGD

3. Pengkajian fokus

a. *Airway*: mencantumkan data kepatenan jalan napas dan diagnosa yang mungkin muncul

b. *Breathing*: mencantumkan data pola napas dan diagnosa yang mungkin muncul

c. *Circulation*: mencantumkan data pertukaran, status cairan, fungsi jantung dan diagnosa yang mungkin muncul

d. *Disability* : mencantumkan data fungsi neurologi, fungsi sensory motorik dan diagnosa yang mungkin muncul

4. Rencana penatalaksanaan keperawatan:

Berkaitan dengan prinsip kegawatdaruratan dengan prioritas A, B, C, D, pasien

5. Implementasi keperawatan

6. Respon klien

7. Kesimpulan:

Berisi keputusan akhir penanganan pasien dan alasan tersebut

Misal: pasien pindah ke ruang.....alasan.....

**SISTEMATIKA PENULISAN/
LAPORAN ANALISA SINTESA**

Nama Mhs :
NIM :

Ruang :
Tanggal :

1. Identitas klien

.....
.....
.....

2. Diagnosa medis

.....
.....

3. Diagnosa keperawatan

.....
.....
.....

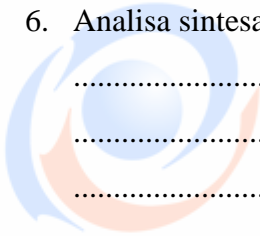
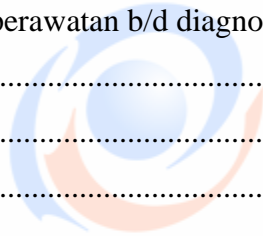

4. Tindakan keperawatan dan rasional

.....
.....
.....

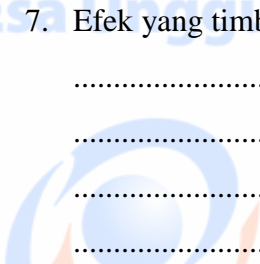
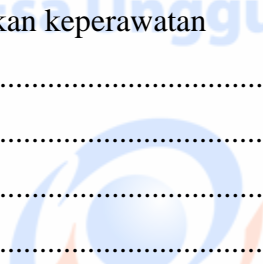

5. Prosedur tindakan keperawatan

.....
.....
.....

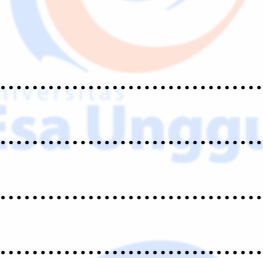

6. Analisa sintesa tindakan keperawatan b/d diagnosa keperawatan

		
.....
.....
.....

7. Efek yang timbul dari tindakan keperawatan

		
.....
.....
.....

8. Evaluasi

		
.....
.....
.....



CONTOH PENULISAN ANALISA SINTESA

Nama Mahasiswa : Anjasmara

Tanggal : 5 September 2005

NIM : 1399035

Ruang : ICU RSDK

1. Identitas klien : Tuan XXX, 50 tahun
2. Diagnosa medis : Cedera Kepala Berat
3. Tindakan keperawatan dan rasional : mengambil sampel darah arteri
4. Diagnose Keperawatan : resiko gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penumpukan sekret
5. Data

Tn XXX 50 tahun dibawa ke ruang ICU dengan diagnose medis sementara cedera kepala berat (CKB), tanda vital HR: 130/70 mmhg, Suhu: 38 derajat, N: 120 x/menit regular, kesadaran apatis, klien menggunakan alat bantu napas, pola napas assist control, suara napas ronkhi paru kanan dan kiri bagian basal.

6. Prinsip tindakan & rasional
 - a. Kaji kondisi umum klien, fungsi pernapasan, diagnosa medis dan program medis
Rasional :
 - b. Persiapan alat : spuit 2.5 cc, heparin gabus, etiket identitas, kapas alcohol, pengalasan, sarung tangan
Rasional :
 - c. Jelaskan tujuan
Rasional :
 - d. Dst

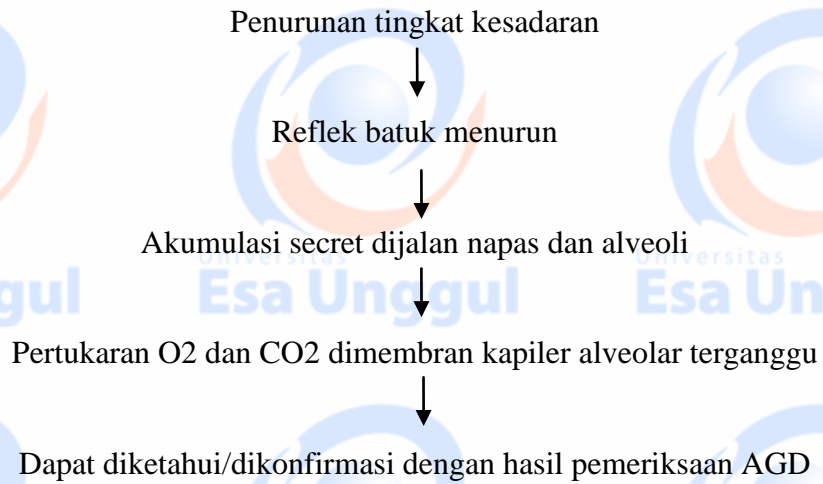
7. Tujuan tindakan

Mengetahui gangguan pertukaran gas O₂ dan CO₂ dalam alveoli yang dapat mengganggu perfusi jaringan

8. Bahaya yang mungkin terjadi akibat tindakan tersebut dan cara pencegahannya
 - a. Yang terambil darah vena e antisipasi : pastikan jarum menusuk pada tempat denyutan arteri radialis dan tidak perlu diaspirasi setelah jarum masuk, darah arteri akan masuk secara otomatis ke dalam spuit karena adanya tekanan.

- b. Timbul rasa nyeri berlebihan pada daerah tusukan, gunakan jarum baru ukuran kecil
- c. Terjadi pendarahan pada lokasi penusukan gunakan jarum kecil, setelah selesai penusukan tekanan area penusukan dengan kapas selama 2 menit.
- d. Dst

9. Analisa sintesa



10. Evaluasi (hasil yang didapat dan maknanya)

- a. Darah arteri untuk AGD terambil 2 Cc
- b. Tidak terjadi perdarahan dilokasi penusukan AGD
- c. Hasil AGD (pH 7,47), (pCO₂ : 49), (pO₂ : 60), (HCO₃-23), (RR 14 x/menit)

Maknanya.....

LAMPIRAN 9

SISTEMATIKA PENULISAN RESUME KEPERAWATAN GADAR

→ Ditulis Dalam Bentuk Narasi, Kecuali Analisa Data

- A. Pengkajian fokus (primer dan sekunder)
- B. Analisa data (bentuk matriks)
- C. Pathway keperawatan
- D. Diagnose keperawatan utama dan alasan merumuskan
- E. Fokus intervensi dan rasional
- F. Catatan keperawatan
- G. Evaluasi

LAMPIRAN 10

SISTEMATIKA MAKALAH SEMINAR

- A. Pengkajian fokus (primer dan sekunder)
- B. Analisa data (bentuk matriks)
- C. Pathway keperawatan
- D. Diagnosa keperawatan utama dan alasan merumuskan
- E. Fokus intervensi dan rasional
- F. Catatan keperawatan
- G. Evaluasi

TARGET KETERAMPILAN DI IGD

NO	NAMA	PENCAPAIAN						
		TARGET	TGL	TT PEMB	KET	TGL	TT PEMB	KET
1	Memasang infus	5x						
2	Mengambil darah vena pemeriksaan	4x						
3	Merawat luka baru	4x						
4	Merawat luka bakar	1x						
5	Melakukan RJP	1x						
6	Memasang collar neck	1x						
7	Melakukan pembidaian	2x						
8	Mengontrol perdarahan dg balut tekan (pressure dressing)	2x						
9	Melakukan kumbah lambung	2x						
10	Memberikan terapi inhalasi	5x						
11	Menyiapkan pasien	1x						

	tindakan trakeostomi						
12	Menyiapkan pasien dan alat DC shock	1x					
13	Menyiapkan pasien dan alat pemasangan ventilator	1x					
14	Melakukan EKG 12 lead	6x					
15	Menyiapkan pasien dan alat pengambilan corpus alineum	1x					

TARGET KETERAMPILAN DI ICU DAN ICCU

NO	NAMA	PENCAPAIAN						
		TARGET	TGL	TT PEMB	KET	TGL	TT PEMB	KET
A. MENGOPERASIKAN ALAT-ALAT								
1	Merekam EKG	5x						
2	Menggunakan syringe pump	5x						
3	Menggunakan infuse pump	5x						
4	Menggunakan bedside monitor	2x						
5	Mengenal DC shock	2x						
6	Mengenal ventilator	2x						
B. MELAKUKAN TINDAKAN								
1	Memasang infus	5x						
2	Menghitung balance cairan	10x						
3	Mengambil darah arteri untuk BGA	2x						
4	Mempersiap kan trolley emergency	2x						

5	Membantu penghisapan lender klien dgn ventilator	4x				
6	Melakukan terapi titrasi	4x				
7	Melakukan RJP	1x				
8	Memantau WSD	2x				
9	Interpretasi EKG sederhana	4x				
C.	MELAKUKA ASKEP					
1	Askep klien AMI	1x				
2	Askep klien shock	1x				
3	Askep disritmia	1x				
4	Askep klien gagal napas	1x				
5	Askep klien obstersi	1x				

FORMAT PENILAIAN KINERJA KLINIK

Kelompok :

Ruangan :

No	nama	NIM	kedisiplinan	Tg jawab	inisistif	kejujuran	penampilan	Total NILAI	SKOR

Keterangan

1. Range nilai 1-4
2. Skor = total nilai x5

Jakarta.....

Nama dan Paraf Pembimbing Lahan

(.....)

**FORMAT PENILAIAN
LAPORAN PENDAHULUAN, ASKEP & RESUME**

NAMA MAHASISWA :

NIM :

RUANGAN :

HARI/ TANGGAL :

NO	ASPEK PENILAIAN	BOBOT (%)	NILAI
1	Ketepatan waktu pengumpulan laporan	10	
2	Sistematika penulisan laporan	10	
3	Kerapian laporan	5	
4	Uraian kasus: a. Definisi, etiologi b. Tanda dan gejala, klasifikasi c. Patofisiologi d. Tindakan umum yang dilakukan e. Pemeriksaan penunjang	30	
5	Rencana perawatan: a. Masalah keperawatan dan data penunjang b. Diagnosa keperawatan yang mungkin timbul c. Tujuan perdiagnosa intervensi rasional	30	
6	Kedalaman pembahasan materi	10	
7	Daftar pustaka	5	
TOTAL		100	

Jakarta,.....

Nama dan Paraf Pembimbing Lahan

(.....)

FORMAT PENILAIAN ANALISA SINTESA

Nama : _____

NIM : _____

Judul ASKEP : _____

Ruang : _____

KOMPONEN YANG DINILAI		BOBOT	NILAI
	ANALISA SINTESA	10	
	1. Sistematika penulisan	10	
	2. Tata bahasa	10	
	3. Kelengkapan pengkajian	10	
	4. Kesesuaian data objektif dan subjektif	10	
	5. Ketepatan penentuan prioritas diagnosa keperawatan	10	
	6. Kesesuaian kasus dengan tindakan dan rasional	10	
	7. Ketepatan tujuan tindakan	10	
	8. Penyampaian ide-ide baru dalam tindakan	10	
	9. Ketepatan dalam menganalisa masalah	10	
	10. Kemampuan menganalisa hasil evaluasi	10	
	TOTAL	100	

Jakarta,

Nama dan Paraf Pembimbing

(.....)

**PENILAIAN SEMINAR/ PRESENTASI
(KELOMPOK/ INDIVIDU)**

Nama : Ruang :

NIM :

Judul ASKEP :

No	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKOR				NILAI X BOBOT
			1	2	3	4	
1	Penyaji mempersiapkan presentasi dg baik	10					
2	Tujuan presentasi dikemukakan (didefinisikan dengan jelas)	10					
3	Penyaji menjelaskan kerangka konsep/ informasi yang telah disampaikan sebelum menyajikan konsep yang baru	15					
4	Penyaji mendorong untuk diskusi dg baik	10					
5	Pembagian waktu diatur dengan baik	10					
6	Memakai media dan metode presentasi digunakan dengan tepat	10					
7	Isu masalah selama presentasi dianalisa secara tepat	10					
8	Isu masalah selama presentasi dianalisa secara tepat	15					
9	Menghargai pendapat orang lain dan mampu mengontrol emosi	10					
	JUMLAH	100					

Jakarta,

Nama dan Paraf Penguji,

Nilai X Bobot

Nilai :

100

NILAI AKHIR = (.....)

FORMAT PENILAIAN
UJIAN PRAKTIK AKHIR STASE (50%)

Nama : Ruang:.....

NIM :

Judul ASKEP :

No	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI
A	PERSIAPAN (25%)		
1	Memberikan informasi pada klien	5	
2	Melakukan pengkajian secara tepat, mengarah pada masalah pasien dan tindakan yang dilakukan	5	
3	Menyiapkan alat sesuai kebutuhan dengan tepat	5	
4	Memperhatikan prinsip steril dalam menyiapkan alat	5	
5	Kemampuan modifikasi alat	5	
B	PELAKSANAAN (50%)		
1	Menjaga privasi	5	
2	Tepat mengatur posisi	5	
3	Menjaga prinsip kesterilan selama tindakan	10	
4	Memperhatikan prinsip aman dan nyaman selama tindakan	5	
5	Tindakan tepat dan sistematis	15	
6	Tanggap terhadap respon pasien	5	
7	Merapikan	5	
C	EVALUASI (25%)		
1	Melakukan evaluasi terhadap respon pasien	10	
2	Mendokumentasikan tindakan dan respon pasien	15	
	TOTAL	100	

Jakarta,.....

Nama dan Paraf Penguji,

(.....)

LAMPIRAN 18

FORMAT PENILAIAN RESPONSI (50%)

Nama :

NIM :

Judul ASKEP :

Ruang :

No	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI
1	Pemahaman terhadap konsep dasar penyakit	10	
2	Pemahaman tentang prinsip penatalaksanaan kegawat daruratan sesuai kasus klien	20	
3	Pemahaman tentang prosedur tindakan kedaruratan yang dilakukan	20	
4	Kemampuan menjawab pertanyaan	20	
5	Kemampuan berargumentasi	20	
6	Sikap santun dan percaya diri	10	
	TOTAL	100	

Jakarta,.....

Nama dan Paraf Penguji

(.....)

DAFTAR HADIR PEMBIMBING

No	Tanggal	Pembimbing	Ruangan Bimbingan



**DAFTAR KEGIATAN
PRAKTIK PROFESI KGD**

Minggu	Tanggal	Kegiatan
I	4-13 Januari 2016	<ul style="list-style-type: none"> - LP 1 - Pre & post conference - Pengelolaan kasus + laporan kasus I dan II
II	13-19 Januari 2016	<ul style="list-style-type: none"> - LP 2 - Pre & Post conference - Pengelolaan kasus + laporan kasus II dan IV - Ujian praktik akhir stase - Seminar kelompok
	29 Januari. 2016	Pengumpulan semua tugas ke Koord. MK.

**DAFTAR NAMA KELOMPOK
MAHASISWA PROFESI ANGKATAN VI
PROGRAM STUDI NERS FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
TAHUN AJARAN 2015/2016**

MA : KGD /INS 124 (3 SKS)

Tanggal : 4 s/d 22 Januari 2016 (15 hari)

KLP	NO	NAMA MAHASISWA	NIM	PEMBIMBING	PERIODE 4-19 JAN'15
I	1.	Morinain Vrischa	2015-35-007	Ratna Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep	RUANG IGD RSUD Cengkareng
	2.	Sinta Agustie	2015-35-009		
	3.	Kornelia Beruat	2015-35-021		
	4.	Riswara	2015-35-025		
	5.	Mirnawati	2015-35-013		
	6.	Rasmala Lukman	2015-35-003		
	7.	Gede Pronajaya	2015-35-005		
	8.	Firmaningsih A. Haris	2015-35-006		
	9.	Vivi Novalina Purba	2015-35-019		
	10.	Irman	2015-35-015		
	11.	Irma Suryani	2015-35-022		
	12.	Erenda Pratiwi	2015-35-011		
II	1.	Muhammad Taufiq	2015-35-024	Yulianti, S.Kp., MM., M.Kep	RUANG IGD RSPAD GATOT SOEBROTO
	2.	Peniyati	2015-35-016		
	3.	Yuliana siregar	2015-35-018		
	4.	Fitria Abubakar	2015-35-002		
	5.	Yulianti Malik	2015-35-001		
	6.	Woro Handayani	2015-35-004		
	7.	Najmah	2015-35-014		
	8.	Halimatus Sa'diah	2015-35-012		
	9.	Titik Hansyah	2015-35-017		
	10.	Abdussani	2015-35-008		
	11.	Septi Anggraini	2015-35-010		
	12.	Rosmiati	2015-35-020		

Mengetahui,
Ka. Prodi Ners

Dr. Widaningsih, S.Kp., M.Kep

**JADWAL UJIAN
MAHASISWA PROFESI ANGKATAN VI
PROGRAM STUDI NERS FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
TAHUN AJARAN 2015/2016**

MA : KGD /INS 124 (3 SKS)

Tanggal : 4 s/d 22 Januari 2016 (15 hari)

KLP	NO	NAMA MAHASISWA	NIM	TANGGAL UJIAN & TEMPAT UJIAN	NAMA PENGUJI
I	1.	Morinain Vrischa	2015-35-007	14 dan 15 Januari 2016 Ruang IGD RSUD Cengkareng	Yuliati, S.Kp., MM.,M.Kep.
	2.	Sinta Agustie	2015-35-009		
	3.	Kornelia Beruat	2015-35-021		
	4.	Riswara	2015-35-025		
	5.	Mirnawati	2015-35-013		
	6.	Rasmala Lukman	2015-35-003		
	7.	Gede Pronajaya	2015-35-005		
	8.	Firmaningsih A. Haris	2015-35-006		
	9.	Vivi Novalina Purba	2015-35-019		
	10.	Irman	2015-35-015		
	11.	Irma Suryani	2015-35-022		
	12.	Erenda Pratiwi	2015-35-011		
II	1.	Muhammad Taufiq	2015-35-024	14 dan 15 Januari 2016 Ruang IGD RSPAD Gatot Soebroto	Ratna Dewi., S.Kep., Ns., M.Kep
	2.	Peniyati	2015-35-016		
	3.	Yuliana siregar	2015-35-018		
	4.	Fitria Abubakar	2015-35-002		
	5.	Yulianti Malik	2015-35-001		
	6.	Woro Handayani	2015-35-004		
	7.	Najmah	2015-35-014		
	8.	Halimatus Sa'diah	2015-35-012		
	9.	Titik Hansyah	2015-35-017		
	10.	Abdussani	2015-35-008		
	11.	Septi Anggraini	2015-35-010		
	12.	Rosmiati	2015-35-020		

Mengetahui,
Ka. Prodi Ners

Dr. Widaningsih, S.Kp., M.Kep

DAFTAR NAMA MAHASISWA MA KGD

NO	Nama Mahasiswa	NIM
1.	Morinain Vrischa	2015-35-007
2.	Sinta Agustie	2015-35-009
3.	Kornelia Beruat	2015-35-021
4.	Riswara	2015-35-025
5.	Mirrawati	2015-35-013
6.	Rasmala Lukman	2015-35-003
7.	Gede Pronajaya	2015-35-005
8.	Firmaningsih A. Haris	2015-35-006
9.	Vivi Novalina Purba	2015-35-019
10.	Irman	2015-35-015
11.	Irma Suryani	2015-35-022
12.	Erenda Pratiwi	2015-35-011