# BUKU PANDUAN PRAKTIK KLINIK MAHASISWA KEPERAWATAN GAWAT DARURAT 2



## PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMATAN TIMUR TAHUN 2023/2024**

Foto 3x4

### DATA PEMILIK BUKU

Nama Mahasiswa :

NIM :

Fakultas/ Universitas :

Jenis Kelamin :

Tempat/tgl lahir :

Tingkat / Semester :

Alamat Asal :

Alamat di Samarinda :

Samarinda,. 20

Pemilik

( )

### PENDAHULUAN

1. **LATAR BELAKANG**

Berdasarkan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI), seorang lulusan S1 harus dapat menggunakan Ilmu pengetahuan dan tehnologi dalam bidang keahliannya serta mampu beradaptasi terhadap situasi yang dihadapi dalam penyelesaian masalah di era ini. Lulusan S1 juga diharapkan untuk bertanggung jawab terhadap pekerjaan yang dijalaninya. Sejalan dengan hal tersebut, berdasarkan pada kurikulum S1 Ilmu Keperawatan bahwa asuhan keperawatan profesional dilaksanakan dengan menggunakan pengetahuan teoritik yang mantap dan kokoh dari berbagai disiplin ilmu yang terkait dengan ilmu keperawatan, disamping berbagai ilmu dasar, perilaku dan sosial sebagai landasan yang digunakan dalam melakukan pengkajian, perumusan diagnosa, penyusunan perencanaan dan melaksanakan tindakan keperawatan hingga proses evaluasi dalam Asuhan Keperawatan.

Berdasarkan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) dan kurikulum S1 Ilmu Keperawatan di atas, maka mahasiswa Ilmu Keperawatan memiliki kewajiban untuk mampu menunjukkan kemampuan keterampilan dan pengetahuannya yang *uptodate* yang bersinergi dengan etika dan moral pada sikap *caring* yang berkembang secara terus menerus langsung kepada klien yang dirawat di rumah sakit atau layanan kesehatan lainnya dan berusaha untuk memberikan asuhan keperawatan profesional yang berkualitas dan ter *uptodate.*

Program Studi S1 Keperawatan UMKT merupakan perpaduan ilmu pengetahuan (*Sains*), dan keahlian praktis yang menunjang pengembangan profesi keperawatan pada era globalisasi. Program ini akan membekali kompetensi yang lebih mahir untuk mencapai Visi dan misi sehingga terbentukanya insan indonesia yang profesional, amanah, berakhlak mulia dan kompetitif dibidang keperawatan yang mampu melakukan asuhan keperawatan secara baik untuk meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat.

Untuk tercapainya tujuan program belajar mengajar dan dalam rangka melatih kompetensi mahasiswa guna meningkatkan praktik klinik keperawatan, maka mahasiswa S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur diwajibkan untuk melaksanakan Praktik Klinik Keperawatan

Proses belajar mengajar di lahan praktek ini diharapkan memberikan kesempatan kepada mahasiswa ilmu keperawatan untuk melatih kemampuan kognitif, afektif dan psikomotorik (s*kill*) yang terintegrasi dengan etik dan moral yang telah didapatkan di kelas dan laboratorium selama mengikuti kegiatan belajar mengajar di institusi pendidikan UMKT. Fasilitas Kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, atau klinik diharapkan dapat digunakan untuk memenuhi pelaksanaan kegiatan belajar praktik klinik keperawatan oleh Mahasiswa Ilmu Keperawatan UMKT.

### Tujuan

* 1. Tujuan Umum

Setelah menyelesaikan praktik klinik keperawatan diharapkan mahasiswa kompeten dalam melakukan prosuder keterampilan dasar dan dalam memberikan asuhan Keperawatan gawat darurat II

* 1. Tujuan Khusus

Setelah melakukan Praktik Klinik selama 1 minggu diharapkan mahasiswa dapat :

* + 1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada kasus Keperawatan Gawat Darurat II yang meliputi :
			1. Mengaplikasikan keterampilan pemeriksaan Initial Assesment pada kasus trauma dan non trauma
			2. Mengaplikasikan komunikasi terapeutik pada pasien dengan Kasus kegawatdaruratan trauma dan non trauma
		2. Mampu menyusun diagnosa keperawatan pada kasus Keperawatan Gawat Darurat II berdasarkan data – data yang diperoleh dari hasil pengkajian dengan menggunakan SDKI
		3. Mampu menyusun tujuan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat dan ditulis dengan menggunakan format SMART dan SLKI
		4. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat merujuk pada SIKI
		5. Mampu melakukan tindakan pada kasus Keperawatan Gawat Darurat II, sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang disusun dan berdasarkan kondisi klien. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi :

:

* + - 1. Mengaplikasikan keterampilan dalam melakukan perlindungan diri (*universal precaution*).
			2. Mengaplikasikan keterampilan initial Assesment pada kasus kegawatdaruratan trauma maupun non trauma
			3. Mengaplikasikan keterampilan pada pasien dengan masalah gangguan pada Airway, Breathing, dan Circulation pada kasus trauma maupun non trauma
			4. Mengaplikasikan keterampilan pada pasien dengan masalah kegawatdaruratan lingkungan dan Intoksikasi
			5. Mengaplikasikan komunikasi terapeutik
		1. Mampu menyusun evaluasi keperawatan berdasarkan dengan diagnosa, tujuan, rencana, dan implementasi keperawatan yang telah dilakukan dengan menggunakan format SOAP.

### STRATEGI PEMBELAJARAN

1. **Tugas Mahasiswa**

### Tugas – Tugas individu Mahasiswa

* + 1. Mengisi daftar hadir mahasiswa yang tersedia di ruangan tempat praktik dan di dalam buku panduan praktik
		2. Mengikuti kegiatan *Pre* dan *Post Conference* serta kegiatan bimbingan dengan CI/ Presepor/ Perawat ruangan yang ditunjuk untuk mewakili
		3. Menyelesaikan tugas target dan kompetensi dengan didampingi oleh CI/ Preseptor/Perawat ruangan yang ditunjuk untuk mewakili serta meminta tanda tangan kepada pendamping setiap melakukan tindakan / keterampilan
		4. Menyusun Asuhan keperawatan lengkap dengan laporan pendahuluan
			1. Ketentuan Membuat Laporan Pendahuluan :
				1. Laporan Pendahuluan dibuat sesuai dengan sistematika yang telah disediakan (terlampir) berjumlah (dua) yang terdiri dari Laporan Pendahuluan Kasus Trauma dan Kasus Non Trauma
				2. Laporan Pendahuluan dibuat sebelum hari pertama dinas setelah mengetahui kasus yang akan diambil pada rotasi dinas tersebut
				3. Laporan Pendahuluan di ketik dengan ketentuan Menggunakan Jenis Huruf Times New Roman Font 12, Spasi 1,5, Rata kiri dan kanan, menggunakan kertas A4. Berikan cover dengan judul Laporan pendahuluan Kasus…., ruangan tempat dinas dan nama rumah sakitnya, logo UMKT, nama mahasiswa dan NIM
				4. Laporan Pendahuluan dilarang keras copy paste (orisinalitas). Bila terbukti menjiplak maka tidak akan di nilai.
				5. Laporan Pendahuluan di bawa pada hari pertama dinas sebelum mahasiswa mengelola kasus masing masing dan akan di responsi dan diberi nilai oleh pembimbing.
			2. Ketentuan Membuat Dokumentasi Asuhan Keperawatan (ASKEP) :
				1. Laporan ASKEP dibuat sesuai dengan sistematika yang telah disediakan (terlampir)
				2. Laporan ASKEP dibuat di mulai di hari pertama dinas sampai di akhir rotasi diruangan berasangkutan setelah mendapatkan kasus yang diambil pada rotasi dinas tersebut
				3. Laporan ASKEP ditulis tangan dengan naskah asli dan bukan hasil fotocopy
				4. Laporan ASKEP yang dibuat berjumlah 1 laporan (memilih salah satu ASKEP Kasus Trauma atau ASKEP kasus Non Trauma)
				5. Responsi ASKEP dilaksanakan sesuai kontrak dengan pembimbing (setelah laporan askep lengkap dibuat sampai akhir rotasi dinas)
				6. Jika Laporan ASKEP telah dibuat, tapi mahasiswa tidak menghadap pembimbing untuk di responsi tanpa ada alasan yang di komunikasikan kepada pembimbing maka mahasiswa hanya diberi nilai untuk pengumpulan laporan tanpa ada nilai responsi
			3. Membuat Resume Keperawatan dengan ketentuan :
				1. Resume yang dibuat sebanyak 1 resume selama masa dinas (resume kasus trauma atau resume kasus Non Trauma berbeda dari kasus ASKEP)
				2. Resume tidak di konsulkan dan wajib di kumpulkan di akhir rotasi dinas
		5. Mempersiapkan alat dan bahan untuk praktik dalam pencapaian target kompetensi
		6. Melaksanakan dan mendokumentasikan Asuhan Keperawatan
		7. Mengumpulkan laporan dan responsi pada masing-masing pembimbing/ Koordintaor mata kuliah pada akhir waktu dinas di institusi pendidikan (sesuai waktu yang ditentukan). Jika ada mahasiswa belum melaksanakan responsi pada waktu yang telah ditentukan, maka nilai responsi tidak ada (0)

### Tugas Pembimbing (preceptor klinik dan preceptor akademik)

* 1. Preceptor klinik dan preceptor akademik melakukan pengecekan terhadap daftar hadir mahasiswa
	2. Preceptor Klinik mengorientasikan mahasiswa terhadap petugas dan perawat, ruangan bersangkutan, pasien di ruangan bersangkutan, serta alat – alat dan prosedur kerja yang ada pada ruangan bersangkutan
	3. Preseptor Klinik memfasilitasi praktik mahasiswa dalam mencari kasus kelolaan dan resume
	4. Preceptor klinik membimbing mahasiswa dalam kegiatan *pre* dan *post konference* setiap hari
	5. Preceptor klinik membimbing mahasiswa dalam pencapaian target Tindakan sesuai dengan kompetensi yang akan dicapai dan mendatanganinya setelah dilaksanakan
	6. Preceptor klinik mengetahui dan menandatangani daftar hadir mahasiswa (datang & pulang) serta memantau kehadiran mahasiswa.
	7. Preceptor Akademik melakukan responsi Askep dan resume yang telah dibuat oleh mahasiswa
	8. Preceptor klinik dan preceptor akademik mempunyai kewenangan untuk menegur dan mengevaluasi perilaku mahasiswa danmenandatangani masalah yang terkait dengan lapangan
	9. Preceptor klinik dan preceptor akademik menilai moral, etika, sikap dan profesionalitas dari mahasiswa termasuk kemampuan dalam mencapai kompetensi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Tugas Mahasiswa** | **Preseptor Klinik** | **Preseptor Akademik** |
| 1 | Laporan Pendahuluan | Memfasilitasi Pengambilan kasus yang sesuai | Melakukan responsi dan melakukan pengecekan kelengkapan |
| 2 | Asuhan Keperawatan (ASKEP) | Memfasilitasi Pengambilan kasus yang sesuai | Melakukan responsi dan melakukan pengecekan kelengkapan |
| 3 | Resume | Memfasilitasi Pengambilan kasus yang sesuai | Melakukan pengecekan kelengkapan resume |
| 4 | Target Kompetensi | Mendampingi dan membimbing pelaksanaan tindakan | Melakukan pengecekan kelengkapan |
| 5 | Sikap | Menilai dan membimbing sikap mahasiswa | Menilai dan membimbing sikap mahasiswa |

### Penilaian

* 1. Nilai Akhir didapatkan :
		1. Dokumentasi Laporan Pendahuluan (1 ) 20%
		2. Dokumentasi Askep (2) 35 %
		3. Resume 10%
		4. Responsi : 10 %
		5. Target Kompetensi : 20 %
		6. Penilaian Sikap : 5 %

### Sistematika Penulisan Laporan

* 1. Format Laporan Pendahuluan
		1. Konsep Penyakit :
1. Pengertian
2. Etiologi
3. Tanda gejala
4. Komplikasi
5. Patofisiologi
6. Pathway
7. Penatalaksanaan Farmakologis dan Non Farmakologis
	* 1. Konsep Asuhan Keperawatan :
8. Anamnesa
9. Pengkajian Fisik
10. Laboratorium dan Pemeriksaan penunjang
11. Diagnostik
	* 1. Diagnosa Keperawatan (berdasarkan Prioritas) SDKI
		2. Penetapan tujuan dan kriteria evaluasi menggunakan SLKI
		3. Rencana Keperawatan SIKI
		4. Daftar Pustaka (gaya penulisan APA 7th) dan wajib menggunakan referensi maneger seperti Mendeley.
	1. Format ASKEP
		1. Identitias Pasien
		2. Pengkajian
			1. Anamnesa
			2. Pengkajian Fisik
			3. Laboratorium
			4. Diagnostik
		3. Analisa Data
12. Diagnosa Keperawatan (Tegakan Semua diagnosa keperawatan yang ditemukan dan disusun berdasarkan prioritas) menggunakan SDKI
13. Penetapan Rencana keperawatan, Tujuan, dan kriteria Evaluasi (SMART) menggunakan SIKI dan SLKI
14. Implementasi
15. Evaluasi
	1. Format Resume
		1. Identitias Pasien
		2. Pengkajian
			1. Anamnesa
			2. Pengkajian Fisik
			3. Laboratorium
			4. Diagnostik
		3. Analisa Data
16. Diagnosa Keperawatan (satu diagnosa utama) menggunakan SDKI
17. Penetapan Rencana keperawatan, Tujuan, dan kriteria Evaluasi (SMART) menggunakan SIKI dan SLKI
18. Implementasi

### LAMPIRAN

**ABSENSI MAHASISWA**

### Nama Mahasiswa : NIM :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tanggal** | **Ruang** | **Jam****Datang** | **Jam****Pulang** | **Tanda****Tangan** | **Paraf****C.I/ Preseptor** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**FORMAT PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama Mahasiswa :** | **NIM :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **KomponenPenilaian** | **Bobot/Nilai** |  |
| 1 | Definisi | 5 |  |
| 2 | Etiologi | 5 |  |
| 3 | Patofisiologi | 20 |  |
| 4 | Pathway | 20 |  |
| 5 | Tanda dan Gejala | 5 |  |
| 6 | Komplikasi | 5 |  |
| 7 | Penatalaksanaan | 5 |  |
| 8 | Konsep Asuhan Keperawatan | 30 |  |
| 9 | Daftar Pustaka | 5 |  |
| Total | 100 |  |
| Tanggal |  |  |
| Nama dan Paraf Pembimbing |  |  |

Kriteria Penilaian :

86-100 = A

80-85 = AB

76-79 = B (batas Lulus)

< 76 = tidak Lulus

### FORMAT PENILAIAN RESPONSI LAPORAN PENDAHULUAN

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama Mahasiswa :** | **NIM :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Komponen Penilaian | Bobot/Nilai | HASIL |
| 1 | Mahasiswa Mampu Menjelaskan :1. Definisi
2. Etiologi
3. Tanda Gejala
4. Komplikasi
5. Dll
 | 10 |  |
| 2 | Mahasiswa Mampu Menjabarkan dan menjelaskan Patofisiologi/ Pathway yangAda | 20 |  |
| 3 | Mahasiswa Mampu menjelaskan penatalaksanaan Farmakologis dan NonFarmakologis | 10 |  |
| 4 | Mahasiswa Mampu menjelaskan Konsep Asuhan Keperawatan :1. Pengkajian/ Anamnesa
2. Pemeriksaan Penunjang
3. Diangosa Keperawatan
4. Intervensi
5. Implementasi
6. Evaluasi
 | 40 |  |
| 5 | Mahasiswa Mampu Menerima Saran dan menunjukan sikap Profesionalisme | 10 |  |
| 6 | Mahasiswa Berpenampilan rapi serta mampu menunjukansikap Hormat Sopan dan Santun | 10 |  |
| TOTAL | 100 |  |
| Tanggal |  |  |
| Nama Dan Paraf Pembimbing |  |  |

**FORMAT PENILAIAN LAPORAN ASKEP**

### Nama Mahasiswa : NIM :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Komponen Penilaian** | **Bobot/ Nilai** | **KGD II** |
| 1 | Pengkajian | 20 |  |
| Mengumpulkan data subyektif dan obyektif |
| Menuliskan jenis data secara lengkap |
| Melengkapi data penulisan |
| Mengumpulkan data penunjang |
| Menuliskan masalah keperawatan dan kolaborasi |
| 2 | Diagnosa keperawatan | 10 |  |
| Rumusan diagnosa benar |
| Diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi klien |
| 3 | Perencanaan Keperawatan | 30 |  |
| Tujuan keperawatan sesuai dengan diagnosa yang di tegakan |
| Format penyusunan tujuan keperawatan menggunakan SMART |
| Rencana tindakan keperawatan sesuai dengan tujuan dan Diagnosa yang ada |
| 4 | Implementasi Tindakan Keperawatan | 30 |  |
| Tindakan keperawatan sesuai dengan rencana |
| keperawatan yang disusun |
| Tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi klien |
| 5 | Evaluasi Tindakan Keperawatan | 10 |  |
| Format penyusunan evaluasi keperawatan menggunakan SOAP |
| TOTAL | 100 |  |
| Tanggal |  |  |
| Nama dan Paraf Pembimbing |  |  |

Kriteria Penilaian :

86-100 = A

80-85 = AB

76-79 = B (batas Lulus)

< 76 = tidak Lulus

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI ASKEP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama Mahasiswa :** | **NIM :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Komponen Penilaian** | **Bobot/ Nilai** | **HASIL** |
| 1 | Mahasiswa Mampu mengemukakan dan menjelaskan Hasil Pengkajian yang ditemukan | 10 |  |
| 2 | Mahasiswa Mampu mengemukakan dan menjelaskan hasil analisa data dan diagnosa keperawatan yangdiangkat berdasarkan prioritas(SDKI) | 10 |  |
| 3 | Mahasiswa mampu mengemukakan dan menjelaskan Tujuan Intervensidan pemilihan intervensiKeperawatan yang diangkat berdasarkan SLKI | 20 |  |
| 4 | Mahasiswa mampu mengemukakan dan menjelaskan Implementasi keperawatan yang diangkat | 20 |  |
| 5 | Mahasiswa Mampu mengemukakan danmenjelaskan hasil evaluasi(SOAP) yang didapatkan | 20 |  |
| 6 | Mahasiswa Mampu MenerimaSarandan menunjukan sikap Profesionalisme | 10 |  |
| 7 | Mahasiswa Berpenampilan rapi serta mampu menunjukan sikapHormat Sopan dan Santun | 10 |  |
| TOTAL | 100 |  |
| Tanggal |  |  |
| Nama dan Paraf Pembimbing |  |  |

Kriteria Penilaian :

86-100 = A

80-85 = AB

76-79 = B (batas Lulus)

< 76 = tidak Lulus

|  |  |
| --- | --- |
| **Komponen Penilaian** | **Skala** |
| 86-100 | 80-85 | 76-79 | < 76 |
| **Isi Laporan** | Sesuai dengan | Sesuai dengan | Sesuai dengan | Tidak sesuai |
|  | sistematika | sistematika | sistematika | dengan sistematika |
|  | penulisan, *content* | penulisan, *content* | penulisan, namun | penulisan, *content* |
|  | sesuai dengan tema | sesuai dengan | *content* tidak | tidak sesuai |
|  | dan relevan dengan | tema namun tidak | sesuai dengan | dengan tema dan |
|  | pustaka terbaru | relevan dengan | tema dan tidak | tidak relevan |
|  |  | pustaka terbaru | relevan dengan | dengan pustaka |
|  |  |  | pustaka terbaru | terbaru |
| **Tinjauan Kasus** | Pengkajian terfokus, | Pengkajian | Pengkajian | Pengkajian kurang |
|  | asuhan yang | terfokus, asuhan | terfokus, asuhan | terfokus, asuhan |
|  | dilakukan sesuai | yang dilakukan | yang dilakukan | yang dilakukan |
|  | dengan diagnosa, | sesuai dengan | kurang sesuai | kurang sesuai |
|  | pembahasan | diagnosa, | dengan diagnosa, | dengan diagnosa, |
|  | tersusun dari fakta, | pembahasan tidak | pembahasan tidak | pembahasan tidak |
|  | teori dan opini | tersusun dari fakta, | tersusun dari fakta, | tersusun dari fakta, |
|  |  | teori dan opini | teori dan opini | teori dan opini |

**RUBRIK PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN & ASKEP**

 **RUBRIK PENILAIAN RESPONSI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Komponen Penilaian** | **Skala** |
| 86-100 | 80-85 | 76-79 | < 76 |
| Kemampuan | menjawab | Semua pertanyaan | Sebagian | besar | Sebagian | kecil | Semua |
| dengan tepat |  | dijawab dengan | pertanyaan |  | pertanyaan |  | pertanyaan |
|  |  | benar dan | dijawab | dengan | dijawab | dengan | dijawab dengan |
|  |  | sistematis | benar | dan | benar | dan | kurang tepat dan |
|  |  |  | sistematis |  | sistematis |  | tidak sistematis |
|  |  |  |  |  |  |  | saat menjelaskan |
| Kemampuan | Semua pendapat | Sebagian besar | Sebagian kecil | Semua pendapat |
| mengemukakan pendapat | disampaikan | pendapat | pendapat | disampaikan |
| secara kritis | dengan logis dan | disampaikan | disampaikan | dengan tidak jelas |
|  | berdasarkan pada | dengan logis dan | dengan logis dan | dan tidak |
|  | sumber pustaka | berdasarkan pada | berdasarkan pada | berdasarkan pada |
|  |  | sumber pustaka | sumber pustaka | sumber pustaka |
| Kemampuan | Semua pendapat | Sebagian besar | Sebagian kecil | Semua pendapat |
| mengemukakan konsep | yang disampaikan | pendapat yang | pendapat yang | yang disampaikan |
| dan teori dalam | sesuai dengan | disampaikan | disampaikan | tidak sesuai |
| memperkuat pendapatnya | konsep dan teori | sesuai dengan | sesuai dengan | dengan konsep |
|  |  | konsep dan teori | konsep dan teori | dan teori |

### FORMAT PENILAIAN SIKAP

**Nama Mahasiswa : NIM :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Kompetensi | Nilai |
|  | **DISIPLIN** |  |
|  | Menyerahkan dan meminta kembali buku penilaian pada saat awal dan akhir tugas |  |
| Menandatangani jam hadir sesuai jam datang dan pulang |  |
| Datang dan pulang tepat pada waktunya |  |
| Meninggalkan tempat tugas setelah serah terima tugas |  |
| Mentaati tata tertib yang berlaku |  |
| Menyerahkan laporan (LP, Askep, dll) setelah selesai tugas |  |
|  | **KOMUNIKASI** |  |
|  | Pendekatan kepada klien/keluarga |  |
| Komunikasi dengan teman sejawat |  |
| Komunikasi dengan tim kesehatan lain |  |
|  | **PRO AKTIF** |  |
|  | Partisipasi dan inisiatif di tempat praktik |  |
| Efisiensi penggunaan fasilitas alat dan bahan |  |
| Prakatif, kreatif, dan inovatif dalam melaksanakan tugas |  |
| Menggunakan setiap kesempatan untuk belajar mendapat pengalaman |  |
| Tidak ragu-ragu dalam bertindak |  |
|  | **TANGGUNG JAWAB** |  |
|  | Menerima beban tugas sesuai dengan prosedur |  |
| Melaksanakan tugas sesuai dengan kewenangannya |  |
| Melaksanakan asuhan keperawatan sesuai yang berlaku |  |
| Kerja sama dalam bekerja secara team |  |
| Pakaian bersih dan rapi |  |
| Teliti dalam melakukan asuhan keperawatan |  |
| Teliti dalam melakukan pendokumentasian |  |
| Merahasiakan dan menghindari pembicaraan yang tidak perlu tentang klien/keluarga/teman sejawat |  |
|  | **SOPAN SANTUN** |  |
|  | Menghargai klien dan keluarga |  |
| Menghargai teman sejawat |  |
| Menghargai anggota tim kesehatan yang lain |  |
| Total Nilai |  |

### Samarinda, 20

Kriteria Penilaian :

86-100 = A

80-85 = AB

76-79 = B (batas Lulus)

< 76 = tidak Lulus

### Pembimbing Klinik

**( )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Komponen Penilaian** | **Skala** |  |  |  |
| 86-100 | 80-85 | 76-79 | < 76 |
| Disiplin | Selalu bersikapdisiplin dalam mematuhi peraturan dan ketika prosespembimbingan | Sering bersikap disiplin dalam mematuhi peraturan dan ketika prosespembimbingan | Jarang bersikap disiplin dalam mematuhi peraturan dan ketika prosespembimbingan | Tidak pernah bersikap disiplin dalam mematuhi peraturan dan ketika prosespembimbingan |
| Komunikasi | Selalu berkomunikasi dengan baik dan menyampaikan pendapat dengan percaya diri | Sering berkomunikasi dengan baik dan menyampaikan pendapat dengan percaya diri | Jarang berkomunikasi dengan baik dan menyampaikan pendapat dengan percaya diri | Tidak pernah berkomunikasi dengan baik dan menyampaikan pendapatdengan percaya diri |
| Proaktif | Selalu berinisiatif dalam bertindak | Sering berinisiatif dalam bertindak | Jarang berinisiatif dalam bertindak | Tidak pernahberinisiatif dalam bertindak |
| Tanggung jawab | Selalu melaksanakan tugas yang telah diberikan, menerima resiko dan meminta maaf dari kesalahanyang telah dilakukan | Sering melaksanakan tugas yang telah diberikan, menerima resiko dan memintamaaf darikesalahan yang telah dilakukan | Jarang melaksanakan tugas yang telah diberikan, menerima resiko dan memintamaaf darikesalahan yang telah dilakukan | Tidak pernah melaksanakan tugas yang telah diberikan, menerima resiko dan memintamaaf darikesalahan yang telah dilakukan |
| Sopan Santun | Selalu bersikapdan berperilakusopan sertabertutur kata dengan santun | Sering bersikap dan berperilaku sopan sertabertutur kata dengan santun | Jarang bersikap dan berperilaku sopan sertabertutur kata dengan santun | Tidak pernah bersikap dan berperilaku sopan sertabertutur katadengan santun |

### FORMAT KONSULTASI

**Nama : NIM :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Waktu** | **Topik** | **Saran perbaikan** | **Paraf** |
|  |  |  |  |  |

**TARGET KEPERAWATAN GAWAT DARURAT 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Target Kompetensi | Target capaian |
| OBSERVASI | DIBANTU | DIDAMPINGI |
|  | JUMLAH TINDAKAN | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | Pengkajian Awal (initial Assesment) pada kasuskegawatdaruratan trauma\* |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Pengkajian Awal (initial Assesment) pada kasuskegawatdaruratan non trauma\* |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Stabilisasi Servikal (Pemasangan Neck Collar)\* |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Membuka jalan nafas Manual Head tilt Chin lift\* |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Membuka jalan nafas Manual Jaw trust\* |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Membuka jalan nafas menggunakan basic airway *oropharingeal**Airway* (OPA)\* |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Membuka jalan nafas menggunakan basic airway nas*opharingeal**Airway* (NPA)\* |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Observasi penggunaan Advance airway ETT\* |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Memberikan Terapi Oksigen menggunakan BVM\* |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Memberikan terapi oksigen menggunakan NRM\* |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Menilai Saturasi oksigen menggunakan Oksimetri |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Menilai Kesadaran Pasien menggunakan AVPU |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Menilai Kesadaran Pasien menggunakan GCS |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Observasi manajemen Cardiac arrest di ruang resusitasi\* |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Melakukan Bantuan Hidup Dasar (BHD)\* |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Manajemen Intoksikasi : pemasangan NGT & kumbah lambung\* |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Pengambilan darah Arteri\* |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Perawatan Luka Bakar & resusitasi cairan\* |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Melakukan Pembidaian & immobilisasi\* |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Pemasangan Intravena\* |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Pengukuran tanda-tanda vital |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Perekaman EKG & Interpretasinya |  |  |  |  |  |  |

CATATAN :  **Seluruh tindakan dengan tanda (\* )WAJIB didampingi oleh PRESEPTOR KLINIK**

# FORMAT ADL

**NAMA :**

**NIM :**

**TANGGAL : TEMPAT PRAKTIK :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Jam** | **KEGIATAN DIRUANGAN** | **Paraf** |
|  |  |  |  |

**Samarinda, ..........................**

**Mengetahui,**

**Pembimbing klinik**

(……………………………….)

## ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

**Tanggal Pengkajian :**

### PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

* 1. IDENTITAS PASIEN Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Agama :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

Diagnosa Medis :

### RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

(Jelaskan penyebab pasien dibawa ke rumah sakit) secara singkat dan jelas (mekanisme cidera, riwayat nyeri dll)

### PENGKAJIAN AWAL (INITIAL ASSESMENT)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Penilaian kesadaran (AVPU) & penampilan umum pasien**(Disability)** | Masalah Keperawatan | Tindakan resusitasi |
| 2 | Pengkajian Jalan nafas **(Airway)** | Masalah Keperawatan : | Tindakan Resusiasi |
| 3 | Stabilisasi Servikal (Bila pasien dicurigai Trauma Servikal) | Masalah Keperawatan : | Tindakan Resusiasi |
| 4 | Pengkajian Pernafasan **(Breathing)** | Masalah keperawatan | Tindakan Resusiasi |
| 5 | Pengkajian Sirkulasi **(Circulation)** | Masalah Keperawatan | Tindakan Resusitasi |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | Nilai Kesadaran Pasien menggunakan GCS**(Disability)** | Masalah Keperawatan | Tindakan Resusitasi |
| 7 | Lakukan pemeriksaan Menyeluruh secaracepat (Exposure ) gunakan tehnik log roll untuk memeriksa bagian posterior | Masalah Keperawatan | Tindakan Resusitasi |

 TINDAKAN PENUNJANG

|  |  |
| --- | --- |
| Pemasangan Kateter urin | Respon pasien :Data Subyektif Data Obyektif |
| Pemasangan NGT | Respon pasien :Data Subyektif Data Ob yektif |
| Pemasangan Monitor jantung | Respon pasien :Data Subyektif Data Ob yektif |
| Pemeriksaan Glukosa darah | Respon pasien :Data Subyektif Data Ob yektif |
| Dll |  |

### PENGKAJIAN SEKUNDER

* + 1. FULL FIVE VITAL SIGN (Pemeriksaan TTV)
			1. Tekanan darah :
			2. Frekuensi nadi :
			3. Frekuensi pernafasan
			4. Suhu tubuh
			5. Saturasi oksigen
			6. Nyeri (OPQRST)

Onset :

Provokatif/palliative :

Quality & quantitas :

Regio & radiasi :

Severe :

Time :

* + 1. GIVE COMFORT/Lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien Hasil Lab pasien :

Gambaran Monitor Jantung :

Pemasangan NGT/OGT :

Pemasangan Kateter :

Evaluasi pemberian oksigen :

* + 1. HISTORY/ Riwayat
			1. Keluhan : Data Subyektif (S)
			2. Riwayat Alergi (A)
			3. Medikasi/obat obatan yag digunakan (medis maupun herbal) (M)
			4. Riwayat penyakit sebelumnya (riwayat operasi dll) (P)
			5. Waktu makan terakhir dan bila pada Wanita produktif tanyakan waktu haid terakhir (L)
			6. Kejadian yang menyebabkan cidera atau sakit (E)
		2. Melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sd kaki :

### Wajah

* + - 1. **Inspeksi** : **Deformitas**/kelainan bentuk, **Contusio**,/memar, **Abrasio**/lecet, **Penetrasi**/tembus/tusuk, **Burn**/luka bakar, **Tenderness**/kaku/nyeri, **Laceration**/luka robek, **Shallowing**/bengkak, cairan yang keluar
			2. **Palpasi : Creptitation**/krepitasi, nyeri tekan, nyeri lepas

### Leher

1. **Inspeksi** : **Deformitas**/kelainan bentuk, **Contusio**,/memar, **Abrasio**/lecet, **Penetrasi**/tembus/tusuk, **Burn**/luka bakar, **Tenderness**/kaku/nyeri, **Laceration**/luka robek, **Shallowing**/bengkak, cairan yang keluar
2. **Palpasi : Creptitation**/krepitasi, nyeri tekan, nyeri lepas

### Dada

1. **Inspeksi** : **Deformitas**/kelainan bentuk, **Contusio**,/memar, **Abrasio**/lecet, **Penetrasi**/tembus/tusuk, **Burn**/luka bakar, **Tenderness**/kaku/nyeri, **Laceration**/luka robek, **Shallowing**/bengkak, cairan yang keluar

### Auskultasi

1. **Perkusi**
2. **Palpasi : Creptitation**/krepitasi, nyeri tekan, nyeri lepas

### Abdomen

1. **Inspeksi** : **Deformitas**/kelainan bentuk, **Contusio**,/memar, **Abrasio**/lecet, **Penetrasi**/tembus/tusuk, **Burn**/luka bakar, **Tenderness**/kaku/nyeri, **Laceration**/luka robek, **Shallowing**/bengkak, cairan yang keluar

### Auskultasi

1. **Perkusi**
2. **Palpasi : Creptitation**/krepitasi, nyeri tekan, nyeri lepas

### Ekstremitas Atas

1. **Inspeksi** : **Deformitas**/kelainan bentuk, **Contusio**,/memar, **Creptitation**/krepitasi **Abrasio**/lecet, **Penetrasi**/tembus/tusuk, **Burn**/luka bakar, **Tenderness**/kaku/nyeri, **Laceration**/luka robek, **Shallowing**/bengkak, cairan yang keluar
2. **Palpasi: Creptitation**/krepitasi, nyeri tekan, nyeri lepas

### Ekstermitas Bawah

1. **Inspeksi** : **Deformitas**/kelainan bentuk, **Contusio**,/memar, **Creptitation**/krepitasi **Abrasio**/lecet, **Penetrasi**/tembus/tusuk, **Burn**/luka bakar, **Tenderness**/kaku/nyeri, **Laceration**/luka robek, **Shallowing**/bengkak, cairan yang keluar
2. **Palpasi : Palpasi : Creptitation**/krepitasi, nyeri tekan, nyeri lepas
	* 1. **INSPECT POSTERIOR SURFACE**/pengkajian area belakang pasien(Inspeksi; perkusi; palpasi) tehnik log roll
3. **DIAGNOSA KEPERAWATAN** (susun berdasarkan prioritas)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | ANALISA DATA | DIAGNOSA KEPERAWATAN |
| 1 |  | Data Subjektif :Data Objektif : |  |
|  |  | dst |  |

### INTERVENSI KEPERAWATAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Standar Luaran | Standar Intervensi |
| 1 |  |  |  |
| 2 dst |  |  |  |

1. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosakeperawatan | Implementasi | Evaluasi |
| 1 |  |  |  | S O AP |
| 2 | Dst….. |  |  |  |

1. EVALUASI KEPERAWATAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi |
| 1 |  |  | S :O:A:P: |
|  |  |  |  |

1. **DISCHARGE PLANNING**

Jelaskan Rencana tindak lanjut pada pasien (di pulangkan atau dirawat) Treatment yang diberikan dan Pendidikan Kesehatan

Mengetahui Pembimbing

(……………………………………….)

Samarinda, ……. 2023 Perawat

(……………………………………….)

**FORMAT RESUME**

## Tanggal Pengkajian :

### PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

* + 1. IDENTITAS PASIEN Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Agama :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

Diagnosa Medis :

### RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

(Jelaskan penyebab pasien dibawa ke rumah sakit) secara singkat dan jelas (mekanisme cidera, riwayat nyeri dll)

### PENGKAJIAN AWAL (INITIAL ASSESMENT)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Penilaian kesadaran (AVPU) & penampilan umum pasien (Disability)Keadaan umum pasien:……………A V P U :………… | Masalah Keperawatan | Tindakan resusitasi |
| 2 | Pengkajian Jalan nafas (Airway)Tanda adanya sumbatan jalan nafas : SnoringGurgling StridorJalan nafas Paten : | Masalah Keperawatan : | Tindakan Resusiasi |
| 3 | Stabilisasi Servikal (Bila pasien dicurigai Trauma Servikal)Tanda cidera servikal | Masalah Keperawatan : | Tindakan Resusiasi |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Terdapat jejas : Biomekanika Cidera : Tanda fraktur basis crinii : rocoon eyes, Battle sign, adanya cairan darah yang keluar dari telinga dan hidung. :Tidak ada tanda cideraServikal |  |  |
| 4 | Pengkajian Pernafasan (Breathing)Inspeksi pergerakan dinding dada simetris/paradoksikal, adanya luka terbuka (Lebar dan sifatnya (sucking chest wound) dll :Auskultasi : Suara nafas Diseluruh lapang paru Perkusi : Sonor/hipersonor Palpasi : krepitasi,Nyeri tekan | Masalah keperawatan | Tindakan Resusiasi |
| 5 | Pengkajian Sirkulasi (Circulation) : adanya tanda perdarahanAkral CRTNadi | Masalah Keperawatan | Tindakan Resusitasi |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | Nilai Kesadaran Pasien menggunakan GCS (disability) danRefleks Pupil | Masalah Keperawatan | Tindakan Resusitasi |
| 7 | Lakukan pemeriksaan Menyeluruh secaracepat (Exposure ) | Masalah Keperawatan | Tindakan Resusitasi |

* + - 1. **DIAGNOSA KEPERAWATAN (susun berdasarkan prioritas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | ANALISA DATA | DIAGNOSA KEPERAWATAN |
| 1 |  | Data Subjektif :Data Objektif : |  |
|  |  | dst |  |

### INTERVENSI KEPERAWATAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Standar Luaran | Standar Intervensi |
| 1 |  |  |  |
| 2 dst |  |  |  |

* + - 1. **IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosakeperawatan | Implementasi | Evaluasi |
| 1 |  |  |  | S O AP |
| 2 | Dst….. |  |  |  |

### EVALUASI KEPERAWATAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi |
| 1 |  |  | S :O:A:P: |
|  |  |  |  |

Nama Pembimbing

(………………………..)

Nama Mahasiswa

(………………………..)