

PROGRAM PROFESI NERS
STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR

Website: www.wijayahusada.com



*Buku Panduan Stase Keperawatan Gawat Darurat
Program Studi Profesi Ners STTKes Wijaya Husada Bogor*

BUKU PANDUAN PRAKTIK PROFESI NERS STASE KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Ns. Yuni Shahroh, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.M.B

Penerbit : WIJAYA HUSADA

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180 Sindang Barang Bogor Barat
Telepon (0251) 8327396, 8327399, Mobile : 085216701658 / 081259819088
Laman: www.wijayahusada.com Email: wijayahusada@gmail.com

BUKU PANDUAN PRAKTIK PROFESI NERS STASE KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Ns. Yuni Shahroh, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.M.B

ISBN : 978-602-5982-39-2
Editor : Normalia Sari
Rancangan Sampul : Nining Fitrianingsih
Tata Letak : Siti Chaerunisa
Penyunting : Nining Fitrianingsih

Hak Cipta ©2018, Penerbit Wijaya Husada
Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang, Bogor Barat-Bogor
Telp. (0251) 8327396
SMS. 085216701658
E-mail : wijayahusada@gmail.com

Cetakan I, November 2018

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta

- 1) Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)
 - 2) Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)
-

KATA PENGANTAR

Rasa syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan berkat karunia-Nya sehingga buku ini dapat diselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini merupakan salah satu upaya Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor dalam meningkatkan kualitas proses pembelajaran sehingga lebih baik, sehingga mudah dipahami untuk melengkapi materi yang berkaitan dengan Keperawatan Gawat Darurat.

Dalam penyusunan buku ini, kami banyak dibantu oleh teman seprofesi baik dalam lingkungan kampus Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor maupun dari pihak luar. Kami mengucapkan terima kasih kepada Ketua STIKES Wijaya Husada Bogor beserta seluruh karyawan dan staf dosen Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor, yang telah memberikan dukungan sehingga buku ini dapat tersusun.

Buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan buku ini.

Akhir kata, berbagai saran dan kritik yang membangun akan selalu penulis harapkan.

Bogor, November 2018

Penulis

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	4
A. Latar Belakang.....	4
B. Tujuan.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II PEMBAHASAN PRAKTIK	6
A. Deskripsi Mata Ajar.....	6
B. Kompetensi Umum.....	6
C. Kompetensi Khusus.....	7
D. Komponen Kompetensi.....	8
E. Materi Yang Harus dikuasai.....	8
F. Metode Pembelajaran.....	9
G. Alokasi Waktu.....	9
H. Target Pencapaian Keterampilan Klinik.....	10
BAB III PENGORGANISASIAN	13
A. Peserta Didik.....	13
B. Pembimbing.....	13
C. Metode Bimbingan.....	14
D. Jadwal Praktik.....	15
E. Penugasan.....	15
F. Pelaksanaan.....	18
G. Tata Tertib.....	19
H. Tempat Praktik.....	21
BAB IV EVALUASI	22
A. Pengertian.....	22
B. Tujuan Evaluasi.....	22
C. Cakupan dan Bobot Evaluasi.....	22
D. Ujian Praktik.....	23
E. Kriteria Kelulusan.....	25
BAB V PENUTUP.....	26
LAMPIRAN-LAMPIRAN	27
LOGBOOK DAN DAFTAR HADIR MAHASISWA	63

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran1 Format Laporan Pendahuluan.....	28
Lampiran 2 Format Pengkajian di UGD / Triage.....	30
Lampiran 3 Format Pengkajian di ICU/CCU.....	35
Lampiran 4 Format Resume Gawat Darurat.....	45
Lampiran 5 Format Laporan Makalah Kelompok.....	46
Lampiran 6 Format Penilaian <i>Pre-Post Conference</i>	47
Lampiran 7 Format Penilaian LP.....	48
Lampiran 8 Format Penilaian Askep.....	49
Lampiran 9 Format Penilaian Resume.....	50
Lampiran 10 Format Penilaian Presentasi/seminar kasus.....	51
Lampiran 11 Format Penilaian Pendidikan Kesehatan.....	52
Lampiran 12 Format Penilaian Ujian Stase.....	53
Lampiran 13 Format Penilaian Kinerja Klinik Mahasiswa	55
Lampiran 14 Alur Pelaksanaan Ujian Stase.....	56
Lampiran 15 Alur Izin Dinas.....	57
Lampiran 16 Format Surat Permohonan Izin Dinas.....	58
Lampiran 17 Format Surat Bukti Penggantian Jadwal Dinas.....	59
Lampiran 18 Format Permohonan Cuti.....	60
Lampiran 19 Jadwal Rotasi Dinas Mahasiswa Stase KGD.....	61
Buku Kerja Mahasiswa.....	63
Daftar Hadir Mahasiswa.....	64
Kegiatan Harian.....	66
Pencapaian Target Keterampilan Klinik.....	70

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Program Profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor sebagai institusi pendidikan tinggi keperawatan bertujuan untuk menghasilkan lulusan Ners yang berkualitas, memiliki potensi intelektual yg tinggi, terampil dan bersikap etik professional serta mampu menghadapi tantangan zaman.

Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi terutama di bidang kesehatan, profesi keperawatan dituntut untuk semakin ahli dan terampil dalam profesinya. Untuk mempersiapkan kondisi tersebut, Program Profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor mengadakan kegiatan pengalaman belajar praktek pada program akademik dengan harapan agar pada saat masuk ke program profesi pada semester 9 dan 10, mahasiswa sudah mengenal atau berorientasi pada kondisi nyata di lapangan sehingga pencapaian kompetensi institusi pendidikan akan tercapai salah satunya melalui mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat.

Praktik Profesi Keperawatan Gawat Darurat yang dilaksanakan oleh Instansi Program profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor, merupakan penerapan dari mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat. Pembelajaran ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menerapkan proses keperawatan pada pasien dewasa pada tatanan klinik.

B. TUJUAN

Buku panduan Praktek Profesi Keperawatan Gawat Darurat ini dibuat dengan tujuan agar mahasiswa dapat mengetahui dan memahami semua hal yang

diharapkan dapat dicapai dalam proses pembelajaran ini. Buku panduan ini berusaha memberikan informasi tentang tujuan dan kompetensi, materi yang harus dikuasai mahasiswa, metode pembelajaran praktek, tata tertib, lahan praktek, proses pelaksanaan praktek, siklus praktek, tugas mahasiswa dan proses evaluasi dari proses pembelajaran ini.

C. RUANG LINGKUP

Buku pedoman ini mencakup kegiatan pengalaman belajar mahasiswa yang mengikuti praktek profesi keperawatan medikal bedah adalah mahasiswa yang telah menyelesaikan mata ajar Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis pada tahap perkuliahan.

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Buku pedoman ini disusun berdasarkan sistematika sebagai berikut :

- BAB I : PENDAHULUAN
- BAB II : PEMBAHASAN PRAKTIK
- BAB III : PROSES PEMBELAJARAN
- BAB IV : EVALUASI
- BAB V : PENUTUP

BAB II

PEMBAHASAN PRAKTIK

STASE KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

A. DESKRIPSI MATA AJAR

Keperawatan Gawat Darurat merupakan pelayanan profesional yang berdasarkan pada Ilmu Keperawatan Gawat Darurat dan teknik Keperawatan Gawat Darurat yang berbentuk pelayanan bio–psiko–sosio–kultural ditujukan pada semua kelompok usia yang mengalami masalah kesehatan yang bersifat *urgent resciuted*, akut dan kritis akibat dari trauma, proses kehidupan serta bencana. Pemberian asuhan keperawatan difokuskan pada klien yang mempunyai masalah baik aktual maupun potensial yang mengancam kehidupan yang terjadi secara mendadak atau tidak dapat diperkirakan dan tanpa atau disertai kondisi lingkungan yang tidak dapat dikendalikan.

Rangkaian kegiatan dilaksanakan sedemikian rupa sehingga dapat mencegah terjadinya kematian dan kecacatan yang mungkin terjadi. Proses pembelajaran dilaksanakan melalui pengalaman belajar klinik langsung di area pelayanan gawat darurat dan kekritisasi di Rumah Sakit.

B. KOMPETENSI UMUM

Setelah mengikuti program pendidikan profesi ners stase Keperawatan Gawat Darurat, mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis pada klien yang mengalami berbagai perubahan fisiologis, dengan atau tanpa gangguan struktur pada berbagai sistem tubuh dengan mengaplikasikan ilmu keperawatan, medis dan berbagai ilmu terapan lain sesuai dengan konsep dan prinsip keperawatan gawat darurat.

C. KOMPETENSI KHUSUS

Bila dihadapkan pada klien dengan kondisi kegawatdaruratan mahasiswa mampu;

1. Melakukan pengkajian kegawatdaruratan prehospital dengan menggunakan prinsip penanganan *airway, breathing* dan *circulation*
2. Melakukan triase pada kasus – kasus kegawatdaruratan
3. Menetapkan diagnosa keperawatan dengan data pendukung yang tepat
4. Mengidentifikasi tindakan kegawatadaruratan yang tepat
5. Melakukan tindakan prosedur–prosedur kegawatadaruratan yang diperlukan
6. Memberikan rasional dari tindakan–tindakan tersebut
7. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan
8. Memodifikasi perencanaan keperawatan berdasarkan hasil evaluasi
9. Melakukan komunikasi terapeutik pada klien dan keluarga
10. Mengidentifikasi isu etik dan legal yang terkait dengan pemberian asuhan keperawatan kritis dan kegawatdaruratan.

Pokok bahasan meliputi kasus–kasus yang terjadi pada area keperawatan kegawatdaruratan yang meliputi asuhan keperawatan pada klien yang mengalami :

1. Kegawatan sistem pernafasan
2. Kegawatan sistem kardiovaskuler
3. Kegawatan sistem pencernaan
4. Kegawatan sistem perkemihan
5. Kegawatan sistem persyarafan
6. Kegawatan sistem endokrin
7. Kegawatan sistem muskuloskeletal
8. Kegawatan sistem integument
9. Situasi – situasi kegawatadaruratan

D. KOMPONEN KOMPETENSI

Kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa selama Praktek Profesi Keperawatan Gawat Darurat adalah :

1. Memahami konsep dasar penyakit dan asuhan keperawatan teoritis penyakit yang termasuk pada lingkup Keperawatan Gawat Darurat.
2. Melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada klien di ruangan UGD / triage, ICU / ICCU.
3. Menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data yang dapat selama melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik.
4. Membuat rencana asuhan keperawatan dengan cara membuat tujuan yang akan dicapai untuk dapat menyelesaikan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan beserta rasional untuk mengatasi masalah klien.
5. Mampumelakukan tindakan keperawatan pada klien berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat sebelumnya.
6. Mampu mengevaluasi dan mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.
7. Mampu membuat rencana pendidikan kesehatan (*discharge planning*) sesuai dengan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.
8. Mampu melakukan tindakan kolaboratif *invasive* maupun *non invasive*.
9. Menampilkan kinerja klinik yang baik yang menunjukkan profesionalisme perawat.

E. MATERI YANG HARUS DIKUASI :

1. Kegawatdaruratan sistem pernapasan:
 - ARDS, TB Paru, PPOK, Bronkhopnemonia, asma
2. Kegawatdaruratan sistem kardiovaskuler
 - Sindrom koroner akut, cardiac arrest, Infark Miokard Akut, CHF, Syok Kardiogenik, Syok hipovolemik
3. Kegawatdaruratan sistem persarafan
 - Stroke, cedera kepala, meningitis, echephalitis, syok neurogenik

4. Kegawatdaruratan sistem pencernaan
 - Trauma abdomen dan sistem pencernaan, keracunan
5. Kegawatdaruratan sistem perkemihan
 - Sindrom nefrotik, gagal ginjal akut
6. Kegawatdaruratan sistem muskloskeletal
 - Trauma muskuloskeletal, trauma thorak, trauma cervical dan vertebrae
7. Kegawatdaruratan sistem endokrin
 - Ketoasidosis DM, Krisis Tyroid
8. Kegawatdaruratan sistem integument
 - Luka Bakar
9. Penyakit keganasan dan imunologi
 - Keganasan hematologi, HIV/AIDS, SLE, Hodgkin
10. Kegawatan pada situasi-situasi lainnya

F. METODE PEMBELAJARAN

1. *Pre dan Post Conference*
2. Demonstrasi dan simulasi
3. *Bed side teaching*
4. Studi kasus
5. Diskusi/ seminar
6. Pendidikan Kesehatan

G. ALOKASI WAKTU

Praktik Profesi Keperawatan Gawat Darurat mempunyai beban sebanyak 4 SKS yang akan dilaksanakan dalam 4 minggu praktek klinik di Rumah Sakit.

H. TARGET PENCAPAIAN KETARAMPILAN KLINIK

a. R. UGD / R.TRIAGE

NO	KOMPETENSI	TARGET
1.	Pengkajian Primer: (C, A, B)	5
2.	Pengkajian sekunder: (C, A, B, D, E, F, G, H, I/ Head to toe)	5
3.	Menilai Keadaran	5
4.	Ukur GCS	1
5.	Merekam EKG	5
6.	Pengambilan spesimen darah lengkap	3
7.	Pemeriksaan GDS	4
8.	Therapy oksigen	5
9.	Therapy nebulizer	4
10.	Pemasangan infus	5
11.	Therapi obat(oral, iv, im, ic, sc, supositoria)	5
12.	Pemasangan NGT	5
13.	Melakukan bilas lambung	3
14.	Pemasangan kateter	5
15.	Pembersihan dan pembalutan luka	5
16.	Heacting / menjahit luka	4
17.	Bantuan Hidup Dasar	5
18.	Persiapan set Air Way Management	5
19.	Pemasangan Neck Collar	3
20.	Pemasangan Gips	5
21.	Pemasangan Bidai	5
22.	Melakukan TRIASE	3
23.	Manajemen nyeri	4
24.	Monitoring Balance Cairan	5
25.	Melakukan suction	
26.	Memberikan Posisi Ekstensi	3
27.	Imobilisasi Klien Fraktur	4
28.	Penanganan Klien Syok : Neurologic	5
29.	Penanganan Klien Syok : Anafilaktik	4
30.	Penanganan Klien Syok : Hipovolemik	4
31.	Penatalaksanaan Klien dengan Perdarahan	5
32.	Pembebasan jalan nafas: <i>Jaw thrust /Headtilt / Chinlift / Heimlich maneuver</i>	1
33.	Membuat LP KGD	4
34.	Membuat Askep KGD	4
35.	Membuat Resume	4
36.	Membuat buku kegiatan harian	4

b. R. ICU/ICCU

NO	KOMPETENSI	TARGET
1.	Pengkajian Primer: (C, A, B)	5
2.	Pengkajian sekunder: (C, A, B, D, E, F, G, H, I/ Head to toe)	5
3.	Pengkajian faal jantung	5
4.	Pengkajian faal paru	4
5.	Pengambilan spesimen darah arteri (AGD)	5
6.	Interpretasi AGD	5
7.	Therapy oksigen Kanul nasal	5
8.	Therapy oksigen RM/NRM	5
9.	Melakukan suction	5
10.	Therapi obat (oral, iv, im, ic, sc, supositoria)	3
11.	Pemasangan Endotracheal tube	2
12.	Pelepasan <i>Endotracheal tube</i>	2
13.	Perawatan <i>Endotracheal tube</i>	2
14.	Pemasangan <i>Orofaringeal tube</i>	2
15.	Perawatan Tracheostomy	2
16.	Perawatan <i>Water Seal Drainage/WSD</i>	2
17.	<i>Monitoring Tidal volume, SpO2</i>	2
18.	Menganalisa HR	2
19.	Mengukur tekanan darah	8
20.	Rekam EKG	5
21.	Interpretasi hasil EKG	5
22.	Mengukur Jugularis Venous Pressure	2
23.	Mengukur & Perawatan <i>Central Venous Pressure (CVP)</i>	2
24.	Resusitasi Jantung Paru (RJP)	5
25.	DC Shock	2
26.	Pengambilan darah vena	8
27.	Pasang infuse	5
28.	Setting Infus Pump	2
29.	<i>Setting Syringe Pump</i>	2
30.	Identifikasi sirkulasi perifer a. Nadi perifer b. Capillary refill c. Warna kulit d. Tingkatan dan jenis edema e. Suhu akral	2
31.	<i>Treadmill</i>	5
32.	Menilai Kesadaran	5
33.	Ukur GCS	5

34.	Identifikasi peningkatan TIK	5
35.	Posisi yang tepat untuk menurunkan TIK	5
36.	Menilai reflek patologis & fisiologis	8
37.	Perawatan DC	5
38.	Spooling kateter	5
39.	Monitor balance cairan	5
40.	Monitor intake nutrisi	5
41.	Perawatan luka bedah musculoskeletal	5
42.	ROM	8
43.	Perawatan luka bakar	4
44.	Penilaian derajat luka bakar	4
45.	Pemeriksaan kadar gula darah	6
46.	Monitor kadar gula darah	6

BAB III

PENGGORGANISASIAN

A. PESERTA DIDIK

Peserta didik yang mengikuti kegiatan praktek stase Keperawatan Gawat Darurat adalah mahasiswa Program Profesi Ners - STIKes Wijaya Husada Bogor Tahun Akademik 2017/2018.

B. PEMBIMBING

1. Kriteria Pembimbing Praktik Keperawatan Gawat Darurat

- a. Pendidikan minimal Ners
- b. Bersedia menjadi pembimbing praktik
- c. Mampu berkerjasama dengan mahasiswa dan pihak lain
- d. Menguasai subyek/ bidang yang akan menjadi bahan untuk kepentingan bimbingan.
- e. Berpartisipasi dalam program dan proses evaluasi kegiatan pembelajaran

2. Wewenang pembimbing Praktik Keperawatan Gawat Darurat

- a. Menentukan kasus kelolaan bagi peserta didik
- b. Menetapkan standar keberhasilan bagi peserta didik
- c. Memberi sanksi bila didapati peserta didik yang tidak menjalankan ketentuan praktik

Pembimbing yang akan memberikan bimbingan kepada peserta didik selama kegiatan Pengalaman Belajar Praktik Keperawatan Gawat Darurat meliputi pembimbing klinik dari lahan praktik dan pembimbing klinik dari pendidikan.

Pembimbing terlibat mulai dari proses sampai ke evaluasi baik dalam bentuk formatif atau sumatif. Selama Praktik Keperawatan Gawat Darurat

berlangsung pembimbing berada diruangan masing-masing sesuai bidangnya dan bertanggungjawab penuh terhadap proses bimbingan peserta didik di ruang yang bersangkutan.

3. Hak Pembimbing Praktik Stase Keperawatan Gawat Darurat

Pembimbing berhak mendapatkan kembali kompensasi bimbingan dalam bentuk honorarium yang telah disepakati oleh institusi pendidikan Wijaya Husada Bogor dan lahan praktik.

4. Daftar Pembimbing Praktik Stase Keperawatan Gawat Darurat

Pembimbing dari lahan praktik ditinjau oleh Ka.Diklat dari lahan praktik yang bersangkutan sesuai dengan ruangan pembimbing dari institusi pendidikan.

C. METODE BIMBINGAN

1. Conference (Awal dan akhir)

Conference yang dilakukan pada awal dan akhir kegiatan Praktik stase Keperawatan Gawat Darurat. *Conference* dilaksanakan di institusi pendidikan serta di lahan praktik. Setiap *Conference* akan dipimpin oleh pembimbing. Pelaksanaan *conference* di rumah sakit dapat berlangsung pada tiap ruangan (*Confrence* kelompok) juga di aula untuk *Conference* besar (seluruh peserta PBP I).

2. Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok dilaksanakan bersama pembimbing klinik di tiap ruangan setelah peserta didik melakukan intervensi keperawatan.

3. Bed side teaching

Dilakukan secara simulasi atau demonstrasi langsung untuk tindakan-tindakan *focus* (*Critical point*) oleh pembimbing klinik saat kegiatan Praktik stase Keperawatan Gawat Darurat berlangsung.

4. Pendidikan Kesehatan

Mahasiswa mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan dan penyuluhan kesehatan klien untuk melakukan tindakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Mahasiswa membuat dan menyiapkan materi pendidikan kesehatan dalam bentuk, leaflet, lembar balik, pamlet, dll. Mahasiswa akan dinilai berdasarkan penguasaan materi, media yang dipakai, dan umpan balik terhadap klien.

5. Seminar

Mahasiswa mempresentasikan kasus yang dikelola oleh kelompok yang sebelumnya telah dikonsultasikan ke pembimbing klinik dan akademik.

6. Demonstrasi

D. JADWAL PRAKTIK

Jadwal praktek kegiatan Praktik stase Keperawatan Gawat Darurat terlampir.

E. PENUGASAN

1. TUGAS INDIVIDU

- a. Membuat laporan pendahuluan klien kelolaan di setiap ruangan praktik profesi (1 LP dan 1 askep tiap ruangan)
 - Ruangan UGD / Triage
 - Ruangan ICU / ICCU

- b. Membuat laporan kasus (askep lengkap) dimasing-masing ruangan sesuai dengan kasus klien kelolaan
- c. Membuat laporan klien resume pada ruangan (1 resume tiap minggu):
 - Ruang UGD / Triage
 - Ruang ICU / ICCU
- d. Setiap mahasiswa wajib membuat evaluasi diri setiap hari.
- e. Setiap mahasiswa harus mengisi lembaran kompetensi setiap melakukan tindakan dan wajib ditanda tangani oleh pembimbing klinik atau perawat ruangan di mana mahasiswa praktek
- f. Ketentuan untuk penugasan tugas individu
 - Paling lambat 1 hari sebelum praktek, setiap mahasiswa sudah mengetahui kasus kelolaan.
 - Setiap mahasiswa wajib membuat laporan pendahuluan sesuai dengan kasus kelolaan di setiap ruangan Praktek Profesi Keperawatan Gawat Darurat dan wajib dibawa pada hari pertama praktek pada tiap minggunya di masing-masing ruangan.
 - Untuk di ruangan ICU/ICCU, jika pasien kelolaan pulang sebelum 3 x 24 jam, mahasiswa wajib mengelola pasien baru.
 - Pengambilan kasus kelolaan tidak boleh sama antara satu mahasiswa dengan mahasiswa lainnya.
 - Setiap mahasiswa wajib membuat laporan kasus (askep lengkap) klien kelolaan.
 - Pengkajian laporan resume dibuat dalam bentuk format kasus kelolaan
 - Laporan pendahuluan, laporan kasus dan laporan resume harus ditulis tangan.
 - Laporan pendahuluan, laporan kasus dan resume wajib dikumpul paling lambat 2 hari setelah menyelesaikan praktek diruangan yang bersangkutan kepada pembimbing akademik dan klinik.

- Bagi mahasiswa yang terlambat mengumpulkan tugas akan dikurangi nilai 5 point perhari.
- Untuk pembimbing akademik tugas dimasukkan ke locker yang telah disediakan di akademik

2. TUGAS KELOMPOK

- a. Membuat Satuan Acara penyuluhan (SAP)
- b. Melakukan penyuluhan
- c. Membuat asuhan keperawatan klien kelolaan kelompok
- d. Melakukan seminar asuhan keperawatan klien kelolaan kelompok pada akhir praktek profesi (minggu ke tiga)
- e. Ketentuan untuk penugasan tugas kelompok :
 - Penyuluhan dilakukan 1 (satu) kali untuk masing-masing ruangan.
 - Asuhan keperawatan klien kelolaan kelompok diambil pada ruangan pertama mahasiswa dinas.
 - Asuhan Keperawatan kelompok yang akan diseminarkan dibuat dalam bentuk makalah lengkap yang mencakup konsep penyakit, aspek teoritis dan tinjauan kasus lengkap (mulai dari pengkajian sampai evaluasi)
 - Sebelum melaksanakan penyuluhan dan seminar, mahasiswa harus mengkonsultasikan SAP/makalah pada pembimbing akademik dan pembimbing klinik
 - Seminar asuhan keperawatan kelompok diadakan 1 (satu) kali selama mahasiswa praktek profesi keperawatan Gawat Darurat dan dilaksanakan pada minggu ke tiga mahasiswa dinas.
 - Makalah penyuluhan dan seminar harus diserahkan ketangan pembimbing klinik dan akademik 2 hari sebelum kegiatan diadakan.

Proses seminar dan penyuluhan akan mendapatkan penilaian sesuai dengan ketentuan yang ada.

F. PELAKSANAAN

FASE BIMBINGAN	KEGIATAN PEMBIMBING	KEGIATAN MAHASISWA
PRA INTERAKSI	• Menentukan klien kelolaan dan resume mahasiswa • Melakukan <i>preconference</i> • Mengevaluasi pemahaman mahasiswa	• Membuat LP • Mengikuti <i>preconference</i> • Memahami LP • Mencari informasi tentang klien yang berkaitan dengan LP • Membuat persiapan interaksi dengan klien
INTERAKSI	• Mengobservasi mahasiswa • Memberikan feed back pada mahasiswa • Memberikan bimbingan untuk menumbuhkan kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal • Melakukan bed side teaching / ronde keperawatan masing – masing kasus kelolaan mahasiswa • Mengobservasi dan mengevaluasi	• Melakukan interaksi dengan klien dan melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik. • Membuat analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian • Membuat intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. • Mengevaluasi dan mendokumentasikan asuhan yang diberikan • Mengikuti bed side teaching /

	penyuluhan • Supervisi • Melakukan <i>post confrence</i>	ronde keperawatan • Melakukan penyuluhan • Mengikuti <i>post conference</i>
PASCA INTERAKSI	• Mengevaluasi pencapaian kompetensi mahasiswa • Diskusi kelompok tentang kasus • Menerima laporan hasil askep dari mahasiswa. • Mengevaluasi kegiatan seminar mahasiswa • Menetapkan pelaksanaan ujian praktek	• Menyimpulkan hasil yang dicapai selama proses asuhan keperawatan. • Membuat laporan lengkap tentang askep • Menyerahkan penugasan kepada pembimbing • Menerima hasil evaluasi dan <i>feed back</i> dari pembimbing • Mengadakan seminar kelompok • Mengikuti ujian praktek

G. TATA TERTIB

1. UMUM

Secara umum tata tertib atau peraturan dalam Praktek Profesi Keperawatan Gawat Darurat sesuai dengan tata tertib yang ada pada buku panduan umum praktek profesi Program Studi S–1 Keperawatan STIKes Wijaya Husada Bogor.

Diantaranya :

- Mahasiswa wajib membawa nursing kit
- Mahasiswa wajib mengikuti jadwal dinas yang berlaku
- Mahasiswa wajib memakai uniform dinas yang sudah ditentukan
- Mengisi daftar hadir tiap hari sesuai ruangan dimana dinas

- Kehadiran 100%, jika berhalangan hadir (sakit dan izin) wajib melapor ke PJ bagian dan pembimbing serta membuat surat yang ditanda tangani CI Praktek Lapangan
- Ketentuan ketidakhadiran sesuai dengan ketentuan yang ada pada buku panduan umum profesi

2. KHUSUS

Secara khusus peraturan dalam pelaksanaan Praktek Profesi Keperawatan Gawat Darurat dijabarkan sebagai berikut :

- a. Mahasiswa diwajibkan datang keruangan dilahan praktik selama 4 shift (sabtu dan minggu), dengan ketentuan:
 - Pagi : datang jam 07.00, pulang jam 14.00
 - Sore : datang jam 14.00, pulang jam 21.00
 - Malam : datang jam 21.00, pulang jam 07.00

Catatan

waktu praktik bisa saja dimulai lebih awal dan berakhir lebih lama, hal ini disesuaikan dengan ketentuan yang ditentukan oleh institusi tempat mahasiswa melaksanakan praktik.

- b. Mahasiswa diwajibkan mengisi daftar hadir kegiatan pengalaman belajar klinik yang ada di ruangan dan daftar hadir yang ada pada buku pedoman Praktik Keperawatan Gawat Darurat. Kelalaian mengisi daftar hadir dianggap sebagai ketidakhadiran.
- c. Mahasiswa diwajibkan untuk berpenampilan sesuai dengan ketentuan akademik. Menggunakan pakaian seragam dinas Praktek Profesi STIKes Wijaya Husada Bogor (pakaian putih-putih), sepatu warna putih, bagi wanita memakai jilbab putih, bagi yang tidak memakai jilbab diwajibkan memakai *hairnet*, *cap* putih, tidak dianjurkan memakai sepatu hak tinggi dan perhiasan, papan nama didepan dada sebelah kanan, lambang didepan

dada sebelah kiri. Ketidaklengkapan dalam memakai atribut diperhitungkan kedalam penilaian dalam evaluasi proses (penampilan klinik).

- d. Bila ada mahasiswa yang tidak masuk dinas dikenakan ketentuan sebagai berikut

- Alasan jelas dan dapat diterima, maka mahasiswa harus melaporkan kepada pembimbing klinik, membuat surat izin dan wajib mengganti praktik setelah waktu praktik selesai

Keterangan :

- Sakit : lampirkan surat keterangan dokter
- Izin : membuat surat izin sesuai format

- Tanpa alasan yang jelas, mahasiswa wajib mengganti 1 hari ketidakhadiran dengan 3 hari praktik.

- e. Mahasiswa diwajibkan mengikuti *pre* dan *post conference*.
- f. Mahasiswa dituntut untuk melakukan kerjasama yang harmonis dengan klien, keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya.
- g. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan tempat klinik tanpa sepengetahuan pembimbing, jika meninggalkan tempat klinik wajib mengganti jam praktek sesuai kekurangan jam praktek.
- h. Mahasiswa diharuskan melaksanakan kegiatan yang telah ditentukan oleh pihak akademik disetiap mata kuliah
- i. Mahasiswa diharuskan menyerahkan laporan kepada pembimbing dua hari setelah pelaksanaan praktik
- j. Mahasiswa harus menggunakan waktu semaksimal mungkin untuk mempelajari kasus yang ada.
- k. Mahasiswa diwajibkan membuat laporan yang terdiri dari laporan perorangan dan laporan kelompok.

H. TEMPAT PRAKTEK

- Ruangan IGD / Triage : 2 Minggu
- Ruangan ICU / ICCU : 2 Minggu

BAB IV

EVALUASI

A. PENGERTIAN

Evaluasi adalah suatu upaya membandingkan hasil pengukuran terhadap patokan atau bahan pembanding yang sudah dibekukan dan hasilnya dinyatakan dengan lambang yang menyatakan nilai tertentu. Evaluasi pada kegiatan Pengalaman Belajar Praktik Profesi Keperawatan Gawat Darurat dilakukan terhadap kinerja klinik dan laporan pada setiap area praktik.

B. TUJUAN EVALUASI

Secara umum evaluasi Praktek Profesi Keperawatan Gawat Darurat bertujuan untuk menilai pencapaian kompetensi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan mulai dari melakukan pengkajian sampai dengan merumuskan intervensi keperawatan berdasarkan kasus yang ditemui, melakukan tindakan keperawatan dasar dan tindakan kolaboratif pada klien yang mengalami kondisi kritis maupun gawat darurat dengan berbagai perubahan fisiologis, dengan atau tanpa gangguan struktur pada berbagai sistem tubuh dengan mengaplikasikan ilmu keperawatan, medis dan berbagai ilmu terapan lain sesuai dengan konsep dan prinsip keperawatan gawat darurat.

C. CAKUPAN DAN BOBOT EVALUASI

CAKUPAN	BAHAN EVALUASI	BOBOT
Evaluasi proses	Laporan Pendahuluan, Laporan Kasus, dan Laporan Resume	30%
	Penyuluhan	10%
	Penampilan klinik/kinerja klinik	10%
	Seminar	10%
	Pencapaian Kompetensi	10%
Evaluasi akhir	Ujian Praktek	30%

D. UJIAN PRAKTEK

1. Ketentuan Ujian

- a. Mahasiswa yang bisa mengikuti ujian adalah mahasiswa yang telah memenuhi semua penugasan pada Praktek Profesi Keperawatan Gawat Darurat (Laporan individu dan Penyuluhan)
- b. Waktu pelaksanaan ujian pada minggu ke 4 Praktek Profesi Keperawatan Gawat Darurat, mulai jam 08.00-14.00 WIB
- c. Mahasiswa mempersiapkan diri dan berada ditempat ujian sesuai dengan jadwal yang ditetapkan
- d. Mahasiswa sudah berada di ruangan ujian paling lambat 45 menit sebelum ujian dimulai dengan pakaian dinas lengkap dan rapi
- e. Ujian praktek dilakukan di ruangan tempat minggu terakhir masing-masing mahasiswa dinas.
- f. Kasus-kasus yang akan diujikan adalah kasus yang ditemui diruangan yang ditentukan oleh pembimbing klinik
- g. Kasus yang akan diujikan ditentukan pada jam 07.30 WIB dengan koordinasi antara pembimbing akademik dan klinik serta perawat ruangan
- h. Penguji ujian praktek terdiri dari 2 penguji (1 penguji dari akademik dan 1 penguji dari lahan klinik)
- i. Mahasiswa menyiapkan alat dan bahan praktek yang diperlukan pada saat ujian
- j. Selama ujian mahasiswa dapat dibantu oleh seorang mahasiswa piket untuk menyiapkan peralatan yang dibutuhkan dalam melakukan intervensi
- k. Melakukan intervensi yang bersifat invasive mahasiswa dapat didampingi oleh pembimbing atau perawat ruangan
- l. Mahasiswa yang gagal ujian praktek mahasiswa masih punya kesempatan untuk ujian ulang 1 (satu) kali dengan ketentuan sama

2. Pelaksanaan Ujian

- a. Mahasiswa harus membawa format ujian praktek dan kertas dobel folio
- b. Mahasiswa ujian harus melaporkan klien yang menjadi kliennya saat ujian kepada perawat ruangan
- c. Mahasiswa harus mengelola klien secara satu shift penuh saat ujian
- d. Mahasiswa diberi waktu selama 1,5 jam (dimulai ketika penguji telah menentukan kasus ujian) untuk melakukan pengkajian, membuat rencana keperawatan dan menuliskannya pada kertas kerja
- e. Mahasiswa harus menyerahkan kertas kerja kepada penguji begitu waktu ujian berakhir
- f. Mahasiswa mendapatkan penilaian dari penguji melalui penilaian kertas kerja, responsi dan observasi tindakan keperawatan serta pelaksanaan pendidikan kesehatan
- g. Kertas kerja mahasiswa akan diserahkan kembali kepada mahasiswa dan mahasiswa harus menuliskan seluruh hasil implementasi dan evaluasi terhadap klien ke dalam kertas kerja
- h. Setiap penguji diwajibkan untuk dapat mengikuti ujian mahasiswa mulai dari awal sampai akhir proses (terutama untuk observasi tindakan keperawatan dan responsi)
- i. Selama ujian berlangsung mahasiswa tidak diperkenankan melakukan kecurangan maka penguji berhak membatalkan ujian atau tidak meluluskan mahasiswa yang bersangkutan dalam ujian praktek

3. Evaluasi Ujian

Penilaian terhadap hasil ujian praktek mahasiswa dapat dikategorikan menjadi 4 kelompok yaitu :

a. Lulus

Jika nilai akhir ujian praktek mencapai 70% dari nilai total, nilai minimal 70

b. Tidak lulus / HER

Jika nilai akhir ujian praktek mahasiswa tidak mencapai ketentuan diatas, (nilai < 70)

c. Mengulang tindakan

Jika dari observasi tindakan keperawatan didapatkan mahasiswa tidak dapat melakukan tindakan dengan sempurna (kurang/tidak menjaga teknik sterilisasi dan aseptik)

d. Pengurangan nilai observasi

Jika pada saat observasi mahasiswa dapat melakukan tindakan dengan sempurna namun gagal mencapai tujuan dari tindakan tersebut seperti gagal menemukan vena untuk melakukan injeksi intravena.

E. KRITERIA KELULUSAN

Mahasiswa dinyatakan lulus apabila :

- Kehadiran 100%
- Mendapatkan nilai minimal 70 (3,00)
- Memenuhi semua peraturan dan tata tertib yang berlaku, baik peraturan dan tata tertib profesi maupun akademik
- Memenuhi target kompetensi minimal

BAB V

PENUTUP

Praktik Profesi Ners Keperawatan Gawat Darurat menggambarkan proses belajar mengajar yang mendukung terhadap kemampuan peserta didik dalam meningkatkan kemampuan praktik secara mandiri yang berfokus pada situasi klien secara nyata.

Peserta didik dapat menerapkan dasar-dasar pengetahuan teori kedalam pengalaman belajar praktik secara nyata dengan menerapkan berbagai keterampilan intelektual dan psikomotor yang diperlukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Buku pedoman ini diharapkan dapat memberikan arahan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang mencakup area Kegawatdaruratan dan kritis.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran1

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN (diagnosa medis)

1. Definisi Penyakit

.....
.....

2. Manifestasi Klinis

.....
.....

3. Etiologi

.....
.....

4. Anatomi Fisiologi

.....
.....

5. Patofisiologi

.....
.....

6. Kemungkinan data focus

a. Anamnesa

.....
.....

b. Pemeriksaan fisik

.....
.....

c. Pemeriksaan diagnostic

.....
.....

d. Komplikasi

.....
.....

7. Penatalaksanaan Medis

.....

8. Kemungkinan diagnosa keperawatan

- a.

- b.

- c.

9. Perencanaan

No	Tujuan	Intervensi

10. Daftar pustaka

.....

Lampiran2: FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DI UGD/TRIAGE

FORMAT FLOW SHEET PENGKAJIAN GAWAT DARURAT

IDENTITAS	No. Rekam Medis : –		Diagnosa Medis :	
	Nama :			
	Jenis Kelamin :			
	Umur :			
	Agama :			
	Status Perkawinan :			
	Pendidikan :			
	Pekerjaan :		Sumber informasi :	
	Alamat :			
	TRIAGE P1 P2 P3 P4			
PRIMER SURVEY	GENERAL IMPRESSION			
	Keluhan Utama :			
	Mekanisme Cedera :			
	Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang) : Baik ~ Tidak Baik,			
	AIRWAY		Diagnosa Keperawatan:	
	Jalan Nafas : Paten Tidak Paten		Kriteria Hasil :	
	Obstruksi Benda Asing: Ya Tidak,			
Suara Nafas : Normal Tidak, Keluhan Lain:		Intervensi		

	BREATHING	Diagnosa Keperawatan:
	Gerakan dada : Simetris " Asimetris Irama Nafas : Cepat " Dangkal " Normal Pola Nafas : " Teratur Tidak Teratur Retraksi otot dada : Ada Tidak ada Sesak Nafas : Ada Tidak ada RR : x/mnt Keluhan Lain:	Kriteria Hasil : Intervensi :
	CIRCULATION	Diagnosa Keperawatan:
	Nadi : Teraba Tidak teraba Sianosis : " Ya Tidak CRT : < 2 detik > 2 detik Pendarahan : " Ya Tidak ada Keluhan Lain:.....	Kriteria Hasil : Intervensi :

	DISABILITY	Diagnosa Keperawatan:
	Respon : Alert Verbal Pain Unrespon Kesadaran : GCS : Eye: Verbal : Motorik : Pupil : " Isokor " Unisokor " Pinpoint " Midriasis Refleks Cahaya: Ada Tidak Ada Keluhan Lain :	Kriteria Hasil : Intervensi :
	EXPOSURE	Diagnosa Keperawatan:
	Deformitas : " Ya " Tidak Contusio : " Ya " Tidak Abrasi : " Ya " Tidak Penetrasi : " Ya " Tidak Laserasi : " Ya " Tidak Edema : " Ya " Tidak Keluhan Lain: 	Kriteria Hasil : Intervensi :

SECOND ARY SURVEY	ANAMNESA	Diagnosa Keperawatan:
	Riwayat Penyakit Saat Ini : Alergi : Medikasi : Riwayat Penyakit Sebelumnya: Makan Minum Terakhir: Even/Peristiwa Penyebab: Tanda Vital : TD : mmHg N : x/menit RR : x/menit S : ‘C	Kriteria Hasil : Intervensi :
	PEMERIKSAAN FISIK	Diagnosa Keperawatan:
	Kepala dan Leher: Inspeksi : Palpasi : Dada: Inspeksi : Palpasi : Perkusi : Auskultasi :	Kriteria Hasil : Intervensi :

	Abdomen: Inspeksi : Palpasi : Perkusi : Auskultasi : Pelvis: Inspeksi : Palpasi :. Ektremitas Atas/Bawah: Inspeksi : Palpasi : Punggung : Inspeksi : Palpasi : Neurologis :	
	PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK “ RONTGEN “ CT-SCAN “ USG “ EKG “ ENDOSKOPI “ Lain-lain, Hasil :	Diagnosa Keperawatan: Kriteria Hasil : Intervensi :
	Tanggal Pengkajian : Jam : Keterangan :	TANDA TANGAN PENGKAJI: NAMA TERANG :

Lampiran 3

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR
FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KRITIS (ICU/ICCU)

Tanggal Pengkajian :		Tanggal MRS :	
Identitas Klien			
Nama :	Agama :		
Umur :	Alamat Rumah :		
Jenis Kelamin :	Diagnosa Medis :		
Riwayat Sakit dan Kesehatan			
Keluhan Utama :			
Riwayat Kesehatan Sekarang :			
Riwayat Kesehatan Lalu :			
Riwayat Kesehatan Keluarga :			
Riwayat Alergi :			
Review of System			
Keadaan Umum : ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Lemah ,			
Kesadaran :			
TTV : TD : / mmHg, Nadi : x/mnt, Suhu : °C , Pernafasan : x/mnt			
Berat Badan : Kg. Tinggi Badan : cm IMT : kg/m ²			

Sistem Pernafasan

Pola Nafas : ☐ Teratur , ☐ Tidak Teratur
 Bunyi Nafas: ☐ Vesikuler, ☐ Wheezing, ☐ Ronchi, ☐ Stridor,
 Lain-lain :
 Tipe Pernafasan : ☐ Dada, ☐ Perut, ☐ Hidung, ☐ Mulut
 Retraksi Dada : ☐ Intercosta, ☐ Suprasternal, ☐ Substernal, ☐ Supraclavicular
 Tidak Ada
 Nyeri Saat Bernafas: ☐ Ya, ☐ Tidak,
 Ekspansi Dada: ☐ Simetris , ☐ Tidak Simetris
 Sesak Nafas : ☐ Ya, ☐ Tidak, Batuk: ☐ Ya, ☐ Tidak
 Nafas Cuping Hidung : ☐ Ya, ☐ Tidak , Batuk Darah: ☐ Ya, ☐ Tidak
 Bentuk Dada : ☐ Normochoest, ☐ Barrelchest, ☐ Funnelchest, ☐ Pigeonchest
 Taktil Fremitus : ☐ Normal, ☐ Meningkatkan , ☐ Menurun
 Sumbatan Jalan Nafas : ☐ Ya, ☐ Tidak

Sistem Kardiovaskuler

Irama Jantung : ☐ Reguler, ☐ Irreguler , S1/S2 : ☐ Ya ☐ Tidak
 Nyeri Dada : ☐ Ya ☐ Tidak
 Bunyi Jantung : ☐ Normal, ☐ Gallop, ☐ Murmur, ☐ Lain – Lain:.....
 CRT : ☐ < 3 Detik ☐ > 3 detik
 Akral : ☐ Hangat, ☐ Panas, ☐ Dingin, ☐ Dingin Kering, ☐ Basah
 Ascites : ☐ Ya, ☐ Tidak, Peningkatan JVP : ☐ Ya, ☐ Tidak
 Clubbing Finger : ☐ Ya, ☐ Tidak, Palpitasi : ☐ Ya, ☐ Tidak
 Oedem : ☐ Ya, ☐ Tidak, Lokasi:
 Kram Kaki : ☐ Ya, ☐ Tidak, Pusing : ☐ Ya, ☐ Tidak

Sistem Neurologis

GCS : Eyes : Motorik : Verbal :
 Pupil : ☐ Isokor, ☐ Anisokor , Reflek Cahaya : ☐ Baik, ☐ Buruk
 Peto : ☐ Ya ☐ Tidak , Parese : ☐ Ya, ☐ Tidak
 Tremor : ☐ Ya ☐ Tidak , Plegi : ☐ Ya, ☐ Tidak
 Aphasia : ☐ Ya ☐ Tidak , Kejang : ☐ Ya, ☐ Tidak
 Confusion : ☐ Ya, ☐ Tidak , Gelisah : ☐ Ya, ☐ Tidak

Sistem Persepsi Sensori

Sklera : ☐ Ikterik, ☐ Tidak Ikterik , Konjungtiva : ☐ Anemis, ☐ Ananemis
 Penglihatan Berkurang : ☐ Ya, ☐ Tidak, Nyeri Tekan : ☐ Ya ☐ Tidak
 Alat Bantu Penglihatan : ☐ Ya, ☐ Tidak, Buta : ☐ Ya ☐ Tidak
 Alat Bantu Pendengaran: ☐ Ya, ☐ Tidak, Berdengung : ☐ Ya ☐ Tidak
 Tuli : ☐ Ya, ☐ Tidak, Serumen : ☐ Ya, ☐ Tidak
 Pendengaran Berkurang : ☐ Ya, ☐ Tidak, Sumbatan : ☐ Ya ☐ Tidak

Sistem Perkemihan

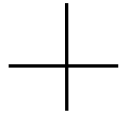
Urine : Frekuensi :Jumlah : cc Warna : Bau :
 Kateter : ☐ Ya ☐ Tidak
 Kandung Kemih : Membesar : ☐ Ya ☐ Tidak
 Nyeri Tekan : ☐ Ya ☐ Tidak
 Gangguan : ☐ Anuria ☐ Oliguri ☐ Poliuri ☐ Nokturia ☐ Disuria
 ☐ Retensi ☐ Inkontinensia ☐ Hematuria ☐ Tidak Ada

Sistem Pencernaan

Bibir : ☐ Lembab ☐ Kering ☐ Stomatitis
 Tenggorokan : ☐ Sakit Menelan ☐ Kesulitan Menelan ☐ Normal
 Abdomen : ☐ Kembung ☐ Ascites ☐ Tegang ☐ Nyeri Tekan
 ☐ Normal
 Muntah : ☐ Ya ☐ Tidak, Peristaltik: ☐ Ya , x/mnt ☐ Tidak
 Nafsu Makan : ☐ Baik ☐ Menurun , Frekuensi x /hari
 Porsi Makan : ☐ Habis... porsi : , ☐ Tidak habis, Minum cc/ hari
 BAB : : x/hari , Teratur : ☐ Ya ☐ Tidak
 Konsistensi : Warna : Bau :
 Konstipasi : ☐ Ya ☐ Tidak
 Gangguan Anus : ☐ Benjolan ☐ Varises ☐ Prolap ☐ Iritasi ☐ Nyeri
 ☐ Tidak Ada

Sistem Muskuloskeletal

Kemampuan Pergerakan Sendi : ☐ Bebas ☐ Terbatas
 Nyeri Otot/Tulang : ☐ Ya ☐ Tidak , Lokasi:.....
 Kaku Sendi : ☐ Ya ☐ Tidak, Lokasi :
 Bengkak Sendi : ☐ Ya ☐ Tidak , Lokasi :
 Patah Tulang : ☐ Ya ☐ Tidak, Lokasi :
 Alat Bantu Gerak : ☐ Ada ☐ Tidak, Sebutkan :

 Kekuatan Otot : 

Sistem Integumen

Warna Kulit : ☐ Ikterik ☐ Sianosis ☐ Kemerahan ☐ Pucat
 Turgor : ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Buruk
 Edema : ☐ Ada ☐ Tidak, Lokasi :
 Lesi : ☐ Ada ☐ Tidak, Lokasi :
 Rontok : ☐ Ada ☐ Tidak, Lokasi :

Sistem Reproduksi

Laki – Laki / Perempuan (coret salah satu)

Kemerahan : ☐ Ya ☐ Tidak , Gatal – Gatal : ☐ Ya ☐ Tidak
 Bengkak : ☐ Ada ☐ Tidak, Pus : ☐ Ada ☐ Tidak
 Kelainan Bawaan : ☐ Ada ☐ Tidak, Nyeri Tekan : ☐ Ada ☐ Tidak
 Payudara : Peau d' Orange: ☐ Ada ☐ Tidak, Nyeri: ☐ Ada ☐ Tidak
 Benjolan : ☐ Ada ☐ Tidak , Peradangan : ☐ Ada ☐ Tidak
 Masalah Haid : ☐ Ada ☐ Tidak, Sebutkan:

Tidur & Istirahat

Waktu Tidur : , Lama Tidur : , Kualitas Tidur :
 Pengantar Tidur : ☐ Ada ☐ Tidak , Sebutkan :
 Pola Tidur Siang : ☐ Ada ☐ Tidak , Sebutkan :
 Gangguan Tidur : ☐ Ada ☐ Tidak , Sebutkan :

Personal Hygiene

Mandi : x/hari Sikat Gigi : x/hari Keramas : hari/sekali
 Ganti Pakaian : x/hari Menyisir Rambut : x/hari Potong Kuku :

Aktivitas Dasar

ADL'S	0	1	2	3	4
Makan / Minum					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilisasi Dari Tempat Tidur					
Berpindah					
Ambulasi / ROM					

Ket. 0 : Mandiri, 1 : Di Bantu Alat, 2 : Di Bantu Orang Lain, 3 : Di Bantu Orang & Alat, 4 : Tergantung Total

Psiko – Sosio – Spiritual

Hubungan dengan orang lain :
 Penampilan : Klien terlihat rapi dengan pakaian khusus ICU
 Mood :
 Konsep Diri :
 Proses Pikir :
 Orientasi :
 Kegiatan Ibadah :

Terapi / Program Medis

Tgl	Nama obat	Dosis	Rute

Pemeriksaan Laboratorium & Penunjang

Tgl

	<i>Result</i>	<i>Range</i>	<i>Interpretasi Hasil</i>

Pemeriksaan Penunjang Lainnya
Tgl

Nama Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Kesan/Kesimpulan
1. EKG			
2. Foto Ro-Thorax			
3.Head CT-Scan			

FORMAT ANALISA DATA

NAMA PASIEN : ALAMAT :

NO.REKAM MEDIK : RUANG RAWAT :

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
DO : DS :	<u>Ket : PATHWAY</u>	

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS MASALAH)

1.
2.
3.

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN (INTERVENSI)

NAMA PASIEN : ALAMAT :

NO.REKAM MEDIK : RUANG RAWAT :

NO	TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN			PARAF
			TUJUAN	INTERVENSI	RASIOANAL	

FORMAT CATATAN TINDAKAN KEPERAWATAN (IMPLEMENTASI)

NAMA PASIEN : ALAMAT :
 NO.REKAM MEDIK : RUANG RAWAT :

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI (TINDAKAN KEPERAWATAN)	(RESPON KLIEN)	PARAF
	Ket : Dalam 1 hari tidak 1 Diagnosa yang di implementasikan!!			S : O: Ket : data subjektif dan objektif di isi setiap implementasi yang dilakukan oleh mahasiswa	

FORMAT EVALUASI

NAMA PASIEN : ALAMAT :
 NO.REKAM MEDIK : RUANG RAWAT :

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL / WAKTU	EVALUASI	NAMA & PARAF

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR

LEMBAR MONITORING

[illegible]

S P	Tidal Volume												
	FiO2												
	Sensitivity												
K A R D	SaO2												
	Gambar EKG												
	CVP												
I N T A K E	Makan Minum												
	NGT												
	Infus												
	1.												
	2.												
	3.												
	4.												
	Total												
O U T P U T	Urine												
	NGT												
	BAB												
	Drain												
	1.												
	2.												
	IWL												
	Total												

Tanggal :

Lampiran 4

FORMAT RESUME
STASE KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
PROGRAM PROFESI NERS
STIKes WIJAYA HUSADA
BOGOR 2015/2016

Nama mahasiswa :

Nama klien :

No. RM :

Tanggal masuk : Jam:

Tanggal pengkajian : Jam:

Diagnosa medis :

Data	Diagnosa keperawatan	Rencana keperawatan		Implementasi	Evaluasi	Nama/ paraf
		Tujuan	Intervensi			
DS:						
1.						
2.						
3.						
DO:						
1.						
2.						
3.						

Lampiran 5

FORMAT LAPORAN MAKALAH KELOMPOK PROGRAM PROFESI NERS STIKes WIJAYA HUSADA BOGOR 2015/ 2016

LEMBAR JUDUL

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar belakang
- B. Tujuan penulisan
- C. Ruang lingkup

BAB II TINJAUAN TEORITIS

- A. Konsep Penyakit
 - 1. Definisi
 - 2. Etiologi
 - 3. klasifikasi
 - 4. Pathofisiologi
 - 5. Manifestasi klinis
 - 6. Penatalaksanaan
 - 7. Komplikasi
- B. Konsep dasar Asuhan keperawatan secara teori
 - 1. Pengkajian
 - 2. Diagnose keperawatan
 - 3. Perencanaan/ Intervensi
 - 4. Pelaksanaan/ Implementasi
 - 5. Evaluasi

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

- A. Tinjauan kasus
 - 1. Pengkajian
 - 2. Analisa data
 - 3. Prioritas masalah
 - 4. Rencana asuhan keperawatan
 - 5. Catatan keperawatan
 - 6. Catatan perkembangan
- B. Pembahasan
 - 1. Sinkronisasi hasil dengan teori yang ada

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

- A. Kesimpulan
- B. Rekomendasi

DAFTAR PUSTAKA (*SILAHKAN MENGGUNAKAN BUKU, JURNAL, LAPORAN KEMENKES DAN WEBSITE RESMI*)

Lampiran 6

FORM PENILAIAN PRE DAN POST CONFERENCE

Hari/Tanggal/jam :
Tempat :
Nama/NIM Mhsw :
Topik :

No	Aspek yang dinilai	Nilai maksimal	Nilai
1.	Membuat dan memahami laporan pendahuluan kasus kelola (latar belakang, rencana keperawatan, strategi pelaksanaan)	20	
2.	Pengetahuan tentang rencana keperawatan - identifikasi masalah klien - identifikasi tujuan - identifikasi intervensi	20	
3.	Menyampaikan hasil aspek	20	
4.	Berperan aktif dalam diskusi, memberikan masukan (tanggapan, pendapat, ide) terhadap asuhan/pelayanan keperawatan yang didiskusikan	20	
5.	Perilaku dan penampilan profesional	20	
JUMLAH		100	

Catatan:

Penilaian sesuai atau standar penilaian pendidikan klinik Program Pendidikan Profesi

NILAI HURUF		ANGKA MUTU
A	80-100	4,00
A-	77-79	3,75
B+	73-76	3,50
B	70-72	3,00
B-	66-69	2,75
C+	61-65	2,50
C	56-60	2,00
D	46-55	1,00
E	0-45	0,00
F (Tertunda)		Tidak Lengkap

CI Ruangan

Lampiran 7

FORM PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN

Hari/Tanggal/jam :
 Tempat :
 Nama/NIM Mhsw :
 Topik :

No	Aspek Penilaian	Nilai Maksimal	Nilai
1.	Teori tentang penyakit (definisi, patofisiologi, tanda gejala, pemeriksaan penunjang)	10	
2.	Ketepatan rumusan diagnosa keperawatan	10	
3.	Ketepatan rumusan tujuan	10	
4.	Perencanaan tindakan keperawatan	10	
5.	Rasionalisasi tindakan keperawatan	10	
6.	Daftar Pustaka	10	
7.	Responsi	20	
8.	Sikap	20	
JUMLAH		100	

Catatan:

Penilaian sesuai atau standar penilaian pendidikan klinik Program Pendidikan Profesi

NILAI HURUF		ANGKA MUTU
A	80-100	4,00
A-	77-79	3,75
B+	73-76	3,50
B	70-72	3,00
B-	66-69	2,75
C+	61-65	2,50
C	56-60	2,00
D	46-55	1,00
E	0-45	0,00
F (Tertunda)		Tidak Lengkap

Lampiran 8

FORM PENILAIAN LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

No	Aspek Penilaian	Nilai Maksimal	Nilai
1.	Pengkajian • Mengumpulkan data subjektif dan objektif • Menuliskan jenis data secara lengkap • Melengkapi data penulisan • Mengumpulkan data penunjang • Menuliskan masalah keperawatan	20	
2.	Diagnosa Keperawatan • Rumusan diagnose benar • Diagnose keperawatan sesuai kondisi klien	20	
3.	Perencanaan • Menganalisa data • Memprioritaskan masalah • Merumusan masalah keperawatan • Menuliskan tujuan • Menuliskan criteria hasil • Menguraikan tindakan yang bersifat operasional • Menguraikan rasional tindakan	20	
4.	Implementasi • Menggunakan komunikasi terapeutik • Melibatkan klien, keluarga, petugas dalam intervensi • Menggunakan alat secara efisien/sesuai kebutuhan • Memperhatikan kualitas alat (steril/bersih) • Langkah-langkah tindakan sesuai dengan prinsip, efektif, dan efisiensi • Melakukan kolaborasi dengan profesi lain • Pendokumentasian tindakan keperawatan	20	
5.	Evaluasi Menuliskan evaluasi formatif Menuliskan evaluasi sumatif Mencatat tindakan keperawatan	15	
6.	Konsultasi	5	
JUMLAH		100	

Lampiran 9

FORM PENILAIAN RESUME

Hari/Tanggal/jam :
 Tempat :
 Nama/NIM Mhsw :
 Topik :

No	Aspek Penilaian	Nilai Maksimal	Nilai
1.	Ketepatan pengumpulan data	10	
2.	Ketepatan analisa data	20	
3.	Ketepatan rumusan diagnosa keperawatan	10	
4.	Ketepatan tindakan keperawatan	20	
5.	Ketepatan dasar teori	20	
6.	Evaluasi	10	
7.	Responsi	10	
JUMLAH		100	

Catatan:

Penilaian sesuai atau standar penilaian pendidikan klinik Program Pendidikan Profesi Ners

NILAI HURUF		ANGKA MUTU
A	80-100	4,00
A-	77-79	3,75
B+	73-76	3,50
B	70-72	3,00
B-	66-69	2,75
C+	61-65	2,50
C	56-60	2,00
D	46-55	1,00
E	0-45	0,00
F (Tertunda)		Tidak Lengkap

CI Ruangan

Lampiran 10

FORM PENILAIAN PRESENTASI KASUS

Hari/Tanggal/Jam :
Tempat :
Nama/NIM Mahasiswa :
Kasus :

No	Aspek Penilaian	Nilai Maksimal	Nilai
I	Makalah 1. Sistematika penulisan makalah 2. Penggunaan bahasa 3. Teknik penulisan 4. Pemilihan topic	20	
II	Pelaksanaan 1. Penguasaan materi 2. Kemampuan mengidentifikasi data 3. Kemampuan analisa data 4. Kemampuan membuat keputusan klinis 5. kemampuan mengaplikasikan dan mengintegrasikan ilmu 6. Organisasi waktu	30	
III	Evaluasi 1. Tanggapan terhadap pertanyaan 2. Cara berbicara	30	
IV	Afektif 1. Sistematis 2. Rasional 3. Menghargai orang lain 4. Komunikasi 5. Performance	20	
JUMLAH		100	

Catatan:

CI Ruangan

Lampiran 11

FORM PENILAIAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Hari/Tanggal/jam :

Tempat :

Nama/NIM Mhsw :

Topik :

No	Aspek Penilaian	Nilai maksimal	Nilai
I	Preplanning Menyiapkan SAP yang berisi : a. Latar belakang data-data yang diperoleh b. Identifikasi masalah c. Tujuan d. Sasaran e. Waktu dan tempat pelaksanaan f. Methode/Strategi g. Media h. Rencana kegiatan/penyuluhan i. Methoda Evaluasi	15	
II	Media a. Kesesuaian dengan topik b. Efisiensi	15	
III	Penyajian a. Penguasaan materi b. Kejelasan dalam mengemukakan intisari c. Kesesuaian alokasi waktu d. Kelancaran dalam penyampaian e. Penggunaan bahasa yang tepat	30	
IV	Evaluasi a. Kemampuan memotivasi peserta untuk bertanya b. Ketepatan dalam menjawab c. Kemampuan menggunakan argumentasi	30	
V	Afektif a. Sistematis b. Rasional c. Menghargai orang lain d. Komunikasi e. Performance	10	

CI Ruangan

Lampiran 12

FORM PENILAIAN Ujian Stase

Hari/Tanggal/jam :
 Nama/NIM Mhsw :
 Diagnosa Medis :
 Tempat :
 Pasien :Usia.....Jenis Kelamin.....

No	Komponen	Nilai Maksimal	Nilai
1.	Ketrampilan komunikasi terapeutik • Memfasilitasi pasien menceritakan riwayat kesehatannya • Kemampuan menyampaikan pertanyaan yang efektif dan tepat untuk mendapatkan informasi yang akurat dan adekuat • Kemampuan untuk memberikan respon yang sesuai terhadap reaksi verbal maupun non verbal pasien	10	
2.	Ketrampilan pemeriksaan fisik • Efisiensi • Kelogisan • Kesesuaian pemeriksaan dengan masalah kesehatan yang ada • Kemampuan memberikan penjelasan kepada pasien (sensitive terhadap kenyamanan pasien) • Kesopanan	20	
3.	Profesionalisme/kualitas kemanusiaan • Menunjukkan sikap hormat • Kesensitifan terhadap penyakit atau penderitaan klien • Empati • Membangun sikap percaya diri • Perilaku yang menunjukkan nilai-nilai etik • Kemampuan melihat kerangka kerja yang legal • Kemampuan melihat keterbatasan	10	
4.	Keputusan klinis/intervensi keperawatan • Kemampuan membuat diagnosis yang tepat dan membuat perencanaan yang sesuai • Kemampuan menentukan order atau pemeriksaan diagnosis yang diperlukan	20	

	Kemampuan mempertimbangkan keuntungan dan resiko		
5.	Kemampuan memberi konsultasi - Memfasilitasi klien menceritakan riwayat kesehatannya - Kemampuan menyampaikan pertanyaan yang efektif dan tepat untuk mendapatkan informasi yang akurat dan adekuat - Kemampuan memberikan respon yang sesuai terhadap reaksi verbal maupun non verbal	10	
6.	Organisasi/efisiensi - Struktur dan keruntutan tindakan - Keefektifan waktu/tindakan - Keefektifan alat - Keefektifan tempat	20	
7.	Kompetensi klinis keperawatan secara umum - Kemampuan mendemonstrasikan kemampuan keputusan klinis yang memuaskan - Kemampuan mensintesis - Kemampuan merawat - Efektifitas - Efisiensi - Penggunaan alat yang sesuai - Keseimbangan antara manfaat dan resiko - Kesadaran akan keterbatasan diri	10	
NILAI		100	

Catatan:

Penilaian sesuai atau standar penilaian pendidikan klinik Program Pendidikan Profesi

NILAI HURUF		ANGKA MUTU
A	80-100	4,00
A-	77-79	3,75
B+	73-76	3,50
B	70-72	3,00
B-	66-69	2,75
C+	61-65	2,50
C	56-60	2,00
D	46-55	1,00
E	0-45	0,00
F (Tertunda)		Tidak Lengkap

Pembimbing Akademik

CI Ruangan

Lampiran 13

FORMAT PENILAIAN KINERJA KLINIK / PERFORMANCE

Hari / Tanggal /jam :

Tempat :

Nama / NIM Mhsw :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai Maksimal	Nilai
I	HUBUNGAN ANTAR MANUSIA – Kesopanan – Menghargai teman sejawat dan instruktur	25	
II	KEDISIPLINAN – Datang dan pulang tepat pada waktunya – Mentaati tata tertib yang berlaku – Membawa perlengkapan standar	25	
III	KEJUJURAN – Menandatangani daftar hadir sesuai kehadirannya – Berperilaku jujur	25	
IV	PENAMPILAN PROFESIONAL – Partisipasi dan inisiatif pada saat praktek – Pakaian bersih dan rapi – Bertanggung jawab	25	
Jumlah		100	

Catatan:

Penilaian sesuai atau standar penilaian pendidikan klinik Program Pendidikan Profesi Ners

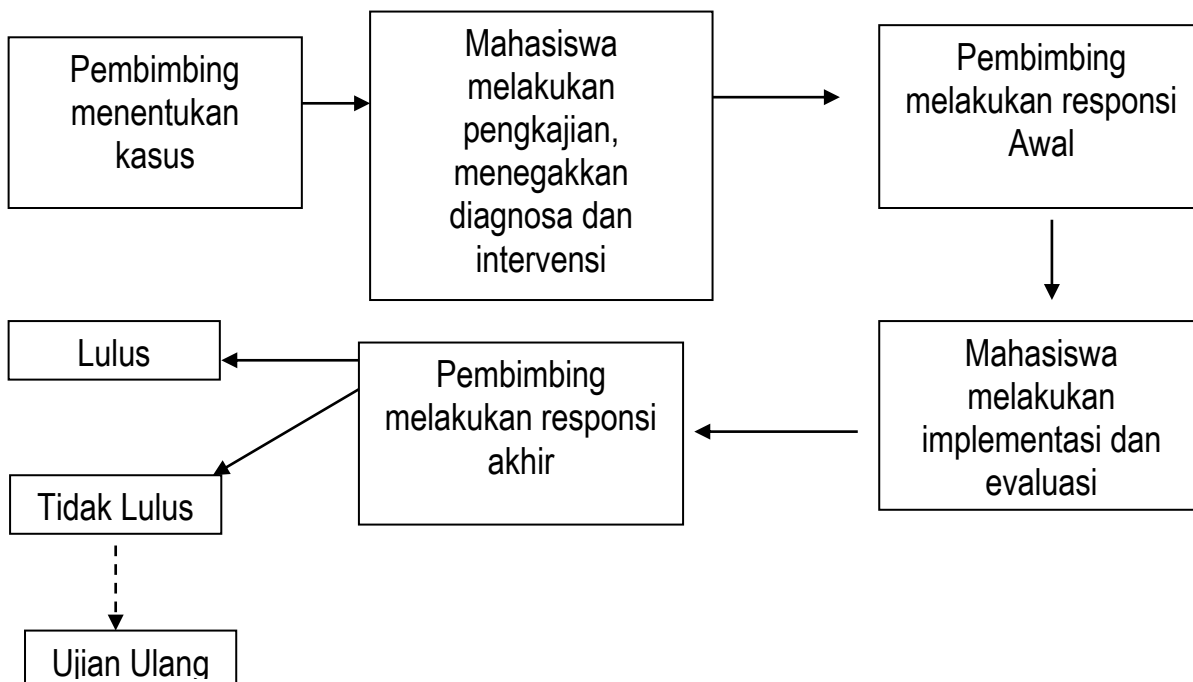
NILAI HURUF		ANGKA MUTU
A	80-100	4,00
A-	77-79	3,75
B+	73-76	3,50
B	70-72	3,00
B-	66-69	2,75
C+	61-65	2,50
C	56-60	2,00
D	46-55	1,00
E	0-45	0,00
F (Tertunda)		Tidak Lengkap

CI Ruangan

Lampiran 14

ALUR PELAKSANAAN UJIAN STASE

1. Waktu Pelaksanaan Mini C-Ex terjadwalkan pada time line
2. Pembimbing Akademik dan Pembimbing Klinik (CI) menentukan kasus yang akan diujikan
3. Mahasiswa melakukan pengkajian kepada pasien yang telah ditentukan pembimbing dan menegakkan diagnosa keperawatan sekaligus intervensi keperawatan
4. Pembimbing Akademik dan Pembimbing Klinik (CI) melakukan respons awal hasil pengkajian, diagnosa dan intervensi keperawatan mahasiswa.
5. Mahasiswa melakukan implementasi kepada pasien sesuai dengan hasil pengkajiannya (didampingi pembimbing)
6. Mahasiswa melakukan evaluasi sesuai implementasi yang dilakukan
7. pembimbing akademik dan pembimbing rumah sakit melakukan responsi akhir
8. Mahasiswa dinyatakan lulus/tidak lulus



Lampiran15

ALUR IJIN DINAS

1. Mahasiswa mengajukan surat ijin dinas (ijin tidak masuk) sesuai format yang sudah ditentukan.
2. Mahasiswa mengajukan surat ijin dinas yang sudah diisi ke pembimbing rumah sakit (dengan mengetahui bagian diklat / bidang keperawatan) dan pembimbing akademik.
3. Mahasiswa membuat surat ijin rangkap 4.
4. Mahasiswa meminta pengesahan dari Kaprodi dan distempel ke bagian administrasi profesi.
5. Mahasiswa memberikan surat ijin ke pembimbing rumah sakit / bagian diklat atau bidang keperawatan yang ada di rumah sakit, pembimbing akademik, bagian administrasi profesi.

ALUR GANTI DINAS

1. Mahasiswa mengajukan surat pergantian dinas sesuai format yang sudah ditentukan.
2. Mahasiswa mengajukan surat pergantian dinas tersebut ke pembimbing akademik dengan mengetahui Kaprodi program profesi
3. Pembimbing akademik menyerahkan surat pergantian ke bagian diklat rumah sakit /bidang keperawatan
4. Mahasiswa melaksanakan praktek klinik sesuai dengan jadwal dan jumlah yang ditinggalkan.

Lampiran16

FORM SURAT PERMOHONAN IJIN

Kepada Yth:

Ketua Program Profesi Ners

Di Tempat

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

NIM :

Program Studi :

Memohon ijin untuk tidak mengikuti praktek profesi Ners di Rumah Sakit
..... Ruang..... pada :

Hari/Tanggal :

Shift :

alasan *) :

Demikian surat permohonan ini saya sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya
diucapkan terima kasih

Bogor, 20
Hormat Saya

(
NIM)

Menyetujui
Koordinator Stase

Mengetahui
Clinical Instructur

(
NIK)

(
NIP)

Keterangan:

1. Sakit: lampirkan surat sakit, jadwal diganti sesuai dengan jumlah hari yang ditinggalkan pada waktu praktek klinik
2. Selain sakit: jadwal diganti 2x lipat dari jumlah hari yang ditinggalkan pada waktu praktek klinik dengan dilampiri surat permohonan maaf kepada pihak Rumah Sakit dan Kampus, dan surat pernyataan tidak akan mengulangi perbuatan tersebut dengan ditempelkan materai sebesar enam ribu rupiah.

Lampiran17

FORM SURAT BUKTI PENGANTIAN JADWAL DINAS

Dengan ini saya:

Nama :

NIP :

Ruang :

Selaku Clinical Instructur atau perawat yang ditunjuk untuk membimbing mahasiswa, menyatakan bahwa mahasiswa:

Nama :

NIM :

Program Studi :

Institusi :

Telah memenuhi kewajiban mengganti jadwal praktek klinik di Rumah Sakit..... Ruang..... selamahari, sesuai dengan kesepakatan yang telah diajukan oleh mahasiswa tersebut.

Mengetahui
Clinical Instructur

()
NIP

Keterangan:

Form ini harus di stempel Rumah Sakit dan di foto kopi

1. Asli diserahkan ke Prodi Profesi Ners
2. foto kopi diserahkan ke ruangan

Lampiran 18

FORM SURAT PERMOHONAN CUTI

Kepada Yth:

Ketua Program Profesi Ners

STIKes Wijaya Husada Bogor

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Stase :

Tempat Praktik :

Dengan ini mengajukan permohonan CUTI pada tahap profesi kepada Ketua Program Pendidikan Profesi Ners STIKes Wijaya Husada Bogor, terhitung tanggals.d.....

Alasan cuti :

.....
.....

Saya bersedia mengganti cuti sesuai dengan yang tersebut di atas pada tanggal.....s,d.....

Segala konsekwensi yang mungkin terjadi akibat dari permohonan ini akan menjadi tanggung jawab saya secara pribadi, dan saya akan mentaati peraturan yang berlaku di institusi pendidikan dan pelayanan

Demikian permohonan saya buat dengan sesungguhnya

Bogor,.....

Mahasiswa
Materai 6000

.....
NIM

BUKU KERJA MAHASISWA STASE KEPERAWATAN GAWAT DARURAT



FOTO 3X4

Nama Mahasiswa :

NIM :

Angkatan :

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIJAYA HUSADA BOGOR
PROGRAM PROFESI NERS
TA. 2017/2018**

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 SindangBarang RT 006/008 Bogor Barat

Phone : 0251-8327396 / 0251-8327399

Mobile: 0852-1670-1658 / 0812-9581-9088

Email: wijayahusada@gmail.com

Website: www.wijayahusada.com

**DAFTAR HADIR MAHASISWA PROFESI NERS NON REGULER
STASE KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR**

R. IGD / R. TRIAGE

No	Hari/Tanggal	Jam Datang	Jam Pulang	Paraf CI
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

R. ICU

No	Hari/Tanggal	Jam Datang	Jam Pulang	Paraf CI
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

KEGIATAN HARIAN (LOGBOOK) KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. RUANG IGD / R. TRIAGE

NO.	TGL/JAM	RENCANA KEGIATAN YANG AKAN DILAKSANAKAN	KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN	HASIL KEGIATAN	TTD MHS	TTD CI

NO.	TGL/JAM	RENCANA KEGIATAN YANG AKAN DILAKSANAKAN	KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN	HASIL KEGIATAN	TTD MHS	TTD CI

2. R. ICU

NO.	TGL/JAM	RENCANA KEGIATAN YANG AKAN DILAKSANAKAN	KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN	HASIL KEGIATAN	TTD MHS	TTD CI

NO.	TGL/JAM	RENCANA KEGIATAN YANG AKAN DILAKSANAKAN	KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN	HASIL KEGIATAN	TTD MHS	TTD CI

PENCAPAIAN TARGET KETRAMPILAN KLINIK MAHASISWA STASE KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

R. IGD / R. TRIAGE

No	Kompetensi	Hari/ Tgl	Tempat	Pelaksanaan			Paraf CI RS
				Observasi	Bimbingan	Mandiri	
1.	Pengkajian Primer: (C, A, B)						
2	Pengkajian sekunder : (C, A, B, D, E, F, G, H, I/ Head to toe)						
3	Merekam EKG						
4	Pengambilan spesimen darah Lengkap						
5	Therapy oksigen						

6	Therapy nebulizer						
7	Pemasangan infus						
8	Therapi obat(oral, iv, im, ic, sc, supositoria)						
9	Pemasangan NGT						
10	Melakukan bilas lambung						
11	Pemasangan kateter						

12	Pembersihan dan pembalutan luka						
13	Heacting						
14	Bantuan Hidup Dasar						
15	Persiapan set Air Way Management						
16	Pemasangan Neck Kolar						
17	Pemasangan Gips						
18	Pemasangan						

	Bidai						
19	Melakukan TRIASE						
20	Manajemen nyeri						
21	Monitoring Balance Cairan						
22	Menilai Kesadaran						
23	Memberikan Posisi Ekstensi						
24	Immobilisasi Klien Fraktur						

25	Penanganan Klien Syok : Neurologic						
26	Penanganan Klien Syok : Anafilaktik						
27	Penanganan Klien Syok : Hipovolemik						
28	Penatalaksan aan Klien dengan Perdarahan						
29	Menilai GCS						
30	Pembebasan jalan nafas: <i>Jaw thrust</i> <i>/Headtilt /</i> <i>Chinlift /</i> <i>Heimlich</i> <i>maneuver</i>						
31	Membuat resume						

32	Mmembuat LP KGD						
33	Membuat buku kegiatan harian						
34	Membuat Askep KGD						

R. ICU/ICCU

No	Kompetensi	Hari / Tgl	Tempat	Pelaksanaan			Paraf CI RS
				Observasi	Bimbingan	Mandiri	
1.	Pengkajian Primer: (C, A, B)						
2	Pengkajian sekunder : (C, A, B, D, E, F, G, H, I/ Head to toe)						

3	Pengkajian faal jantung						
4	Pengkajian faal paru						
5	Pengambilan spesimen darah arteri						
6	Interpretasi AGD						
7	Terapi Oksigen kanul nasal						
8	Terapi Oksigen RM/ NRM						

9	Melakukan suction						
10	Therapi obat (oral, iv, im, ic, sc, supositoria)						
11	Pemasangan kateter						
12	Pembersihan dan pembalutan luka						
13	Pemasangan <i>Endotrakeal tube</i>						
14	Perawatan <i>Endotrakeal tube</i>						
15	Pelepasan <i>Endotrakeal tube</i>						
16	Pemasangan <i>Orofaringeal tube</i>						
17	Perawatan						

18	tracheostomy						
	Perawatan						
19	Water Seal						
	Drainage						
20	Bronchial						
	washing						
21	Pengambilan						
	darah arteri						
21	Interpretasi						
	gas darah						
21	arteri						
	Monitoring						
23	Tidal						
	volume,						
23	SpO2						
	Menganalisa						
24	HR						
	Mengukur						
25	tekanan						
	darah						
26	Rekam EKG						
27	Mengukur						
	Jugularis						
28	Venous						
	Pressure						
29	Mengukur &						
	Perawatan						
30	CVP						
	Resusitasi						
31	Jantung Paru						
	(RJP)						
32	DC Shock						
	Pengambilan						
33	darah vena						
	Pasang						
34	infuse						
	Setting Infus						
35	Pump						
	Setting						
36	Syringe						

	Pump						
34	Identifikasi sirkulasi perifer						
35	Treadmill						
36	Menilai tingkat kesadaran						
37	Ukur GCS						
38	Identifikasi peningkatan TIK						
39	Posisi yang tepat untuk menurunkan TIK						
40	Menilai reflek patologis & fisiologis						
41	Pemasangan DC						
42	Perawatan DC						
43	Spooling kateter						
44	Monitor balance cairan						
45	Irigasi lambung						
46	Pasang NGT						
47	Monitor jumlah perdarahan						
48	Monitor intake nutrisi						
49	Penilaian						

	kekuatan otot						
50	Perawatan luka bedah musculoskeletal						
51	ROM						
52	Perawatan luka bakar						
53	Penilaian derajat luka bakar						
54	Pemeriksaan kadar gula darah						
55	Monitor kadar gula darah						
56	Interpretasi hasil pemeriksaan elektrolit						

BUKU PANDUAN PRAKTIK PROFESI NERS STASE KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Ns. Yuni Shahroh, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B

Buku ini berisi tentang ketrampilan dasar yang harus dikuasai mahasiswa selama mengikuti stase/tahapan pra profesi Keperawatan Gawat Darurat dalam rangkaian program profesi ners, yang meliputi ketrampilan-ketrampilan serta target kompetensi yang harus dikuasai mahasiswa yang berkaitan dengan Keperawatan Gawat Darurat.

ISBN 978-602-5982-39-2

