

PROGRAM PEMBELAJARAN LABORATORIUM KLINIK KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

A. DESKRIPSI MATA AJAR

Laboratorium Klinik Keperawatan (LKK) Keperawatan Gawat darurat merupakan kegiatan pembelajaran klinik awal (Early Clinical Experience), yang bertujuan untuk memperkenalkan mahasiswa sejak dini terhadap situasi nyata perawatan pasien dalam keadaan kegawatan dan kekritisan. Melalui kegiatan LKK ini diharapkan akan meningkatkan retensi terhadap materi yang telah diberikan dalam kegiatan pembelajaran tutorial maupun praktek laboratorium, yang pada akhirnya dapat menjadi dasar dalam menjalankan program profesi setelah menyelesaikan tahap akademik.

LKK keperawatan gawat darurat difokuskan pada peningkatan pengetahuan dan pengalaman dalam melaksanakan manajemen dan pengelolaan pasien gawat darurat di rumah sakit. Pelaksanaan LKK keperawatan gawat darurat berdasar pada sintesa konsep dan prinsip ilmu keperawatan gawat darurat melalui penerapan ilmu dan teknologi keperawatan ke dalam bentuk asuhan keperawatan klien dewasa yang mengalami perubahan fisik dengan gangguan struktur pada berbagai system tubuh. Proses pembelajaran yang dilaksanakan adalah pengalaman belajar klinik.

LKK Keperawatan Gawat Darurat memiliki bobot 2 SKS, yang setara dengan 2 x 3 jam x 16 minggu/smt = 96 jam atau 12 hari.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mengikuti LKK ini, mahasiswa diharapkan memiliki pengetahuan dan pengalaman nyata dalam manajemen dan asuhan keperawatan pasien di unit Gawat darurat (UGD) dan Unit Perawatan Intensif (ICU).

C. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mengikuti LKK keperawatan gawat darurat mahasiswa memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam :

1. Manajemen Perawatan UGD dan ICU
2. Inisial assessment dan Prosedur Triage
3. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien kondisi gawat
4. Memberi asuhan keperawatan pasien yang memerlukan perawatan intensif
5. Melaksanakan prosedur pemeriksaan yang lazim di lakukan di UGD dan ICU
6. Melaksanakan tindakan perawatan dana atau medik yang didelegasikan, di UGD/ICU
7. Tindakan monitoring pasien di UGD/ICU

D. MATERI/LINGKUP PEMBELAJARAN

Selama mengikuti pembelajaran pada bagian perawatan kritis diharapkan mahasiswa mendapatkan pembelajaran tentang :

1. Tehnik pendekatan pasien
2. Pemeriksaan fisik
3. Pemeriksaan, observasi dan monitoring rutin
4. Pemasangan jalur intravaskuler
5. Intubasi dan pengelolaan trachea
6. Manajemen cairan dan asam basa

7. Manajemen perdarahan gastrointestinal
8. Manajemen nutrisi enteral dan parenteral
9. EKG
10. Penatalaksanaan jalan napas dan ventilasi mekanik
11. RJP, defibrilasi, kardioversi
12. Pemahaman obat-obatan yang digunakan di ICU

Selama mengikuti pembelajaran di UGD pada bagian ini diharapkan anda memiliki pengalaman dalam melakukan :

1. Manajemen pasien di UGD
2. Triage
3. Pembebasan jalan napas
4. Resusitasi Jantung Paru
5. Penatalaksanaan psikologik pasien dan keluarga dalam situasi darurat dan kritis
6. Tindakan resusitasi darurat
7. Kontrol terhadap hemoragi
8. Kontrol terhadap syok hepovolemik
9. Penanganan luka
10. Penanganan trauma
11. Kedaruratan akibat terpara suhu ekstrem (heat stroke)
12. Penanganan reaksi anafilaktik
13. Penanganan keracunan

E. TEMPAT PRAKTEK, WAKTU DAN PEMBIMBING

1. Tempat

LKK Keperawatan Gawat darurat akan dilaksanakan di UGD dan ICU dari :

- a) RSUD Pandan Arang Boyolali
- b) RSUD Wonosari Gunungkidul
- c) RSUD Muntilan, Magelang
- d) RS PKU Muhammadiyah Delanggu
- e) RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

2. Waktu

LKK keperawatan gawat darurat dilaksanakan selama 2 minggu (1 minggu di UGD dan 1 minggu di ICU). Pelaksanaannya dilakukan secara bergilir (rotasi) dimulai pada tanggal 14 November 2017 sampai dengan 10 Desember 2017 dengan jadwal terlampir.

3. Pembimbing

Pembimbing dalam pelaksanaan LKK ini terdiri dari :

- a. Pembimbing Akademi
 - 1) Saifudin Zukhri, SKp., M.Kes. (RSUD Wonosari, RSUD Boyolali, RSUP. Dr., Soeraji Tirtonegoro))
 - 2) Romadhani Tri Purnomo, S.Kep., Ns. (RSUD Muntilan, RS. PKU Muhammadiyah Dlanggu)

- b. Pembimbing Klinik : Sesuai yang ditunjuk RS masing-masing

F. METODE PEMEBLAJARAN DAN BIMBINGAN

Proses pembelajaran menggunakan metode pembelajaran yang berfokus pada mahasiswa (*student centered learning*), dimana mahasiswa secara aktif mengidentifikasi tujuan belajar yang ingin dicapai sesuai panduan, dan menentukan jadwal pencapaian target/pengalaman belajar. Pembimbing berperan sebagai fasilitator, role model, nara sumber dan evaluator dalam pencapaian target.

Dalam melaksanakan fungsinya, pembimbing menggunakan metode :

1. Pre dan Post Konferensi
2. Bed Side Teaching

3. Ronde keperawatan

Agar proses pembelajaran berlangsung secara efektif, maka kegiatan praktek setiap minggunya di atur sebagai berikut :

1. Hari Senin :Orientasi ruangan, membuat kontrak belajar antara mahasiswa dengan CI (mahasiswa telah menyusun sebelumnya), orientasi pasien, mengikuti kegiatan rutin
2. Hari Selasa : Bed side teaching untuk ketrampilan tertentu, pengelolaan pasien
3. Hari Rabu : pengelolaan pasien, bed side atau ronde keperawatan, kegiatan rutin lainnya untuk pencapaian target
4. Hari Kamis : pengelolaan pasien, pencapaian target
5. Hari Jumat : pencapaian target
6. Hari Sabtu : presentasi kasus, evaluasi

G. TUGAS DAN KEWAJIBAN MAHASISWA

Selama mengikuti kegiatan LKK ini mahasiswa mempunyai tugas dan kewajiban sebagai berikut :

1. Mengikuti proses LKK dengan penuh waktu
2. Mentaati peraturan/tatatertib yang berlaku, baik yang dikeluarkan oleh Stikes Muhammadiyah Klaten maupun Institusi tempat praktek
3. Membuat asuhan keperawatan di UGD, 1 kasus / hari
4. Membuat 1 laporan asuhan keperawatan lengkap dengan laporan pendahuluan di ICU
5. Melaksanakan 1 kali presentasi dan responsi kasus di akhir praktek setiap unit (ICU/UGD)
6. Membuat Jurnal Bimbingan

Semua laporan dimasukkan dalam map Snel Hechter warna merah yang terdiri dari :

1. Laporan askep di ICU disertai format penilaian
2. Laporan resumeaskep di UGD disertai format penilaian
3. Jurnal Bimbingan
4. Pencapaian target ketrampilan
5. Format penilaian sikap dan penampilan
6. Format penilaian presentasi kasus

H. EVALUASI

Evaluasi pelaksanaan LKK meliputi :

- | | |
|--|--------|
| 1. Sikap dan Penampilan Selama Praktek | (20 %) |
| 2. Pencapaian Target (Askep, prosedur) | (25 %) |
| 3. Presentasi dan Responsi kasus | (30 %) |
| 4. Askep | (25 %) |

LAMPIRAN

DAFTAR PENCAPAIAN TARGET KETRAMPILAN

No	KETRAMPILAN	RUANGAN	TANGGAL & PARAF CI
1.	Pemasang bidai atau Gibs	UGD	
2	Pemasangan infus		
3	Pemasangan kateter		
4	Jahit luka	UGD	
5	Pengkajian primer dan sekunder	UGD	
6	Transportasi pasien kritis	UGD	
7	Pemeriksaan AGD	ICU	
8	Pemeriksaan EKG	ICU	
9	Pemeriksaan fisik di area intensif (per sistem)	ICU	
10	Pemasangan NGT	ICU	
11	Melakukan suction		
12	Terapi oksigen dan RJP	ICU	
13	Monitoring hemodinamik (CVP, Arteri lines)	ICU	
14	Perawatan dan monitoring pasien dengan ventilator	ICU	
15	Pemberian obat/cairan melalui infus pump dan syringe pump	ICU	

DAFTAR PENCAPAIAN TARGET PENGELOLAAN KASUS

No	Nama Kasus	Tempat pelaksanaan	PARAF CI
1.	Multiple trauma	UGD	
2.	Syok (hipovolemik, kardiogenik, anafilaktik, sepsis)	UGD	
3.	Kejang	UGD	
4.	Serangan jantung	UGD	
5.	Penanganan intoksikasi & reaksi anafilaktik	UGD	
6.	Perawatan intensif pasien dengan gangguan sistem persyarafan (CKB, stroke)	ICU	
7.	Perawatan intensif pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler (CHF, AMI)	ICU	
8.	Perawatan intensif pasien dengan gangguan sistem respirasi (PPOK, gagal nafas)	ICU	
9.	Perawatan intensif pasien dengan gangguan sistem gastrointestinal (stress ulcer, perdarahan abdominal)	ICU	

FORMAT KONTRAK BELAJAR
LKK KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama :
NIM :
Tanggal praktek :
Pembimbing : 1.
2.

TUJUAN	INDIKATOR	STRATEGI	SUMBER	WAKTU
<p>Tuliskan tujuan umum yang akan di capai : Contoh : mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien kegawatan sistem pernapasan : status asmatikus</p>	<p>Tuliskan ketrampilan atau pengetahuan yang ingin anda capai selama praktek di UGDu atau ICU Misal : 1. Mampu melakukan anamnesis 2. Mampu melakukan pemeriksaan fisik paru 3. Melaksanakan tindakan keperawatan : - Pemberian obat menggunakan nebulizer - Melakukan postural drainase DLL</p>	<p>Tuliskan cara yang anda inginkan untuk mencapai tujuan/indikator side Misal : Diskusi Bedside teaching Ronde</p>	<p>Tuliskan sumber yang anda harapkan dapat membantu pencapaian tujuan : Misal : buku, perawat senior, CI, pembimbing akademi, sll</p>	<p>Tuliskan kapan akan anda lakukan, buat kontrak dengan nara sumber/CI</p>

Mengetahui
Pembimbing I

Mengetahui
Pembimbing II

Klaten
Mahasiswa

() () ()

**FORMAT RESUME
ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

Nama Pengkaji :
Tanggal Pengkajian :
Ruang Pengkajian :
Jam :

A. BIODATA PASIEN

Nama :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Usia :
Status Pernikahan :
No RM :
Diagnosa Medis :
Tanggal Masuk RS :
Alamat :

B. BIODATA PENANGGUNG JAWAB

Nama :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Hubungan dengan Klien :
Alamat :

C. PENGKAJIAN PRIMER

Airways (jalan nafas)

Sumbatan:

- Benda asing
- Broncospasme
- Darah Sputum
- Lendir

Suara nafas:

- Snoring Gurgling
-

Breathing (pernafasan)

Sesak dengan:

- Aktivitas
- Tanpa aktivitas
- Menggunakan otot tambahan

Frekuensi:x/mnt

Irama:

- Teratur Tidak

Kedalaman:

- Dalam Dangkal

Reflek batuk: Ada

- Tidak

Batuk:

() Produktif () Non Produktif
Sputum: () Ada () Tidak
Warna:
Konsistensi:

Bunyi nafas:
() Ronchi () Creakless
() Wheezing
()
BGA:

Circulation (Sirkulasi)

Sirkulasi perifer:

Nadi: x/mnt

Irama: () Teratur () Tidak

Denyut: () Lemah () Kuat

() Tdk Kuat

TD:.....mmHg

Ekstremitas:

() Hangat () Dingin

Warna kulit:

() Cyanosis () Pucat

() Kemerahan

Nyeri dada: () Ada

() Tidak

Karakteristik nyeri dada:

() Menetap () Menyebar

() Seperti ditusuk-tusuk

() Seperti ditimpa benda berat

Capillary refill:

() < 3 detik () > 3 detik

Edema:

() Ya () Tidak

Lokasi edema:

() Muka () Tangan

() Tungkai () Anasarka

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar: () diare, () muntah, () luka bakar () perdarahan.

Perdarahan : () Ya () Tidak

Jika Ya cc

Lokasi pendarahan.....

Turgor: () Normal () Kurang

Luas luka bakar % Grade:

Lain-lain.....

Disability

Tingkat Kesadaran :

() Alert/perhatian

() Voice respons/respon terhadap suara

() Pain respons/respon terhadap nyeri

() Unrespons/tidak berespons

() Reaksi pupil,

Ukuran Pupil : () Isokor () An isokor

Diameter pupil : ○ 1mm ○ 2 mm ○ 3mm ○ 4mm

Penilaian Ekstremitas

Sensorik () Ya () Tidak.
Motorik () Ya () Tidak
Kekuatan otot.....

Eksposure/Environment/Event

Pemeriksaan seluruh bagian tubuh terhadap adanya jejas dan perdarahan dengan pencegahan hipotermi
Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan

Adanya jejas/ luka pada daerah.....

- Ukuran luas: cm²
- Kedalaman luka:

D. PENGKAJIAN SEKUNDER

1. Keluhan utama (bila nyeri = OPQRST)
2. Alergi terhadap obat, makanan tertentu.
3. Medikasi/Pengobatan terakhir.
4. Last meal (makan terakhir)
5. Event of injury/penyebab injury/mekanisme injury
6. Pengalaman pembedahan.
7. Riwayat penyakit sekarang
8. Riwayat penyakit dahulu.

Pemeriksaan Head to toe

1. Kepala
Kesimetrisan wajah
Rambut : warna, distribusi, tekstur, tengkorak/kulit kepala
Sensori :
 - Mata : Inspeksi bola mata, kelopak mata, konjungtiva, sklera, pupil, reaksi pupil terhadap cahaya, lensa, tes singkat visus
 - Telinga : Letak, bentuk, serumen, kemampuan mendengar : uji berbisik
 - Hidung : Deviasi septum nasi, kepatenan jalan napas lewat hidung
 - Mulut : Bibir sumbing, mukosa mulut, tonsil, gigi, gusi, lidah, bau mulut
2. Leher
Deviasi/simetris, cedera cervical
kelenjar thyroid
kelenjar limfe
Trakea
JVP
3. Dada
I : Kesimetrisan, penggunaan otot bantu napas, ictus cordis
P : Taktil fremitus, pengembangan paru simetris/tdk, ada/tidaknya massa, ictus cordis teraba/tidak
P : Adanya cairan di paru, suara perkusi paru dan jantung
A : Suara paru dan jantung
4. Abdomen : IAPP
Elasitas
kembung
Asites
Auskultasi bising usus
Palpasi : posisi hepar, limpa, ginjal, kandung kemih, nyeri tekan
Perkusi : Suara abnormal
5. Ekstremitas/muskuloskeletal
Rentang gerak

- Kekuatan otot
- Deformitas
- Kontraktur
- Edema
- Nyeri
- Krepitasi
- 6. Kulit/Integumen
 - Turgor Kulit :
 - Mukosa kulit :
 - Kelainan kulit

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Pemeriksaan radiologi
- Pemeriksaan darah/urin/feses
- Pemeriksaan lain-lain

F. TERAPI MEDIS

G. ANALISA DATA

NO	SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DO : DS :		
2	DO : DS :		

H. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITASNYA

- 1.
- 2.

I. RENCANA KEPERAWATAN

NO DX	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONALISASI
1				
2				

J. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

HARI/TGL	JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TT

K. EVALUASI

NO DX	HARI/TGL	JAM	EVALUASI	TT
1			S : O : A : P :	
2			S : O : A : P :	

SISTEMATIKA LAPORAN PENDAHULUAN ASUHAN KEPERAWATAN DI ICU

Halaman Sampul : Judul Askep, Nama Mahasiswa, NIM, Program Studi, Tahun

A. Tinjauan Medis Kasus

1. Definisi
2. Etiologi
3. Tanda gejala
4. Patofisiologi
5. Penatalaksanaan Medis (Pemeriksaan ,Pengobatan, Pembedahan)

B. Tinjauan Keperawatan

1. Pengkajian Primer
 - a. Air Way
 - b. Breathing
 - c. Circulation
 - d. Disability
 - e. Exposure
2. Pengkajian Sekunder
 - a. Keluhan Utama
 - b. Riwayat Keperawatan : faktor penyebab, faktor risiko, keluhan penyerta, dampak penyakit
 - c. Pemeriksaan Fisik : manifestasi klinis yang lazim ditemukan
 - d. Pemeriksaan Diagnostik
3. Diagnosa Keperawatan Yang Lazim Ditemukan
4. Perencanaan : NOC,NIC, Rasionalisasi

Daftar Pustaka

**FORMAT
ASUHAN KEPERAWATANKRITIS (RUANG IRI)**

Nama Pengkaji :
Tanggal Pengkajian :
Ruang Pengkajian :
Jam :

A. BIODATA PASIEN

Nama :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :
Pekerjajaan :
Usia :
Status Pernikahan :
No RM :
Diagnosa Medis :
Tanggal Masuk RS :
Alamat :

B. BIODATA PENANGGUNG JAWAB

Nama :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Hubungan dengan Klien :
Alamat :

C. PENGKAJIAN PRIMER

1. **Airway** :

- a. Adakah Sumbatan jln napas/benda asing, bronkospasme, darah, sputum/lender?
- b. Bunyi napas?

2. **Breathing** :

- a. Adakah sesak napas, frekuensi dan irama napas?
- b. Jenis pernapasan, pola napas (retraksi IC, otot bantu pernapasan, dll)?
- c. Adakah reflek batuk dan jenis batuknya serta karakteristik sputum?
- d. Bagaimanakah hasil BGA?
- e. Suara napas?

3. **Circulation**

- a. Berapa frekuensi nadi dan tekanan darah serta karakteristiknya?
- b. Bagaimanakah akral, warna kulit, capillary refill dan edemanya?
- c. Adakah nyeri dada dan bagaimana karakteristiknya?

4. **Disability**

Bagaimana kualitas dan kuantitas kesadarannya?

5. **Exposure**

- a. Adakah jejas luka dan bagaimanakah karakteristiknya?
- b. Adakah perdarahan dan bagaimanakah karakteristiknya?

D. PENGKAJIAN SEKUNDER

- 1. Keluhan utama
- 2. Alergi terhadap obat, makanan tertentu.
- 3. Pengobatan terakhir.
- 4. Pengalaman pembedahan.
- 5. Riwayat penyakit dahulu.
- 6. Riwayat penyakit sekarang

E. PENGKAJIAN PERSISTEM

- 1. Rasa nyaman
Adakah rasa nyeri dan bagaimanakah karakteristiknya?
- 2. Sistem pencernaan
Bagaimana intake nutrisinya di rumah dan di RS serta bagaimanakah diit/pantangan makannya?
- 3. Sistem Eliminasi dan cairan
 - 1. Bagaimanakah BAK dan BAB di rumah dan di RS serta bagaimana karakteristiknya?
 - 2. Bagaimanakah intake minumannya di Rumah dan di RS serta macamnya?
 - 3.
- 4. Sistem persyarafan
 - a. Adakah gangguan di syaraf kranial?
 - b. Bagaimanakah keadaan fungsi sensorisnya?
 - c. Bagaimanakah keadaan fungsi motoriknya?
 - d. Bagaimana reflek fisiologis dan patologisnya?
- 5. (Sistem pernapasan dan kardiovaskuler serta integumen diharapkan sudah dikaji di pengkajian primer)

F. PENGKAJIAN BIOLOGIS

- 1. KU pasien
- 2. Tanda-tanda Vital
- 3. Pemeriksaan Head to Toe

G. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Rontgen dll)

H. TERAPI YANG DIDAPAT

I. ANALISA DATA

NO	SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM

J. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITASNYA

K. RENCANA KEPERAWATAN

NO DX	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONALITAS

L. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

HARI/TGL	JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TT

M. EVALUASI

NO DX	HARI/TGL	JAM	EVALUASI	TT
1			S: O: A: P:	
2			S: O: A: P:	

**FORMAT
JURNAL BIMBINGAN**

NAMA :

NIM :

HARI/TANGGAL/JAM	METODE ,MATERI & TEMPAT	TTD PEMBIMBING
Tuliskan hari tanggal dan jam	Tuliskan metode, materi dan tempat bimbingan. Misal : BST pemeriksaan fisik di ICU Diskusi : Askep AMI di UGD	Mintalah ttd pembimbing dan nama terangnya.