

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YOGYAKARTA
SK MENDIKNAS RI NO. 86/D/O/2009

Jln. Nitikan Baru No. 69 Yogyakarta. 55162. Telp. (0274) 2870661
Website: www.stikes-yogyakarta.ac.id; Email: stikesyo@gmail.com

REKAP PRESENSI PER KELAS

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Mata Kuliah : KP61605 - KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Dosen/Pengajar : SALIS MIFTAHUL KHOERiyAH; SRI HANDAYANI

Periode : 2023/2024 Ganjil

Kelas : RPL02

Ruang : RB. 2.4

No	NIM	Nama Mahasiswa	Jumlah Hadir	Jumlah Ijin	Jumlah Sakit	Jumlah Alfa	Prosentase Kehadiran
1	2212200640	OVITANIA INDHIRA MAHARANI	15	0	0	0	100,0%
2	2212200641	ROSIANA DEVI	13	1	1	0	86,7%
3	2212200642	DIMAS ABRIANTORI YOGANTARA	14	0	0	1	93,3%
4	2212200643	ROSITA	15	0	0	0	100,0%
5	2212200644	UMIATUN	15	0	0	0	100,0%
6	2212200645	AFIAH NURHAYATI	15	0	0	0	100,0%
7	2212200646	ARDATIA	15	0	0	0	100,0%
8	2212200647	SYAFITRI NUR AZIZAH	15	0	0	0	100,0%
9	2212200648	DIAH FERA KISMAWATI	15	0	0	0	100,0%
10	2212200649	MUKHTARIFIN	15	0	0	0	100,0%
11	2212200650	SINGGIHMADIPURNAMA	15	0	0	0	100,0%
12	2212200651	M. DHANANG KURNIAWAN	14	1	0	0	93,3%
13	2212200652	BELA FEBRIANA	15	0	0	0	100,0%
14	2212200653	MOCHAMAD FIKRI	14	0	0	1	93,3%
15	2212200655	SARI WULAN MAKASAR	15	0	0	0	100,0%
16	2212200656	WULANDARI	15	0	0	0	100,0%
17	2212200657	EVY MARLINAWIDYANINGRUM	15	0	0	0	100,0%
18	2212200658	WIDIYA SUSANTI	15	0	0	0	100,0%
19	2212200659	ELI SABETH RETNOVERI	15	0	0	0	100,0%
20	2212200660	MARANATHA YESSY KURNIAWATI	15	0	0	0	100,0%
21	2212200661	PRASETYO UTAMININGSIH	15	0	0	0	100,0%
22	2212200662	SUGIYANTO	13	1	1	0	86,7%
23	2212200663	YUNI WULANDARI	14	0	0	1	93,3%
24	2212200664	INDRIYANISULISTIYOWATI	15	0	0	0	100,0%
25	2212200665	EFIK DWIJAYANTI	15	0	0	0	100,0%
26	2212200666	FAJAR SAKTI PUTRI SULANJATI	15	0	0	0	100,0%
27	2212200667	EMANUEL SUWARNO	15	0	0	0	100,0%
28	2212200668	MARINDA LISA UTAMI	15	0	0	0	100,0%
29	2212200669	ESTY WULANDARI	15	0	0	0	100,0%
30	2212200670	BUDI KURNIAWATI	15	0	0	0	100,0%
31	2212200671	INDAH PUSPITORINI	15	0	0	0	100,0%
32	2212200672	THERESIA DWI BEKTI WIRASWATI	14	1	0	0	93,3%
33	2212200673	META SETYARINI RAHARJA	15	0	0	0	100,0%
34	2212200674	SUPRABOWO	14	0	0	1	93,3%
35	2212200675	BINTARA BAYU AJI	15	0	0	0	100,0%
36	2212200676	AGAM BIMO ANTORO	15	0	0	0	100,0%

No	NIM	Nama Mahasiswa	Jumlah Hadir	Jumlah Ijin	Jumlah Sakit	Jumlah Alfa	Prosentase Kehadiran
37	2212200677	YOHANES ARI PRAPTADI	15	0	0	0	100,0%
38	2212200678	ENDRI WIDODO	15	0	0	0	100,0%
39	2212200679	TRISNAWAN SYAHYERI	15	0	0	0	100,0%
40	2212200680	MITRIANI	15	0	0	0	100,0%
41	2212200681	SUDARWANTO	15	0	0	0	100,0%
42	2212200682	YUDHI KUMALA SAKTI	14	1	0	0	93,3%
43	2212200683	EKY BUDI NOVIA PERMATA	15	0	0	0	100,0%
44	2212200684	ONY MUHANTOYO	14	0	0	1	93,3%
45	2212200685	SHINTA NURCAHYA SETIARINI WIDYASTU	15	0	0	0	100,0%
46	2212200686	SUROYO	15	0	0	0	100,0%

Yogyakarta,
Dosen Pengajar

SRI HANDAYANI
0422126302

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YOGYAKARTA
SK MENDIKNAS RI NO. 86/D/O/2009

Jln. Nitikan Baru No. 69 Yogyakarta. 55162. Telp. (0274) 2870661
Website: www.stikes-yogyakarta.ac.id; Email: stikesyo@gmail.com

REKAP NILAI KELAS PERKULIAHAN

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Mata Kuliah : KP61605 - KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
Dosen/Pengajar : SALIS MIFTAHUL KHOERiyAH; SRI HANDAYANI
Lokasi : Ruang Barat Lantai 2

Periode : 2023/2024 Ganjil
Nama Kelas : RPL02
Ruang : RB. 2.4
Waktu : -

No	NIM	Nama Mahasiswa	Angkatan	Nilai					Nilai Akhir	Nilai Huruf
				UAS	Tugas	Presensi	UTS	Praktik		
				40%	10 %	10 %	30%	10 %		
1	2212200640	OVITANIA INDHIRA MAHARANI	2022	-	-	-	-	-	75	B
2	2212200641	ROSIANA DEVI	2022	-	-	-	-	-	80	A
3	2212200642	DIMAS ABRIANTORI YOGANTAR	2022	-	-	-	-	-	81	A
4	2212200643	ROSITA	2022	-	-	-	-	-	78	B
5	2212200644	UMIATUN	2022	-	-	-	-	-	80	A
6	2212200645	AFIAH NURHAYATI	2022	-	-	-	-	-	81	A
7	2212200646	ARDATIA	2022	-	-	-	-	-	80	A
8	2212200647	SYAFITRI NUR AZIZAH	2022	-	-	-	-	-	76	B
9	2212200648	DAH FERA KISMAWATI	2022	-	-	-	-	-	73	B
10	2212200649	MUKHTARIFIN	2022	-	-	-	-	-	74	B
11	2212200650	SINGGIHMADIPURNAMA	2022	-	-	-	-	-	78	B
12	2212200651	M. DHANANG KURNIAWAN	2022	-	-	-	-	-	80	A
13	2212200652	BELA FEBRIANA	2022	-	-	-	-	-	77	B
14	2212200653	MOCHAMAD FIKRI	2022	-	-	-	-	-	78	B
15	2212200655	SARI WULAN MAKASAR	2022	-	-	-	-	-	77	B
16	2212200656	WULANDARI	2022	-	-	-	-	-	80	A
17	2212200657	EVY MARLINAWIDYANINGRUM	2022	-	-	-	-	-	78	B
18	2212200658	WIDIYA SUSANTI	2022	-	-	-	-	-	78	B
19	2212200659	ELI SABETH RETNOVERI	2022	-	-	-	-	-	79	B
20	2212200660	MARANATHA YESSY KURNIAWA	2022	-	-	-	-	-	77	B
21	2212200661	PRASETYO UTAMININGSIH	2022	-	-	-	-	-	75	B
22	2212200662	SUGIYANTO	2022	-	-	-	-	-	80	A
23	2212200663	YUNI WULANDARI	2022	-	-	-	-	-	81	A
24	2212200664	INDRIYANISULISTIYOWATI	2022	-	-	-	-	-	78	B
25	2212200665	EFIK DWIJAYANTI	2022	-	-	-	-	-	80	A
26	2212200666	FAJAR SAKTI PUTRI SULANJATI	2022	-	-	-	-	-	81	A
27	2212200667	EMANUEL SUWARNO	2022	-	-	-	-	-	80	A
28	2212200668	MARINDA LISA UTAMI	2022	-	-	-	-	-	75	B
29	2212200669	ESTY WULANDARI	2022	-	-	-	-	-	80	A
30	2212200670	BUDI KURNIAWATI	2022	-	-	-	-	-	81	A
31	2212200671	INDAH PUSPITORINI	2022	-	-	-	-	-	78	B
32	2212200672	THERESIA DWI BEKTI WIRASWA	2022	-	-	-	-	-	80	A
33	2212200673	META SETYARINI RAHARJA	2022	-	-	-	-	-	81	A
34	2212200674	SUPRABOWO	2022	-	-	-	-	-	80	A

No	NIM	Nama Mahasiswa	Angkatan	Nilai					Nilai Akhir	Nilai Huruf
				UAS	Tugas	Presensi	UTS	Praktik		
				40%	10 %	10 %	30%	10 %		
35	2212200675	BINTARA BAYU AJI	2022	-	-	-	-	-	76	B
36	2212200676	AGAM BIMO ANTORO	2022	-	-	-	-	-	73	B
37	2212200677	YOHANES ARI PRAPTADI	2022	-	-	-	-	-	74	B
38	2212200678	ENDRI WIDODO	2022	-	-	-	-	-	78	B
39	2212200679	TRISNAWAN SYAHYERI	2022	-	-	-	-	-	80	A
40	2212200680	MITRIANI	2022	-	-	-	-	-	77	B
41	2212200681	SUDARWANTO	2022	-	-	-	-	-	78	B
42	2212200682	YUDHI KUMALA SAKTI	2022	-	-	-	-	-	77	B
43	2212200683	EKY BUDI NOVIA PERMATA	2022	-	-	-	-	-	80	A
44	2212200684	ONY MUHANTOYO	2022	-	-	-	-	-	78	B
45	2212200685	SHINTA NURCAHYA SETIARINI V	2022	-	-	-	-	-	78	B
46	2212200686	SUROYO	2022	-	-	-	-	-	79	B

Yogyakarta,
Dosen Pengajar

SRI HANDAYANI
0422126302

PANDUAN
LABORATORIUM KEGAWATAN DARURAT
PROGRAM STUDI SI-ILMU KEPERAWATAN 2023/2024



Dr. Sri Handayani, S.Kep.,NS.,M.Kes.

PROGRAM STUDI SI-ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YOGYAKARTA
JL. NITIKAN BARU NO.69 YOGYAKARTA
2023/2024

BAB I

PENGAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT & TRIAGE

A. PENDAHULUAN

Pada Bab1 keperawatan gawat darurat dengan materi melakukan triage pada korban gawat darurat yang masuk ke instalasi gawat darurat. Pembelajaran pada modul ini sangat penting karena topik ini kunci dalam mencegah kematian serta mengurangi dampak komplikasi yang diderita.

B. TUJUAN UMUM

Tujuan umum adalah: Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Perawat mampu untuk melakukan triage gawat darurat pada berbagai kasus.




C. TUJUAN KHUSUS

Tujuan khusus adalah:

1. Mampu melakukan pengkajian dalam triage
2. Mampu menetapkan masalah dalam triage
3. Mampu menentukan prioritas ancaman dalam triage
4. Mampu menentukan perencanaan tindakan keperawatan dalam triage di Rumah Sakit

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan Sebelum melakukan triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, perawat harus menyiapkan alat-alat yang diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik perawat maupun pasien, seperti cuci tangan, menggunakan sarung tangan, celemek dan sebagainya sesuai kebutuhan. Adapun alat alat yang perlu disiapkan adalah seperti berikut ini:

 Tensimeter	 Stetoskop	 Thermometer
 Pen light	 Jam tangan	 Sarung tangan
 Cellemek/apron	 Masker	 Tutup kepala
	 Format asuhan keperawatan	

Gambar 1.1. Persiapan Alat

Adapun cara mencuci tangan yang benar adalah sebagai berikut:

1. Pertama kali lakukan cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien sertamenggunakan sarung tangan dalam melakukan pemeriksaan fisik maupun melakukan tindakan untuk mengatasi masalah pasien. Gambar 1.2 adalah 6 langkah cuci tangan yang benar.



Gambar 1.2. Langkah-Langkah Mencuci Tangan

Langkah-langkah cuci tangan bisa Perawat lihat pada gambar 1.2:

Pertama, basahi kedua telapak tangan dan ratakan sabun dengan menggosokkan kedua telapak tangan; Kedua, gosok punggung tangan dan sela-sela jari, lakukan pada kedua tangan; Ketiga, gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari; Keempat, posisikan kedua tangan mengunci kemudian gosok punggung jari kedua tangan; Kelima, bersihkan ibu jari tangan dengan cara menggosok ibu jari tangan kiri dengan diputar dalam gengaman tangan kanan, kemudian lakukan juga pada ibu jari kanan dengan cara sebaliknya; Keenam, bersihkan kedua ujung jari tangan dengan cara menggosokkan ujung jari tangan kiri.

Setelah itu, yang harus dilakukan adalah: pertama menerima pasien yang datang ke IGD, sambil Perawat memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga yang mendampingi. Kemudian pasien dipersilakan berbaring pada tempat tidur.



Gambar 1.3. Ruangan IGD

2. Pelaksanaan Triage

Adapun langkah-langkah dalam melakukan triage adalah:

- a. Data Subyektif. Data subyektif yang ditanyakan kepada pasien atau keluarga/pengantar apabila pasien tidak sadar, meliputi:
 - 1) Tanyakan identitas pasien
 - 2) Identitas pasien meliputi: nama, usia, pendidikan, pekerjaan, agama dan alamat. Perawat dapat bertanya langsung pada pasien apabila pasien sadar atau pada keluarga apabila pasien bayi atau tidak sadar.
 - 3) Tanyakan keluhan utama yang dirasakan oleh pasien saat ini.
 - 4) Tanyakan riwayat penyakit/keluhan yang sekarang dirasakan atau yang berhubungan dengan sakit yang diderita sekarang.
 - 5) Usaha pengobatan yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan.

b. Data obyektif meliputi:

- 1) Perhatikan/amati keadaan umum pasien. Hal yang perlu dikaji adalah kesadaran pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar penuh (composmentis), apatus, delirium, somnolen, stupor, koma.
- 2) Kaji jalan nafas (Airway) lakukan observasi pada gerakan dada, apakah ada gerakan dada atau tidak. Apabila ada gerakan dada spontan berarti jalan nafas lancar atau paten, sedang apabila tidak ada gerakan dada walaupun diberikan bantuan nafas artinya terjadi sumbatan jalan nafas
- 3) Kaji fungsi paru (breathing): Perawat kaji/observasi kemampuan mengembang paru, adakah pengembangan paru spontan atau tidak. Apabila tidak bisa mengembang spontan maka dimungkinkan terjadi gangguan fungsi paru sehingga akan dilakukan tindakan untuk bantuan nafas.
- 4) Kaji sirkulasi (Circulation): Perawat lakukan pengkajian denyut nadi dengan melakukan palpasi pada nadi radialis, apabila tidak teraba gunakan nadi brachialis, apabila tidak terabgunakan nadi carotis. Apabila tidak teraba adanya denyutan menunjukkan gangguan fungsi jantung.
- 5) Lakukan pengukuran tperawat -tperawat vital: tekanan darah, nadi, suhu, jumlah pernafasan

c. Analisa Data

Setelah data subyektif dan obyektif terkumpul maka selanjutnya melakukan analisa untuk merumuskan masalah keperawatan. Analisis masalah keperawatan yang dihadapi oleh pasien. Perawat harus melakukan dengan cepat dan tepat, analisis Perawat lakukan setelah melakukan pengkajian.

d. Planning (rencana tindakan keperawatan)

Dalam rencana tindakan keperawatan ini, ada 2 hal yang harus dilakukan yaitu menetapkan prioritas korban dan merencanakan tindakan. Menentukan prioritas ini penting untuk menetapkan tindakan keperawatan sesuai prioritas. Jika salah dalam menentukan prioritas

trriage ini maka akan berakibat fatal bagi korban. Prioritas pasien dapat dibagi menjadi 4 yaitu prioritas 1, prioritas 2, prioritas 3 dan prioritas 4. Prioritas 1 merupakan kasus yang mengancam nyawa dan segera untuk dilakukan pertolongan seperti henti jantung dan nafas, cedera kepala berat dan sebagainya dan diberi label merah. Prioritas 2 merupakan kasus gawat dan tidak segera kolap jantung seperti patah tulang tanpa perdarahan, asma bronkiale dan sebagainya dan diberi label kuning. Prioritas 3 merupakan kasus tidak gawat seperti panas badan, pilek dan sebagainya dan diberi label hijau. Adapun prioritas 4 adalah korban dalam keadaan meninggal dan diberi label hitam. Setelah klien korban ditetapkan prioritasnya maka korban diletakkan di ruangan sesuai prioritasnya dan langkah selanjutnya direncanakan tindakan yang sesuai kondisi. Setelah menetapkan prioritas berdasarkan ancaman pasien, selanjutnya menentukan rencana tindakan dan pasien segera dikirim ke tempat sesuai prioritas tersebut. Dibawah ini format pada saat akan melakukan triage di rumah sakit.

A. Identitas

Nama Pasien :.....
Umur :.....
Jenis Kelamin :.....
Alamat/No. Telp :

Pekerjaan :.....
Agama :.....

B. Subyektif

1. Keluhan utama
2. Riwayat penyakit masa lalu
3. Bila trauma, kaji mekanisme trauma.....

C. Obyektif

1. Keadaan umum:
2. Tperawat vital:
 - Jumlah pernafasan
 - Nadi
 - Tekanan darah
 - Suhu.....
3. Cek airway (jalan nafas)
 - Adakah snoring (lidah jatuh)
 - Adakah gurgling (secret).....
 - Adakah stridor (edema jalan nafas)
4. Cek breathing
 - Retraksi intercostalis
 - Adakah jejas
5. Cek sirkulasi
 - Adakah perdarahan eksternal?
 - Capillary refill time?
 - Akral?

D. Asses

1. Nyeri
2. Sesak
3. Perdarahan dsb

E. Planning

1. Tentukan prioritas (Prioritas 1, prioritas 2, prioritas 3 dan prioritas 4)
2. Tentukan rencana tindakan
3. Pelaporan

Setelah melakukan triage sesuai dengan langkah langkah di atas, maka harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang telah diperoleh kemudian dilaporkan ke rumah sakit.

Ringkasan

Triage merupakan suatu proses menentukan prioritas berdasarkan ancaman nyawa yang sangat penting untuk mencegah kematian. Dalam melakukan triage diperlukan penanganan cepat dan tepat sesuai dengan kondisi pasien. Pemberian label berdasarkan prioritas, warna merah dalam keadaan emergensi, warna kuning dalam keadaan gawat, warna hijau dalam keadaan tidak gawat dan warna hitam dalam keadaan meninggal.

Tes

1. Seorang laki laki umur 34 tahun datang ke IGD rumah sakit dalam keadaan tidak sadar. Hasil pengkajian lebih lanjut, nafas korban cepat, bunyi nafas stridor. Menurut orangtuanya, ketika korban naik sepeda motor kemudian mengalami tabrakan dengan angkot. Perawat sebagai perawat IGD, coba lakukan triage pada korban tersebut sesuai dengan langkah langkah SOAP.

PENILAIAN TRIAGE

ASPEK YANG DINILAI		NILAI				KET
		1	2	3	4	
PENGKAJIAN						Nilai : 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Cukup 1 = Kurang Baik Nilai 4 : data sangat lengkap dan valid. Nilai 3 : data lengkap dan valid Nilai 2 : data cukup lengkap dan valid Nilai 1 : data tidak lengkap
1.	Data subyektif (Spesifik, Akurat & valid)					
2.	Data obyektif (dapat diukur & valid)					
	• Airway					
	• Breathing					
	• Circulation					
	• Disability (tingkat kesadaran)					
	• Tanda vital					
ASSESSMENT (MASALAH)						
1.	Rumusan masalah tepat (relevan dengan masalah keperawatan pasien)					
RENCANA KEPERAWATAN						
1.	Ketepatan penentuan prioritas korban (triage)					
2.	Intervensi disusun sesuai prioritas pemecahan masalah pasien					
3.	Intervensi bersifat aplikatif					
4.	Intervensi Independen dan dependen sesuai kebutuhan pasien					
TOTAL						

Pembimbing

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{44} \times 100$$

.....

(.....)

Kegiatan Praktikum 2

Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Perawat mampu untuk melakukan pengkajian keperawatan gawat darurat pada berbagai kasus.

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah melakukan praktik klinik keperawatan gawat darurat, diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian subyektif kegawatdaruratan
2. Melakukan pengkajian obyektif kegawatdaruratan

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Sebelum melakukan pengkajian keperawatan gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, perawat harus menyiapkan alat alat diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik petugas maupun pasien seperti cuci tangan, menggunakan sarung tangan, celemek dan sebagainya menurut kebutuhan.

Adapun alat alat yang perlu disiapkan seperti pada kegiatan praktek 1 di atas. Saat mengkaji harus memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga yang mendampingi.

2. Pelaksanaan Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat

a. Data subyektif yang ditanyakan, meliputi: 1) Identitas pasien Identitas pasien meliputi : nama, usia, pendidikan, pekerjaan, agama dan alamat. Perawat bisa bertanya langsung pada pasien apabila pasien sadar atau pada keluarga apabila pasien bayi atau tidak sadar. 2) Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien saat ini. 3) Riwayat penyakit/keluhan yang sekarang dirasakan atau

yang berhubungan dengan sakit yang diderita sekarang.4)Usaha pengobatan yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan.

b.Data obyektif Lakukan pemeriksaan fisik maupun diagnostik untuk mengumpulkan data Obyektif, meliputi:1)Perhatikan/amati keadaan umum pasien : Kaji kesadaran pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar penuh (composmentis), apatus, delirium, somnolen, stupor, koma. 2)Kaji jalan nafas (Airway) : Perawat lakukan observasi pada gerakan dada, apakah ada gerakan dada atau tidak. Apabila ada gerakan dada spontan berarti jalan nafas lancar atau paten, sedang apabila tidak ada gerakan dada walaupun diberikan bantuan nafas artinya terjadi sumbatan jalan nafas3)Kaji fungsi paru (breathing): Kaji/observasi kemampuan mengembang paru, adakah pengembangan paru spontan atau tidak. Apabila tidak bisa mengembang spontan maka dimungkinkan terjadi gangguan fungsi paru sehingga akan dilakukan tindakan untuk bantuan nafas. 4)Kaji sirkulasi (Circulation) : Lakukan pengkajian denyut nadi dengan melakukan palpasi pada nadi radialis, apabila tidak teraba gunakan nadi brachialis, apabila tidak teraba gunakan nadi carotis. Apabila tidak teraba adanya denyutan menunjukkan gangguan fungsi jantung. 5)Kaji Disability yaitu tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan GCS 6)Lakukan pengukuran tperawat -tperawat vital : tekanan darah, nadi, suhu, jumlah pernafasan. 7)Lakukan pemeriksaan fisik (data focus) sesuai dengan keluhan pasien.8)Lakukan kolaborasi untuk pemeriksaan penunjang seperti : EKG, foto rontgen dan pemeriksaan analisa gas darah.

3.Pelaporan

Setelah menyelesaikan Bab1 ini yang sesuai dengan langkah-langkah di atas, maka harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan triage dan laporan pengkajian gawat darurat serta tugas lainnya.

Ringkasan

Pengkajian keperawatan kedaruratan merupakan suatu hal yang sangat penting dalam menyelamatkan jiwa korban dari kematian dan kecacatan. Perawat harus trampil dan tepat ketika melakukan pengkajian ini. Kelalaian dalam melakukan tindakan ini akan menyebabkan keterlambatan dalam menentukan masalah dan tindakan keperawatan kedaruratan.

Pengkajian keperawatan kedaruratan meliputi data subyektif yaitu keluhan dan riwayat pasien serta data obyektif yang meliputi airway, breathing, circulation, pemeriksaan dari kepala ke kaki dan pemeriksaan penunjang.

Tes 2

Seorang perempuan usia 35 tahun datang ke IGD dengan mengeluh nyeri dada hebat di dada kiri. Perawat sebagai perawat jaga IGD, Silahkan Perawat melakukan pengkajian keperawatan kedaruratan. Setelah Perawat melakukan pengkajian pada pasien, maka Perawat akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form dibawah ini:

**PANDUAN PENILAIAN
PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

ASPEK YANG DINILAI		NILAI				KET
		1	2	3	4	
PENGKAJIAN						
1.	Data subyektif (spesifik, akurat, sesuai kondisi pasien)					Angka: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Cukup 1 = Kurang Baik Nilai 4 : data sangat lengkap dan valid. Nilai 3 : data lengkap dan valid Nilai 2 : data cukup lengkap & valid Nilai 1 : data tidak lengkap
2.	Data obyektif (dapat diukur & valid)					
	• Airway					
	• Breathing					
	• Circulation					
	• Disability (tingkat kesadaran)					
	• Tanda vital					
3.	Pengkajian kepala – kaki					
	• Kepala					
	• Mata					
	• Hidung					
	• Mulut					
	• Telinga					
	• Leher					
	• Dada					
	• Abdomen					
	• Pelvic					
	• Ekstremitas atas					
	• Ekstremitas bawah					
TOTAL						

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{66} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

BAB II

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Sistem Pernafasan

Pada Kegiatan Bab II ini Perawat akan belajar tentang asuhan keperawatan sistem pernafasan. Belajar topik ini juga sangat penting karena korban yang mengalami gangguan nafas sering menyebabkan kematian. Beberapa gangguan yang sering diderita korban untuk masuk ke rumah sakit adalah henti nafas, sesak nafas dengan berbagai sebab.

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Perawat mampu untuk melakukan Asuhan keperawatan gawat darurat pada sistem pernafasan.

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Perawat mampu untuk melakukan:

1. Pengkajian Keperawatan pada sistem pernafasan
2. Diagnose Keperawatan pada sistem pernafasan
3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada sistem pernafasan
4. Evaluasi Keperawatan pada sistem pernafasan

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Persiapan Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pernafasan seperti pada persiapan Bab1 pada Kegiatan Praktikum1.

2. Pelaksanaan

- a. Pengkajian Keperawatan pada sistem pernafasan:

Identitas Klien

Nama :
 Usia : tahun
 Jenis Kelamin : Laki laki Perempuan
 Alamat :
 Agama : Islam Kristen Katolik
 Hindu Budha Lain lain :

Tanggal MRS :
 No. MR :
 Diagnosa Medis :

Data pre Hospital
 Cara tiba ke RS : Ambulan Kendaraan Umum
 lain lain :

Tanda tanda vital : Tek darah : / mmHg , Nadi : x/mnt
 Pernafasan : x/mnt , Suhu : C

Tindakan & pengobatan yang telah dilakukan :

- a.
- b.
- c.
- d.

Keluhan Utama :

Pengkajian Primer

Airway	: <input type="checkbox"/> Paten <input type="checkbox"/> Tidak paten : Gurgling / snoring / stridor
Breathing	: <input type="checkbox"/> Efektif <input type="checkbox"/> Tidak efektif (absen) : Warna kulit : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pucat : Pola nafas : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tidak , : Kerja nafas : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> takipnea <input type="checkbox"/> bradipnea / : Menggunakan otot bantu nafas : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak : Suara nafas : <input type="checkbox"/> vesikuler <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> stridor : Jelas : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak : Deviasi trakea : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak : Pengembangan dada : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> tidak : Distensi vena jugularis: <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak

Circulation	: Kualitas nadi :	<input type="checkbox"/> kuat	<input type="checkbox"/> lemah
	: Ritme jantung :	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> irregular
	: EKG :	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> tidak normal
	: CRT :	detik	
	: warna kulit :	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pucat
	: Suhu kulit :	<input type="checkbox"/> hangat	<input type="checkbox"/> dingin
	: Diaphoresis :	<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak

13

▣ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ■ ▣

Disability	: Tingkat kesadaran :
	: GCS : mata : Verbal : Motorik :
Eksposure	:
Pengkajian Sekunder	
Riwayat Kesehatan Sekarang :	
Riwayat Kesehatan Lalu :	
Riwayat Kesehatan Keluarga :	
Pengkajian Head to Toe	
Kepala	Inspeksi & Palpasi
	a. Rambut :
	b. Wajah :
	c. Mata :
	d. Hidung :
	e. Telinga :
	f. Mulut :

Leher	Inspeksi & Palpasi ▪ Nyeri : ▪ Bendungan vena jugularis :
Thorak	a. Inspeksi (paru & jantung) : ▪ Bentuk thorak : ▪ Jumlah nafas : ▪ Pola nafas : ▪ Pengembangan dada : ▪ Pulsasi : b. Palpasi (paru & jantung) ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : c. Auskultasi (paru & jantung) ▪ Bunyi nafas : <input type="checkbox"/> bronchial <input type="checkbox"/> bronkovesikuler <input type="checkbox"/> vesikuler ▪ Bunyi nafas abnormal : <input type="checkbox"/> ronkhi <input type="checkbox"/> wheezing ▪ Bunyi Jantung : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal ▪ Kelainan bunyi jantung : <input type="checkbox"/> BJ III <input type="checkbox"/> BJ IV d. Perkusi (paru & jantung) ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya

Abdomen	a. Inspeksi	:
	▪ Bentuk	:
	▪ Kelainan	:
	b. Palpasi	:
	▪ Nyeri	:
	▪ Distensi	:
	c. Auskultasi	:
	▪ Suara peristaltic	:
	▪ Jumlah	:

Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat

Ekstremitas	d. Perkusi	:
	▪ Timpani	:
	▪ Kelainan	:
	a. Inspeksi	:
	▪ Warna	:
b. Palpasi	:	
▪ Nyeri	:	
▪ Krepitasi	:	
▪ Edema	:	
▪ Pulse :	, Sensasi :	, Motorik :

Pemeriksaan Penunjang & Terapi Medis			
Radiologi	Laboratorium Darah	Pemeriksaan Lain	Terapi Medis

Diagnose Keperawatan pada sistem pernafasan
 Diagnose Keperawatan pada sistem pernafasan tergantung pada masalah yang dihadapi pasien. Beberapa diagnose keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan masalah pernafasan adalah:

- 1) Risiko/actual perubahan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveoli-paru
- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret, bronkospasme.
- 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara supply dan kebutuhan oksigen.
- 4) Nyeri akut berhubungan dengan peradangan paru, trauma dada

5) Kecemasan/ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian, perubahan kesehatan.

c. Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada sistem pernafasan

Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada sistem pernafasan secara umum meliputi: 1) Pemberian oksigen (nasal kanul, masker sederhana, masker nonrebreathing/rebreathing dan ventilator); 2) Memasang oksimetri 3) Melakukan suction melalui mulut/hidung; 4) Memberikan bantuan nafas melalui BVM / Pocket mask; 5) Memasang OPA (oropharyngeal airway). Adapun cek list penilaian rencana dan tindakan keperawatan seperti dibawah ini:

a. Pemberian oksigen melalui nasal

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Tabung o2 & flowmeter b. Humidifier & air steril c. Nasal kanul & slang d. Kasa k/p					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi semi fowler (jika bisa)					
5	Jelaskan tujuan terapi O2 & keselamatan					
6	Sambungkan tabung O2 dengan humidifier dan selang O2.					
7	Cek gelembung O2 di humidifier.					
8	Pasang selang O2 ke hidung, selang melingkar di telinga dan dirapatkan di bagian dagu					
9	Atur flow rate sesuai kebutuhan (1-6 lt)					
10	Anjurkan pasien untuk menarik nafas					
11	Nilai jumlah pernafasan, sesak pasien					
12	Rapikan pasien dan alat					
13	Perawat cuci tangan					
14	Dokumentasi respon dan prosedur					
15	Nilai aliran udara tiap 4 jam					
16	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$$

=

Pembimbing
(.....)

b. Pemberian oksigen melalui masker

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Tabung o2 & flowmeter b. Humidifier & air steril c. Masker & slang d. Kasa k/p					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi semi fowler (jika bisa)					
5	Jelaskan tujuan terapi O2 & keselamatan					
6	Sambungkan tabung O2 dengan humidifier dan selang O2.					
7	Cek gelembung O2 di humidifier.					
8	Pasang selang masker O2 ke hidung, pengikat diikatkan ke belakang kepala.					
9	Atur flow rate sesuai kebutuhan (5-8 lt)					
10	Anjurkan pasien untuk menarik nafas					
11	Nilai jumlah pernafasan, sesak pasien					
12	Rapikan pasien dan alat					
13	Perawat cuci tangan					
14	Dokumentasi respon dan prosedur					
15	Nilai aliran udara tiap 4 jam					
16	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$NILAI = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

c. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Oksimeter nadi dan sensor b. Kapas alcohol c. Tissue. d. Nierbekan / bengkok					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi pasien					
5	Jelaskan tujuan pemasangan					
6	Memilih lokasi pemasangan sensor (jari tangan, jari kaki, telinga & hidung.					
7	Bersihkan lokasi pemasangan sensor dengan alcohol					
8	Memasang sensor, pastikan sensor terpasang dengan sempurna.					
9	Menghubungkan kabel sensor ke oksimeter, nyalakan oksimeter					
10	Membaca hasil pemeriksaan, dan laporkan ke dokter hasil pemeriksaan abnormal					
11	Rapikan pasien dan alat					
12	Perawat cuci tangan					
13	Dokumentasi respon dan prosedur					
14	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

d. Melakukan suction melalui mulut

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Mesin suction b. Kateter suction steril (Y port) c. Cairan Steril d. Kom Steril e. Sarung tangan steril f. Handuk					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
2	Jelaskan tujuan					Nilai 4 : dilakukan sempurna
3	Siapkan & dekatkan alat					
4	Abur posisi pasien					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sa					
6	Atur tekanan suction : Wall unit : Dws : 100 – 120 mmHg Anak : 95 – 110 mmHg Bayi : 50 – 95 mmHg Portable unit : Dws : 10 – 15 mmHg Anak : 5 – 10 mmHg Bayi : 2 – 5 mmHg					Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
7	Meletakkan handuk di dada klien					
8	Buka set suction , atur dan masukkan cairan steril ke kom .					
9	Pasang sarung tangan steril, tangan dominant dipertahankan steril					
10	Dengan tangan steril, ambil kateter suction steril dan sambungkan dengan lubang suction dengan dibantu dengan tangan lainnya.					
11	Cek apakah suction berfungsi dengan baik dengan memasukkan kateter ke dalam cairan steril.					
12	Perkirakan jarak dari telinga ke hidung dan pegang kateter dengan jari telunjuk dan jempol					
13	Masukkan kateter suction ke dalam mulut / hidung dengan keadaan lubang kateter (Y port) terbuka.					
14	Tutup Y port dengan jari jempol dan tarik dan putar kateter ke luar. Lama ketika melakukan suction tidak lebih dari 10 – 15 detik.					
15	Bilas kateter dengan cairan steril dan ulang tindakan suction bila diperlukan. Interval waktu 20 – 30 detik dari suction 1 ke suction berikutnya.					
16	Bila sudah selesai, buka sarung tangan, kateter.					
17	Rapikan pasien dan alat					
18	Perawat cuci tangan					
19	Dokumentasi respon dan prosedur					
20	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{80} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

e. Melakukan bantuan nafas dengan BVM (Bag Valve Mask)

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. BVM (Ambubag) b. Handapan bersih c. Handanub d. Oksigen					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
2	Jelaskan tujuan					
3	Siapkan & dekontaminasi alat					Nilai 4 : dilakukan sempurna
4	Atur posisi pasien yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					
5	Pasien cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					Nilai 3 : dilakukan benar
6	Pasien memonitor nadi dan pernapasan maksimal selama 10 detik.					
7	Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
8	- Atur posisi kepala yaitu head tilt chin lift bila tidak ada trauma leher. Bila ada trauma leher dengan cara jaw thrust maneuver.					
9	- Letakkan masker menutup mulut dan hidung pasien. - Ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf C sedangkan jari-jari lainnya memegang rahang bawah sehingga membuka jalan nafas dengan membentuk huruf E					Nilai 1 : tidak dilakukan
10	Momoppe udara dengan cara tangan satu memegang bag sambil momoppe udara dan yang satunya memegang dan memfiksasi masker pada saat momoppe masker					
11	Pada dewasa : Berikan nafas sebanyak 10-12 x per menit dengan jeda setiap pompa 5-8 detik. Pada bayi : Berikan nafas sebanyak 20 x per menit dengan jeda setiap pompa 3 detik.					
12	Setelah 1 menit, evaluasi pemefasaan. Apabila nafas tidak ada lakukan bantuan nafas sesuai langkah no 11. Namun bila nafas ada maka berikan posisi recovery (sesuai kondisi).					
13	Bila sudah selesai, buka sarung tangan.					
14	Reposisi pasien dan alat					
15	Pasien cuci tangan					
16	Dokumentasi respon dan prosedur					
17	Penerimaan tugas dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

f. Memasang OPA (oropharyngeal airway)

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Oropharyngeal tube (Mayo) sesuai kebutuhan b. Sarung tangan bersih c. Gunting dan Plester d. Sengkok e. Tongka spatel f. Kassa steril g. Suction h. Selang penghisap OPA					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna
2	Jelaskan tujuan					
3	Siapkan & dockatkan alat					
4	Atur posisi pasien yaitu tempat yang aman, debar, dan lemas					Nilai 3 : dilakukan benar
5	Perawat cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Pastikan pasien tidak sadar dan ada obstruksi oleh lidah.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
7	Pilihlah ukuran OPA yang sesuai dengan pasien. Cara : memampatkan ujung OPA pada sudut mulut, ujung yang lain pada sudut rahang bawah atau pada ujung telinga bawah.					Nilai 1 : tidak dilakukan
8	a. Cara tidak langsung : Membuka mulut pasien dengan cross finger, masukkan OPA dengan menghadap ke palatum kemudian diputar 180 derajat sambil ditoken ke bawah. b. Cara langsung : Membuka mulut pasien dengan cross finger, lidah ditoken dengan spatel lidah masukkan OPA langsung sesuai anatomis.					
9	Observasi apakah udara pernafasan sudah keluar dengan lancar.					
10	Bila sudah selesai, buka sarung tangan.					
11	Revisi pasien dan alat					
12	Perawat cuci tangan					
13	Dokumentasi respon dan prosedur					
14	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{56} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

2. Evaluasi Keperawatan Gawat Darurat sistem pernafasan

Evaluasi keperawatan sistem pernafasan secara umum di bagian emergensi meliputi evaluasi jalan nafas, pernafasan, sirkulasi dan disability (tingkat kesadaran). Observasi jalan nafas, apakah paten atau tidak. Kaji pernafasan, apakah mengalami gangguan kebutuhan oksigen atau tidak. Kaji sirkulasi, apakah tekanan darah normal atau tidak, akral; dingin atau tidak, capillary refill time ada gangguan atau tidak. Periksa tingkat kesadaran apakah pasien sadar atau tidak sadar.

3. Pelaporan

Setelah menyelesaikan bab3 ini yang sesuai dengan langkah-langkah diatas, maka Anda harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya.

Ringkasan

Asuhan keperawatan kedaruratan pada pernafasan sangat penting disebabkan fungsi dari paru sebagai organ vital sangat berpengaruh pada kehidupan. Pengkajian yang tepat dan cepat serta penetapan diagnose keperawatan yang akurat akan berdampak pada tindakan yang tepat pula. Kasus dengan henti nafas merupakan contoh kasus yang harus segera dilakukan pertolongan dan penanganan yang benar. Sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT SISTEM KARDIOVASKULER & BANTUAN HIDUP DASAR

Pada kegiatan praktikum BAB III ini akan belajar tentang asuhan keperawatan sistem kardiovaskuler. Praktikum ini sangat penting karena korban yang mengalami serangan jantung sering menyebabkan kematian. Beberapa penyakit yang sering diderita korban untuk masuk ke rumah sakit adalah sindrom koronaria akut, angina pectoris, hipertensi, gagal jantung dan penyakit jantung lainnya:

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda mampu untuk melakukan Asuhan keperawatan gawat darurat pada sistem kardiovaskuler.

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda mampu untuk melakukan:

1. Pengkajian Keperawatan pada sistem kardiovaskuler
2. Diagnose Keperawatan pada sistem kardiovaskuler
3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada sistem kardiovaskuler
4. Evaluasi Keperawatan pada sistem kardiovaskuler

Kegiatan Praktikum

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Sistem Kardiovaskuler

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Sebelum melakukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Perawat harus menyiapkan alat-alat yang diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik bagi petugas maupun pasien seperti cuci tangan, sarung tangan, Bag Valve Mask

(BVM), pocket mask, celemek dan sebagainya menurut kebutuhan. Adapun alat alat yang perlu disiapkan adalah :



Gambar 2.1: Persiapan alat

b. Diagnose Keperawatan pada sistem kardiovaskuler

Diagnose Keperawatan pada sistem kardiovaskuler tergantung pada masalah yang dihadapi pasien. Beberapa diagnose keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan masalah kardiovaskuler vaskuler adalah :

- 1)Nyeri akut berhubungan dengan spasme koronaria, sumbatan arteri koronaria.
- 2) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara supply dan kebutuhan oksigen.
- 3)Penurunan cardiac output berhubungan dengan vasokonstriksi, penurunan kontraksi jantung.
- 4)Risiko/actual perubahan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveoli-paru.
- 5)Kecemasan/ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian, dan atau perubahan kesehatan.

c. Intervensi Dan Tindakan Keperawatan pada Sistem Kardiovaskuler

Intervensi dan tindakan keperawatan pada sistem kardiovaskuler secara umum meliputi:

- 1)Pemberian oksigen (nasal kanul, masker sederhana, masker nonbreathing/rebreathing dan ventilator).
- 2)Memasang EKG

3)Memasang oksimetri 4)Melakukan suction melalui mulut/hidung5)Melakukan resusitasi jantung pulmonal Adapun cek list penilaian rencana dan tindakan keperawatan seperti dibawah ini :

a. Pemberian oksigen melalui nasal

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Tabung o2 & flowmeter b. Humidifier & air steril c. Nasal kanul & slang d. Kasa k/p					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi semi fowler (jika bisa)					
5	Jelaskan tujuan terapi O2 & keselamatan					
6	Sambungkan tabung O2 dengan humidifier dan selang O2.					
7	Cek gelembung O2 di humidifier.					
8	Pasang selang O2 ke hidung, selang melingkar di telinga dan dirapatkan di bagian dagu					
9	Atur flow rate sesuai kebutuhan (1-6 lt)					
10	Anjurkan pasien untuk menarik nafas					
11	Nilai jumlah pernafasan, sesak pasien					
12	Rapikan pasien dan alat					
13	Perawat cuci tangan					
14	Dokumentasi respon dan prosedur					
15	Nilai aliran udara tiap 4 jam					
16	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

b. Pemberian oksigen melalui masker

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Tabung o2 & flowmeter b. Humidifier & air steril c. Masker & slang d. Kasa k/p					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi semi fowler (jika bisa)					
5	Jelaskan tujuan terapi O2 & keselamatan					
6	Sambungkan tabung O2 dengan humidifier dan selang O2.					
7	Cek gelembung O2 di humidifier.					
8	Pasang selang masker O2 ke hidung, pengikat diikatkan ke belakang kepala.					
9	Atur flow rate sesuai kebutuhan (5-8 lt)					
10	Anjurkan pasien untuk menarik nafas					
11	Nilai jumlah pernafasan, sesak pasien					
12	Rapikan pasien dan alat					
13	Perawat cuci tangan					
14	Dokumentasi respon dan prosedur					
15	Nilai aliran udara tiap 4 jam					
16	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

c. Pemasangan EKG

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Mesin EKG b. kabel untuk sumber listrik c. kabel untuk bumi (ground) d. Kabel elektroda ekstremitas dan dada e. Plat elektroda ekstremitas beserta karet pengikat f. Balon penghisap elektroda dada g. Jelly h. Kertas tissue i. Kapas Alkohol j. Kertas EKG k. Spidol/fulpen					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar
2	Perawat Cuci tangan					Nilai 2 :
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					Dilakukan & kurang benar
4	Menjelaskan tujuan pemasangan EKG					
5	Persiapan pasien : tenang, tidak menggunakan benda logam di tubuh					Nilai 1 :
6	Rakit kabel EKG dan colokkan ke arus listrik.					tidak dilakukan
7	Posisi pasien terlentang dengan tenang. Tangan dan kaki tidak saling bersentuhan					
8	Bersihkan dada, kedua pergelangan tangan dan kaki dengan kapas alkohol.					
9	Berikan jelly di empat electrode ekstremitas (tangan dan kaki)					
10	Pasang keempat elektrode ekstremitas: tangan kanan berwarna merah, tangan kiri berwarna kuning, kaki kiri berwarna hijau dan kaki kanan berwarna hitam.					
11	Daerah dada diberi jelly sesuai dengan lokasi elektrode V1 s/d V6. Pasang elektrode dada dengan menekan karet penghisap a. V1 dipasang di garis parasternal kanan sejajar dengan ICS 4, berwarna merah b. V2 di garis parasternal kiri sejajar dengan ICS 4, berwarna kuning c. V3 di antara V2 dan V4, berwarna hijau d. V4 di garis mid klavikula kiri sejajar ICS 5, berwarna coklat e. V5 di garis aksila anterior kiri sejajar ICS 5, berwarna hitam f. V6 di garis mid aksila kiri sejajar ICS 5, berwarna ungu					
12	Hidupkan power EKG, Buat kalibrasi					
13	Rekam setiap lead 3-4 beat (gelombang)					
14	Lakukan kalibrasi setelah selesai perekaman					

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
15	Semua electrode dilepas dan Jelly dibersihkan dari tubuh pasien					
16	Beritahu pasien bahwa perekaman sudah selesai dan Matikan mesin EKG					
17	Dokumentasi : Tulis pada hasil perekaman : nama, umur, jenis kelamin, jam, tanggal, bulan dan tahun pembuatan, nama masing-masing lead.					
18	Atur pasien dan rapikan alat					
19	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{76} \times 100$ <p>■</p>

Pembimbing

(.....)

e. Melakukan suction melalui mulut

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : g. Mesin suction h. Kateter suction steril (Y port) i. Cairan Steril j. Kom Steril k. Sarung tangan steril l. Handuk					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
2	Jelaskan tujuan					Nilai 4 : dilakukan sempurna
3	Siapkan & dekatkan alat					
4	Atur posisi pasien					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan					

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
6	Atur tekanan suction : Wall unit : Dew : 100 – 120 mmHg Anak : 95 – 110 mmHg Bayi : 90 – 95 mmHg Portable unit : Dew : 10 – 15 mmHg Anak : 5 – 10 mmHg Bayi : 2 – 5 mmHg					Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
7	Meletakkan handuk di dada klien					
8	Buka set suction , atur dan masukkan cairan steril ke kom .					
9	Pasang sarung tangan steril, tangan dominant dipertahankan steril					
10	Dengan tangan steril, ambil kateter suction steril dan sambungkan dengan lubang suction dengan dibantu dengan tangan lainnya.					
11	Cek apakah suction berfungsi dengan baik dengan memasukkan kateter ke dalam cairan steril.					
12	Perkirakan jarak dari telinga ke hidung dan pegang kateter dengan jari telunjuk dan jempol					
13	Masukkan kateter suction ke dalam mulut / hidung dengan keadaan lubang kateter (Y port) terbuka.					
14	Tutup Y port dengan jari jempol dan tarik dan putar kateter ke luar. Lama ketika melakukan suction tidak lebih dari 10 – 15 detik.					
15	Bila kateter dengan cairan steril dan ulangi tindakan suction bila diperlukan. Interval waktu 20 – 30 detik dari suction 1 ke suction berikutnya.					
16	Bila sudah selesai, buka sarung tangan, kateter.					
17	Rapikan pasien dan alat					
18	Perawat cuci tangan					
19	Dokumentasi respon dan prosedur					
20	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{80} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)

Evaluasi Keperawatan pada Sistem Kardiovaskuler

Evaluasi keperawatan sistem kardiovaskuler secara umum di bagian emergensi meliputi evaluasi jalan nafas, pernafasan, sirkulasi dan disability (tingkat kesadaran). Observasi jalan nafas, apakah paten atau tidak. Kaji pernafasan, apakah mengalami gangguan kebutuhan oksigen atau tidak. Kaji sirkulasi, apakah tekanan darah normal atau tidak, akral dingin atau tidak, capillary refill time ada gangguan atau tidak. Periksa tingkat kesadaran apakah pasien sadar atau tidak sadar.

Pelaporan

Setelah menyelesaikan Bab ini yang sesuai dengan langkah-langkah di atas, maka Anda harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya.

Ringkasan

Asuhan keperawatan kedaruratan pada kardiovaskuler sangat penting disebabkan fungsi dari jantung sebagai organ vital sangat berpengaruh pada kehidupan. Pengkajian yang tepat dan cepat serta penetapan diagnose keperawatan yang akurat akan berdampak pada tindakan yang tepat pula. Kasus dengan infark miokard merupakan contoh kasus yang harus segera dilakukan pertolongan dan penanganan yang benar. Perawat sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban.

Tes 1

Seorang laki laki umur 50 tahun datang ke IGD rumah sakit dengan keluhan nyeri dada hebat sebelah kiri. Nyeri menjalar ke lengan kiri. Pasien sesak nafas, kesadaran kompos mentis. Anda sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

BAB IV

Kegiatan Pertolongan pada Korban Sumbatan Jalan Nafas

Praktikum keperawatan kegawatdaruratan pada korban yang mengalami sumbatan jalan nafas. Sumbatan jalan itu bisa terjadi pada setiap orang dan pada waktu kapanpun dan bisa berupa makanan, benda asing yang bulat seperti pentol, bakso, kelereng dan sebagainya. Apabila penolong tidak segera datang dan membantu korban maka korban akan segera meninggal. Oleh sebab itu penolong berperan sangat penting dalam mencegah kematian.

A.TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik ini, diharapkan Anda mampu untuk melakukan bantuan hidup dasar

B.TUJUAN KHUSUS

Setelah Anda melakukan praktik klinik keperawatan kegawatdaruratan, diharapkan mampu:

1. Melakukan pertolongan sumbatan jalan nafas pada dewasa sadar.
2. Melakukan pertolongan sumbatan jalan nafas pada dewasa tidak sadar.
3. Melakukan pertolongan sumbatan jalan nafas pada bayi sadar.
4. Melakukan pertolongan sumbatan jalan nafas pada bayi tidak sadar.

C.LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan Persiapan dalam memberikan pertolongan pada korban dengan sumbatan jalan nafas seperti pada persiapan praktikum di atas.
2. Pelaksanaan
 - a. Pertolongan sumbatan jalan nafas pada dewasa sadar (Heimlick maneuver) : Langkah-langkah: 1) Berdiri di depan atau samping pasien .2) Tanyakan pada pasien “apakah tersedak “ ?3) Jika mengganggu, katakan “harap tenang, saya akan menolong Anda.4) Prawat pindah posisi dan berdiri di belakang pasien 5) Lingkarkan lengan kanan dengan tangan kanan terkepal, kemudian pegang lengan kanan dengan lengan kiri. Posisi kepala tangan pada abdomen pasien yakni di antara prosesus xipoides dan umbilicus 6) Kaki penolong di antara kaki pasien, pasien agak membungkuk. 7) Dorong secara cepat (thrust quickly) sebanyak 5 x, dengan dorongan pada abdomen ke arah dalam-atas. 8) Kaji dengan cara tanyakan pada pasien “apakah sumbatannya sudah keluar? 9) Jika

belum keluar, ulangi abdominal thrust untuk mengeluarkan obstruksi jalan napas 10) Tindakan ini dilakukan sampai benda asing tersebut keluar atau korban tidak sadar. 11) Jika sumbatan sudah keluar, kaji jalan napas secara periodik.

- b. Pertolongan sumbatan jalan nafas pada dewasa sadar : Ibu hamil / gemuk.
Langkah-langkah : 1) Berdiri di depan atau samping pasien .2) Tanyakan pada pasien “apakah tersedak “ ?3) Jika mengganggu, katakan “harap tenang”, saya akan menolong anda.4) Pindah posisi dan berdiri di belakang pasien 5) Lingkarkan lengan kanan anda dengan tangan kanan terkepal, kemudian pegang lengan kanan Anda dengan lengan kiri. Posisi kepalan tangan Anda pada sternum pasien. 6) Kaki penolong di antara kaki pasien, pasien agak membungkuk. 7) Dorong secara cepat (thrust quickly) sebanyak 5 x, dengan dorongan pada dada. 8) Kaji dengan cara tanyakan pada pasien “apakah sumbatannya sudah keluar? 9) Jika belum keluar, ulangi abdominal thrust untuk mengeluarkan obstruksi jalan napas 10) Tindakan ini dilakukan sampai benda asing tersebut keluar atau korban tidak sadar. 11) Jika sumbatan sudah keluar, kaji jalan napas secara periodik.
- c. Pertolongan sumbatan jalan nafas pada dewasa tidak sadar Langkah langkah: 1) Keadaan lingkungan sekitar aman 2) Tempatkan pasien dalam posisi terlentang 3) Ambil posisi berlutut di samping pasien. 4) Cek respon pasien 5) Bila korban tidak respon, minta bantuan ambulan 6) Lakukan kompresi dada dengan cara tempatkan telapak tangan dominan di setengah bawah sternum, dan tangan lainnya di atasnya. 7) Kompresi dada korban secara cepat sebanyak 30 kali dengan kedalaman 5 –6 cm dan kecepatan 100 x/menit. 8) Buka mulut korban dengan cara cross finger dan lihat apakah benda asingnya sudah keluar. Jika sudah keluar lakukan finger sweep dan jika belum keluar maka beri ventilasi 2 kali. 10) Ventilasi 1, kemungkinan dada tidak mengembang, lakukan reposisi kepala kemudian beri ventilasi ke 2. 11) Ulangi lagi langkah 6,7,8 sampai benda asing korban keluar. 12) Setelah benda asing keluar, maka lakukan cek nadi. 13) Bila nadi tidak berdeyut, maka lakukan CPR, namun bila nadi teraba, langkah berikutnya periksa pernafasan. 14) Bila pernafasan ada maka lakukan posisi mantap (recovery position) 15) Namun bila pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas sebanyak 10-12 kali. 16) Bila nafas sudah ada maka atur posisi mantap (recovery position) 17) Observasi nadi dan pernafasan.

- d. Pertolongan sumbatan jalan nafas pada bayi sadar (maneuver back blow dan chest thrust) Langkah langkah : 1)Bayi digendong dan buka mulut bayi untuk memastikan adanya benda asing. 2)Lakukan posisi sandwich dengan cara : Sangga kepala dan badan bayi dengan salah satu tangan, tangan yang lain diatas untuk mempertahankan posisi ekstensi. 3)Bayi dibalik dan arah posisi kepala di bawah dibanding bokong, dan disangga diatas paha. 4)Lakukan pemukulan halus (maneuver back blow) di antara 2 tulang belakang sebanyak 5 kali. 5)Kemudian bayi dibalik dan disangga di atas paha dengan posisi kepala bayi dibawah. 6)Lakukan kompresi dada (chest thrust)dengan cara letakkan jari telunjuk dan tengah di sternum yaitu dibawah garis bayangan antara kedua putting susu. 7)Hentakkan sebanyak 5 kali dengan kedalaman hentakan 4 cm. 8)Lihat mulut bayi, bila terlihat lakukan finger sweep dan bila tidak terlihat lakukan terus langkah seperti pada no 4 -8sampai benda asingnya keluar atau korban tidak sadar. 9)Bila benda asingnya sudah keluar, selanjutnya observasi pernafasan dan nadi. e.Pertolongan sumbatan jalan nafas pada bayi tidak sadar (chest thrust maneuver)Langkah langkah : 1)Bayi diletakkan di meja dengan posisi terlentang2)Cek respon korban 3)Bila korban tidak respon, minta bantuan ambulan.4)Lakukan kompresi dada dengan cara letakkan jari telunjuk dan tengah di sternum yaitu dibawah garis bayangan antara kedua putting susu. 5)Hentakkan sebanyak 5 kali dengan kedalaman hentakan 4 cm. 6)Lihat mulut bayi, bila terlihat lakukan finger sweep 7)Bila tidak terlihat benda asingnya, maka beri ventilasi 2 kali dengan cara berikan ventilasi 1 kali, lakukan reposisi kepaladan beri ventilasi 1kali lagi. 8)Lakukan terus langkah no 4-6 sampai benda asingnya keluar.9)Jika sudah keluar lakukan finger sweep. 10)Kemudian periksa nadi, bila nadi teraba, periksa pernafasan, bila nafas tidak ada, lakukan bantuan nafas 12-20 x per menit. 11)Namun bila nadi tidak ada lakukan CPR (Resusitasi jantung paru) 12)Bila nadi dan nafas ada, maka lakukan posisi recovery. 13)Observasi nadi dan pernafasan.

Pelaporan

Setelah Anda menyelesaikan Bab ini yang sesuai dengan langkah-langkah diatas, maka Anda harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya dan kemudian dilaporkan ke pembimbing.

Ringkasan

Bantuan hidup dasar pada kasus obstruksi (benda asing) bisa terjadi pada dewasa, anak dan bayi. Pada korban dewasa sadar, penanganannya dengan cara heimlick maneuver, sedangkan pada dewasa tidak sadar penanganannya dengan cara kompresi dada. Sedangkan pada bayi sadar yang mengalami obstruksi, penanganannya dengan cara maneuver back blow dan chest thrust, dan pada obstruksi pada bayi tidak sadar dilakukan cara chest trush.

Tes 2

Seorang laki-laki umur 25 tahun datang ke IGD rumah sakit dalam keadaan batuk batuk dan mata melotot. Menurut temannya, korban baru saja makan pentol sambil tertawa. Anda sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

BANTUAN HIDUP DASAR
PENANGANAN SUMBATAN JALAN NAFAS PADA DEWASA SADAR

Langkah	Tindakan	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
Assesment	1. Kaji tanda-tanda tersedak					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
	2. Tanyakan pada korban "Apakah anda tersedak?"					
	3. Bila mengganggu, katakan "benang, saya dapat menolong anda dan ikuti perintah saya".					
Hemlick maneuver	4. Penolong berdiri di sebelah belakang korban,					Nilai 4 : dilakukan sempurna
	5. Satu kaki penolong berada diantara kedua kaki korban, satu kaki lainnya dibelakang.					
	6. Letakkan genggaman tangan dominan diantara umbilicus dan prosesus xipodeus korban, dan tangan lainnya menggenggam tangan pertama.					Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
	7. Condongkan tubuh korban kedepan					
	8. Lakukan hentakan sebanyak 5 x kearah dalam dan atas.					
Reassesment	9. Tanyakan pada korban "apakah benda asingnya sudah keluar?"					Nilai 1 : tidak dilakukan
	10. Bila belum keluar, lakukan hemlick maneuver lagi atau tidak sadar.					
	11. Bila sudah keluar, lakukan observasi nafas dan nadi.					
TOTAL						

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{44} \times 100$$

=

Penguji

(.....)

**BANTUAN HIDUP DASAR (BHD)
SUMBATAN BENDA ASING (SBA) DEWASA, TIDAK SADAR**

Langkah	Tindakan	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
Position	1. Letakkan korban di tempat yang rata dan keras					Nilai: 4 - Sangat Baik 3 - Baik 2 - Kurang 1 - Tidak Baik
Reason	2. Peralokan benda di samping korban					
	3. Penilaian respon korban Tapuk atau Goyang pundak korban, dengan hati-hati atau Berteriak					
BMS	4. Bila korban tidak sadar, aktifkan BMS (jika ada orang lain), Panggil Ambulan					
Circular (C)	5. Lakukan kompres dada sebanyak 30 x.					Nilai 4 : dilakukan sempurna
Airway (A)	6. Atur posisi head tilt dan chin lift (bila tidak ada trauma servikal)					
	7. Buka mulut dan lihat adanya benda asing. Bila ada benda asing lakukan finger sweep. Bila tidak ada lakukan langkah berikutnya					Nilai 2 : dilakukan benar
Breathing (B)	8. Beri pernafasan 2 x, dimulai dengan cara menutup mulut korban dengan mulut penyelam dan beri ventilasi sebanyak 1 x.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
	9. Bila dada tidak mengembang, lakukan reposition kepala dan beri ventilasi 1 x lagi.					
Cycle	10. Lakukan tindakan kompres dada 30 x, airway dan breathing campai benda asing keluar.					Nilai 1 : tidak dilakukan
Assess ment	11. 11. Setelah benda asing keluar maka : Cek nadi , bila nadi tidak ada, lakukan CPR, bila nadi ada maka cek pernafasan,					
	12. Cara cek pernafasan, bila nafas tidak ada atau tidak adekuat (gagling) maka beri bantuan nafas sebanyak 10-12 x/menit (campai korban bernafas / bantuan pernafasan ada). Cara hitung bantuan nafas : 1 ribu, 2 ribu, 3 ribu, 4 ribu, 5 ribu kemudian beri nafas.					
Recovery Position	13. Bila nadi dan nafas sudah adekuat , beri posisi recovery (mantap).					
NILAI						

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{50} \times 100$$

Panggil

{-----}

BANTUAN HIDUP DASAR (BHD)
Sumbatan Benda Asing (SBA) Bayi Tidak Sadar

Langkah	Tindakan	NILAI				KETERANGAN
		1	2	3	4	
Save	1. Keamanan dan Posisi Pastikan gendong dan penderita aman Letakkan bayi terentang pada permukaan datar dan keras. Pertahankan kepala dan leher					Nilai: 4 - Sangat Baik 3 - Baik 2 - Kurang 1 - Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
Respon	2. Penilaian respon korban Tegak atau goyang pundak bayi dengan hati-hati atau berbarak					
EMS	3. Aktifkan EMS jika ada orang lain. Panggil ambulans					
Circula tion (C)	4. Lakukan kompres dada sebanyak 30 kali (posisi gendong seperti CPR bayi).					
Airway (A)	5. Periksa jalan napas Buka jalan nafas dengan cara manuver Head-tilt - Chin-lift.					
	6. Periksa jalan nafas, adakah sumbatan. Bila ada sumbatan lakukan dengan manuver finger sweep.					
Breathing (B)	7. Beri pernafasan Beri pernafasan dengan cara tutup seluruh mulut dan hidung bayi dengan mulut gendong.					
	8. Beri bantuan nafas 2 x di mulai 3 hembusan napas, jika jalan napas masih tetap tersumbat, atau kembali (reposisi kepala) kepala korban kemudian beri 3 pernafasan lagi					
Reassess ment	9. Ulangi kompres dada 30 x, bantuan nafas 2 x sampai benda asing keluar.					
	10. Bila benda asing sudah keluar : Cek nadi brachialis, bila nadi tidak ada lakukan kompres dada (sesuai penatalaksanaan CPR bayi non obstruksi).					
	11. Bila nadi ada : Cek pernafasan, bila tidak ada nafas, beri kan nafas 30 kali/ 3 menit (sampai korban bernafas / bantuan pernafasan ada)					
Recovery Position	12. Bila nadi dan nafas sudah adekuat, beri posisi recovery (miring)					
NILAI						

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{48} \times 100$$

Pengaji

{-----}

BAB IV
KEGIATAN PRAKTIKUM PERTOLONGAN
KORBAN YANG HENTI NAFAS & HENTI JANTUNG

Pada bagian Bab ini menolong korban yang tidak terjadi sumbatan jalan nafas tetapi korban mengalami henti nafas dan henti jantung.

A.TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktikum, diharapkan mahasiswa mampu untuk melakukan pertolongan pasien yang mengalami henti nafas dan henti jantung.

B.TUJUAN KHUSUS

Setelah Anda melakukan praktik klinik keperawatan kegawatdaruratan, Anda diharapkan mampu:

- 1.Melakukan pertolongan henti nafas dan henti jantung pada dewasa.
- 2.Melakukan pertolongan henti nafas dan henti jantung pada bayi

C.LANGKAH-LANGKAH

1. Persiapan Persiapan dalam memberikan pertolongan pada korban dengan henti nafas dan henti jantung seperti pada persiapan Praktikum 1 di atas.
2. Pelaksanaan
 - a.Langkah-langkah pertolongan henti nafas dan henti jantung (CPR) pada dewasa sebagai berikut:1)Analisa situasi (lingkungan sekitar aman)
 - 2)Tempatkan korban di tempat yang rata, keras dan posisi terlentang
 - 3)Mengambil posisi berlutut di samping pasien.4)Cek respon korban5)Bila korban tidak respon maka minta bantuan ambulan 6)Periksa nafas dan nadi secarabersamaan.
(Ada 3 kemungkinan)
 - a)Bila pernafasan dan nadi ada, maka observasi nafas dan nadi terus menerus. b)Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas sebanyak 10-12 kali permenit. Adapun jeda tiupan pertama dan kedua selama 5-6 detik. c)Bila nadi dan pernafasan tidak ada, maka lakukan CPR seperti langkah berikut ini.
Tempatkan telapak tangan dominan diletakkan di setengah bawah sternum, dan lainnya di atasnya. Posisi bahu harus tegak lurus dengan sternum.
 - 8.Kompresi dada korban secara cepat sebanyak 30 kali dengan kedalaman 5 –6 cm dan kecepatan 100-120 x/menit. 9.Lakukan head tilt chin lift untuk

membuka jalan nafas.10.Beri tiupan sebanyak 2 kali. Saat meniup melihat pengembangan dada. 11.Lakukan kompresi dada 30 x dan tiupan 2 x sebanyak 5 siklus (2 menit).12.Setelah 5 siklus maka cek nadi karotis.13.Bila nadi tidak ada lakukan kompresi lagi. Bila nadi teraba, cek pernafasan. 14.Bila nafas tidak ada, lakukan bantuan nafas sebanyak 10-12 x per menit.15.Bila nafas sudah ada maka atur posisi mantap 16.Observasi nadi dan pernafasan.

Langkah-langkah pertolongan henti nafas dan henti jantung (CPR) pada bayi sebagai berikut.

- 1.Tempatkan korban dalam posisi terlentang
- 2.Anda mengambil posisi berlutut di samping pasien.
- 3.Cek respon korban
- 4.Bila korban tidak respon maka minta bantuan ambulan
- 5.Periksa nafas dan nadi brachialis secara bersamaan.
 - a. Bila pernafasan dan nadi ada, maka observasi nafas dan nadi terus menerus.
 - b. Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas sebanyak 12-20 kali permenit. Adapun jeda tiupan pertama dan kedua selama 3-5 detik.
 - c. Bila nadi dan pernafasan tidak ada, maka lakukan CPR seperti langkah berikut ini.
- 6.Posisi jari telunjuk dan tengah di sternum yaitu dibawah garis bayangan antara kedua putting susu.
- 7.Kompresi sebanyak 30 kali dengan kedalaman hentakan 4 cm dan kecepatan minimal 100-120 x per menit
- 8.Lakukan head tilt chin lift untuk membuka jalan nafas (ekstensi ringan)
- 9.Beri tiupan sebanyak 2 kali. Saat meniup melihat pengembangan dada.
- 10.Lakukan kompresi dada 30 x dan tiupan 2 x sebanyak 5 siklus (2 menit).
- 11.Setelah 5 siklus maka cek nadi brachialis
- 12.Bila nadi tidak ada lakukan kompresi lagi. Bila nadi teraba, cek pernafasan.
- 13.Bila nafas nafas tidak ada, lakukan bantuan nafas sebanyak 12-20 x per menit.
- 14.Bila nafas sudah ada maka atur posisi mantap
- 15.Observasi nadi dan pernafasan.

Ringkasan

Bantuan hidup dasar pada kasus henti nafas henti jantung (non obstruksi) bisa terjadi pada dewasa, anak dan bayi. Tindakan yang dilakukan untuk mengembalikan fungsi jantung dan paru yaitu dengan CPR

(Resusitasi Kardio Pulmonal). Untuk mendapatkan kualitas CPR yang baik perlu anda perhatikan yaitu kecepatan kompresi, kedalaman kompresi, jumlah atau volume pernafasan, recoil dada, minimal intrupsi.

Tes 3

Seorang laki laki umur 30 tahun datang ke IGD rumah sakit mengalami henti nafas dan henti jantung. Anda sebagai perawat IGD, dan Anda dianjurkan untuk melakukan CPR

**PEDOMAN PENILAIAN
BANTUAN HIDUP DASAR (BHD)
CPR Dewasa dengan 1 penolong**

Langkah	Tindakan	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
Save	1. Persiapan pasien dan penolong Amankan posisi pasien dari bahaya lingkungan Penolong memakai Alat Pelindung Diri (APD), masker, sarung tangan,					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
Respon	2. Penilaian respon korban Tepuk atau Goyang pundak bayi dengan hati-hati atau Berteriak					Nilai 4 : dilakukan sempurna
EMS	3. Bila korban tidak sadar, aktifkan EMS (jika ada orang lain), Panggil ambulans					Nilai 3 : dilakukan benar
Circulation (C)	4. Cek nafas dan arteri karotis secara bersamaan dengan posisi penolong selama 10 detik.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
	5a. Bila pernafasan dan nadi ada, maka observasi nafas dan nadi terus menerus. 5b. Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas sebanyak 10-12 kali permenit. Adapun jeda tiupan pertama dan kedua selama 5-6 detik. 5c. Bila nadi dan pernafasan tidak ada, maka lakukan CPR seperti langkah berikut ini. Lakukan kompresi jantung sebanyak 30 x. High Quality : Posisi tangan : Di setengah bawah sternum . Kecepatan kompresi 100 -120 x/mnt : Kedalaman 5 cm Hitungan: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,1,2,3,4,5,6,7,8,9,20,1,2,3,4,5,6, 7,8,9,30.					Nilai 1 : tidak dilakukan
Airway (A)	1. Atur posisi head tilt dan chin lift (bila tidak ada trauma servikal)					

Airway (A)	1. Atur posisi head tilt dan chin lift (bila tidak ada trauma servikal)					
Breathing (B)	2. Beri pernafasan Beri pernafasan dengan cara menutup mulut korban dengan mulut penolong. Hidung korban ditutup dengan tangan penolong. Beri bantuan nafas 2 kali .					
CPR Cycle	3. Lakukan CPR = 30 :2 sebanyak 5 siklus (1 siklus = 30 kompresi dan 2 ventilasi) dalam 2 menit.					
Reassessment	4. Setelah 5 siklus maka cek nadi karotis : Bila nadi tidak ada,, lanjutkan CPR, bila nadi ada maka cek pernafasan, 5. Cara cek pernafasan, bila nafas tidak ada atau tidak adequate (gagging) maka beri					

Langkah	Tindakan	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
	bantuan nafas sebanyak 10-12 x/menit (sampai korban bernafas / bantuan pernafasan ada). Cara hitung bantuan nafas : 1 ribu, 2 ribu, 3 ribu, 4 ribu, 5 ribu kemudian beri nafas.					
Recovery P	6. Bila nadi dan nafas sudah adequate , beri posisi recovery (mantap).					
NILAI						

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{44} \times 100$$

■

Pembimbing

{ }

CPR Bayi

Langkah	Tindakan	NILAI				Keterangan
		1	2	3	4	
Seve	1. Keamanan dan Posisi Pastikan penolong dan pondorita aman Letakkan bayi terlentang pada permukaan datar dan keras. Pertahankan kepala dan leher					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
Respon	2. Penilaian respon korban Topuk atau goyang pundak bayi dengan hati-hati atau bertenak					
EMS	3. Aktifkan EMS jika ada orang lain. Panggil Ambulan					Nilai 4 : dilakukan sempurna
Circulation (C)	4. Periksa Nadi dan pernafasan Penolong memeriksa nadi brachialis dan nafas secara bersamaan maksimal 10 detik.					Nilai 3 : dilakukan benar
	5a. Bila pernafasan dan nadi ada, maka observasi nafas dan nadi terus menerus. 5b. Bila nadi toraks dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas sebanyak 12-20 kali permenit. Adapun jeda tiupan pertama dan kedua selama 5-5 detik. 5c. Bila nadi dan pernafasan tidak ada, maka lakukan CPR seperti langkah berikut ini. Lakukan kompresi jantung sebanyak 30 x. 5. Posisi jari adalah dibawah garis bayangan antara 2 gigitan susu. Kompresi dengan 2 jari (tengah & manis) dengan jari tegak di sternum. Hitungan : 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,1,2,3,4,5,6,7,8,9,20,1,2,3,4,5,6,7,8,9,30. Kedalaman 4 cm, kecepatan minimal 100-120 x /menit.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
Airway (A)	6. Buka jalan nafas dengan cara manuver Head-tilt - Chin-lift .					
Breathing (B)	7. Beri pernafasan Beri pernafasan dengan cara tubug seluruh mulut dan hidung bayi dengan mulut penolong. Beri bantuan nafas sebanyak 2 kali					
CPR Cycle	8. Lakukan CPR = 30 :2 sebanyak 5 siklus (1 siklus = 30 kompresi dan 2 ventilasi).					
Reassessment	9. Setelah 5 siklus maka cek nadi brachialis : Bila nadi tidak ada maka lanjutkan CPR, bila nadi ada maka cek pernafasan,					
	10. Bila nafas tidak ada atau tidak adequate (gaspng) maka beri bantuan nafas sebanyak 12- 20 kali/ 1 menit (sampai korban bernafas / bantuan pernafasan ada).					

	11. Cara hitung bantuan nafas : 2 ribu, 3 ribu kemudian tiup, sampai 20 x.					
Recovery Position	12. Bila nadi dan nafas sudah adequate , beri posisi recovery (mantap).					
	13. Miringkan bayi kearah penolong dengan disangga bantal/guling yang tipis.					
NILAI						

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{54} \times 100$$

•

Pembimbing

(.....)

Adapun hasil penilaian BHD seperti di bawah ini:

Angka Absolut	Angka Mutu	Huruf Mutu
80 - 100	4,00	A
75 - 79	3,70	A-
72 - 74	3,30	B+
68 - 71	3,00	B
64 - 67	2,70	B-
61 - 63	2,30	C+
58 - 60	2,00	C
52 - 57	1,70	C-
41 - 51	1,00	D
0 - 40	0,00	E

BAB IV
ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
PADA SISTEM MUSKULOSKELETAL DAN
SISTEM INTEGRUMEN (LUKA BAKAR)

PENDAHULUAN

Pada Bab ini akan belajar tentang asuhan keperawatan gawat darurat sistem musculoskeletal. Topik ini sangat penting karena korban yang mengalami masalah musculoskeletal sering juga menyebabkan kematian. Beberapa penyakit yang sering diderita korban untuk masuk ke rumah sakit adalah fraktur baik terbuka dan tertutup yang disertai dengan perdarahan, dislokasi dan lainnya.

Berikutnya atau kedua, adalah praktik klinik asuhan keperawatan dan gawat darurat sistem integument (luka bakar). Beberapa gangguan yang sering diderita korban untuk masuk ke rumah sakit akibat luka bakar adalah sesak nafas, hipotensi, kerusakan jaringan sampai korban tidak sadar.

A.TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktikum, diharapkan mahasiswa mampu untuk melakukan Asuhan keperawatan gawat darurat pada sistem musculoskeletal.

B.TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan mampu untuk melakukan:

- 1.Pengkajian Keperawatan pada sistem musculoskeletal
- 2.Diagnose Keperawatan pada sistem musculoskeletal
- 3.Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada sistem musculoskeletal
- 4.Evaluasi Keperawatan pada sistem musculoskelet

C.LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

- 1.Persiapan

 Seperti sebelumnya, sebelum melakukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit. Harus menyiapkan alat alat diperlukan dan melakukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga

keamanan baik petugas maupun pasien seperti cuci tangan, sarung tangan, celemek, masker, tutup kepala dan alat alat menurut kebutuhan. Adapun alat alat yang perlu disiapkan adalah:

		
BVM	Stetoskop	Pocket Mask
		
Celemek/apron	Jam tangan	Sarung tangan
		
Form asuhan keperawatan		

Gambar 4.1 : Persiapan alat

Diagnose Keperawatan pada Sistem Muskuloskeletal

Diagnose Keperawatan pada sistem musculoskeletal tergantung pada masalah yang dihadapi pasien. Beberapa diagnose keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan masalah musculoskeletal adalah : 1) Nyeri akut berhubungan dengan pergerakan frakmen tulang, spasme otot, kerusakan jaringan 2)Resiko terjadi trauma tambahan berhubungan dengan pergerakan frakmen tulang 3)Resiko terjadi disfungsi neurovaskuler perifer berhubungan dengan hambatan aliran darah, hipovolemia. 4)Kecemasan/ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian, perubahan kesehatan.

Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada Sistem Muskuloskeletal

Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada sistem musculoskeletal secara umum meliputi : 1)Pemberian oksigen (nasal kanul, masker sederhana, masker nonrebreathing/rebreathing dan ventilator). 2)Memasang oksimetri 3)Melakukan suction melalui mulut. Melakukan Pembidaian 5)Melakukan perawatan luka. Adapun cek list penilaian rencana dan tindakan keperawatan seperti dibawah ini:

5. Melakukan Pembidaian

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Bidai sesuai dengan kebutuhan b. Kassa gulung/tensokrap c. Gunting d. Kassa steril e. Plester f. Sarung tangan bersih g. Bengkok h. Bantal i. Sampiran					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna
2	Jelaskan tujuan					
3	Siapkan & dekatkan alat					
4	Atur posisi pasien					Nilai 3 : dilakukan benar
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih					
6	Bagian ekstremitas yang cedera harus tampak seluruhnya, pakaian harus dilepas kalau perlu digunting.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
7	Atur posisi ekstremitas yang mengalami cedera sesuai body alignment					
8	Periksa nadi, fungsi sensorik dan motorik (PSM) ekstremitas bagian distal dari tempat cedera sebelum pemasangan bidai.					Nilai 1 : tidak dilakukan

9	Bila ada patah tulang terbuka, tutup bagian tulang yang keluar dengan kapas steril dan jangan memasukkan tulang yang keluar kedalam lagi.				
10	Pasang bidai di bagian samping kanan, kiri dan bawah ekstremitas dengan melewati 2 sendi.				
11	Periksa nadi, fungsi sensorik dan motorik(PSM) ekstremitas bagian distal dari tempat cedera .				
12	Bila sudah selesai, buka sarung tangan.				
13	Rapikan pasien dan alat				
14	Perawat cuci tangan				
15	Dokumentasi respon dan prosedur				
16	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik				

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{80} \times 100$ <p>=</p>

Pembimbing

(.....)

6. Melakukan Perawatan Luka Kotor

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	<p>Persiapan alat :</p> <p>Alat steril</p> <p>a. Pincet anatomi 1. b. Pinchet chirurgie 2. c. Gunting Luka (Lurus dan bengkok). d. Kapas Lidi. e. Kasa Steril. f. Kasa Penekan (deppers). g. Sarung Tangan. h. Mangkok / kom Kecil 2</p> <p>Alat tidak steril</p> <p>a. Gunting pembalut. b. Plaster. c. Bengkok/ kantong plastic. d. Pembalut. e. Alkohol 70 %. f. Betadine 2 %. g. H2O2, savlon. h. Bensin/ Aseton. i. Obat antiseptic/ desinfektan. j. NaCl 0,9 %</p>					<p>Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik</p> <p>Nilai 4 : dilakukan sempurna</p> <p>Nilai 3 : dilakukan benar</p> <p>Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar</p> <p>Nilai 1 : tidak dilakukan</p>
2	Jelaskan tujuan					
3	Siapkan & dekatkan alat					
4	Atur posisi pasien					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan					
6	Buka kasa pembungkus luka dan buang ke					

5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan				
6	Buka kasa pembungkus luka dan buang ke bengkok. Kaji kondisi luka.				
7	Ambil pinset dan kapas lembab NS 0.9%, bersihkan luka dari bagian dalam ke luar berulang ulang. Bila luka kotor bisa dibersihkan dengan H2O2.				
8	Berikan betadin pada luka dan sekitarnya				
9	Tutup luka dengan kasa steril				
10	Balut luka dan pasang plester				
11	Bila sudah selesai, buka sarung tangan				
12	Rapikan pasien dan alat				
13	Perawat cuci tangan				
14	Dokumentasi respon, prosedur dan kondisi luka				
15	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik				

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{80} \times 100$$

$$= \dots\dots\dots$$

Pembimbing

(.....)

Evaluasi Keperawatan Pada Sistem Musculoskeletal

Evaluasi keperawatan sistem musculoskeletal secara umum di bagian emergensi meliputi evaluasi jalan nafas, pernafasan, sirkulasi dan disability (tingkat kesadaran). Observasi jalan nafas, apakah paten atau tidak. Kaji pernafasan, apakah mengalami gangguan kebutuhan oksigen atau tidak. Kaji sirkulasi, apakah tekanan darah normal atau tidak, akral dingin atau tidak, capillary refill time ada gangguan atau tidak. Periksa tingkat kesadaran apakah pasien sadar atau tidak sadar. Evaluasi selanjutnya yaitu pada focus terjadinya trauma meliputi rasa nyeri, perdarahan, kondisi luka, PMS (pulse, motorik dan sensori) dan tanda tanda kompartemen syndrome.

Pelaporan

Setelah menyelesaikan Bab ini yang sesuai dengan langkah langkah di atas, maka harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya.

Ringkasan

Asuhan keperawatan kedaruratan pada musculoskeletal sangat penting disebabkan fungsi dari tulang dan otot jantung sebagai organ yang berpengaruh pada kehidupan. Pengkajian yang tepat dan cepat serta

penetapan diagnose keperawatan yang akurat akan berdampak pada tindakan yang tepat pula. Beberapa kondisi seperti patah tulang merupakan kondisi yang harus segera ditangani terutam pasien mengeluh nyeri, adanya perdarahan eksternal sampai terjadi syok hipovolumik. Andasebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban.

Tes 1

Seorang wanita umur 25 tahun datang ke IGD rumah sakit dengan keluhan nyeri hebat pada paha sebelah kanan. Pasien mengatakan bahwa ia jatuh dari sepeda motor. Pasien sesak nafas, kesadaran kompos mentis. Andasebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN DAN GAWAT DARURAT PADA SISTEM INTEGUMENT (LUKA BAKAR)

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan mampu untuk melakukan Asuhan keperawatan pada luka bakar.

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktikum, diharapkan mampu untuk melakukan :

1. Pengkajian Keperawatan pada luka bakar
2. Diagnose Keperawatan pada luka bakar
3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada luka bakar
4. Evaluasi Keperawatan pada luka bakar

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Persiapan untuk melakukan asuhan keperawatan gawat darurat sistem integument (luka bakar) seperti pada Bab4 kegiatan raktik klinikdi atas.

2. Pelaksanaan

a. Pengkajian Keperawatan pada luka bakar

Identitas Klien	
Nama	:
Usia	: tahun
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Alamat	:
Agama	: <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lain lain :
Tanggal MRS	:
No. MR	:
Diagnosa Medis	:
Data pre Hospital	
Cara tiba ke RS	: <input type="checkbox"/> Ambulan <input type="checkbox"/> Kendaraan Umum <input type="checkbox"/> lain lain :

	: Pengembangan dada : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> tidak : Distensi vena jugularis: <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak
Circulation	: Kualitas nadi : <input type="checkbox"/> kuat <input type="checkbox"/> lemah : Ritme jantung : <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular : EKG : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tidak normal : CRT : detik : warna kulit : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pucat Suhu kulit : <input type="checkbox"/> hangat <input type="checkbox"/> dingin Diaphoresis : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak
Disability	: Tingkat kesadaran : : GCS : mata : Verbal : Motorik :
Eksposure	:
Pengkajian Sekunder	
Riwayat Kesehatan Sekarang :	

Tanda tanda vital : Tek darah : / mmHg , Nadi : x/mnt Pernafasan : x/mnt , Suhu : C	
Tindakan & pengobatan yang telah dilakukan : a. b. c. d.	
Keluhan Utama :	
Pengkajian Primer	
Airway	: <input type="checkbox"/> Paten : <input type="checkbox"/> Tidak paten : Gurgling / snoring / stridor
Breathing	: <input type="checkbox"/> Efektif <input type="checkbox"/> Tidak efektif (absen) : Warna kulit : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pucat : Pola nafas : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tidak , : Kerja nafas : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> takipnea <input type="checkbox"/> bradipnea / : Menggunakan otot bantu nafas : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak : Suara nafas : <input type="checkbox"/> vesikuler <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> stridor : Jejas : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak : Deviasi trakea : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak : Pengembangan dada : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> tidak : Distensi vena jugularis: <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak
Circulation	: Kualitas nadi : <input type="checkbox"/> kuat <input type="checkbox"/> lemah : Ritme jantung : <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular : EKG : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tidak normal : CRT : detik : warna kulit : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pucat

Riwayat Kesehatan Keluarga :

Pengkajian Head to Toe

Kepala	<p>Inspeksi & Palpasi</p> <p>a. Rambut :</p> <p>b. Wajah :</p> <p>c. Mata :</p> <p>d. Hidung :</p> <p>e. Telinga :</p> <p>f. Mulut :</p>
	<p>▪ Pengembangan dada :</p> <p>▪ Pulsasi :</p> <p>h. Palpasi (paru & jantung)</p> <p>▪ Nyeri :</p> <p>▪ Krepitasi :</p> <p>▪ Iktus cordis :</p> <p>▪ Irama jantung :</p> <p>i. Auskultasi (paru & jantung)</p> <p>▪ Bunyi nafas : <input type="checkbox"/> bronchial <input type="checkbox"/> bronkovesikuler <input type="checkbox"/> vesikuler</p> <p>▪ Bunyi nafas abnormal : <input type="checkbox"/> ronkhi <input type="checkbox"/> wheezing</p> <p>▪ Bunyi Jantung : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal</p> <p>▪ Kelainan bunyi jantung : <input type="checkbox"/> BJ III <input type="checkbox"/> BJ IV</p> <p>j. Perkusi (paru & jantung)</p> <p>▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya</p> <p>▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya</p>
Abdomen	<p>a. Inspeksi :</p> <p>▪ Bentuk :</p> <p>▪ Kelainan :</p> <p>b. Palpasi</p>

3) Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan integritas kulit 4) Risiko infeksi berhubungan dengan hilangnya proteksi primer. 5) Kecemasan/ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian, perubahan kesehatan.

Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada Sistem integument

Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada sistem pernafasan secara umum meliputi: 1)Pemberian oksigen (nasal kanul, masker sederhana, masker nonrebreathing/reabreathing dan ventilator). 2)Memasang oksimetri 3)Melakukan suction melalui mulut/hidung4)Memasang OPA (oropharyngeal airway)5)Perawatan luka bakar

6. Melakukan perawatan luka bakar

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : Alat steril a. Pincet anatomi 2. b. Pinchet chirurgie 2. c. Gunting Luka (Lurus dan bengkok). d. Kapas Lidi. e. Kasa Steril. f. Kasa Penekan (deppers). g. Sarung Tangan. h. Mangkok / kom Kecil 2 Alat tidak steril Tulle yang mengandung chlorhexidine 0,05% a. Gunting pembalut. b. Plaster. c. Bengkok d. Perban. e. Alkohol 70 %. f. Obat antiseptic/ desinfektan. g. NaCl 0,9 % h. S spuit 3 cc					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
2	Jelaskan tujuan					
3	Siapkan & dekatkan alat					
4	Atur posisi pasien					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan					

6	Buka kasa pembungkus luka dan buang ke bengkok. Kaji kondisi luka.				
7	Ambil pinset dan kapas lembab NS 0.9%, bersihkan luka dari bagian dalam ke luar				
8	Bila ada jaringan nekrotik digunting dengan hati2, bila ada bula tidak boleh dipecah.				
9	Beri tulle yang sudah dicampur obat, tutup luka dengan kasa steril lembab dan tutup dengan kasa steril yang kering atau dibalut.				
10	Bila sudah selesai, buka sarung tangan				
11	Rapikan pasien dan alat				
12	Perawat cuci tangan				
13	Dokumentasi respon, prosedur dan kondisi luka				
14	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik				

Pembimbing

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{80} \times 100$ $= \dots\dots\dots$
--

(.....)

Evaluasi Keperawatan pada Luka Bakar

Evaluasi keperawatan sistem pernafasan secara umum di bagian emergensi meliputi evaluasi jalan nafas, pernafasan, sirkulasi dan disability (tingkat kesadaran). Observasi jalan nafas, apakah paten atau tidak. Kaji pernafasan, apakah mengalami gangguan kebutuhan oksigen atau tidak. Kaji sirkulasi, apakah tekanan darah normal atau tidak, akraldingin atau tidak, capillary refill time ada gangguan atau tidak. Periksa tingkat kesadaran apakah pasien sadar atau tidak sadar.

Pelaporan

Setelah anda menyelesaikan Bab ini yang sesuai dengan langkah-langkah di atas, maka Anda harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya.

Ringkasan

Pengkajian keperawatan kedaruratan pada luka bakar sangat penting untuk menentukan kegawatan korban. Pengkajian yang tepat dan cepat serta penetapan diagnose keperawatan yang akurat akan berdampak pada tindakan yang tepat pula. Masalah yang serius pada luka bakar adalah sesak nafas akibat edema pada jalan nafas (bronco-trakea), defisit cairan akibat banyak cairan yang hilang dari kulit, serta adanya nyeri akut dan risiko infeksi akibat hilangnya/rusaknya kulit. Tindakan keperawatan yang segera dilakukan berupa pembebasan jalan nafas, pemberian oksigen, resusitasi cairan dan perawatan luka serta penanganan rasa nyeri. Anda sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban.

Tes 2

Seorang laki laki umur 55 tahun datang ke IGD rumah sakit. Korban mengalami luka bakar akibat kompor yang meledak. Kulit melepuh di bagian wajah dan leher, dada depan, lengan kanan dan paha kanan. Keluhan sesak nafas, banyak secret, Anda sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT KERACUNAN SERTA OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

Keracunan bisa terjadi kepada siapapun, dimanapun. Penyebab keracunanpun juga bermacam macam, bisa akibat makanan, minuman, gas, gigitan ular dan sebagainya. Keracunan yang paling sering terjadi di masyarakat adalah keracunan yang dikarenakan makanan. Masalah keperawatan yang sering ditimbulkan akibat keracunan adalah pusing, nyeri perut, muntah dan mual, diare, lemah, sesak sampai terjadi penurunan kesadaran dan kematian.

Pada kegiatan praktikum ini akan belajar tentang asuhan keperawatan pada bagian obstetri dan ginekologi. Topik ini juga sangat penting karena korban yang mengalami masalah obstetri dan ginekologi juga akan berdampak pada janin yang dikandungnya. Beberapa masalah yang sering diderita korban untuk masuk ke rumah sakit adalah adanya perdarahan kehamilan, nyeri abdomen dengan berbagai penyebab.

Kegiatan Praktikum I Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Keracunan

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan mampu untuk melakukan Asuhan keperawatan gawat darurat pada keracunan.

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan mampu untuk melakukan:

1. Pengkajian Keperawatan pada keracunan
2. Diagnose Keperawatan pada keracunan
3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada keracunan
4. Evaluasi Keperawatan pada keracunan

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Seerti Bab sebelumnya, melakukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, harus menyiapkan alat alat diperlukan, melakukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga

keamanan baik Andamaupun pasien seperti cuci tangan, sarung tangan, celemek, masker, tutup kepala dan alat sesuai kebutuhan.

5. Melakukan kubah lambung

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. NGT b. Klem c. Gliserin d. Corong e. Plester dan gunting f. Ember g. Cairan sesuai kebutuhan h. Stetoskop i. Sputit 20 cc j. Tissue k. Bengkok l. Sarung tangan					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar
2	Jelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan					
3	Siapkan & dekatkan alat ke pasien					
4	Atur posisi pasien terlentang					
5	Perawat Cuci tangan dan memakai sarung tangan					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
6	Mengukur selang NGT. Panjang NGT mulai dari prosesus xipoides ke hidung kemudian ke telinga.					
7	NGT di klem/ditandai kemudian oleskan gliserin pada bagian ujung NGT.					Nilai 1 : tidak dilakukan

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
11	Bila sudah selesai, lepas sarung tangan					
12	Rapikan pasien dan alat					
13	Perawat cuci tangan					
14	Dokumentasi respon, prosedur dan hasil kubah lambung.					
15	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{80} \times 100 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

Pembimbing

(.....)

6	Mengukur selang NGT. Panjang NGT mulai dari prosesus xipoides ke hidung kemudian ke telinga.					kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
7	NGT di klem/ditandai kemudian oleskan gliserin pada bagian ujung NGT.					
8	Memasukan selang NGT melalui hidung secara perlahan-lahan, bila pasien dalam keadaan sadar anjurkan untuk menelan.					
9	Pastikan NGT masuk ke dalam lambung dengan cara: a. Masukkan ujung NGT kedalam air, jika tidak terdapat gelembung udara maka NGT masuk ke lambung. b. Masukkan udara dengan spuit 10 cc dan didengarkan pada daerah lambung dengan menggunakan stetoskop.					
10	Setelah yakin pasang plester pada hidung untuk memfiksasi NGT					
	Lakukan kubah lambung dengan cara memasukkan cairan melalui spuit atau corong sebanyak 250-500 kemudian tamping/ keluarkan ke ember.					
	Tindakan no 10 dilakukan berulang kali sampai isi lambung bersih.					

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
11	Bila sudah selesai, lepas sarung tangan					
12	Rapikan pasien dan alat					
13	Perawat cuci tangan					
14	Dokumentasi respon, prosedur dan hasil kubah lambung.					
15	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{80} \times 100 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

Pembimbing

(.....)

Evaluasi Keperawatan pada keracunan

Evaluasi keperawatan pada pasien keracunan secara umum di bagian emergensi meliputi evaluasi jalan nafas, pernafasan, sirkulasi dan disability (tingkat kesadaran). Observasi jalan nafas, apakah paten atau tidak. Kaji pernafasan, apakah mengalami gangguan kebutuhan oksigen atau tidak. Kaji sirkulasi, apakah tekanan darah normal atau tidak, akrrar dingin atau tidak, capillary refill time ada gangguan atau tidak. Periksa tingkat kesadaran apakah pasien sadar atau tidak sadar.

Ringkasan

Asuhan keperawatan kedaruratan pada kasus keracunan harus segera ditangani dengan cepat dan tepat, hal ini disebabkan pasien yang mengalami keracunan bisa sangat membahayakan pasien dan dapat menimbulkan kematian. Data yang diperoleh dari hasil pengkajian bisa berupa sesak nafas, hipoksia, kesadaran menurun, diare, badan lemah dan sebagainya. Diagnose keperawatan yang dapat ditetapkan yaitu a) perubahan pola nafas berhubungan dengan efek racun, b) defisit volume cairan berhubungan dengan efek racun, c) risiko terjadi disfungsi neurovaskuler perifer berhubungan dengan efek racun dalam tubuh dan d) Kecemasan/ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian, perubahan kesehatan. Pemberian oksigen, mempertahankan hemodinamik, melakukan kumbah lambung bila keracunan makanan, serta memonitor kesadaran. Evaluasi keperawatan yang diperlukan adalah jalan nafas, pernafasan, sirkulasi dan kesadaran.

Tes 1

Seorang wanita umur 30 tahun datang ke IGD rumah sakit dengan keluhan muntah-muntah dan disertai diare. Menurut pasien, ia baru saja makan nasi kotak yang diberi tetangganya. Andasebagai perawat IGD, lakukan : a) lakukan pengkajian lebih lanjut terhadap korban, b) Tetapkan diagnose keperawatan, c) buat rencana dan tindakan keperawatan, d) buat evaluasinya

6. Memasang infuse dan resusitasi cairan

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infus Set ▪ IV catheter sesuai ukuran ▪ Alkohol spry ▪ Pengalas ▪ Toniquet ▪ Sarung tangan bersih ▪ Kapas steril ▪ Plester ▪ Gunsting ▪ Bengkok ▪ Tiang infuse 					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik Nilai 4 : dilakukan sempurna
2	Jelaskan tujuan					
3	Siapkan & dekatkan alat					Nilai 3 : dilakukan benar
4	Atur posisi pasien					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan					
6	Mengecek tanggal kadaluarsa: infus, selang infus, catheter vena.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
7	Mempersiapkan set infuse : Menusuk cairan infus dan menggantung cairan yang berisi tabung reservoir sejumlah duapertiga bagian . Keluarkan udara dalam selang.					Nilai 1 : tidak dilakukan
8	Atur posisi pasien terlentang, pasang pengalas dan pasang toniquet 5cm dari area penusukan.					
9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan aseptik dengan kapas alkohol 70% dan biarkan selama 15-20 detik 					dilakukan
9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan aseptik dengan kapas alkohol 70% dan biarkan selama 15-20 detik 					
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atur dan pertahankan vena yang akan ditusuk pada posisi stabil dengan menekan dan menarik bagian distal vena dengan ibu jari 					
11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tusuk vena dengan sudut 30 derajat dan lubang jarum menghadap ke atas 					
12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setelah jarum masuk ke dalam vena, tarik mandarin kira kira 0,5 cm, lepaskan tourniquet dan masukan catheter secara perlahan. 					
13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tekan port dan vena, tarik mandarin dan segera sambungkan selang infus dengan catheter. 					
14	Alirkan infus, selanjutnya lakukan fiksasi antara sayap dan lokasi penusukan.					
15	Letakkan gaas steril di atas area penusukan					
16	Lakukan fiksasi, kemudian atur tetesan sesuai dengan kebutuhan.					
17	Bila sudah selesai, buka sarung tangan					
18	Rapikan pasien dan alat alat					
19	Perawat cuci tangan					

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
20	Dokumentasi respon, prosedur dan tgl pemasangan.					
21	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{80} \times 100$$

=

Pembimbing

(.....)