



**MODUL PRAKTIKUM  
KEPERAWATAN GAWATDARURAT  
NSA 529**

**Disusun oleh:**

- 1. Yuliati.,SKp.,MM.,M.Kep**
- 2. Ns. Budi Mulyana, Skep.,M.Kep**

**PROGRAM STUDI NERS  
FAKULTAS ILMU ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL  
TAHUN 2018**

## HALAMAN PENGESAHAN

Nama Dosen1 : Yuliati.,SKp.,MM.,M.Kep / NIDN 0301076701  
Nama Dosen2 : Ns. Budi Mulyana, Skep.,MKep  
Program Studi : Ners

**Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa modul ini dapat digunakan untuk pelaksanaan praktikum mata kuliah Keperawatan Gawat darurat, pada Program Studi Ners, Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul.**

Dosen1,



(Yuliati.,MM.,M.Kep)

Dosen2,

(Ns.Budi Mulyana.,Skep.,M.Kep)

Ditetapkan di Jakarta  
Tanggal 26 April 2018

Ketua Program Studi,



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

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, Modul Praktikum Mata Kuliah Keperawatan Gawat-Darurat dapat diselesaikan.

Penyusunan Modul Praktikum ini bertujuan untuk membantu mahasiswa dalam mencapai kompetensi yang telah ditetapkan, sehingga setelah menempuh mata kuliah praktik ini mahasiswa diharapkan memiliki pengetahuan dan keterampilan mengenai Asuhan Keperawatan Gawat darurat

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan Modul Praktikum Mata Kuliah ini.

Jakarta, 25 Pebruari 2018

Tim Penyusun

**VISI, MISI, DAN TUJUAN  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL**

**VISI**

Menjadi program studi Ners berbasis intelektulitas, kreativitas, dan kewirausahaan, yang unggul di bidang *Nursing Home Care* serta berdaya saing global.

**MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan dan pengajaran yang bermutu dan relevan di bidang keperawatan dengan keunggulan *Nurshing Home Care*
2. Menyelenggarakan program – program penelitian dan pengembangan guna menghasilkan konsep –konsep, teori dan hasil kajian secara fungsional dapat mendukung pengembangan di bidang keperawatan dengan keunggulan *Nurshing Home Care*
3. Melaksanakan dan mengembangkan program – program pengabdian kepada masyarakat yang bermanfaat dan menumbuhkan jiwa kewirausahaan melalui *Nurshing Home Care* dengan inovasi di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi
4. Menyiapkan sumber daya manusia keperawatan dengan keunggulan *Nurshing Home Care* yang berdaya saing global dan menciptakan calon pemimpin yang berkarakter bagi bangsa dan Negara
5. Menjalin kerjasama dengan perguruan tinggi lain, lembaga pemerintah, swasta dan instansi pelayanan kesehatan untuk mendukung dan mengembangkan tri darma perguruan tinggi

**TUJUAN**

1. Menghasilkan Ners yang kompeten, berkualitas, memiliki jiwa kepemimpinan yang berkarakter, dan memiliki jiwa kewirausahaan serta mampu berdaya saing global.
2. Menghasilkan karya ilmiah dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan melalui penelitian dan pengabdian masyarakat
3. Menghasilkan Ners yang mampu memelihara dan mengembangkan kerjasama dengan berbagai pihak, baik di dalam maupun di luar negeri
4. Menghasilkan tenaga Ners dengan keunggulan di bidang *Nurshing Home Care* yang mampu berdaya saing global

## DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR .....	2
VISI/ MISI PRODI.....	3
DAFTAR ISI.....	4
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>4</b>
1.1. Deskripsi Mata Kuliah.....	4
1.2. Tujuan Praktikum .....	4
1.3. Kompetensi Dasar .....	5
1.4. Bobot sks dan Lama Pelaksanaan Praktikum.....	5
<b>BAB II TATA TERTIB DAN K3.....</b>	<b>6</b>
2.1. Tata Tertib Pelaksanaan Praktikum.....	6
2.2. Kaidah Keselamatan dan Kesehatan Kerja.....	6
<b>BAB III PELAKSANAAN PRAKTIKUM &amp; EVALUASI .....</b>	<b>7</b>
3.1. Triase .....	9
3.2. Pengkajian Di Unit Gawat Darurat.....	17
3.3. Asuhan Keperawatan Sistem Pernafasan.....	20
3.4. Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler .....	30
3.5. Pertolongan Pasien Henti Nafas-Jantung.....	42
3.6. Pertolongan Pasien Sumbatan Jalan Nafas.....	53
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>63</b>

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **1.1 Deskripsi Mata Kuliah**

Tuntutan global terhadap mutu pendidikan membawa konsekuensi untuk memperkuat penguasaan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), khususnya pembelajaran praktikum di laboratorium.

Pelayanan di unit gawat darurat merupakan pelayanan yang sangat penting untuk mencegah terjadinya kematian dan kecacatan korban. Untuk dapat mencegah kematian dan kecacatan korban dibutuhkan kemampuan kognitif, afektif maupun psikomotor. Fokus pada pemberian asuhan keperawatan klien, yang mempunyai masalah aktual dan potensial yang mengancam kehidupan tanpa atau terjadinya secara mendadak atau tidak dapat diperkirakan dan tanpa atau disertai kondisi lingkungan yang tidak dapat dikendalikan. Rangkaian kegiatan yang dilaksanakan dikembangkan sedemikian rupa sehingga mampu mencegah kematian atau cacat yang mungkin terjadi dengan menggunakan pendekatan sistem dan holistik termasuk penggunaan teknologi maju. Lingkup bahasan pada mata kuliah ini meliputi konsep dasar keperawatan gawat darurat, sistem penanggulangan gawat darurat, kegawatdaruratan pada klien dengan gangguan sistem pernapasan, sistem kardiovaskular, sistem persarafan, sistem muskuloskeletal, sistem pencernaan, sistem integumen dan asuhan keperawatan pada klien dengan kegawatdaruratan khusus.

### **1.2 Tujuan Praktikum**

Setelah menyelesaikan mata ajaran ini, melalui proses simulasi dan demonstrasi, peserta didik mampu mengelola asuhan keperawatan klien dengan kondisi kedaruratan dan kegawatan juga mampu menggunakan peralatan khusus untuk melakukan tindakan yang spesifik pada pengelolaan kegawatdaruratan.

### **1.3 Kompetensi Dasar**

1. Keperawatan Medikal Bedah,
2. Keperawatan Anak
3. Keperawatan Maternitas

### **1.4 Bobot sks dan Lama Pelaksanaan Praktikum**

Bobot SKS 1 SKS dalam 14 SESI/ Pertemuan

### **1.5 Capaian Pembelajaran**

1. Mahasiswa mampu menerapkan filosofi, konsep holistik dan proses keperawatan kegawatdaruratan
2. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus kedaruratan, kedaruratan dengan gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis
3. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus kedaruratan dengan gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis
4. Mengintegrasikan hasil penelitian kedalam asuhan kegawatdaruratan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kegawatan, dengan gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis
5. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada individu dengan kedaruratan dengan gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis
6. Melaksanakan fungsi advokat dan komunikasi pada kasus kedaruratan terkait berbagai sistem
7. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kedaruratan sesuai dengan stmahasiswa yang berlaku dengan berpikir kritis kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efektif dan efisien

## **BAB II**

### **TATA TERTIB DAN K3**

#### 2.1 Tata Tertib Pelaksanaan Praktiku

1. Mahasiswa/pengguna laboratorium wajib mentaati semua tata tertib dan ketentuan yang ada di Laboratorium.
2. Berlaku sopan, santun dan menjunjung etika akademik.
3. Mahasiswa/pengguna laboratorium yang akan menggunakan fasilitas laboratorium harus mendapatkan surat ijin terlebih dahulu dari PJ laboratorium. Surat ijin harus sudah diterima pengelola laboratorium minimal tiga hari kerja sebelum penggunaan, untuk kemudian diterbitkan surat balasan izin penggunaan fasilitas laboratorium.
4. Persetujuan penggunaan fasilitas/peralatan ditmahasiswa tangani oleh kepala laboratorium.
5. Peminjaman alat harus terlebih dahulu mengisi form peminjaman alat dan diketahui oleh tutor maupun pembimbing, dan staff laboratorium.
6. Pengembalian peralatan/bahan kepada staff laboratorium dalam keadaan baik, sesuai dengan form peminjaman
7. Kerusakan/kehilangan peralatan/bahan selama waktu peminjaman menjadi tanggung jawab peminjam, dan penggantian disesuaikan dengan peralatan/bahan yang dipinjam dalam waktu yang ditentukan oleh pihak laboratorium.
8. Kegiatan praktikum di laboratorium, terdiri atas: tutorial, praktikum terbimbing, dan praktikum mandiri. Untuk tutorial dan praktikum terbimbing, harus

#### 2.2 Kaidah Keselamatan dan Kesehatan Kerja

1. Bekerja secara berdisiplin, memperhatikan dan mewaspadaai hal-hal yang yang dapat menimbulkan bahaya atau kecelakaan, dan mempelajari serta mentaati aturan-aturan yang dibuat untuk menghindari atau mengurangi terjadinya kecelakaan
2. Gunakan APD [Alat pelindung diri] sesuai dengan jenis kegiatan di laboratorium
3. Jika mengenakan jas/baju praktik, janganlah mengenakan jas yang terlalu longgar.
4. Dilarang makan dan minum di dalam laboratorium.
5. Jangan menggunakan perhiasan selama praktik di laboratorium/ bengkel kerja.
6. Jangan menggunakan smahasiswa atau sepatu terbuka atau sepatu hak tinggi selama di laboratorium.
7. Tumpahan bahan kimia apapun termasuk air, harus segera dibersihkan karena dapat menimbulkan kecelakaan.
8. Bila kulit terkena bahan kimia, segera cuci dengan air banyak- banyak sampai bersih. Jangan digaruk agar zat tersebut tidak menyebar atau masuk kedalam badan melalui kulit

## **BAB III**

### **PELAKSANAAN PRAKTIKUM**

#### **1. TRIAGE & PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

##### **PENDAHULUAN**

Mahasiswa akan memulai praktek klinik keperawatan gawat darurat dengan materi adalah 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. Jadi Mahasiswa harus betul betul trampil dalam menangani pasien.

##### **TUJUAN UMUM**

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan saudara mampu untuk melakukan triage gawat darurat pada berbagai kasus.

##### **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

##### **Pelaksanaan Melakukan Triage**

##### **Langkah-langkah kegiatan**

###### **1. Persiapan**

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





		
Pen light	Jam tangan	Sarung tangan
		
Celemek/apron	Masker	Tutup kepala
		
	Formatasuhan keperawatan	

**Gambar 1.1. Persiapan Alat**

Adapun cara mencuci tangan yang benar adalah sebagai berikut :

1. Pertama kali Mahasiswa lakukan cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien serta menggunakan sarung tangan dalam melakukan pemeriksaan fisik maupun melakukan tindakan untuk mengatasi masalah pasien. Gambar 4 adalah 6 langkah cuci tangan yang benar:



## Gambar 1.2. Langkah-Langkah Mencuci Tangan

Langkah-langkah cuci tangan bisa Mahasiswa lihat pada gambar 1.2 : Pertama, Mahasiswa basahi kedua telapak tangan dan ratakan sabun dengan menggosokkan kedua telapak tangan; Kedua, Mahasiswa gosok punggung tangan dan sela-sela jari, lakukan pada kedua tangan Mahasiswa; Ketiga, gosok kedua telapak tangan Mahasiswa dan sela-sela jari; Keempat, posisikan kedua tangan Mahasiswa mengunci kemudian gosok punggung jari kedua tangan; Kelima, bersihkan ibu jari tangan Mahasiswa 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 Mahasiswa dengan cara menggosokkan ujung jari tangan kiri

Setelah itu yang harus Mahasiswa lakukan adalah : pertama Mahasiswa menerima pasien yang datang ke IGD, sambil Mahasiswa perkenalkan diri Mahasiswa pada pasien atau keluarga yang mendampingi. Kemudian pasien Mahasiswa persilakan berbaring pada tempat tidur.



Gambar 1.3. Ruangan IGD

## 2. Pelaksanaan Triage

Adapun langkah- langkah Mahasiswa dalam melakukan triage adalah :

### a. DataSubyektif.

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. Mahasiswa bisa bertanya langsung pada pasien apabila pasien sadar atau pada keluarga apabila pasien bayi atau tidaksadar.
- 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 mengatasikeluhan.

b. Data obyektif meliputi:

- 1) Mahasiswa perhatikan/amati keadaan umum pasien.  
Yang perlu dikaji adalah kesadaran pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar penuh (composmentis), apatus, delirium, somnolen, stupor, koma.
- 2) Kaji jalan nafas (Airway):  
Mahasiswa 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):  
Mahasiswa 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):  
Mahasiswa 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 fungsijantung.
- 5) Lakukan pengukuran mahasiswa-mahasiswa vital : tekanan darah, nadi, suhu, jumlah pernafasan

c. AnalisaData

Setelah data subyektif dan obyektif terkumpul maka Mahasiswa melakukan analisa untuk merumuskan masalah keperawatan.

Analisislah masalah keperawatan yang dihadapi oleh pasien. Mahasiswa harus melakukan dengan cepat dan tepat, analisis Mahasiswa lakukan setelah melakukan pengkajian.

d. *Planning* (rencana tindakankeperawatan)

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 triage 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 labelhijau.

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 Mahasiswa menetapkan prioritas berdasarkan ancaman pasien, selanjutnya

Mahasiswa menentukan rencana tindakan dan pasien segera dikirim ke tempat sesuai prioritas tersebut. Dibawah ini format pada saat Mahasiswa akan melakukan triage di rumah sakit.



gggul



Universitas  
**Esa Unggul**



Universitas  
**Esa U**



gggul



Universitas  
**Esa Unggul**



Universitas  
**Esa U**



gggul



Universitas  
**Esa Unggul**



Universitas  
**Esa U**

## Format Triage di rumah sakit

### A. Identitas Pasien

Nama : .....  
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. Jumlah pernafasan.....  
▪ Nadi.....  
.....  
▪ Tekanan darah.....  
.....  
▪ Suhu.....  
.....  
3. Cek airway (jalannya 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 prioritas4)
2. Tentukan rencanatindakan

**3. Pelaporan**

Setelah mahasiswa melakukan triage sesuai dengan langkah langkah diatas, maka mahasiswa harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang telah diperoleh kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun 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 40 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. Mahasiswa sebagai perawat IGD, coba lakukan triage pada korban tersebut sesuai dengan langkah langkah SOAP.

## PENILAIAN TRIAGE

ASPEK YANG DINILAI		NILAI				KE T
		1	2	3	4	
<b>PENGAJIAN</b>						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)					
	• Tmahasiswa vital					
<b>ASSESSMENT (MASALAH)</b>						
1.	Rumusan masalah tepat (relevan dengan masalah keperawatan pasien)					
<b>RENCANA KEPERAWATAN</b>						
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					
<b>TOTAL</b>						

Pembimbing

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{44} \times 100$ <p style="text-align: center;">=</p>
---

(.....)

## **2. Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit**

### **TUJUAN UMUM**

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

### **TUJUKHUSUS**

Setelah Mahasiswa melakukan praktik klinik keperawatan gawat darurat, Mahasiswa diharapkan mampu:

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

### **LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN**

#### **1. Persiapan**

Sebelum Mahasiswa melakukan pengkajian keperawatan gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Mahasiswa harus menyiapkan alat-alat diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik Mahasiswa 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 mahasiswa mengkaji Mahasiswa harus memperkenalkan diri Mahasiswa pada pasien atau keluarga yang mendampingi.

#### **Pelaksanaan Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat**

- a. Data subyektif yang ditanyakan, meliputi:
  - 1) Identitas pasien  
Identitas pasien meliputi : nama, usia, pendidikan, pekerjaan, agama dan alamat. Mahasiswa 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 dideritasekarang.
  - 4) Usaha pengobatan yang telah dilakukan untuk mengatasikeluhan.
- b. Data obyektif  
Lakukan pemeriksaan fisik maupun diagnostik untuk mengumpulkan data Obyektif, meliputi:
  - 1) Mahasiswa perhatikan/amati keadaan umum pasien:  
Kaji kesadaran pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar penuh (composmentis), apatus, delirium, somnolen, stupor, koma.  
Kaji jalan nafas (Airway):  
Mahasiswa 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 jalannafas
  - 2) Kaji fungsi paru (breathing):  
Mahasiswa 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.
- 3) Kaji sirkulasi (Circulation):  
Mahasiswa 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.
  - 4) Kaji Disability yaitu tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan GCS
  - 5) Lakukan pengukuran mahasiswa-mahasiswa vital : tekanan darah, nadi, suhu, jumlah pernafasan.
  - 6) Lakukan pemeriksaan fisik (data focus) sesuai dengan keluhan pasien.
  - 7) Lakukan kolaborasi untuk pemeriksaan penunjang seperti : EKG, foto rontgen dan pemeriksaan analisa gas darah.

### **3. Pelaporan**

Setelah Mahasiswa menyelesaikan pembelajaran ini yang sesuai dengan langkah-langkah diatas, maka Mahasiswa harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan triage dan laporan pengkajian gawat darurat serta tugas lainnya dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumahsakit.

### **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 45 tahun datang ke IGD dengan mengeluh nyeri dada hebat di dada kiri. Mahasiswa sebagai perawat jaga IGD, Silahkan Mahasiswa melakukan pengkajian keperawatankedaruratan.

### **UMPAN BALIK**

Setelah Mahasiswa melakukan pengkajian pada pasien, maka Mahasiswa 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	
<b>PENGKAJIAN</b>						
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 (tingkatkesadaran)					
	• Tmahasiswavital					
3.	Pengkajian kepala – kaki					
	• Kepala					
	• Mata					
	• Hidung					
	• Mulut					
	• Telinga					
	• Leher					
	• Dada					
	• Abdomen					
	• Pelvic					
	• Ekstremitasatas					
	• Ekstremitasbawah					
<b>TOTAL</b>						

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

$$=$$

Pembimbing

(.....)

### **3. Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Sistem Pernafasan**

#### **TUJUAN UMUM**

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

#### **TUJUANKHUSUS**

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Mahasiswa mampu untuk melakukan Pengkajian Keperawatan pada sistem pernafasan

1. Diagnose Keperawatan pada sistempernafasan
2. Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada sistempernafasan
3. Evaluasi Keperawatan pada sistempernafasan

#### **LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN**

##### **Persiapan**

Persiapan Mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pernafasan seperti pada persiapan pada Kegiatan Praktikum sebelumnya

##### **Pelaksanaan**

- a. Pengkajian Keperawatan pada sistem pernafasan

**Identitas Klien**

Nama :  
 Usia : tahun  
 JenisKelamin :  Laki-laki  Perempuan  
 Alamat :  
 Agama :  Islam  Kristen  Katolik  
 Hindu  Budha  Lain lain :.....  
 TanggalMRS :  
 No.MR :  
 Diagnosa Medis :

**Data pre Hospital**

Cara tiba keRS :  Ambulan  KendaraanUmum  
 lain lain :.....

Tmahasiswa tmahasiswa vital : Tekdarah : /  
 mmHg, Nadi : x/mnt  
 Pernafasan: x/mnt , Suhu: C

**Tindakan & pengobatan yang telah dilakukan :**

- 
- 
- 
- 

**Keluhan Utama :****Pengkajian Primer**

Airway	: <input type="checkbox"/> Paten : <input type="checkbox"/> Tidak paten: Gurgling / snoring /stridor
Breathing	: Efektif <input type="checkbox"/> Tidak efektif(absen) : Warnakulit: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pucat : Polanafas : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tidak ,... .. : Kerjanafas : normal takipnea <input type="checkbox"/> bradipnea/ : Menggunakan otot bantu nafas : ya <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> trid : Suara nafas: vesikuler wheezing ronchi or : Jejas: ya <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> : Deviasitrakea: ya <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> : Pengembanganmahasiswa: simetris tidak : Distensivenajugularis: ya <input type="checkbox"/> tidak
Circulation	: Kualitasnadi : <input type="checkbox"/> kuat <input type="checkbox"/> lemah : Ritmejantung: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular : EKG : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tidak normal : CRT: detik : warnakulit : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pucat Suhukulit : <input type="checkbox"/> hangat <input type="checkbox"/> dingin Diaphoresis : ya <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/>

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

Leher	Inspeksi & Palpasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyeri :</li> <li>▪ Bendungan vena jugularis:</li> </ul>
Thorak	a. Inspeksi (paru & jantung): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bentuk thorak :</li> <li>▪ Jumlahnafas :</li> <li>▪ Polanafas :</li> <li>▪ Pengembangan dada:</li> <li>▪ Pulsasi :</li> </ul> b. Palpasi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyeri :</li> <li>▪ Krepitasi :</li> <li>▪ Iktus cordis :</li> <li>▪ Iramajantung :</li> </ul> c. Auskultasi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bunyinafas : <input type="checkbox"/> bronchial <input type="checkbox"/> bronkovesikuler <input type="checkbox"/> vesikuler</li> <li>▪ Bunyi nafasabnormal : <input type="checkbox"/> ronkhi <input type="checkbox"/> wheezing</li> <li>▪ BunyiJantung : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal</li> <li>▪ Kelainan bunyijantung: BJIII BJIV</li> </ul> d. Perkusi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya .....</li> <li>▪ Jantung pekak <input type="checkbox"/> lainnya.....</li> </ul>
Abdomen	a. Inspeksi : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bentuk :</li> <li>▪ Kelainan :</li> </ul> b. Palpasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyeri :</li> <li>▪ Distensi :</li> </ul> c. Auskultasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suara peristaltic:</li> <li>▪ Jumlah :</li> </ul>

	d. Perkusi : ▪ Timpani : ▪ Kelainan :		
Ekstremitas	a. Inspeksi ▪ Warna : b. Palpasi : ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse:                    Sensasi :    Motorik :		
<b>Pemeriksaan Penunjang &amp; Terapi Medis</b>			
Radiologi	Laboratorium Darah	Pemeriksaan Lain	Terapi Medis

b. 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, traumadada
- 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/ reabreathing dan ventilator).
- 2) Memasang oksimetri
- 3) Melakukan suction melaluimulut/hidung
- 4) Memberikan bantuan nafas melalui BVM / Pocketmask
- 5) Memasang OPA (oropharyngeal airway)

Adapun cek list penilaian rencana dan tindakan keperawatan seperti di bawah ini :

**1. 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
2	Perawat Cuci tangan					Nilai 4 : dilakukan sempurna
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi semi fowler (jika bisa)					
5	Jelaskan tujuan terapi O2 & keselamatan					Nilai 3 : dilakukan benar
6	Sambungkan tabung O2 dengan humidifier dan selang O2.					Nilai 2 : Dilakukan
7	Cek gelembung O2 di humidifier.					& kurang benar
8	Pasang selang O2 kehidung, selang melingkar di telinga dan dirapatkan di bagian hidung					Nilai 1 : tidak dilakukan
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					

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

Pembimbing

(.....)



## 2. 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 diikat 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					

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{100} \times 64 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

Pembimbing

(.....)

### 3. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Oksimeter nadi dansensor b. Kapas alcohol c. Tissue. d. Nierbeken /bengkok					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
2	Perawat Cuci tangan					Nilai 4 : dilakukan sempurna
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi pasien					
5	Jelaskan tujuan pemasangan					
6	Memilih lokasi pemasangan sensor (jari tangan, jari kaki, telinga & hidung.					Nilai 3 : dilakukan benar
7	Bersihkan lokasi pemasangan sensor dengan alcohol					Nilai 2 : Dilakukan & kurangbenar
8	Memasang sensor, pastikan sensor terpasang dengan sempurna.					
9	Menghubungkan kabel sensor ke oksimeter, nyalakan oksimeter					Nilai 1 : tidak dilakukan
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					

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

Pembimbing

(.....)

**4. Melakukan bantuan nafas dengan BVM (Bag Valve Mask)**

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. BVM(Ambubag) b. Handscoonbersih c. Handsrub d. Oksigen					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 yaitu tempat yang aman, datar,dan keras					Nilai 3 : dilakukan benar
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Perawat memeriksa nadi dan pernapasan maksimal selama 10 detik.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
7	Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas.					
8	- Atur posisi kepala yaitu head tilt chin lif bilatidak ada trauma leher. Bila ada trauma leherdengan cara jaw thrust maneuver.					Nilai 1 : tidak dilakukan
9	- Meletakkan masker menutup mulut dan hidung pasien. - ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf C sedangkan jari-jari lainnya memegang rahang bawah sekaligus membuka jalan napasdengan membentuk huruf E					
10	Memompa udara dengan cara tangan satu memegang bag sambil memompa udara dan yang satunya memegang dan memfiksasi masker pada saat memegang masker					
11	Pada dewasa : Berikan nafas sebanyak 10-12 x per menit dengan jeda setiap pompa 5-6 detik. Pada bayi : Berikan nafas sebanyak 20 x per menit dengan jeda setiap pompa 3 detik.					
12	Setelah 1 menit, evaluasi pernafasan. Apabila nafas tidak ada lakukan bantuan nafas sesuai langkah no 11. Namun bila nafas ada maka berikan posisi recoveri (sesuai kondisi).					
13	Bila sudah selesai, buka sarung tangan.					
14	Rapikan pasien dan alat					
15	Perawat cuci tangan					
16	Dokumentasi respon dan prosedur					
17	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{100} \times 64 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

Pembimbing

(.....)

**5. 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. Bengkok e. Tounge spatel f. Kassa steril g. Suction e. Selang penghisap OPA					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 yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					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
7	Pilihlah ukuran OPA yang sesuai dengan pasien. Cara : menempatkan ujung OPA pada sudut mulut, ujung yang lain pada sudut rahang bawah atau pada ujung telinga bawah.					& kurang benar  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 ditekan ke bawah. b. Cara langsung: Membuka mulut pasien dengan cross finger, lidah ditekan 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	Rapikan pasien dan alat					
12	Perawat cuci tangan					
13	Dokumentasi respon dan prosedur					
14	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

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

Pembimbing

(.....)

#### **d. 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.

#### **4. Pelaporan**

Setelah Mahasiswa menyelesaikan bab 3 ini yang sesuai dengan langkah-langkah diatas, maka Mahasiswa harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumahsakit.

### **Ringkasan**

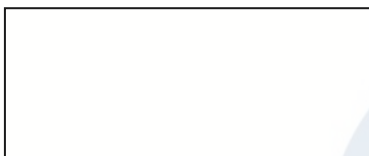
Asuhan keperawatan kedaruratan pada pernafasan sangat penting disebabkan fungsi dari paru sebagai organ vital sangat berpengaruh pada kehidupan. Pengkajian yang tepat dan cepat serta penetapan diagnose keperawatan yang akurat akan berdampak pada tindakan yang tepat pula. Kasus dengan henti nafas merupakan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

#### **Tes 3**

Seorang laki laki umur 45 tahun datang ke IGD rumah sakit tiba- tiba mengalami henti nafas 2 menit yang lalu. Setelah diperiksa lebih lanjut nafas tidak ada sementara nadi teraba. Mahasiswa sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

#### **UMPAN BALIK**

**Setelah Mahasiswa melakukan asuhan keperawatan pada kasus di atas, maka Mahasiswa akan dievaluasi atau diberi umpan balik**



#### 4. ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT SISTEM KARDIOVASKULER

Pada kegiatan praktik bab ini Mahasiswa akan belajar tentang asuhan keperawatan sistem kardiovaskuler. kegiatan praktik klinik 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.

##### TUJUAN UMUM

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

##### TUJUANKHUSUS

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

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

##### Langkah-langkah kegiatan

###### 1. Persiapan

Sebelum Mahasiswa melakukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Mahasiswa harus menyiapkan alat-alat yang diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik bagi Mahasiswa 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:



Sarung tangan



Stetoskop



Pocket Mask



Celemek/apron



Jam tangan



BVM

Gambar 2.1: Persiapan alat

##### Diagnose Keperawatan pada system 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 arterikoronaria.

- 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.

### 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 nonrebreathing/rebreathing dan ventilator).
- 2) Memasang EKG
- 3) Memasang oksimetri
- 4) Melakukan suction melalui mulut/hidung
- 5) Melakukan resusitasi jantung pulmonal

Adapun cek list penilaian rencana dan tindakan keperawatan seperti dibawah ini :

#### 1. Pemberian oksigen melaluinasal

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
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 kehidung, selang melingkar di telinga dan dirapatkan di bagian atas hidung					
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					

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

Pembimbing

(.....)

## 2. 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 tabungO2dengan humidifierdan 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					

Pembimbing

$$\begin{aligned}
 \text{NIL} &= \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

(.....)



### 3. Pemasangan EKG

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	<p>Persiapan alat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mesin EKG</li> <li>b. kabel untuk sumberlistrik</li> <li>c. kabel untuk bumi(ground)</li> <li>d. Kabel elektroda ekstremitas dmahasiswa</li> <li>e. Plat elektroda ekstremitas beserta karet pengikat</li> <li>f. Balon penghisap elektrodadada</li> <li>g. Jelly</li> <li>h. Kertastissue</li> <li>i. Kapas Alkohol</li> <li>j. KertasEKG</li> <li>k. Spidol/fulpen</li> </ul>					<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 &amp; kurang benar</p> <p>Nilai 1 : tidak dilakukan</p>
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Menjelaskan tujuan pemasangan EKG					
5	Persiapan pasien : tenang, tidak menggunakan benda logam di tubuh					
6	Rakit kabel EKG dan colokkan ke arus listrik.					
7	Posisi pasien terlentang dengan tenang. Tangan dan kaki tidak saling bersentuhan					
8	Bersihkan dada, kedua pergelangan tangan dan kaki dengan kapas alcohol.					
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	<p>Daerah dada diberi jelly sesuai dengan lokasi elektrode V1 s/d V6. Pasang elektrode dada dengan menekan karet penghisap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. V1 dipasang di garis parasternal kanan sejajar dengan ICS 4 , berwarna merah</li> <li>b. V2 di garis parasternal kiri sejajar dengan ICS 4, berwarna kuning</li> <li>c. V3 di antara V2 dan V4, berwarna hijau</li> <li>d. V4 di garis mid klavikula kiri sejajar ICS 5, berwarna coklat</li> <li>e. V5 di garis aksila anterior kiri sejajar ICS 5, berwarna hitam</li> <li>f. V6 di garis mid aksila kiri sejajar ICS5, berwarna ungu</li> </ul>					
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					

Pembimbing

$\text{NIL} = \frac{\text{Total Skor}}{76} \times 100$ $=$
--

(.....)

--

**a. Memasang oksimeter**

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
	Persiapan alat : e. Oksimeter nadi dan sensor f. Kapas alcohol g. Tissue. h. Nierbeken / bengkok					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik  Nilai 4 : dilakukan sempurna
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi pasien					Nilai 3 : dilakukan benar
5	Jelaskan tujuan pemasangan					
6	Memilih lokasi pemasangan sensor (jari tangan, jari kaki, telinga & hidung).					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
7	Bersihkan lokasi pemasangan sensor dengan alcohol					
8	Memasang sensor, pastikan sensor terpasang dengan sempurna.					Nilai 1 : tidak dilakukan
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					

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

Pembimbing

(.....)

**b. Melakukan suction melalui mulut**

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : g. Mesinsuction h. Kateter suction steril (Y port) i. CairanSteril j. Kom Steril k. Sarung tangansteril l. Handuk					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					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan					
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 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

(.....)

#### **d. 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 tidaksadar.

#### **2. Pelaporan**

Setelah Mahasiswa menyelesaikan Bab 2 ini yang sesuai dengan langkah-langkah diatas, maka Mahasiswa harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumahsakit.

#### **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. Mahasiswa sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban. Selamat melakukan praktik klinik.

#### **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. Mahasiswa sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

#### **UMPAN BALIK**

Setelah Mahasiswa melakukan asuhan keperawatan pada kasus di atas, maka Mahasiswa akan dievaluasi atau diberi umpan balik.

**F. Memasang infuse dan resusitasi cairan**

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ InfusSet</li> <li>▪ IV catheter sesuaiukuran</li> <li>▪ Alkoholspry</li> <li>▪ Pengalas</li> <li>▪ Toniquet</li> <li>▪ Sarung tanganbersih</li> <li>▪ Kapas steril</li> <li>▪ Plester</li> <li>▪ Gunsting</li> <li>▪ Bengkok</li> <li>▪ Tianginfuse</li> </ul>					<p>Nilai: 4 = Sangat Baik 3 =Baik 2 = Kurang Baik 1 = Tidak Baik</p> <p>Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan &amp;kurang benar 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	Mengecek tanggal kadaluarsa: infus, selang infus, catheter vena.					
7	Mempersiapkan set infuse : Menusuk cairan infus dan menggantung cairan yang berisi tabung reservoir sejumlah duapertiga bagian . Keluarkan udara dalam selang .					
8	Atur posisi pasien terlentang, pasang pengalas dan pasang toniquet 5cm dari area penusukan.					
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lakukan aseptik dengan kapas alkohol70% dan biarkan selama 15-20 detik</li> </ul>					
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atur dan pertahankan vena yang akan ditusuk pada posisi stabil dengan menekmahasiswa menarik bagian distal vena dengan ibu jari</li> </ul>					
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tusuk vena dengan sudut 30 derajatdan lubang jarum menghadap ke atas</li> </ul>					
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setelah jarum masuk ke dalam vena, tarik mmahasiswa kira kira 0,5 cm, lepaskan tourniquet dan masukan catethersecara perlahan.</li> </ul>					
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tekan port dan vena, tarik mmahasiswa dan segera sambungkan selang infusdengan catheter.</li> </ul>					
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					

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

Pembimbing

(.....)

#### 4. ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT SISTEM KARDIOVASKULER & BANTUAN HIDUP DASAR

Pada kegiatan praktik bab ini Mahasiswa akan belajar tentang asuhan keperawatan sistem kardiovaskuler. kegiatan praktik klinik 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. Ok...selamat praktik.

##### TUJUAN UMUM

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

##### TUJUANKHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Mahasiswa 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

##### Langkah-langkah kegiatan

###### 1. Persiapan

Sebelum Mahasiswa melakukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Mahasiswa harus menyiapkan alat-alat yang diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik bagi Mahasiswa 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:



Sarung tangan



Stetoskop



Pocket Mask



Celemek/apron



Jam tangan



BVM

**Gambar 2.1: Persiapan alat**

##### Diagnose Keperawatan pada system 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.

### 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 nonrebreathing/rebreathing dan ventilator).
2. Memasang EKG
3. Memasang oksimetri
4. Melakukan suction melalui mulut/hidung
5. Melakukan resusitasi jantung pulmonal

Adapun cek list penilaian rencana dan tindakan keperawatan seperti dibawah ini :

#### 1. 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
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 hidung, selang melingkar di telinga dan dirapatkan di bagian atas kepala					
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					

Pembimbing

$$\begin{aligned}
 \text{NIL} &= \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100 \\
 &=
 \end{aligned}$$

(.....)

**c. 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 diikat 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					

Pembimbing

$$\begin{aligned}
 \text{NIL} &= \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

(.....)

d. Pemasangan EKG

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	<p>Persiapan alat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>l. Mesin EKG</li> <li>m. kabel untuk sumberlistrik</li> <li>n. kabel untuk bumi(ground)</li> <li>o. Kabel elektroda ekstremitas dmahasiswa</li> <li>p. Plat elektroda ekstremitas beserta karet pengikat</li> <li>q. Balon penghisap elektrodadada</li> <li>r. Jelly</li> <li>s. Kertastissue</li> <li>t. Kapas Alkohol</li> <li>u. KertasEKG</li> <li>v. Spidol/fulpen</li> </ul>					<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 &amp; kurang benar</p> <p>Nilai 1 : tidak dilakukan</p>
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Menjelaskan tujuan pemasangan EKG					
5	Persiapan pasien : tenang, tidak menggunakan benda logam di tubuh					
6	Rakit kabel EKG dan colokkan ke arus listrik.					
7	Posisi pasien terlentang dengan tenang. Tangan dan kaki tidak saling bersentuhan					
8	Bersihkan dada, kedua pergelangan tangan dan kaki dengan kapas alcohol.					
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	<p>Daerah dada diberi jelly sesuai dengan lokasi elektrode V1 s/d V6. Pasang elektrode dada dengan menekan karet penghisap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g. V1 dipasang di garis parasternal kanan sejajar dengan ICS 4 , berwarna merah</li> <li>h. V2 di garis parasternal kiri sejajar dengan ICS 4, berwarna kuning</li> <li>i. V3 di antara V2 dan V4, berwarna hijau</li> <li>j. V4 di garis mid klavikula kiri sejajar ICS 5, berwarna coklat</li> <li>k. V5 di garis aksila anterior kiri sejajar ICS 5, berwarna hitam</li> <li>l. V6 di garis mid aksila kiri sejajar ICS5, berwarna ungu</li> </ul>					
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					

Pembimbing

$$\begin{aligned}
 \text{NIL} &= \frac{\text{Total Skor}}{76} \times 100 \\
 &=
 \end{aligned}$$

(.....)

## 2. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
	Persiapan alat : e. Oksimeter nadi dan sensor f. Kapas alcohol g. Tissue. h. Nierbeken / bengkok					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik  Nilai 4 : dilakukan sempurna
2	Perawat Cuci tangan					
3	Verifikasi kembali instruksi dokter					
4	Atur posisi pasien					Nilai 3 : dilakukan benar
5	Jelaskan tujuan pemasangan					
6	Memilih lokasi pemasangan sensor (jari tangan, jari kaki, telinga & hidung).					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
7	Bersihkan lokasi pemasangan sensor dengan alcohol					
8	Memasang sensor, pastikan sensor terpasang dengan sempurna.					Nilai 1 : tidak dilakukan
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					

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

Pembimbing

(.....)

#### **d. 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 tidaksadar.

#### **Pelaporan**

Setelah Mahasiswa menyelesaikan Bab 2 ini yang sesuai dengan langkah-langkah diatas, maka Mahasiswa harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumahsakit.

#### **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. Mahasiswa sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban. Selamat melakukan praktik klinik.

#### **Tes 4**

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. Mahasiswa sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

#### **UMPAN BALIK**

Setelah Mahasiswa melakukan asuhan keperawatan pada kasus di atas, maka Mahasiswa akan dievaluasi atau diberi umpan balik.

## 5. Pertolongan Korban yang Henti Nafas & Henti Jantung

Mari kita lanjutkan praktik kita dengan topik pertolongan korban yang henti nafas dan henti jantung. Pada bagian ini Mahasiswa diajak untuk terampil menolong korban yang tidak terjadi sumbatan jalan nafas tetapi korban mengalami henti nafas dan henti jantung. Sungguh menarik dan menantang dalam praktik ini dan korban sangat tergantung dari kemampuan Mahasiswa. Masih ingatkan? Mahasiswa harus bekerja dengan cepat dan tepat karena tindakan ini sangat berhubungan dengan nyawa korban. Selamat bergabung dengan kegiatan praktik 3, sukses untuk Mahasiswa.

### TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Mahasiswa mampu untuk melakukan pertolongan pasien yang mengalami henti nafas dan henti jantung.

### TUJUAN KHUSUS

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

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

### LANGKAH-LANGKAH

#### Persiapan

Persiapan dalam memberikan pertolongan pada korban dengan henti nafas dan henti jantung seperti pada persiapan Kegiatan Praktikum sebelumnya.

#### Pelaksanaan

Langkah-langkah pertolongan henti nafas dan henti jantung (CPR) pada dewasa menurut AHA 2018 sebagai berikut:

1. Analisa situasi ( lingkungan sekitar aman )
2. Tempatkan korban di tempat yang rata, keras dan posisi terlentang
3. Mahasiswa mengambil posisi berlutut di samping pasien.
4. Cek respon korban
5. Bila korban tidak respon maka minta bantuan ambulan
6. Periksa nafas dan nadi secara bersamaan. (Ada 3 kemungkinan)
  - Bila pernafasan dan nadi ada, maka observasi nafas dan nadi terus menerus.
  - 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.
  - Bila nadi dan pernafasan tidak ada, maka lakukan CPR seperti langkah berikut ini.
7. Tempatkan telapak tangan dominan diletakkan di setengah bawah sternum, dan lainnya diatasnya. 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.

### **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 mahasiswa perhatikan yaitu kecepatan kompresi, kedalaman kompresi, jumlah atau volume pernafasan, recoil dada, minimal intrupsi. Sekali lagi Mahasiswa sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban. Selamat berlatih dan praktik.

### **Tes 5**

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

### **UMPAN BALIK**

Setelah Mahasiswa melakukan pertolongan CPR pada korban , maka Mahasiswa akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form setelah ini.



**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 ambulance					
Circulation (C)	4. Cek nafas dan arteri karotis secara bersamaan dengan posisi penolong selama 10 detik.					Nilai 3 : dilakukan 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. <b>High Quality :</b> 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 2 : Dilakukan & kurang benar  Nilai 1 : tidak dilakukan
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 (gaspings) 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	6. Bila nadi dan nafas sudah adequate , beri posisi recovery (mantap).					
NILAI						

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{100} \times 44 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

Pembimbing  
( ..... )



**BANTUAN HIDUP DASAR (BHD)  
CPR Bayi**

Langkah	Tindakan	NILAI				Keterangan
		1	2	3	4	
Save	1. Keamanan dan Posisi Pastikan penolong dan penderita aman Letakkan bayi terlentang 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 Tepuk atau goyang pundak bayi dengan hati-hati atau berteriak					
EMS	3. Aktifkan EMS jika ada orang lain. Panggil Ambulan					
Circulation (C)	4. Periksa Nadi dan pernafasan Penolong memeriksa nadi brachialis dan nafas secara bersamaan maksimal 10 detik.					
	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 12-20 kali permenit. Adapun jeda tiupan pertama dan kedua selama 3-5 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 puting susu. Kompresi dengan 2 jari (tengah & manis) dengan jari tegak di sternum. Hitungan : 1,2,3,4,5,6,7,8,9, <b>10</b> ,1,2,3,4,5,6,7,8,9, <b>20</b> ,1,2,3,4,5,6,7,8,9, <b>30</b> . Kedalaman 4 cm, kecepatan minimal 100-120 x /menit.					
Airway (A)	6. Buka jalan nafas dengan cara manuver Head-tilt - Chin-lift .					
Breathing (B)	7. Beri pernafasan Beri pernafasan dengan cara tutup 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 (gaspings) 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 disanglah bantal/guling yang tipis.				
NILAI					

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{100} \times 54 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

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

## 6. Pertolongan pada Korban Sumbatan Jalan Nafas

Pada kegiatan praktik klinik ini akan memandu Mahasiswa untuk melakukan praktik klinik keperawatan kegawatdaruratan pada korban yang mengalami sumbatan jalan nafas. Mahasiswa tahu bahwa 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. Jadi Mahasiswa harus betul-betul terampil dalam menangani pasien.

### TUJUAN UMUM

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

### TUJUAN KHUSUS

Setelah Mahasiswa melakukan praktik klinik keperawatan kegawatdaruratan, Mahasiswa 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.

### LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

#### 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 mengangguk, katakan “harap tenang”, saya akan menolong Mahasiswa.
- 4) Mahasiswa pindah posisi dan berdiri di belakang pasien
- 5) Lingkarkan lengan kanan Mahasiswa dengan tangan kanan terkepal, kemudian pegang lengan kanan Mahasiswa dengan lengan kiri. Posisi kepala tangan Mahasiswa pada abdomen pasien yakni diantara prosesus xipoides dan umbilikus.
- 6) Kaki penolong diantara 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.

2. 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 mengangguk, katakan “harap tenang”, saya akan menolong mahasiswa.

- 4) Mahasiswa pindah posisi dan berdiri di belakang pasien
- 5) Lingkarkan lengan kanan mahasiswa dengan tangan kanan terkepal, kemudian pegang lengan kanan Mahasiswa dengan lengan kiri. Posisi kepalan tangan Mahasiswa pada sternum pasien.
- 6) Kaki penolong diantara 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.

### 3. Pertolongan sumbatan jalan nafas pada dewasa tidak sadar

Langkah langkah:

- 1) Keadaan lingkungan sekitar aman
- 2) Tempatkan pasien dalam posisi terlentang
- 3) Mahasiswa mengambil 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.
- 9) 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.

### 4. 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 di atas untuk mempertahankan posisi ekstensi.
- 3) Bayi dibalik dan arah posisi kepala di bawah dibanding bokong, dan disangga di atas 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 puting 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 - 8 sampai benda asingnya keluar atau korban tidak sadar.
  - 9) Bila benda asingnya sudah keluar, selanjutnya observasi pernafasan dan nadi.
5. Pertolongan sumbatan jalan nafas pada bayi tidak sadar (chest thrust maneuver)

Langkah langkah :

- 1) Bayi diletakkan di meja dengan posisi terlentang
- 2) 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 puting 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 kepala dan beri ventilasi 1 kali 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 Mahasiswa menyelesaikan Bab 2 ini yang sesuai dengan langkah-langkah di atas, maka mahasiswa harus segera melakukan dokumentasi dengan lengkap. Dokumen yang harus diselesaikan meliputi laporan pendahuluan, laporan asuhan keperawatan serta tugas lainnya dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumah sakit.

### **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. Mahasiswa sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban.

### **Tes 6**

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. Mahasiswa sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

**UMPAN BALIK**

Setelah Mahasiswa melakukan pertolongan pada korban obstruksi sadar dan tidak sadar, maka mahasiswa akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form sebagai berikut.



gggul

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa U**

gggul

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa U**

gggul

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa U**



**BANTUAN HIDUP DASAR**  
**PENANGANAN SUMBATAN JALAN NAFAS PADA DEWASA SADAR**

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

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

= .....

Penguji

(.....)

**BANTUAN HIDUP DASAR  
PENANGANAN SUMBATAN JALAN NAFAS PADA DEWASA GEMUK  
ATAU IBU HAMIL SADAR**

Langkah	Tindakan	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
Assesment	1. Kaji mahasiswa mahasiswa tersedak					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
	2. Tanyakan pada korban “ Apakah mahasiswa tersedak ?”					
	3. Bila mengganggu, katakan “tenang, saya dapat menolong mahasiswa dan ikuti perintah saya”.					
Chest Trust	4. Penolong berdiri di sebelah belakang korban,					Nilai 4 : dilakukan sempurna
	5. Satu kaki penolong berada diantara kedua kaki korban, satu kaki lainnya dibelakang.					Nilai 3 : dilakukan benar
	6. Letakkan genggam tangan dominan di dada korban dan tangan lainnya menggenggam tangan pertama.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
	7. Condongkan tubuh korban kedepan					Nilai 1 : tidak dilakukan
	8. Lakukan hentakan sebanyak 5 x kearah dalam dan atas.					
Reassesment	9. Tanyakan pada korban “ apakah benda asingnya sudah keluar ?					
	10. Bila belum keluar, lakukan chest trust lagi/korban tidak sadar.					
	11. Bila sudah keluar, lakukan observasi nafas dan nadi.					
	12. Bila korban SBA menjadi tidak sadar maka tindakan selanjutnya adalah sesuai SOP SBA tidak sadar					
<b>TOTAL</b>						

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

= .....

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 Baik 1 = Tidak Baik
	2. Penolong berada di samping korban					
Respon	3. Penilaian respon korban Tepuk atau Goyang pundak korban dengan hati-hati atau Berteriak					Nilai 4 : dilakukan sempurna
EMS	4. Bila korban tidak sadar, aktifkan EMS (jika ada orang lain) , Panggil Ambulan					
Circulation (C)	5. Lakukan kompresi dada sebanyak 30 x.					Nilai 3 : dilakukan benar
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 & kurang benar
Breathing (B)	8. Beri pernafasan 2 x, dimulai dengan cara menutup mulut korban dengan mulut penolong dan beri ventilasi sebanyak 1 x.					
	9. Bila dada tidak mengembang, lakukan reposisi kepala dan beri ventilasi 1 x lagi.					Nilai 1 : tidak dilakukan
Cycle	10. Lakukan tindakan kompresi dada 30 x, airway dan breathing sampai benda asing keluar.					
Reassessment	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 adequate (gaspings) maka beri 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 Position	13. Bila nadi dan nafas sudah adequate , beri posisi recovery (mantap).					
NILAI						
I						

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{100} \times 52$$

= .....

Penguji

(.....)

**BANTUAN HIDUP DASAR (BHD)  
SUMBATAN BENDA ASING (SBA) BAYI SADAR**

Langkah	Tindakan	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
Airway Assesment	1. Kaji tmahasiswa sumbatan jalan nafas total (choking),Buka dan periksa mulut bayi,					Nilai: 4 = Sangat Baik 3 = Baik 2 = Kurang 1 = Tidak Baik
	2. Jika kelihatan benda asing lakukan finger sweep.Jika tidak kelihatan segera lakukan langkah berikutnya.					
Sand wich	3. Letakkan bayi di atas lengan dan telapak tangan dominan. 4. Pertahankan posisi leher dan kepala sejajar					Nilai 4 : dilakukan sempurna
	5. Tangan lainnya, mempertahankan posisi kepala dan leher.					
	6. Balikkan / tengkurapkan bayi dengan kepala lebih rendah dari badan.					Nilai 3 : dilakukan benar
Back Blows	7. Lakukan 5 (lima) kali pukulan halus dan hati-hati diantara tulang belikat dengan menggunakan pangkal /tumit telapak tangan.					
	8. Balikkan bayi, pertahankan kepala, leher dan tubuh bayi di lengan penolong dan disangga di atas paha.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
	9. Kepala bayi lebih rendah dari tubuh dan kaki.					
Chest Trust.	10. Kompresi dada sebanyak 5 kali dengan 2 jari					Nilai 1 : tidak dilakukan
	11. Posisi jari : 1 jari dibawah garis bayangan putting susu.					
Reassesment	12. Buka jalan napas/ mulut, bila terlihat, lakukan finger swabs.					
	13. Bila tidak terlihat ulangi langkah sandwich, backblows dan chest trust sampai benda asing keluar atau korban tidak sadar. Bila korban SBA menjadi tidak sadar, maka tindakannya sesuai SOP SBA bayi tidak sadar					
NILAI						

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI} &= \frac{\text{Total Skor}}{100} \times 52 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

Penguji  
(.....)

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

Langkah	Tindakan	NILA I				KETERANG A N
		1	2	3	4	
Save	1. Keamanan dan Posisi Pastikan penolong dan penderita aman Letakkan bayi terlentang 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 Tepuk atau goyang pundak bayi dengan hati-hati atau berteriak					
EMS	3. Aktifkan EMS jika ada orang lain. Panggil Ambulan					
Circulation (C)	4. Lakukan kompresi dada sebanyak 30 kali (posisi penolong 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 keluarkan dengan maneuver finger sweep.					
Breathing (B)	7. Beri pernapasan Beri pernafasan dengan cara tutup seluruh mulut dan hidung bayi dengan mulut penolong.					
	8. Beri bantuan nafas 2 x dimulai 1 hembusan napas ,Jika jalan napas masih tetap tersumbat, atur kembali (reposisi kepala) kepala korban kemudian beri 1 pernafasan lagi					
Reassessment	9. Ulangi kompresi 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 kompresi dada (sesuai penatalaksanaan CPR bayi non obstruksi).					
	11. Bila nadi ada : Cek pernafasan, bila tidak ada nafas, berikan nafas 20 kali/ 1 menit (sampai korban bernafas / bantuan pernafasan ada)					
Recovery Position	12. Bila nadi dan nafas sudah adequate , beri posisi recovery (mantap)					
NILAI						

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

Penguji  
 (.....)

## DAFTAR PUSTAKA

Emergency Nurses Association. (2007). *Sheehy's Manual Of Emergency Care*. Singapore. Elsevier Mosby.

Laporan Nasional 2007, *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia (2008).

Moser, D., K., & Riegel, B. (2008). *Cardiac nursing a companion to braun wald's heart disease*. Philadelphia: Saunders Elsevier.

National Asthma Council Australia 2011, *First Aid for Asthma*, Brochure.

Sartono, dkk. 2013. *Basic Trauma Cardiac Life Support*. Gadar Medik Indonesia. Tidak Dipublikasikan.

Smeltzer, SC., O'Connell, & Bare, BG., (2003). *Brunner and Suddarth's textbook of Medical Surgical Nursing, 10<sup>th</sup> edition*, Pennsylvania: Lippincott William & Wilkins Company.

Stanley D & Tunnicliffe W., Management of Life-Threatening Asthma in Adult, *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* Volume 8 Number 3 2008.

Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, M., Simadibrata, M.K., & Setiati, S. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Tim ACLS Divisi Diklat RSJP Harapan Kita. (2010). *Materi Kursus Advanced Cardiac Life Support*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.

Underhil, S.L., Wood, S.L., Froelicher, E.S.S., & Halpenny. (2005). *Cardiac Nursing*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.