

BAB I

TRIAGE & PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Rudi Hamarno, S.Kep,Ns,M.Kep
Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep,Ns, M.Kep,Sp.MB
Ida Farida M.Kes

A. PENDAHULUAN

Pada Bab 1 ini Anda 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 Anda dalam mencegah kematian serta mengurangi dampak komplikasi yang diderita. Jadi Anda harus betul betul trampil dalam menangani pasien.

B. TUJUAN UMUM

Tujuan umum adalah : Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda 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

Kegiatan Praktikum 1 Melakukan Triage di Rumah Sakit

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Sebelum Anda melakukan triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Anda harus menyiapkan alatalat yang diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik Anda 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
		
Celemek/apron	Masker	Tutup kepala
		
	Format asuhan keperawatan	

Gambar 1.1. Persiapan Alat

Adapun cara mencuci tangan yang benar adalah sebagai berikut :

1. Pertama kali Anda 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 Anda lihat pada gambar 1.2 : Pertama, Anda basahi kedua telapak tangan dan ratakan sabun dengan menggosokkan kedua telapak tangan; Kedua, Anda gosok punggung tangan dan sela-sela jari, lakukan pada kedua tangan Anda; Ketiga, gosok kedua telapak tangan Anda dan sela-sela jari; Keempat, posisikan kedua tangan Anda mengunci kemudian gosok punggung jari kedua tangan; Kelima, bersihkan ibu jari tangan Anda 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 Anda dengan cara menggosokkan ujung jari tangan kiri

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



Gambar 1.3. Ruang IGD

2. Pelaksanaan Triage

Adapun langkah- langkah Anda 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. Anda bisa 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) Anda 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) :
Anda 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):
Anda 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):

Anda 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) Lakukan pengukuran tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, jumlah pernafasan

c. Analisa Data

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

Analisislah masalah keperawatan yang dihadapi oleh pasien. Anda harus melakukan dengan cepat dan tepat, analisis Anda 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 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 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 Anda menetapkan prioritas berdasarkan ancaman pasien, selanjutnya Anda menentukan rencana tindakan dan pasien segera dikirim ke tempat sesuai prioritas tersebut. Di bawah ini format pada saat Anda akan melakukan triage di rumah sakit.

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. Tanda 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 anda melakukan triage sesuai dengan langkah langkah diatas, maka anda 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. Anda 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					
ASSESMEN (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

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

(.....)

Kegiatan Praktikum 2

Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit

A. TUJUAN UMUM

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

B. TUJUAN KHUSUS

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

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

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Sebelum Anda melakukan pengkajian keperawatan gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Anda harus menyiapkan alat-alat diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik Anda 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 Anda mengkaji Anda harus memperkenalkan diri Anda 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. Anda 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) Anda 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) :
Anda 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):
Anda 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) :
Anda 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 tanda-tanda 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 Anda menyelesaikan Bab 1 ini yang sesuai dengan langkah-langkah diatas, maka Anda 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 rumah sakit.

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. Anda sebagai perawat jaga IGD, Silahkan Anda melakukan pengkajian keperawatan kedaruratan.

UMPAN BALIK

Setelah Anda melakukan pengkajian pada pasien, maka Anda 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						

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{66} \times 100$ <p align="center">=</p>

Pembimbing

(.....)

Kegiatan Praktikum 3

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Sistem Pernafasan

Salam jumpa lagi, mari kita lanjutkan dengan Kegiatan Praktik 3. Pada Kegiatan Praktik 3 ini Anda 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. Ok ... selamat belajar dan praktik.

A. TUJUAN UMUM

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

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda 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 Anda dalam melakukan asuhan keperawatan pernafasan seperti pada persiapan Bab 1 pada Kegiatan Praktikum 1.

2. Pelaksanaan

- a. *Pengkajian Keperawatan pada sistem pernafasan*

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 :
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"/> tridor : 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 Suhu kulit : <input type="checkbox"/> hangat <input type="checkbox"/> dingin Diaphoresis : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak

✂ ■ 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 :

	d. Perkusi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Timpani : ▪ Kelainan : 		
Ekstremitas	a. Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna : b. Palpasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse : , Sensasi : , Motorik : 		
Pemeriksaan Penunjang & Terapi Medis			
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, 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)

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

Adapun cek list penilaian rencana dan tindakan keperawatan seperti di bawah 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					

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

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					

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

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. Nierbeken / 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					

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

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	Atur 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 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					

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

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. Handscoon bersih c. Handsrub d. Oksigen					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 yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Perawat memeriksa nadi dan pernapasan maksimal selama 10 detik.					
7	Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas.					
8	- Atur posisi kepala yaitu head tilt chin lif bila tidak ada trauma leher. Bila ada trauma leher dengan cara jaw thrust maneuver.					
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 napas dengan 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					

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

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. 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 Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
2	Jelaskan tujuan					
3	Siapkan & dekatkan alat					
4	Atur posisi pasien yaitu tempat yang aman, datar,dan keras					
5	Perawat cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Pastikan pasien tidak sadar dan ada obstruksi oleh lidah.					
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.					
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.

3. Pelaporan

Setelah Anda menyelesaikan bab 3 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 klinik baik institusi maupun rumah sakit.

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

UMPAN BALIK

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

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT SISTEM KARDIOVASKULER & BANTUAN HIDUP DASAR

Rudi Hamarno, S.Kep,Ns,M.Kep
Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep,Ns, M.Kep,Sp.MB
Ida Farida M.Kes

Selamat jumpa lagi. Semoga Anda selalu diberi kesehatan dan semangat untuk mempelajari Bab ini. Pada kegiatan praktik 1 bab ini Anda 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.

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 Praktik Klinik 1 Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Sistem Kardiovaskuler

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

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



Form asuhan
keperawatan

Gambar 2.1: Persiapan alat

Adapun cara mencuci tangan yang benar seperti dibawah ini.

Pertama kali Anda 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 2.2 adalah 6 langkah cuci tangan yang benar :



Gambar 2.2
Langkah-langkah Mencuci Tangan

Langkah-langkah cuci tangan bisa Anda lihat pada Gambar 2.2 : Pertama, Anda bahas kedua telapak tangan dan ratakan sabun dengan menggosokkan kedua telapak tangan; Kedua, Anda gosok punggung tangan dan sela-sela jari, lakukan pada kedua tangan Anda; Ketiga, gosok kedua telapak tangan Anda dan sela-sela jari; Keempat, posisikan kedua tangan Anda mengunci kemudian gosok punggung jari kedua tangan; Kelima, bersihkan ibu jari tangan Anda dengan cara menggosok ibu jari tangan kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan, kemudian lakukan juga pada ibu jari kanan dengan cara sebaliknya; Keenam, bersihkan kedua ujung jari tangan Anda dengan cara menggosokkan ujung jari tangan kiri. Setelah itu yang harus Anda lakukan adalah memakai sarung tangan dan alat alat didekatkan ke korban.

2. Pelaksanaan

a. Pengkajian Keperawatan pada sistem kardiovaskuler.

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 :
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"/> tridor : 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

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

	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 : Riwayat Kesehatan Lalu : Riwayat Kesehatan Keluarga :	
Pengkajian Head to Toe	
Kepala	Inspeksi & Palpasi g. Rambut : h. Wajah : i. Mata : j. Hidung : k. Telinga :

	<p>l. Mulut :</p>
Leher	<p>Inspeksi & Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Bendungan vena jugularis :
Thorak	<p>e. Inspeksi (paru & jantung) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk thorak : ▪ Jumlah nafas : ▪ Pola nafas : ▪ Pengembangan dada : ▪ Pulsasi : <p>f. Palpasi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : <p>g. Auskultasi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>h. Perkusi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya
Abdomen	<p>e. Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk : ▪ Kelainan : <p>f. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Distensi :

✂ ■ **Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat** ✂ ■

	g. Auskultasi : ▪ Suara peristaltic : ▪ Jumlah : h. Perkusi : ▪ Timpani : ▪ Kelainan :		
Ekstremitas	i. Inspeksi ▪ Warna : j. Palpasi : ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse : , Sensasi : , Motorik :		
Pemeriksaan Penunjang & Terapi Medis			
Radiologi	Laboratorium Darah	Pemeriksaan Lain	Terapi Medis

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 nonrebreathing/ reabreathing dan ventilator).

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

- 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 :

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					

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

$$= \dots\dots\dots$$

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					

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

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
4	Menjelaskan tujuan pemasangan EKG					benar
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 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	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					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

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					

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{76} \times 100$ $= \dots\dots\dots$

Pembimbing

(.....)

d. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	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 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					

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

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 Nilai 4 : dilakukan sempurna
2	Jelaskan tujuan					
3	Siapkan & dekatkan alat					
4	Atur posisi pasien					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
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					

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

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 tidak sadar.

3. Pelaporan

Setelah Anda menyelesaikan Bab 2 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 klinik baik institusi maupun rumah sakit.

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

UMPAN BALIK

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

Kegiatan Praktik Klinik 2

Pertolongan pada Korban Sumbatan Jalan Nafas

Salam hangat, selamat bergabung dengan Kegiatan Praktik Klinik 2. Pada kegiatan praktik klinik 2 ini akan memandu Anda untuk melakukan praktik

klinik keperawatan kegawatdaruratan pada korban yang mengalami sumbatan jalan nafas. Anda 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 Anda harus betul-betul terampil dalam menangani pasien.

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, Anda 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 Bab 2 kegiatan praktik klinik 1 diatas.

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 mengangguk, katakanlah “harap tenang”, saya akan menolong Anda.
- 4) Anda 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 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.

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 mengangguk, katakana “harap tenang”, saya akan menolong anda.
- 4) Anda 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 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.

c. Pertolongan sumbatan jalan nafas pada dewasa tidak sadar

Langkah langkah:

- 1) Keadaan lingkungan sekitar aman
- 2) Tempatkan pasien dalam posisi terlentang
- 3) Anda 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 diatasnya.
- 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.

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 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.

e. *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 ambulans.
- 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.

3. Pelaporan

Setelah Anda menyelesaikan Bab 2 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 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.

Anda sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban. Selamat berlatih dan praktik.

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.

UMPAN BALIK

Setelah Anda melakukan pertolongan pada korban obstruksi sadar dan tidak sadar, maka anda akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form sberikut ini.

PEDOMAN PENILAIAN

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 Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
	2. Tanyakan pada korban “ Apakah anda tersedak ?”					
	3. Bila mengganggu, katakan “tenang, saya dapat menolong anda dan ikuti perintah saya”.					
Hemlick maneuver	4. Penolong berdiri di sebelah belakang korban,					
	5. Satu kaki penolong berada diantara kedua kaki korban, satu kaki lainnya dibelakang.					
	6. Letakkan genggam tangan dominan diantara umbilicus dan prosesus xipoedeus korban, dan tangan lainnya menggenggam tangan pertama.					
	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 ? “					
	10. Bila belum keluar, lakukan hemlick maneuver lagi atau tidak sadar.					
	11. Bila sudah keluar, lakukan observasi nafas dan nadi.					
TOTAL						

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

$$= \dots\dots\dots$$

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 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 “tenang, saya dapat menolong anda 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 genggaman 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					
TOTAL						

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

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 Nilai 4 : dilakukan sempurna Nilai 3 : dilakukan benar Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar Nilai 1 : tidak dilakukan
	2. Penolong berada di samping korban					
Respon	3. Penilaian respon korban Tepuk atau Goyang pundak korban dengan hati-hati atau Berteriak					
EMS	4. Bila korban tidak sadar, aktifkan EMS (jika ada orang lain) , Panggil Ambulan					
Circulation (C)	5. Lakukan kompresi dada sebanyak 30 x.					
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					
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.					
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						

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

Penguji

(.....)

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

Langkah	Tindakan	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
Airway Assessment	1. Kaji tanda sumbatan jalan nafas total (choking), Buka dan periksa mulut bayi,					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. Jika kelihatan benda asing lakukan finger sweep. Jika tidak kelihatan segera lakukan langkah berikutnya.					
Sandwich	3. Letakkan bayi di atas lengan dan telapak tangan dominan. 4. Pertahankan posisi leher dan kepala sejajar					
	5. Tangan lainnya, mempertahankan posisi kepala dan leher.					
	6. Balikkan / tengkurapkan bayi dengan kepala lebih rendah dari badan.					
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 di sangga di atas paha.					
	9. Kepala bayi lebih rendah dari tubuh dan kaki.					
Chest Trust.	10. Kompresi dada sebanyak 5 kali dengan 2 jari					
	11. Posisi jari : 1 jari dibawah garis bayangan putting susu.					
Reassessment	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						

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

Penguji
(.....)

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

Langkah	Tindakan	NILAI				KETERANGA 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 manuever 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 nafas ,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						

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

Penguji

(.....)

Kegiatan Praktik Klinik 3 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 Anda 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 Anda. Masih ingatkan? Anda harus bekerja dengan cepat dan tepat karena tindakan ini sangat berhubungan dengan nyawa korban. Selamat bergabung dengan kegiatan praktik 3, sukses untuk Anda.

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda 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 Bab 2 Kegiatan Praktikum 1 diatas.

2. Pelaksanaan

a. *Langkah-langkah pertolongan henti nafas dan henti jantung (CPR) pada dewasa menurut AHA 2015 sebagai berikut:*

1. Analisa situasi (lingkungan sekitar aman)
2. Tempatkan korban di tempat yang rata, keras dan posisi terlentang
3. Anda 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 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 menurut AHA 2015 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.
 - Bila pernafasan dan nadi ada, maka observasi nafas dan nadi terus menerus.
 - 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.
 - 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 puting 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. Sekali lagi Anda sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban. Selamat berlatih dan praktik.

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.

UMPAN BALIK

Setelah Anda melakukan pertolongan CPR pada korban , maka Anda akan divalusi 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 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. Bila korban tidak sadar, aktifkan EMS (jika ada orang lain), Panggil ambulans					
Circulation (C)	4. Cek nafas dan arteri karotis secara bersamaan dengan posisi penolong selama 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 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 .					
Airway (A)	1. Atur posisi head tilt dan chin lift (bila tidak ada trauma servikal)					
Breathing (B)	2. Beri pernapasan 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					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

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						

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

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, 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.					
Airway (A)	6. Buka jalan nafas dengan cara manuver Head-tilt - Chin-lift .					
Breathing (B)	7. Beri pernapasan 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).					

✂ ■ **Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat** ✂ ■

	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 disanggah bantal/guling yang tipis.					
NILAI						

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

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 III

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA SISTEM PERSARAFAN DAN SISTEM ENDOKRIN

Rudi Hamarno, S.Kep,Ns,M.Kep
Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep,Ns, M.Kep,Sp.MB
Ida Farida M.Kes

PENDAHULUAN

Mari kita lanjutkan dengan praktik klinik pada Bab 3 ini. Pada bab ini Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan sistem persarafan dan sistem endokrin. Kegiatan praktik klinik ini sangat penting karena korban yang mengalami gangguan system saraf dan system endokrin sering menyebabkan kematian. Beberapa yang sering diderita korban untuk masuk ke rumah sakit akibat gangguan saraf adalah korban tidak sadar, sesak nafas, kejang dengan berbagai sebab. Sedangkan beberapa penyakit akibat gangguan endokrin yang sering menyebabkan kematian adalah hipoglikemia, hiperglikemia dan ketoasidosis diabetus. Anda yang praktek di IGD merupakan ujung tombak untuk menyelamatkan jiwa korban. Ok...selamat belajar dan praktik.

Kegiatan Praktik Klinik 1

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Sistem Persarafan

Salam jumpa lagi, kita sudah sampai kegiatan praktik klinik 1. Pada kegiatan praktik 1 ini Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan sistem persarafan.

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik ini, diharapkan Anda mampu untuk melakukan Asuhan keperawatan pada sistem persarafan

B. TUJUAN KHUSUS

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

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

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Seperti Bab sebelumnya, sebelum Anda melakukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Anda harus menyiapkan alat alat yang diperlukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik bagi Anda 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 :

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

Gambar3.1 : Persiapan alat

1. Pelaksanaan

a. Pengkajian Keperawatan pada Sistem Persarafan

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 :
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"/> tridor : 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 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 :	
Riwayat Kesehatan Lalu :	

Riwayat Kesehatan Keluarga :	
Pengkajian Head to Toe	
Kepala	Inspeksi & Palpasi m. Rambut : n. Wajah : o. Mata : p. Hidung : q. Telinga : r. Mulut :
Leher	Inspeksi & Palpasi ■ Nyeri : ■ Bendungan vena jugularis :
Thorak	i. Inspeksi (paru & jantung) : ■ Bentuk thorak : ■ Jumlah nafas : ■ Pola nafas : ■ Pengembangan dada : ■ Pulsasi : j. Palpasi (paru & jantung) ■ Nyeri : ■ Krepitasi :

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : <p>k. Auskultasi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>l. Perkusi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya 		
Abdomen	<p>i. Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk : ▪ Kelainan : <p>j. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Distensi : <p>k. Auskultasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suara peristaltic : ▪ Jumlah : <p>l. Perkusi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Timpani : ▪ Kelainan : 		
Ekstremitas	<p>c. Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna : <p>d. Palpasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse : , Sensasi : , Motorik : 		
Pemeriksaan Penunjang & Terapi Medis			
Radiologi	Laboratorium Darah	Pemeriksaan Lain	Terapi Medis

b. Diagnose Keperawatan pada Sistem Persarafan

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

- 1) Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan sumbatan pembuluh darah otak, dan perdarahan.
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan tekanan intracranial meningkat.
- 3) Risiko bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran.
- 4) Risiko trauma berhubungan dengan kejang

c) Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada Sistem Persarafan

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/hidung
- 4) Memberikan bantuan nafas melalui BVM / Pocket mask
- 5) Pemasangan collar leher

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 : e. Tabung o2 & flowmeter f. Humidifier & air steril g. Nasal kanul & slang h. 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					

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

Pembimbing

(.....)

2. Pemberian oksigen melalui masker

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : e. Tabung o2 & flowmeter f. Humidifier & air steril g. Masker & slang h. 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.					Nilai 4 : dilakukan sempurna
7	Cek gelembung O2 di humidifier.					
8	Pasang selang masker O2 ke hidung, pengikat diikatkan ke belakang kepala.					Nilai 3 : dilakukan benar
9	Atur flow rate sesuai kebutuhan (5-8 lt)					
10	Anjurkan pasien untuk menarik nafas					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
11	Nilai jumlah pernafasan, sesak pasien					
12	Rapikan pasien dan alat					
13	Perawat cuci tangan					Nilai 1 : tidak dilakukan
14	Dokumentasi respon dan prosedur					
15	Nilai aliran udara tiap 4 jam					
16	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

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

Pembimbing

(.....)

3. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : i. Oksimeter nadi dan sensor j. Kapas alcohol k. Tissue. l. Nierbeken / 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					

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

Pembimbing

(.....)

4. Melakukan suction melalui mulut

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : m. Mesin suction n. Kateter suction steril (Y port) o. Cairan Steril p. Kom Steril q. Sarung tangan steril r. Handuk					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 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					
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.					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
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					

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

Pembimbing

(.....)

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

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : f. BVM (Ambubag) g. Handscoon bersih h. Handsrub i. Oksigen					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 yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Perawat memeriksa nadi dan pernapasan maksimal selama 10 detik.					
7	Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas.					
8	- Atur posisi kepala yaitu head tilt chin lif bila tidak ada trauma leher. Bila ada trauma leher dengan cara jaw thrust maneuver.					
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 napas dengan 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					

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{68} \times 100$ $= \dots\dots\dots$

Pembimbing

(.....)

6. 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 h. Selang penghisap OPA					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 yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					
5	Perawat cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Pastikan pasien tidak sadar dan ada obstruksi oleh lidah.					
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.					
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					

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

Pembimbing

(.....)

7. Memasang collar servikal

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : ▪ Neck collar sesuai ukuran ▪ Sarung tangan steril					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 yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					
5	Perawat cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Perawat 1, melakukan stabilisasi leher –kepala. Perawat 2, mengukur besar collar neck.					
7	Setelah selesai pengukuran, perawat 2 memasang collar neck perlahan lahan dengan memasukkan ke belakang kepala dan direkatkan					
8	Cek keketatan collar neck dengan cara memasukkan 1-2 jari dibawah collar neck atau menanyakan ke pasien.					
9	Bila sudah selesai, buka sarung tangan.					
10	Rapikan pasien dan alat					
11	Perawat cuci tangan					
12	Dokumentasi respon dan prosedur					
13	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

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

Pembimbing

(.....)

d. Evaluasi Keperawatan pada Sistem Persarafan

Evaluasi keperawatan sistem persarafan 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.

3. Pelaporan

Setelah Anda menyelesaikan Bab 3 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 dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumah sakit.

Ringkasan

Asuhan keperawatan kedaruratan pada persarafan 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. Anda sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban. Selamat melakukan praktek klinik.

Tes 1

Seorang laki laki umur 60 tahun datang ke IGD rumah sakit, korban tidak sadar. Setelah diperiksa lebih lanjut nafas cepat. Menurut keluarga, korban tiba tiba jatuh saat ambil wudhu pada waktu pagi. Riwayat mempunyai penyakit DM. Anda sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

UMPAN BALIK

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

Kegiatan Praktik Klinik 2

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Sistem Endokrin

A. TUJUAN UMUM

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

B. TUJUAN KHUSUS

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

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

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Persiapan dalam melaksanakan asuhan keperawatan gawat darurat pada sstem endokrin seperti pada Bab 3 kegiatan Praktik 1 diatas.

2. Pelaksanaan

a. *Pengkajian Keperawatan pada Sistem Persarafan Endokrin*

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 :

✂ ■ **Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat** ✂ ■

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"/> tridor : 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 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 :
Exposure	:
Pengkajian Sekunder	
Riwayat Kesehatan Sekarang :	

Riwayat Kesehatan Lalu : Riwayat Kesehatan Keluarga : Pengkajian Head to Toe	
Kepala	Inspeksi & Palpasi s. Rambut : t. Wajah : u. Mata : v. Hidung : w. Telinga : x. Mulut :
Leher	Inspeksi & Palpasi ■ Nyeri :

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bendungan vena jugularis :
Thorak	<ul style="list-style-type: none"> m. Inspeksi (paru & jantung) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk thorak : ▪ Jumlah nafas : ▪ Pola nafas : ▪ Pengembangan dada : ▪ Pulsasi : n. Palpasi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : o. Auskultasi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 p. Perkusi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> m. Inspeksi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk : ▪ Kelainan : n. Palpasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Distensi : o. Auskultasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suara peristaltic : ▪ Jumlah : p. Perkusi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Timpani : ▪ Kelainan :
Ekstremitas	<ul style="list-style-type: none"> e. Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna :

	f. Palpasi : ■ Nyeri : ■ Krepitasi : ■ Edema : ■ Pulse : , Sensasi : , Motorik :		
Pemeriksaan Penunjang & Terapi Medis			
Radiologi	Laboratorium Darah	Pemeriksaan Lain	Terapi Medis

b. Diagnose Keperawatan pada Sistem Endokrin

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

- 1) Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran oksigen
- 2) Risiko bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran.
- 3) Defisit volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik.

c. Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada Sistem Endokrin

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/hidung
- 4) Memberikan bantuan nafas melalui BVM / Pocket mask
- 5) Pemasangan OPA
- 6) Memberikan insulin

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 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					

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

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 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					

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

Pembimbing

(.....)

3. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Oksimeter nadi dan sensor b. Kapas alcohol c. Tissue. d. Nierbeken / 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					

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$ <p>=</p>

Pembimbing

(.....)

4. 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 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 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					
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.					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

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					

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

Pembimbing

(.....)

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

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. BVM (Ambubag) b. Handscoon bersih c. Handsrub d. Oksigen					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 yaitu tempat yang aman, datar,dan keras					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Perawat memeriksa pernapasan dengan cara: Look Listen feel sambil memeriksa nadi selama 10 detik.					
7	Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas.					
8	- Atur posisi kepala yaitu head tilt chin lif bila tidak ada trauma leher. Bila ada trauma leher dengan cara jaw thrust maneuver.					
9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 napas dengan 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					

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{68} \times 100$ $= \dots\dots\dots$

Pembimbing

(.....)

6. 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 h. Selang penghisap OPA					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 yaitu tempat yang aman, datar,dan keras					
5	Perawat cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Pastikan pasien tidak sadar dan ada obstruksi oleh lidah.					
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.					
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. a. 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

(.....)

Memberikan insulin

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Insulin pen b. Pen c. Kapas d. Buku obat					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 bersih.					
6	Persiapkan insulin pen, lepaskan penutup insulin pen					
7	Hilangkan kertas pembungkus dan tutup jarum					
8	Pastikan pen siap digunakan dengan cara hilangkan udara di dalam pen melalui jarum dan tahan pen dengan jarum mengarah ke atas					
9	Aktifkan tombol dosis insulin					
10	Pilih lokasi bagian tubuh yang akan disuntikan					
11	Suntikkan insulin, dengan cara mengangkat sedikit kulit dan jarum membentuk sudut 90 derajat.					
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					

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

Pembimbing

(.....)

d. Evaluasi Keperawatan pada Sistem endokrin

Evaluasi keperawatan sistem endokrin 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.

3. 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 dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumah sakit.

Ringkasan

Beberapa kasus yang terjadi dan masuk ke IGD dengan gangguan sistem endokrin adalah hipoglikemia, hiperglikemia dan keto asidosis glikemia. Pengkajian keperawatan yang dilakukan sering didapatkan masalah yaitu penurunan kesadaran, lemah, deficit cairan. Intervensi keperawatan dalam menangani masalah tersebut berupa pemberian insulin, oksigen, pengembalian cairan tubuh. Anda sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban. Selamat melakukan praktik klinik.

Tes 2

Seorang laki laki umur 64 tahun datang ke IGD rumah sakit, korban tidak sadar. Menurut keluarga, korban mempunyai riwayat mempunyai penyakit DM. Selama ini korban tidak pernah control gula darah. Anda sebagai perawat IGD, silahkan lakukan asuhan keperawatan pada korban tersebut.

UMPAN BALIK

Setelah anda melakukan asuhan keperawatan pada kasus diatas , maka anda akan dievaluasi atau diberi umpan balik

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA SISTEM MUSKULOSKELETAL DAN SSISTEM IINTEGUMENT (LUKA BAKAR)

Rudi Hamarno, S.Kep,Ns,M.Kep
Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep,Ns, M.Kep,Sp.MB
Ida Farida M.Kes

PENDAHULUAN

Selamat jumpa lagi, semoga Anda selalu diberi kesehatan dan semangat untuk mempelajari Bab ini. Pada Bab 4 ini Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan gawat darurat sistem musculoskeletal dan cara pembuatan sediaan injeksi rekonstitusi natrium amoksisilin 5%.

Dengan demikian ada 2 kegiatan praktik klinik yang akan Anda lakukan. Kegiatan pertama 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). Belajar topik ini juga sangat penting karena korban yang mengalami luka bakar sering menyebabkan kematian. Beberapa gangguan yang sering diderita korban untuk masuk ke rumah sakit akibat luka bakar adalah sesak nafas, hipotensi, kerusakan jaringan sampai korban tidak sadar. Ok...selamat belajar dan praktik.

Kegiatan Praktikum 1 Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Sistem Muskuloskeletal

A. TUJUAN UMUM

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

B. TUJUAN KHUSUS

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

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

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Seperti Bab sebelumnya, sebelum Anda melakukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Anda harus menyiapkan alat alat diperlukan dan melakukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik Anda maupun pasien seperti cuci tangan, sarung tangan , celemek, masker, tutup kepala dan alat alat menurut kebutuhan. Adapun alat alat yang perlu disiapkan adalah:

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

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

Gambar 4.1 : Persiapan alat

Adapun cara mencuci tangan yang benar seperti dibawah ini.

Pertama kali Anda 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 4.2 Langkah-langkah Mencuci Tangan

Langkah-langkah cuci tangan bisa Anda lihat pada Gambar 4 : Pertama, Anda bahasi kedua telapak tangan dan ratakan sabun dengan menggosokkan kedua telapak tangan; Kedua, Anda gosok punggung tangan dan sela-sela jari, lakukan pada kedua tangan Anda; Ketiga, gosok kedua telapak tangan Anda dan sela-sela jari; Keempat, posisikan kedua tangan Anda mengunci kemudian gosok punggung jari kedua tangan; Kelima, bersihkan ibu jari tangan Anda 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 Anda dengan cara menggosokkan ujung jari tangan kiri

Setelah itu yang harus Anda lakukan adalah memakai sarung tangan dan alat alat didekatkan ke korban.

1. Pelaksanaan

a. Pengkajian Keperawatan pada sistem musculoskeletal

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

<p>Pengkajian Sekunder</p> <p>Riwayat Kesehatan Sekarang :</p> <p>Riwayat Kesehatan Lalu :</p> <p>Riwayat Kesehatan Keluarga :</p>	
<p>Pengkajian Head to Toe</p>	
Kepala	<p>Inspeksi & Palpasi</p> <p>y. Rambut :</p> <p>z. Wajah :</p> <p>aa. Mata :</p> <p>bb. Hidung :</p> <p>cc. Telinga :</p> <p>dd. Mulut :</p>
Leher	<p>Inspeksi & Palpasi</p> <p>▪ Nyeri :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bendungan vena jugularis :
Thorak	<p>q. Inspeksi (paru & jantung) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk thorak : ▪ Jumlah nafas : ▪ Pola nafas : ▪ Pengembangan dada : ▪ Pulsasi : <p>r. Palpasi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : <p>s. Auskultasi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>t. Perkusi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya
Abdomen	<p>q. Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk : ▪ Kelainan : <p>r. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Distensi : <p>s. Auskultasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suara peristaltic : ▪ Jumlah : <p>t. Perkusi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Timpani : ▪ Kelainan :

Ekstremitas	g. Inspeksi ▪ Warna :		
	h. Palpasi : ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse : , Sensasi : , Motorik :		
Pemeriksaan Penunjang & Terapi Medis			
Radiologi	Laboratorium Darah	Pemeriksaan Lain	Terapi Medis

b. *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.

c. *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/reabreathing dan ventilator).
- 2) Memasang oksimetri
- 3) Melakukan suction melalui mulut
- 4) Melakukan Pembidaian
- 5) Melakukan perawatan luka

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 : e. Tabung o2 & flowmeter f. Humidifier & air steril g. Nasal kanul & slang h. 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					

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

Pembimbing

(.....)

2. Pemberian Oksigen Melalui Masker

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : e. Tabung o2 & flowmeter f. Humidifier & air steril g. Masker & slang h. 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					

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

Pembimbing

(.....)

3. Memasang Oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : m. Oksimeter nadi dan sensor n. Kapas alcohol o. Tissue. p. Nierbeken / 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					

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$ <p>=</p>

Pembimbing

(.....)

4. Melakukan Suction Melalui Mulut

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : s. Mesin suction t. Kateter suction steril (Y port) u. Cairan Steril v. Kom Steril w. Sarung tangan steril x. Handuk					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	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					
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					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
	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					

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

Pembimbing

(.....)

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 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 bersih					
6	Bagian ekstremitas yang cedera harus tampak seluruhnya, pakaian harus dilepas kalau perlu digunting.					
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.					
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 motoric(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	Persiapan alat : Alat steril 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 Alat tidak steril 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 %					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 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

(.....)

d. *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.

3. Pelaporan

Setelah Anda menyelesaikan Bab 4 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 dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumah sakit.

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

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

UMPAN BALIK

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

Kegiatan Praktikum 2

Asuhan Keperawatan dan Gawat Darurat pada Sistem Integument (luka bakar)

A. TUJUAN UMUM

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

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda 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 Bab 4 kegiatan raktik klinik di 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 :

✂ ■ **Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat** ✂ ■

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"/> tridor : 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 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 :
Exposure	:
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	g. Inspeksi (paru & jantung) : ■ Bentuk thorak : ■ Jumlah nafas : ■ Pola nafas :

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengembangan dada : ▪ Pulsasi : h. Palpasi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : i. Auskultasi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 j. Perkusi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk : ▪ Kelainan : b. Palpasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Distensi : c. Auskultasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suara peristaltic : ▪ Jumlah : d. Perkusi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Timpani : ▪ Kelainan :
Ekstremitas	<ul style="list-style-type: none"> e. Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna : f. Palpasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse : , Sensasi : , Motorik :

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

b. *Diagnose Keperawatan pada Sistem Integument*

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

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret, edema trakea-bronkus.
- 2) Risiko defisit cairan berhubungan dengan pengeluaran berlebihan melalui kulit, hipermetabolisme.
- 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.

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 melalui mulut/hidung
- 4) Memasang OPA (oropharyngeal airway)
- 5) Perawatan luka bakar

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 : i. Tabung o2 & flowmeter j. Humidifier & air steril k. Nasal kanul & slang l. 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					

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

Pembimbing

(.....)

2. Pemberian Oksigen Melalui Masker

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : i. Tabung o2 & flowmeter j. Humidifier & air steril k. Masker & slang l. 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					

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

Pembimbing

(.....)

3. Memasang Oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Oksimeter nadi dan sensor b. Kapas alcohol c. Tissue. d. Nierbeken / 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					

$NILAI = \frac{\text{Total Skor}}{64} \times 100$ <p>=</p>

Pembimbing

(.....)

4. 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 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 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					
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					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
	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					

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

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 h. Selang penghisap OPA					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 yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					
5	Perawat cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Pastikan pasien tidak sadar dan ada obstruksi oleh lidah.					
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.					
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

(.....)

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. Sput 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					

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

Pembimbing

(.....)

d. 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, akral dingin atau tidak, capillary refill time ada gangguan atau tidak. Periksa tingkat kesadaran apakah pasien sadar atau tidak sadar.

3. Pelaporan

Setelah anda menyelesaikan Bab 4 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 dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumah sakit.

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. Selamat melakukan praktik klinik.

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.

UMPAN BALIK

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

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT KERACUNAN SERTA OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

Rudi Hamarno, S.Kep,Ns,M.Kep
Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep,Ns, M.Kep,Sp.MB
Ida Farida M.Kes

PENDAHULUAN

Selamat jumpa lagi. Pada Bab 5 ini atau bab terakhir dari praktik klinik asuhan keperawatan dan kegawatdaruratan terdiri dari 3 kegiatan praktik klinik. Kegiatan Praktik Klinik 1 ini Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan dan gawat darurat pada klien keracunan. 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 praktik klinik 2, Anda 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. Anda dituntut untuk bisa menyelamatkan korban dan janin korban dari kematian. Beberapa masalah yang sering diderita korban untuk masuk ke rumah sakit adalah adanya perdarahan kehamilan, nyeri abdomen dengan berbagai penyebab. Pada kegiatan praktikum 3 ini Anda akan belajar tentang asuhan keperawatan pada anak. Asuhan Keperawatan Kegawatan Pada Anak cakupannya luas, namun yang disampaikan pada Bab ini adalah masalah-masalah yang sering dijumpai pada instalasi gawat darurat yaitu sesak nafas, batuk disertai sputum, hipertermia, dehidrasi, kejang anak sampai terjadi penurunan kesadaran. Oleh sebab itu Anda selaku perawat harus tanggap dan benar dalam memberikan pertolongan. Ok, selanjutnya selamat praktik dan sukses untuk Anda.

Kegiatan Praktikum 1 Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Keracunan

A. TUJUAN UMUM

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

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda 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

Seperti Bab sebelumnya, sebelum Anda melakukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit, Anda harus menyiapkan alat alat diperlukan, melakukan dan menggunakan alat proteksi diri (APD) untuk menjaga keamanan baik Anda maupun pasien seperti cuci tangan, sarung tangan , celemek, masker, tutup kepala dan alat alat sesuai kebutuhan. Adapun alat alat yang perlu disiapkan adalah :

 <p style="text-align: center;">Celemek/apron</p>	 <p style="text-align: center;">Sarung tangan</p>	 <p style="text-align: center;">Stetoskop</p>
 <p style="text-align: center;">Jam tangan</p>	 <p style="text-align: center;">Form asuhan keperawatan</p>	



Gambar 1.1 : Persiapan alat

Pertama kali, Anda 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 5.1 adalah 6 langkah cuci tangan yang benar :



Gambar 5.1 Langkah-langkah Mencuci Tangan

Langkah-langkah cuci tangan bisa Anda lihat pada gambar 5.1 : Pertama, Anda basahi kedua telapak tangan dan ratakan sabun dengan menggosokkan kedua telapak tangan; Kedua, Anda gosok punggung tangan dan sela-sela jari, lakukan pada kedua tangan Anda; Ketiga, gosok kedua telapak tangan Anda dan sela-sela jari; Keempat, posisikan kedua tangan Anda mengunci kemudian gosok punggung jari kedua tangan; Kelima, bersihkan ibu

jari tangan Anda 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 Anda dengan cara menggosokkan ujung jari tangan kiri

Setelah itu yang harus Anda lakukan adalah memakai sarung tangan dan alat alat didekatkan ke korban.

1. Pelaksanaan

a. Pengkajian Keperawatan pada Keracunan

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 :
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"/> tridor : Jejas : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

	: 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
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 :

	<p>c. Mata :</p> <p>d. Hidung :</p> <p>e. Telinga :</p> <p>f. Mulut :</p>
<p>Leher</p>	<p>Inspeksi & Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Bendungan vena jugularis :
<p>Thorak</p>	<p>a. Inspeksi (paru & jantung) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk thorak : ▪ Jumlah nafas : ▪ Pola nafas : ▪ Pengembangan dada : ▪ Pulsasi : <p>b. Palpasi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : <p>c. Auskultasi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>d. Perkusi (paru & jantung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya 		
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk : ▪ Kelainan : b. Palpasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Distensi : c. Auskultasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suara peristaltic : ▪ Jumlah : d. Perkusi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Timpani : ▪ Kelainan : 		
Ekstremitas	<ul style="list-style-type: none"> e. Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna : f. Palpasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse : , Sensasi : , Motorik : 		
Pemeriksaan Penunjang & Terapi Medis			
Radiologi	Laboratorium Darah	Pemeriksaan Lain	Terapi Medis

b. *Diagnose Keperawatan pada Keracunan*

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

- 1) Perubahan pola nafas berhubungan dengan efek racun dalam tubuh
- 2) Defisit volume cairan berhubungan dengan efek racun dalam tubuh
- 3) Risiko terjadi disfungsi neurovaskuler perifer berhubungan dengan adanya racun di tubuh.
- 4) Kecemasan/ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian, perubahan kesehatan.

c. *Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada Keracunan*

Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada keracunan secara umum meliputi:

- 1) Pemberian oksigen (nasal kanul, masker sederhana, masker nonrebreathing/reabreathing dan ventilator).
- 2) Memasang oksimetri
- 3) Melakukan suction melalui mulut
- 4) Melakukan kumbah lambung

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 : i. Tabung o2 & flowmeter j. Humidifier & air steril k. Nasal kanul & slang l. 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					

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

Pembimbing

(.....)

2. Pemberian oksigen melalui masker

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : i. Tabung o2 & flowmeter j. Humidifier & air steril k. Masker & slang l. 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					

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

Pembimbing

(.....)

3. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : q. Oksimeter nadi dan sensor r. Kapas alcohol s. Tissue. t. Nierbeken / 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					

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

Pembimbing

(.....)

4. Melakukan suction melalui mulut

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : y. Mesin suction z. Kateter suction steril (Y port) ã. Cairan Steril ä. Kom Steril ö. Sarung tangan steril dd. Handuk					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	Atur tekanan suction: Wall unit: <ul style="list-style-type: none"> • Dws : 100 – 120 mmHg • Anak : 95 – 110 mmHg • Bayi : 50 – 95 mmHg Portable unit: <ul style="list-style-type: none"> • Dws : 10 – 15 mmHg • Anak : 5 – 10 mmHg • Bayi : 2 – 5 mmHg 					
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					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
	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					

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

Pembimbing

(.....)

5. Melakukan kumbah 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. Sput 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					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
3	Siapkan & dekatkan alat ke pasien					
4	Atur posisi pasien terlentang					Nilai 1 : tidak dilakukan
5	Perawat Cuci tangan dan memakai sarung tangan					
6	Mengukur selang NGT. Panjang NGT mulai dari prosesus xipoideus ke hidung kemudian ke telinga.					
7	NGT di klem/ditandai kemudian oleskan gliserin pada bagian ujung NGT.					
8	Memasukkan 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 kumbah 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 kumbah lambung.					
15	Penampilan tenang dan komunikasi terapeutik					

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

Pembimbing

(.....)

e. 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, akral dingin atau tidak, capillary refill time ada gangguan atau tidak. Periksa tingkat kesadaran apakah pasien sadar atau tidak sadar.

3. Pelaporan

Setelah Anda menyelesaikan Bab 5 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 dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumah sakit.

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. Tindakan keperawatan yang dilakukan tergantung dari penyebab keracunan. Secara umum tindakan yang dilakukan pada keracunan adalah mempertahankan jalan nafas

paten, pemberian oksigen, mempertahankan hemodinamik, melakukan kumbah lambung bila keracunan makanan, serta memonitor kesadaran. Evaluasi keperawatan yang diperlukan adalah jalan nafas, pernafasan, sirkulasi dan kesadaran. Oke, sukses untuk Anda.

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. Anda sebagai perawat IGD, lakukan : a) lakukan pengkajian lebih lanjut terhadap korban, b) Tetapkan diagnose keperawatan, c) buat rencana dan tindakan keperawatan, d) buat evaluasinya.

UMPAN BALIK

Setelah Anda melakukan asuhan keperawatan pada kasus di atas, maka Anda akan dilakukan evaluasi atau diberi umpan balik.

Kegiatan Praktikum 2 Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Obstetri dan Ginekologi

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda mampu untuk melakukan Asuhan keperawatan gawat darurat pada obstetri dan ginekologi

B. TUJUAN KHUSUS

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

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

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Persiapan dalam melakukan asuhan keperawatan gawat darurat obstetri dan ginekologi seperti pada Bab 5 kegiatan belajar 1 di atas.

2. Pelaksanaan

a. *Pengkajian Keperawatan pada obstetri dan ginekologi*

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	:

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 :

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pola nafas : ▪ Pengembangan dada : ▪ Pulsasi : b. Palpasi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : c. Auskultasi (paru & jantung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> e. Inspeksi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bentuk : ▪ Kelainan : f. Palpasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Distensi : g. Auskultasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suara peristaltic : ▪ Jumlah : h. Perkusi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Timpani : ▪ Kelainan :
Ekstremitas	<ul style="list-style-type: none"> i. Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna : j. Palpasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse : , Sensasi : , Motorik :

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

b. *Diagnose Keperawatan pada Obstetrik dan Ginekologi*

Diagnose Keperawatan pada obstetri dan ginekologi tergantung pada masalah yang dihadapi pasien. Beberapa diagnose keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan obstetri dan ginekologi adalah:

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan perdarahan, nyeri akut.
- 2) Perubahan Perfusi jaringan berhubungan dengan perdarahan
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan tekanan abdomen meningkat, perdarahan.
- 4) Kecemasan/ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian, perubahan kesehatan.

c. *Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada Obstetrik dan Ginekologi*

Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada obstetrik dan ginekologi secara umum meliputi:

- 1) Pemberian oksigen (nasal kanul, masker sederhana, masker nonrebreathing/reabreathing dan ventilator).
- 2) Memasang oksimetri
- 3) Melakukan suction melalui mulut/hidung
- 4) Memasang OPA (oropharyngeal airway)
- 5) Memasang infus dan resusitasi cairan

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 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					

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

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 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					

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

Pembimbing

(.....)

3. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Oksimeter nadi dan sensor b. Kapas alcohol c. Tissue. d. Nierbeken / 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					

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

Pembimbing

(.....)

4. 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 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 sa					
6	Atur tekanan suction : Wall unit : <ul style="list-style-type: none"> • Dws : 100 – 120 mmHg • Anak : 95 – 110 mmHg • Bayi : 50 – 95 mmHg Portable unit : <ul style="list-style-type: none"> • Dws : 10 – 15 mmHg • Anak : 5 – 10 mmHg • Bayi : 2 – 5 mmHg 					
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.					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
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					

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

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 h. Selang penghisap OPA					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 yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					
5	Perawat cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Pastikan pasien tidak sadar dan ada obstruksi oleh lidah.					
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.					
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

(.....)

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.					
8	Atur posisi pasien terlentang, pasang pengalas dan pasang toniquet 5cm dari area penusukan.					Nilai 1 : tidak 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					

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

Pembimbing

(.....)

d. Evaluasi Keperawatan pada Obstetri dan Ginekologi

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 Anda menyelesaikan Bab 5 ini yang sesuai dengan langkah langkah di atas, maka nda 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

Pengkajian keperawatan kedaruratan pada obstetri dan ginekologi 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 obstetri dan ginekologi adalah perdarahan pervaginam dan nyeri sehingga berdampak terjadinya sesak nafas. Ingat, pada kehamilan, ada 2 nyawa yang harus ditolong yaitu ibu dan janinnya. Tindakan keperawatan yang segera dilakukan berupa pembebasan jalan nafas, pemberian oksigen, resusitasi cairan serta penanganan rasa nyeri. Anda sebagai penolong harus kompeten dan mahir untuk dapat menyelamatkan jiwa korban. Selamat melakukan praktek klinik.

Tes 2

Seorang ibu umur 35 tahun datang ke IGD rumah sakit. Korban mengalami nyeri pada perut dan perdarahan sejak 3 jam yang lalu. Korban mengatakan bahwa kehamilannya berumur 8

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

bulan. Tanda tanda vital : Tekanan darah : 100/70 mmHg, Jumlah nafas : 30 X /mnt, Nadi : 100 x/mnt, Suhu tubuh : 36 C. Anda sebagai perawat IGD, coba lakukan pertolongan pada korban tersebut.

UMPAN BALIK

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

Kegiatan Praktikum 3 Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Anak

A. TUJUAN UMUM

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

B. TUJUAN KHUSUS

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

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

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

1. Persiapan

Persiapan dalam melakukan asuhan keperawatan gawat darurat pada anak seperti pada Bab 5 kegiatan praktik klinik 1 di atas.

2. Pelaksanaan

a. Pengkajian Keperawatan pada Anak

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 :

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

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"/> tridor : 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 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 :
Exposure	:
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	e. Inspeksi (paru & jantung) : ■ Bentuk thorak : ■ Jumlah nafas : ■ Pola nafas :

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengembangan dada : ▪ Pulsasi : f. Palpasi (paru & jantung) ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Iktus cordis : ▪ Irama jantung : g. 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 h. Perkusi (paru & jantung) ▪ Paru : <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> lainnya ▪ Jantung <input type="checkbox"/> pekak <input type="checkbox"/> lainnya
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> i. Inspeksi : ▪ Bentuk : ▪ Kelainan : j. Palpasi ▪ Nyeri : ▪ Distensi : k. Auskultasi : ▪ Suara peristaltic : ▪ Jumlah : l. Perkusi : ▪ Timpani : ▪ Kelainan :
Ekstremitas	<ul style="list-style-type: none"> m. Inspeksi ▪ Warna : n. Palpasi : ▪ Nyeri : ▪ Krepitasi : ▪ Edema : ▪ Pulse : , Sensasi : , Motorik :

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

b. Diagnose Keperawatan pada anak

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

- 1) Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran oksigen
- 2) Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret, spasme jalan nafas
- 3) Defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan (diare).

c. Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada pada anak

Intervensi dan Tindakan Keperawatan pada anak 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) Pemasangan OPA

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 : e. Tabung o2 & flowmeter f. Humidifier & air steril g. Nasal kanul & slang h. 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					

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

Pembimbing

(.....)

2. Pemberian oksigen melalui masker

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : e. Tabung o2 & flowmeter f. Humidifier & air steril g. Masker & slang h. 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 dalam komunikasi terapeutik					

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

Pembimbing

(.....)

3. Memasang oksimeter

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. Oksimeter nadi dan sensor b. Kapas alcohol c. Tissue. d. Nierbeken / 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					

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

Pembimbing

(.....)

4. 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 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 sa					
6	Atur tekanan suction : Wall unit : • Anak : 95 – 110 mmHg • Bayi : 50 – 95 mmHg Portable unit : • Anak : 5 – 10 mmHg • Bayi : 2 – 5 mmHg					
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					

✂ ■ Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat ✂ ■

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
	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					

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

Pembimbing

(.....)

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

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : a. BVM (Ambubag) b. Handscoon bersih c. Handsrub d. Oksigen					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 yaitu tempat yang aman, datar, dan keras					
5	Perawat Cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih.					
6	Perawat memeriksa pernapasan dan nadi selama 10 detik.					
7	Bila nadi teraba dan pernafasan tidak ada maka lakukan bantuan nafas.					
8	Atur posisi kepala yaitu head tilt chin lif bila tidak ada trauma leher. Bila ada trauma leher dengan cara jaw thrust maneuver.					
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 napas dengan 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 anak : Berikan nafas sebanyak 12-20 x per menit dengan jeda setiap pompa 3-5 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 dalam komunikasi terapeutik					

$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{68} \times 100$ $= \dots\dots\dots$

Pembimbing

(.....)

6. Memasang OPA (oropharyngeal airway)

No	Prosedur	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Persiapan alat : i. Oropharyngeal tube sesuai kebutuhan j. Sarung tangan bersih k. Gunting dan Plester l. Bengkok m. Tounge spatel n. Kassa steril o. Suction p. Selang penghisap OPA					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	Pastikan pasien tidak sadar dan ada obstruksi oleh lidah.					Nilai 2 : Dilakukan & kurang benar
7	Pilihlah ukuran OPA yang sesuai dengan pasien. Cara : menempatkan ujung OPA pada sudut mulut, ujung yang lain pada pada ujung telinga bawah.					
8	Cara langsung : Membuka mulut pasien dengan cross finger, lidah ditekan dengan spatel lidah masukkan OPA langsung sesuai anatomis.					Nilai 1 : tidak dilakukan
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 dalam komunikasi terapeutik					

$NILAI = \frac{\text{Total Skor}}{56} \times 100$ <p>=</p>

Pembimbing

(.....)

d. Evaluasi Keperawatan pada pada anak

Evaluasi keperawatan pada anak 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.

3. Pelaporan

Setelah Anda menyelesaikan Bab 5 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 dan kemudian dilaporkan ke pembimbing klinik baik institusi maupun rumah sakit.

Ringkasan

Kasus yang sering terjadi dan masuk ke IGD dengan masalah pada anak adalah sesak nafas, batuk disertai sputum, hipertermia, dehidrasi, kejang anak sampai terjadi penurunan kesadaran. Diagnose keperawatan yang muncul dari masalah masalah tersebut adalah : a) Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran oksigen, b) Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret, spasme jalan nafas, c) Defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan (diare). Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi pemberian oksigen, melakukan suction, memasang infuse dan memberikan cairan. Evaluasi perlu dilakukan untuk menilai perkembangan pasien yang meliputi kepatenan jalan nafas, pernafasan, sirkulasi dan tingkat kesadaran.

Tes 3

Seorang anak laki laki umur 4 tahun datang ke IGD rumah sakit, dengan keluhan panas disertai dengan kejang sejak 6 jam yang lalu. Pasien lemah, pucat dan dibawa oleh ibunya. Anda sebagai perawat IGD, a. coba anda lakukan pengkajian lebih lanjut untuk mendapatkan data yang lengkap. b) Tetapkan diagnose keperawatan sesuai dari data yang diperoleh. c) buat intervensi dan implementasi sesuai masalah yang ditemui.

UMPAN BALIK

Setelah Anda melakukan asuhan keperawatan pada kasus di atas, maka Anda akan dilakukan evaluasi atau diberi umpan balik .

REKAPITULASI PENILAIAN PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN

PENILAIAN SIKAP

Nama Mahasiswa :

Ruang & Tanggal :

NO	ASPEK YANG DINILAI	SCORE	NILAI PEMBIMBING
1.	DISIPLIN 1. Ketaatan terhadap peraturan yang berlaku 2. Ketaatan dalam menjalankan tugas 3. Kesungguhan dalam menjalankan tugas	10	
2.	TANGGUNG JAWAB 1. Kesungguhan dalam menjalankan tugas 2. Ketepatan waktu dalam menjalankan tugas 3. Kemampuan untuk menyelesaikan tugas	10	
3.	INISIATIF DAN KREATIFITAS 1. Melaksanakan tanpa perintah orang lain 2. Tanggapan terhadap kesulitan atau hambatan dalam menyelesaikan tugas	10	
4.	STABILITAS EMOSI 1. Kemampuan mengenali kelebihan diri sendiri 2. Kemampuan mengenali kelemahan diri sendiri 3. Kesanggupan penyesuaian diri terhadap lingkungan	10	
5.	KEJUJURAN 1. Pemahaman terhadap wewenangnya 2. Ketulusan dalam melaksanakan tugas 3. Kemampuan untuk mengemukakan pendapat dengan baik dan rasional	10	
6.	HUBUNGAN DENGAN ORANG LAIN 1. Interaksi dengan atasan 2. Interaksi dengan teman	10	
7.	KERJASAMA DENGAN TEMAN 1. Kemampuan untuk menerima saran/pendapat dari teman dengan hati terbuka 2. Kemampuan memberi saran/pendapat/bantuan kepada teman/orang lain	10	
8.	PENAMPILAN 1. Kerapian, keserasian dan kebersihan pakaian 2. Sikap waktu bicara	10	

✂ ■ **Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat** ✂ ■

NO	ASPEK YANG DINILAI	SCORE	NILAI PEMBIMBING
9.	CARA KERJA DALAM BERTUGAS 1. Pemahaman terhadap tujuan dari kegiatan yang ditugaskan 2. Sistematika dalam pelaksanaan tugas 3. Kecakapan/penguasaan dalam bidang teknis/tugasnya 4. Ketepatan dan kemampuan dalam menjalankan tugasnya 5. Hasil yang dicapai	20	
JUMLAH		100	
Tanda Tangan Pembimbing			

REKAPITULASI PENILAIAN

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	BXN
1.	RATA RATA LAPORAN PENDAHULUAN	20		
2.	RATA-RATA LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	30		
3	RATA – RATA KETRAMPILAN	30		
4.	SIKAP	20		
	J U M L A H	100		

RATA-RATA NILAI =

Malang,

Koordinator

Praktek Klinik Keperawatan Gawat Darurat

(.....)

Adapun hasil rekapitulasi penilaian ditetapkan 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