



**MODUL PRAKTIKUM**

# **KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

Disusun Oleh:

**Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes  
Masyita Haerianti, S.Kep., Ns., M.Kep  
Muhammad Amin R, S.Kep., Ns. M.Kep  
Boby Nurmagandi, S.Kep., Ns., M.Kep  
Evidamayanti, S.Kep., Ns., M.Kep  
Sastriani, S.Kep>, Ns. M.Kep  
Sri Marnianti Irnawan, S.Kep., Ns., M.Kep**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT  
2025**



**FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**

**No. Dokumen : 28-Modul-Kep-2025**

**MODUL  
PRAKTIKUM KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

**Disusun** : Tim Penyusun

(Evi Damayanti, S.Kep., Ns., M.Kep)

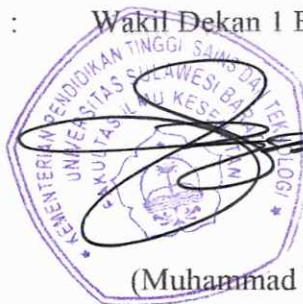
**Diajukan** : Koordinator Mata Kuliah

(Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes)

**Dikendalikan** : Koordinator Program Studi

(Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes)

**Disahkan** : Wakil Dekan I Bidang Akademik



(Muhammad Irwan, S.Kep., Ns., M.Kes)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI  
**UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat,  
Email: fik.unsulbar@gmail.com

---

---

**VISI DAN MISI**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**

a. Visi;

Pada tahun 2040 menjadi institusi pendidikan kesehatan yang unggul dalam mengembangkan dan memanfaatkan ilmu teknologi kesehatan untuk memecahkan masalah kesehatan lokal, nasional dan global.

b. Misi;

- 1) Menyelenggarakan program pendidikan kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang berkualitas, berdedikasi tinggi dan berakhlak mulia dalam rangka memenuhi tuntutan dan kebutuhan pembangunan
- 2) Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan penelitian dan pengembangan inovasi di bidang kesehatan
- 3) Memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan dalam mewujudkan kesejahteraan dan peradaban yang tinggi
- 4) Mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu kesehatan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI  
**UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat,  
Email: fik.unsulbar@gmail.com

---

---

**VISI DAN MISI**  
**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**

Visi Misi Program Studi memiliki Pencirian yakni **Profesional, Peka Budaya**, dan **Tanggap Darurat** yang terwujud didalam Visi Misi, yakni;

a. Visi;

Terwujudnya program studi keperawatan yang menghasilkan tenaga keperawatan profesional tanggap darurat dan peka budaya pada tahun 2030 dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

b. Misi;

- 1) Melaksanakan Pendidikan keperawatan profesional yang tanggap darurat dan peka budaya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 2) Melaksanakan dan mengembangkan penelitian yang relevan dengan tantangan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- 3) Melaksanakan pengabdian masyarakat dengan memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.
- 4) Menyelenggarakan tata kelola good governance pada program studi.
- 5) Menjalin kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu keperawatan

## **KATA PENGANTAR**

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Universitas Sulawesi Barat.

Diharapkan mahasiswa yang mengikuti kegiatan pembelajaran dapat mengikuti semua kegiatan dengan baik dan lancar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya modul ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Majene, Februari 2025

Penulis

## DAFTAR ISI

Lembar Pengesahan .....	i
Visi Misi Fakultas .....	ii
Visi Misi Program Studi.....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Daftar Isi.....	v
1. Deskripsi Mata Kuliah .....	vi
2. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:.....	vi
3. Metode Pembelajaran.....	vii
4. Uraian Beban Studi .....	vii
Pendahuluan .....	1
Kegiatan Belajar 1 Triage .....	3
Kegiatan Pembelajaran 2 Pengkajian Kegawatdaruratan .....	8
Kegiatan Pembelajaran 3 Penatalaksanaan Luka/Balut Bidai .....	17
Kegiatan Belajar 4 Manajemen Trauma .....	21
Kegiatan Belajar 5 Manajemen Kegawatdaruratan Obstetri .....	27
Kegiatan belajar 6 Manajemen Syok dan Penghentian Pendarahan.....	35
Kegiatan belajar 7 Manajemen Jalan Napas dan Bantuan Hidup Dasar.....	42
PENUTUP.....	53
DAFTAR PUSTAKA .....	54

## **1. Deskripsi Mata Kuliah**

Mata kuliah ini membahas tentang konsep dan perencanaan asuhan keperawatan yang etis, legal dan peka budaya pada klien yang mempunyai masalah actual dan resiko yang terjadi secara mendadak atau tidak dapat diperkirakan dan tanpa atau disertai kondisi lingkungan yang tidak dapat dikendalikan, serta kondisi klien yang mengalami kritis dan mengancam kehidupan. Perencanaan asuhan keperawatan dikembangkan sedemikian rupa sehingga diharapkan mampu mencegah atau mengurangi kematian atau kecacatan yang mungkin terjadi.

## **2. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:**

Setelah mengikuti perkuliahan Keperawatan Gawat Darurat, maka apabila diberikan data/kasus/artikel mahasiswa mampu:

1. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan kegawat daruratan
2. Mampu menerapkan proses Keperawatan pada pasien di area Keperawatan gawat darurat
3. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus kegawatan, kedaruratan dan kegawat daruratan terkait gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis.
4. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus kegawatan, kedaruratan dan kegawatdaruratan terkait multi sistem pada individu dengan berbagai tingkat usia dengan memperhatikan aspek legal dan etis
5. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kegawatan, kedaruratan dan kegawat daruratan terkait berbagai sistem
6. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada individu dengan kegawatan, kedaruratan dan kegawatdaruratan terkait berbagai sistem dengan memperhatikan aspek legal dan etis
7. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus kegawatan, kedaruratan karena gangguan berbagai sistem

8. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kegawatdaruratan sesuai dengan standar yang berlaku dengan berpikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif.

### **3. Metode Pembelajaran**

Praktik: Dilaksanakan di kelas, laboratorium (baik di kampus maupun di lahan praktek) dengan menggunakan metode simulasi, demonstrasi, role play dan bed side teaching.

### **4. Uraian Beban Studi**

## Pendahuluan

Konsep kegawat daruratan merupakan satu hal yang sangat penting untuk di pahami oleh petugas kesehatan khususnya tenaga perawat, rentang kegawatdaruratan mencakup pra rumah sakit, saat di rumah sakit, dan pasca rumah sakit. Kondisi kegawatdaruratan dapat terjadi akibat trauma atau non trauma yang mengakibatkan henti nafas, henti jantung, kerusakan organ, dan atau perdarahan.

Modul ini mengajak saudara untuk mempelajari tentang kegawat daruratan. Didalam modul ini ada lima kegiatan belajar. Kegiatan belajar 1 membahas tentang *triage (pra hospital, in hospital)*; kegiatan belajar 2 membahas tentang pengkajian kegawatdaruratan *yang meliputi* pengkajian awal (primer survey), dan Sekunder survey; kegiatan belajar 3 membahas tentang penatalaksanaan luka/ balut bidai; kegiatan belajar 4 membahas manajemen trauma (trauma kepala, abdomen, muskuloskeletal); kegiatan belajar 5 membahas tentang manajemen kegawatan obstetri; kegiatan belajar 6 membahas tentang melaksanakan target keterampilan manajemen syok dan penghentian perdarahan; kegiatan belajar 7 membahas tentang melaksanakan target keterampilan manajemen jalan nafas dan bantuan hidup dasar Setelah mempelajari isi modul praktikum kegawatdaruratan diharapkan peserta didik semester VI mampu menerapkan asuhan keperawatan kegawatdaruratan baik di lingkup *pra hospital, hospital* dan *post hospital*.

Untuk mempermudah mempelajari modul ini, beberapa langkah yang perlu saudara ikuti adalah:

1. Bacalah dengan seksama setiap kalimat. Jika ada kalimat yang menurut saudara tidak jelas atau membingungkan, catatlah kemudian tanyakan pada dosen atau fasilitator. Jika ada istilah atau kata yang belum dimengerti, saudara bisa mencari dalam kamus kedokteran atau ditanyakan pada dosen/fasilitator.
2. Baca kembali konsep atau teori pada modul 1
3. Pelajari satu kegiatan belajar secara tuntas, sebelum mempelajari kegiatan belajar lainnya.
4. Pahami urutan langkah-langkah setiap prosedur

5. Jika ada kesulitan, saudara dapat berdiskusi dengan fasilitator atau pembimbing yang ditunjuk.

Pada akhirnya semoga modul ini dapat memberikan manfaat bagi saudara.  
Selamat belajar dan sukses selalu.

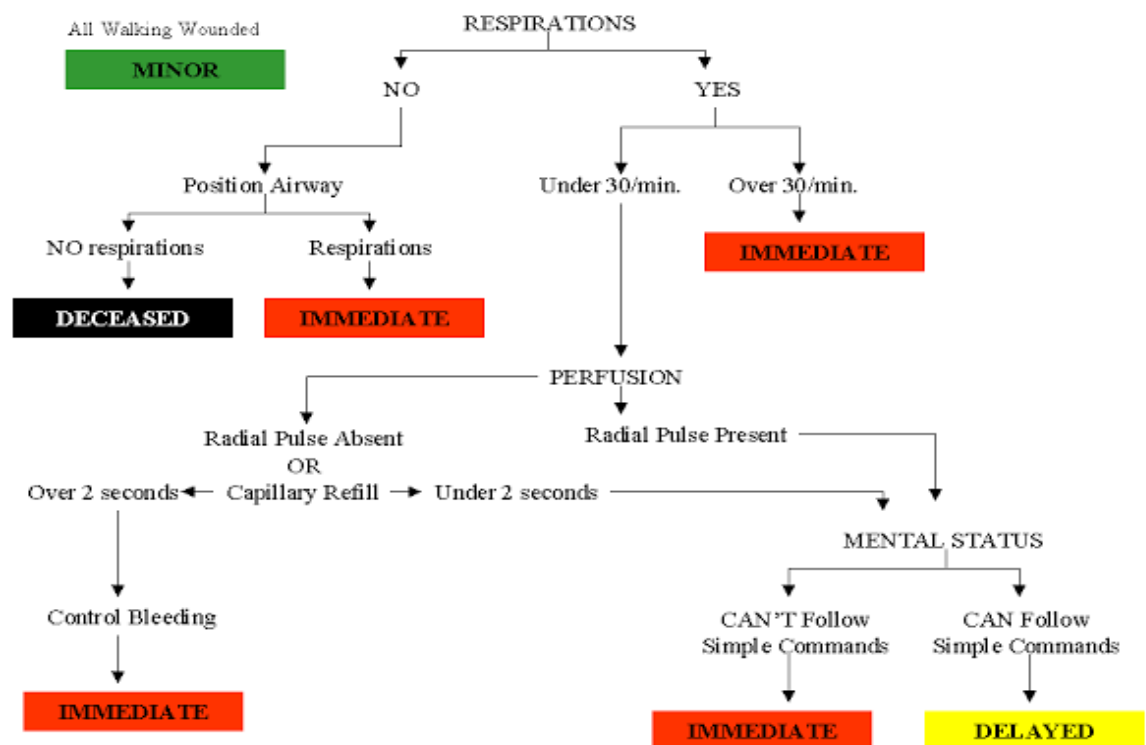
## Kegiatan Belajar 1:

### TRIAGE

#### Uraian Materi

Triage adalah suatu proses memilah dan menentukan korban sesuai klasifikasinya atau tingkat kemandiriannya. Menseleksi dan memilah korban tersebut bertujuan untuk mempercepat dalam memberikan pertolongan terutama pada para korban yang dalam kondisi kritis atau mergensi sehingga nyawa korban dapat diselamatkan.

START atau *Simple Triage and rapid treatment* merupakan metode triage yang umum di gunakan dengan lama waktu kurang dari 60 detik per orang.



#### Persiapan

##### I. Persiapan alat dan bahan:

- (a) Tanda pengenal untuk menandai setiap tempat/bagian dan petugas
- (b) Kartu *triage*
- (c) Peralatan administrasi

(d) Tandu

(e) *Spyghnomanometer, stethoscope*, lampu senter, sarung tangan

## II. Persiapan Pasien/Korban:

(a) Menjaga keamanan pribadi dan keselamatan orang lain di tempat

(b) Melakukan pencatatan atau dokumentasi laporan

(c) Melaksanakan tanggung jawab sesuai dengan kode etik profesi

### **Pelaksanaan**

Langkah pertama-tama katakan kepada korban yang mampu berjalan untuk pindah pada daerah khusus (*walking wounded*), bila korban yang tidak mampu berjalan, lakukan langkah selanjutnya:

1. Pernapasan (respirasi): bila pernapasan lebih dari 30x/mnt, beri label merah. Bila penderita tidak bernapas maka upayakan membuka jalan napas dan bersihkan jalan napas.
2. Jika pernapasan tidak ada, beri label hitam.
3. Bila pernapasan spontan maka beri label merah. Bila pernapasan > 30x/mnt, nilai waktu pengisian kapiler
4. Waktu pengisian kapiler (perfusi): lebih dari 2 detik beri label merah hentikan perdarahan bila ada. Bila kurang dari 2 detik, maka nilailah status mental. Bila perfusi kurang maka periksa nadi radialis.
5. Periksa status mental: bila korban tidak mampu mengikuti perintah sederhana, maka beri label merah. Bila mampu mengikuti perintah sederhana beri label kuning.
6. Lakukan pemberian label dan pendokumentasian korban
7. Lanjutkan ke korban berikutnya

Sekarang saudara sudah berada pada akhir kegiatan belajar, Adakah bagian yang saudara anggap sulit? Jika ada, coba saudara baca dan pahami lagi. Jika masih tetap belum jelas, saudara bisa menanyakan pada fasilitator.

### **Rangkuman**

Dari materi triage di atas, anda harus mengingat hal-hal penting yaitu :

1. Prinsip-prinsip triage yang meliputi a) triage seharusnya segera dan tepat waktu, b) pengkajian seharusnya adekuat dan akurat, c) keputusan didasarkan dari pengkajian,

2. Klasifikasi triage dibagi menjadi 3 yaitu: a) prioritas 1 (emergensi): warna/label: merah, b) prioritas 2 (gawat ): warna/label: kuning dan c) prioritas 3 (tidak gawat): warna/label: hijau
3. Triage dilakukan kurang dari 60 detik perorang

### **Tugas**

Terjadi kecelakaan lalu lintas dengan jumlah korban sebanyak 12 orang, saat di lapangan perawat melakukan triage dengan prinsip "START", Sekarang coba saudara praktekan dengan menggunakan suatu model. Lalu cek langkah- langkah yang telah saudara laksanakan berdasarkan daftar tilik dibawah ini.

## Daftar Tilik Triage

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

Skore 1 (satu): Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat.

Skore 2 (dua): Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skore 3 (tiga): Mandiri, langkah dilakukan dengan benar

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor		
			1	2	3
<b>A</b>	<b>Persiapan</b>	40%			
1	Persiapan alat: a. Tanda pengenal untuk menandai setiap tempat/bagian dan petugas b. Kartu <i>triage</i> c. Peralatan administrasi d. Tandu/strecher/brangkar e. <i>Spyghnomanometer, stethoscope</i> , lampu senter, sarung tangan				
2	a. Persiapan pasien: Menjaga keamanan pribadi dan keselamatan orang lain di tempat b. Melakukan pencatatan atau dokumentasi				
<b>B</b>	<b>Pelaksanaan</b>	60%			
1	Langkah pertama-tama katakan kepada korban yang mampu berjalan untuk pindah pada daerah khusus ( <i>walking wounded</i> ), bila korban yang tidak mampu berjalan, lakukan langkah selanjutnya:				
2	Pernapasan (respirasi): bila pernapasan lebih dari 30x/mnt, beri label merah. Bila penderita tidak bernapas maka upayakan membuka jalan napas dan bersihkan jalan napas.				
3	Jika pernapasan tidak ada, beri label hitam.				
4	Bila pernapasan spontan maka beri label merah. Bila pernapasan > 30x/mnt, nilai waktu pengisian kapiler				
5	Waktu pengisian kapiler (perfusi): lebih dari 2 detik beri label merah hentikan perdarahan bila ada. Bila kurang dari 2 detik, maka nilailah status mental. Bila perfusi kurang maka periksa nadi radialis.				
6	Periksa status mental: bila korban tidak mampu mengikuti perintah sederhana, maka beri label merah. Bila mampu mengikuti perintah sederhana beri label				
7	Lakukan pemberian label dan pendokumentasian korban				

8	Lanjutkan ke korban berikutnya				
9	$\text{Nilai} = \frac{(40\% \times \text{skore A}) + (60\% \times \text{skore B})}{\text{Skore maksimal}}$				

**Rentang Nilai:**

<b>Angka</b>	<b>Lambang</b>	<b>Mutu</b>
80 – 100	A	4
68 – 79	B	3
56 – 67	C	2
45 – 55	D	1
0 – 44	E	0

Saudara dinyatakan lulus atau kompeten, bila nilai minimal B

## **Kegiatan Pembelajaran 2**

### **PENGAJIAN KEGAWATDARURATAN**

#### **Uraian Materi**

Persiapan korban gawat darurat berlangsung dalam dua fase. Fase pra rumah sakit (*pre hospital*) adalah suatu keadaan seluruh kejadian di masyarakat idealnya berlangsung dengan koordinasi dengan tenaga kesehatan di rumah sakit. Fase kedua adalah fase rumah sakit (*in hospital*) adalah suatu keadaan dilakukan persiapan untuk menerima korban gawatdarurat di rumah sakit sehingga dapat dilakukan resusitasi dalam waktu tepat.

#### **Primer Survey**

Survey primer yaitu suatu proses melakukan penilaian keadaan korban gawatdarurat dengan menggunakan prioritas CAB DE untuk menentukan kondisi patofisiologis korban dan pertolongan sesuai dengan waktu tanggap.

Penilaian keadaan korban gawatdarurat dan prioritas terapi dilakukan berdasarkan jenis perlukaan, stabilitas, dan kondisi tanda-tanda vital. Prioritas terapi di berikan berdasarkan penilaian :

C : Circulation (Kontrol Perdarahan)

A : Airway (Spine Control)

B : Breathing (Ventilation)

D : Disability (GCS Dan Tanda Lateralisasi)

E : Exposure (Membuka Pakaian & Bila Perlu Lakukan X –Ray)

#### **Survey Sekunder**

Survey sekunder adalah pemeriksaan kepala sampai kaki (*head to toe*), termasuk pemeriksaan tanda vital. Survey sekunder hanya dilakukan apabila korban gawatdarurat telah stabil.

## **Persiapan**

Persiapan alat dan bahan:

- a. Format pengkajian
- b. Nursing kit (*Sphygmomanometer, stethoscope, termometer, refleksi hamer*)
- c. Penlight
- d. Jam tangan
- e. APD

Persiapan Pasien/Korban:

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
2. Jaga privasi pasien

## **Pelaksanaan**

1. Data subyektif yang ditanyakan, meliputi:

a. 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.

b. Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien saat ini.

c. Riwayat penyakit/keluhan yang sekarang dirasakan atau yang berhubungan dengan sakit yang diderita sekarang.

d. Usaha pengobatan yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan.

2. Data obyektif

Lakukan pemeriksaan fisik maupun diagnostik untuk mengumpulkan data Obyektif, meliputi:

1. Perhatikan/amati keadaan umum pasien :

2. Kaji kesadaran pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar penuh (*composmentis*), apatus, delirium, somnolen, stupor, koma.

3. 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

4. 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.

5. 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.

6. Kaji Disability yaitu tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan GCS

7. Lakukan pengukuran tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, jumlah pernafasan.

8. Lakukan pemeriksaan fisik (data focus) sesuai dengan keluhan pasien.

9. Lakukan kolaborasi untuk pemeriksaan penunjang seperti : EKG, foto rontgen dan pemeriksaan analisa gas darah.

10. Tentukan prioritas penanganan berdasarkan hasil pengkajian data

## **Rangkuman**

### **Primer Survey**

Survey primer yaitu suatu proses melakukan penilaian keadaan korban gawatdarurat dengan menggunakan prioritas CAB DE untuk menentukan kondisi patofisiologis korban dan pertolongan sesuai dengan waktu tanggap

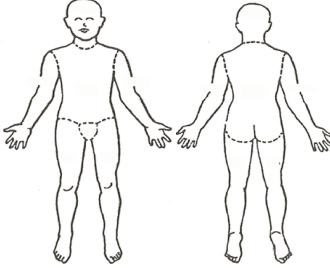
### **Survey Sekunder**

Survey sekunder adalah pemeriksaan kepala sampai kaki (*head to toe*), termasuk pemeriksaan tanda vital. Survey sekunder hanya dilakukan apabila korban gawatdarurat telah stabil

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, lakukan pengkajian keperawatan kegawatdaruratan berdasarkan pengkajian kegawatdaruratan di bawah ini !

### Format Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat

<b>IDENTITAS</b>	No. Rekam Medis ... ..	Diagnosa Medis ... ..		
	Nama :	Jenis Kelamin :	L/P	Umur :
	Agama :	Status Perkawinan :	Pendidikan :	
	Pekerjaan :	Sumber informasi :	Alamat :	
<b>TRIAGE</b> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; background-color: red; vertical-align: middle;"></span> <b>P2</b> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; background-color: yellow; vertical-align: middle;"></span> <b>P3</b> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; background-color: green; vertical-align: middle;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; background-color: black; vertical-align: middle;"></span>				
<b>PRIMER SURVEY</b>	<b>GENERAL IMPRESSION</b>			
	Keluhan Utama :			
	Mekanisme Cedera :			
	Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang) : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Baik, ... ..			
	<b>AIRWAY</b>		<b>Diagnosa Keperawatan:</b>	
	Jalan Nafas : <input type="checkbox"/> Paten <input type="checkbox"/> Tidak Paten Obstruksi : <input type="checkbox"/> Lidah <input type="checkbox"/> Cairan <input type="checkbox"/> Benda Asing <input type="checkbox"/> N/A Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> N/A Keluhan Lain: ... ..		Kriteria Hasil : ... ..  Intervensi :	
<b>BREATHING</b>		<b>Diagnosa Keperawatan:</b>		
Gerakan dada : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris Irama Nafas : <input type="checkbox"/> Cepat <input type="checkbox"/> Dangkal <input type="checkbox"/> Normal Pola Nafas : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur Retraksi otot dada : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A Sesak Nafas : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> RR : ..... x/mnt		Kriteria Hasil : ... ..  Intervensi :		

Keluhan Lain: ... ..	
<b>CIRCULATION</b>	<b>Diagnosa Keperawatan:</b>
Nadi : <input type="checkbox"/> Teraba <input type="checkbox"/> Tidak teraba Sianosis : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak CRT : <input type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik Pendarahan: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ada Keluhan Lain: ... ..	Kriteria Hasil : ... .. Intervensi :
<b>DISABILITY</b>	<b>Diagnosa Keperawatan:</b>
Respon : <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unrespon Kesadaran : <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> ... .. GCS : <input type="checkbox"/> Eye ... <input type="checkbox"/> Verbal ... <input type="checkbox"/> Motorik ... Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Unisokor <input type="checkbox"/> Pinpoint <input type="checkbox"/> Medriasis Refleks Cahaya: <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak Ada Keluhan Lain : ... ..	Kriteria Hasil : ... .. Intervensi :
<b>EXPOSURE</b>	<b>Diagnosa Keperawatan:</b>
 Deformitas : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Contusio : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Abrasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Penetrasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Laserasi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Kriteria Hasil : ... .. Intervensi :

	Edema : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Keluhan Lain: ... ..	
<b>SECONDARY SURVEY</b>	<b>ANAMNESA</b>	<b>Diagnosa Keperawatan:</b> 1.
	Riwayat Penyakit Saat Ini : ... ..  Alergi :  Medikasi :  Riwayat Penyakit Sebelumnya:  Makan Minum Terakhir:  Even/Peristiwa Penyebab:  Tanda Vital : BP :            N :            S:            RR :	Kriteria Hasil : ... ..  Intervensi :
	<b>PEMERIKSAAN FISIK</b>	<b>Diagnosa Keperawatan:</b> 1.
	<b>Kepala dan Leher:</b> Inspeksi ... .. Palpasi ... .. <b>Dada:</b> Inspeksi ... .. Palpasi ... .. Perkusi ... .. Auskultasi ... .. <b>Abdomen:</b> Inspeksi ... .. Palpasi ... .. Perkusi ... .. Auskultasi ... ..	Kriteria Hasil : ... ..  Intervensi :

	<p><b>Pelvis:</b>  Inspeksi ... ..  Palpasi ... ..</p> <p><b>Ektremitas Atas/Bawah:</b>  Inspeksi ... ..  Palpasi ... ..</p> <p><b>Punggung :</b>  Inspeksi ... ..  Palpasi ... ..</p> <p><b>Neurologis :</b></p>	
	<p><b>PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK</b></p> <p><input type="checkbox"/> RONTGEN <input type="checkbox"/> CT-SCAN <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> EKG  <input type="checkbox"/> ENDOSKOPI <input type="checkbox"/> Lain-lain, ... ..</p> <p><b>Hasil :</b></p>	<p><b>Diagnosa Keperawatan:</b></p> <p>Kriteria Hasil : ... ..</p> <p>Intervensi :</p>
	<p><b>Tanggal Pengkajian :</b></p> <p><b>Jam :</b></p> <p><b>Keterangan :</b></p>	<p><b>TANDA TANGAN PENKKAJI:</b></p> <p><b>NAMA TERANG :</b></p>

Setelah Anda melakukan pengkajian pada pasien, maka Anda akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form dibawah ini

### Daftar Tilik Pengkajian kegawadaruratan

Tanggal Penilaian

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore

Skore 1 (satu): Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat.

Skore 2 (dua): Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skore 3 (tiga): Mandiri, langkah dilakukan degan benar

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skore		
			1	2	3
<b>A</b>	<b>Persiapan</b>	<b>40%</b>			
1	Persiapan alat: a. Format pengkajian b. Nursing kit ( <i>Spyghnomanometer, stethoscope, termometer, refleks hamer</i> ) c. Penlight d. Jam tangan e. APD				
2	Persiapan pasien: 1. Jelaskan prosedur kepada pasien dan keluarga 2. Menjaga keamanan pribadi dan keselamatan orang lain di tempat				
<b>B</b>	<b>Pelaksanaan</b>	<b>60%</b>			
1	Data subyektif (spesifik, akurat, sesuai kondisi pasien)				
2	Perhatikan/amati keadaan umum pasien				
3	Kaji kesadaran pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar penuh ( <i>composmentis</i> ), apatis, delirium, somnolen, stupor, koma				
4	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				

5	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				
6	Kaji tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan GCS				
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				
	$\text{Nilai} = \frac{(40\% \times \text{skore A}) + (60\% \times \text{skore B})}{\text{Skore maksimal}}$				

### Rentang Nilai:

Angka	Lambang	Mutu
80 – 100	A	4
68 – 79	B	3
56 – 67	C	2
45 – 55	D	1
0 – 44	E	0

Saudara dinyatakan lulus atau kompeten, bila nilai minimal B

### Daftar pustaka (Bahan bacaan pembelajaran)

1. Sudiharto, Sartono. 2011. *Basic Trauma Life Suport*, Jakarta: Sagung Seto
2. Patricia At All, 2012. *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik. Volume 2.* Edisi 8, Jakarta. EGC

### **Kegiatan Pembelajaran 3**

#### **PENATALAKSANAAN LUKA/ BALUT BIDAI**

##### **Uraian materi**

Bidai adalah alat yang digunakan untuk mempertahankan kedudukan atau fiksasi tulang yang patah. Tujuan pemasangan bidai adalah mencegah pergerakan tulang yang patah.

Syarat pemasangan bidai :

1. Bidai harus mempertahankan 2 sendi tulang
2. Pemasangan bidai tidak terlalu kencang atau ketat

Penanganan umum trauma ekstremitas yang benar dari fraktur dan dislokasi akan menurunkan nyeri dan komplikasi yang serius. Tindakan pra rumah sakit adalah imobilisasi yang benar dari lokasi trauma dengan menggunakan penyangga.

##### **Persiapan**

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

2. Persiapan Pasien

- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
- b. Jaga privasi pasien

##### **Pelaksanaan**

1. Jelaskan tujuan pembidaian : Tujuan pemasangan bidai adalah mencegah pergerakan tulang yang patah.
2. Atur posisi pasien : Bagian ekstremitas yang cedera harus tampak seluruhnya, pakaian harus dilepas kalau perlu digunting. Atur posisi ekstremitas yang mengalami cedera sesuai body alignment

3. Periksa nadi, fungsi sensorik dan motorik (PSM) ekstremitas bagian distal dari tempat cedera sebelum pemasangan bidai.
4. Bila ada patah tulang terbuka, tutup bagian tulang yang keluar dengan kassa steril dan jangan memasukkan tulang yang keluar kedalam lagi
5. Pasang bidai di bagian samping kanan, kiri dan bawah ekstremitas dengan melewati 2 sendi. Lakukan fiksasi sesuai kebutuhan
6. Rapikan pasien dan alat
7. Dokumentasi respon dan prosedur

### **Rangkuman**

Bidai adalah alat yang digunakan untuk mempertahankan kedudukan atau fiksasi tulang yang patah. Tujuan pemasangan bidai adalah mencegah pergerakan tulang yang patah.

Syarat pemasangan bidai :

1. Bidai harus mempertahankan 2 sendi tulang
2. Pemasangan bidai tidak terlalu kencang atau ketat

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, lakukan penatalaksanaan balut/bidai berdasarkan daftar tilik di bawah ini !

### Daftar Tilik Penatalaksanaan Pembidaian

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

Skore 1 (satu): Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat.

Skore 2 (dua): Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skore 3 (tiga): Mandiri, langkah dilakukan degan benar

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skore		
			1	2	3
<b>A</b>	<b>Persiapan</b>	<b>40%</b>			
1	Persiapan alat: a. Bidai sesuai dengan kebutuhan b. Kassa gulung/tensokrap c. Gunting d. Kassa steril e. Plester				
2	Persiapan pasien: 1. Jelaskan prosedur kepada pasien dan keluarga				
<b>B</b>	<b>Pelaksanaan</b>	<b>60%</b>			
1	Atur posisi pasien : Bagian ekstremitas yang cedera harus tampak seluruhnya, pakaian harus dilepas kalau perlu digunting. Atur posisi ekstremitas yang mengalami cedera sesuai body				
2	Periksa nadi, fungsi sensorik dan motorik (PSM) ekstremitas bagian distal dari tempat cedera				
3	Bila ada patah tulang terbuka, tutup bagian tulang yang keluar dengan kassa steril dan jangan memasukkan tulang yang keluar kedalam				

4	Pasang bidai di bagian samping kanan, kiri dan bawah ekstremitas dengan melewati 2 sendi. Lakukan fiksasi sesuai kebutuhan				
5	Rapikan pasien dan alat				
6	Lakukan pemeriksaan fisik (data focus) sesuai dengan keluhan pasien.				
7	Dokumentasi respon dan prosedur				
	$\text{Nilai} = (40\% \times \text{skore A}) + (60\% \times \text{skore B})$ <p style="text-align: center;">Skore maksimal</p>				

### Rentang Nilai:

Angka	Lambang	Mutu
80 – 100	A	4
68 – 79	B	3
56 – 67	C	2
45 – 55	D	1
0 – 44	E	0

Saudara dinyatakan lulus atau kompeten, bila nilai minimal B

### Daftar pustaka (Bahan bacaan pembelajaran)

1. Sudiharto, Sartono. 2011. *Basic Trauma Life Suport*, Jakarta: Sagung Seto
2. Patricia At All, 2012. *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik. Volume 2. Edisi 8*, Jakarta. EGC

## **Kegiatan Belajar 4**

### **Manajemen Trauma (Trauma Kepala, Abdomen, Muskuloskeletal)**

#### Uraian Materi

Trauma dapat didefinisikan sebagai cedera pada tubuh akibat penurunan akut tubuh ke suatu bentuk energi atau akibat ketiadaan suatu bentuk energy dengan hilangnya oksigen. Walaupun jaringan memiliki elastisitas untuk menyerap energy, namun apabila kemampuan tersebut terlampaui maka akibatnya terjadi cedera. Cedera dapat terbatas pada satu organ atau sistem tubuh. Misalnya fraktur paha, atau dapat menjadi cedera pada sistem tubuh misalnya pada kejadian kecelakaan lalu lintas yang dapat menyangkut cedera paha, kepala, dada, perut, dan cedera lainnya. Maka diperlukan penanganan cedera atau trauma yang tepat. Dalam hal ini faktor waktu sangat penting sehingga diperlukan suatu sistem penilaian yang mudah dan dikenal sebagai *Initial Assessment* yang meliputi:

#### **Persiapan.**

Persiapan penderita berlangsung dalam 2 (dua) keadaan :

a. Fase Pra Rumah Sakit

Dimana titik berat dilakukan terhadap : menjaga airway, kontrol perdarahan dan syok, immobilisasi penderita dan pengiriman penderita secepatnya ke rumah sakit/fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang paling layak dan cocok untuk penderita tersebut dengan menggunakan alat transportasi yang memadai

b. Fase Rumah Sakit

Rumah Sakit mempersiapkan untuk penderita yang datang, mulai dari ruangan/ daerah resusitasi, persiapan petugas kesehatan, persiapan pemeriksaan laboratorium juga perlengkapan alat yang akan dipergunakan termasuk cairan dan obat-obatan sudah dipersiapkan.

#### **Pelaksanaan :**

Primary Survey (ABC).

- a. Penilaian tanda vital penderita harus dilakukan secara cepat dan efisien, prioritas terapi dilakukan berdasarkan jenis perlukaan, tanda-tanda vital dan mekanisme trauma.

- b. Yang pertama harus dinilai adalah kelancaran jalan nafas, apakah ada obstruksi akibat benda asing atau fraktur tulang wajah, fraktur larinks atau trakea
- c. Harus diingat adanya kemungkinan fraktur servikal pada setiap penderita multi trauma terutama dengan gangguan kesadaran atau perlukaan diatas klavikula sehingga usahakan selama memeriksa dan memperbaiki airway, tidak boleh dilakukan ekstensi, fleksi atau rotasi dari leher.
- d. Pada kecurigaan adanya fraktur servikal, harus dipasang immobilisasi baik dengan alat /manual.
- e. Airway yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik karena ventilasi yang baik meliputi fungsi paru-paru, dinding dada & diaphragma. Dalam hal ini dada penderita harus dibuka untuk melihat ekspansi pernafasan, kemudian perkusi dan auskultasi juga harus dilakukan untuk memastikan kelancaran masuknya udara ke dalam paru-paru dan apabila memungkinkan waktunya dapat dilakukan foto thorax dan pemeriksaan fisik ulang apabila mencurigai adanya pneumothorax.
- f. Penilaian ketiga terhadap sirkulasi dan perdarahan harus dilakukan dalam waktu cepat, bagaimana tingkat kesadaran, warna kulit dan keadaan nadi (kekuatan, kecepatan dan irama). Perdarahan dalam, dinilai dari tanda-tanda vital sedangkan perdarahan luar harus dikelola dengan penekanan pada luka terbaik menggunakan spalk udara (*Pneumatic Splinting Device*) balut tekan, sedangkan tourniquet hanya mungkin digunakan apabila tidak ada pilihan lain lagi.
- g. Penilaian terakhir adalah evaluasi neurologis (disability), melihat tingkat kesadaran ukuran dan reaksi pupil serta respon terhadap suara atau rasa nyeri
- h. Resusitasi
  - 1. Harus dilakukan resusitasi yang agresif (cepat, tepat, cermat) dan pengelolaan sesuai prioritas merupakan hal yang mutlak bila ingin penderita tetap hidup. Airway harus dijaga dengan baik (Jaw Thrust atau Chin Lift dapat dipakai) pada penderita tidak sadar dapat dipakai

sementara *Oro Pharyngeal Airway* (Guedel) meskipun lebih baik memasang airway definitif.

2. Oksigen sebaiknya diberikan apakah memakai face mask atau intubasi (bila diperlukan) disamping memperbaiki fungsi pernafasan yang lain, seperti melakukan dekompresi pada tension pneumothoraks. Disamping itu apabila ada perdarahan lakukan kontrol dengan tekanan langsung atau operasi dan juga mengatasi syok. Apabila hal itu terjadi dengan segera memasang infus cepat pada 2 (dua) tempat. Pemakaian kateter dan pipa lambung dapat dipertimbangkan tergantung keperluan terhadap penderita.
  - i. Secondary Survey, pemeriksaan *Head To Toe* dan *Anamnesis*.
  - j. Monitoring dan Re-Evaluasi berlanjut.
  - k. Rujukan Penderita

### **Rangkuman**

Tujuan sistem penanganan trauma adalah meningkatkan angka kelangsungan hidup dan menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat trauma. Maka faktor waktu sangat penting dalam melakukan sistem penilaian penanganan trauma dalam bentuk initial assessment.

Setelah melaksanakan primary survey dan resusitasi, kita dapat menilai keadaan penderita apakah sudah mengalami perbaikan atau belum, apabila sudah dapat dipastikan keadaannya membaik, maka kita melakukan secondary survey termasuk re-evaluasi tanda vital. Setelah itu baru dipertimbangkan apakah penderita dapat dirujuk ke tempat yang memiliki personel & peralatan lebih baik, hal itu tergantung daripada trauma yang dialami oleh penderita

Setelah Anda melakukan pengkajian pada pasien, maka Anda akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form dibawah ini

### **Latihan tugas**

Seorang laki laki umur 40 tahun masuk IGD rumah sakit dalam keadaan tidak sadar. Hasil pengkajian lebih lanjut, nafas korban cepat, dengan frekuensi 32x/mnt, bunyi nafas stridor. GCS 8, Nampak adanya jejas pada daerah klavikula.

Pertanyaan :

1. Jelaskan pengkajian kegawatdaruratan pada kasus tersebut?
2. Jelaskan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

Setelah Anda melakukan pengkajian pada pasien, maka Anda akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form dibawah ini

### Daftar Tilik Manajemen Trauma

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore

Skore 1 (satu): Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat.

Skore 2 (dua): Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skore 3 (tiga): Mandiri, langkah dilakukan degan benar

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skore		
			1	2	3
<b>A</b>	<b>Persiapan</b>	<b>40%</b>			
1	Persiapan alat: a. Format pengkajian b. Nursing kit ( <i>Spyghnomanometer, stethoscope, termometer, refleks hamer</i> ) c. Penlight d. Jam tangan				
2	Persiapan pasien: 1. Jelaskan prosedur kepada pasien dan keluarga 2. Menjaga privasi pasien 3. Perhankan posisi kepala jika di curigai				
<b>B</b>	<b>Pelaksanaan</b>	<b>60%</b>			
1	Perhatikan/amati keadaan umum pasien				
2	Yang pertama harus dinilai adalah kelancaran jalan nafas, apakah ada obstruksi akibat benda asing atau fraktur tulang wajah, fraktur larinks atau trakea				
3	Pada kecurigaan adanya fraktur servikal, harus dipasang immobilisasi baik dengan alat /manual				

4	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				
5	Kaji fungsi paru (breathing): Kaji/observasi kemampuan mengembang paru, adakah pengembangan paru spontan atau tidak. Apabila tidak bisa mengembang spontan maka dimungkinkan terjadi gangguan fungsi paru sehingga akan dilakukan tindakan untuk bantuan nafas				
6	Sirkulasi dan perdarahan harus dilakukan dalam waktu cepat, bagaimana tingkat kesadaran, warna kulit dan keadaan nadi (kekuatan, kecepatan dan irama). Perdarahan dalam, dinilai dari tanda-tanda vital sedangkan perdarahan luar harus dikelola dengan penekanan pada luka terbaik menggunakan spalk udara ( <i>Pneumatic Splinting Device</i> ) balut tekan				
7	Kaji tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan GCS				
8	Lakukan pemeriksaan fisik (data focus) sesuai dengan keluhan pasien.				
9	Lakukan kolaborasi untuk pemeriksaan penunjang seperti : EKG, foto rontgen dan pemeriksaan analisa gas darah				
	$\text{Nilai} = \frac{(40\% \times \text{skore A}) + (60\% \times \text{skore B})}{\text{Skore maksimal}}$				

### Rentang Nilai:

Angka	Lambang	Mutu
80 – 100	A	4
68 – 79	B	3
56 – 67	C	2
45 – 55	D	1
0 – 44	E	0

Saudara dinyatakan lulus atau kompeten, bila nilai minimal B

**Daftar pustaka (Bahan bacaan pembelajaran)**

1. Sudiharto, Sartono. 2011. *Basic Trauma Life Suport*, Jakarta: Sagung Seto
2. Patricia At All, 2012. *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik. Volume 2.* Edisi 8, Jakarta. EGC

## **Kegiatan Belajar 4**

### **MANAJEMEN KEGAWATDARURATAN OBSTETRI**

#### **Uraian materi**

#### **Pengertian Kegawatdaruratan Obstetri**

Kedaruratan obstetrik adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya.

Jenis-jenis kedaruratan obstetri yang dibahas yakni:

1. Pendarahan Pasca Salin (PPS)
2. Ruptur uteri
3. Hipertensi Dalam Kehamilan

#### **1. Perdarahan pasca persalinan**

Perdarahan yang mengancam nyawa selama kehamilan meliputi perdarahan yang terjadi pada minggu awal kehamilan (abortus, mola hidatidosa, kista vasikuler, kehamilan ektrauteri/ektopik) dan perdarahan pada minggu akhir kehamilan dan mendekati cukup bulan (plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, perdarahan persalinan per vagina setelah seksio sesarea, retensio plasentae/plasenta inkomplet), perdarahan pasca persalinan, hematoma, dan koagulopati obstetri.

#### **2. Ruptura Uteri**

Ruptura uteri terjadi jika terdapat robekan dinding uterus saat kehamilan atau persalinan. Kasus ini merupakan keadaan emergensi obstetri yang mengancam nyawa ibu dan janin. Ruptura uteri dapat bersifat komplit atau inkomplit. Disebut ruptura uteri komplit apabila robekan yang menghubungkan rongga amnion dan rongga peritoneum sehingga semua lapisan dinding uterus terpisah. Sedangkan ruptur uteri inkomplit terjadi jika rongga abdomen dan rongga uterus masih dibatasi oleh peritoneum viserale.

Tanda dari ruptur uteri berupa kematian janin, syok hipovolemik, atau perdarahan pervaginam, segmen bawah uterus menipis, nyeri abdomen, his kuat terus menerus, dan tanda gawat janin. Manajemen yang dilakukan setelah terjadi ruptura uteri adalah mengatasi syok dengan resusitasi cairan/transfusi darah, tindakan operatif (histerorafi atau histerektomi), dan pemberian antibiotika.

### **3. Hipertensi dalam Kehamilan**

Hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi kehamilan setelah kehamilan 20 minggu yang ditandai dengan timbulnya hipertensi, disertai salah satu dari : edema, proteinuria, atau kedua-duanya. Yang merupakan kegawatdarutan adalah preeklampsia dan eklampsia.

#### **Persiapan**

Persiapan alat :

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.

Persiapan pasien :

Jelaskan tujuan dan prosedur kerja pada pasien dan keluarga

Jaga privacy pasien

Berikan posisi yang nyaman



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 : .....

Disability	: Tingkat kesadaran :  : GCS : mata : ..... Verbal : .... Motorik : .....
------------	---

Eksposure	:
-----------	---

<b>Pengkajian Sekunder</b>	
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)
--	---

Abdomen	e. Inspeksi :
	▪ Bentuk :
	▪ Kelainan :
	f. Palpasi :
▪ Nyeri :	
▪ Distensi :	
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

## Rangkuman

Kedaruratan obstetrik adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya.

Jenis-jenis kedaruratan obstetri yang dibahas yakni:

1. Pendarahan Pasca Salin (PPS)

Pendarahan pasca persalinan (post partum) adalah pendarahan pervagina 500 ml atau lebih sesudah anak lahir. Penyebab gangguan ini adalah kelainan pelepasan dan kontraksi, rupture serviks dan vagina (lebih jarang laserasi perineum), retensio sisa plasenta, dan koagulopati.

Perdarahan pascapersalinan tidak lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama, kehilangan darah 500 ml atau lebih berarti bahaya syok. Perdarahan yang terjadi bersifat mendadak sangat parah (jarang), perdarahan sedang (pada kebanyakan kasus), dan perdarahan sedang menetap (terutama pada ruptur). Peningkatan anemia akan mengancam terjadinya syok, kegelisahan, mual, peningkatan frekuensi nadi, dan penurunan tekanan darah

2. Ruptur uteri

Ruptura uteri terjadi jika terdapat robekan dinding uterus saat kehamilan atau persalinan. Tanda dari ruptur uteri berupa kematian janin, syok hipovolemik, atau perdarahan pervaginam, segmen bawah uterus menipis, nyeri abdomen, his kuat terus menerus, dan tanda gawat janin.

3. Hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi kehamilan setelah kehamilan 20 minggu yang ditandai dengan timbulnya hipertensi, disertai salah satu dari : edema, proteinuria, atau kedua-duanya

## **Latihan Tugas**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Seorang wanita usia 27 tahun di rawat di ruang nifas dengan keluhan keluarnya darah secara masif selama 24 jam dengan volume >500 ml pasca persalinan, klien mengatakan lemah, Td 90/60 mmHg, Nadi: 60x/mnt, respirasi 22 x/mnt, akral dingin.

Tugas Anda adalah:

1. Jelaskan pengkajian data kegawatdaruratan obstetri pada kasus tersebut lakukan
2. Jelaskan penatalaksanaan dan tindakan mandiri perawat untuk mengatasi masalah pada kasus tersebut.

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

Klasifikasikan data pengkajian pasien berdasarkan data subjektif dan objektif (*Airway, Breathing, dan Circulasi*), serta jelaskan intervensi dan implementasi yang dilakukan perawat secara mandiri.

## **Kegiatan belajar 6**

### **Manajemen Syok dan Penghentian Perdarahan**

#### **Uraian Materi**

Syok atau renjatan dapat diartikan sebagai keadaan terdapatnya pengurangan yang sangat besar dan tersebar luas pada kemampuan pengangkutan oksigen serta unsur-unsur gizi lainnya secara efektif ke berbagai jaringan sehingga timbul cedera seluler yang mula mula reversible dan kemudian bila keadaan syok berlangsung lama menjadi irreversible.

#### **KLASIFIKASI SYOK**

Klasifikasi syok yang dibuat berdasarkan penyebabnya :

1. Syok Hipovolemik atau oligemik  
Perdarahan dan kehilangan cairan yang banyak akibat sekunder dari muntah,diare, luka bakar, atau dehidrasi menyebabkan pengisian ventrikel tidak adekuat, seperti penurunan preload berat, direfleksikan pada penurunan volume, dan tekanan end diastolic ventrikel kanan dan kiri. Perubahan ini yang menyebabkan syok dengan menimbulkan isi sekuncup (*stroke volume*) dan curah jantung yang tidak adekuat.
2. Syok Kardiogenik  
Syok kardiogenik ini akibat depresi berat kerja jantung sistolik. Tekanan arteri sistolik < 80 mmHg, indeks jantung berkurang di bawah 1,8 L/menit/ m<sup>2</sup>, dan tekanan pengisian ventrikel kiri meningkat, pengeluaran urin kurang dari 20 ml/ jam, ekstremitas dingin dan sianotik.
3. Syok distributif terjadi akibat blok syaraf otonom pada syok anafilatik dan sepsis.

#### **DERAJAT SYOK**

Berat dan ringannya syok :

1. Syok Ringan
2. Syok Sedang
3. Syok Berat

#### **Persiapan :**

#### **Persiapan alat :**

- a. Format pengkajian

- b. Nursing kit (*Sphygmomanometer, stethoscope, termometer, refleksi hamer*)
- c. Penlight
- d. Jam tangan
- e. APD
- f. Alat oksigenasi (tabung oksigen lengkap dengan humidifier, slang oksigen/masker)
- g. Alat resusitasi cairan (infus set)
- h. Cateter set

Persiapan pasien :

1. Jelaskan tujuan penatalaksanaan syok ke pasien dan keluarga
2. Jaga privasi pasien
3. Beri posisi trendelenburg

### **Pelaksanaan**

#### **Lakukan pengkajian primer survey meliputi:**

1. Menilai kesadaran
2. Menilai *work of breathing*: napas cuping hidung, retraksi, suara napas tambahan (grunting, wheezing, stridor)
3. Menilai perfusi: refill kapiler, perabaan akral, perabaan nadi, melihat pucat, sianosis
4. Menilai sistem kardiovaskular: pemeriksaan fisis jantung, tekanan darah, mengukur tekanan vena jugularis, mendengar ronkhi basah

### **Resusitasi awal**

Mempertahankan jalan napas

Memberikan oksigen

Memasang akses vaskular (vena perifer, intraoseus, vena dalam)

Melakukan fluid challenge: Cairan intravena dengan jumlah dan kecepatan yang tepat, kemudian menilai respon sistem kardiovaskular

**Mengenal jenis syok** : Membedakan jenis syok: hipovolemik, kardiogenik dan distributif

### **Memilih cairan/obat**

Mengenal cairan resusitasi: kristaloid dan koloid

Mengenal inotropik dan vasoaktif

## **Pemantauan**

Pemantauan tanda vital

Pengukuran produksi urine

Pemilihan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi

Reevaluasi kembali tiap 30 mnt sampai kondisi stabil

## **Rangkuman**

Langkah pertama untuk bisa menanggulangi syok adalah harus bisa mengenal gejala syok.

Berhasil tidaknya penanggulangan syok tergantung dari kemampuan mengenal gejala-gejala syok, mengetahui, dan mengantisipasi penyebab syok serta efektivitas dan efisiensi kerja kita pada saat-saat/menit-menit pertama penderita mengalami syok.

## **Latihan Tugas**

Seorang anak laki- laki usia 4 tahun diantar keluarga masuk IGD dengan keluhan BAB cair lebih dari 10/ hari disertai muntah, pada pemeriksaan fisik di dapatkan pernafasan cepat dan dalam frekuensi 48x/mnt, mata cekung, turgor kulit menurun, akral dingin, nampak sianosis, CRT > 3 detik, GCS 12.

Petunjuk soal

1. Tentukan masalah pada kasus tersebut?
2. Jelaskan pengkajian data kegawatdaruratan pada kasus tersebut?
3. Jelaskan penatalaksanaan dan tindakan mandiri perawat untuk mengatasi masalah pada pasien tersebut.

Jawaban :

1. Nilai kegawatan, Masalah : BAB Cair lebih dari 10x/hari disertai muntah, mata cekung, turgor kulit menurun  
Gangguan kesadaran : GCS 12 Kesadaran samnolent  
Pernafasan : pernafasan cepat dan dalam, frekuensi 48x/mnt  
Berdasarkan hasil pengkajian pasien mengalami syok hipovolemik
2. Penatalaksanaan dan intervensi keperawatan
  - a. Kaji status sirkulasi
  - b. Pertahankan jalan nafas dan pernafasan
  - c. Beri oksigen sesuai kebutuhan

d. Lakukan evaluasi respon cairan

Setelah Anda selesai membahas kasus di atas, maka Anda akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form dibawah ini?

## Daftar Tilik Manajemen Trauma

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

Skore 1 (satu): Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat.

Skore 2 (dua): Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skore 3 (tiga): Mandiri, langkah dilakukan dengan benar.

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skore		
			1	2	3
<b>A</b>	<b>Persiapan</b>	<b>40%</b>			
1	Persiapan alat: a. Format pengkajian b. Nursing kit ( <i>Spyghnomanometer, stethoscope, termometer, refleks hamer</i> ) c. Penlight d. Jam tangan e. APD				
2	Persiapan pasien: 1. Jelaskan prosedur kepada pasien dan keluarga 2. Menjaga privasi pasien				
<b>B</b>	<b>Pelaksanaan</b>	<b>60%</b>			
1	<b>Lakukan pengkajian primer survey meliputi:</b>				
2	Perhatikan/amati keadaan umum pasien 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				
3	Kaji fungsi paru (breathing): Kaji/observasi kemampuan mengembang paru, adakah pengembangan paru spontan atau tidak. Apabila tidak bisa mengembang spontan maka				

4	Menilai perfusi: refill kapiler, perabaan akral, perabaan nadi, melihat pucat, sianosis. Menilai sistim kardiovaskular: pemeriksaan fisis jantung, tekanan darah, mengukur tekanan vena				
5	<b>Resusitasi awal</b> Mempertahankan jalan napas Memberikan oksigen Memasang akses vaskular (vena perifer, intraoseus, vena dalam) Melakukan fluid challenge: lakukan pemasangan				
6	<b>Mengenal jenis syok :</b> Membedakan jenis syok: hipovolemik, kardiogenik dan disributif				
7	<b>Memilih cairan/obat</b> Mengenal cairan resusitasi: kristaloid dan koloid Mengenal intoropik dan vasoaktif				
8	<b>Lakukan re-evaluasi :</b> <b>Tanda-tanda vital</b>				
9	Lakukan survey sekunder jika kondisi pasien sudah stabil. lakukan pemeriksaan fisik (data focus) sesuai				
	Nilai = $(40\% \times \text{skore A}) + (60\% \times \text{skore B})$ Skore maksimal				

### Rentang Nilai:

Angka	Lambang	Mutu
80 – 100	A	4
68 – 79	B	3
56 – 67	C	2
45 – 55	D	1
0 – 44	E	0

Saudara dinyatakan lulus atau kompeten, bila nilai minimal B

**Daftar pustaka (Bahan bacaan pembelajaran)**

1. Sudiharto, Sartono. 2011. *Basic Trauma Life Suport*, Jakarta: Sagung Seto
2. Patricia At All, 2012. Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik. Volume 2. Edisi 8, Jakarta. EGC

## Kegiatan belajar 7

### Manajemen Jalan Nafas Dan Bantuan Hidup Dasar

#### Uraian materi

Penatalaksanaan pada pasien henti jantung dan nafas adalah dengan Resusitasi Jantung Paru (*Cardio pulmonary Resuscitation/CPR*). Resusitasi Jantung Paru adalah suatu tindakan darurat sebagai suatu usaha untuk mengembalikan keadaan henti nafas dan atau henti jantung ke fungsi optimal untuk mencegah kematian biologis.

#### **PENTING UNTUK DIINGAT : SISTEMATIKA RJP :C – A – B**

Terdapat perubahan sistematika dari A-B-C (*Airway-Breathing-Chestcompressions*) menjadi C-A-B (*Chestcompressions-Airway-Breathing*), kecuali pada neonatus. Alasan perubahan adalah pada sistematika A – B – C, seringkali *chestcompression* tertunda karena proses *Airway*. Dengan mengganti langkah C – A – B maka kompresi dada akan dilakukan lebih awal dan ventilasi hanya sedikit tertunda satu siklus kompresi dada (30 kompresi dada secara ideal dilakukan sekitar 18 detik). Keberhasilan resusitasi membutuhkan integrasidan koordinasi dari kegiatan yang ada dalam *Chain of Survival*.



Keterangan :

1. *Immediate recognition and activation*
2. *Early CPR*
3. *Rapid defibrillation*
4. *Effective advanced life support*
5. *Integrated post-cardiac arrest care*

Apabila ada dua penolong atau lebih, salah satu penolong melakukan RJP dan penolong lainnya mengaktifkan sistem emergensi.

#### **Resusitasi Jantung Paru Secara Segera**

Setiap melakukan Resusitasi Jantung Paru selalu ingat sistematika *C-A-B*. Dalam unsur C terdiri dari dua kegiatan yaitu cek nadi dan kompresi dada.

### 1. Cek Denyut Nadi

Penolong awam sebanyak 10% gagal dalam menilai ketidakadaan denyut nadi dan sebanyak 40% gagal dalam menilai adanya denyut nadi. Untuk mempermudah, penolong awam diajarkan untuk mengasumsikan jika korban tidak sadar dan tidak bernafas maka korban juga mengalami henti jantung.

1. dilakukan pada arteri karotis
2. dilakukan < 10 detik

**Penting Untuk Diingat : Dalam Cek Nadi !**

### Kompresi Dada

Kompresi dada merupakan tindakan berirama berupa penekanan pada tulang sternum bagian setengah bawah. Kompresi dada dapat menimbulkan aliran darah karena adanya peningkatan tekanan intrathorak dan kompresi langsung pada jantung. Aliran darah yang ditimbulkan oleh kompresi dada sangatlah kecil, tetapi sangat penting untuk dapat membawa oksigen ke otak dan jantung.

*Kompresi Jantung Luar yang Baik*



- Tempatkan tangan di tengah dada
- Kunci jari-jari
- Jaga tangan tetap lurus

**Penting Untuk Di Ingat :**

1. Mulai kompresi < 10 detik setelah mengenali Cardiac arrest
2. Kompresi dada yang dalam dan cepat (100x/menit)
3. Complete Chest Recoil diantara kompresi

4. Meminimalkan interupsi
5. Memberikan bantuan nafas yang efektif
6. Menghindari ventilasi yang berlebihan

### ***Airway: Buka Jalan Nafas***

Anda harus membuka jalan nafas dengan manuver tengadah kepala topang dagu (*headtilt-chin lift maneuver*) untuk korban cedera dan tidak cedera. *JawThrust* tidak direkomendasikan untuk penolong awam. Anda menggunakan *headtilt-chin lift maneuver* untuk membuka jalan nafas pada korban yang tidak mengalami cedera kepala dan leher seperti pada gambar 3, dengan cara ekstensikan kepala dengan membuka rahang bawah dan menahan dahi. Apabila Anda menemukan korban yang mengalami cedera kepala dan leher menggunakan teknik *JawThrust* tanpa ekstensi kepala (gambar 4) dengan cara posisi Anda berada di atas korban/pasien kemudian gunakan kedua ibu jari utk membuka rahang bawah dan jari-jari tangan yang lain menarik tulang mandibular



Gambar 3  
Headtilt-chin lift maneuver



Gambar 4  
Teknik *JawThrust*

### ***Breathing : Periksa Pernafasan***

#### **Bantuan Nafas**

1. *Bantuan Nafas dari Mulut Ke Mulut*

Pada saat Anda memberikan bantuan nafas dari mulut ke mulut, buka jalan nafas korban, tutup cuping hidung korban dan mulut penolong menutup seluruh mulut korban. Berikan 1 kali pernafasan dalam waktu 1 detik dan berikan bantuan pernafasan kedua dalam waktu 1 detik



## 2. Ventilasi Bagging-Sungkup

Ventilasi bagging-sungkup memerlukan ketrampilan untuk dapat melakukannya. Apabila Anda seorang diri menggunakan alat bagging-sungkup harus dapat mempertahankan terbukanya jalan nafas dengan mengangkat rahang bawah. Salah satu penolong membuka jalan nafas dan menempelkan sungkup ke wajah korban sambil penolong lain memeras bagging. Keduanya harus memperhatikan pengembangan dada korban. Petugas kesehatan dapat mempergunakan tambahan oksigen (10-12 liter/menit) jika tersedia.

1. Pemberian dilakukan sesuai tidal volume
2. Rasio kompresi dan ventilasi 30:2
3. Setelah alat intubasi terpasang pada 2 orang penolong : selama pemberian RJP, ventilasi diberikan tiap 6-8 detik (8 – 10 x/mnt) tanpa usaha sinkronisasi antara kompresi dan ventilasi

### **Posisi Sisi Mantap (*Recovery Position*)**

Posisi ini dibuat untuk menjaga agar jalan nafas tetap terbuka dan mengurangi risiko sumbatan jalan nafas dan aspirasi. Korban diletakkan pada posisi miring pada salah satu sisi badan dengan tangan yang di bawah berada di depan badan.



## **Persiapan**

Persiapan alat :

Bagging/masker sukup/amubag

Perisapan pasien :

Persiapan lingkungan

Tempatkan ditempat yang aman dan datar

## **Pelaksanaan**

*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 diatasnya. Posisi bahu harus tegak lurus dengan sternum.
8. Kompresi dada korban secara cepat sebanyak 30 kali dengan kedalaman 5 – 6 cm dan kecepatan 100-120 x/menit.
9. Lakukan head tilt chin lift untuk membuka jalan nafas
10. Beri tiupan sebanyak 2 kali. Saat meniup melihat pengembangan dada.
11. Lakukan kompresi dada 30 x dan tiupan 2 x sebanyak 5 siklus (2 menit).
12. Setelah 5 siklus maka cek nadi karotis.
13. Bila nadi tidak ada lakukan kompresi lagi. Bila nadi teraba, cek pernafasan.
14. Bila nafas tidak ada, lakukan bantuan nafas sebanyak 10-12 x per menit.
15. Bila nafas sudah ada maka atur posisi mantap
16. Observasi nadi dan pernafasan

*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 ambulans  
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.
5. Posisi jari telunjuk dan tengah di sternum yaitu dibawah garis bayangan antara kedua puting susu.
6. Kompresi sebanyak 30 kali dengan kedalaman hentakan 4 cm dan kecepatan minimal 100-120 x per menit
7. Lakukan head tilt chin lift untuk membuka jalan nafas (ekstensi ringan)
8. Beri tiupan sebanyak 2 kali. Saat meniup melihat pengembangan dada.
9. Lakukan kompresi dada 30 x dan tiupan 2 x sebanyak 5 siklus (2 menit).
10. Setelah 5 siklus maka cek nadi brachialis
11. Bila nadi tidak ada lakukan kompresi lagi. Bila nadi teraba, cek pernafasan.
12. Bila nafas nafas tidak ada, lakukan bantuan nafas sebanyak 12-20 x per menit.
13. Bila nafas sudah ada maka atur posisi mantap
14. Observasi nadi dan pernafasan.

### **Rangkuman**

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

### **Latihan tugas**

Perawat menemukan korban kecelakaan dipinggir jalan dengan kondisi tidak sadarkan diri. Jelaskan tindakan harus yang dilakukan perawat pada korban tersebut?

Jawaban :

Penatalaksanaan dan intervensi keperawatan

1. Amankan posisi pasien dari bahaya lingkungan
2. Penilaian respon korban
3. Bila korban tidak sadar, aktifkan EMS (jika ada orang lain), minta bantuan dan Panggil ambulan
4. Cek nafas dan arteri karotis secara bersamaan selama 10 detik.
5. Lakukan bantuan hidup dasar (dengan mengkaji C – A – B)

Setelah Anda selesai membahas kasus di atas, maka Anda akan dievaluasi atau diberi umpan balik seperti pada form dibawah ini?

### Daftar Tilik Manajemen Trauma

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

Skore 1 (satu): Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat.

Skore 2 (dua): Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skore 3 (tiga): Mandiri, langkah dilakukan degan benar

Langkah – langkah	Skor			
	Bobot	1	2	3
Tentukan Status Kesadaran: 1. Panggil, tepuk atau guncang korban perlahan 2. Panggil dengan keras: “Halo! Halo! Apakah anda baik-baik saja?”	<b>40%</b>			
3. Jika pasien tidak sadar segera meminta bantuan dengan cara berteriak “TOLONG!” atau mengaktifkan <i>emergency response</i> 4. Periksa nadi carotis/ “tanda-tanda sirkulasi” (10 detik) 5. Bila nadi tidak teraba (denyut nadi yang sulit dievaluasi dan tidak ada ‘tanda-tanda sirkulasi’ diperlakukan sebagai henti jantung) 6. Terlentangkan korban ditempat tidur/tempat yang datar dan keras dengan penolong berlutut disamping korban 7. Tentukan landmark: di pertengahan sternum 8. Letakkan telapak tangan di ½ bagian bawah tulang dada (sternum), kemudian letakkan telapak tangan yang lain di atasnya. Posisi lengan lurus. 9. Lakukan 5 siklus RJP (1 siklus RJP = 30 kompresi dada: 2 ventilasi (tiupan napas) Lakukan tekanan/ kompresi ke dada sedalam 5 cm (orang dewasa). Lepaskan tekanan hingga dada mengembang maksimal dengan tidak kehilangan kontak dengan dada 10. Gunakan hitungan: 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 1 & 2 & 3 & 4 & 10 & 1 & 2 & 3 & 4 & 15 & 1 & 2 & 3 & 4 & 20 & 1 & 2 & 3 & 4 & 25 & 1 & 2 & 3 & 4 & 30	<b>60%</b>			
11. Periksa keberhasilan tindakan resusitasi jantung paru dengan memeriksa denyut nadi arteri karotis dan pupil secara berkala. Evaluasi nadi dan ‘tanda-tanda sirkulasi korban’ tiap 5 siklus RJP				
Bila terjadi obstruksi jalan napas lakukan: 1. Buka jalan napas: Buka dan bersihkan mulut korban 2. Buka jalan napas dengan tehnik: <i>Head-tilt, chin-lift maneuver, Jaw-thrust maneuver</i>				

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tindakan dagu diangkat (<i>chin lift</i>): Jari-jemari satu tangan diletakkan dibawah rahang, yang kemudian secara hati-hati diangkat keatas untuk membawa dagu ke arah depan</li> <li>○ Tindakan Mendorong Rahang Bawah (<i>Jaw-thrust</i>): Pada pasien dengan trauma leher, rahang bawah diangkat didorong ke depan pada sendinya tanpa menggerakkan kepala-leher</li> </ul>				
12. Periksa pernapasan: dengan melihat pergerakan dinding dada (sekitar 10 dtk)				
13. Lakukan <i>rescue breathing</i>				
14. Letakkan korban pada posisi <i>recovery</i>				
15. Monitor nadi, “tanda-tanda sirkulasi” dan pernapasan tiap beberapa menit				
<p><b>Penilaian:</b></p> <p style="text-align: center;">Score Penilaian</p> <p style="text-align: center;">Nilai: _____ x 100%</p> <p style="text-align: center;">Total Score</p> <p>Hasil:</p>	<p>Palu,</p> <p style="text-align: center;"><b>Pembimbing</b></p> <p style="text-align: center;">(.....)</p>			

**Rentang Nilai:**

Angka	Lambang	Mutu
80 – 100	A	4
68 – 79	B	3
56 – 67	C	2
45 – 55	D	1
0 – 44	E	0

Saudara dinyatakan lulus atau kompeten, bila nilai minimal B

**Daftar pustaka (Bahan bacaan pembelajaran)**

1. Sudiharto, Sartono. 2011. *Basic Trauma Life Suport*, Jakarta: Sagung Seto
2. Patricia At All, 2012. *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik. Volume 2.* Edisi 8, Jakarta. EGC

## **INTERVENSI KEPERAWATAN PADA KEGAWATDARURATAN SESUAI STANDAR BCLS**

1. Melakukan penilaian awal (Primary Survey) dengan pendekatan ABC (Airway, Breathing, Circulation).  
Rasional: Penilaian ABC bertujuan untuk mengidentifikasi dan menangani kondisi yang mengancam jiwa secara cepat dan sistematis.
2. Memastikan keamanan diri, pasien, dan lingkungan sebelum tindakan.  
Rasional: Keselamatan merupakan prinsip utama dalam penanganan kegawatdaruratan untuk mencegah cedera tambahan.
3. Menilai tingkat kesadaran pasien menggunakan metode AVPU (Alert, Voice, Pain, Unresponsive).  
Rasional: Penilaian kesadaran membantu menentukan respons neurologis awal dan kebutuhan tindakan lanjutan.
4. Membuka dan mempertahankan jalan napas dengan teknik head tilt–chin lift atau jaw thrust bila dicurigai cedera servikal.  
Rasional: Jalan napas yang paten diperlukan untuk menjamin masuknya oksigen ke paru-paru.
5. Menilai pernapasan meliputi frekuensi, kedalaman, dan kualitas napas selama 10 detik.  
Rasional: Deteksi dini gangguan pernapasan memungkinkan intervensi segera untuk mencegah hipoksia.
6. Memberikan ventilasi bantuan menggunakan bag valve mask (BVM) bila pasien tidak bernapas atau napas tidak efektif.  
Rasional: Ventilasi buatan diperlukan untuk mempertahankan oksigenasi dan ventilasi adekuat.
7. Menilai sirkulasi dengan memeriksa nadi karotis dan tanda-tanda perfusi.  
Rasional: Penilaian sirkulasi penting untuk menentukan ada tidaknya henti jantung.
8. Melakukan kompresi dada sesuai pedoman BCLS bila tidak ditemukan nadi.  
Rasional: Kompresi dada bertujuan mempertahankan aliran darah ke otak dan jantung selama henti jantung.
9. Melakukan resusitasi jantung paru (RJP) dengan rasio kompresi dan ventilasi sesuai standar BCLS.

Rasional: RJP efektif meningkatkan peluang kelangsungan hidup pasien.  
Segera mengaktifkan sistem bantuan lanjutan atau merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

## **PENUTUP**

Dengan penutup ini, kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua peserta yang telah berpartisipasi dalam modul keperawatan kegawatdaruratan ini. Pengalaman yang telah kalian lalui selama modul ini tidak hanya merupakan bagian dari pembelajaran akademis, tetapi juga merupakan langkah penting dalam persiapan kalian sebagai perawat yang siap menghadapi situasi darurat dengan keterampilan dan kepercayaan diri.

Selama modul ini, kalian telah mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang prinsip-prinsip dasar kegawatdaruratan, penilaian pasien secara cepat dan tepat, serta tindakan intervensi yang diperlukan untuk menyelamatkan nyawa. Kalian juga telah berlatih dalam situasi-situasi simulasi yang realistis, yang memungkinkan kalian untuk menguji keterampilan klinis dan pengambilan keputusan dalam lingkungan yang aman dan terkontrol.

Peran kalian sebagai perawat dalam tim kegawatdaruratan sangatlah penting, dan kami yakin bahwa kalian telah memperoleh keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk menjadi anggota yang berharga dalam tim tersebut. Kemampuan kalian dalam menjaga ketenangan, berkomunikasi secara efektif, dan bekerja sama dengan anggota tim lainnya akan menjadi aset berharga dalam menangani situasi darurat dengan sukses.

Semoga modul ini telah memberikan kalian landasan yang kokoh dalam merespons dan merawat pasien dalam keadaan darurat. Teruslah memperdalam pengetahuan dan keterampilan kalian, dan jadikan pengalaman ini sebagai inspirasi untuk terus berkembang sebagai perawat yang profesional dan berdedikasi.

Terima kasih atas dedikasi dan semangat kalian dalam menyelesaikan modul ini. Selamat dan sukses untuk perjalanan kalian selanjutnya dalam karier keperawatan.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Solheim J. (Ed). (2016). *Emergency Nursing: The Profession, the Pathway, the Practice*. Amerika Serikat: Sigma Theta Tau International, Honorary Society of Nursing.
- Tscheschlog, B. A., Wilkins, L. W. &, Jauch, A. (2014). *Emergency Nursing Made Incredibly Easy!*. Britania Raya: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramsden, C., Curtis, K., Fry, M., Shaban, R. Z., Considine, J. (2019). *Emergency and Trauma Care for Nurses and Paramedics - EBook*. Belanda: Elsevier Health Sciences.
- Sweet V,. (2017). *Emergency Nursing Core Curriculum*. Amerika Serikat: Elsevier.
- Jelinek, G., Brown, A. F. T., Kelly, A., Little, M. (2014). *Textbook of Adult Emergency Medicine E-Book*. Britania Raya: Elsevier Health Sciences.