

BUKU AJAR **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

Yusriani Saleh Baso, S.Kep., Ns., M.Kep

Eka Yulia Fitri Y, S.Kep., Ns., M.Kep.

Nur Yeti Syarifah, S.Kep., Ns., M.Med.Ed

Shinta Arini Ayu, S.Kep., Ns., M. Kes

Lisa Rizky Amalia, S.Kep., Ns., M.Kep

Mira, Ns., M. Kep



BUKU AJAR
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN
GAWAT DARURAT

Penulis:

Yusriani Saleh Baso, S.Kep., Ns., M.Kep

Eka Yulia Fitri Y, S.Kep., Ns., M.Kep.

Nur Yeti Syarifah, S.Kep., Ns., M.Med.Ed

Shinta Arini Ayu, S.Kep., Ns., M. Kes

Lisa Rizky Amalia, S.Kep., Ns., M.Kep

Mira, Ns., M. Kep



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BUKU AJAR
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN
GAWAT DARURAT

Penulis:

Yusriani Saleh Baso, S.Kep., Ns., M.Kep
Eka Yulia Fitri Y, S.Kep., Ns., M.Kep.
Nur Yeti Syarifah, S.Kep., Ns., M.Med.Ed
Shinta Arini Ayu, S.Kep., Ns., M. Kes
Lisa Rizky Amalia, S.Kep., Ns., M.Kep
Mira, Ns., M. Kep

Desain Cover:

Aldian Shobari

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-65-8

Cetakan Pertama:

November, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Puji Syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga berhasil menyusun dan menyelesaikan Buku Prosedur Tindakan Keperawatan Gawat Darurat. Buku ini berisikan tentang prosedur tindakan pada keperawatan gawat darurat yang disajikan dengan gambar sehingga memudahkan pembaca dalam memahaminya.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam proses penyusunan buku Prosedur Tindakan Keperawatan Gawat Darurat ini, dan kami mengharap kritik dan saran agar dimasa mendatang buku ini dapat disusun lebih baik lagi sehingga dapat digunakan sebagai acuan bagi perawat dan mahasiswa di Rumah Sakit maupun di pelayanan Kesehatan lainnya.

November 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I MANAJEMEN AIRWAY:	
PEMASANGAN OROPHARYNGEAL AIRWAY (OPA).....	1
BAB II PENATALAKSANAAN SYOK HIPOVOLEMIK.....	11
BAB III MANAJEMEN AIRWAY (SUMBATAN JALAN NAFAS TOTAL) PROSEDUR MANUVER HEIMLICH	25
BAB IV PEMBERIAN THERAPY MELALUI <i>SYRINGE PUMP</i>	31
BAB V PEMASANGAN BIDAI	41
BAB VI PENATALAKSANAAN <i>CARDIAC ARREST</i>	69
PROFIL PENULIS.....	91

BAB I

MANAJEMEN AIRWAY:

PEMASANGAN OROPHARYNGEAL AIRWAY

(OPA)



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB I
Manajemen *Airway*.
Pemasangan *Oropharyngeal Airway* (OPA)

1. Definisi

Pemasangan Oropharyngeal Airway adalah membebaskan jalan napas dengan menggunakan alat plastik lengkung yang dimasukkan ke dalam rongga mulut sampai ke bagian faring posterior.

2. Tujuan

- a. Untuk membuka atau mempertahankan jalan napas dengan cara menahan lidah agar tidak menutupi epiglottis
- b. Untuk mencegah tergelitnya *endotracheal tube* pada pasien yang terintubasi.

3. Indikasi

Indikasi pemasangan Oropharyngeal Airway adalah pasien tidak sadar tanpa adanya refleks gag

4. Kontraindikasi

Kontra indikasi pemasangan Oropharyngeal Airway adalah pasien sadar atau semi sadar (adanya refleks gag), adanya sumbatan pada jalan napas akibat benda asing, trauma pada area mulut dengan perdarahan masif, atau fraktur mandibularis.

5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Jika *Oropharyngeal tube* tidak terpasang dengan tepat dapat menyebabkan obstruksi jalan napas akibat terdorongnya lidah ke dalam faring
- b. Jangan gunakan *Oropharyngeal tube* pada pasien yang masih ada refleks gag karena dapat menyebabkan muntah dan spasme laring

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki, 31 tahun, dibawa ke IGD akibat kecelakaan lalu lintas. Hasil pemeriksaan: terdengar suara napas snoring, frekuensi napas 32 x/menit, SaO₂ 96%, tidak ada refleks gag, terdapat luka di pelipis kanan, frekuensi nadi

110 x/menit, tekanan darah 80/60 mmHg, GCS E1M1V1, tidak terdapat cedera pada kepala dan leher.

Apakah tindakan yang yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- a. *Needle Krikotiroidotomi*
- b. *Oropharingheal Airway*
- c. *Nasopharingeal Airway*
- d. *Suctioning*
- e. Intubasi

7. Pembahasan soal kasus

Kondisi pasien memerlukan manajemen jalan napas karena terjadi obstruksi pada jalan napas berupa lidah menutupi jalan napas dengan adanya tanda terdengar suara napas tambahan snoring dan pernapasan cepat. Tidak ada data adanya sumbatan berupa cairan di jalan napas sehingga tidak dilakukan *suctioning*. Tidak ada Pasien dalam kondisi tidak sadarkan diri dan tidak ada refleks gag sehingga pemasangan *nasopharyngeal airway* tidak dapat dilakukan. Meskipun pasien tidak sadarkan diri, namun pasien tidak mengalami cedera kepala dan leher sehingga intubasi dan *needle cricotiroidotomi* tidak perlu diberikan.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
<p>Fase Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kesadaran pasien 2. Kaji adanya sumbatan jalan napas parsial dengan mendengarkan adanya suara napas tambahan mengorok (<i>snoring</i>) 	<p>Memastikan indikasi pemasangan <i>Oropharyngeal tube</i></p>
Planning (P) : Perencanaan	

<p>Fase Orientasi</p> <p>3. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oropharyngeal tube/ Guedel tube</i> sesuai ukuran* • <i>Handscoen</i> bersih* • <i>Tongue spatel/ Spatel lidah</i>* 	
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <p>4. Cek identitas klien</p> <p>5. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur yang akan dilakukan kepada keluarga</p>	
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>6. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p> <p>7. Dekatkan alat-alat ke sisi tempat tidur</p>	
<p>Implementation (I) : Implementasi</p>	
<p>Fase Kerja</p> <p>8. Cuci tangan 6 langkah</p> <p>9. Gunakan <i>handscoen</i> bersih</p> <p>10. Posisikan klien telentang</p> <p>11. Pilih ukuran <i>Oropharyngeal tube/ Guedel tube</i> yang sesuai untuk klien dengan cara: letakkan <i>oropharyngeal tube</i> di samping wajah klien, lalu ukur <i>Oropharyngeal tube</i> dari sudut/ujung mulut hingga sudut mandibular atau ujung telinga</p>	 <p>Gambar 1. Cara mengukur <i>Oropharyngeal tube</i> dari ujung mulut hingga angulus mandibula</p> <p><i>Oropharyngeal tube</i> tersedia dalam ukuran yang bervariasi, maka sebelum memasang <i>oropharyngeal tube</i> harus diukur sesuai</p>

dengan kebutuhan klien agar tepat berada sejajar dengan pangkal glotis. Ukuran yang terlalu kecil dapat menyebabkan lidah terdorong ke orofaring, sedangkan ukuran yang terlalu besar dapat melukai trakhea.

Teknik membuka jalan napas dilakukan agar tulang hyoid dan epiglotis terangkat sehingga jalan napas dapat terbuka. Teknik *cross finger* dilakukan untuk memeriksa sumbatan pada jalan napas di daerah mulut. Jika terdapat sumbatan benda asing pada jalan napas segera keluarkan sebelum memasang *Oropharyngeal tube*, jika terdapat sumbatan berupa cairan (sekret, darah, muntah) bersihkan dengan menggunakan *suction*.

12. Buka mulut klien dengan teknik *cross finger* atau teknik *head tilt chin lift* atau *jaw-thrust maneuver*



Gambar 2. Teknik *cross finger*

Teknik *head tilt chin lift* digunakan untuk membuka jalan napas pada klien yang tidak ada dugaan cedera pada kepala dan leher karena dapat memperburuk cedera.



Gambar 3. Teknik *head tilt chin lift*

Jika teknik *head tilt chin lift* tidak berhasil dan ada dugaan cedera pada kepala dan leher klien, maka gunakan teknik *jaw thrust* untuk membuka jalan napas.



Gambar 4. Teknik *jaw thrust-manuever*

Spatel lidah digunakan untuk menekan lidah agar dapat melihat lebih jelas keadaan di dalam tenggorokan.

Teknik menggunakan spatel lidah sangat aman digunakan baik untuk klien dewasa maupun untuk anak.

13. Masukkan *Oropharyngeal tube* secara perlahan tanpa mendorong lidah ke arah faring, dengan cara:

- a. Teknik dengan spatel lidah:
- 1) Tekan lidah dengan spatel lidah



Gambar 5. Cara menggunakan spatel lidah

- 2) Masukkan *Oropharyngeal tube* (dengan posisi sisi melengkung ke arah lidah) di atas spatel lidah



Gambar 6. Cara memasukkan *oropharyngeal tube* dengan menggunakan spatel lidah

- 3) Dorong *Oropharyngeal tube* sampai ke daerah faring posterior dan posisi sayap penahan berhenti pada bibir klien.



Gambar 7. *Oropharyngeal tube* terpasang tepat di atas bibir klien

Teknik ini tidak direkomendasikan untuk klien anak-anak karena dapat menyebabkan kerusakan jaringan mulut dan faring.

b. Teknik tanpa spatel lidah:

1) Posisikan *Oropharyngeal tube* dengan sisi melengkung menghadap ke atas dan masukan ke dalam mulut sampai menyentuh *palatum mole*



Gambar 8. *Oropharyngeal tube* dalam posisi sisi melengkung menghadap ke atas

2) Lalu putar *Oropharyngeal tube* 180°



Gambar 9. *Oropharyngeal tube* dalam posisi sudah diputar 180°

3) Lalu masukan *Oropharyngeal tube* perlahan ke arah kaudal menyusuri lidah sampai posisi sayap penahan berhenti pada bibir klien.



Gambar 10. Dorong *Oropharyngeal tube*

<p>14. Lepaskan <i>handscoen</i></p> <p>Fase Terminasi</p> <p>15. Rapikan alat</p> <p>16. Cuci tangan</p>	 <p>Gambar 11. <i>Oropharyngeal tube</i> terpasang dengan tepat di dalam mulut</p>
<p>Evaluation (E) : Evaluasi</p>	
<p>17. Periksa apakah masih terdengar suara napas tambahan atau tidak</p> <p>18. Jangan memfiksasi <i>Oropharyngeal tube</i> dengan plester</p> <p>19. Evaluasi terhadap adanya refleks gag</p>	<p>Memastikan bahwa <i>Oropharyngeal tube</i> terpasang dengan tepat di dalam faring posterior</p> <p>Dilakukan untuk mencegah rangsangan muntah/ refleks gags pada klien yang mengalami peningkatan tingkat kesadaran</p> <p>Jika klien mengalami refleks gag setelah pemasangan <i>Oropharyngeal tube</i> segera lepaskan secara perlahan mengikuti bentuk anatomis lidah dan ganti dengan <i>nasopharyngeal tube</i> jika tidak ada kontraindikasi.</p>
<p>Sikap</p>	
<p>20. Menerapkan kebersihan tangan sebelum dan sesudah tindakan</p>	

21. Melakukan tindakan dengan sistematis, memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	
22. Percaya diri	

DAFTAR PUSTAKA

1. American College of Surgeon. (2018). *Advanced Trauma Life Support (10th ed.)*. Chicago: ACS
2. American Heart Association. (2020). *Advanced Cardiovascular Life Support: Provider Manual*. USA: AHA
3. American Nurse Association. (2018). *Sheehy's Manual of Emergency Care: Principal and Practice (7th ed.)*. St Louis: Elsevier
4. PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
5. Pro Emergency. (2022). *Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiovascular Life Support*. Edisi 3. Bogor: Pro Emergency

BAB II

PENATALAKSANAAN SYOK HIPOVOLEMIC



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB II

PENATALAKSANAAN SYOK HIPOVOLEMIC

1. Definisi

Syok hipovolemik adalah jenis syok yang disebabkan oleh kehilangan volume darah yang signifikan dalam tubuh. Ini dapat terjadi akibat perdarahan yang berlebihan, dehidrasi parah, atau kehilangan cairan secara mendadak. Syok hipovolemik adalah kondisi yang serius dan berpotensi mengancam jiwa jika tidak segera diobati (Kolecki & Menckhoff, 2016).

Gejala syok hipovolemik dapat mencakup penurunan tekanan darah, denyut jantung yang cepat, perubahan warna kulit (pucat atau kebiruan), kebingungan, rasa haus yang intens, pusing, dan kelemahan umum. Kondisi ini memerlukan penanganan medis segera, yang mungkin melibatkan pemberian cairan intravena untuk mengganti volume darah yang hilang, transfusi darah jika perlu, dan penanganan kondisi penyebabnya (Roberts, 2012). Penyebab syok hipovolemik dapat bervariasi, termasuk cedera fisik, perdarahan internal atau eksternal, pendarahan gastrointestinal, pendarahan akibat operasi, kehilangan cairan akibat muntah atau diare berat, serta kondisi medis tertentu seperti diabetes melitus yang tidak terkontrol (Vincent & Backer, 2018).

2. Tujuan

Penatalaksanaan syok hipovolemik bertujuan untuk menggantikan volume cairan atau darah yang hilang dan meningkatkan aliran darah ke organ-organ penting dalam tubuh. Selanjutnya kondisi tersebut dipertahankan dan dijaga agar tetap pada kondisi stabil. Penanganan syok hipovolemik harus dilakukan segera, karena keterlambatan dapat berakibat fatal (Kolecki & Menckhoff, 2016).

3. Indikasi

Penanganan syok hipovolemik adalah suatu keharusan dan harus segera dilakukan jika terdapat indikasi atau tanda-tanda syok hipovolemik pada seseorang. Indikasi utama yang mengarah ke penanganan syok hipovolemik meliputi (Malbrain & Waele, 2015; Vincent & Backer, 2018).

a. Penurunan Tekanan Darah

Tekanan darah yang signifikan di bawah batas normal adalah tanda utama syok hipovolemik. Ini dapat menjadi indikator bahwa tubuh

kekurangan volume darah yang mencukupi untuk menjaga aliran darah yang tepat ke organ vital.

b. Denyut Jantung Cepat

Peningkatan denyut jantung atau takikardia adalah gejala umum syok hipovolemik. Ini adalah usaha tubuh untuk mengkompensasi penurunan volume darah dengan meningkatkan denyut jantung.

c. Perubahan Kulit

Kulit yang menjadi pucat, dingin, dan lembab adalah indikasi syok. Kulit mungkin juga dapat mengalami sianosis (perubahan warna menjadi kebiruan) karena sirkulasi darah yang buruk.

d. Kesadaran Menurun

Kesadaran yang menurun, kebingungan, atau bahkan kehilangan kesadaran adalah tanda syok yang serius. Ini menunjukkan bahwa otak mungkin tidak mendapatkan pasokan darah yang cukup.

e. Kelemahan Umum

Kelemahan, lemah, dan kelelahan yang tiba-tiba dapat terjadi karena seluruh tubuh tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup.

f. Nadi Lemah atau Sulit Teraba

Pada tahap lanjut syok hipovolemik, nadi mungkin sulit teraba, dan nadi perifer (misalnya, nadi di pergelangan tangan atau kaki) mungkin lemah.

g. Saturasi Oksigen Rendah

Kadar oksigen dalam darah yang rendah, yang dapat dilihat melalui pengukuran saturasi oksigen dengan oksimeter.

h. Perdarahan Nyata atau Riwayat Perdarahan

Jika terdapat tanda-tanda perdarahan eksternal, seperti luka atau darah pada pakaian, atau ada riwayat perdarahan internal (misalnya, pendarahan gastrointestinal atau pendarahan setelah operasi), ini bisa menjadi indikasi syok hipovolemik.

Jika seseorang menunjukkan indikasi ini atau ada kecurigaan syok hipovolemik, segera cari bantuan medis darurat. Penanganan segera meliputi pemberian cairan intravena untuk menggantikan volume darah yang hilang dan mengidentifikasi serta mengatasi penyebabnya. Syok hipovolemik adalah kondisi darurat medis, dan keterlambatan dalam penanganan dapat berakibat fatal.

4. Kontraindikasi

Sebagian besar kasus syok hipovolemik memerlukan penanganan segera untuk mengatasi kehilangan volume darah. Namun, ada beberapa situasi di mana penanganan tertentu mungkin kontraindikasi atau tidak sesuai. Beberapa contoh kontraindikasi dalam penanganan syok hipovolemik adalah (Vincent & Backer, 2018; Kolecki & Menckhoff, 2016).

a. Kontraindikasi terhadap cairan intravena

Kontraindikasi menandakan terdapat beberapa kondisi di mana pemberian cairan intravena tidak boleh dilakukan. Contohnya:

- ✓ Kontraindikasi terhadap cairan intravena, misalnya pada kasus alergi berat terhadap komponen cairan infus.
- ✓ Penyakit jantung kongestif yang parah, yang mungkin memperburuk edema paru.

b. Ketidakmampuan untuk Menghentikan Perdarahan:

Jika perdarahan internal yang parah tidak dapat dihentikan dengan cara apapun, pemberian cairan intravena mungkin hanya akan memperburuk perdarahan. Dalam situasi seperti ini, intervensi bedah mungkin lebih bermanfaat.

c. Syok Neurogenik

Syok neurogenik merupakan syok yang disebabkan oleh gangguan sistem saraf, mungkin tidak akan merespon dengan baik terhadap pemberian cairan intravena. Penanganan syok neurogenik seringkali melibatkan manajemen kondisi neurologis yang mendasarinya.

d. Syok Obstruktif

Pada kasus syok obstruktif, seperti syok kardiogenik yang disebabkan oleh infark miokard atau tamponade jantung, pemberian cairan intravena mungkin tidak efektif atau bahkan berisiko memperburuk kondisi. Penanganan syok obstruktif mungkin memerlukan tindakan bedah atau prosedur medis lainnya. Penting untuk diingat bahwa setiap kasus syok hipovolemik adalah unik, dan penanganan harus disesuaikan dengan kondisi individu pasien. Keputusan mengenai kontraindikasi atau tindakan yang tepat harus dibuat oleh tenaga medis yang kompeten berdasarkan evaluasi dan diagnosis spesifik.

Pada dasarnya, dalam kebanyakan kasus syok hipovolemik, penanganan segera dan agresif yang melibatkan pemberian cairan intravena untuk menggantikan volume darah yang hilang adalah langkah utama yang diperlukan. Namun, dalam situasi tertentu, pertimbangan lebih lanjut diperlukan untuk menghindari komplikasi yang mungkin muncul.

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

Berikut adalah langkah-langkah yang umumnya dilakukan dalam penatalaksanaan syok hipovolemik (Simmons & Ventetuolo, 2017; Kolecki & Menckhoff, 2016).

- a. Evaluasi Pasien
 - ✓ Sebelum melakukan tindakan, identifikasi penyebab syok hipovolemik dan evaluasi kondisi pasien secara menyeluruh.
 - ✓ Periksa tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, frekuensi pernapasan, dan saturasi oksigen.
- b. Pemberian Cairan Intravena
 - ✓ Langkah pertama adalah memberikan cairan intravena (IV) untuk menggantikan volume darah yang hilang. Larutan yang digunakan biasanya adalah larutan garam fisiologis (NaCl 0,9%) atau larutan Ringer Laktat.
 - ✓ Cairan ini akan membantu meningkatkan volume darah dan tekanan darah.
- c. Transfusi Darah
 - ✓ Jika perdarahan yang parah merupakan penyebab syok hipovolemik, pasien mungkin memerlukan transfusi darah.
 - ✓ Pemilihan komponen darah, seperti sel darah merah atau plasma segar beku, akan tergantung pada kondisi pasien.
- d. Identifikasi dan Kontrol Perdarahan
 - ✓ Jika perdarahan masih terjadi, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi sumber perdarahan dan menghentikannya. Ini bisa melibatkan tindakan bedah atau intervensi medis lainnya.
- e. Monitoring dan Dukungan
 - ✓ Pasien perlu terus dimonitor dengan ketat, termasuk tanda-tanda vital, urin output, dan saturasi oksigen.
 - ✓ Pemberian oksigen mungkin diperlukan jika pasien mengalami kesulitan bernapas.

- f. Penanganan Penyebab Asal
 - ✓ Selain menangani gejala syok hipovolemik, penting juga untuk menangani penyebab asal syok, seperti cedera atau penyakit yang menyebabkan perdarahan.
- g. Konsultasi dengan Spesialis
 - ✓ Dalam beberapa kasus, perawatan tambahan oleh spesialis, seperti ahli bedah atau hematolog, mungkin diperlukan.
 - ✓ Setelah penanganan akut, pasien mungkin akan memerlukan perawatan dan pemantauan lanjutan sesuai dengan kondisi dan penyebab asal syok hipovolemik. Penting untuk segera mencari perawatan medis jika Anda atau seseorang yang Anda kenal mengalami gejala syok hipovolemik, karena penanganan dini adalah kunci untuk keselamatan pasien.

6. Contoh Kasus

Seorang wanita berusia 45 tahun datang ke unit gawat darurat dengan gejala syok hipovolemik setelah mengalami perdarahan hebat akibat kecelakaan. Saat cek respon, wanita tersebut tampak tertidur lelap dan hanya merespon ketika diberi rangsang nyeri. Terdapat luka di ekstremitas atas dan bawah, pemeriksaan fisik didapatkan data tekanan darah 90/50 mmHg, frekuensi nadi 120 x permenit, frekuensi nafas 30 x permenit, *open fraktur femur sinistra* dan *close fraktur cruris dekstra*, akral dingin, terlihat perdarahan aktif pada femur. Perawat kemudian memasang *Oropharyngeal tube* pada pasien dan diberikan oksigen

Pertanyaan Apa tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat?

- a. jahit luka terbuka
- b. berikan posisi syok
- c. lakukan resusitasi cairan
- d. kontrol perdarahan
- e. kolaborasi pemberian dopamine

7. Pembahasan soal kasus

Berdasarkan kasus di atas, maka tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat adalah **C. Lakukan Resusitasi Cairan**.

Penanganan syok hipovolemik pada asuhan keperawatan melibatkan peran perawat dalam memantau, mendukung, dan memberikan perawatan yang diperlukan kepada pasien dengan syok hipovolemik.

Langkah-langkah dalam penanganan syok hipovolemik pada asuhan keperawatan:

a. Evaluasi Awal:

- ✓ Perawat melakukan evaluasi awal terhadap pasien, termasuk pengukuran tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut jantung, frekuensi pernapasan, suhu tubuh, dan saturasi oksigen.
- ✓ Perawat mencatat gejala klinis seperti kulit pasien yang mungkin pucat, dingin, atau lembab, dan tanda-tanda kesulitan bernapas atau perdarahan gastrointestinal.

b. Pemberian Cairan Intravena (IV):

- ✓ Perawat memberikan cairan intravena sesuai dengan protokol, biasanya dengan larutan garam fisiologis (NaCl 0,9%) atau larutan Ringer Laktat. Ini dilakukan sesuai dengan instruksi dokter.
- ✓ Perawat memantau dengan ketat aliran infus, mengamati adanya gejala reaksi alergi atau komplikasi lainnya.

c. Pantau Tanda-Tanda Vital:

- ✓ Perawat terus memantau tanda-tanda vital pasien, termasuk tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, dan suhu tubuh. Peningkatan tekanan darah dan denyut jantung adalah indikasi positif bahwa penggantian volume darah berhasil.
- ✓ Jika ada perubahan yang signifikan dalam tanda-tanda vital, perawat segera memberikan laporan kepada dokter.

d. Pemantauan Input dan Output Cairan:

Perawat memantau input dan output cairan pasien untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan cairan yang cukup untuk menggantikan volume darah yang hilang dan memantau adanya tanda-tanda perdarahan lanjutan.

e. Pemantauan Kulit dan Turgor:

Perawat memeriksa kulit pasien secara berkala untuk mengidentifikasi tanda-tanda kulit pucat atau lembab yang mungkin mengindikasikan pemulihan.

f. Kenyamanan dan Dukungan Psikologis:

Perawat memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dan keluarganya selama proses penanganan syok. Ini

termasuk memberikan informasi yang jelas tentang tindakan yang sedang dilakukan dan memastikan pasien merasa nyaman.

g. Kolaborasi dengan Tim Medis:

- ✓ Perawat berkolaborasi dengan tim medis, termasuk dokter dan ahli bedah jika perlu, untuk memastikan bahwa perawatan pasien berjalan sesuai dengan rencana dan pemantauan yang diperlukan.
- ✓ Penanganan syok hipovolemik memerlukan kerjasama yang baik antara tim perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya. Perawat memainkan peran kunci dalam perawatan pasien dengan syok hipovolemik untuk memastikan pemulihan yang optimal.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
<p>Fase Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keadaan pasien 2. Review catatan medis dokter 3. Kaji kesiapan pasien untuk dilakukan resusitasi cairan 	
Planning (P) : Perencanaan	
<p>Fase Orientasi</p> <p>4. PERSIAPAN ALAT (* = <i>wajib ada</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Set Manekin pemasangan infus dewasa / probandus* • Infus set makro drip* 	

- Abocath*
- Cairan infus RL 500 ml*
- Kapas alkohol*
- Torniquet*
- Perlak dan pengalas*
- Bengkok*



<ul style="list-style-type: none"> • Plester* • Bak instrumen* • Sarung tangan steril* 	
<p>Persiapan Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mengucapkan salam 6. Memperkenalkan diri 7. Kontrak waktu 8. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 9. Menanyakan kesiapan pasien dan <i>informed consent</i> 	
<p>Persiapan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Jaga privasi klien (tutup tirai) 11. Atau turunkan penghalang tempat tidur 	

Implementation (I) : Implementasi

Fase Kerja

12. Mencuci tangan
13. Menggunakan sarung tangan bersih
14. Mengidentifikasi daerah penusukan
15. Memilih dan mempersiapkan cairan infus yang akan dimasukkan. Cairan infus dipilih cairan isotonis untuk menggantikan cairan pasien yang hilang.
16. Memasang infus set pada kantong infus dan menjaga sterilitas ujung infus set yang akan dihubungkan dengan kateter vena.



17. Mengganti dengan sarung tangan steril



18. Membendung lengan penderita bagian proksimal dari lokasi pemasangan infus dengan torniquet 10-12 cm di atas daerah insersi, menganjurkan pasien menggenggam tangannya (jika pasien sadar) sambil kembali mengidentifikasi vena lokasi pemasangan infus dengan cara merabanya.



19. Melakukan desinfeksi daerah tempat suntikan dan menginsersikan jarum ke dalam vena dengan bevel jarum menghadap ke atas, membentuk sudut 30-40° terhadap permukaan kulit. Lalu menarik stylet ke arah luar sambil mendorong kateter vena ke dalam dan melepaskan torniquet.



20. Memasang infus set atau blood set yang telah terhubung ujungnya dengan kantong infus atau kantong darah, lalu melakukan fiksasi dengan memberikan plaster.



<p>21. Mengatur kecepatan tetesan infus sesuai dengan kebutuhan. Pasien syok biasanya mendapatkan cairan kristaloid (Cairan RL atau NaCl 0,9%) 20 mL/kgBB dalam 30 - 60 menit, dapat diulang.</p> <p>Fase Terminasi</p> <p>22. Beri reinforcement positif</p>	 
<p>23. Rapikan alat</p> <p>24. Cuci tangan</p>	
<p>Evaluation (E) : Evaluasi</p>	
<p>25. Menanyakan respon pasien setelah dilakukan pemasangan infus</p> <p>26. Menjelaskan agar balutan luka dan sekitarnya dijaga tetap bersih dan kering.</p> <p>27. Menyampaikan rencana tindak lanjut</p> <p>28. Berpamitan</p> <p>29. Dokumentasi</p>	<p>Evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah tindakan yang telah dilakukan memberikan hasil yang diharapkan dan apakah ada perubahan pada kondisi pasien setelah tindakan dilakukan.</p>

	
<p>Sikap</p>	
<p>30. Menjaga keamanan pasien 31. Menjaga keamanan perawat 32. Melakukan tindakan dengan sistematis 33. Komunikatif dengan pasien 34. Percaya diri</p>	<p>Perawat perlu menjaga keamanan diri dan pasien untuk memastikan bahwa tindakan yang diberikan tidak membawa dampak negatif baik bagi perawat maupun pasien. <i>Caring</i> perawat dapat terlihat dari sikap peduli perawat kepada pasiennya melalui setiap tindakan yang diberikan dalam asuhan keperawatan terutama dalam menerapkan prinsip etik dalam setiap tindakan.</p>
<p>DAFTAR PUSTAKA</p> <p>Kolecki, P. and Menckhoff, C. R. (2016) Hypovolemic shock treatment & management: prehospital care, emergency department care, <i>Medscape</i>. Available at: https://emedicine.medscape.com/article/760145-treatment (Akses: 20 Oktober 2023).</p> <p>Malbrain, M. L. N. G., & De Waele, J. J. (2015). The effect of different resuscitation fluids on the development of intra-abdominal hypertension in an experimental animal model. <i>Intensive Care Medicine Experimental</i>, 3(1), 23.</p> <p>Roberts, P. R. (2012). <i>Comprehensive critical care</i>. Society of Critical Care Medicine. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Comprehensive_Critical_Care (Akses: 20 Oktober 2023)</p> <p>Simmons, J. and Ventetuolo, C. E. (2017). Cardiopulmonary monitoring of shock. <i>Current Opinion in Critical Care</i>, 23(3), pp. 223–231. doi: 10.1097/MCC.0000000000000407.</p> <p>Vincent, J. L., De Backer, D. (2018). Circulatory Shock Endpoints and Therapy: the right targets. <i>Critical Care</i>, 14(3), S3.</p>	

BAB III

MANAJEMEN AIRWAY

(SUMBATAN JALAN NAFAS TOTAL)

PROSEDUR MANUVER HEIMLICH



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB III
Manajemen Airway (Sumbatan Jalan Nafas Total)
Prosedur *Manuver Heimlich*

1. Definisi

Manajemen air way Suatu prosedur tindakan medis yang dilakukan untuk mencegah obstruksi jalan napas, manuver heimlic adalah Teknik yang digunakan untuk mengatasi sumbatan jalan nafas karena benda asing pada orang dewasa.

2. Tujuan

Membebaskan jalan nafas untuk menjamin masuknya udara ke paru sehingga menjamin kecukupan oksigenasi tubuh, manuver hentakan pada perut dapat membuat korban batuk yang diharapkan cukup kuat untuk menghilangkan sumbatan pada saluran nafas.

3. Indikasi

Obstruksi jalan nafas total, korban tidak mampu berbicara, jatuh pingsan, atau mengeluarkan suara-suara aneh dengan usaha keras.

4. Kontraindikasi

Hanya boleh dilakukan untuk anak berusia diatas 1 tahun dan dewasa, Ibu hamil dan pasien dengan fraktur costae.

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut):

- A. Evaluasi situasi secara keseluruhan: mengamati tanda-tanda vital pasien, dan menentukan apakah manajemen jalan nafas benar-benar diperlukan.
- B. Keamanan: pastikan bahwa baik pasien maupun penyelamat dalam keadaan aman
- C. Teknik yang benar: menggunakan teknik yang benar untuk manajemen jalan nafas, termasuk pengaturan posisi yang benar, dan penanganan obstruksi jalan nafas dengan hati-hati.
- D. Pemantauan: Setelah jalan nafas dibebaskan atau diatasi, penting untuk terus memantau pasien dan memastikan aliran udara yang stabil ke paru-paru.

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan usia 23 tahun di ruang rawat inap tiba-tiba mengalami tersedak ketika makan, pasien mengalami sumbatan jalan napas total. Hasil pengkajian didapatkan muka merah, tidak bisa mengeluarkan suara, dan sulit bernafas

Pertanyaan soal: Apakah tindakan yang tepat diberikan berdasarkan kasus diatas?

Pilihan jawaban:

- A. *Back slap*
- B. *Chest thrust*
- C. *Abdominal thrust*
- D. *Heimlich manuveur*
- E. Berikan terapi oksigen.

Jawaban Soal Hemlich manuver

7. Pembahasan soal kasus

- A. *Chest thrust* (tekanan dada) bukan tindakan yang sesuai dalam situasi ini. Chest thrust biasanya digunakan pada bayi atau anak kecil, bukan pada orang dewasa. Tindakan ini akan melibatkan tekanan pada dada untuk mengeluarkan benda asing, tetapi itu tidak sesuai dengan kasus pasien berusia 23 tahun.
- B. *Abdominal thrust* (tekanan abdomen) juga bukan tindakan yang tepat dalam situasi ini, karena tindakan ini lebih cocok untuk kasus tersedak pada bayi atau anak kecil. Tindakan ini dapat meningkatkan risiko cedera pada pasien dewasa.
- C. *Heimlich manuver (Manuver Heimlich)* adalah tindakan yang paling sesuai dalam situasi ini. Manuver Heimlich digunakan untuk mengatasi tersedak pada orang dewasa yang mengalami sumbatan jalan napas total. Tindakan ini melibatkan tekanan abdomen yang kuat dan tajam untuk mengeluarkan benda asing dari jalan nafas.
- D. *Back slap* (pukulan pada punggung) bisa efektif dalam mengatasi tersedak pada bayi atau anak kecil, tetapi itu tidak sesuai dalam kasus pasien berusia 23 tahun yang mengalami sumbatan jalan nafas total. Pukulan pada punggung biasanya digunakan pada kasus tersedak ringan.

- E. Berikan terapi oksigen adalah tindakan yang benar, tetapi tidak dalam situasi ini. Dalam kasus sumbatan jalan napas total, prioritas adalah menghilangkan obstruksi agar pasien dapat bernapas lagi. Setelah obstruksi dihilangkan, terapi oksigen bisa diberikan jika diperlukan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan oksigen yang cukup.

Jadi, dalam kasus ini, tindakan yang tepat adalah D. Heimlich maneuver (Manuver Heimlich)

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Kaji situasi perhatikan tanda-tanda tersedak	
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) Hand scrub dan sarung tangan bersih	
PERSIAPAN KLIEN 1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien	
PERSIAPAN LINGKUNGAN 1. Jaga privasi klien	
Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja 1. Baca basmalah 2. Mencuci tangan dengan 6 langkah, dan pakai sarung tangan 3. Mengatur posisi klien: pasien berdiri dengan posisi kaki terbuka 4. Perawat berada dibelakang pasien 5. Kepalkan satu tangan dan genggam kepalan dengan tangan lain 6. Ibu jari yang mengepal menghadap perut pasien 7. Kepalan harus diposisikan di garis tengah, dibawah prosesus xiphoideus dan tepi bawah kubah iga serta diatas pusar. 8. Lingkarkan lengan mengelilingi pinggang pasien	

<p>9. Lakukan tekanan dan hentakan ke atas pada perut pasien tekanan dengan dorongan kuat keatas</p> <p>10. Ulangi sampai 6-10x sampai pasien mengeluarkan benda asingnya atau pasien ada respon</p> <p>11. Berikan setiap dorongan baru dengan gerakan berbeda untuk menghilangkan sumbatan</p> <p>12. Periksa adanya sumbatan dan lakukan finger swab atau reflek batuk</p> <p>13. Jika pasien kehilangan kesadaran lanjutkan dengan RJP (Resusitasi Jantung Paru)</p> <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri <i>reinforcement positif</i> 2. Rapikan alat 3. Cuci tangan 	
<p>Evaluation (E) : Evaluasi</p>	
<p>1. Evaluasi Respon Klien (Subjektif & Objektif)</p>	
<p>Sikap</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Komunikatif dengan pasien 4. Percaya diri 	
<p>DAFTAR PUSTAKA</p> <p>Panchal, Ashish R, et, al. 2020 Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care</p>	

BAB IV

PEMBERIAN THERAPY

MELALUI *SYRINGE PUMP*



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB IV

PEMBERIAN THERAPY MELALUI *SYRINGE PUMP*

A. Definisi

Suatu Tindakan Untuk Memberikan Cairan Obat Ke dalam Tubuh Klien Melalui Intravena Dengan Dosis Tertentu, Waktu Tertentu Dan Ketelitian Tinggi dan Menggunakan Alat Syringe Pump yang di operasikan secara otomatis.

B. Tujuan

1. Untuk Memberikan Obat dengan dosis yang relatif kecil
2. Untuk menurunkan risiko pemberian obat yang terlalu cepat dengan Menggunakan IV Push
3. Untuk memberikan obat sesuai dengan waktu yang di butuhkan secara otomatis

C. Indikasi

Diberikan kepada pasien yang membutuhkan pengobatan secara kontinyu dan Dosis yang relatif kecil

D. Kontraindikasi

Kontra indikasi alat tidak ada

Kontraindikasi obat :

1. Hipertiroid, kondisi di mana kelenjar tiroid memproduksi terlalu banyak hormon tiroid.
2. Takiaritmia, kondisi jantung yang berdebar cepat dan tidak beraturan.
3. Feokromositoma, yaitu tumor kelenjar adrenal yang berada di atas ginjal.
4. Obat tidak boleh dipakai bersamaan dengan obat anestesi *cyclopropane* gas halogen.

E. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

1. Jenis dan Dosis obat yang akan diberikan
2. Tingkat keparahan penyakit
3. Kondisi tubuh pasien

Hal yang perlu diperhatikan (alat) :

1. Bersihkan alat dengan menggunakan lap basah dan dikeringkan dengan menggunakan lab kering.
2. Meletakkan kabel jangan di lipat tetapi di gulung agar kabel tidak mudah rusak atau putus.

F. Contoh Kasus

Soal Vignate:

Seorang pasien berusia 48 tahun memiliki BB= 50 kg, dengan diagnosa shock hipovolemik advis dokter pasien diberikan 1 µg/kgBB/menit terapi dopamin, sedangkan dosis sediaan Dopamin 200 mg dalam 50cc cairan WFI

Intruksi soal :

Tindakan apakah yang harus dilakukan oleh seorang perawat, agar pemberian obat bisa dilakukan dengan benar dalam waktu yang tepat

Pilihan Jawaban :

- a. Memberikan injeksi dopamin melalui iv
- b. Memberikan injeksi dopamin melalui im
- c. Memberikan injeksi dopamin melalui SC
- d. Memberikan injeksi melalui syringe pump
- e. Memberikan injeksi dopamin melalui cairan infus

Kunci Jawaban : D

G. Pembahasan soal kasus

Pemberian injeksi melalui syringe pump bertujuan untuk mengatur jumlah cairan atau obat yang masuk ke dalam sirkulasi darah melalui alat agar obat yang di berikan tepat karena telah dioperasikan secara otomatis sesuai kebutuhan pengobatan (waktu yang sudah ditentukan)

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
<p>Fase Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan diri perawat 2. Review catatan medis dan buku monitoring obat hitung dosis jika perlu : Seorang pasien berusia 48 tahun memiliki BB= 50 kg, dengan diagnosa shock hipovolemik advis dokter pasien diberikan 1 µg/kgBB/menit terapi dopamin, sedangkan dosis sediaan Dopamin 200 mg dalam 50cc cairan WFI Diketahui 1 mg = 1000 µg Jawaban Jumlah Pengenceran = 200 mg = 4 mg/cc 50 cc Cairan WFI = 4000 µg/cc Jadi : 1 µg x 50 kg x 60 = 0,75 cc/jam dalam 4000 µg/cc 3. Kaji kesiapan psikologis klien dan keluarga sebelum dilakukan tindakan 	<p>Untuk memastikan bahwa perawat siap melakukan tindakan.</p> <p>Untuk memastikan atau mengecek kesesuaian identitas pasien dan tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>Penghitungan dosis obat dilakukan untuk memastikan bahwa obat yang diberikan sesuai dengan anjuran atau advis dokter.</p> <p>Untuk memastikan kesiapan dan respon pasien dan keluarga terhadap rencana pengobatan yang akan dilakukan</p>
Planning (P) : Perencanaan	
<p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. PERSIAPAN ALAT (* = <i>wajib ada</i>) <ol style="list-style-type: none"> 1. Syringe Pump 	 <p>Syringe pump adalah salah satu jenis peralatan medis (alat kesehatan) yang digunakan untuk mengatur proses penyuntikan masuknya cairan obat ke dalam tubuh pasien dengan kuantitas dan waktu tertentu secara akurat</p>

2. Obat dopamin 200mg oplos atau di encerkan dengan cairan WFI 50ml



Dopamin adalah salah satu jenis obat yang sering diberikan kepada pasien untuk membantu kerja jantung dalam memompa darah saat terjadi *shock hipovolemik*, sehingga memerlukan dosis dan waktu tertentu yang membutuhkan ketelitian dan ketepatan pengobatan sehingga pemberiannya melalui *syringe pump*



Cairan WFI adalah cairan infus steril yang bisa digunakan untuk mengencerkan obat agar tidak terlalu pekat.

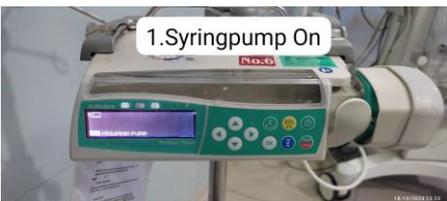
3. Spuit 50 cc



Sprit 50 cc berfungsi untuk menampung obat (dopamine dan cairan WFI) secara maksimal sehingga memperlancar pemberian obat selama terapi melalui *syringe pump* dan obat dapat diberikan dengan tepat waktu

<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam dan Atur Posisi Pasien nyaman mungkin 2. Menjelaskan maksud dan tujuan serta kontrak waktu kepada pasien bahwa akan dilakukan tindakan pengobatan melalui <i>syringe pump</i> 	<p>Suatu tindakan menjalin hubungan saling percaya dengan pasien serta mempermudah tindakan yang akan dilakukan serta memperlancar proses masuknya obat melalui <i>syringe pump</i></p> <p>Menyampaikan maksud dan tujuan tindakan sebagai bukti <i>informed consent</i> apakah pasien menerima tindakan atau menolakan pengobatan yang akan dilakukan serta memberikan penjelasan tentang program pengobatan yang akan dijalani oleh pasien selama di rawat di rumah sakit agar pasien dan keluarga tahu tentang pengobatan yang dijalani pasien, sedangkan kontrak waktu digunakan untuk mengetahui perkiraan waktu yang dibutuhkan selama pemberian pengobatan</p>
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur Pencahayaan di ruang perawatan 2. Pasang Sampiran 	<p>Mengatur pencahayaan dapat mempermudah perawat dalam memberikan therapy obat melalui <i>syringe pump</i></p>  <p>Menutup sampiran bertujuan untuk menjaga privasi pasien selama proses pengobatan</p>

Implementation (I) : Implementasi	
1. Perawat mencuci tangan	 <p>Mencuci tangan sebelum dilakukan tindakan dapat mencegah terjadinya penyebaran infeksi</p>
2. Berikan Salam, cek identitas pasien/identifikasi data pasien	<p>Memberikan salam untuk menjaga komunikasi terapeutik dengan pasien dan keluarga. Sedangkan mengecek identitas atau identifikasi pasien sebelum tindakan untuk memastikan agar pasien aman dan tidak terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan yang akan dilakukan serta merupakan salah satu sasaran dari pasien safety.</p>
3. Tanyakan Keluhan Pasien	<p>Menanyakan kondisi pasien untuk memperoleh informasi mengenai kondisi yang sedang dialami oleh pasien pada saat ini (sebelum dilakukan pengobatan kepada pasien)</p>
4. Jelaskan Prosedur, Tujuan Dan Lamanya Tindakan yang Akan Dilakukan	<p>Menjelaskan rencana tindakan yang akan dilakukan sebagai bentuk pemberian informed agar mendapatkan persetujuan dari pasien</p>
5. Beri Kesempatan Klien Untuk Bertanya Sebelum dimulai	<p>Memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya agar dapat meningkatkan pengetahuan dan kesiapan pasien dalam program pengobatan</p>

<p>6. Bawa atau dekatkan Peralatan Dengan Pasien</p> <p>7. Tempatkan Syringe Pump Dalam Kondisi Stabil yang akan Menopang Beratnya</p> <p>8. Sambungkan kabel listrik atau konektor Syringe Pump ke listrik dan bagian belakang dari alat <i>syringe pump</i></p> <p>9. Tekan Tombol On Untuk Menghidupkan Syringe Pump, setelah alat hidup atau on selanjutnya pasang spuit, kemudian atur kecepatan dari obat yang akan masuk, setelah kecepatan pemberian obat diatur maka alat sudah aktif yang artinya bahwa sudah mulai proses pengobatan (obat sudah masuk ke pasien) seperti pada gambar di samping kolom baris ini.</p>	<p>Mendekatkan peralatan di dekat pasien untuk mempermudah perawat dalam melakukan tindakan</p> <p>Untuk menjaga kestabilan penyimpanan alat agar tidak jatuh</p>   <p>Untuk mendapatkan arus listrik sehingga alat bisa bekerja dengan baik (bisa di hidupkan)</p>  <p>1. Syringepump On</p>  <p>2. Siap dipasang Spuit</p> 

<p>10. Rapikan Pasien dan bereskan Alat yang tidak dibutuhkan (troli)</p>	<div data-bbox="965 224 1412 425" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="965 448 1412 649" data-label="Image"> </div> <p>Tombol on untuk menghidupkan <i>syringe pump</i> dan sebagai tanda bahwa alat sudah siap di aktifkan dan obat mulai dimasukkan atau diberikan kepada pasien.</p> <div data-bbox="981 896 1396 1220" data-label="Image"> </div> <p>Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien setelah dilakukan tindakan, sedang merapikan alat menandakan bahwa tindakan sudah selesai dilakukan.</p>
<p>Evaluation (E) : Evaluasi</p>	
<p>1. Evaluasi Keberhasilan pemberian Terapi Syringe Pump (pemberian obat lancar, alat tidak macet)</p> <p>2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</p>	<p>Evaluasi pemberian obat melalui Syringe Pump untuk memastikan bahwa obat diberikan dengan benar sehingga sesuai dengan waktu yang telah ditentukan</p> <p>Untuk mengetahui respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan serta kemungkinan ada reaksi lainnya yang ditimbulkan setelah</p>

3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	<p>dilakukan pemberian obat melalui syringe pump .</p> <p>Sebagai bukti legal atau otentik bahwa obat sudah diberikan kepada pasien sesuai advis dokter</p>
Sikap	
<p>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>2. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>3. Komunikatif dengan pasien</p> <p>4. Percaya diri</p>	<p>Tindakan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan agar menjaga kebersihan diri, mencegah infeksi silang dan sebagai pelindung diri perawat dan pasien</p> <p>Tindakan yang sistematis merupakan ketepatan dalam melakukan tindakan atau prosedur keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (terstandar).</p> <p>Komunikasi kepada pasien sebagai upaya meningkatkan hubungan yang terapeutik dan harmonis dengan pasien dalam mencapai tujuan tindakan keperawatan.</p> <p>Sebagai bukti atau kesiapan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan serta mengembangkan penilaian yang positif terhadap diri perawat.</p>
<p>DAFTAR PUSTAKA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ Buku Panduan Pelatihan BTCLS. (2018). Medical Service and Training 119. Jakarta. 2. Maisyaroh, A. & Prasetya, E., 2020. Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat, Manajemen Bencana, dan Keperawatan Kritis. 1 ed. Bondowoso: CV KHD Production 3. Smeltzer, SC., O'Connell, & Bare, BG., (2003). Brunner and Suddarth's textbook of MedicalSurgical Nursing, 10th edition, Pennsylvania: Lippincott William & Wilkins Company 	

BAB V

PEMASANGAN BIDAI



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB V

PEMASANGAN BIDAI

1. Definisi

Prosedur yang dilakukan untuk mengimobilisasi atau menstabilkan bagian tubuh yang mengalami fraktur (patah tulang), Balut adalah suatu benda, dapat berbentuk kain maupun kassa bersih yang digunakan untuk menutupi luka sedangkan pembalutan adalah suatu tindakan menggunakan balut yang bertujuan untuk menutup luka atau menghentikan suatu pendarahan agar luka tidak terpapar langsung dengan lingkungan bebas untuk menghindari terjadinya infeksi dan mengurangi nyeri (Bayusentono et al., 2021).

Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan adalah bantuan pertama yang diberikan kepada orang yang cedera akibat kecelakaan dengan tujuan menyelamatkan nyawa, menghindari cedera atau kondisi yang lebih parah dan mempercepat penyembuhan. Ekstremitas yang mengalami trauma harus diimobilisasi dengan bidai. Bidai (Splint atau spalk) adalah alat yang terbuat dari kayu, logam atau bahan lain yang kuat tetapi ringan untuk imobilisasi tulang yang patah dengan tujuan mengistirahatkan tulang tersebut dan mencegah timbulnya rasa nyeri.

Tanda tanda fraktur atau patah tulang :

- Bagian yang patah membengkak (oedema).
- Daerah yang patah terasa nyeri (dolor).
- Terjadi perubahan bentuk pada anggota badan yang patah.
- Anggota badan yang patah mengalami gangguan fungsi (fungsiolesia) (Mardalena, 2021).

2. Tujuan

Pembidaian (Imobilisasi fraktur) bertujuan untuk menempatkan anggota gerak yang cedera dalam posisi yang sesuai dengan anatomi dan mencegah pergerakan yang berlebihan pada bagian fraktur (Melti Suriya & Zuriati, 2019).

Hal ini dapat dicapai dengan melakukan traksi untuk menegakkan anggota gerak dan memasang alat imobilisasi untuk mempertahankan posisinya.

Bidai yang dipasang dengan benar akan membantu:

1. Mencegah pergerakan atau pergeseran fragmen atau bagian tulang yang patah.
2. Menghindari trauma soft tissue (terutama syaraf dan pembuluh darah pada bagian distal yang cedera) akibat pecahan ujung fragmen tulang yang tajam.
3. Mengurangi nyeri
4. Mempermudah transportasi dan pembuatan foto rontgen.
5. Mengistirahatkan anggota badan yang patah (Subandono, 2019).

3. Indikasi

Indikasi pemasangan bidai adalah cedera muskuloskeletal yang membutuhkan imobilisasi, baik fraktur, dislokasi sendi, infeksi, terkilir (sprain), serta setelah tindakan klinis tertentu. Perlu diperhatikan adanya tanda-tanda gangguan neurovaskular yang membutuhkan reduksi (Talibo et al., 2022).

4. Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi absolut pembidaian atau *splinting* yang sifatnya temporer, tetapi ada beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam penggunaan bidai. Apabila sudah terjadi gangguan neurovaskular karena cedera yang dialami pasien, bidai tidak boleh dilakukan sebelum dilakukan reduksi secepatnya untuk mengembalikan *supply* pembuluh darah (Fitch et al., 2008).

Tanda adanya gangguan neurovaskular antara lain adanya gangguan motorik, sensorik, serta menurun atau menghilangnya denyut nadi pada area distal fraktur (Langer, 2014). Pada fraktur femur yang disertai dengan fraktur pada tungkai bawah, pelvis, patella, pergelangan kaki, dan telapak kaki, maka *traction splint* dikontraindikasikan karena pada keadaan ini traksi tidak akan efektif (Davis et al., 2023).

5. Hal yang perlu diperhatikan

Prinsip pembalutan, membersihkan luka sebelum dilakukan pembalutan, pembalutan dilakukan pada bagian tubuh yang cidera, tidak

boleh terlalu ketat dan tidak boleh terlalu longgar (Talibo et al., 2022). Prinsip pembidaian, jika cedera terjadi pada tulang maka bidai harus melewati 2 sendi, namun jika yang cedera adalah sendi maka pembidaian harus melewati 2 tulang pada sendi yang cedera.

Prinsip Pembidaian

- a. Pembidaian menggunakan pendekatan atau prinsip melalui dua sendi, sendi di sebelah proksimal dan distal fraktur.
- b. Pakaian yang menutupi anggota gerak yang dicurigai cedera dilepas, periksa adanya luka terbuka atau tanda-tanda patah dan dislokasi.
- c. Periksa dan catat ada tidaknya gangguan vaskuler dan neurologis (status vaskuler dan neurologis) pada bagian distal yang mengalami cedera sebelum dan sesudah pembidaian.
- d. Tutup luka terbuka dengan kassa steril.
- e. Pembidaian dilakukan pada bagian proximal dan distal daerah trauma (dicurigai patah atau dislokasi).
- f. Jangan memindahkan penderita sebelum dilakukan pembidaian kecuali ada di tempat bahaya. Jangan menambahkan gerakan pada area yang sudah dicurigai adanya fraktur (*Do no harm*).
- g. Beri bantalan yang lembut pada pemakaian bidai yang kaku.
 - 1) Periksa hasil pembidaian supaya tidak terlalu longgar ataupun terlalu ketat sehingga menjamin pemakaian bidai yang baik
 - 2) Perhatikan respons fisik dan psikis pasien (Subandono, 2019).

6. Contoh Kasus

Soal Vignette

Seorang Laki-laki, 35 tahun, dibawa oleh temannya ke IGD RS setelah terjatuh dari motor, klien mengeluh nyeri pada lengan kanan tidak bisa diangkat dan nyeri hebat saat digerakan. Hasil pengkajian: tampak oedema kemerahan pada daerah radius kanan, nyeri skala 8 seperti mau putus lengannya, bunyi krepitasi pada daerah radius kanan, fungsiolesa, TD 135/90 mmHg, frekuensi nadi 112x/menit, frekuensi napas 27x/menit, suhu 37 °C, CRT<2 detik (kiri), CRT>2 detik (kanan), wajah meringis menahan sakit sambil sesekali menjerit jika tangan kanan digerakkan.

Lead in: Tindakan selanjutnya yang dilakukan pada kasus tersebut?

Opsi:

- a. Cuci tangan 6 langkah
- b. Buka pakaian yang menutupi area luka fraktur
- c. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur selanjutnya
- d. Lakukan penghentian perdarahan dengan balut tekan.
- e. Bidai sesuai ukuran (melewati dua persendian pada ekstermitas yang cedera), pasang bidai pada ekstermitas kanan dan melewati dua sendi

Jawaban: C. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur selanjutnya

7. Pembahasan Kasus

- a. Opsi a Cuci tangan 6 langkah, tindakan ini dilakukan saat fase implementation (Fase kerja), setelah assessment dan planning dilakukan.
- b. Opsi b Buka pakaian yang menutupi area luka fraktur, tindakan ini seharusnya sudah dilakukan pada saat assessment, pada saat pengkajian pada pasien fraktur tentu saja perlu dilihat bagian tubuh yang
- c. mengalami fraktur, dan biasanya tampak tanda-tanda merah, odema, dan terjadi perubahan bentuk pada daerah yang fraktur.
- d. Opsi c Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur. Tindakan ini paling tepat dilakukan setelah dilakukan identifikasi keadaan pasien dan pengkajian. Maka tindakan selanjutnya yang perlu dilakukan sesuai Standar Prosedur operasional (SPO) adalah menjelaskan tujuan intervensi dan tindakan penanganan selanjutnya agar pasien tidak takut atau bingung pada saat dilakukan intervensi.**
- e. Opsi d Lakukan penghentian perdarahan dengan balut tekan, jika terjadi perdarahan. Karna pada pengkajian/ pemeriksaan tidak ada hasil luka/ perdarahan maka tindakan ini tidak dilakukan, akan tetapi jika terdapat perdarahan/luka maka tindakan ini dilakukan setelah assessment dan planning dilakukan.
- f. Opsi e Bidai sesuai ukuran (melewati dua persendian ekstremitas yang cedera), Pasang bidai melewati dua persendian pada ekstermitas kanan.

Tindakan ini tepat untuk intervensi tapi sesuai standar prosedur operational (SPO) tindakan ini dilakukan pada saat implementation (fase kerja) setelah assessment dan planning dilakukan.

8. Standar Prosedur Operasional (SPO) Keperawatan Tindakan Pemasangan Bidai (PEMBIDAIAN)

Pemasangan Bidai			
Kategori: Fisiologis		Subkategori: Aktivitas dan Istirahat	
Diagnosis Keperawatan			
1.	Gangguan Integritas Jaringan	4.	Gangguan Mobilitas Fisik
2.	Risiko Gangguan Integritas Jaringan	5.	Nyeri Akut
3.	Resiko Disfungsi Neurovaskular Perifer	6.	Risiko Luka Tekan
Luaran Keperawatan			
1.	Integritas Jaringan Meningkat	3.	Mobilitas Fisik Meningkat
2.	Neurovaskular Perifer Meningkat	4.	Tingkat Nyeri Menurun
Prosedur			
No.	ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR	
Assesment (A): Pengkajian			
1.	<p>Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) dan lakukan pengkajian pada pasien.</p>	<p>a. Setelah dilakukan identifikasi pada pasien melalui nama jelas dan tanggal lahir, kemudian dilakukan pengkajian pada pasien.</p> <p>Periksa ekstermitas yang dikeluhkan oleh pasien.</p> <p>b. Jika pada saat melakukan pengkajian sulit untuk membuka pakaian pasien maka dapat dibuka</p>	
			
			

dengan menggunting pakaian pasien.

c. Setelah terbuka maka akan tampak daerah ekstermitas yang dikeluhkan oleh pasien, pada gambar disamping maka daerah fraktur akan tampak gejala-gejala fraktur yaitu:

- Bagian yang patah membesar (oedema), kemerahan, atau ada luka.
- Bunyi krepitasi.
- Daerah yang patah terasa nyeri (dolor).
- Terjadi perubahan bentuk pada anggota badan yang patah.
- Anggota badan yang patah mengalami gangguan fungsi (fungsiolesia)

Jika hasil dari pengkajian sudah sesuai dengan indikasi fraktur maka perawat melanjutkan step selanjutnya



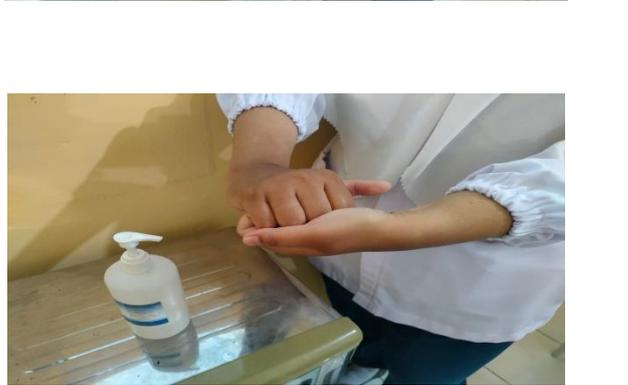
2.	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur	<p>a. Setelah dilakukan pengkajian pada pasien dan indikasi terjadinya fraktur maka perawat menjelaskan tindakan selanjutnya (intervensi) yang akan dilakukan. Perawat menjelaskan prosedur yang harus dilakuakn agar pasien tidak takut dan bingung. Jika pasien sudah bersedia maka dapat dilaksanakan tahap selanjutnya yaitu perencanaan.</p>	
Planning (P) Perencanaan			
3.	<p>Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sarung tangan Bidai sesuai ukuran (melewati dua persendian ekstremitas yang cedera) Mitela atau perban elastis Kasa steril, jika perlu 	<p>a Berikut adalah alat yang harus disiapkan sesuai dengan SPO. Tambahkan Nacl atau betadin jika diperlukan untuk membersihkan area luka.</p>	

		<p>b Kassa steril dan betadin sediakan jika ada indikasi terjadi luka atau bila perlu dilakukan balut tekan</p> <p>c Jika alat dan bahan sudah lengkap maka masuk ke tahap selanjutnya yaitu tahap implementasi. Dekatkan seluruh alat ke pasien untuk memudahkan implementasi.</p>	 
--	--	---	---

Implementation (I): Implementasi

Fase Kerja

4.	Lakukan cuci tangan 6 langkah	<p>a. Step 1 menggosok kedua telapak tangan.</p> <p>b Step 2 menggosok punggung tangan dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan dan sebaliknya.</p>	 
----	-------------------------------	--	---

		<p>c. Step 3 menggosok kedua belah tangan dan sela sela jari.</p>	
		<p>d Step 4 jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.</p>	
		<p>e. Step 5 gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.</p>	
		<p>f. Step 6 gosok memutar ujung jari-jari kuku tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya.</p>	
		<p>Cuci tangan 6 langkah ini dilakukan untuk menghindari</p>	

		infeksi nosocomial baik bagi pasien maupun bagi petugas kesehatan.	
5.	Pasang sarung tangan	a. Menggunakan sarung tangan adalah salah satu tindakan untuk pencegahan infeksi silang.	
6.	Atur posisi pasien nyaman mungkin	a. Pemosisian yang aman dan nyaman akan membuat pasien tidak khawatir dan mengurangi rasa nyeri pada saat pengimplementasian (pemasangan bidai).	
7.	Buka pakaian yang menutupi area fraktur	a. Membuka area fraktur yang akan dilakukan pembidaian akan mempermudah pada saat pemasangan spalk.	
8.	Lakukan penghentian perdarahan dengan balut tekan, jika terjadi perdarahan	a. Melakukan tindakan ini untuk menghentikan perdarahan dan menutup luka juga dapat menghindarkan infeksi pada luka terbuka.	

		<p>b Membersihkan luka dengan NaCl dan memberikan betadin agar mencegah infeksi.</p> <p>c. Setelah dibersihkan tutup luka dengan kassa steril.</p> <p>d Lakukan balut tekan untuk menghentikan pendarahan. Pada saat melakukan balut tekan, perawat</p>	   
--	--	---	--

membutuhkan bantuan perawat lainnya untuk membantu mengangkat tangan pasien agar tidak banyak terjadi mobilitas pada lengan pasien yang fraktur. Jika sudah tertutup dengan baik maka ikat plaster gulung atau gunakan plaster untuk menutupnya.



		  
9.	<p>Lakukan perawatan luka, pada fraktur terbuka atau terdapat luka, siapkan alat bidai yang sesuai dengan lokasi fraktur.</p>	<p>a. Setelah dilakukan perawatan luka, kemudian siapkan alat bidai sesuai lokasi fraktur. Lalu ukur sesuai dengan lokasi yang akan dibidai</p> 

b Membersihkan luka dengan NaCl dan memberikan betadin agar mencegah infeksi.



c. Setelah dibersihkan tutup luka dengan kassa steril.



d Lakukan balut tekan untuk menghentikan pendarahan. Pada saat melakukan balut tekan, perawat membutuhkan bantuan perawat lainnya untuk membantu mengangkat tangan pasien agar tidak banyak terjadi mobilitas pada lengan pasien yang fraktur. Jika sudah tertutup dengan baik maka ikat plaster gulung atau gunakan plaster untuk menutupnya.





e Setelah selesai membersihkan dan merawat luka juga memasang balut tekan dilanjutkan penyiapan dan pengukuran spalk.



Kemudian dilanjutkan memasukkan mitela kebawah lokasi fraktur

yang akan di pasang bidai satu persatu, usahakan melalui celah sendi agar tidak banyak memobilisasi lokasi fraktur.



f. Pada saat memasukkan mitela ke bagian bawah lokasi fraktur untuk membantu mendorong mitela dapat



		<p>menggunakan spalk ataupun dapat juga menekan kasur tepat dibawah sendi sehingga dapat memasukkan mitela melalui celah tersebut seperti terlihat pada gambar.</p> <p>g Rapihkan posisi mitela agar pada saat nanti mengikat bidai menjadi simetris, usahakan tidak mengikat pada daerah luka yang sudah dilakukan balut tekan.</p>	
10.	<p>Periksa pulsasi, motorik dan sensorik (PMS) (pemeriksaan dilakukan sebelum dan setelah pemasangan bidai, untuk mengetahui apakah alat bidai terpasang terlalu keta atau tidak, sehingga tidak terjadi kematian jaringan sehingga dapat menyebabkan bagian ujung fraktur dapat diamputasi.</p>	<p>a. Sebelum melakukan pembidaian periksa PMS pada pasien, Periksa dan catat ada tidaknya gangguan vaskuler dan neurologis (status vaskuler dan neurologis) pada bagian distal yang mengalami cedera sebelum dan sesudah pembidaian.</p>	<p style="text-align: center;">Gambar 1</p>  <p style="text-align: center;">Gambar 2</p>

		<p>Pada gambar 1 pemeriksaan Pulse pada lengan dan pada gambar 2 pada kaki (jika fraktur pada kaki).</p> <p><u>Periksa nadi yang paling dekat dengan lokasi fraktur/ yang akan dibidai.</u></p> <p>b. Pada gambar 1 dan 2 pemeriksaan Motorik pada lengan dan pada gambar 3 pada kaki (jika fraktur pada kaki).</p> <p>Periksa Motorik pasien dengan menyuruh pasien untuk menggerakkan jarinya, jika masih bisa artinya tidak ada kerusakan vena yang mengakibatkan kerusakan neurosensori.</p> <p>c. Pada gambar 1 pemeriksaan Sensorik pada tangan dan pada</p>	 <p style="text-align: center;">Gambar 1</p>  <p style="text-align: center;">Gambar 2</p>  <p style="text-align: center;">Gambar 3</p>  <p style="text-align: center;">Gambar 1</p>
--	--	--	--

		<p>gambar 2 pada kaki (jika fraktur pada kaki). Periksa sensorik yang paling dekat dengan lokasi fraktur/ yang akan dibidai , jika masih bisa artinya tidak ada kerusakan vena yang mengakibatkan kerusakan neurosensori.</p>	 <p style="text-align: center;">Gambar 2</p> 
11.	Pasang bidai dua melewati persendian	a. Melakukan pemasangan bidai gambar 1-4 pada ekstermitas atas, gambar 5 pada ekstermitas bawah.	<p style="text-align: center;">Gambar 1</p>  <p style="text-align: center;">Gambar 2</p>  <p style="text-align: center;">Gambar 3</p>



Gambar 4



Gambar 5



			
12.	Fiksasi dengan bidai atau elastis.	<p>a. Fiksasi pada ekstermitas atas dengan mitela.</p> <p>b. Fiksasi pada ekstermitas bawah dengan mitela.</p>	<p>Gambar 1</p>  <p>Gambar 2</p> 
13.	Periksa kembali pulsasi, motorik dan sensorik (PMS)	a. Periksa kembali pulsasi, motorik dan sensorik (PMS) pada ekstermitas atas.	Gambar 1

		<p>Jika hasil PMS baik maka pembidaian dilakukan dengan baik, tidak terlalu kencang sehingga tidak akan membuat sumbatan pada jaringan yang dapat mengakibatkan kematian jaringan.</p> <p>b. Periksa kembali pulsasi, motorik dan sensorik (PMS) pada ekstermitas bawah. Jika hasil PMS baik maka pembidaian dilakukan dengan baik, tidak terlalu kencang sehingga tidak akan membuat sumbatan pada jaringan yang dapat mengakibatkan kematian jaringan.</p>	 <p style="text-align: center;">Gambar 2</p>  
14.	Posisikan bagian Fraktur secara aman dan nyaman bagi pasien	a. Posisi nyaman pada lokasi fraktur yang sudah dilakukan pembidaian.	
15.	Lakukan cuci tangan 6 langkah	a. Lakukan cuci tangan 6	

		<p>langkah seperti pada saat sebelum tindakan</p>	<p>Gambar 1. lepas sarung tangan</p>  <p>Gambar 2. Cuci tangan 6 langkah</p> 
<p>Evaluation (E) Evaluasi:</p>			
<p>16.</p>	<p>Dokumentasikan Prosedur yang telah dilakukan dan Respon Pasien terhadap tindakan</p>	<p>a. Dokumentasi implementasi tindakan.</p>	
<p>Sikap</p>			
<p>17.</p>	<p>Menerapkan Hand hygiene sebelum dan sesudah tindakan</p>		<p>Selesai cuci tangan/ menerapkan hand hygiene menghindari infeksi nosokomial</p>

			
18.	Melakukan tindakan dengan sistematis		
19.	Komunikatif dengan pasien		
20.	Percaya Diri		

(Giri Susilo Adi et al., 2022) (PPNI, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Bayusentono, S., Farhadi, A., Suwondo, A., Adyaksa, G., Kusuma, B. W. A., Widodo, R. A., Susatyo, A. Y. R., Wardana, R. M. A. W., & Yudistira, E. (2021). *Casting, Traction, & Splinting: Buku Ajar Ortopedi & Traumatologi*. Airlangga University Press. <https://books.google.co.id/books>
- Davis, D. D., Ginglen, J. G., Kwon, Y. H., & Kahwaji, C. I. (2023). *EMS Traction Splint*.
- Fitch, M. T., Nicks, B. A., Pariyadath, M., McGinnis, H. D., & Manthey, D. E. (2008). Videos in clinical medicine. Basic splinting techniques. In *The New England journal of medicine* (Vol. 359, Issue 26, p. e32). <https://doi.org/10.1056/NEJMvcm0801942>
- Giri Susilo Adi, S. K. N. M. K., Rudi Haryono, S. K. N. M. K., Taukhit, S. K. N. M. K., Etik Pratiwi, S. K. N. M. K., Barkah Wulandari, S. K. N. M. K., Novi Widyastuti Rahayu, M. K. N. S. K. J., Maria Putri Sari Utami, S. K. N. M. K., Brigitta Ayu Dwi Susanti, S. K. N. M. K., Apri Nur Wulandari, S. K. N. M. K., Cecilya Kustanti, S. K. N. M. K., & others. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika. <https://books.google.co.id/books>
- Langer, V. (2014). *Management of Major Limb Injuries. 2014*.
- Mardalena, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*.
- Melti Suriya, S. K. N. M. K., & Zuriati, S. K. N. M. K. (2019). *BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH GANGGUAN PADA SISTEM MUSKULOSKELETAL APLIKASI NANDA NIC & NOC*. Pustaka Galeri Mandiri. <https://books.google.co.id/books>
- PPNI. 2021. Standar Prosedur Operasional. Graha PPNI. Jakarta.
- Subandono, J. (2019). *Buku Pedoman Keterampilan Klinis "Pembebatan dan Pembidaian."*
- Talibo, N. A., M, K. H., Riu, S. D. M., & Patinasarani, N. S. (2022). Pengaruh Edukasi pemasangan Pembidaian Terhadap Pengetahuan Mahasiswa Dalam pemberian Pertolongan Pertama Pada Fraktur Tulang Panjang. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 9(1), 1–9.

BAB VI

PENATALAKSANAAN *CARDIAC ARREST*



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB VI

PENATALAKSANAAN *CARDIAC ARREST*

1. Definisi

Cardiac Arrest adalah hilangnya fungsi jantung secara tiba-tiba dan mendadak, yang dapat terjadi pada seseorang dengan riwayat penyakit jantung ataupun tanpa riwayat sebelumnya (Ramzy et al., 2020). *Cardiac Arrest* tidak bisa diperkirakan karena dapat terjadi dengan waktu yang sangat cepat begitu tanda dan gejala muncul (Reinier et al., 2023). Penatalaksanaan *Cardiac Arrest* merupakan prosedur tindakan yang dilakukan untuk penyelamatan nyawa (*live saving*) pada pasien yang terjadi henti jantung secara tiba-tiba (Smith, 2023)

2. Tujuan

- a. Sebagai acuan langkah-langkah untuk mengembalikan fungsi nafas dan atau sirkulasi yang terhenti;
- b. Membantu memulihkan kembali fungsi jantung dan paru kefungsi normal (Smith, 2023).

3. Indikasi

Pasien dengan henti jantung

4. Kontraindikasi

- a. Pasien dengan keadaan umum dan kesadaran baik.
- b. Pasien dengan fraktur sternum

5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Tempat yang aman
- b. Pasien mengalami henti jantung
- c. *Trolley Emergency* dan alat *live saving* selalu siap pakai
- d. Prosedur tindakan yang sesuai

6. Contoh Kasus

Vignate.

Perempuan (35 tahun) dibawa ke IGD dalam kondisi tidak sadarkan diri. Hasil pengkajian primer menunjukkan pasien tidak berespon ketika di panggil, palpasi nadi karotis tidak teraba dan mulut terlihat cyanosis.

Pertanyaan

Apa tindakan pertama kali yang dilakukan perawat?

Opsi Jawaban

- A. Berikan Ventilasi Tekanan Positif 2 kali
- B. Lakukan kompresi sebanyak 30 kali
- C. Lakukan Resusitasi Jantung Paru (30:2)
- D. Lakukan Resusitasi Jantung Paru (15:2)
- E. Pasang infus dan segera lapor dokter

7. Pembahasan soal kasus

Jawaban : lakukan Resusitasi Jantung Paru (30:2)

Tindakan pertama kali yang dilakukan perawat pada kasus tersebut adalah melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) dengan kompresi 30 kali dan ventilasi 2 kali yang dilakukan secara tim. Pada kasus tersebut, pasien berada pada kondisi *Cardiac Arrest*. Pasien dengan kondisi *cardiac arrest* ditandai dengan tidak terabanya nadi karotis yang diartikan bahwa jantung sudah tidak bekerja. Kondisi ini juga disertai dengan tidak adanya hembusan nafas sebagai akibat dari tidak berfungsinya organ paru. Jantung yang sudah tidak dapat memompakan darah ke seluruh tubuh akan menyebabkan seluruh organ mengalami kerusakan bahkan kematian atau sering disebut dengan kematian klinis. Tindakan kompresi pada jantung (pijat jantung / CPR) dapat merangsang jantung untuk berkontraksi kembali yang diikuti dengan ventilasi agar paru ekspansi sehingga terjadi inspirasi (Patel et al., 2023).

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
<p>Fase Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kesadaran / keadaan umum pasien 2. Pastikan lingkungan dan alat-alat <i>live saving</i> siap digunakan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien dan keadaan umum pasien. 2. Memastikan lingkungan aman dan alat-alat siap pakai
Planning (P) : Perencanaan	
<p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. PERSIAPAN ALAT (* = <i>wajib ada</i>) <ol style="list-style-type: none"> a. Hand scoon b. Trolley emergency yang berisi obat dan alat live saving* c. Cairan infus sesuai kebutuhan pasien d. Bedside monitor e. Defibrilator f. Infus set g. IV chateter sesuai ukuran h. Chateter dressing i. Alkohol swab 	 <p style="text-align: center;">Trolley Emergency</p>   

PERSIAPAN KLIEN

4. Cek identitas pasien

Untuk mengetahui identitas pasien agar tepat dalam penanganan.



5. Posisikan pasien untuk tindakan CPR



PERSIAPAN LINGKUNGAN

6. Jaga privasi pasien (tutup tirai)

1. Untuk menjaga privasi pasien



7. Atau turunkan penghalang tempat tidur

2. Agar perawat leluasa melakukan tindakan

Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja	
8. Cuci tangan	<p>Untuk kebersihan tangan sebelum melakukan tindakan</p>  <p>Sebagai alat pelindung diri</p> 
9. Pakai handscoen	
<p>10. Lakukan skrining cepat prioritas kegawatdaruratan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cek respon pasien dengan menepuk bahu dan memanggil pasien b. Cek nadi karotis pasien selama 10 detik. Jika dalam 10 detik masih ragu-ragu teraba nadi, anggap tidak ada nadi. c. Minta bantuan dokter atau perawat lain untuk melakukan tata laksana henti jantung dan persiapkan alat-alat emergency dan defibrilator (<i>live saving</i>) dengan mendekati ke tempat pasien 	<p>Untuk mengetahui apakah pasien sadar atau tidak (respon atau unrespon).</p> <p style="text-align: center;">Tepuk bahu</p>



Cek nadi karotis



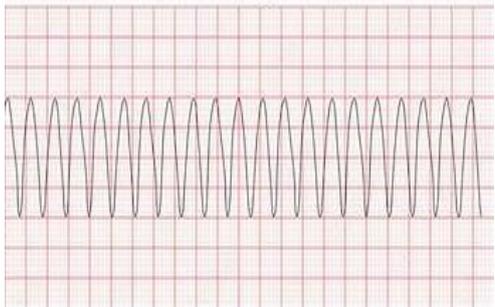
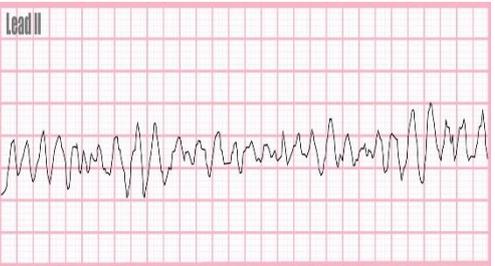
Melambaikan tangan minta bantuan



11. Jika tidak ada nadi, lakukan kompresi dada pada pasien dan ventilasi tekanan positif (VTP) dengan *Bag Mask Ventilation* (BMV) dengan rasio 30 kompresi dan 2 ventilasi (Tim penolong)

Resusitasi Jantung paru dengan 30 kompresi dan 2 ventilasi untuk membantu memulihkan kembali fungsi jantung dan paru ke fungsi normal.

	
<p>12. Jika ada nadi dan tidak ada nafas lakukan bantuan nafas dengan BMV dengan kecepatan 10 kali permenit (setiap 6 detik sekali), pertimbangkan untuk intubasi Endo Tracheal Tube (ETT)</p>	<p>Pemberian ventilasi dengan BMV (<i>Bag Mask Ventilation</i>), untuk memberikan oksigenasi kepada pasien.</p> 
<p>13. Lakukan pemasangan alat monitor pasien</p>	

<p>14. Hentikan tindakan sementara dan lakukan analisis irama jantung, pastikan alat monitor (elektroda) terpasang dengan baik dan benar</p>	<p>Untuk mengetahui analisis irama jantung agar penatalaksanaan <i>Cardiac Arrest</i> tepat.</p>
<p>15. Jika irama <i>shockable</i> (perlu diberikan <i>shock</i>) yaitu irama VF dan VT tanpa nadi, lakukan defibrilasi (<i>DC Shock</i>) yang pertama.</p>	<p>Ventrikel Tachicardia (VT)</p>  <p>Ventrikel Fibrilasi (VF)</p>  <p>Defibrilasi adalah prosedur mengalirkan arus listrik transtorakal pada pasien yang sedang mengalami irama jantung yang <i>shockable</i>, seperti fibrilasi ventrikel (VF) atau <i>pulseless ventricular tachycardia</i> (VT).</p>

<p>16. Setelah diberikan <i>shock</i>, lanjutkan Resusitasi Jantung Paru (RJP) selama 2 menit dan pasang akses intravena atau intraoseus.</p>	<p>Memasang infus intravena untuk melakukan pemberian cairan kepada pasien dan sebagai akses dalam pemberian obat per IV</p>  
<p>17. Lakukan analisis irama jantung kembali dan pastikan monitor pasien terpasang dengan baik dan benar.</p>	<p>Untuk mengetahui analisis irama yang muncul dilayar monitor sehingga memudahkan untuk tata laksana selanjutnya</p>
<p>18. Jika irama menunjukkan bukan VT, VF, Asistole dan teraba nadi, lakukan tata laksana berganti ke pasca <i>cardiac arrest</i>. Jika irama Asistole atau Pulseles Electrical Activity (PEA), penatalaksanaan <i>cardiac arrest</i> tidak dapat diberi <i>shock (non-shockable)</i>, segera lakukan RJP 2 menit dan berikan epineprin IV 1 mg tiap 3-5 menit, lakukan pemasangan jalur intravena atau intraoseus, pertimbangkan untuk pemasangan ETT.</p>	<p>Tata laksana <i>cardiac arrest</i> yaitu <i>shockable</i> dan <i>nonshockable</i>. Epinephrine bekerja melemaskan otot-otot saluran pernapasan dan meningkatkan ketegangan pada pembuluh darah, Obat ini bekerja dengan cepat untuk membuat jantung bekerja lebih kuat dan optimal, meningkatkan tekanan darah, melegakan pernapasan</p>

	 <p style="text-align: center;">Alat-alat ETT</p> 
<p>19. Setelah 2 menit melakukan RJP, hentikan RJP dan lakukan analisis irama jantung kembali. Jika ada tanda-tanda sirkulasi kembali RSOC yaitu ada nadi dan gambaran irama bukan VT, VF atau Asistole, lakukan tata laksana RSOC</p>	<p>Untuk mengetahui analisis irama yang muncul dilayar monitor sehingga memudahkan untuk tata laksana selanjutnya.</p>
<p>20. Jika irama masih <i>shockable</i> (perlu diberi <i>shock</i>) yaitu irama VT dan VF tanpa nadi, lakukan defibrilasi (DC Shock) yang kedua</p>	<p>DC <i>Shock</i> adalah suatu cara memberikan renjatan arus listrik langsung ke jantung lewat sepasang elektroda yang diletakkan pada dinding toraks untuk menghentikan takikardia ventricular dan supraventrikuler.</p>

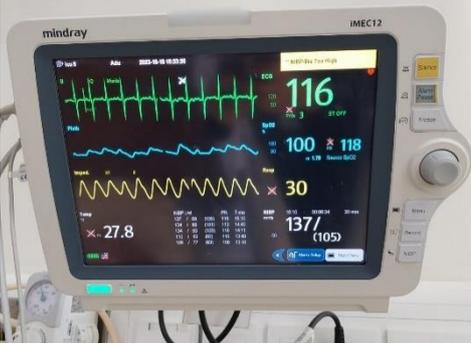
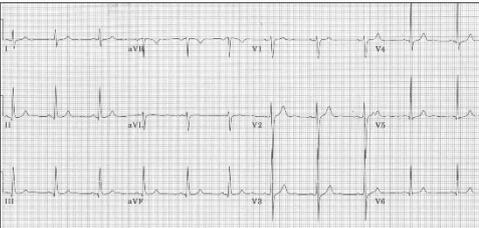
21. Setelah *shock* kedua, lakukan RJP 2 menit dan berikan injeksi epineprin 1 mg/bolus, ulangi tiap 3-5 menit, pertimbangkan saluran nafas lanjutan (intubasi ETT).

Intubasi adalah prosedur medis yang memasukkan tabung sebagai alat bantu pernapasan ke dalam tenggorokan.

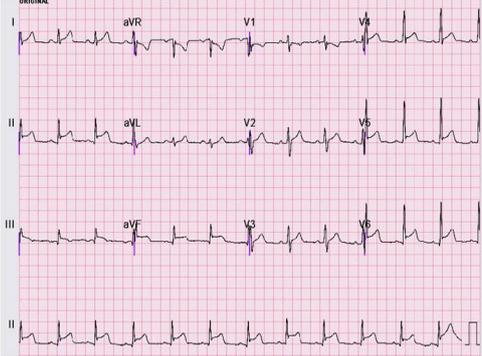
Tujuan dilakukan intubasi adalah menjaga saluran napas tetap terbuka dan memberikan suplai oksigen yang cukup untuk dialirkan pada organ-organ vital di dalam tubuh.



Injeksi Epineprine

<p>22. Hentikan RJP setelah 2 menit dan lakukan analisis irama jantung kembali. Pastikan monitor terpasang dengan baik dan benar</p>	 <p>Untuk mengetahui analisis irama jantung agar penatalaksanaan <i>Cardiac Arrest</i> tepat.</p>
<p>23. Jika irama menunjukkan bukan VT, VF Asisitole dan teraba nadi, lakukan tatalaksana pasca <i>cardiac arrest</i>. (Kembali ke poin 18 dan 19)</p>	<p style="text-align: center;">Normo Sinus Rhythm</p>  <p style="text-align: center;">Tata laksana <i>cardiac arrest</i> yaitu <i>shockable</i> dan <i>nonshockable</i></p>
<p>24. Jika irama <i>shockable</i> (perlu diberikan shock), yaitu irama VF dan VT tanpa nadi, lakukan defibrilasi (DC <i>Shock</i>) yang ketiga.</p>	<p>Defibrilasi adalah prosedur mengalirkan arus listrik transtorakal pada pasien yang sedang mengalami irama jantung yang <i>shockable</i>,</p>

	<p>seperti fibrilasi ventrikel (VF)</p>  <p>atau <i>pulseless ventricular tachycardia</i> (VT).</p> <p>DC <i>Shock</i> adalah suatu cara memberikan renjatan arus listrik langsung ke jantung lewat sepasang elektroda yang diletakkan pada dinding toraks untuk menghentikan takikardia ventricular dan supraventrikuler</p>
<p>25. Setelah shock ke tiga, lakukan RJP 2 menit dan berikan injeksi Amiodaron dosis pertama (300mg/bolus) dan tangani penyebab yang dapat dipulihkan yaitu hypovolemia, hypoksia, Ion Hidrogen (Asidosis), Hypo/Hyperkalemia, Hypotermia, Tension pneumothorax, temponade jantung, Toksin, Trombosis Paru, Trombosis Koroner</p>	<p>Amiodaron obat untuk mengatasi jenis gangguan irama jantung yang serius, Amiodarone efektif untuk mengatasi gangguan irama jantung dengan denyut yang cepat, Obat ini bekerja menghambat sinyal elektrik yang menyebabkan jantung berdetak secara tidak normal. Dengan begitu, irama denyut jantung bisa teratur kembali.</p>

	
<p>26. Hentikan RJP setelah 2 menit kemudian lakukan analisis irama jantung kembali. Pastikan monitor pasien terpasang dengan baik dan benar</p>	<p>Untuk mengetahui analisis irama yang muncul dilayar monitor sehingga memudahkan untuk tata laksana selanjutnya</p>
<p>27. Jika irama menunjukkan bukan VT, VF Asistole dan teraba nadi, lakukan tatalaksana pasca <i>cardiac arrest</i>. (Kembali ke poin 18 dan 19)</p>	<p style="text-align: center;">Normo Sinus Rythm</p>  <p style="text-align: center;">Tata laksana <i>cardiac arrest</i> yaitu <i>shockable</i> dan <i>nonshockable</i></p>
<p>28. Jika irama <i>shockable</i>, yaitu irama VF dan VT tanpa nadi, lakukan defibrilasi (DC <i>Shock</i>) yang keempat</p>	 <p>Defibrilasi adalah prosedur mengalirkan arus listrik transtorakal pada pasien yang sedang mengalami irama jantung yang <i>shockable</i>, seperti fibrilasi ventrikel (VF)</p>

	atau <i>pulseless ventricular tachycardia</i> (VT)
29. Setelah <i>shock</i> keempat, lakukan RJP 2 menit dan berikan injeksi Epineprin 1 mg/IV Bolus dan tangani penyebab yang dapat dipulihkan yaitu Hipovolemia, Hipoksia, Ion Hidrogen (asidosis), Hipo-/Hperkalemia, Hipotermia, Tension Pneumotorax, Tamponade Jantung, Toksin, Trombosis Paru, Trombosis Koroner	Epinephrine bekerja melemaskan otot-otot saluran pernapasan dan meningkatkan ketegangan pada pembuluh darah, Obat ini bekerja dengan cepat untuk membuat jantung bekerja lebih kuat dan optimal, meningkatkan tekanan darah, melegakan pernapasan
	
30. Hentikan RJP setelah 2 menit kemudian lakukan analisis irama jantung kembali. Pastikan monitor pasien terpasang dengan baik dan benar. Lihat hasilnya apakah VT, VF, asistole dan teraba nadi, atau Asistole atau PEA, lakukan tata laksana <i>cardiac arrest non-shockable</i> poin 18)	Untuk mengetahui analisis irama yang muncul dilayar monitor sehingga memudahkan untuk tata laksana selanjutnya.
31. Jika irama <i>shockable</i> (perlu diberikan <i>shock</i>) yaitu irama VF dan VT tanpa nadi, lakukan defibrilasi (DC <i>Shock</i>) yang kelima	Defibrilasi adalah prosedur mengalirkan arus listrik transtorakal pada pasien yang sedang mengalami irama jantung yang <i>shockable</i> , seperti fibrilasi ventrikel (VF) atau <i>pulseless ventricular tachycardia</i> (VT).

32. Setelah shock ke 5, Lakukan RJP 2 menit dan berikan amiodaron dosis ke 2 (150 mg/iv bolus) dan tangani penyebab yang dapat dipulihkan yaitu Hipovolemia, Hipoksia, Ion Hidrogen (asidosis), Hipo-/Hperkalemia, Hipotermia, Tension Pneumotorax, Tamponade Jantung, Toksin, Trombosis Paru, Trombosis Koroner



33. Hentikan RJP setelah 2 menit kemudian lakukan analisis irama jantung kembali. Pastikan monitor pasien terpasang dengan baik dan benar.



Untuk mengetahui analisis irama yang muncul dilayar monitor sehingga memudahkan untuk tata laksana selanjutnya

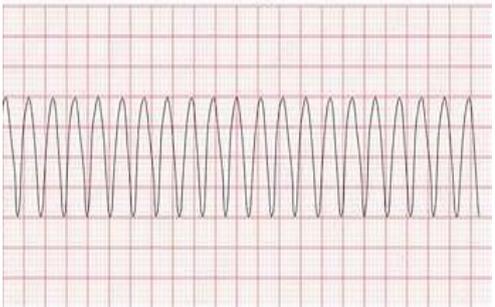
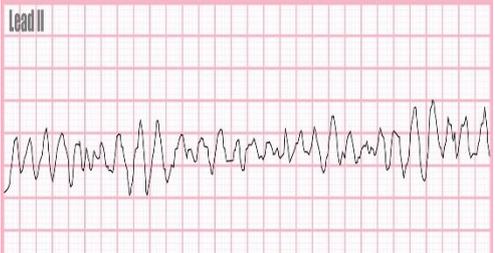
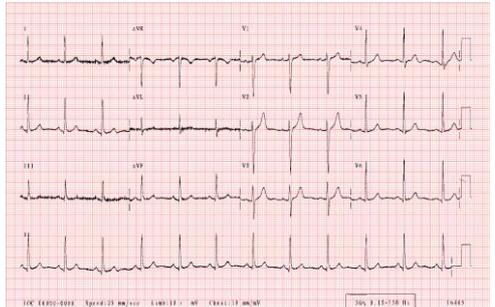
34. Jika irama menunjukkan bukan VT, VF Asisitole dan teraba nadi, lakukan tatalaksana pasca *cardiac arrest*, jika irama asistole atau PEA, tata laksana *cardiac arrest* tidak dapat diberi *shock (non-shockable)*, penatalaksanaan pada *cardiac arrest non-shockable* (poin 18).

Irama *nonshockable* adalah asystole dan Pulseless Electrical Activity/PEA

Asystole



Pulseless Electrical Activity/PEA

<p>35. Jika irama <i>shockable</i> (perlu diberikan syok) yaitu irama VF dan VT tanpa nadi, lakukan defibrilasi (DC <i>Shock</i>) yang keenam</p>	<p>Irama <i>shockable</i> adalah irama ventrikular takhycardia dan irama ventrikular fibrilasi</p> <p style="text-align: center;">Ventrikular Takhycardia</p>  <p style="text-align: center;">Ventrikular Fibrilasi</p> 
<p>36. Hentikan RJP setelah 2 menit kemudian lakukan analisis irama jantung kembali. Pastikan monitor pasien terpasang dengan baik dan benar.</p>	<p>Untuk mengetahui analisis irama yang muncul dilayar monitor sehingga memudahkan untuk tata laksana selanjutnya</p>
<p>37. Jika irama menunjukkan bukan VT, VF Asistole dan teraba nadi, lakukan tatalaksana pasca <i>cardiac arrest</i>, jika irama asistole atau PEA, tata laksana <i>cardiac arrest</i> tidak dapat diberi <i>shock (non-shockable)</i>, penatalaksanaan pada <i>cardiac arrest non-shockable</i> (poin 18)</p>	<p style="text-align: center;">Normo Sinus Rythm</p>  <p>Tata laksana cardiac arrest yaitu <i>shockable</i> dan <i>nonshockable</i></p>

<p>38. Jika irama <i>shockable</i> (perlu diberikan <i>shock</i>) yaitu irama VF dan VT tanpa nadi, lakukan defibrilasi (DC <i>Shock</i>) yang ketujuh</p>	
<p>39. Hentikan RJP setelah 2 menit kemudian lakukan analisis irama jantung kembali. Pastikan monitor pasien terpasang dengan baik dan benar.</p>	<p>Untuk mengetahui analisis irama yang muncul dilayar monitor sehingga memudahkan untuk tata laksana selanjutnya</p>
<p>40. Jika irama menunjukkan bukan VT, VF Asistole dan teraba nadi, lakukan tatalaksana pasca <i>cardiac arrest</i>, jika irama asistole atau PEA, tata laksana <i>cardiac arrest</i> tidak dapat diberi <i>shock (non-shockable)</i>, penatalaksanaan pada <i>cardiac arrest non-shockable</i> (poin 18)</p>	<p>Tata laksana <i>cardiac arrest</i> yaitu <i>shockable</i> dan <i>nonshockable</i></p>
<p>41. Jika irama <i>shockable</i> (perlu diberikan <i>shock</i>) yaitu irama VF dan VT tanpa nadi, lakukan defibrilasi (DC <i>Shock</i>) yang kedelapan.</p>	<p>DC <i>Shock</i> adalah suatu cara memberikan renjatan arus listrik langsung ke jantung lewat sepasang elektroda yang diletakkan pada dinding toraks untuk menghentikan takikardia ventricular dan supraventrikuler.</p>
<p>42. Lakukan RJP 2 menit dan beri epinefrin 1mg/iv olus</p>	
<p>43. Hentikan RJP setelah 2 menit kemudian lakukan analisis irama jantung kembali. Pastikan monitor pasien terpasang dengan baik dan benar.</p>	<p>Untuk mengetahui analisis irama yang muncul dilayar monitor sehingga memudahkan untuk tata laksana selanjutnya</p>

49. Cuci tangan



Evaluation (E) : Evaluasi

- 50. Evaluasi nadi dan pernafasan pasien
- 51. Evaluasi respon pasien/keluarga terhadap tindakan yang dilakukan
- 52. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan

Untuk mengetahui apakah nadi sudah teraba dan pasien bisa bernafas spontan;



Mendokumentasikan tindakan dan hasil tindakan adalah bentuk tanggung jawab perawat terhadap Asuhan Keperawatan yang telah dilakukan.



Sikap

<p>53. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>54. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>55. Percaya diri</p>	<p>Menerapkan hand hygiene adalah untuk mencegah infeksi nosokomial, melakukan tindakan dengan sistematis dimaksudkan agar tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar prosedur agar terhindar dari kesalahan, percaya diri dimaksudkan agar perawat mampu melakukan dengan baik.</p>
--	---

DAFTAR PUSTAKA

Patel, H., Umesh, A., Mehta, L. S., Kalra, A., Prabhakaran, D., Yadav, R., Naik, N., & Tamirisa, K. P. (2023). Outcomes of out of hospital sudden cardiac arrest in India : A review and proposed reforms. *Indian Heart Journal*, 75(5), 321–326. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2023.08.005>

Ramzy, M., Monrief, T., Gottlieb, M., Brady, W. J., Singh, M., & Long, B. (2020). American Journal of Emergency Medicine COVID-19 cardiac arrest management : A review for emergency clinicians. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(12), 2693–2702. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.011>

Reinier, K., Dizon, B., Chugh, H., Bhanji, Z., Seifer, M., Sargsyan, A., Uy-evanado, A., & Norby, F. L. (2023). Articles Warning symptoms associated with imminent sudden cardiac arrest: a population-based case-control study with external validation. *The Lancet*, 750(23), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00147-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00147-4)

Smith, D. (2023). *Management of Patients After C ardiac Arrest*. 20010.

PROFIL PENULIS

Yusriani Saleh Baso, Skep Ns., MKep



Lahir di Soppeng, Makassar pada tanggal Januari 1983. Lulus SPK Polri Bhayangkara tahun 1998, kemudian melanjutkan di Akper Tidung Makassar dan lulus tahun 2001, melanjutkan S1 di Stikes Bhamada Slawi Jateng dan lulus tahun 2014, melanjutkan profesi Ners di Stikes Cirebon Jawa Barat lulus tahun 2015. Kemudian melanjutkan S2 di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus tahun 2020. Saat ini beliau adalah dosen di Akper Al Hikmah 2 Brebes. Penulis rutin melakukan penelitian dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Hasil riset juga telah dipublikasi di jurnal, sehingga dapat dimanfaatkan oleh para pembaca. Penulis aktif menulis beberapa buku dalam bidang keperawatan, kesehatan dan monograf. Penulis akan terus berkarya untuk menghasilkan tenaga keperawatan professional melalui tulisan dan profesi yang dijalankan saat ini.

Email : yusigd4@gmail.com

Eka Yulia Fitri Y., S. Kep., Ners, M. Kep.



Lahir di Palembang, Sumatera Selatan pada Juli 1984. Telah menyelesaikan studi S1 Keperawatan pada tahun 2006 dan Profesi Ners pada tahun 2007 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, kemudian melanjutkan studi S2 bidang Keperawatan Kritis di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran dan lulus tahun 2014. Penulis adalah dosen di Bagian Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya sejak tahun 2008. Selain mengajar, penulis aktif melakukan kegiatan penelitian dan karyanya telah dipublikasikan di berbagai jurnal ilmiah, serta menjadi narasumber dalam beberapa seminar tentang keperawatan dan kesehatan.

Email : ekayulia_01@unsri.ac.id.

PROFIL PENULIS



Lisa Rizky Amalia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Semarang

Saya lahir di Palembang, pada bulan Mei 1997. Saya bekerja di Poltekkes Kemenkes Semarang sebagai seorang dosen di Program Studi D-III Keperawatan Semarang. Saya menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Ngudi Waluyo pada tahun 2020, dan S2 Keperawatan Peminatan Medikal Bedah di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2022. Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada Allah SWT, kedua orang tua, dan segala pihak yang telah mendukung dalam penyusunan buku ini. Terima kasih atas doa dan dukungan sehingga penulis bisa menghasilkan karya ini dengan tepat waktu. Semoga sumber literasi ini dapat membawa manfaat bagi kita semua, Aamiin YRA.



Mira, Ns., M. Kep

Dilahirkan di Banjarmasin 28 Desember 1986. Pendidikan tinggi beliau diawali pada Program S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Banjarmasin, S.2 Keperawatan di Universtas Muhammadiyah Banjarmasin. Beliau sekarang bekerja sebagai Dosen Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Beliau juga terlibat aktif dalam penelitian, pengabdian dan pengajaran

dalam lingkup keperawatan Gawat darurat.

PROFIL PENULIS



Shinta Arini Ayu, S.Kep., Ns., M. Kes

Lahir di Terbanggi Besar 24 Mei 1988. Wanita yang kerap disapa shinta adalah anak dari pasangan Totok Sgiarto (Ayah) dan Rugaiyah (Ibu). Menyelesaikan pendidikan pada Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan pada tahun 2009, selanjutnya menempuh pendidikan Profesi Ners di tempat yang sama hingga tahun 2010 dan lulus dengan predikat cumlaude. Pada tahun 2013 memulai pendidikan Magister Kesehatan di bidang Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Epidemiologi pada Sekolah Pasca Sarjana Universitas Malahayati dan menyelesaikan pendidikannya pada tahun 2015. Karier sebagai Dosen pada STIKes Permata Nusantara Kab. Cianjur dimulai tahun 2021 sampai dengan saat ini. Penulis pernah bekerja sebagai tenaga pengajar di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati dimulai sejak tahun 2013-2017. Pernah juga bekerja sebagai tenaga pengajar AKPER PEMKAB Cianjur Jawa Barat sejak tahun 2018–2021 dan pernah bertugas pada Klinik Arrisalah Bandar Lampung tahun 2010–2013. Ikut serta dalam berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang disertai dengan melakukan kolaborasi dalam penulisan buku dan artikel serta publikasi ilmiah pada tingkat nasional juga ikut berperan serta dalam *oral presentation* seminar baik nasional maupun internasional. Buku yang ditulis oleh penulis diantaranya Falsafah dan Teori Keperawatan, Epidemiologi Lingkungan, Keperawatan Gawat Darurat, Hematologi, Falsafah Keperawatan, Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana, Buku Soal Uji Kompetensi Bagi Mahasiswa Diploma III Keperawatan. Asuhan Keperawatan Kardiovaskular.

PROFIL PENULIS



Nur Yeti Syarifah., S.Kep, Ns., M.Med.Ed

Menjadi dosen sejak tahun 2006 merupakan Lulusan dari D3 Keperawatan Islam Sultan Agung, dan melanjutkan tahap sarjana keperawatan serta Profesi Ners dari UMY, dan Lulusan S2 Medical Education dari Ilmu Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Universitas Gadjahmada Yogyakarta. Asal dari Semarang dan menetap di Sleman Yogyakarta. Status Pekerjaan Saat ini sebagai dosen Keperawatan S1 dan Ners di STIKES Wira Husada Yogyakarta dengan jabatan Fungsional akademik Lektor 300 Golongan III C, Lolos sertifikasi dosen sejak tahun 2017. Adapun Jabatan struktural saat ini sebagai kepala Administrasi Umum dan Sumberdaya Manusia. Adapun salah satu mata kuliah yang diampu adalah Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Bencana, Ilmu Biomedik Dasar dan Farmakologi Keperawatan. Karya yang dihasilkan salah satunya Hibah penelitian kemenristek dikti dan setiap semester lolos hibah penelitian dan abdimas pendanaan STIKES Wira Husada. Buku dan modul yang dihasilkan di setiap semester adalah keperawatan gawat darurat, Keperawatan Ilmu Biomedik, Farmakologi Keperawatan dan Ilmu Dasar Keperawatan.

SINOPSIS

BUKU AJAR

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Praktik Keperawatan Gawat Darurat merupakan rangkaian kegiatan profesional yang sistematis, cepat dan tepat yang diberikan oleh perawat yang kompeten kepada pasien sebagai penerima asuhan. Kondisi kegawatan sering terjadi kapan saja dan dimana saja yang seringkali tidak terprediksi jumlah korbannya. Olehnya tindakan yang diberikan haruslah sesuai prosedur, cepat dan tepat.

Buku ini diberisikan prosedur tindakan keperawatan gawat darurat dengan penjelasan yang disertai gambar dan contoh kasus serta pembahasan yang dapat memudahkan untuk dipahami sehingga mudah untuk dilaksanakan.

Materi "**Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Gawat Darurat**" adalah uraian sistematis yang mudah untuk dipahami berisikan :

- BAB I : 1. Manajemen Airway : Pemasangan *Oropharyngeal Airway* (OPA)
- BAB II : 2. Penatalaksanaan syok hipovolemik
- BAB III : 3. Manajemen Airway (sumbatan jalan napas total) : Prosedur *Manuver Heimlich*
- BAB IV : 4. Pemberian therapi melalui *syringe pump*
- BAB V : 5. Pemasangan Bidai
- BAB VI : 6. Penatalaksanaan Cardiac Arrest



BUKU AJAR PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Praktik Keperawatan Gawat Darurat merupakan rangkaian kegiatan professional yang sistematis, cepat dan tepat yang diberikan oleh perawat yang kompeten kepada pasien sebagai penerima asuhan. Kondisi kegawatan sering terjadi kapan saja dan dimana saja yang seringkali tidak terprediksi jumlah korbannya. Olehnya tindakan yang diberikan haruslah sesuai prosedur, cepat dan tepat.

Buku ini diberisikan prosedur tindakan keperawatan gawat darurat dengan penjelasan yang disertai gambar dan contoh kasus serta pembahasan yang dapat memudahkan untuk dipahami sehingga mudah untuk dilaksanakan.

Materi “Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Gawat Darurat” adalah uraian sistematis yang mudah untuk dipahami berisikan :

BAB I : 1. Manajemen Airway : Pemasangan Oropharingeal Airway (OPA)

BAB II : 2. Penatalaksanaan syok hipovolemik

BAB III : 3. Manajemen Airway (sumbatan jalan napas total) : Prosedur Manuver Heimlich

BAB IV : 4. Pemberian therapi melalui syringe pump

BAB V : 5. Pemasangan Bidai

BAB VI : 6. Penatalaksanaan Cardiac Arrest

ISBN 978-623-8411-65-8



Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022