

# **PANDUAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

---

**Profesi Ners TA 2018/2019**



**DISUSUN :**

**TIM KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

**PROGRAM STUDI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS 'AISYIAH YOGYAKARTA  
2018**

## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum warohmatullahi wabarakatuh*

Alhamdulillahirobbil 'alamin, segala puji bagi Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan pembuatan buku panduan profesi Ners stase Keperawatan Gawat Darurat. Tujuan penyusunan buku ini adalah untuk memberikan panduan mahasiswa dalam belajar aktif dan mandiri tentang praktek profesi ners stase Keperawatan Gawat Darurat.

Penyusunan buku ini dapat diselesaikan dengan baik atas bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Rektor Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
2. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UNISA Yogyakarta
3. Ketua Program Studi Ners FIKES UNISA Yogyakarta
4. Rekan - rekan pembimbing stase Keperawatan Gawat Darurat, atas kerjasama yang baik
5. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, untuk itu diperlukan saran dan kritik yang bersifat membangun untuk perbaikan penyusunan yang akan datang.

*Wassalamu'alaikum warohmatullahi wabarakatuh*

Ketua Program Studi

Suratini, M. Kep., Sp. Kep. Kom.

Yogyakarta, 20 Agustus 2018

Koordinator Stase



Dwi Prihatiningsih, S.Kep., Ns., M.Ng..

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
KATA PENGANTAR & PENGESAHAN .....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
<b>A. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>B. INFORMASI UMUM</b> .....	2
1. Deskripsi Mata Ajar .....	
2. Jumlah SKS dan Lamanya Program .....	
3. Persyaratan Mata Ajar .....	
4. Kegiatan Pembelajaran Secara Umum .....	
<b>C. KOMPETENSI</b> .....	
1. Standar Kompetensi .....	
2. Kompetensi Dasar .....	
<b>D. TARGET KOMPETENSI</b> .....	
1. Target Asuhan Keperawatan .....	
2. Target Kompetensi Klinik .....	
3. Target Implementasi nilai-nilai Islam .....	
4. Target bed-side teaching .....	
5. Target Meet the Expert .....	
6. Target Tutorial Kasus .....	
<b>E. MATERI YANG HARUS DIKUASAI</b> .....	
<b>F. TEMPAT PRAKTEK</b> .....	
<b>G. METODE PEMBELAJARAN</b> .....	
<b>H. TAGIHAN EVALUASI</b> .....	

DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN

## A. PENDAHULUAN

Ayat Alqur'an yang berkaitan dengan kegawat daruratan

وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ  
وَالْأَنْفُسِ وَالْثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿١٥٥﴾  
الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ﴿١٥٦﴾

Artinya: Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar. (yaitu) orang-orang yang apabila ditimpa musibah, mereka mengucapkan: "Inna lillaahi wa innaa ilaihi raaji'uun" (Al-Baqarah: 155-156).

مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَنْ يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ قَلْبَهُ،  
وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ ﴿١١﴾

Artinya: Tidak ada suatu musibah pun yang menimpa seseorang kecuali dengan ijin Allah; dan barangsiapa yang beriman kepada Allah niscaya Dia akan memberi petunjuk kepada hatinya. Dan Allah Maha Mengetahui segala sesuatu (At-Taghābun: 11)

## B. INFORMASI UMUM

### 1. Deskripsi Mata Ajar

Mata ajar profesi keperawatan gawat darurat adalah salah satu pengajaran klinik yang menerapkan konsep dan prinsip keperawatan gawat darurat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dewasa. Diakhir mata ajar ini, mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan yang mumpuni untuk menangani masalah yang mengancam kehidupan dan menjaga ataupun meningkatkan kestabilan kondisi klien setelah kegawatdaruratan tertangani.

Asuhan keperawatan kegawatdaruratan diberikan pada kondisi-kondisi yang mengancam kehidupan dalam ruang lingkup *intra-hospital*. Pengalaman belajar di mata ajar profesi keperawatan kegawatdaruratan meliputi pengalaman belajar di unit gawat darurat, ruang *intensive care* dan *high care*. Pada mata ajar ini mahasiswa diharapkan dapat menganalisa masalah keperawatan kegawatdaruratan, melakukan tindakan keperawatan secara komprehensif, mengevaluasi kondisi klien, serta menerapkan etika dan legal keperawatan secara tepat

#### 2. **Jumlah SKS dan Lamanya Program**

Mata ajar ini mempunyai bobot 3 SKS dan lama pembelajaran adalah 18 hari, termasuk proses evaluasi (IGD 12 hari, ICU/ICCU/HCU 6 hari)

#### 3. **Persyaratan Mata Ajar**

Sebelum mengikuti stase Keperawatan Gawat Darurat ini, mahasiswa diharapkan telah memiliki ketrampilan keperawatan dasar yang diperoleh selama mengikuti program Keperawatan dasar Profesi (KDP).

#### 4. **Kegiatan Pembelajaran Secara Umum**

Semua kegiatan pada mata ajar ini dilakukan di klinik (Rumah Sakit). Kegiatan penunjang seperti presentasi kasus atau jurnal dapat dilakukan di ruang diskusi, atau tempat lain sesuai kesepakatan antara pembimbing dengan mahasiswa.

### **C. KOMPETENSI**

#### 1. **Standar Kompetensi**

Setelah mengikuti Stase mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan kegawatdaruratan sesuai dengan konsep dan prinsip keperawatan gawat darurat, serta mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien kritis yaitu pasien dengan penyakit berat yang reversible, pasien yang perlu observasi ketat dengan atau tanpa pengobatan yang tidak dapat diberikan di ruang perawatan umum, gangguan hemodinamik, kerusakan organ vital tubuh, mendapatkan terapi pengobatan yang memerlukan observasi ketat dan post operasi mayor.

## 2. Kompetensi Dasar

Bila dihadapkan pada klien dengan kondisi kegawatdaruratan mahasiswa mampu:

- a. Melakukan dan menganalisa pengkajian kedaruratan: primary assessment dan secondary assessment, serta pengkajian penunjang secara tepat.
- b. Melakukan triase pada kasus-kasus kegawatdaruratan
- c. Menetapkan diagnosa keperawatan yang aktual dan resiko dengan data pendukung yang tepat
- d. Mengidentifikasi tindakan kegawatdaruratan yang tepat
- e. Melakukan tindakan kegawatdaruratan yang diperlukan
- f. Melakukan evaluasi dan memodifikasi asuhan keperawatan yang diberikan
- g. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kondisi kritis
- h. Menerapkan tindakan *universal precaution* dan pencegahan penyebaran infeksi di rumah sakit
- i. Melakukan komunikasi terapeutik pada klien dan keluarganya
- j. Menganalisa manajemen asuhan keperawatan dan isu etik dan legal yang terkait dengan pemberian asuhan keperawatan kritis dan kegawatdaruratan

## D. TARGET KOMPETENSI

### 1. Target Asuhan Keperawatan

Target melakukan pengkajian dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan:

- a. Gagal nafas, asma, sumbatan jalan nafas
- b. Henti jantung, Gagal jantung, dan Sindrom Koroner Akut (SKA)
- c. Syok (hipovolemik, kardiogenik, neurogenik, anafilaktik)
- d. Trauma (kepala, dada, abdomen & muskuloskeletal)
- e. Apendisitis akut, Kolik abdomen, perdarahan saluran cerna
- f. Ketoasidosis diabetikum, hipoglikemia
- g. Stroke
- h. Edema paru akut
- i. Keracunan
- j. Kejang
- k. Luka bakar

## 2. Target Kompetensi klinik

Target kompetensi klinik yang harus dicapai pada stase Keperawatan Gawat darurat adalah :

- a. Melakukan pengkajian Primer: Airway, Breathing, Circulation, Disability dan Exposure/environment control\*
- b. Melakukan pengkajian Sekunder : Head to toe\*
- c. Melakukan Triase\*
- d. Melakukan Bantuan hidup dasar (RJP/CPR)
- e. Manajemen Airway dan Breathing\*
- f. Mengobservasi/memasang Endotrakheal, Nasotrakheal dan Orotrakheal\*
- g. Melakukan EKG dan menginterpretasikan \*
- h. Mengobservasi/asistensi tindakan defibrilasi
- i. Penanganan perdarahan\*
- j. Melakukan resusitasi cairan\*
- k. Perawatan luka baru\*
- l. Melakukan nebulizer\*
- m. Melakukan suctioning\*
- n. Melakukan pembalutan dan pembidaian\*
- o. Melakukan Stabilisasi dan Transportasi\*
- p. Monitoring Hemodinamik\*
- q. Perawatan pasien dengan bantuan pernafasan mesin ventilator
- r. Melakukan fisioterapi dada\*
- s. Pengambilan darah untuk pemeriksaan AGD dan interpretasinya
- t. Perawatan trakeostomi
- u. Pemantauan CVP dan perawatan CVC
- v. Penilaian kesadaran pasien dengan GCS\*

Keterangan : \* : wajib dicapai oleh mahasiswa

Materi BST diutamakan ketrampilan yang diberi tanda\*

## 3. Target implementasi nilai-nilai Islam

- a. Spiritual counselling dalam manajemen stress bagi pasien dan keluarga (doa menghadapi situasi krisis) \*
- b. Membimbing klien tayamum\*
- c. Membimbing klien sholat\*
- d. Membimbing klien berdoa dan berzikir\*
- e. Membimbing talqin saat sakaratul maut

- f. Menerapkan adab Islami dalam tindakan keperawatan\*
- g. Observasi ketrampilan mengkomunikasikan berita buruk pada pasien dan keluarga

#### **4. Target bed side teaching**

Target proses bimbingan dengan metode BST pada stase ini sebanyak 2 kali, dengan materi BST adalah ketrampilan yang terdapat pada target ketrampilan dengan tanda\*. Waktu pelaksanaan BST bersifat fleksibel, sesuai dengan kemungkinan ketrampilan bisa dilaksanakan pada kasus dan pasien yang ada.

Dengan acuan penyebaran lokasi BST adalah berikut ini :

- 1. UGD : 1 x
- 2. ICU/HCU : 1 x

Acuan tersebut bisa diubah, menyesuaikan dengan keadaan kasus di lapangan.

#### **5. Target meet the expert**

Target proses bimbingan melalui MTE pada stase ini sebanyak 1 kali, dengan pilihan materi ada berikut ini :

- a. Ventilator mekanik dan perawatan pasiennya
- b. Manajemen trauma
- c. Manajemen air way breathing
- d. Interpretasi EKG
- e. Interpretasi AGD
- f. Manajemen cairan dan monitoring hemodinamik

#### **6. Target tutorial kasus**

Proses bimbingan melalui metode tutorial kasus pada stase ini sebanyak 1 kali, dianjurkan untuk dilakukan pada minggu ke 2, dengan materi tutorial adalah kasus yang terbanyak ditemui di bangsal tersebut, atau sesuai dengan permintaan mahasiswa.



**Deskripsi kegiatan mahasiswa dalam 3 pekan.**

HARI	MINGGU 1	MINGGU 2	MINGGU 3
SENIN	Orientasi	Penentuan kasus	Penentuan kasus
	Penentuan kasus	operan jaga	operan jaga
	Operan jaga		
SELASA	Mengelola pasien	Mengelola pasien	Mengelola pasien
	Pengumpulan LP	Pengumpulan LP	Pengumpulan LP
	Pre conference	Pre conference	Pre conference
	Operan jaga	operan jaga	operan jaga
RABU	Mengelola pasien	Mengelola pasien	Mengelola pasien
	BST (flexibel)	BST (flexibel)	Tutorial (Flexibel)
	Operan jaga	operan jaga	Presentasi jurnal
KAMIS	Mengelola pasien	Mengelola pasien	Mengelola pasien
	MTE	Presentasi kasus kelompok	Ujian Akhir Stase
	Operan jaga	operan jaga	operan jaga
JUMAT	Mengelola pasien	Mengelola pasien	Ujian Akhir Stase
	Pengumpulan askep	Pengumpulan askep	Pengumpulan askep
	Operan jaga	operan jaga	operan jaga
SABTU	Post conference	Post conference	Post conference
	DOPS	DOPS	operan jaga
	Operan jaga	operan jaga	

**E. MATERI YANG HARUS DIKUASAI**

Materi yang harus dikuasai oleh mahasiswa adalah:

1. Konsep keperawatan gawat darurat dan bencana
2. Asuhan keperawatan gawat darurat sistem pernafasan  
Henti nafas, Gagal nafas kronik/akut, Obstruksi jalan nafas: obstruksi benda asing, asthma
3. Asuhan keperawatan gawat darurat sistem kardiovaskuler  
Cardiac arrest, ACS, Hipertensi, Cardiac failure
4. Asuhan keperawatan gawat darurat sistem cairan elektrolit  
Syok (hipovolemik, kardiogenik, neurogenik, anafilaktik)

5. Asuhan keperawatan gawat darurat klien trauma  
Trauma kepala, Trauma dada, Trauma abdomen, Trauma muskuloskeletal
6. Asuhan keperawatan gawat darurat sistem persarafan  
Stroke, penurunan kesadaran akut
7. Asuhan keperawatan gawat darurat sistem pencernaan  
Apendisitis akut, Kolik abdomen, perdarahan saluran cerna
8. Asuhan keperawatan gawat darurat sistem perkemihan  
Gagal ginjal akut, gagal ginjal kronik
9. Asuhan keperawatan gawat darurat sistem endokrin  
Ketoasidosis diabetikum, hipoglikemia
10. Asuhan keperawatan gawat darurat klien keracunan  
Keracunan makanan dan obat

#### F. TEMPAT PRAKTEK

Tempat praktik yang digunakan pada stase keperawatan gawat darurat :

1. IGD RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta (Kamar Periksa, Ruang High Care Unit/HCU)
2. IGD RSU PKU Muhammadiyah Bantul
3. IGD dan ICU RSU PKU Muhammadiyah Gamping
4. Ruang Intermediate Care/IMC) dan Ruang Intensive Care Unit (ICU), RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

#### G. METODE PEMBELAJARAN

No	Proses Pembelajaran	Jumlah	Bobot	Jumlah
1	Pre dan post conference	3	1x1 minggu	1x3 minggu = 3 x
2	Diskusi kasus	1	1x1 stase	1x1 stase = 1 x
3	Tutorial	1	1x1 stase	1x1 stase = 1 x
4	BST	2	2x1 stase	2x1 stase = 2 x
5	MTE	1	1x1 stase	1x1 stase = 1 x
6	Operan jaga setiap dinas	1	1x18 hari	1x18 hari = 18 x

#### H. TAGIHAN EVALUASI

No	Jenis Penugasan	% Nilai	Bobot	Jumlah
1	Pengelolaan dan Laporan Kasus*	20	1x1 minggu	1x3 minggu = 3 x
2	Presentasi Jurnal	10	1x1 stase	1x1 stase = 1 x
3	Presentasi Kasus Kelompok	10	1x1 stase	1x1 stase = 1 x
4	<i>Direct Observation Procedural Skill (DOPS)</i>	10	3x1 stase	3x1 stase = 3 x
5	Ujian akhir stase (OSCE & SOCA)	15	1x1 stase	1x1 stase = 1 x
6	Log book - individu	10	1x1 stase	1x1 stase = 1 x
7	Porto folio - individu	-	1x1 stase	1x1 stase = 1 x
8	Sikap	10		
9	Target Kompetensi	15		
<b>Jumlah</b>		<b>100</b>		

#### DAFTAR PUSTAKA

- Hammond Belinda B., Zimmermann Polly G, (2013), *Sheehy's Manual of Emergency Care*, Elsevier
- Mahadevan S.V., Garmel Gus M., (2012), *An Introduction to Clinical Emergency Medicine*, Cambridge
- Curtis Kate, Ramsden Clair, (2011), *Emergency and Trauma care for Nurses and Paramedics*, Elsevier
- Crouch R, Charters A, and Dawood M, (2012), *Oxford Handbook of Emergency Nursing*, Oxford University Press
- Zimmerman, Sole (2001), *Study Guide for Introduction to Critical Care Nursing*, W.B Saunders Company
- Sole M.L., Klein D.G., and Moseley. M.J. (2009). *Introduction to Critical Care Nursing*, Saunders Elsevier.
- Colquhoun (2006) *ABC Of Resuscitation Fifth Edition*. BMJ Group, London
- European Resuscitation Council (2005). *Guidelines For Resuscitation*, [www.elsevier.com/locate/ Resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/Resuscitation)
- Hudak, Gallo. (2010). *Critical Care Nursing*. Edisi 6 Philadelphia. JB. Lippincot Company
- Judy Selfridge. (1997). *Emergency Nursing : An Essential Guide for Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Kenner, C.V., and Guzzetti., C. (2009). *Critical Care Nursing : Body, Mind, and Spirit*, 2<sup>nd</sup> edition, little Brown & Co, Canada.
- Luckman & Sorenson (2002). *Medical Surgical Nursing*, Philadelphia: W.B.Saunders Company
- Tim PUSBANKES 118 - BAKER PGDM (2009). *Materi Pelatihan PPGD (BTCLS). PERSI cabang DIY*. Yogyakarta

# LAMPIRAN

## FORMAT PENILAIAN DOPS

### A. RESUSITASI JANTUNG PARU, AHA, 2015

No	Prosedur	Nilai		
		0	1	2
1	Pastikan kondisi aman bagi penolong, situasi maupun korban			
2	Cek respon korban sadar atau tidak. Tepuk dan panggil korban secara keras misal "Pak.. pak..!"			
3	Berteriak untuk memanggil bantuan			
4	Minta seseorang untuk menelepon 118 dan membawa AED			
5	Kaji nadi karotis korban (max 10 detik)			
6	Tempatkan tangan pada posisi yang tepat untuk kompresi			
7	Berikan 1 set pertama kompresi dada sebanyak 30 kompresi			
8	Berikan 2 kali nafas buatan			
9	Berikan 1 set kedua kompresi dada sebanyak 30 kompresi			
10	Berikan 2 kali nafas buatan			
11	Segera dilakukan defibrilasi jantung dengan AED jika alat sudah tiba			
12	Berikan set ketiga sampai kelima kompresi dengan kedalaman yang adekuat (min 5 cm)			
<b>Jumlah</b>				
<b>Nilai Akhir = Jumlah X 100/24</b>				

## B. PEMBALUTAN

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
I	Pra Interaksi			
	a. Cek dokumentasi/data klien			
	b. Cuci tangan			
	c. Siapkan alat			
II	Tahap Orientasi			
	☺☺☺ Berikan salam dan panggil klien dengan nama kesukaannya			
	☺☺☺ Menjelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan			
III	Tahap Kerja			
	a. Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya			
	b. Menanyakan keluhan utama klien			
	c. Memulai tindakan dengan cara yang baik			
	d. Memeriksa bagian tubuh yang akan dibalut/cedera (inspeksi, palpasi, gerakan)			
	e. Melakukan tindakan pra-pemalutan (membersihkan luka, mencukur, memberi desinfektan, kasa steril)			
	f. Memilih jenis pemalutan yang tepat			
	g. Cara pemalutan dilakukan dengan benar (posisi dan arah balutan)			
IV	Terminasi			
	a. Evaluasi hasil yang dicapai (subyektif dan obyektif), hasil pemalutan :mudah dilepas, mengganggu peredaran darah, mengganggu gerakan lain)			
	b. Berikan reinforcement positif pada klien			
	c. Kontrak pertemuan selanjutnya (waktu, kegiatan, tempat)			
	d. Akhiri pertemuan dengan cara yang baik			
	e. Cuci tangan			
V	Dokumentasi			
<b>Jumlah</b>				

### C. PEMBIDAIAN

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
I	Pra Interaksi			
	a. Cek dokumentasi/data klien			
	b. Cuci tangan			
	c. Siapkan alat			
II	Tahap Orientasi			
	a. Berikan salam dan panggil klien dengan nama kesukaannya			
	b. Menjelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan			
III	Tahap Kerja			
	a. Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya			
	b. Menanyakan keluhan utama klien			
	c. Memulai tindakan dengan cara yang baik			
	d. Memeriksa bagian tubuh yang akan dibidai/cedera (inspeksi, palpasi, gerakan)			
	e. Memilih dan mempersiapkan bidai yang sudah dibalut dengan pembalut			
	f. Melakukan pembidaian melewati dua sendi			
	g. Hasil pembidaian <ul style="list-style-type: none"> <li>- Harus cukup jumlahnya, dimulai dengan dari sebelah atas dan bagian bawah tempat yang patah</li> <li>- Tidak kendor dan tidak keras</li> </ul>			
IV	Terminasi			
	a. Evaluasi hasil yang dicapai (subyektif dan obyektif), hasil pembalutan :mudah dilepas, mengganggu peredaran darah, mengganggu gerakan lain)			
	b. Berikan reinforcement positif pada klien			
	c. Kontrak pertemuan selanjutnya (waktu, kegiatan, tempat)			
	d. Akhiri pertemuan dengan cara yang baik			
	e. Cuci tangan			
V	Dokumentasi			
<b>Jumlah</b>				

#### D. PEMASANGAN OROPHARINGEAL TUBE

No	Tindakan	Nilai		
		0	1	2
Persiapan				
1	Cek catatan keperawatan			
2	Cuci tangan			
3	Persiapan alat			
B	Orientasi			
4	Memanggil nama klien			
5	Menjelaskan prosedur, tujuan dan lama tindakan			
Pelaksanaan				
6	Cuci tangan			
7	Pakai sarung tangan			
8	Posisikan pasien supine			
9	Angkat mandibula dan buka mulut dengan cra cross finger			
10	Masukan Orofaringeal tube menghadap ke atas sampai dinding belakang faring dan putar 180 derajat kemudian dorong ke bawah.			
11	Lakukan fiksasi dengan plester jika pasien berusaha mengeluarkan orofaringeal tube			
12	Cuci tangan			
Dokumentasi				
13	Dokumentasikan tindakan dan hasil/respon pasien.			
<b>Jumlah</b>				

#### E. PEMASANGAN NASOPHARINGEAL TUBE

No	Tindakan	Nilai		
		0	1	2
Persiapan				
1	Cek catatan keperawatan			
2	Cuci tangan			
3	Persiapan alat			
B	Orientasi			
4	Memanggil nama klien			
5	Menjelaskan prosedur, tujuan dan lama tindakan			
Pelaksanaan				
6	Cuci tangan			
7	Posisikan pasien supine			
8	Oleskan jelly pada ujung Nasofaringeal tube			
9	Masukan nasofaringeal tube ke lobang hidung samapi ke dasar faring dengan lengkung menghadap ke bawah sambil sedikit mengangkat kepala.			
10	Lakukan fiksasi dengan dengan tali			
11	Cuci tangan			
Dokumentasi				



12	Dokumentasikan tindakan dan hasil/respon pasien.			
<b>Jumlah</b>				

**F. PEMASANGAN ENDOTRAKHEAL TUBE**

No	Tindakan	Nilai		
		0	1	2
<b>Persiapan</b>				
1	Cek catatan keperawatan			
2	Cuci tangan			
3	Persiapan alat			
<b>B</b>				
4	Orientasi			
5	Memanggil nama klien			
6	Menjelaskan prosedur, tujuan dan lama tindakan			
<b>Pelaksanaan</b>				
7	Cuci tangan			
8	Pakai sarung tangan			
9	Cek balon ETT bocor atau tidak			
10	Olesi ujung ETT dengan jelly			
11	Pasang bantal pada oksiput			
12	Hiperekstensikan kepalasehingga mulut, laring trakea dalam satu garis lurus			
13	Cek ada gigi palsu atau tidak			
14	Pasang naso faringeal tube			
15	Lakukan baging dengan ambubag oksigen 100 % ( hiperventilasi)			
16	Pegang laringoskop dengan tangan kiri			
17	Tangan kanan melakukan croos finger			
18	Masukkan laringoskop dengan menyusuri daerah kanan, angkat 30 - 40 derajat, tangan kanan menekan trakea agar turun ke bawah. Bila pita suara tampak masukkan ETT 1 - 2 cm setelah balon melewati pita suara ( dewasa 19 - 20 cm )			
19	Kaji letak ETT selama baging dengan cara: - Auskultasi epigastric, apek dan dasar ke dua pulmo - Inspeksi kesimetrisan pengembangan dada			
20	Kembangkan balon samapi tidak ada suara kebocoran (tekanan balon 25 - 35 cmH2O )			
21	Lakukan fiksasi			
22	Lakukan foto thoraks untuk mengetahui letak ETT			
23	Cuci tangan			
<b>Dokumentasi</b>				
24	Dokumentasikan tindakan dan hasil/respon pasien.			
<b>Jumlah</b>				

## G. PERAWATAN TRAKHEOSTOMI

No	Tindakan	Nilai		
		0	1	2
Tahap pra interaksi				
1	Cek catatan keperawatan			
2	Menciptakan lingkungan yang aman, yakinkan privac klien terjamin			
3	Cuci tangan			
4	Siapkan alat: - Instrumen yang berisi pinset anatomis dan chirurgis, 1 kom steril berisi perhydrol 1-2 % (H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ), 1 kom steril berisi NaCl 0,9 % kassa steril, sarung tangan steril. - Di luar instrumen: Salf kemicitine 1-2 %, perlak, korentang steril, bengkok, pinest on steril pada tempatnya. - Suction pump lengkap dengan kanule suction			
B Tahap Orientasi				
5	Memberikan salam, panggil klien dengan namanya.			
6	Tanyakan keluhan klien			
7	Menjelaskan prosedur, tujuan dan lama tindakan			
8	Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
Tahap Kerja				
9	Cuci tangan			
10	Berikan posisi yang nyaman			
11	Pasang pengalas di dada, bawah area post tracheostomy			
12	Kenakan sarung tangan			
13	Lakukan suction dengan tehnik steril			
14	Angkat kassa yang lama, bila menggunakan trachea tube (TT) yang ada innernya, innernya diangkat dan dibersihkan dengan cairan desinfektan dan dibilas dengan air bersih dan H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> , setelah bersih dan kering masukkan ke tempat semula secara hati-hati.			
15	Bersihkan stoma dengan kassa yang dibasahi H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> dilanjutkan kassa NaCl dan keringkan sekitar stoma dengan kassa kering			
16	Beri salf antibiotika pada sekeliling kanule (TT)			
17	Tutup dengan kassa steril di antara stoma dengan sayap kanule			
18	Ganti pita kanule, pegang kanule pada waktu mengganti pita kanule. Letakkan simpul pita di belakang / di samping leher			
19	Apabila tracheostomy belum ada 24 jam, balon (cuffed tube) dikosongkan beberapa menit dan isi kembali dengan udaraukupnya dan ukur takanannya. Bila tracheostomy lebih 24 jam dan tidak ada perdarahan cuffed tube bisa dikosongkan.			
20	Pasang kassa yang dibasahi NaCl pada lubang kanule			
21	Buka sarung tangan			
22	Bantu klien pada posisi yang nyaman			
23	Rapikan alat-alat pada tempatnya			
24	Cuci tangan			
Tahap Terminasi				
25	Evaluasi perasaan klien			
26	Simpulan hasil kegiatan			
27	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			

28	Akhiri kegiatan			
29	Cuci tangan			
30	Dokumentasi			
<b>Jumlah</b>				

#### H. SUCTIONING

No	Tindakan	Nilai		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>Persiapan</b>			
1	Cek catatan keperawatan			
2	Cuci tangan			
3	Persiapan alat			
<b>B</b>	<b>Orientasi</b>			
4	Memanggil nama klien			
5	Menjelaskan prosedur, tujuan dan lama tindakan			
<b>C</b>	<b>Pelaksanaan</b>			
6	Observasi saturasi, nadi, respirasi, tekanan darah dan irama EKG			
7	Pasang handuk di dada pasien			
8	Berikan oksigenasi dengan konsentrasi 100 % melalui air viva atau ventilator			
9	Atur tekanan negatif			
10	Buka kateter suction			
11	Gunakan sarung tangan			
12	Sambungkan kateter suction pada slang suction			
13	Lakukan ventilasi dengan air viva 3 kali dengan aliran oksigen 12-15 lt/mnt			
14	Dengan menggunakan pincet masukkan kateter dengan posisi terbuka ke ETT atau TT, jika ada reflek trakea angkat 1- 2 cm kemudian tutup kateter dan angkat kateter dengan gerakan memutar ( lama tindakan 5 - 15 detik )			
15	Berikan kembali oksigenasi dengan air visa			
16	Perasat boleh diulangi sampai jalan nafas bersih			
17	Monitor kembali saturasi, nadi, respirasi, tekanan darah dan irama EKG			
18	Jika akan melakukan suction hidung atau mulut, lakukan suctioning pada ETT / TT dahulu sampai selesai baru kemudian pada hidung dan mulut.			
19	Bilas slang kateter dengan air pada ember, matikan tekanan negatif, lepaskan kateter suction dari slang dan buang pada ember.			
20	Rapikan pasien dan peralatan			
21	Cuci tangan			
<b>D</b>	<b>Dokumentasi</b>			
22	Dokumentasikan tindakan, jumlah warna dan bau sputum.			
<b>JUMLAH</b>				
<b>NILAI = Jumlah X 100/44</b>				

Keterangan: Nilai 0=tidak dilakukan; 1=dilakukan tapi tidak jelas/baik; 2=dilakukan dengan baik

## I. PERAWATAN ETT

No	Tindakan	Nilai		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>Tahap persiapan</b>			
1	Cek catatan keperawatan			
2	Mencuci tangan			
3	Persiapkan peralatan yang diperlukan			
<b>B</b>	<b>Interaksi</b>			
4	Berikan salam dan panggil klien			
5	Jelaskan tindakan yang akan dilakukan			
6	Jelaskan waktu yang diperlukan untuk melakukan tindakan			
<b>C</b>	<b>Tahap kerja</b>			
7	Memulai tindakan dengan baik			
8	Gunakan masker			
9	Pakai sarung tangan			
10	Lakukan suction ETT, nasopharing, dan oropharing			
11	Bersihkan mulut dan lidah secara adekuat			
12	Siapkan plester 8-15 cm, 2 helai.			
13	Lepaskan plester pemfiksasi ETT			
14	Bersihkan kulit di sekitar ETT dengan kasa yang dibasahi cairan NaCl. Keringkan dengan kasa kering. Pertahankan pemfiksasi ETT dengan tangan.			
15	Pasang kembali plester pada ETT			
16	Cek posisi dengan melakukan auskultasi suara paru			
17	Bereskan peralatan			
<b>D</b>	<b>Tahap evaluasi</b>			
18	Evaluasi produk secret (jumlah, warna, kekentalan) pada ETT, oral dan nasal			
<b>F</b>	<b>Dokumentasi</b>			
19	Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan, hasil tindakan			
<b>JUMLAH</b>				
<b>NILAI = Jumlah X 100/38</b>				

Keterangan: Nilai 0=tidak dilakukan; 1=dilakukan tapi tidak jelas/baik; 2=dilakukan dengan baik

**J. PENCAPAIAN KOMPETENSI EMERGENCY NURSING**

NO	DAFTAR KOMPETENSI	PENCAPAIAN			
		TANGGAL	TTD	TANGGAL	TTD
1	Pengkajian primer				
2	Pengkajian sekunder				
3	BHD/RJP				
4	Memasang ET				
5	Memasang NT*				
6	Memasang OT*				
7	EKG dan Interpretasi				
8	Defibrilasi*				
9	Manajemen Airway & Breathing				
10	Suctioning				
11	Balut dan Bidai				
12	Triase				
13	Stabilisasi & Transportasi				
14	Perawatan ET & Bronchial Washing				
15	Perawatan CVP				
16	Perawatan ventilator				

17	Perawatan Trakheostomi				
18	Monitoring Hemodinamik				

**LAMPIRAN CONTOH FORMAT PENGKAJIAN GAWAT DARURAT**

<b>Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat</b>	No. RM : Nama : Umur :	
Tanggal/Jam : / / WIB	L/P BB/TB : Kg / cm	
<b>I. Survey Primer</b>		
<b>A. AIRWAY</b> <input type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> obstruksi <input type="checkbox"/> Perjalan Tolak, Karena :    Darah <input type="checkbox"/> Lendir <input type="checkbox"/> Otot lidah <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suara nafas abnormal karena obstruksi :    Siring <input type="checkbox"/> Gurgel <input type="checkbox"/> Crowin <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Kondisi Trauma    ----- Cervical-spinal control :    bebas <input type="checkbox"/> jejas <input type="checkbox"/> fraktur <input type="checkbox"/>		
<b>B. BREATHING</b> <input type="checkbox"/> RR : ...../mnt <input type="checkbox"/> khipnea    Sua <input type="checkbox"/> abnormal :    Whezi <input type="checkbox"/> Ronkhi <input type="checkbox"/> Krekels <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> heyne stokes    Fricti <input type="checkbox"/> Rub Pleural <input type="checkbox"/> Bradipnoe <input type="checkbox"/> pnoe    Bag <input type="checkbox"/> hg    Reatr <input type="checkbox"/> si    Flail Che <input type="checkbox"/>		
<b>C. CIRCULATION</b> TD : .....mmHg    Perdarahan :    Tidak ter <input type="checkbox"/> at Nadi : .....x/mnt    Terlihat <input type="checkbox"/> 0<500cc <input type="checkbox"/> 0>500cc <input type="checkbox"/> Suhu : .....°C    Abnormalitas warna kulit :    Pucat    K <input type="checkbox"/> ruan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Syok : ..... <input type="checkbox"/> Henti jantung <input type="checkbox"/> adycardi    Ta <input type="checkbox"/> hycardi    Penurunan :    Turgor <input type="checkbox"/> lit    Mobilitas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Capillary refill <input type="checkbox"/> dtk <input type="checkbox"/> dtk Produksi    Urin <input type="checkbox"/>		
<b>D. DISABILITY</b> <span style="float:right">Total GCS : .....</span> <input type="checkbox"/> Composmentis <input type="checkbox"/> n : .....    Nilai <input type="checkbox"/> CS : E..... M..... V..... <input type="checkbox"/> Pupil : <input type="checkbox"/> okor    N <input type="checkbox"/> sis    Med <input type="checkbox"/> asis    Pinp <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Lateralisasi motorik :    H <input type="checkbox"/> lek abnormal satu sisi    Kejar <input type="checkbox"/> salah satu sisi		
<b>II. Survey Sekunder</b>		
<input type="checkbox"/> Keluhan Utama : ..... ..... <input type="checkbox"/> Riwayat penyakit sekarang : ..... <input type="checkbox"/> AMPLE : Alergi Medication Postilness Last meal Event <input type="checkbox"/> Pemeriksaan fisik <input type="checkbox"/> Pemeriksaan penunjang :		
<b>Analisa data</b>		
<b>Data</b>	<b>masalah</b>	<b>Etiologi</b>

Dianosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Implementasi	Evaluasi





	PEEP/CPAP																			
	RR																			
	TV																			
	FIO2																			
NEURO	Mata																			
	ukuran pupil																			
	Reaksi																			
	Kaki																			
	Tangan																			
	GCS	V																		
E M																				
CAIRAN MASUK	Line 1	(nama)																		
		(jml/ml)																		
	Line 2																			
	Line 3																			
	Line 4																			
	Line 5																			
	Enteral	(nama)																		
		(jml/ml)																		
Total																				
KELUAR	NGT																			
	Urine																			
	BAB																			
	Drain																			
	Total																			
<b>BALANCE CAIRAN (hari sebelumnya)</b>										<b>PERAWATAN UMUM RUTIN</b>										
Cairan masuk		:	cc							Personel hygiene/Mandi/perawatan mata/mulut/mobilisasi dll										
Cairan keluar		:	cc																	

IWL		:	cc																			
Balance cairan		:	cc																			
Balance Kumulatif		:	cc																			

