



BUKU PRAKTIKUM **KEPERAWATAN** **KRITIS**

DI SUSUN OLEH:
TIM KEPERAWATAN KRITIS
STIKEP PPNI JAWA BARAT

**Modul Keperawatan Kritis
Tahun 2023**

Cetakan pertama, September 2018
Cetakan revisi kedua, November 2020
Cetakan revisi ketiga, April 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang No. Pencatatan Hak Cipta:

Dilarang memperbanyak isi buku panduan ini, baik sebagian maupun seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penulis:

Buku ini dipublikasikan oleh:

STIKep PPNI Jawa Barat

Jalan Ahmad IV No. 32
Cicendo, Kota Bandung
40173 Indonesia

Telepon: +62 22 6121914

Website: <http://stikep-ppnijabar.ac.id/>

Tim Penyusun:

Tim Keperawatan Kritis

Editor:

Gina Nurdina, Ners., M.Kep
Novya Ashlahatul Mar'ah, S.Kep., Ners
Agus Hendra, S.Kp., M.Kep

ISBN:

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan Kehadirat Allah SWT atas berkat, Rahmat, dan karunia-Nya penyusunan Modul Keperawatan Kritis ini dapat diselesaikan. Tujuan modul ini adalah sebagai bahan acuan bagi para mahasiswa yang terdiri dari materi yang harus dikuasai oleh para mahasiswa sebagai dasar kompetensi dalam memberikan penanganan kasus pada pasien kritis.

Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan modul ini, sehingga dengan kerendahan hati kami mnegharapkan kritik dan saran untuk penyempurnaan penyusunan modul kedepan. Semoga modul ini dapat menjadi penguat kompetensi dasar yang membuat mahasiswa memiliki kepercayaan diri dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kritis.

Bandung, Oktober 2023

Atas nama Tim Penyusun

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI iii

KATA PENGANTARiv

1. TRIAGE DAN INISIAL ASSESMENT 1

1. Skenario 1

2. Tujuan Pembelajaran 1

3. Aktifitas Pembelajaran 2

4. Tinjauan Teori 3

2. BALUT BIDAI 11

1. Skenario 11

2. Tujuan Pembelajaran 11

3. Aktifitas Pembelajaran 11

4. Tinjauan Teori 12

3. BHD (BANTUAN HIDUP DASAR) 16

1. Skenario 16

2. Tujuan Pembelajaran 16

3. Aktifitas Pembelajaran 16

4. Tinjauan Teori 17

4. CENTRAL VENOUS PRESSURE (CVP) 24

1. Skenario 24

2. Tujuan Pembelajaran 24

3. Aktifitas Pembelajaran 24

4. Tinjauan Teori 25

1

TRIAGE DAN INISIAL ASSESMENT**1. Skenario**

Seorang laki-laki usia 67 tahun datang ke UGD RS dengan keluhan nyeri akibat tidak dapat berkemih selama 1 hari terakhir, hasil pengkajian tingkat nyeri pasien didapatkan skala 4 dari skala (1-5), wajah terlihat meringis dan tampak kesakitan. Jika dilakukan triase masuk dalam kategori apakah klien tersebut. Buatlah asuhan keperawatan pasien terutama dalam triage.

2. Tujuan Pembelajaran

- a. Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan penilaian dan penanganan yang sistematis pada pasien saat berada di triage sesuai dengan prinsip asuhan keperawatan
- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian triage sesuai dengan Standar Prosedur Operasional
- c. Mahasiswa mampu melakukan level system sesuai dengan Standar Prosedur Operasional
- d. Mahasiswa mampu mengenali secara cepat mengenali dampak trauma dengan konsep inisial assesment .

3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan dasar dan prinsip triage dan inisial assessment Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai triage dan inisial assessment	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB
Aktivitas utama Review singkat mengenai definisi triage dan inisial assessment Role play/demonstrasi mengenai pelaksanaan inisial assessment dan triage instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. KMB
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Penggenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB

4. Tinjauan Teori

a. Definisi

i) Triage

Triage adalah proses mengumpulkan informasi terkait pasien yang membutuhkan perawatan gawat darurat dengan melakukan prosedur pengambilan keputusan pemilahan kegawatdaruratan menggunakan system yang valid dan konsisten, dapat dipercayai. (Emergency Nursing Assosiation, 2017).

ii) Inisial assessment

Initial Assessment atau penilaian awal adalah serangkaian upaya untuk mengidentifikasi dan memahami trauma pada penderita sehingga dapat memberikan tindakan resusitasi dan stabilisasi yang cepat dan tepat.

b. Tujuan

Tujuan triage dan inisial assessment adalah untuk mengenali ancaman nyawa dan potensi ancaman nyawa serta langsung diikuti dengan tindakan resusitasi dan stabilisasi.

c. Level system triage

Hasil dari proses triage adalah pengelompokan penderita sesuai berat ringannya masalah pada penderita tersebut. Agar pengelompokkan mudah dikenali oleh petugas lain maka dalam triage penting sekali untuk melakukan labelling dengan warna yang sudah diakui secara international yaitu merah, kuning, hijau, dan hitam.

No	Warna	Kategori	Keadaan penyakit
1		High Priority (kelompok utama untuk pengobatan)	Diberikan kepada para penderita yang kritis keadaannya seperti gangguan jalan napas, gangguan pernapasan, perdarahan berat/ perdarahan tidak terkontrol, penurunan status mental
2		Intermediate priority (Kelompok yang bisa menunggu sementara)	Diberikan kepada para penderita yang mengalami keadaan seperti luka bakar tanpa gangguan saluran napas atau kerusakan alat gerak, patah tulang, tertutup yang tidak dapat berjalan, cedera punggung
3		Low Priority (Kelompok yang bisa ditangguhkan)	Kelompok yang paling akhir proiritasnya dikenal juga sebagai “walking wounded” atau orang cedera yang dapat berjalan sendiri
4		Lowest Priority (Kelompok yang sudah mati/tidak bisa diselamatkan)	Diberikan kepada mereka yang meninggal atau mengalami cedera yang mematikan

d. Konsep Tahapan Initial Assessment

1. Primary survey

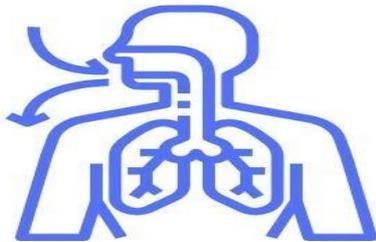
Primary survey berfokus pada penilaian dan penanganan pada masalah ABCD Pada tahap ini, dilakukan penilaian untuk menemukan kemungkinan keadaan yang mengancam nyawa, khususnya pada Airway, Breathing, Circulation, dan Disability serta tambahan prosedur penilaian dan tindakan lain jika memungkinkan. Apabila menemukan masalah pada komponen tersebut harus dilakukan resusitasi segera Secara simultan satu per-satu bagian diperiksa dan masalah yang ditemukan ditanggulangi. Misalnya, masalah pada Airway berfokus pada kepatenan jalan napas, masalah aktual maupun resiko penyebab masalah pada jalan napas harus segera ditanggulangi sebelum melanjutkan tindakan penilaian pada bagian berikutnya.

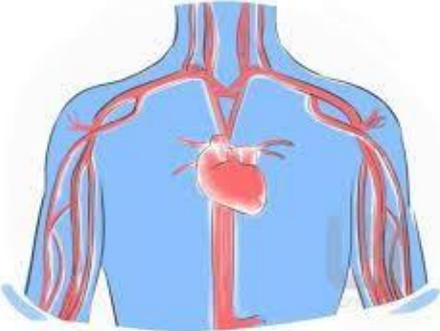
2. Secondary survey

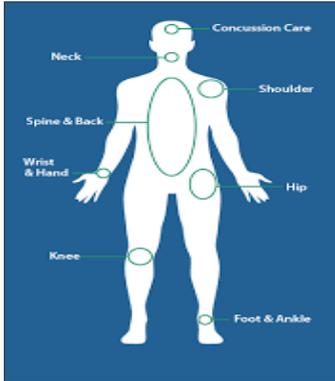
Secondary survey berisikan beberapa tindakan yang bertujuan melengkapi, memvalidasi dan mengevaluasi temuan pada tahap primary survey. Upaya melengkapi data dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang berkaitan dengan masalah pada pasien serta melakukan tindakan penjahitan luka jika diperlukan pada luka-luka yang sebelumnya hanya dilakukan balut cepat atau balut tekan untuk meminimalisir waktu yang digunakan, Validasi dan evaluasi dengan melakukan pemeriksaan fisik menyeluruh dari kepala hingga ujung kaki, mengukur tanda vital, berkolaborasi dalam pemeriksaan penunjang yang sesuai serta melakukan pendokumentasian dan persiapan operasi segera, transfer, maupun observasi.

e. Prosedur kerja

No	Tindakan	Rasional	Gambar
PRIMARY SURVEY			
1.	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2.	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	proteksi diri	

<p>3.</p>	<p>Periksa respon dan kesadaran pasien</p>	<p>Mengetahui bahwa pasien mengalami trauma berat atau mengancam nyawa</p>	
<p>4.</p>	<p>Mengaktifkan SPGDT</p>	<p>Memanggil petugas lain dan mengaktifkan system penanggulangan gawat darurat terpadu</p>	
<p>5.</p>	<p>Penilaian dan penanganan masalah jalan napas (Airway)</p>	<p>Mengetahui apakah ada sumbatan jalan napas atau tidak</p>	 <p>Airway</p>

<p>6.</p>	<p>Penilaian dan penanganan masalah pernafasan (Breathing)</p>	<p>Mengetahui adanya distress pernapasan dan temuan pada kelainan secara anatomis</p>	<p>Breathing</p>  <p>Look, listen and feel</p>
<p>7.</p>	<p>Penilaian dan penanganan masalah sirkulasi darah (circulation)</p>	<p>Control perdarahan baik internal maupun eksternal</p>	
<p>8.</p>	<p>Penilaian dan penanganan masalah ketidakmampuan (disability)</p>	<p>Perubahan status neurologis</p>	<p>Disability</p>  <p>Alert Voice responsive Pain responsive Unresponsive</p>

SECONDARY SURVEY			
1.	Anamnesa, meliputi : Keluhan terkait Kesehatan, Obat yang dikonsumsi, Makan terakhir, Penyakit yang diderita, Alergi (obat dan makanan), Kejadian penyebab cedera	Mendapatkan keterangan Riwayat dan karakteristik pasien	
2.	Pemeriksaan tanda tanda vital meliputi: Tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh dan karakteristik nyeri	Mengetahui perkembangan pasien secara dini	
3.	Pemeriksaan fisik secara menyeluruh (head to toe)	Mengidentifikasi dan stabilisasi cedera lain	

4.	Lepas sarung tangan dan masker, cuci tangan	Proteksi diri	
5.	Dokumentasi	Mendokumentasi kan tindakan dan hasil tindakan yang dilakukan	

f. Daftar Pustaka

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI. Edisi I. 2014. *Pedoman Standar*

Prosedur Operasional Keperawatan. Graha PPNI. Jakarta Selatan.

Emergency Nurses Association. (2017). *Emergency nursing triage course*. Retrieved from

<https://www.ena.org/education/onlinelearning/Pages/ENT.aspx>

Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI). Edisi pertama.

2020. *Buku Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support*. Bidang Pelatihan

dan Pendidikan dewan pengurus pusat HIPGABI. Jakarta.

DAFTAR TILIK

NAMA SKILL : TRIASE DAN INISIAL ASSESSMENT

NAMA MAHASISWA :

NIM :

No	Aspek yang dinilai	Bobot	Skor			Nilai
1	Perkenalkan diri perawat kepada pasien dan keluarga					
2	Tanyakan nama lengkap dan tanggal lahir pasien					
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur jika memungkinkan					
4	Siapkan ruangan dan peralatan yang diperlukan: a. Sarung tangan b. Formulir triage					
5	Lakukan kebersihan tangan					
6	Pasang sarung tangan					
7	Catat tanggal dan jam kedatangan pasien					
8	Identifikasi cara kedatangan pasien (seperti datang sendiri, berjalan, kursi roda, ambulans, telentang, digendong)					
9	Identifikasi status konfirmasi (SPGDT atau non-SPGDT)					
10	Periksa jalan napas, pernapasan, sirkulasi dan kesadaran					
11	Tentukan kategori triage berdasarkan hasil pemeriksaan					
12	Identifikasi kriteria isolasi (seperti batuk >2 minggu, demam atau Riwayat demam, Riwayat kontak dengan pasien penyakit menular, riwayat perjalanan dari daerah pandemic)					
13	Transfer (disposisi) pasien ke zona atau ruangan sesuai dengan kategori triase					
14	Lakukan pengkajian dan penanganan awal sesuai respon time kategori triase					
15	Lepaskan sarung tangan					
16	Lakukan kebersihan tangan					
17	Dokumentasikan Tindakan yang telah dilakukan dan respon pasien					

Keterangan Skor:

0= Tidak dilaksanakan

1= Dilakukan tidak sempurna

2= Melakukan dengan sempurna

Catatan: Nilai batas lulus 75%

Rumus:

Skor didapat/ skor maksimal X 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

BALUT BIDAI

1. Skenario

Seorang pria berusia 35 tahun pada saat menuruni tangga, karena kurang berhati-hati pria tersebut terpeleset dan jatuh. Kaki kirinya bengkak dan sakit tetapi masih dapat untuk berjalan. Keesokan harinya dibawa ke rumah sakit, dilakukan foto Rontgen dan hasilnya tidak ada tulang yang patah. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan fokus pada balut dan bidai.

2. Tujuan Pembelajaran

- Mahasiswa terampil dalam melakukan berbagai teknik membebat pada berbagai organ tubuh sesuai dengan prosedur.
- Mahasiswa terampil dalam melakukan pemasangan bidai dengan tepat.
- Mahasiswa mengenal dengan baik bermacam-macam jenis bebat dan mampu memilihnya dengan tepat sesuai kasus.
- Mahasiswa dapat memilih bidai yang benar sesuai kasus.
- Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang terpasang balut dan bidai.

3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Mengetahui indikasi pembebatan dan pembidaian Apersepsi	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB

Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai bidai dan bebat				
Aktivitas utama Role play/demonstrasi melakukan keterampilan klinis pembebatan dan pembidaian Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. KMB
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Penggenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB

4. Tinjauan Teori

A. PEMBEBATAN

i) Prinsip Dasar Pembebatan

Derajat penekanan yang dihasilkan oleh suatu pembebatan sangat penting untuk diperhatikan, penekanan yang diberikan tidak boleh meningkatkan tekanan hidrostatis yang berakibat meningkatkan edema jaringan, juga jangan sampai mengganggu sirkulasi darah di daerah luka dan sekitar luka.

Derajat penekanan tersebut ditentukan oleh interaksi yang kompleks antara empat faktor utama yaitu :

- 1) Struktur fisik dan keelastisan dari pembebat.
- 2) Ukuran dan bentuk ekstremitas yang akan dibebat.
- 3) Keterampilan dan keahlian dari orang yang melakukan pembebatan.
- 4) Bentuk semua aktivitas fisik yang dilakukan pasien

ii) Manfaat Pembebatan (Bandage)

- 1) Menopang suatu luka, misalnya tulang yang patah.
- 2) Mengimobilisasi suatu luka, misalnya bahu yang keseleo.
- 3) Memberikan tekanan, misalnya dengan bebat elastik pada ekstremitas inferior untuk meningkatkan laju darah vena.
- 4) Menutup luka, misalnya pada luka setelah operasi abdomen yang luas.
- 5) Menopang bidai (dibungkuskan pada bidai).
- 6) Memberikan kehangatan, misalnya bandage flanel pada sendi yang rematik.

iii) Prosedur Pembebatan

- 1) Perhatikan hal-hal berikut : - Lokasi/ tempat cedera - Luka terbuka atau tertutup - Perkiraan lebar atau diameter luka - Gangguan terhadap pergerakan sendi akibat luka
- 2) Pilihlah pembebat yang benar, dan dapat memakai kombinasi lebih dari satu jenis pembebat.
- 3) Jika terdapat luka dibersihkan dahulu dengan disinfektan, jika terdapat dislokasi sendi diposisikan seaneatomis mungkin.
- 4) Tentukan posisi pembebat dengan benar berdasarkan :
 - a) Pembatasan semua gerakan sendi yang perlu imobilisasi
 - b) Tidak boleh mengganggu pergerakan sendi yang normal
 - c) Buatlah pasien nyaman mungkin pada saat pembebatan
 - d) Jangan sampai mengganggu peredaran darah
 - e) Pastikan pembebat tidak mudah lepas.

B. PEMBIDAIAN

i) Definisi Pembidaian

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.

ii) 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).

iii) Tujuan Pembidaian

Penggunaan bidai untuk imobilisasi dengan maksud :

- 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.

C. PENUTUP

Pembebatan dan pembidaian merupakan keterampilan medis untuk memberikan pertolongan pertama pada trauma atau kasus kecelakaan dengan prinsip mengimobilisasikan

bagian tubuh yang mengalami gangguan atau patah tulang. Pembebatan atau bandage adalah pertolongan pertama pada kasus trauma yang sifatnya non-fraktur, sedangkan pembidaian atau splint diberikan pada kasus trauma yang dicurigai adanya tanda-tanda fraktur.

D. DAFTAR PUSTAKA

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI. Edisi I. 2014. *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Graha PPNI. Jakarta Selatan.

Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI). Edisi pertama. 2020.

Buku Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support. Bidang Pelatihan dan Pendidikan dewan pengurus pusat HIPGABI. Jakarta.

BHD (BANTUAN HIDUP DASAR)**1. Skenario**

Seorang perempuan berusia 27 tahun jatuh dari motor dibawa ke ruang unit gawat darurat, hasil pemeriksaan terdapat luka di bagian pipi kiri dan dicurigai mengalami cedera leher. tiba-tiba pasien mengalami henti napas dan henti jantung. Buatlah Asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

2. Tujuan Pembelajaran

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian BHD
- b. Mahasiswa memahami tujuan dan indikasi BHD
- c. Mahasiswa mampu memahami indikasi BHD
- d. Mahasiswa mampu melakukan Langkah-langkah BHD

3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Mengetahui pengertian BHD Apersepsi Penjelasan tujuan dan indikasi BHD	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB
Aktivitas utama Role play/demonstrasi melakukan Langkah-langkah BHD Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. KMB

Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Penggenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB
---	---------	------------	----------	----------

4. Tinjauan Teori

A. Pengertian BHD (Bantuan Hidup Dasar)

Bantuan hidup dasar (Basic Life Support) adalah suatu tindakan pada saat pasien ditemukan dalam keadaan tiba-tiba tidak bergerak, tidak sadar, atau tidak bernafas, maka periksa respon pasien. Bila pasien tidak merespon, aktifkan sistem darurat dan lakukan tindakan bantuan hidup dasar (W.Sudoyo et al., 2015).

B. Tujuan Bantuan Hidup Dasar

Tujuan dilakukannya BHD adalah :

1. Mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya pernapasan
2. Memberikan bantuan eksternal dan ventilasi pada pasien yang mengalami henti jantung atau henti nafas melalui resusitasi jantung paru

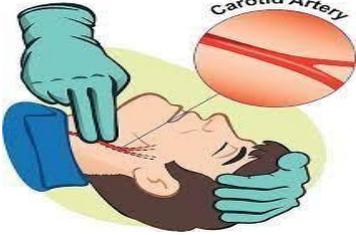
C. Indikasi

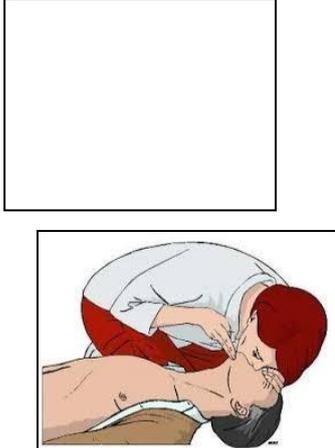
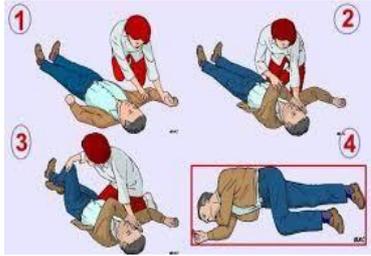
Indikasi Bantuan Hidup Dasar Indikasi dilakukannya BHD adalah :

1. Henti nafas Henti nafas dapat disebabkan karena tenggelam, stroke, obstruksi jalan nafas oleh benda asing, inhalasi asap, kelebihan dosis obat, tekanan aliran listrik, trauma, koma.
2. Henti jantung Henti jantung dapat mengakibatkan: fibrilasi ventrikel, akhikardi ventrikel, asistol.

D. Prosedur Kerja

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Pastikan lingkungan aman (aman penolong, aman korban, aman lingkungan)	Memastikan keadaan aman baik bagi penolong, korban, maupun lingkungan disekitarnya	
2	<p>Periksa Respon pasien</p> <p>a. Cek respon</p> <p>Tepuk guncang bahu korban : “ Halo! Halo! Apakah anda baik-baik saja ?</p> <p>RESPON: Membuka mata, bergerak, mengeluarkan suara atau kalimat</p> <p>b. Pada saat bersamaan penolong melihat apakah pasien tidak bernapas atau bernapas tidak normal (contoh: gasping)</p> <p>c. Jika tidak respon dan tidak bernapas korban mengalami henti jantung.</p>	Memastikan kesadaran pasien	
3	Mengaktifkan Sistem Respon Emergency	Mengaktifkan emergency medical system	

<p>4</p>	<p>Circulation</p>	<p>Memastikan ada tidaknya denyut nadi pasien</p>	
	<p>1. Denyut nadi pasien dapat ditentukan dengan meraba arteri karotis di daerah leher pasien dengan dua atau tiga jari tangan (jari telunjuk dan tengah) penolong meraba 2-3 cm disamping trachea selama kurang dari 10 detik sambil melihat apakah pernafasan ada atau tidak</p>		
	<p>2. Bila arteri tidak teraba lakukan kompresi dengan perbandingan 30:2 (kompresi:ventilasi) dengan kedalaman 5-6 cm (untuk pasien dewasa) dengan kecepatan 100-120x/menit</p>		

<p>5</p>	<p>Airway</p> <p>Pembebasan jalan nafas dapat dilakukan dengan head tilt - chin lify dan jaw trust (jika dicurigai adanya cedera servikal)</p>	<p>Membersihkan jalan napas dan membuka jalan nafas</p>	
<p>6</p>	<p>Breathing</p> <p>Bantuan nafas dapat dilakukan melalui mulut ke mulut, mulut ke hidung, atau mulut ke masker dengan cara memberikan 1 bantuan nafas setiap 6 detik antara bantuan nafas berikutnya</p>	<p>Volume udara yang dihembuskan sesuai kapasitas volume tidal atau sampai dada pasien terlihat mengembang</p>	
<p>7</p>	<p>Recovery position</p> <p>Dilakukan sesudah RJP selama 2 menit (5 siklus ventilasi dan kompresi) pasien di evaluasi. Jika nadi tidak teraba RJP dilanjutkan sebanyak 30:2. Jika nadi karotis teraba tetapi napas belum ada maka berikan rescue breathing sebanyak 10-12 x/menit selama 2 menit dan dievaluasi lagi.</p>	<p>Mengurangi resiko sumbatan jalan nafas dan aspirasi</p>	

	Jika nadi teraba dan nafas sudah spontan maka berikan posisi recovery		
--	---	--	--

5. Daftar Pustaka

American Heart Association. AHA Guideline Update for CPR and ECC. Circulation Vol. 132. 2015

[http://www. Worldwidewounds.com/2003/june/Thomas/Laplace-Bandage.html](http://www.Worldwidewounds.com/2003/june/Thomas/Laplace-Bandage.html).

Stevens, P.J.M., Almekinders, G.I., Bordui, F., Caris, J., van der Meer, W.E., van der Weyde, J.A.G. 2000. Pemberian Pertolongan Pertama dalam Ilmu Keperawatan. EGC. Jakarta.

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI, Edisi I, 2014. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Graha PPNI. Jakarta Selatan

W. Sudoyo, A., Setiyohadi, B., Alwi, I., K, M. S., & Setiati, S. (2015). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (V). Jakarta: Bukupedia

DAFTAR TILIK

NAMA SKILL : BHD (BANTUAN HIDUP DASAR)

NAMA MAHASISWA :

NIM :

No	Aspek Keterampilan yang dinilai	Bobot	Skor			Nilai
			0	1	2	
1	Periksa respon pasien dengan memanggil, menepuk bahu dan atau memberikan rangsangan nyeri					
2	Aktifkan Emergency Medical System atau berteriak meminta tolong					
3	Pasang sarung tangan bersih, jika memungkinkan					
4	Posisikan pasien ditempat datar dan keras					
5	Atur posisi penolong berlutut disamping dada pasien (jika pasien di lantai) atau berdiri disamping dada pasien (jika pasien di tempat tidur)					
6	Periksa nadi karotis dan napas secara bersamaan dalam waktu <10 detik					
7	Lakukan rescue breathing jika nadi karotis teraba tapi tidak ada napas					
8	Lakukan kompresi dada jika nadi karotis tidak teraba: A. Posisikan tumit telapak tangan menumpuk di atas telapak tangan yang lain tegak lurus pada pertengahan dada atau seperdua bawah sternum B. Lakukan kompresi dada dengan kecepatan 100-120 x/menit dan kedalaman 5-6 cm					
9	Buka dan bersihkan jalan napas dengan teknik head tilt-chin lift atau jaw thrust (jika dicurigai cedera cervikal)					
10	Berikan bantuan napas (ventilasi) 2 kali dengan menggunakan BVM					
11	Lakukan kompresi dan ventilasi dengan kombinasi 30:2 sebanyak 5 siklus atau sekitar 2 menit					
12	Periksa nadi karotis dan napas setiap 2 menit atau 5 siklus A. Lakukan RJP kembali jika nadi karotis belum teraba B. Lakukan rescue breathing 10-12 kali/menit jika nadi karotis teraba dan napas tidak ada					
13	Berikan posisi pemulihan (recovery position) jika nadi karotis teraba dan napas ada tetapi belum sadar (jika					

	pasien dilantai) atau berikan posisi semi fowler (jika pasien di tempat tidur)				
14	Lepaskan sarung tangan				
15	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
16	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien				

Keterangan Skor:

0= Tidak dilaksanakan

1= Dilakukan tidak sempurna

2= Melakukan dengan sempurna

Catatan: Nilai batas lulus 75%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

Rumus:

Skor didapat/ skor maksimal X 100%

CENTRAL VENOUS PRESSURE (CVP)

1. Skenario

Seorang laki-laki umur 56 tahun, dirawat dengan keluhan lemah, mual, sesak napas. Hasil pengkajian didapatkan tekanan darah 140/90 mmHg, Nadi 84 x/menit, pernapasan 26 x/menit, kedua kaki edema, tampak pembesaran vena jugularis, telah dilakukan pemasangan CVP (central venous pressure) dengan ketinggian cairan pada manometer 14 mmHg, urin tampung 450 ml/24 jam. Bagaimana cara mengukur CVP dan buatlah asuhan keperawatan pada pasien tersebut

2. Tujuan Pembelajaran

- b. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian CVP
- c. Mahasiswa mampu menjelaskan indikasi dan kontraindikasi pemasangan CVP
- d. Mahasiswa mampu memahami lokasi pemasangan kateter CVP
- e. Mahasiswa mampu melakukan pengukuran CVP

3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
<ul style="list-style-type: none"> • Pembukaan • Berdoa • Mengetahui pengertian CVP • Apersepsi • Penjelasan indikasi dan kontraindikasi pemasangan CVP • Penjelasan lokasi pemasangan CVP 	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB
<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas utama Role play/demonstrasi melakukan pengukuran CVP	Roleplay diskusi	Instruktur	300	Lab. KMB

• Tanya jawab mahasiswa dan instruktur			menit	
• Demonstrasi oleh mahasiswa. • Umpan balik dari observer mahasiswa • Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. KMB
• Penutup • Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran • Penggenahan , Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB

4. Tinjauan Teori

a. Pengertian CVP (Central venous pressure)

Central Venous pressure merupakan tekanan pada vena besar thorak yang menggambarkan aliran darah ke jantung (Oblouk, Gloria Darovic, 2002). Pada umumnya jika vena return turun, CVP turun, dan jika venous return naik, CVP meningkat.

b. Indikasi kateter vena sentral

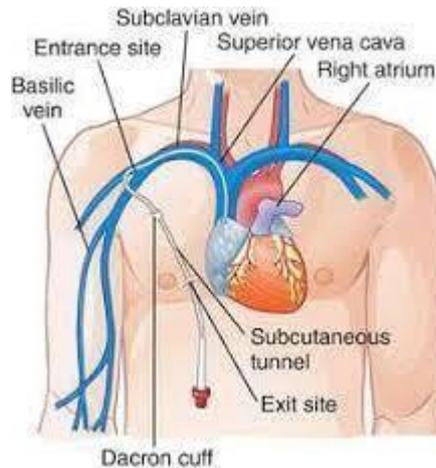
1. Memberikan cairan intravena: volum yang banyak dan jalur vena perifer tidak adekuat
2. Memberikan obat-obat iv seperti: obat vasoaktif, dan obat yang menyebabkan iritasi
3. Pemberian parenteral nutrisi
4. Pemantauan hemodinamik
5. Intervensi terapeutik seperti: hemodialisis
6. Pengambilan sample darah

c. Kontraindikasi pemasangan kateter vena sentral

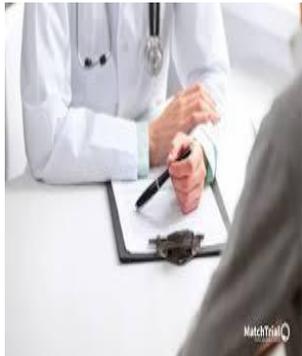
1. Gangguan koagulasi:
2. Infeksi dan gangguan pertahanan di kulit
3. Kesulitan untuk menentukan lokasi pemasangan
4. Potensial tinggi terjadinya pneumothorak

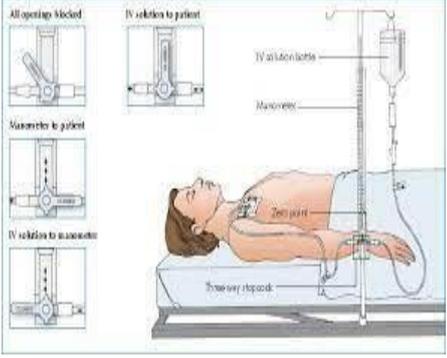
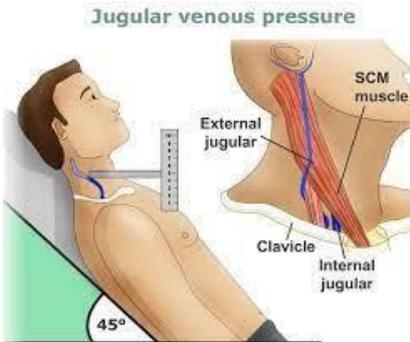
d. Lokasi pemasangan CVP

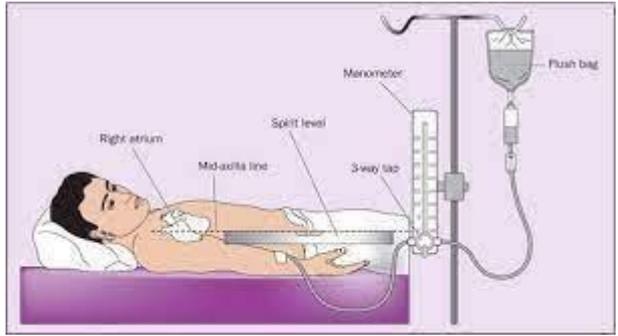
Lokasi sentral:	Lokasi perifer:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vena jugularis internal ✓ Vena subklavia ✓ Vena femoralis 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vena cephalika ✓ Vena basilica ✓ Vena jugularis eksternal



e. Prosedur Kerja

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Persiapan pasien, memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang, tujuan pemasangan, daerah pemasangan dan prosedur yang akan dilakukan	Memberikan informasi sebelum Tindakan dilakukan	

<p>2</p>	<p>Persiapan alat :</p> <p>k. skala pengukur</p> <p>l. Selang penghubung (manometer line)</p> <p>m. Standar infus</p> <p>n. Three way</p> <p>o. Pipa U</p> <p>p. Set infus</p>	<p>Tindakan sesuai dengan standar operasional prosedur</p>	
<p>3</p>	<p>Prosedur Tindakan</p> <p>f. Cara merangkai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menghubungkan set infus dengan cairan Nacl 0,9 % • Mengeluarkan udara dari selang infus • Menghubungkan skala pengukuran dengan three way • Menghubungkan three way dengan selang infus • Menghubungkan manometer line dengan three way • Mengeluarkan udara dari manometer line • Mengisi cairan ke skala pengukur sampai 25 cmH₂O • Menghubungkan manometer line dengan kateter yang sudah terpasang <p>g. Cara pengukuran</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan 		 

	<p>penjelasan kepada pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi pasien • Levelling, adalah mensejajarkan letak jantung (atrium kanan) dengan skala pengukur atau transduser • Letak jantung dapat ditentukan dengan cara membuat garis pertemuan antara sela iga ke empat (ICS IV) dengan garis pertengahan aksila • Menentukan nilai CVP, dengan memperhatikan undulasi pada manometer dan nilai dibaca pada akhir ekspirasi • Membereskan alat-alat • Memberitahu pasien bahwa Tindakan telah selesai 		
--	--	--	---

f. DAFTAR PUSTAKA

Darovic, Gloria O. *Hemodinamyc monitoring : invasive and noninvasive clinical application*. WB. Saunders company. 2002

Team Modul Pelatihan Hipercci Pusat. *Modul Pelatihan Keperawatan Intensive Dasar*. In Media. 2014

DAFTAR TILIK

NAMA SKILL : CENTRAL VENOUS PRESSURE (CVP)

NAMA MAHASISWA :

NIM :

No	Aspek Keterampilan yang dinilai	Bobot	Skor			Nilai
			0	1	2	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur					
3	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : a. Manometer b. Water pass atau penggaris c. Cairan Nacl 0,9 % d. Three-way e. Set infus					
4	Lakukan kebersihan tangan					
5	Pastikan kepatenan selang CVC (central venous catheter)					
6	Posisikan pasien dalam keadaan supine atau dalam posisi semi recombent					
7	Tentukan titik nol (zero point) dengan mensejajarkan manometer dengan aksis plebostatik					
8	Pastikan ketepatan titik nol dengan menggunakan water pass atau penggaris yang terdapat pada manometer					
9	Berikan tanda pada aksis plebostatik					
10	Tutup three way ke arah pasien dan buka ke arah manometer					
11	Buka klem cairan infus pasien dan alirkan perlahan untuk mengisi manometer ke level yang lebih tinggi dari nilai normal atau sampai batas 20 cmH2O					
12	Tutup aliran infus dari pasien dan buka three-way dari manometer ke arah pasien					
13	Perhatikan penurunan cairan dalam manometer dan tunggu hingga penurunan cairan berhenti					
14	Lakukan pembacaan nilai manometer pada angka di manometer di level cairan berhenti					

15	Informasikan hasil pengukuran, bila perlu				
16	Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien				
17	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
18	Dokumentasikan hasil pemantauan				

Keterangan Skor:

0= Tidak dilaksanakan

1= Dilakukan tidak sempurna

2= Melakukan dengan sempurna

Catatan: Nilai batas lulus 75%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

Rumus:

Skor didapat/ skor maksimal X 100%