



MODUL PEMBELAJARAN

KEPERAWATAN GADAR

Penulis:

Dr. Hariyono, M.Kep.

Dr. Bahrudin, M.Kep., Sp.MB.

Afif H., M.Kep.



PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG

2019

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

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

Jombang, Februari 2019

Penulis

PENYUSUN

Penulis

Dr. Hariyono.,M.Kep

Afif Hidayatul S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Bahrudin, M.Kep

Desain dan Editor

M. Sholeh

.

Penerbit

@ 2019 Icme Press

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	ii
PENYUSUN.....	iii
DAFTAR ISI	iv
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL	v
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER.....	vi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Ajar	1
B. Capaian Pembelajaran Lulusan	1
C. Strategi Perkuliahan.....	2
BAB 2 KEGIATAN BELAJAR	3
A. Kegiatan Belajar 1, 2 dan 3.....	3
B. Kegiatan Belajar 4	8
C. Kegiatan Belajar 5	33
D. Kegiatan Belajar 6-13.....	42
E. Kegiatan Belajar 14.....	49
DAFTAR PUSTAKA	62

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

A. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:


1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

B. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN		
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)			
No. Dokumen	No. Revisi	Hal	Tanggal Terbit 5 Agustus 2019
Mata Kuliah : Kep. Gadar	Semester: VI	SKS: 5 (3T, 2P)	Kode MK: 01ACGDR
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan	Dosen Pengampu/Penanggungjawab : Leo Yosdimiyati Romli, S.Kep., Ns., M.Kep. (LY) Dr. Hariyono.,M.Kep (DH) Afif Hidayatul S.Kep., Ns., M.Kep. (AH) Dr. Bahrudin, M.Kep (DB) Agus Muslim, M.Kep (AM) Auliasari S, M.Kep (AS)		
Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)	<p><u>Sikap</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjunjung tinggi nilai kemnausiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral dan etika 2. Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan dibidang keahliannya secara mandiri <p><u>Keterampilan Umum:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggungjawab atas pekerjaan dibidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya 2. Bekerjasama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya <p><u>Keterampilan Khusus</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (patient safety) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia 		

	<p>2. Mampu melaksanakan prosedur penanganan trauma dasar dan jantung (basic trauma cardiac life support/BTCLS) pada situasi gawat darurat/bencana sesuai standar dan kewenangannya</p> <p><u>Pengetahuan</u></p> <p>1. Menguasai prinsip dan prosedur bantuan hidup lanjut (advance life support) dan penanganan trauma (basic trauma cardiac life support/BTCLS) pada kondisi kegawatdaruratan dan bencana</p>				
Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)	<p>Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan gawat darurat sesuai tahap tumbuh kembang manusia mulai dari pembentukan dalam kandungan sampai lansia dengan menunjukkan sikap penuh tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat secara komprehensif dengan memperhatikan aspek legal etik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganalisis konsep dasar keperawatan gawat darurat 2. Menganalisis konsep triase serta bantuan hidup dasar dan hidup lanjutan 3. Menganalisis terapi support pada klien gawat darurat 4. Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem 5. Menganalisis trend dan issue dalam asuhan keperawatan kegawatdaruratan 6. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan kegawatdaruratan 				
Deskripsi Mata Kuliah	<p>Ruang lingkup mata kuliah keperawatan gawat darurat membahas tentang konsep dasar keperawatan gawat darurat , konsep bantuan hidup dasar dan hidup lanjutan, konsep asuhan keperawatan kegawatdaruratan, terapi support pada klien gawat darurat, pendidikan kesehatan asuhan keperawatan kegawatdaruratan , trend dan issue dalam asuhan keperawatan kegawatdaruratan, dan intervensi keperawatan pada kasus dengan kegawatdaruratan. Mata kuliah ini merupakan aplikasi lebih lanjut dari mata kuliah keperawatan dasar, dan keperawatan medikal bedah. Kaitannya dengan kompetensi lulusan Program Studi yang telah ditetapkan mata kuliah ini mendukung kompetensi lulusan: mampu menjamin kualitas asuhan holistik secara kontinyu dan konsisten, mampu menggunakan teknologi dan informasi kesehatan secara efektif dalam upaya mengikuti perkembangan IPTEK keperawatan dan kesehatan, mampu menggunakan proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah klien.</p>				
Minggu	Kemampuan yang	Bahan Kajian/Materi	Metode	Waktu	Penilaian

ke -	diharapkan (Sub-CPMK)	Pembelajaran	Pembelajaran dan Pengalaman Belajar/ Fasilitator		Teknik	Kriteria/ Indikator	Bobot (%)
1	Menganalisis konsep dasar keperawatan gawat darurat, mampu mengelola administrasi keperawatan	1. Konsep dasar keperawatan gawat darurat 2. Konsep asuhan keperawatan gawat darurat	Mini lecture, (DB)	3 x 50	MCQ	Kriteria: - Ketepatan membuat resume sesuai dengan topik yang disampaikan. Indikator: - Komunikasi - Tanggungjawab - Menghargai - Tanggap - Inisiatif - Antusias - Sintesa hasil	5%
2	Menganalisis konsep dasar keperawatan gawat darurat, mampu mengelola administrasi keperawatan	Konsep sistem pengelolaan/ penanggulangan gawat darurat	Mini lecture, (DB)	3 x 50	MCQ		5%
3	Menganalisis konsep dasar keperawatan gawat darurat, mampu mengelola administrasi keperawatan	Konsep manajemen pelayanan unit gawat darurat Peran dan fungsi perawat pada kasus kegawatdaruratan	Mini lecture, (DB)	3 x 50	MCQ		5%

4	Menganalisis konsep triase serta bantuan hidup dasar dan hidup lanjutan, mampu berpartisipasi aktif sebagai anggota tim	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsep triase 2. Konsep bantuan hidup dasar dan hidup lanjutan 	SGD (DB)	3 x 50	Presentasi dan Penugasan	<p>Kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketepatan membuat resume sesuai dengan topik yang disampaikan. <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi - Tanggungjawab - Menghargai - Tanggap - Inisiatif - Antusias - Sintesa hasil 	10%
5	Menganalisis terapi support pada klien gawat darurat	<p>Terapi support pada klien gawat darurat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen hemodinamik 2. Manajemen asam dan basa 3. Manajemen cairan elektrolit 	SGD (DH)	3 x 50	Presentasi dan Penugasan	<p>Kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketepatan membuat resume sesuai dengan topik yang disampaikan. <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi - Tanggungjawab - Menghargai - Tanggap - Inisiatif - Antusias - Sintesa hasil 	10%
6	Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem	<p>Asuhan keperawatan gawat darurat klien pada kasus sistem pernafasan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ALO 2. Asma 3. ARDS 	Case studi (DH)	3 x 50	Laporan kasus	<p>Kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketepatan membuat resume sesuai dengan topik yang disampaikan. <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi - Tanggungjawab - Menghargai - Tanggap - Inisiatif - Antusias - Sintesa hasil 	5%
7	Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan	Asuhan keperawatan gawat darurat klien pada kasus sistem	Case studi (DH)	3 x 50	Laporan kasus		5%

	pada berbagai sistem	kardiovaskuler: 1. ACS 2. CVA 3. Cardiac arest					
UTS							
8	Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem	Asuhan keperawatan gawat darurat klien pada kasus sistem persyarafan: 1. Epilepsi 2. Meningitis 3. COB 4. Kejang demam	Case studi (DH)	3 x 50	Laporan kasus	Kriteria: - Ketepatan membuat askep sesuai dengan topik yang diterima oleh masing-masing kelompok. - Makalah: disusun dengan menyajikan trigger case sesuai topik. - Power point : dapat menampilkan hasil dan mempresentasikannya dengan jelas. Indikator: - Kerjasama - Komunikasi - Tanggungjawab - Menghargai - Tanggap - Inisiatif - Antusias - Sintesa hasil	5%
9	Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem	Asuhan keperawatan gawat darurat klien pada kasus sistem integumen: 1. Luka bakar	Case studi (DH)	3 x 50	Laporan kasus		10%
10	Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem	Asuhan keperawatan gawat darurat klien pada kasus sistem endokrin: 1. Hiperglikemia 2. Hipoglikemia	Case studi (AH)	3 x 50	Laporan kasus		10%
11	Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem	Asuhan keperawatan gawat darurat klien pada kasus sistem pencernaan: 1. Gastroenteritis 2. Trauma abdomen	Case studi (AH)	3 x 50	Laporan kasus		5%

						- Leadership	
12	Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem	Asuhan keperawatan gawat darurat klien pada kasus multisistem: 1. Syok kardiogenik 2. Syok anafilaktik 3. Syok septik	Case studi (AH)	3 x 50	Laporan kasus		10%
13	Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem	Asuhan keperawatan gawat darurat klien pada kasus multisistem: 1. Syok hipovolemik 2. Intoksikasi	Case studi (AH)	3 x 50	Laporan kasus		5%
14	Menganalisis trend dan issue manajemen penatalaksanaan pada kasus kegawatdaruratan	Evidence based practice manajemen penatalaksanaan pada kasus kegawatdaruratan: 1. Asma 2. ACS 3. CVA 4. Luka bakar	SGD, (AH)	3 x 50	Presentasi dan penugasan	<p>Kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketepatan membuat aspek sesuai dengan topik yang diterima oleh masing-masing kelompok. - Makalah: disusun dengan menyajikan trigger case sesuai topik. - Power point : dapat menampilkan hasil dan mempresentasikannya dengan jelas. <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerjasama 	10%

						<ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi - Tanggungjawab - Menghargai - Tanggap - Inisiatif - Antusias - Sintesa hasil - Leadership 	
UAS							
Praktikum LAB							
1	Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan kegawatdaruratan	Triase	Demonstrasi dan simulasi (AM)	3 x 2 x 170	Prosedur skill tes	Mampu mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan kegawatdaruratan	
2		Basic Trauma Cardiac Life Support	Demonstrasi dan simulasi (DB)	4 x 2 x 170	Prosedur skill tes		
3		Advance Life Support	Demonstrasi dan simulasi (AH)	4 x 2 x 170	Prosedur skill tes		
4		Resusitasi Cairan	Demonstrasi dan simulasi (AS)	3 x 2 x 170	Prosedur skill tes		

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Mata Ajar

Ruang lingkup mata kuliah keperawatan gawat darurat membahas tentang konsep dasar keperawatan gawat darurat, konsep bantuan hidup dasar dan hidup lanjutan, konsep asuhan keperawatan kegawatdaruratan, terapi support pada klien gawat darurat, pendidikan kesehatan asuhan keperawatan kegawatdaruratan, trend dan issue dalam asuhan keperawatan kegawatdaruratan, dan intervensi keperawatan pada kasus dengan kegawatdaruratan. Mata kuliah ini merupakan aplikasi lebih lanjut dari mata kuliah keperawatan dasar, dan keperawatan medikal bedah. Kaitannya dengan kompetensi lulusan Program Studi yang telah ditetapkan mata kuliah ini mendukung kompetensi lulusan: mampu menjamin kualitas asuhan holistik secara kontinyu dan konsisten, mampu menggunakan teknologi dan informasi kesehatan secara efektif dalam upaya mengikuti perkembangan IPTEK keperawatan dan kesehatan, mampu menggunakan proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah klien.

B. Capaian Pembelajaran Lulusan

1. Sikap

- a. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral dan etika
- b. Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan dibidang keahliannya secara mandiri

2. Keterampilan Umum

- a. Bertanggungjawab atas pekerjaan dibidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
- b. Bekerjasama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya

3. CP Keterampilan Khusus

- a. Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (patient safety) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia
- b. Mampu melaksanakan prosedur penanganan trauma dasar dan jantung (basic

trauma cardiac life support/BTCLS) pada situasi gawat darurat/bencana sesuai standar dan kewenangannya

4. CP Pengetahuan

- a. Menguasai prinsip dan prosedur bantuan hidup lanjut (advance life support) dan penanganan trauma (basic trauma cardiac life support/BTCLS) pada kondisi kegawatdaruratan dan bencana

C. Strategi Perkuliahan

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan Student Center Learning. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain, yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi. Berikut metode pembelajaran yang akan digunakan dalam perkuliahan ini:

1. Mini Lecture
2. Case Studi
3. SGD

BAB 2

KEGIATAN BELAJAR

A. Kegiatan Belajar 1, 2 dan 3

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menganalisis konsep dasar keperawatan gawat darurat, mampu mengelola administrasi keperawatan

2. Uraian Materi

Konsep Gawat Darurat

Dosen: Dr. Bahrudin, M.Kep

Perawatan darurat adalah pemberian perawatan khusus bagi pasien yang sakit atau cedera darurat. Pasien seperti itu tidak stabil sehingga memerlukan perawatan intensif dan kewaspadaan. Peran perawat sangat penting dan dibutuhkan oleh pasien maupun keluarga dalam kesembuhan pasien. Peran perawat dalam perawatan darurat yaitu pemberi pelayanan kesehatan, manager klinis, pendidik, peneliti, praktik kolaboratif. Dalam keperawatan gawat darurat terdapat prinsip perawatan yang pada penggunaannya harus cepat dan tepat, yaitu *Emergent triage*, *Urgent triage*, dan *Nonurgent triage*. Perawatan gawat darurat mengharuskan perawat memeriksa pasien dengan cepat dan tepat dan memonitor peralatan yang digunakan. Saat pasien datang makan perawat akan melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data yang akan digunakan untuk tahap lebih lanjut. Pengkajian yang di gunakan yaitu primary survey dan secondary survey. Primary survey ini di mulai dengan mengkaji DRABC (*Danger, Response, Airway, Breathing, Circulation*) dan untuk secondary survey pengkajian ini lebih dalam mencakup *history*, *vital sign* dan *pysical examination*.

Keperawatan gawat darurat adalah pelayanan keperawatan profesional diberikan pada pasien dengan kebutuhan urgen dan kritis. Dalam pelayanan keperawatan ini bersifat darurat sehingga perawat harus memiliki kemampuan, ketrampilan, tehnik serta ilmu pengetahuan yang tinggi dan benar dalam menangani kedaruratan pasien (Saudin and Kristiyanto, 2016, p. 30). Dalam pelayanan gawat darurat ini perawat mempunyai peran penting dalam memberikan pertolongan dalam pasien. Peran dan fungsi perawat gawat darurat berdasarkan pada kondisi pelayanan kegawatdaruratan, fungsi pertama adalah fungsi independen, yaitu perawat sebagai pemberian asuhan. Fungsi kedua adalah fungsi dependen, fungsi yang didelegasikan sepenuhnya atau sebagian dari profesi lain yaitu fungsi dimana perawat saat melaksanakan kegiatan perawatan di

intruksikan oleh tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi dan analis medis. Fungsi ketiga adalah fungsi kolaboratif, yaitu melakukan kerjasama saling membantu dalam program kesehatan (Handayani and Sofyannur, 2018, p. 34). Peran perawat dalam pelayanan gawat darurat yaitu (Sheehy, 2013, pp. 4–5):

1. Pemberi pelayanan kesehatan (*direct care provider*) pelayanan ini diberikan langsung kepada pasien yang mengalami masalah kesehatan karena sakit akut, kritis, labil dan cedera. Seta memberikan pelayanan kesehatan langsung pada keluarga, kelompok pasien dan masyarakat yang membutuhkan perawatan kritis atau gawat darurat.
2. Manager klinis (*leadership*) perawat gawat darurat dapat berperan sebagai manager klinik atau unit gawat darurat yang bekerja untuk meningkatkan pelayanan kesehatan gawat darurat.
3. Pendidik (*educator*) perawat gawat darurat berperan sebagai pemberi edukasi atau pembimbing klinik bagi pasien maupun keluarga dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan serta untuk pencegahan cedera berulang maupun yang belum terjadi.
4. Peneliti (*reseacher*) perawat gawat darurat berperan sebagai peneliti di dalam kesehatan terkait pelayanan gawat darurat juga berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan gawat darurat.
5. Praktik kolaboratif (*collaborative practice*) berperan untuk membangun kerjasama dan koalisi antar profesi dan melakukan praktik kolaboratif untuk mendapatkan serta mengoptimalkan hasil pelayanan yang diberikan.

Terdapat prinsip dalam keperawatan gawat darurat, yaitu gawat darurat (*Emergent triage*), gawat tidak daruratt (*Urgent triage*), dan darurat tidak gawat (*Nonurgent triage*). Gawat darurat yaitu ketika klien tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau dapat menjadi gawat dan terancam nyawanya dan dapat menjadi cacat anggota tubuhnya ketika tidak diberikan pertolongan dengan cepat. Gawat tidak darurat yaitu ketika klien berada dalam keadaan gawat tetapi memerlukan tindakan darurat, misalnya penderita kanker stadium lanjut. Darurat tidak gawat yaitu klien dengan musibah yang tiba-tiba terjadi, tetapi tidak mengancam nyawa klien dan anggota tubuhnya (Krisanty, 2009, pp. 18–19).

Perawatan gawat darurat dilakukan untuk merawat klien dengan keadaan gawat darurat atau mengancam nyawanya. Pasien dengan kondisi mengancam nyawa berfokus pada tindakan resusitasi, sedangkan pada pasien menjelang ajal lebih

berfokus pada perawatan *End of life*. *End of life care* diberikan pada pasien yang kritis atau menjelang ajal yaitu mencakup persiapan pasien dalam menghadapi kematian dengan tenang dan damai. *End of life care* disini bertujuan agar pasien yang kritis atau menjelang ajal merasa bebas dari rasa nyeri, merasa nyaman tidak terbebani, merasa dihargai, dan berada dalam kedamaian (Imaculata Ose, Ratnawati and Lestari, 2016, p. 172).

Biomekanika trauma adalah ilmu yang mempelajari tentang proses atau mekanisme kejadian cedera pada suatu jenis kekerasan atau kecelakaan yang menggunakan prinsip-prinsip mekanika baik saat sebelum, saat itu juga dan sebelum kejadian. Mekanisme trauma dapat diklasifikasikan, yaitu tumpul, kompresi, ledakan dan tembus. Mekanisme cedera terdiri dari cedera langsung, misal kepala di pukul dengan martil, kulit kepala dapat mengalami kerobek, tulang kepala dapat retak dan patah, dapat mengakibatkan perdarahan pada otak. Cedera perlambatan, contohnya adalah yang terjadi pada korban kecelakaan motor yang membentur pohon, setelah badan menabrak dipohon, maka organ dalam akan tetap bergerak maju, jantung akan terlepas dari ikatannya (aorta) sehingga dapat mengakibatkan ruptur aorta. cedera percepatan / akselerasi, misalnya bila pengendara mobil yang ditabrak dari belakang. Tabrakan dari belakang biasanya akan terjadi kehilangan kesadaran sebelum tabrakan dan sebagainya. Anamnesis yang berhubungan dengan fase ini meliputi : Tipe kejadian trauma, misalnya : tabrakan kendaraan bermotor, jatuh atau trauma / luka tembus. Perkiraan intensitas energi yang terjadi misalnya : kecepatan kendaraan, ketinggian dari tempat jatuh, kaliber atau ukuran senjata. Jenis tabrakan atau benturan yang terjadi pada penderita : mobil, pohon, pisau dan lain – lain (Sucipta and Suriasih, 2015, pp. 24–25).

Pengkajian adalah tahap dalam keperawatan yang pertama dan bersifat berkelanjutan dimana pada fase tersebut data subjektif dan objektif dikumpulkan untuk digunakan pada tahap selanjutnya. Dalam keperawatan gawat darurat, pengkajian ditunjukkan untuk mengidentifikasi kondisi pasien saat datang dan adakah risiko yang membahayakan atau mengancam kehidupan dari pasien. Pengkajian dalam keperawatan gawat darurat dilakukan dengan *Primary survey* dan *Secondary survey* (Sheehy, 2013, p. 9). *Primary survey* adalah penilaian yang cepat serta sistematis yang digunakan untuk mengidentifikasi dan mengenali keadaan atau kondisi yang mengancam kehidupan klien secepat mungkin. *Primary survey* ini menggunakan

pendekatan pengkajian inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi (Sheehy, 2013, pp. 9–10).

Primary survey dilakukan dengan menggunakan langkah-langkah DRABC (*Danger, Response, Airway, Breathing, Circulation*) yaitu sebagai berikut (Sheehy, 2013, p. 10):

1. Danger

Periksa situasi bahaya yang mengancam klien, pastikan lingkungan aman bagi klien dan perawat sebelum memberikan pertolongan. Pastikan saat memberikan pertolongan pada klien lihat sekeliling usahakan situasi aman.

2. Response

Kaji respon pasien, apakah pasien berespon saat di tanya. Gunakan AVPU (*Alert, Verbal, Pain, Unresponsive*) untuk menentukan kesadaran klien.

3. Airway

Kaji keadaan jalan nafas pasien adakah sumbatan atau tidak. Jika ada sumbatan dan pasien responsif berikan pertolongan untuk melancarkan jalan nafas, jika ada sumbatan dan pasien tidak responsif lakukan head lift dan chin lift untuk melancarkan jalan nafas.

4. Breathing

Cek pernafasan dan cek apakah ventilasinya adekuat pertimbangkan oksigen dan *assist ventilation*.

5. Circulation

Kaji denyut nadi apakah nadi teraba dan tentukan nadi adekuat. Cek *capillary refill* pertimbangkan defibrilasi, RJP, kontrol perdarahan, elevasi kaki (kecuali pada cedera spinal).

Setelah *primary survey* selesai, lakukan *secondary survey* yang lebih terperinci, yang mencakup pengkajian dari kepala ke kaki (head to toe). Bagian ini dari pemeriksaan untuk mengidentifikasi semua cedera yang diderita oleh pasien. Lakukan pengkajian tanda-tanda vital lengkap termasuk pernafasan, denyut nadi, tekanan darah, dan temperatur. Jika saat pengkajian ada trauma dada dapatkan tekanan darah pada kedua lengan (Williams and Wilkins, 2008, p. 13). *Secondary survey* dilakukan dengan pengkajian *history, vital sign* dan *physical examination*. *History*, dilakukan menggunakan metode yang dinamakan SAMPLE, S (sign/symptoms yaitu tanda dan gejala), A (Allergies, alergi), M (Medications, pengobatan), P (Past medical history, riwayat penyakit), L (Last oral intake, makanan yang dikonsumsi terakhir), E (Even

prior to the illness or injury, kejadian sebelum sakit). Poin tersebut dikembangkan menggunakan skala OPQRS. O (onset), P (Provocation), Q (Quality), R (Radiation), S (severity), T (Timing). Vital sign, dilakukan pengkajian lebih dalam, meliputi, pulse, respiration rate, blood pressure, temperatur. Pysical examination, dilakukan dengan pemeriksaan fisik lengkap yaitu head to toe.(Sheehy, 2013, pp. 10–11):

3. Rangkuman

Perawatan darurat adalah pemberian perawatan khusus bagi pasien yang sakit atau cedera darurat. Pasien seperti itu tidak stabil sehingga memerlukan perawatan intensif dan kewaspadaan. Peran perawat sangat penting dan dibutuhkan oleh pasien maupun keluarga dalam kesembuhan pasien. Peran perawat dalam perawatan darurat yaitu pemberi pelayanan kesehatan, manager klinis, pendidik, peneliti, praktik kolaboratif. Dalam keperawatan gawat darurat terdapat prinsip perawatan yang pada penggunaannya harus cepat dan tepat, yaitu *Emergent triage*, *Urgent triage*, dan *Nonurgent triage*. Perawatan gawat darurat mengharuskan perawat memeriksa pasien dengan cepat dan tepat dan memonitor peralatan yang digunakan. Saat pasien datang maka perawat akan melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data yang akan digunakan untuk tahap lebih lanjut. Pengkajian yang digunakan yaitu primary survey dan secondary survey. Primary survey ini di mulai dengan mengkaji DRABC (*Danger, Response, Airway, Breathing, Circulation*) dan untuk secondary survey pengkajian ini lebih dalam mencakup *history*, *vital sign* dan *pysical examination*. Keperawatan gawat darurat adalah pelayanan keperawatan profesional diberikan pada pasien dengan kebutuhan urgen dan kritis.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

B. Kegiatan Belajar 4

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menganalisis konsep triase serta bantuan hidup dasar dan hidup lanjutan, mampu berpartisipasi aktif sebagai anggota tim

2. Uraian Materi

Konsep Triage dan Bantuan Hidup Dasar

Dosen: Dr. Bahrudin, M.Kep

KONSEP TRIAGE

A. PENGERTIAN

Triage adalah suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya (Kathleen dkk, 2008).

Triage adalah usaha pemilahan korban sebelum ditangani, berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma atau penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada.

Triage adalah suatu sistem pembagian/klasifikasi prioritas klien berdasarkan berat ringannya kondisi klien/kegawatannya yang memerlukan tindakan segera. Dalam triage, perawat dan dokter mempunyai batasan waktu (respon time) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya yaitu ≤ 10 menit.

Triase berasal dari bahasa Prancis *trier* bahasa Inggris *triage* danditurunkan dalam bahasa Indonesia triase yang berarti sortir. Yaitu proses khusus memilah pasien berdasar beratnya cedera ataupun penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat. Kini istilah tersebut lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan berfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap 100 juta orang yang memerlukan perawatan di UGD setiap tahunnya. (Pusponegoro, 2010)

B. PRINSIP DAN TIPE TRIAGE

Di rumah sakit, didalam triase mengutamakan perawatan pasien berdasarkan gejala. Perawat triase menggunakan ABCD keperawatan seperti jalan nafas,

pernapasan dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembaban, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran dan inspeksi visual untuk luka dalam, deformitas kotor dan memar untuk memprioritaskan perawatan yang diberikan kepada pasien di ruang gawat darurat. Perawat memberikan prioritas pertama untuk pasien gangguan jalan nafas, bernafas atau sirkulasi terganggu. Pasien-pasien ini mungkin memiliki kesulitan bernafas atau nyeri dada karena masalah jantung dan mereka menerima pengobatan pertama. Pasien yang memiliki masalah yang sangat mengancam kehidupan diberikan pengobatan langsung bahkan jika mereka diharapkan untuk mati atau membutuhkan banyak sumber daya medis. (Bagus,2007).

Menurut Brooker, 2008. Dalam prinsip triase diberlakukan system prioritas, prioritas adalah penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan : 1) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit. 2) Dapat mati dalam hitungan jam. 3) Trauma ringan. 4) Sudah meninggal. Pada umumnya penilaian korban dalam triage dapat dilakukan dengan:

1. Menilai tanda vital dan kondisi umum korban
2. Menilai kebutuhan medis
3. Menilai kemungkinan bertahan hidup
4. Menilai bantuan yang memungkinkan
5. Memprioritaskan penanganan definitive
6. Tag Warna

a. Prinsip dalam pelaksanaan triase :

- a) Triase seharusnya dilakukan segera dan tepat waktu
Kemampuan berespon dengan cepat terhadap kemungkinan penyakit yang mengancam kehidupan atau injuri adalah hal yang terpenting di departemen kegawatdaruratan.
- b) Pengkajian seharusnya adekuat dan akurat
Intinya, ketelitian dan keakuratan adalah elemen yang terpenting dalam proses interview.
- c) Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian
Keselamatan dan perawatan pasien yang efektif hanya dapat direncanakan bila terdapat informasi yang adekuat serta data yang akurat.
- d) Melakukan intervensi berdasarkan keakutan dari kondisi

Tanggung jawab utama seorang perawat triase adalah mengkaji secara akurat seorang pasien dan menetapkan prioritas tindakan untuk pasien tersebut. Hal tersebut termasuk intervensi terapeutik, prosedur diagnostic dan tugas terhadap suatu tempat yang dapat diterima untuk suatu pengobatan.

e) Tercapainya kepuasan pasien

- ✚ Perawat triase seharusnya memenuhi semua yang ada di atas saat menetapkan hasil secara serempak dengan pasien
- ✚ Perawat membantu dalam menghindari keterlambatan penanganan yang dapat menyebabkan keterpurukan status kesehatan pada seseorang yang sakit dengan keadaan kritis.
- ✚ Perawat memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga atau temannya.

“Time Saving is Life Saving (respon time diusahakan sesingkat mungkin), The Right Patient, to The Right Place at The Right Time, with The Right Care Provider. “

Pengambilan keputusan dalam proses triage dilakukan berdasarkan:

1. Ancaman jiwa mematikan dalam hitungan menit
2. Dapat mati dalam hitungan jam
3. Trauma ringan
4. Sudah meninggal

(Making the Right Decision A Triage Curriculum, 1995: page 2-3)

b. Tipe Triage Di Rumah Sakit

1. Tipe 1 : *Traffic Director or Non Nurse*

- a) Hampir sebagian besar berdasarkan system triage
- b) Dilakukan oleh petugas yang tak berijazah
- c) Pengkajian minimal terbatas pada keluhan utama dan seberapa sakitnya
- d) Tidak ada dokumentasi
- e) Tidak menggunakan protocol

2. Tipe 2 : Cek Triage Cepat

- a) Pengkajian cepat dengan melihat yang dilakukan perawat beregristrasi atau dokter
- b) Termasuk riwayat kesehatan yang berhubungan dengan keluhan utama

- c) Evaluasi terbatas
 - d) Tujuan untuk meyakinkan bahwa pasien yang lebih serius atau cedera mendapat perawatan pertama
3. Tipe 3 : *Comprehensive Triage*
- a) Dilakukan oleh perawat dengan pendidikan yang sesuai dan berpengalaman
 - b) 4 sampai 5 sistem katagori
 - c) Sesuai protocol

Beberapa tipe sistem triagelainnya :

1. *Traffic Director*

Dalam sistem ini, perawat hanya mengidentifikasi keluhan utama dan memilih antara status “mendesak” atau “tidak mendesak”. Tidak ada tes diagnostik permulaan yang diintruksikan dan tidak ada evaluasi yang dilakukan sampai tiba waktu pemeriksaan.

2. *Spot Check*

Pada sistem ini, perawat mendapatkan keluhan utama bersama dengan data subjektif dan objektif yang terbatas, dan pasien dikategorikan ke dalam salah satu dari 3 prioritas pengobatan yaitu “gawat darurat”, “mendesak”, atau “ditunda”. Dapat dilakukan beberapa tes diagnostik pendahuluan, dan pasien ditempatkan di area perawatan tertentu atau di ruang tunggu. Tidak ada evaluasi ulang yang direncanakan sampai dilakukan pengobatan.

3. *Comprehensive*

Sistem ini merupakan sistem yang paling maju dengan melibatkan dokter dan perawat dalam menjalankan peran triage. Data dasar yang diperoleh meliputi pendidikan dan kebutuhan pelayanan kesehatan primer, keluhan utama, serta informasi subjektif dan objektif. Tes diagnostik pendahuluan dilakukan dan pasien ditempatkan di ruang perawatan akut atau ruang tunggu, pasien harus dikaji ulang setiap 15 sampai 60 menit (Iyer, 2004).

C. KLASIFIKASI DAN PENENTUAN PRIORITAS

Berdasarkan Oman (2008), pengambilan keputusan triage didasarkan pada keluhan utama, riwayat medis, dan data objektif yang mencakup keadaan umum pasien serta hasil pengkajian fisik yang terfokus. Menurut *Comprehensive Speciality*

Standard, ENA tahun 1999, penentuan triase didasarkan pada kebutuhan fisik, tumbuh kembang dan psikososial selain pada factor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan serta alur pasien lewat sistem pelayanan kedaruratan. Hal-hal yang harus dipertimbangkan mencakup setiap gejala ringan yang cenderung berulang atau meningkat keparahannya .

Prioritas adalah penentuan mana yang harus didahulukan mengenai penanganan dan pemindahan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul. Beberapa hal yang mendasari klasifikasi pasien dalam sistem triage adalah kondisi klien yang meliputi :

1. **Gawat**, adalah suatu keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan yang memerlukan penanganan dengan cepat dan tepat
2. **Darurat**, adalah suatu keadaan yang tidak mengancam nyawa tapi memerlukan penanganan cepat dan tepat seperti kegawatan
3. **Gawat darurat**, adalah suatu keadaan yang mengancam jiwa disebabkan oleh gangguan ABC (*Airway* / jalan nafas, *Breathing* / pernafasan, *Circulation* / sirkulasi), jika tidak ditolong segera maka dapat meninggal / cacat (Wijaya, 2010)

Berdasarkan prioritas perawatan dapat dibagi menjadi 4 klasifikasi :

Tabel 1. Klasifikasi Triage

KLASIFIKASI	KETERANGAN
Gawat darurat (P1)	Keadaan yang mengancam nyawa / adanya gangguan ABC dan perlu tindakan segera, misalnya cardiac arrest, penurunan kesadaran, trauma mayor dengan perdarahan hebat
Gawat tidak darurat (P2)	Keadaan mengancam nyawa tetapi tidak memerlukan tindakan darurat. Setelah dilakukan diresusitasi maka ditindaklanjuti oleh dokter spesialis. Misalnya ; pasien kanker tahap lanjut, fraktur, sickle cell dan lainnya
Darurat tidak gawat (P3)	Keadaan yang tidak mengancam nyawa tetapi memerlukan tindakan darurat. Pasien sadar, tidak ada gangguan ABC dan dapat langsung

	diberikan terapi definitive. Untuk tindak lanjut dapat ke poliklinik, misalnya laserasi, fraktur minor / tertutup, sistitis, otitis media dan lainnya
Tidak gawat tidak darurat (P4)	Keadaan tidak mengancam nyawa dan tidak memerlukan tindakan gawat. Gejala dan tanda klinis ringan / asimtomatis. Misalnya penyakit kulit, batuk, flu, dan sebagainya

Tabel 2. Klasifikasi berdasarkan Tingkat Prioritas (*Labeling*)

KLASIFIKASI	KETERANGAN
Prioritas I (merah)	Mengancam jiwa atau fungsi vital, perlu resusitasi dan tindakan bedah segera, mempunyai kesempatan hidup yang besar. Penanganan dan pemindahan bersifat segera yaitu gangguan pada jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi. Contohnya sumbatan jalan nafas, tension pneumothorax, syok hemoragik, luka terpotong pada tangan dan kaki, combutio (luka bakar) tingkat II dan III > 25%
Prioritas II (kuning)	Potensial mengancam nyawa atau fungsi vital bila tidak segera ditangani dalam jangka waktu singkat. Penanganan dan pemindahan bersifat jangan terlambat. Contoh: patah tulang besar, combutio (luka bakar) tingkat II dan III < 25 %, trauma thorax / abdomen, laserasi luas, trauma bola mata.
Prioritas III (hijau)	Perlu penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segera. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Contoh luka superficial, luka-luka ringan
Prioritas 0 (hitam)	Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contoh henti jantung kritis, trauma kepala kritis.

TINGKAT KEAKUTAN	
Kelas I	Pemeriksaan fisik rutin (misalnya memar minor); dapat menunggu lama tanpa bahaya
Kelas II	Nonurgen / tidak mendesak (misalnya ruam, gejala flu); dapat menunggu lama tanpa bahaya
Kelas III	Semi-urgen / semi mendesak (misalnya otitis media); dapat menunggu sampai 2 jam sebelum pengobatan
Kelas IV	Urgen / mendesak (misalnya fraktur panggul, laserasi berat, asma); dapat menunggu selama 1 jam
Kelas V	Gawat darurat (misalnya henti jantung, syok); tidak boleh ada keterlambatan pengobatan ; situasi yang mengancam hidup

Tabel 3. Klasifikasi berdasarkan Tingkat Keakutan (Iyer, 2004).

Beberapa petunjuk tertentu harus diketahui oleh perawat triage yang mengindikasikan kebutuhan untuk klasifikasi prioritas tinggi. Petunjuk tersebut meliputi :

1. Nyeri hebat
2. Perdarahan aktif
3. Stupor / mengantuk
4. Disorientasi
5. Gangguan emosi
6. Dispnea saat istirahat
7. Diaforesis yang ekstrem
8. Sianosis

D. PROSES TRIAGE

Proses triage dimulai ketika pasien masuk ke pintu UGD. Perawat triage harus mulai memperkenalkan diri, kemudian menanyakan riwayat singkat dan melakukan pengkajian, misalnya melihat sekilas kearah pasien yang berada di brankar sebelum mengarahkan ke ruang perawatan yang tepat.

Pengumpulan data subjektif dan objektif harus dilakukan dengan cepat, tidak lebih dari 5 menit karena pengkajian ini tidak termasuk pengkajian perawat utama. Perawat triage bertanggung jawab untuk menempatkan pasien di area pengobatan yang tepat; misalnya bagian trauma dengan peralatan khusus, bagian jantung dengan monitor jantung dan tekanan darah, dll. Tanpa memikirkan dimana pasien pertama kali ditempatkan setelah triage, setiap pasien tersebut harus dikaji ulang oleh perawat utama sedikitnya sekali setiap 60 menit.

Untuk pasien yang dikategorikan sebagai pasien yang mendesak atau gawat darurat, pengkajian dilakukan setiap 15 menit / lebih bila perlu. Setiap pengkajian ulang harus didokumentasikan dalam rekam medis. Informasi baru dapat mengubah kategorisasi keakutan dan lokasi pasien di area pengobatan. Misalnya kebutuhan untuk memindahkan pasien yang awalnya berada di area pengobatan minor ke tempat tidur bermonitor ketika pasien tampak mual atau mengalami sesak nafas, sinkop, atau diaforesis. (Iyer, 2004).

Bila kondisi pasien ketika datang sudah tampak tanda - tanda objektif bahwa ia mengalami gangguan pada airway, breathing, dan circulation, maka pasien ditangani terlebih dahulu. Pengkajian awal hanya didasarkan atas data objektif dan data subjektif sekunder dari pihak keluarga. Setelah keadaan pasien membaik, data pengkajian kemudian dilengkapi dengan data subjektif yang berasal langsung dari pasien (data primer)

Alur dalam proses triase:

1. Pasien datang diterima petugas / paramedis UGD.
2. Diruang triase dilakukan anamnesa dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya oleh perawat.
3. Bila jumlah penderita/korban yang ada lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD)
4. Penderita dibedakan menurut kegawatannya dengan memberi kodewarna:
 - 1) Segera-*Immediate* (merah). Pasien mengalami cedera mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. Misalnya: *Tension pneumothorax*, distress pernafasan ($RR < 30x/mnt$), perdarahan internal, dsb.
 - 2) Tunda-*Delayed* (kuning) Pasien memerlukan tindakan definitif tetapi tidak ada ancaman jiwa segera. Misalnya : Perdarahan laserasi terkontrol, fraktur tertutup pada ekstremitas dengan perdarahan terkontrol, luka bakar $< 25\%$ luas permukaan tubuh, dsb.

- 3) *Minimal* (hijau). Pasien mendapat cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Misalnya : Laserasi minor, memar dan lecet, luka bakar superfisial.
- 4) *Expextant* (hitam) Pasien mengalami cedera mematikan dan akan meninggal meski mendapat pertolongan. Misalnya : Luka bakar derajat 3 hampir diseluruh tubuh, kerusakan organ vital, dsb.
- 5) Penderita/korban mendapatkan prioritas pelayanan dengan urutan warna : merah, kuning, hijau, hitam.
- 6) Penderita/korban kategori triase merah dapat langsung diberikan pengobatan diruang tindakan UGD. Tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, penderita/korban dapat dipindahkan ke ruang operasi atau dirujuk ke rumah sakit lain.
- 7) Penderita dengan kategori triase kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori triase merah selesai ditangani.
- 8) Penderita dengan kategori triase hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka penderita/korban dapat diperbolehkan untuk pulang.
- 9) Penderita kategori triase hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah. (Rowles, 2007).

E. DOKUMENTASI TRIAGE

Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat setelah memberi asuhan kepada pasien. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan serta respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Disamping itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang

dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggungjawabkan.

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai standar. Dengan demikian pemahaman dan ketrampilan dalam menerapkan standar dengan baik merupakan suatu hal yang mutlak bagi setiap tenaga keperawatan agar mampu membuat dokumentasi keperawatan secara baik dan benar.

Dokumentasi yang berasal dari kebijakan yang mencerminkan standar nasional berperan sebagai alat manajemen resiko bagi perawat UGD. Hal tersebut memungkinkan peninjau yang objektif menyimpulkan bahwa perawat sudah melakukan pemantauan dengan tepat dan mengkomunikasikan perkembangan pasien kepada tim kesehatan. Pencatatan, baik dengan computer, catatan naratif, atau lembar alur harus menunjukkan bahwa perawat gawat darurat telah melakukan pengkajian dan komunikasi, perencanaan dan kolaborasi, implementasi dan evaluasi perawatan yang diberikan, dan melaporkan data penting pada dokter selama situasi serius. Lebih jauh lagi, catatan tersebut harus menunjukkan bahwa perawat gawat darurat bertindak sebagai advokat pasien ketika terjadi penyimpangan standar perawatan yang mengancam keselamatan pasien. (Anonymous,2002).

Pada tahap pengkajian, pada proses triase yang mencakup dokumentasi :

1. Waktu dan datangnya alat transportasi
2. Keluhan utama (misal. “Apa yang membuat anda datang kemari?”)
3. Pengkodean prioritas atau keakutan perawatan
4. Penentuan pemberi perawatan kesehatan yang tepat
5. Penempatan di area pengobatan yang tepat (msl. kardiak versus trauma, perawatan minor versus perawatan kritis)
6. Permulaan intervensi (misal. balutan steril, es, pemakaian bidai, prosedur diagnostik seperti pemeriksaan sinar X, elektrokardiogram (EKG), atau Gas Darah Arteri (GDA))(ENA, 2005).

KOMPONEN DOKUMENTASI TRIAGE

Tanggal dan waktu tiba

Umur pasien

Waktu pengkajian

Riwayat alergi
Riwayat pengobatan
Tingkat kegawatan pasien
Tanda - tanda vital
Pertolongan pertama yang diberikan
Pengkajian ulang
Pengkajian nyeri
Keluhan utama
Riwayat keluhan saat ini
Data subjektif dan data objektif
Periode menstruasi terakhir
Imunisasi tetanus terakhir
Pemeriksaan diagnostik
Administrasi pengobatan
Tanda tangan *registered nurse*

Rencana perawatan lebih sering tercermin dalam instruksi dokter serta dokumentasi pengkajian dan intervensi keperawatan daripada dalam tulisan rencana perawatan formal (dalam bentuk tulisan tersendiri). Oleh karena itu, dokumentasi oleh perawat pada saat instruksi tersebut ditulis dan diimplementasikan secara berurutan, serta pada saat terjadi perubahan status pasien atau informasi klinis yang dikomunikasikan kepada dokter secara bersamaan akan membentuk “landasan” perawatan yang mencerminkan ketaatan pada standar perawatan sebagai pedoman.

Dalam implementasi perawat gawat darurat harus mampu melakukan dan mendokumentasikan tindakan medis dan keperawatan, termasuk waktu, sesuai dengan standar yang disetujui. Perawat harus mengevaluasi secara kontinu perawatan pasien berdasarkan hasil yang dapat diobservasi untuk menentukan perkembangan pasien ke arah hasil dan tujuan dan harus mendokumentasikan respon pasien terhadap intervensi pengobatan dan perkembangannya. Standar Joint Commission (1996) menyatakan bahwa rekam medis menerima pasien yang sifatnya gawat darurat, mendesak, dan segera harus mencantumkan kesimpulan pada saat terminasi pengobatan, termasuk disposisi akhir, kondisi pada saat pemulangan, dan instruksi perawatan tindak lanjut.

Proses dokumentasi triage menggunakan sistem SOAPIE, sebagai berikut :

1. S: data subjektif
2. O : data objektif
3. A : analisa data yang mendasari penentuan diagnosa keperawatan
4. P: rencana keperawatan
5. I : implementasi, termasuk di dalamnya tes diagnostic
6. E: evaluasi / pengkajian kembali keadaan / respon pasien terhadap pengobatan dan perawatan yang diberikan (ENA, 2005)

Untuk mendukung kepatuhan terhadap standar yang memerlukan stabilisasi, dokumentasi mencakup hal - hal sebagai berikut:

- 1) Salinan catatan pengobatan dari rumah sakit pengirim
- 2) Tindakan yang dilakukan atau pengobatan yang diimplementasikan di fasilitas pengirim
- 3) Deskripsi respon pasien terhadap pengobatan
- 4) Hasil tindakan yang dilakukan untuk mencegah perburukan lebih jauh pada kondisi pasien

KONSEP BHD

A. Definisi BHD

Resusitasi Jantung Paru “RJP” atau *Cardiopulmonary Resuscitation* “CPR” adalah suatu tindakan darurat sebagai suatu usaha untuk mengembalikan keadaan henti nafas atau henti jantung (kematian klinis) ke fungsi optimal, untuk mencegah kematian biologis. Kematian klinis ditandai dengan hilangnya nadi arteri carotis dan arteri femoralis, terhentinya denyut jantung dan pembuluh darah atau pernafasan dan terjadinya penurunan atau kehilangan kesadaran. Kematian biologis dimana kerusakan otak tidak dapat diperbaiki lagi, dapat terjadi dalam 4 menit setelah kematian klinis. Oleh karena itu, berhasil atau tidaknya tindakan RJP tergantung cepatnya dilakukan tindakan dan tepatnya teknik yang dilakukan.

Keadaan-keadaan gagal nafas (henti nafas) ataupun henti jantung bisa juga terjadi di sekitar kita dalam keadaan dan waktu yang tak terduga. Walaupun kita bukan tenaga kesehatan, tetapi mengenal akan bagaimana cara memberikan bantuan hidup dasar secara umum perlu juga kita ketahui. Karena dengan pertolongan awal dalam memberikan bantuan dasar ini akan bisa bermakna memberikan kehidupan sebelum mendapatkan pertolongan lebih lanjut. Yang dimaksud dengan pengertian bantuan hidup dasar ini adalah usaha yang dilakukan untuk menjaga jalan nafas (*airway*) tetap terbuka,

menunjang pernafasan dan sirkulasi dan tanpa menggunakan alat-alat bantu. Usaha ini harus dimulai dengan mengenali secara tepat keadaan tanda henti jantung atau henti nafas dan segera memberikan bantuan sirkulasi dan ventilasi.

B. Tujuan Bantuan Hidup Dasar

Tujuan Bantuan Hidup Dasar ini adalah memberikan bantuan dengan cepat mempertahankan pasok oksigen ke otak, jantung dan alat-alat vital lainnya sambil menunggu pengobatan lanjutan. Jika pada suatu keadaan ditemukan korban dengan penilaian dini terdapat *gangguan tersumbatnya jalan nafas, tidak ditemukan adanya nafas dan atau tidak ada nadi*, maka penolong harus segera melakukan tindakan yang dinamakan dengan istilah bantuan hidup dasar (BHD).

Bantuan hidup dasar terdiri dari beberapa cara sederhana yang dapat membantu mempertahankan hidup seseorang untuk sementara. Beberapa cara sederhana tersebut adalah bagaimana menguasai dan membebaskan jalan nafas, bagaimana memberikan bantuan penafasan dan bagaimana membantu mengalirkan darah ke tempat yang penting dalam tubuh korban, sehingga pasokan oksigen ke otak terjaga untuk mencegah matinya sel otak.

Penilaian dan perawatan yang dilakukan pada bantuan hidup dasar sangat penting guna melanjutkan ketahapan selanjutnya. Hal ini harus dilakukan secara cermat dan terus menerus termasuk terhadap tanggapan korban pada proses pertolongan.

C. Indikasi Bantuan Hidup Dasar (BHD).

1. Henti napas

Henti napas ditandai dengan tidak adanya gerakan dada dan aliran udara pernapasan dari korban / pasien.

Henti napas merupakan kasus yang harus dilakukan tindakan Bantuan Hidup Dasar. Henti napas dapat terjadi pada keadaan :

- a. Tenggelam
- b. Stroke
- c. Obstruksi jalan napas
- d. Epiglottitis
- e. Overdosis obat-obatan
- f. Tersengat listrik
- g. Infark miokard

- h. Tersambar petir
- i. Koma akibat berbagai macam kasus

Pada awal henti napas oksigen masih dapat masuk ke dalam darah untuk beberapa menit dan jantung masih dapat mensirkulasikan darah ke otak dan organ vital lainnya, jika pada keadaan ini diberikan bantuan napas akan sangat bermanfaat agar korban dapat tetap hidup dan mencegah henti jantung.

2. Henti jantung

Pada saat terjadi henti jantung secara langsung akan terjadi henti sirkulasi. Henti sirkulasi ini akan dengan cepat menyebabkan otak dan organ vital kekurangan oksigen. Pernapasan yang terganggu (tersengal-sengal) merupakan tanda awal akan terjadinya henti jantung.

Bantuan hidup dasar merupakan bagian dari pengelolaan gawat darurat medik yang bertujuan :

- a. Mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya respirasi.
- b. Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti napas melalui Resusitasi Jantung Paru (RJP).

Resusitasi Jantung Paru terdiri dari 2 tahap, yaitu :

- a. Survei Primer (*Primary Surgery*), yang dapat dilakukan oleh setiap orang.
- b. Survei Sekunder (*Secondary Survey*), yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga medis dan paramedis terlatih dan merupakan lanjutan dari survei primer.

D. Survei Primer

Dalam survei primer difokuskan pada bantuan napas dan bantuan sirkulasi serta defibrilasi. Untuk dapat mengingatkan dengan mudah tindakan survei primer dirumuskan dengan abjad A, B, C, dan D, yaitu :

1. A : *airway* (jalan napas)
2. B : *breathing* (bantuan napas)
3. C : *circulation* (bantuan sirkulasi)
4. D : *defibrillation* (terapi listrik)

Sebelum melakukan tahapan A (*airway*), harus terlebih dahulu dilakukan prosedur awal pada korban / pasien, yaitu :

- a. Memastikan keamanan lingkungan bagi penolong.
- b. Memastikan kesadaran dari korban / pasien.

Untuk memastikan korban dalam keadaan sadar atau tidak, penolong harus melakukan upaya agar dapat memastikan kesadaran korban / pasien, dapat dengan cara menyentuh atau menggoyangkan bahu korban / pasien dengan lembut dan mantap untuk mencegah pergerakan yang berlebihan, sambil memanggil namanya atau Pak !!! / Bu !!! / Mas !!! / Mbak !!!

- c. Meminta pertolongan

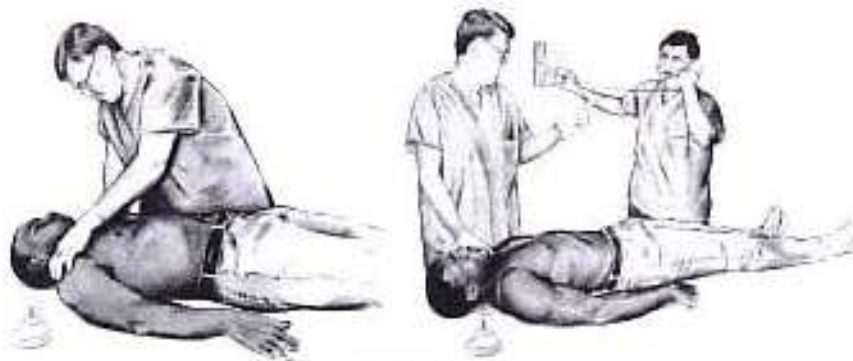
Jika ternyata korban / pasien tidak memberikan respon terhadap panggilan, segera minta bantuan dengan cara berteriak “Tolong !!!” untuk mengaktifkan sistem pelayanan medis yang lebih lanjut.

- d. Memperbaiki posisi korban / pasien

Untuk melakukan tindakan BHD yang efektif, korban / pasien harus dalam posisi terlentang dan berada pada permukaan yang rata dan keras. Jika korban ditemukan dalam posisi miring atau tengkurap, ubahlah posisi korban ke posisi terlentang. **Ingat !** penolong harus membalikkan korban sebagai satu kesatuan antara kepala, leher dan bahu digerakkan secara bersama-sama. Jika posisi sudah terlentang, korban harus dipertahankan pada posisi horisontal dengan alas tidur yang keras dan kedua tangan diletakkan di samping tubuh.

- e. Mengatur posisi penolong

Segera berlutut sejajar dengan bahu korban agar saat memberikan bantuan napas dan sirkulasi, penolong tidak perlu mengubah posisi atau menggerakkan lutut.



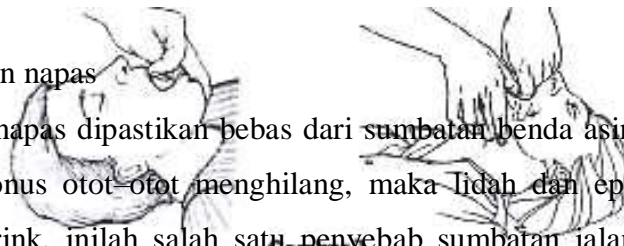
Gambar 1.
Cek kesadaran dan Aktifkan Sistem Emergensi

1. A (Airway) Jalan Napas

Setelah selesai melakukan prosedur dasar, kemudian dilanjutkan dengan melakukan tindakan :

a. Pemeriksaan jalan napas

Tindakan ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya sumbatan jalan napas oleh benda asing. Jika terdapat sumbatan harus dibersihkan dahulu, kalau sumbatan berupa cairan dapat dibersihkan dengan jari telunjuk atau jari tengah yang dilapisi dengan sepotong kain, sedangkan sumbatan oleh benda keras dapat dikorek dengan menggunakan jari telunjuk yang dibengkokkan. Mulut dapat dibuka dengan tehnik *Cross Finger*, dimana ibu jari diletakkan berlawanan dengan jari telunjuk pada mulut korban.



b. Membuka jalan napas

Setelah jalan napas dipastikan bebas dari sumbatan benda asing, biasa pada korban tidak sadar tonus otot-otot menghilang, maka lidah dan epiglotis akan menutup farink dan larink, inilah salah satu penyebab sumbatan jalan napas. Pembebasan jalan napas oleh lidah dapat dilakukan dengan cara tengadah kepala topang dagu (*Head tilt – chin lift*) dan Manuver Pendorongan Mandibula. Teknik membuka jalan napas yang direkomendasikan untuk orang awam dan petugas kesehatan adalah tengadah kepala topang dagu, namun demikian petugas kesehatan harus dapat melakukan manuver lainnya.



Gambar 3.
Pembebasan Jalan Napas

2. B (Breathing) Bantuan napas

Terdiri dari 2 tahap :

a. Memastikan korban / pasien tidak bernapas.



Dengan cara melihat pergerakan naik turunnya dada, mendengar bunyi napas dan merasakan hembusan napas korban / pasien. Untuk itu penolong harus mendekatkan telinga di atas mulut dan hidung korban / pasien, sambil tetap mempertahankan jalan napas tetap terbuka. Prosedur ini dilakukan tidak boleh melebihi 10 detik.

b. Memberikan bantuan napas.

Jika korban / pasien tidak bernapas, bantuan napas dapat dilakukan melalui mulut ke mulut, mulut ke hidung atau mulut ke stoma (lubang yang dibuat pada tenggorokan) dengan cara memberikan hembusan napas sebanyak 2 kali hembusan, waktu yang dibutuhkan untuk tiap kali hembusan adalah 1,5–2 detik dan volume udara yang dihembuskan adalah 400 -500 ml (10 ml/kg) atau sampai dada korban / pasien terlihat mengembang.

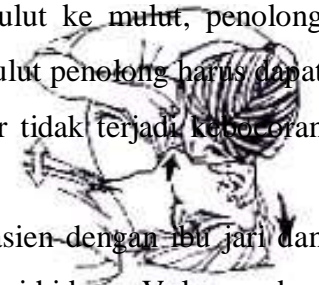
Penolong harus menarik napas dalam pada saat akan menghembuskan napas agar tercapai volume udara yang cukup. Konsentrasi oksigen yang dapat diberikan hanya 16–17%. Penolong juga harus memperhatikan respon dari korban / pasien setelah diberikan bantuan napas.

Cara memberikan bantuan pernapasan :

1) Mulut ke mulut

Bantuan pernapasan dengan menggunakan cara ini merupakan cara yang cepat dan efektif untuk memberikan udara ke paru-paru korban / pasien.

Pada saat dilakukan hembusan napas dari mulut ke mulut, penolong harus mengambil napas dalam terlebih dahulu dan mulut penolong harus dapat menutup seluruhnya mulut korban dengan baik agar tidak terjadi kebocoran saat menghembuskan napas dan juga penolong harus menutup lubang hidung korban / pasien dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk mencegah udara keluar kembali dari hidung. Volume udara yang diberikan pada kebanyakan orang dewasa adalah 400 - 500 ml (10 ml/kg).



Pemberian napas dari mulut ke mulut

Volume udara yang berlebihan dan laju inspirasi yang terlalu cepat dapat menyebabkan udara memasuki lambung, sehingga terjadi distensi lambung.

2) Mulut ke hidung

Teknik ini direkomendasikan jika usaha ventilasi dari mulut korban tidak memungkinkan, misalnya pada Trismus atau dimana mulut korban mengalami luka yang berat, dan sebaliknya jika melalui mulut ke hidung, penolong harus menutup mulut korban / pasien.

3) Mulut ke Stoma

Pasien yang mengalami laringotomi mempunyai lubang (stoma) yang menghubungkan trakhea langsung ke kulit. Bila pasien mengalami kesulitan pernapasan maka harus dilakukan ventilasi dari mulut ke stoma.



Gambar 7.
Pernapasan dari mulut ke stoma

3. C (*Circulation*) Bantuan sirkulasi

Terdiri dari 2 tahapan :

a. Memastikan ada tidaknya denyut jantung korban / pasien.

Ada tidaknya denyut jantung korban / pasien dapat ditentukan dengan meraba arteri karotis di daerah leher korban / pasien, dengan dua atau tiga jari tangan (jari telunjuk dan tengah) penolong dapat meraba pertengahan leher sehingga teraba trakhea, kemudian kedua jari digeser ke bagian sisi kanan atau kiri kira-kira 1–2 cm, raba dengan lembut selama 5–10 detik.



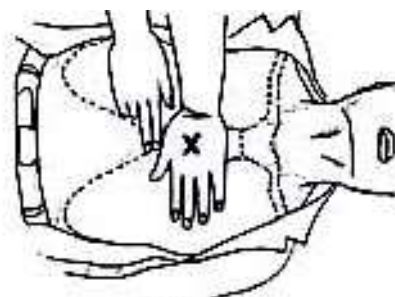
Gambar 8.
Pemeriksaan denyut nadi

Jika teraba denyutan nadi, penolong harus kembali memeriksa pernapasan korban dengan melakukan manuver tengadah kepala topang dagu untuk menilai pernapasan korban / pasien. Jika tidak bernapas lakukan bantuan pernapasan, dan jika bernapas pertahankan jalan napas.

b. Melakukan bantuan sirkulasi

Jika telah dipastikan tidak ada denyut jantung, selanjutnya dapat diberikan bantuan sirkulasi atau yang disebut dengan kompresi jantung luar, dilakukan dengan teknik sebagai berikut :

- 1) Dengan jari telunjuk dan jari tengah penolong menelusuri tulang iga kanan atau kiri sehingga bertemu dengan tulang dada (sternum).
- 2) Dari pertemuan tulang iga (tulang sternum) diukur kurang lebih 2 atau 3 jari ke atas. Daerah tersebut merupakan tempat untuk meletakkan tangan penolong dalam memberikan bantuan sirkulasi.
- 3) Letakkan kedua tangan pada posisi tadi dengan cara menumpuk satu telapak tangan diatas telapak tangan yang lainnya, hindari jari-jari tangan menyentuh dinding dada korban / pasien, jari-jari tangan dapat diluruskan atau menyilang.
- 4) Dengan posisi badan tegak lurus, penolong menekan dinding dada korban dengan tenaga dari berat badannya secara teratur sebanyak 30 kali dengan kedalaman penekanan berkisar antara 1,5–2 inci (3,8–5 cm).
- 5) Tekanan pada dada harus dilepaskan keseluruhannya dan dada dibiarkan mengembang kembali ke posisi semula setiap kali melakukan kompresi dada. Selang waktu yang dipergunakan untuk melepaskan kompresi harus sama dengan pada saat melakukan kompresi. (50% *Duty Cycle*).
- 6) Tangan tidak boleh lepas dari permukaan dada dan atau merubah posisi tangan pada saat melepaskan kompresi.
- 7) Rasio bantuan sirkulasi dan pemberian napas adalah 30 : 2 dilakukan baik oleh 1 atau 2 penolong jika korban / pasien tidak terintubasi dan kecepatan kompresi adalah 100 kali permenit (dilakukan 4 siklus permenit), untuk kemudian dinilai apakah perlu dilakukan siklus berikutnya atau tidak.



Gambar 9.
Posisi tangan pada kompresi dada

Dari tindakan kompresi yang benar hanya akan mencapai tekanan sistolik 60–80 mmHg, dan diastolik yang sangat rendah, sedangkan curah jantung (*cardiac output*) hanya 25% dari curah jantung normal. Selang waktu mulai dari

menemukan pasien dan dilakukan prosedur dasar sampai dilakukannya tindakan bantuan sirkulasi (kompresi dada) tidak boleh melebihi 30 detik.



4. D (*Defibrillation*)

Defibrillation atau dalam bahasa Indonesia diterjemahkan dengan istilah defibrilasi adalah suatu terapi dengan memberikan energi listrik. Hal ini dilakukan jika penyebab henti jantung (*cardiac arrest*) adalah kelainan irama jantung yang disebut dengan Fibrilasi Ventrikel. Dimasa sekarang ini sudah tersedia alat untuk defibrilasi (defibrilator) yang dapat digunakan oleh orang awam yang disebut *Automatic External Defibrillation*, dimana alat tersebut dapat mengetahui korban henti jantung ini harus dilakukan defibrilasi atau tidak, jika perlu dilakukan defibrilasi alat tersebut dapat memberikan tanda kepada penolong untuk melakukan defibrilasi atau melanjutkan bantuan napas dan bantuan sirkulasi saja.



5. Melakukan BHD 1 dan 2 Penolong

Orang awam hanya mempelajari cara melakukan BHD 1 penolong. Teknik BHD yang dilakukan oleh 2 penolong menyebabkan kebingungan koordinasi. BHD 1 penolong pada orang awam lebih efektif mempertahankan sirkulasi dan ventilasi yang adekuat, tetapi konsekuensinya akan menyebabkan penolong cepat lelah.

BHD 1 penolong dapat mengikuti urutan sebagai berikut :

a. Penilaian korban.

Tentukan kesadaran korban / pasien (sentuh dan goyangkan korban dengan lembut dan mantap), jika tidak sadar, maka

b. Minta pertolongan serta aktifkan sistem emergensi.

c. Jalan napas (*Airway*)

1) Posisikan korban / pasien

2) Buka jalan napas dengan manuver tengadah kepala – topang dagu.

d. Pernapasan (*Breathing*)

Nilai pernapasan untuk melihat ada tidaknya pernapasan dan adekuat atau tidak pernapasan korban / pasien.

1) Jika korban / pasien dewasa tidak sadar dengan napas spontan, serta tidak adanya trauma leher (trauma tulang belakang) posisikan korban pada posisi mantap (*Recovery position*), dengan tetap menjaga jalan napas tetap terbuka.

2) Jika korban / pasien dewasa tidak sadar dan tidak bernapas, lakukan bantuan napas. Di Amerika Serikat dan dinegara lainnya dilakukan bantuan napas awal sebanyak 2 kali, sedangkan di Eropa, Australia, New Zealand diberikan 5 kali. Jika pemberian napas awal terdapat kesulitan, dapat dicoba dengan membetulkan posisi kepala korban / pasien, atau ternyata tidak bisa juga maka dilakukan :

a) Untuk orang awam dapat dilanjutkan dengan kompresi dada sebanyak 30 kali dan 2 kali ventilasi, setiap kali membuka jalan napas untuk menghembuskan napas, sambil mencari benda yang menyumbat di jalan napas, jika terlihat usahakan dikeluarkan.

b) Untuk petugas kesehatan yang terlatih dilakukan manajemen obstruksi jalan napas oleh benda asing.

c) Pastikan dada pasien mengembang pada saat diberikan bantuan pernapasan.

d) Setelah memberikan napas 8-10 kali (1 menit), nilai kembali tanda – tanda adanya sirkulasi dengan meraba arteri karotis, bila nadi ada cek napas, jika tidak bernapas lanjutkan kembali bantuan napas.

e. Sirkulasi (*Circulation*)

Periksa tanda–tanda adanya sirkulasi setelah memberikan 2 kali bantuan pernapasan dengan cara melihat ada tidaknya pernapasan spontan, batuk atau pergerakan. Untuk petugas kesehatan terlatih hendaknya memeriksa denyut nadi pada arteri Karotis.

- 1) Jika ada tanda–tanda sirkulasi, dan ada denyut nadi tidak dilakukan kompresi dada, hanya menilai pernapasan korban / pasien (ada atau tidak ada pernapasan)
- 2) Jika tidak ada tanda–tanda sirkulasi, denyut nadi tidak ada lakukan kompresi dada :
 - a) Letakkan telapak tangan pada posisi yang benar.
 - b) Lakukan kompresi dada sebanyak 30 kali dengan kecepatan 100 kali per menit.
 - c) Buka jalan napas dan berikan 2 kali bantuan pernapasan.
 - d) Letakkan kembali telapak tangan pada posisi yang tepat dan mulai kembali kompresi 30 kali dengan kecepatan 100 kali per menit.

f. Penilaian Ulang

Sesudah 5 siklus ventilasi dan kompresi (+2Menit) kemudian korban dievaluasi kembali,

- 1) Jika tidak ada nadi dilakukan kembali kompresi dan bantuan napas dengan rasion 30 : 2.
- 2) Jika ada napas dan denyut nadi teraba letakkan korban pada posisi mantap.
- 3) Jika tidak ada napas tetapi nadi teraba, berikan bantuan napas sebanyak 8-10 kali permenit dan monitor nadi setiap saat.
- 4) Jika sudah terdapat pernapasan spontan dan adekuat serta nadi teraba, jaga agar jalan napas tetap terbuka kemudian korban / pasien ditidurkan pada posisi sisi mantap.



Gambar 12.
Posisi Sisi Mantap (*Recovery Position*)

E. Airway Prioritas Pertama

Pembunuh yang tercepat pada penderita trauma adalah ketidakmampuan untuk mengantarkan darah yang teroksigenisasi ke otak dan struktur vital lainnya. Pencegahan hipoksemia memerlukan airway yang terlindungi, terbuka dan ventilasi yang cukup merupakan prioritas yang harus didahulukan dibanding yang lainnya. Bagaimana mungkin dapat memenuhi kebutuhan oksigen apabila jalan napasnya tersumbat, apalagi jika mengalami sumbatan total. Semua penderita trauma memerlukan oksigen. Oleh karena itu setiap gangguan pada airway harus segera ditangani.

F. Kematian

1. Mati

Dalam istilah kedokteran dikenal dengan dua istilah untuk mati: mati klinis dan mati biologis

a. Mati Klinis

Tidak ditemukan adanya pernafasan dan denyut nadi. Mati klinis dapat *reversible*. Pasien /korban mempunyai kesempatan waktu selama 4-6 menit untuk dilakukan resusitasi, sehingga memberikan kesempatan kedua sistem tersebut berfungsi kembali.

b. Mati Biologis

Terjadi kematian sel, dimana kematian sel dimulai terutama sel otak dan bersifat irreversible, biasa terjadi dalam waktu 8 – 10 menit dari henti jantung. Apabila Bantuan Hidup Dasar dilakukan cukup cepat, kematian mungkin dapat dihindari seperti tampak pada tabel di bawah ini:

Keterlambatan Kemungkinan berhasil (%)

- 1) menit 98 dari 100
- 2) menit 50 dari 100
- 3) 10 menit 1 dari 100

2. Tanda-Tanda Pasti Bahwa Pasien/Korban Sudah Mengalami Kematian

a. Lebam mayat

Muncul sekitar 20 – 30 menit setelah kematian, darah akan berkumpul pada bagian tubuh yang paling rendah akibat daya tarik bumi. Terlihat sebagai warna ungu pada kulit.

b. Kaku mayat

Kaku pada tubuh dan anggota gerak setelah kematian. Terjadi 1- 23 jam kematian

c. Tanda lainnya : cedera mematikan

d. Cedera yang bentuknya begitu parah sehingga hampir dapat dipastikan pasien/korban tersebut tidak mungkin bertahan hidup.

3. Rangkuman

Henti jantung adalah penyebab utama kematian di dunia. Penderita henti jantung membutuhkan reusitasi jantung paru (RJP) dalam rangka mempertahankan aliran darah ke otak dan jantung. Tindakan ini juga meningkatkan tingkat keberhasilan defibrilasi untuk menghentikan Ventikular Fibrilasi (VF) sehingga jantung memperoleh kembali kemampuan mencetuskan irama jantung dan pompa jantung yang efektif. Kualitas kompresi dada sangat menentukan terutama apabila defibrilasi tidak dapat dilakukan pada 4-5 menit setelah kolaps (*Jakarta Medical Service & Training, 2012*).

Tindakan *Basic Life Support* (BLS) atau Bantuan Hidup Dasar (BHD) merupakan layanan kesehatan dasar yang dilakukan terhadap korban yang mengancam jiwa sampai penderita tersebut mendapat pelayanan kesehatan secara paripurna di unit pelayanan kesehatan. Tindakan BLS umumnya dilakukan oleh paramedis, namun di beberapa negara-negara maju seperti Amerika Serikat, Kanada serta Inggris dapat dilakukan oleh kaum awam yang telah mendapatkan pelatihan sebelumnya. Tindakan Bantuan Hidup Dasar secara garis besar dikondisikan untuk keadaan di luar Rumah Sakit sebelum mendapatkan perawatan lebih lanjut, sehingga tindakan Tindakan Bantuan Hidup Dasar dapat dilakukan di luar Rumah Sakit tanpa menggunakan peralatan medis.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Tujuan Tugas: Mengidentifikasi Menjelaskan tentang Materi terkait

1. Uraian Tugas:

a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud

b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
- ✓ Membuat PPT
- ✓ Presentasi Makalah

c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait

d. Metode Penulisan

Substansi

Halaman Judul

Daftar Isi

Bab 1 Pendahuluan

(1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)

Bab 2 Tinjauan Pustaka

(2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)

Bab 3 Penutup

(3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)

Daftar Pustaka

C. Kegiatan Belajar 5

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menganalisis terapi support pada klien gawat darurat

2. Uraian Materi

Konsep Terapi Support

Dosen: Dr. Hariyono, M.Kep

A. Pengertian

Terapi modalitas merupakan metode pemberian terapi yang menggunakan kemampuan fisik atau elektrik. Terapi modalitas bertujuan untuk membantu proses penyembuhan dan mengurangi keluhan yang dialami oleh klien. (Lundry & Jenes, 2009 dalam Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Terapi modalitas adalah suatu kegiatan dalam memberikan aspek baik di institusi maupun di masyarakat yg bermanfaat dan berdampak terapeutik. Terapi modalitas adalah suatu sarana penyembuhan yang diterapkan pada dengan tanpa disadari dapat menimbulkan respons tubuh berupa energi sehingga mendapatkan efek penyembuhan (Starkey, 2004). Terapi modalitas yang diterapkan pada, yaitu: manajemen nyeri, perawatan gangren, perawatan luka baru, perawatan luka kronis, latihan peregangan, range of motion, dan terapi hiperbarik.

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini di berikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Terapi modalitas mendasarkan potensi yang dimiliki pasien (modal-modality) sebagai titik tolak terapi atau penyembuhannya. Tapi terapi ini bisa dipakai untuk terapi Keperawatan Komunitas.

B. Jenis-jenis terapi modalitas

Ada beberapa jenis terapi modalitas, antara lain:

1. Terapi Individual

Terapi individual adalah penanganan klien gangguan jiwa dengan pendekatan hubungan individual antara seorang terapi dengan seorang klien. Suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Hubungan yang dijalin adalah hubungan yang disengaja dengan tujuan terapi, dilakukan dengan tahapan sistematis (terstruktur) sehingga melalui hubungan ini terjadi perubahan tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan.

Hubungan terstruktur dalam terapi individual bertujuan agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Tahapan hubungan dalam terapi individual meliputi:

- a. Tahapan orientasi.
- b. Tahapan kerja.
- c. Tahapan terminasi.

Tahapan orientasi dilaksanakan ketika perawat memulai interaksi dengan klien. Yang pertama harus dilakukan dalam tahapan ini adalah membina hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan saling percaya sangat penting untuk mengawali hubungan agar klien bersedia mengekspresikan segala masalah yang dihadapi dan mau bekerja sama untuk mengatasi masalah tersebut sepanjang berhubungan dengan perawat. Setelah klien mempercayai perawat, tahapan selanjutnya adalah klien bersama perawat mendiskusikan apa yang menjadi latar belakang munculnya masalah pada klien, apa konflik yang terjadi, juga penderitaan yang klien hadapi. Tahapan orientasi diakhiri dengan kesepakatan antara perawat dan klien untuk menentukan tujuan yang hendak dicapai dalam hubungan perawat-klien dan bagaimana kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut.

Perawat melakukan intervensi keperawatan setelah klien mempercayai perawat sebagai terapis. Ini dilakukan di fase kerja, di mana klien melakukan eksplorasi diri. Klien mengungkapkan apa yang dialaminya. Untuk itu perawat tidak hanya memperhatikan konteks cerita klien akan tetapi harus memperhatikan juga bagaimana perasaan klien saat menceritakan masalahnya. Dalam fase ini klien dibantu untuk dapat mengembangkan pemahaman tentang siapa dirinya, apa yang terjadi dengan dirinya, serta didorong untuk berani mengambil risiko berubah perilaku dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif.

Setelah kedua pihak (klien dan perawat) menyepakati bahwa masalah yang mengawali terjalannya hubungan terapeutik telah mereda dan lebih terkendali maka perawat dapat melakukan terminasi dengan klien. Pertimbangan lain untuk melakukan terminasi adalah apabila klien telah

merasa lebih baik, terjadi peningkatan fungsi diri, social dan pekerjaan, serta yang lebih penting adalah tujuan terapi telah tercapai.

2. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yaitu menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Perawat menggunakan semua lingkungan rumah sakit dalam arti terapeutik. Bentuknya adalah memberi kesempatan klien untuk tumbuh dan berubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

Dalam terapi lingkungan perawat harus memberikan kesempatan, dukungan, pengertian agar klien dapat berkembang menjadi pribadi yang bertanggung jawab. Klien juga dipaparkan pada peraturan-peraturan yang harus ditaati, harapan lingkungan, tekanan peer, dan belajar bagaimana berinteraksi dengan orang lain. Perawat juga mendorong komunikasi dan pembuatan keputusan, meningkatkan harga diri, belajar keterampilan dan perilaku yang baru.

Bahwa lingkungan rumah sakit adalah lingkungan sementara di mana klien akan kembali ke rumah, maka tujuan dari terapi lingkungan ini adalah memampukan klien dapat hidup di luar lembaga yang diciptakan melalui belajar kompetensi yang diperlukan untuk beralih dari lingkungan rumah sakit ke lingkungan rumah tinggalnya.

3. Terapi Biologis

Penerapan terapi biologis atau terapi somatic didasarkan pada model medical di mana gangguan jiwa dipandang sebagai penyakit. Ini berbeda dengan model konsep yang lain yang memandang bahwa gangguan jiwa murni adalah gangguan pada jiwa semata, tidak mempertimbangkan adanya kelaianan patofisiologis. Tekanan model medical adalah pengkajian spesifik dan pengelompokkan gejala dalam sindroma spesifik. Perilaku abnormal dipercaya akibat adanya perubahan biokimiawi tertentu.

Ada beberapa jenis terapi somatic gangguan jiwa meliputi: pemberian obat (medikasi psikofarmaka), intervensi nutrisi, electro convulsive therapy (ECT), foto terapi, dan bedah otak. Beberapa terapi yang sampai sekarang tetap diterapkan dalam pelayanan kesehatan jiwa meliputi medikasi psikoaktif dan ECT.

4. Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah strategi memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses yang diterapkan adalah membantu mempertimbangkan stressor dan kemudian dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola berfikir dan keyakinan yang tidak akurat tentang stressor tersebut. Gangguan perilaku terjadi akibat klien mengalami pola keyakinan dan berfikir yang tidak akurat. Untuk itu salah satu memodifikasi perilaku adalah dengan mengubah pola berfikir dan keyakinan tersebut. Fokus auan adalah membantu klien untuk reevaluasi ide, nilai yang diyakini, harapan-harapan, dan kemudian dilanjutkan dengan menyusun perubahan kognitif.

Ada tiga tujuan terapi kognitif meliputi:

- a. Mengembangkan pola berfikir yang rasional. Mengubah pola berfikir tak rasional yang sering mengakibatkan gangguan perilaku menjadi pola berfikir rasional berdasarkan fakta dan informasi yang actual.
 - b. Membiasakan diri selalu menggunakan pengetesan realita dalam menanggapi setiap stimulus sehingga terhindar dari distorsi pikiran.
 - c. Membentuk perilaku dengan pesan internal. Perilaku dimodifikasi dengan terlebih dahulu mengubah pola berfikir
- Bentuk intervensi dalam terapi kognitif meliputi mengajarkan untuk mensubstitusi pikiran klien, belajar penyelesaian masalah dan memodifikasi percakapan diri negatif.

5. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga sebagai unit penanganan (treatment unit).

Tujuan terapi keluarga adalah agar keluarga mampu

melaksanakan fungsinya. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi; tidak bisa melaksanakan fungsi-fungsi yang dituntut oleh anggotanya.

Dalam terapi keluarga semua masalah keluarga yang dirasakan diidentifikasi dan kontribusi dari masing-masing anggota keluarga terhadap munculnya masalah tersebut digali. Dengan demikian terlebih dahulu masing-masing anggota keluarga mawas diri; apa masalah yang terjadi di keluarga, apa kontribusi masing-masing terhadap timbulnya masalah, untuk kemudian mencari solusi untuk mempertahankan keutuhan keluarga dan meningkatkan atau mengembalikan fungsi keluarga seperti yang seharusnya.

Proses terapi keluarga meliputi tiga tahapan yaitu fase 1 (perjanjian), fase 2 (kerja), fase 3 (terminasi). Di fase pertama perawat dan klien mengembangkan hubungan saling percaya, isu-isu keluarga diidentifikasi, dan tujuan terapi ditetapkan bersama. Kegiatan di fase kedua atau fase kerja adalah keluarga dengan dibantu oleh perawat sebagai terapis berusaha mengubah pola interaksi di antara anggota keluarga, meningkatkan kompetensi masing-masing individual anggota keluarga, eksplorasi batasan-batasan dalam keluarga, peraturan-peraturan yang selama ini ada. Terapi keluarga diakhiri di fase terminasi di mana keluarga akan melihat lagi proses yang selama ini dijalani untuk mencapai tujuan terapi, dan cara-cara mengatasi isu yang timbul. Keluarga juga diharapkan dapat mempertahankan perawatan yang berkesinambungan.

6. Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah bentuk terapi kepada klien yang dibentuk dalam kelompok, suatu pendekatan perubahan perilaku melalui media kelompok. Dalam terapi kelompok perawat berinteraksi dengan sekelompok klien secara teratur. Tujuannya adalah meningkatkan kesadaran diri klien, meningkatkan hubungan interpersonal, dan mengubah perilaku maladaptive. Tahapannya meliputi: tahap permulaan, fase kerja, diakhiri tahap terminasi.

Terapi kelompok dimulai fase permulaan atau sering juga disebut sebagai fase orientasi. Dalam fase ini klien diorientasikan kepada apa yang diperlukan dalam interaksi, kegiatan yang akan dilaksanakan, dan untuk apa aktivitas tersebut dilaksanakan. Peran terapis dalam fase ini adalah sebagai model peran dengan cara mengusulkan struktur kelompok, meredakan ansietas yang biasa terjadi di awal pembentukan kelompok, dan memfasilitasi interaksi di antara anggota kelompok. Fase permulaan dilanjutkan dengan fase kerja.

Di fase kerja terapi membantu klien untuk mengeksplorasi isu dengan berfokus pada keadaan here and now. Dukungan diberikan agar masing-masing anggota kelompok melakukan kegiatan yang disepakati di fase permulaan untuk mencapai tujuan terapi. Fase kerja adalah inti dari terapi kelompok di mana klien bersama kelompoknya melakukan kegiatan untuk mencapai target perubahan perilaku dengan saling mendukung di antara satu sama lain anggota kelompok. Setelah target tercapai sesuai tujuan yang telah ditetapkan maka diakhiri dengan fase terminasi.

Fase terminasi dilaksanakan jika kelompok telah difasilitasi dan dilibatkan dalam hubungan interpersonal antar anggota. Peran perawat adalah mendorong anggota kelompok untuk saling memberi umpan balik, dukungan, serta bertoleransi terhadap setiap perbedaan yang ada. Akhir dari terapi kelompok adalah mendorong agar anggota kelompok berani dan mampu menyelesaikan masalah yang mungkin terjadi di masa mendatang.

7. Terapi Prilaku

Anggapan dasar dari terapi perilaku adalah kenyataan bahwa perilaku timbul akibat proses pembelajaran. Perilaku sehat oleh karenanya dapat dipelajari dan disubstitusi dari perilaku yang tidak sehat. Teknik dasar yang digunakan dalam terapi jenis ini adalah:

- a. Role model
- b. Kondisioning operan
- c. Desensitisasi sistematis
- d. Pengendalian diri

e. Terapi aversi atau releks kondisi

Teknik role model adalah strategi mengubah perilaku dengan memberi contoh perilaku adaptif untuk ditiru klien. Dengan melihat contoh klien mempelajari melalui praktek dan meniru perilaku tersebut. Teknik ini biasanya dikombinasikan dengan teknik kondisioning operan dan desensitisasi.

Kondisioning operan disebut juga penguatan positif di mana terapis memberi penghargaan kepada klien terhadap perilaku yang positif yang telah ditampilkan oleh klien. Dengan penghargaan dan umpan balik positif yang didapat maka perilaku tersebut akan dipertahankan atau ditingkatkan oleh klien. Misalnya seorang klien begitu bangun tidur langsung ke kamar mandi untuk mandi, perawat memberikan pujian terhadap perilaku tersebut. Besok pagi klien akan mengulang perilaku segera mandi setelah bangun tidur karena mendapat umpan balik berupa pujian dari perawat. Pujian dalam hal ini adalah reward atau penghargaan bagi perilaku positif klien berupa segera mandi setelah bangun.

Terapi perilaku yang cocok untuk klien fobia adalah teknik desensitisasi sistematis yaitu teknik mengatasi kecemasan terhadap sesuatu stimulus atau kondisi dengan secara bertahap memperkenalkan/memaparkan pada stimulus atau situasi yang menimbulkan kecemasan tersebut secara bertahap dalam keadaan klien sedang relaks. Makin lama intensitas pemaparan stimulus makin meningkat seiring dengan toleransi klien terhadap stimulus tersebut. Hasil akhirnya adalah klien akan berhasil mengatasi ketakutan atau kecemasannya akan stimulus tersebut.

Untuk mengatasi perilaku dorongan perilaku maladaptive klien dapat dilatih dengan teknik pengendalian diri. Bentuk latihannya adalah berlatih mengubah kata-kata negatif menjadi kata-kata positif. Apabila ini berhasil maka klien sudah memiliki kemampuan untuk mengendalikan perilaku yang lain sehingga menghasilkan terjadinya penurunan tingkat distress klien tersebut.

Mengubah perilaku dapat juga dilakukan dengan memberi penguatan negatif. Caranya adalah dengan memberi pengalaman

ketidaknyamanan untuk merusak perilaku yang maladaptive. Bentuk ketidaknyamanan ini dapat berupa menghilangkan stimulus positif sebagai “punishment” terhadap perilaku maladaptive tersebut. Dengan ini klien akan belajar untuk tidak mengulangi perilaku demi menghindari konsekuensi negatif yang akan diterima akibat perilaku negatif tersebut.

8. Terapi Bermain

Terapi bermain diterapkan karena ada anggapan dasar bahwa anak-anak akan dapat berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada dengan ekspresi verbal. Dengan bermain perawat dapat mengkaji tingkat perkembangan, status emosional anak, hipotesa diagnostiknya, serta melakukan intervensi untuk mengatasi masalah anak tersebut.

Prinsip terapi bermain meliputi membina hubungan yang hangat dengan anak, merefleksikan perasaan anak yang terpancar melalui permainan, mempercayai bahwa anak dapat menyelesaikan masalahnya, dan kemudian menginterpretasikan perilaku anak tersebut.

Terapi bermain diindikasikan untuk anak yang mengalami depresi, anak yang mengalami ansietas, atau sebagai korban penganiayaan (abuse). Bahkan juga terpai bermain ini dianjurkan untuk klien dewasa yang mengalami stress pasca trauma, gangguan identitas disosiatif dan klien yang mengalami penganiayaan

3. Rangkuman

Terapi modalitas merupakan metode pemberian terapi yang menggunakan kemampuan fisik atau elektrik. Terapi modalitas bertujuan untuk membantu proses penyembuhan dan mengurangi keluhan yang dialami oleh klien. Jenis terapi modalitas (Terapi Individual, Terapi Lingkungan, Terapi Biologis, Terapi Kognitif, Terapi Keluarga, Terapi Kelompok, Terapi Prilaku dan Terapi bermain)

4. Penugasan dan Umpan Balik

Tujuan Tugas: Mengidentifikasi Menjelaskan tentang Materi terkait

1.Uraian Tugas:

a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud

b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
- ✓ Membuat PPT
- ✓ Presentasi Makalah

c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait

d. Metode Penulisan

Substansi

Halaman Judul

Daftar Isi

Bab 1 Pendahuluan

(1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)

Bab 2 Tinjauan Pustaka

(2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)

Bab 3 Penutup

(3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)

Daftar Pustaka

D. Kegiatan Belajar 6-13

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menyusun asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada berbagai sistem

2. Uraian Materi

Konsep Askep Gadar

Dosen: Dr.Hariyono, M.Kep

Asuhan keperawatan gawat darurat adalah rangkaian kegiatan praktek keperawatan kegawatdaruratan yang diberikan pada klien oleh perawat yang berkompeten untuk memberikan asuhan keperawatan di ruangan gawat darurat. Asuhan keperawatan diberikan untuk mengatasi masalah biologi, psikologi dan sosial klien, baik aktual maupun potensial yang timbul secara bertahap maupun mendadak.

Kegiatan asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan sistematika proses keperawatan yang merupakan suatu metode ilmiah dan panduan dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dalam rangka mengatasi masalah kesehatan pasien. Adapun langkah-langkah yang harus dilakukan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi. asuhan keperawatan di ruang gawat darurat seringkali dipengaruhi oleh karakteristik ruang gawat darurat itu sendiri, sehingga dapat menimbulkan asuhan keperawatan spesifik yang sesuai dengan keadaan ruangan.

Karakteristik uni dari raungan gawat darurat yang dapat mempengaruhi sistem asuhan keperawatan antara lain :

- Kondisi kegawatan seringkali tidak terprediksi, baik kondisi klien dan jumlah klien yang datang ke ruang gawat darurat.
- Keterbatasan sumber daya dan waktu
- Pengkajian, diagnosis dan tindakan keperawatan diberikan untuk seluruh usia, seringkali dengan data dasar yang sangat terbatas.
- Jenis tindakan yang diberikan merupakan tindakan yang memerlukan kecepatan dan ketepatan yang tinggi
- Adanya saling ketergantungan yang tinggi antara profesi kesehatan yang bekerja di ruang gawat darurat.

Berdasarkan kondisi di atas, prinsip umum keperawatan yang diberikan oleh perawat di ruang gawat darurat meliputi :

- 1) Penjaminan keamanan diri perawat dan klien terjaga : perawat harus menerapkan prinsip universal precaution dan men cegah penyebaran infeksi.

- 2) Perawat bersikap cepat dan tepat dalam melakukan triase, menetapkan diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi yang berkelanjutan.
- 3) Tindakan keperawatan meliputi : resuscitasi dan stabilisasi diberikan untuk mengatasi masalah biologi dan psikologi klien.
- 4) Penjelasan dan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga diberikan untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kerjasama klien-perawat.
- 5) Sistem monitoring kondisi klien harus dapat dijalankan
- 6) Sistem dokumentasi yang dipakai dapat digunakan secara mudah, cepat dan tepat
- 7) Penjaminan tindakan keperawatan secara etik dan legal keperawatan perlu dijaga.

Dibawah ini dijabarkan proses keperawatan yang merupakan panduan asuhan keperawatan di ruangan gawat darurat dengan beberapa contoh proses keperawatan klien gawat darurat :

I. PENGKAJIAN

Standard : perawat gawat darurat harus melakukan pengkajian fisik dan psikososial di awal dan secara berkelanjutan untuk mengetahui masalah keperawatan klien dalam lingkup kegawatdaruratan.

Keluaran : adanya pengkajian keperawatan yang terdokumentasi untuk setiap klien gawat darurat

Proses : pengkajian merupakan pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi masalah keperawatan gawat darurat. Proses pengkajian dalam dua bagian : pengkajian primer dan pengkajian skunder.

Pengkajian primer

Pengkajian cepat untuk mengidentifikasi dengan segera masalah actual/potensial dari kondisi life threatening (berdampak terhadap kemampuan pasien untuk mempertahankan hidup). Pengkajian tetap berpedoman pada inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi jika hal tersebut memungkinkan.

Prioritas penilaian dilakukan berdasarkan :

- A. Airway (jalan nafas) dengan kontrol servikal
- B. Breathing dan ventilasi
- C. Circulation dengan kontrol perdarahan
- D. Disability
- E. Exposure control, dengan membuka pakaian pasien tetapi cegah hipotermi

A. Airway (jalan nafas) dengan kontrol servikal

Kaji :

- 1) Bersihkan jalan nafas
- 2) Adanya/tidaknya sumbatan jalan nafas
- 3) Distress pernafasan
- 4) Tanda-tanda perdarahan di jalan nafas, muntahan, edema laring

B. Breathing dan ventilasi

Kaji :

- 1) Frekuensi nafas, usaha nafas dan pergerakan dinding dada
- 2) Suara pernafasan melalui hidung atau mulut
- 3) Udara yang dikeluarkan dari jalan nafas

C. Circulation dengan kontrol perdarahan

Kaji :

- 1) Denyut nadi karotis
- 2) Tekanan darah
- 3) Warna kulit, kelembaban kulit
- 4) Tanda-tanda perdarahan eksternal dan internal

D. Disability

Kaji :

- 1) Tingkat kesadaran
- 2) Gerakan ekstremitas
- 3) Glasgow coma scale (GCS), atau pada anak tentukan : Alert (A), Respon verbal (V), Respon nyeri/pain (P), tidak berespons/un responsive (U)
- 4) Ukuran pupil dan respons pupil terhadap cahaya

E. Exposure

Kaji :

- 1) Tanda-tanda trauma yang ada

Pengkajian sekunder

Pengkajian sekunder dilakukan setelah masalah airway, breathing, dan circulation yang ditemukan pada pengkajian primer diatasi. Pengkajian sekunder meliputi pengkajian objektif dan subjektif dari riwayat keperawatan (riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat pengobatan, riwayat keluarga) dan pengkajian dari kepala sampai kaki.

F. Fahrenheit (suhu tubuh)

Kaji :

- 1) Suhu tubuh
- 2) Suhu lingkungan

G. Get Vital Sign/ Tanda-tanda vital secara kontiny

Kaji :

- 1) Tekanan darah
- 2) Irama dan kekuatan nadi
- 3) Irama, kekuatan dan penggunaan otot bantu
- 4) Saturasi oksigen

H. Head to assesment (pengkajian dari kepala sampai kaki)

Pengkajian Head to toe

a. Riwayat Penyakit

- 1) Keluhan utama dan alasan klien ke rumah sakit
- 2) Lamanya waktu kejadian sampai dengan dibawah ke rumah sakit
- 3) Tipe cedera, posisi saat cedera, lokasi cedera
- 4) Gambaran mekanisme cedera dan penyakit seperti nyeri pada organ tubuh yang mana, gunakan : provoked (P), quality (Q), radian (R), severity (S) dan time (T)
- 5) Kapan makan terakhir
- 6) Riwayat penyakit lain yang pernah dialami/operasi pembedahan/kehamilan
- 7) Riwayat pengobatan yang dilakukan untuk mengatasi sakit sekarang, imunisasi tetanus yang dilakukan dan riwayat alergi klien.
- 8) Riwayat keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan klien.

b. Pengkajian kepala, leher dan wajah

- 1) Periksa wajah, adakah luka dan laserasi, perubahan tulang wajah dan jaringan lunak, adakah perdarahan serta benda asing.
- 2) Periksa mata, telinga, hidung, mulut. Adakah tanda-tanda perdarahan, benda asing, deformitas, laserasi, perlukaan serta adanya keluaran
- 3) Amati bagian kepala, adakah depresi tulang kepala, tulang wajah, kontusio/jejas, hematoma, serta krepitasi tulang.
- 4) Kaji adanya kaku leher

- 5) Nyeri tulang servikal dan tulang belakang, deviasi trachea, distensi vena leher, perdarahan, edema, kesulitan menelan, emfisema subcutan dan krepitas pada tulang.

c. Pengkajian dada

- 1) Pernafasan : irama, kedalaman dan karakter pernafasan
- 2) Pergerakan dinding dada anterior dan posterior
- 3) Palpasi krepitas tulang dan emfisema subcutan
- 4) Amati penggunaan otot bantu nafas
- 5) Perhatikan tanda-tanda injuri atau cedera : petekiae, perdarahan, sianosis, abrasi dan laserasi.

d. Abdomen dan pelvis

Hal-hal yang dikaji pada abdomen dan pelvis :

- 1) Struktur tulang dan keadaan dinding abdomen
- 2) Tanda-tanda cedera eksternal, adanya luka tusuk, laserasi, abrasi, distensi abdomen, jejas.
- 3) Masa : besarnya, lokasi dan mobilitas
- 4) Nadi femoralis
- 5) Nyeri abdomen, tipe dan lokasi nyeri (gunakan PQRST)
- 6) Bising usus
- 7) Distensi abdomen
- 8) Genitalia dan rectal : perdarahan, cedera, cedera pada meatus, ekimosis, tonus spinkter ani

e. Ekstremitas

Pengkajian di ekstremitas meliputi :

- 1) Tanda-tanda injuri eksternal
- 2) Nyeri
- 3) Pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas
- 4) Sensasi keempat anggota gerak
- 5) Warna kulit
- 6) Denyut nadi perifer

f. Tulang belakang

Pengkajian tulang belakang meliputi :

- 1) Jika tidak didapatkan adanya cedera/fraktur tulang belakang, maka pasien dimiringkan untuk mengamati :

- Deformitas tulang belakang
 - Tanda-tanda perdarahan
 - Laserasi
 - Jejas
 - Luka
- 2) Palpasi deformitas tulang belakang
- g. Pemeriksaan penunjang
- Pemeriksaan meliputi :
- 1) Radiologi dan scanning
 - 2) Pemeriksaan laboratorium : Analisa gas darah, darah tepi, elektrolit, urine analisa dan lain-lain

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI

Diagnosa atau masalah keperawatan dapat teridentifikasi sesuai kategori urgensi masalah berdasarkan pada sistem triage dan pengkajian yang telah dilakukan.

Prioritas ditentukan berdasarkan besarnya ancaman kehidupan : *Airway, breathing dan circulation*.

Diagnosa keperawatan yang lazim terjadi pada gawat darurat adalah :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif
2. Pola nafas tidak efektif
3. Gangguan pertukaran gas
4. Gangguan perfusi jaringan perifer
5. Penurunan curah jantung
6. Nyeri
7. Volume cairan tubuh kurang dari kebutuhan
8. Gangguan perfusi cerebri

3. Rangkuman

Asuhan keperawatan gawat darurat adalah rangkaian kegiatan praktek keperawatan kegawatdaruratan yang diberikan pada klien oleh perawat yang berkompeten untuk memberikan asuhan keperawatan di ruangan gawat darurat. Asuhan keperawatan diberikan untuk mengatasi masalah biologi, psikologi dan sosial klien, baik aktual maupun potensial yang timbul secara bertahap maupun mendadak.

Kegiatan asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan sistematika proses keperawatan yang merupakan suatu metode ilmiah dan panduan dalam memberikan

asuhan keperawatan yang berkualitas dalam rangka mengatasi masalah kesehatan pasien. Adapun langkah-langkah yang harus dilakukan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi. asuhan keperawatan di ruang gawat darurat seringkali dipengaruhi oleh karakteristik ruang gawat darurat itu sendiri, sehingga dapat menimbulkan asuhan keperawatan spesifik yang sesuai dengan keadaan ruangan.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

E. Kegiatan Belajar 14

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menganalisis trend dan issue manajemen penatalaksanaan pada kasus kegawatdaruratan

2. Uraian Materi

Trend dan Issue Kegawatdaruratan

Dosen: Afif Hidayatul, M.Kep.

A. Pengertian Trend

Trend adalah hal yang sangat mendasar dalam berbagai pendekatan analisa, trend juga dapat didefinisikan salah satu gambaran ataupun informasi yang terjadi pada saat ini yang biasanya sedang populer dimasyarakat.

B. Pengertian Isu

Isu adalah suatu peristiwa atau kejadian yang dapat diperkirakan terjadi terjadi atau tidak terjadi pada masa mendatang. Isu adalah sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak orang namun masih belum jelas faktanya atau buktinya.

C. Pengertian Trend dan Isu dalam Keperawatan Kegawatdaruratan

Trend dan isu keperawatan adalah sesuatu yang sedang di bicarakan banyak orang tentang praktek / mengenai keperawatan baik itu berdasarkan fakta maupun tidak.

Keperawatan gawat darurat adalah pelayanan profesional keperawatan yang di berikan pada pasien dengan kebutuhan urgen dan kritis. Namun UGD dan klinik kedaruratan sering di gunakan untuk masalah yang tidak urgen. Yang kemudian filosofi tentang keperawatan gawat darurat menjadi luas, kedaruratan yaitu apapun yang di alami pasien atau keluarga harus di pertimbangkan sebagai kedaruratan.

Pelayanan gawat darurat tidak hanya memberikan pelayanan untuk mengatasi kondisi kedaruratan yang di alami pasien tetapi juga memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi kecemasan pasien dan keluarga. Sistem pelayanan bersifat darurat sehingga perawat dan tenaga medis lainnya harus memiliki kemampuan, keterampilan, tehnik serta ilmu pengetahuan yang tinggi dalam memberikan pertolongan kedaruratan kepada pasien.

D. Trend dan Isu dalam Keperawatan Kegawatdaruratan

1. CPR / RJP

Resusitasi jantung paru-paru atau CPR adalah tindakan pertolongan pertama pada orang yang mengalami henti napas karena sebab-sebab tertentu. CPR bertujuan untuk membuka kembali jalan napas yang menyempit atau tertutup sama sekali. CPR sangat dibutuhkan bagi orang tenggelam, terkena serangan jantung, sesak napas, karena syok akibat kecelakaan, terjatuh, dan sebagainya.

Namun yang perlu diperhatikan khusus untuk korban pingsan karena kecelakaan, tidak boleh langsung dipindahkan karena dikhawatirkan ada tulang yang patah. Biarkan di tempatnya sampai petugas medis datang. Berbeda dengan korban orang tenggelam dan serangan jantung yang harus segera dilakukan CPR.

Chain of survival merupakan suatu serial tindakan yang harus dilakukan pada pasien yang mengalami henti jantung. Chain of survival terdiri dari lima unsur, yakni: pengenalan dini henti jantung, pemberian CPR secara dini, pemberian defibrilator sesegera mungkin, penatalaksanaan ALS (Advance Life Support), dan perawatan pasca henti jantung.

Rantai kehidupan (chain survival) terdiri dari beberapa tahap berikut ini (AHA, 2010):

- a. Mengenali sedini mungkin tanda-tanda cardiac arrest dan segera mengaktifkan
- b. Panggilan gawat darurat (Emergency Medical Services)
- c. Segera melakukan RJP dengan tindakan utama kompresi dada
- d. Segera melakukan defibrilasi jika ada indikasi
- e. Segera memberi bantuan hidup lanjutan (advanced life support)
- f. Melakukan perawatan post cardiac arrest

a. Indikasi RJP

1) Pasien henti nafas

Henti nafas ditandai dengan tidak adanya gerakan dada dan aliran udara pernafasan dari korban atau pasien. Henti nafas merupakan kasus yang harus dilakukan tindakan Bantuan Hidup Dasar. Henti nafas terjadi dalam keadaan seperti: Tenggelam atau lemas, stroke, obstruksi jalan

nafas, epiglottitis, overdosis obat-obat, tersengat listrik, infark miokard, tersambar petir, koma akibat berbagai macam kasus.

2) Pasien henti jantung

Pada saat terjadi henti jantung, secara langsung akan terjadi henti sirkulasi. Henti sirkulasi ini akan dengan cepat menyebabkan otak dan organ vital kekurangan oksigen. Pernafasan yang terganggu merupakan tanda awal akan terjadinya henti jantung. Henti jantung ditandai oleh denyut nadi besar tak teraba disertai kebiruan atau pucat, pernafasan berhenti atau satu-satu, dilatasi pupil tak bereaksi terhadap rangsang cahaya dan pasien tidak sadar (Suharsono, T., & Ningsih, D. K., 2008).

b. Alur Basic Life Support

1. Tahapan persiapan

Sebelum melakukan resusitasi maka harus dilakukan beberapa prosedur berikut pada pasien (AHA, 2010) :

- a) Memastikan kondisi lingkungan sekitar aman bagi penolong
- b) Memastikan kondisi kesadaran pasien.

Penolong harus segera mengkaji dan menentukan apakah korban sadar/tidak. Penolong harus menepuk atau menggoyang bahu korban sambil bertanya dengan jelas: 'Hallo, Pak/ Bu! Apakah anda baik-baik saja?'.Jangan menggoyang korban dengan kasar karena dapat mengakibatkan cedera. Juga hindari gerakan leher yang tidak perlu pada kejadian cedera kepala dan leher.

c) Mengaktifkan panggilan gawat darurat.

Jika korban tidak berespon, segera panggil bantuan. Jika ada orang lain disekitar korban, minta orang tersebut untuk menelpon ambulans dan ketika menelpon memberitahukan hal-hal berikut:

- 1) Lokasi korban
- 2) Apa yang terjadi pada korban
- 3) Jumlah korban
- 4) Minta ambulans segera datang

d) Memastikan posisi pasien tepat.

Agar resusitasi yang diberikan efektif maka korban harus berbaring pada permukaan yang datar, keras, dan stabil. Jika korban dalam posisi tengkurap atau menyamping, maka balikkan tubuhnya agar

terlentang. Pastikan leher dan kepala tersangga dengan baik dan bergerak bersamaan selam membalik pasien.

2. Fase-fase RJP (Resusitasi Jantung Paru) Sesuai Algoritma AHA 2010.

Pada tahun 2010, American Heart Association (AHA) mengeluarkan panduan terbaru penatalaksanaan CPR. Berbeda dengan panduan sebelumnya, pada panduan terbaru ini AHA mengubah algoritma CPR dari ABC menjadi CAB.

a) Circulation (C)

Mengkaji nadi/ tanda sirkulasi Ada tidaknya denyut jantung korban/pasien dapat ditentukan dengan meraba arteri karotis di daerah leher korban/ pasien, dengan dua atau tiga jari tangan (jari telunjuk dan tengah) penolong dapat meraba pertengahan leher sehingga teraba trakhea, kemudian kedua jari digeser ke bagian sisi kanan atau kiri kira-kira 1–2 cm raba dengan lembut selama 5–10 detik. Jika teraba denyutan nadi, penolong harus kembali memeriksa pernapasan korban dengan melakukan manuver tengadah kepala topang dagu untuk menilai pernapasan korban/ pasien. Jika tidak bernapas lakukan bantuan pernapasan, dan jika bernapas pertahankan jalan napas.

Melakukan kompresi dada Jika telah dipastikan tidak ada denyut jantung luar, dilakukan dengan teknik sebagai berikut :

1) Menentukan titik kompresi (center of chest)

Cari prosesus xiphoideus pada sternum dengan tangan kanan, letakkan telapak tangan kiri tepat 2 jari diatas prosesus xiphoideus.

2) Melakukan kompresi dada

Kaitkan kedua jari tangan pada lokasi kompresi dada, luruskan kedua siku dan pastikan mereka terkunci pada posisinya, posisikan bahu tegak lurus diatas dada korban dan gunakan berat badan anda untuk menekan dada korban sedalam minimal 2 inchi (5 cm), lakukan kompresi 30x dengan kecepatan minimal 100x/menit atau sekitar 18 detik. (1 siklus terdiri dari 30 kompresi: 2 ventilasi). Lanjutkan sampai 5 siklus CPR, kemudian periksa nadi carotis, bila nadi belum ada lanjutkan CPR 5 siklus lagi. Bila nadi teraba, lihat pernafasan (bila belum ada upaya nafas) lakukan rescue breathing dan check nadi tiap 2 menit.

b) Airway (A)

Tindakan ini bertujuan mengetahui ada tidaknya sumbatan jalan napas oleh benda asing. Buka jalan nafas dengan head tilt-chin lift/jaw thrust. Jika terdapat sumbatan harus dibersihkan dahulu, kalau sumbatan berupa cairan dapat dibersihkan dengan jari telunjuk atau jari tengah yang dilapisi dengan sepotong kain (fingers weep), sedangkan sumbatan oleh benda keras dapat dikorek dengan menggunakan jari telunjuk yang dibengkokkan. Mulut dapat dibuka dengan teknik Cross Finger, dimana ibu jari diletakkan berlawanan dengan jari telunjuk pada mulut korban.

c) Breathing (B)

Bantuan napas dapat dilakukan melalui mulut ke mulut, mulut ke hidung atau mulut ke stoma (lubang yang dibuat pada tenggorokan) dengan cara memberikan hembusan napas sebanyak 2 kali hembusan, waktu yang dibutuhkan untuk tiap kali hembusan adalah 1,5–2 detik dan volume udara yang dihembuskan adalah 700–1000ml (10ml/kg) atau sampai dada korban/pasien terlihat mengembang. Penolong harus menarik napas dalam pada saat akan menghembuskan napas agar tercapai volume udara yang cukup. Konsentrasi oksigen yang dapat diberikan hanya 16 – 17%. Penolong juga harus memperhatikan respon dari korban/pasien setelah diberikan bantuan napas.

2. Trauma dada

Trauma dada adalah trauma tajam atau tembus thoraks yang dapat menyebabkan tamponade jantung, perdarahan, pneumothoraks, hemothoraks, hemothoraks, hemothoraks. Trauma thorax adalah semua ruda paksa pada thorax dan dinding thorax, baik trauma atau ruda paksa tajam atau tumpul. Di dalam toraks terdapat dua organ yang sangat vital bagi kehidupan manusia, yaitu paru-paru dan jantung. Paru-paru sebagai alat pernapasan dan jantung sebagai alat pemompa darah. Jika terjadi benturan atau trauma pada dada, kedua organ tersebut bisa mengalami gangguan atau bahkan kerusakan.

Dada merupakan rongga bertulang yang terbentuk dari 12 pasang tulang rusuk yang berhubungan dengan tulang belakang di posterior dan tulang dada di anterior. Saraf dan pembuluh darah intercostals berjalan sepanjang permukaan inferior pada setiap tulang rusuk. Permukaan dalam rongga dada

dan paru dilapisi selaput tipis, disebut pleura. Ruang antara dua lapisan pleura normalnya hampa (ruang potensial), bila ruangan ini berisi udara akan menimbulkan pneumothorax, bila berisi darah akan menimbulkan hemothorax. Pada orang dewasa, ruangan potensial ini dapat menampung 3 liter cairan disetiap sisinya. Setiap paru menempati sebelah rongga dada. Di antara 2 rongga dada terletak mediastinum, yang berisi oleh jantung, aorta, vena kava superior dan inferior, trakea, bronkus utama dan esophagus. Medulla spinalis dilindungi oleh columna vertebralis. Diafragma memisahkan organ-organ thorax dari rongga abdomen. Organ perut bagian atas seperti limpa, hati, ginjal, pancreas dan lambung dilindungi tulang rusuk bagian bawah.

Bila melakukan evaluasi korban dengan kemungkinan trauma thorax, harus selalu mengikuti penilaian prioritas secara BTLS untuk menghindari terlewatkannya kondisi yang mengancam jiwa. Selama survey primer BTLS, carilah cedera yang paling parah terlebih dahulu untuk memberikan kesempatan hidup pada korban tersebut . Seperti semua penderita trauma lainnya, mekanisme trauma penting diketahui untuk penanganan penderita trauma dada. Cedera dada mungkin merupakan akibat dari trauma tumpul atau trauma tajam. Pada trauma tumpul energy yang didistribusikan meliputi area yang luas dan cedera visceral dapat disebabkan karena deselerasi, robekan, kompresi atau ledakan. Luka penetrasi biasanya berasal dari tembakan atau tusukan, energy yang didistribusikan meliputi area yang lebih sempit. Terjangan peluru sering sulit diperkirakan akibatnya, dan semua yang berada di dalam dada beresikoterkena. Hasil akhir yang paling sering terjadi pada cedera dada adalah hipoksia jaringan.

Hipoksia jaringan dapat terjadi akibat :

- 1) Pengiriman oksigen ke jaringan yang tidak adekuat akibat sekunder dari obstruksi jalan nafas
- 2) Hipovolemia akibat perdarahan
- 3) Ventilasi atau perfusi yang tidak sesuai akibat cedera parenkim paru
- 4) Perubahan tekanan pleura akibat tension pneumothorax
- 5) Kegagalan pompa jantung akibat cedera miokardium berat

Gejala utama cedera dada meliputi nafas pendek, nyeri dada dan distress respirasi. Tanda yang menunjukkan trauma thorax termasuk : syok, batuk darah, sianosis, dinding dada memar, flail chest, luka terbuka, distensi vena

leher, deviasi trachea atau emfisema subkutis. Periksa suara nafas di dada kiri dan kanan. Trauma thorax yang mengancam jiwa harus segera diidentifikasi. Terdapat 12 keadaan gawat darurat trauma thorax. Cedera-cedera berikut ini harus dideteksi dan diterapi selama survei primer BTLS :

- 1) *Obstruksi jalan nafas*
- 2) *Pneumothorax terbuka*
- 3) *Tension pneumothorax*
- 4) *Hemotorax massif*
- 5) *Flail chest*
- 6) *Tamponade jantung*
- 7) *Ruptur Aorta Traumatik*

Cedera yang mengancam nyawa yang dapat dideteksi selama pemeriksaan detil atau evaluasi di rumah sakit (secondary survey) adalah sebagai berikut:

- 1) *Ruptur aorta traumatic*
- 2) *Cedera trakea atau cabang bronkus*
- 3) *Contusio miokardium*
- 4) *Robekan diafragma*
- 5) *Cedera esophagus*
- 6) *Contusio pulmonum*

a. Masalah - Masalah Pada Trauma Thorax

- 1) *Obstruksi Jalan Nafas*

Dalam menangani jalan nafas, harus selalu beranggapan terdapat pula cedera tulang servikal.

- 2) *Open Pneumothorax (Pneumothorax Terbuka)*

Keadaan ini seing disebabkan oleh cedera tajam, berupa luka dada yang menghisap (sucking chest wound). Gejala dan tanda yang timbul sesuai dengan ukuran kerusakan pada dinding dada. Ventilasi normal melibatkan tekanan negatif rongga dada akibat kontraksi diafragma. Saat udara melalui saluran nafas atas, paru akan berkembang. Adanya luka terbuka yang besar pada dinding dada (lebih besar dari trakea kira-kira seukuran jari kelingking penderita), aliran udara melalui dinding dada yang terbuka ini menyebabkan bunyi menghisap, sehingga disebut

luka dada yang menghisap. Udara hanya akan mengalir masuk ke rongga pleura, tidak ke paru, sehingga oksigen tidak dapat didistribusikan ke darah, yang selanjutnya akan berakibat hipoksia dan gangguan ventilasi.

b. Penatalaksanaan open pneumothoraks

- 1) Pastikan jalan nafas terbuka
- 2) Tutup lubang pada dinding dada dengan material yang masih tersedia, misalnya pada defibrillator, pembalut bervaselin, sarung tangan karet, atau lembaran plastik. Penutupan yang dapat beresiko menimbulkan tension pneumothorax . Untuk menghindari hal ini, plester 3 sisi penutup lobang dada supaya tercipta semacam katup, udara dapat keluar tapi tidak dapat masuk rongga dada
- 3) Beri oksigen
- 4) Pasang monitor jantung, bila ada
- 5) Monitor saturasi oksigen dengan pulse oximeter
- 6) Rujuk dengan cepat ke rumah sakit yang tepat

Sekarang tersedia penutup luka dada (Asherman Chest Seal) dengan katup satu arah yang saat ini merupakan benda terbaik untuk menutup luka dada terbuka. Pasang segera chest tube dan diikuti dengan operasi untuk menutup lobang tadi.

3. *Tension Pneumothorax*

Cedera ini terjadi bilamana terbentuk katup satu arah akibat trauma tumpul maupun tajam. Udara dapat masuk tetapi tidak dapat keluar dari rongga pleura, selanjutnya akan menyebabkan peningkatan tekanan intratoracal sehingga paru yang terkena kolaps dan mediastinum akan terdorong kesisi berlawanan. Tekanan ini akan menyebabkan vena cava superior dan inferior kolaps sehingga venous return (aliran balik vena) akan turun sampai hilang. Deviasi trachea dan mediastinum menjauhi sisi yang mengalami tension pneumothorax, akan mengganggu ventilasi paru lainnya, meskipun hal ini merupakan fenomena lanjut. Tanda-tanda klinis tension pneumothorax termasuk dispneu, kecemasan, takipneu, suara nafas menurun, pada perkusi terdengar hipersonor di sisi yang terkena hipotensi dan distensi vena leher. Deviasi trachea dijumpai pada fase lanjut (dan jarang) tapi bila tidak dijumpai tidak berarti bukan tension pneumothorax. Pada 108 penderita tension

pneumothorax dan membutuhkan dekompresi dengan jarum tidak dijumpai adanya deviasi trachea. Penurunan daya pegas/compliance paru (ditandai dengan terasa berat saat meremas balon alat bag valve) sudah harus dicurigai kemungkinan terjadinya tension pneumothorax.

a. Penatalaksanaan tension pneumothorax

- 1) Pastikan jalan nafas terbuka
- 2) Beri Oksigen konsentrasi tinggi
- 3) Monitor saturasi oksigen dengan pulse oksimeter
- 4) Segera rujuk ke rumah sakit yang tepat
- 5) Hubungi tempat tujuan pelayanan medis

Penderita harus dirujuk ke rumah sakit dengan cepat sehingga dapat dilakukan dekompresi dada. Chest tube juga perlu disediakan sesampainya di rumah sakit.

4. Hemothorax Masif

Terdapat darah di dalam cavum pleura disebut hemothorax. Hemothorax massif terjadi bila sekurang-kurangnya 1500 ml darah terkumpul di cavum pleura. Setiap rongga dada dapat menampung kurang lebih 3000 ml darah. Hemothorax massif lebih sering disebabkan oleh trauma oleh trauma tajam dibandingkan trauma tumpul, tapi kedua jenis trauma tersebut dapat merusak pembuluh darah besar paru atau sistemik. Ketika darah terkumpul di cavum pleura, paru pada daerah yang cedera akan kolaps. Bila darah yang terkumpul cukup banyak (jarang), mediastinum akan terdorong ke sisi yang berlawanan. Vena cava superior dan inferior, serta paru kontralateral akan terkompresi. Kehilangan darah selanjutnya akan berakibat hipoksemia. Tanda dan gejala hemothorax massif disebabkan oleh hipovolemia dan gangguan respirasi. Penderita dapat mengalami hipotensi akibat kehilangan darah, kompresi jantung dan pembuluh darah besar. Gelisah dan kebingungan disebabkan oleh hipovolemia dan hipoksemia. Tanda klinis syok hipovolemi mungkin sudah terlihat pembuluh vena leher biasanya kempis akibat sekunder dari hipovolemia, tapi kadang juga bias distensi akibat kompresi mediastinum. Tanda lain berupa suara nafas yang menurun dan pada perkusi timbul suara pekak disisi paru yang terkena.

a. Penatalaksanaan hemothorax

- 1) Pastikan jalan nafas terbuka

- 2) Beri oksigen aliran tinggi
- 3) Segera rujuk ke rumah sakit yang tepat
- 4) Monitor saturasi oksigen dengan pulse oksimeter
- 5) Hubungi tempat tujuan pelayanan medis

5. *Flail Chest*

Hal ini terjadi bila tiga atau lebih tulang rusuk yang berdekatan patah, sekurang kurangnya pada dua tempat terpisah. Segmen patahan ini tidak terhubung lagi dengan dinding dada. Dapat terjadi lateral atau anterior (terpisah dari sternum) flail chest. Pada patah tulang rusuk posterior, susunan otot-otot yang padat mencegah terjadinya flail chest. Flail segmen bergerak paradoksal dengan sisa dinding dada. Kekuatan yang mengakibatkan flail chest juga akan mencederai paru, dan memar paruyang timbul akan memperberat hipoksia. Pasien juga beresiko menderita hemothorax atau pneumothorax. Flail segmen yang besar akan menimbulkan distress nafas yang nyata. Nyeri pada cedera dinding dada memperberat gangguan nafas yang nyata. Nyeri pada cedera dinding dada memperberat gangguan pernafasan yang telah ada akibat gerakan paradoksal dan memar paru. Palpasi dada akan teraba krepitasi sebagai tambahan gerakan nafas abnormal.

a. Penatalaksanaan flail chest

- 1) Pastikan jalan nafas terbuka
- 2) Beri oksigen
- 3) Bantu ventilasi bila perlu, harus diingat bahwa flail chest sering diikuti pneumothorax
- 4) Monitor saturasi oksigen dengan pulse oksimeter
- 5) Segera rujuk ke rumah sakit yang tepat
- 6) Stabilisasi flail segmen dengan tekanan tangan, beri kain bersih lalu plester. Tindakan ini tidak perlu terburu-buru dilakukan sebaiknya menunggu sampai penderita stabil di atas backboard. Usahakan menjaga stabilisasi pada segmen flail dengan tekanan manual selama melakukan roll.
- 7) Hubungi tempat tujuan pelayanan medis
- 8) Pasang monitor jantung bila alat tersedia, karena trauma miokardium ini juga sering menyertai cedera ini.

6. *Tamponade Jantung*

Keadaan ini sering terjadi pada trauma tajam. Selaput pericardium merupakan membran yang tidak elastis yang mengelilingi jantung. Bila terjadi penumpukan darah pada rongga pericardium, ventrikel akan tertekan. Meskipun dalam jumlah sedikit, darah dalam rongga pericardium akan mengganggu pengisian jantung. Pada saat tekanan kompresi pada ventrikel meningkat, pengisian darah ke jantung akan turun sehingga cardiac output menurun. Trias klasik tamponade jantung adalah hipotensi, distensi vena leher, suara jantung terendam/menjauh/muffle (trias Beck). Suara jantung menjauh mungkin sulit dikenali di lapangan, namun bila anda mendengarkan suara jantung saat survey primer akan memperhatikan perubahannya kemudian. Bila nadi korban pada saat inspirasi menghilang (pulsus paradoksus), mungkin korban tersebut mengalami tamponade jantung. Diagnosis banding utama adalah tension pneumothorax. Pada tamponade jantung, pasien dalam keadaan syok dengan posisi trachea ditengah dan bunyi/suara nafas di paru kiri-kanan sama keras kecuali bila tamponade jantung disertai pneumothorax atau hemothorax.

a. Penatalaksanaan tamponade jantung :

- 1) Pastikan jalan terbuka dan beri oksigen
- 2) Tamponade jantung akan cepat berubah menjadi fatal dan tidak dapat ditangani di lapangan, maka segera rujuk ke rumah sakit yang tepat.
- 3) Hubungi tempat tujuan pelayanan medis
- 4) Monitor saturasi oksigen dengan pulse oksimeter
- 5) Monitor jantung bila alat tersedia

7. *Ruptur Aorta Traumatik*

Merupakan penyebab kematian cepat tersering dari kecelakaan kendaraan motor atau jatuh dari suatu ketinggian. 90 % penderita meninggal dengan segera. Diagnosa dini dan pembedahan dapat menyelamatkan nyawa. Robekan aorta torakalis biasanya akibat dari cedera deselerasi dengan jantung dan arcus aorta yang tiba-tiba bergerak ke anterior (benturan ke 3), merobek aorta yang sebelumnya berikatan ligamentum arteriosum. Pada 10% kasus tidak langsung tampak perdarahan yang nyata, robekan aorta ini tertutup jaringan sekitarnya dan lapisan adventitia. Tetapi ini hanya sementara dan tetap akan ruptur dalam beberapa jam bila tidak dilakukan pembedahan.

Diagnosa ruptur aorta traumatic sulit ditegakkan dilapangan , bahkan di rumah sakit juga sering terlewatkan. Riwayat/mekanisme kecelakaan merupakan hal yang sangat penting,karena pada banyak penderita tidak dijumpai tanda-tanda trauma thorax yang nyata. Informasi seberapa parah mobil, kerusakan kemudi dengan cedera deseleerasi atau ketinggian berapa penderita jatuh sangat penting. Pada keadaan yang sangat jarang , mungkin didapatkan hipertensi anggota gerak atas dan pulsasi yang berkurang pada tungkai bawah.

- a. Penatalaksanaan ruptur aorta traumatik
 - 1) Pastikan jalan nafas terbuka
 - 2) Beri Oksigen
 - 3) Segera rujuk ke rumah sakit yang tepat
 - 4) Hubungi tempat tujuan pelayanan medis
 - 5) Monitor saturasi oksigen dengan pulse oximeter
 - 6) Monitor jantung bila tersedia

3. Rangkuman

Sistem pelayanan gawat darurat bersifat darurat sehingga perawat dan tenaga medis lainnya harus memiliki kemampuan, keterampilan, tehnik serta ilmu pengetahuan yang tinggi dalam memberikan pertolongan kedaruratan kepada pasien. Trend dan isu keperawatan gawat darurat adalah sesuatu yang sedang di bicarakan banyak orang tentang praktek / mengenai keperawatan gawat darurat. Trend dan isu keperawatan gawat darurat yaitu mengenai CPR/RJP, indikasi RJP, dan alur *Basic Life Support*.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Tujuan Tugas: Mengidentifikasi Menjelaskan tentang Materi terkait

1.Uraian Tugas:

- a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud
- b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:
 - ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
 - ✓ Membuat PPT
 - ✓ Presentasi Makalah
- c.Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait

d. Metode Penulisan

Substansi

Halaman Judul

Daftar Isi

Bab 1 Pendahuluan

(1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)

Bab 2 Tinjauan Pustaka

(2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)

Bab 3 Penutup

(3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)

Daftar Pustaka

DAFTAR PUSTAKA

1. Emergency Nurses Association. (2010). Sheehy's Manual of Emergency Care, 6th edition. Missouri: Mosby Elsevier
2. Schumacher, L. & Chernecky, C. (2012). Saunder Nursing Survival Guide: Critical Care & Emergency Nursing, 2nd edition. Singapore: Elsevier
3. Baird, M. S. (2016). Manual of Critical Care Nursing: Nursing Interventions and Collaborative Management, 7th edition. Missouri: Elsevier
4. Markovchick, V.J., Pons, P.T., & Bakes, K.A. (2011). Emergency Medicine. Missouri: Mosby Elsevier
5. Kartikasari, D. (2011). Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba Medika
6. Kristanty, P., et.al. (2016). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Trans Info Media
7. Dolan, B., & Holt, L. (2008). Accident & Emergency (2 ed.). Toronto: Elsevier.
8. Mattu, A. & Brady, W. (2008). ECGs for the Emergency Physician 2. Singapore: Blackweell Publishing
9. Sanders, M. J. (2012). Paramedic Textbook, 4th edition. Missouri: Mosby Elsevier
- 10.** Stone, Kevin. (2007). Current Diagnosis & Treatment: Emergency Medicine. Sixth Edition. Philadelphia: McGrawHill.