

# Buku Ajar

# KEPERAWATAN

# GAWAT DARURAT

Aria Wahyuni • Ace Sudrajat • Jagentar Parlindungan Pane  
Reni Trevia • Handi Ristandi • Elfi Quyumi Rahmawati



# **BUKU AJAR**

## **KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

### **Penulis:**

Dr. Aria Wahyuni, M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.  
Ace Sudrajat, S.Kp., M.Kep.  
Ns. Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Reni Trevia, M.Kep.  
Ns. Handi Ristandi, S.Kep., MAN.  
Elfi Quyumi Rahmawati, S.Kep., Ns. M.Kep.



# **BUKU AJAR KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

**Penulis:** Dr. Aria Wahyuni, M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB  
Ace Sudrajat, S.Kp., M.Kep  
Ns. Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep., M.Kep  
Ns. Reni Trevia, M.Kep  
Ns. Handi Ristandi, S.Kep., MAN  
Elfi Quyumi Rahmawati, S.Kep., Ns. M.Kep

**Desain Sampul:** Ivan Zumarano  
**Penata Letak:** Yang Yang Dwi Asmoro

**ISBN:** 978-623-8775-02-6

**Cetakan Pertama:** Oktober, 2024

Hak Cipta 2024

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2024**

**by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

*All Right Reserved*

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

website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

instagram: @bimbel.optimal

**PENERBIT:**

**PT Nuansa Fajar Cemerlang**  
**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**  
**Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah**  
**Jakarta Barat, 11480**  
**Anggota IKAPI (624/DKI/2022)**

## **PRAKATA**

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena dengan rahmat dan karunia-Nya, buku ajar Keperawatan Gawat Darurat ini dapat diselesaikan. Buku ini disusun sebagai panduan bagi mahasiswa, praktisi, dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam layanan keperawatan gawat darurat. Keperawatan gawat darurat menuntut pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional yang mendalam untuk memberikan asuhan yang cepat, tepat, dan holistik pada pasien yang membutuhkan penanganan segera.

Buku ini terdiri dari beberapa bab yang dirancang untuk memberikan pemahaman komprehensif tentang keperawatan gawat darurat:

Bab 1 membahas filosofi, pendekatan holistik, dan proses keperawatan pada pasien gawat darurat, yang menjadi landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

Bab 2 memaparkan penelitian-penelitian terkini terkait pengelolaan dan asuhan keperawatan dalam konteks kegawatdaruratan, sebagai dasar ilmiah untuk meningkatkan kualitas perawatan.

Bab 3 menjelaskan berbagai intervensi keperawatan pada kondisi kegawatdaruratan sesuai dengan standar yang berlaku, sehingga dapat membantu tenaga keperawatan dalam pengambilan keputusan yang efektif.

Bab 4 berfokus pada proses keperawatan yang diterapkan pada pasien di area keperawatan gawat darurat, termasuk tahapan penilaian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan.

Bab 5 menyoroti pentingnya fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus kegawatan, di mana perawat harus mampu berkomunikasi secara efektif untuk mendukung keselamatan dan kesejahteraan pasien.

Bab 6 mengulas intervensi kolaboratif dan mandiri yang melibatkan aspek medikal, farmakologi, dan diet yang perlu dikuasai oleh perawat dalam menangani pasien gawat darurat.

Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi pembaca dalam memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan gawat darurat secara efektif dan profesional. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan buku ini. Semoga buku ajar ini dapat memberikan manfaat bagi peningkatan kualitas layanan keperawatan di Indonesia.

Jakarta, September 2024

## **DAFTAR ISI**

<b>PRAKATA .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>v</b>

### **BAB 1 FILOSOFI, HOLISTIK, DAN PROSES KEPERAWATAN PASIEN GAWAT DARURAT.....1**

A. Filosofi Keperawatan Gawat Darurat .....	5
B. Pendekatan Holistik dalam Keperawatan Gawat Darurat .....	7
1. Definisi Pendekatan Holistik.....	7
2. Aspek-Aspek Holistik dalam Keperawatan .....	7
3. Penerapan Pendekatan Holistik dalam Situasi Gawat Darurat .....	9
C. Proses Keperawatan Pasien Gawat Darurat .....	10
D. Latihan .....	17
E. Rangkuman Materi.....	19
F. Glosarium.....	20
G. Daftar Pustaka.....	20

### **BAB 2 PENELITIAN TERKINI TERKAIT PENGELOLAAN/ASUHAN KEPERAWATAN.....23**

A. Penelitian tentang Pengelolaan Asuhan Keperawatan <i>Acute Myocardial Infraction (AMI)</i> .....	26
B. Penelitian tentang Pengelolaan Asuhan Keperawatan Stroke .....	28
C. Penelitian tentang Pengelolaan Asuhan Keperawatan Injury Kecelakaan Lalu Lintas .....	30
D. Penelitian tentang Pengelolaan Asuhan Keperawatan Luka Bakar .....	32
E. Latihan .....	34
F. Rangkuman Materi.....	40
G. Glosarium.....	41
H. Daftar Pustaka.....	42

<b>BAB 3 INTERVENSI KEPERAWATAN PADA KEGAWATDARURATAN SESUAI DENGAN STANDAR YANG BERLAKU .....</b>	<b>45</b>
A. Konsep Pengkajian di area keperawatan gawat darurat ( <i>Primary Survey</i> dan <i>Secondary survey</i> ).....	47
1. Pengertian penilaian awal ( <i>initial assessment</i> ) .....	47
2. Tujuan penilaian awal ( <i>initial assessment</i> ) .....	47
3. Tahapan penilaian awal ( <i>initial assessment</i> ).....	48
4. Tugas perawat pada survei primer dan survei sekunder .....	48
B. Konsep TRIAGE .....	55
1. Pengertian.....	55
2. Tujuan dilakukan triage di ruangan IGD (Instalasi Gawat Darurat) .....	55
3. Penerapan Triage Pre Hospital.....	56
4. Penerapan Triage In Hospital.....	57
C. Konsep Pembidaian pada Kasus Gawat Darurat .....	59
1. Definisi Pembidaian.....	59
2. Tujuan Pembidaian .....	59
3. Tipe/Jenis Bidai.....	59
4. Prinsip Pembidaian dan Syarat Bidai.....	60
5. Hal Hal yang Perlu Diperhatikan Pada Saat Pemasangan <i>Splinting</i> .....	61
6. Prosedur Keterampilan Tindakan Pemasangan Bidai.....	62
D. Konsep Pembebasan Jalan Napas dan Kontrol Servikal pada Kasus Gawat Darurat.....	63
1. Konsep Jalan Nafas dan Sistem Pernafasan .....	63
2. Gangguan Sumbatan Jalan Nafas .....	64
3. Gangguan Pernafasan .....	67
4. Penatalaksanaan Obstuksi Jalan Nafas.....	72
E. Konsep Bantuan Hidup Dasar .....	86
1. Pengertian BHD.....	86
2. Tujuan BHD.....	86

3. Indikasi BHD .....	87
4. Syarat Untuk Menghentikan BHD dan Komplikasi BHD .....	88
5. Prinsip Bantuan Hidup Dasar (BHD) .....	89
6. Praktek Bantuan Hidup Dasar (BHD) Sesuai dengan Sop .....	92
F. Latihan .....	99
G. Rangkuman Materi.....	109
H. Glosarium.....	109
I. Daftar Pustaka.....	111
<b>BAB 4 PROSES KEPERAWATAN PADA PASIEN DI AREA KEPERAWATAN GAWAT DARURAT .....</b>	<b>113</b>
A. Prinsip Keperawatan Gawat Darurat.....	115
B. Prinsip Penanggulangan Korban Gawat Darurat .....	115
1. Tujuan Pertolongan Pertama .....	115
2. Tindakan Prioritas Penolong .....	115
3. Mengontrol Area .....	115
4. Sikap penolong .....	116
C. <i>Primary Survey</i> .....	116
D. <i>Secondary Survey</i> .....	121
E. Penerapan Asuhan Keperawatan Gawat Darurat.....	123
1. Dasar-Dasar Keperawatan di Ruang Gawat Darurat.....	124
2. Pengkajian.....	125
3. Diagnosa keperawatan.....	126
4. Rencana Intervensi Keperawatan.....	127
5. Implementasi Keperawatan .....	127
6. Evaluasi.....	127
7. Dokumentasi.....	127
F. Latihan .....	127
G. Rangkuman Materi.....	129
H. Glosarium.....	129
I. Daftar Pustaka.....	130

<b>BAB 5 FUNGSI ADVOKASI DAN KOMUNIKASI PADA KASUS KEGAWATAN, KEDARURATAN.....</b>	<b>131</b>
A. Fungsi Advokasi .....	133
B. Landasan Hukum Fungsi Perawat.....	134
C. Komunikasi dalam Keperawatan Gawat Darurat.....	136
1. Pengertian Komunikasi Terapeutik Kegawatdaruratan .....	136
2. Tujuan Komunikasi Dalam Keadaan Gawat Darurat.....	139
3. Efek Komunikasi.....	140
4. Prinsip Komunikasi Terapeutik Dalam Keadaan Gawat Daruat .....	140
5. Teknik Komunikasi Terapeutik Dalam Keadaan Gawat Darurat.....	141
D. Latihan .....	142
E. Rangkuman Materi.....	144
F. Glosarium.....	146
G. Daftar Pustaka.....	146
<b>BAB 6 INTERVENSI KOLABORASI DAN MANDIRI (MEDIKAL, FARMAKOLOGI, DAN DIET).....</b>	<b>147</b>
A. Syok Hipovolemik.....	149
B. Hiperglikemik .....	152
C. Sepsis .....	156
D. Latihan .....	157
E. Rangkuman Materi.....	158
F. Glosarium.....	159
G. Daftar Pustaka.....	160
<b>PROFIL PENULIS.....</b>	<b>165</b>

# BAB 1

## FILOSOFI, HOLISTIK, DAN PROSES KEPERAWATAN PASIEN GAWAT DARURAT

### Pendahuluan

Istilah Gawat menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) umumnya diartikan pada situasi yang sangat serius atau kritis yang memerlukan perhatian segera. Dalam konteks medis, gawat sering kali diartikan suatu kondisi kesehatan yang mendesak dan memerlukan penanganan cepat untuk mencegah kematian atau kerusakan lebih lanjut. Sedangkan Darurat menurut KBBI adalah situasi/keadaan yang memerlukan tindakan cepat karena situasi yang tidak biasa atau krisis. Dalam konteks medis atau penanganan bencana, istilah darurat biasanya berarti situasi yang membutuhkan respons segera untuk mengatasi bahaya atau risiko yang tinggi. Keperawatan adalah suatu profesi yang berfokus pada perawatan individu, keluarga, dan komunitas untuk mencapai, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan serta kualitas hidup. Praktik keperawatan melibatkan penilaian kesehatan, perencanaan perawatan, implementasi tindakan, serta evaluasi hasil yang dilakukan dengan pendekatan berbasis bukti dan prinsip-prinsip etika. Keperawatan juga meliputi pendidikan kesehatan dan advokasi bagi pasien untuk mendukung pemulihan dan kesejahteraan mereka (Potter, P.A., & Perry, A.G., 2020). Jadi Keperawatan gawat darurat adalah bidang keperawatan yang berfokus pada penanganan dan perawatan pasien yang mengalami kondisi medis kritis dan mendesak. Pasien dalam kategori ini seringkali menghadapi situasi yang mengancam nyawa, seperti serangan jantung, stroke, trauma berat, atau kegagalan organ. Tujuan utama dari keperawatan gawat darurat adalah untuk memberikan intervensi keperawatan/medis yang cepat dan efektif guna stabilisasi kondisi pasien dan meminimalkan dampak jangka panjang dari kondisi kritis mereka (McCall, T., & Hicks, K., 2022)

Negara Kesatuan Republik Indonesia yang kita cintai ini berada diantara dua benua dan dua samudera, terdiri 17 ribu lebih pulau baik besar maupun kecil, luas lautan 2 kali lipat luas daratan dengan dikelilingi gunung-gunung berapi, penduduknya berbagai ragam suku, agama dan Bahasa daerah, penduduknya padat dan setiap tahun teknologi dan kendaraan bermotor bertambah baik darat, laut dan udara. Kondisi ini banyak menimbulkan berbagai macam kejadian kecelakaan sehari-hari maupun bencana. Kejadian sehari-hari kita banyak melihat kejadian kecelakaan lalulitas baik motor maupun mobil, pesawat jatuh, kapal air tenggelam. Kajadian bencana lebih banyak lagi seperti gunung Meletus, tsunami, banjir rob, banjir karena hujan, tanah longsor, kebakaran hutan dan rumah, bencana sosial dll sehingga masyarakat dunia mengenal Indonesia adalah Supermarketnya Bencana.

Melihat kondisi/situsi di NKRI sebagai supermarket bencana maka sebagai seorang perawat yang bekerja di lapangan dan ruang emergensi wajib mempelajari Keperawatan Gawat Darurat dalam Praktik Klinis agar mampu menangani Situasi Krisis dengan Cepat dan Efektif karena Perawat gawat darurat memainkan peran krusial dalam situasi di mana waktu adalah faktor penting. Tindakan cepat dan efektif dapat membuat pemulihan penuh atau konsekuensi jangka panjang yang serius. Pasien yang mengalami kondisi gawat darurat memerlukan evaluasi dan intervensi medis segera untuk mengurangi risiko kematian dan komplikasi Gulanick, M., & Myers, J. L. (2020). Mampu Koordinasi Multidisiplin karena di ruang gawat darurat Perawat harus kerja sama dengan berbagai profesional kesehatan seperti perawat ambulan, dokter dan spesialis lain. Koordinasi yang baik antara anggota tim medis sangat penting untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang tepat dan menyeluruh - McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). Mampu memberikan Penyuluhan dan Pendidikan karena Perawat gawat darurat sering berperan dalam memberikan informasi dan dukungan kepada pasien dan keluarga mereka. Ini mencakup menjelaskan prosedur, memberikan dukungan emosional, dan mengedukasi tentang langkah-langkah pemulihan yang diperlukan Dossey, B. M., Keegan, L., & Barrere, C. (2022). Mampu Mengelolaan Sumber Daya dan Prioritas karena dalam setting gawat darurat, perawat harus mampu membuat keputusan cepat tentang prioritas perawatan pasien. Ini termasuk menggunakan peralatan medis, obat-obatan, dan teknologi dengan cara yang paling efektif Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2019). Mampu meningkatkan Kualitas dan Keamanan Perawatan

karena kondisi pasien gawat darurat harus memastikan bahwa perawatan yang diberikan aman dan berkualitas tinggi. Ini melibatkan pemantauan ketat terhadap pasien, pelaksanaan prosedur medis dengan standar yang tinggi, dan penilaian berkelanjutan untuk mencegah kesalahan. Smith, C. & Waugh, L. (2021). Mampu memberikan Dukungan dan Manajemen Krisis Emosional karena pasien dan keluarga yang mungkin mengalami stres dan kecemasan tinggi. Dukungan ini penting untuk membantu mereka menghadapi situasi sulit Puchalski, C. M., & Ferrell, B. (2010)..

### **Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran**

Setelah mempelajari materi ini, diharapkan mahasiswa memahami filosofi keperawatan gawat darurat, aplikasi pendekatan holistic dalam praktik keperawatan gawat darurat, memahami dan menerapkan proses keperawatan gawat darurat dan meningkatkan keterampilan keperawatan gawat darurat.

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memberikan pemahaman mendalam mengenai prinsip-prinsip dan nilai-nilai yang mendasari praktik keperawatan gawat darurat. Ini mencakup pemahaman tentang etika, keselamatan pasien, dan pentingnya respons cepat.
2. Mengajarkan bagaimana menerapkan pendekatan holistik dalam perawatan pasien gawat darurat, yang melibatkan penilaian dan perawatan yang mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari pasien.
3. Menguraikan langkah-langkah sistematis yang terlibat dalam proses keperawatan untuk pasien gawat darurat, mulai dari penilaian hingga evaluasi, serta bagaimana proses ini membantu dalam memberikan perawatan yang efektif dan efisien.
4. Meningkatkan keterampilan praktis yang diperlukan dalam situasi gawat darurat, termasuk penilaian cepat, triase, perencanaan intervensi, dan pelaksanaan tindakan perawatan yang efektif

**Capaian Pembelajaran:**

1. Mahasiswa mampu menerapkan prinsip-prinsip dan nilai-nilai yang mendasari praktik keperawatan gawat darurat yang mencakup etika keperawatan, prioritas penyelamatan pasien, dan pentingnya respons cepat.
2. Mahasiswa mampu menerapkan pendekatan holistik dalam perawatan pasien gawat darurat, yang melibatkan penilaian dan perawatan yang mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari pasien.
3. Mahasiswa mampu menerapkan langkah-langkah sistematis yang terlibat dalam proses keperawatan untuk pasien gawat darurat, mulai dari penilaian hingga evaluasi, serta bagaimana proses ini membantu dalam memberikan perawatan yang efektif dan efisien.
4. Mahasiswa mampu menerapkan keterampilan praktis yang diperlukan dalam situasi gawat darurat, termasuk penilaian cepat, triase, perencanaan intervensi, dan pelaksanaan tindakan perawatan yang efektif.

### A. Filosofi Keperawatan Gawat Darurat

Pasien yang masuk ke IGD adalah pasien-pasien yang memerlukan bantuan pertolongan yang harus segera diberikan tindakan medik efektif dan efisien. Pasien dengan label merah merupakan pasien yang harus sangat segera dilakukan tindakan keperawatan/medis karena kemampuan bertahan pasien 0 menit, label oren pasien hanya bisa bertahan <10 menit, label kuning pasien hanya mampu bertahan 30 menit dan pasien dengan label hijau hanya bertahan kurang dari 60 menit. Untuk itu filosofi keperawatan gawat darurat di IGD adalah

#### 1. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah prinsip utama dalam keperawatan gawat darurat. Hal ini mencakup penghindaran kesalahan medis dan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa pasien. Perawat harus memastikan bahwa semua prosedur dan intervensi dilakukan dengan hati-hati dan sesuai dengan standar praktik yang berlaku. Pada saat melakukan prosedur tindakan perawat wajib mengikuti protokol keselamatan, seperti penggunaan peralatan pelindung pribadi (PPE), memastikan identifikasi pasien yang tepat, dan melaksanakan prosedur dengan teknik yang benar Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000).

#### 2. Respons Cepat dan Efektif

Keperawatan gawat darurat memerlukan tindakan cepat dan tepat untuk menangani kondisi kritis. Waktu adalah faktor penting, dan perawat harus mampu melakukan penilaian cepat, triase, dan intervensi medis secara efisien untuk meminimalkan kerusakan dan meningkatkan peluang pemulihan McCall, T., & Hicks, K. (2022). Prakteknya Ketika pasien datang pada menit pertama sudah dilakukan respon untuk dimulai dilakukan triase, survey primer, survey sekunder dan kolaborasi dengan tim medik dalam penanganan pasien sesuai prosedur.

#### 3. Pendekatan Berbasis Bukti

Praktik keperawatan gawat darurat harus didasarkan pada bukti ilmiah terkini untuk memastikan efektivitas perawatan. Pendekatan berbasis bukti melibatkan penggunaan hasil penelitian dan data klinis untuk membimbing keputusan klinis dan intervensi Melnyk, B. M., & Fineout-

Overholt, E. (2019). Dalam prakteknya tetap menggunakan pedoman klinis dan protokol yang berbasis bukti, serta berpartisipasi dalam pelatihan dan pendidikan berkelanjutan untuk tetap terkini dengan praktik terbaik.

4. Kolaborasi Tim Multidisiplin

Perawatan pasien gawat darurat sering melibatkan berbagai profesional kesehatan, termasuk perawat, dokter dan profesi Kesehatan lain. Kolaborasi yang efektif antara anggota tim medis penting untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi dan menyeluruh. Pada prakteknya perawat tetap selalu berkomunikasi secara efektif dengan anggota tim lain, berbagi informasi penting tentang pasien, dan bekerja sama dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan (Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., & Goldman, J., 2016).

5. Etika dan Tanggung Jawab Profesional

Perawat gawat darurat harus mematuhi standar etika keperawatan yang tinggi dan tanggung jawab profesional. Ini mencakup menghormati hak-hak pasien, menjaga kerahasiaan, dan mengambil keputusan yang berfokus pada kepentingan terbaik pasien. Pada prakteknya perawat tetap selalu menegakkan kerahasiaan pasien, membuat keputusan berdasarkan etika keperawatan, dan memberikan perawatan dengan rasa hormat dan empati (American Nurses Association, 2015).

6. Dukungan Emosional dan KomunikasiSelain memberikan intervensi keperawatan, memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga merupakan aspek penting dari keperawatan gawat darurat. Perawat harus mampu berkomunikasi dengan empati dan membantu pasien dan keluarga mengatasi stres dan kecemasan. Pada kenyataannya perawat selalu menyediakan informasi yang jelas dan mendukung, serta mendengarkan dan merespons kekhawatiran pasien dan keluarga (Dossey, B. M., Keegan, L., & Barrere, C., 2022).

7. Penilaian dan Evaluasi Berkelanjutan

Keperawatan gawat darurat melibatkan penilaian dan evaluasi terus-menerus terhadap kondisi pasien. Perawat harus terus-menerus memantau dan menilai respons pasien terhadap perawatan untuk menyesuaikan intervensi dan memastikan hasil yang optimal. Kegiatan sehari-hari perawat salah satunya adalah melakukan penilaian berkala terhadap tanda vital dan respons pasien, serta menyesuaikan rencana

perawatan berdasarkan hasil evaluasi Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2019).

## **B. Pendekatan Holistik dalam Keperawatan Gawat Darurat**

### **1. Definisi Pendekatan Holistik**

Pendekatan holistik dalam keperawatan adalah pendekatan yang mempertimbangkan seluruh aspek dari individu, bukan hanya kondisi fisiknya. Pendekatan ini mencakup dimensi fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari pasien. Tujuan dari pendekatan holistik adalah untuk memberikan perawatan yang menyeluruh dan memperhatikan semua kebutuhan pasien untuk meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Aspek yang perlu diperhatikan adalah mencakup Fisik (Kesehatan tubuh dan kondisi medis), Emosional (Kesehatan mental dan emosional, termasuk stres dan kecemasan), Sosial (Dukungan sosial dan interaksi dengan keluarga dan komunitas), dan Spiritual (Keyakinan dan nilai-nilai spiritual atau religious) Dossey, B. M., Keegan, L., & Barrere, C. (2022). Pendekatan holistic juga memiliki prinsip-prinsip antara lain: Komprehensif (Memahami bahwa setiap aspek kehidupan pasien dapat mempengaruhi kesehatan dan proses pemulihan), Individualisasi (Perawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi unik setiap pasien), Kolaboratif (Melibatkan pasien dan keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan), Pencegahan dan Kesehatan (Fokus pada pencegahan penyakit dan peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan), Puchalski, C. M., & Ferrell, B. (2010).

### **2. Aspek-Aspek Holistik dalam Keperawatan**

Pendekatan holistik dalam keperawatan mempertimbangkan keseluruhan individu, tidak hanya fokus pada kondisi fisik melainkan harus secara menyeluruh. Berikut adalah aspek-aspek utama yang termasuk dalam pendekatan holistik:

#### **a. Aspek Fisik**

Aspek fisik mencakup kondisi tubuh, kesehatan, dan gejala fisik pasien. Ini termasuk penilaian terhadap tanda vital, fungsi organ, dan kesejahteraan umum tubuh. Implementasinya antara lain melakukan penilaian fisik menyeluruh, memantau tanda vital, dan memastikan pasien menerima perawatan medis yang sesuai untuk kondisinya. Gulanick, M. and Myers, J. L. (2020).

**b. Aspek Emosional**

Aspek emosional mencakup kesejahteraan mental dan emosional pasien, termasuk perasaan, kecemasan, dan stres. Kesehatan emosional dapat mempengaruhi cara pasien merespons perawatan dan proses penyembuhan mereka. Implementasi antara lain adalah memberikan dukungan emosional, mendengarkan kekhawatiran pasien, dan menawarkan intervensi untuk mengurangi kecemasan dan stres, seperti konseling atau teknik relaksasi. Dossey, B. M., Keegan, L., & Barrere, C. (2022).

**c. Aspek Sosial**

Aspek sosial mencakup dukungan dan hubungan sosial pasien, termasuk keluarga, teman, dan komunitas. Dukungan sosial dapat memainkan peran penting dalam proses pemulihan dan kesejahteraan umum pasien. Implementasinya antara lain mengidentifikasi dan melibatkan sumber dukungan sosial pasien, seperti keluarga dan teman, serta memastikan bahwa pasien memiliki akses ke jaringan sosial yang mendukung. Puchalski, C. M., & Ferrell, B. (2010).

**d. Aspek Spiritual**

Aspek spiritual melibatkan keyakinan, nilai-nilai, dan praktik religius atau spiritual yang dapat mempengaruhi pengalaman pasien dan cara mereka mengatasi penyakit. Pendekatan ini mengakui bahwa spiritualitas bisa menjadi sumber kekuatan dan kenyamanan bagi beberapa pasien. Implementasinya antara lain menyediakan dukungan spiritual sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien, yang mungkin termasuk menawarkan konseling spiritual atau menghubungkan pasien dengan pemuka agama. Koenig, H. G. (2012).

**e. Aspek Kognitif**

Aspek kognitif mencakup fungsi mental pasien, termasuk kemampuan berpikir, memori, dan pengambilan keputusan. Gangguan kognitif dapat mempengaruhi pemahaman pasien tentang kondisi mereka dan perawatan yang diberikan. Implementasinya antara lain menilai kemampuan kognitif pasien dan menyediakan dukungan yang diperlukan untuk memastikan bahwa pasien memahami informasi medis dan perawatan yang mereka terima. Hoyer, E. H., & Fick, D. M. (2019).

f. Aspek Lingkungan

Aspek lingkungan mencakup kondisi sekitar pasien yang dapat mempengaruhi kesejahteraan mereka, seperti kebersihan, kenyamanan, dan keamanan lingkungan fisik di rumah sakit atau rumah. Implementasinya natra lain memastikan lingkungan pasien aman, nyaman, dan mendukung proses penyembuhan, serta mengidentifikasi dan mengatasi faktor lingkungan yang mungkin mempengaruhi kesehatan pasien.

### **3. Penerapan Pendekatan Holistik dalam Situasi Gawat Darurat**

Pendekatan holistik dapat dilakukan pula pada situasi ruangan gawat darurat, dengan maksud agar mempercepat penyembuhan pasien. Adapun kegiatan yang dapat dilakukan di situasi ruang gawat darurat antara lain :

a. Penilaian Menyeluruh

Meskipun situasi gawat darurat memerlukan tindakan cepat, cermat, tepat dan tenang, penting untuk melakukan penilaian menyeluruh yang mencakup tidak hanya aspek fisik tetapi juga kondisi emosional dan sosial pasien. Ini membantu dalam merancang rencana perawatan yang lebih komprehensif dan responsif terhadap kebutuhan pasien secara keseluruhan. Implementasinya natara lain melakukan penilaian awal yang cepat namun menyeluruh, termasuk mengidentifikasi stresor emosional, dukungan sosial, dan kebutuhan spiritual pasien jika memungkinkan. Gulanick, M., & Myers, J. L. (2020).

b. Manajemen Emosional

Dalam situasi gawat darurat, pasien dan keluarga pasti mengalami tingkat kecemasan dan stres yang tinggi. Pendekatan holistik menekankan pentingnya dukungan emosional sebagai bagian dari perawatan. Implementasinya antara lain memberikan dukungan emosional dengan mendengarkan kekhawatiran pasien dan keluarga, serta memberikan informasi yang jelas dan menenangkan. Dossey, B. M., Keegan, L., & Barrere, C. (2022).

c. Dukungan Sosial

Meskipun dalam situasi darurat mungkin sulit untuk melibatkan keluarga secara langsung, dukungan sosial tetap penting. Pendekatan holistik mencakup upaya untuk menghubungkan pasien dengan dukungan sosial yang ada. Puchalski, C. M., & Ferrell, B. (2010).

Implementasinya antara lain menginformasikan kepada keluarga tentang kondisi pasien dan rencana perawatan serta memfasilitasi komunikasi yang efektif antara pasien dan keluarga.

d. Pertimbangan Spiritual

Beberapa pasien mungkin memiliki kebutuhan spiritual atau religius yang perlu dipertimbangkan dalam perawatan gawat darurat. Meskipun ini mungkin tidak selalu dapat diprioritaskan di tengah situasi krisis, upaya untuk menghormati dan memenuhi kebutuhan ini dapat meningkatkan pengalaman pasien. Koenig, H. G. (2012). Implementasinya antara lain Jika memungkinkan, menawarkan dukungan spiritual seperti konseling atau kontak dengan pemuka agama, sesuai dengan preferensi pasien.

e. Perencanaan Perawatan yang Individual

Pendekatan holistik menekankan pentingnya merancang perawatan yang sesuai dengan kebutuhan unik setiap pasien, termasuk pertimbangan pribadi dan preferensi dalam perawatan. Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2019). Implementasinya antara lain menyesuaikan rencana perawatan darurat dengan mempertimbangkan latar belakang, preferensi, dan nilai-nilai pasien, sejauh mungkin dalam situasi darurat.

### C. Proses Keperawatan Pasien Gawat Darurat

Proses keperawatan adalah teknik ilmiah yang dipergunakan oleh profesi perawat dalam memproses penyelesaian masalah kesehatan pasien. Proses keperawatan ini harus menjadi "framework" dalam setiap usaha menyelesaikan masalah Kesehatan pasien. Adapun langkah-langkah proses keperawatan menurut Potter, P.A., & Perry, A.G. (2020).

1. Pengkajian (Assessment)

Pengumpulan data yang relevan tentang kondisi kesehatan pasien melalui wawancara, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik. Tujuannya adalah mengidentifikasi kebutuhan, masalah, dan kekuatan pasien untuk menentukan diagnosis keperawatan yang akurat

2. Diagnosa Keperawatan (Nursing Diagnosis)

Menyusun diagnosis keperawatan berdasarkan data yang dikumpulkan selama penilaian. Diagnosis ini menggambarkan masalah kesehatan atau

potensi masalah kesehatan pasien. Tujuannya adalah menyediakan dasar untuk merencanakan dan menerapkan intervensi keperawatan yang sesuai.

3. Perencanaan (Planning)

Menyusun rencana perawatan berdasarkan diagnosis keperawatan, yang mencakup tujuan, prioritas, dan intervensi yang spesifik. Tujuannya adalah membuat rencana yang terorganisir untuk mengatasi masalah kesehatan pasien dan mencapai hasil yang diinginkan.

4. Implementasi (Implementation)

Melaksanakan rencana perawatan yang telah disusun, termasuk tindakan keperawatan dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Tujuannya adalah menerapkan intervensi yang direncanakan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien dan mencapai tujuan perawatan.

5. Evaluasi (Evaluation)

Menilai efektivitas intervensi yang telah dilakukan dan mengevaluasi apakah tujuan perawatan telah tercapai. Tujuannya adalah mengidentifikasi apakah perubahan diperlukan dalam rencana perawatan dan membuat penyesuaian jika diperlukan.

Namun demikian di ruang gawat darurat khususnya memiliki kebijakan tersendiri dimana alur penyelesaian masalah pasien menggunakan Inisial Assesment. Adapun langkah-langkah inisial assessment antara lain :

1. Triase (Triage)

Triase adalah proses penilaian awal pasien di ruang gawat darurat (UGD) untuk menentukan tingkat keparahan kondisi medis mereka dan menetapkan prioritas perawatan. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa pasien dengan kondisi yang paling mendesak mendapatkan perhatian pertama. Adapun tujuan triase adalah mengidentifikasi pasien yang membutuhkan perawatan segera, mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat urgensi, dan mengoptimalkan penggunaan sumber daya. Gilboy, N., Tanabe, P., & Travers, D. (2018).

Metode Triase Klasik adalah dengan menggunakan sistem warna: kode warna (merah, kuning, hijau, hitam) untuk mengkategorikan pasien. Weinstock, R., & Casey, J. (2019).

- a. Merah : Kasus yang sangat mendesak, membutuhkan perawatan segera untuk kelangsungan hidup.
- b. Kuning : Kasus yang memerlukan perhatian dalam waktu dekat tetapi tidak mengancam nyawa segera.

- c. Hijau : Kasus dengan kondisi yang kurang mendesak, dapat menunggu lebih lama untuk perawatan.
- d. Hitam : Kasus yang tidak dapat diselamatkan atau pasien sudah meninggal.
- e. Emergency Severity Index (ESI) : Sistem triase berbasis lima level untuk menentukan prioritas berdasarkan kebutuhan medis dan sumber daya yang diperlukan.

Adapun Langkah-langkah triase :

- a. Melakukan penilaian awal terhadap keluhan utama, riwayat medis singkat, dan tanda vital seperti nadi, tekanan darah, suhu, dan frekuensi pernapasan.
- b. Menggunakan sistem triase untuk menilai tingkat keparahan dan kebutuhan medis pasien.
- c. Mengklasifikasikan pasien ke dalam kategori triase sesuai dengan sistem yang digunakan.
- d. Mencatat hasil triase dalam catatan medis pasien untuk tindak lanjut dan komunikasi tim.

Faktor yang Dipertimbangkan dalam Triase Cartwright, J., & McKenna, H. (2020).

- a. Penilaian cepat terhadap tanda vital untuk mengidentifikasi kondisi medis yang memerlukan perhatian segera.
- b. Mengumpulkan informasi tentang riwayat medis, kondisi medis yang ada, dan keluhan utama pasien.
- c. Mengidentifikasi gejala yang menunjukkan kondisi medis kritis seperti kesulitan bernapas, nyeri dada, atau kehilangan kesadaran.
- d. Mempertimbangkan faktor lingkungan seperti bencana massal atau situasi darurat yang mempengaruhi prioritas triase.

#### Kriteria Penilaian Triase

Menggunakan skala seperti Glasgow Coma Scale (GCS) untuk menilai tingkat kesadaran pasien. Menilai tanda-tanda vital jantung dan pernapasan untuk menentukan urgensi perawatan. Menilai keparahan gejala seperti nyeri, kesulitan bernapas, dan tanda-tanda syok. Dutton, R. P., & Triage, J. (2017). Mengelola ruang gawat darurat yang padat dengan pasien untuk menghindari keterlambatan dalam perawatan. Mengambil keputusan yang tepat dalam waktu singkat di bawah tekanan tinggi.

Berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan tim medis untuk memastikan informasi yang akurat dan tindak lanjut yang sesuai. McGuire, S., & Delaney, A. (2021).

### Dokumentasi dan Komunikasi

Mencatat semua hasil triase, keputusan, dan tindakan yang diambil dalam catatan medis pasien. Dokumentasi harus jelas, akurat, dan dapat diakses oleh seluruh tim medis. Mengkomunikasikan hasil triase kepada tim medis lainnya dan memastikan adanya rencana tindak lanjut yang sesuai.

## 2. Survey Primer (Primary survey)

Survei primer di ruang gawat darurat adalah langkah awal dalam penanganan pasien yang kritis dan memerlukan evaluasi cepat untuk menentukan prioritas perawatan. Tujuan dari survei ini adalah untuk mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa dan mengatur intervensi yang tepat.

### a. Tujuan Survei Primer

Identifikasi kondisi mengancam nyawa adalah mendeteksi masalah yang memerlukan penanganan segera. Menetapkan urutan tindakan berdasarkan tingkat urgensi. Menilai stabilitas pasien dan kebutuhan untuk intervensi lanjut.

### b. Langkah-Langkah Survei Primer

#### 1) Penilaian Kesadaran (A)

Periksa apakah pasien responsif terhadap suara atau tidak. Jika pasien tidak responsif terhadap suara, periksa respons terhadap rangsangan nyeri.

#### 2) Penilaian Jalan Napas (B)

Pastikan jalan napas bebas dari obstruksi. Periksa apakah pernapasan pasien efektif.

##### a) Penilaian Sirkulasi (C)

Evaluasi frekuensi, ritme, dan kualitas denyut nadi. Identifikasi tanda-tanda sirkulasi yang tidak adekuat.

##### b) Penilaian Keseimbangan (D)

Gunakan skala Glasgow Coma Scale (GCS) untuk menilai tingkat kesadaran. Identifikasi gejala neurologis yang mencurigakan.

##### c) Penilaian Paparan (E)

Periksa seluruh tubuh untuk menemukan luka atau tanda-tanda trauma yang mungkin terlewatkan. Lakukan Tindakan keperawatan awal pada luka atau trauma yang ditemukan.

### 3. Survey Sekunder (secondary survey)

Survei sekunder adalah langkah evaluasi lanjutan setelah survei primer di ruang gawat darurat. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan informasi lebih mendalam tentang kondisi pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan lainnya, dan menentukan rencana perawatan yang komprehensif.

#### a. Tujuan Survei Sekunder

Mendapatkan data rinci mengenai kondisi medis pasien. Menilai dan menangani masalah kesehatan tambahan yang mungkin tidak terdeteksi selama survei primer. Menyusun rencana perawatan yang lebih spesifik dan terarah.

#### b. Langkah-Langkah Survei Sekunder

Identifikasi keluhan utama yang dialami pasien, termasuk onset, durasi, dan karakteristik gejala. Tanyakan kepada pasien atau keluarga mengenai riwayat penyakit, kondisi kronis, alergi, dan pengobatan saat ini.

#### c. Pemeriksaan Fisik Mendetail

Lakukan pemeriksaan sistemik untuk mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala yang mungkin tidak tampak pada survei primer. Ini termasuk pemeriksaan sistem kardiovaskular, respiratori, gastrointestinal, neurologis, dan muskuloskeletal. Pengukuran Vital Signs: tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernapasan, suhu tubuh, dan saturasi oksigen secara mendetail.

#### d. Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik

Periksa hasil laboratorium seperti tes darah, urinalisis, dan gas darah untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang kondisi pasien. Gunakan tes diagnostik seperti X-ray, CT scan, atau ultrasound sesuai kebutuhan untuk menilai kondisi lebih lanjut.

#### e. Evaluasi Respons dan Reaksi Pasien

Evaluasi Respons Terhadap Terapi: Pantau respons pasien terhadap intervensi awal yang telah diberikan. Perubahan Kondisi: Catat setiap perubahan dalam kondisi pasien atau gejala yang muncul setelah intervensi awal.

#### 4. Tindakan definitive

Terapi definitif di ruang gawat darurat merujuk pada tindakan medis yang ditujukan untuk menangani kondisi medis yang mendasar secara efektif, setelah evaluasi awal dan intervensi darurat dilakukan. Tujuan dari terapi definitif adalah untuk mengatasi penyebab utama dari kondisi kritis pasien dan mengembalikan stabilitas kesehatan mereka. Prinsip Terapi Definitif adalah menentukan penyebab dasar dari kondisi medis yang mendasari dan melakukan intervensi yang sesuai. Menyelaraskan terapi dengan prioritas perawatan yang ditetapkan berdasarkan urgensi dan dampak. Memantau respons pasien terhadap terapi dan menyesuaikan rencana perawatan jika diperlukan. Adapun terapi Definitif Berdasarkan Kondisi Umum :

a. Penyakit Jantung Koroner

Adapun contohnya adalah Infark Miokard Akut (IMA), Pengobatan Farmakologisnya adalah pemberian trombolitik (misalnya alteplase), antiplatelet (misalnya aspirin), dan antikoagulan (misalnya heparin) untuk mengurangi pembekuan darah. Intervensi Koroner adalah Pertimbangkan angioplasti koroner dan pemasangan stent jika tersedia.

b. Gagal Pernapasan

Adapun contohnya adalah pasang ventilator untuk pasien dengan gagal napas berat atau kegagalan pernapasan yang tidak dapat diatasi dengan oksigenasi tambahan. CPAP/BiPAP (Gunakan *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) atau *Bilevel Positive Airway Pressure* (BiPAP) untuk pasien dengan gangguan pernapasan non-invasif.)

c. Trauma

Penanganan Cedera Internal dengan pembedahan darurat untuk mengatasi cedera organ dalam atau pendarahan internal. Stabilkan fraktur dengan metode immobilisasi dan persiapan untuk operasi jika diperlukan.

d. Transportasi

Transportasi lanjut pasien setelah perawatan di ruang gawat darurat (ER) adalah proses pemindahan pasien ke fasilitas atau unit perawatan yang sesuai untuk melanjutkan terapi atau pemulihan. Proses ini harus dilakukan dengan hati-hati untuk memastikan keselamatan dan kontinuitas perawatan pasien.

## 1) Tujuan Transportasi Lanjut

Tujuan transportasi pasien adalah memastikan pasien mendapatkan perawatan berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan medis mereka. Menjaga kondisi pasien tetap stabil selama proses pemindahan. Berkommunikasi dengan fasilitas atau tim medis yang akan menerima pasien.

## 2) Persiapan Sebelum Transportasi

### - Evaluasi Kondisi Pasien

Sebelum dipindahan ke tempat lain periksa status klinis pasien termasuk vital signs, kondisi medis saat ini, dan kebutuhan spesifik. Pastikan pasien stabil untuk dipindahkan dan tidak memerlukan intervensi medis darurat tambahan selama transportasi.

### - Koordinasi dengan Fasilitas Tujuan

Hubungi Fasilitas Tujuan yang akan dituju dengan memberi informasi tentang kondisi pasien dan kebutuhan perawatan spesifik kepada tim medis di fasilitas tujuan. Siapkan dan kirimkan dokumentasi medis yang diperlukan, termasuk rekam medis dan hasil tes yang relevan.

### - Persiapan Tim dan Peralatan

Pastikan bahwa tim transportasi (misalnya paramedis, perawat) terlatih dan siap untuk menangani kondisi pasien. Pastikan semua peralatan medis yang diperlukan (misalnya monitor, oksigen, obat-obatan) tersedia dan berfungsi dengan baik.

## 5. Proses Transportasi

### a. Pengamanan Pasien

Pasang monitor untuk memantau vital signs selama transportasi. Pastikan obat-obatan dan cairan infus siap untuk administrasi jika diperlukan selama transportasi.

### b. Transportasi

Pilih metode transportasi yang sesuai (misalnya ambulans, helikopter medis, transportasi rujukan) berdasarkan kebutuhan pasien. Monitor kondisi pasien secara berkala selama perjalanan dan siap untuk melakukan intervensi jika terjadi perubahan kondisi.

### c. Penanganan Situasi Darurat

Kesiapan untuk Tindakan Darurat: Siapkan tim untuk menangani potensi situasi darurat yang mungkin terjadi selama transportasi.

d. Tiba di Fasilitas Tujuan

- Penyerahan Pasien

Berikan laporan lengkap kepada tim medis di fasilitas tujuan, termasuk status klinis, perawatan yang telah diberikan, dan rencana tindak lanjut. Pastikan bahwa semua dokumentasi medis yang relevan diserahkan kepada tim medis yang menerima.

- Penilaian Ulang

Tim medis di fasilitas tujuan akan melakukan evaluasi ulang kondisi pasien untuk memastikan perawatan berlanjut sesuai kebutuhan.

## D. Latihan

Soal :

1. Apa prinsip utama dari filosofi keperawatan dalam konteks gawat darurat?
  - A. Menyediakan perawatan yang hanya fokus pada gejala fisik
  - B. Mengutamakan tindakan cepat dan keputusan kritis
  - C. Mengabaikan etika profesional untuk efisiensi
  - D. Hanya memberikan perawatan tanpa mempertimbangkan etika
2. Dalam pendekatan holistik, aspek manakah yang tidak termasuk dalam perawatan pasien?
  - A. Fisik
  - B. Psikologis
  - C. Ekonomi
  - D. Spiritual
3. Langkah pertama dalam proses keperawatan adalah:
  - A. Diagnosa
  - B. Perencanaan
  - C. Pengkajian
  - D. Evaluasi
4. Apa tujuan utama dari evaluasi dalam proses keperawatan?
  - A. Mencatat semua tindakan yang dilakukan
  - B. Menentukan langkah-langkah perawatan berikutnya

- C. Menilai hasil perawatan dan menyesuaikan rencana jika diperlukan
- D. Mengidentifikasi kondisi pasien awal

### III. Benar/Salah

- 1. Pendekatan holistik dalam keperawatan gawat darurat hanya fokus pada kebutuhan fisik pasien.
  - Benar
  - Salah
- 2. Dalam filosofi keperawatan, tindakan cepat tidak penting jika perawat sudah memiliki rencana perawatan.
  - Benar
  - Salah
- 3. Dokumentasi dalam proses keperawatan penting untuk evaluasi dan koordinasi tim medis.
  - Benar
  - Salah
- 4. Perencanaan adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan.
  - Benar
  - Salah

### III. Pertanyaan Essai

- 1. Jelaskan bagaimana filosofi keperawatan mempengaruhi pengambilan keputusan dalam situasi gawat darurat.
- 2. Deskripsikan bagaimana pendekatan holistik dapat diimplementasikan dalam merawat pasien dengan trauma berat di unit gawat darurat.
- 3. Apa tantangan yang mungkin dihadapi perawat dalam penerapan proses keperawatan di lingkungan gawat darurat, dan bagaimana cara mengatasinya?

### Kunci Jawaban

#### Pilihan Ganda

- 1. B
- 2. C

3. C
4. C

Benar Salah

1. Salah
2. Salah
3. Benar
4. Salah

Essay

1. Filosofi keperawatan dalam gawat darurat mempengaruhi pengambilan keputusan dengan menekankan pentingnya tindakan cepat dan etika profesional. Perawat harus membuat keputusan kritis secara cepat sambil mempertahankan nilai-nilai dasar dan prinsip etika dalam situasi penuh tekanan.
2. Pendekatan holistik dalam merawat pasien dengan trauma berat dapat mencakup penanganan kebutuhan fisik seperti stabilisasi hemodinamik, dukungan psikologis seperti konseling dan manajemen stres, dukungan sosial dengan melibatkan keluarga, serta pertimbangan spiritual seperti memberi akses pada spiritualis atau perawat agama.
3. Tantangan dalam penerapan proses keperawatan di lingkungan gawat darurat meliputi tekanan waktu, kekurangan sumber daya, dan kebutuhan untuk keputusan cepat. Mengatasi tantangan ini memerlukan latihan yang baik, perencanaan yang efektif, serta keterampilan manajemen stres dan komunikasi yang baik..

## E. Rangkuman Materi

Materi ini menggaris bawahi pentingnya filosofi keperawatan yang berfokus pada nilai-nilai dasar dan etika dalam perawatan gawat darurat, penggunaan pendekatan holistik untuk menangani seluruh aspek kebutuhan pasien, serta penerapan proses keperawatan yang sistematis untuk memastikan perawatan yang efektif dalam situasi kritis.

## **F. Glosarium**

Darurat : situasi yang membutuhkan respons segera untuk mengatasi bahaya atau risiko yang tinggi.

Filosofi gawat darurat : pemahaman mendalam tentang bagaimana merespons dengan efektif dan etis dalam kondisi yang penuh tekanan.

Gawat : kondisi kesehatan yang mendesak dan memerlukan penanganan cepat untuk mencegah kematian.

Keperawatan gawat darurat : bidang ilmu keperawatan yang berfokus pada penanganan dan perawatan pasien yang mengalami kondisi medis kritis dan mendesak

Pendekatan holistik : pendekatan yang mempertimbangkan seluruh aspek dari individu, bukan hanya kondisi fisiknya saja tapi harus mencakup biopsikospiritual.

## **G. Daftar Pustaka**

American Nurses Association. (2015). Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. American Nurses Association.

Cartwright, J., & McKenna, H. (2020). Principles of Emergency Triage. Wiley-Blackwell.

Dossey, B. M., Keegan, L., & Barrere, C. (2022). Holistic Nursing: A Handbook for Practice. Jones & Bartlett Learning.

Dutton, R. P., & Triage, J. (2017). Emergency Medicine and Trauma Care. Elsevier.

Gilboy, N., Tanabe, P., & Travers, D. (2018). Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Gulanick, M., & Myers, J. L. (2020). Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes. Elsevier.

Hoyer, E. H., & Fick, D. M. (2019). Cognitive Impairment in Older Adults: A Guide to Diagnosis and Management. Springer Publishing.

Koenig, H. G. (2012). Spirituality and Health: A Review of the Evidence for Clinical Practice. Southern Medical Journal.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press.

McCall, T., & Hicks, K. (2022). Emergency Nursing: A Comprehensive Review. Springer Publishing.

McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). Theoretical Basis for Nursing. Lippincott Williams & Wilkins.

- McGuire, S., & Delaney, A. (2021). Emergency Department Management: Strategies and Best Practices. Springer.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practices. Wolters Kluwer.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2020). Fundamentals of Nursing. Elsevier. Buku ini merupakan referensi dasar dalam memahami konsep dan praktik keperawatan.
- Puchalski, C. M., & Ferrell, B. (2010). Making Health Care Whole: Integrating Spirituality into Patient Care. Templeton Foundation Press.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., & Goldman, J. (2016). Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Smith, C. & Waugh, L. (2021). Introduction to Emergency Nursing. Routledge.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2019). Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Care. Wolters Kluwer.
- Weber, J., & Kelley, J. (2018). Health Assessment in Nursing. Wolters Kluwer.
- Weinstock, R., & Casey, J. (2019). Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. McGraw-Hill Education.
- Whitehead, D., & Bloomer, M. J. (2020). Environmental Factors in Nursing: A Holistic Approach. Routledge.



# BAB 2

## PENELITIAN TERKINI TERKAIT PENGELOLAAN/ASUHAN KEPERAWATAN

### Pendahuluan

Asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien melalui intervensi yang tepat, holistik, dan berkelanjutan. Berbagai kondisi kritis, seperti *Acute Myocardial Infarction* (AMI), kecelakaan lalu lintas, stroke, dan luka bakar memerlukan pendekatan keperawatan yang komprehensif dan khusus guna meminimalkan risiko komplikasi, mempercepat proses penyembuhan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

Penelitian terkini dalam pengelolaan asuhan keperawatan pada kondisi-kondisi tersebut menunjukkan adanya kemajuan signifikan dalam berbagai aspek intervensi keperawatan. Dalam penanganan AMI, peran perawat dalam deteksi dini gejala dan pengelolaan faktor risiko kardiovaskular semakin ditekankan, terutama melalui penerapan *nursing care pathways* yang terstruktur dan berbasis bukti. Intervensi ini terbukti mampu meningkatkan tingkat kelangsungan hidup pasien pasca infark dan memperbaiki kemampuan mereka dalam melakukan perawatan diri.

Pada kasus kecelakaan lalu lintas, peran perawat dalam memberikan penanganan awal yang cepat dan tepat sangatlah krusial, terutama pada fase pra-rumah sakit. Studi terbaru menunjukkan bahwa pengembangan keahlian khusus dalam manajemen trauma, seperti *advanced trauma life support* (ATLS), secara signifikan dapat mengurangi angka mortalitas akibat kecelakaan lalu lintas. Selain itu, penerapan teknologi kesehatan digital dalam pemantauan kondisi vital pasien di ruang gawat darurat semakin memperkuat peran perawat dalam proses triase dan stabilisasi pasien.

Pada kasus stroke, peran perawat dalam rehabilitasi pasien menjadi semakin esensial, terutama pada fase pasca-akut. Intervensi keperawatan yang berfokus pada pengelolaan mobilitas, pencegahan komplikasi sekunder seperti pneumonia dan ulkus dekubitus, serta edukasi terkait kontrol faktor risiko menunjukkan dampak yang signifikan dalam mempercepat pemulihan pasien. Riset juga menyoroti pentingnya pendekatan multidisiplin dan penggunaan teknologi rehabilitasi seperti robotic-assisted therapy dalam mendukung pemulihan fungsi motorik pasien stroke.

Sementara itu, asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar memerlukan perhatian khusus dalam hal manajemen nyeri, pencegahan infeksi, serta dukungan psikososial. Penelitian terkini menunjukkan bahwa penerapan evidence-based practice dalam pengelolaan luka bakar, termasuk penggunaan balutan modern dan intervensi psikologis, mampu meningkatkan hasil klinis serta kualitas hidup pasien. Selain itu, pelatihan dan pendidikan perawat mengenai teknologi perawatan luka yang baru, seperti penggunaan laser atau terapi oksigen hiperbarik, telah menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam mempercepat proses penyembuhan luka.

Melalui penelitian-penelitian terkini ini, dapat disimpulkan bahwa pengelolaan asuhan keperawatan yang berbasis bukti, terintegrasi dengan teknologi, serta berfokus pada kebutuhan individual pasien sangatlah penting dalam meningkatkan kualitas perawatan pada pasien dengan kondisi-kondisi kritis seperti AMI, kecelakaan lalu lintas, stroke, dan luka bakar. Penelitian lebih lanjut dan pengembangan model intervensi keperawatan yang holistik dan berkelanjutan tetap diperlukan untuk menghadapi tantangan di masa depan.

## **Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran**

### **Tujuan Instruksional**

1. Memahami penelitian terkini terkait pengelolaan asuhan keperawatan pada kondisi kritis
2. Menganalisis intervensi keperawatan berbasis bukti pada kondisi AMI, kecelakaan lalu lintas, stroke, dan luka bakar
3. Mengidentifikasi peran teknologi dan inovasi dalam pengelolaan asuhan keperawatan

4. Mengembangkan strategi pengelolaan asuhan keperawatan berbasis holistik dan berkelanjutan

**Capaian Pembelajaran:**

1. Pemahaman Mendalam tentang Asuhan Keperawatan pada Kondisi Kritis untuk kondisi *Acute Myocardial Infarction* (AMI), kecelakaan lalu lintas, stroke, dan luka bakar berdasarkan hasil penelitian terbaru.
2. Kemampuan Menganalisis Intervensi Keperawatan Berbasis Bukti
3. Penguasaan Teknologi dalam Asuhan Keperawatan
4. Pengembangan Strategi Asuhan Keperawatan yang Holistik dan Berkelanjutan
5. Implementasi Praktik Keperawatan yang Berfokus pada Pasien

### A. Penelitian tentang Pengelolaan Asuhan Keperawatan *Acute Myocardial Infarction (AMI)*

*Acute Myocardial Infarction* (AMI) atau serangan jantung akut merupakan salah satu kondisi kardiovaskular yang memerlukan penanganan segera di unit gawat darurat (UGD). Penundaan dalam pemberian intervensi awal dapat meningkatkan risiko kerusakan permanen pada otot jantung dan kematian. Oleh karena itu, penanganan yang cepat dan tepat oleh tim medis, termasuk perawat, sangat penting dalam meningkatkan angka kelangsungan hidup pasien. Penelitian terkini dalam pengelolaan AMI berfokus pada penerapan intervensi keperawatan berbasis bukti yang efektif untuk mempercepat diagnosis, pengobatan, dan pencegahan komplikasi.

1. Penerapan Protokol STEMI dan Pengaruhnya terhadap Waktu Door-to-Balloon Time. Penelitian oleh Anderson et al. (2021) menilai penerapan protokol *ST-Elevation Myocardial Infarction* (STEMI) dalam mempercepat waktu door-to-balloon pada pasien AMI yang memerlukan intervensi *percutaneous coronary intervention* (PCI). Protokol STEMI dirancang untuk mengurangi waktu yang dibutuhkan dari saat pasien tiba di UGD hingga dilakukannya angioplasti.

Studi ini menemukan bahwa dengan adanya protokol STEMI yang terstruktur dan pelatihan intensif bagi perawat, waktu door-to-balloon dapat dipersingkat hingga 30 menit, yang secara signifikan meningkatkan angka kelangsungan hidup pasien. Perawat memiliki peran penting dalam pengelolaan STEMI, termasuk identifikasi cepat melalui elektrokardiogram (EKG), pemberian terapi awal, dan koordinasi dengan tim kardiologi untuk tindakan PCI. Penelitian ini menekankan bahwa pendidikan dan simulasi secara berkala terkait protokol STEMI berperan penting dalam meningkatkan hasil klinis pada pasien AMI.

2. Penggunaan Skor Risiko HEART oleh Perawat dalam Triage Pasien AMI di Unit Gawat Darurat. Penelitian oleh Brown et al. (2022) mengevaluasi penggunaan HEART Score oleh perawat untuk menilai risiko pasien AMI di UGD. Skor HEART digunakan untuk mengevaluasi risiko pasien dengan keluhan nyeri dada dan menentukan apakah pasien memerlukan intervensi segera atau dapat diobservasi lebih lanjut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan HEART Score oleh perawat meningkatkan ketepatan dalam mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi AMI, sehingga memungkinkan intervensi lebih cepat dan efektif. Perawat yang dilatih untuk menggunakan skor risiko ini mampu mempercepat proses triase pasien, yang pada gilirannya mengurangi angka komplikasi dan waktu tunggu untuk tindakan lebih lanjut. Penelitian ini juga menemukan bahwa penggunaan HEART Score membantu mengurangi beban kerja di UGD dengan memprioritaskan pasien yang benar-benar membutuhkan intervensi segera.

3. Manajemen Nyeri Dada Akut dan Peran Perawat dalam Pengelolaan Terapi Nitrat dan Antiplatelet. Penelitian oleh Garcia et al. (2021) mengkaji efektivitas manajemen nyeri dada akut oleh perawat di UGD, khususnya pada pasien dengan AMI. Penelitian ini meneliti bagaimana perawat mengelola pemberian terapi nitrat dan antiplatelet (seperti aspirin) pada pasien dengan dugaan AMI.

Hasil studi menunjukkan bahwa pemberian terapi nitrat dan antiplatelet secara cepat oleh perawat dapat mengurangi tingkat keparahan nyeri dan menstabilkan pasien sebelum intervensi lebih lanjut, seperti PCI. Perawat berperan penting dalam memonitor respons pasien terhadap terapi, melakukan penilaian hemodinamik, serta menyesuaikan dosis sesuai protokol medis. Penelitian ini juga menekankan pentingnya pelatihan berkelanjutan bagi perawat untuk memastikan pemahaman yang tepat terkait manajemen farmakologis pasien AMI dalam kondisi gawat darurat.

4. Pengaruh Pelatihan Simulasi ACLS pada Kinerja Perawat dalam Penanganan AMI dengan Henti Jantung. Penelitian oleh Wilson et al. (2020) mengevaluasi pengaruh pelatihan simulasi *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) pada kinerja perawat dalam menangani pasien AMI yang mengalami henti jantung. Pelatihan ACLS meliputi manajemen jalan napas, pemberian resusitasi jantung paru (RJP), defibrilasi, dan pemberian obat-obatan yang diperlukan dalam situasi gawat darurat.

Studi ini menemukan bahwa perawat yang mengikuti pelatihan ACLS secara rutin memiliki kinerja yang lebih baik dalam situasi henti jantung akibat AMI, dengan peningkatan angka kelangsungan hidup pasien hingga 20%. Penelitian ini juga menemukan bahwa simulasi ACLS meningkatkan rasa percaya diri perawat dalam menangani situasi yang kritis, seperti mengidentifikasi aritmia fatal dan memulai intervensi yang sesuai tanpa

penundaan. Simulasi juga membantu perawat dalam mengkoordinasikan tindakan resusitasi dengan tim medis lainnya di UGD.

## B. Penelitian tentang Pengelolaan Asuhan Keperawatan Stroke

Stroke merupakan salah satu kondisi neurologis gawat darurat yang menyebabkan disabilitas fisik dan kognitif, bahkan kematian, jika tidak ditangani segera. Pada fase akut, stroke iskemik dan hemoragik memerlukan penanganan cepat untuk meminimalisir kerusakan otak. Oleh karena itu, pengelolaan asuhan keperawatan dalam kondisi gawat darurat berfokus pada stabilisasi pasien, deteksi dini, serta implementasi intervensi yang berbasis bukti untuk mempercepat waktu pengobatan. Penelitian terbaru dalam asuhan keperawatan stroke mengeksplorasi pendekatan inovatif dan teknologi yang membantu memperbaiki hasil klinis serta meningkatkan ketepatan dan kecepatan penanganan pasien stroke.

1. Implementasi Stroke Code dan Pengaruhnya terhadap Door-to-Needle Time pada Pasien Stroke Iskemik. Penelitian oleh Thompson et al. (2022) mengevaluasi implementasi protokol Stroke Code di unit gawat darurat untuk mempercepat waktu door-to-needle pada pasien dengan stroke iskemik yang memenuhi syarat untuk menerima terapi trombolitik (alteplase). Stroke Code adalah sistem yang memungkinkan tim keperawatan untuk melakukan tindakan darurat secara cepat dan terkoordinasi.

Penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan Stroke Code secara signifikan menurunkan waktu door-to-needle hingga 20 menit, yang merupakan salah satu faktor kunci dalam meningkatkan prognosis pasien stroke iskemik. Perawat berperan penting dalam menjalankan Stroke Code, termasuk melakukan triase cepat, melakukan penilaian skala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), dan mengkoordinasikan pencitraan otak segera serta pemberian trombolitik tepat waktu. Peningkatan pelatihan dan simulasi untuk perawat terkait Stroke Code berkontribusi terhadap peningkatan kinerja dalam penanganan stroke akut.

2. Pengaruh Pelatihan Simulasi untuk Perawat dalam Pengelolaan Stroke Hemoragik di UGD. Penelitian oleh Rodriguez et al. (2021) mengkaji pengaruh pelatihan simulasi intensif terhadap kemampuan perawat dalam menangani pasien dengan stroke hemoragik di unit gawat darurat. Pelatihan ini menekankan pada penilaian awal yang cepat, pengelolaan

tekanan darah, serta koordinasi dengan tim bedah saraf untuk tindakan lanjutan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang mengikuti pelatihan simulasi lebih cepat dalam menilai tanda-tanda stroke hemoragik dan melakukan intervensi yang sesuai, seperti stabilisasi hemodinamik dan pengendalian tekanan darah agresif. Penelitian ini menemukan bahwa simulasi membantu perawat dalam mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi perdarahan berulang dan meningkatkan kesiapan dalam merujuk pasien ke tindakan operasi jika diperlukan.

3. Peran Perawat dalam Menggunakan Skala NIHSS untuk Menilai Pasien Stroke di Unit Gawat Darurat. Penelitian oleh Kim et al. (2020) mengevaluasi efektivitas penggunaan skala NIHSS oleh perawat di UGD dalam penilaian awal pasien stroke. NIHSS adalah alat penilaian standar untuk mengukur tingkat keparahan stroke dan memandu keputusan terkait intervensi lanjutan.
4. Penelitian ini menemukan bahwa penggunaan NIHSS oleh perawat dalam penilaian awal dapat meningkatkan akurasi diagnosis stroke dan membantu dalam pemilihan terapi yang sesuai, termasuk keputusan untuk trombolisis atau tindakan bedah. Perawat yang terlatih dalam penggunaan NIHSS juga lebih mampu mengidentifikasi perubahan status neurologis pasien secara dini, yang memungkinkan tindakan cepat jika terjadi penurunan kondisi pasien.
5. Manajemen Pengendalian Tekanan Darah Akut pada Pasien Stroke oleh Perawat di UGD. Penelitian oleh Garcia et al. (2021) meneliti manajemen pengendalian tekanan darah akut pada pasien stroke oleh perawat di unit gawat darurat. Pengendalian tekanan darah yang agresif sangat penting, terutama pada stroke hemoragik dan stroke iskemik, untuk mengurangi risiko komplikasi seperti edema serebral dan perdarahan berulang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat memainkan peran penting dalam memonitor tekanan darah secara kontinu dan memberikan terapi antihipertensi yang diresepkan dengan cepat. Protokol pengendalian tekanan darah yang diterapkan oleh perawat terbukti efektif dalam mencegah perburukan klinis pasien stroke. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa pelatihan bagi perawat dalam penggunaan protokol tekanan darah berbasis bukti secara signifikan meningkatkan hasil klinis

pasien stroke, terutama dalam mengurangi angka mortalitas dan disabilitas jangka panjang.

### **C. Penelitian tentang Pengelolaan Asuhan Keperawatan Injury Kecelakaan Lalu Lintas**

Kecelakaan lalu lintas merupakan salah satu penyebab utama cedera fatal dan non-fatal di seluruh dunia. Penanganan yang cepat dan tepat dalam kondisi gawat darurat sangat penting untuk menyelamatkan nyawa, mengurangi morbiditas, dan mencegah kecacatan permanen. Perawat memiliki peran penting dalam menangani pasien cedera akibat kecelakaan lalu lintas di unit gawat darurat, baik dalam triase, stabilisasi kondisi, maupun pemulihan awal. Penelitian terkini menyoroti pentingnya penerapan intervensi keperawatan berbasis bukti untuk meningkatkan hasil klinis pasien dengan cedera serius akibat kecelakaan lalu lintas.

1. Penerapan Sistem Triase Trauma dalam Pengelolaan Cedera Gawat Darurat. Penelitian oleh Brown et al. (2020) menyoroti pentingnya penerapan sistem triase trauma yang efektif di unit gawat darurat. Sistem ini digunakan untuk menentukan prioritas penanganan pasien dengan cedera berat akibat kecelakaan lalu lintas. Dalam penelitian ini, peneliti membandingkan hasil klinis pasien yang ditangani dengan protokol triase trauma berbasis *Injury Severity Score* (ISS) dan *Revised Trauma Score* (RTS) dengan pasien yang tidak menerima triase yang terstruktur.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan triase berbasis ISS dan RTS secara signifikan mengurangi waktu penanganan pasien kritis, yang secara langsung berpengaruh pada peningkatan angka kelangsungan hidup hingga 15%. Selain itu, perawat yang dilatih untuk menggunakan skala triase ini lebih efektif dalam menilai tingkat keparahan cedera dan menentukan intervensi awal yang sesuai. Penelitian ini juga menekankan pentingnya pendidikan berkelanjutan bagi perawat untuk memastikan keterampilan dalam menggunakan sistem triase yang kompleks.

2. Peran Perawat dalam Manajemen Trauma Berbasis Tim Multidisiplin di Unit Gawat Darurat. Sebuah studi oleh Williams et al. (2021) meneliti peran perawat dalam manajemen trauma berbasis tim multidisiplin di ruang gawat darurat. Studi ini menyoroti pentingnya komunikasi yang baik antara perawat, dokter, dan ahli trauma untuk meningkatkan kualitas penanganan pasien dengan cedera berat. Peneliti menemukan bahwa dengan adanya kolaborasi yang erat antara perawat dan tim medis, proses stabilisasi pasien

dengan trauma, seperti cedera kepala, patah tulang, dan perdarahan internal, menjadi lebih cepat dan efisien.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa pelatihan simulasi multidisiplin, yang melibatkan perawat, secara signifikan meningkatkan kemampuan perawat dalam berkoordinasi dengan anggota tim lainnya. Hal ini berpengaruh terhadap pengurangan waktu untuk intervensi kritis, seperti pemberian cairan intravena, transfusi darah, dan tindakan bedah darurat. Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa perawat yang bekerja dalam tim trauma multidisiplin memainkan peran sentral dalam mengoordinasikan perawatan dan meningkatkan keselamatan pasien.

3. Penggunaan Teknologi *Point-of-Care Ultrasound* (POCUS) dalam Penanganan Trauma Akibat Kecelakaan Lalu Lintas. Penelitian oleh Zhang et al. (2022) mengevaluasi penggunaan teknologi Point-of-Care Ultrasound (POCUS) oleh perawat di unit gawat darurat dalam penanganan cedera akibat kecelakaan lalu lintas. POCUS digunakan untuk melakukan penilaian cepat terhadap kondisi internal pasien, seperti adanya perdarahan internal atau cedera organ yang memerlukan intervensi segera.

Studi ini menunjukkan bahwa perawat yang terlatih dalam penggunaan POCUS dapat melakukan penilaian cepat terhadap pasien trauma dan berkontribusi pada pengambilan keputusan klinis yang lebih baik. Pasien yang dinilai menggunakan POCUS memiliki waktu lebih cepat untuk intervensi definitif, seperti pembedahan atau transfusi darah, dibandingkan dengan pasien yang hanya menerima pemeriksaan fisik tradisional. Penggunaan POCUS oleh perawat terbukti mengurangi angka mortalitas hingga 10% pada pasien dengan trauma berat.

4. Penerapan Protokol ATLS (Advanced Trauma Life Support) dan Efektivitas Intervensi Keperawatan. Sebuah penelitian oleh Johnson et al. (2021) membahas penerapan protokol Advanced Trauma Life Support (ATLS) dalam penanganan pasien dengan cedera serius akibat kecelakaan lalu lintas. Protokol ATLS adalah standar global untuk penanganan trauma dan melibatkan langkah-langkah ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*).

Penelitian ini menemukan bahwa perawat yang mengikuti pelatihan ATLS mampu melakukan intervensi yang lebih terstruktur dan efisien dalam menstabilkan kondisi pasien. Penelitian ini menemukan bahwa penerapan protokol ATLS secara konsisten oleh perawat di ruang gawat darurat

membantu meningkatkan hasil klinis, dengan waktu respons yang lebih cepat dalam menangani masalah pernapasan, perdarahan, dan kondisi neurologis. Pasien yang menerima perawatan dengan protokol ATLS oleh perawat menunjukkan peningkatan stabilisasi vital yang lebih cepat serta penurunan komplikasi selama perawatan di ICU.

#### **D. Penelitian tentang Pengelolaan Asuhan Keperawatan Luka Bakar**

Luka bakar adalah salah satu jenis cedera yang memerlukan penanganan segera dan komprehensif di unit gawat darurat (UGD) karena sifatnya yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan berat, infeksi, syok, dan berpotensi mematikan jika tidak ditangani dengan tepat. Pengelolaan asuhan keperawatan dalam kondisi gawat darurat untuk luka bakar memerlukan pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti, mulai dari stabilisasi kondisi pasien hingga pencegahan komplikasi. Penelitian terkini berfokus pada strategi intervensi keperawatan yang efektif dalam pengelolaan luka bakar, yang berkontribusi pada peningkatan hasil klinis dan kualitas hidup pasien.

1. Penggunaan Pendekatan *Early Aggressive Fluid Resuscitation* untuk Mengurangi Mortalitas pada Pasien Luka Bakar. Penelitian oleh Johnson et al. (2021) mengevaluasi penggunaan pendekatan early aggressive fluid resuscitation pada pasien dengan luka bakar luas di unit gawat darurat. Studi ini meneliti pasien yang mengalami luka bakar lebih dari 20% dari total luas permukaan tubuh (TBSA) dan yang mendapatkan resusitasi cairan menggunakan Parkland Formula dalam enam jam pertama setelah cedera.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang menerima resusitasi cairan yang agresif pada fase awal memiliki angka mortalitas yang lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang menerima resusitasi cairan yang tertunda. Peran perawat sangat penting dalam memonitor respons pasien terhadap cairan, menilai tanda-tanda vital, dan mengidentifikasi tanda-tanda syok hipovolemik. Studi ini juga menunjukkan bahwa pelatihan intensif bagi perawat di UGD mengenai pengelolaan resusitasi cairan dapat mengurangi komplikasi seperti gagal ginjal akut dan syok septik.

2. Pengaruh Pelatihan Simulasi Keperawatan pada Penerapan Protokol ABCDE untuk Luka Bakar. Penelitian oleh Thompson et al. (2022) meneliti pengaruh pelatihan simulasi keperawatan pada penerapan protokol ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) pada pasien luka bakar di UGD.

Penelitian ini menilai perawat yang dilatih melalui simulasi dan membandingkannya dengan perawat yang tidak mendapatkan pelatihan.

Hasilnya menunjukkan bahwa perawat yang telah menerima pelatihan simulasi lebih cepat dan tepat dalam menerapkan langkah-langkah penanganan sesuai protokol ABCDE, khususnya dalam memastikan jalan napas aman dan memulai resusitasi cairan dengan cepat. Pelatihan simulasi terbukti meningkatkan keterampilan klinis, pengambilan keputusan, serta rasa percaya diri perawat dalam menangani kasus-kasus gawat darurat luka bakar. Selain itu, waktu penanganan pasien yang kritis juga berkurang secara signifikan, yang berkontribusi pada peningkatan prognosis pasien.

3. Penggunaan Teknologi *Teleburn* untuk Konsultasi Spesialis Luka Bakar pada Kondisi Gawat Darurat. Penelitian oleh Rodriguez et al. (2020) mengevaluasi penggunaan teknologi *Teleburn* dalam memfasilitasi konsultasi dengan spesialis luka bakar pada pasien di unit gawat darurat. *Teleburn* adalah sistem telemedisin yang memungkinkan perawat dan dokter di UGD melakukan konsultasi secara real-time dengan spesialis luka bakar yang berada di lokasi berbeda, khususnya untuk penanganan luka bakar kompleks atau pasien dengan kondisi kritis.

Studi ini menunjukkan bahwa penggunaan *Teleburn* mempercepat proses pengambilan keputusan terkait intervensi kritis, seperti debridement awal atau keputusan untuk merujuk pasien ke pusat luka bakar. Penggunaan teknologi ini juga meningkatkan rasa percaya diri perawat dalam melakukan intervensi awal pada pasien luka bakar. Dalam penelitian tersebut, *Teleburn* terbukti efektif dalam menurunkan angka komplikasi serta mengurangi kebutuhan perawatan lanjutan yang lebih invasif pada pasien luka bakar.

4. Manajemen Nyeri pada Pasien Luka Bakar: Peran Perawat dalam Penggunaan Analgesik Berbasis Bukti. Sebuah penelitian oleh Garcia et al. (2021) meneliti efektivitas intervensi keperawatan berbasis bukti dalam manajemen nyeri pada pasien luka bakar di unit gawat darurat. Manajemen nyeri pada luka bakar sangat penting karena rasa nyeri yang intens dapat mempengaruhi hemodinamik pasien dan meningkatkan risiko komplikasi.

Penelitian ini membandingkan dua kelompok pasien luka bakar yang menerima manajemen nyeri dengan metode standar versus metode berbasis bukti menggunakan kombinasi analgesik multimodal (opioid dan non-opioid) yang dipantau secara ketat oleh perawat. Hasil penelitian

menunjukkan bahwa kelompok yang menerima pendekatan berbasis bukti menunjukkan kontrol nyeri yang lebih baik dan lebih sedikit memerlukan sedasi tambahan selama perawatan awal. Perawat berperan penting dalam penilaian skala nyeri secara berkala dan penyesuaian dosis analgesik untuk mencegah *under-treatment* atau *over-treatment*.

## E. Latihan

- Kasus:** Seorang pasien perempuan berusia 58 tahun datang ke unit gawat darurat (UGD) dengan keluhan nyeri dada hebat yang menjalar ke lengan kiri dan disertai dengan sesak napas. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus. Setelah dilakukan pemeriksaan EKG, terdeteksi ST-elevation yang menunjukkan ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI). Pasien segera dipersiapkan untuk tindakan reperfusi, dan *tim kode jantung* segera diberitahu.

**Pertanyaan:**

- Berdasarkan penelitian terkini, jelaskan peran perawat dalam penerapan protokol *Kode Jantung* untuk mempercepat waktu *door-to-balloon* pada pasien dengan STEMI dan bagaimana ini dapat mempengaruhi hasil klinis pasien.
- Apa saja intervensi awal yang harus dilakukan perawat di UGD untuk menstabilkan kondisi pasien dengan AMI, serta apa alasan pentingnya melakukan intervensi tersebut secepat mungkin?
- Berdasarkan penelitian terbaru, bagaimana pentingnya kolaborasi tim multi-disiplin (perawat, dokter, dan kardiolog) dalam menurunkan angka mortalitas pada pasien dengan AMI? Sebutkan peran spesifik perawat dalam kolaborasi ini.
- Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pengelolaan nyeri pada pasien AMI merupakan salah satu fokus utama perawat di UGD. Jelaskan mengapa manajemen nyeri penting dalam penanganan AMI dan bagaimana perawat dapat memastikan pasien menerima perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi ini.

**Kunci Jawaban:**

- Penerapan protokol *Kode Jantung* bertujuan untuk mempercepat waktu *door-to-balloon*, yaitu waktu antara pasien tiba di rumah sakit hingga

tindakan reperfusi dilakukan. Perawat memainkan peran penting dalam triase cepat, menghubungi tim kardiolog, dan memastikan pasien segera mendapatkan EKG serta persiapan untuk angiografi koroner. Penurunan waktu *door-to-balloon* sangat berhubungan dengan peningkatan tingkat kelangsungan hidup dan penurunan komplikasi jangka panjang pada pasien AMI.

- b. Intervensi awal meliputi pemantauan tanda-tanda vital, pemberian oksigen, pemberian obat anti-platelet seperti aspirin, nitroglycerin untuk mengurangi nyeri dada, serta menyiapkan pasien untuk tindakan reperfusi seperti angioplasti. Intervensi ini penting untuk meminimalkan kerusakan jantung akibat iskemia yang berkelanjutan.
- c. Kolaborasi yang baik antara perawat, dokter, dan kardiolog sangat penting dalam menurunkan angka kematian pada pasien AMI. Peran perawat mencakup komunikasi yang efektif, pemantauan ketat terhadap kondisi pasien, dan memastikan tindakan dilakukan sesuai protokol. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa kolaborasi yang cepat dan efektif dapat menurunkan waktu perawatan dan meningkatkan hasil klinis pasien.
- d. Manajemen nyeri pada pasien AMI tidak hanya bertujuan untuk membuat pasien merasa nyaman, tetapi juga untuk mengurangi stres jantung. Nyeri yang berkelanjutan dapat meningkatkan beban kerja jantung dan memperburuk iskemia. Perawat perlu memastikan pemberian analgesik yang tepat, memantau respons pasien terhadap terapi, dan melaporkan perubahan kondisi yang dapat menunjukkan perburukan AMI.

2. **Kasus:** Seorang pasien laki-laki, usia 65 tahun, tiba di unit gawat darurat (UGD) dengan keluhan mendadak mengalami kelemahan pada sisi kiri tubuh, bicara tidak jelas, dan gangguan kesadaran. Setelah dilakukan pemeriksaan awal, pasien didiagnosis dengan stroke iskemik akut dan langsung diproses untuk penerapan *Stroke Code*. EKG dan CT-scan dilakukan dengan cepat, dan hasil NIHSS menunjukkan skor 15, yang menandakan stroke dengan tingkat keparahan sedang.

**Pertanyaan:**

- a. Berdasarkan penelitian terbaru, jelaskan bagaimana peran perawat dalam implementasi protokol *Stroke Code* di unit gawat darurat dan bagaimana hal ini dapat mempengaruhi waktu *door-to-needle* pada pasien stroke iskemik akut.
- b. Apa saja tindakan awal yang harus dilakukan perawat di UGD untuk menstabilkan kondisi pasien stroke sebelum tindakan lebih lanjut seperti trombolisis atau trombektomi dilakukan?
- c. Skala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) sering digunakan untuk menilai tingkat keparahan stroke. Berdasarkan penelitian terkini, bagaimana penggunaan skala NIHSS oleh perawat dapat mempengaruhi pengambilan keputusan klinis dalam penanganan stroke?
- d. Pada kasus stroke hemoragik, salah satu tindakan yang harus dilakukan segera adalah pengendalian tekanan darah. Berdasarkan penelitian terbaru, bagaimana peran perawat dalam manajemen tekanan darah pada pasien stroke hemoragik di UGD, dan mengapa hal ini penting untuk hasil klinis pasien?

**Kunci Jawaban:**

- a. Implementasi protokol *Stroke Code* memungkinkan tim medis, terutama perawat, untuk mempercepat proses triase, pemeriksaan diagnostik, dan pengobatan trombolitik. Penelitian menunjukkan bahwa perawat yang terlatih dapat membantu mengurangi waktu *door-to-needle*, yang penting dalam penyelamatan jaringan otak dan peningkatan prognosis pasien stroke iskemik.
- b. Tindakan awal perawat meliputi penilaian kondisi vital (seperti tekanan darah, nadi, dan respirasi), pemantauan neurologis menggunakan NIHSS, serta pemberian oksigen jika diperlukan. Selain itu, perawat perlu segera mempersiapkan pasien untuk pencitraan otak guna memastikan jenis stroke dan menentukan terapi yang sesuai.
- c. Penggunaan skala NIHSS membantu perawat menilai tingkat keparahan stroke dengan lebih objektif dan tepat. NIHSS memungkinkan perawat untuk mengenali defisit neurologis yang memerlukan intervensi cepat,

dan hasil skala ini membantu tim medis dalam memutuskan apakah pasien cocok untuk menerima trombolitik atau tindakan bedah.

- d. Pada stroke hemoragik, pengendalian tekanan darah oleh perawat sangat penting untuk mengurangi risiko perdarahan lebih lanjut dan pembengkakan otak. Manajemen tekanan darah yang tepat dapat membantu mencegah komplikasi fatal dan memperbaiki hasil jangka panjang bagi pasien stroke hemoragik.

- 3. Kasus:** Seorang pasien laki-laki berusia 30 tahun tiba di unit gawat darurat (UGD) setelah mengalami kecelakaan lalu lintas. Pasien ditemukan tidak sadarkan diri di tempat kejadian dengan luka pada kepala, dada, dan fraktur terbuka di tungkai kanan. Saat tiba di UGD, pasien mengalami hipotensi, takikardia, dan penurunan saturasi oksigen. Perawat segera melakukan tindakan stabilisasi awal sambil menunggu tim trauma lengkap tiba.

**Pertanyaan:**

- a. Berdasarkan penelitian terbaru, jelaskan peran perawat dalam penerapan protokol *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* pada pasien kecelakaan lalu lintas dengan cedera multipel, dan bagaimana penerapan ini mempengaruhi hasil klinis pasien.
- b. Sebutkan dan jelaskan intervensi prioritas awal yang harus dilakukan oleh perawat di UGD dalam kondisi trauma multipel, seperti pada kasus ini, dan mengapa intervensi tersebut sangat penting dilakukan dengan segera.
- c. Berdasarkan penelitian terkini, bagaimana manajemen cairan dan hemodinamik yang dilakukan oleh perawat dapat mempengaruhi angka kesintasan pada pasien dengan trauma akibat kecelakaan lalu lintas yang mengalami perdarahan masif?
- d. Dalam kondisi gawat darurat kecelakaan lalu lintas, komunikasi tim yang efektif sangat diperlukan. Jelaskan peran perawat dalam berkolaborasi dengan tim multidisiplin (dokter, ahli bedah, radiologi) untuk memaksimalkan perawatan pasien dengan cedera serius akibat kecelakaan lalu lintas.

**Kunci Jawaban:**

- a. Protokol *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* memberikan panduan kepada perawat dan tim medis untuk melakukan penilaian dan stabilisasi cepat pada pasien trauma multipel. Perawat bertugas dalam penilaian awal seperti *primary survey* (ABCDE: airway, breathing, circulation, disability, exposure), memberikan oksigen, memantau tanda vital, serta menginformasikan temuan klinis kepada tim trauma. Penerapan protokol ini mempercepat tindakan penyelamatan nyawa dan mengurangi komplikasi yang mengancam nyawa pasien.
- b. Intervensi prioritas awal termasuk menjaga jalan napas (airway) dengan memastikan pasien bisa bernapas atau memasang alat bantu napas, stabilisasi pernapasan (breathing) dengan pemberian oksigen, serta kontrol perdarahan dan stabilisasi sirkulasi (circulation). Pengendalian segera perdarahan penting untuk mencegah *shock* hemoragik, yang merupakan penyebab utama kematian pada trauma multipel.
- c. Manajemen cairan dan hemodinamik, seperti pemberian cairan intravena dan produk darah, penting untuk mengembalikan volume darah yang hilang akibat perdarahan masif. Penelitian menunjukkan bahwa peran perawat dalam mengatur pemberian cairan dan transfusi dapat memperbaiki angka kesintasan dengan mencegah hipovolemia dan *shock* yang memperburuk kondisi pasien.
- d. Perawat memiliki peran kunci dalam berkoordinasi dengan tim multidisiplin, termasuk dokter bedah, ahli radiologi, dan spesialis trauma. Perawat harus dapat memberikan laporan kondisi pasien yang komprehensif, menyiapkan pasien untuk pencitraan atau operasi segera, dan memastikan intervensi dilakukan dengan tepat dan cepat. Penelitian menunjukkan bahwa komunikasi yang baik dan kolaborasi efektif dapat mempercepat pengambilan keputusan klinis, yang berdampak positif terhadap hasil klinis pasien.

4. **Kasus:** Seorang pasien laki-laki berusia 40 tahun dilarikan ke unit gawat darurat (UGD) setelah mengalami luka bakar akibat ledakan gas di dapur rumahnya. Luka bakar yang dialami mencakup sekitar 40% dari tubuhnya, meliputi area dada, lengan, dan wajah. Pasien mengalami nyeri hebat, tanda vital menunjukkan takikardia, hipotensi, dan tanda-tanda awal *shock*

hipovolemik. Perawat segera memulai intervensi penanganan luka bakar sesuai protokol.

**Pertanyaan:**

- a. Berdasarkan penelitian terkini, jelaskan peran perawat dalam penanganan awal luka bakar besar di UGD, terutama dalam hal stabilisasi hemodinamik dan pencegahan komplikasi lebih lanjut.
- b. Sebutkan dan jelaskan intervensi prioritas yang harus dilakukan perawat dalam fase awal penanganan pasien dengan luka bakar derajat berat seperti pada kasus di atas, serta bagaimana tindakan ini dapat mempengaruhi prognosis pasien.
- c. Penelitian terkini menunjukkan bahwa pemberian cairan resusitasi pada pasien dengan luka bakar besar sangat penting. Berdasarkan literatur terbaru, jelaskan bagaimana perawat dapat menentukan dan memantau kebutuhan cairan pasien sesuai dengan formula yang digunakan untuk resusitasi cairan pada pasien luka bakar.
- d. Selain manajemen cairan, pengendalian nyeri merupakan aspek penting dalam pengelolaan pasien luka bakar. Berdasarkan penelitian terbaru, apa saja strategi yang dapat digunakan perawat untuk mengelola nyeri pada pasien luka bakar, dan bagaimana pengelolaan nyeri yang efektif dapat mempengaruhi proses penyembuhan?

**Kunci Jawaban (Garis Besar):**

- a. Peran perawat dalam penanganan awal luka bakar besar di UGD termasuk melakukan stabilisasi hemodinamik dengan pemberian cairan intravena segera untuk mencegah *shock* hipovolemik, serta memantau status vital dan keluaran urin. Penelitian terbaru menekankan pentingnya tindakan cepat dalam fase awal untuk mencegah kerusakan organ akibat penurunan aliran darah dan cairan tubuh yang signifikan.
- b. Intervensi prioritas meliputi penilaian luas dan kedalaman luka bakar menggunakan *Rule of Nines*, pemberian resusitasi cairan menggunakan formula Parkland, pengendalian nyeri akut, serta pencegahan hipotermia dengan menjaga suhu tubuh pasien. Intervensi awal yang tepat dapat mencegah komplikasi serius seperti gagal ginjal, infeksi, atau *shock* yang berpotensi fatal.

- c. Pemberian cairan resusitasi pada pasien luka bakar besar mengikuti formula Parkland, yang merekomendasikan 4 mL cairan Ringer laktat per kilogram berat badan per persen area tubuh yang terbakar, dengan separuh jumlah cairan diberikan dalam 8 jam pertama. Peran perawat meliputi memantau keluaran urin untuk menilai kecukupan cairan dan menyesuaikan jumlah cairan sesuai dengan respons pasien terhadap terapi.
- d. Pengendalian nyeri dapat dilakukan dengan kombinasi analgetik seperti opioid dan non-opioid, serta teknik non-farmakologis seperti terapi dingin atau distraksi. Pengelolaan nyeri yang efektif membantu mengurangi stres pada tubuh dan memperbaiki aliran darah ke jaringan yang rusak, yang penting untuk proses penyembuhan luka bakar.

## F. Rangkuman Materi

Penelitian-penelitian terbaru dalam pengelolaan AMI di unit gawat darurat menunjukkan pentingnya intervensi berbasis bukti dalam mempercepat waktu diagnosis dan pengobatan. Penerapan protokol STEMI, penggunaan HEART Score untuk triase, manajemen nyeri dada dengan nitrat dan antiplatelet, serta pelatihan ACLS adalah beberapa contoh intervensi yang efektif dalam meningkatkan hasil klinis pasien AMI. Peran perawat sangat krusial dalam pengelolaan pasien AMI, mulai dari triase awal hingga pemberian terapi, yang semuanya berkontribusi pada peningkatan angka kelangsungan hidup dan kualitas perawatan pasien.

Penelitian-penelitian terbaru terkait pengelolaan stroke dalam kondisi gawat darurat menekankan pentingnya intervensi keperawatan berbasis bukti dalam mempercepat diagnosis dan pengobatan. Implementasi Stroke Code, pelatihan simulasi, penggunaan NIHSS, dan manajemen tekanan darah oleh perawat berkontribusi pada peningkatan hasil klinis pasien stroke, baik iskemik maupun hemoragik. Peran perawat sangat krusial dalam menangani pasien stroke secara efektif, mulai dari triase cepat hingga pengendalian tekanan darah, yang dapat mengurangi tingkat morbiditas dan mortalitas pada pasien stroke.

Penelitian-penelitian terbaru dalam pengelolaan cedera akibat kecelakaan lalu lintas di unit gawat darurat menyoroti pentingnya penerapan intervensi berbasis bukti dan penggunaan teknologi modern. Sistem triase

trauma, teknologi POCUS, protokol ATLS, serta peran perawat dalam tim multidisiplin sangat penting untuk meningkatkan kecepatan dan kualitas penanganan pasien. Dengan penerapan protokol yang tepat dan pelatihan yang memadai, perawat dapat secara signifikan meningkatkan hasil klinis pasien dengan cedera berat. Pendidikan dan pelatihan terus-menerus, terutama dalam penggunaan alat diagnostik seperti POCUS dan protokol ATLS, menjadi faktor kunci dalam keberhasilan pengelolaan asuhan keperawatan pada kondisi gawat darurat akibat kecelakaan lalu lintas.

Penelitian-penelitian terbaru tentang pengelolaan luka bakar dalam kondisi gawat darurat menekankan pentingnya penerapan intervensi berbasis bukti oleh perawat untuk memastikan stabilisasi awal dan pencegahan komplikasi. Penggunaan protokol seperti resusitasi cairan agresif dan ABCDE, serta teknologi telemedisin seperti Teleburn, dapat meningkatkan hasil klinis pasien. Selain itu, manajemen nyeri berbasis bukti oleh perawat juga berperan penting dalam meningkatkan kualitas perawatan pasien dengan luka bakar.

## G. Glosarium

AMI= *Acute Myocardial Infarction*

ATLS= *Advanced Trauma Life Support*

UGD= Unit gawat darurat

STEMI= *ST-Elevation Myocardial Infarction*

PCI= *percutaneous coronary intervention*

EKG= Elektrokardiogram

ACLS= *Advanced Cardiac Life Support*

RJP= Resusitasi jantung paru

NIHSS= National Institutes of Health Stroke Scale

ISS= *Injury Severity Score*

RTS= *Revised Trauma Score*

POCUS= *Point-of-Care Ultrasound*

ABCDE= *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

## H. Daftar Pustaka

- Anderson, J. P., Smith, R. T., & Williams, A. K. (2021). Impact of structured STEMI protocol on door-to-balloon time in myocardial infarction patients. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 230-238. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.002>
- Brown, L. R., Davis, E. M., & Johnson, T. L. (2022). Utilization of the HEART score by emergency nurses for triage in patients with chest pain. *Emergency Nursing Journal*, 34(2), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.enj.2022.03.012>
- Brown, T. J., Smith, H. D., & Wang, L. H. (2020). The impact of trauma triage systems on patient outcomes in emergency settings: A systematic review. *Journal of Emergency Nursing*, 46(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.11.004>
- Garcia, H. L., Sanchez, A. R., & Brown, D. M. (2021). Evidence-based multimodal analgesia in burn care: Enhancing pain management outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(5), 879-885. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.014>
- Garcia, M. P., Fernandez, A. R., & Clark, D. H. (2021). Acute pain management in myocardial infarction: The role of nurses in administering nitrates and antiplatelet therapy. *Critical Care Nursing Clinics*, 33(1), 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.12.004>
- Garcia, M. P., Sanchez, A. R., & Fernandez, A. L. (2021). Blood pressure management in acute stroke: The role of nurses in applying evidence-based protocols in emergency settings. *Critical Care Nursing Clinics*, 33(2), 101-110. <https://doi.org/10.1016/j.cccn.2021.02.003>
- Johnson, K. R., Davis, J. L., & Moore, T. (2021). Implementation of the ATLS protocol in emergency nursing practice: Improving trauma outcomes. *Journal of Trauma Nursing*, 28(5), 265-272. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000602>
- Johnson, L. M., Smith, K. R., & Patel, R. H. (2021). Early aggressive fluid resuscitation in burn patients: A review of clinical outcomes. *Burns & Trauma*, 9(3), 115-122. <https://doi.org/10.1097/BT.0000000000000350>
- Kim, H. S., Park, J. S., & Choi, D. M. (2020). The effectiveness of NIHSS scoring by nurses in the emergency department for stroke severity assessment. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(7), 105081. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105081>
- Rodriguez, A., Lee, J. P., & Martin, G. E. (2020). The role of teleburn in emergency burn care: A review of outcomes and applications.

Telemedicine and e-Health, 26(8), 983-990.  
<https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0302>

Rodriguez, J. T., Carter, R. P., & Evans, L. S. (2021). Simulation-based training for nurses in hemorrhagic stroke management: Enhancing response in emergency settings. Journal of Neuroscience Nursing, 53(4), 223-229.  
<https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000256>

Thompson, J. A., Davis, M. P., & Wilson, E. R. (2022). Simulation-based training for nurses in burn care: Improving emergency response times. Journal of Burn Care & Research, 43(4), 216-223.  
<https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000667>

Thompson, P. A., Lee, A. J., & Williams, M. J. (2022). Implementation of stroke code protocol and its impact on door-to-needle time in acute ischemic stroke patients. Journal of Emergency Nursing, 48(3), 189-196.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.12.004>

Williams, R. P., Johnson, E. A., & Carter, M. D. (2021). Multidisciplinary trauma care: The role of nursing in improving patient outcomes. Trauma Nursing, 28(4), 230-238.  
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000561>

Wilson, R. D., Carter, M. L., & Evans, J. L. (2020). The effects of ACLS simulation training on nurse performance in myocardial infarction-related cardiac arrest. Journal of Cardiovascular Nursing, 35(5), 390-398.  
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000689>

Zhang, W., Lee, H., & Martin, G. (2022). The role of point-of-care ultrasound (POCUS) in emergency trauma care: A nursing perspective. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 92(3), 311-318.  
<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003629>



# BAB 3

## INTERVENSI KEPERAWATAN PADA KEGAWATDARURATAN SESUAI DENGAN STANDAR YANG BERLAKU

### Pendahuluan

Kasus kegawatdaruratan dapat terjadi kapan saja, dimana saja dan dapat menyerang tanpa mengenal usia baik bayi, anak-anak, remaja, maupun orangtua. Keterlambatan memberikan pertolongan akibat kurangnya pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan akan berdampak pada tingginya angka kematian dan kecacatan karena keterlambatan dalam memberikan pertolongan. Salah satu cara yang tepat untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dan tenaga kesehatan adalah dengan cara menyusun buku yang berisikan tentang "Intervensi Keperawatan kasus kegawatdaruratan sesuai dengan standar yang berlaku". Penulis menyusun buku pembelajaran ini dengan mengadopsi beberapa sumber literatur sehingga buku pembelajaran ini nantinya dapat bermanfaat dan berguna bagi tenaga kesehatan.

Setiap Bab dari buku ini akan dilengkapi dengan standar operasional prosedur (SOP) dan latihan dalam bentuk soal/kasus seputar materi gawat darurat. Buku ini akan membantu mahasiswa dan para tenaga kesehatan terampil dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami kasus kegawatdaruratan. Adapun isi dari buku ini antara lain pengkajian awal (initial assesment), konsep triage, konsep pembidaian, konsep penatalaksaan pasien dengan gangguan jalan nafas dan pernafasan serta bantuan hidup dasar (BHD).

### Tujuan Instruksional

Setelah menyelesaikan mata kuliah keperawatan gawat darurat, diharapkan mahasiswa mampu melakukan intervensi keperawatan pada kasus kegawatdaruratan sesuai dengan standar yang berlaku

**Capaian Pembelajaran:**

1. Mampu menjelaskan konsep pengkajian primer (*primary survey*) dan pengkajian sekunder (*secondary survey*) pada kasus kegawatdaruratan
2. Mampu menjelaskan konsep Triage di ruang gawat darurat
3. Mampu menjelaskan konsep pembidaian pada kasus gawat darurat
4. Mampu menjelaskan konsep pembebasan jalan nafas dan kontrol servikal pada korban yang mengalami cedera servikal dan tulang belakang
5. Mampu menjelaskan konsep bantuan hidup dasar (Basic Cardiac Life Support) di area keperawatan gawat darurat.

### A. Konsep Pengkajian di area keperawatan gawat darurat (*Primary Survey* dan *Secondary survey*)

#### 1. Pengertian penilaian awal (*initial assessment*)

Penilaian awal atau *initial assessment* adalah tahap awal penilaian yang dilakukan pada klien yang mengalami kasus kegawatdaruratan dan biasanya tindakan ini dilakukan dengan cepat dan tepat untuk menghindari korban/klien dari kecacatan/kematian. Penilaian awal ini dapat dilakukan sebelum masuk rumah sakit (*pre-hospital*) dan di rumah sakit (*in-hospital*). Penilaian awal atau *initial assessment* adalah usaha yang dilakukan untuk mempertahankan kehidupan pada saat klien atau korban mengalami keadaan yang mengancam jiwa yang dimulai dari penilaian lokasi kejadian dan *primary survey* (penilaian terhadap *airway, breathing, circulation, disability, eksposure*). Kecepatan dan ketepatan melakukan *Initial Assessment* ini akan sangat berdampak terhadap keselamatan korban/klien.

Ada beberapa elemen yang perlu dipersiapkan dalam melakukan penilaian awal (*initial assessment*) pada pasien yang mengalami trauma antara lain:

- a. Persiapan
- b. *Triage*
- c. Survei primer dengan resusitasi segera pada pasien yang mengancam nyawa
- d. Tambahan survei primer dan resusitasi
- e. Pertimbangan untuk merujuk atau mentransfer korban/pasien ke rumah sakit yang memiliki perawatan dan peralatan khusus
- f. Survei sekunder (evaluasi kepala sampai kaki serta riwayat pasien)
- g. Evaluasi ulang dan monitoring pasca resusitasi berkelanjutan
- h. Perawatan definitif

#### 2. Tujuan penilaian awal (*initial assessment*)

Dalam memberikan pertolongan pertama pada kasus trauma yang mengancam nyawa, seorang perawat harus mampu melakukan penilaian awal (*initial assessment*) secara cepat dan tepat dengan waktu kurang dari 60 detik (kecuali jika korban memerlukan tindakan resusitasi). Penilaian

awal (*initial assessment*) terdiri dari 2 fase yaitu survei primer dan survei sekunder. Adapun tujuan kedua survei ini dilakukan pada kasus trauma adalah sebagai berikut:

- a. Survei Primer bertujuan untuk memastikan kondisi korban
- b. Survei Sekunder bertujuan untuk mengidentifikasi indikator klinis (tanda dan gejala atau riwayat) cedera atau sakit pada korban

### **3. Tahapan penilaian awal (*initial assessment*)**

Penilaian awal di area gawat darurat terdiri dari 2 tahapan yaitu tahapan survei primer dan survei sekunder. Berikut ini yang termasuk ke dalam pengkajian/ survei primer:

- a. Survei/pengkajian primer
  - 1) *Airway* dan kontrol servikal
  - 2) *Breathing* dan ventilasi
  - 3) *Circulation* dan kontrol perdarahan
  - 4) *Disability* dan pengkajian status neurologi
  - 5) *Exposure* dan kontrol lingkunganTambahan survei primer
  - 6) *Folley catheter*
  - 7) *Gastric tube*
  - 8) *Heart monitor*
- b. Survei/pengkajian sekunder
  - 1) Pemeriksaan fisik *head- to-toe*
  - 2) Pengkajian riwayat
  - 3) Pengkajian ulang tanda-tanda vitalTambahan survei sekunder
  - a. Pemeriksaan radiologi spesifik
  - b. Pemeriksaan laboratorium spesifik

### **4. Tugas perawat pada survei primer dan survei sekunder**

- a. Tugas perawat pada survei primer antara lain;
  - 1) *Airway* dan control servikal
    - a) Mengenali jalan nafas yang paten
    - b) Mengenali adanya sumbatan jalan nafas
  - 2) *Breathing* : Ventilasi dan oksigenasi
    - a) Membuka baju klien

- b) Melihat pergerakan dinding dada, lihat ada tidaknya peningkatan JVP, letak trachea apakah pada posisi lurus atau tidak
  - c) Melihat ada tidaknya jejas pada daerah dada, luka terbuka atau tidak
  - d) Menghitung frekuensi nafas klien
  - e) Melakukan auskultasi dada kanan dan kiri
  - f) Melakukan perkusi dada kanan dan kiri untuk menentukan hipersonor atau redup
- 3) *Circulation* dan control perdarahan
    - a) Mencari sumber perdarahan (eksternal/internal)
    - b) Memeriksa nadi: frekuensi, kekuatan dan keteraturan
    - c) Memeriksa warna kulit
    - d) Mengukur tekanan darah
    - e) Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan golongan darah, rhesus, darah rutin, kimia darah, test kehamilan pada wanita
  - 4) *Disability*: pemeriksaan neurologi
    - a) Menentukan tingkat kesadaran dengan menghitung GCS
    - b) Memeriksa pupil: isokor atau an-isokor, refleks terhadap cahaya
  - 5) *Eksposure/kontrol lingkungan* : untuk mengidentifikasi adanya cidera pada seluruh permukaan tubuh. Tugas perawat adalah membuka baju klien dan tetap menjaga badan klien tetap hangat. Tindakan ini dapat dilakukan dengan teknik *log roll* (tindakan memiringkan badan pasien secara bersama-sama yang dicurigai menderita cidera servikal. Biasanya tindakan ini memerlukan 3-5 orang perawat).

#### **Tambahan Survei Primer:**

##### ***Folley kateter (pemasangan kateter urin)***

Memasang kateter urin untuk memantau intake dan output cairan. Sebelum perawat melakukan tindakan ini, terlebih dahulu dilakukan pengkajian untuk melihat ada tidaknya kontraindikasi pemasangan kateter urin.

### **Gastric Tube**

Pemasangan selang lambung untuk dekompresi lambung dan mencegah timbulnya aspirasi pada korban. Jika ditemukan fraktur/patah tulang pada bagian wajah pasien, tindakan pemasangan selang lambung dari hidung tidak dianjurkan begitu juga jika pasien mengalami fraktur basis crani. Sebelum melakukan tindakan ini, terlebih dahulu perawat melakukan pengkajian untuk melihat lokasi pemasangan selang; apakah dari hidung (NGT) atau dari mulut (OGT).

### **Heart Monitor**

Pemantauan irama jantung, frekuensi nafas, tekanan darah, saturasi oksigen melalui alat EKG monitor dapat dilakukan sebagai tambahan survei primer.

### **RE-EVALUASI**

Perawat harus sesegera mungkin melakukan evaluasi *airway, breathing, circulation* secara berkala untuk mengetahui perkembangan kondisi korban setelah mendapatkan pertolongan dari perawat. Reevaluasi penting dilakukan agar dapat dilanjutkan dengan tindakan berikutnya untuk menyelamatkan dan mencegah korban/pasien dari kecacatan maupun kematian.

Setelah masalah utama (*airway, breathing, circulation* dan *disability*) pasien/korban sudah teratasi atau teratasi sebahagian, maka dilanjutkan dengan pengkajian sekunder (*secondary survey*).

#### **b. Tugas perawat pada survei primer, antara lain**

- 1) Pemeriksaan fisik *head-to-toe*, meliputi:
  - a) Kepala dan maksilofasial
    - Melakukan inspeksi dan palpasi seluruh kepala, wajah
    - Re-evaluasi pupil
    - Re-evaluasi GCS
    - Melihat lubang telinga kanan dan kiri, ada darah atau tidak
    - Melihat warna kebiruan di mastoideus ada atau tidak
    - Melihat di mata ada *raccoon eyes* atau tidak

b) Vertebrae servikalis

- Melihat jenis cedera yang dialami korban/klien, apakah cedera tumpul atau tajam
- Meraba tulang servikal korban/klien apakah ada yang menonjol atau masuk ke dalam
- Melakukan palpasi untuk mencari adanya DOTS
- Melakukan konsultasi ke dokter untuk pelaksanaan tindakan foto servikalis

c) Thoraks

- Melakukan inspeksi dada bagian depan, samping kanan dan kiri serta belakang untuk melihat ada tidaknya jejas, memar atau luka.
- Melakukan auskultasi dada kanan dan kiri, serta mendengarkan bising nafas sama atau tidak antara kanan dan kiri
- Melakukan palpasi pada seluruh dada untuk mengetahui kemungkinan adanya fraktur iga
- Melakukan palpasi untuk mengetahui adanya hipersonor atau redup

d) Abdomen

- Melakukan inspeksi pada abdomen untuk melihat ada atau tidaknya jejas, luka atau perdarahan
- Melakukan auskultasi untuk mendengarkan bising usus
- Melakukan palpasi untuk menentukan adanya nyeri tekan atau lepas

e) Pelvis

- Melakukan inspeksi untuk melihat ada atau tidaknya jejas
- Melakukan palpasi untuk mengetahui adanya fraktur
- Melakukan tindakan foto X-ray jika diperlukan

f) Ekstremitas atas dan bawah

- Melakukan inspeksi untuk melihat ada tidaknya luka, jejas, memar atau perubahan bentuk
- Melakukan palpasi untuk menentukan adanya krepitasi
- Melakukan palpasi nadi bagian distal, teraba atau tidak serta kekuatannya
- Melakukan tindakan foto X-ray jika diperlukan

g) Neurologi

- Melakukan Re-evaluasi GCS
- Memeriksa ada atau tidaknya NVD (neuro vaskuler distal)

2) Pemeriksaan riwayat, meliputi:

**KOMPAK**

K : Keluhan, meliputi tanda dan gejala dan keluhan utama pasien

O : Obat meliputi obat-obatan yang dikonsumsi pasien

M : Makanan meliputi jenis makanan yang dikonsumsi pasien dan waktu

P : Penyakit meliputi riwayat penyakit yang diderita

A : Alergi meliputi riwayat alergi yang dimiliki pasien baik alergi obat maupun makanan.

K : Kejadian meliputi mekanisme kejadian dan

**AIUEO**

A : Alkohol meliputi riwayat mengkonsumi alkohol

I : Insulin meliputi riwayat memiliki penyakit diabetes dan penggunaan insulin

U : Uremia meliputi riwayat memiliki gangguan ginjal

E : Epilepsi meliputi riwayat memiliki penyakit epilepsi

O : Overdosis

Pengkajian dan penilaian awal pada kasus trauma akan lebih efektif jika dilakukan dalam bentuk tim. Jumlah anggota dalam melakukan tindakan ini terdiri dari 7-10 orang yang mana masing masing anggota akan berperan sebagai *leader, airway, breathing, circulation, disability, dokumentasi, radiologi technician, emergency technician* dan konsultan akan tetapi jumlah tersebut dapat disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia/dimiliki oleh rumah sakit khususnya ruangan gawat darurat (IGD).

**Tabel 3.1**

**Prosedur Keterampilan Tindakan *Initial Assessment***

No	Langkah Kerja	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
A.	Persiapan alat (APD, penlight, bidai, <i>gastrictube, neckcollar</i> ) Tahu nama alat dan cara menggunakan		
B.	Survei Primer:		

	<p><b>1. Airway dan control servikal</b></p> <p>a. Penilaian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengenal airway yang paten</li> <li>- Mengenal adanya sumbatan jalan nafas</li> </ul> <p>b. Penatalaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immobilisasi cervical secara manual</li> <li>- Melakukan chinlift atau jawthrust</li> <li>- Membersihkan airway (suction)</li> <li>- Memasang OPA</li> <li>- Memasang ETT, jika dengan OPA tidak berhasil</li> </ul> <p>c. Memasang neckcollar</p>	
	<p><b>2. Breathing : Ventilasi dan oksigenasi</b></p> <p>a. Penilaian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buka baju klien</li> <li>- Lihat pergerakan dada, lihat ada peningkatan JVP atau tidak, trachea pada posisi lurus atau tidak</li> <li>- Hitung frekuensi nafas klien</li> <li>- Auskultasi dada kanan dan kiri</li> <li>- Perkusikan dada kanan dan kiri untuk menentukan hipersonor atau redup</li> </ul>	
	<p>b. Penatalaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan oksigen sesuai kebutuhan</li> <li>2) Ventilasi dengan BVM bila perlu</li> <li>3) Dekompresi dada (jika ditemukan tension pneumothorax)</li> <li>4) Menutup luka dengan kasa 3 sisi (jika open pneumothorax)</li> <li>5) Memasang pulse oksimeter</li> </ol>	
	<p><b>3. Circulation dan control perdarahan</b></p> <p>a. Penilaian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Mengetahui sumber perdarahan (eksternal/internal)</li> <li>b) Memeriksa nadi: frekuensi, kekuatan, keteraturan</li> <li>c) Memeriksa wara kulit</li> <li>d) Mengukur tekanan darah</li> <li>e) Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan golongan darah, rhesus, darah rutin, kimia darah, test kehamilan pada wanita</li> </ol>	
	<p>b. Penatalaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membersihkan luka dan menghentikan sumber perdarahan</li> <li>- Memasang infus 2 jalur dengan IV kateter yang besar</li> <li>- Memasang kateter urin: perhatikan kontra indikasi</li> <li>- Menghitung produksi urin setiap jam</li> <li>- Memasang bidai atau air splint</li> <li>- Selimuti klien untuk mencegah hipotermi</li> </ul>	

	<p><b>4. Disability : pemeriksaan neurologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan tingkat kesadaran dengan menghitung GCS</li> <li>- Periksa pupil: isokor atau anisokor, reflek terhadap cahaya</li> </ul> <p><b>5. Eksposure : buka pakaian klien tetapi jaga tetap hangat</b></p>	
<b>C.</b>	<b>Survei Sekunder</b>	
	<p><b>1. Anamnesa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa riwayat <i>AMPLE/KOMPAK &amp; AIUEO</i></li> <li>b. Tanyakan penyebab cedera</li> </ul> <p><b>2. Pemeriksaan fisik</b></p> <p><b>a. Kepala dan maksilofasial</b></p> <p>Penilaian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi dan palpasi seluruh kepala, wajah</li> <li>- Re-evaluasi pupil</li> <li>- Re-evaluasi GCS</li> <li>- Lihat lubang telinga kanan dan kiri, ada darah atau tidak</li> <li>- Lihat warna kebiruan di mastoideus ada atau tidak</li> <li>- Lihat di mata ada <i>raccoon eyes</i> atau tidak</li> </ul>	
	<p><b>b. Vertebrae servikal</b></p> <p>Penilaian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>a)</b> Lihat apakah ada cedera tumpul atau tajam</li> <li><b>b)</b> Raba apakah ada tulang servikal yang menonjol atau masuk ke dalam</li> <li><b>c)</b> Palpasi; cari adanya DOTS</li> <li><b>d)</b> Konsultasi ke dokter untuk foto servikalis</li> </ul>	
	<p><b>c. Thoraks</b></p> <p>Penilaian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi dada bagian depan, samping kanan dan kiri serta belakang apakah ada jejas, memar atau luka</li> <li>- Auskultasi dada kanan dan kiri, Dengarkan bising nafas, sama atau tidak antara kanan dan kiri</li> <li>- Palpasi seluruh dada untuk mengetahui kemungkinan ada fraktur iga</li> <li>- Palpasi untuk mengetahui adanya hipersonor atau redup</li> </ul>	
	<p><b>d. Abdomen</b></p> <p>Penilaian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi abdomen apakah ada jejas atau luka, atau perdarahan</li> <li>- Auskultasi bising usus</li> <li>- Palpasi untuk menentukan adanya nyeri tekan atau lepas</li> </ul>	
	<p><b>e. Pelvis</b></p> <p>Penilaian</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi apakah ada jejas atau tidak</li> <li>- Palpasi untuk mengetahui ada fraktur atau tidak</li> <li>- Minta foto x-ray jika diperlukan</li> </ul>	
	<p><b>f. Ekstremitas: atas dan bawah</b></p> <p>Penilaian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi apakah ada luka, jejas, memar atau perubahan bentuk</li> <li>- Palpasi untuk menentukan adanya krepitasi</li> <li>- Palpasi nadi bagian distal, teraba atau tidak dan kekuatannya</li> <li>- Minta foto x-ray jika diperlukan</li> </ul>	
	<p><b>g. Neurologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Re-evaluasi GCS</li> <li>- Periksa NVD (Neuro Vaskuler Distal)</li> </ul>	

## B. Konsep TRIAGE

### 1. Pengertian

- a. *Triage* berasal dari bahasa perancis “*trier*” yang artinya mengelompokkan/memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan yang dialami
- b. *Triage* adalah memilah pasien berdasarkan berat ringannya cedera berdasarkan prioritas *Airway* (jalan nafas), *Breathing* (pola nafas), *Circulation* (sirkulasi dan perfusi), *Disability* (kesadaran) dan *Environment* (lingkungan) sehingga pasien mendapatkan perawatan sesuai dengan tingkat kegawatan yang dialami untuk menghindari terjadinya kecacataan ataupun kematian. Prosedur triase ini akan dinilai ulang secara terus menerus karena kondisi pasien dapat berubah sewaktu-waktu (Permenkes Nomor 47 tahun 2018).

### 2. Tujuan dilakukan triage di ruangan IGD (Instalasi Gawat Darurat)

- a. Mengurangi kepadatan pasien di IGD
- b. Mengurangi waktu tunggu pasien
- c. Meningkatkan pengkajian pasien
- d. Meningkatkan kepuasaan pasien
- e. Meningkatkan patient safety
- f. Mengontrol Infeksi

### **3. Penerapan Triage Pre Hospital**

Tujuan dari *Triage* Pre Hospital adalah untuk mengurangi terjadinya kematian dan kecacatan dengan cara menyesuaikan kondisi pasien dengan pemberian perawatan yang cepat dan tepat. Keputusan *Triage* Pre Hospital dilakukan berdasarkan anatomi dan fisiologi, sumber daya yang tersedia, jarak, waktu serta fasilitas rumah sakit yang memadai sesuai dengan kebutuhan pasien.

Berikut ini adalah langkah-langkah yang dilakukan dalam pelabelan *Triage* Pre Hospital yaitu:

#### **a. Langkah 1 : Airway (Jalan nafas)**

Jika ditemukan pasien tidak bernafas, buka jalan nafas, jika pasien kembali bernafas beri label Merah, dan jika tetap tidak bernafas diberi label Hitam.

#### **b. Langkah 2 : Respiration (*Breathing*)**

- 1) Jika pernafasan pasien > 30 kali/menit atau < 10 kali/menit diberi label Merah
- 2) Jika pernafasan pasien 10-30 kali/menit: lanjutkan pemeriksaan ke tahap berikutnya.

#### **c. Langkah 3 : Cek perfusi (*Radial Pulse*) atau *Capillary Refill Time* (kuku atau bibir kebiruan)**

- 1) Bila CRT > 2 detik diberi label Merah
- 2) Bila CRT < 2 detik dilanjutkan pemeriksaan ke tahap berikutnya
- 3) Bila pencahayaan kurang, cek nadi radialis bila tidak teraba/lemah diberi label Merah.

#### **d. Langkah 4 : Mental Status**

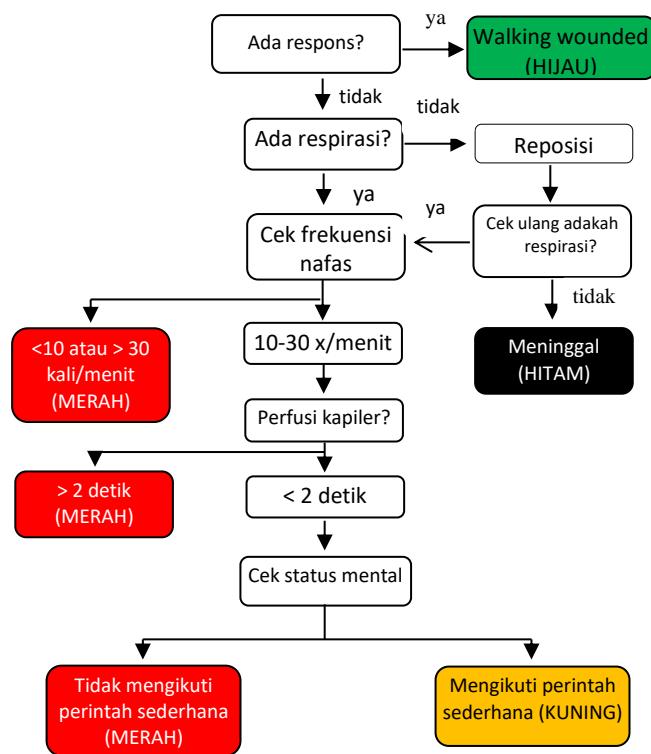
- a) Berikan perintah sederhana kepada penderita, jika dapat mengikuti perintah diberi label Kuning
- b) Bila tidak dapat mengikuti perintah diberi label Merah

Tindakan yang dapat segera dilakukan dari pernyataan di atas adalah:

1. Buka jalan nafas, bebaskan benda asing atau darah (obstruksi jalan nafas). Berikan nafas buatan segera jika pasien tidak bernafas
2. Melakukan tindakan balut tekan dan meninggikan ekstremitas jika ada luka terbuka/perdarahan.

Setelah melakukan langkah 1 sampai 4, segera diberikan tanda/kartu kepada pasien dan setelah itu perawat berpindah ke pasien berikutnya untuk memberikan tindakan segera. *Triage* harus selalu di evaluasi untuk menghindari kemungkinan terjadinya kesalahan pada waktu melakukan *triage* dan memantau perkembangan keadaan umum pasien.

**Tabel 3.2**  
**Berikut skema/alur penerapan START Pre Hospital**



#### 4. Penerapan Triage In Hospital

Penerapan *Triage* dapat menggunakan 5 level atau 3 level sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Penilaian tingkat kegawatdaruratan pasien diberikan berdasarkan penilaian *Primary Survey* yang terdiri atas *Airway*, *Breathing*, *Circulation*, *Disability* dan *Exposure*. Seorang perawat atau tenaga kesehatan harus memiliki kemampuan dan pengetahuan yang lebih, dalam pemberian *labeling* kepada pasien yang berobat ke IGD agar pasien dapat ditangani lebih cepat dan tepat berdasarkan prioritas masalah yang dihadapi. Berikut ini akan dijelaskan penerapan *Triage* di rumah sakit berdasarkan prioritas/tingkat kegawat.

**a. Penerapan *triage* menggunakan 3 tingkat menurut *Australia Triage System/ATS***

- 1) Prioritas 1 (*Resuscitation*): kondisi pasien yang mengancam nyawa dan memerlukan penanganan yang segera.
- 2) Prioritas 2 (*Emergent*): kondisi pasien yang berpotensi mengancam nyawa dan atau anggota tubuh beserta fungsinya dan membutuhkan intervensi medis segera (waktu tunggu pasien sampai 15 menit)
- 3) Prioritas 3 (*Urgent*): kondisi pasien yang dapat berpotensi menyebabkan kegawatan dan membutuhkan penanganan yang cepat (waktu tunggu < 30 menit)

**b. Penerapan *triage* dengan menggunakan 5 level di negara Eropa**

**Tabel 3.3**

<b>Level (ESI)</b>	<b>Warna (MTS)</b>	<b>Kriteria (CTAS)</b>	<b>Kriteria (ATS)</b>
I	Merah	Resusitasi	Segea mengancam nyawa
II	Orange	Emerensi	Mengancam nyawa
III	Kuning	Urgensi	Potensi mengancam nyawa
IV	Hijau	Semi urgensi	Segea
V	Biru	Tidak urgensi	Tidak segera

Keterangan ESI (*Emergency Severity Index/ESI*), MTS (*Manchester Triage Scale*), CTAS (*Canadian Triage Acuity System*), ATS (*Australia Triage System*)

**c. Penerapan *triage* di Indonesia menurut Permenkes Nomor 47 tahun 2018**

**1) Merah (Prioritas pertama/area resusitasi)**

Pasien dengan cedera berat dan mengancam jiwa/nyawa yang dapat hidup bila diberikan pertolongan/tindakan segera. Pasien dengan label merah dapat langsung diberikan tindakan di ruang resusitasi dan jika memerlukan tindakan medis lebih lanjut, pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau di rujuk ke Rumah Sakit lain (contoh pasien gagal nafas, cedera torako-abdominal, cedera kepala atau maksilo-facial berat, syok atau perdarahan berat, luka bakar berat)

**2) Kuning (Prioritas kedua/area tindakan)**

Pasien yang memerlukan tindakan defenitif dan tidak mengancam nyawa/jiwa. Pasien yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran

setelah pasien dengan kategori merah selesai ditangani (contoh cedera abdomen tanpa syok, cedera kepala tanpa gangguan respirasi, fraktur mayor tanpa syok, luka bakar ringan)

**3) Hijau (prioritas ketiga/area observasi)**

Pasien dengan cedera minimal dan dapat berjalan serta menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan maka pasien diperbolehkan untuk dipulangkan (cedera jarigan lunak, cedera maksilo-facial tanpa gangguan jalan nafas, batuk, pilek (influenza), diare tanpa dehidrasi).

**4) Hitam (prioritas nol)**

Pasien meninggal atau cedera fatah yang jelas dan tidak mungkin dilakukan tindakan resusitasi. Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah. Contoh pasien datang dalam keadaan meninggal dunia (DOA : *Death on arrived*)

## C. Konsep Pembidaian pada Kasus Gawat Darurat

### 1. Definisi Pembidaian

Upaya yang dilakukan untuk menstabilkan dan mengistirahatkan (immobilisasi) bagian yang cedera

### 2. Tujuan Pembidaian

Tindakan pembidaian dapat dilakukan pada kasus patah tulang terbuka dan patah tulang tertutup. adapun tujuan dari tindakan pembidaian adalah sebagai berikut:

- a. Mencegah pergerakan tulang yang patah
- b. Mengurangi nyeri
- c. Mencegah cedera lebih lanjut
- d. Mengistirahatkan daerah yang mengalami cidera/patah tulang
- e. Mengurangi perdarahan

### 3. Tipe/Jenis Bidai

#### a. *Rigid Splint*

Tipe Bidai ini terbuat dari macam bahan termasuk papan panjang, plastik keras, besi atau kayu.



**Gambar 3.1 *Rigid Splint***  
**(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)**

b. *Soft Splint*

Tipe bidai ini meliputi splint udara, bantal dan mitela

c. *Splint udara*

Tipe bidai ini sebaiknya digunakan untuk fraktur lengan bawah dan tungkai bawah. PASG (*Pneumatic Antishock Garment*) adalah suatu splint udara yang baik. Splint udara berguna untuk memperlambat perdarahan tetapi juga meningkatkan tekanan seperti peningkatan suhu dan tekanan. Soft splint sebaiknya tidak digunakan pada kasus angulasi karena akan meningkatkan tekanan secara otomatis.

Kelemahan dari splint udara ini adalah:

- Nadi tidak dapat dimonitor bila splint terpasang
- Nadi menimbulkan sindrom kompartemen
- Dapat timbul sakit pada kulit dan nyeri jika splint dibuka



**Gambar 3.2 *Splint Udara***  
**(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)**

#### 4. Prinsip Pembidaian dan Syarat Bidai

Adapun prinsip pembidaian yang harus diketahui oleh tenaga kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Pastikan *Airway, Breathing* dan *Circulation* korban aman.
- b. Kontrol perdarahan
- c. Jika korban sadar, tanyakan apakah pasien mengalami nyeri dan minta ijin kepada korban untuk membuka daerah yang akan dibidai

- d. Periksa dan catat PSM (pulsasi, sensasi, motorik) sebelum dan sesudah pemasangan bidai. Jika ada luka pada bagian yang patah, tutup luka dengan kasa steril kemudian fiksasi bagian yang cedera dengan pemasangan bidai.

Syarat pembidaian adalah sebagai berikut:

- a. Bidai melewati 2 persendian yang patah atau lebih
- b. Bidai terbuat dari bahan yang keras, kuat, kaku dan pipih
- c. Ikatan tidak boleh terlalu kencang karena dapat merusak jaringan tubuh dan jangan terlalu longgar

## 5. Hal Hal yang Perlu Diperhatikan Pada Saat Pemasangan *Splinting*

- a. Perawat harus teliti melihat bagian-bagian dari yang luka. Pamit kepada pasien untuk membuka pakaian pasien khususnya untuk daerah/lokasi yang mengalami cedera atau diduga mengalami patah tulang.
- b. Perawat harus mencatat pulsasi, sensorik dan motorik (PSM) pasien sebelum dan sesudah pemasangan bidai. Periksa bagian distal dari ekstremitas yang mengalami fraktur untuk melihat adanya gangguan pembuluh darah
- c. Jika ekstremitas korban menunjukkan angulasi dan denyut nadi tidak teraba, perawat harus memasang traksi yang halus untuk meluruskannya. Beban traksi tidak boleh dari 5 Kg. Jika tidak berhasil, pertahankan ekstremitas tersebut.
- d. Jika ditemukan adanya luka pada daerah patah tulang, luka harus terlebih dahulu ditutup dengan menggunakan kasa steril sebelum dilakukan pemasangan bidai. *Splinting* harus selalu dilakukan dari sisi berlawanan dari luka terbukanya untuk mencegah nekrosis.
- e. Gunakan splint yang dapat mengimobilisasi satu persendian di atas dan di bawah dari fraktur.
- f. Tidak boleh dilakukan penekanan pada ujung tulang di bawah kulit. Ujung tulang harus secara hati-hati diluruskan dengan menggunakan perban. Penyembuhan tulang dapat dipercepat jika ujung tulang dijaga tetap pada posisi normal.
- g. Jika terdapat keadaan yang mengancam nyawa, fraktur dapat di splint sambil memindahkan korban gawat darurat dan jika fraktur tersebut tidak serius maka splinting dapat dilakukan sebelum memindahkan korban.

## 6. Prosedur Keterampilan Tindakan Pemasangan Bidai

**Tabel 3.4**

NO	PROSEDUR KEGIATAN
1.	<b>PERSIAPAN ALAT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Splint/bidai (bidai kayu, air splint, splint traksi)</li> <li>2. Elastis verban</li> <li>3. Alat pelindung diri (APD) seperti handscoen bersih, masker</li> </ul>
2.	<b>PERSIAPAN PASIEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien/keluarga</li> <li>2. Menandatangani lembar persetujuan dari pasien atau keluarga</li> <li>3. Melindungi privacy pasien</li> </ul>
3.	<b>PROSEDUR KERJA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>1. Pemasangan Bidai</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat menerapkan prinsip 3 A (aman diri, aman lingkungan dan aman pasien).</li> <li>2. Beritahukan pasien tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga.</li> <li>3. Lepaskan pakaian pasien pada area yang akan dipasang bidai.</li> <li>4. Jika ada luka, bersihkan luka terlebih dahulu dengan normal saline kemudian tutup luka dengan kasa dan kemudian lakukan balut tekan.</li> <li>5. Periksa pulsasi, sensorik dan motorik bagian distal dari organ yang patah sebelum dilakukan pemasangan bidai.</li> <li>6. Panjang bidai harus melewati dua persendian tulang yang patah.</li> <li>7. Satu penolong memfiksasi ekstremitas yang akan dipasang bidai, sambil mengangkat sedikit ekstremitas yang akan dipasang bidai.</li> <li>8. Satu penolong lagi memasang bidai. Pada saat bidai dipasang, penolong yang memfiksasi tidak boleh dilepas fiksasinya. Penolong yang memfiksasi boleh melepas pegangan jika bidai sudah terpasang dengan kuat.</li> <li>9. Setelah bidai selesai dipasang, periksa kembali pulsasi, sensorik dan motorik bagian distal. Pastikan pulsasi, sensorik dan motorik (+), bila pulsasi tidak teraba maka pertanda pengikatan terlalu kuat. Perawat harus melonggarkan sedikit pengikatan.</li> </ul> </li> <li> <b>2. Pemasangan splint traksi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Satu penolong melakukan stabilisasi kaki yang cedera, dengan satu tangan di bawah cedera dan satu tangan lagi di atas cedera.</li> <li>2. Sementara penolong 1 menstabilkan kaki secara manual, penolong 2 harus melepaskan semua pakaian di area ekstremitas yang cedera (celana, kaos kaki, sepatu, dan lain-lain).</li> <li>3. Penolong 2 menilai pulsasi, sensorik, motorik kaki yang cedera.</li> </ul> </li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Penolong 2 kemudian harus memasang pengikat pergelangan kaki yang merupakan tali yang mengelilingi pergelangan kaki dan di bawah kaki.</li> <li>5. Saat menstabilkan kaki, penolong 2 mengangkat kaki, memastikan untuk terus menstabilkan cedera.</li> <li>6. Penolong 1 menyesuaikan splint traksi dengan panjang yang benar sampai gluteus maksimus</li> <li>7. Penolong 1 kemudian menggeser splint traksi di bawah kaki yang terluka.</li> <li>8. Penolong 1 kemudian memasang pengikat pergelangan kaki ke perangkat traksi mekanis.</li> <li>9. Penolong 2 dapat melepaskan kaki setelah pasien terpasang traksi dengan benar dan nyaman.</li> <li>10. Kedua penolong kemudian mengikat sisa tali pengikat di sekitar kaki yang terluka.</li> <li>11. Satu orang penolong harus menilai kembali sirkulasi, sensorik dan fungsi motorik kaki bagian distal.</li> </ol>
	<p><b>SIKAP</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tenang/tidak panik selama melakukan tindakan</li> <li>b. Teliti dan tetap mengikuti instruksi</li> <li>c. Fokus terhadap tindakan yang dilakukan</li> <li>d. Mempertahankan komunikasi dan kontak mata</li> </ol>

## D. Konsep Pembebasan Jalan Napas dan Kontrol Servikal pada Kasus Gawat Darurat

Penatalaksanaan Pasien dengan Gangguan Jalan Napas dan Pernapasan (*Airway And Breathing*)

### 1. Konsep Jalan Nafas dan Sistem Pernafasan

Jalan nafas merupakan jalan masuk dan keluarnya udara dari luar (atmosfer) mulai dari rongga hidung, laring, faring, trachea dan terakhir masuk ke paru-paru. Jalan nafas manusia terbagi atas dua bagian yaitu:

#### a. Jalan nafas atas

meliputi rongga hidung, rongga mulut, faring, laring dan trachea. Faring terbagi menjadi tiga bagian yaitu nasofaring (bagian atas) dibelakang hidung, orofaring (bagian tengah) dapat dilihat saat membuka mulut, hipofaring (bagian akhir) sebelum menjadi laring. Di atas larig terdapat struktur yang bentuk daun yang disebut Epiglottis. Epiglottis berfungsi sebagai pintu gerbang yang mengantarkan udara menuju trachea sedangkan benda padat dan cair akan dihantarkan menuju esofagus.

### **b. Jalan nafas bawah**

Jalan nafas bagian bawah dimulai dari bronkus dan percabangannya dan paru-paru. Pada saat inspirasi (menarik nafas) udara masuk melalui jalan nafas atas menuju jalan nafas bagian bawah sebelum mencapai paru-paru. Trachea terbagi menjadi dua cabang yaitu bronkus utama kanan dan bronkus utama kiri. Bronkus utama terbagi lagi menjadi beberapa bronkus primer dan kemudian terbagi lagi menjadi bronkiolus. Bronkiolus kemudian membentuk percabangan menjadi bronkiolus terminalis yang dimana bronkus terminalis ini tidak mempunyai kelenjar lendir dan silia. Bronkiolus terminalis kemudian menjadi bronkiolus respiratori yang berfungsi sebagai saluran penghubung antara jalan udara yang masuk dan jalan untuk pertukaran gas. Bronkiolus respiratori kemudian mengarah ke dalam duktus alveolar dan sakus alveolar kemudian alveoli. Alveoli merupakan tempat pertukaran gas antara oksigen dan karbondioksida.

Penyebab kematian yang sering timbul akibat masalah jalan nafas (*airway*) adalah:

- a. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan mengenali masalah gangguan jalan nafas dengan cepat
- b. Petugas kesehatan tidak mampu membebaskan jalan nafas dengan cepat
- c. Petugas kesehatan tidak mampu melakukan tindakan pemasangan alat bantu jalan nafas yang benar
- d. Aspirasi isi lambung

## **2. Gangguan Sumbatan Jalan Nafas**

Obstruksi/sumbatan jalan nafas merupakan keadaan darurat dimana ditemukannya benda asing di jalan nafas yang menyebabkan keluar dan masuknya udara terganggu sebagian atau keseluruhan.

- a. Tanda dan gejala sumbatan jalan nafas

Jika korban mengalami sumbatan jalan nafas baik partial maupun total maka tanda dan gejala yang dapat kita jumpai adalah gelisah, berontak dan disertai dengan penurunan kesadaran, ditemukan adanya cairan didalam mulut (*gurgling*), korban tidak mampu untuk berbicara, suara mendengkur/mengorok akibat lidah jatuh kebelakang (*snoring*), suara

nada tinggi karena edema pada trachea (*crowing*), adanya retraksi dada, penggunaan otot bantu nafas dan nafas cuping hidung, penurunan suara paru, sianosis.

b. Penyebab sumbatan jalan nafas

Sumbatan jalan nafas dapat disebabkan oleh benda asing seperti darah, sputum, koin, kacang, daging, bakso dan lain-lain serta cidera inhalasi dan kelainan anatomi. Benda asing tersebut di atas dapat menyebabkan obstruksi jalan nafas partial ataupun total/komplit. Sumbatan jalan nafas ini dapat menyerang siapa saja baik anak-anak maupun orang dewasa baik orang tua maupun orangmuda.

c. Jenis jenis sumbatan jalan nafas

Sumbatan jalan nafas dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu:

1) Sumbatan jalan nafas partial

Sumbatan jalan nafas partial atau sebahagian adalah keadaan dimana udara masih dapat masuk ke saluran pernafasan. Pada kasus ini korban masih mampu melakukan pernafasan, namun kualitas pernafasan dapat baik atau buruk. Pada korban dengan pernafasan yang masih baik, korban biasanya masih dapat melakuka tindakan batuk dengan kuat, dan usahakan korban tetap bisa melakukan batuk dengan kuat sampai benda asing tersebut dapat keluar.

Sumbatan jalan nafas partial atau sebagian dapat disebabkan oleh:

- a) Cairan (darah, sekret, aspirasi lambung) menimbulkan suara "*gurgling*" suara nafas bercampur dengan suara cairan. Tindakan yang dapat dilakukan adalah *sweep finger* dan tindakan penghisapan (*suction*). Hati hati melakukan tindakan *sweep finger* karena tindakan ini dapat menimbulkan cidera pada penolong. Tindakan ini hanya dapat dilakukan jika GCS pasien  $\leq 8$  dan refleks menelan negatif.
- b) Pangkal lidah yang jatuh ke belakang dan menutup saluran pernafasan sehingga timbul suara mengorok (*snoring*). Keadaan ini dapat dijumpai pada pasien dengan penurunan kesadaran. Jalan nafas pasien harus segera di atasi dengan perbaikan jalan nafas secara manual maupun dengan menggunakan alat OPA atau NPA.
- c) Penyakit yang menutup jalan nafas seperti kanker nasofaring (KNF).

- d) Sumbatan jalan nafas progresif atau obstruksi jalan nafas akibat cidera inhalasi pada pasien luka bakar, dimana terjadi edema faring, laring yang menyebabkan terganggunya oksigen mengalir ke paru-paru. Biasanya akan terdengar suara "*crowing*" atau "*stridor respiratori*". Keadaan ini dapat diatasi dengan tindakan intubasi/pemasangan ETT.
- 2) Sumbatan jalan nafas total
- Obstruksi jalan nafas total biasanya korban tidak dapat berbicara, bernafas atau batuk. Korban biasanya memegang leher diantara ibu jari dan jari lainnya, mulut terbuka seperti orang berteriak tetapi suara tidak keluar, sianosis pada bagian bibir dan muka. Pada korban yang tidak sadar ada tahanan saat ditiup atau dipompa. Korban biasanya akan berontak, gelisah dan bahkan dapat timbul penurunan kesadaran dikarenakan oksigen tidak masuk ke saluran pernafasan sehingga menyebabkan sirkulasi darah ke otak berkurang. Saturasi oksigen akan cepat mengalami penuruan dan otak akan mengalami kekurangan oksigen sehingga menyebabkan kehilangan kesadaran dan bahkan kematian jika tidak diberikan tindakan segera.
- Obstruksi jalan nafas total biasanya disebabkan oleh tertelannya benda asing dan menyumbat pangkal laring. Bila obstruksi jalan nafas partial tidak segera diatasi maka lambat laun akan terjadi sumbatan jalan nafas total.



**Gambar 3.3: korban dengan sumbatan jalan nafas total**

**(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)**

### **3. Gangguan Pernafasan**

#### **a. Tanda dan gejala gangguan pernafasan**

Adapun tanda dan gejala pasien yang mengalami gangguan pernafasan adalah sebagai berikut:

- 1) Dispnea (kesulitan bernafas): sesak nafas  
Frekuensi nafas lebih dari 30 kali per menit, ditemukan retraksi dada disertai penggunaan otot bantu pernafasan.
- 2) Batuk atau hemoptisis (batuk darah)  
Biasanya dapat dijumpai pada pasien hematotoraks dengan perdarahan massif.
- 3) Nyeri dada  
Dapat ditemukan pada pasien dengan fraktur iga/*flail chest*. Pasien biasanya mengeluh nyeri dada disertai sesak nafas dan takikardi. Nyeri dada akan berkurang dengan pemberian obat analgetik.
- 4) Bunyi nafas tambahan "mengi" akibat penyimpatan jalan nafas.  
Pasien trauma yang mengalami penyempitan jalan nafas dan pasien asma dapat ditemukan suara "mengi atau *wheezing*"
- 5) Sianosis pada bibir menandakan sianosis sentral dan *cappillary refil time* > 2 detik menandakan sianosis perifer.
- 6) Stridor  
Dapat ditemukan pada pasien dengan penurunan kesadaran. Hal ini terjadi karena pangkal lidah jatuh ke belakang.
- 7) Gelisah  
Dapat ditemukan pada kasus *flail chest*, fraktur iga, *tension pneumothoraks*. Hal ini disebabkan karena pasien merasakan nyeri dan sesak nafas.
- 8) Distensi vena jugularis  
Dapat terjadi karena adanya obstruksi pada aliran balik dari jantung. Distensi vena jugularis, hipotensi dan bunyi jantung menjauh merupakan tanda khas pada kasus tamponade jantung atau sering disebut dengan "*beck's triad*"
- 9) Deviasi atau pergeseran trakhea  
Dapat ditemukan pada kasus *tension pneumothoraks*, hal ini terjadi karena adanya udara yang berlebih di rongga pleura kemudian mendesak ke arah rongga paru yang sehat sehingga trakhea bergeser.
- 10) Pengembangan dada tidak simetris  
Rongga pleura yang terisi udara berlebih atau cairan menyebabkan salah satu paru tidak mengembang baik sehingga mengakibatkan kedua paru-paru tidak mengembang secara simetris. Pada saat

melakukan palpasi “*taktil fremitus*” akan terasa salah satu paru yang tertinggal saat inspirasi.

b. Penyebab gangguan pernafasan

Adapun penyebab timbulnya gangguan pernafasan adalah sebagai berikut:

**1) *Open Pneumothoraks***

Dapat terjadi karena adanya luka terbuka yang cukup besar pada dada sehingga udara dapat keluar dan masuk dengan mudah ke dalam rongga intra toraks atau sering dikenal dengan *sucking-wound*.

**Keluhan :** pasien mengeluh sesak nafas dan semakin lama sesak nafas yang dirasakan semakin berat

**Tanda :**

- Ditemukan adanya luka terbuka pada dinding dada
- Udara pernafasan keluar dan masuk lewat luka dan kadang kadang tampak parenkim paru.

**Penatalaksanaan:**

- Luka tidak boleh ditutup rapat, dan luka ditutup dengan bahan yang kedap udara (menggunakan plastik bersih) dibagian tiga sisi yang diplester sehingga dapat menciptakan mekanisme ventil.
- Pasang thoraks drain dan luka bisa dijahit
- Singkirkan adanya perlukaan/laserasi pada paru-paru atau organ intratoraks lain.
- Open pneumothoraks biasanya disertai dengan perdarahan dalam rongga toraks (hematotoraks)



**Gambar 3.4 Balutan pada *Open Pneumothorak***

(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)

### **b. Tension Pneumothoraks**

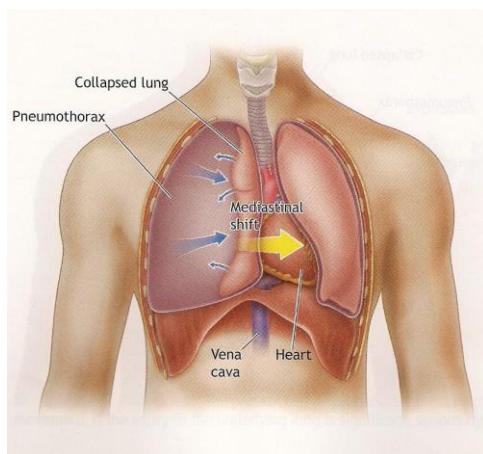
Keadaan pneumothoraks yang disertai dengan peningkatan tekanan intra toraks yang semakin lama semakin bertambah (progresif). Dapat ditemukan mekanisme ventil (udara dapat masuk dengan mudah akan tetapi tidak dapat keluar).

#### **Tanda dan gejala:**

- a) Terjadi peningkatan intra toraks yang progresif sehingga terjadi kolaps total paru, *mediastinal shift* (terdorongnya mediastinum ke kontralateral), deviasi trachea, *venous return* menurun, hipotensi dan *respiratory distress* berat.
- b) Sesak nafas yang bertambah berat dengan cepat, takipneu, hipotensi, JVP meningkat, pengembangan dada yang tidak simetris statis dan dinamis.

#### **Penatalaksanaan**

- a) Melakukan needle torakosintesis di sela iga II, line *mid klavikula*, *Needle torakosintesis* atau *chest decompression*.
- b) Kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan WSD (*Water Sealed Drainage*)



**Gambar 3.5 Tension Pneumothoraks**

(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)

### **c. Massive Hemotoraks**

Terkumpulnya darah pada rongga toraks akibat trauma tumpul atau trauma tembus pada bagian dada. Sumber perdarahan biasanya dari arteri interkostalis atau arteri mamaria interna.

Keluhan : pasien mengeluh sesak nafas

Tanda : dapat ditemukan shock hipovolemik.

Pemeriksaan fisik

- a) Perkusi : redup/dullness
- b) Auskultasi : unvesikuler

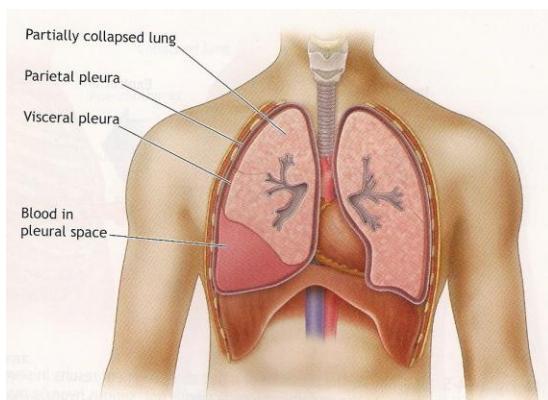
- c) Foto thoraks/rontgen AP/PA hanya boleh dilakukan bila keadaan pasien stabil
- d) Terlihat bayangan difus radio-opak pada seluruh lapangan paru
- e) Bayangan *air-fluid* level hanya pada hematopneumotoraks.

### **Penatalaksanaan**

Kolaborasi dengan dokter untuk dilakukan tindakan bedah seperti pemasangan *chest tube* (pada 90% kasus), atau tindakan cito torakotomi untuk menghentikan perdarahan serta resusitasi shock

Tujuan penatalaksanaan

- a) Mengeluarkan darah dan pengembangan paru secepatnya
- b) Penanganan hemodinamik segera untuk menghindari kegagalan sirkulasi



**Gambar 3.6 Massive Hematotoraks**

(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)

### **d. Flail Chest**

Area toraks yang "melayang" (*flail*) yang disebabkan adanya fraktur iga multipel berturutan  $\geq 3$  iga dan memiliki garis fraktur  $\geq 2$  (*segmented*) pada tiap iganya sehingga terbentuk area "*flail*" yang akan bergerak paradoksal (kebalikan) dari gerakan mekanik pernafasan dinding dada.

#### **Karakteristik:**

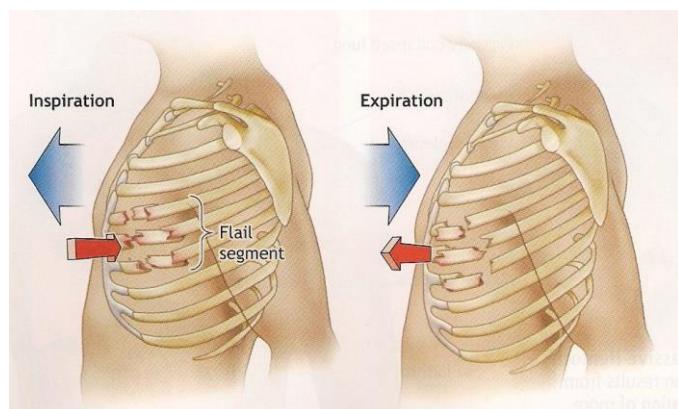
- a) Gerakan "paradoksal" dari (segmen) dinding dada saat inspirasi/ekspirasi, tidak terlihat pada pasien dalam ventilator.
- b) Menunjukkan trauma hebat
- c) Biasanya disertai trauma pada organ lain (kepala, abdomen, ekstremitas)

Tidak diperbolehkan melakukan fiksasi pada daerah *flail* secara eksterna, seperti melakukan *splint/bandage* yang melingkari dada, oleh

karena akan mengurangi gerakan mekanik pernafasan secara keseluruhan.

#### **Penatalaksanaan :**

- a) Pasien sebaiknya dirawat secara intensif bila ada indikasi atau ditemukan tanda-tanda kegagalan pernafasan dan hanya ini dapat dibuktikan dengan hasil pemeriksaan AGDA secara berkala dan takipneia.
- b) Mengurangi rasa sakit/nyeri
- c) Stabilisasi area *flail chest* (memasukkan ke ventilator, memasang fiksasi internal melalui operasi)
- d) Fisioterapi agresif
- e) Tindakan bronkoskopi untuk membersihkan bronkial



**Gambar 3.7 Flail Chest**  
**(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)**

### 3. Jenis gangguan pernafasan

Berikut ini pola nafas abnormal yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan:

- a. Apnea  
Henti nafas ditandai dengan tidak adanya gerakan pengembangan dada.
- b. Bradipnea  
Pernafasan lambat dengan frekuensi nafas kurang dari 12 kali per menit dan biasanya disebabkan oleh cedera otak, peningkatan tekanan intrakranial atau depresi pernafasan akibat obat.
- c. Takipnea  
Pernafasan cepat dan dangkal dengan frekuensi nafas lebih dari 30 kali per menit. Dapat disebabkan rasa nyeri yang hebat seperti fraktur iga, flail chest, nyeri dada pleuretik atau penyakit paru restriktif.

- d. Pernafasan *Chyne-Stokes*  
Pola nafas cepat dan dalam diselingi dengan periode apnea (henti nafas). Dapat ditemukan pada pasien yang mengalami depresi pernafasan akibat obat, kerusakan otak (biasanya di kedua sisi *hemisfer serebrum* atau *diensefalon*).
- e. Pernafasan Ataksik (pernafasan Biot)  
Pernafasan dangkal atau dalam dan berhenti untuk periode yang singkat.
- f. Pernafasan menghela (Sighing Respiration)  
Pernafasan yang sering diselingi dengan menghela nafas
- g. Pernafasan cepat dan dalam (hiperventilasi)  
Pernafasan cepat dan dalam dengan irama yang teratur dapat disebabkan rasa cemas, aktifitas olahraga dan asidosis metabolismik. Pernafasan *Kusmau*/adalah pola pernafasan dalam akibat *Asidosis Metabolik*. Pernafasan cepat, normal atau lambat.

#### 4. Penatalaksanaan Obstruksi Jalan Nafas

##### a. Penatalaksanaan obstruksi jalan nafas total

Untuk mengatasi sumbatan jalan nafas oleh benda asing dapat dilakukan tindakan *Heimlich Maneuver* (hentakan pada sub diafragma abdomen). Hentakan sub diafragma-abdomen dapat menyebabkan peningkatan tekanan pada diafragma sehingga memaksa udara yang ada di dalam paru-paru keluar dengan cepat sehingga diharapkan dapat mengeluarkan benda asing yang menyumbat jalan nafas.

Tindakan *Heimlich Maneuver* dapat dilaksanakan pada pasien sadar, pasien tidak sadar dan dapat dilakukan dengan mandiri/sendiri. Berikut ini akan dijelaskan prosedur ketiga tindakan tersebut di atas:

###### 1) ***Heimlich Maneuver* pada pasien sadar dengan posisi berdiri**

- a) Penolong berdiri di belakang pasien, lingkari pinggang pasien dengan kedua lengan, kemudian
- b) Kepalkan satu tangan dan letakkan sisi jempol tangan kepalan pada perut pasien, sedikit di atas pusar dan dibawah ujung tulang sternum.
- c) Pegang erat kepalan tangan dengan tangan lainnya. Tekan kepalan ke perut dengan hentakan yang cepat ke arah atas. Lakukan hentakan 5 kali setiap hentakan harus terpisah dan dengan gerakan yang jelas.



**Gambar 3.8 Heimlich Maneuver**  
**pada pasien sadar dengan posisi berdiri**  
**(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)**

**2) Heimlich Maneuver pada pasien sadar tidak sadar**

- Pasien diletakkan pada posisi terlentang dengan wajah ke atas
- Penolong berlutut di sisi pasien. Letakkan salah satu tangan pada perut pasien di garis tengah sedikit di atas pusat dan jauh di bawah ujung tulang sternum, tangan kedua diletakkan di atas tangan pertama.
- Penolong menekan ke arah perut dengan hentakan 5 kali yang cepat ke arah atas. Tindakan manuver ini dapat dilakukan pada pasien sadar jika penolongnya terlambat pendek untuk memeluk pinggang pasien.



**Gambar 3.9 Heimlich Maneuver**  
**(Abdominal Thrust) pada pasien tidak sadar**  
**(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)**

**3) Heimlich Maneuver (Chest Thrust) pada korban hamil atau obesitas**

- Letakkan tangan di bawah ketiak korban
- Lingkari dada korban dengan lengannya
- Letakkan bagian ibu jari pada kepalan di tengah-tengah tulang dada korban (sama seperti tempat melakukan penekanan dada pada RJP)
- Genggam kepalan tangan tersebut dengan tangan satunya dan

hentakan ke dalam dan ke atas.



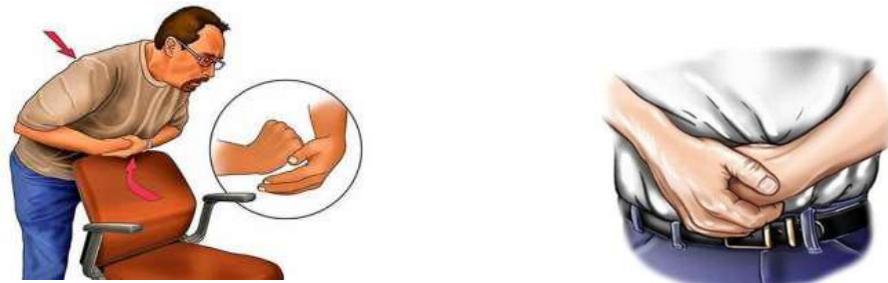
**Gambar 3.10 Heimlich Maneuver**

(*Chest Thrust*) pada Ibu Hamil dan obesitas

(Sumber: Sartono & Masudik, 2022)

**4) Heimlich Maneuver yang dilakukan secara mandiri/sendiri**

- Kepalkan sebuah tangan, letakkan sisi ibu jari pada perut di atas pusat dan di bawah tulang sternum, genggam kepalan tersebut dengan kuat dan berikan tekanan ke atas dan ke arah diafragma dengan gerakan cepat.
- Jika tidak berhasil dapat dilakukan tindakan dengan menekan perut pada tepi meja atau belakang kursi.



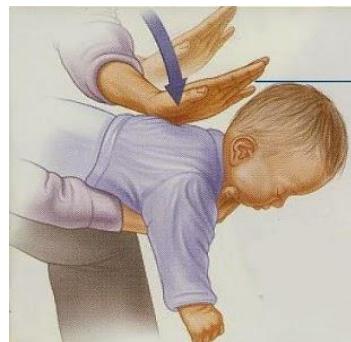
**Gambar 3.11 Heimlich Maneuver yang**

**dilakukan secara mandiri/sendiri**

(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

Jika sumbatan jalan nafas total terjadi pada bayi dan anak, dapat dilakukan tindakan *Back Blows*. Berikut prosedur tindakan *Back Blow* pada bayi dan anak

- a) Posisikan bayi/anak dengan posisi kepala mengarah ke bawah supaya gaya gravitasi dapat membantu pengeluaran benda asing.
- b) Penolong berada di samping pasien untuk menahan berat dari badan pasien, jangan sampai pasien tersungkur.
- c) Berikan pukulan/hentakan keras 5 kali dengan menggunakan telapak tangan di area punggung di antara skapula.



**Gambar 3.12 *Back Blows* pada bayi**

(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

##### **5) Sapuan jari (*finger swap*)**

Adapun prosedur tindakan untuk melakukan sapuan jari bagi pasien yang mengalami sumbatan jalan nafas adalah sebagai berikut:

- a) Hanya dilaksanakan pada pasien yang tidak sadar
- b) Pasien harus ditidurkan dengan muka menghadap ke atas
- c) Buka mulut pasien dengan memegang lidah dan rahang di antara ibu jari dan jari-jari nya, kemudian angkat rahang bawah. Masukkan jari telunjuk tangan lain menelusuri bagian dalam pipi, jauh ke dalam kerongkongan di bagian dasar lidah, kemudian lakukan gerakan mengait untuk melepaskan benda asing serta menggerakkan benda asing tersebut ke dalam mulut sehingga memudahkan untuk diambil.
- d) Tindakan ini harus hati-hati dilakukan agar tidak mendorong benda asing lebih jauh ke dalam jalan nafas.



**Gambar 3.13 Finger Sweep/sapuan jari**

(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

**b. Penatalaksanaan obstruksi jalan nafas sebagian/parsial**

Ada tiga cara untuk membuka jalan nafas tanpa menggunakan alat dan teknik yang digunakan harus disesuaikan dengan penyebabnya. Ketiga teknik tersebut adalah

1) Teknik *Head-Tilt Chin Lift*

Teknik ini digunakan untuk membuka jalan nafas yang mengalami sumbatan karena pangkal lidah jatuh menutupi jalan nafas dan lebih sering digunakan pada pasien yang tidak ada kecurigaan fraktur atau cedera servikal.

Berikut ini cara melakukan tindakan *Head-tilt Chin Lift* pada kasus obstruksi jalan nafas sebagian/parsial:

- a) Cara melakukan teknik *Head-tilt* (mendorong kepala ke belakang)

Letakkan satu telapak tangan di dahi pasien dan tekan ke bawah sehingga kepala menjadi tengadah dan penyangga lidah terangkat ke depan.

- b) Cara melakukan teknik *Chin lift*

Gunakan jari tengah dan jari telunjuk untuk memegang tulang dagu pasien kemudian angkat dan dorong tulangnya ke depan.



**Gambar 3.14 Membuka jalan nafas**

**dengan Head-Tilt Chin Lift**

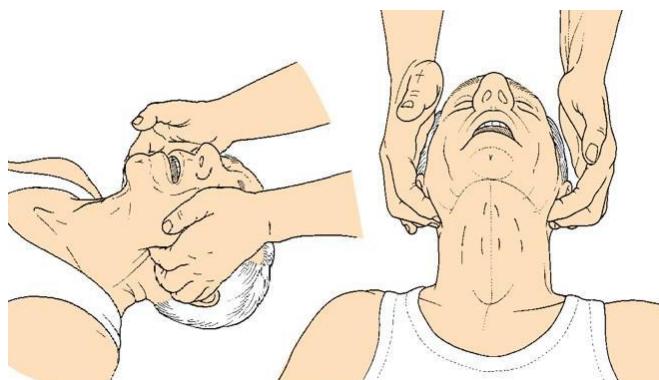
(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

## 2) Teknik *Jaw thrust*

Teknik dilakukan jika dicurigai ada cidera pada leher.

Cara melakukan teknik *jaw thrust* adalah sebagai berikut:

Mendorong sudut rahang kiri dan kanan ke arah depan sehingga barisan gigi bawah berada di depan barisan gigi atas atau angkat rahang bawah ke depan disertai dengan membuka rahang (*jaw thrust*), dan jangan lakukan ekstensi kepala.



**Gambar 3.15 Membuka jalan nafas dengan *Jaw thrust***

(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

## c. Penatalaksanaan obstruksi jalan nafas dengan bantuan alat

Jika teknik membebaskan jalan nafas tanpa menggunakan alat tidak berhasil dilakukan maka dapat dilakukan tindakan pemasangan alat untuk membuka jalan nafas pasien. Ada 2 tindakan membuka jalan nafas dengan menggunakan alat yaitu dengan menggunakan pipa orofaring (OPA) dan pipa nasofaring (NPA)

### 1) Prosedur pemasangan OPA (*Oropharyngeal Airway*)

Alat OPA (*Oropharyngeal airway*) berguna untuk mencegah pasien menggigit pipa endotrakheal dan sangat membantu saat dilakukan penghisapan lendir. Alat ini dapat digunakan pada pasien yang masih bernafas spontan atau saat dilakukan ventilasi dengan *Bag Valve Mask*. Adapun teknik pemasangan alat OPA (*Oropharyngeal airway*) ini adalah sebagai berikut:

- a) Bersihkan mulut pasien dan faring dari segala kotoran
- b) Ukur OPA dengan cara dari ujung bibir sampai cuping telinga
- c) Buka mulut pasien dengan teknik *crossfinger*, masukkan alat dengan ujung mengarah ke palatum sampai setengah
- d) Sisipkan *tongue spate* di atas lidah pasien dan tekan lidah pasien. Hati-hati jangan sampai merangsang muntah
- e) Masukkan OPA dengan lembut, sayap penahan menyentuh bibir. Pada saat memasukkan OPA tidak boleh mendorong lidah.

- f) Cabut *tongue spatz*
- g) Melakukan evaluasi pasca pemasangan OPA dengan melihat pola nafas dan mendengar serta merasakan suara nafas pasien.

Catatan:

- OPA hanya direkomendasikan pada pasien dengan GCS < 8 dan refleks faring negatif
- Tidak boleh melakukan fiksasi atau memasang plester setelah pemasangan OPA karena dapat menimbulkan aspirasi isi lambung jika kesadaran pasien sudah mulai baik.



**Gambar 3.16 Membuka jalan nafas  
dengan *Oropharyngeal airway***  
**(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)**

- 2) Prosedur pemasangan NPA (*Nasopharyngeal Airway*)  
Alat bantu jalan nafas *nasofaringeal airway* (NPA) dapat digunakan pada pasien yang menolak menggunakan alat bantu jalan nafas *oropharyngeal airway* (OPA), pasien trismus, rahang mengatup kuat dan cedera berat pada *maksilo facial*. Adapun cara pemasangan NPA (*Nasopharyngeal Airway*) adalah sebagai berikut:
  - a) Periksa hidung pasien untuk melihat kemungkinan adanya penyumbatan akibat perdarahan, polip dan lain-lain.
  - b) Ukur panjang NPA dari cuping hidung ke cuping telinga dan besar NPA sesuai kelingking pasien.
  - c) Lumasi NPA dengan *jelly* mulai dari ujung ke arah pangkal
  - d) Masukkan dengan hati-hati NPA ke lubang hidung kanan, arahkan ke posterior menuju hipofaring sesuai lengkung NPA sampai sayap penahan berhenti di lubang hidung.
  - e) Lakukan fiksasi dengan menggunakan plester.



**Gambar 3.17 Membuka jalan nafas**

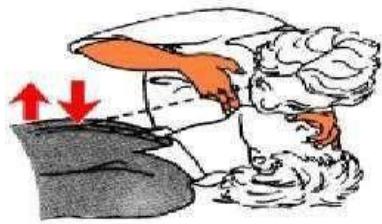
**dengan Nasopharingeal airway**

**(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)**

**d. Penatalaksanaan gangguan pernafasan**

Dapat diberikan melalui pernafasan buatan dari mulut ke mulut, mulut ke hidung atau melalui *pocket mask*. Setelah jalan nafas bebas selanjutnya perawat memberikan terapi oksigen yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pemberian oksigen dapat diberikan melalui *nasal kanul*, *simple mask*, *sungkup muka*, *Bag Valve Mask*, Ventilator dan *High Flow Nasal Canule*. Adapun cara pemberian tindakan untuk mengatasi gangguan pernafasan adalah sebagai berikut;

- 1) Cara memberikan bantuan nafas buatan dari mulut ke mulut (*mouth to mouth*)
  - a) Bersihkan lubang hidung, mulut dan kerongkongan dari kotoran yang ada
  - b) Telentangkan korban dengan kepala menengahad dan tangan lain menunjang leher
  - c) Tutup hidung korban dan ambil nafas dalam-dalam kemudian letakkan mulut penolong rapat-rapat mencakup seluruh mulut korban lalu tiup dengan kuat hingga terlihat dada korban mengembang.
  - d) Berikan 4 kali nafas dengan cepat, nafas dalam dan hembuskan dengan cepat dari mulut penolong ke mulut korban dan tiap nafas harus cukup untuk mengembangkan dada korban. Berikan 12-15 kali hembusan tiap satu menit
  - e) Selama memberikan bantuan nafas, perhatikan apakah dada pasien naik. Jika dada tidak naik, ulangi dengan membuka saluran nafas dan berikan nafas kedua.
  - f) Lakukan tindakan ini hingga bantuan medis datang.



**Gambar 3.18 Bantuan nafas dari mulut ke mulut**

(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)

- 2) Cara memberikan bantuan nafas dari mulut ke mask
  - a) Posisikan tubuh korban dalam keadaan terlentang dan berbaring di atas permukaan yang datar dan keras.
  - b) Pastikan tidak ada objek yang menghalangi jalan nafas di dalam mulut. Jika ada, singkirkan terlebih dahulu.
  - c) Tengadahkan kepala dan pasang sungkup pada mulut dan hidung pasien dengan cara ibu jari dan telunjuk kedua tangan menekan sungkup sedangkan 3 jari kedua tangan menarik mandibula sambil tetap mempertahankan kepala dalam posisi tengadah sehingga tidak terjadi kebocoran.
  - d) Berikan tiupan melalui lubang sungkup sambil memperhatikan gerakan dada, tiup dengan lambat dan mantap dengan lama inspirasi 1-2 detik. Tiupan diberikan setiap 5 atau 6 detik dilakukan sampai bantuan yang membawa *Bag Valve Mask* (BVM) tiba.



**Gambar 3.19 Bantuan nafas dari mulut ke mask**

(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)

- 3) Cara memberikan bantuan nafas dengan menggunakan *Bag Valve Mask* (BVM)

- a) Siapkan BVM dengan ukuran masker yang sesuai dengan wajah pasien.
- b) Sambungkan selang oksigen dengan BVM dengan aliran oksigen 12 liter/menit, tunggu sampai reservoir mengembang.
- c) Pastikan jalan nafas pasien terbuka dan tidak ada hambatan
- d) Sebaiknya tindakan ini dilakukan oleh 2 penolong; penolong pertama memegang masker pada wajah pasien dengan teknik C-E-Clamp
- e) Penolong kedua memberikan ventilasi dengan memompa kantong udara dengan dua tangan.
- f) Pada saat melakukan ventilasi perhatikan pergerakan dada, untuk mengetahui tindakan yang kita lakukan benar.
- g) Ventilasi diberikan setiap 5 atau 6 detik selama 2 menit. Jika setiap 5 detik diberikan 1 kali ventilasi maka jumlah ventilasi yang diberikan selama 2 menit sebanyak 24 kali, dan jika setiap 6 detik diberikan 1 kali ventilasi maka jumlah ventilasi yang diberikan selama 2 menit sebanyak 20 kali.



**Gambar 3.20 Bantuan nafas dengan menggunakan *Bag Valve Mask (BVM)***  
**(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)**

#### 4) Terapi Oksigen

adalah memasukkan oksigen tamban dari luar ke paru melalui saluran pernafasan sehingga konsentrasi meningkat dalam darah. Pemberian oksigen dibagi menjadi 2 sistem:

##### a) Sistem aliran rendah

Sistem aliran rendah diberikan pada pasien yang sadar dan bernafas normal namun target saturasi yang belum tercapai atau hipoksi. Yang termasuk terapi oksigen dengan sistem aliran rendah antara lain:

###### 1) *Nasal Kanul*

Pemberian oksigen dengan nasal kanul dapat menghasilkan konsentrasi oksigen sekitar 25 hingga 45 % pada aliran 1-6 liter/menit. Hati-hati pemberian oksigen di atas 6 liter/menit

dapat membuat mukosa hidung menjadi kering dan dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien.

**Keuntungan:**

- a. Pemberian oksigen stabil
- b. Klien bebas bergerak, makan dan berbicara

**Kerugian:**

- a. Tidak dapat memberikan oksigen lebih dari konsentrasi 41%, mudah lepas
- b. Dapat mengiritasi selaput lendir hidung jika aliran humidifier kosong.



**Gambar 3.21 Nasal Kanul**

(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

2) *Simple Face Mask*

- a. Berbentuk seperti masker yang disamping kanan dan kirinya terdapat lubang kecil sebagai tempat keluar masuknya udara.
- b. Optimal menyediakan oksigen untuk inspirasi sekitar 40-60% pada aliran 6-10 liter/menit
- c. Kecepatan disarankan di atas 5 liter/menit karena akan berfungsi sebagai pendorong CO<sub>2</sub> keluar dari masker.

**Keuntungan:**

- a. Konsentrasi oksigen yang diberikan lebih tinggi dari nasal kanul
- b. Dapat digunakan dalam pemberian terapi aerosol

**Kerugian:**

- a. Pasien tidak dapat makan mesti dilepas
- b. Tidak dapat memberikan konsentrasi oksigen lebih dari 40% karena dapat menyebabkan penumpukan CO<sub>2</sub> jika aliran rendah



**Gambar 3.22 Simple Face Mask**

(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

3) *Rebreathing Mask (RM)*

- a. Alatnya mirip seperti *simple face mask* tetapi memiliki kantong reservoir yang harus diisi udara terlebih dahulu sebelum digunakan.
- b. Kecepatan pemberian yang direkomendasikan 6-10 liter/menit

**Keuntungan:**

- a. Konsentrasi oksigen lebih tinggi dari *simple mask*
- b. Tidak mengeringkan selaput lendir
- c. Dapat digunakan untuk pasien yang mengalami *Hiperventilasi* dimana kadar PCO<sub>2</sub> rendah dalam pemeriksaan Analisa Gas Darah Arteri (AGDA).

**Kerugian:**

- a. Tidak dapat memberikan konsentrasi rendah
- b. Kantong oksigen bisa terlipat
- c. Pasien tidak dapat makan



**Gambar 3.23 Rebreathing Mask (RM)**

(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

*4) Non Rebreathing Mask (NRM)*

- a. Mirip dengan Rebreathing Mask tetapi tidak terjadi pencampuran antara oksigen dengan udara ekspirasi.
- b. Terdapat sebuah karet penutup satu arah pada kedua sisi yang menghalangi masuknya udara ruangan. Saat inspirasi, oksigen naik dari kantong dan melewati katup yang memisahkan kantong dengan masker. Saat ekspirasi, udara akan tertuju keluar melalui karet penutup satu arah.
- c. Kecepatan yang direkomendasikan 10-15 liter/menit.

**Keuntungan:**

- a. Konsentrasi oksigen lebih tinggi dari simple mask
- b. Tidak mengeringkan selaput lendir
- c. Digunakan pada pasien dengan kadar PO<sub>2</sub> rendah yang membutuhkan oksigen dalam darah dengan konsentrasi oksigen di atas 95%.

**Kerugian:**

- a. Tidak dapat memberikan konsentrasi oksigen rendah
- b. Kantong oksigen dapat terlipat
- c. Pasien tidak dapat makan



**Gambar 3.24 Non Rebreathing Mask (NRM)**  
**(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)**

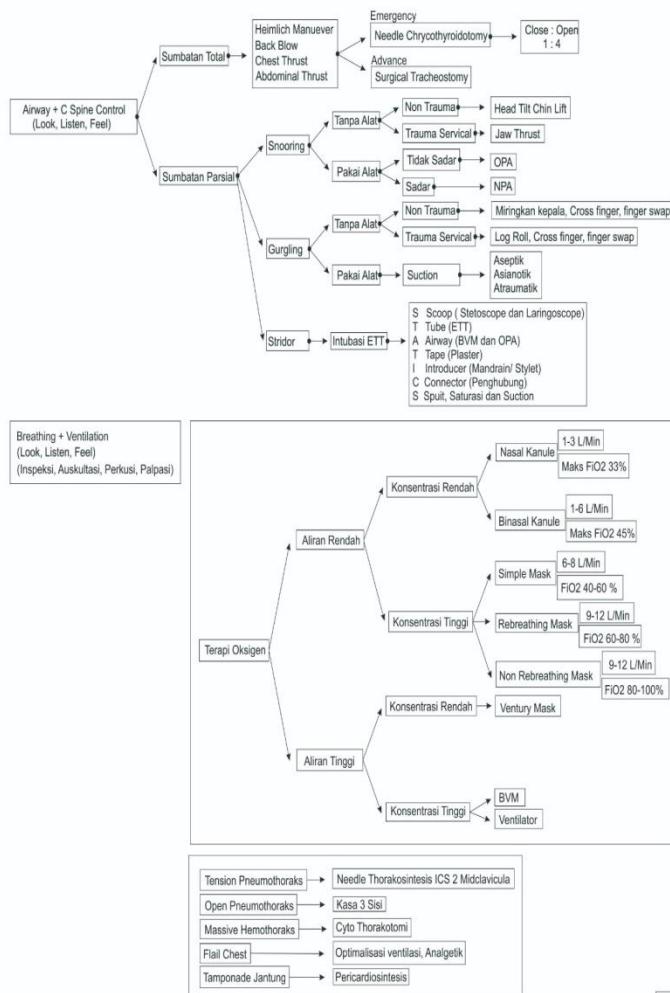
**e. Penatalaksanaan jalan nafas pada pasien trauma**

Hal-hal yang perlu diperhatikan perawat ketika melakukan tindakan membebaskan jalan nafas pada pasien trauma yang dicurigai mengalami cedera servikal, antara lain:

- 1) Dilarang menengadahkan kepala pasien, perawat hanya bisa mengangkat mandibula dan membuka mulut pasien dengan teknik *jaw thrust*
- 2) Mempertahankan kepala pasien pada posisi netral selama tindakan manipulasi jalan nafas dilakukan.

- 3) Pasien yang mengalami fraktur basis crani dan tulang muka dapat dilakukan pemasangan ETT dengan syarat tulang servikal terlebih dahulu diimobilisasi/di stabilisasi.
- 4) Jika tindakan intubasi tidak dapat dilakukan, maka lakukan tindakan krikoidotomi atau trakheostomi.
- 5) Bila diputuskan untuk dilakukan intubasi melalui hidung sebaiknya tindakan ini dilakukan oleh penolong yang berpengalaman.
- 6) Bila pasien melawan, dapat diberikan obat pelemas otot dan penenang.

Dari penjelasan di atas, berikut ini adalah alur penatalaksanaan pasien dengan gangguan jalan nafas dan pernafasan yang dapat kita terapkan nantinya di ruangan Gawat Darurat (IGD)



**Gambar 3.25 Alur penatalaksanaan pasien**

**(Sumber : Sartono, Masudik, 2022)**

## **E. Konsep Bantuan Hidup Dasar**

### **1. Pengertian BHD**

Bantuan Hidup Dasar (BHD) merupakan serangkaian usaha atau tindakan yang dilakukan untuk menyelamatkan hidup seseorang yang mengalami henti jantung dan henti nafas/sumbatan jalan nafas. Ada 2 kegiatan yang akan dilakukan oleh penolong dalam melakukan tindakan BHD meliputi Resusitasi Jantung Paru (RJP) dan pemasangan AED (*Autmated External Defibrillator*).

Resusitasi Jantung Paru atau sering disebut dengan pijat jantung luar adalah tindakan kompresi atau pijatan yang dikombinasikan dengan pemberian bantuan nafas yang bertujuan untuk membantu mempertahankan oksigenasi pada otot jantung dan otak sampai bantuan atau alat khusus tersedia. Biasanya pijat jantung luar ini dilakukan pada pasien yang mengalami henti jantung dan untuk henti nafas diberikan bantuan nafas.

### **2. Tujuan BHD**

Adapun tujuan diberikan bantuan hidup dasar (BHD) adalah sebagai berikut:

- a. Mencegah terhentinya sirkulasi dan berhentinya pernafasan. Jika fungsi sirkulasi dan pernafasan berhenti dalam waktu 4-10 menit, maka organ otak dan jantung akan mengalami kerusakan. Hal tersebut dapat membahayakan bagi pasien karena dapat menyebabkan kematian. Bantuan sangat diperlukan untuk mengembalikan fungsi sirkulasi dan pernafasan untuk menyelamatkan nyawa seseorang atau untuk menyelamatkan dari gangguan yang lebih parah dan kecacatan.
- b. Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi. Pasien yang mengalami henti jantung dan henti nafas sangat dibutuhkan dari pihak eksternal untuk menyelamatkan nyawa. BHD dapat dilakukan tanpa alat maupun menggunakan alat sesuai dengan kondisi yang ada di dalam lapangan, namun BHD harus segera dilakukan sesuai dengan algoritma atau SOP.

### **3. Indikasi BHD**

BHD dapat dilakukan pada pasien yang mengalami henti jantung dan henti nafas.

#### a. Henti jantung

Henti jantung dapat ditandai dengan tidak terabanya denyut arteri karotis, pasien tidak memberikan respon baik verbal maupun rangsangan nyeri, yang disebabkan oleh:

- 1) Penyakit kardiovaskuler seperti penyakit jantung iskemik, infark miokard akut, embolis paru, fibrosis pada sistem konduksi
- 2) Kekurangan oksigen akut; henti nafas, benda asing di jalan nafas, sumbatan jalan nafas oleh sekresi.
- 3) Kelebihan dosis obat: digitalis, quinidin, anti depresan trisiklik, adrenalin, isoprenalin
- 4) Gangguan asam basa/elektrolit: kalium serum yang tinggi atau rendah, magnesium rendah, kalsium serum tinggi, asidosis
- 5) Kecelakaan, tersengat listrik, tenggelam
- 6) Refleks vagal
- 7) Anestesia dan pembedahan
- 8) Terapai dan tindakan diagnostik medik
- 9) Syok (hipovolemik, neurologik, toksik dan anafilaksis)

#### b. Henti nafas

Henti nafas ditandai dengan tidak adanya gerakan dada dan aliran udara pernafasan yang dapat disebabkan oleh:

- 1) Sumbatan jalan nafas: benda asing, aspirasi, lidah yang jatuh ke belakang, pipa trakeal terlipat, kanula trakeal tersumbat, kelainan akut glotis dan sekitarnya (sembab glotis, perdarahan).
- 2) Depresi pernafasan: sentral: obat-obatan, intoksikasi, tekanan parsial oksigen rendah, tekanan karbondioksida tinggi, tumor otak, tenggelam.

Depresi pernafasan perifer: obat pelumpuh otot, penyakit miastenia gravis, poliomyelitis.

Jika pasien henti nafas segera mendapatkan pertolongan maka nyawa pasien akan dapat diselamatkan dan apabila terlambat memberikan pertolongan maka dapat berakibat pada timbulnya henti jantung.

c. Tanda-tanda henti jantung dan henti nafas

Adapun tanda-tanda henti jantung dan henti nafas adalah sebagai berikut:

- 1) Denyut arteri karotis, radialis maupun femoralis tidak teraba.
- 2) Pernafasan pasien tidak normal, pada beberapa kasus dapat terjadi meskipun jalan nafas sudah paten
- 3) Tidak memberikan respon terhadap rangsangan verbal maupun rangsangan nyeri yang diberikan

Henti jantung dan henti nafas dapat diawali dengan rasa nyeri atau tidak nyaman di area dada, jantung berdenyut dan berdetak keras dan tidak beraturan, sesak nafas, lelah/lemas, pusing serta pingsan yang lama ke lamaan bisa mengakibatkan kehilangan kesadaran.

#### 4. Syarat Untuk Menghentikan BHD dan Komplikasi BHD

Tindakan BHD dapat dihentikan apabila

- a. Kembalinya ventilasi dan sirkulasi spontan/ROSC ditandai dengan denyut arteri karotis teraba dan sudah ditemukan pengembangan rongga thoraks.
  - b. Ada yang lebih bertanggung jawab ditandai dengan hadirnya tim penolong yang lebih kompeten untuk melanjutkan tindakan BHD pada pasien yang mengalami henti jantung dan henti nafas.
  - c. Adanya *Do Not Attempt Resuscitation* (DNAR)
  - d. Perawat kelelahan
- Batas waktu untuk menghentikan tindakan BHD adalah 30 menit, jika dalam waktu tersebut pasien tidak ada memberikan respon maka tindakan BHD dapat dihentikan dengan alasan perawat sudah kelelahan.
- e. Ditemukan kematian yang irreversibel.

Komplikasi BHD adalah sebagai berikut:

- a. Kompresi dada yang salah dapat menyebabkan terjadinya:
  - 1) Patah tulang iga dan sternum
  - 2) Hemathoraks
  - 3) Kontusio paru
  - 4) Laserasi hati dan limpa

- b. Pemberian nafas buatan yang berlebihan dapat menyebabkan terjadinya:
  - 1) Distensi gaster
  - 2) Pecahnya alveoli paru
  - 3) Pneumothoraks

## 5. Prinsip Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Seorang perawat harus memahami prinsip-prinsip melakukan BHD ketika memberikan pertolongan pada pasien yang mengalami henti jantung dan henti nafas. Adapun prinsip yang harus dipahami dalam melakukan BHD adalah sebagai berikut:

- a. Perawat harus melakukan aktivasi atau memanggil bantuan terlebih dahulu sebelum melakukan pertolongan

Saat perawat menemukan pasien yang mengalami henti jantung dan henti nafas, tindakan pertama yang dilakukan oleh perawat adalah segera memanggil bantuan untuk mengaktifkan *Emergency Medical System* (EMS) atau Sistem Penanganan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT).

SPGDT adalah sistem penanganan kegawatdaruratan yang standar dan terpadu yang dimulai dari awal tempat kejadian, perjalanan selama menuju fasilitas pelayanan kesehatan, bantuan yang diberikan selama di fasilitas pelayanan kesehatan sampai paska penanganan. Biasanya SPGDT ini melibatkan tenaga kesehatan, pelayanan ambulans, sistem komunikasi dan masyarakat umum.

Perawat harus mengetahui *call center/hotline* SPGDT di wilayah masing-masing agar bisa segera mengaktifkan SPGDT jika menemukan pasien gawatdarurat. Perawat perlu menyampaikan dengan jelas kondisi pasien, pertolongan yang dibutuhkan, lokasi kejadian dan informasi lain yang diperlukan. Perawat harus memastikan bahwa pesan sudah tersampaikan dan jawaban terkait bantuan sudah jelas.

- b. Perawat harus mampu melakukan BHD dengan kualitas tinggi
- Seorang perawat harus mampu melakukan BHD yang berkualitas. Adapun syarat untuk melakukan BHD yang berkualitas (*High Quality CPR*) adalah sebagai berikut:

- 1) Kompresi dilakukan dengan kecepatan 100-120 kali/menit
- 2) Kompresi dilakukan dengan cepat dan kuat dengan kedalaman minimal 2 inchi atau 5 cm dan maksimal 6 cm.
- 3) Memberikan *recoil* penuh setelah setiap kali kompresi. *Recoil* artinya kembali ke posisi awal sebelum ditekan kembali.
- 4) Minimalkan jeda dalam melakukan kompresi. Fase jeda kompresi dada sebelum dan sesudah dilakukan shock harus seminimal mungkin.
- 5) Memberikan kompresi dan ventilasi dengan perbandingan 30 kali kompresi dengan 2 kali ventilasi untuk 1 dan 2 penolong untuk pasien dewasa, dan untuk pasien anak-anak dan bayi jika 1 orang perawat 30:2, dan jika dengan 2 orang perawat 15:2.

Hal yang perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan/masyarakat awam yang belum terlatih dalam melakukan tindakan BHD antara lain:

- 1) Hanya diperbolehkan melakukan kompresi sampai tim bantuan yang terlatih tiba di lokasi kejadian
  - 2) Tidak diperbolehkan memberikan bantuan nafas
  - 3) Tidak diperbolehkan meraba denyut arteri karotis
- c. Perawat harus mampu menggunakan Automated External Defibrillator (AED)

Alat *Automated External Defibrillator* (AED) sangat aman dan efektif digunakan oleh orang awam yang tidak terlatih untuk menolong pasien yang mengalami henti jantung dan henti nafas. Biasanya alat ini dapat dijumpai di bandara, mall dan fasilitas olah raga. Banyak penelitian yang mengatakan tingkat keberhasilan menggunakan alat ini dalam mengatasi pasien yang mengalami henti jantung dan henti nafas lebih tinggi.

Alat *Automated External Defibrillator* (AED) lebih banyak digunakan pada pasien yang mengalami henti jantung di luar rumah sakit/OHCA (*Out of Hospital Cardiac Arrest*) seperti di bandara, mall dan sarana olahraga dimana kasusnya relatif tinggi kita ditemukan tempat tersebut di atas.



**Gambar 3.26 AED dan penempatan Pad AED**

(Sumber: Modul pelatihan Kemenkes, 2022)

Berikut ini adalah prosedur menggunakan alat *Automated External Defibrillator* (AED)

**Tabel 3.5**

No	Prosedur Kerja
1.	Persiapan alat: a. AED trainer b. Handscoen c. Alat pelindung diri (APD)
2.	Prosedur tindakan: a. Lakukan prinsip 3 A (aman diri, aman lingkungan, aman pasien) b. Cek respon dengan menepuk –nepuk bahu pasien sambil berteriak apakah bapak/ibu baik-baik saja. c. Bila pasien tidak memberikan respon, minta bantuan dengan berteriak minta tolong dan perintahkan pada seseorang untuk menghubungi ambulan maupun paramedik untuk membawa alat AED. d. Periksa apakah pasien bernafas dengan cara melihat pergerakan dada dan mendengarkan suara-suara yang keluar dari mulut pasien. e. Aktifkan AED dengan menekan tombol <b>ON</b> f. Buka penutup pad, ambil pad tempelkan pada dada pasien sesuai gambar petunjuk pada pad dan pastikan pad menempel kuat dengan kulit dada pasien. g. RJP tetap dilakukan sembari petugas menempelkan pad h. Setelah pad sudah menempel kuat, ikuti perintah yang diberikan AED yaitu <b><i>"Don't Touch the patient Analyzing Heart Rhythm"</i></b> i. AED akan memerintahkan penolong untuk menekan tombol Shock dengan perintah <b><i>"Shocking Advised"</i></b> j. Tekan tombol Shock, AED akan memberikan energi listrik ke jantung pasien dan penolong tidak boleh menyentuh pasien saat pemberian energi listrik berlangsung.

	<p>k. Bila tindakan ini tidak berhasil dan pasien tetap tidak bernafas/sadarkan diri, AED akan memerintahkan penolong untuk kembali melanjutkan CPR/RJP dengan perintah "<b><i>Continue CPR</i></b>"</p> <p>l. Penolong harus terus melanjutkan siklus yang sama sesuai perintah <i>AED</i> sampai tim terlatih datang memberikan bantuan tambahan dan mengambil alih proses pertolongan pertama.</p>
--	---

- d. Perawat harus mampu melakukan resusitasi lanjut

Setelah penolong melakukan BHD satu siklus atau 5 kali (30 kompresi 2 kali ventilasi) diharapkan penolong yang berperan sebagai ventilasi berganti posisi dengan penolong yang berperan sebagai kompresi, hal ini bertujuan untuk menjamin optimalisasi kekuatan kompresi stabil di setiap siklus. Pergantian penolong juga harus memperhatikan keberlanjutan sekuen BHD agar tidak ada interupsi/jeda sekuen BHD yang terputus sesuai dengan kaidah *High Quality Cardio Pulmonary Resuscitation* (CPR) yang direkomendasikan oleh AHA (2020).

Resusitasi lanjut diberikan sampai tim yang lebih kompeten tiba di lokasi kejadian dan setiap siklus harus dilakukan pergantian penolong kompresi dan ventilasi.

- e. Perawat harus memonitor dan mengevaluasi pasien pasca pemberian pertolongan

Pasien dengan sirkulasi spontan perlu mendapat perawatan khusus guna mencegah terjadinya kembali henti jantung. Penanganan pasien pasca RJP meliputi identifikasi dan tata laksana penyebab henti jantung yang dihubungkan dengan penilaian kerusakan organ untuk mengurangi dampak buruk.

Pasien yang berhasil melewati fase henti jantung harus segera mendapat ventilasi dan oksigenasi yang cukup meliputi:

- 1) Saturasi oksigen tetap dipertahankan  $\geq 94\%$
- 2) Kecepatan terapi oksigen awal 10-12 liter/menit
- 3) Kecepatan kemudian dititrasi hingga mencapai target  $\text{PCO}_2$  35-45 mmHg.
- 4) Hindari terjadinya hiperventilasi karena dapat meningkatkan tekanan intratorakal yang berakibat menurunkan curah jantung.

## 6. Praktek Bantuan Hidup Dasar (BHD) Sesuai dengan Sop

Menurut AHA (2020), alur penanganan henti jantung disebut dengan *Chain of Survival* atau "Rantai Bertahan Hidup" dimana tiap rantai saling berhubungan dan tidak dapat dipisahkan. Rantai Bertahan hidup/kelangsungan hidup terdiri dari dua tipe yaitu pasien yang

mengalami serangan jantung di dalam rumah sakit (*In Hospital Cardiac Arrest/IHCA* dan serangan jantung yang terjadi di luar rumah sakit (*Out of Hospital Cardiac Arrest/OHCA*). Penatalaksanaan henti jantung di dalam rumah sakit dimulai dari pengenalan awal dan pencegahan, mengaktifkan dengan segera sistem tanggap darurat/emergency response, pemberian BHD berkualitas, melakukan defibrilasi dan jika pasien sudah kembali normal maka akan dilakukan perawatan pasca henti jantung dan pemulihan (AHA, 2020).

Penatalaksanaan henti jantung di luar rumah sakit dimulai dengan segera mengaktifkan emergency response atau sistem tanggap darurat, melakukan tindakan RJP yang berkualitas, melakukan defibrilasi, memberikan resusitasi lanjutan saat dirujuk ke rumah sakit dan memberikan perawatan pasca henti jantung dan pemulihan bila pasien sudah kembali normal.

Berikut ini gambar rantai keberlangsungan hidup pasien yang mengalami serangan jantung baik di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.



**Gambar 3.27 Chain of Survival**

(Sumber: AHA (2020) dalam Modul

**pelatihan Kemenkes, 2020**

a. Praktek BHD pada orang dewasa

Adapun prosedur untuk melakukan BHD pada orang dewasa adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.6**

No	Prosedur Kerja
A.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan alat (manekin BHD, <i>BVM</i>, <i>Handscoot</i>)</li> <li>2. Tahu nama alat dan cara menggunakannya</li> <li>3. Menggunakan APD (Alat pelindung diri)</li> </ol>

B.	<p>Prosedur tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prinsip 3 A (aman diri, aman lingkungan dan aman klien)</li> <li>2. Mengkaji tingkat kesadaran klien dengan:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memanggil klien sambil menepuk dengan lembut bahu klien dan kedua pemeriksaan ini dilakukan bersamaan secara simultan.</li> <li>b. Meminta bantuan (mengaktifkan SPGDT) dengan berteriak "tolong ada klien tidak sadar, siapkan <i>AED/defibrilator</i>"</li> </ol> </li> <li>3. Sambil menunggu bantuan tiba, periksa nadi karotis dan pernafasan klien.           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Letakkan dua atau tiga jari penolong di leher klien yang dekat penolong</li> <li>b. Periksa nadi karotis klien kurang dari 10 detik sambil mata penolong melihat ada tidaknya pengembangan dada klien dengan teknik <i>Quick look</i></li> </ol> </li> <li>4. Bila pergerakan dada klien tidak ada, akan tetapi nadi karotis teraba maka penolong memberikan satu kali bantuan nafas setiap 5 atau 6 detik selama 2 menit. Jumlah bantuan nafas yang diberikan setiap 5 detik adalah sebanyak 24 kali dan jumlah bantuan nafas yang diberikan setiap 6 detik adalah sebanyak 20 kali (bantuan nafas yang diberikan selama 2 menit)</li> <li>5. Melakukan kompresi dada/kompresi jantung luar sebanyak 30 x dan 2 x bantuan nafas, apabila nadi karotis tidak teraba dan pergerakan dada tidak ada.</li> <li>6. Teknik melakukan Kompresi           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Letakkan tumit telapak tangan di sternum pada garis puting susu sedikit ke bawah.</li> <li>b. Letakkan pangkal tangan lainnya di atas tangan pertama, kunci jari-jari kedua tangan, luruskan lengan sehingga bahu tegak lurus dengan tangan dan siku harus selalu tegak lurus.</li> <li>c. Tekan dengan kuat dan cepat, tekan dengan kedalaman 2-2,4 inci, pastikan menekan tulang dada dengan baik.</li> <li>d. Setelah penekanan pastikan dada klien kembali ke posisi semula sebelum ditekan kembali, tetapi tangan tetap menempel di dada.</li> <li>e. Kecepatan penekanan yang baik 100-120 x/menit</li> <li>f. Rasio antara kompresi dengan pemberian nafas buatan 30:2 baik satu maupun dua penolong bagi pasien dewasa.</li> <li>g. Memeriksa nadi karotis setiap 2 menit atau 5 siklus (5 siklus harus dicapai dalam waktu 2 menit)</li> <li>h. Resusitasi Jantung Paru tetap dilanjutkan bila nadi karotis belum teraba           <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Jika sirkulasi dan pernafasan kembali, lanjutkan ke pengkajian sekunder (<i>Secondary assessment</i>) dan posisikan korban pada posisi pemulihan (<i>recovery position</i>)</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>7. Teknik membuka jalan nafas           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membuka jalan nafas dengan teknik <i>headtilt chinlift</i> sebelum memberikan bantuan nafas.</li> </ol> </li> </ol> <p>Cara melakukan tindakan <i>Head Tilt - Chin lift</i> dan <i>Jaw Thrust</i> adalah sebagai berikut:</p>
----	---

	<p><b>Head Tilt - Chin lift</b>: posisi perawat di sisi pasien, letakan satutangan pada dahi dan tekan dahi, letakan jari tangan lain dibawah tulang dagu dan dorong dagu keatas. Cara ini akan membuat lidah terangkat sehingga tidak mengobstruksi jalan napas.</p> <p>Jika pasien dicurigai mengalami cedera kepala dan servikal maka dilakukan tindakan:</p> <p><b>Jaw Thrust</b>: posisi perawat diatas kepala pasien, letakan kedua tangan pada masing-masing sisi kepala pasien, letkan jari-jari perawat dibawah sudut rahang bawah, dan naikkan dengan kedua tangan, memajukan posisi rahang. Jika bibir tertutup, tekan bibir bawah dengan ibu jari perawat untuk membukanya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Memeriksa mulut klien, apakah ada sumbatan atau tidak, bila ada sumbatan terlebih dahulu dilakukan tindakan membersihkan sumbatan kemudian baru memberikan bantuan nafas.</li> </ul>
	<p>8. Teknik memberikan bantuan nafas</p> <p>Pemberian bantuan nafas pada pasien dewasa dapat dilakukan dari mulut ke mulut, mulut ke pocket mask ataupun pemberian langsung dengan menggunakan alat BVM.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikut ini pemberian bantuan nafas melalui <b>Pocket Mask</b> Perawat berada disisi pasien, letakkan mask pada wajah pasien dan gunakan batang hidung sebagai petunjuk posisi yang tepat. Letakkan jari telunjuk dan ibu jari tangan yang dekat dengan kepala pasien pada bagian atas mask dan letakkan ibu jari tangan yang lainnya pada bagian bawah mask. Jari yang lain berada pada tulang dagu dan tetap dalam posisi <i>head tilt chin lift</i>. Berikan setiap nafas selama 1 detik cukup sampai terlihat dada terangkat.</li> <li>b. Pemberian bantuan nafas dengan menggunakan <b>Bag-mask</b> dengan 2 orang perawat Perawat berada di atas kepala pasien dan tempatkan mask pada wajah pasien dengan menggunakan batang hidung sebagai petunjuk posisi yang tepat. Gunakan teknik E-C <i>Clamp</i> dengan cara ibu jari dan jari telunjuk tangan yang satu membentuk huruf "C" pada atas <i>mask</i> dan menekan <i>mask</i> ke wajah serta menggunakan jari lainnya untuk mengangkat sudut dagu membentuk huruf "E" dan bantu menekan wajah ke <i>mask</i>. Tekan Bag untuk memberikan nafas (1 detik setiap nafas) sambil memperhatikan kenaikan dinding dada.</li> </ul>

b. Praktek BHD pada Anak

Prosedur tindakan BHD pada anak dengan dewasa tidak jauh berbeda. Adapun langkah-langkah untuk melakukan tindakan BHD adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.6**

No	Prosedur Kerja
A.	1. Persiapan alat (manekin BHD, <i>BVM</i> , <i>Handsooon</i> ) 2. Tahu nama alat dan cara menggunakannya 3. Menggunakan APD (Alat pelindung diri)
B.	Prosedur tindakan c. Prinsip 3 A (aman diri, aman lingkungan dan aman klien) d. Mengkaji tingkat kesadaran klien dengan: a. Memanggil klien sambil menepuk dengan lembut bahu klien dan kedua pemeriksaan ini dilakukan bersamaan secara simultan. b. Meminta bantuan (mengaktifkan SPGDT) dengan berteriak "tolong ada klien tidak sadar, siapkan <i>AED/defibrilator</i> " e. Sambil menunggu bantuan tiba, periksa nadi karotis dan pernafasan klien. a. Letakkan dua atau tiga jari penolong di leher klien yang dekat penolong b. Periksa nadi karotis klien kurang dari 10 detik sambil mata penolong melihat ada tidaknya pengembangan dada klien dengan teknik <i>Quick look</i> f. Bila pergerakan dada klien tidak ada, akan tetapi nadi karotis teraba maka penolong memberikan satu kali bantuan nafas setiap 3 atau 5 detik selama 2 menit. Jumlah bantuan nafas yang diberikan setiap 3 detik adalah sebanyak 40 kali dan jumlah bantuan nafas yang diberikan setiap 5 detik adalah sebanyak 24 kali (bantuan nafas yang diberikan selama 2 menit) g. Melakukan kompresi dada/kompresi jantung luar sebanyak 30 x dan 2 x bantuan nafas, apabila nadi karotis tidak teraba dan pergerakan dada tidak ada dengan satu penolong dan 15 kali kompresi dan 2 kali ventilasi jika dilakukan 2 penolong. h. Teknik melakukan Kompresi a. Letakkan tumit telapak tangan sepertiga dari diameter AP dada atau pertengahan bagian bawah tulang dada (sternum) b. Letakkan pangkal tangan lainnya di atas tangan pertama, kunci jari-jari kedua tangan, luruskan lengan sehingga bahu tegak lurus dengan tangan dan siku harus selalu tegak lurus (Boleh dilakukan dengan menggunakan 2 tangan atau 1 tangan tergantung dari berat badan pasien) c. Tekan dengan kuat dan cepat, tekan dengan kedalaman 2-2,4 inci, pastikan menekan tulang dada dengan baik. d. Setelah penekanan pastikan dada klien kembali ke posisi semula sebelum ditekan kembali, tetapi tangan tetap menempel di dada. e. Kecepatan penekanan yang baik 100-120 x/menit f. Rasio antara kompresi dengan pemberian nafas buatan 30 kali kompresi dan 2 kali ventilasi untuk satu penolong, dan jika 2 penolong; 15 kali kompresi dan 2 kali ventilasi.

	<p>g. Memeriksa nadi karotis setiap 2 menit atau 5 siklus (5 siklus harus dicapai dalam waktu 2 menit)</p> <p>h. Resusitasi Jantung Paru tetap dilanjutkan bila nadi karotis belum teraba</p> <p>i. Jika sirkulasi dan pernafasan kembali, lanjutkan ke pengkajian sekunder (<i>Secondary assessment</i>) dan posisikan korban pada posisi pemulihan (<i>recovery position</i>)</p> <p>i. Teknik membuka jalan nafas</p> <p>a. Membuka jalan nafas dengan teknik <i>headtilt chinlift</i> sebelum memberikan bantuan nafas.</p> <p>Cara melakukan tindakan <i>Head Tilt - Chin lift</i> dan <i>Jaw Thrust</i> adalah sebagai berikut:</p> <p><b>Head Tilt - Chin lift</b>: posisi perawat di sisi pasien, letakan satutangan pada dahi dan tekan dahi, letakan jari tangan lain dibawah tulang dagu dan dorong dagu keatas. Cara ini akan membuat lidah terangkat sehingga tidak mengobstruksi jalan napas.</p> <p>Jika pasien dicurigai mengalami cedera kepala dan servikal maka dilakukan tindakan:</p> <p><b>Jaw Thrust</b>: posisi perawat diatas kepala pasien, letakan kedua tangan pada masing-masing sisi kepala pasien, letkan jari-jari perawat dibawah sudut rahang bawah, dan naikkan dengan kedua tangan, memajukan posisi rahang. Jika bibir tertutup, tekan bibir bawah dengan ibu jari perawat untuk membukanya.</p> <p>b. Memeriksa mulut klien, apakah ada sumbatan atau tidak, bila ada sumbatan terlebih dahulu dilakukan tindakan membersihkan sumbatan kemudian baru memberikan bantuan nafas.</p>
--	---

- c. Praktek BHD pada Bayi dengan usia < 1 tahun

Adapun prosedur tindakan BHD pada bayi adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.7**

No	Prosedur Kerja
A.	<p>1. Persiapan alat (manekin BHD, <i>BVM</i>, <i>Handscooon</i>)</p> <p>2. Tahu nama alat dan cara menggunakan</p> <p>3. Menggunakan APD (Alat pelindung diri)</p>
B.	<p>Prosedur tindakan</p> <p>1. Prinsip 3 A (aman diri, aman lingkungan dan aman klien)</p> <p>2. Mengkaji tingkat kesadaran klien dengan:</p> <p>a. Memanggil klien sambil menepuk dengan lembut bahu klien dan kedua pemeriksaan ini dilakukan bersamaan secara simultan.</p> <p>b. Meminta bantuan (mengaktifkan SPGDT) dengan berteriak "tolong ada klien tidak sadar, siapkan <i>AED/defibrilator</i>"</p>

	<p>Sambil menunggu bantuan tiba, periksa nadi karotis dan pernafasan klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Letakkan dua atau tiga jari penolong di leher klien yang dekat penolong</li> <li>b. Periksa nadi karotis klien kurang dari 10 detik sambil mata penolong melihat ada tidaknya pengembangan dada klien dengan teknik <i>Quick look</i></li> </ul>
	<p>3. Bila pergerakan dada klien tidak ada, akan tetapi nadi karotis teraba maka penolong memberikan satu kali bantuan nafas setiap 3 atau 5 detik selama 2 menit. Jumlah bantuan nafas yang diberikan setiap 3 detik adalah sebanyak 40 kali dan jumlah bantuan nafas yang diberikan setiap 5 detik adalah sebanyak 24 kali (bantuan nafas yang diberikan selama 2 menit)</p> <p>4. Melakukan kompresi dada/kompresi jantung luar sebanyak 30 x dan 2 x bantuan nafas, apabila nadi karotis tidak teraba dan pergerakan dada tidak ada dengan 1 (<b>satu</b>) <b>penolong</b> dan 15 kali kompresi dan 2 kali ventilasi jika dilakukan <b>2 (dua) penolong</b>.</p>
	<p>5. Teknik melakukan Kompresi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Letakkan dua jari penolong di bagian tengah dada, tepat di bawah baris puting susu ( 1 penolong) Jika 2 penolong atau lebih Letakkan 2 tangan dengan ibu jari bergerak melingkar di bagian tengah dada, tepat di bawah baris puting</li> <li>b. Letakkan pangkal tangan lainnya di atas tangan pertama, kunci jari-jari kedua tangan, luruskan lengan sehingga bahu tegak lurus dengan tangan dan siku harus selalu tegak lurus (Boleh dilakukan dengan menggunakan 2 tangan atau 1 tangan tergantung dari berat badan pasien)</li> <li>c. Tekan dengan kuat dan cepat, tekan dengan kedalaman <math>1 \frac{1}{2}</math> inci (4 cm), pastikan menekan tulang dada dengan baik.</li> <li>d. Setelah penekanan pastikan dada klien kembali ke posisi semula sebelum ditekan kembali, tetapi tangan tetap menempel di dada.</li> <li>e. Kecepatan penekanan yang baik 100-120 x/menit</li> <li>f. Rasio antara kompresi dengan pemberian nafas buatan 30 kali kompresi dan 2 kali ventilasi untuk satu penolong, dan jika 2 penolong; 15 kali kompresi dan 2 kali ventilasi.</li> <li>g. Memeriksa nadi karotis setiap 2 menit atau 5 siklus (5 siklus harus dicapai dalam waktu 2 menit)</li> <li>h. Resusitasi Jantung Paru tetap dilanjutkan bila nadi karotis belum teraba</li> <li>i. Jika sirkulasi dan pernafasan kembali, lanjutkan ke pengkajian sekunder (<i>Secondary assessment</i>) dan posisikan korban pada posisi pemulihan (<i>recovery position</i>)</li> </ul>
	<p>6. Teknik membuka jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membuka jalan nafas dengan teknik <i>headtilt chinlift</i> sebelum memberikan bantuan nafas.</li> </ul>

	<p>Cara melakukan tindakan <i>Head Tilt - Chin lift</i> dan <i>Jaw Thrust</i> adalah sebagai berikut:</p> <p><b>Head Tilt - Chin lift</b>: posisi perawat di sisi pasien, letakan satutangan pada dahi dan tekan dahi, letakan jari tangan lain dibawah tulang dagu dan dorong dagu keatas. Cara ini akan membuat lidah terangkat sehingga tidak mengobstruksi jalan napas.</p> <p>Jika pasien dicurigai mengalami cedera kepala dan servikal maka dilakukan tindakan:</p> <p><b>Jaw Thrust</b>: posisi perawat diatas kepala pasien, letakan kedua tangan pada masing-masing sisi kepala pasien, letkan jari-jari perawat dibawah sudut rahang bawah, dan naikkan dengan kedua tangan, memajukan posisi rahang. Jika bibir tertutup, tekan bibir bawah dengan ibu jari perawat untuk membukanya.</p> <p>b. Memeriksa mulut klien, apakah ada sumbatan atau tidak, bila ada sumbatan terlebih dahulu dilakukan tindakan membersihkan sumbatan kemudian baru memberikan bantuan nafas.</p>
--	---

## F. Latihan

1. Seorang laki-laki berusia 30 tahun, ditemukan di pinggir jalan dengan luka tusuk pada bagian dada sebelah kanan, pasien nampak kesulitan bernafas, terdapat tarikan otot interkostalis. Tekanan darah 140/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, suhu 37°C, frekuensi nafas 34x/menit. Saat dilakukan pemeriksaan terdapat hembusan udara dari luka bekas tusukan.  
Apakah tindakan yang harus dilakukan dengan segera?
  - A. Memasang balutan kasa 3 sisi
  - B. Membiarkan luka tetap terbuka
  - C. Melakukan penjahitan pada luka
  - D. Mengompres luka dengan NaCL 0,9%
  - E. Menutup rapat luka dengan kasa lembab
  
2. Seorang pasien berusia 25 tahun datang ke unit gawat darurat dengan keluhan nafas terasa berat dan ada jejas di daerah dada. Pemeriksaan fisik ditemukan trauma dada mengalami *flail chest*. Tekanan darah 100/80 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi nafas 20 x/menit.  
Apakah tanda pasti yang ditemukan perawat sebagai tanda khas flail chest?
  - A. Sianosis

- B. Hipotensi
  - C. Nafas cepat dan dangkal
  - D. Kesulitan bernafas, khususnya pada saat ekspirasi
  - E. Gerakan dada yang tidak sama antar kiri dan kanan (paradoksal)
3. Seorang laki-laki berusia 24 tahun dibawa ke IGD dengan keluhan penurunan kesadaran akibat kecelakaan. Hasil pemeriksaan tekanan darah 120/70 mm/Hg, frekuensi napas 24x/menit, frekuensi nadi 80x/menit, jejas pada daerah wajah dan leher. Pasien telah diberikan oksigen masker *Non Rebreathing* 10 liter / menit.
- Apakah tindakan prioritas pada kasus tersebut ?
- A. Atur posisi *head up*
  - B. Memasang infus NaCl 0.9% 8 jam/kolf
  - C. Mengontrol cervical dengan colar neck
  - D. Melakukan pemeriksaan CT Scan Otak
  - E. Melakukan pemeriksaan kesadaran dengan GCS
4. Seorang perempuan berusia 25 tahun tiba di IGD dengan keluhan baru mengalami luka tusuk di daerah abdomen. Ditemukan benda tajam masih tertancap di rongga abdomen pasien.
- Apakah tindakan perawat selanjutnya?
- A. Memasang infus 2 jalur
  - B. Segera mencabut benda tersebut dan segera tutup lukanya
  - C. Langsung dikirim ke rumah sakit untuk dioperasi
  - D. Pertahankan benda tersebut tetap berada pada tempatnya
  - E. Menelepon polisi untuk dilaksanakan olah TKP
5. Seorang laki-laki usia 35 tahun datang ke IGD dengan keluhan sesak nafas, wajah pucat, sakit dada dan tampak distensi vena jugularis. Dari hasil pengkajian, pasien didiagnosis mengalami tension pneumothorax.
- Apakah tindakan awal yang dapat dilakukan pada pasien tersebut?
- A. Memasang infus 2 jalur
  - B. Berikan oksigen 2 liter per menit
  - C. Menutup luka dengan kasa 3 sisi
  - D. Lakukan perikardiosintesis dengan jarum besar dan panjang

- E. Melakukan needle torakosintesis dengan jarum besar di ICS 5 anterior-axillary line
6. Seorang perempuan 35 tahun diantar ke UGD dengan kecelakaan. Hasil pengkajian: kesadaran kompos mentis , meringis kesakitan, skala nyeri 6, fraktur terbuka pada tibia dextra, darah mengalir deras dari luka, tidak teraba pulsasi pada nadi dorsalis pedis, akral teraba dingin dan disertai dengan sensasi baal di ujung distal fraktur.  
Apakah tindakan yang harus segera dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Melakukan pemeriksaan radiologi
  - B. Menghentikan perdarahan
  - C. Mengkaji status sirkulasi
  - D. Membersihkan luka
  - E. Resutasi cairan
7. Seorang petugas kesehatan baru saja selesai melakukan pemasangan bidai pada korban yang mengalami patah tulang tertutup pada tibia sebelah kanan. Petugas kesehatan kemudian melakukan pengkajian vaskularisasi untuk melihat adanya sindrom kompartemen.  
Apakah data fokus yang dapat ditemukan pada kasus tersebut
- A. Edema
  - B. Kejang
  - C. Deformitas
  - D. Parese otot
  - E. Pulsasi menurun
8. Seorang laki-laki usia 35 tahun di ruang bedah karena kecelakaan lalu lintas. Hasil pengkajian didapat data, pasien mengeluh nyeri daerah ujung ekstremitas kanan. Pasien terpasang gips daerah tibia karena fraktur. TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 19 x/menit, capillary refil 5 detik, ekstremitas pucat, dingin pada ekstremitas kanan.  
Apakah tindakan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Memberikan analgetik
  - B. Melonggarkan atau membuka gips
  - C. Melaporkan kejadian tersebut pada dokter
  - D. Memberikan kompres hangat pada ekstremitas kanan
  - E. Mengajarkan pasien untuk distraksi

9. Petugas kesehatan menemukan laki-laki berusia 29 tahun mengalami kecelakaan. Hasil pengkajian: kesadaran kompos mentis, terlihat lemah dan jejas di area antebrachi dextra. Korban didiagnosis mengalami fraktur tertutup radius ulna 1/3 distal dekstra. Perawat kemudian melakukan tindakan pemasangan bidai.  
Apakah langkah selanjutnya yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Mengevaluasi warna kulit
  - B. Mengevaluasi posisi bidai
  - C. Mengevaluasi tingkat nyeri
  - D. Mengevaluasi pulsasi distal
  - E. Mengevaluasi kesimetrisan lengan
10. Petugas kesehatan menemukan laki-laki berusia 25 tahun korban kecelakaan lalu lintas. Hasil pengkajian ditemukan patah tulang tertutup pada femur sinistra. perdarahan masif, pasien masih dapat menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat, kesadaran compos mentis. Apakah tindakan yang harus segera dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Balut tekan
  - B. Pasang bidai
  - C. Pasang kateter
  - D. Pasang IV line
  - E. Berikan Oksigen
11. Seorang laki-laki ditemukan tergeletak di jalanan akibat kecelakaan lalu lintas, terdapat jejas di belakang leher. Pada tindakan survei primer, tindakan apakah yang dilakukan untuk membuka jalan nafas korban di atas?
- A. *Head thill manuver*
  - B. *Chin lift manuver*
  - C. *Back thill manuver*
  - D. *Headlift manuver*
  - E. *Jaw trust*

12. Seorang laki-laki berusia 25 tahun dibawa ke UGD karena kecelakaan lalu lintas. Hasil pengkajian terdapat jejas pada bagian frontal. E2M3V2, suara nafas *gurgling*, sianosis. TD 130/80 mmHg, RR 30x/menit, dan saturasi oksigen 87%.

Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Lakukan suction
- B. Pasang ventilator mekanik
- C. Oksigen dengan simple mask
- D. Intubasi Endotracheal tube (ETT)
- E. Pemasangan Oropharingeal Airway (OPA)

13. Seorang laki – laki umur 55 tahun dibawa ke IGD karena sesak nafas. Hasil pengkajian pasien mengeluh sesak nafas, menggunakan otot bantu nafas, frekwensi nafas 28x/menit. Hasil pemeriksaan analisa gas darah : pH 7,25, PCO<sub>2</sub> 55mmHg, PO<sub>2</sub> 78 mmHg, HCO<sub>3</sub> 23 mEq/L, BE -3 dilakukan kolaborasi pemberian oksigenasi.

Apakah alat bantu oksigenasi untuk pasien ?

- A. *Nasal canule*
- B. *Simple mask*
- C. *Ventury mask*
- D. *Rebreathing mask*
- E. *Non rebreathing mask*

14. Seorang balita dibawa ke UGD oleh ibunya dengan kondisi penurunan kesadaran akibat tersedak kelereng sejak 30 menit yang lalu. Hasil pengkajian sulit bernapas, mata melotot, sianosis dan suara tangisan tidak ada.

Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. *Heimlich manuaver*
- B. Memberikan bantuan napas
- C. *Abdominal trust*
- D. *Chest trust*
- E. Back blow

15. Seorang perempuan berusia 66 tahun dibawa ke UGD karena terjatuh dan tidak sadarkan diri. Hasil pengkajian diperoleh snoring, napas cepat, dan dangkal nadi teraba lambat dan tidak teratur, kesadaran koma.  
Apakah tindakan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Memasang *nasopharingela airway*
  - B. Memasang *oropharingeal airway*
  - C. Melakukan *head tilt chin lift*
  - D. Melakukan *finger swab*
  - E. Melakukan *jaw thrust*
16. Seorang laki-laki 45 tahun diantar ke UGD dengan penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: apneu, nadi krotis tidak teraba, kemudian dilakukan tindakan CPR dan tidak berhasil. Di cek kembali nadi karotis juga tidak teraba dengan gambaran EKG monitor masih asistol.  
Apakah tindakan yang tepat dilakukan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Kompresi dada 30:2
  - B. Beri defibrasi 360 joule
  - C. Berikan adrenalin 1 mg iv
  - D. Pasang Endo Tracheal Tube
  - E. Berikan amiodarone 300mg iv
17. Seorang ibu diantar oleh keluarga dengan keluhan sesak sebelum masuk kerumah sakit. Keadaan semakin memburuk, pasien tiba-tiba apnea dan gelombang jantung dimonitor Asistole.  
Apa yang dilakukan oleh perawat?
- A. Lakukan RJP
  - B. Periksa nadi karotis
  - C. Lakukan fibrilasi 360 joule
  - D. Periksa perlengketan elektroda
  - E. Aktifkan emergensi manajemen
18. Seorang laki-laki berusia 40 tahun tiba di ruang UGD dengan diagnosis medis Sindrom Koroner Akut (SKA). Pasien tiba-tiba mengalami henti nafas dan henti jantung, tim langsung melakukan RJP. Setelah dilakukan RJP 2 menit, nadi karotis teraba namun nafas belum ada.

Apa tindakan perawat selanjutnya?

- A. Berikan ventilasi setiap 5-6 detik
- B. Periksa kepatenan jalan nafas
- C. Periksa pergerakan dada
- D. Buka jalan nafas
- E. Periksa saturasi

19. Perawat melakukan bantuan hidup dasar kepada pasien yang mengalami henti jantung. Setelah 5 siklus, dilakukan evaluasi dan sudah teraba denyutan nadi karotis dan pengembangan dada sudah terlihat.

Apakah tindakan yang harus dilakukan perawat selanjutnya?

- A. Memastikan patensi airway
- B. Melakukan pemeriksaan pernafasan
- C. Membaringkan pasien ke posisi pemulihan
- D. Melanjutkan pemberian ventilasi saja setiap 6 detik
- E. Melanjutkan pemberian kompresi & ventilasi (30 : 2)

20. Seorang laki-laki berusia 40 tahun tiba di ruang UGD dengan diagnosa medis Sindrom Koroner Akut (SKA). Pasien tiba-tiba mengalami henti jantung dan henti nafas, tim langsung melakukan RJP. Setelah dilakukan RJP 2 menit, nadi karotis teraba namun nafas belum ada, kemudian perawat memberikan ventilasi 1 kali setiap 6 detik.

Berapa jumlah ventilasi yang diberikan oleh perawat selama 2 menit?

- A. 10 kali
- B. 20 kali
- C. 12 kali
- D. 24 kali
- E. 30 kali

#### **Latihan (Skenario kasus)**

Anda seorang Perawat sedang bertugas di Unit Gawat Darurat sebuah Rumah Sakit tempat anda bekerja. Anda mendapat telepon dari atasan yang menginformasikan telah terjadi kecelakaan lalu lintas di dekat Rumah Sakit Anda dan Anda ditugaskan ke tempat kejadian untuk melakukan triase. 4 menit kemudian anda sampai di tempat kejadian, ternyata sebuah minibus dengan 5 orang penumpang menabrak pagar pembatas jalan. Menurut informasi dari

saksi mata kecepatan minibus tadi sekitar 100 km/jam. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan keadaan korban sebagai berikut:

**Pasien A :**

Laki-laki umur 45 tahun, pengemudi minibus tanpa sabuk pengaman pada saat kejadian. Nampaknya menghantam kaca depan mobil. Pada saat diperiksa tampak sesak berat dan pucat. Mengalami perlukaan berat di daerah maksilo-facial, banyak darah di daerah wajah, keluar darah dari mulut dan hidung. Tampak jejas di daerah dada. Tanda-tanda vital: nadi 120 kali/menit, pernafasan 40 kali/menit, GCS : 8.

**Pasien B :**

Perempuan, umur 38 tahun berada 9 meter dari minibus, tampaknya terpental keluar dari dalam mobil. Pada saat anda temukan pasien dalam keadaan sadar, pasien mengeluh sangat nyeri di daerah perut. Pada saat anda palpasi teraba krepitasi di daerah panggul. Tanda-tanda vital: nadi 140 kali/menit, kecil serta akral terasa dingin, pernafasan 24 kali/menit, GCS 15.

**Pasien C :**

Laki-laki usia 48 tahun, anda temukan berada di belakang jok mobil. Pada saat anda periksa nampak sangat sesak dan hanya berespon bila diajak bicara. Perlukaan yang nampak, ada ekskoriasi di daerah wajah, dada dan abdomen. Bising nafas tidak terdengar pada paru sisi kiri dan pada abdomen ada nyeri tekan. Tanda-tanda vital: nadi 140 kali/menit, kecil serta akral terasa dingin, pernafasan 35 kali/menit. GCS 14.

**Pasien D :**

Perempuan usia 25 tahun, ditemukan di tempat duduk belakang dalam keadaan histeris dan mengeluh nyeri perut. Ternyata perempuan tersebut sedang hamil 8 bulan dan nampaknya akan partus. Ada perlukaan ekskoriasi daerah wajah dan abdomen. Tanda-tanda vital: nadi 96 kali/menit, besar, respirasi 25 kali/menit, GCS 15.

**Pasien E :**

Anak laki-laki umur 6 tahun ditemukan di lantai mobil dan hanya berespon saat diajak bicara. Dari hasil pemeriksaan nampak ekskoriasi di seluruh tubuh serta tungkai kanan tampak angulasi. Banyak keluar darah dari mulut dan hidung. Tanda-tanda vital: nadi 150 kali/menit, kekuatan sedang, respirasi 35 kali/menit, GCS 12.

Pertanyaan: Tuliskan prioritas pasien menurut anda, untuk penanganan lebih lanjut dengan menuliskan nomor 1-5 lengkap dengan alasannya.

### **Kunci Jawaban**

1. A (memasang balutan kasa 3 sisi)
2. E (gerakan dada tidak sama antar kiri dan kanan)
3. C (mengontrol servikal dengan colar neck)
4. D (pertahankan benda tersebut berada di tempatnya)
5. E (Melakukan needle torakosintesis)
6. E (resusitasi cairan)
7. E (pulsasi menurun)
8. B (melonggarkan atau membuka gips)
9. D (mengevaluasi pulsasi distal)
10. A (balut tekan)
11. E (jaw trust)
12. D (intubasi endotracheal tube/ETT)
13. E (non rebreathig mask)
14. E (back blow)
15. B (memasang OPA)
16. A (kompresi dada 30 :2)
17. B (periksa nadai karotis)
18. A (berikan ventiasi setiap 5-6 detik)
19. C (membaringkan pasien ke posisi pemulihan)
20. B (20 kali)

### Skenario Kasus

Kondisi/ pasien	Pengkajian awal				Triage Tag	Prioritas
	A	B	C	D		
A	+	+	+	8	Merah	1
B	-	-	+	15	Merah	4
C	-	+	+	14	Merah	3
D	-	-	-	15	Kuning	5
E	+	-	+	12	Merah	2

### **Kesimpulan:**

- a. Dari kasus di atas dapat disimpulkan bahwa **pasien A** merupakan prioritas pertama yang harus segera ditangani oleh karena pasien mengalami gangguan di jalan nafas (*airway*), pola nafas (*breathing*), gangguan sirkulasi (*circulation*) dan penurunan tingkat kesadaran (*disability*), dengan data sebagai berikut; ditemukan perlukaan berat di daerah *maksilo-facial*, banyak darah di daerah wajah, keluar darah dari mulut dan hidung yang dapat berdampak pada timbulnya sesak berat pada pasien, tampak jejas di daerah dada, sesak, tanda-tanda vital: nadi 120 kali/menit, pernafasan 40 kali/menit, dan pucat serta GCS : 8.
- b. Prioritas pasien kedua yang harus ditangani adalah **pasien E** dengan alasan pasien hanya mengalami masalah jalan nafas (*airway*) dan sirkulasi (*circulation*). Untuk pola nafas (*breathing*) dan tingkat kesadaran (*disability*) tidak ada masalah. Adapun data yang mendukung adalah sebagai berikut; banyak keluar darah dari mulut dan hidung, tungkai kanan tampak angulasi, tanda-tanda vital: nadi 150 kali/menit, kekuatan sedang.
- c. Prioritas pasien ketiga yang harus ditangani adalah **pasien C** dengan alasan pasien hanya mengalami masalah pola nafas (*breathing*) dan sirkulasi (*circulation*). Adapun data yang mendukung adalah sebagai berikut; bising nafas tidak terdengar pada paru sisi kiri dan pada abdomen ada nyeri tekan, tanda-tanda vital: nadi 140 kali/menit, kecil serta akral terasa dingin.
- d. Prioritas pasien keempat yang harus ditangani adalah **pasien B** dengan alasan pasien hanya mengalami masalah sirkulasi (*circulation*). Adapun data yang mendukung adalah sebagai berikut; pasien mengeluh sangat nyeri di daerah perut. Pada saat palpasi teraba krepitasi di daerah panggul. Tanda-tanda vital: nadi 140 kali/menit, kecil serta akral terasa dingin.
- e. Prioritas pasien kelima yang ditangani terakhir adalah **pasien D** dengan alasan pasien tidak mengalami masalah jalan nafas (*airway*), pola nafas (*breathing*), sirkulasi (*circulation*) dan tingkat kesadaran (*disability*). Pasien hanya histeris karena baru saja mengalami kecelakaan lalu lintas dan ditemukan adanya luka ekskoriasi daerah wajah dan abdomen dan saat kejadian pasien sedang hamil 8 bulan dan nampaknya akan partus.

## G. Rangkuman Materi

Dari pemaparan materi di atas maka dapat disimpulkan mengenai urutan intervensi keperawatan pada kasus kegawatdaruratan meliputi pengkajian awal/*initial assessment*, triase, pembidaian, penatalaksanaan pasien yang mengalami gangguan jalan nafas dan pernafasan serta bantuan hidup dasar (BHD). Kelima tindakan ini saling berkesinambungan dan tidak boleh terlepas satu sama lain.

Langkah pertama yang harus dilakukan jika menemukan pasien gawat darurat adalah menilai/mengkaji kepatenan jalan nafas dan gangguan pernafasan pada korban. Selama masalah *airway*, dan *breathing* belum teratasi maka perawat tidak bisa melanjutkan tindakan keperawatan selanjutnya. Apabila masalah *airway* dan *breathing* sudah teratasi maka dilanjutkan tindakan *circulation* seperti pemasangan bidai pada korban yang dicurigai mengalami patah tulang, resusitasi cairan dan pemberian bantuan hidup dasar pada korban yang mengalami penurunan kesadaran (*disability*).

Perawat harus memberikan tindakan keperawatan ini secara bertahap dan melaksanakan tindakan ini dengan berhati-hati sebab kesalahan dalam melakukan tindakan keperawatan (malpraktek) akan berdampak pada timbulnya kecacatan dan kematian pada pasien. Kemampuan perawat dalam melakukan triase/pemberian label sangat dibutuhkan selama tindakan ini berlangsung.

Buku pembelajaran ini sudah dilengkapi dengan standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku. Hal ini bertujuan untuk menambah wawasan dan keterampilan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus gawat darurat. Semakin lama memberikan tindakan kepada pasien/korban gawat darurat maka angka kematian dan kecacatan semakin meningkat.

## H. Glosarium

- ABCD : Airway, Breathing, Circulation, Disability
- AED : Automated External Defibrillator
- AGDA : Analisa Gas Darah Arteri
- AHA : American Heart Association
- AMPLE: Alergic, Medication, Past Illness, Last Meal, Even/Environtment
- AP: Anterior Posterior
- APD : Alat Pelindung Diri

ATS	: Australia Triage System
AVPU	: Alert, Verbal, Pain, Unrespon
BHD	: Bantuan Hidup Dasar
BVM	: Bag Valve Mask
CPR	: Cardio Pulmonary Rescucitation
CRT	: Cappillary Refill Time
CTAS	: Canadian Triage Acquity System
DNAR	: Do Not Attempt Resusitation
DOA	: Death On Arrived
DOTS	: Deformity, Open Injuri, Tenderness, Swelling
EKG	: Electro Cardiogram
EMV	: Eye, Motorik, verbal Respons
ESI	: Emergency Severity Index
ETT	: Endo Tracheal Tube
GCS	: Glasgow Coma Scale
HCA	: Hospital Cardiac Arrest
ICU	: Intensive Care Unit
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intravenous
JVP	: Jugular Venous Pressure
KNF	: Kanker Nasofaring
KOMPAK:	Keluhan, Obat, Makanan, Penyakit, Kejadian
MTS	: Manchester Triage Scale
NGT	: Naso Gastric Tube
NPA	: Nasopharingeal Airway
NRM	: Non Rebreathing Mask
NVD	: Neuro Vaskuler Distal
OGT	: Oro Gastric Tube
OHCA	: Out of Hospital Cardiac Arrest
OPA	: Oropharingeal Airway
PSM	: Pulsasi, Sensorik, Motorik
PASG	: Pneumatic Antishock Garment
RJP	: Resusitasi Jantung Paru
RM	: Rebreathing Mask
ROSC	: Return of Spontaeous Circulation
SKA	: Sindrom Koroner Akut
START	: Simple Triase and Rapid Treatment
TD	: Tekanan Darah
UGD	: Unit Gawat Darurat
WSD	: Water Seal Drainage

## I. Daftar Pustaka

- American Heart Association (AHA). 2020. Highlights Of The 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC.
- Howes, D. S. (2018). First aid for the emergency medicine oral boards.
- Kariasa, I. M., Tahir, T., Rahayu, U., Santoso, A., Edy, S., Probawati, R., & Wahyuningsih, S. (2019). SiNERSI hadirkan sukses uji kompetensi ners Indonesia. Assosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI), 1-234.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022). Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS)
- Kemenkes, R. I. (2018). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. Kemenkes RI, Jakarta.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2003). Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems.
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (Eds.). (2013). Emergency triage: Manchester triage group. John Wiley & Sons
- Nutbeam, T., Boylan, M., Leech, C., & Bosanko, C. (Eds.). (2023). ABC of prehospital emergency medicine. John Wiley & Sons
- Sartono, H., & AE, S. (2022). Basic Trauma Cardiac Life Support. Edisi ke-3.
- Schumacher, L., & Chernecky, C. C. (2009). Saunders Nursing Survival Guide: Critical Care & Emergency Nursing. Elsevier Health Sciences
- Sheehy, S. B., Newberry, L., Criddle, L. M., & Emergency Nurses Association. (2005). Sheehy's manual of emergency care.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J., & Cheever, K. (2008). Textbook of medical-surgical nursing, brunner& suddarth's. Translated by: Zakerimoghadam M, Jalalinia F. Tehran: Andishehrafii, 130-190.
- Thelan, L. A., Davie, J. K., & Urden, L. D. (1990). Textbook of critical care nursing: diagnosis and management. (No Title).
- Ubaradka, R. S., Gupta, N., Bidkar, P. U., Tripathy, D. K., & Gupta, A. (Eds.). (2023). The Airway Manual: Practical Approach to Airway Management. Springer.



# BAB 4

## PROSES KEPERAWATAN PADA PASIEN DI AREA KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

### Pendahuluan

Proses keperawatan kegawatdaruratan merupakan sistematika perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik bagi klien di lingkup kegawatdaruratan, dimana membutuhkan keterpaduan dari proses berpikir kritis serta analitik perawat dalam keterampilan melakukan praktik kegawatdaruratan. 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. Kemudian filosofi tentang keperawatan gawat darurat menjadi luas, kedaruratan yaitu apapun yang di alami pasien atau keluarga harus di pertimbangkan sebagai kedaruratan.

Sistem pelayanan kegawatdaruratan bersifat darurat sehingga perawat dan tenaga medis lainnya harus memiliki kemampuan, keterampilan, teknik serta ilmu pengetahuan yang tinggi dalam memberikan pertolongan kedaruratan kepada pasien. Tujuan penanggulangan gawat darurat adalah mencegah kematian dan cacat pada pasien gawat darurat hingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat.

Buku ini menjelaskan tentang bagaimana proses asuhan keperawatan pada pasien gawat darurat mulai dari survey primer dan sekunder. Tahap awal yang dilakukan untuk mendeteksi dan mencegah cedera yang mengancam jiwa. Survei primer meliputi penilaian jalan napas, pernapasan, sirkulasi, defisit neurologis, dan kontrol lingkungan. Komponen pengkajian primer adalah ABCDE (Airway-Breathing-Circulation-Disability-Exposure). Survey sekunder adalah pemeriksaan menyeluruh head to toe yang cepat untuk mengatasi potensi cedera. Survey ini dilakukan setelah survei primer dan stabilisasi awal selesai.

Buku ini bisa digunakan oleh mahasiswa keperawatan agar mudah memahami proses asuhan keperawatan pada pasien gawat darurat baik dalam proses pembelajaran secara teori ataupun saat praktikum di lapangan.

### **Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran**

#### **Tujuan Instruksional:**

Setelah mengikuti pembelajaran ini di harapkan mahasiswa dapat memahami konsep dan menerapkan proses asuhan keperawatan pada pasien gawat darurat

#### **Capaian Pembelajaran:**

- a. Memahami Prinsip keperawatan gawat darurat
- b. Memahami konsep penanggulangan korban gawat darurat
- c. Menerapkan primary survey
- d. Menerapkan sekundari survey
- e. Memahami konsep penerapan asuhan keperawatan gawat darurat

## **Uraian Materi**

### **A. Prinsip Keperawatan Gawat Darurat**

- a. *Life support*, prioritaskan kondisi yang memerlukan tindakan segera. Terkadang tindakan dilakukan bersamaan dengan pengkajian. Penulisan dapat dilakukan setelah keselamatan terjamin atau sudah teratasi
- b. Di buat singkat dan jelas sehingga mudah di
- c. Mayor kondisi dan holistik Diprioritaskan pada kondisi-kondisi utama yang mengganggu kehidupan atau kebutuhan dasar pasien dan keluarga dari segi fisik ,psiko dan social
- d. Aktual atau benar Keakuratan dalam pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan dan tindakan keperawatan merupakan hal utama yang harus diingat.

### **B. Prinsip Penanggulangan Korban Gawat Darurat**

Prinsip utama adalah memberikan pertolongan pertama pada korban. Pertolongan Pertama adalah pertolongan yang diberikan saat kejadian atau bencana terjadi di tempat kejadian.

#### **1. Tujuan Pertolongan Pertama**

- a. Menyelamatkan kehidupan.
- b. Mencegah kesakitan makin parah.
- c. Meningkatkan pemulihan.

#### **2. Tindakan Prioritas Penolong**

- a. Ambil alih situasi.
- b. Mintak bantuan pada orang sekitar.
- c. Kaji bahaya lingkungan.
- d. Yakinkan area aman bagi penolong dan korban.
- e. Kaji korban secara cepat untuk masalah yang mengancam kehidupan.
- f. Berikan pertolongan pertama untuk masalah yang mengancam kehidupan.
- g. Kirim seseorang untuk memanggil polisi atau ambulan.

#### **3. Mengontrol Area**

- a. Kecelakaan kendaraaan bermotor,yang harus dilakukan:pelarangan merokok, cegah kerumunan,mintak pertolongan orang lain.

- b. Kecelakaan listrik, yang harus dilakukan putuskan hubungan listrik dengan kayu atau lainnya ,jaga jarak dengan korban berada di area yang aman.
- c. Gas, asap da gas beracun maka pindahkan pasien.
- d. Kebakaran, yang harus dilakukan adalah menjauhkan pasien dari api.

#### **4. Sikap penolong**

- a. Jangan panik.
- b. Bersikap tenang.
- c. Cekatan dalam melakukan tindakan.  
Jangan berburu-buru memindahkan korban dari tempatnya sebelum dipastikan sarana angkutan yang memadai.
- d. Hal-hal pentin yang harus diperhatikan terhadap korban atau pasien adalah:
  - 1) Pernafasan dan denyut jantung
    - a) Bila nafas berhenti maka segera kerjakan pernafasan buatan.
    - b) Bila jantung berhenti berdenyut maka lakukan kompresi jantung luar (KJL).
  - 2) Usaha –usaha mengendalikan fungsi bernafas dan sirkulasi
  - 3) Perdarahan  
Bila terjadi pendarahan maka dilakukan usaha-usaha menghentikan perdarahan dari pembulu darah besar.
  - 4) Syok  
Bila terjadi syok maka perhatikan tanda- tandanya serta penanggulangan, akan dijelaskan lebih lanjut pada BAB XI.
  - 5) Cegah aspirasi terhadap mutahan dengan mengatur posisi pasien miring pada salah satu sisi tubuh atau ditelungkupkan.
  - 6) Bila terjadi flaktur, maka dilakukan pembidaian.

#### **C. Primary Survey**

*Primary survey* mengatur pendekatan ke klien sehingga ancaman kehidupan segera dapat secara cepat diidentifikasi dan tertanggulangi dengan efektif. *Primary survey* berdasarkan standar "ABC" mnemonic dengan "D" & "E" ditambahkan untuk klien trauma: *airway / spinal servikal* (A:jalan nafas), *breathing* (B:pernafasan)      *circulation* (C:sirkulasi),      *disability* (D:ketidakmampuan), dan *exposure* (E:paparan). Usaha resusitasi terjadi secara

dengan setiap elemen dari primary survey ini (Cummins, 2003, dalam Ignatavicius, 2006).

#### **A: Airway (jalan nafas)/ spinal servikal**

Prioritas intervensi tertinggi dalam *primary survey* adalah mempertahankan kepatenan jalan nafas. Dalam hitungan menit tanpa adekuatnya suplai oksigen dapat menyebabkan trauma serebral yang akan berkembang menjadi kematian otak (*anoxic brain death*). *Airway* harus bersih berbagai secret atau debris dengan kateter *suction* atau secara manual jika diperlukan. Spinal servikal harus diproteksi pada klien trauma dengan kemungkinan trauma spinal secara manual alignment leher pada posisi netral, posisi *in-line* dan menggunakan *maneuver jaw thrust* ketika mempertahankan jalan nafas.

Secara umum, masker *non-rebreather* adalah yang paling baik untuk klien bernafas spontan. Ventilasi *bag-valve-mask* (BMV) dengan alat bantu nafas yang tepat dan sumber oksigen 100% diidikasikan untuk individu yang memerlukan bantuan ventilasi selama resusilasi. Klien dengan gangguan kesadaran, diindikasikan dengan GCS kurang dari sama dengan 8, membutuhkan *airway definitif* seperti *endotracheal tube* (ETT) (American College of surgeons, 1997, dalam ignatavicius,2006).

#### **B: Breathing (pernafasan)**

Setelah jalan nafas aman, *breathing* menjadi prioritas berikutnya dalam *primary survey*. Perkajian ini untuk mengetahui apakah usaha ventilasi efektif atau tidak hanya pada saat klien bernafas. Fokusnya adalah pada auskultasi bunyi nafas dan evaluasi ekspansi dada, usaha respirasi,dan adanya bukti trauma dinding dada atau abnormalitas fisik. Pada klien apnea dan kurangnya usaha ventilasi untuk mendukung sampai intubasi endotrakeal dilakukan dan ventilasi mekanik digunakan. Jika resusitasi jantung paru (RJP) diperlukan, ventilasi mekanik harus dihentikan dan klien secara manual diventilasi dengan alat BVM untuk ventilasi lanjutan yang baik dengan kompresi dada, sebaik untuk mengkaji komplians paru melalui pengukuran derajat kesulitan ventilasi klien dengan BVM.

Normal pernapasan pada dewasa: 12-kali/ menit (20x). Pada anak-anak: 15-30 kali/menit (30x) Bayi baru lahir: 30-50 kali/menit. Pada orang dewasa abnormal bila pernafasan >30 atau <10 kali/menit.

Intervensi penyelamatan kehidupan (*life-saving*) lainnya pada fase ini adalah dekomprensi dada. Indikasi dekomprensi dada yaitu bukti klinis adanya tension pneumothorax, yang dapat menghadapi keadaan krisis *breathing* dan sirkulasi. Dekompresi dada dilakukan melalui dua cara yaitu torakostomi jarum (*needle thoracostomy*) dan torakostomi tube (*tube thoracostomy*). *Needle thoracostomy* adalah suatu manuver temporer yang cepat digunakan untuk mengeluarkan udara yang terjebak dengan *insersi chest tube*. Jarum ukuran besar (kateter 14 atau 16, dengan panjang 3-6 cm) diinsersi kedalam ruang interkosal kedua pada garis midklavikula. Setelah *needle thoracostomy*, suatu *chest tube* diinsersi (*tube thoracostomy*) pada ruang interkosal kelima, arah anterior garis midaksila. *Chest tube* ditempatkan pada posisi anatomis ini untuk mengeluarkan udara drainase cairan.

### C: Circulation

Intervensi ditargetkan untuk memperbaiki sirkulasi yang efektif melalui resusitasi kardiopulmoner, kontrol perdarahan, akses intravena dengan penatalaksanaan cairan dan darah jika diperlukan, dan obat-obatan. Perdarahan eksternal sangat baik dikontrol dengan tekanan langsung yang lembut pada sisi perdarahan dengan balutan yang kering dan tebal. Pendarahan internal lebih menjadi ancaman tersembunyi yang harus dicurigai pada klien trauma atau pada mereka yang dalam status syok. Dalam suatu kondisi resusitasi, tekanan darah dapat secara cepat diperkirakan sebelum tekanan dari cuuf tensimeter didapatkan dengan palpasi terhadap adanya atau absennya nadi perifer dan sentral:

- ✓ Adanya nadi radial: TD sedikitnya 80 mmHg sistolik
- ✓ Adanya nadi femoral: TD sedikitnya 70 mmHg sistolik
- ✓ Adanya nadi karotid: TD sedikitnya 60 mmGh sistolik

Akses intravena secara baik dicapai melalui jalur intravena jarum besar pada antekubital fossa (leukuan siku). Akses tambahan dapat dicapai melalui vena sentral di sisi femoralis, subclavia, atau jugularis menggunakan jarum besar (8,5) kateter vena sentral. Cairan resusitasi pilihan adalah *Ringer's lactate* dan salin normal 0,9%. Cairal dan produk

darah harus dihangatkan sebelum pemberian untuk mencegah hipotermia.

Perdarahan merupakan sebab utama kematian pasca bedah yang mungkin dapat diatasi dengan terapi yang tepat dan cepat di rumah sakit. Ada tiga observasi yang hitungan detik dapat memberikan informasi mengenai kedaan hemodynamic ini yakni tingkat kesadaran, warna kulit dan nadi. Pada kasus trauma dikenal adanya perdarahan luar (eksternal) dan perdarahan dalam (internal). Perdarahan luar adalah perdarahan yang terlihat biasanya tidak begitu parah tergantung luas dan dalamnya perlukaan, sedangkan perdarahan dalam adalah perdarahan yang tidak kelihatan dan seringkali membahayakan penderita. Adapun perdarahan dalam yang dapat menyebabkan shock antara lain rongga dada, rongga abdomen, rongga pelvis, tulang panjang, retroperitoneal.

**Table 4.1**  
**Komponen pengkajian primer**

<b>Komponen</b>	<b>Pemeriksaan</b>	<b>Tindakan</b>
Airway (jalan nafas)	Periksa apakah jalan nafas paten atau tidak	Periksa dan atur jalan napas untuk memastikan kepatenan
	Periksa vokalisasi	identifikasi dan keluarkan benda asing (darah, muntahan, sekret, atau benda asing) yang menyebabkan obstruksi jalan napas total atau parsial
	Ada tidaknya aliran udara	Pasang orofaringeal airway untuk mempertahankan jalan nafas
	Periksa adanya suara napas abnormal: stridor, snoring, gurgling	Pertahankan dan lindungi tulang serifikal
Breathing (pernapasan)	Periksa ada tidaknya pernapasan efektif dengan 3M (melihat naik turunnya dinding dada, mendengar suara napas, dan merasakan hembusan napas)	Auskultasi suara napas
	Warna kulit	Atur posisi pasien untuk memastikan ekspansi dinding dada

	Identifikasi pola pernapasan abnormal	Berikan oksigen
	Periksa adanya penggunaan otot bantu pernapasan, deviasi trachea, gerakan dinding dada yang asimetris	Beri bantuan napas dengan menggunakan masker/Bage Valve Mask (BVM)/Endotracheal tube (ETT) jika perlu
	Periksa pola napas pasien (takipneia/bradipneia/tersengal-sengal)	Tutup luka jika didapatkan luka terbuka di dada. Berikan terapi untuk mengurangi bronkospasme atau adanya edema pulmonal
Circulation (sirkulasi)	Periksa denyut nadi, kualitas dan karakternya	Lakukan tindakan CPR/defibrilasi sesuai dengan indikasi
	Periksa adanya irama jantung/abnormalitas jantung	Bila ada perdarahan lakukan tindakan penghentian perdarahan. Pasang jalur IV Ganti volume darah/cairan yang hilang dengan cairan kristaloid isotonik atau darah

#### D: Disability (ketidakmampuan)

Pengkajian *disability* memberikan pengkajian dasar cepat status neurologis. metode mudah untuk mengevaluasi tingkat kesadaran adalah dengan "AVPU" *mnemonic*.

A: Alert (waspada).

V: Responsive to voice (berespon terhadap suara).

P: Responsive to pain (berespon terhadap nyeri).

U: Unresponsive (tidakan ada respon).

Pengkajian lain tentang tingkat kesadaran yang mengukur secara obyektif dan diterima luas adalah *Glasgow Coma Scale* (GCS), yang menilai buku mata, respon verbal, dan respon motorik. Skor terrendah adalah 3, yang mengidikasikan tidak responsifnya klien secara total ; GCS normal adalah 15. Abnormalitas metabolismik, hipoksial, trauma neurologis, dan intoksikasi dapat mengganggu tingkat kesadaran.

## **E: Exposure(paparan)**

Komponen akhir *primary survey* adalah *eksposure*. Seluruh pakaian harus dibuka untuk memudahkan pengkajian menyeluruh. Pada situasi resusitasi, pakaian harus digunting untuk mencapai akses cepat kebagian tubuh. Jika penyediaan tanda bukti adalah suatu isu, barang-barang tersebut harus ditanganisесui aturan yang berlaku. Tanda bukti termasuk bagian-bagian pakaian, tempat-tempat tusukan, senjata, obat-obatan, dan peluru. Perawat gawat darurat sering kali dipanggil untuk memberikan testimonial dipanggil sehubungan dengan bukti-bukti yang mereka kumpulkan dan perawatan klien mereka di unit gawat darurat. Contoh dari tipe-tipe kasus dimana pengumpulan bukti adalah sangat vital termasuk kasus perkosaan, *child abuse*, kekerasan domestik, pembunuhan, bunuh diri, overdosis obat, dan penyiksaan.

## **D. Secondary Survey**

Setelah tim resusitasi unit gawat darurat telah melakukan penyelamatan jiwa segera, Aktivitas lain dimana perawat gawat darurat dapat mengantisipasi termasuk insersi gastrictube untuk dekomprensi saluran pencernaan untuk mencegah muntah dan aspirasi, insersi kateter urine, dan persiapan studi diagnostic seperti ultrasound, EKG, studi radiologi, dan analisa laboratorium darah. Tim resusitasi juga melakukan suatu pengkajian *head to-toe* yang lebih komprehensif, dikenal dengan *secondary survey*, untuk mengidentifikasi trauma lain atau isu medis yang memerlukan penatalaksanaan atau dapat mempengaruhi perawatan. Klien mungkin dipindah kan segera kekamar operasi atau ruangan kateter jantung secara langsung dari unit gawat darurat tergantung dari masalah medis atas trauma.

**Tabel 4.2**

### **Komponen Pengkajian Sekunder**

No	Komponen	Pertimbangan
1	Observasi umum	Observasi penampilan pasien, perhatikan postur dan posisi tubuh
		Periksa apakah pasien menggunakan pelindung atau tindakan perlindungan diri
		Tanyakan keluhan umum yang diderita pasien
		Bagaimana tingkat kesedaran pasien
		Amati perilaku pasien apakah tampak tenang/ketakutan/gelisah/kooperatif

		Kaji apakah pasien mampu meakukan tindakan sendiri atau tidak
		Kaji komunikasi verbal pasien, apakah bicara jelas/bingung/bergumam
		Apakah terdapat bau seperti bau keton/etanol/obat kimiawi lainnya
		Apakah ada tanda luka lama, luka baru, atau keduanya
2	Kepala / wajah	Periksa adanya luka/perdarahan/bentuk asimetri
		Periksa apakah ukuran dan bentuk pupil kanan-kiri sama, apakah bereaksi terhadap cahaya
		Periksa status visual pasien
		Palpasi kulit kepala yang mengalami luka
		Palpasi adanya benjolan pada tulang wajah, apakah bentuknya simetris/asimetris
		Periksa adanya pembengkakan atau perdarahan pada hidung
		Periksa adanya luka/perdarahan pada telinga
3	Leher	Periksa status hidrasi/warna mukosa/adanya perdarahan/gigi yang hilang atau edema laring/faring pada langit-langit mulut
		Periksa adanya pembengkakan pada leher, adanya perdarahan atau luka
		Periksa adanya emfisema subkutan/deviasi trachea
4	Dada	Palpasi adanya luka/jejas atau keluhan nyeri pada tulang servikal
		Periksa adanya benjolan/luka/perdarahan
		Periksa naik turunnya dinding dada, simetris atau tidak
		Periksa adanya penggunaan otot bantu pernapasan
		Palpasi adanya benjolan/emfisema subkutis pada struktur dinding dada
		Auskultasi suara napas kanan-kiri sama atau tidak adanya suara napas tambahan
5	Abdomen	Auskultasi suara jantung normal atau tidak
		Periksa adanya luka/distensi abdomen/memar/benda asing yang menancap
		Auskultasi bising usus dan gangguan aortik abnormal
		Palpasi dan bandingkan denyut di kedua sisi abdomen
		Palpasi adanya masa, regiditas, pulasasi pada abdomen
		Lakukan perkusi untuk mengidentifikasi adanya cairan/udara
		Palpasi hepar untuk menentukan ukuran dan adanya benjolan
		Tekan simfisis pubis dan iliaka pelvis, periksa adanya ketidakstabilan/nyeri

6	Leher	Periksa dan palpasi adanya benjolan/masa, luka, edema dan perdarahan
		Perhatikan adanya bekas luka, nyeri patah tulang
		Palpasi dan bandingkan denyut nadi di kedua lengan
		Catat perbedaan warna, suhu tubuh, capillary refill time (CRT), pergerakan dan sensasi
7	Punggung	Jika dicurigai terdapat luka pada punggung pasien, maka balikkan pasien dengan aralog roll
		periksa dan palpasi adanya benjolan/memas/nyeri luka
		Lakukan pemeriksaan rectal touche (RT) untuk mengidentifikasi darah/pembengkakan prostat/benjolan dan hilangnya refleks sphincter internal
8	Genitalia dan pelvis	Observasi untuk abrasi, perdarahan, hematoma, adema, atau discharge
		Berikan tekanan lembut di setiap iliac crest dengan gerakan getaran kecil.pasien fraktur velvis akan kehilangan rasa (manuver ini juga akan menyebabkan nyeri pada pasien)
		Observasi adanya distensi kandung kemih
9	Tulang belakang	Mulai tempatkan satu tangan di bawah leher pasien. Dengan lembut palvasi vetebra. Rasakan adanya deformitas , dan catat lokasinya jika terdapat respon nyeri pada pasien
		Perhatian: jangan pernah membalik pasien untuk memeriksa tulang belakang sampai trauma spinous sudah dipastikan!jika anda harus membalik pasien (misalnya luka terbuka) gunakan teknik long-roll
		Catat adanya dalam pasien ketika menpalpasi sudut costovertebral melewati ginjal
10	Ekstremitas	Cek adanya perdarahan, edema, pallor, nyeri , atau asimetris tulang atau sendi di mulai pada segmen proksimal pada ekstremitas dan palpasi pada bagian distal
		Cek pergerakan,range of motion (ROM), dan sensasi pada semua ekstremitas
		Palpasi nadi distal dan cek capillary refill pada ujung kuku.kaji warna kulit ekstremitas
		Cek refleks seperti plantar, biseps, dan patela

#### E. Penerapan Asuhan Keperawatan Gawat Darurat

Kegiatan praktik keperawatan yang di berikan pada kalian yang mengalami kondisi membahayakan kehidupan baik aktual/potensial, secara tiba-tiba dan tidak dapat diperkirakan.

## **1. Dasar-Dasar Keperawatan di Ruang Gawat Darurat**

Berikut ini adalah alasan perlunya penerapan asuhan keperawatan gawat darurat, yaitu :

a. Pasien atau keluarga

Pasien gawat darurat umumnya dalam kondisi akut atau berat, sehingga perawat harus dapat memahami rekasi yang di timbulkan, antara lain:

1) Ketakutan

Banyak hal yang dapat menimbulkan rasa takut pada pasien keluarga, misalnya takut akan kematian, pengobatan yang di berikan, akan penyakitnya, lingkungan gawat darurat, yang sibuk, banyak pasien gawat dan lain –lain. Untuk mengatasi masalah tersebut perawat harus dapat lebih empati, memiliki keterampilan yang cukup dan harus dapat meningkatkan rasa nyaman dan rasa aman pada pasien dan keluarga.

2) Tidak sabar atau marah

Datang ke instalasi gawat darurat, pasien atau keluarga menganggap kondisi harus segera di tolong dan membutuhkan perhatian yang penuh. Jika hal ini tidak terpenuhi, pasien atau keluarga akan tidak sabar atau kurang terkontrol emosinya sehingga menyebabkan kemarahan.

Perawat harus menyadari kemungkinan ini, dengan antisipasi sebagai berikut:

- Memberi penjelasan tentang kondisi pasien.
- Penanganan yang dilakukan.
- Pemekrisaan pendukung seperti CT-scan, laboratorium, radiologi, dan lain-lain,yang harus menggunakan hasil pemekrisaan.
- Penjelasan adanya pasien lain yang lebih memerlukan pertolongan segera.
- Namun langkah awal pasien harus ditangani dengan penuh perhatian dan kesinggapan.

3) Kesedihan

Kesedihan disebabkan oleh kehilangan anggota tubuh, kehilangan orang yang di cintai, adanya pendapatan pengunjung, rasa tidak di perhatikan keluaraga. Dalam hal ini tim kesehatan harus berempati

terhadap kondisi tersebut dan izinkan satu orang menunggu pasien tersebut.

b. Perawat

Bekerja di ruang gawat darurat membutuhkan penanganan cepat dan tepat, kerja yang terus menerus, jumlah pasien yang relatif banyak mobilitas, alat-alat modern dan kondisi keluarga dapat menimbulkan:

- 1) Stres yang tinggi akibat kerja perawat damtin kesehatan lainnya tidak lancar.
- 2) Rasa empati terhadap pasien menurun, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan sebagian ditunjukkan kepada masalah fisik.

## 2. Pengkajian

a. Pengkajian Umum

- 1) Kesan perawat terhadap pasien saat datang
- 2) Sakit berat, Sakit sedang, Sakit ringan
- 3) Gambar kondisi sedang di IGD

b. Pengkajian Kesadaran : AVPU

- 1) Alert/sadar lingkungan
- 2) Verbal/menjawab pertanyaan
- 3) Pain/nyeri
- 4) Unresponsive/tidak bereaksi

c. Pengkajian Primer: ABCDE

- 1) Airway (jalan nafas) dengan kontrol servikal
- 2) Breathing dan ventilasi
- 3) Circulation dengan kontrol perdarahan
- 4) Disability
- 5) Exposure control, dengan membuka pakaian pasien tetapi cegah hipotermi.

d. Sekunder

- 1) Riwayat penyakit
- 2) SAMPLE (*Sign and Symptoms, Allergy, Medication, Past medical history, last meal, event leading*)
- 3) Metode untuk mengkaji nyeri : PQRST
- 4) Pengkajian Head to toe
- 5) Psikososial

- 6) Pemeriksaan penunjang : Radiology dan scaning, Pemeriksaan laboratorium, USG dan EKG

### **3. Diagnosa keperawatan**

- a. Diagnosa keperawatan dibuat sesuai dengan urutan masalah, penyebab, dan data (problem, etiology, symptoms / PES), baik bersifat actual maupun resiko tinggi.
- b. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan besarnya ancaman terhadap kehidupan klien ataupun berdasarkan dasar/penyebab timbulnya gangguan kebutuhan klien.

Dibawah ini adalah diagnose keperawatan yang sering ditemukan pada pasien gawat darurat :

- a. Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, benda asing dalam jalan napas, adanya jalan anpas buatan, sekresi yang tertahan ( D.0149)
- b. Gangguan pertukara gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membrane alveolus-kapiler (D.0003)
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuscular, gangguan neurologis, sindrom hipoventilasi, cedera pada medulla spinalis (D.0005)
- d. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan prload, perubahan afterload ( D.0008)
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, kekurangan volume cairan, penurunan aliran arterid dan/atau vena (D.0009)
- f. Risiko gangguan sirkulasi spontan berhubungan dengan kekurangan volume cairan, hipoksia, hipertermia, asidosis, toksin, tension pneumotoraks, trombosi paru, thrombosis jantung (D.00100)
- g. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik (D. 0077)
- h. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, peningkatan permeabilitas kapiler, kegagalan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi (D.0003)

#### **4. Rencana Intervensi Keperawatan**

- a. Rencana tindakan observasi
- b. Pemantauan/monitor
- c. Tindakan mandiri keperawatan
- d. Kolaborasi.

#### **5. Implementasi Keperawatan**

Implementasi rencana keperawatan juga disebut sebagai memberikan intervensi keperawatan. Lakukan, informasikan, dan tuliskan adalah frase tindakan implementasi. Asuhan keperawatan dilakukan dengan dan untuk pasien.

#### **6. Evaluasi**

Evaluasi yang dilakukan ruang gawat darurat meliputi evaluasi tentang pelaksanaan traige, keadaan dan status kesehatan pasien, dokumentasi dilakukan setiap tindakan selesai atau selama perawatan di unit gawat darurat, dan evaluasi dengan cara subyektif, objektif, analisa, dan planning (SOAP).

#### **7. Dokumentasi**

Pendokumentasian catatan asuhan keperawatan dengan pernyataan yaitu mencantumkan paraf/nama jelas perawat yang melakukan tindakan serta tanggal dan jam pelaksanaan tindakan.

### **F. Latihan**

1. Seorang anak perempuan berusia tujuh tahun dibawa ibunya ke instalasi gawat darurat RS X dengan keluhan tidak mau makan, mata cekung, kepala pusing, dan mencret lebih 8 kali dalam sehari, dari hasil pengkajian didapatkan mata cekung, bibir kering, turgor kulit jelek, klien mengalami dehidrasi sedang.

Apa masalah utama pada kasus tersebut?

- A. Hipovolemia
- B. Deficit nutrisi
- C. Diare
- D. Resiko hipovolemia
- E. Resiko ketidakseimbangan cairan

2. Seorang laki-laki 60 tahun dibawa ke RS dengan keadaan mengalami sesak nafas, bunyi nafas mengi, klien tampak susah bernafas, terlihat adanya cuping hidung, pergerakan dinding dada tidak simetris pada dada kiri, hasil perkusi sonor, Respirasi Rate 34 kali permenit, nadi 98 kali permenit, tekanan darah 120/90 Mmhg, GCS 14.

Dari hasil pengkajian prioritas masalah pasien pada?

- A. airway dan breathing
- B. airway dan breathing
- C. airway
- D. breathing
- E. cirkulasi

3. Seorang laki-laki 50 tahun mengalami kecelakaan kendaraan bermotor tampak tidak menggunakan helm, didapatkan keadaan pasien luka lecet pada pipi sebelah kanan, tangan kanan tampak ada perubahan bentuk dicurigai terjadi fraktur, pasien mengeluh nyeri pada tangan, GCS 14, Nadi 120 kali permenit.

Dari hasil pengkajian prioritas masalah pasien yang perlu dibantu adalah?

- A. Airway
- B. Breathing
- C. Cirkulasi
- D. Disability
- E. Eksposure

4. Seorang perempuan 49 tahun dating kerumah sakit diantar keluarga dengan keadaan sesak nafas, bunyi nafas wheezing, tampak adanya cuping hidung, RR 32 kali permenit, Nadi 100 kali permenit, nadi teraba lemah, tekanan darah 140/80 mmhg, sadar penuh, GCS 15.

Dari data diatas yang menunjukkan hasil pengkajian cirkulasi adalah?

- A. Bunyi nafas wheezing
- B. Tampak adanya cuping hidung
- C. RR 32 kali permnit
- D. Nadi 100 kali permenit
- E. GCS 15

Kunci jawaban:

1. C
2. D
3. C
4. C

## G. Rangkuman Materi

Proses asuhan keperawatan dimulai dari survey primer dan sekunder. Survey primer mengatur pendekatan ke klien sehingga ancaman kehidupan segera dapat secara cepat diidentifikasi dan tertanggulangi dengan efektif. Primary survey berdasarkan standar "ABC" mnemonic dengan "D" & "E" ditambahkan untuk klien trauma: airway/spinal servikal (A:jalan nafas), breathing (B:pernafasan) circulation (C:sirkulasi), disability (D:ketidakmampuan), dan exposure (E:paparan).

Survei sekunder atau secondary survey adalah pemeriksaan menyeluruh yang dilakukan setelah survei primer dan stabilisasi awal selesai dalam kondisi gawat darurat. Tujuannya untuk mengidentifikasi potensi cedera pada pasien.

## H. Glosarium

AVPU	: Alert, Verbal, Pain, Unresponsive
CT-Scan	: Computerized Tomography Scan
EKG	: Elektrokardiografi
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
USG	: Ultrasonografi
PQRST	: Pain, Quality, Region, Sign, Time

## **I. Daftar Pustaka**

- Aksara, S. A.-M. (2019). Penyusunan Model - Model Implementasi Keperawatan Gawat Darurat Kebijakan Publik Jakarta : Bumi Aksara. Solichin Abdul Wahab, 1-7.
- Asmadi. (2018). Asmadi. (2018). Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat Standar Asuhan Keperawatan, Jakarta. Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat Standar Asuhan Keperawatan, Jakarta.
- Bazmul, M. F. (2018). Kegawatdaruratan Pasien Berdasarkan Start Triage Scale di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2018 sampai Juli 2018. Kegawatdaruratan Pasien Berdasarkan Start Triage Scale di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2018 sampai Juli 2018, 1.
- Haryanto. (2020). Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta Salemba Medika., 1-7.
- Hutabarat R.Y, & P. (2020). Hutabarat R.Y, & Putra C.S. (2016). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dalam Pertolongan Pertama Gawat DaruratJurnal Keperawatan Suaka . Hutabarat R.Y, & Putra C.S. (2016). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dalam Pertolongan Pertama Gawat Darurat Jurnal Keperawatan Suaka , 1-6.
- Kartikawati, D. 2. (2019). Kartikawati, Dewi. 2019. Buku Ajar Dasar-dasar Keperawatan Gawat Jakarta: Salemba Medika. Buku Ajar Dasar-dasar Keperawatan Gawat, 1-8.
- Nursalam. (2019). Proses dan Dokumentasi Keperawatan Gawat Darurat: Konsep dan Praktik. Nursalam, 1-9.
- Subarsono. (2019). Subarsono. (2019). Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori, Keperawatan gawat darurat. Yogyakarta: Pustaka Belajar. Subarsono. (Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori, Keperawatan gawat darurat. Yogyakarta: Pustaka Belajar., 1-9.
- Sukmawijaya, I. M. (2019). Proses Keperawatan Kegawat Daruratan Serta Perawat Melaksanakan Pengkajian Keperawatan Kegawat Daruratan Kediri Universitas Brawijaya.

# BAB 5

## FUNGSI ADVOKASI DAN KOMUNIKASI PADA KASUS KEGAWATAN, KEDARURATAN

### Pendahuluan

Dalam pelaksanaan tindakan pada klien dengan gawat darurat perawat perlu melakukan komunikasi terapeutik dengan baik dan sopan pada klien serta harus dengan jujur, dapat memberikan gambaran situasi yang sesunguhnya sedang terjadi dengan tidak menambahkan kecemasan dan kehawatiran yang membuat Pasien dan keluarga tambah gelisah, seharusnya yang dilakukan perawat adalah dapat mensuppor baik secara verbal maupun non verbal.

Dalam pelayanan keperawatan komunikasi yang baik menjadi keterampilan yang sangat penting yang harus dimiliki oleh setiap perawat, terutama saat berinteraksi dengan pasien dan keluarga pasien. Meskipun komunikasi begitu penting, masih banyak yang menganggap bahwa komunikasi adalah sesuatu yang mudah. Padahal jika komunikasi kita tidak bagus maka akan berdampak terhadap Tingkat kepuasan pasien terhadapa pelayanan yang diberikan.

Perawat yang bekerja di unit Pelayanan Kegawatdaruratan adalah perawat yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan yang diperoleh melalui pelatihan kegawatdaruratan terstandar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, karena pelayanan kepada pasien Gawat Darurat sudah diatur dalam Permenkes RI Nomor 47 Tahun 2018. Sehingga dengan adanya buku ini diharapkan perawat mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan dengan baik sesuai dengan fungsinya dan aturan yang ada.

### Tujuan Instruksional:

Mahasiswa dapat memahami dengan baik tentang Fungsi Advokasi dan Komunikasi Pada pasien dalam keadaan Kegawat Daruratan.

**Capaian Pembelajaran:**

Didalam setelah membaca buku ini diharapakan mahasiswa mampu :

1. Mengetahui fungsi advokasi perawat gawat darurat
2. Mengetahui Landasan Tentang Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat.
3. Mengetahui bagaimana komunikasi dalam keperawatan gawat darurat

### **A. Fungsi Advokasi**

Pelayanan Keperawatan gawat darurat merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat menetapkan diagnosis keperawatan, dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk atau dilakukan tindakan definitif di semua level rumah sakit (Standar pelayanan gawat darurat Direktorat Jenderal Kesehatan RI tahun 2011).

Perawat profesional yang bertugas di Unit Gawat Darurat/Instalasi Gawat Darurat harus memahami mutu pelayanan gawat darurat secara umum baik komptensi petugas, fasilitas yang sesuai standar dan kebijakan kebijakan harus berorientasi pada keselamatan pasien dari pelayanan yang tidak bermutu.

Ruang lingkup keperawatan gawat darurat meliputi pelayanan keperawatan yang ditujukan kepada pasien gawat darurat yang tiba tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya/anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secara cepat dan tepat. (Keperawatan Gawat Darurat, Musliha, Ners Slep, Hal: 37).

Kondisi penanganan klien gawat dan darurat seringkali membuat klien, keluarga rasa cemas, takut akan kematian, kebingungan, depresi, ketidakberdayaan akan situasi yang tidak menentu akan keselamatan klien/korban. Kondisi kegawatdaruratan yang tidak terprediksi mampu membuat kegelisahan, ketakutan, stress seorang petugas kesehatan, di mana penyebaran infeksi mengancam nyawa korban, petugas kesehatan, lingkungan termasuk keluarga yang sehat (Kurniati et al., 2018; Khamida & Mastiah, 2018).

Definisi fungsi adalah suatu pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat juga berubah sesuai dengan keadaan yang ada, di dalam menjalankan perannya, seorang perawat akan melaksanakan fungsi diantaranya yaitu :

#### **1. Fungsi independen**

Tindakan keperawatan yang bersifat mandiri, berdasarkan kepada ilmu keperawatan yang dimilikinya. Oleh karena itu, sebagai perawat kegawat

daruratan bertanggung jawab terhadap akibat yang timbul dari tindakan yang dilakukan.

2. Fungsi dependen

Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan dokter, seperti pemasangan infus, pemberian obat, dan melakukan suntikan

3. Fungsi interdependen

Tindakan perawat berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan. Perawat berkolaborasi mengupayakan kesembuhan pasien bersama tenaga kesehatan lainnya. Perawat bertanggung jawab lain terhadap kegagalan pelayanan kesehatan terutama untuk bidang keperawatannya.

Maka dalam hal ini disaat perawat berperan sebagai Advokat maka Perawat memiliki fungsi sebagai penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan klien, membela kepentingan klien dan membantu klien memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun professional

## B. Landasan Hukum Fungsi Perawat

Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan. Keperawatan sekarang memiliki Undang-undang tersendiri.

Legalitas praktik keperawatan gawat darurat salah satunya dituangkan dalam UU No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan, pasal 35 yang menyatakan seorang perawat dalam kondisi kegawatdaruratan diperbolehkan untuk memberikan tindakan medis dan obat sesuai dengan kompetensinya, di mana tindakan tersebut bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan dari seseorang.

Undang-undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan bahwa :

1. Gawat Darurat adalah keadaan klinis Pasien yang membutuhkan tindakan medis dan/ atau psikologis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kedisabilitasan.
2. Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif.
3. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
4. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.
5. Pasien adalah setiap orang yang memperoleh Pelayanan Kesehatan dari Tenaga Medis dan/ atau Tenaga Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan.
2. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.
3. Pasien Gawat Darurat yang selanjutnya disebut Pasien adalah orang yang berada dalamancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera.

Seorang perawat dalam memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan pada pasien ada beberapa hal pasien tersebut mendapatkan tindakan Gawat darurat yaitu pasien harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan yang diatur dalam Permenkes No. 47 Tahun 2018 yaitu :

1. Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan;
2. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;

3. Adanya penurunan kesadaran;
4. Adanya gangguan hemodinamik; dan/atau
5. Memerlukan tindakan segera

Pelayanan Kegawatdaruratan di Rumah Sakit harus mempunyai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan juga perawat. Kompetensi klinis dokter yang bekerja di Pelayanan Kegawatdaruratan disesuaikan dengan kompetensi dokter berdasarkan jenjang pendidikannya. Kewenangan klinis dokter yang bekerja disesuaikan dengan ketentuan Rumah Sakit yang ditetapkan dalam keputusan Direktur/Kepala Rumah Sakit. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), Perawat dan Tenaga Kesehatan lainnya dalam memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan meliputi:

1. Dokter terlatih yaitu dokter umum yang memiliki kompetensi untuk melakukan pelayanan kegawatdaruratan.
2. Dokter Spesialis adalah dokter spesialis-subspesialis disiplin ilmu tertentu yang memiliki kompetensi melalui pelatihan kegawatdaruratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Dokter Spesialis Kedokteran Emergensi (Emergency Medicine), yaitu dokter yang sudah menjalani program pendidikan dokter spesialis emergensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Perawat yang bekerja di unit Pelayanan Kegawatdaruratan adalah perawat yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan yang diperoleh melalui pelatihan kegawatdaruratan terstandar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
5. Tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan Kebutuhan jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan lainnya disesuaikan dengan kebutuhan Pelayanan Kegawatdaruratan dan tingkat kemampuan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

## C. Komunikasi dalam Keperawatan Gawat Darurat

### 1. Pengertian Komunikasi Terapeutik Kegawatdaruratan

Komunikasi adalah bagian penting dalam hubungan antar manusia Dimana komunikasi menjadi pondasi penting untuk mencapai pemenuhan berbagai kebutuhan khususnya dalam pelayanan keperawatan kegawat daruratan, komunikasi menjadi keterampilan yang sangat penting yang harus dimiliki oleh setiap perawat, terutama saat berinteraksi dengan pasien dan keluarga pasien karena yang dihadapi adalah bukan hanya

pasien dalam keadaan gawat akan tetapi juga keluarga pasien dimana memiliki tingkat cemas dan stress tinggi.

Kamus Merriam Webster mendefinisikan komunikasi sebagai sebuah proses pertukaran informasi antar individu lewat sistem simbol, tanda, atau perilaku. Meskipun komunikasi begitu penting, masih banyak yang menganggap bahwa komunikasi adalah sesuatu yang mudah. Seolah-olah ketika sudah berbicara, maka ia sudah berkomunikasi. Padahal faktanya tidak selalu demikian. Tidak selalu apa yang disampaikan, akan dapat didengar dan dipahami oleh yang mendengar. Oleh sebab itu, sebelum jauh mendalami dan mempraktikkan komunikasi dalam ruang lingkup keperawatan, penting memahami konsep dasar mengenai komunikasi.

Menurut Marpaung 2022 dalam buku Komunikasi dalam Keperawatan diuraikan penjelasan dari setiap unsur pembentuk proses komunikasi yaitu sebagai berikut :

a. Sumber Pesan

Sumber pesan adalah yang memulai proses komunikasi. Sumber pesan disebut juga pengirim pesan atau komunikator. Untuk mendukung pengiriman pesan yang baik, maka komunikator perlu memahami terlebih dahulu dengan jelas apa yang ingin disampaikan sebelum proses komunikasi dimulai. Komunikator juga perlu memahami dengan jelas mengapa ingin menyampaikan hal tersebut dan apa tujuan komunikasi yang ingin dicapainya. Apabila ketiga syarat ini tidak terpenuhi maka proses komunikasi dapat gagal.

b. Pesan

Secara sederhana, pesan adalah informasi yang ingin disampaikan. Agar tujuan dari komunikasi dapat diraih maka pesan perlu dipersiapkan dengan baik. Bila komunikator belum dapat menyimpulkan tujuan komunikasi dan menyimpulkan dengan tepat informasi apa yang ingin dibagikan, maka ada kemungkinan besar belum siap memulai proses komunikasi.

c. Terdapat beragam jenis pesan. Pesan dapat berupa pesan yang informatif yang bertujuan untuk memperluas kesadaran dan menambah pengetahuan, bersifat instruksional yang bertujuan memberikan perintah, memaksa, dan mendorong seseorang mengambil sikap atau melakukan tindakan, dan pesan juga dapat bersifat persuasif di mana pesan dipersonalisasi sedemikian rupa

yang bertujuan agar seseorang dengan sukarela atau lewat keputusan sendiri mengambil sikap atau melakukan tindakan tertentu.

d. Pengiriman pesan (encoding)

Proses pengiriman pesan atau yang dikenal dengan istilah encoding adalah proses pembagian pesan atau pengubahan pesan ke komunikasi yang aktual. Di dalam proses ini, pesan diubah menjadi sesuatu yang masuk akal bagi kita dan mampu kita jabarkan dalam kata-kata. Untuk menunjang tahap ini, komunikator perlu memutuskan seperti apa sistematika pesan yang perlu dibagikan kepada penerima pesan dan memastikan agar dirinya sendiri tidak menjadikan pesan menjadi ambigu atau salah dimaknai. Komunikator juga perlu perlu memandang konteks dalam hal ini. Misalnya, perbedaan budaya diantara komunikator dan penerima pesan

e. Media

Dalam sebutan lain media sering pula disebut dengan istilah channel atau saluran atau pengantara. Seperti saluran, media merupakan beragam metode yang dapat digunakan untuk menyampaikan pesan. Tipe-tipe saluran komunikasi antara lain tatap muka secara langsung, elektronik (telepon, video conferences, email, sosial media), tulisan (memo, surat, poster, dan lain-lain).

f. Penerimaan pesan (decoding)

Penerimaan pesan dikenal pula dengan istilah decoding. Pada tahap ini, pesan yang disampaikan oleh komunikator ada dalam proses penerimaan oleh si penerima pesan atau komunikasi. Penerimaan pesan yang baik akan menjadikan proses komunikasi berlangsung optimal.

g. Penerima pesan

Penerima pesan atau komunikasi adalah pihak yang menerima pesan. Pada proses komunikasi yang bersifat transaksional dimana komunikasi berjalan saling tukar-menukar dan terus-menerus, penerima pesan dapat berperan menjadi pengirim pesan, dan sebaliknya. Perlu diketahui, penerima pesan tidak selalu dapat menerima pesan sesuai dengan apa yang komunikator harapkan.

h. Umpan balik

Bagaimana menentukan sukses tidaknya proses komunikasi? Sukses atau tidaknya dapat dilihat lewat pemberian umpan balik. Umpan balik dapat dilihat dari beragam cara antara lain respon langsung komunikasi berupa balasan langsung, aspek non-verbal seperti mengangguk, menggelengkan kepala, dan lain-lain atau dari jawaban pertanyaan saat kita melakukan evaluasi untuk mengonfirmasi.

i. Konteks

Seperti yang telah diulas pada bagian sebelumnya, konteks adalah situasi dimana sumber dan penerima pesan sedang berkomunikasi. Konteks termasuk lingkungan fisik, lingkungan sosial budaya, dan aspek waktu dimana komunikasi berlangsung. Lingkungan fisik yang dapat mempengaruhi proses komunikasi adalah intensitas atau arah cahaya, frekuensi bising, tingkat keramaian, temperatur, bau, kebersihan lokasi, apakah komunikasi berlangsung dalam ruangan tertutup atau terbuka, dan seberapa jauh tata letak ruangan dapat dimodifikasi. Adapun lingkungan sosial antara lain kebiasaan di dalam masyarakat, power dan kedekatan relasi antara individu yang terlibat dalam komunikasi, kehadiran key person atau significant other pada saat komunikasi berlangsung, serta label, stereotipe, dan aturan yang melekat pada area dimana komunikasi berlangsung. Aspek waktu juga dapat beririsan dengan faktor sosial. Misalnya, kemunculan fenomena di masyarakat yang menjadi hangat diperbincangkan dan pemahaman setempat memaknai waktu beristirahat atau beraktivitas akan mempengaruhi kualitas komunikasi.

## 2. Tujuan Komunikasi Dalam Keadaan Gawat Darurat

Adapun tujuan dari komunikasi terapeutik dalam keadaan gawat darurat adalah :

- a. Untuk mendorong dan menganjurkan kerjasama antar perawat dan klien melalui hubungan perawat dan klien. Perawat berusaha mengungkap perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan.

- b. Menciptakan kepercayaan antara perawat dengan klien yang mengalami kondisi kritis atau gawat darurat dalam melaksanakan tindakan, sehingga klien cepat tertolong dan tidak terjadi hal yang fatal.

### **3. Efek Komunikasi**

Komunikasi yang berhasil adalah komunikasi yang menimbulkan efek. Terdapat tiga bagian dimana komunikasi dapat memberikan pengaruhnya pada individu yang terlibat, yakni pada aspek kognitif, afektif, atau psikomotorik. Kognitif artinya komunikasi memungkinkan perolehan pengetahuan, mengembangkan kemampuan analisis, sintesis, dan evaluasi. Pada unsur afektifnya, komunikasi dapat menjadi alat mengubah sikap, keyakinan, dan perasaan seseorang mengenai suatu isu. Dalam kaitan dengan psikomotorik, komunikasi juga dapat menimbulkan aksi dan perubahan perilaku seseorang.

Dengan kemampuan komunikasi yang dapat menghasilkan efek yang holistik pada aspek-aspek perilaku seseorang, komunikasi menjadi bagian yang sentral dalam pelayanan perawatan yang diberikan pada pasien. Penerapan layanan keperawatan yang berhasil menunjukkan keberadaan komunikasi yang berhasil

### **4. Prinsip Komunikasi Terapeutik Dalam Keadaan Gawat Darurat**

Seorang perawat mesti menciptakan lingkungan terapeutik dengan menunjukkan perilaku dan sikap seperti dibawah ini :

- a. Caring (sikap pengasuhan yang ditunjukan peduli dan selalu ingin memberikan bantuan).
- b. Acceptance (menerima pasien apa adanya)
- c. Respect (hormatati keyakinan pasien apa adanya)
- d. Empaty (merasakan perasaan pasien)
- e. Trust (memberi kepercayaan)
- f. Integrity (berpegang pd prinsip profesional yang kokoh)
- g. Identifikasi bantuan yang diperlukan
- h. Terapkan teknik komunikasi: terfokus, bertanya, dan validasi
- i. Bahasa yang mudah dimengerti
- j. Pastikan hubungan profesional dimengerti oleh pasien/keluarga

- k. Motivasi dan hargai pendapat & respon klien
- l. Hindari: menyalahkan, memojokkan, dan memberikan sebutan yang negatif.

## 5. Teknik Komunikasi Terapeutik Dalam Keadaan Gawat Darurat

### a. Mendengarkan

Perawat harus berusaha untuk mendengarkan informasi yang disampaikan oleh klien dengan penuh empati dan perhatian. Ini dapat ditunjukkan dengan memandang kearah klien selama berbicara, menjaga kontak pandang yang menunjukkan keingintahuan, dan menganggukkan kepala pada saat berbicara tentang hal yang dirasakan penting atau memerlukan umpan balik. Teknik dimaksudkan untuk memberikan rasa aman kepada klien dalam mengungkapkan perasaan dan menjaga kestabilan emosi klien.

### b. Menunjukkan penerimaan

Menerima bukan berarti menyetujui, melainkan bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan sikap ragu atau penolakan. Dalam hal ini sebaiknya perawat tidak menunjukkan ekspresi wajah yang menunjukkan ketidaksetujuan atau penolakan. Selama klien berbicara sebaiknya perawat tidak menyela atau membantah. Untuk menunjukkan sikap penerimaan sebaiknya perawat menganggukkan kepala dalam merespon pembicaraan klien.

### c. Mengulang Pernyataan Klien

Dengan mengulang pernyataan klien, perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya mendapat respond dan berharap komunikasi dapat berlanjut. Mengulang pokok pikiran klien menunjukkan indikasi bahwa perawat mengikuti pembicaraan klien.

### d. Klarifikasi

Apabila terjadi kesalahpahaman, perawat perlu mengehentikan pembicaraan untuk meminta penjelasan dengan menyamakan pengertian. Ini berkaitan dengan pentingnya informasi dalam memberikan pelayanan keperawatan. Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi

e. Menyampaikan Hasil Pengamatan

Perawat perlu menyampaikan hasil pengamatan terhadap klien untuk mengetahui bahwa pesan dapat tersampaikan dengan baik. Perawat menjelaskan kesan yang didapat dari isyarat nonverbal yang dilakukan oleh klien. Dengan demikian akan menjadikan klien berkomunikasi dengan lebih baik dan terfokus pada permasalahan yang sedang dibicarakan.

Dalam melaksanakan tindakan dengan klien yang mengalami gawat darurat maka perawat perlu melakukan komunikasi dengan baik, sabar pada klien dan harus dengan jujur dalam memberikan gambaran situasi yang sesunguhnya sedang terjadi dengan tidak menambahkan kecemasan dan memberikan suport verbal maupun non verbal . Klien dapat merasakan puas ataupun tidak puas apabila klien sudah mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan petugas di IGD, baik yang bersifat fisik, kenyamanan dan keamanan serta komunikasi terapeutik yang baik

#### **D. Latihan**

1. Apa yang dimaksud dengan Gawat Darurat menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan?
  - A. Kondisi klinis yang memerlukan tindakan medis cepat
  - B. Situasi yang membutuhkan evakuasi segera dari rumah sakit
  - C. Keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kedisabilitasan
  - D. Kondisi pasien yang memerlukan perawatan jangka panjang
  - E. Keadaan pasien yang membutuhkan perawatan intensif
2. Apa yang dimaksud dengan fungsi interdependen perawat dalam pelayanan kegawatdaruratan?
  - A. Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan
  - B. Perawat bertindak sebagai penghubung antara klien dan tim
  - C. Perawat memberikan tindakan medis tanpa izin dokter
  - D. Tindakan keperawatan yang bersifat
  - E. Perawat berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya untuk mengupayakan kesembuhan pasien

3. Apa tujuan utama perawat dalam menjalin hubungan dengan klien?
- A. Melakukan pemeriksaan rutin
  - B. Menyusun rencana diet klien
  - C. Memberikan obat-obatan terbaru
  - D. Mengatur jadwal perawatan klien
  - E. Mendorong kerjasama dan evaluasi Tindakan Perawatan
4. Apa yang dimaksud dengan "Acceptance" dalam prinsip komunikasi terapeutik pada keadaan gawat darurat?
- A. Menunjukkan sikap peduli
  - B. Memberikan kepercayaan pasien
  - C. Menerima pasien apa adanya, tanpa menilai atau mengubah kondisi pasien
  - D. Merasakan perasaan pasien
  - E. Menghormati keyakinan pasien
5. Seorang perawat mesti berpegang pada prinsip profesional yang kokoh disebut juga dengan?
- A. Integrity
  - B. Acceptance
  - C. Respect
  - D. Empathy
  - E. Trust
6. Manakah yang bukan termasuk unsur pembentuk proses komunikasi dibawah ini
- A. Sumber Pesan
  - B. Pengiriman pesan
  - C. Berbicara
  - D. Media
  - E. Penerima pesan
7. Manakah yang tidak termasuk Kriteria kegawatdaruratan yang diatur dalam Permenkes RI No. 47 Tahun 2018?
- A. Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan;

- B. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
- C. Adanya penurunan kesadaran;
- D. Adanya luka lecet dikaki Adanya gangguan hemodinamik

Kunci Jawaban:

- 1. C
- 2. E
- 3. E
- 4. C
- 5. A
- 6. C
- 7. D

## E. Rangkuman Materi

Fungsi advokasi dalam pelayanan keperawatan gawat darurat adalah memberikan pertolongan pertama, menetapkan diagnosis keperawatan, dan menyelamatkan jiwa pasien sebelum dirujuk atau ditangani di rumah sakit. Perawat di unit gawat darurat harus memahami standar mutu pelayanan dan berorientasi pada keselamatan pasien. Mereka harus memiliki kompetensi kegawatdaruratan melalui pelatihan sesuai regulasi. Perawat di gawat darurat memberikan pelayanan kepada pasien yang tiba-tiba berada dalam kondisi gawat, mengatasi kesulitan emosional pasien dan keluarga, serta bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya untuk kesembuhan pasien. Sebagai advokat, perawat berperan sebagai penghubung antara klien dan tim kesehatan, membela kepentingan klien, serta membantu klien memahami informasi kesehatan dengan pendekatan profesional.

Peran perawat dalam Pelayanan Kesehatan adalah sangat penting dan diatur oleh UU RI No. 38 tahun 2014. Menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023, Gawat Darurat adalah kondisi klinis yang memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. Selain itu, Pelayanan Kesehatan merupakan serangkaian kegiatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Dalam memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan, pasien harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018. Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan harus memiliki Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dan perawat yang

memiliki kompetensi kegawatdaruratan. Kompetensi klinis dokter dan perawat harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hal ini penting untuk memastikan pelayanan medis yang tepat dan berkualitas bagi pasien Gawat Darurat.

Komunikasi terapeutik dalam keadaan darurat adalah kemampuan yang sangat penting untuk dimiliki oleh perawat dalam pelayanan kegawatdaruratan. Komunikasi menjadi landasan yang harus kuat dalam menyampaikan informasi dengan jelas dan efektif kepada pasien dan keluarganya, terutama dalam situasi yang penuh dengan kecemasan dan stres.

Dalam proses komunikasi, terdapat beberapa unsur yang perlu dipahami, seperti sumber pesan, pesan, pengiriman pesan, media, penerimaan pesan, penerima pesan, umpan balik, dan konteks. Setiap elemen ini harus berjalan dengan baik agar pesan dapat disampaikan dan diterima dengan baik.

Efek dari komunikasi yang berhasil dapat dirasakan pada aspek kognitif, afektif, dan psikomotorik individu yang terlibat. Tujuan dari komunikasi terapeutik dalam keadaan darurat antara lain untuk menciptakan kerjasama antara perawat dan pasien, menciptakan kepercayaan, dan memberikan bantuan yang cepat dan efektif.

Prinsip komunikasi terapeutik dalam keadaan darurat meliputi sikap caring, acceptance, respect, empathy, trust, integrity, identifikasi bantuan, penerapan teknik komunikasi, penggunaan bahasa yang mudah dimengerti, dan motivasi serta penghargaan terhadap pendapat dan respon pasien. Beberapa teknik komunikasi terapeutik yang bisa digunakan dalam keadaan darurat antara lain mendengarkan dengan seksama, menunjukkan penerimaan, mengulang pernyataan klien, klarifikasi, dan menyampaikan hasil pengamatan. Dengan menerapkan teknik dan prinsip komunikasi terapeutik dengan baik, diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan kegawatdaruratan yang lebih efektif dan berdampak positif pada pasien dan keluarganya.

## **F. Glosarium**

UU RI	: Undang-undang Republik Indonesia
Permenkes RI	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
IGD	: Instalasi Gawat Darurat

## **G. Daftar Pustaka**

- Arfira, A. dkk (2021). Makalah Fungsi Advokasi dan Komunikasi Kegawat daruratan. Stikes Flora Medan.
- Jainurakhma, J. dkk(2022). Konsep dan Sistem Keperawatan Gawat Darurat. Edisi November 2022. Yayasan Kita Menulis,
- Khamida, K., & Mastiah, M. (2018). Kinerja Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Berpengaruh Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap. Journal of Health Sciences, 8(2), 154–161.  
<https://doi.org/10.33086/jhs.v8i2.198>
- Kurniati, A. et al. (2018). Keperawatan Gawat Daruat dan Bencana Sheehy, Edisi Indonesia 1. Singapore: Elsevier.
- Musliha & Fatimah (2009). Komunikasi Keperawatan Plus materi komunikasi terapeutik. Edisi 1 Juli 2009. Yogyakarta. Nuha Medika
- Permenkes Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan

# BAB 6

## INTERVENSI KOLABORASI DAN MANDIRI (MEDIKAL, FARMAKOLOGI, DAN DIET)

### Pendahuluan

Tahap setelah perawat menetapkan diagnosis keperawatan adalah merencanakan tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu pasien beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat kesehatan yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan. Dalam penyusunan rencana intervensi, perawat merencanakan tindakan sesuai dengan dasar dasar tertentu dan melakukan pembagian intervensi berdasarkan kompetensi masing masing disiplin ilmu. Pembagian intervensi merupakan bentuk kolaborasi perawat dalam menangani masalah pasien dengan lebih memprioritaskan intervensi masalah fisik. Upaya mempertahankan hidup dengan mengatasi masalah fisik merupakan prinsip utama yang dipakai pada kondisi gawat darurat (Febriana, 2017; Wulandari, 2022).

Buku ini diharapkan dapat digunakan oleh mahasiswa keperawatan dari beberapa jenjang, baik diploma III keperawatan, sarjana keperawatan dan profesi ners. Bab ini membahas tentang intervensi mandiri perawat dan intervensi kolaborasi syok hipovolemik, hiperglikemik, sepsis, kegawatdaruratan trauma, dan kegawatdaruratan nontrauma. Pada Bab ini dirancang untuk membantu belajar bagi pembaca melalui teks, tulisan, gambar, dan latihan atau dengan memanfaatkan sumber daya tambahan.

### Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

#### Tujuan Instruksional:

"Memahami konsep intervensi kolaborasi dan mandiri."

**Capaian Pembelajaran:**

"Mampu menjelaskan konsep intervensi kolaborasi dan mandiri (medical, farmakologi, diet) pada pasien syok hipovolemik, hiperglikemik, sepsis,

## **Uraian Materi**

Jenis rencana keperawatan meliputi : intervensi mandiri perawat dan intervensi kolaborasi. Intervensi mandiri perawat merupakan rencana/respon perawat yang ditetapkan untuk pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan (meminimalisir, memperbaiki, dan mencegah permasalahan yang terjadi pada pasien yang terlepas dari obat dan tidak membutuhkan instruksi dokter atau profesi lainnya. Intervensi mandiri berasal dari ilmu, kiat, dan seni di proses pelaksanaan keperawatan, seperti memonitor tetesan infus dan pendidikan kesehatan.

Sedangkan intervensi kolaborasi adalah terapi yang membutuhkan pengetahuan, ketrampilan, dan keahlian dari berbagai profesional perawatan kesehatan. Perencanaan tindakan ini menyesuaikan dengan permasalahan yang terjadi pada klien. Tindakan ini merupakan mandat karena bersifat sebuah rencana tindakan keperawatan kepada klien. Secara peran, tugas sekaligus kewenangan saat melakukan tindakan keperawatan, namun kewenangan membuat instruksi, sekaligus pertanggungjawaban berada pada pemberi instruksi. Saat menjalankan tugas sebagai kolaboratif, sedapat mungkin mampu melindungi pasien dari kemungkinan tindakan yang merugikan, salah satunya berhubungan dengan pemberian obat dalam kondisi kegawatan fisik. Pemberian instruksi harus disampaikan dengan sangat jelas untuk meminimalkan kesalahan saat proses pelaksanaannya (Wulandari, 2022; Cahya, dkk, 2023; Umar, ernawati, dkk, 2024).

### **A. Syok Hipovolemik**

Syok hipovolemik merupakan kondisi penurunan volume darah intravaskuler (biasanya lebih besar dari 25% volume intravaskular) yang menyebabkan hipoperfusi jaringan yang ekstrim, disfungsi sirkulasi dan perfusi jaringan tidak adekuat yang disebabkan kehilangan darah, plasma, atau cairan tubuh. Syok hipovolemik dapat disebabkan oleh perdarahan eksternal dan elektrolit karena trauma, perdarahan gastrointestinal, muntah, dan diare), perpindahan cairan dari pembuluh darah ke jaringan atau akibat dehidrasi (Nurhayati, 2023).

Manajemen syok hipovolemik dengan mengidentifikasi dan mengelola ketidakmampuan tubuh menyediakan oksigen dan nutrien untuk mencukupi

kebutuhan jaringan akibat kehilangan cairan dan darah berlebih. Penatalaksanaannya tergantung tingkat keparahan gejala, sehingga perlu dilakukan intervensi mandiri perawat :

1. Pengkajian kepatenan jalan nafas (dengan penatalaksanaan medis: manajemen airway dengan intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanis jika diperlukan, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 94%), Monitor status kardiopulmonal (frekuensi pernafasan, nadi, TD, MAP), monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD). Periksa Tingkat kesadaran dan respon pupil
2. Pemantauan intake dan output cairan, turgor kulit, CRT, tanda dan gejala ketidakseimbangan elektrolit, dan status hemodinamik secara berkala. Cegah hiponatremia dengan selimut hangat
3. Koreksi dan control masalah dasar dengan mengidentifikasi penyebab kehilangan darah. Kontrol perdarahan dengan balut tekan. Posisikan pasien dengan *Passive Leg Raising (PLR)* dengan mengangkat tungkai bawah pasien secara pasif dengan sudut 45 selama beberapa menit dan catat parameter hemodinamik. Masase uterus disarankan setelah dilakukan resusitasi cairan untuk meningkatkan kontraksi uterus.
4. Pantau pasien secara ketat komplikasi kelebihan beban kardiovaskuler, evaluasi tanda tanda kesulitan bernafas, edema paru, distensi vena jugularis, BB harian. Pasang kateter urine untuk memantau perfusi ginjal melalui pengeluaran urine., Pantau hasil laboratorium (kadar natrium, urea/nitrogen (BUN), osmolalitas, kalium dipantau secara ketat. Pantau TTV setiap 15 menit sampai 1 jam untuk pasien yang kondisinya tidak stabil, dan setiap 4 jam untuk pasien yang kondisinya stabil (Fathonah, 2023; Helman Syarif dan Tutiany, 2023; Ningsi, dkk, 2023; Nurhayati, 2023; Nurma Dewi, dkk. 2024; Hasrima dkk, 2024)

Sedangkan intervensi kolaborasi pada syok hipovolemik diantaranya :

1. Pemberian cairan yang aman dan tepat dengan rehidrasi intravena dengan infus kristaloid hangat dengan bolus 1-2liter untuk dewasa atau 20ml/kg untuk anak-anak. Voluma cairan dihitung berdasarkan berat pasien dan adanya penyulit seperti kelainan jantung, ginjal, hati, dan paru-paru yang akan menurunkan kemampuan tubuh mengeluarkan kelebihan cairan. Jenis larutan yang digunakan didasarkan pada jenis cairan yang hilang dari tubuh. Umumnya defisit volume cairan

ekstraseluler isotonik, diterapi dengan larutan isotonik, defisit volume cairan ekstraseluler hipertonik, diterapi dengan larutan hipotonik dan defisit volume cairan ekstraseluler hipotonik, diterapi dengan larutan hipertonik. Cairan intravena yang digunakan tercantum pada tabel 1.1. Pemberian cairan intravena harus dilakukan secara hati-hati. Jika defisit lebih dari 24 jam, koreksi cepat dapat menyebabkan diuresis berlebih tanpa penggantian cairan seluler yang menyebabkan hypernatremia dan memperberat dehidrasi. Gunakan *syringe pump*, untuk mengatur dan mengurangi resiko infus terlalu cepat.

## 2.

**Tabel 6.1 Larutan air dan elektronik intravena**

Larutan (Singkatan)	Kandungan	Kegunaan	Keterangan
<b>Hipotonik</b>			
Dekstrosa 5% dalam air (D5W)*	50 g dekstrosa Tidak mengandung elektrolit	Menggantikan defisit cairan tubuh total Tidak digunakan secara tunggal untuk meningkatkan volume CES* karena dapat terjadi dilusi elektrolit	Menyuplai 170 kkal/L dan air bebas Air terdistilasi tidak dapat diberikan secara IV karena akan menyebabkan hemolis SDM Dekstrosa dimetabolisme pada <i>first pass metabolism</i> (di hati), meninggalkan larutan air namun tanpa masalah hemolis
<b>Isotonik</b>			
NaCl 0,9% (larutan normal salin [NS]; NS 0,9%)	154 mEq/L Na dan Cl	Defisit CES pada klien dengan kadar Na dan Cl rendah dan alkalisitas metabolik	Tidak digunakan untuk pemberian cairan IV rutin karena mengandung lebih banyak natrium dibandingkan CES (140 mEq Na dan 103 mEq Cl) Meningkatkan volume plasma dan interstisial dan tidak memasuki sel
Larutan Ringer laktat (RL)	130 mEq/L Na 4 mEq/L K 3 mEq/L Ca 109 mEq/L Cl 28 mEq/L laktat	Defisit CES, seperti kehilangan cairan pada luka bakar dan perdarahan dan dehidrasi akibat hilangnya empedu atau diare	Secara kasar isotonik terhadap plasma namun tidak mengandung magnesium dan fosfat Laktat ekuivalen dengan bikarbonat, dan larutan dapat digunakan untuk penatalaksanaan berbagai bentuk asidosis Tidak dapat digunakan pada individu dengan alkalisitas; larutan Ringer asetat lebih baik untuk klien dengan alkalisitas
<b>Hipertonik</b>			
Larutan Ringer laktat dengan dekstrosa 5% (D5/ RL)	50 g dekstrosa 130 mEq/L Na 4 mEq/L K 3 mEq/L Ca 109 mEq/L Cl 28 mEq/L laktat	Defisit CES, seperti kehilangan cairan pada luka bakar dan perdarahan dan dehidrasi akibat hilangnya empedu atau diare Memberikan kalori dalam jumlah kecil (170 kkal)	Larutan bersifat hipertonik karena merupakan kombinasi dua larutan (D5W dan RL) Lihat keterangan lain pada larutan individual
Dekstrosa 5% dan normal salin (D5/0,9 NS)	50 g dekstrosa 154 mEq/L Na dan Cl	Defisit CES pada klien dengan kadar Na serum rendah atau Cl dan alkalisitas metabolik Sebelum dan sesudah infus produk darah Memberikan kalori dalam jumlah kecil (170 kkal)	Larutan bersifat hipertonik karena merupakan kombinasi dua larutan (D5W dan NS) Lihat keterangan lain pada larutan individual
Dekstrosa 5% dan normal salin 0,45% (D5/0,45 NS; D5/½ NS)	50 g dekstrosa 77 mEq/L Na dan Cl	Dapat diberikan sebagai cairan awal untuk hidrasi karena memberikan lebih banyak air dibanding natrium	Umum digunakan sebagai cairan rumatan ( <i>maintenance</i> )
Dekstrosa 5% dan normal salin 0,22% (D5/0,2 NS; D5/¼ NS)	50 g dekstrosa 34 mEq/L Na dan Cl	Dapat diberikan sebagai cairan awal untuk hidrasi karena memberikan lebih banyak air dibanding natrium	Umum digunakan sebagai cairan rumatan

(sumber : Helman Syarif dan Tutiani. (2023)

Koloid dapat digunakan setelah resusitasi awal untuk menjaga volume intravaskuler seperti protein (albumin) atau nonprotein (hetastrach dan destran).

3. Koreksi dan kontrol masalah dasar dengan mengidentifikasi penyebab kehilangan darah. Obat-obatan antiemetic dan antidiare diresepkan untuk mengoreksi masalah mual, muntah, dan diare. Antibiotik digunakan pada pasien dengan diare infeksiosa. Antipiretik digunakan untuk menurunkan suhu tubuh. Pasang NGT untuk mengurangi distensi lambung. Penggunaan *uterotonika* (oksitosin sebagai pilihan pertama), berperan utama dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan terkait trauma. Jika terdapat perdarahan terus menerus dan sumber perdarahan diketahui, *embolisasi arteri uterus* harus dipertimbangkan. Jika kala III berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM digunakan untuk menangani *retensio plasenta*. Jika perdarahan berlanjut meskipun penanganan *uterotonika* intervensi konservatif telah dilakukan, maka intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut
4. Kontrol perdarahan melalui pemeriksaan darah lengkap (CBC), tes tinja (untuk menemukan darah dalam tinja), kaji ada perdarahan
5. Pemberian darah yang aman. Tranfusi darah menggunakan PRC atau FFP dapat dilakukan. Penting untuk mendapatkan specimen darah yang cepat, untuk mendapatkan jumlah darah lengkap dasar, dan untuk mencocokkan darah sebagai antisipasi transfusi darah. (Fathonah, 2023; Helman Syarif dan Tutiany, 2023; Ningsi, dkk, 2023; Nurhayati, 2023; Hasrima dkk, 2024; Nurma Dewi, dkk. 2024).

## B. Hiperglikemik

Hiperglikemik merupakan kondisi kekurangan insulin atau ketidakmampuan sel untuk meresponnya yang menyebabkan tingginya kadar glukosa darah yang lebih besar dari 125 mg/dL saat puasa dan lebih besar dari 180 mg/dL 2 jam postprandial. Dimana normal glukosa darah puasa (tidak ada asupan kalori minimal 8 jam) 70-99mg/dL dan glukosa plasma 2 jam setelah TTGO (tes toleransi glukosa oral) 70-139mg/dL. Hiperglikemik meningkatkan konsentrasi cairan intravaskuler, meningkatkan tekanan osmotik dan menarik air dari sel dan jaringan menuju darah yang menyebabkan dehidrasi seluler,

kehilangan glukosa (glikosuria), elektrolit, dan air dalam urin. Meskipun asupan karbohidrat lebih banyak, tetapi tidak memenuhi kebutuhan energi sel. (Purwaningsih, dkk. 2022; Hartoyo, dkk. 2023).

Penatalaksanaan awal DM terdiri dari :

Intervensi mandiri perawat pada manajemen hiperglikemia diantaranya :

1. Identifikasi penyebab hiperglikemia
2. Identifikasi penyebab kebutuhan insulin meningkat (misal: penyakit kambuhan)
3. Monitor kadar glukosa darah. Pemantauan secara teratur, diperlukan bagi individu yang mengalami hiperglikemia, untuk memudahkan pemahaman tentang dampak pilihan makanan, aktivitas fisik, dan modifikasi aktivitas harian terhadap control glikemik
4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, dan sakit kepala)
5. Manajemen BB, penurunan BB memainkan peran penting dalam mengelola kadar gula darah, kelebihan BB juga menderita hiperglikemia. Terapi komplementer seperti penggabungan diet kaya serat atau penggunaan suplemen serat, memiliki potensi mengendalikan manajemen BB dan memodulasi insulin tubuh.
6. Monitor intake dan output cairan
7. Monitor kadar keton dalam darah dan urin, pH darah, elektrolit, dan HbA1c yang berfungsi membedakan hiperglikemik kronis yang diakibatkan diabetes tidak terkendali dan dekompensasi metabolismik yang tiba tiba pada pasien diabetes yang sebelumnya memiliki kontrol metabolismik glikemik yang baik
8. Edukasi tujuan promosi, kepatuhan hidup sehat, serta pengelolaan diabetes meliputi: pengobatan, diet, aktivitas/ Latihan fisik (mengajarkan aktivitas fisik regular untuk mempertahankan dan meningkatkan kebugaran dan Kesehatan, memperbaiki sensitivitas insulin sehingga memperbaiki kendali glukosa darah), monitor gula darah mandiri, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat dan bantuan prosesional Kesehatan.
9. Manajemen stress seperti meditasi, yoga, dan terapi bicara efektif dalam mengurangi tingkat stress dan meningkatkan regulasi gula darah.
10. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

11. Terapi komplementer mengadopsi pendekatan holistik untuk pengobatan, efektif mengurangi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap hiperglikemik, seperti stress berkepanjangan atau pola diet yang tidak optimal.
12. Akupunktur memiliki kemampuan untuk meningkatkan sensitivitas insulin dan mengelola kadar glukosa darah.
13. Tanaman herbal dan suplemen, termasuk kayu manis, pare, dan asam alfa-lipoat yang dimungkinkan efeknya dalam meningkatkan toleransi glukosa. Namun perlu hati-hati saat menggunakan pengobatan herbal, perlu mencari panduan dari [traktisi Kesehatan yang berkualifikasi (Malisa, N. 2022; Alexandra, dkk. 2023; Hartoyo, dkk. 2023; Silviani, 2023; Ifadah, dkk. 2024; Wahyudi, dkk. 2024)].

Sedangkan Intervensi kolaborasi :

1. Intervensi farmakologis pada DM terdiri dari obat hipoglikemik oral (OHO) dan insulin. Perkeni (2015) merekomendasikan penggunaan OHO jika dalam waktu 8-12 minggu kadar HbA1C gagal dipertahankan dibawah 7% dengan manajemen gaya hidup sehat meliputi pengaturan diet dan aktivitas fisik. Pemberian OHO dimulai dengan monoterapi dan dosis kecil yang ditingkatkan secara bertahap sesuai respon kadar glukosa darah hingga mencapai dosis optimal. Jika pemberian OHG tidak memberikan hasil yang memuaskan dalam 8-12 minggu, maka pengobatan dilanjutkan menggunakan dua jenis OHG. Berdasarkan cara kerjanya, OHG dibagi menjadi 4 golongan : (1) Pemicu sekresi insulin, misalnya sulfonylurea dan glinide (2) Penambah sensitivitas insuin, misal metmorfin dan tiazolidindion, (3) Penghambat gluconeogenesis, misal metformin, (4) Penghambat absorpsi glukosa misal penghambat glucosidase alfa.
2. Program pemberian insulin secara subkutan harus mencapai tiga komponen yaitu : (1) insulin basal diberikan saat menjelang waktu tidur malam dengan insulin kerja panjang atau menengah (menghambat gluconeogenesis), (2) insulin nutrisional (memfasilitasi metabolism glukosa post prandial), (3) correctional insulin (menyesuaikan dosis insulin dengan sensitivitas klien). Insulin nutrisional dan koreksional diberikan setiap menjelang makan dengan kerja singkat atau cepat.
3. Pemberian cairan IV dan pemberian kalium
4. Perencanaan program diet meliputi : pemilihan jenis makanan dan teknik pengolahan makanan, waktu penyajian, dan strategi mengkonsumsi

makanan. Perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal, jenis dan jumlah makanan, terutama pasien yang menggunakan obat penurun glukosa darah/insulin. Komposisi diet yang dianjurkan meliputi karbohidrat, protein, dan lemak. Asupan karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total kebutuhan energi dalam sehari, sama dengan non diabetes Dimana pembatasan karbohidrat total kurang dari 130 gram/hari (Malisa, N. 2022; Alexandra, dkk. 2023; Hartoyo, dkk. 2023; Ifadah, dkk. 2024; Wahyudi, dkk. 2024).

Terjadinya hiperglikemik yang parah atau tidak terkontrol dapat menimbulkan krisis hiperglikemik/syok hiperglikemik, seperti ketoasidosis diabetic pada penderita diabetes tipe 1 dan sindrom hiperglikemik hyperosmolar pada penderita diabetes tipe 2. Krisis tersebut berpotensi membahayakan nyawa seseorang dan memerlukan intervensi medis segera (Lestari, 2024). Dalam kondisi emergensi atau gangguan metabolisme berat seperti ketoasidosis, penurunan BB secara cepat, ketonuria, maka pasien harus dirujuk menuju fasilitas kesehatan tersier ataupun sekunder (Hartoyo, dkk. 2023).

Intervensi terapeutik pada kegawatdaruratan hiperglikemik (diabetik ketoasidosis dan hiperglikemik hyperosmolar)

1. Penggantian cairan

Mulai penggantian cairan sebelum sebelum memulai terapi insulin atau penganti elektrolit. Berikan normal salin 1-2 L perjam selama 1-2 jam pertama, kemudian 100-500 mL perjam untuk orang dewasa. Untuk pasien anak gantikan dengan 200ml/kg BB pada satu jam pertama. Ubah cairan IV menjadi salin 0,45% jika hypovolemia telah teratasi dan Tingkat serum natrium masih tinggi atau normal

2. Pemberian insulin, dianjurkan diberikan secara IV secara reguler. Berikan dalam bolus IV 0,1unit insulin regular perkilogram BB kemudian berikan insulin menggunakan infus secara kontinyu 0,1 unit/kg perjam. Periksa serum glukosa setiap jam. Penurunan serum glukosa terlalu cepat meningkatkan resiko edema serebral.
3. Penggantian elektrolit. Periksa serum elektrolit saat kedatangan pasien dan setiap 2-4 jam kemudian. Kebanyakan kasus, kadar serum kalium kurang dari 5 mEq/L, penggantian kalium IV dimulai untuk menjaga kadar kalium darah 4-5 mEq/L. Jika serum kalium awal kurang dari 3,3 mEq/L

tunda terapi insulin dan segera mulai penggantian kalium. Penggantian kalium hanya Ketika pasien memiliki urine yang cukup dan tidak menderita gagal ginjal. Penggantian fosfat mungkin diperlukan. Natrium Bikarbonat diberikan secara IV jika pH arteri sama atau kurang dari 7 (Kurniati, 2013).

### C. Sepsis

Sepsis merupakan sindrom klinik yang terjadi sebagai respons inflamasi sistemik akibat infeksi atau respon tubuh yang berlebihan terhadap rangsangan produk mikroorganisme. Sepsis merupakan fase lanjut/puncak dari infeksi yang progresif menuju gradasi berat akibat pengaruh interaksi mikroorganisme yang lebih dominan dari ketahanan tubuh *host*, atau melemahnya respon imun *host* (Asmoro, 2017; Nasronudin, 2019).

Penanganan kasus syok sepsis terangkum dalam *Early direct therapy* (EGDT), yaitu manajemen agresif dalam 6 jam untuk mengoreksi lima parameter utama dengan tujuan optimalisasi penyampaian oksigen ke jaringan. Parameter yang diukur antara lain :

1. Tekanan Vena Central (CVP) antara 8-12 mmHg
2. Tekanan rerata arteri (MAP) 65-90 mmHg
3. Pengeluaran urin >0,5 mL/kg/jam
4. Saturasi oksigen vena campur >65% atau ScvO<sub>2</sub> >70%
5. Hematokrit >30% (Handaya, 2023)

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Medis/Kolaborasi berdasarkan *Surviving Sepsis Campaign* :

1. Mengurangi beban kerja nafas dengan bantuan nafas mekanik sejak awal
2. Resusitasi awal  
Pasien dengan hipoperfusi akibat sepsis dilakukan resusitasi minimal 30 mL/Kg BB cairan kristaloid IV, pemberian dilakukan 3 jam pertama setelah ditemukan sepsis/syok sepsis. Penggunaan cairan kristaloid lebih diutamakan dibanding normal saline (dikaitkan asidosis hiperkloremik pada pasien sepsis).
3. Tranfusi sel darah merah dipertimbangkan jika Hb kurang dari 7 g/dL, SvO<sub>2</sub> kurang dari 70% atau hematokrit kurang dari 30%. Kondisi syok terjadi akibat perfusi jaringan tidak memadai, intervensi fokus pada pemulihan kemampuan distribusi oksigen

4. Pemberian antimikroba segera dalam waktu 1 jam. Mengidentifikasi sumber/lokasi infeksi secepat mungkin (dalam 6 jam pertama) dan mengevaluasi sumber infeksi (drainase abses, debridement jaringan, pelepasan kateter). Pemberian antibiotik dalam waktu 1 jam dari kedatangan
5. Pemberian Oksigen. Pasien harus mendapatkan oksigen tambahan untuk mempertahankan tekanan oksimetri lebih besar dari 93%. Antisipasi *airway management* dan kemungkinan kejadian intubasi yang cepat (mengurangi kebutuhan oksigen). Pengukuran saturasi oksigen vena dapat dilakukan melalui jalur sentral atau kateter arteri pulmonalis
6. Insersi jalur cepat vena pressure (CVP). Tekanan CVP dapat memandu resusitasi dengan tujuan menjaga CVP pada 8 mmHg. Selama insersi pastikan Tindakan pencegahan infeksi tepat, dan penggunaan alat pelindung diri bagi semua staf yang terlibat prosedur.
7. Penggunaan vitamin C IV dosis tinggi, hidrokortison, dan tiamin
8. Penggunaan kortikosteroid IV  
Pertahankan MAP pada 65 mmHg. Jika MAP kurang dari 65 mmHg, berikan vasopressore. Vasopressor direkomendasikan menggunakan kortikosteroid. Penggunaan kortikosteroid sistemik mempercepat pelepasan vasopressor.
9. Pemberian insulin  
Hiperglikemia >180 mg/dL, hipoglikemia dan peningkatan variabilitas glikemik dikaitkan dengan peningkatan angka kematian sakit kritis (Hasrima, 2024).
10. Terapi inotropic, seperti dobutamine, dimulai untuk meningkatkan curah jantung pada pasien dengan gangguan miokard (Kurniati, 2013, Handaya, 2023)

#### D. Latihan

1. Sebutkan intervensi mandiri perawat pada keadaan Syok Hipovolemik
2. Sebutkan intervensi kolaborasi (diet) pada penderita hiperglikemia
3. Sebutkan penatalaksanaan medis pada pasien dengan sepsis

Kunci Jawaban :

1. Intervensi mandiri perawat pada keadaan Syok Hipovolemik
  - a. Pengkajian kepatenan jalan nafas Monitor status kardiopulmonal Periksa Tingkat kesadaran dan respon pupil
  - b. Pemantauan intake dan output cairan, dan status hemodinamik secara berkala.
  - c. Koreksi dan kontrol masalah dasar
  - d. Pantau pasien secara ketat komplikasi kelebihan beban kardiovaskuler
2. Intervensi kolaborasi (diet) pada penderita hipergikemia pemilihan jenis makanan dan teknik pengolahan makanan, waktu penyajian, dan strategi mengkonsumsi makanan. Perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal, jenis dan jumlah makanan, terutama pasien yang menggunakan obat penurun glukosa darah/insulin. Komposisi diet yang dianjurkan meliputi karbohidrat, protein, dan lemak.
3. Penatalaksanaan medis pada pasien dengan sepsis
  - a. Mengurangi beban kerja nafas dengan bantuan nafas mekanik
  - b. Resusitasi awal
  - c. Tranfusi sel darah merah dipertimbangkan jika Hb kurang dari 7 g/dL
  - d. Pemberian antimikroba segera dalam waktu 1 jam.
  - e. Pemberian Oksigen.
  - f. Insersi jalur cepat vena pressure (CVP).
  - g. Penggunaan vitamin C IV dosis tinggi, hidrokortison, dan tiamin
  - h. Penggunaan kortikosteroid IV
  - i. Pemberian insulin
  - j. Terapi inotropic, seperti dobutamine,

## E. Rangkuman Materi

Syok hipovolemik merupakan kondisi penurunan volume darah intravaskuler (biasanya lebih besar dari 25% volume intravaskular) yang menyebabkan hipoperfusi jaringan yang ekstrim, disfungsi sirkulasi dan perfusi jaringan tidak adekuat. Manajemen syok hipovolemik dengan mengidentifikasi dan mengelola ketidakmampuan tubuh menyediakan oksigen dan nutrien untuk mencukupi kebutuhan jaringan akibat kehilangan cairan dan darah

berlebih. Penatalaksanaannya tergantung tingkat keparahan gejala, sehingga perlu dilakukan intervensi kolaboratif dan intervensi mandiri perawat.

Hiperglikemik merupakan kondisi kekurangan insulin atau ketidakmampuan sel untuk meresponnya yang menyebabkan tingginya kadar glukosa darah. Terjadinya hiperglikemik yang parah atau tidak terkontrol dapat menimbulkan krisis hiperglikemik/syok hiperglikemik. Krisis tersebut berpotensi membahayakan nyawa seseorang dan memerlukan intervensi medis segera.

Sepsis merupakan sindrom klinik yang terjadi sebagai respons inflamasi sistemik akibat infeksi atau respon tubuh yang berlebihan terhadap rangsangan produk mikroorganisme. Penanganan kasus syok sepsis, yaitu manajemen agresif dalam 6 jam untuk mengoreksi lima parameter utama dengan tujuan optimalisasi penyampaian oksigen ke jaringan.

Rangkuman materi dalam buku ajar juga dapat berfungsi sebagai alat untuk mempercepat proses pembelajaran, membantu pembaca mengingat kembali informasi penting, dan menyoroti pokok-pokok penting yang harus diperhatikan. Dalam beberapa kasus, rangkuman ini juga disertai dengan contoh-contoh atau ilustrasi yang memperjelas konsep-konsep yang telah dipelajari. Dengan demikian, rangkuman materi dalam buku ajar adalah salah satu komponen penting dalam mendukung pemahaman dan retensi informasi bagi pembaca.

## F. Glosarium

TD	: Tekanan Darah
MAP	: Mean Arteri Pressure
AGD	: Analisis Gas Darah
CRT	: Capillary Refill Time
TTV	: Tanda tanda Vital
IV	: Intra vena
IM	: Intramuscular
SDM	: Sel Darah Merah
CES	: Cairan Ekstra Seluler
NaCl	: Natrium Clorida
RL	: Ringer Lactat
NS	: Normal Salin
NGT	: Nasogastric Tube
DM	: Diabetes Melitus
BB	: Berat Badan

OHO	: Obat Hipoglikemik Oral
BUN	: Blood Urea Nitrogen
CBC	: Complete Blood Count
PRC	: packed Red Cell
FFP	: Fresh Frozen Plasma (Plasma Beku Segar)

#### G. Daftar Pustaka

- Asmoro (2017). Problematika Penanganan Sepsis, Ketamin, Awal Sebuah Pemikiran. Malang : UB Press. ISBN : 978-602-432-421-6.  
[https://books.google.co.id/books?id=58hTDwAAQBAJ&pg=PA4&dq=intervensi+sepsis&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjXjoq8sq2IAxVMgGMGHVqcHc4Q6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=intervensi%20sepsis&f=true](https://books.google.co.id/books?id=58hTDwAAQBAJ&pg=PA4&dq=intervensi+sepsis&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjXjoq8sq2IAxVMgGMGHVqcHc4Q6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=intervensi%20sepsis&f=true)
- Alexandra, dkk. (2023). Inventaris Tanaman Obat Antihiperglykemia pada lahan Gambut sebagai Terapi Komplementer (Pendekatan desain obat secara in vivo, in vitro, dan in silico). Klaten : Penerbit Nasmedia.  
[https://books.google.co.id/books?id=Aj3nEAAAQBAJ&pg=PR6&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjxoMeO7KyIAxW9SGwGHZL9MQ04ChDoAXoECAkQAg#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true](https://books.google.co.id/books?id=Aj3nEAAAQBAJ&pg=PR6&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjxoMeO7KyIAxW9SGwGHZL9MQ04ChDoAXoECAkQAg#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true)
- Cahya, dkk (2023). Konsep Dasar keperawatan. Banten : Penerbit PT Sada Kurnia Pustaka.  
[https://books.google.co.id/books?id=E5XLEAAAQBAJ&pg=PA108&dq=INTERVENSI+MANDIRI+DAN+KOLABORASI&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwi9w4S2uaiIAxVV1DgGHTNBJBU4FBDoAXoECAwQAg#v=onepage&q=INTERVENSI%20MANDIRI%20DAN%20KOLABORASI&f=true](https://books.google.co.id/books?id=E5XLEAAAQBAJ&pg=PA108&dq=INTERVENSI+MANDIRI+DAN+KOLABORASI&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwi9w4S2uaiIAxVV1DgGHTNBJBU4FBDoAXoECAwQAg#v=onepage&q=INTERVENSI%20MANDIRI%20DAN%20KOLABORASI&f=true)
- Fathonah (2023). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat (Teori dan Panduan Komprehensif). Jambi : PT. Sonpedia Publishing Indonesia.  
[https://books.google.co.id/books?id=xDPZEAAAQBAJ&pg=PA92&dq=intervensi+syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiG3ZTAK6yIAxXCzDgGHfuNLhg4ChDoAXoECAsQAg#v=onepage&q=intervensi%20syok%20hipovolemik&f=true](https://books.google.co.id/books?id=xDPZEAAAQBAJ&pg=PA92&dq=intervensi+syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiG3ZTAK6yIAxXCzDgGHfuNLhg4ChDoAXoECAsQAg#v=onepage&q=intervensi%20syok%20hipovolemik&f=true)
- Febriana (2017). Konsep Dasar Keperawatan. Healthy.  
[https://books.google.co.id/books?id=V7QWEAAAQBAJ&newbks=1&newbks\\_redir=0&printsec=frontcover&hl=id&source=gbse\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false](https://books.google.co.id/books?id=V7QWEAAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&hl=id&source=gbse_summary_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false)
- Handaya (2023). Kegawatan Bedah Perut dan Saluran Cerna yang Disebabkan Trauma. Yogyakart : Gajah Mada University Press. ISBN : 978-623-359-123-2.

[https://books.google.co.id/books?id=WEe5EAAAQBAJ&pg=PA57&dq=intervensi+sepsis&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwi8iPbisq2IAxUoyzgGHbaSMJA4FBDoAXoECAsQAg#v=onepage&q=intervensi%20sepsis&f=true](https://books.google.co.id/books?id=WEe5EAAAQBAJ&pg=PA57&dq=intervensi+sepsis&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwi8iPbisq2IAxUoyzgGHbaSMJA4FBDoAXoECAsQAg#v=onepage&q=intervensi%20sepsis&f=true)

Hartoyo, dkk. (2023). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah S1 Keperawatan Jilid II. Jakarta Selatan: Mahakarya Citra Utama. ISBN 978-623-90026-5-7.  
[https://books.google.co.id/books?id=9GiEAAAQBAJ&pg=PA285&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjxoMeO7KyIAxW9SGwGHZL9MQ04ChDoAXoECAcQAg#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true](https://books.google.co.id/books?id=9GiEAAAQBAJ&pg=PA285&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjxoMeO7KyIAxW9SGwGHZL9MQ04ChDoAXoECAcQAg#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true)

Hasrima, dkk. (2024). Bunga Rampai Kegawatdaruratan Non Trauma. ISBN 978-623-8422-62-3. Cilcap, Jawa Tengah : PT Media Pustaka Indo.  
[https://books.google.co.id/books?id=IJtsEAAAQBAJ&pg=PA59&dq=intervensi++syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiKo9\\_fk6yIAxXrxDgGHR7bA9Y4HhDoAXoECA4QAg#v=onepage&q=intervensi%20%20syok%20hipovolemik&f=true](https://books.google.co.id/books?id=IJtsEAAAQBAJ&pg=PA59&dq=intervensi++syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiKo9_fk6yIAxXrxDgGHR7bA9Y4HhDoAXoECA4QAg#v=onepage&q=intervensi%20%20syok%20hipovolemik&f=true)

Helman Syarif dan Tutiani. (2023). Keperawatan Medikal Bedah : dasar dasar Keperawatan Medikal Bedah 9th Indonesia edition. Elsevier Singapore. Pte Ltd.

[https://books.google.co.id/books?id=7UWeEAAAQBAJ&pg=PA42&dq=intervensi++syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiG3ZTAk6yIAxXCzDgGHfuNLHg4ChDoAXoECBAQAg#v=onepage&q=intervensi%20%20syok%20hipovolemik&f=false](https://books.google.co.id/books?id=7UWeEAAAQBAJ&pg=PA42&dq=intervensi++syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiG3ZTAk6yIAxXCzDgGHfuNLHg4ChDoAXoECBAQAg#v=onepage&q=intervensi%20%20syok%20hipovolemik&f=false)

Ifadah, dkk. (2024). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah (teori dan praktik). Yogyakarta : PT. Green Pustaka Indonesia. ISBN : 978-623-89304-0-1.  
[https://books.google.co.id/books?id=cWMXEQAAQBAJ&pg=PA147&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwj6wm66yIAxUfRmwGHXh6IUsQ6AF6BAGIEAI#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true](https://books.google.co.id/books?id=cWMXEQAAQBAJ&pg=PA147&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwj6wm66yIAxUfRmwGHXh6IUsQ6AF6BAGIEAI#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true)

I Made Bakta. (1999). Gawat Darurat di Bidang Penyakit Dalam. Jakarta: EGC.  
[https://books.google.co.id/books?id=ims8gbWJScC&pg=PA210&dq=intervensi+sepsis&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwi8iPbisq2IAxUoyzgGHbaSMJA4FBDoAXoECAUQAg#v=onepage&q=intervensi%20sepsis&f=true](https://books.google.co.id/books?id=ims8gbWJScC&pg=PA210&dq=intervensi+sepsis&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwi8iPbisq2IAxUoyzgGHbaSMJA4FBDoAXoECAUQAg#v=onepage&q=intervensi%20sepsis&f=true)

Kurniati (2013). Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy edisi Indonesia pertama. Elsevier Singapore Pte Ltd. ISBN : 978-981-4570-97-8.  
[https://books.google.co.id/books?id=sez3DwAAQBAJ&pg=PA195&dq=intervensi+sepsis&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahU](https://books.google.co.id/books?id=sez3DwAAQBAJ&pg=PA195&dq=intervensi+sepsis&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahU)

[KEwi8iPbisq2IAxUoyzgGHbaSMJA4FBDoAXoECAcQAg#v=onepage&q=intervensi%20sepsis&f=true](https://books.google.co.id/books?id=giv2EAAAQBAJ&pg=PA147&dq=intervensi%20sepsis&f=true)

Lestari, (2024). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Anak Sakit Kronis. Jambi : PT Sonpedia Publishing Indonesia. ISBN : 978-623-8531-45-5.  
[https://books.google.co.id/books?id=giv2EAAAQBAJ&pg=PA147&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwixoMeO7KyIAxW9SGwGHZL9MQ04ChDoAXoECA0QAg#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true](https://books.google.co.id/books?id=giv2EAAAQBAJ&pg=PA147&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwixoMeO7KyIAxW9SGwGHZL9MQ04ChDoAXoECA0QAg#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true)

Malisa, N (2022). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah D III Keperawatan Jilid I. Jakarta : Mahakarya Citra Utama. ISBN : 978-623-90026-8-8.  
[https://books.google.co.id/books?id=R-atEAAAQBAJ&pg=PA214&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwj6wm66yIAxUfRmwGHXh6IUsQ6AF6BAgNEAI#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true](https://books.google.co.id/books?id=R-atEAAAQBAJ&pg=PA214&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwj6wm66yIAxUfRmwGHXh6IUsQ6AF6BAgNEAI#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true)

Nasronudin (2019). Penyakit Infeksi di Indonesia Solusi Kinin dan Mendatang Edisi Kedua : Solusi Kini dan Mendatang. Surabaya : Airlangga University Press.  
[https://books.google.co.id/books?id=xbGhDwAAQBAJ&newbks=1&newbks\\_redir=0&dq=intervensi+sepsis&hl=id&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.co.id/books?id=xbGhDwAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&dq=intervensi+sepsis&hl=id&source=gbs_navlinks_s)

Ningsi, dkk, (2023), Asuhan Kegawatdaruratan Maternal. Klaten : Penerbit Nasmedia bekerjasama dengan Poltekkes Kemenkes Makassar.  
[https://books.google.co.id/books?id=b37-EAAAQBAJ&pg=PA124&dq=intervensi++syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiEk6zsk6yIAxU7nmMGHybcN204KBDoAXoECAsQAg#v=onepage&q=intervensi%20%20syok%20hipovolemik&f=true](https://books.google.co.id/books?id=b37-EAAAQBAJ&pg=PA124&dq=intervensi++syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiEk6zsk6yIAxU7nmMGHybcN204KBDoAXoECAsQAg#v=onepage&q=intervensi%20%20syok%20hipovolemik&f=true)

Nurhayati (2023). Sistem Kardiovaskuler: Keperawatan Dewasa. Aceh : Syiah Kuala University Press.  
[https://books.google.co.id/books?id=vCbPEAAAQBAJ&pg=PA164&dq=intervensi+kolaboratif+dan+mandiri+syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjv28mbk6yIAxVkyzgGHWoBNzEQ6AF6BAgJEAI#v=onepage&q=intervensi%20kolaboratif%20dan%20mandiri%20syok%20hipovolemik&f=true](https://books.google.co.id/books?id=vCbPEAAAQBAJ&pg=PA164&dq=intervensi+kolaboratif+dan+mandiri+syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjv28mbk6yIAxVkyzgGHWoBNzEQ6AF6BAgJEAI#v=onepage&q=intervensi%20kolaboratif%20dan%20mandiri%20syok%20hipovolemik&f=true)

Nurma Dewi, dkk. (2024). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Sistem Perkemihan dan Integumen. Jambi : PT. Sonpedia Publishing Indonesia. ISBN 978-623-8531-62-2.  
[https://books.google.co.id/books?id=cX3EAAAQBAJ&pg=PA105&dq=intervensi++syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X](https://books.google.co.id/books?id=cX3EAAAQBAJ&pg=PA105&dq=intervensi++syok+hipovolemik&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X)

<https://books.google.co.id/books?id=2ahUKEwiEk6zsk6yIAxU7nmMGHYbcN204KBD0AXoECAgQAg#v=onepage&q=intervensi%20%20syok%20hipovolemik&f=true>

Purwaningsih, dkk (2022). Intervensi Relaksasi : Hipnosis Modifikasi lima jari untuk mengatasi Strss dan Resiliensi Penderita Diabetes Melitus. Penerbit NEM. ISBN 978-623-4234558. [https://books.google.co.id/books?id=WZ-SEAAAQBAJ&newbks=1&newbks\\_redir=0&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&source=gbnavlinks\\_s](https://books.google.co.id/books?id=WZ-SEAAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&source=gbnavlinks_s)

Silviani, (2023). Komunikasi Kesehatan pada Diabetes Melitus Tipe 2. Surabaya : Scopindo Media Pustaka. ISBN :978-623-365-510-1. [https://books.google.co.id/books?id=AvlMEAAAQBAJ&pg=PA69&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjxoMeO7KyIAxW9SGwGHZL9MQ04ChDoAXoECAoQAg#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true](https://books.google.co.id/books?id=AvlMEAAAQBAJ&pg=PA69&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjxoMeO7KyIAxW9SGwGHZL9MQ04ChDoAXoECAoQAg#v=onepage&q=intervensi%20hiperglikemia&f=true)

Umar, ernawati, dkk. (2024). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: Mahakarya Citra Utama. ISBN : 978-623-8118-56-4. [https://books.google.co.id/books?id=2rkFEQAAQBAJ&pg=PA38&dq=INTERVENSI+MANDIRI+DAN+KOLABORASI&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjGi839tauIAxWQS2cHHZ3OE04Q6AF6BAGJEAI#v=onepage&q=INTERVENSI%20MANDIRI%20DAN%20KOLABORASI&f=true](https://books.google.co.id/books?id=2rkFEQAAQBAJ&pg=PA38&dq=INTERVENSI+MANDIRI+DAN+KOLABORASI&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjGi839tauIAxWQS2cHHZ3OE04Q6AF6BAGJEAI#v=onepage&q=INTERVENSI%20MANDIRI%20DAN%20KOLABORASI&f=true)

Wahyudi, dkk. (2024). Intervensi Perawatan pada Pasien Ulkus Diabetikum. Penerbit NEM. ISBN : 9786231153210. [https://books.google.co.id/books?id=EW0JEQAAQBAJ&newbks=1&newbks\\_redir=0&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&source=gbnavlinks\\_s](https://books.google.co.id/books?id=EW0JEQAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&dq=intervensi+hiperglikemia&hl=id&source=gbnavlinks_s)

Wulandari (2022). Penanganan Gawat Darurat Percobaan Bunuh Diri. Kediri : Lembaga Omega Medika. [https://books.google.co.id/books?id=uJ5wEAAAQBAJ&pg=PA95&dq=INTERVENSI+MANDIRI+DAN+KOLABORASI&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjGi839tauIAxWQS2cHHZ3OE04Q6AF6BAGNEAI#v=onepage&q=INTERVENSI%20MANDIRI%20DAN%20KOLABORASI&f=true](https://books.google.co.id/books?id=uJ5wEAAAQBAJ&pg=PA95&dq=INTERVENSI+MANDIRI+DAN+KOLABORASI&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwjGi839tauIAxWQS2cHHZ3OE04Q6AF6BAGNEAI#v=onepage&q=INTERVENSI%20MANDIRI%20DAN%20KOLABORASI&f=true)



## PROFIL PENULIS



### **Dr. Aria Wahyuni, M. Kep., Ns.Sp. Kep.MB**

lahir di Jakarta 16 Mei 1983. Penulis merupakan lulusan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2006. Ketertarikan penulis terhadap keperawatan kardiovaskular sehingga penulis bertekad melanjutkan studi spesialis Keperawatan Medikal Bedah pada tahun 2010-2013 dengan peminatan Keperawatan Kardiovaskuler. Penulis melanjutkan Program Pendidikan Doktor Keperawatan dengan tetap pada kekhususan kardiovaskuler. Penulis merupakan dosen pada program studi ilmu keperawatan Universitas Muhammadiyah

Sumatera Barat dengan kepakaran bidang ilmu Keperawatan Medikal Bedah. Penulis aktif meneliti di area Keperawatan Medikal Bedah dan memiliki publikasi ilmiah nasional dan internasional. Beberapa penelitian yang dilakukan merupakan hibah dari kemenristek DIKTI. Penulis memiliki pengalaman meneliti riset kualitatif, kuantitatif, dan *research and development*. Penulis juga aktif dalam organisasi profesi yaiyu DPD PPNI kota Bukittinggi dan HIPMEBI (Himpunan Perawat Medikal Bedah) provinsi Sumatera Barat. Buku yang pernah dihasilkan oleh penulis adalah Penerapan Discharge Planning Terhadap Kesiapan Pulang Pasien Penyakit Jantung Koroner, Buku Keperawatan Medikal Bedah, dan Keperawatan Transkultural. Penulis juga memiliki modul-modul pendidikan kesehatan untuk pasien PJK serta menciptakan aplikasi SAJAKO (Sahabat Jantung Koroner) untuk pasien PJK yang telah memperoleh HKI. Penulis sebagai dosen aktif dalam melaksanakan tri dharma perguruan tinggi dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah

Motto: sesungguhnya beserta kesulitan ada kemudahan

Email Penulis: [ariawahyuni@gmail.com](mailto:ariawahyuni@gmail.com)

## PROFIL PENULIS



### Ace Sudrajat, S.Kp., M.Kes.

Seorang tim penulis buku dan dosen tetap di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta III serta narasumber/fasilitator pelatihan BTCLS/ENBL/ENIL aktif di PT. IPKM. Lahir di Kab. Sumedang, 06 September 1963. Penulis merupakan anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Bapak Iding Enjang dan Ibu Irah. Pendidikan : Akademi Perawat tahun 1986, S1 Keperawatan FIKUI tahun 1996, Magister Manajemen Keperawatan (S2) FIKUI tahun 2003. (Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul di antaranya: Panduan penyelenggaraan OSCE keperawatan 2017, Panduan penulisan dan penelaahan soal OSCE keperawatan 2017, Panduan pelatihan penguji dan pelatih klien standar OSCE keperawatan 2017, Blueprint OSCE Keperawatan 2017, Panduan Pelatihan OSCE Kemenkes 2016, Standar Instalasi Gawat Darurat (kemenkes, 2011), Panduan Pelatihan Emergency Nursing Basic Level (Kemenkes, 2016), Panduan pelatihan Emergency nursing Intermediate (Kemenkes, 2006). dll.



### Ns. Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep., M.Kep.

lahir di Medan tahun 1977. Lulus dari Magister Keperawatan Universitas Sumatera Utara tahun 2012. Saat ini penulis aktif sebagai dosen di Prodi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Mata kuliah yang diajarnya selama ini meliputi Keperawatan Dewasa, Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis, Keperawatan Gawat Darurat Komunitas. Penulis aktif menulis buku pelajaran seperti "Dasar-Dasar EKG dilengkapi dengan contoh Diagnosa Keperawatan NANDA, NOC dan NIC", "Modul Praktikum Keperawatan Gawat Darurat untuk mahasiswa Keperawatan dan Ners". Selain aktif dalam mengajar, penulis juga merupakan seorang *Trainer* di Gadar Medik Indonesia (GDMI), aktif dalam menulis soal uji kompetensi Ners dan Pengurus AIPNI Regional II Sumatera Utara sampai saat ini.

Adapun materi yang dibahas di dalam buku ini tentang "Intervensi Keperawatan pada kasus kegawatdaruratan sesuai dengan standar yang berlaku" yang terdiri dari: Initial Assesment (Penilaian awal), Triage, Pembidaian, Penatalaksanaan Pasien dengan Gangguan Jalan Napas dan Pernapasan (*Airway And Breathing*), Bantuan Hidup Dasar (*Basic Cardiac Life Support*)

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, Bapak Sartono dan Masudik beserta Tim Trainer Gadar Medik Indonesia serta Pengurus PT. Nuansa Fajar Cemerlang/Optimal yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk terlibat dalam penyusunan "Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis". Akhir kata penulis mengucapkan Terimakasih buat kerjasama kita selama ini.

## PROFIL PENULIS



**Ns. Reni Trevia, M.Kep.** lahir di Bukit Gading, 2 Januari 1986. Pendidikan dimulai dari D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kesdam 1/BB Padang meraih gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) pada tahun 2004, kemudian melanjutkan ke Sarjana Keperawatan dan Meraih gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) tahun 2009 dan gelar profesi Ners (Ns.) tahun 2011 di Universitas Andalas Padang. Tahun 2012 penulis mendapat kesempatan melanjutkan pendidikan pasca sarjana Magister Keperawatan dan Mendapat Gelar Magister Keperawatan (M.Kep) dari Universitas Andalas Padang Pada tahun 2015. Saat ini penulis sebagai dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Yayasan Pendidikan Amanah Kesehatan (YPAK) Padang. Saat ini penulis menjabat sebagai ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (UPPM). Dalam mewujudkan karir sebagai dosen professional, penulis pun aktif dalam melaksanakan Tri Dharma perguruan tinggi, Mulai dari pengajaran , Penelitian dan Pengabdian masyarakat. Selain itu, penulis juga aktif sebagai Anggota HIPGABI (Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia) dan Anggota PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). Motto: dengan bersyukur akan bahagia



Ns. Handi Ristandi, S.Kep., MAN Lahir di Bandung, 13 September 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 Keperawatan Akper Depkes Curup Bengkulu Tahun 2001, lanjut S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu Tahun 2007, lanjut Pendidikan Profesi Ners STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu Tahun 2012. Kemudian Pada Tahun 2014 melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Arellano Pilipina dan lulus tahun pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2002 di Klinik Pratama Asy-Syifa Bengkulu kemudian pada tahun 2013 bergabung dengan STIKES Dehasen Bengkulu sekarang bergabung dengan Universitas Dehasen Menjadi Fakultas Ilmu Kesehatan sejak Tahun 2017. Sampai Saat ini penulis bekerja di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Dehasen Bengkulu mengampu mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Kritis, Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan Bencana. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: handi@unived.ac.id

Motto: "Ketahuilah, setiap kalian adalah pemimpin, dan setiap dari kalian bertanggung jawab atas yang ia pimpin. Seorang lelaki adalah pemimpin bagi keluarganya, dan ia bertanggung jawab atas keluarganya." -HR. Bukhari dan Muslim

## PROFIL PENULIS



### **Elfi Quyumi Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi S1 Keperawatan dan Ners Universitas Strada Indonesia. Lahir di Kediri, 07 Juni 1982 Jawa Timur. Penulis merupakan anak ke-dua dari dua bersaudara dari pasangan bapak Alm. Sutomo dan Ibu Alm. Siti Aminah Djauhari. Pendidikan program Sarjana (S1) Universitas Brawijaya Prodi Keperawatan dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Brawijaya prodi Keperawatan. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian, pengabdian masyarakat, dan menulis buku. Buku yang telah ditulis dan terbit di antaranya berjudul: Gizi dan Perkembangan Toddler (preventif terhadap kecacingan), Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler (teori komprehensif dan praktik, Buku Ajar Penyakit Sistem Kardiovaskuler, Buku Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Buku Ajar Keperawatan kritis.

Motto : *Allah's plan is better than your dreams*

## **SINOPSIS**

Buku ajar Keperawatan Gawat Darurat ini dirancang untuk memberikan panduan komprehensif bagi mahasiswa, perawat, dan tenaga kesehatan yang berperan dalam penanganan kegawatdaruratan di fasilitas kesehatan. Buku ini disusun berdasarkan landasan teori, penelitian terbaru, dan standar praktik yang berlaku dalam asuhan keperawatan gawat darurat.

Bab 1 membahas dasar filosofi, pendekatan holistik, dan proses keperawatan yang diterapkan pada pasien gawat darurat. Pendekatan ini menekankan pentingnya perawatan yang berpusat pada pasien serta memperhatikan aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dalam setiap intervensi.

Bab 2 mengeksplorasi penelitian-penelitian terbaru terkait dengan pengelolaan dan asuhan keperawatan di bidang kegawatdaruratan. Informasi ini memberikan wawasan ilmiah terkini yang dapat digunakan untuk meningkatkan praktik perawatan melalui pendekatan berbasis bukti.

Bab 3 menguraikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan standar yang berlaku dalam menangani pasien dengan kondisi kegawatdaruratan. Bab ini menyajikan pedoman praktis untuk perawat dalam menjalankan tindakan sesuai protokol yang diakui secara nasional dan internasional.

Bab 4 mendalami proses keperawatan pada pasien di area kegawatdaruratan. Dalam bab ini, perawat akan dipandu melalui tahapan penilaian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi perawatan untuk memastikan intervensi yang cepat dan tepat.

Bab 5 berfokus pada pentingnya fungsi advokasi dan komunikasi dalam konteks kegawat. Bab ini menekankan peran perawat sebagai advokat pasien yang harus mampu berkomunikasi secara efektif dalam situasi darurat untuk memastikan keselamatan dan kenyamanan pasien.

Bab 6 mengulas intervensi kolaboratif dan mandiri yang harus dikuasai oleh perawat, termasuk dalam aspek medikal, farmakologi, dan diet. Bab ini

memberikan wawasan tentang bagaimana perawat dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dan menjalankan tindakan independen dalam pengelolaan pasien gawat darurat.

Dengan struktur yang sistematis dan isi yang mendalam, buku ini diharapkan menjadi referensi utama bagi para perawat dalam mengembangkan keterampilan dan pengetahuan di bidang keperawatan gawat darurat, serta menjadi panduan praktis dalam menghadapi situasi kegawatdaruratan di lapangan.

Buku ajar Keperawatan Gawat Darurat ini dirancang untuk memberikan panduan komprehensif bagi mahasiswa, perawat, dan tenaga kesehatan yang berperan dalam penanganan kegawatdaruratan di fasilitas kesehatan. Buku ini disusun berdasarkan landasan teori, penelitian terbaru, dan standar praktik yang berlaku dalam asuhan keperawatan gawat darurat. Bab 1 membahas dasar filosofi, pendekatan holistik, dan proses keperawatan yang diterapkan pada pasien gawat darurat. Pendekatan ini menekankan pentingnya perawatan yang berpusat pada pasien serta memperhatikan aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dalam setiap intervensi.

Bab 2 mengeksplorasi penelitian-penelitian terbaru terkait dengan pengelolaan dan asuhan keperawatan di bidang kegawatdaruratan. Informasi ini memberikan wawasan ilmiah terkini yang dapat digunakan untuk meningkatkan praktik perawatan melalui pendekatan berbasis bukti.

Bab 3 menguraikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan standar yang berlaku dalam menangani pasien dengan kondisi kegawatdaruratan. Bab ini menyajikan pedoman praktis untuk perawat dalam menjalankan tindakan sesuai protokol yang diakui secara nasional dan internasional.

Bab 4 mendalami proses keperawatan pada pasien di area kegawatdaruratan. Dalam bab ini, perawat akan dipandu melalui tahapan penilaian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi perawatan untuk memastikan intervensi yang cepat dan tepat.

Bab 5 berfokus pada pentingnya fungsi advokasi dan komunikasi dalam konteks kegawatdaruratan. Bab ini menekankan peran perawat sebagai advokat pasien yang harus mampu berkomunikasi secara efektif dalam situasi darurat untuk memastikan keselamatan dan kenyamanan pasien. Bab 6 mengulas intervensi kolaboratif dan mandiri yang harus dikuasai oleh perawat, termasuk dalam aspek medikal, farmakologi, dan diet. Bab ini memberikan wawasan tentang bagaimana perawat dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dan menjalankan tindakan independen dalam pengelolaan pasien gawat darurat.

Dengan struktur yang sistematis dan isi yang mendalam, buku ini diharapkan menjadi referensi utama bagi para perawat dalam mengembangkan keterampilan dan pengetahuan di bidang keperawatan gawat darurat, serta menjadi panduan praktis dalam menghadapi situasi kegawatdaruratan di lapangan.

Penerbit :

**PT Nuansa Fajar Cemerlang**

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

ISBN 978-623-8775-02-6

