

BUKU AJAR KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

ISBN: 978-602-5982-34-7



Harun Al Rasid

Penerbit : STIKes Wijaya Husada Bogor

BUKU AJAR
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Harun Al Rasid

Penerbit
STIKes Wijaya Husada Bogor

BUKU AJAR

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Penulis : Harun Al Rasid

ISBN : 978-602-5982-34-7

Editor : Normalisari, S.Kom

Penyunting : Annisa Dwi Yuniastari

Penerbit : STikes Wijaya Husada Bogor

Redaksi : Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180, Sindang
Barang,
Bogor Telp. (0251) 8327396

Email : wijayahusada@gmail.com

Cetakan Pertama, 2020

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Bismillaahirrahmaanirrahiim

Assalamu'alaikum, Wr.Wb.

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan karunia, taufiq, hidayah, kesehatan, kekuatan serta kesempatan sehingga penulis mampu menyelesaikan buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat ini.

Penulis patut berterima kasih yang setinggi-tingginya kepada segenap pimpinan STIKes Wijaya Husada Bogor, serta ketua LPPM STIKes Wijaya Husada Bogor yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada penulis untuk menyusun sebuah buku ajar.

Buku Keperawatan Gawat Darurat ini berisi tentang konsep dasar keperawatan gawat darurat, sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, standar pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit, triase, *initial assessment* beserta definisi tujuan dan tahapan.

Pada kesempatan ini, penulis mohon maaf sekaligus izinnya kepada penulis yang karyanya penulis jadikan rujukan

atau bahan kepustakaan dimana ada beberapa pemahaman, kutipan, tulisan dan gambar yang diambil untuk melengkapi penulisan buku ini.

Penulis menyadari kekurangan yang terdapat pada buku ini, oleh karena itu penulis senantiasa mengharapkan masukan dalam bentuk apapun untuk perbaikan buku ini. Dan semoga dapat menambah kesempurnaan pada buku ini serta buku berikutnya.

Wassalamu'alaikum, Wr. Wb

Bogor, Agustus 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER.....	1
KATA PENGANTAR	6
DAFTAR ISI.....	8
BAB I	
KONSEP DASAR GAWAT DARURAT	11
A. Pendahuluan.....	11
B. Definisi.....	13
C. Ruang Lingkup Pelayanan Gawat Darurat... ..	15
D. Dasar Hukum Pelayanan Gawat Darurat	17
E. Peran Perawat Gawat Darurat	19
BAB II	
SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU (SPGDT).....	22
A. Definisi.....	22
2	
B. Tujuan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu(SPGDT).....	24
C. Jenis Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)......	24

D. Hakikat Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT).	27
E. Komponen Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT).	28
BAB III STANDAR PELAYANAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT	38
A. Latar Belakang	38
B. Kebijakan Pelayanan Gawat Darurat	39
C. Strategi dalam Penerapan Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit	40
D. Tujuan Penerapan Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit	41
E. Sasaran Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit	42
F. Komponen dan Indikasi Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit	43
BAB IV TRIASE	72
A. Definisi	72
B. Tujuan Triase	73

C. Pengelompokkan Triase Berdasarkan Tag Label.....	73
D. Prinsip	
Triase.....	75
BAB V INITIAL ASSESSMENT... ..	77
A. Definisi.....	77
B. Tahapan Initial Assessment.....	77
PENUTUP.....	86
DAFTAR PUSTAKA... ..	88

BAB I

KONSEP DASAR GAWAT DARURAT

A. Pendahuluan

Kejadian gawat darurat baik yang sifatnya gawat darurat sehari-hari (Silent Disaster) maupun gawat darurat korban massal atau bencana (Disaster) dapat terjadi kapan saja, di mana saja dan menimpa siapa saja.

Kondisi Indonesia yang berada di garis khatulistiwa pada posisi silang antara dua benua dan dua samudra, berada dalam wilayah yang memiliki kondisi geografis, geologis, hidrologis, demografis dan terletak di atas lempeng benua yang dijejери deretan gunung berapi yang sangat aktif yang disebut dengan lingkaran api (ring of fire). Dan selain itu, Indonesia juga memiliki penduduk dengan keanekaragaman suku, bahasa, adat istiadat dan agama. Dengan kondisi yang demikian dimiliki oleh Indonesia menandakan adanya kerawanan terhadap semua kejadian jenis kasus gawat darurat baik itu kasus gawat darurat sehari-hari (Silent Disaster) maupun gawat darurat korban massal atau bencana (Disaster).

Jenis kasus gawat darurat sehari-hari yang sering ditemui di Indonesia antara lain adalah kecelakaan lalu lintas, kejadian

penyakit akut yang membutuhkan pertolongan medis segera (stroke, penyakit jantung, dan keracunan), kecelakaan di tempat kerja, kasus tenggelam, kasus pertikaian dan akhir akhir ini yang paling sering kita lihat baik secara langsung maupun yang disaksikan di media adalah kasus penikaman oleh kelompok begal. Sedangkan kasus gawat darurat massal atau bencana yang sering ditemui di Indonesia antara lain adalah: 1) bencana yang disebabkan oleh geologi seperti: gempa bumi, tsunami dan tanah longsor, 2) bencana yang disebabkan oleh hidrometeorologi, seperti: banjir, angin topan dan kekeringan; 3) bencana yang disebabkan oleh biologi seperti: epidemi dan munculnya penyakit yang disebabkan oleh hewan dan tanaman; 4) bencana yang disebabkan oleh teknologi, seperti: kecelakaan transportasi dan industri; 5) bencana yang disebabkan oleh lingkungan seperti: kebakaran, dan 6) bencana yang disebabkan oleh sosial satu ulah manusia seperti konflik, pemboman oleh terorisme, dan demonstrasi.

Kejadian kasus gawat darurat baik yang sifatnya gawat darurat sehari-hari (Silent Disaster) maupun gawat darurat korban massal atau bencana (Disaster) memang tidak dapat dihindari oleh siapa saja, namun dapat diminimalisir dari dampak buruk yang akan ditimbulkannya yaitu dengan melalui penataan manajemen penanganan gawat darurat terpadu sehari-hari dan bencana yang

baik. Kejadian tsunami di Aceh pada tanggal 26 Desember 2004 yang memakan banyak korban yaitu lebih dari 200.000 orang dan bencana gempa tektonik yang terjadi di Yogyakarta pada tahun 2006 yang menimbulkan korban 6.234 orang, cukup menjadi bahan introspeksi diri bagi petugas kesehatan pada khususnya dan pemerintah pada umumnya dalam memulai penataan manajemen penanganan gawat darurat terpadu sehari-hari dan bencana menuju ke arah yang lebih baik lagi.

B. Definisi

Keperawatan gawat darurat adalah suatu bentuk rangkaian kegiatan praktik keperawatan kegawatdaruratan yang diberikan oleh perawat yang kompeten, terlatih dan terdidik untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami kasus gawat darurat baik yang ada di ruang gawat darurat, ruang rawat inap, ruang ICU atau ruangan lainnya. Keadaan gawat adalah suatu kondisi yang mengancam nyawa pasien bila tidak mendapatkan pertolongan. Sedangkan keadaan darurat adalah suatu kondisi pasien yang membutuhkan pertolongan atau tindakan dengan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa pasien tersebut.

Kejadian kasus gawat darurat yang dialami pasien atau penderita dapat dibedakan atau diklasifikasikan menjadi beberapa tingkatan, antara lain adalah: 1) penderita gawat dan darurat yaitu penderita yang oleh suatu penyebab (penyakit, trauma, kecelakaan, tindakan anestesi) jika tidak segera ditolong akan mengalami cacat, kehilangan organ tubuh atau meninggal dunia seperti trauma berat yang menyebabkan fraktur servikal dan terjadi penurunan kesadaran, kasus penderita tenggelam, pneumotoraks, masalah kasus choking (tersedak), dan sebagainya; 2) penderita gawat tidak darurat yaitu penderita berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya combustio derajat 11/ III, patah tulang tanpa syok dan sebagainya; 3) penderita darurat tidak gawat yaitu pasien akibat musibah yang datang tiba tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya, misalnya luka sayat dangkal, dan 4) penderita tidak gawat dan tidak darurat misalnya influenza, batuk, demam dan lain-lain.

Adapun kriteria pasien gawat darurat adalah mengalami kegawatan yang menyangkut masalah terganggunya jalan napas oleh benda asing, asma berat, spasme laringeal, trauma muka yang mengganggu jalan napas dan lain-lain, terganggunya fungsi pernapasan, antara lain trauma thorak (tension pneumotorak: kegawatdaruratan medis dimana udara semakin berakumulasi di

dalam rongga pleura setiap kali bernapas, masif hematotorak: terkumpulnya darah dengan cepat lebih dari 1500 cc di dalam rongga pleura, emfisema, fraktur flail chest, fraktur iga), paralisis otot pernapasan karena obat atau penyakit dan lain-lain, terganggunya fungsi sirkulasi antara lain syok (hipovolemik kardiogenik, anafilaksis, sepsis, neurogenik), tamponade jantung dan lain-lain, terganggunya fungsi otak dan kesadaran antara lain stroke dengan penurunan kesadaran, trauma kapitis dengan penurunan kesadaran, koma diabetik, koma uremik, koma hepatikum, infeksi otak, kejang dan lain-lain.

C. Ruang Lingkup Pelayanan Gawat Darurat

Ruang lingkup pelayanan gawat darurat dapat dibagi menjadi empat bagian antara lain adalah:

1. Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat Level I di rumah sakit
: Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk.

2. Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat Level II di rumah sakit : Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdaruratan.
3. Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat Level III di rumah sakit: Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdaruratan, serta pelayanan keperawatan gawat darurat spesialistik (4 besar spesialis seperti Anak Kebidanan, Bedah dan Penyakit Dalam).
4. Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat Level IV di rumah sakit: Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan

kasus-kasus kegawatdaruratan, serta pelayanan keperawatan gawat darurat spesialistik (4 besar spesialis seperti Anak, Kebidanan, Bedah dan Penyakit Dalam), ditambah dengan pelayanan keperawatan gawat darurat sub spesialistik.

D. Dasar Hukum Pelayanan Gawat Darurat

Dasar hukum pemberian pelayanan kegawatdaruratan diatur dalam Undang-Undang sebagai berikut:

1. Undang-Undang Nomor 38 tentang Keperawatan Tahun 2014 pasal 35 yaitu:
 - a. Dalam keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai kompetensinya.
 - b. Pertolongan pertama pada ayat 1 bertujuan untuk menyelamatkan klien dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
 - c. Keadaan darurat pada ayat 1 merupakan keadaan yang mengancam nyawa atau kecacatan klien.
 - d. Keadaan darurat sebagaimana dimaksud ayat 1

ditetapkan oleh perawat sesuai hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.

2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.
4. Undang-Undang Keperawatan pasal 35 ayat (1) menyebutkan bahwa dalam keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai dengan kompetensinya, ayat (2) mengatakan pertolongan pertama sebagaimana dimaksud ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa klien dan mencegah kecacatan lebih lanjut, ayat (3) menjabarkan lebih lanjut bahwa keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan klien, dan ayat (4) bahwa keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh perawat sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1144 tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1045/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum.
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/11/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/XII/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
9. Kepmenkes RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.
10. Kepmenkes RI Nomor 145/Menkes/SK/IX/2007 tentang Pedoman Teknis Penyelenggaraan Gawat Darurat dan Bencana.

E. Peran Perawat Gawat Darurat

Peran perawat gawat darurat terdiri dari empat yaitu:

1. Pelaksana (*Care Giver*)

Peran sebagai pelaksana, perawat dapat melakukan pengkajian, menganalisis, mendiagnosis, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi asuhan

keperawatan gawat darurat dalam situasi yang tidak terduga dan tidak terkontrol. Perawat melakukan triase dan memprioritaskan pasien. Melakukan resusitasi serta mengelola kondisi krisis (seperti kasus kekerasan dan penganiayaan).

2. Pengelolah (*Manager*)

Peran sebagai pengelolah, perawat dapat mengelolah sumber daya keperawatan dalam upaya meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan keperawatan gawat darurat.

3. Pendidik (*Mentor/Preceptor*)

Peran sebagai pendidik, perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan, pengajaran dan atau pembimbingan kepada pasien dan keluarga, perawat dan peserta didik keperawatan.

4. Peneliti (*Researcher*)

Peran sebagai peneliti, perawat melakukan penelitian dan melakukan praktik yang berbasis bukti (*Evidence Based Practice*) yaitu menerapkan hasil penelitian sebagai intervensi dalam mengatasi permasalahan pasien.

BAB II

SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU (SPGDT)

A. Definisi

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah suatu sistem penanggulangan gawat darurat yang melibatkan lintas sektor terkait untuk saling berkoordinasi guna menjamin kecepatan, kecermatan dan ketepatan pertolongan dalam upaya menyelamatkan nyawa penderita dan mencegah terjadinya kecacatan.

Dalam upaya mencapai hasil yang maksimal dalam penanganan kasus gawat darurat baik yang sifatnya gawat darurat sehari-hari (*Silent Disaster*) maupun gawat darurat korban massal atau bencana (*Disaster*) yaitu pada tingkat pelayanan yang prima atau memuaskan di mana tingkat kematian dan kecacatan dalam suatu kejadian kasus gawat darurat dapat diminimalisir jumlahnya, maka langkah yang harus ditempuh oleh petugas kesehatan terutama dokter dan perawat serta dari pihak pemerintah sebagai pendukungnya adalah dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia khususnya pada petugas kesehatan, diadakannya pelatihan

penanggulangan gawat darurat sehari dan bencana, dan ketersediaan fasilitas serta penataan manajemen pengelolaan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) ke arah yang lebih baik dan terstandar.

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) didasari oleh pengelolaan waktu (*Time Management*) yang merupakan bentuk pelaksanaan dari *time saving is life saving* (waktu adalah nyawa), yang harus memiliki unsur kecepatan (*Quick Response*) yang ditunjang oleh sistem komunikasi dan transportasi yang terstandar (modern dan handal) sejak di tempat kejadian menuju pada sarana rujukan untuk mendapatkan pertolongan spesialisik berdasarkan kebutuhan dan **ketepatan** yaitu pemberian pertolongan pertama di tempat kejadian oleh awam dan awam khusus yang terlatih dan oleh tenaga kesehatan profesional kegawatdaruratan serta dokter sebagai salah satu yang paling dibutuhkan, dan bila perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit.

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) memiliki dua unsur yang sangat penting, antara lain:

1. Pra rumah sakit yaitu di tempat kejadian berupa pertolongan pertama penderita gawat darurat.
2. Rumah sakit yaitu sebagai sarana rujukan bila membutuhkan pelayanan spesialisik.

B. Tujuan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT)

1. Tujuan Umum

Mewujudkan Masyarakat Sehat aman dan sejahtera (Safe Community) melalui implementasi SPGDT.

2. Tujuan Khusus

- a. Adanya komando kegiatan sesuai peran masing-masing
- b. Tersedianya SDM kesehatan dengan kualitas dan kuantitas sesuai kebutuhan.
- c. Tersedianya sarana/fasilitas yang standar
- d. Adanya sistem pembiayaan yang jelas.
- e. Adanya dasar peraturan yang kondusif.

C. Jenis Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT)

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) terdiri dari dua jenis atau bagian yaitu:

1. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Sehari-hari

(SPGDT-S).

SPGDT-S adalah suatu bentuk upaya pemberian pelayanan kepada penderita gawat darurat yang saling terkait yang dilaksanakan di tingkat Pra Rumah Sakit-di Rumah Sakit-antar Rumah Sakit dan terjalin dalam suatu sistem dan bertujuan agar korban/pasien tetap hidup. SPGDT-S meliputi berbagai rangkaian kegiatan sebagai berikut:

a. Pra Rumah Sakit

- 1) Diketahuinya bahwa ada penderita gawat darurat oleh masyarakat
- 2) Penderita gawat darurat itu kemudian dilaporkan ke organisasi pelayanan penderita gawat darurat untuk mendapatkan pertolongan medik.
- 3) Pertolongan di tempat kejadian oleh anggota masyarakat awam atau awam khusus (satpam, pramuka, polisi, dan lain-lain).
- 4) Pengiriman penderita gawat darurat untuk pertolongan lanjutan dari tempat kejadian ke rumah sakit (sistem pelayanan ambulan).

b. Dalam Rumah Sakit

- 1) Pertolongan di unit gawat darurat rumah sakit.
- 2) Pertolongan di kamar bedah (jika diperlukan).

3) Pertolongan di ICU/ICCU.

c. Antar Rumah Sakit

- 1) Rujukan ke rumah sakit lain (jika diperlukan).
- 2) Organisasi dan komunikasi.

2. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Bencana (SPGDT-B)

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Bencana (SPGDT-B) adalah suatu bentuk pertolongan pelayanan kegawatdaruratan yang membutuhkan kerja sama antar unit pelayanan pra rumah sakit dan rumah sakit dalam bentuk pelayanan gawat darurat terpadu sebagai khususnya pada terjadinya korban massal yg memerlukan peningkatan (eskalasi) kegiatan pelayanan sehari-hari. Adapun tujuan dari Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Bencana (SPGDT-B) adalah:

- a. Untuk menyelamatkan korban sebanyak-banyaknya pada kejadian suatu bencana.
- b. Mencegah kematian dan cacat, hingga dapat berfungsi kembali seperti sebelum kejadian menimpanya dan dapat menjalani hidup kembali dalam masyarakat sebagaimana mestinya.
- c. Merujuk melalui sistem rujukan untuk memperoleh

penanganan yang lebih layak dan memadai.

- d. Menanggulangi korban bencana.

D. Hakekat Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT)

Rantai Bantuan Hidup Dasar
(Lie Support Chain)

Masyarakat > Dokter Umum Puskesmas > RS Kelas C > RS Kelas AB

Berdasarkan rantai bantuan hidup dasar tersebut di atas, kekuatan rantai ditentukan oleh mata rantai yang paling lemah, pembinaan SPGDT harus dilakukan menyeluruh sehingga masyarakat aman-sehat, masyarakat siaga, desa siaga, keluarga siaga, pemuda-pemudi siaga.

E. Komponen Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT)

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT) Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) mempunyai beberapa komponen yaitu:

1. Komponen Utama

Komponen utama Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) terdiri dari tiga bagian yaitu:

a. Fase Pra Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes), mencakup:

1) Penolong Pertama (*First Responder*)

Penolong Pertama (*First Responder*) adalah orang yang pertama kali menemukan penderita gawat darurat, baik itu kasus gawat darurat sehari hari maupun kasus gawat darurat korban massal. Seorang first responder meliputi orang awam (orang umum di sekitar kejadian) dan orang awam khusus (pemadam kebakaran, TNI, polisi, tim SAR). Keberadaan seorang first responder ini dapat menentukan keselamatan jiwa korban. Orang-orang yang ada di sekitar kejadian sangat membantu dalam mencari

pertolongan melalui pusat komunikasi. Seorang first responder terlatih dapat melakukan pertolongan pertama pada korban gawat darurat sebelum bantuan medis datang. First responder terlatih minimal harus sudah mengikuti pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS).

2) Pusat komunikasi (Emergency Dispatch communication/Dispatcher)

Pusat komunikasi (Emergency Dispatch communication/Dispatcher) merupakan sarana yang sangat penting dibutuhkan pada fase pra fasyankes. Emergency dispatch communication memiliki peran dalam mengumpulkan informasi dari first responder, mendistribusi informasi kepada tim ambulans dan rumah sakit dan mengaktifasi unit-unit atau lembaga yang mempunyai tanggung jawab ketika terjadi suatu kasus gawat darurat baik itu kasus gawat darurat sehari-hari maupun kasus gawat darurat massal (disaster) misalnya Public Safety Community (PSC) BPBD, SAR, Damkar, PMI, polisi dan lain-lain. Selain itu Dispatcher berperan juga dalam mencari rumah sakit yang terdekat yang sesuai dengan

kebutuhan korban, sehingga korban dirujuk pada rumah sakit yang tepat, sehingga rumah sakit dapat mempersiapkan ruangan, peralatan maupun tenaga medis bagi korban yang akan dirujuk.

3) Emergency Ambulance

Ambulance adalah salah satu kendaraan transportasi yang dapat mengangkut orang sakit atau cedera, dari satu tempat ke tempat lain guna perawatan medis. Pengertian lain dari ambulance adalah kendaraan yang digunakan untuk membawa peralatan medis kepada pasien di luar rumah sakit atau memindahkan pasien ke rumah sakit untuk perawatan lebih lanjut. Kendaraan ini dilengkapi dengan sirine untuk menembus kemacetan di jalan raya.

Ambulance berfungsi sebagai kendaraan transport pasien dari suatu tempat ke tempat lain untuk perawatan medis, selain itu juga berfungsi untuk mendekatkan fasilitas gawat darurat ke penderita, sehingga ambulans yang digunakan harus minimal memiliki fasilitas untuk melakukan stabilisasi pada jalan napas, pernapasan dan sirkulasi korban (Basic Ambulance). Korban yang mengalami cedera yang

serius ataupun mengalami serangan jantung sebaiknya menggunakan advanced ambulance yang memiliki peralatan lebih lengkap (mencakup peralatan untuk intubasi, monitor jantung, AED/defibrillator, dan obat-obatan emergency). Selain fasilitas, ambulans gawat darurat harus didukung oleh petugas terlatih (dokter, perawat, supir) dalam penanganan penderita gawat darurat. Pelayanan kegawatdaruratan pra rumah sakit mengacu pada protokol yang telah ditentukan. Hal tersebut merupakan aspek etik legal yang harus dijalankan oleh setiap petugas ambulans. Protokol tersebut mengacu pada Standar Operating Procedure (SOP) yang telah disusun oleh tim ahli sebagai offline medical direction. Sedangkan kasus-kasus khusus yang tidak tertuang dalam SOP, petugas lapangan akan diberikan bimbingan tindakan dan monitoring langsung dari dokter (online medical direction).

b. Fase Intra-Fasilitas Pelayanan Kesehatan, mencakup:

1) Ketersediaan Emergency Call Center

Emergency Call Center adalah satu atau beberapa

nomor telepon yang dapat dihubungi dalam keadaan darurat oleh masyarakat umum untuk mendapatkan bantuan dari berbagai pihak seperti polisi, pemadam kebakaran dan pertolongan medis atau pengangkutan (evakuasi) ke rumah sakit. Keberadaan Emergency Call Center sangat vital dan menjadi jembatan antara fase pra Fasyankes dan fase Fasyankes. Emergency Call Center mendapatkan informasi dari pusat komunikasi (Dispatcher), sehingga rumah sakit dapat dengan cepat mempersiapkan kebutuhan ruangan, tim medis dan juga fasilitas/peralatan yang diperlukan.

2) Kualitas Pelayanan

Untuk memberikan kualitas pelayanan yang baik, maka setiap tempat pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit harus mempersiapkan atau menyediakan sumber daya manusia yang memiliki tingkat pengetahuan dan keterampilan yang tinggi dan terstandar. Kualitas pelayanan mencakup pelayanan di setiap ruangan, baik di IGD, Kamar Operasi, HCU, ICU, ICCU, maupun ruang perawatan. Masing-masing ruangan harus terintegrasi satu sama

lain, dan memiliki fasilitas yang memadai. Kompetensi petugas medis harus disesuaikan dengan kebutuhan pada masing-masing ruangan.

c. Fase Antar- Fasilitas Pelayanan Kesehatan, mencakup:

1) Sistem Rujukan

Di Indonesia sistem rujukan kesehatan telah diatur dan dirumuskan dalam Permenkes No. 01 tahun 2012. Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab timbal balik pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Sederhananya, sistem rujukan mengatur darimana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan keadaan sakitnya. Pelaksanaan sistem rujukan di Indonesia telah diatur dengan bentuk bertingkat atau berjenjang yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua, dan ketiga, di mana dalam pelaksanaannya tidak berdiri sendiri-sendiri namun berada di suatu sistem dan saling berhubungan. Bila suatu fasilitas pelayanan kesehatan tidak mampu untuk menangani korban

gawat darurat karena kurangnya fasilitas ataupun SDM kesehatan, maka fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus melakukan rujukan ke rumah sakit yang memiliki grade lebih tinggi. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus memiliki sistem rujukan yang baik sehingga proses rujukan korban dapat dilakukan dengan tepat, cepat, efektif dan efisien. Hal tersebut tentunya didukung oleh sistem komunikasi yang bagus.

Saat ini, sistem rujukan di rumah sakit sudah dilengkapi dengan aplikasi yang secara online dapat digunakan dan memudahkan untuk menghubungi pihak rumah sakit yang akan dituju untuk melakukan rujukan. Aplikasi rujukan yang dapat digunakan disebut Sistem Rujukan Rumah Sakit Terintegrasi (SISRUTE) dan dapat diunduh melalui playstore melalui HP android, sehingga memudahkan untuk bisa berkomunikasi dengan pihak rumah sakit yang akan dituju untuk melakukan rujukan.

Adanya Sistem Rujukan Rumah Sakit Terintegrasi (SISRUTE) sangat membantu petugas kesehatan dalam melakukan rujukan pasien ke rumah sakit

yang lebih tinggi tingkatannya, misalnya dari rumah sakit tipe C merujuk ke rumah sakit tipe B atau dari rumah sakit tipe B ke rumah sakit tipe A.

2) Sistem Transportasi

Setiap rumah sakit diwajibkan memiliki fasilitas berupa mobil ambulance yang salah satu fungsinya sebagai alat transportasi pasien yang akan dirujuk. Proses rujukan tentunya memerlukan sistem transportasi yang memadai. Penderita gawat darurat harus di evakuasi dengan menggunakan ambulance yang sesuai (basic hingga advanced ambulance) dan didukung oleh petugas yang terlatih.

Ketiga fase di atas (fase pra Fasyankes, Fasyankes dan antar Fasyankes), harus terintegrasi sehingga pertolongan pada penderita gawat darurat dapat dilakukan dengan cepat dan tepat. SPGDT yang berjalan dengan baik dapat menurunkan tingkat kecacatan maupun kematian pada penderita gawat darurat.

2. Komponen Penunjang

a. Sistem komunikasi

- b. Sistem Transportasi
 - c. Sistem Pendanaan
- 3. Komponen Sumber Daya Manusia Terlatih
 - a. Multi Disiplin
 - b. Multi Profesi
 - c. Multi Sektor

BAB III

STANDAR PELAYANAN KEPERAWATAN

GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT

A. Latar Belakang

Ketika kita berbicara mengenai kejadian gawat darurat, maka ada kaitannya dengan nyawa seseorang. Nyawa merupakan hal yang sangat penting bagi kehidupan seseorang karena dianggap tidak memiliki cadangan sehingga bila nyawa hilang maka hilanglah selama-lamanya dan tidak dapat digantikan lagi. Untuk mempertahankan nyawa atau kehidupan seseorang yang sedang mengalami kasus gawat darurat, maka petugas kesehatan baik itu Dokter, Perawat, Bidan atau petugas kesehatan lainnya mempunyai kewajiban untuk memberikan pertolongan sebaik mungkin terhadap seseorang yang mengalami kasus gawat darurat yang dihadapinya sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya.

Petugas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada penderita yang mengalami gawat darurat harus memiliki pengetahuan yang cukup serta ditunjang dengan kompetensi dan keterampilan yang baik pula. Petugas kesehatan

yang bekerja di IGD minimal pernah mengikuti pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS) dan sebaiknya diperbanyak pelatihannya yang berkaitan dengan pelatihan penanganan kegawatdaruratan seperti ALS (Advanced Life Support) dan yang lainnya.

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan merupakan tujuan utama bagi siapa saja yang mengalami kasus gawat darurat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tujuan seseorang yang mengalami kasus gawat darurat datang ke rumah sakit adalah tentunya mengharapkan agar kasus gawat darurat yang dialaminya bisa diatasi sehingga kehidupan seseorang dapat dipertahankan.

Untuk memberikan pelayanan keperawatan kegawatdaruratan yang terstandar dan memuaskan sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat di mana angka kecacatan dan kematian dapat diminimalisir jumlahnya, maka pihak rumah sakit harus memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat.

B. Kebijakan Pelayanan Gawat Darurat

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dan Keteknisian Medik Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2011, yang menjadi dasar kebijakan dalam memberikan pelayanan gawat darurat adalah:

1. Pengembangan dan penerapan standar pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit, dilaksanakan dalam upaya penurunan angka kematian dan kesakitan melalui peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
2. Pengembangan dan peningkatan kemampuan teknis dan manajerial tenaga keperawatan dalam pelayanan keperawatan gawat darurat rumah sakit untuk terwujudnya kompetensi yang diperlukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD).
3. Penerapan standar pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit memerlukan dukungan dari berbagai pihak terkait.

C. Strategi dalam Penerapan Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat (SPGDT)

Untuk mencapai hasil yang maksimal terhadap standar

pelayanan keperawatan gawat darurat yang diterapkan di sebuah rumah sakit, maka pihak rumah sakit harus memiliki strategi, antara lain adalah:

1. Memiliki Sumber Daya Manusia (SDM) dengan tingkat pengetahuan dan keterampilan yang terstandar dalam pemberian pelayanan keperawatan gawat darurat sehingga dapat dioptimalkan fungsinya sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya.
2. Tersedianya sarana dan prasarana rumah sakit yang terstandar dalam pelayanan keperawatan gawat darurat.
3. Meningkatkan kerja sama tim.
4. Meningkatkan kemampuan teknis dan manajerial pelayanan keperawatan gawat darurat.

D. Tujuan Penerapan Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas mutu pelayanan keperawatan gawat darurat di UGD sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO).

2. Tujuan Khusus

- a. Adanya perencanaan dalam pemberian pelayanan keperawatan gawat darurat.
- b. Adanya pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat.
- c. Adanya implementasi/pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat.
- d. Adanya asuhan keperawatan gawat darurat.
- e. Adanya pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat.
- f. Adanya pengendalian mutu dalam pelayanan keperawatan gawat darurat.

E. Sasaran Standar Penerapan Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat (SPGDT)

Sasaran dalam menetapkan standar penerapan pelayanan keperawatan gawat darurat adalah:

1. Pengelola pelayanan kesehatan di rumah sakit.
2. Pengelola pelayanan keperawatan di Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota.

3. Tenaga kesehatan khususnya perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD).
4. Organisasi profesi kesehatan khususnya PPNI.
5. Institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan kesehatan lainnya.

F. Komponen dan Indikator Standar Penerapan Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat (SPGDT)

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2011 yang diketuai oleh Suhartati,S.Kp., M.Kes mengatakan bahwa yang menjadi komponen dan indikator standar penerapan pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Standar I: Perencanaan Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit, meliputi:
 - a. Ketenagaan
Perencanaan pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit meliputi perencanaan ketenagaan yaitu perencanaan ketenagaan perawat gawat darurat

yang mencakup kebutuhan tenaga, peran dan fungsi tenaga perawat gawat darurat serta kualifikasi tenaga perawat berdasarkan kompetensi yang telah ditentukan. Alasan dilakukannya perencanaan ketenagaan adalah perencanaan tenaga perawat yang sesuai dengan kualifikasi dapat mendukung terwujudnya pelayanan keperawatan gawat darurat yang berkualitas, efektif dan efisien.

Kriteria struktur terhadap perencanaan ketenagaan dalam pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD adalah:

- 1) Ada kebijakan pimpinan rumah sakit yang mengatur kualifikasi perawat yang bertugas di instalasi gawat darurat.
- 2) Ada kebijakan pimpinan tentang perencanaan kebutuhan tenaga perawat mengacu pada fungsi pelayanan instalasi gawat darurat rumah sakit berdasarkan pada rata-rata jumlah pasien per hari, jumlah jam perawatan per hari (tingkat beban kerja) serta jam efektif perawat per hari serta kompleksitas dari kasus yang ditangani di

instalasi gawat darurat (IGD) rumah sakit.

- 3) Semua perawat yang memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), dan sertifikat pelatihan gawat darurat.

Kriteria struktur terhadap perencanaan ketenagaan dalam pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD adalah:

- 1) Ada kebijakan pimpinan rumah sakit yang mengatur kualifikasi perawat yang bertugas di instalasi gawat darurat.
- 2) Ada kebijakan pimpinan tentang perencanaan kebutuhan tenaga perawat mengacu pada fungsi pelayanan instalasi gawat darurat rumah sakit berdasarkan pada rata-rata jumlah pasien per hari, jumlah jam perawatan per hari (tingkat beban kerja) serta jam efektif perawat per hari serta kompleksitas dari kasus yang ditangani di instalasi gawat darurat (IGD) rumah sakit.
- 3) Semua perawat yang memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), dan sertifikat pelatihan gawat darurat.

Kriteria Proses terhadap perencanaan ketenagaan

dalam pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD adalah:

- 1) Menyusun rencana kebutuhan tenaga perawat berdasarkan rata-rata jumlah pasien per hari, jumlah jam perawatan per hari (tingkat beban kerja) serta jam efektif perawat per hari serta kompleksitas dari kasus yang ditangani di IGD rumah sakit
- 2) Menjadi tim rekrutmen tenaga perawat yang memberikan pelayanan gawat darurat,
- 3) Menyusun rencana program pengembangan SDM melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, program pengembangan profesi.

Kriteria hasil terhadap perencanaan ketenagaan dalam pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD adalah:

- 1) Tersedia tenaga keperawatan di gawat darurat sesuai kebutuhan yang ditetapkan dengan kualifikasi yang dipersyaratkan.
- 2) Adanya dokumen perencanaan kebutuhan tenaga perawat dan pengembangannya.
- 3) Adanya tenaga perawat yang terlibat dalam. tim rekrutmen tenaga perawat di pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit.

b. Sarana, Prasarana, dan Peralatan IGD di Rumah sakit

Sarana, prasarana dan peralatan merupakan hal yang sangat penting untuk dimiliki rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan dan menjadi bagian yang akan memfasilitasi dan mendukung semua kegiatan pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit sehingga dapat menjamin terlaksananya kegiatan dengan lancar dan terstandar. Sedangkan pengelolaan sarana, prasarana, peralatan kesehatan dan logistik yang tepat dan cepat, mendukung terwujudnya pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit yang berkualitas.

Tersedianya sarana, prasarana, peralatan kesehatan dan logistik dapat menunjang terlaksananya pelayanan. keperawatan gawat darurat di rumah sakit yang berkualitas, efektif dan efisien. Kriteria struktur terhadap perencanaan sarana, prasarana, dan peralatan IGD di rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- 1) Adanya kebijakan pimpinan rumah sakit yang mengatur sarana, prasarana dan peralatan kesehatan serta logistik dalam pelayanan gawat darurat di rumah sakit.
- 2) Adanya standar sarana, prasarana dan peralatan kesehatan serta logistik.

- 3) Adanya mekanisme/alur permintaan penggunaan dan pemeliharaan peralatan serta logistik.
- 4) Adanya perencanaan sarana prasarana dan peralatan yang melibatkan tenaga perawat.
- 5) Adanya area dekontaminasi pada IGD level IV dan IGD rumah sakit di daerah beresiko.
- 6) Adanya tempat penyimpanan sarana kesehatan dan logistik yang sesuai standar yang berlaku.
- 7) Adanya tenaga yang bertanggung jawab dalam pemeliharaan dan tersedianya jadwal pemeliharaan secara berkala,
- 8) Adanya SPO peralatan. penggunaan dan pemeliharaan
- 9) Adanya sistem isolasi untuk pasien infeksius (H1N1, H5N1, SARS).

Kriteria proses terhadap perencanaan sarana, prasarana, dan peralatan IGD di rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD adalah sebagai berikut:

- 1) Menyusun rencana kebutuhan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dan logistik berdasarkan spesifikasi yang dipersyaratkan di pelayanan keperawatan gawat darurat.
- 2) Menjadi tim teknis dalam pengadaan sarana, prasarana,

peralatan kesehatan dan logistik di instalasi gawat darurat.

- 3) Melaksanakan pemantauan terhadap pemeliharaan sarana, prasarana serta peralatan kesehatan dan uji fungsi (kalibrasi) secara teratur dan berkala.
- 4) Melaksanakan sistem isolasi untuk pasien yang menderita penyakit sangat menular dan mematikan (H1N1, H5N1, SARS).

Kriteria hasil terhadap perencanaan sarana, prasarana, dan peralatan IGD di rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD adalah sebagai berikut:

- 1) Tersedianya sarana, prasarana, peralatan kesehatan dan logistik siap pakai sesuai kebutuhan.
- 2) Adanya dokumen inventaris sarana, prasarana, peralatan kesehatan dan logistik.
- 3) Adanya dokumen frekuensi pemakaian dan pemeliharaan peralatan kesehatan secara periodik/berkala.
- 4) Adanya dokumen hasil kalibrasi peralatan kesehatan.
- 5) Adanya sistem isolasi untuk pasien yang menderita penyakit sangat menular dan mematikan (H1N1, H5N1, SARS).

2. Standar II: Pengorganisasian Pelayanan Keperawatan Gawat

Darurat

Pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat di instalasi gawat darurat (IGD) harus memberikan pelayanan selama 24 jam dalam sehari. Pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat didasarkan pada organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat dengan tujuan tercapainya mutu pelayanan IGD rumah sakit yang optimal yang dapat memberikan kepuasan kepada para pasien/penderita yang mengalami kasus gawat darurat maupun pada keluarga pasien.

Pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat yang baik di IGD rumah sakit dan didukung oleh tim yang handal menjamin kesinambungan pelayanan keperawatan gawat darurat yang berkualitas, efektif dan efisien.

Kriteria struktur pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Adanya kebijakan pimpinan rumah sakit tentang pelayanan keperawatan gawat darurat yang mencakup pembentukan

organisasi, tata laksana pelayanan di IGD dan monitoring evaluasi.

- b. Adanya kebijakan pimpinan rumah sakit tentang sistem rujukan pasien gawat darurat.
- c. Adanya struktur organisasi dan hubungan tata kerja gawat darurat.
- d. Adanya standar penetapan uraian tugas, tanggung jawab serta kewenangan perawat kepala ruangan, ketua tim dan pelaksana di gawat darurat.
- e. Adanya SPO penatalaksanaan bencana baik internal dan eksternal.
- f. Adanya kebijakan pendelegasian kewenangan melakukan tindakan medik yang bukan life saving diatur oleh kebijakan pimpinan rumah sakit setempat atau komite medik secara tertulis.

Kriteria proses pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Melaksanakan tugas sesuai dengan uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan perawat dalam pelayanan IGD.
- b. Melakukan koordinasi dengan anggota tim kesehatan lain.
- c. Melakukan koordinasi dengan tim keperawatan di pelayanan

IGD.

- d. Melaksanakan asuhan sesuai dengan metode penugasan yang ditetapkan.
- e. Melaksanakan penanganan bencana baik internal maupun eksternal sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).
- f. Melaksanakan delegasi kewenangan untuk melakukan tindakan medik yang bukan life saving diatur oleh kebijakan pimpinan rumah sakit setempat atau komite medik.

Kriteria proses pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Terlaksananya pelayanan keperawatan gawat darurat di IGD sesuai uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan tertulis.
- b. Terlaksananya koordinasi dengan anggota tim keperawatan dan anggota tim kesehatan lain.
- c. Terlaksananya sistem rujukan pasien gawat darurat.
- d. Terlaksananya penanganan bencana baik bencana internal maupun eksternal.
- e. Terlaksananya delegasi kewenangan untuk melakukan tindakan medik yang bukan life saving diatur oleh kebijakan pimpinan rumah sakit setempat atau komite medik.

3. Standar III: Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat

Pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat merupakan bantuan yang diberikan pada pasien gawat darurat bertujuan untuk penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan menggunakan pendekatan proses keperawatan di IGD rumah sakit.

Pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan gawat darurat dengan cepat, tepat, dan cermat sesuai standar bertujuan untuk penyelamatan nyawa dan. mencegah kecacatan bagi penderita yang mengalami kasus gawat darurat.

Kriteria struktur pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Ada kebijakan pimpinan rumah sakit tentang penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) 10 kasus kegawatdaruratan yang menyebabkan kematian serta 10 masalah utama keperawatan gawat darurat.
- b. Ada kebijakan pimpinan rumah sakit tentang Standar

Prosedur Operasional (SPO) gawat darurat sebagai pendukung pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat.

- c. Ada standar asuhan keperawatan gawat darurat meliputi pengkajian, diagnosa/masalah keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi, minimal pada sepuluh (10) masalah utama keperawatan gawat darurat.
- d. Ada Standar Prosedur Operasional (SPO) kegawatdaruratan klinis yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.
- e. Ada SPO manajerial yang berisikan alur pelayanan gawat darurat sehari-hari, bencana internal dan eksternal yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.
- f. Ada metode penugasan perawat yang ditetapkan (manajemen kasus/primer) di pelayanan gawat darurat.

Kriteria proses pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Melaksanakan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pada 10 kasus kegawatdaruratan yang menyebabkan kematian dan 10 masalah utama keperawatan gawat darurat.
- b. Melaksanakan pelayanan keperawatan gawat darurat sesuai

Standar Prosedur Operasional (SPO).

- c. Melaksanakan asuhan keperawatan gawat darurat meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi.
- d. Melaksanakan SPO manajerial yang berisikan alur pelayanan gawat darurat sehari-hari, bencana internal dan eksternal.
- e. Melaksanakan kolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan tim kesehatan lain.

Kriteria hasil pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Semua perawat melaksanakan SPO klinis maupun SPO manajerial.
- b. Ada dokumen/catatan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan tiap pasien yang mencerminkan penerapan SAK.
- c. Perawat menangani pasien dan keluarganya secara komprehensif.

4. Standar IV: Asuhan Keperawatan Gawat Darurat

Di dalam Undang-Undang Keperawatan pada Bab I

Pasal 1 Ayat (5) dijelaskan bahwa asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien. Asuhan keperawatan gawat darurat adalah metode pemecahan masalah kegawatdaruratan bagi penderita dalam bentuk kegiatan praktik keperawatan kegawatdaruratan yang diberikan oleh perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan di IGD rumah sakit. Proses keperawatan terdiri dari lima langkah meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

a. Pengkajian

Pengkajian adalah serangkaian kegiatan proses pengumpulan data primer dan sekunder terfokus tentang status kesehatan pasien gawat darurat di rumah sakit secara sistematis, akurat, dan berkesinambungan. Pengkajian primer dan sekunder yang dilakukan harus terfokus, sistematis, akurat, dan berkesinambungan sehingga memudahkan perawat untuk menetapkan masalah kegawatdaruratan pasien dan rencana tindakan cepat, tepat, dan cermat sesuai standar.

Kriteria struktur pengkajian keperawatan pada penderita gawat darurat di Instalasi Rawat Darurat (IRD) adalah:

- 1) Ada format pengkajian yang baku untuk pengkajian keperawatan gawat darurat di rumah sakit.
- 2) Ada petunjuk teknis penggunaan formulir pengkajian keperawatan gawat darurat di rumah sakit.
- 3) Ada sistem triase yang dapat digunakan pada pengkajian keperawatan gawat darurat di rumah. sakit sehari-hari, baik bencana internal maupun eksternal.
- 4) Ada alat untuk pengkajian keperawatan gawat darurat meliputi: jam dengan jarum detik, stetoskop, termometer, tensimeter, pen light (lampu senter), defibrillator, pulse oximetry, & EKG.

Kriteria proses pengkajian keperawatan pada penderita gawat darurat di Instalasi Rawat Darurat (IRD) adalah:

- 1) Melakukan triase yaitu pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya. yang tersedia.
- 2) Melakukan pengumpulan data melalui primary survey dan secondary survey pada kasus gawat darurat di rumah sakit serta bencana internal dan eksternal.

a. Primary Survey:

A: Airway atau dengan kontrol servikal.

B: Breathing dan ventilasi.

C: Circulation dengan kontrol perdarahan.

D: Disability (evaluasi neurologis) pada kasus trauma, Defibrillation, Drugs, Differential diagnosa pada kasus non trauma.

E: Exposure pada kasus trauma, EKG, Elektro Imbalance buka baju untuk melihat jelas, jaga suhu badan dengan memberi selimut untuk mencegah kedinginan.

b. Secondary Survey:

Pengkajian head to toe terfokus, adalah pengkajian komprehensif sesuai dengan keluhan utama pasien.

- 3) Melakukan re-triase.
- 4) Mengumpulkan data hasil dari pemeriksaan penunjang medik.
- 5) Mengelompokkan dan menganalisis data secara sistematis.
- 6) Melakukan pendokumentasian dengan menggunakan format pengkajian baku.

Kriteria proses pengkajian keperawatan pada penderita gawat darurat di Instalasi Rawat Darurat (IRD) adalah:

- 1) Adanya dokumen pengkajian keperawatan gawat darurat yang telah terisi dengan benar ditandatangani, nama jelas,

diberi tanggal dan jam pelaksanaan.

- 2) Adanya rumusan masalah/diagnosa keperawatan gawat darurat.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan gawat darurat merupakan penilaian atau keputusan klinis perawat tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan aktual maupun resiko yang mengancam jiwa penderita.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan merupakan dasar penyusunan rencana keperawatan dalam penyelamatan jiwa dan mencegah kecacatan serta kematian.

Kriteria struktur penetapan diagnosa keperawatan pada kasus gawat darurat yaitu ada daftar masalah/ diagnosa keperawatan gawat darurat. Kriteria proses penetapan diagnosa keperawatan pada kasus gawat darurat yaitu menetapkan masalah/diagnosa keperawatan mencakup: masalah, penyebab, tanda dan gejala (PES/PE) berdasarkan prioritas masalah.

Prioritas diagnosa/masalah keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- 1) Gangguan jalan napas.

- 2) Tidak efektifnya bersihan jalan napas.
- 3) Pola napas tidak efektif.
- 4) Gangguan pertukaran gas.
- 5) Penurunan curah jantung.
- 6) Gangguan perfusi jaringan perifer.
- 7) Gangguan rasa nyaman.
- 8) Gangguan volume cairan tubuh.
- 9) Gangguan perfusi serebral.
- 10) Gangguan termoregulasi.

Kriteria hasil penetapan diagnosa keperawatan pada kasus gawat darurat yaitu ada dokumentasi masalah/ diagnosa keperawatan gawat darurat.

c. Perencanaan

Perencanaan adalah serangkaian langkah atau bentuk pemecahan masalah yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah/diagnosa keperawatan gawat darurat berdasarkan prioritas masalah yang telah ditetapkan baik secara mandiri maupun melibatkan tenaga kesehatan lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Rencana tindakan keperawatan gawat darurat digunakan

sebagai pedoman dalam melakukan tindakan. keperawatan yang sistematis dan efektif.

Kriteria struktur penetapan rencana keperawatan pada diagnosa keperawatan kasus gawat darurat adalah sebagai berikut:

- 1) Adanya rumusan tujuan dan kriteria hasil.
- 2) Adanya rumusan rencana tindakan keperawatan.

Kriteria proses penetapan rencana keperawatan pada diagnosa keperawatan kasus gawat darurat adalah sebagai berikut:

- 1) Menetapkan tujuan tindakan keperawatan penyelamatan jiwa dan pencegahan kecacatan. sesuai dengan kriteria SMART.
- 2) Menetapkan rencana tindakan dari tiap-tiap diagnosa keperawatan.
- 3) Mendokumentasikan rencana keperawatan.

Kriteria hasil penetapan rencana keperawatan pada diagnosa keperawatan kasus gawat darurat adalah sebagai berikut:

- 1) Tersusunnya rencana tindakan keperawatan gawat darurat meliputi rencana keperawatan yang sifatnya observasi, nursing treatment (tindakan mandiri perawat), edukasi dan

kolaboratif.

- 2) Ada rencana tindakan keperawatan didokumentasikan pada catatan keperawatan.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah suatu bentuk pelaksanaan tindakan keperawatan perawat berdasarkan rencana asuhan keperawatan gawat darurat yang telah disusun atau ditetapkan berdasarkan diagnosa yang ditemukan. Perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan gawat darurat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Kriteria struktur implementasi/pelaksanaan tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Ada rencana tindakan berdasarkan prioritas
- 2) Ada standar asuhan keperawatan gawat darurat di RS baik sehari-hari maupun bencana
- 3) Ada Standar Prosedur Operasional klinis
- 4) Tersedia format tindakan keperawatan
- 5) Ada kebijakan tentang informed consent disertai format yang baku
- 6) Ada kebijakan di rumah sakit tentang pendelegasian tindakan

medis.

Kriteria proses implementasi/pelaksanaan tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan tindakan keperawatan mengacu pada standar prosedur operasional yang telah ditentukan sesuai dengan tingkat kegawatan pasien, berdasarkan prioritas tindakan:
 - a) Pelayanan keperawatan gawat darurat rumah sakit :
 - (1) Melakukan triase.
 - (2) Melakukan tindakan penanganan masalah penyelamatan jiwa dan pencegahan kecacatan.
 - (3) Melakukan tindakan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul. Contoh: Jalan napas tidak efektif.

Tindakan Mandiri Keperawatan:

- (a) Memonitor pernapasan: rate, irama, pengembangan dinding dada, ratio inspirasi maupun ekspirasi, penggunaan otot tambahan pernapasan, bunyi napas, bunyi napas abnormal dengan atau tanpa stetoskop.
- (b) Melakukan pemasangan pulse oksimetri.
- (c) Mengobservasi produksi sputum, jumlah, warna,

kekentalan.

- (d) Melakukan jaw thrust tapi khusus pasien dengan dugaan cedera servikal lakukan chin lift atau head tilt.
- (e) Memberikan posisi semi fowler atau berikan posisi miring aman.
- (f) Memberikan air minum hangat sesuai kebutuhan.
- (g) Melakukan fisioterapi dada sesuai indikasi.
- (h) Melakukan suction bila perlu.
- (i) Melakukan pemasangan Oropharyngeal Airway (OPA), Nasopharyngeal Airway (NPA), Laryngeal Mask Airway (LMA).
- (j) Mengajarkan pasien untuk napas dalam dan batuk efektif.

Tindakan Kolaborasi:

- (a) Beri obat sesuai indikasi: bronkodilator, mukolitik, antibiotik, dan steroid.
- (b) Pemasangan EndoTracheal Tube (ETT).

2) Melakukan monitoring respon pasien terhadap tindakan keperawatan.

3) Mengutamakan prinsip keselamatan pasien (patient safety), dan privacy.

- 4) Menerapkan prinsip standar baku (*standard precaution*).
- 5) Mendokumentasikan tindakan keperawatan.

Kriteria hasil implementasi/pelaksanaan tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Adanya dokumen tentang tindakan keperawatan serta respon pasien.
- 2) Ada dokumen tentang pendelegasian tindakan medis (standing order).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian perkembangan kondisi pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan gawat darurat yang mengacu pada kriteria hasil. Hasil evaluasi menggambarkan tingkat keberhasilan. tindakan keperawatan gawat darurat seorang perawat dalam menangani pasien/penderita gawat darurat.

Kriteria struktur evaluasi keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Ada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 2) Adanya catatan perkembangan pasien dari tiap masalah/diagnosa keperawatan.

Kriteria proses evaluasi keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan evaluasi terhadap respon pasien pada setiap tindakan yang diberikan (evaluasi proses).
- 2) Melakukan evaluasi dengan cara membandingkan hasil tindakan dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan (evaluasi hasil).
- 3) Melakukan re-evaluasi dan menentukan tindak lanjut.
- 4) Mendokumentasikan respon klien terhadap intervensi yang diberikan.

Kriteria hasil evaluasi keperawatan adalah sebagai berikut: ada dokumen hasil evaluasi menggunakan pendekatan SOAP pada tiap masalah/diagnosa keperawatan.

5. Standar V: Pembinaan Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat

Pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat meliputi pembinaan terhadap manajemen keperawatan, penerapan asuhan keperawatan, peningkatan pengetahuan serta keterampilan keperawatan gawat darurat di rumah sakit secara

berkesinambungan. Pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat dapat meningkatkan profesionalisme perawat sehingga menjamin tercapainya pelayanan keperawatan gawat darurat yang berkualitas.

Kriteria struktur pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Adanya kebijakan pimpinan tentang pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat.
- b. Adanya mekanisme bimbingan teknis pelayanan keperawatan gawat darurat.
- c. Adanya program peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat gawat darurat (formal dan informal).
- d. Adanya reward dan punishment (penghargaan dan sanksi) bagi perawat di gawat darurat.

Kriteria proses pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Merencanakan dan melaksanakan program bimbingan teknis, peningkatan kemampuan, penerapan asuhan gawat darurat secara berkala.
- b. Melaksanakan pembinaan pelayanan-pelayanan gawat

darurat yang meliputi: manajemen keperawatan, penerapan asuhan. keperawatan, peningkatan pengetahuan serta keterampilan keperawatan gawat darurat di RS dan berkesinambungan.

- c. Memberikan reward (jasa keperawatan) dan punishment (sanksi) sesuai ketentuan.
- d. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi kinerja secara periodik.
- e. Melaksanakan tindak lanjut hasil pembinaan.
- f. Melaksanakan pembinaan masalah etik profesi.

Kriteria hasil pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Adanya peningkatan kinerja yang dibuktikan dengan dokumen kinerja perawat.
- b. Adanya dokumen laporan penyelesaian masalah.
- c. Adanya dokumen bimbingan teknis terhadap pelayanan keperawatan gawat darurat.
- d. Adanya reward dan punishment.
- e. Adanya dokumen penanganan masalah etik profesi.

6. Standar VI: Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan

Gawat Darurat

Pengendalian mutu pelayanan keperawatan gawat darurat adalah pemantauan, penilaian pelayanan. keperawatan serta tindak lanjutnya yang dilakukan secara terus menerus untuk menjaga mutu pelayanan keperawatan gawat darurat.

Pengendalian mutu pelayanan keperawatan menjamin keselamatan, menurunkan angka kematian dan kecacatan serta meningkatkan kepuasan pasien.

Kriteria struktur pengendalian mutu pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Adanya kebijakan pimpinan. tentang program keselamatan pasien (Patient safety).
- b. Adanya kebijakan tentang program pengendalian mutu keperawatan gawat darurat.
- c. Adanya indikator kinerja klinis pelayanan gawat darurat:
 - 1) Waktu tanggap pelayanan di gawat darurat (response time).
 - 2) Angka kematian pasien ≤ 24 jam.
 - 3) Kepuasan pelanggan.

Kriteria proses pengendalian mutu pelayanan keperawatan

gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Melaksanakan pemantauan mutu dengan menggunakan instrumen yang terstandar.
- b. Melaksanakan upaya keselamatan pasien.
- c. Mendokumentasikan upaya keselamatan pasien dan pengendalian mutu.
- d. Menyusun program perbaikan kendali mutu pelayanan gawat darurat.

Kriteria proses pengendalian mutu pelayanan keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

- a. Ada dokumen hasil pelaksanaan keselamatan pasien dan perawat.
- b. Ada dokumen hasil evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien.
- c. Waktu tanggap pelayanan gawat darurat (response time) <5 menit.
- d. Angka kematian pasien ≤ 24 jam $\leq$ dua per seribu.

BAB IV

TRIASE

A. Definisi

1. Triase berasal dari bahasa Prancis trier, bahasa Inggris triage, dan diturunkan dalam bahasa Indonesia triase yang berarti sortir. Yaitu proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat.
2. Triase adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia.
3. Triase adalah proses khusus memilah dan memilih pasien berdasarkan beratnya penyakit menentukan prioritas perawatan gawat medik serta prioritas transportasi. Artinya memilih berdasarkan prioritas dan penyebab ancaman hidup.
4. Triase/Triage merupakan suatu sistem yang digunakan dalam mengidentifikasi korban dengan cedera yang mengancam jiwa untuk kemudian diberikan prioritas untuk dirawat atau di evakuasi ke fasilitas kesehatan.
5. Triase yaitu proses memilah pasien berdasar beratnya. cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat.

B. Tujuan Triase

1. Untuk mengidentifikasi kondisi pasien/korban yang mengancam nyawa.
2. Mengidentifikasi cepat pasien/korban yang memerlukan stabilisasi segera.
3. Untuk memprioritaskan pasien/korban menurut keakutannya.
4. Untuk mengurangi jatuhnya korban jiwa dan kecacatan.
5. Mengidentifikasi pasien/korban yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan.
6. Untuk bertindak dengan cepat dan waktu yang tepat serta melakukan yang terbaik untuk pasien.

C. Pengelompokan Triase Berdasarkan Tag Label

1. Prioritas Pertama (Merah)

Kriteria pasien/penderita pada prioritas pertama yaitu pasien/penderita dengan cedera berat dan memerlukan. penilaian cepat dan tindakan medik atau transport segera untuk menyelamatkan hidupnya. Misalnya penderita gagal napas, henti

jantung, luka bakar berat, pendarahan parah dan cedera kepala berat. Waktu tunggu dalam melakukan penanganan nol detik yang berarti pada saat pasien/ korban dinyatakan masuk dalam prioritas pertama (P1) maka dengan segera langsung diberikan pertolongan dan dilakukan monitoring atau evaluasi setiap 5-10 menit. Salah contoh bentuk tag label untuk pasien dengan prioritas pertama (P1) adalah seperti gambar di bawah ini:

2. Prioritas Kedua (Kuning)

Pasien memerlukan bantuan, namun dengan cedera. dan tingkat yang kurang berat dan dipastikan tidak akan mengalami ancaman jiwa dalam waktu dekat. misalnya luka sayatan dangkal, cedera abdomen tanpa syok, luka bakar ringan, fraktur atau patah tulang tanpa syok dan jenis-jenis penyakit lain. Salah contoh bentuk tag label untuk pasien dengan prioritas kedua (P2) adalah seperti gambar di bawah ini:

3. Prioritas Ketiga (Hijau)

Pasien dengan cedera minor dan tingkat penyakit yang tidak membutuhkan pertolongan segera serta tidak mengancam nyawa dan tidak menimbulkan kecacatan. Salah contoh bentuk tag label untuk pasien dengan prioritas ketiga (P3) adalah seperti gambar di bawah ini:

4. Prioritas Nol (Hitam)

Pasien yang datang dengan keadaan meninggal (Death Of Arrival). Salah contoh bentuk tag label untuk pasien dengan prioritas nol (PO) adalah seperti gambar di bawah ini:

D. Prinsip Triase

Menurut Brooker, 2008. Dalam prinsip triase diberlakukan sistem prioritas. Prioritas adalah penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan:

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

BAB V

INITIAL ASSESSMENT

A. Definisi

Initial assessment adalah suatu bentuk penilaian dan pengelolaan awal kondisi korban/pasien yang dilakukan secara cepat dan tepat, sehingga tim medis baik dokter atau perawat yang melakukan initial assessment harus mempunyai kecakapan dan keterampilan khusus dalam menilai kondisi awal pasien tersebut.

Initial assessment yang dilakukan dengan cara yang cepat dan tepat pada saat menemukan korban atau pasien dengan kondisi gawat darurat merupakan salah satu penentu keberhasilan penanganan pasien.

B. Tahapan Initial Assessment

1. *Primary Survey*

Yaitu penanganan airway, breathing, circulation, disability, exposure dan resusitasi. Pada saat melakukan Primary survey yang dicari adalah keadaan yang mengancam nyawa, dan apabila menemukan maka harus

dilakukan resusitasi. Pada primary survey diharapkan dapat melakukan evaluasi yang sistematis, pendeteksian dan manajemen segera terhadap komplikasi akibat trauma parah yang mengancam kehidupan. Tujuan dari primary survey adalah untuk mengidentifikasi dan memperbaiki dengan segera masalah yang mengancam kehidupan. Prioritas yang dilakukan pada primary survey antara lain:

- a. *Airway maintenance*: mengecek jalan napas dengan tujuan menjaga jalan napas disertai dengan cervical spine protection (kontrol servikal)
- b. *Breathing* dan *oxygenation*: mengecek pernapasan dengan tujuan mengelola pernapasan agar oksigenasi adekuat
- c. *Circulation*: mengecek sistem sirkulasi disertai kontrol perdarahan
- d. *Disability*: pemeriksaan neurologis singkat
- e. *Exposure*: environmental control (dengan kontrol lingkungan), buka baju penderita tapi cegah hipotermia.

2. Secondary Survey

Secondary survey merupakan pemeriksaan secara lengkap dan teliti yang dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki dan dari depan hingga belakang. *Secondary survey* hanya dilakukan setelah kondisi pasien mulai stabil, dalam artian tidak mengalami syok atau tanda tanda syok mulai membaik. *Primary survey* dan *Secondary survey* ini harus selalu dilakukan berulang untuk menentukan adanya penurunan kondisi pasien, sehingga dapat segera memberikan resusitasi yang diperlukan

Tahapan dari *Secondary survey* antara lain adalah :

a. Anamnesis

Anamnesis merupakan pembicaraan terarah yang berfokus pada riwayat kesehatan pasien yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka. Hasil pengkajian data subjektif diperoleh dari anamnesis riwayat pasien meliputi keluhan utama, riwayat masalah kesehatan sekarang, riwayat medis, riwayat keluarga, sosial dan sistem.

Pengkajian riwayat pasien secara optimal harus diperoleh langsung dari pasien, jika berkaitan dengan bahasa, budaya, usia, dan cacat atau kondisi pasien yang terganggu, konsultasikan dengan anggota keluarga, orang terdekat, atau orang yang pertama kali melihat kejadian.

Anamnesis yang dilakukan harus lengkap karena akan

memberikan gambaran mengenai masalah yang dihadapi oleh pasien baik itu berupa masalah cedera maupun masalah lainnya yang diderita oleh pasien. Beberapa contoh hasil anamnesis itu :

- 1) Seorang pengemudi mobil tanpa sabuk pengaman mengalami tabrakan frontal : cedera wajah, maksilofasial, servikal, toraks, abdomen dan tungkai bawah.
- 2) Jatuh dari kamar mandi, kelemahan pada tungkai kanan, bicara cadel, perdarahan intrakranial.
- 3) Terbakar dalam ruangan tertutup : cedera inhalasi keracunan CO.

Anamnesis juga harus meliputi riwayat AMPLE yang bisa didapat dari pasien dan keluarga (*Emergency Nursing Association*, 2007):

A : Alergi (adakah alergi pada pasien, seperti obat-obatan plester, makanan dan lain- lain).

M : Medikasi (obat-obatan (obat-obatan yang diminum seperti sedang menjalani pengobatan hipertensi, kencing manis, jantung, dosis, atau penyalahgunaan obat.

P : *Pertinent Medical History* (riwayat medis pasien seperti penyakit yang pernah diderita obatnya apa, berapa dosisnya, penggunaan obat-obat herbal)

L : Last meal (obat atau makanan yang baru saja dikonsumsi, dikonsumsi berapa jam sebelum kejadian, sebelum itu juga periode menstruasi termasuk dalam komponen ini)

E : Events hal-hal yang bersangkutan dengan sebab cedera (kejadian yang menyebabkan adanya kelelahan utama).

Ada beberapa cara lain untuk mengkaji riwayat pasien yang disesuaikan dengan kondisi pasien misalnya pada kondisi nyeri yaitu :

- 1) *Provokes / palliates* : Apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuat nyerinya lebih baik? Apa yang menyebabkan nyerinya lebih buruk? Apa yang anda lakukan saat nyeri? Apakah rasa nyeri itu membuat anda terbangun saat tidur?
- 2) *Quality* : Bisakah anda menggambarkan rasa nyerinya? Apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk-tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas? (biarkan pasien mengatakan dengan kata-katanya sendiri.
- 3) *Regional* : Nyerinya dirasakan di daerah mana? Menyebar kemana? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak?

- 4) *Severity* : Seberapa parah nyerinya? Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri hebat.
- 5) *Time* : Kapan nyeri itu timbul? Apakah onsetnya cepat atau lambat? Berapa lama nyeri itu timbul? Apakah terus menerus atau hilang timbul? Apakah pernah merasakan nyeri ini sebelumnya? Apakah nyerinya sama dengan nyeri sebelumnya atau berbeda?

Setelah dilakukan *anamnesis*, maka langkah berikutnya adalah pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi frekuensi napas, saturasi oksigen, tekanan darah, berat badan, skala nyeri, dan monitoring EKG.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik terdiri dari *Head to* dan *Toe Review of* Sistem. Teknik pemeriksaan fisik terdiri dari inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

- 1) Kulit kepala
- 2) Mucosa
- 3) Vertebra Cervicalis dan Leher

- 4) Thoraks
- 5) Abdomen
- 6) Pelvis
- 7) Ekstremitas
- 8) Punggung
- 9) Neurologis

c. Tambahan Terhadap *Secondary Survey*

Untuk melengkapi dan meyakinkan temuan terhadap permasalahan pada *survey primer* dan *secondary primer*, maka perlu dilakukan pemeriksaan tambahan seperti foto thoraks, CT scan, USG, EKG, Endoskopi dan lain-lain.

d. Re-evaluasi Penderita

Setelah dilakukan *survey primer* dan dinyatakan sudah stabil, maka kita tidak boleh menganggap bahwa selamanya akan stabil bisa saja ada kemungkinan akan berubah kembali menjadi kondisi kritis, sehingga perlu dilakukan penilaian ulang dengan mencatat dan melaporkan setiap perubahan pada kondisi pasien.

e. Transfer ke Pelayanan Definitif

Setelah fase kritis sudah ditangani dan pasien sudah

dinyatakan mulai stabil, maka hal berikutnya yang perlu dilakukan adalah pemindahan pasien ke tempat pelayanan definitif, bila rumah sakit dianggap memiliki sumber daya manusia dan peralatan yang cukup maka pasien sebaiknya dipindahkan ke ruang ICU, tetapi bilamana rumah sakit tidak memiliki sumber daya manusia yang cukup beserta peralatannya maka perlu dilakukan rujukan dan tentukan prosedur rujukan kebutuhan penderita selama perjalanan.

PENUTUP

Keperawatan gawat darurat adalah suatu bentuk rangkaian kegiatan praktik keperawatan kegawatdaruratan yang diberikan oleh perawat yang kompeten, terlatih dan terdidik untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami kasus gawat darurat baik yang ada di ruang gawat darurat, ruang rawat inap, ruang ICU atau ruangan lainnya.

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah suatu sistem penanggulangan gawat darurat yang melibatkan lintas sektor terkait untuk saling berkoordinasi guna menjamin kecepatan, kecermatan dan ketepatan pertolongan dalam upaya menyelamatkan nyawa penderita dan mencegah terjadinya kecacatan.

Triase adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia.

Triase adalah proses khusus memilah dan memilih pasien berdasarkan beratnya penyakit menentukan prioritas perawatan gawat medik serta prioritas transportasi. Artinya memilih berdasarkan prioritas dan penyebab ancaman hidup.

Triase/Triage merupakan suatu sistem yang digunakan dalam mengidentifikasi korban dengan cedera yang mengancam jiwa

untuk kemudian diberikan prioritas untuk dirawat atau di evakuasi ke fasilitas kesehatan.

Initial assessment adalah suatu bentuk penilaian dan pengelolaan awal kondisi korban/pasien yang dilakukan secara cepat dan tepat, sehingga tim medis baik dokter atau perawat yang melakukan initial assessment harus mempunyai kecakapan dan keterampilan khusus dalam menilai kondisi awal pasien tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT. N.p.: Jakad Media Publishing, (n.d.).

Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat. N.p.: Media Sains Indonesia, 2021.

Keperawatan Gawat Darurat. N.p.: Get Press, 2022.

hidup-sehat/pertolongan-pertama/triase/hellosehat.com

BUKU AJAR KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Harun Al Rasid

Keperawatan gawat darurat adalah suatu bentuk rangkaian kegiatan praktik keperawatan kegawatdaruratan yang diberikan oleh perawat yang kompeten, terlatih dan terdidik untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami kasus gawat darurat baik yang ada di ruang gawat darurat, ruang rawat inap, ruang ICU atau ruangan lainnya.

Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat mempelajari tentang Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat, Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit, beserta pengertian di dalamnya.

