

PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

PENYUSUN :

TIM PANDUAN PRAKTIKUM
KEPERAWATAN
GAWAT DARURAT



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA**

MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO**



**JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA**

VISI MISI
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO

VISI

Visi Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo adalah “Mengembangkan keilmuan keperawatan kegawatdaruratan dan kesehatan jantung yang inovatif, unggul, berintegritas dan berdaya saing global tahun 2035”.

MISI

1. Melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang mendukung pengembangan pengetahuan dan teknologi dengan keunggulan keperawatan kegawatdaruratan dan kesehatan jantung.
2. Melaksanakan tata kelola organisasi dan sumber daya manusia yang transparan, akuntabel, kredibel, adil dan bertanggung jawab.
3. Mengembangkan jejaring dan kemitraan dalam mendukung Tridharma Perguruan Tinggi.

Tim Penyusun

Modul Praktikum

Keperawatan Gawat Darurat

Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Surabaya

Penasehat

Luthfi Rusyadi, SKM, M.Sc

Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya

Penanggung Jawab

Dr. Hilmi Yumni, M.Kep.Sp.Mat

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya

Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An

Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo

Penyusun

Tim Panduan Praktikum Keperawatan Gawat Darurat

Sekretariat

Jl. Pahlawan No 173 A, Sidoarjo

LEMBAR PENGESAHAN
MODUL PRAKTIKUM
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo

Mengetahui,
Ketua
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Surabaya



Dr. Hinni Yumni, M.Kep.Sp.Mat
NIP. 196808231997032001

Menyetujui,
Ketua
Program Studi D3 Keperawatan Sidoarjo
Poltekkes Kemenkes Surabaya

A blue handwritten signature in cursive script.

Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An
NIP.197103252001122001

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Tuhan Yang Maha Esa karena telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyelesaikan modul ini. Atas rahmat dan hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan Modul Praktikum Keperawatan Gawat Darurat tepat pada waktunya untuk memenuhi salah satu tugas mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat di Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo. Tak lupa juga kami ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung terwujudnya modul ini.

Pertama, kami mengucapkan terima kasih kepada bapak/ibu dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat yang telah membimbing kami untuk menyelesaikan tugas pembuatan modul praktikum Keperawatan Gawat Darurat adanya modul ini dapat membantu mahasiswa dalam mempelajari praktikum Keperawatan Gawat Darurat dengan lebih mudah. Apabila ada kelebihan dan kekurangan pada modul ini kami memohon maaf

Modul ini disusun untuk membantu pengembangan kemampuan pemahaman pembaca terhadap pengetahuan tentang Keperawatan Gawat Darurat. Modul Keperawatan Gawat Darurat ini disajikan dalam bahasa yang sederhana, sehingga dapat membantu pembaca dalam memahami mengenai Keperawatan Gawat Darurat.

Kami menyadari bahwa buku ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan di masa mendatang. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan memberikan kontribusi positif bagi peningkatan ilmu pengetahuan.

Akhir kata, semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberkahi langkah-langkah kita dan mengarahkan kita kepada kebenaran. Amin.

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR VISI MISI	iii
LEMBAR PENYUSUN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
IDENTIFIKASI DAN ANALISIS RESIKO	viii
PETUNJUK PRAKTIKUM DI LABORATORIUM	ix
PETUNJUK PENGGUNAAN ALAT-ALAT PRAKTIKUM DI LABORATORIUM	x
PENDAHULUAN	xii
TOPIK 1	1
PERSPEKTIF KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	1
TOPIK 2	3
KONSEP DAN PRINSIP GAWAT DARURAT	3
TOPIK 3	5
KONSEP DAN PRINSIP PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR.....	5
TOPIK 4	6
PRINSIP UTAMA PERTOLONGAN KORBAN	6
TOPIK 5	8
LANGKAH LANGKAH PENILAIAN KORBAN(TRIAGE)	8
TOPIK 6	11
KONSEP PENGKAJIAN PADA PASIEN GAWAT DARURAT CIRCULATION AIRWAY BREATHING (CAB)	11
TOPIK 7	13
SISTEM PELAYANAN GAWAT DARURAT	13
TOPIK 8	15
KONSEP, PRINSIP BENCANA DAN KEJADIAN LUAR BIASA	15
TOPIK 9	18
PENERAPAN ASKEP GADAR PADA PASIEN	18
TOPIK 10	46
PENERAPAN PROSEDUR BANTUAN HIDUP DASAR	46
TOPIK 11.....	51
PENERAPAN TINDAKAN BENCANA.....	51

IDENTIFIKASI DAN ANALISIS RESIKO
PRAKTIKUM DI LABORATORIUM PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO

Tabel 1 Identifikasi dan analisis risiko di Program Studi D3 Keperawatan Sidoarjo
 Jurusan Keperawatan Poltekkes Surabaya Tahun 2024

No	Jenis Risiko	Dampak Potensial	Tingkat Risiko (Rendah/Sedang/ Tinggi)	Kasus
1	Paparan bahan kimia (reagen, obat-obatan, sabun/deterjen dan bahan kimia lain)	Keracunan, infeksi, iritasi, luka bakar	Tinggi	Iritasi, infeksi, luka bakar, keracunan
2	Bahaya fisik mekanik	Luka tusuk, luka benturan, luka lecet, luka bakar	Tinggi	Tertusuk jarum, terjatuh dari tempat tidur, terpeleset, tersandung, tersengat listrik
3	Bahaya ergonomi	Postur tubuh yang salah, ketidaknyamanan	Sedang	Terkilir saat mengangkat, memindahkan pasien, atau menggunakan peralatan
4	Kerusakan alat laboratorium	Cedera fisik (terpotong, terbakar)	Sedang	Luka karena alat tajam dan mudah terbakar, kesalahan penggunaan alat

PETUNJUK PRAKTIKUM DI LABORATORIUM
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS
SIDOARJO

1. Sebelum meninggalkan laboratorium, biasakan dalam keadaan bersih terlebih dahulu. Jangan sekali-kali meninggalkan laboratorium dalam keadaan kotor karena dapat menimbulkan bibit-bibit penyakit
2. Kembalikan alat-alat laboraorium pada tempatnya, seperti bahan habis pakai atau alat alat lainnya pada lemari yang telah tersedia
3. Bersihkan meja dan lantai laboratorium menggunakan antiseptik agar meja tersebut tetap steril dan bebas dari kuman penyakit
4. Cuci alat alat yang kotor atau bernoda, dan pastikan alat disimpan dalam keadaan telah kering
5. Laporkan segera pada laboran jika ada alat yang memerlukan perbaikan
6. Jangan menggunakan alat laboratorium jika alat tersebut dalam kondisi buruk
7. Gunakan alat-alat laboratorium sesuai dengan kebutuhan / keperluan agar menjaga kestabilan alat tersebut
8. Matikan semua alat laboratorium yang terhubung dengan arus listrik jika alat tersebut tidak digunakan kembali.

PETUNJUK PENGGUNAAN ALAT-ALAT PRAKTIKUM DI LABORATORIUM

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO

1. Sebelum menggunakan alat-alat praktikum, pahami petunjuk penggunaan alat tersebut. Jika tidak paham, tanyakan pada petugas laboratorium
2. Perhatikan dan patuhi peringatan (*warning*) yang biasa tertera pada badan alat
3. Pahami fungsi atau peruntukan alat-alat praktikum dan gunakanlah alat-alat tersebut hanya untuk aktivitas yang sesuai fungsi atau peruntukannya. Menggunakan alat praktikum di luar fungsi dapat menimbulkan kerusakan pada alat tersebut dan bahaya keselamatan praktikan
4. Pastikan seluruh peralatan praktikum yang digunakan aman dari benda/logam tajam, api/panas berlebih atau lainnya yang dapat mengakibatkan kerusakan pada alat tersebut
5. Tidak melakukan aktivitas yang dapat menyebabkan kotor, coretan, goresan atau sejenisnya pada badan alat alat praktikum yang digunakan.
6. Buanglah bahan-bahan yang sudah dipakai seperti handscoon, jarum suntik, kasa dan lain-lain pada tempat sampah yang disediakan sesuai label yang telah diberikan. Khusus untuk benda tajam seperti jarum suntik buang ke *safety box*
7. Perhatikan semua alat yang akan digunakan sebelum praktikum, bila ada kerusakan (retak, pecah atau patah) laporkan pada petugas dan jangan menggunakan peralatan yang rusak untuk praktikum.

PENDAHULUAN

Deskripsi:

Modul ini merupakan pedoman pelaksanaan kegiatan praktikum mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana yang meliputi empat (4) topik utama, yaitu:

1. Penilaian Korban (Triage)

Mahasiswa mempelajari dan mempraktikkan langkah-langkah triage menggunakan metode START (Simple Triage and Rapid Treatment), termasuk pemberian label warna berdasarkan kondisi korban.

2. Penerapan Asuhan Keperawatan Gawat Darurat

Mahasiswa melakukan pengkajian keperawatan (subjektif dan objektif), menilai ABC (Airway, Breathing, Circulation), dan membuat rencana keperawatan berdasarkan kondisi pasien di IGD.

3. Prosedur Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Mahasiswa mempraktikkan penilaian tingkat kesadaran, pemeriksaan nadi, serta melakukan bantuan hidup dasar sesuai standar AHA/PPGD terkini.

4. Penerapan Tindakan Keperawatan dalam Situasi Bencana

Mahasiswa mempelajari tahapan penanggulangan bencana (pra, saat, dan pasca), serta mendemonstrasikan tindakan keperawatan pada korban bencana secara terstruktur dan sistematis.

Tujuan Pembelajaran:

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan gawat darurat dan manajemen bencana secara mandiri dan profesional berdasarkan prinsip keilmuan dan etika keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti praktikum ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar penanganan korban gawat darurat dan bencana.

2. Melakukan proses triage dengan metode START secara tepat dan cepat.
3. Melaksanakan pengkajian keperawatan primer dan sekunder pada pasien di IGD.
4. Menerapkan prosedur Basic Life Support (BLS) dan penilaian tanda-tanda vital pada pasien.
5. Menjelaskan dan mendemonstrasikan tindakan keperawatan dalam setiap fase bencana (pra, tanggap darurat, pasca).
6. Menunjukkan kemampuan komunikasi, kerja tim, dan kepemimpinan dalam situasi simulasi gawat darurat dan bencana.
7. Menerapkan prinsip keselamatan kerja dan penggunaan alat pelindung diri (APD) saat melakukan intervensi.
8. Melakukan dokumentasi dan evaluasi hasil praktik sesuai dengan standar keperawatan.

Langkah-Langkah Pembelajaran:

Kegiatan pembelajaran praktikum dilakukan dengan pendekatan praktik laboratorium dan simulasi, dengan tahapan sebagai berikut:

1. Orientasi Materi dan Pembagian Kelompok
Mahasiswa diberi penjelasan umum tentang tujuan dan topik praktikum.
Mahasiswa dibagi menjadi 3 kelompok, masing-masing beranggotakan 14–15 orang.
2. Studi Mandiri dan Persiapan Praktikum
Mahasiswa diwajibkan membaca modul sesuai topik yang dijadwalkan.
Mahasiswa diperbolehkan melakukan latihan mandiri di laboratorium berdasarkan jadwal kontrak dengan PJ Lab.
3. Pelaksanaan Praktikum di Laboratorium
Setiap kelompok secara bergilir melaksanakan praktikum sesuai topik (Triage, Askep Gadar, BHD, dan Manajemen Bencana).
Praktikum dilakukan dalam bentuk role-play atau simulasi tindakan nyata menggunakan alat peraga.
4. Penugasan dan Diskusi
Mahasiswa membuat video simulasi atau laporan praktik sesuai dengan topik yang dipelajari.
Dilakukan sesi umpan balik dan refleksi kelompok setelah praktik selesai.
5. Evaluasi dan Ujian Komprehensif

Evaluasi akhir berupa ujian praktik berbasis laboratorium.

Penilaian meliputi aspek kognitif (pemahaman), psikomotor (keterampilan), dan afektif (kerja tim, etika).

TOPIK 1

PERSPEKTIF KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Keperawatan gawat darurat merupakan cabang dari keperawatan yang berfokus pada pemberian asuhan kepada pasien dengan kondisi kritis, akut, dan mengancam nyawa. Dalam situasi gawat darurat, pasien seringkali datang dengan keadaan mendadak, tidak stabil, dan membutuhkan penanganan segera. Oleh karena itu, perawat gawat darurat dituntut memiliki kemampuan untuk melakukan pengkajian cepat, menentukan prioritas, serta memberikan intervensi segera guna mencegah kematian maupun kecacatan.

Dari perspektif keperawatan, prinsip utama penanganan gawat darurat adalah keselamatan, kecepatan, dan ketepatan. Perawat harus memastikan lingkungan aman, lalu melakukan pemeriksaan pasien dengan pendekatan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure). Pendekatan ini menjadi pedoman universal dalam menilai dan menangani pasien darurat karena menekankan pada fungsi vital yang harus dipertahankan terlebih dahulu. Selain itu, perawat juga harus mampu melakukan triage, yaitu memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatannya, sehingga pasien yang paling membutuhkan pertolongan segera mendapatkan penanganan lebih dahulu.

Peran perawat gawat darurat tidak hanya terbatas pada tindakan medis, tetapi juga meliputi peran sebagai pendidik, komunikator, advokat, serta koordinator dalam tim kesehatan. Perawat bertanggung jawab menjelaskan kondisi pasien kepada keluarga, memberikan edukasi tentang tindakan yang dilakukan, dan bekerja sama dengan tenaga medis lain untuk memastikan pelayanan yang terintegrasi. Dengan demikian, perawat gawat darurat bukan hanya penyelamat nyawa, tetapi juga penghubung yang menjaga kesinambungan asuhan.

Dalam praktiknya, keperawatan gawat darurat menghadapi berbagai tantangan. Perawat dituntut mampu bekerja di bawah tekanan, mengambil keputusan dalam waktu singkat, dan tetap menjaga profesionalisme. Situasi darurat seringkali menimbulkan kepanikan bagi pasien maupun keluarga, sehingga perawat perlu menunjukkan sikap empati, komunikasi yang menenangkan, dan dukungan psikologis. Hal ini menunjukkan bahwa asuhan keperawatan gawat darurat bersifat holistik, mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, hingga spiritual pasien.

Dengan kompetensi yang mumpuni, keperawatan gawat darurat memiliki peranan penting sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan. Perspektif ini menekankan bahwa perawat gawat darurat tidak hanya berorientasi pada tindakan penyelamatan nyawa, tetapi juga pada pemberian asuhan keperawatan yang menyeluruh, cepat, aman, dan penuh empati. Melalui peran tersebut, perawat berkontribusi besar dalam meningkatkan angka keselamatan pasien sekaligus mutu layanan gawat darurat di fasilitas kesehatan maupun di lapangan.

TOPIK 2

KONSEP DAN PRINSIP GAWAT DARURAT

Gawat darurat adalah suatu kondisi klinis yang timbul secara mendadak, tidak terduga, dan berpotensi mengancam nyawa atau menimbulkan kecacatan permanen apabila tidak segera mendapat pertolongan. Kondisi ini ditandai dengan adanya gangguan pada fungsi vital tubuh seperti jalan napas, pernapasan, sirkulasi, maupun kesadaran pasien. Oleh karena itu, penanganan gawat darurat harus dilakukan secara cepat, tepat, dan terorganisir agar pasien dapat diselamatkan dan komplikasi dapat dicegah.

Konsep utama dalam gawat darurat menekankan pada penyelamatan jiwa dan pencegahan kecacatan. Penanganan pasien tidak dapat ditunda karena setiap menit bahkan detik sangat berharga. Dalam praktik keperawatan, gawat darurat juga dipandang sebagai pelayanan terdepan yang membutuhkan keterampilan khusus, sikap sigap, serta koordinasi yang baik antara tenaga kesehatan.

Prinsip dasar penanganan gawat darurat meliputi beberapa hal penting. Pertama, keselamatan pasien dan penolong harus diutamakan, sehingga tindakan dilakukan hanya jika lingkungan aman. Kedua, kecepatan dan ketepatan sangat menentukan hasil, karena keterlambatan dapat berakibat fatal. Ketiga, penanganan mengikuti urutan prioritas dengan pendekatan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), yaitu memastikan jalan napas tetap terbuka, fungsi pernapasan berjalan, sirkulasi darah terjaga, kesadaran pasien dipantau, serta kondisi tubuh diperiksa secara menyeluruh.

Selain itu, prinsip triage juga sangat penting terutama bila jumlah pasien banyak. Dengan triage, pasien dipilah berdasarkan tingkat kegawatannya: kode merah untuk pasien yang membutuhkan tindakan segera, kuning untuk pasien yang masih bisa ditunda, hijau untuk kasus ringan, dan hitam untuk pasien yang sudah meninggal. Sistem ini memastikan sumber daya digunakan secara efektif untuk menyelamatkan nyawa sebanyak mungkin.

Dokumentasi juga menjadi bagian dari prinsip gawat darurat. Semua tindakan, perubahan kondisi pasien, serta keputusan yang diambil harus dicatat dengan baik sebagai bukti asuhan, sarana komunikasi antar tenaga kesehatan, sekaligus bahan evaluasi.

Dengan demikian, konsep dan prinsip gawat darurat menekankan bahwa setiap kondisi kritis membutuhkan penanganan yang cepat, tepat, dan aman. Perawat sebagai garda terdepan

memiliki peran penting dalam memastikan keberhasilan penanganan melalui pengkajian cepat, intervensi segera, koordinasi tim, serta pelayanan yang tetap bersifat holistik meskipun dalam situasi darurat.

TOPIK 3

KONSEP DAN PRINSIP PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah serangkaian tindakan pertolongan pertama yang dilakukan untuk mempertahankan fungsi vital tubuh pada pasien henti jantung dan/atau henti napas sebelum mendapatkan pertolongan lanjutan di fasilitas kesehatan. Konsep utama BHD adalah menjaga jalan napas tetap terbuka, mempertahankan pernapasan, serta mendukung sirkulasi darah agar suplai oksigen ke otak dan organ vital tetap terjaga.

Pelaksanaan BHD berlandaskan prinsip cepat, tepat, dan berkesinambungan. Tindakan harus segera dilakukan begitu ditemukan korban tidak sadar, tidak bernapas normal, atau tidak ada denyut nadi. Setiap menit keterlambatan dapat menurunkan angka keberhasilan penyelamatan, sehingga respon yang cepat sangat menentukan keselamatan pasien.

Prinsip utama dalam pelaksanaan BHD dikenal dengan istilah C-A-B (Circulation, Airway, Breathing):

1. Circulation (Sirkulasi) – memastikan ada atau tidaknya denyut nadi. Jika tidak ada, segera lakukan kompresi dada dengan kedalaman dan kecepatan yang sesuai untuk memompa darah secara manual.
2. Airway (Jalan Napas) – membuka jalan napas dengan teknik *head tilt–chin lift* atau *jaw thrust* agar udara dapat masuk ke paru-paru.
3. Breathing (Pernapasan) – memberikan ventilasi buatan melalui mulut ke mulut atau dengan alat bantu untuk memastikan oksigen masuk ke tubuh korban.

Selain itu, BHD juga berpegang pada prinsip keselamatan penolong dan pasien. Sebelum memulai tindakan, penolong harus memastikan lingkungan sekitar aman. Setelah itu, dilakukan pemeriksaan respon pasien, aktivasi sistem gawat darurat (memanggil bantuan/ambulans), dan jika tersedia segera gunakan AED (Automated External Defibrillator) untuk meningkatkan keberhasilan resusitasi.

BHD tidak hanya teknik medis, tetapi juga merupakan keterampilan dasar yang idealnya dikuasai oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat umum. Hal ini karena kasus henti jantung dapat terjadi kapan saja dan di mana saja, sehingga siapa pun yang ada di sekitar pasien dapat menjadi penyelamat pertama.

Dengan pelaksanaan yang benar sesuai konsep dan prinsip tersebut, Bantuan Hidup Dasar menjadi fondasi utama dalam penyelamatan pasien gawat darurat. BHD berperan sebagai jembatan penting untuk menjaga kehidupan pasien sampai mendapatkan penanganan lanjutan di fasilitas kesehatan.

TOPIK 4

PRINSIP UTAMA PERTOLONGAN KORBAN

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti praktik laboratorium keperawatan gawat darurat, mahasiswa diharapkan mampu memahami dan menjelaskan konsep serta prinsip gawat darurat sesuai dengan kaidah penanganan kegawatdaruratan. Mahasiswa juga mampu menerapkan prinsip utama pertolongan korban, yaitu menjamin keselamatan, melakukan penilaian cepat, serta menentukan prioritas fungsi vital dengan pendekatan ABCDE. Selain itu, mahasiswa dituntut untuk dapat melaksanakan Bantuan Hidup Dasar (BHD) secara tepat melalui langkah C-A-B yang meliputi kompresi dada, pembukaan jalan napas, dan pemberian ventilasi buatan, sehingga fungsi vital korban dapat dipertahankan sampai mendapatkan pertolongan lanjutan.

URAIAN MATERI

Pertolongan korban dalam keadaan gawat darurat harus dilakukan dengan berlandaskan prinsip-prinsip dasar yang menjadi pedoman setiap penolong. Prinsip yang paling utama adalah keselamatan atau safety first, yaitu memastikan bahwa lingkungan sekitar aman bagi penolong maupun korban sebelum tindakan diberikan. Hal ini penting karena upaya pertolongan tidak boleh menimbulkan korban tambahan.

Setelah dipastikan aman, langkah selanjutnya adalah melakukan penilaian cepat terhadap kondisi korban. Penolong harus segera memeriksa tingkat kesadaran, jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi. Hasil pemeriksaan ini akan menentukan apakah korban membutuhkan resusitasi jantung paru (RJP), pembukaan jalan napas, atau tindakan gawat darurat lainnya.

Pertolongan korban juga harus mengikuti prinsip prioritas fungsi vital dengan pendekatan ABCDE. Jalan napas (airway) harus dibuka dan dijaga tetap bebas, pernapasan (breathing) harus dinilai dan dibantu bila tidak adekuat, sirkulasi (circulation) dipertahankan dengan menghentikan perdarahan atau melakukan kompresi dada, kesadaran (disability) dipantau, serta tubuh korban diperiksa secara menyeluruh (exposure) untuk menemukan cedera atau masalah lain.

Selain itu, prinsip kecepatan dan ketepatan tindakan menjadi hal yang sangat penting. Setiap menit sangat berharga dalam kondisi gawat darurat, sehingga penolong harus sigap mengambil keputusan dan melakukan intervensi tanpa menunda. Namun, tindakan harus tetap sesuai prosedur agar efektif dan aman.

Prinsip berikutnya adalah koordinasi dan pemanggilan bantuan. Penolong harus segera mengaktifkan sistem gawat darurat dengan memanggil ambulans atau petugas medis, karena pertolongan pertama hanyalah upaya sementara untuk mempertahankan kehidupan hingga penanganan lanjutan diberikan.

Tidak kalah penting, peran penolong juga mencakup menenangkan korban dan keluarganya. Sikap tenang, komunikasi yang jelas, dan empati dapat membantu mengurangi kepanikan, meningkatkan kerja sama, serta memberi rasa aman bagi korban.

Dengan demikian, prinsip utama pertolongan korban meliputi keselamatan, penilaian cepat, prioritas fungsi vital, tindakan segera, koordinasi dengan tim medis, dan komunikasi empatik. Apabila prinsip-prinsip ini dijalankan dengan baik, maka peluang korban untuk selamat dan terhindar dari kecacatan akan semakin besar.

TOPIK 5

LANGKAH LANGKAH PENILAIAN KORBAN(TRIAGE)

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti praktik laboratorium keperawatan gawat darurat, mahasiswa melakukan penilaian korban triage sesuai dengan langkah langkah yang ditetapkan untuk mengidentifikasi prioritas penanganan dan merencanakan asuhan keperawatan yang tepat.

1. Uraian Materi

Triage adalah suatu proses memilah dan menentukan korban sesuai klasifikasinya atau tingkat kemandiriannya. Menseleksi dan memilah korban tersebut bertujuan untuk mempercepat dalam memberikan pertolongan terutama pada para korban yang dalam kondisi kritis atau mergensi sehingga nyawa korban dapat diselamatkan. START atau Simple Triage and rapid treatment merupakan metode triage yang umum di gunakan dengan lama waktu kurang dari 60 detik per orang

2. Persiapan

1. Persiapan alat dan bahan:

- a. Tanda pengenal untuk menandai setiap tempat/bagian dan petugas
- b. Kartu triage
- c. Peralatan administrasi
- d. Tandu
- e. Spygnomometer, stethoscope, lampu senter, sarung tangan

2. Persiapan Pasien/Korban:

- a. Menjaga keamanan pribadi dan keselamatan orang lain di tempat
- b. Melakukan pencatatan atau dokumentasi laporan
- c. Melaksanakan tanggung jawab sesuai dengan kode etik profesi

3. Pelaksanaan

Langkah pertama katakan kepada korban yang mampu berjalan untuk menuju tempat aman pada daerah khusus (walking wounded), bila korban yang tidak mampu berjalan, lakukan langkah selanjutnya:

- 1) Pernapasan (respirasi): bila pernapasan lebih dari 30x/menit, beri label merah. Bila penderita tidak bernapas maka upayakan membuka jalan napas dan bersihkan jalan napas.
- 2) Jika pernapasan tidak ada, beri label hitam.
- 3) Bila pernapasan spontan maka beri label merah. Bila pernapasan > 30x/menit, nilai waktu pengisian kapiler 4. Waktu pengisian kapiler (perfusi): lebih dari 2 detik beri label merah hentikan perdarahan bila ada
- 4) Bila kurang dari 2 detik, maka nilailah status mental. Bila perfusi kurang maka periksa nadi radialis.
- 5) Periksa status mental: bila korban tidak mampu mengikuti perintah sederhana, maka beri label merah. Bila mampu mengikuti perintah sederhana beri label kuning.
- 6) Lakukan pemberian label dan pendokumentasian korban
- 7) Lanjutkan ke korban berikutnya

Penugasan dan Umpan Balik

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

1. Mahasiswa dibagi 3 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 14-15 mahasiswa)
2. Setiap kelompok diberi kesempatan untuk membuat video role play langkah langkah penilaian korban(triage) di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
3. Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

DAFTAR PUSTAKA

Sudiharto, Sartono. 2011. Basic Trauma Life Suport, Jakarta: Sagung Seto

Patricia At All. 2012. Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik. Volume 2. Edisi 8. Jakarta. EGC

TOPIK 6

KONSEP PENGKAJIAN PADA PASIEN GAWAT DARURAT CIRCULATION AIRWAY BREATHING (CAB)

TUJUAN

Setelah mengikuti praktik laboratorium keperawatan gawat darurat, mahasiswa mampu melakukan pengkajian pasien dengan pendekatan C–A–B (Circulation, Airway, Breathing) secara cepat, tepat, dan sistematis untuk mengidentifikasi kondisi vital pasien serta menentukan prioritas penanganan yang sesuai.

URAIAN MATERI

Pengkajian pada pasien gawat darurat harus dilakukan dengan segera, sistematis, dan berfokus pada fungsi vital tubuh. Pendekatan yang digunakan adalah C–A–B (Circulation, Airway, Breathing), yaitu menilai sirkulasi, jalan napas, dan pernapasan.

Langkah pertama adalah menilai sirkulasi (Circulation) dengan memeriksa ada tidaknya nadi, warna kulit, suhu, serta perdarahan masif. Jika tidak ada nadi, segera dilakukan kompresi dada untuk mempertahankan aliran darah ke otak dan organ vital. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan jalan napas (Airway) dengan memastikan tidak ada sumbatan. Bila terdapat hambatan, dilakukan manuver pembukaan jalan napas seperti *head tilt–chin lift* atau *jaw thrust*. Setelah itu, penolong menilai pernapasan (Breathing) dengan melihat gerakan dada, mendengarkan aliran udara, dan merasakan hembusan napas. Jika pasien tidak bernapas, segera diberikan ventilasi buatan sesuai prosedur.

Melalui pengkajian C–A–B, mahasiswa dilatih untuk berpikir cepat, menentukan prioritas, dan memberikan intervensi darurat yang sesuai. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan keterampilan teknis, tetapi juga membentuk sikap tanggap, sigap, dan terarah dalam menghadapi kondisi gawat darurat. Dengan demikian, mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah vital pasien secara tepat dan segera merencanakan asuhan keperawatan yang dibutuhkan.

1. Circulation) (SIRKULASI)

Pemeriksaan awal dilakukan pada sirkulasi pasien dengan menilai adanya denyut nadi karotis (dewasa) atau brakialis (bayi), warna kulit, suhu, serta adanya perdarahan hebat. Henti jantung ditandai dengan tidak adanya nadi dan hilangnya kesadaran. Jika kondisi ini ditemukan, segera dilakukan resusitasi jantung paru (RJP) dengan kompresi dada 100–120 kali per menit dengan kedalaman sesuai usia.

2. Airway (JALAN NAPAS)

Jalan napas harus dinilai apakah terbuka atau tersumbat. Sumbatan jalan napas dapat terjadi akibat lidah jatuh ke belakang, muntahan, darah, atau benda asing. Untuk membebaskan jalan napas, dilakukan manuver *head tilt–chin lift* pada pasien tanpa trauma, atau *jaw thrust* bila ada kecurigaan cedera tulang leher. Jalan napas yang bersih dan terbuka merupakan syarat agar ventilasi efektif dapat diberikan.

3. Breathing (PERNAPASAN)

Setelah jalan napas terbuka, penolong menilai pernapasan dengan melihat gerakan dada, mendengar suara napas, dan merasakan hembusan udara. Pemeriksaan dilakukan maksimal 10 detik. Bila pasien tidak bernapas normal atau mengalami napas terengah (*gaspings*), segera diberikan ventilasi buatan dengan mulut ke mulut, bag-valve-mask, atau alat bantu lain sesuai fasilitas.

Selain tiga langkah utama tersebut, prinsip keselamatan, kecepatan, dan ketepatan harus selalu dijaga. Penolong juga harus mengaktifkan sistem gawat darurat dengan memanggil bantuan medis dan menggunakan AED (Automated External Defibrillator) bila tersedia, karena defibrilasi dini meningkatkan angka keberhasilan resusitasi.

Pengkajian dengan C–A–B bukan hanya sekadar langkah teknis, tetapi juga melatih mahasiswa untuk berpikir kritis, tanggap, dan sistematis. Melalui latihan ini, mahasiswa diharapkan mampu mengidentifikasi kondisi kegawatdaruratan secara cepat, menentukan prioritas, dan merencanakan asuhan keperawatan darurat yang tepat demi meningkatkan keselamatan pasien.

TOPIK 7

SISTEM PELAYANAN GAWAT DARURAT

TUJUAN

Setelah mengikuti praktik laboratorium keperawatan gawat darurat, mahasiswa diharapkan mampu memahami dan menjelaskan konsep sistem pelayanan gawat darurat yang mencakup tahap pra-rumah sakit awam, pra-rumah sakit profesional, hingga pelayanan di rumah sakit melalui Unit Gawat Darurat (UGD). Mahasiswa diharapkan dapat mengidentifikasi peran masing-masing komponen dalam sistem, mulai dari masyarakat sebagai penolong pertama, tenaga medis darurat, tim ambulans, hingga tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan.

URAIAN MATERI

Sistem pelayanan gawat darurat merupakan suatu rangkaian pelayanan kesehatan yang terorganisir, terkoordinasi, dan berkesinambungan untuk menangani pasien dalam kondisi darurat medis. Sistem ini bertujuan untuk memberikan pertolongan yang cepat, tepat, dan menyeluruh sejak terjadinya insiden hingga pasien mendapatkan perawatan definitif di fasilitas kesehatan. Dengan sistem yang baik, angka kematian dan kecacatan dapat ditekan seminimal mungkin.

Pelayanan gawat darurat dimulai dari pra-rumah sakit, yaitu pertolongan pertama yang diberikan di lokasi kejadian oleh masyarakat, keluarga, atau tenaga medis terdekat. Pada tahap ini, prinsip keselamatan penolong dan korban, pengaktifan sistem gawat darurat (misalnya melalui layanan telepon darurat 118/112), serta pertolongan awal seperti Bantuan Hidup Dasar (BHD) menjadi komponen penting.

Selanjutnya adalah pelayanan gawat darurat pra-rumah sakit profesional, yang biasanya dilakukan oleh tim medis darurat seperti ambulans gawat darurat, paramedis, maupun tenaga kesehatan terlatih. Pada tahap ini, pasien mendapatkan stabilisasi kondisi vital, tindakan medis dasar, dan transportasi aman menuju fasilitas kesehatan.

Tahap berikutnya adalah pelayanan gawat darurat di rumah sakit, yang terpusat pada Unit Gawat Darurat (UGD). UGD menjadi pintu utama bagi pasien dengan kondisi kritis. Di sini dilakukan triage untuk menentukan tingkat kegawatan, pengkajian cepat dengan pendekatan ABCDE, serta tindakan penyelamatan jiwa seperti resusitasi, pemberian obat darurat, penghentian perdarahan, hingga stabilisasi sebelum pasien dirujuk atau dirawat lebih lanjut.

Sistem pelayanan gawat darurat juga membutuhkan koordinasi lintas sektor. Tidak hanya melibatkan tenaga medis, tetapi juga kepolisian, pemadam kebakaran, lembaga swadaya masyarakat, serta masyarakat umum sebagai penolong pertama. Komunikasi yang efektif, rujukan yang jelas, dan ketersediaan fasilitas transportasi medis menjadi kunci keberhasilan sistem ini.

Secara keseluruhan, sistem pelayanan gawat darurat dapat dipandang sebagai satu kesatuan yang terdiri dari tiga komponen utama:

1. Pra-rumah sakit awam → pertolongan awal oleh masyarakat.

2. Pra-rumah sakit profesional → penanganan medis awal oleh tenaga medis darurat.
3. Rumah sakit (UGD) → penanganan lanjutan, stabilisasi, dan perawatan definitif.

Dengan sistem pelayanan gawat darurat yang terintegrasi, pasien dapat memperoleh pertolongan secara cepat sejak di lokasi kejadian hingga perawatan lanjutan. Hal ini sangat penting untuk meningkatkan angka keselamatan pasien, mencegah kecacatan, serta menjamin mutu pelayanan kesehatan darurat di masyarakat.

TOPIK 8

KONSEP, PRINSIP BENCANA DAN KEJADIAN LUAR BIASA

A. Konsep Bencana

Bencana adalah peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan serta penghidupan masyarakat, baik akibat faktor alam, non-alam, maupun manusia, yang menyebabkan timbulnya korban jiwa, kerugian harta benda, kerusakan lingkungan, serta dampak psikologis dan sosial.

Jenis-jenis bencana:

1. Bencana alam → gempa bumi, tsunami, banjir, tanah longsor, gunung meletus, angin topan.
2. Bencana non-alam → kebakaran, kecelakaan transportasi, kecelakaan industri, gagal teknologi, epidemi penyakit.
3. Bencana sosial → konflik sosial, kerusuhan, terorisme.

B. Konsep Kejadian Luar Biasa (KLB)

KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kasus kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologis di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu. KLB sering dikaitkan dengan wabah penyakit menular (misalnya demam berdarah dengue, kolera, diare, influenza, atau pandemi COVID-19).

Ciri-ciri KLB:

1. Jumlah kasus meningkat tajam dibandingkan periode sebelumnya.
2. Penyebaran penyakit lebih cepat dan luas.
3. Menyebabkan keresahan dan mengganggu aktivitas masyarakat.
4. Membutuhkan intervensi khusus pemerintah dan tenaga kesehatan.

A. Prinsip Penanganan Bencana dan KLB

Penanganan bencana dan KLB dilaksanakan dalam beberapa prinsip utama:

1. Kesiapsiagaan (Preparedness)

- a. Membentuk sistem tanggap darurat yang terkoordinasi.
- b. Melakukan pelatihan simulasi bencana untuk masyarakat dan tenaga kesehatan.
- c. Menyediakan logistik, peralatan medis, obat-obatan, dan sarana evakuasi.
- d. Sistem peringatan dini (*early warning system*) untuk bencana alam maupun KLB.

2. Mitigasi dan Pencegahan (Prevention & Mitigation)

- a. Mengurangi risiko bencana melalui tata ruang wilayah, pembangunan aman, dan edukasi.

- b. Pencegahan KLB dilakukan melalui vaksinasi, sanitasi lingkungan, dan promosi kesehatan.

3. Respons Cepat (Response)

Keselamatan jiwa adalah prioritas utama.

Melakukan triage korban untuk memilah berdasarkan tingkat kegawatan:

- a. **Merah**: butuh pertolongan segera.
- b. **Kuning**: butuh pertolongan tetapi bisa ditunda.
- c. **Hijau**: luka ringan.
- d. **Hitam**: meninggal dunia.
- e. Memberikan pertolongan darurat: membuka jalan napas, menghentikan perdarahan, resusitasi jantung paru, stabilisasi kondisi.
- f. Menyiapkan transportasi medis (ambulans gawat darurat) untuk rujukan.
- g. Penanggulangan KLB dilakukan dengan investigasi epidemiologi, isolasi kasus, pengobatan massal, dan pengendalian faktor penyebab.

4. Koordinasi Lintas Sektor (Coordination)

- a. Melibatkan pemerintah, tenaga kesehatan, TNI/Polri, PMI, relawan, LSM, dan masyarakat.
- b. Sistem komunikasi darurat yang efektif dan terintegrasi.
- c. Pusat Komando Darurat Bencana (posko siaga) sebagai pusat kendali operasi.

5. Pemulihan (Recovery)

- a. Rehabilitasi: pemulihan kesehatan fisik dan mental korban, perbaikan sarana kesehatan.
- b. Rekonstruksi: membangun kembali sarana umum, infrastruktur, dan tatanan sosial-ekonomi masyarakat.
- c. Dukungan psikososial bagi korban bencana maupun keluarganya untuk mengurangi trauma.

Peran Keperawatan dalam Bencana dan KLB

Dalam perspektif keperawatan, perawat memiliki peran penting sebagai garda terdepan, di antaranya:

- a. Melakukan pengkajian cepat terhadap kondisi korban dengan prinsip ABCDE.
- b. Memberikan pertolongan pertama dan stabilisasi kondisi pasien.
- c. Melaksanakan triage di lokasi bencana atau UGD.
- d. Memberikan edukasi kesehatan pada masyarakat terkait pencegahan dan penanganan KLB.
- e. Memberikan dukungan psikososial untuk mengurangi kecemasan, stres, dan trauma pasca-bencana.

- f. Terlibat dalam tim penanggulangan bencana terpadu lintas sektor.

TOPIK 9

PENERAPAN ASKEP GADAR PADA PASIEN

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti praktik laboratorium keperawatan gawat darurat, mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien gawat darurat yang mengalami masalah kesehatan akut dan berisiko tinggi, sesuai dengan standar prosedur operasional dan format asuhan keperawatan gawat darurat.

1. Kajian Umum Subjektif dan Objektif

Tujuan kajian umum di keperawatan diterapkan untuk semua pasien yang masuk ke UGD Secara umum, pengkajian pasien dibagi menjadi dua data, yaitu data objektif dan data subjektif.

a. Kajian Subjektif

Data subjektif merupakan data yang berasal dari keluhan keluarga dan pasien Data subjektif tidak dapat diukur karena keluhan didasarkan oleh keluhan pasien dan keluarga. Seringkali pasien tidak bisa menceritakan riwayat penyakit dan keluhan secara baik karena keterbatasan mengingat. Keterbatasan inilah yang menjadi hambatan untuk perawat melakukan kesimpulan. Oleh sebab itu, dalam kajian data subyektif, perawat melakukan pemeriksaan penunjang dan tes laboratorium untuk menunjang diagnostiknya

Pemeriksaan penunjang digunakan untuk menganalisis ancaman kesehatan yang dirasakan pasien Fokus pengkajian masih menitikberatkan pada kajian ABC Pemeriksaan yang memprioritaskan berdasarkan tingkat keparahan pasien, disebut dengan istilah primary assessment Perawat melakukan kajian pasien secara terfokus dan berkesinambungan sehingga akan menghasilkan data yang akurat. Data yang sudah diperoleh nantinya akan digunakan untuk menunjang selama pasien dirawat di rumah sakit. Proses pengkajian pasien membutuhkan kemampuan kognitif, psikomotorik, etik, kemampuan problem solving yang baik, dan memiliki interpersonal yang baik. Kemampuan hal ini akan mendukung perawat untuk mencatat data pasien secara menyeluruh dan tuntas.

b. Kajian Objektif

Data objektif merupakan data yang dapat diukur dan dilihat. Bentuk kajian objektif bisa dalam bentuk tinggi badan (TB), berat badan (BB), pemeriksaan fisik, hasil perekam EKG, dil. Pasien yang diukur dengan skala objektif dan diperoleh hasilnya, maka respons pasienlah yang tetap menjadi dasar pengukuran. Berikut yang termasuk kajian pemeriksaan objektif

1) Suhu Tubuh

Alat pengukur suhu tubuh ada banyak jenis. Alat suhu tubuh ada yang disebut termometer aksila, termometer oral, termometer rektal, dan alat lain. Hasil pengukuran suhu tubuh dipengaruhi oleh kegiatan dan kondisi penyakit pasien. Hasil suhu tubuh bisa dipengaruhi oleh faktor lingkungan serta terjadinya infeksi dan luka.

2) Denyut Nadi

Pemeriksaan denyut nadi perifer dapat diukur secara palpasi. Pengukuran denyut nadi jantung apikal dapat dilakukan dengan cara auskultasi. Pemeriksaan denyut nadi meliputi pemeriksaan irama, kualitas, dan keseimbangan. Apabila perawat menemukan ketidaknormalan denyut nadi apikal, ini mengindikasikan pasien mengalami gangguan fisiologis. Pasien yang memiliki denyut nadi kanan dan kiri berbeda, bisa juga disebabkan karena pasien dalam kondisi luka lokal, gangguan jantung, dan bisa juga disebabkan karena kondisi lingkungan.

3) Pernapasan

Kajian objektif pernapasan dapat dilakukan dengan memeriksa suara napas, gangguan suara napas, dan cara bernapas. Umumnya, pasien yang mengalami gangguan pernapasan ditandai dengan terjadinya peningkatan retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, tarikan trakeal, keterlibatan otot dada, dan ketidakmampuan berbicara satu kalimat penuh dalam satu tarikan napas.

Berikut adalah pola pernapasan

Nama	Deskripsi	Penyebab
Eupnea	Ritme pernapasan normal	-
Takipnea	Pernapasan meningkat	Demam, pneumonia, alkalosis respiratorius, keracunan aspirin

Bradipnea	Pernapasan lambat, tetapi teratur	Adanya tumor, alkohol, narkotika
Cheyne-stokes	Pernapasan bertahap, cepat, dan lebih dalam kemudian menjadi lambat berbeda dengan apnea	Peningkatan TIK, gagal ginjal, gagal jantung, overdosis obat
Biot	Pernapasan cepat dan dalam dengan periode berhenti tidak teratur	Gangguan meningitis, kondisi gangguan sistem saraf pusat
Kussmaul	Pernapasan cepat dan dalam tanpa berhenti	Gagal ginjal, asidosis metabolik, ketoasidosis diabetes
Apneustik	Panjang, tarikan napas dalam diikuti hembusan pendek	Disfungsi pusat pernapasan
Hiperventilasi neurogenik pusat	Hiperapnea teratur terus menerus	Lesi otak tengah

4) Kecukupan Oksigen

Perawat dapat melakukan pemantauan oksigen pasien menggunakan pemasangan oksimetri. Oksimetri sering digunakan khusus pasien yang mengalami gangguan pernapasan, pasien yang mengalami gangguan abnormal, pasien yang memiliki tingkat kesadaran yang tidak stabil, dan pasien yang memiliki penyakit serius. Pemasangan oksimetri dipasang di jari, bisa juga dibagian lain, seperti daun telinga atau jari kaki bayi.

5) Tekanan Darah

Tekanan darah abnormal menandakan pemeriksaan lebih lanjut. Apabila terjadi perubahan tekanan darah atau blood pressure (BP), pasien diwajibkan melakukan pemeriksaan lanjutan. Salah satu penyebab terjadinya tekanan darah abnormal adalah karena kesalahan teknis. Kesalahan teknis bisa terjadi saat pemasangan cuff di pergelangan tangan pasien. Pemasangan cuff yang terlalu ketat akan meningkatkan tekanan darah. Sebaliknya, apabila pemasangan cuff longgar, akan menimbulkan penurunan tekanan darah.

6) Tekanan Nadi

Memeriksa tekanan nadi salah satu cara untuk mengetahui status volume sirkulasi darah. Mengetahui volume darah dapat dilakukan dengan cara menghitung pulse pressure (PP). Pulse pressure yang mengalami penurunan menandakan bahwa terjadi penurunan curah jantung, satu sisi akan meningkatkan tekanan pembuluh darah perifer. Pulse pressure pada dasarnya memiliki sensitivitas lebih tinggi terhadap perubahan hipovolemia dibandingkan dengan tekanan sistolik. Oleh sebab itu, perawat sering menggunakan ini sebagai tanda awal munculnya gangguan tekanan darah.

Prosedur Tes	Hasil
1) Tekanan darah dan denyut nadi diukur setelah pasien dalam keadaan terlentang selama 2-3 menit. 2) Tekanan darah, denyut nadi dan gejala yang muncul saat observasi setelah pasien berdiri selama 1 menit; pasien sebaiknya kembali terlentang langsung jika mulai tampak lemah dan hampir pingsan	Uji positif bila; 1) Peningkatan denyut nadi 30x/menit atau lebih dari pasien dewasa Munculnya gejala hipoperfusi serebral misalnya: pusing dan pingsan

7) Pengukuran BB dan TB

Pemeriksaan berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) sebagai data pendukung pasien. Pengukuran BB dan TB pada bayi dan anak-anak penting dilakukan, karena pemberian obat didasarkan dengan BB dan TB-nya.

2. Kajian Umum Primer dan Sekunder

a. Kajian Primer

Kajian primer digunakan untuk menangani pasien gawat darurat. Kajian primer diprioritaskan menangani pasien paling parah dan membutuhkan tindakan segera.

Komponen	Pemeriksaan	Tindakan
----------	-------------	----------

<p>Airway (jalan napas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa apakah jalan napas paten atau tidak 2. Periksa vokalisasi 3. Ada tidaknya aliran udara 4. Periksa suara napas abnormal atau normal: stridor, snoring, gurgling 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa untuk memastikan kepatenan jalan napas 2. Identifikasi dan keluarkan benda asing, bentuk benda asing bisa muntahan darah, secret dan apapun yang menyebabkan obstruksi jalan napas
<p>Breathing (pernapasan)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa apakah ada naik turunnya dinding dada, suara napas dan hembusan pasien. Napas 2. Memeriksa warna kulit pasien 3. Mengidentifikasi pola pernapasan abnormal pada pasien. 4. Periksa apakah pasien menggunakan otot bantu pernapasan, deviasi trakea, gerakan dinding dada yang asimetris 5. Memeriksa pola napas pasien: adanya tachipneal bradipnea, kemampuan berbicara pasien atau adanya pernapasan hidung. cuping 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasien untuk memaksimalkan ekspansi dinding dada 2. Auskultasi suara napas 3. Memasang oksigen 4. Memberi bantuan napas menggunakan BVM. Masker atau ETT 5. Jika ditemukan luka di bagian dada, tutup luka tersebut. 6. Memberikan terapi untuk mengurangi edema pulmonal.

Circulation (sirkulasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan denyut nadi. Periksa kualitas dan denyutnya. Karakter 2. Periksa irama jantung menggunakan atau manual. EKG dengan cara Apakah normal atau terjadi abnormalitas jantung. 3. Pemeriksaan kapiler, suhu tubuh dan warna kulit, apakah terjadi diaforesis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CPR sesuai indikasi 2. Pemeriksaan tindakan pada pasien yang mengalami disritmia 3. Lakukan pemberhentian dari untuk pasien yang mengalami pendarahan. 4. Pasang jalur IV 5. Ganti volume cairan yang hilang dengan cairan kristaloid isotonic darah
----------------------------	---	---

b. Kajian Sekunder

Pengkajian sekunder umumnya bertujuan untuk mengidentifikasi penyakit yang dikeluhkan oleh pasien.

Komponen	Pertimbangan
Observasi Umum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat mempertimbangkan hasil observasi berdasarkan penampilan pasien, postur dan posisi tubuh. 2. Pemeriksaan terhadap pasien. apakah pasien menggunakan tindakan perlindungan diri. 3. Observasi keluhan umum yang dirasakan pasien. 4. Pemeriksaan kesadaran pasien. 5. Observasi perilaku pasien, apakah pasien merasa ketakutan, gelisah atau tenang. 6. Periksa apakah pasien dapat melakukan tindakannya sendiri, atau sebaliknya.

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Periksa komunikasi verbal pasien, apakah berbicara jelas atau bergumam bingung 8. Amati apakah pasien bau etanol, urine, bau obat kimiawi atau bau keton. 9. Periksa apakah ada tanda luka, baik luka baru ataupun luka lama.
Kepala dan Wajah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa apakah terjadi pendarahan, luka atau terjadi bentuk asimetri pada pasien. 2. Periksa bagian mata, apakah pupil mata bereaksi terhadap cahaya dan perhatikan ukuran dan bentuk pupil kanan kiri. 3. Periksa status visual pasien 4. Lakukan palpasi kulit kepala untuk pasien yang mengalami luka 5. Jika terjadi palpasi, adanya benjolan pada tulang wajah, periksa apakah bentuknya simetris atau sebaliknya. 6. Pemeriksaan, apakah pasien mengalami pembengkakan, pendarahan di bagian hidung 7. Periksa luka pendarahan pada telinga 8. Pemeriksaan mukosa, status hidrasi, warna atau pendarahan gigi yang hilang atau patah/edema laring pada langit-langit mulut 9. Pemeriksaan ekspresi wajah yang asimetris dan berbicara pasien. cara
Leher	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa apakah terjadi pembekakan, luka atau pendarahan 2. Pemeriksaan apakah terjadi emfisema subkutan atau deviasi trakea

	3. Pemeriksaan palpasi adanya luka atau keluhannya pada tulang servika
Dada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan apakah terjadi benjolan, pendarahan dan luka 2. Periksa naik-turunnya dinding dada. Apakah simetris atau tidak simetris 3. Periksa naik-turunnya dinding dada. Apakah simetris atau tidak simetris 4. Lakukan pemeriksaan palpasi benjolan, emfisema, nyeri pada struktur dinding dada. 5. Pemeriksaan auskultasi suara napas kanan dan kiri, apakah ada perbedaan atau sama 6. Lakukan auskultasi suara jantung. apakah normal atau abnormal.
Abdomen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa apakah terjadi luka seperti abdomen, benda asing yang menancap, memar dan jahitan operasi. 2. Auskultasi bising usus gangguan aortic abdominal. Dan 3. Palpasi dan membandingkan denyut di kedua sisi abdomen 4. Palpasi dan membandingkan denyut di kedua sisi abdomen 5. Pemeriksaan palpasi, apakah ada masa rigiditas, pulsasi dan abdomen 6. Pemeriksaan palpasi, apakah ada masa rigiditas, pulsasi dan abdomen 7. Lakukan pemeriksaan perkusi untuk mengindikasikan adanya cairan dan udara

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Pemeriksaan palpasi hepar untuk menentukan ukuran dan adanya benjolan. 9. Tekan simfisis pubis dan iliaka pelvis, periksa apakah ada ketidakstabilan atau nyeri
Ekstremitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan palpasi. Apakah ada benjolan, pendarahan, memar dan edema. 2. Pemeriksaan apakah ada bekas luka, nyeri dan patah tulang. 3. Pemeriksaan palpasi dan bandingkan denyut nadi di kedua tangan 4. Lakukan pencatatan capillary refill time (CRT), perbedaan warna, pergerakan, suhu tubuh dan sensasi.
Punggung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan palpasi, apakah ada benjolan, nyeri, luka atau memar 2. Lakukan pemeriksaan rectal rauche (RT) untuk mengidentifikasi pembengkakan darah, prostat, hilangnya refleks sphincter internal. 3. Jika pasien dicurigai terluka pada punggung Lakukan pemeriksaan dengan cara log roll.

Pengkajian berdasarkan usia memiliki parameter kajian berbeda. Parameter kajian tersebut meliputi riwayat, tanda vital, kardiovaskular, pernapasan, dan neurologis. Parameter kajian juga dapat memperhatikan elemen lain seperti gastrointestinal, genitourinari, muskuloskeletal, integumen, endokrin, termasuk panca saluran pernapasan (hidung, kepala, mata, hidung dan tenggorokan). Berikut pertimbangan pengkajian berdasarkan usia,

1) Riwayat

Parameter kajian untuk anak-anak dilihat dari riwayatnya, maka perawat perlu mempertimbangkan kesehatan ibu pada saat kehamilan (antenatal care). Perawat harus menggali informasi perihal interaksi orang tua dengan anak. Misalnya, mencari tahu tentang tumbuh kembang anak, penyakit yang pernah dialami anak saat masih kecil. Jika perlu, perawat perlu mengkaji data yang sesuai dan relevan sesuai kemampuan anak.

Pada kajian umum lansia, parameter kajian yang diperhatikan perawat adalah riwayat kesehatan selama proses penuaan. Perawat menanyakan keluhan yang dirasakan pasien lansia sambil mengobservasi tingkat tanggap pasien. Apakah respons pasien terhadap pertanyaan perawat ditangkap lambat atau normal.

2) Tanda Vital

Parameter kajian untuk tanda-tanda vital khusus anak-anak. Perawat memeriksa denyut nadi si anak. Apakah ada heart rate dan pernapasan yang lambat atau cepat. Perawat juga perlu memeriksa tekanan darah, karena anak-anak juga rentan terhadap kondisi hipotermia.

Pemeriksaan pada lansia, dapat dilihat dari tanda vital yang dipengaruhi oleh macam-macam pengobatan pasien. Lansia dan bayi, pada dasarnya juga rentan terhadap hipotermia. Pasien lansia yang mengalami hipotermia disebabkan karena pengaruh obat dan usia. Hipotermia pada lansia dapat menyebabkan masalah jantung.

3) Kardiovaskular

Pemeriksaan untuk kardiovaskular pada anak-anak memperhatikan masalah penyakit jantung kongenital. Serangan jantung tidak hanya dialami oleh orang dewasa dan lansia, tetapi juga dapat menyerang pada anak-anak. Pemeriksaan kardiovaskular pada usia lanjut dilakukan apabila pasien mengalami penurunan curah jantung dan terjadi perkembangan penyakit jantung koroner. Hal tersebut mengindikasikan bahwa jantung tidak mampu beradaptasi dengan tekanan.

4) Pernapasan

Kajian umum pernapasan pada anak-anak parameternya menggunakan alat bantu pernapasan hidung. Gangguan yang sering menyerang anakanak adalah gangguan pernapasan abdominal. Gangguan pernapasan abdominal umumnya menyerang anak usia 6 sampai 7 bulan. Bayi usia tersebut lebih rentan terhadap infeksi, terutama infeksi saluran pernapasan yang terjadi di saluran napas kecil. Kecilnya saluran pernapasan inilah yang memudahkan terjadi sumbatan jalan napas. Pada lansia, gangguan saluran pernapasan karena terjadi peningkatan diameter anteroposterior. Peningkatan diameter anteroposterior menyebabkan paru mengalami penurunan fungsi, akibat terjadi penurunan proses pertukaran gas.

5) Neurologis

Ketika melakukan pemeriksaan neurologis pada anak-anak, hal yang diperhatikan oleh perawat adalah tingkat perkembangan anak. Sementara itu, pada pasien lansia, hal yang diperhatikan perawat adalah apakah terjadi degenerasi fungsi saraf atau transmisi saraf. Lansia biasanya mengalami transmisi saraf melambat karena pengaruh perubahan sistem lain.

6) Gastrointestinal

Parameter kajian pada anak yang mengalami nyeri memerlukan perlindungan pada abdomen. Gangguan abdomen pada bayi menimbulkan ditelannya udara dengan menangis. Sementara itu, lansia yang mengalami gangguan gastrointestinal ditandai dengan gangguan pencernaan, motilitas usus, dan permukaan gastrointestinal menurun. Parameter kajian yang umum pada pasien lanjut usia, ditandai dengan turunnya selera makan dan rentan terhadap konstipasi.

7) Genitourinari

Genitourinari pada anak-anak, ditandai dengan kemampuan anak mengendalikan buang air kecil. Genitourinarterjadi pada anak usia dua sampai tiga tahun, yang disertai dengan perubahan masa pubertas. Pada pasien lanjut usia, parameter kajian terjadinya penurunan fungsi ginjal di usia 40 tahun ke atas.

8) Muskuloskeletal

Parameter kajian muskuloskeletalpada bayi ditandai dengan kelenturan tulang bayi. Tulang masih lentur atau fleksibel mengakibatkan bayi rawan mengalami patah

tulang dan sublokasi. Pada pasien lansia, gangguan muskuloskeletal ditandai dengan penurunan massa otot. Lansia juga rawan patah tulang dan penyakit sendi karena masa otot yang tidak lagi kuat.

9) Integumen

Pada pasien anak-anak, yang perlu diperhatikan perawat dalam kajian ini adalah mempertimbangkan adanya alergi popok. Tidak semua anak-anak dan bayi menggunakan popok. Anak kemungkinan mengalami dermatitis dan alergi karena popok. Pada lansia, gangguan integumen ditandai dengan berkurangnya pergerakan yang menyebabkan dermatitis statis dan penyakit lambung.

10) Endokrin

Pada anak-anak, parameter kajian yang umum terjadi pertumbuhan hormon yang bersifat abnormal, sedangkan pada pasien lansia, mengalami gangguan tiroid.

11) Hematologi

Anak-anak dalam kajian hematologi bisa saja mengalami anemia, penyakit darah, dan leukemia, sedangkan pada lansia mengalami kadar hematokrit, berkurangnya hemoglobin dan absorbs vitamin B12.

12) Imun

Individu satu dengan yang lain memiliki imun berbeda-beda. Parameter kajian imun pada anak-anak cenderung bersifat pasif setelah dilahirkan. Sementara itu, pada lansia memiliki respons imun terhadap antibodi yang terus menurun, mengikuti usia yang bertambah.

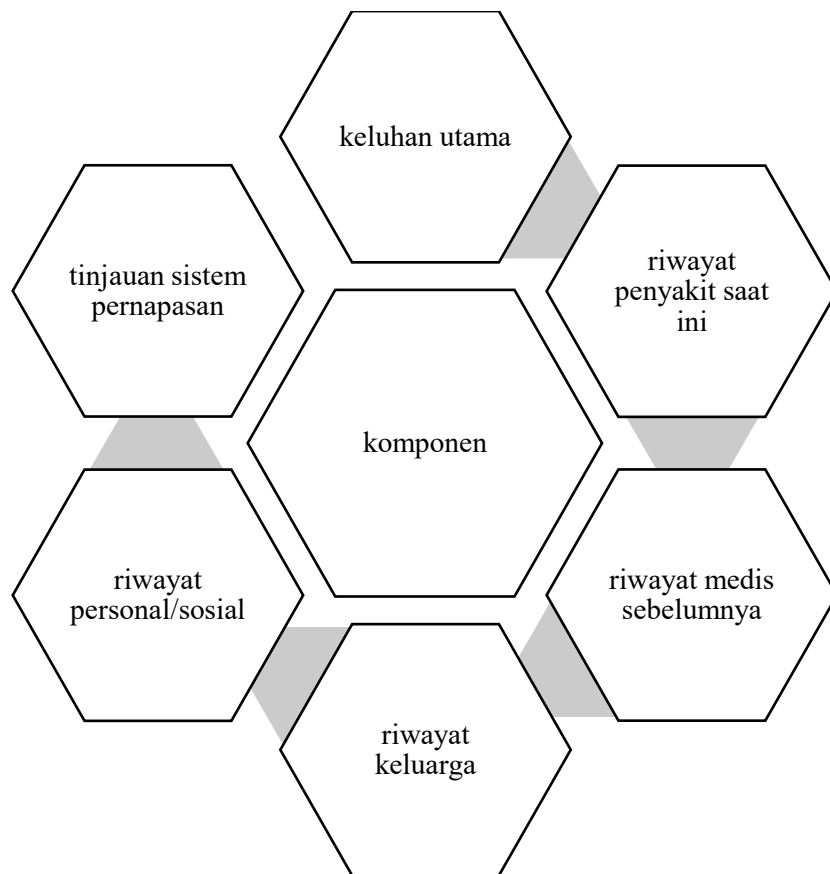
A. RIWAYAT KESEHATAN

Riwayat kesehatan umumnya digunakan untuk pasien rawat jalan, Sementara itu, pasien gawat darurat tidak bisa cepat memperoleh riwayat kesehatan karena hal tersebut hanya dapat diperoleh dengan pendataan mnemonic SAMPLE. Mnemonic SAMPLE berarti signs and symptoms (S), allergiex (A), medications (M) pertinent medical history (P), last meal (L), dan events surrounding this incident (E). Mnemonic SAMPLE yang menyeluruh adalah kajian yang didasarkan atas pertimbangan riwayat kesehatan, misalnya pasien adalah pengguna alkohol

dan penyalahguna obat-obatan. Pasien tersebut dapat dites menggunakan kuesioner yang disebut dengan CAGE. Berikut tabel kuesioner CAGE

Komponen	Penjelasan
<i>Cut</i> (berhenti)	Apakah Anda berpikir untuk minum minuman alkohol?
<i>Annoyed</i> (terganggu)	Apakah Anda merasa terganggu apabila orang lain menyarankan untuk berhenti minum minuman alkohol?
<i>Guilty</i> (perasaan bersalah)	Apakah Anda menyesal atau merasa bersalah dengan mengonsumsi minuman alkohol?
<i>Eye-opener</i> (pembangkit/penyembuh)	Apakah Anda memerlukan minuman di pagi hari untuk menurunkan ketegangan saraf

Perawat melakukan pencatatan riwayat kesehatan pasien sehingga memungkinkan perawat untuk membuat patokan dasar pengkajian tentang status pasien. Kajian riwayat kesehatan yang dilakukan perawat memudahkan untuk membuat kerangka kerja guna mendeteksi perubahan yang cepat dari kondisi pasien. Pengkajian riwayat kesehatan pasien yang baik dilakukan sebelum dan sesudah intervensi. Pengkajian riwayat secara menyeluruh merupakan komponen penting selama proses pengkajian fisik secara keseluruhan. Selain itu, pemeriksaan klinis secara tidak langsung langkah awal membangun hubungan dengan pasien.



Riwayat kesehatan pasien dimulai dari keluhan utama dan informasi penyakit yang dideritanya. Pada beberapa kasus tertentu, pasien yang kesakitan tidak mampu memberikan keterangan dan informasi terkait riwayat kesehatannya. Data tersebut dapat diperoleh oleh keluarga terdekatnya, berupa gejala. Gejala utama yang digali perawat secara umum meliputi nyeri dada, dispnea, produksi sputum, dan batuk. Perawat menanyakan riwayat personal, sosial, dan keluarga, untuk mengetahui penyebab terjadinya gejala.

B. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik sistem pernapasan merupakan pengumpulan data yang reliable dan berpedoman pada informasi secara menyeluruh. Teknik dasar pemeriksaan fisik meliputi empat hal. Keempat hal tersebut meliputi inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

1. Inspeksi

Inspeksi adalah istilah pemeriksaan yang digunakan perawat untuk melakukan pemeriksaan kepada pasien secara menyeluruh. Pemeriksaan ini meliputi pengkajian kondisi pasien, apakah

pasien dalam kondisi sadar atau tidak. Pemeriksaan ini termasuk pemeriksaan penampilan pasien, misalnya melihat apakah pasien bisa berbicara atau tidak, mengalami pendarahan atau yang lainnya.

Inspeksi merupakan pemeriksaan fisik yang sering digunakan untuk pemeriksaan pada penderita sianosis. Sianosis merupakan perubahan warna kulit dan membran mukosa menjadi kebiruan. Gangguan sianosis seringkali ditemui pada pasien yang menderita anemia. Gejala sianosis sulit dideteksi secara dini, seringkali merupakan tanda yang mengawatirkan. Pasien polisitemia berpotensi mengalami sianosis ekstremitas. Pada kasus tertentu, sianosis dapat menyerang pasien yang memiliki tekanan oksigen normal.

Sementara itu, sianosis perifer hanya akan terjadi ketika terjadi ekstremitas, terutama ketika mengalami kedinginan. Sianosis sentral menyerang pasien yang memiliki tekanan oksigen rendah. Gejala yang umum dapat diamati lewat lidah dan bibir.

Pada pengkajian inspeksi juga akan sering ditemukan pasien yang mengalami pernapasan berat. Pernapasan berat sebagai indikator terjadinya gawat napas. Gejala yang terlihat, pasien mengalami gangguan dalam berbicara. Pasien juga mengalami kesulitan menelan udara dan berbicara terbata-bata. Oleh sebab itu, perawat gawat darurat sering menjadikan jumlah kata yang diucapkan pasien sebelum kehabisan napas sebagai parameter untuk mengukur derajat upaya pernapasan.

Perawat perlu melakukan pemeriksaan inspeksi bagian dada depan dan belakang. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui diameter anterior-posteriordada. Penambahan diameter anterior-posterior disebabkan karena terjadinya ekspansi paru yang berlebihan. Ekspansi yang berlebih dapat menimbulkan gangguan paru obstruktur. Pasien yang mengalami perluasan diameter anteriorposterior juga sering ditemukan pada pasien kifosis (gangguan tulang belakang yang melengkung) Gangguan tulang belakang dibagi menjadi tiga. Selain kifosis, ada juga gangguan tulang yang disebut skoliosis dan lordosis. Kifosis atau disebut dengan kifoskoliosis yang dapat digunakan untuk mengetahui penyebab gawat napas. Terjadinya kifosis dipengaruhi dari jaringan perut yang menandakan adanya cedera, baik cedera baru maupun cedera lama.

Tabel berikut merupakan komponen proses inspeksi pada pengkajian fisik sistem pernapasan.

Pemeriksaan	gejala
umum	1. Aktivitas mental

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tingkat ansietas 3. Model berbicara <ol style="list-style-type: none"> a. Staccato b. Koheren c Afasia d. Artikulasi e. Serak 4. Turgor kulit 5. Integritas kulit <ol style="list-style-type: none"> a. Jaringan perut b. Ruam Luka 6. Warna kulit. <ol style="list-style-type: none"> a. Pucat b. Sianosis 7. Berat badan <ol style="list-style-type: none"> a. Obesitas b. Malnutrisi 8. Posisi tubuh <ol style="list-style-type: none"> a. Condong ke depan Lengan elevasi
Toraks	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesimetrisan toraks 2. Posisi sternum. 3. Diameter anterior-posterior kurang dari setengah 4. Transversal 5. Frekuensi, irama, pernapasan dan irama durasi 6. Penggunaan otot asesoris 7. Keselarasan gerakan dada dan abdomen 8. Kesejajaran spinal Pola vena superficial
Kepala dan leher	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pilek 2 Bernapas menggunakan mulut 3. Bernapas mulut/hidung menggunakan 4. Penggunaan leher dan bahu Posisi trakea

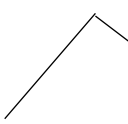
--	--

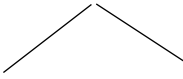
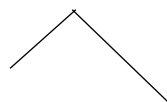

2. Auskultasi

Auskultasi teknik pemeriksaan paru-paru, suara peristaltik dan jantung. Pemeriksaan ini dilakukan sebelum melakukan proses palpasi. Pemeriksaan palpasi dilakukan dengan meletakkan stetoskop di sisi diafragma, sambil ditekan kuat ke dinding dada. Perawat mendengarkan intensitas volume bunyi napas, apakah napas pasien normal atau sebaliknya.

Pasien yang memiliki pernapasan normal memiliki volume bunyi napas meningkat 4x lipat saat pasien mengambil napas secara maksimal. Intensitas bunyi napas dapat berkurang akibat penurunan aliran di sepanjang jalan napas, terpengaruh karena substansi di antara paru dan stetoskop. Apabila bunyi napas mengalami penurunan aliran di sepanjang jalan napas akibat substansi di antara paru dan stetoskop, maka akan menimbulkan bunyi napas terdengar lebih pelan. Hal ini disebabkan karena terjadi penebalan pleura, efusi pleura, obesitas, dan pneumotoraks. Sementara itu, untuk kasus obstruksi jalan napas mengalami pernapasan dangkal dan pergerakan udara melalui jalan napas berkurang, mengindikasikan terjadinya restriktal.

Menyinggung tentang bunyi napas, ada beberapa bunyi dalam auskultasi yang dapat dilihat seperti pada tabel di bawah ini.

Nama Bunyi	Difinisi
Bunyi Napas Vesikular 	<ol style="list-style-type: none"> i. Vesicular merupakan bunyi napas pelan dan bernada rendah. Meskipun demikian, napas vesicular memiliki fase inspirasi lebih panjang dari fase ekspirasi. ii. Bunyi inspirasi berlangsung lebih lama dari bunyi ekspirasi

	<ul style="list-style-type: none"> iii. Intensitas bunyi ekspirasi pelan iv. Nada bunyi ekspirasi relative rendah <p>Lokasi bunyi normal terdengar hampir di seluruh bagian paru</p>
<p>Bunyi Napas Bronkovesikular</p> 	<ul style="list-style-type: none"> i. Bronkovesikular memiliki suara sedang. ii. Fase inspirasi sebanding dengan fase ekspirasi ii. Bunyi inpirasi dan ekspirasi berlangsung hampir sama Panjang Lokasi bunyi normal terdengar di sisi anterior sela iga pertama dan kedua dan di antara skapula
<p>Bunyi Napas Bronkial</p> 	<ul style="list-style-type: none"> i. Napas bronchial memmiliki nada dan volume lebih tinggi daripada bunyi vesicular. ii. Fase ekspirasinya lebih panjang dari fase inspirasi. ii. Bunyi napas terdengar di atas area efusi pleura. iv. Bunyi napas terdengar di sekitar area manubrium, bunyi napas ini bunyi dalam kondisi normal dan dalam kondisi abnormal, khusus untuk pasien pneumonia.
<p>Bunyi Napas Trakea</p> 	<ul style="list-style-type: none"> i. Bunyi trakea merupakan bunyi napas memiliki nada keras dan tinggi. ii. Durasi bunyi inspirasi dan ekspirasi berlangsung hampir sama panjang Lokasi bunyi normalnya terdengar di atas trakea pada leher

ketebalan garis mengindikasikan intensitas; semakin curam garis, semakin tinggi nada.

3. Palpasi

Palpasi merupakan pemeriksaan karakteristik permukaan kulit. Pemeriksaan palpasi pada dasarnya memeriksa sensitivitas pasien, baik sekadar untuk mengetahui suhu tubuh atau turgor. Pemeriksaan palpasi untuk mengetahui apakah ada kekakuan, nyeri, ukuran organ, dan adanya massa.

Pemeriksaan palpasi dada merupakan salah satu cara mengetahui adanya gangguan padaparu atau dada. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan meletakkan telapak tangan di bagian dada pasien secara mendatar. Perawat memperhatikan sumber suara yang diucapkan oleh pasien, apakah suara keluar dari laring atau di dinding dada. Suara yang dikeluarkan lewat laring akan bergerak sepanjang batang bronkus. Hal tersebut akan mengeluarkan gerakan resonansi di dinding dada. Di posisi inilah, perawat memiliki kemampuan fremitus taktil, yaitu kemampuan untuk merasakan suara di dinding dada.

Pemeriksaan palpasi selain digunakan untuk pemeriksaan abnormal paru, juga digunakan untuk pemeriksaan kondisi bocornya udara dari alveolus yang menyusup melewati jaringan subkutan. Teknik palpasi untuk mengidentifikasi kondisi bocornya udara dari alveolus dapat dilakukan dengan menggerakkan jari secara perlahan menyusuri dada dan leher.

4. Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan yang sifatnya evaluasi. Perawat melakukan evaluasi kepadatan tulang atau mengevaluasi organ untuk membedakan struktur padat, cair, atau berongga. Cara pemeriksaan perkusi dapat dilakukan dengan mengetuk permukaan tangan dengan jari telunjuk tangan satunya.

Pemeriksaan perkusi dapat menghasilkan suara yang dapat didengar, vibrasi taktil, dan menggetas. Pemeriksaan ini juga menghasilkan gerakan halus di dinding dada dan struktur-struktur di bawahnya. Metode yang digunakan perawat cukup memberikan tekanan satu jari mendatar ke atas dada dan menggunakan ujung jari tangan.

1. Pengkajian Neurologis

Pengkajian neurologis sering digunakan untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien. Perawat selalu melakukan pemeriksaan status, apakah pasien mulai sadar atau masih tidak sadarkan diri. Pada pasien yang sudah sadar, perawat mengajukan pertanyaan dasar, seperti menanyakan nama dan menanyakan hari pada saat Perawat

dapat melakukan pengkajian neurologis menggunakan alat khusus. Glasgow coma scale (GCS) adalah alat yang khusus digunakan untuk orang dewasa. Sementara itu, untuk anak-anak menggunakan alat pediatric glasgow coma scale. Kedua alat ini bertujuan untuk melakukan pengkajian neurologis secara detil terhadap pasien gawat darurat. Alat ini untuk mengukur dan mengetahui tentang status mental, sensasi, kekuatan fisik, dan fungsi saraf kranial pasien.

Sistem neurologi semacam teka-teki yang sangat penting. Di dalam neurologi ada banyak bentuk kegawatan berbedabeda. Mulai dari kasus trauma gran mal hingga bell's palsy. Ada pula gangguan neurologis lainnya, seperti stroke, transient ischemic attack, serangan kejang. multiple sklerosis, cluster headache, dan miasteni gravis.

2. Kardiovaskular

Pengkajian kardiovaskular merupakan pemeriksaan untuk pasien yang mengalami nyeri dada, tanda-tanda vital normal dan tidak normal serta mengetahui denyut jantung. Pemeriksaan kardiovaskular dapat dilakukan menggunakan alat rekam jantung EKG, untuk mengetahui infark miokard, kelainan elektrolit, ataupun sekedar mengetahui penyimpangan aksis.

Suara jantung abnormal dapat dideteksi dengan metode auskultasi. Suara yang abnormal terdengar saat fase diastolik, dan menunjukkan pasien mengalami gangguan ventrikel kiri, noncompliant ventricle, serta terjadinya volume jantung berlebihan. Sementara itu, suara murmur pada jantung dihasilkan karena aliran turbulen yang melewati katup jantung. Suara murmur dibagi menjadi enam tingkatan, yang didasarkan pada keras ringannya suara. Murmur I memiliki suara paling lemah. Semakin naik suara, murmur semakin kuat.

3. Pernapasan

Perawat melakukan pemeriksaan fisik di bagian wajah, dada dan leher pasien dimaksudkan untuk mengetahui gejala penyakit. Pemeriksaan pernapasan juga dapat digunakan sebagai media untuk mengetahui apakah terjadi distress pernapasan, interkostal, retraksi sterna, dan terjadi keabnormalan. Hasil dari pemeriksaan inilah yang digunakan perawat untuk melakukan tindakan selanjutnya.

4. Saluran pencernaan

Sistem gastrointestinal merupakan sistem pemeriksaan untuk menambah data subjektif perawat. Pada pemeriksaan ini ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh perawat. Misalnya perlu adanya kajian apakah pasien pernah mengalami operasi abdominal, sirosis hepatis, pankreatitis dan dilakukan.

apendikitis. Perawat juga perlu memperhatikan apakah pasien merasakan тали нуто, tual, hemoroid, muntah, dan diare. Pemeriksaan juga meliputi pemeriksaan distensi abdomen, auskultasi, dan palpasi

5. Perkemihan

Pemeriksaan fisik pada perkemihan meliputi pemeriksaan frekuensi urine. Pemeriksaan untuk mengetahui apakah terjadi inkontinensia. Pemeriksaan perkemihan dapat dilakukan dengan melakukan pencatatan frekuensi ine, apakah urine terasa panas dan berbau anch. Pada pasien yang mengalami gangguan perkemihan, perawat perlu melakukan pengkajian lokasi rasa sakit, nyeri dan karakternya. Kunci pengumpulan data untuk gangguan ini adalah dengan mengajukan pertanyaan untuk mendapatkan data yang akurat.

Jika pasien mengalami rasa sakit dan mengeluh urine mengandung darah maka perawat bisa mengajukan pertanyaan pengobatan yang pernah dilakukan. Jika pasien mengeluh rasa sakit di saluran vagina, kemih dan uretra, maka perlu diwaspadai adanya penyakit seksual yang bersifat menular. Gejala ini dapat ditandai dengan kesulitan pasien untuk buang air kecil.

6. Muskuloskeletal

Muskuloskeletal berkaitan dengan pasien yang mengalami infeksi dan eauma. Perawat dapat melakukan kajian luka, nyeri, edema, ataufraktur. Pasien muskuloskeletal jika diberi tindakan triage diberi pertolongan dasar, bisa dengan mengkompres dan imobilisasi.

7. Integumen

Pemeriksaan fisik integumen dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan warna, turgor, suhu tubuh, kulit, dan tekstur. Perawat perlu mencatat apakah ada gejala sianosis (kebiruan) dan pucat. Perawat juga perlu melakukan pemeriksaan gangguan integritas kulit, misalnya laserasi dan abrasi

8. Hematologis

Hematologis merupakan gangguan pendarahan. Bentuk gangguan pendarahan bisa berbentuk rasa nyeri, memar, konjungtiva pucat. dan ptechine. Penyebab pasien mengalami gangguan hematologis di antaranya karena riwayat septicaemia, gangguan hematologis, dan penggunaan antikoagulan. Perawat perlu memperhatikan risiko yang mungkin dialami pasien. Bentuk risiko bisa saja pasien mengalami trombosis vena, polisitemia, obesitas, kehamilan, penggunaan kontrasepsi oral, dan imobilisasi. Berikut adalah tabel perubahan warna Kulit dan kemungkinan penyebabnya

warna	Penyebab	Lokasi
Coklat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genetik 2. Cahaya matahari 3. Kehamilan 4. Penyakit Addison dan beberapa tumor pituitary 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyeluruh 2. Area yang terpapar 3. Daerah yang terpapar, kerutan telapak tangan
Kemerahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Polisitemia 2. Panas berlebih 3. Peningkatan visibilitas 4. Oksihemoglobin normal disebabkan yang oleh vasodilatasi akibat panas tubuh, inflamasi, alkohol dan keracunan. 5. Penurunan perfusi oksigen pada kulit karena terpapar oleh 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah, konjungtiva, mulut, tangan, kaki. 2. Menyeluruh 3. Area yang terpapar

	cuaca dingin, keracunan CO ₂	
Kuning	1. Peningkatan bilirubin karena penyakit hati, hemolisis sel darah merah	1. Sclera pada fase awal kemudian menyeluruh
Sianosis	1. Hipoksemia 2. Kurangnya asupan cairan kulit karena ansietas (kedinginan) 3. Kadar abnormal Hb karena kombinasi methylene atau obat-obat sulfa	1. Terpusat (bibir, lidah dan sekitarnya) 2. Terlokalisasi, perifer 3. Sentral
Pucat	1. Syok hemoragik. distributive kardiogenik atau 2. Gagal ginjal 3. Ketakutan, nyeri	1. Menyeluruh dan terbatas muka

9. Imunologi

Imunologi atau sistem imun sangat mempengaruhi gaya hidup pasien. Pasien yang mengalami demam bisa saja merupakan gejala umum yang tidak membahayakan nyawa, namun bisa saja berdampak mematikan. Pasien yang memiliki imun tidak baik, demam tinggi bisa saja mengindikasikan adanya infeksi berbahaya dan menular. Demam bagi pasien dibagi menjadi demam noninfeksi dan demam infeksi. Demam terinfeksi bisa saja karena tertular virus dari luar, seperti virus ebola dan virus flu burung. Sementara, demam noninfeksi bisa diakibatkan oleh penyakit jantung dan hipertermia malignan.

Pasien yang memiliki imun tidak baik, demam tinggi bisa saja mengindikasikan adanya infeksi berbahaya dan menular. Demam bagi pasien dibagi menjadi demam noninfeksi dan demam infeksi. Demam terinfeksi bisa saja karena tertular virus dari luar, seperti virus ebola dan virus flu burung. Sementara, demam noninfeksi bisa diakibatkan oleh penyakit jantung dan hipertermia malignan.

10 Endokrin

Mudah merasa lelah, lemah, mengalami penurunan berat badan, poliuri dan mengalami perubahan status mental merupakan gejala gangguan endokrin. Gangguan ini harus segera ditangani, agar tidak memberikan dampak lebih buruk.

E. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK PERNAPASAN

1. Radiografi Dada

Radiografi dada merupakan salah satu alat diagnosis untuk mengkaji dan mengetahui anatomi serta fisiologi dada. Pengkajian pada dada tersebut bertujuan untuk mengetahui adanya penyakit patologis. Pemeriksaan dapat dilakukan menggunakan sinar X. Proses kerja radiografi adalah sinar X yang diarahkan ke dada akan menembus dan dapat melihat bagian dalam tubuh. Di layar monitor pun akan memvisualisasikan bentuk gambaran pada radiograf.

Sinar X yang menembus dinding dada memvisualisasikan jaringan padat seperti tulang. Jaringan yang termasuk padat adalah jantung. Jantung memiliki pembuluh darah dan organ yang terstruktur secara padat. Oleh sebab itu, hasil yang tampak di layar memperlihatkan area abu-abu. Apabila hasil diagnostik menunjukkan warna hitam, berarti selama inspirasi paru normal terisi udara. Sementara itu, warna putih disebabkan karena bagian paru berisi cairan.

2. Pemindaian Ventilasi-Perfusi

Pemindaian ventilasi-perfusi digunakan untuk mendeteksi persentasi paru yang masih normal. Tidak hanya itu, pemindaian ventilasi-perfusi juga dapat digunakan untuk mendiagnosis dan menentukan lokasi emboli paru dan suplai vascular paru. Pemindaian ventilasi-perfusi dibagi menjadi pindai ventilasi dan pindai perfusi.

Pertama, pindai ventilasi kondisi dimana pasien menghirup gas radioaktif. Gas tersebut bergerak mengikuti udara, dan bisa saja masuk ke sistem pernapasan normal.

Kedua, pindai perfusi memungkinkan terjadinya visualisasi suplai darah menuju paru dengan cara radioisotope injeksi secara intravena. Paru yang teremboli akan mempengaruhi suplai darah di luar embolus, sehingga menyebabkan hambatan dan mengalami gangguan.

Pemindaian ventilasi-perfusi tidak digunakan untuk pasien yang mengalami gangguan ventilasi mekanis. Hal ini dikarenakan komponen ventilasi pada pindai sulit berkooperasi. Khusus pasien paru dan pneumonia, apabila terjadi perbedaan ventilasi-perfusi akan menyulitkan proses interpretasi pindai ventilasi-perfusi. Sementara itu, pemindaian yang cocok untuk penderita emboli paru sesuai menggunakan angiografi pulmonal, khususnya untuk pasien kritis.

3. Angiografi Pulmonal

Angiografi pulmonal sebagai indikator potensial terjadinya emboli paru. Angiografi pulmonal merupakan proses injeksi cepat substansi radiopak, khusus pemeriksaan radiografi vaskularisasi paru. Ketika substansi radiopak diinjeksi ke pasien, akan mengenai vena femoralis dan keteter. Injeksi ini memang sengaja ditempatkan perawat di dalam arteri pulmonal. Apabila sudah dilakukan pemeriksaan, perawat perlu melakukan pemeriksaan positif. Pemeriksaan positif dapat ditandai dengan terjadinya hambatan aliran substansi radiopak melalui pembuluh darah yang sempit.

4. Bronkoskopi

Bronkoskopi digunakan untuk mendiagnosis jaringan dan mengumpulkan sekresi. Bronkoskopi digunakan perawat untuk menentukan luas dan lokasi proses patologi dan biopsi. Fungsi bronkoskopi tidak sekedar itu, ternyata bronkoskopi dapat digunakan untuk terapi pengangkatan benda asing atau sekresi di percabangan trakeobronkial. Pada beberapa kasus, bronkoskopi juga digunakan untuk mengatasi atelektasis pascaoperasi dan pembedahan lesi.

Bronkoskopi sebagai alat bronkoskopi seratoptik yang fleksibel, yang dapat digunakan untuk proses visualisasi langsung ke laring, bronkus, dan trakea. Perawat yang akan melakukan pemeriksaan bronkoskopi perlu mempersiapkan beberapa hal. antara lain pengkajian riwayat pasien, pemeriksaan fisik, dan pemberian analgesia atau

sedasi intravena. Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan radiografi dada, pemeriksaan faktor pembekuan, dan pemeriksaan GDA.

5. Torakentesis

Perawat berperan sangat besar pada proses torakentesis. Perawat memiliki tugas utama memberikan kenyamanan ke pasien. Perawat juga harus tetap melakukan kajian sistem pernapasan secara berkelanjutan, misalnya membalut luka kasa dan balutan yang tersterilkan di setiap akhir operasi, pembedahan, dan pemeriksaan. Selanjutnya, perawat membawa sampel ke laboratorium yang berlabel sesuai dengan instruksi. Pasien pascatorakentesis umumnya dialami oleh pasien komplikasi, hipotensi, edema paru, dan pneumotoraks.

6. Kultur dahak

Sputum berkaitan erat dengan kajian pernapasan sebagai indikator pasien sehat atau sakit. Pasien yang sehat tidak menghasilkan sputum. Pada pemeriksaan tertentu, sputum sangat diperlukan untuk cek laboratorium. Hal ini bisa disiasati dengan menyuruh pasien untuk batuk dan mengeluarkan sputum dari paru. Sputum yang keluar kemudian dipisahkan dari saliva untuk mengetahui spesimen di laboratorium.

Pemeriksaan spesimen digunakan untuk mengetahui sensitivitas dan kultur. Hasil kajian laboratorium sputum untuk melihat mikroorganisme spesifik dan sensitivitas mikroorganisme. Sputum juga dapat digunakan untuk keperluan pemeriksaan sitologi dan basil tahan-asam. Basil tahan-asam setelah tiga hari dapat dijadikan sebagai indikator terjadinya mikobakteri dan tuberkulosis.

7. Pemeriksaan Fungsi Paru

Paru-paru sebagai alat pernapasan utama di dalam tubuh manusia. Oleh sebab itu, paru menjadi alat ukur konkret untuk mengetahui volume paru. Dengan kata lain, volume paru sebagai alat ukur fungsi paru. Pemeriksaan pasien dengan ventilasi dan anatomi sering menggunakan pemeriksaan paru. Hal ini disebabkan karena paru mengukur kemampuan dada dan paru dalam proses mengalirkan udara keluar-masuk alveoli.

Penugasan dan Umpan Balik

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

1. Mahasiswa dibagi 3 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 14-15 mahasiswa)
2. Setiap kelompok diberi kesempatan untuk mendemonstrasikan asuhan keperawatan pada pasien gawat darurat di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
3. Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

DAFTAR PUSTAKA

Berman, A., Snyder, S.J., Koziar, B. & Glenora Erb. 2009 Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis edisi 5. Jakarta: EGC

Buettner, Jennifer R. Kedaruratan Medik untuk Perawat dan Paramedik Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.

Kartikawati. Dewi. 2014. Buku Ajar Dasar-dasar Keperawatan Gawat Durant Jakarta: Salemba Medika.

Ria Ramadhani, dkk. 2013. Pengkajian Gawat Darurat pada Pasien Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Dewasa

Wijaya, S. 2010. Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Denpasar PSIK FK

TOPIK 10

PENERAPAN PROSEDUR BANTUAN HIDUP DASAR

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti praktik laboratorium keperawatan gawat darurat, mahasiswa mampu menerapkan prosedur bantuan hidup dasar pada korban henti napas dan/atau henti jantung, sesuai dengan pedoman dan standar internasional yang berlaku

A. PEMERIKSAAN TINGKAT KESADARAN

Kesadaran merupakan fungsi penting dari sistem saraf pusat yang mencerminkan integrasi semua informasi sensorik dan motorik. Penilaian tingkat kesadaran sangat krusial dalam berbagai kondisi medis, terutama pada pasien dengan gangguan neurologis.

A. Penilaian Kualitatif

Penilaian kualitatif memberikan gambaran umum tentang tingkat kesadaran seseorang berdasarkan observasi klinis. Beberapa tingkat kesadaran kualitatif yang umum digunakan adalah:

1. Kompos mentis: Pasien sadar penuh, dapat berorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, serta dapat mengikuti perintah.
2. Apatis: Pasien tampak acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitar, respon lambat terhadap rangsangan, namun masih dapat berkomunikasi.
3. Somnolen: Pasien tampak mengantuk, dapat dibangunkan namun mudah kembali tertidur.
4. Sopor: Pasien hanya dapat dibangunkan dengan rangsangan yang kuat dan responnya terbatas.
5. Koma: Pasien tidak dapat dibangunkan dan tidak memberikan respon terhadap rangsangan apapun.

B. Penilaian Kuantitatif

Penilaian kuantitatif memberikan nilai numerik yang objektif terhadap tingkat kesadaran. Skala yang paling sering digunakan adalah Glasgow Coma Scale (GCS). GCS menilai tiga aspek:

1. Pembukaan mata (E): Respon mata terhadap rangsangan.
2. Respon verbal (V): Respon verbal terhadap pertanyaan atau perintah.
3. Respon motorik (M): Respon motorik terhadap rangsangan nyeri,

Nilai GCS berkisar antara 3 (koma dalam) hingga 15 (sadar penuh). Penurunan nilai GCS mengindikasikan penurunan tingkat kesadaran.

B. PEMERIKSAAN TINGKAT KESADARAN

Pemeriksaan nadi adalah salah satu komponen penting dalam bantuan hidup dasar (BHD) dan bertujuan untuk mengevaluasi sirkulasi darah seseorang. Berikut adalah materi dan langkah-langkah dasar untuk pemeriksaan nadi dalam konteks BHD:

Materi Pemeriksaan Nadi BHD

1. Tujuan Pemeriksaan Nadi:

1. Untuk menentukan apakah aliran darah masih ada dan efektif.
2. Untuk menilai apakah nadi pasien teraba dan apakah irama serta kekuatan nadi normal.

2. Lokasi Pemeriksaan Nadi:

1. Nadi Karotis: Terletak di sisi leher, di bawah rahang.
2. Nadi Radialis: Terletak di pergelangan tangan, di sisi ibu jari.
3. Nadi Femoral: Terletak di lipatan selangkangan.
4. Nadi Poplitea: Terletak di belakang lutut.
5. Nadi Dorsalis Pedis: Terletak di punggung kaki.
6. Nadi Tibialis Posterior: Terletak di belakang pergelangan kaki, di bagian dalam kaki.

3. Langkah-Langkah Pemeriksaan Nadi:

1. Cek Respons Pasien: Pastikan pasien tidak dalam kondisi pingsan atau sangat tidak sadar.
2. Temukan Lokasi Nadi: Gunakan dua jari (biasanya jari telunjuk dan jari tengah) untuk meraba nadi pada lokasi yang tepat.

3. Tekanan dan Durasi: Tekan dengan lembut untuk merasakan detak nadi. Jangan terlalu keras agar tidak menghalangi aliran darah.
4. Hitung Detak Nadi: Hitung jumlah detak selama 15 atau 30 detik, lalu kalikan untuk mendapatkan detak per menit (DPM). Sebagai contoh, jika Anda menghitung selama 15 detik dan mendapatkan 20 detak, detak nadi per menit adalah 80 (20 detak x 4).
5. Catat Kualitas Nadi: Perhatikan kekuatan dan irama nadi. Nadi bisa terasa lemah, kuat, atau tidak teratur.

4. Interpretasi Hasil:

Interpretasi Hasil Pemeriksaan

1. Normal

- a. Kualitas: Teraba dengan baik.
- b. Kecepatan: 60-100 detak per menit (untuk dewasa).
- c. Irama: Teratur.

2. Tachycardia

- a. Definisi: Detak nadi lebih dari 100 detak per menit
- b. Kemungkinan Penyebab: Stres, dehidrasi, infeksi, masalah jantung

3. Bradycardia

- a. Definisi: Detak nadi kurang dari 60 detak per menit.
- b. Kemungkinan Penyebab: Masalah jantung, hipotiroidisme, efek obat.

4. Irregularitas

- a. Definisi: Nadi tidak teratur.
- b. Kemungkinan Penyebab: Aritmia, gangguan jantung.

5. Tindak Lanjut:

- a. Jika nadi tidak teraba atau tidak normal, segera lakukan intervensi sesuai prosedur BHD, seperti memulai resusitasi jantung paru (RJP) jika diperlukan.

6. Tindakan Lanjutan

1. Jika Nadi Teraba dan Normal

1. Lanjutkan dengan evaluasi kondisi lainnya.
2. Pertimbangkan tindakan medis tambahan jika diperlukan.

2. Jika Nadi Tidak Teraba atau Tidak Normal

1. Resusitasi Jantung Paru (R.JP): Jika pasien tidak sadar dan nadi tidak teraba, mulai RJP segera.
2. Panggilan Darurat: Hubungi layanan darurat medis segera.
3. Monitor dan Re-evaluasi: Terus monitor kondisi pasien dan lakukan evaluasi ulang secara berkala.

Tips Penting:

1. Pastikan Keamanan: Jika Anda sedang memberikan bantuan hidup dasar, pastikan area di sekitar aman dan pasien dalam posisi yang tepat.
2. Pelatihan: Selalu ikuti pelatihan BHD dari lembaga yang diakui untuk memastikan keterampilan Anda sesuai standar.

Pemeriksaan nadi adalah langkah kunci dalam menilai status kardiovaskular pasien dan menentukan langkah-langkah selanjutnya dalam manajemen kegawatdaruratan.

Penugasan dan Umpan Balik

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

1. Mahasiswa dibagi 3 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 14-15 mahasiswa)
2. Setiap kelompok diberi kesempatan untuk membuat video role play prosedur bantuan hidup dasar di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
3. Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

DAFTAR PUSTAKA

Qanita Imma (2019), Bantuan Hidup Dasar Jawa Tengah Majelis Kesehatan Ranting Aisyiyah Kertonatan

Sudiharto, Sartono. (2011). Basic Trauma Life Suport, Jakarta. Sagung Seto

TOPIK 11

PENERAPAN TINDAKAN BENCANA

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti praktik lapangan atau simulasi keperawatan bencana, mahasiswa mampu menerapkan tindakan keperawatan yang komprehensif pada korban bencana, sesuai dengan fase bencana dan pedoman penanggulangan bencana yang berlaku

1. URAIAN MATERI

Penanggulangan bencana adalah serangkaian kegiatan yang meliputi penetapan kebijakan pembangunan yang berisiko timbulnya bencana, kegiatan pencegahan bencana, tanggap darurat, dan rehabilitasi. Di Indonesia, payung hukum utamanya adalah Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.

Berikut adalah penerapan tindakan bencana dalam berbagai tahapannya:

1. Pra Bencana (Pencegahan dan Mitigasi)

Tahap ini berfokus pada pengurangan risiko bencana sebelum suatu kejadian terjadi. Pencegahan: Kegiatan yang dilakukan untuk menghilangkan atau mengurangi ancaman bencana. Contohnya:

1. Penataan ruang berbasis mitigasi bencana: Mengidentifikasi daerah rawan bencana dan membatasi pembangunan di sana (misalnya, tidak membangun permukiman di jalur patahan aktif atau daerah aliran lahar).
2. Penguatan peraturan dan penegakan hukum: Membuat dan menerapkan kebijakan yang mendukung keamanan bangunan, pengelolaan lingkungan, dan peringatan dini.
3. Pendidikan dan sosialisasi: Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang jenis bencana di wilayah mereka, cara menghadapinya, dan jalur evakuasi.

Mitigasi: Upaya untuk mengurangi dampak bencana. Mitigasi bisa bersifat struktural (fisik) maupun non-struktural (kebijakan, pendidikan).

a. Mitigasi Struktural:

Pembangunan infrastruktur tahan bencana: Membangun gedung tahan gempa, tanggul penahan banjir, atau sistem drainase yang baik

Penanaman vegetasi: Menanam mangrove di pesisir untuk mengurangi dampak tsunami atau abrasi, reboisasi di daerah hulu untuk mencegah longsor.

Pembangunan sistem peringatan dini (early warning system): Pemasangan alat deteksi gempa, tsunami, atau gunung berapi, serta penyebarluasan informasi peringatan melalui berbagai media.

b. Mitigasi Non-Struktural:

Penyusunan rencana kontingensi: Rencana tindakan yang akan dilakukan jika terjadi bencana tertentu.

Pelatihan dan simulasi evakuasi: Melatih masyarakat dan petugas dalam menghadapi situasi bencana, termasuk jalur evakuasi dan titik kumpul aman.

Pengembangan sistem informasi geospasial: Pemetaan daerah rawan bencana dan sumber daya yang tersedia.

2. Saat Bencana (Tanggap Darurat)

Tahap ini adalah respons cepat setelah bencana terjadi, dengan tujuan menyelamatkan nyawa dan mengurangi dampak lebih lanjut.

1. Kajian Cepat (Rapid Assessment): Penilaian awal tentang jenis bencana, tingkat kerusakan, jumlah korban, dan kebutuhan mendesak.
2. Pencarian dan Penyelamatan (Search and Rescue/SAR): Upaya menemukan dan menyelamatkan korban yang terjebak atau hilang.
3. Pertolongan Pertama dan Pelayanan Kesehatan Darurat: Penanganan medis segera bagi korban luka.
4. Evakuasi dan Penampungan Sementara: Memindahkan korban ke tempat yang aman dan menyediakan tempat tinggal sementara (posko pengungsian) yang layak, dilengkapi dengan MCK, dapur umum, dan fasilitas dasar lainnya.
5. Distribusi Bantuan: Penyaluran makanan, air bersih, selimut, pakaian, dan kebutuhan pokok lainnya kepada korban.
6. Keamanan dan Ketertiban: Menjaga keamanan di lokasi bencana dan posko pengungsian untuk mencegah penjarahan atau tindak kriminal lainnya.
7. Komunikasi dan Koordinasi: Membangun jalur komunikasi yang efektif antarpihak terkait (pemerintah, TNI/Polri, relawan, masyarakat) untuk mengkoordinasikan upaya tanggap darurat.

3. Pasca-Bencana (Rehabilitasi dan Rekonstruksi)

Tahap ini berfokus pada pemulihan kondisi masyarakat dan lingkungan pasca-bencana agar kembali normal atau bahkan lebih baik.

1. Rehabilitasi: Pemulihan dan perbaikan semua aspek kehidupan masyarakat yang terkena bencana.
2. Perbaikan lingkungan dan prasarana: Pembersihan puing-puing, perbaikan jalan, jembatan, listrik, dan air bersih.
3. Pemulihan sosial dan psikologis: Memberikan dukungan psikososial kepada korban, terutama anak-anak dan kelompok rentan, untuk mengatasi trauma.
4. Pemulihan ekonomi: Membantu masyarakat untuk kembali mendapatkan mata pencarian, misalnya dengan memberikan modal usaha atau pelatihan keterampilan.
5. Pemulihan layanan publik: Memastikan sekolah, fasilitas kesehatan, dan kantor pemerintahan dapat berfungsi kembali.
6. Rekonstruksi: Pembangunan kembali fasilitas umum, fasilitas sosial, dan rumah masyarakat yang rusak akibat bencana, dengan prinsip "build back better" (membangun kembali lebih baik).
7. Pembangunan kembali rumah layak huni: Membangun rumah yang lebih kuat dan tahan bencana, serta penataan permukiman yang aman.
8. Pembangunan kembali infrastruktur: Membangun ulang jalan, jembatan, bendungan, dan fasilitas vital lainnya dengan standar yang lebih baik.
9. Penguatan kelembagaan: Memperkuat kapasitas pemerintah daerah dan masyarakat dalam menghadapi bencana di masa depan.
10. Penyusunan rencana aksi: Rencana jangka panjang untuk pembangunan kembali yang terkoordinasi dan berkelanjutan.

Penugasan dan Umpan Balik

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

1. Mahasiswa dibagi 3 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 14-15 mahasiswa)
2. Setiap kelompok diberi kesempatan untuk mendemonstrasikan penerapan tindakan bencana di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium.
3. Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

DAFTAR PUSTAKA

- Quarantelli, E. L. (Ed.). (2001). *Disaster Management: The New Agenda*. Emergency Management Australia.
- Carter, W. N. (2008). *Disaster Management: A Disaster Manager's Handbook*. Asian Development Bank.
- Smith, K. (2013). *Environmental Hazards: Assessing Risk and Reducing Disaster*. Routledge.
- Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T., & Davis, I. (2004). *At Risk: Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*. Routledge.



Kemenkes
Poltekkes Surabaya

Kampus Keperawatan Sidoarjo
Jl. Pahlawan No. 173A
Sidoarjo