

Buku Ajar

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN MANAJEMEN BENCANA

Ida Rosidawati • Rasi Rahagia • Nur Yeti Syarifah
Arie Sulistiyawati • Dudella Desnani Firman Yasin • Revi Yulia
Yyun Setiyawati • Vita Maryah Ardiyani • Idawati Binti Ambohamsah



BUKU AJAR KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN MANAJEMEN BENCANA

Penulis:

Ida Rosidawati, S.Kep., Ners., M.Kep.

Rasi Rahagia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Nur Yeti Syarifah S.Kep., Ns., M.Med., Ed.

Ns. Arie Sulistiyawati., S.Kep. M.Kep.

Ns. Dudella Desnani Firman Yasin, S.Kep., M.Kep.

Ns. Revi Yulia., M.Kep.

Ns. Yuyun Setiyawati, S.Kep., M.Kep.

Vita Maryah Ardiyani, S.Kep., Ns., M.Kep.

Idawati Binti Ambohamsah, S.Kep., Ns., M.Kes.

BUKU AJAR KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN MANAJEMEN BENCANA

Penulis: Ida Rosidawati, S.Kep., Ners., M.Kep.
Rasi Rahagia, S.Kep., Ns., M.Kep.
Nur Yeti Syarifah S.Kep., Ns., M.Med., Ed.
Ns. Arie Sulistiyawati., S.Kep. M.Kep.
Ns. Dudella Desnani Firman Yasin, S.Kep., M.Kep.
Ns. Revi Yulia., M.Kep.
Ns. Yuyun Setiyawati, S.Kep., M.Kep.
Vita Maryah Ardiyani, S.Kep., Ns., M.Kep.
Idawati Binti Ambohamsah, S.Kep., Ns., M.Kes.

Desain Sampul: Raden Bhoma Wikantioso Indrawan
Penata Letak: Muhamad Ilham

ISBN: 978-634-7294-25-8

Cetakan Pertama : Juli, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-
Undang

Undang-Undang RI Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

Copyright © 2025

Penerbit Optimal Untuk Negeri

All Right Reserved

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

Website : optimaluntuknegeri.com

Instagram : [@bimbel.optimal](https://www.instagram.com/bimbel.optimal)

Tiktok : [@maskokooo](https://www.tiktok.com/@maskokooo)



PT OPTIMAL UNTUK NEGERI

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88

RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan
Jakarta Barat

Anggota IKAPI No. 653/DKI/2025

PRAKATA

Segala puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya buku ajar "Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana" ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun secara sistematis guna memenuhi kebutuhan mahasiswa keperawatan, praktisi, serta tenaga kesehatan lain yang terlibat langsung dalam penanganan pasien dalam situasi gawat darurat maupun bencana. Melalui buku ini, pembaca diharapkan dapat memahami konsep dasar, prinsip-prinsip utama, serta berbagai prosedur klinis yang esensial dalam menghadapi situasi darurat yang penuh tantangan.

Materi dalam buku ini mencakup berbagai aspek penting, mulai dari konsep dan filosofi keperawatan gawat darurat, prinsip utama dalam pertolongan korban, hingga teknik pelaksanaan bantuan hidup dasar yang merupakan keterampilan vital dalam penyelamatan pasien. Di samping itu, buku ini juga menjelaskan secara rinci sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT), prosedur triage yang efektif, serta manajemen bencana yang melibatkan koordinasi multidisiplin untuk memaksimalkan hasil pelayanan kesehatan dalam kondisi kritis.

Harapan kami, buku ini dapat menjadi panduan yang bermanfaat dalam mendukung kesiapan serta kompetensi tenaga keperawatan dalam menangani kondisi kegawatdaruratan dan bencana secara profesional. Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran konstruktif sangat kami harapkan demi perbaikan di masa mendatang. Akhir kata, semoga buku ini memberikan kontribusi nyata dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya dalam bidang keperawatan gawat darurat dan manajemen bencana.

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP DAN PRINSIP GAWAT DARURAT	1
A. Filosofi Keperawatan Gawat Darurat.....	3
B. Pengertian Keperawatan Gawat Darurat	5
C. Tujuan Keperawatan Gawat Darurat.....	6
D. Prioritas Dalam Keperawatan Gawat Darurat	7
E. Peran dan Fungsi Perawat Gawat Darurat.....	8
F. Proses Keperawatan Pada Area Keperawatan Gawat Darurat	9
G. Efek Kondisi Kegawatdaruratan Terhadap Pasien dan Keluarga	10
H. Etik legal dan cultural sensitif dalam keperawatan gawat darurat.....	12
I. Isu <i>End of life</i> di keperawatan gawat darurat.....	13
J. Latihan Soal	14
K. Glosarium.....	14
L. Daftar Pustaka.....	15
BAB 2 SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU	17
A. Pengertian.....	19
B. Tujuan Pelayanan SPGDT	19
C. Macam-macam SPGDT	20
D. Komponen Unsur Pelayanan SPGDT	20
E. Aspek Koordinasi Pelayanan SPGDT.....	20
F. Dasar Kebijakan.....	21
G. Kegiatan Pokok SPGDT	22
H. Peran Perawat dalam kegiatan SPGDT	24
I. Alur Penyelenggaraan SPGDT	24
J. Tugas dan Tanggungjawab Pemerintah dalam penanganan SPGDT	25
K. Latihan	26
L. Rangkuman Materi	29
M. Glosarium.....	30
N. Daftar Pustaka.....	31

BAB 3 KONSEP DAN PRINSIP PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR.....33

A. Pengenalan Anatomi dan Fisiologi yang berhubungan dengan bantuan hidup dasar	35
B. Prinsip dasar, etika dalam bantuan hidup dasar	37
C. Konsep dan Prinsip bantuan hidup dasar	38
D. Teknik resusitasi jantung paru	41
E. Langkah –langkah Pelaksanaan BHD pada pasien Dewasa	44
F. Langkah –langkah Pelaksanaan BHD pada pasien anak	45
G. Langkah –langkah Pelaksanaan BHD pada pasien Bayi.....	47
H. Latihan Soal	48
I. Rangkuman Materi	50
J. Glosarium.....	51
K. Daftar Pustaka.....	52

BAB 4 PRINSIP UTAMA PERTOLONGAN KORBAN GAWAT DARURAT 53

A. Penilaian Cepat (<i>Primary Survey</i>) dengan Pendekatan DRABCDE	55
B. <i>Secondary Survey</i> / Pengkajian Sekunder.....	61
C. Triage (Jika Banyak Korban)	62
D. Stabilisasi Korban	63
E. Transportasi ke Fasilitas Kesehatan.....	66
F. Komunikasi Efektif dan Dokumentasi	70
G. Latihan	73
H. Rangkuman Materi	76
I. Glosarium.....	78
J. Daftar Pustaka.....	80

BAB 5 PROSEDUR TRIAGE.....83

A. Definisi Triage	84
B. Tujuan Triage	84
C. Proses Triage.....	85
D. Prinsip Triage	85
E. Prosedur Standar Triage.....	85
F. Sistem Triage Warna	86
G. Proses Kerja Sistem Triase	87
H. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Triage	87
I. Emergency Severity Index (ESI).....	89
J. Latihan	90
K. Rangkuman Materi	91

L. Glosarium.....	92
M. Daftar Pustaka.....	92
BAB 6 MANAJEMEN BENCANA.....	95
A. Konsep Dasar Manajemen Bencana	96
B. Jenis-jenis Bencana dan Dampaknya	97
C. Tahapan dalam Manajemen Bencana.....	100
D. Peran Perawat dalam Manajemen Bencana	102
E. Koordinasi Multidisiplin dalam Manajemen Bencana	104
F. Latihan Soal	106
G. Rangkuman Materi	108
H. Glosarium.....	109
I. Daftar Pustaka.....	111
BAB 7 PROSEDUR TINDAKAN KEGAWATDARURATAN.....	113
A. Konsep Dasar Tindakan Kegawatdaruratan.....	115
B. Penilaian Awal Kondisi Pasien	116
C. Prosedur Tindakan Kegawatdaruratan	118
D. Latihan Soal	119
E. Rangkuman Materi	121
F. Glosarium.....	122
G. Daftar Pustaka.....	124
BAB 8 PEMERIKSAAN FISIK PADA KONDISI KEGAWATDARURATAN.....	125
A. Airway (Jalan Napas)	127
B. Breathing (Pernapasan).....	128
C. Circulation (Sirkulasi)	130
D. Disability (Kesadaran dan Fungsi Neurologis).....	132
E. Exposure (Paparasi).....	133
F. Latihan Soal	135
G. Rangkuman Materi	138
H. Glosarium.....	138
I. Daftar Pustaka.....	140
BAB 9 KONSEP, PRINSIP BENCANA, DAN KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)	143
A. Konsep Dasar Bencana dan KLB.....	144
B. Jenis dan Karakteristik Bencana serta KLB	145
C. Prinsip-Prinsip Dasar Penanganan Bencana dan KLB.....	147

D. Tahapan Manajemen Bencana dalam Keperawatan	148
E. Peran dan Tanggung Jawab Perawat dalam Bencana dan KLB.....	151
F. Latihan Soal	152
G. Rangkuman Materi	154
H. Glosarium.....	155
I. Daftar Pustaka.....	157

PROFIL PENULIS	159
-----------------------------	------------

BAB 1

KONSEP DAN PRINSIP GAWAT DARURAT

Pendahuluan

Keperawatan gawat darurat merupakan salah satu disiplin ilmu dalam keperawatan yang memiliki peran krusial dalam pelayanan kesehatan. Fokus utama dari keperawatan gawat darurat adalah memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan efektif kepada pasien yang berada dalam kondisi kritis atau mengancam nyawa. Kondisi darurat ini dapat mencakup berbagai situasi, mulai dari trauma fisik akibat kecelakaan hingga gangguan medis yang memerlukan tindakan segera, seperti serangan jantung, stroke, atau kegawatdaruratan pernapasan.

Dalam konteks pelayanan kesehatan modern, perawat gawat darurat adalah ujung tombak dalam menghadapi situasi darurat medis. Tidak hanya bertanggung jawab terhadap stabilisasi kondisi pasien, tetapi juga harus mampu bekerja secara kolaboratif dengan tim medis lainnya untuk memberikan intervensi yang terkoordinasi. Dengan perkembangan teknologi dan meningkatnya kompleksitas kebutuhan medis, perawat gawat darurat dituntut untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan yang terus diperbarui, serta mampu beradaptasi dengan berbagai tantangan yang dihadapi di lapangan.

Buku ajar ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang konsep dan prinsip keperawatan gawat darurat. Materi yang disajikan bertujuan untuk membantu mahasiswa keperawatan, perawat pemula, serta praktisi yang ingin memperdalam pengetahuan mereka tentang bagaimana memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas dalam situasi darurat. Dalam bab-bab yang akan disajikan, pembaca akan diajak untuk memahami dasar-dasar teori, pengembangan keterampilan praktis, serta implementasi prinsip-prinsip keperawatan gawat darurat dalam berbagai konteks klinis.

Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami, menerapkan, dan mengevaluasi terkait dengan filosofi, konsep holistik, dan prinsip dari keperawatan gawat darurat.

Tujuan Instruksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang filosofi keperawatan gawat darurat
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep holistik dalam keperawatan gawat darurat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang prinsip dari keperawatan gawat darurat
4. Mahasiswa mampu mengidentifikasi terkait system gawat darurat terpadu terintegrasi pada pelayanan Kesehatan secara komprehensif
5. Mahasiswa menunjukkan sikap empati, peduli, dan bertanggung jawab dalam memberikan penjelasan logis terkait filosofi, konsep maupun prinsip keperawatan gawat darurat dengan memperhatikan legal dan etis

Capaian Pembelajaran:**Kognitif:**

1. Mahasiswa mampu memahami dan mendeskripsikan terkait konsep-konsep penting dalam keperawatan gawat darurat
2. Mahasiswa mampu memahami dan memaknai terkait dengan filosofi keperawatan gawat darurat
3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan menghubungkan prinsip keperawatan gawat darurat dengan proses pelayanan untuk pasien gawat darurat

Psikomotor:

1. Mahasiswa mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan pada sistem gawat darurat berdasarkan konsep holistik dan prinsip penting dalam keperawatan gawat darurat

Afektif:

1. Mahasiswa mampu menunjukkan rasa empati, kepedulian, dan sikap etika professional dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan gawat darurat sesuai dengan konsep dan prinsip yang sudah diberikan
2. Mahasiswa mampu melakukan komunikasi secara terapeutik dan komprehensif dengan mengedepankan etika sopan santun terhadap pasien yang dirawat

Uraian Materi

Dalam bab ini menjelaskan terkait dengan filosofi keperawatan gawat darurat, konsep penting dalam keperawatan gawat darurat meliputi definisi keperawatan gawat darurat, tujuan keperawatan gawat darurat, prioritas, serta prinsip yang perlu diperhatikan dalam keperawatan gawat darurat.

A. Filosofi Keperawatan Gawat Darurat

Keperawatan gawat darurat merupakan suatu pendekatan interdisipliner yang berfokus pada penanganan pasien yang mengalami kondisi medis kritis atau darurat yang memerlukan perawatan segera (Adeyemi et al., 2024). Keperawatan gawat darurat bertujuan untuk mempertahankan dan memulihkan fungsi fisiologis pasien, mencegah komplikasi, dan menyelamatkan nyawa pasien. Perawat dalam bidang ini harus mampu mengidentifikasi, mengevaluasi, dan merespons secara cepat dan tepat terhadap situasi darurat yang dapat mengancam jiwa pasien (AM, 2008).

Keperawatan gawat darurat adalah bidang spesialisasi dalam keperawatan yang berfokus pada penanganan pasien yang mengalami kondisi medis kritis atau darurat. Bidang ini melibatkan penilaian, intervensi, dan pemantauan pasien yang membutuhkan perawatan segera untuk mempertahankan fungsi fisiologis, mencegah komplikasi, dan menyelamatkan nyawa (Amritzer et al., 2024).

Dalam situasi gawat darurat, waktu merupakan faktor kunci untuk menyelamatkan nyawa pasien. Keperawatan gawat darurat bertujuan untuk memberikan perawatan yang cepat dan tepat dalam mengidentifikasi dan menangani kondisi medis yang mengancam jiwa. Kecepatan respons dan intervensi yang tepat dapat memiliki dampak signifikan terhadap hasil keselamatan pasien (Borchert & Zellmer-Bruhn, 2010).

Pasien yang datang ke unit gawat darurat seringkali menghadapi kondisi medis yang kompleks dan serius. Mereka dapat menderita cedera traumatis, serangan jantung, stroke, syok, gangguan pernapasan, atau kegagalan organ. Keperawatan gawat darurat melibatkan pemahaman yang mendalam tentang patofisiologi dan penanganan medis yang diperlukan untuk setiap kondisi tersebut (Duan et al., 2024).

Perawat dalam keperawatan gawat darurat bekerja sebagai bagian dari tim multidisiplin yang mencakup dokter, teknisi medis, ahli terapi, dan tenaga kesehatan lainnya. Kolaborasi yang baik dan komunikasi yang efektif antara anggota tim sangat penting dalam memberikan perawatan gawat darurat yang koordinatif dan holistik kepada pasien (Duan et al., 2024).

Keperawatan gawat darurat melibatkan penerapan keterampilan teknis seperti pemantauan jantung, pernapasan, tekanan darah, dan pemberian terapi intravena. Perawat juga bertanggung jawab dalam pemantauan ketat terhadap perubahan dalam status pasien, melaksanakan tindakan yang diperlukan, dan memantau respons terhadap perawatan yang diberikan (Emergency Nurses Association, 2013).

Keperawatan gawat darurat didasarkan pada pengetahuan yang kuat tentang protokol dan pedoman yang diterima secara internasional. Perawat di bidang ini perlu mengikuti perkembangan terbaru dalam keperawatan gawat darurat dan memperbarui pengetahuan serta keterampilan mereka secara berkala. Dengan pemahaman yang mendalam tentang latar belakang ini, perawat gawat darurat dapat memberikan perawatan yang efektif dan berorientasi pada pasien (Borchert & Zellmer-Bruhn, 2010).

Filosofi keperawatan gawat darurat mencerminkan prinsip-prinsip yang mendasari praktik keperawatan dalam situasi darurat. Berikut adalah beberapa prinsip filosofis yang mungkin menjadi dasar dalam keperawatan gawat darurat (Espaulella-Ferrer et al., 2024):

1. Respons cepat: Filosofi keperawatan gawat darurat menekankan pentingnya respons yang cepat terhadap situasi darurat. Perawat gawat darurat harus siap untuk bertindak dengan cepat dan efektif dalam merespon keadaan kritis pasien. Mereka harus memiliki keahlian dan pengetahuan yang diperlukan untuk mengidentifikasi dan menangani masalah medis mendesak dengan segera (Espaulella-Ferrer et al., 2024).
2. Prioritas dalam penanganan: Filosofi keperawatan gawat darurat mengakui pentingnya menetapkan prioritas dalam penanganan pasien. Perawat harus mampu mengidentifikasi dan menangani kondisi yang mengancam nyawa atau memerlukan perhatian segera dengan menggunakan pendekatan yang berfokus pada resusitasi dan stabilisasi pasien (Espaulella-Ferrer et al., 2024).
3. Kolaborasi tim: Filosofi keperawatan gawat darurat menekankan pentingnya kolaborasi tim dalam memberikan perawatan yang efektif dan terkoordinasi. Perawat gawat darurat bekerja sama dengan tim medis lainnya, termasuk dokter, tenaga medis darurat, ahli bedah, dan personel lainnya, untuk memberikan perawatan komprehensif kepada pasien (Espaulella-Ferrer et al., 2024).
4. Keberpihakan terhadap pasien: Filosofi keperawatan gawat darurat menekankan pentingnya keberpihakan terhadap pasien. Perawat harus menghormati martabat dan keinginan pasien, melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan perawatan, dan memberikan perawatan yang berpusat pada pasien.

Mereka harus memperlakukan pasien dengan empati, kepedulian, dan penghormatan(Espaulella-Ferrer et al., 2024).

5. Keahlian klinis yang tinggi: Filosofi keperawatan gawat darurat menuntut keahlian klinis yang tinggi dari perawat. Mereka harus memiliki pengetahuan yang mendalam tentang pemantauan dan intervensi keperawatan yang kritis, serta kemampuan untuk mengambil keputusan yang tepat dalam situasi darurat yang kompleks(Espaulella-Ferrer et al., 2024).
6. Perawatan yang holistik: Filosofi keperawatan gawat darurat mengakui pentingnya perawatan yang holistik. Perawat tidak hanya fokus pada kondisi fisik pasien, tetapi juga memperhatikan aspek emosional, psikososial, dan spiritual. Mereka memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga, menjaga kenyamanan pasien, dan memperhatikan kebutuhan mereka secara menyeluruh(Espaulella-Ferrer et al., 2024).

Filosofi keperawatan gawat darurat mencerminkan pentingnya respon cepat, prioritas dalam penanganan, kolaborasi tim, keberpihakan terhadap pasien, keahlian klinis yang tinggi, dan perawatan holistik. Filosofi ini membimbing praktik keperawatan gawat darurat untuk memberikan perawatan yang efektif, komprehensif, dan berorientasi pada pasien dalam situasi darurat(Frankenberger et al., 2024).

B. Pengertian Keperawatan Gawat Darurat

Keperawatan Gawat Darurat adalah bidang keperawatan yang fokus pada penanganan pasien yang mengalami kondisi medis kritis atau darurat yang memerlukan perawatan segera. Bidang ini melibatkan penilaian, intervensi, dan pemantauan yang cepat dan tepat terhadap pasien yang menghadapi ancaman terhadap keselamatan dan kesehatan mereka(Frankenberger et al., 2024).

Dalam keperawatan gawat darurat, perawat bekerja sebagai anggota tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, tenaga medis lainnya, dan profesional kesehatan terkait. Perawat gawat darurat berperan penting dalam mengevaluasi dan merespons keadaan pasien dengan cepat, memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mendesak, dan memantau respons pasien terhadap intervensi yang diberikan(Emergency Nurses Association, 2013).

Pengertian keperawatan gawat darurat meliputi pemahaman tentang penanganan resusitasi dasar, stabilisasi pasien, penggunaan sistem triase untuk menentukan prioritas penanganan, penerapan keterampilan teknis seperti pemantauan tanda vital dan pemberian terapi intravena, manajemen nyeri dan kecemasan, serta komunikasi yang efektif dengan pasien dan tim kesehatan lainnya(Emergency Nurses Association, 2013).

Dalam praktiknya, keperawatan gawat darurat membutuhkan pemahaman yang mendalam tentang patofisiologi, penanganan medis yang darurat, serta penggunaan teknologi medis dan alat bantu yang relevan. Perawat gawat darurat juga harus mematuhi standar etika dan pedoman profesional yang berlaku serta terus mengembangkan pengetahuan dan keterampilan mereka melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan(Jiang et al., 2024).

C. Tujuan Keperawatan Gawat Darurat

Keperawatan gawat darurat bertujuan untuk mempertahankan atau memulihkan fungsi fisiologis pasien yang terganggu akibat kondisi medis kritis atau darurat. Hal ini mencakup memulihkan fungsi pernapasan, sirkulasi, neurologis, dan organ-organ vital lainnya(Jiang et al., 2024).

Tujuan utama dari keperawatan gawat darurat adalah untuk mempertahankan dan memulihkan fungsi fisiologis pasien, mencegah komplikasi yang mungkin terjadi, dan menyelamatkan nyawa pasien. Perawat gawat darurat juga berperan dalam memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada pasien dan keluarga mereka selama periode keadaan darurat(Kajembula et al., 2024).

Perawatan gawat darurat bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang mungkin terjadi akibat kondisi medis yang serius. Dengan intervensi yang tepat waktu dan efektif, perawat gawat darurat dapat mengurangi risiko kerusakan organ atau sistem tubuh pasien(Kajembula et al., 2024).

Salah satu tujuan utama keperawatan gawat darurat adalah menyelamatkan nyawa pasien. Dengan memberikan perawatan segera dan tepat, perawat gawat darurat berperan dalam meningkatkan kesempatan pasien untuk bertahan hidup dan meminimalkan risiko kematian yang mungkin terjadi akibat kondisi medis yang mengancam nyawa(Kajembula et al., 2024).

Keperawatan gawat darurat juga bertujuan untuk memberikan perawatan yang holistik dan berorientasi pada pasien. Ini mencakup memberikan perawatan yang mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Perawat gawat darurat berupaya menjaga kenyamanan pasien, memberikan dukungan emosional, dan melibatkan pasien serta keluarga dalam proses pengambilan keputusan(Khraisat & Al-Bashaireh, 2024).

Keperawatan gawat darurat melibatkan kerja sama dan kolaborasi dengan tim medis dan anggota tim kesehatan lainnya. Tujuan dari koordinasi tim yang efektif adalah untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang terkoordinasi dan terintegrasi dengan baik. Komunikasi yang efektif dan pemantauan terus-menerus dilakukan untuk memastikan respons yang cepat terhadap perubahan kondisi pasien(Kudu et al., 2024).

Selain memberikan perawatan akut, keperawatan gawat darurat juga memiliki tujuan pendidikan dan pencegahan. Perawat gawat darurat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang langkah-langkah pencegahan, perawatan lanjutan, dan tindakan pencegahan untuk mencegah kejadian darurat yang serupa di masa depan(Kudu et al., 2024).

Dalam rangka mencapai tujuan ini, perawat gawat darurat bekerja sesuai dengan praktik keperawatan yang berbasis bukti dan pedoman yang berlaku. Mereka juga berupaya menjaga kompetensi profesional melalui pendidikan berkelanjutan dan partisipasi dalam pengembangan penelitian dalam bidang keperawatan gawat darurat(Lin et al., 2024).

D. Prioritas Dalam Keperawatan Gawat Darurat

Dalam keperawatan gawat darurat, prioritas perawatan ditentukan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan dan kebutuhan mendesak pasien. Berikut adalah beberapa prioritas umum dalam keperawatan gawat darurat(Mohammadi & Dehcheshmeh, 2024):

1. *Airway* (Saluran Napas) yaitu menjaga saluran napas terbuka dan bebas hambatan merupakan prioritas utama. Perawat harus memastikan bahwa pasien dapat bernapas dengan baik. Jika ada obstruksi saluran napas, langkah-langkah seperti pengangkatan benda asing atau pemberian jalan napas khusus mungkin diperlukan.
2. *Breathing* (Pernapasan) yaitu memastikan fungsi pernapasan yang efektif adalah prioritas berikutnya. Perawat harus mengevaluasi kecepatan, kedalaman, dan simetri pernapasan pasien. Pemberian oksigen dan ventilasi buatan mungkin diperlukan jika pasien mengalami kesulitan bernapas.
3. *Circulation* (Sirkulasi): Mengevaluasi dan mempertahankan sirkulasi darah yang adekuat adalah prioritas selanjutnya. Perawat harus memeriksa tekanan darah, denyut nadi, perfusi jaringan, dan tanda-tanda kehilangan darah. Jika pasien mengalami syok atau kehilangan darah yang signifikan, perawatan resusitasi dan penggantian cairan intravena mungkin diperlukan.
4. *Disability* (Ketidakmampuan): Mengevaluasi tingkat kesadaran, respons neurologis, dan kemampuan motorik pasien merupakan prioritas selanjutnya. Perawat harus memastikan adanya respons yang adekuat dari pasien terhadap rangsangan dan menilai tanda-tanda kelumpuhan atau gangguan neurologis lainnya yang memerlukan perhatian segera.
5. *Exposure* (Pemaparan): Pemeriksaan fisik menyeluruh dilakukan untuk mencari tanda-tanda cedera atau kondisi yang mungkin terjadi. Perawat harus

mengidentifikasi dan menangani cedera yang mengancam jiwa atau mengganggu fungsi vital pasien secara cepat.

6. Pengelolaan nyeri: Mengurangi nyeri dan mengendalikan ketidaknyamanan pasien adalah prioritas penting dalam keperawatan gawat darurat. Perawat harus mengevaluasi tingkat nyeri pasien dan memberikan analgesik sesuai kebutuhan.
7. Komunikasi dan dukungan emosional: Memberikan dukungan emosional dan komunikasi yang efektif kepada pasien dan keluarganya juga merupakan prioritas. Perawat harus memberikan informasi yang jelas dan mendukung, serta menjawab pertanyaan dan kekhawatiran pasien dan keluarga dengan empati.

Penting untuk dicatat bahwa prioritas perawatan dapat berubah seiring dengan perubahan kondisi pasien. Perawat gawat darurat harus terampil dalam melakukan penilaian cepat, membuat keputusan yang tepat, dan memprioritaskan perawatan sesuai dengan kebutuhan mendesak pasien (Mani et al., 2024).

E. Peran dan Fungsi Perawat Gawat Darurat

Perawat gawat darurat memiliki peran dan fungsi yang penting dalam keperawatan gawat darurat. Berikut ini adalah beberapa peran dan fungsi utama perawat gawat darurat (Reed & Fitzpatrick, 2024):

1. Evaluasi dan pemantauan pasien: Perawat gawat darurat bertanggung jawab untuk melakukan evaluasi cepat terhadap kondisi pasien. Mereka mengumpulkan data yang relevan, melakukan pemeriksaan fisik, mengambil riwayat medis, dan memantau tanda-tanda vital pasien secara teratur. Evaluasi dan pemantauan yang cermat membantu perawat dalam mengenali perubahan kondisi pasien dan meresponsnya dengan cepat.
2. Pemberian perawatan akut: Perawat gawat darurat memberikan perawatan akut kepada pasien dengan masalah medis yang mendesak. Mereka melakukan prosedur dan intervensi yang diperlukan seperti pemasangan infus, pemberian obat-obatan, pengelolaan luka, dan tindakan resusitasi.
3. Manajemen keadaan darurat: Perawat gawat darurat berperan dalam manajemen keadaan darurat secara keseluruhan. Mereka berkoordinasi dengan tim medis lainnya, berkomunikasi dengan dokter, memberikan laporan status pasien, dan mengoordinasikan perawatan yang diperlukan. Mereka juga mengikuti protokol dan prosedur keadaan darurat yang ditetapkan untuk memastikan perawatan yang koheren dan efektif.
4. Komunikasi dengan pasien dan keluarga: Perawat gawat darurat berkomunikasi dengan pasien dan keluarga untuk memberikan informasi tentang kondisi pasien, prosedur yang dilakukan, dan rencana perawatan. Mereka memberikan

dukungan emosional dan menjawab pertanyaan atau kekhawatiran pasien dan keluarga dengan empati.

5. Kolaborasi dalam tim multidisiplin: Perawat gawat darurat bekerja dalam tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, teknisi medis, ahli terapi, dan profesional kesehatan lainnya. Mereka berkolaborasi dengan anggota tim lainnya untuk merencanakan dan memberikan perawatan yang optimal kepada pasien.
6. Pendidikan dan promosi kesehatan: Selain memberikan perawatan akut, perawat gawat darurat juga memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang kondisi medis, pencegahan cedera, dan tindakan pencegahan lainnya. Mereka berperan dalam mempromosikan kesehatan dan memberikan saran untuk menghindari keadaan darurat di masa depan.
7. Administrasi dan dokumentasi: Perawat gawat darurat bertanggung jawab untuk melakukan dokumentasi yang akurat dan lengkap tentang tindakan perawatan, respons pasien, dan informasi penting lainnya. Mereka juga melibatkan diri dalam administrasi tugas-tugas seperti pengelolaan inventaris, pengaturan jadwal, dan pemantauan pemakaian peralatan medis.

Perawat gawat darurat memiliki peran yang kritis dalam memberikan perawatan yang tepat waktu dan efektif kepada pasien gawat darurat. Dengan pengetahuan dan keterampilan yang mendalam, mereka berperan dalam merawat pasien yang membutuhkan perhatian dan intervensi segera (Reed & Fitzpatrick, 2024).

F. Proses Keperawatan Pada Area Keperawatan Gawat Darurat

Proses keperawatan pada area keperawatan gawat darurat melibatkan langkah-langkah yang sistematis untuk menyediakan perawatan yang komprehensif dan responsif terhadap keadaan gawat darurat pasien. Berikut adalah beberapa tahapan dalam proses keperawatan pada area keperawatan gawat darurat (Seo & Lim, 2024):

1. Penilaian cepat: Perawat gawat darurat melakukan penilaian cepat terhadap pasien dengan fokus pada aspek-aspek kunci seperti saluran napas, pernapasan, sirkulasi, ketidakmampuan, dan pemaparan (ABCDE). Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah mendesak dan menentukan prioritas perawatan.
2. Riwayat medis dan informasi awal: Perawat mengumpulkan informasi riwayat medis awal dari pasien, anggota keluarga, atau saksi. Informasi ini termasuk keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat alergi, penggunaan obat-obatan, dan sejarah penyakit sebelumnya. Informasi ini membantu dalam diagnosis dan perencanaan perawatan yang tepat.

3. Pemeriksaan fisik: Perawat melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh untuk mengevaluasi tanda-tanda vital, fungsi organ, dan tanda-tanda klinis lainnya. Hal ini meliputi pengukuran tekanan darah, nadi, suhu tubuh, dan penilaian sistem tubuh yang relevan dengan kondisi pasien.
4. Diagnosa keperawatan: Berdasarkan hasil penilaian, perawat gawat darurat membuat diagnosis keperawatan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan utama yang perlu ditangani. Diagnosa keperawatan dalam keperawatan gawat darurat biasanya berkaitan dengan gangguan pernapasan, sirkulasi, nyeri, dan keadaan medis yang mengancam jiwa.
5. Perencanaan perawatan: Perawat gawat darurat merencanakan perawatan yang tepat berdasarkan diagnosis keperawatan. Perencanaan perawatan mencakup penentuan intervensi dan tindakan yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang diidentifikasi. Prioritas perawatan ditentukan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan dan kebutuhan mendesak pasien.
6. Implementasi perawatan: Perawat melaksanakan intervensi yang direncanakan, termasuk pemberian obat-obatan, tindakan medis, manajemen nyeri, perawatan luka, dan tindakan resusitasi. Mereka juga bekerja sama dengan tim medis lainnya dalam memberikan perawatan yang koordinatif dan efektif.
7. Pemantauan dan evaluasi: Perawat terus memantau kondisi pasien secara berkala untuk mengevaluasi respons terhadap perawatan yang diberikan. Pemantauan meliputi pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan perubahan kondisi, dan penilaian efektivitas intervensi. Jika ada perubahan atau komplikasi, perawat menyesuaikan perawatan sesuai kebutuhan.
8. Kolaborasi dan komunikasi: Perawat gawat darurat bekerja sama dengan tim medis lainnya dan berkomunikasi secara efektif untuk memastikan koordinasi perawatan yang optimal. Mereka memberikan laporan tentang status pasien kepada dokter, mengoordinasikan transfer pasien ke unit perawatan yang tepat, dan berkomunikasi dengan pasien dan keluarga untuk memberikan informasi dan dukungan.

Proses keperawatan pada area keperawatan gawat darurat didasarkan pada prinsip-prinsip keperawatan yang komprehensif, responsif, dan terkoordinasi. Hal ini bertujuan untuk memberikan perawatan yang cepat, akurat, dan tepat waktu kepada pasien gawat darurat (Sexton et al., 2024).

G. Efek Kondisi Kegawatdaruratan Terhadap Pasien dan Keluarga

Kondisi kegawatdaruratan dapat memiliki efek yang signifikan terhadap pasien dan keluarga mereka. Berikut ini adalah beberapa efek yang umumnya dialami (Tsiftsis et al., 2024):

1. Stres dan ketakutan: Pasien dan keluarga seringkali mengalami tingkat stres dan ketakutan yang tinggi akibat kondisi kegawatdaruratan. Ketidakpastian mengenai prognosis dan hasil perawatan, serta ketakutan akan kehilangan nyawa atau cacat permanen, dapat menyebabkan kecemasan yang berat.
2. Trauma emosional: Pasien dan keluarga juga dapat mengalami trauma emosional akibat pengalaman kegawatdaruratan. Menghadapi situasi yang mengancam jiwa atau melihat orang yang dicintai dalam kondisi kritis dapat menyebabkan stres pascatrauma, kecemasan, depresi, dan ketidakstabilan emosional.
3. Ketidakpastian dan ketidaknyamanan: Kondisi kegawatdaruratan seringkali melibatkan perubahan yang cepat dan tidak terduga dalam kehidupan pasien dan keluarga. Mereka mungkin harus menghadapi ketidakpastian mengenai perjalanan penyakit, rencana perawatan, dan pemulihan. Selain itu, tindakan medis yang intensif dan prosedur invasif dapat menyebabkan ketidaknyamanan fisik.
4. Beban finansial: Kegawatdaruratan kesehatan seringkali membawa beban finansial yang signifikan bagi pasien dan keluarga. Perawatan gawat darurat, pemeriksaan diagnostik, intervensi medis, dan pengobatan jangka panjang dapat menjadi sangat mahal. Biaya ini dapat menimbulkan stres tambahan dan kekhawatiran mengenai kesejahteraan finansial.
5. Gangguan dalam kehidupan sehari-hari: Kondisi kegawatdaruratan dapat menyebabkan gangguan dalam kehidupan sehari-hari pasien dan keluarga. Mereka mungkin harus mengorbankan waktu, energi, dan aktivitas rutin untuk menghadapi perawatan dan pemulihan. Hal ini dapat mengganggu pekerjaan, sekolah, kehidupan sosial, dan keseimbangan keluarga.
6. Dukungan dan perubahan peran: Keluarga pasien gawat darurat seringkali berperan sebagai pendukung utama dalam perawatan dan pemulihan. Mereka mungkin harus belajar dan melaksanakan tugas-tugas perawatan, seperti memberikan obat, merawat luka, atau memberikan dukungan emosional. Perubahan peran ini dapat menimbulkan beban tambahan dan memerlukan penyesuaian yang signifikan.

Penting untuk melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam proses keperawatan gawat darurat, memberikan dukungan emosional, informasi yang jelas, dan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan perawatan. Upaya ini dapat membantu mengurangi efek negatif yang dialami pasien dan keluarga selama periode kegawatdaruratan dan membantu dalam pemulihan secara keseluruhan (Utunen et al., 2024).

H. Etik legal dan cultural sensitif dalam keperawatan gawat darurat

Dalam keperawatan gawat darurat, penting untuk memperhatikan aspek etik, legal, dan kepekaan budaya untuk memberikan perawatan yang tepat, adil, dan menghormati. Berikut adalah beberapa prinsip etik, legal, dan kepekaan budaya yang relevan dalam keperawatan gawat darurat (Wood, 2012):

1. Otonomi dan persetujuan informasi: Perawat harus menghormati otonomi pasien dan memastikan bahwa pasien diberikan informasi yang cukup untuk membuat keputusan yang informasinya. Perawat harus menghormati keinginan pasien dalam hal pemeliharaan privasi dan persetujuan untuk perawatan atau prosedur medis yang dilakukan.
2. Keberpihakan dan keadilan: Perawat harus memastikan bahwa perawatan yang diberikan secara adil dan tanpa diskriminasi. Mereka harus memperlakukan semua pasien dengan rasa hormat dan keadilan, tanpa memandang latar belakang sosial, etnis, agama, atau kondisi ekonomi mereka.
3. Kerahasiaan dan privasi: Perawat harus menjaga kerahasiaan informasi pasien sesuai dengan prinsip-prinsip privasi medis. Mereka harus melindungi informasi pribadi pasien dan hanya mengungkapkannya kepada pihak yang berwenang atau jika ada persetujuan dari pasien yang bersangkutan.
4. Standar profesional dan hukum: Perawat gawat darurat harus beroperasi sesuai dengan standar etika dan hukum yang berlaku dalam praktik keperawatan. Mereka harus memiliki pengetahuan tentang kebijakan dan peraturan yang mengatur praktik keperawatan gawat darurat di wilayah mereka.
5. Kepedulian budaya: Perawat harus menyadari dan menghormati perbedaan budaya dalam memberikan perawatan gawat darurat. Mereka harus memahami nilai-nilai, keyakinan, dan praktik budaya pasien, serta berusaha untuk menyediakan perawatan yang sensitif secara budaya.
6. Komunikasi yang efektif: Perawat gawat darurat harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik untuk berinteraksi dengan pasien dari berbagai latar belakang. Mereka harus menggunakan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien, menggunakan terjemahan jika diperlukan, dan menghindari istilah medis yang rumit atau tidak dikenal.
7. Perawatan akut dalam batas kewenangan: Perawat gawat darurat harus menyadari batasan kewenangan mereka dan bekerja sesuai dengan ruang lingkup praktik mereka. Mereka harus mengoordinasikan dengan dokter atau tenaga medis lainnya ketika diperlukan untuk perawatan yang melampaui kewenangan mereka.
8. Pemenuhan kebutuhan spiritual dan agama: Perawat harus mengakomodasi kebutuhan spiritual dan agama pasien dalam batas kemampuan mereka. Mereka

harus memungkinkan pasien untuk beribadah atau memanggil pemimpin agama jika diinginkan oleh pasien.

Memahami dan menghormati aspek-etik, legal, dan kepekaan budaya dalam keperawatan gawat darurat penting untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan bermartabat kepada pasien, tanpa melanggar hak-hak mereka atau memperkuat stereotip budaya. Perawat gawat darurat harus terus meningkatkan kesadaran mereka akan isu-isu ini dan mengikuti pedoman dan prinsip-prinsip yang sesuai dalam praktek sehari-hari(Wood, 2012).

I. Isu *End of life* di keperawatan gawat darurat

Isu *End of Life* (EOL) atau akhir kehidupan merupakan isu yang penting dalam keperawatan gawat darurat. Dalam situasi gawat darurat, terkadang pasien menghadapi kondisi yang mengancam nyawa dan perawatan yang diberikan mungkin tidak berhasil mengembalikan pasien ke keadaan yang stabil. Dalam konteks ini, perawat gawat darurat harus menghadapi dan mengelola isu EOL dengan sensitivitas dan keahlian(Wood, 2012).

Berikut adalah beberapa isu yang perlu dipertimbangkan dalam menghadapi EOL dalam keperawatan gawat darurat(Sexton et al., 2024):

1. Komunikasi dan keputusan bersama: Perawat harus bekerja sama dengan pasien, keluarga, dan tim medis untuk memfasilitasi komunikasi yang jujur dan terbuka mengenai kondisi pasien, prognosis, dan opsi perawatan yang tersedia. Pemahaman bersama dan keputusan bersama antara pasien, keluarga, dan tim perawatan penting untuk menghormati keinginan pasien dan memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan nilai dan preferensi pasien.
2. Perencanaan perawatan akhir hidup: Dalam situasi gawat darurat, perawat harus membantu pasien dan keluarga dalam merencanakan perawatan akhir hidup yang sesuai dengan keinginan pasien. Ini dapat melibatkan pembahasan keputusan perawatan yang signifikan, seperti resusitasi jantung paru (CPR), ventilasi mekanik, atau tindakan medis lainnya. Penting untuk mendokumentasikan keputusan perawatan EOL dalam bentuk surat kuasa medis atau direktif berkehidupan.
3. Perawatan simptomatik dan perawatan yang nyaman: Dalam EOL, perawatan harus difokuskan pada mengurangi penderitaan pasien dan memberikan perawatan yang nyaman. Perawat gawat darurat harus memahami dan mengimplementasikan praktik perawatan paliatif yang mempertimbangkan pengelolaan nyeri, pengobatan simtomatik, dukungan emosional, dan perawatan psikososial kepada pasien dan keluarga.

4. Dukungan emosional dan spiritual: Isu EOL dapat menyebabkan stres emosional dan psikologis yang signifikan bagi pasien dan keluarga. Perawat gawat darurat harus menyediakan dukungan emosional dan ruang yang aman untuk berekspresi kepada pasien dan keluarga. Selain itu, mereka juga harus memfasilitasi kebutuhan spiritual dan agama pasien dalam batas kemampuan mereka.
5. Kolaborasi dengan tim perawatan EOL: Dalam menghadapi EOL, perawat gawat darurat harus berkolaborasi dengan tim perawatan EOL, seperti konsultan perawatan paliatif, ahli psikososial, dan petugas spiritual. Kolaborasi tim ini penting untuk memberikan perawatan yang holistik dan mendukung pasien dan keluarga dalam proses akhir kehidupan.

Perawat gawat darurat memiliki peran yang penting dalam mengelola isu EOL dengan empati, keahlian klinis, dan perhatian terhadap kebutuhan pasien dan keluarga. Mereka harus menghormati keputusan pasien, memberikan perawatan yang nyaman, dan mendukung proses akhir kehidupan dengan penuh rasa hormat dan kepekaan (Sexton et al., 2024).

J. Latihan Soal

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah soal Latihan berikut ini!

1. Apa yang dimaksud dengan keperawatan gawat darurat itu?
2. Jelaskan filosofi apa saja yang tercermin dalam keperawatan gawat darurat?
3. Sebutkan tujuan keperawatan gawat darurat dalam proses keperawatan!
4. Jelaskan peran dan fungsi perawat gawat darurat dalam keperawatan?
5. Bagaimana efek kondisi kegawatdaruratan terhadap pasien dan keluarga?

Tugas Mandiri

Kerjakan tugas mandiri dibawah ini dengan seksama!

1. Jelaskan proses keperawatan pada area kegawatdaruratan!
2. Bagaimana etik dan legal cultural dalam keperawatan gawat darurat?
3. Bagaimana peranan perawat dalam isu *End of Life* dalam keperawatan gawat darurat?

K. Glosarium

EOL: *End of Life* (akhir dari kematian)

L. Daftar Pustaka

- Adeyemi, O., Walker, L., Bermudez, E. S., Cuthel, A. M., Zhao, N., Siman, N., Goldfeld, K., Brody, A. A., Bouillon-Minois, J. B., DiMaggio, C., Chodosh, J., Grudzen, C. R., Johnston, A., Venkat, A., Chuirazzi, D., O'Neill, J., Szabo, K., Urosek, R., Deutsch, A., ... Cohen, T. (2024). Emergency Nurses' Perceived Barriers and Solutions to Engaging Patients With Life-Limiting Illnesses in Serious Illness Conversations: A United States Multicenter Mixed-Method Analysis. *Journal of Emergency Nursing, 50*(2), 225–242. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.09.010>
- AM, V. (2008). Educational priorities for the future of emergency nursing. *Educational Priorities for the Future of Emergency Nursing, August*, 149 p-149 p. <http://ezproxy.library.usyd.edu.au/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109850909&site=ehost-live&scope=site>
- Amritzer, M. A., Göransson, K. E., Berg, L. M., & Nymark, C. (2024). A New Perspective on Missed Nursing Care in the Emergency Department: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Journal of Emergency Nursing, 50*(3), 392–402. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.12.006>
- Borchert, P., & Zellmer-Bruhn, D. M. (2010). Reproduced with permission of the copyright owner . Further reproduction prohibited without. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 130*(2), 556. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2012.05.050>
- Duan, Y., Feng, X., & Xiao, H. (2024). Public image of nursing in modern society: An evolving concept analysis. *Nursing Open, 11*(9), 1–18. <https://doi.org/10.1002/nop2.70033>
- Emergency Nurses Association. (2013). Position Statement: Palliative And End-of-Life Care in the Emergency Setting. *Emergency Nurses, 2*–5. [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(16\)30027-7](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(16)30027-7)
- Espauella-Ferrer, M., Morel-Corona, F. J., Zarco-Martinez, M., Marty-Perez, A., Sola-Palacios, R., Campollo-Duquela, M. E., Cruz-Grullon, M., Puigoriol-Juventeny, E., Otero-Viñas, M., & Espauella-Panicot, J. (2024). Health care model for people living in nursing homes based on integrated care. *Journal of Integrated Care, 32*(1), 18–30. <https://doi.org/10.1108/JICA-07-2023-0059>
- Frankenberger, W. D., Zorc, J. J., Ten Have, E. D., Brodecki, D., & Faig, W. G. (2024). Triage Accuracy in Pediatrics Using the Emergency Severity Index. *Journal of Emergency Nursing, 50*(2), 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.11.009>
- Jiang, J., Zhou, J., Chen, X., Zhu, X., Zhang, H., Zhang, Q., & Zhang, J. (2024). The impact of clinical internship experience on nursing students' attitudes towards death and choices of end-of-life care: A self-control study. *Nursing Open, 11*(7), 1–10. <https://doi.org/10.1002/nop2.2214>
- Kajembula, I. M., Matheo, K. I., Simchimba, P. D., Masasi, E. H., Chikwala, V., & Ambikile, J. S. (2024). Understanding the factors influencing nurses in

managing patients with diabetic ketoacidosis in the emergency departments of referral hospitals in Dar es Salaam, Tanzania: A descriptive qualitative study. *PLoS ONE*, *19*(11), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310414>

- Khraisat, O. M. A., & Al-Bashaireh, A. M. (2024). Evidence-based nursing practice and improving pediatric patient care outcomes in the prevention of infection transmission: Emergency department findings. *PLoS ONE*, *19*(6 June), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305001>
- Kudu, E., Özdamar, Y., Daniş, F., Demir, M. C., İlhan, B., & Aksu, N. M. (2024). Emergency Management and Nursing Considerations of Carotid Blowout Syndrome. *Journal of Emergency Nursing*, *50*(6), 736–747. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.05.003>
- Lin, T., Feng, X., & Gao, Y. (2024). *Development and Evaluation of Psychometric Properties of a Chinese Version Questionnaire for Measuring Emergency Nursing Interruptions. 2024.*
- Mani, Z., Kuhn, L., & Plummer, V. (2024). Emergency Nurse Roles, Challenges, and Preparedness in Hospitals in the Context of Armed Conflict. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *18*. <https://doi.org/10.1017/dmp.2024.7>
- Mohammadi, P., & Dehcheshmeh, N. F. (2024). Competencies needed for public health workforce in the programs of Iran's health transformation plan: A descriptive study based on programs, operations, and competencies chain. *PLoS ONE*, *19*(9), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305967>
- Reed, D., & Fitzpatrick, J. (2024). Nurse Practitioners' Perceptions of Crisis Leadership and Their Readiness for Public Health Emergencies. *Journal for Nurse Practitioners*, *20*(3), 104912. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.104912>
- Seo, Y. H., & Lim, S. O. (2024). Korean Triage and Acuity Scale education using role-playing and its effects on triage competency: A quasi-experimental design. *PloS One*, *19*(10), e0311892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311892>
- Sexton, J. R., Truog, A. W., Kelly-Weeder, S., & Loftin, C. (2024). The Effects of Moral Distress on Resilience in Pediatric Emergency Department Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, *50*(5), 626–634. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.10.006>
- Tsiftsis, D., Ulrich, A., Notas, G., Patrikakou, A., & Reid, E. (2024). The state of emergency medicine in Greece: at critical momentum. *International Journal of Emergency Medicine*, *17*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12245-024-00622-4>
- Utunen, H., Balaciano, G., Arabi, E., Tokar, A., Bhatiasevi, A., & Noyes, J. (2024). Learning interventions and training methods in health emergencies: A scoping review. In *PLoS ONE* (Vol. 19, Issue 7 July). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290208>
- Wood, R. D. (2012). *Emergency Department Nurses ' Suggestions for Improving End-of-Life Care.*

BAB 2

SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU

Pendahuluan

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), merupakan sebuah sistem penanggulangan pasien gawat darurat yang terdiri dari beberapa unsur, yaitu unsur pelayanan pra rumah sakit, pelayanan di rumah sakit dan antar rumah sakit. Pelayanan gawat darurat terpadu ini berpedoman pada respon cepat yang menekankan pada *time saving is life and limb saving* yang melibatkan pelayanan masyarakat awam umum dan khusus, petugas medis, pelayanan ambulans gawat darurat dan sistem komunikasi secara terpadu.

Kegiatan ini merupakan suatu penekanan sebuah system dengan prinsip penanganan *time saving is life and limb saving* tersebut mengandung unsur kecepatan atau "*quick response*" dan ketepatan berupa pertolongan pertama ditempat kejadian oleh orang atau masyarakat awam dan awam khusus yang terlatih, dan atau oleh tenaga kesehatan profesional kegawat daruratan ambulans dan dokter sebagai ujung tombak, serta apabila perlu rujukan ke rumah sakit, akan dilakukan pelayanan antar rumah sakit. Hal ini mejadi fokus utama dalam pelayanan gawat darurat dikarenakan kondisi gawat darurat dapat terjadi sewaktu-waktu, berlangsung secara cepat, tiba – tiba dan tidak dapat diprediksi kapan kejadiannya. Gawat darurat dapat disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas, penyakit, kebakaran maupun bencana alam. Kasus gawat darurat membutuhkan biaya yang tinggi, secara langsung mempengaruhi aspek psikososial dari penderita dan keluarga, produktivitas dan status ekonomi akan menurun akibat kecacatan. Kasus gawat darurat yang tidak segera mendapatkan penanganan akan menyebabkan kerusakan pada sistem saraf pusat, kardiovaskular atau pernapasan yang bersifat permanen yang berakibat pada kecacatan atau kematian, sehingga untuk mencegah kondisi tersebut perlu kecepatan dan ketanggapan dalam memberikan pertolongan kegawat daruratan pada setiap kondisi atau kasus gawat darurat.

Adapun Unsur kecepatan yang ditunjang oleh "sistem komunikasi dan transportasi yang handal" sejak korban ditemukan ditempat kejadian menuju sarana rujukan untuk mendapatkan pertolongan spesialistik sesuai kebutuhan. Unsur ketepatan dalam Pertolongan Penderita Gawat Darurat (PPGD) meliputi " Basic life support (BLS) dan Advance Life support (ALS) sesuai dengan permasalahan yang dihadapi. Dengan

demikian SPGDT terdiri dari 2 unsur penting yaitu: 1) Pra Rumah Sakit ditempat kejadian berupa pertolongan pertama penderita gawat darurat dan 2) Di Rumah Sakit sebagai sarana rujukannya apabila membutuhkan pelayanan yang lebih spesialistik.

Tujuan Instruksional

1. Memahami konsep Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT)
2. Memahami Tujuan Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT)
3. Memahami macam-macam Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT)
4. Memahami Komponen Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT)
5. Memahami Aspek Kebijakan Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT)
6. Memahami Kebijakan Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT)
7. Memahami Kegiatan Pokok Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT)

Capaian Pembelajaran

1. Mampu memahami pentingnya Penanganan Kegawatdaruratan di lapangan, rumah sakit dan antar rumah sakit
2. Mampu memahami alur Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT)
3. Mampu memahami peran perawat dalam penanganan kegawatdaruratan terpadu.

A. Pengertian

Kegawat darurat adalah suatu keadaan kritis akut yang mengancam nyawa seseorang atau kelompok masyarakat yang dapat mengakibatkan kecacatan, terjadi dimana saja, kapan saja dalam skala yang dapat diatasi setempat. Kegawat darurat tersebut bisa terjadi akibat kejadian secara akut ataupun bencana.

Bencana adalah keadaan kegawat-daruratan dalam skala besar berupa korban manusia yang lebih banyak serta mengakibatkan rusaknya prasarana, sarana dan fasilitas umum yang membutuhkan bantuan dari luar. Bantuan dapat berupa technical assistance atau bantuan penuh seperti tenaga, logistik dan lain-lain, tergantung dari kemampuan daerah atau lokasi kejadian tersebut dalam penanganan bencana.

Bencana dapat disebabkan karena ulah manusia (man made disaster) seperti konflik sosial dan faktor alam (natural disaster) seperti banjir, tsunami, gempa bumi, gunung meletus dan lain-lain.

SPGDT adalah suatu sistem penanggulangan gawat darurat yang melibatkan lintas sektor terkait untuk menjamin kecepatan, kecermatan dan ketepatan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan.

SPGDT merupakan sistem penanggulangan pasien gawat darurat dengan unsur pelayanan praklinis, pelayanan in hospital, dan pelayanan antar Rumah Sakit (Data Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2016). Selain itu SPGDT merupakan salah satu program inovasi pelayanan publik dalam bidang kesehatan yang berbasis website dan hotline call 119 dengan menggunakan teknologi informasi sebagai dasar dalam pemberian informasi bagi masyarakat yang terhubung langsung dengan Rumah Sakit yang berada di daerah terlaksananya SPGDT. Layanan ini didasarkan pada respon cepat dengan penekanan *time saving is life and limb saving*. Melibatkan pelayanan oleh dan kepada masyarakat umum dan khusus, petugas medis, pelayanan ambulans gawat darurat dan sistem komunikasi

B. Tujuan Pelayanan SPGDT

Tujuan SPGDT adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawat darurat dengan mempercepat waktu penanganan atau response time korban atau pasien yang mengalami gawat darurat untuk meningkatkan keselamatan pasien, menurunkan angka kematian dan kecacatan/disabilitas. Dengan adanya SPGDT, diharapkan penanganan kegawatdaruratan dapat lebih efisien dan terkoordinasi,

sehingga dapat meminimalisir angka kematian atau kecacatan. Sedangkan menurut Kemenkes (2010) Tujuan pengelolaan SPGD adalah:

1. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan
2. Mempercepat waktu penanganan (respon time) Korban atau Pasien Gawat Darurat dan menurunkan angka kematian serta kecacatan

C. Macam-macam SPGDT

1. SPGDT sehari-hari yaitu rangkaian upaya pelayanan gawat darurat yang saling terkait yang dilaksanakan ditingkat pra rumah sakit, di rumah sakit, antar rumah sakit dan terjalin dalam suatu sistem, bertujuan agar korban/pasien tetap hidup
2. SPGDT bencana adalah kerjasama antar unit pelayanan pra rumah sakit dan rumah sakit dalam bentuk pelayanan gawat darurat terpadu khususnya pada terjadinya korban massal yang memerlukan peningkatan (eskalasi) kegiatan pelayanan sehari-hari. Bertujuan untuk menyelamatkan korban sebanyak-banyaknya.

D. Komponen Unsur Pelayanan SPGDT

1. Pelayanan Pra Rumah Sakit

Tahap ini melibatkan respon cepat yang melibatkan masyarakat awam, petugas medis, dan layanan ambulans gawat darurat. Fokusnya adalah meningkatkan response time dan mencegah perburukan kondisi pasien yang pada akhirnya akan menurunkan angka kematian dan disabilitas.

2. Pelayanan di Rumah Sakit

Setelah pasien tiba di rumah sakit, sistem ini memastikan pelayanan yang terpadu dan efisien. Kegiatan ini melibatkan berbagai unit kerja dan profesi yang bekerja sama untuk menangani pasien gawat darurat.

3. Rujukan antar Fasilitas Kesehatan

Jika diperlukan, pasien dapat dirujuk ke rumah sakit lain yang memiliki fasilitas lebih lengkap. Sistem ini memastikan koordinasi antar rumah sakit dalam penanganan gawat darurat.

E. Aspek Koordinasi Pelayanan SPGDT

1. Koordinasi antara layanan gawat darurat

Koordinasi antara layanan ambulans, petugas medis, dan tenaga kesehatan serta masyarakat awam memastikan respon cepat dan efisien saat menghadapi situasi gawat darurat.

Informasi yang akurat dan terkini harus beredar dan diterima dengan baik agar semua pihak dapat bergerak bersama untuk menyelamatkan nyawa dan memberikan pertolongan yang tepat.

2. Koordinasi di Rumah Sakit

Setelah korban tiba di rumah sakit, koordinasi antara berbagai unit kerja dan profesi sangat penting. Tim medis, perawat, dan tenaga administratif harus berkomunikasi dengan baik untuk memastikan pelayanan yang terpadu dan efisien. Koordinasi ini juga melibatkan transfer pasien antar ruangan atau fasilitas yang lebih lengkap jika diperlukan. Koordinasi antar Rumah Sakit Jika pasien perlu dirujuk ke rumah sakit lain yang memiliki fasilitas lebih lengkap, koordinasi antar rumah sakit harus berjalan lancar. Informasi medis data pasien, dan prosedur transfer harus dikoordinasikan dengan baik agar pasien mendapatkan pelayanan yang optimal.

3. Koordinasi dengan Pihak eksternal

SPGDT juga harus berkoordinasi dengan pihak eksternal seperti kepolisian, pemadam kebakaran, dan instansi lain yang terlibat dalam penanganan gawat darurat. Kerjasama ini memastikan respon yang terkoordinasi dan efektif

F. Dasar Kebijakan

Pemerintah Indonesia (RI 2013) telah mengembangkan berbagai macam kebijakan serta program dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan pada masyarakat. Kebijakan tersebut dihasilkan setelah melewati beberapa pertemuan internasional dan nasional salah satunya tentang *Improving Global Road Safety* melalui program *Decade of action for Road Safety* pada tahun 2011-2020. Salah satu poin khusus ditekankan pada kondisi meningkatkan aktivitas penanganan pra kecelakaan, yaitu peningkatan pelayanan kesehatan pengemudi pada keadaan atau situasi khusus serta penanganan pasca kecelakaan dengan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT). Selanjutnya Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), hal ini dikarenakan pemerintah melihat adanya peningkatan jumlah kasus atau korban yang mengalami kematian dan kecacatan pada kejadian gawat darurat diakibatkan penanganan yang kurang optimal, untuk peningkatan mutu pelayanan, serta mekanisme yang lebih baik lagi dalam penanganan kegawat daruratan terpadu dengan terciptanya pusat pelayanan keselamatan terpadu atau Public Safety Center (PSC) yaitu suatu bentuk layanan pertolongan pertama bagi pasien dengan bentuk pelayanan yang cepat, tepat yang melayani dalam satu hari 24 jam secara terus menerus. Pelayanan yang dilakukan berdasarkan telepon yang bisa di akses dengan nomor call centre

G. Kegiatan Pokok SPGDT

Kegiatan pokok SPGDT adalah melakukan suatu Pengembangan SPGDT (Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu) menurut Depkes RI (2006) Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah sebuah sistem yang merupakan koordinasi berbagai unit kerja (multi sektor) dan didukung berbagai kegiatan profesi disiplin dan multi profesi untuk menyelenggarakan pelayanan terpadu penderita gawat darurat baik dalam keadaan sehari-hari ataupun dalam keadaan bencana, dimana dalam implementasi SPGDT dapat dibagi dalam dua Sistem yaitu Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu-Sehari-hari (SPGDT-S) dan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu-Bencana (SPGDT-B). Adapun upaya pengembangan tersebut adalah:

1. Melakukan Pengembangan Sumber Daya berupa upaya pengembangan dalam persiapan logistik yang merupakan aktivitas pendukung dan dipusatkan pada penyediaan dan mengirimkan sumber-sumber usaha penyelamatan. Sumber ini dapat berupa sumber daya manusia, peralatan, makanan dan air, fasilitas yang meringankan anggota dan sebagainya. Logistik adalah bagian yang menyediakan barang dan jasa dalam jumlah, mutu dan waktu yang tepat dengan harga yang sesuai. Adapun bentuk Logistik yang disediakan sesuai dengan bidang pemanfaatannya, sehingga barang dan bahan yang harus disediakan di rumah sakit dapat dikelompokkan menjadi: persediaan farmasi, persediaan makanan, persediaan logistik umum dan persediaan teknik (Aditama, 2006). Sumber daya manusia (SDM) adalah faktor sentral dalam suatu organisasi. Tersedianya SDM dalam jumlah yang cukup dengan mutu dan motivasi yang tinggi serta kemampuan antar disiplin, antar profesi, maupun antar sektor akan menentukan keberhasilan dalam penanganan keadaan gawat darurat. Menurut Dinas Kesehatan DIY (2005), sumber daya manusia yang perlu standarisasi pada UGD, meliputi: (1) Jenis petugas (medis, paramedis, administrasi, penunjang, dll); (2) Tingkat kemampuan (spesialisasi, ketrampilan khusus); (3) Keberadaan (stand by, on call); (4) Jumlah petugas (perbandingan antara jumlah pasien dan beban kerja). Kriteria sumber daya manusia untuk UGD di rumah sakit tipe A adalah: dokter sub spesialis untuk semua jenis *on call* (<30menit), dokter spesialis untuk semua jenis *on site*, dokter PPDS/+GELS *on site* 24jam, dokter umum *on site* 24 jam kerja bergilir 5 orang, perawat kepala dengan pendidikan Ners (jam kerja) dan Diploma (diluar jam kerja) semuanya sudah PPGD+BLS, perawat *on site* 24 jam 26 orang bergilir, non medis total minimal 28 orang, serta triage dokter umum PPGD terlatih 2 orang dan perawat.
2. Melakukan Pengembangan Komunikasi, yaitu Menurut DepKes RI (2006), peran komunikasi pada penanggulangan penderita gawat darurat dilator belakang

karena *time saving is live and limb saving*. Komunikasi memiliki peranan penting dalam penanggulangan penderita gawat darurat. Hal ini dikarenakan adanya peningkatan kasus gawat darurat dan adanya perubahan epidemiologi penyakit. Potensi terjadinya bencana yang cukup tinggi (baik bencana alam/akibat ulah manusia) dan kondisi geografis Indonesia yang berbentuk kepulauan, belum semua daerah memiliki sarana komunikasi dan transportasi yang memadai juga menjadi latar belakang penting adanya peran komunikasi dalam penanggulangan penderita gawat darurat. Jaringan komunikasi adalah suatu jejaring atau komando untuk mengkomunikasikan informasi dalam suatu kejadian bencana. Komunikasi tersebut diharapkan menjadi penghubung semua fase penanganan gawat darurat sehari-hari dan bencana (pra RS, intra RS, antar RS, lintas sektor).

3. Melakukan pengembangan Transportasi. Pada kegiatan ini kondisi kegawatdaruratan yang tidak bisa di prediksi kejadian atau lokasi penemuan korban Evakuasi dan transportasi merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan gawat darurat. Melalui evakuasi dan transportasi yang tepat dapat membantu penanganan penderita gawat darurat dengan baik. Selain itu Evakuasi merupakan proses transportasi terutama ditujukan dari rumah sakit lapangan menuju ke rumah sakit rujukan atau transportasi antar rumah sakit dikarenakan ada bencana yang terjadi pada satu rumah sakit dimana pasien harus dievakuasikan ke rumah sakit lain. Dalam pelaksanaannya Upaya pelayanan transportasi dibagi menjadi dua macam, yaitu transportasi untuk penolong dan transportasi untuk korban. Transportasi untuk penolong dari tim setempat dapat memobilisasi semua fasilitas kendaraan yang dimiliki instansi kesehatan setempat baik pemerintah maupun swasta dan untuk tim bantuan diusahakan mendapatkan prioritas fasilitas transportasi yang ada agar dapat segera sampai ke tempat kejadian. Transportasi untuk korban dengan menggunakan ambulans yang ada (ambulan darat, laut dan udara) atau sarana lain yang diperlukan sesuai kebutuhan yang disempurnakan berdasarkan situasi dan kondisi setempat
4. Melakukan kerjasama lintas sektor yaitu sebagai upaya Kesiapsiagaan menghadapi bencana merupakan suatu aktivitas lintas-sektor yang berkelanjutan. Kegiatan tersebut membentuk suatu bagian yang tak terpisahkan dalam sistem penanggulangan secara nasional dan bertanggung jawab untuk mengembangkan perencanaan dan program pengelolaan bencana berupa pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, respons, rehabilitasi atau rekonstruksi. Upaya kesiapsiagaan bencana tersebut mempunyai tujuan khusus, yaitu menjamin bahwa sistem, prosedur dan sumber daya yang tepat siap ditempatnya masing-masing untuk memberikan bantuan yang efektif dan segera bagi korban

bencana berdasarkan hasil penilaian atau triage sehingga dapat mempermudah langkah-langkah pemulihan dan rehabilitasi layanan kegawatdaruratan baik di lapangan maupun di pelayanan kesehatan.

H. Peran Perawat dalam kegiatan SPGDT

Menurut Kusnanto (2019) Perawat gawat darurat memiliki peran dalam mengambil keputusan klinis secara tepat dan akurat, yang melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Pendekatan tindakan keperawatan yang diberikan dalam ranah kegawatdaruratan adalah bagaimana seorang perawat memberikan bantuan kepada klien dalam upaya penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan. Selain itu Perawat kegawatdaruratan dituntut untuk mampu melaksanakan perannya dengan beberapa kompetensi yang harus dimiliki dan terus diasah, di antaranya: kemampuan dalam melakukan penyelidikan klinis, melakukan pertimbangan klinis, memiliki nilai caring yang sangat tinggi dalam sebuah asuhan keperawatan, di mana seorang perawat yang mengedepankan nilai-nilai caring, akan serta merta menggiring seorang perawat untuk memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas yang menjunjung tinggi nilai-nilai etika keperawatan yang profesional, sehingga mencegah terjadinya pelanggaran pelanggaran praktik keperawatan di tatanan area keperawatan gawat darurat, melindungi dan mendukung hak dasar klien dan keluarga, memiliki cara berfikir yang sistematis, mampu sebagai fasilitator pembelajaran bagi pasien dan keluarga serta sesama petugas kesehatan, memberikan respon yang baik terhadap berbagai keragaman dan keunikan yang dihadapi dalam atau selama melakukan proses pelayanan keperawatan kegawatdaruratan, serta mampu melakukan kolaborasi bersama. Sedangkan peran perawat dalam kegiatan SPGDT adalah sebagai berikut :

1. Memberikan pertolongan Gawat Darurat dan mempertahankan stabilisasi bagi korban
2. Mengevakuasi korban ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya

I. Alur Penyelenggaraan SPGDT

Adapun alur Penyelenggaraan SPGDT melalui *call center* 119 dan Public Safety Center (PSC) menurut Kemenkes (2016) adalah:

1. Operator *Call Center* di Pusat Komando Nasional (*National Command Center*) akan menerima panggilan dari masyarakat di seluruh Indonesia.
2. Operator *Call Center* akan menyaring panggilan masuk tersebut.
3. Operator *Call Center* akan mengidentifikasi kebutuhan layanan dari penelepon.

4. Telepon yang bersifat gawat darurat akan diteruskan/dispatch ke PSC kabupaten atau kota.
5. Selanjutnya penanganan gawat darurat yang dibutuhkan akan ditindaklanjuti oleh PSC kabupaten/kota.
6. Telepon yang bersifat membutuhkan informasi kesehatan lainnya dan pengaduan kesehatan akan diteruskan/dispatch ke Halo Kemkes (021-500567).
7. Penanganan gawat darurat di PSC kabupaten/kota meliputi penanganan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritma, kebutuhan informasi tempat tidur, informasi fasilitas kesehatan terdekat, dan informasi ambulans.
8. PSC berjejaring dengan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan lokasi kejadian untuk mobilisasi ataupun merujuk pasien guna mendapatkan penanganan gawat darurat

J. Tugas dan Tanggungjawab Pemerintah dalam penanganan SPGDT

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kota memiliki tugas dan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan SPGDT.

Pemerintah Pusat bertugas dan bertanggungjawab:

1. Merumuskan dan menetapkan kebijakan SPGDT;
2. Memfasilitasi pelaksanaan kegiatan pembentukan PSC di daerah;
3. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan SPGDT yang dilaksanakan di daerah;
4. Melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan SPGDT;
5. Melakukan koordinasi dengan instansi kesehatan provinsi atau kabupaten/kota terhadap SPGDT
6. Menghimpun dan mengkompilasikan data SPGDT tingkat nasional.

Pemerintah Daerah Provinsi bertugas dan bertanggungjawab

1. Mengoordinasikan dan melaksanakan kebijakan/ program SPGDT antar kabupaten/kota di wilayahnya
2. Melakukan koordinasi dengan pemangku kepentingan lainnya;
3. Memfasilitasi pelaksanaan kegiatan pembentukan dan peningkatan kapasitas serta kemampuan penyelenggaraan SPGDT di wilayahnya
4. Menghimpun data penyelenggaraan SPGDT tingkat provinsi dan
5. Melakukan evaluasi terhadap SPGDT di wilayahnya.

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bertugas dan bertanggungjawab:

1. Melaksanakan kebijakan/program SPGDT di wilayahnya
2. Membentuk PSC
3. Melakukan kerja sama dengan kabupaten/kota lain di dalam dan di luar provinsi

4. Memfasilitasi kerja sama antar fasilitas pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan SPGDT
5. Memperkuat kapasitas kelembagaan, peningkatan sumber daya manusia dan pendanaan untuk penyelenggaraan SPGDT
6. Melaksanakan kegiatan pembentukan dan peningkatan kapasitas serta kemampuan SPGDT dan melakukan pendataan penyelenggaraan SPGDT tingkat kabupaten/kota

K. Latihan

1. SPGDT merupakan sistem penanggulangan pasien gawat darurat dengan unsur pelayanan praklinis, pelayanan in hospital, dan pelayanan antar Rumah Sakit. Berikut ini yang merupakan pelayanan pra rumah sakit adalah :
 - A. Melakukan perawatan di tempat kejadian sampai dengan transportasi penderita ke fasilitas kesehatan
 - B. Melakukan perawatan di tempat kejadian tanpa melakukan transportasi penderita ke fasilitas kesehatan
 - C. Melakukan pelayan rujukan antar rumah sakit untuk mendapatkan fasilitas kesehatan yang optimal
 - D. Melakukan perawatan tidak di tempat kejadian
 - E. Melakukan triage di IGD
2. Suatu jejaring atau komando saat terjadinya kejadian bencana, dan menjadi penghubung semua fase penanganan gawat darurat sehari-hari dan bencana pra RS, intra RS, antar RS, lintas sektor, merupakan kegiatan pokok dalam melakukan pengembangan sebagai berikut yang paling tepat adalah :
 - A. Pengembangan SDM
 - B. Pengembangan Transportasi
 - C. Pengembangan Komunikasi
 - D. Pengembangan Lintas Sektor
 - E. Pengembangan Multi Profesi
3. Tujuan SPGDT adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan dengan mempercepat waktu penanganan atau response time korban atau pasien yang mengalami gawat darurat. Dibawah ini yang merupakan tujuan penyelenggaraan SPGDT menurut Kemenkes tahun 2010 adalah :
 - A. Mempercepat proses penyembuhan korban bencana
 - B. Mempercepat pelaksanaan rujukan pasien gawat darurat
 - C. Mempermudah Identifikasi korban yang mengalami kegawatdaruratan
 - D. Mencegah terjadinya kegawatdaruratan di tempat kejadian ditemukannya korban

- E. Mempercepat waktu penanganan (respon time) Korban atau Pasien Gawat Darurat dan menurunkan angka kematian serta kecacatan
4. Memfasilitasi kerja sama antar fasilitas pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan SPGDT, merupakan tugas dan tanggungjawab dari pemerintah dalam berpetan aktif penyelenggaraan SPGDT, yang paling tepat adalah :
- Pemerintah Pusat
 - Pemerintah Provinsi
 - Pemerintah Daerah
 - Pemerintah Kabupaten
 - Pemerintah Regional
5. Suatu kegiatan koordinasi yang dilakukan antara berbagai unit kerja dan profesi terdiri dari tim medis, perawat, dan tenaga administratif bertujuan untuk memastikan pelayanan yang terpadu dan efisien, merupakan aspek kegiatan koordinasi ditingkat apakah?
- Koordinasi antara layanan gawat darurat
 - Koordinasi tingkat Rumah Sakit
 - Koordinasi pihan eksternal
 - Koordinasi rujukan
 - Koordinasi ditempat kejadian

Kunci Jawaban

1. SPGDT merupakan sistem penanggulangan pasien gawat darurat dengan unsur pelayanan praklinis, pelayanan in hospital, dan pelayanan antar Rumah Sakit. Berikut ini yang merupakan pelayanan pra rumah sakit adalah

Jawaban : A

Melakukan perawatan di tempat kejadian sampai dengan transportasi penderita ke fasilitas kesehatan

Pembahasan :

fase pra-rumah sakit merupakan fase dimana paramedis mengklasifikasikan berbagai kondisi pasien dan memutuskan transportasi ke rumah sakit yang sesuai, dengan mempertimbangkan kondisi dan tingkat keparahan pasien berdasarkan hasil triage lapangan.

2. Suatu jejaring atau komando saat terjadinya kejadian bencana, dan menjadi penghubung semua fase penanganan gawat darurat sehari-hari dan bencana pra RS, intra RS, antar RS, lintas sektor, merupakan kegiatan pokok dalam melakukan pengembangan sebagai berikut yang paling tepat adalah :

Jawaban : C

Pengembangan Komunikasi

Pembahasan :

Pengembangan Komunikasi, yaitu komunikasi pada penanggulangan penderita gawat darurat yang dilatar belakangi karena *time saving is live and limb saving*. Komunikasi memiliki peranan penting dalam penanggulangan penderita gawat darurat, adanya peran komunikasi dalam penanggulangan penderita gawat darurat dapat menjadi suatu jejaring atau komando untuk mengkomunikasikan informasi dalam suatu kejadian bencana. Komunikasi tersebut diharapkan menjadi penghubung semua fase penanganan gawat darurat sehari-hari dan bencana (pra RS, intra RS, antar RS, lintas sektor).

3. Tujuan SPGDT adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawat daruratan dengan mempercepat waktu penanganan atau response time korban atau pasien yang mengalami gawat darurat. Dibawah ini yang merupakan tujuan penyelenggaraan SPGDT menurut Kemenkes tahun 2010 adalah :

Jawaban E

Mempercepat waktu penanganan (respon time) Korban atau Pasien Gawat Darurat dan menurunkan angka kematian serta kecacatan

Pembahasan

Menurut Kemenkes (2010) Tujuan pengelolaan SPGD adalah :

- a. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan
 - b. Mempercepat waktu penanganan (respon time) Korban atau Pasien Gawat Darurat dan menurunkan angka kematian serta kecacatan
4. Memfasilitasi kerja sama antar fasilitas pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan SPGDT, merupakan tugas dan tanggungjawab dari pemerintah dalam berpetan aktif penyelenggaraan SPGDT, yang paling tepat adalah :

Kunci Jawaban : D

Pemerintah Kabupaten

Pembahasan :

Adapun tugas Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bertugas dan bertanggungjawab:

- a. Melaksanakan kebijakan/program SPGDT di wilayahnya
- b. Membentuk PSC
- c. Melakukan kerja sama dengan kabupaten/kota lain di dalam dan di luar provinsi
- d. Memfasilitasi kerja sama antar fasilitas pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan SPGDT
- e. Memperkuat kapasitas kelembagaan, peningkatan sumber daya manusia dan pendanaan untuk penyelenggaraan SPGDT

- f. Melaksanakan kegiatan pembentukan dan peningkatan kapasitas serta kemampuan SPGDT dan melakukan pendataan penyelenggaraan SPGDT tingkat kabupaten/kota
- 5. Suatu kegiatan koordinasi yang dilakukan antara berbagai unit kerja dan profesi terdiri dari tim medis, perawat, dan tenaga administratif bertujuan untuk memastikan pelayanan yang terpadu dan efisien, merupakan aspek kegiatan koordinasi ditingkat apakah?

Kunci Jawab :

Koordinasi tingkat Rumah Sakit

Pembahasan

Aspek Koordinasi Pelayanan SPGDT ada 3 aspek yaitu :

- a. Koordinasi antara layanan gawat darurat

Koordinasi antara layanan ambulans, petugas medis, dan tenaga kesehatan serta masyarakat awam memastikan respon cepat dan efisien saat menghadapi situasi gawat darurat.

Informasi yang akurat dan terkini harus beredar dan diterima dengan baik agar semua pihak dapat bergerak bersama untuk menyelamatkan nyawa dan memberikan pertolongan yang tepat.

- b. Koordinasi di Rumah Sakit

Setelah korban tiba di rumah sakit, koordinasi antara berbagai unit kerja dan profesi sangat penting. Tim medis, perawat, dan tenaga administratif harus berkomunikasi dengan baik untuk memastikan pelayanan yang terpadu dan efisien. Koordinasi ini juga melibatkan transfer pasien antar ruangan atau fasilitas yang lebih lengkap jika diperlukan. Koordinasi antar Rumah Sakit Jika pasien perlu dirujuk ke rumah sakit lain yang memiliki fasilitas lebih lengkap, koordinasi antar rumah sakit harus berjalan lancar. Informasi medis data pasien, dan prosedur transfer harus dikoordinasikan dengan baik agar pasien mendapatkan pelayanan yang optimal.

- c. Koordinasi dengan Pihak eksternal

SPGDT juga harus berkoordinasi dengan pihak eksternal seperti kepolisian, pemadam kebakaran, dan instansi lain yang terlibat dalam penanganan gawat darurat. Kerjasama ini memastikan respon yang terkoordinasi dan efektif

L. Rangkuman Materi

Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pelayanan Gawat Darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh Korban/Pasien Gawat

Darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan.

Korban/Pasien Gawat Darurat adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu yang selanjutnya disingkat SPGDT adalah suatu mekanisme pelayanan Korban atau Pasien Gawat Darurat yang terintegrasi dan berbasis *call center* dengan menggunakan kode akses telekomunikasi 119 dengan melibatkan masyarakat namun, pemberian pertolongan terhadap Korban atau Pasien Gawat Darurat oleh masyarakat hanya dapat diberikan dengan panduan operator call center sebelum tenaga kesehatan tiba di tempat kejadian.

Tujuan utama penanganan kegawat daruratan terpadu adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan, mempercepat waktu penanganan (respon time) korban atau pasien yang mengalami Gawat Darurat dan menurunkan angka kematian serta kecacatan, sedangkan bentuk penanganan yang bisa dilakukan saat terjadinya penemuan korban berupa penanganan prafasilitas pelayanan kesehatan, penanganan intrafasilitas pelayanan kesehatan dan penanganan antarfasilitas pelayanan kesehatan atau rujukan

M. Glosarium

ALS	: Advance Life Support
BLS	: Basic Life Support
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
GELS	: General Emergency Live Suport
PPDS	: Program Pendidikan Dokter Spesialis
PPGD	: Pertolongan Penderita Gawat Darurat
PSC	: Public Safety Canter
RS	: Rumah Sakit
SPGDT	: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
SPGDT-S	: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu sehari-hari
SPGDT-B	: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Bencana
WHO	: World Health Organization

N. Daftar Pustaka

- DepKes RI, (2006) tentang SPGDT - Google Cendekia. (n.d.). Retrieved October 29, 2022
- Emergency Management | GEOG 882: (2022) Geographic Foundations of Geospatial Intelligence. (n.d.). Retrieved Mei 2025 from https://www.e-education.psu.edu/geog882/l11_p3.html
- Kemenkes, R. I. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang sistem penanggulangan gawat darurat terpadu. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kusnanto. (2019). Prilaku Caring Perawat Profesional. Pusat Penerbit dan percetakan Universitas Erlangga.
- Musliha, 2010. Keperawatan Gawat Darurat : Plus Contoh Askep dengan Pendekatan NANDA, NIC, NOC. Yogyakarta : Nuha Medika
- Panagiotopoulos, P. et al. (2016) 'Social media in emergency management: Twitter as a tool for communicating risks to the public', *Technological Forecasting and Social Change*. Elsevier Inc., 111, pp. 86–96. doi: 10.1016/j.techfore.2016.06.010
- RI, Instruksi Presiden RI, Nomor 4 Tahun 2013 tentang Program Dekade Aksi Keselamatan Jalan
- RI, Peraturan Menteri Kesehatan RI, Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
- World Health Organization (WHO) (2016) 'Post-Crash Response'

BAB 3

KONSEP DAN PRINSIP PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR

Pendahuluan

Bantuan Hidup Dasar (BHD) merupakan keterampilan esensial dalam pelayanan kesehatan yang dapat menyelamatkan nyawa seseorang dalam situasi gawat darurat, seperti henti jantung mendadak atau gangguan pernapasan. Perawat, sebagai tenaga medis yang sering berada di garis depan pelayanan kesehatan, memiliki peran penting dalam memberikan BHD dengan cepat dan tepat.

Sebagai tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam bidang keperawatan, perawat tidak hanya bertanggung jawab terhadap pemantauan kondisi pasien tetapi juga harus siap memberikan intervensi segera ketika terjadi kondisi darurat. Peran perawat dalam BHD meliputi pemberian Resusitasi Jantung Paru (RJP), penggunaan alat bantu napas, serta pemantauan tanda-tanda vital pasien dalam kondisi kritis.

Menurut American Heart Association (AHA) dan European Resuscitation Council (ERC), penerapan BHD yang cepat dan tepat dapat meningkatkan peluang keselamatan pasien hingga dua kali lipat. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang konsep, prinsip, dan teknik pelaksanaannya sangat diperlukan oleh tenaga medis dan perawat yang berpotensi menjadi penolong pertama.

Dalam kondisi darurat, setiap detik sangat berharga. Keterlambatan dalam memberikan pertolongan dapat menyebabkan kerusakan otak permanen atau bahkan kematian. Oleh karena itu, buku ini disusun sebagai panduan yang komprehensif untuk memahami konsep dan prinsip dasar dalam pelaksanaan BHD sesuai dengan standar terkini.

Tujuan Instruksional Umum :

Mahasiswa mampu memahami, menerapkan dan mengevaluasi prinsip pelaksanaan bantuan hidup dasar secara komprehensif pada pasien yang mengalami henti jantung dan gangguan pernafasan berdasarkan bukti ilmiah dan praktik terbaik.

Tujuan Instruksional Khusus :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan anatomi dan fisiologi yang berhubungan dengan bantuan hidup dasar.
2. Mahasiswa mampu mengetahui prinsip dasar, etika dalam bantuan hidup dasar.
3. Mahasiswa mampu memahami konsep dan prinsip bantuan hidup dasar.
4. Mahasiswa mampu memahami teknik resusitasi jantung paru.
5. Mahasiswa mampu melakukan prosedur bantuan hidup dasar pada dewasa, anak dan bayi.
6. Mahasiswa mampu menunjukkan sikap empati, peduli dan tanggung jawab saat melakukan prosedur bantuan hidup dasar.

Capaian Pembelajaran:**Kognitif :**

1. Mampu memahami konsep dan prinsip-prinsip bantuan hidup dasar
2. Mampu menjelaskan patofisiologi henti jantung dan gangguan pernafasan
3. Mampu mengidentifikasi tanda-tanda kegawatan yang memerlukan tindakan
4. Mampu memahami perbedaan teknik resusitasi pada bayi, anak dan dewasa

Afektif :

1. Mampu menumbuhkan rasa tanggung jawab dalam memberikan pertolongan pertama pada pasien yang mengalami henti jantung dan gangguan pernafasan
2. Mampu meningkatkan kesadaran atau empati akan pentingnya peran perawat dalam kondisi kegawatdaruratan
3. Mampu menumbuhkan sikap sigap dan percaya diri dalam melakukan tindakan resusitasi jantung paru

Psikomotor :

1. Mampu melakukan pemeriksaan awal terhadap korban secara sistematis.
2. Mampu melakukan teknik kompresi dada yang efektif sesuai dengan standar.
3. Mampu melakukan ventilasi buatan dengan teknik yang benar.
4. Mampu melakukan evaluasi terhadap efektivitas tindakan resusitasi yang telah dilakukan.

Uraian Materi

Materi tentang konsep dan prinsip pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) sangat mendukung untuk pembelajaran dalam program studi kesehatan khususnya dalam bidang kegawatdaruratan. Dimana BHD adalah serangkaian tindakan pertolongan pertama yang diberikan kepada individu yang mengalami henti jantung atau pernapasan sebelum mendapatkan bantuan medis lanjutan. Tujuannya adalah untuk menjaga oksigenasi dan sirkulasi darah hingga bantuan lebih lanjut dapat diberikan.

Mahasiswa mampu memahami, menerapkan dan mengevaluasi prinsip pelaksanaan bantuan hidup dasar secara komprehensif pada pasien yang mengalami henti jantung dan gangguan pernafasan. Tujuan dari mahasiswa mempelajari konsep dan prinsip pelaksanaan bantuan hidup dasar adalah untuk memahami dan menguasai serta mampu mempraktekkan atau mendemonstrasikan Resusitasi jantung paru sesuai dengan prosedur yang berlaku.

A. Pengenalan Anatomi dan Fisiologi yang berhubungan dengan bantuan hidup dasar

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah serangkaian tindakan darurat yang dilakukan untuk mempertahankan fungsi vital tubuh seseorang yang mengalami henti napas atau henti jantung. Untuk memahami BHD dengan baik, diperlukan pengetahuan tentang anatomi dan fisiologi tubuh manusia, terutama sistem yang berperan dalam kehidupan dasar, yaitu sistem pernapasan, sistem kardiovaskular, dan sistem saraf.

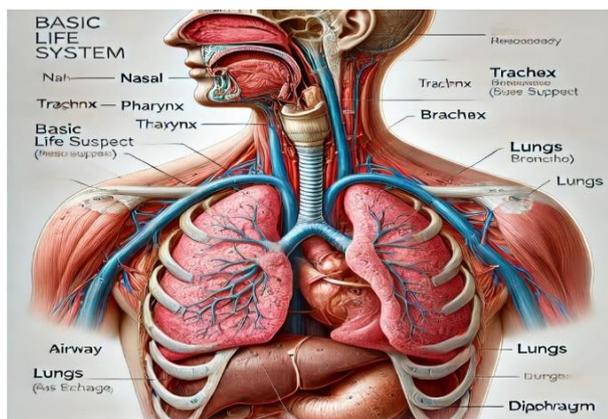
1. Sistem Pernafasan

Sistem pernapasan berperan dalam pertukaran oksigen (O_2) dan karbon dioksida (CO_2) dalam tubuh. Organ utama dalam sistem ini meliputi:

Saluran napas atas (hidung, faring, laring)

Saluran napas bawah (trakea, bronkus, paru-paru)

Otot pernapasan (diafragma, otot interkostal)



Gambar 3.1: Sistem Pernafasan

Sumber: Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019)

Relevansi dalam BHD: Sumbatan jalan napas dapat menghambat aliran oksigen ke paru-paru dan otak, menyebabkan hipoksia. Teknik pembebasan jalan napas seperti head tilt-chin lift atau jaw thrust bertujuan untuk membuka saluran napas. Ventilasi buatan (rescue breathing) diberikan jika korban tidak bernapas secara normal.

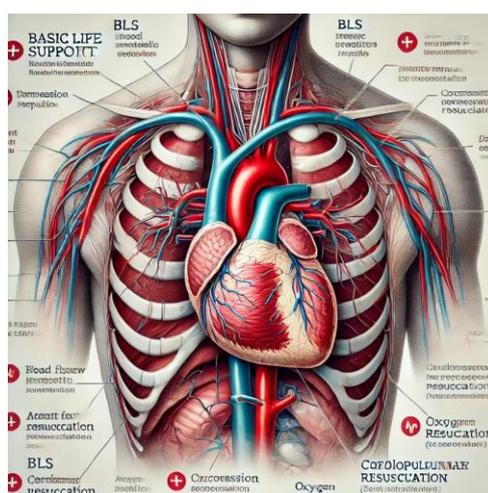
2. Sistem Kardiovaskuler

Sistem ini bertanggung jawab untuk memompa darah yang mengandung oksigen ke seluruh tubuh. Komponen utama meliputi:

Jantung (atrium dan ventrikel)

Pembuluh darah (arteri, vena, kapiler)

Darah (mengandung sel darah merah, putih, dan plasma)



Gambar 3.2: Sistem Pernafasan

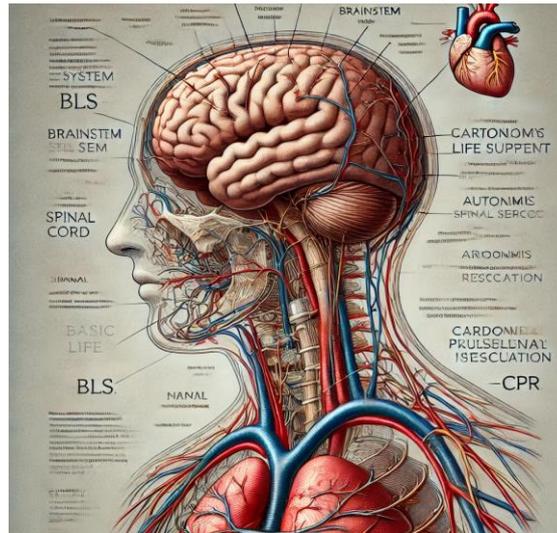
Sumber: Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019)

Relevansi dalam BHD: Henti jantung terjadi ketika jantung berhenti memompa darah secara efektif. Kompresi dada (chest compression) bertujuan

untuk menggantikan fungsi pompa jantung dan mempertahankan sirkulasi darah ke otak serta organ vital lainnya. Teknik CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) dilakukan untuk mengembalikan sirkulasi darah dan pernapasan.

3. Sistem Saraf

Sistem saraf, terutama otak, mengontrol seluruh fungsi tubuh. Otak memerlukan suplai oksigen yang terus-menerus agar tetap berfungsi. Jika suplai oksigen terhenti: Setelah 4-6 menit, sel-sel otak mulai mengalami kerusakan. Setelah 10 menit, kerusakan bisa menjadi permanen.



Gambar 3.3: Sistem Saraf

Sumber: Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019)

Relevansi dalam BHD: Penilaian kesadaran dilakukan dengan metode AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive) atau Glasgow Coma Scale (GCS). Pemulihan fungsi otak bergantung pada seberapa cepat dan efektif CPR dilakukan.

B. Prinsip dasar, etika dalam bantuan hidup dasar

1. Prinsip dasar Bantuan hidup dasar
 - a. Memastikan keamanan lingkungan sebelum melakukan tindakan.
 - b. Memeriksa respons korban.
 - c. Memanggil bantuan medis jika diperlukan.
 - d. Mengikuti urutan tindakan sesuai panduan C-A-B (Circulation, Airway, Breathing).
 - e. Melakukan resusitasi jantung paru (RJP) dengan teknik yang tepat.
2. Prinsip etika

Menurut Menurut Beauchamp & Childress (2013), terdapat empat prinsip utama dalam etika medis yang harus diterapkan dalam BHD:

- a. Prinsip Beneficence (Berbuat Baik) adalah Tindakan yang dilakukan harus bertujuan untuk menyelamatkan nyawa korban dan memberikan manfaat maksimal.
 - b. Prinsip Non-Maleficence (Tidak Merugikan) adalah jangan melakukan tindakan yang dapat memperburuk kondisi korban.
 - c. Prinsip Autonomy (Otonomi) adalah menghormati keputusan korban atau keluarganya terkait tindakan medis yang diberikan.
 - d. Prinsip Justice (Keadilan) adalah memberikan pertolongan secara adil tanpa diskriminasi terhadap korban.
3. Hak dan kewajiban penolong
- Menurut World Medical Association (2022), penolong dalam situasi darurat memiliki hak dan kewajiban sebagai berikut:
- a. Hak: Mendapat perlindungan hukum atas tindakan pertolongan yang diberikan dengan niat baik, tidak dipaksa untuk melakukan tindakan diluar kompetensinya
 - b. Kewajiban: melakukan tindakan sesuai dengan standar operasional prosedur, mengutamakan keselamatan diri sendiri dan korban, mengikuti prosedur yang telah ditetapkan dalam protocol Bantuan Hidup Dasar.

C. Konsep dan Prinsip bantuan hidup dasar

1. Pengertian

Bantuan hidup dasar adalah serangkaian tindakan pertolongan pertama yang dilakukan untuk mempertahankan kehidupan seseorang yang mengalami henti jantung atau gangguan pernapasan sebelum mendapatkan bantuan medis lanjutan. Tindakan ini mencakup Resusitasi Jantung Paru (RJP), membuka jalan napas, dan memberikan bantuan pernapasan. Dimana resusitasi jantung paru adalah teknik kompresi dada yang dikombinasikan dengan pemberian nafas buatan yang bertujuan untuk membantu mempertahankan oksigenasi pada otot jantung dan otak. (AHA, 2020)

2. Tujuan

- a. Mempertahankan Sirkulasi Darah ke Organ Vital
Tujuan utama RJP adalah memastikan darah tetap mengalir ke otak, jantung, dan organ vital lainnya saat jantung berhenti berdetak. Melalui kompresi dada, tekanan yang dihasilkan membantu memompa darah sehingga organ vital tetap mendapatkan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan.
- b. Memastikan Pasokan Oksigen ke Otak dan Jantung
Hipoksia otak (kekurangan oksigen) dapat menyebabkan kerusakan otak permanen dalam 4-6 menit setelah henti jantung. Dengan melakukan ventilasi

buatan (seperti mouth-to-mouth atau menggunakan bag valve mask), oksigen dapat tetap tersuplai ke paru-paru dan masuk ke aliran darah.

c. Mengembalikan Aktivitas Listrik Jantung

Dalam beberapa kasus, henti jantung terjadi karena gangguan irama jantung seperti fibrilasi ventrikel (VF) atau takikardia ventrikel tanpa denyut (VT tanpa denyut).

RJP bertujuan untuk mempertahankan aktivitas listrik jantung sehingga ketika defibrilasi dengan AED dilakukan, jantung dapat kembali ke irama normalnya.

d. Meningkatkan Peluang Hidup Pasien

Pelaksanaan RJP sesegera mungkin dapat meningkatkan peluang kelangsungan hidup hingga dua kali lipat dibandingkan jika tidak dilakukan tindakan. Semakin cepat intervensi dilakukan, semakin tinggi kemungkinan keluarnya pasien dari kondisi henti jantung dengan kondisi neurologis yang baik.

e. Mencegah Kerusakan Organ Permanen

Jika henti jantung berlangsung lama tanpa RJP, kerusakan otak dan organ lain menjadi tidak dapat diperbaiki. RJP bertujuan untuk memperpanjang waktu sel-sel organ tetap hidup, hingga bantuan medis lebih lanjut tersedia.

f. Menjaga Stabilitas Pasien Hingga Bantuan Medis Tiba

RJP bukan pengobatan definitif, tetapi sebagai tindakan sementara sampai tenaga medis tiba dengan peralatan lengkap. Jika dilakukan dengan benar, RJP dapat menjaga kondisi pasien agar tetap memiliki kemungkinan untuk mendapatkan intervensi lebih lanjut, seperti penggunaan obat resusitasi dan tindakan medis lainnya.

3. Indikasi

Indikasi melakukan Bantuan Hidup Dasar (BHD) yaitu: pada pasien henti jantung dan henti napas. Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, bahwa henti jantung atau gangguan sirkulasi dan henti napas atau gangguan pernapasan dapat berakibat fatal, bahkan sampai menyebabkan kematian. Oleh karena itu ketika menghadapi keadaan kegawatdaruratan, yang pertama harus dipastikan adalah keadaan fungsi sirkulasi dan fungsi pernapasan. Bila didapatkan adanya gangguan atau bahkan terjadi henti jantung ataupun henti napas, maka kondisi ini merupakan indikasi untuk segera dilakukannya BHD.

RJP harus segera dilakukan pada individu yang menunjukkan tanda-tanda henti jantung atau henti napas. Indikasi utama meliputi:

a. Henti Jantung

Henti jantung adalah kondisi ketika jantung berhenti memompa darah secara efektif, yang ditandai dengan: Pasien tidak sadarkan diri, Tidak ada

denyut nadi (diperiksa di arteri karotis untuk dewasa dan arteri brakialis untuk bayi), Hilangnya tekanan darah, Kulit pucat atau sianosis (kebiruan) akibat kurangnya oksigenasi.

b. Henti Napas

Henti napas terjadi ketika seseorang berhenti bernapas tetapi jantung masih berdetak, ditandai dengan: Tidak ada pergerakan dada, Tidak ada hembusan napas saat diperiksa di hidung atau mulut, Tidak adanya suara pernapasan, Saturasi oksigen yang sangat rendah.

c. Gangguan Irama Jantung yang Fatal

Beberapa kondisi aritmia yang dapat menyebabkan henti jantung mendadak dan memerlukan RJP: Fibrilasi ventrikel (VF) – Jantung bergetar tanpa menghasilkan pompa yang efektif, Takikardia ventrikel tanpa denyut (VT tanpa denyut)/Detak jantung cepat tanpa sirkulasi darah yang memadai, Asistol/Tidak adanya aktivitas listrik jantung, Aktivitas listrik tanpa denyut (PEA - Pulseless Electrical Activity) – Aktivitas listrik jantung masih ada, tetapi tidak cukup kuat untuk menghasilkan sirkulasi darah.

d. Trauma atau Cedera yang Mengancam Nyawa

Tenggelam atau near-drowning, Tersedak yang menyebabkan obstruksi jalan napas total, Luka bakar berat yang menyebabkan gangguan pernapasan, Overdosis obat yang menyebabkan depresi napas dan henti jantung, Keracunan karbon monoksida atau gas beracun lainnya.

4. Kontraindikasi Resusitasi Jantung Paru (RJP)

Meskipun RJP bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, ada beberapa kondisi di mana tindakan ini tidak dianjurkan atau tidak efektif, diantaranya:

a. Pasien dengan Pernyataan Tidak Resusitasi (DNR - Do Not Resuscitate)

Jika pasien atau keluarganya telah menandatangani dokumen DNR, maka RJP tidak boleh dilakukan. Biasanya berlaku untuk pasien dengan penyakit terminal atau fase akhir penyakit kronis.

b. Tanda Kematian yang Jelas (Signs of Irreversible Death)

Jika pasien menunjukkan tanda-tanda kematian biologis yang tidak dapat diselamatkan, maka RJP tidak dianjurkan. Tanda-tandanya meliputi: Rigor mortis (kekakuan tubuh setelah kematian), Livor mortis (perubahan warna kulit akibat redistribusi darah), Cedera fatal yang tidak kompatibel dengan kehidupan, seperti dekapitasi (kepala terpisah dari tubuh), hemitoraks terbuka besar, atau hancurnya otak.

c. Penyakit Terminal yang Tidak Responsif terhadap RJP

Kanker stadium akhir dengan metastasis luas, Gagal organ multipel yang tidak memiliki prognosis baik, Pasien dengan kondisi vegetatif permanen

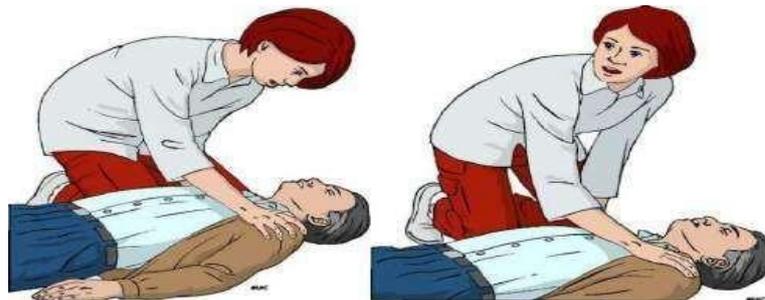
d. Cedera Trauma Berat yang Tidak Memungkinkan Pemulihan

Trauma kepala berat dengan kerusakan otak luas, Luka bakar total yang menghancurkan jaringan vital, Cedera dada berat yang menyebabkan ruptur jantung atau aorta

D. Teknik resusitasi jantung paru

Teknik resusitasi jantung paru menurut (AHA, 2020):

1. Menganalisa Situasi Keamanan perawat menjadi prioritas untuk menghindari adanya pasien selanjutnya. Perhatikan situasi dan keadaan yang aman untuk perawat dan pasien.
2. Cek Respon Pasien Periksa keadaan pasien dengan memberikan rangsangan nyeri ataupun verbal. Pemeriksaan ini dilakukan setelah dipastikannya lingkungan aman untuk perawat maupun pasien. Rangsangan verbal yang dilakukan bisa dengan memanggil pasien disertai menepuk bahu pasien. Apabila tidak ada respon, perawat bisa melakukan rangsangan nyeri, baik menekan kuku maupun di bagian dada.

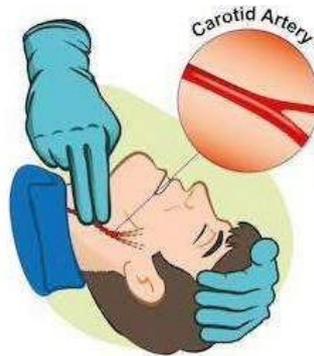


Gambar 3.4: Cek respon Pasien

Sumber: AHA (2020)

3. Meminta bantuan dan aktifkan Emergency Medical Service (EMS) atau SPGDT Jika pasien masih tidak memberikan respon, perawat segera meminta bantuan dengan berteriak dan mengaktifkan sistem gawat darurat EMS / SPGDT.
4. Memperbaiki posisi pasien dan perawat :
 - a. Posisikan pasien supinasi atau terlentang di permukaan yang keras dan datar
 - b. Memperbaiki posisi pasien dengan cara log roll (kepala, leher, dan punggung digulingkan secara bersamaan)
 - c. Posisikan perawat senyaman mungkin dengan posisi berlutut sejajar bahu pasien untuk pemberian resusitasi secara efektif.

5. Memastikan adanya denyut nadi pasien dengan meletakkan jari telunjuk dan jari tengah di nadi karotis pasien (di sisi kanan atau kiri leher sekitar 1-2 cm dari trakea) raba selama < 10 detik.

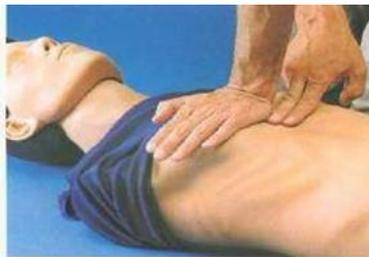


Gambar 3.5: Cek Nadi Karotis

Sumber: Diklat DPP Hipgabi (2020)

Jika nadi tidak teraba dan napas tidak terasa lakukan resusitasi jantung paru, lakukan kompresi jantung luar dengan perbandingan 30: 2 (kompresi: ventilasi) baik 1 atau 2 orang perawat dengan teknik sebagai berikut:

- a. Letakkan salah satu pangkal telapak tangan perawat pada pertengahan dari seperdua bagian bawah tulang dada (sternum) Letakkan pangkal telapak tangan yang satu lagi menumpang diatas tangan yang pertama. Letakkan jari-jari kedua tangan atau saling mengait untuk memastikan penekanan pada tulang sternum, tidak pada tulang iga maupun perut.

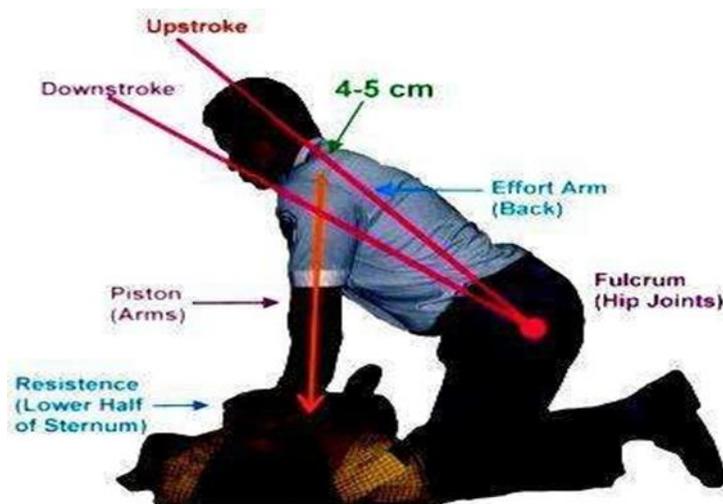


Gambar 3.6: Lokasi Kompresi

Sumber: Diklat DPP Hipgabi (2020)

- b. Tempatkan badan perawat vertikal diatas pasien dengan bertumpu pada kedua lengan yang diluruskan diatas sternum pasien dan tekan sternum tegak lurus sedalam 2' - 2,4' inchi (5-6 cm), rekoil dada maksimal dan meminimalkan interupsi.
- c. Resusitasi jantung paru yang berkualitas: Posisikan diri di samping pasien, Pastikan posisi pasien aman dan supinasi/ terlentang, Letakkan kedua telapak tangan (saling menumpuk), di prosesus xipoides atau diantara kedua puting

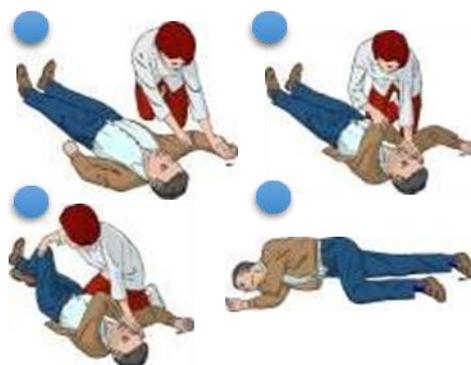
susu, Posisi perawat tegak lurus, Menurut (AHA, 2020) pemberian resusitasi jantung paru bisa dikatakan berkualitas jika mencakup hal ini, yaitu tekan kuat (minimum 2 inch / 5 cm) dan kecepatannya (100 -120 kali per menit) dan tunggu rekoil dada selesai dengan sempurna, meminimalisir interupsi dalam kompresi, menghindari ventilasi berlebihan, ganti kompresor/perawat tiap 2 menit, namun boleh dilakukan.



Gambar 3.7: Lokasi Kompresi

Sumber: Diklat DPP Higgabi (2020)

6. Recovery Position atau posisi miring mantap dengan tujuan untuk mencegah terjadinya sumbatan saluran napas jika terdapat cairan.



Gambar 3.8: Posisi miring mantap

Sumber: Modul Pelatihan BTCLS (2022)

E. Langkah –langkah Pelaksanaan BHD pada pasien Dewasa

1. Pastikan lingkungan yang aman, cek respon pasien, dan panggil bantuan, diantaranya:
 - a. Perawat memastikan lingkungan aman untuk perawat dan pasien.
 - b. Cek respon dengan tepuk pundak dan panggil atau katakan "bapak, ibu, kaka".
 - c. Jika pasien tidak berespon, maka perawat memanggil bantuan atau mengaktifkan system emergensi sesuai dengan lokasi
2. Kaji pernapasan dan nadi pasien secara bersamaan, jika :
 - a. Untuk meminimalkan tertundanya CPR, kaji napas dan nadi pasien secara bersamaan dalam waktu tidak lebih dari 10 detik.
 - b. Kaji napas dengan melihat pergerakan naik turun dada.
 - c. Kaji nadi dengan memalpasi arteri carotis yaitu sekitar 2-3 jari dari trakea menuju otot samping leher
 - d. Jika pasien bernapas normal, ada nadi, pantau pasien sampai datang bantuan.
 - e. Jika pasien bernapas abnormal, ada nadi: berikan bantuan napas (rescue breathing). Jika pasien bernapas abnormal atau hanya gasping, tidak ada nadi: mulai lakukan CPR
3. Lakukan CPR dengan siklus 30 kompresi dada dan 2 bantuan napas, dengan Langkah-langkah melakukan kompresi dada:
 - a. Posisikan perawat pada sisi pasien.
 - b. Pastikan pasien berbaring di atas alas yang cukup keras dan datar, jika pasien telungkup dengan hati-hati posisikan menjadi telentang. Jika dicurigai terdapat cedera pada leher atau kepala, usabakan menjaga kepala, leher dan badan dalam satu garis lurus ketika menggulingkan badan pasien.
 - c. Letakan bagian tumit tangan di atas tulang dada pasien yaitu setengah bagian bawah dari sternum.
 - d. Letakan tumit lengan dan posisikan bahu tepat diatas posisi tangan.
 - e. Push hard push fast, tekan sedikitnya 2 inchi (5 cm) pada setiap kompresi dengan kecepatan sedikitnya 100-120 x/menit.
 - f. Pada akhir tiap kompresi pastikan dada kembali naik sempurna (complete chest recoil)
 - g. Minimalkan interupsi.
 - h. Jangan memindahkan pasien selama CPR sedang berlangsung kecuali pada lingkungan yang berbahaya (seperti dalam gedung terbakar) atau perawat tidak yakin dapat memberikan CPR dengan efektif pada posisi atau lokasi pasien saat itu

4. Langkah-langkah dalam bantuan napas:
- a. Buka Jalan Napas: ada 2 cara dalam membuka jalan napas yaitu: Head Tilt - Chin lift dan jaw thrust. Head Tilt - Chin lift: posisi perawat di sisi pasien, letakan satu tangan pada dahi dan tekan dahi, letakan jari tangan lain dibawah tulang dagu dan dorong dagu keatas. Cara ini akan membuat lidah terangkat sehingga tidak mengobstruksi jalan napas. Jaw Thrust: posisi perawat diatas kepala pasien, letakan kedua tangan pada masing-masing sisi kepala pasien, letkan jari-jari perawat dibawah sudut rahang bawah, dan naikkan dengan kedua tangan, memajukan posisi rahang. Jika bibir tertutup, tekan bibir bawah dengan ibu jari perawat untuk membukanya. Catatan: Gunakan jaw trust jika pasien dicurigai ada cedera kepala atau leher, namun jika dengan jaw trust jalan napas tidak terbuka, maka lakukan saja Head Tilt - Chin lift.
 - b. Berikan Bantuan Napas Pemberian bantuan napas pada orang dewasa dapat dilakukan dengan menggunakan metode mulut-ke-alat barrier seperti pocket mask ataupun pemberian langsung dengan menggunakan alat bag-mask. Pocket mask: posisikan perawat disisi pasien letakan mask pada wajah pasien, dan gunakan batang hidung sebagai petunjuk posisi yang tepat. Letakan jari telunjuk dan ibu jari tangan yang dekat dengan kepala pasien pada bagian atas mask dan letakan ibu jari tangan yang lainnya pada bagian bawah mask. Jari yang lain berada pada tulang dagu dan tetap dalam posisi head tilt chin lift. Berikan setiap napas selama 1 detik cukup sampai terlihat dada terangkat. Bag-mask dengan 2 perawat: posisikan perawat diatas kepala pasien dan tempatkan mask pada wajah pasien dengan menggunakan batang hidung sebagai petunjuk posisi yang tepat. Gunakan tehnik E-C clamp dengan cara: Ibu jari dan jari telunjuk tangan yang satu membentuk huruf "C" pada atas mask dan menekan mask kewajah serta gunakan jari lainnya untuk mengangkat sudut dagu membentuk huruf "E" dan bantu menekan wajah ke mask. Tekan Bag untuk memberikan napas (1 detik tiap napas) sambil memperhatikan kenaikan dada.

F. Langkah –langkah Pelaksanaan BHD pada pasien anak

Prosedur BHD pada anak-anak usia satu tahun ke atas hingga usia remaja memiliki langkah-langkah yang sama seperti prosedur BHD dewasa, yaitu dengan tahap Compression, Airway, dan Breathing. Compression bertujuan untuk mengembalikan sirkulasi darah, dengan langkah-langkah berikut ini:

1. Bila Anda sendiri dan tidak menyaksikan awal mula ketika pasien tidak sadar, lakukan lima siklus kompresi dan bantuan napas (sekitar dua menit) sebelum menghubungi nomor gawat darurat dan mengambil AED.

2. Bila Anda sendiri dan menyaksikan awal mula pasien mulai tidak sadar, hubungi nomor gawat darurat, ambil AED, dan lakukan CPR. Bila ada dua orang perawat, satu orang perawat mesti mengaktifkan EMS/SPGDT dan mengambil AED, kemudian satu orang lainnya mulai melakukan CPR.
3. Posisikan pasien untuk tidur terlentang pada permukaan yang datar dan solid.
4. Berlututlah dengan memposisikan lutut di antara leher dan bahu anak.
5. Gunakan dua tangan atau satu tangan bila anak bertubuh kecil, untuk melakukan pijat jantung atau kompresi dada. Letakkan telapak tangan di tengah dada pada garis puting. Kemudian letakkan tangan lainnya di atas tangan yang berada di tengah dada.
6. Lakukan kompresi dada sedalam sekitar lima cm. Bila pasien telah berusia remaja, kompresi dada dilakukan dengan menekan dada sedalam 5-6 cm. Lakukan 30 kompresi dada dengan kecepatan 100-120 kali per menit.
7. Jika Anda bukan tenaga yang terlatih, tidak pernah mendapatkan pelatihan BHD sebelumnya, pernah mendapatkan pelatihan tetapi sudah lupa, maka lakukan kompresi dada hingga bantuan medis tiba atau pasien sadar. Namun apabila Anda adalah tenaga yang terlatih dan siap melakukan BHD lanjutkan ketahap airway dan breathing. Airway untuk membebaskan jalan napas, dilakukan dengan tahapan berikut ini:
 - a. Setelah melakukan 30 hitungan kompresi dada, buka jalan napas pasien dengan metode head-tilt dan chin-lift.
 - b. Letakkan telapak tangan pada dahi pasien. Kemudian secara perlahan, tengadahkan kepala pasien. Gunakan tangan yang lain untuk menarik dagu pasien sehingga jalan napas terbuka.
 - c. Breathing untuk memberikan bantuan napas, dilakukan dengan satu siklus BHD, atau 30 hitungan kompresi dada disertai dua kali pemberian bantuan napas
 - d. Setelah jalan napas terbuka, pencet cuping hidung pasien dan tutup mulut pasien dengan mulut perawat, untuk memberikan dua kali bantuan napas. Pastikan selama meniupkan napas, dada pasien terangkat. Bila pada tiupan pertama dada terangkat, lanjutkan untuk memberikan bantuan napas yang kedua. Namun jika dada tidak terangkat, ulangi lagi pembebasan jalan napas dengan metode head-tilt dan chin lift. Usahakan untuk tidak memberikan bantuan napas terlalu banyak atau meniupkan napas terlalu kencang.
 - e. Setelah dua napas diberikan, lanjutkan untuk melakukan siklus BHD yang kedua. Bila terdapat dua perawat, lakukan 15 hitungan kompresi dada pada satu siklus CPR dan dua kali bantuan napas.
Bila terdapat AED, gunakan AED sesuai petunjuk. Jika memungkinkan, gunakan

- bantal AED khusus untuk pasien anak-anak. Berikan satu kejutan dan ulangi RJP. Teruskan BHD hingga pasien sadar atau bantuan datang.
- f. Evaluasi dilakukan setelah 5 siklus dilakukan.

G. Langkah –langkah Pelaksanaan BHD pada pasien Bayi

Teknik memulai BHD, periksa dulu keadaan sekitar, goyangkan bayi, dan lihat respons bayi seperti ada atau tidaknya gerakan. Bila tidak terdapat respons, lakukan RJP dengan metode compression, airway dan breathing untuk bayi di bawah satu tahun, bukan untuk bayi baru lahir. Compression dilakukan dengan cara berikut ini:

1. Bila Anda sendiri dan tidak melihat ketika bayi mulai kolaps, lakukan lima siklus kompresi dan bantuan napas (sekitar dua menit), sebelum menghubungi nomor gawat darurat dan mengambil AED.
2. Bila Anda sendiri dan melihat ketika bayi mulai kolaps, hubungi nomor gawat darurat, ambil AED, dan lakukan CPR. Jika ada dua orang perawat, satu orang perawat harus menghubungi nomor gawat darurat dan mengambil AED. Kemudian satu orang perawat lainnya mulai melakukan CPR.
3. Posisikan bayi untuk tidur terlentang pada permukaan yang datar dan solid.
4. Bayangkan garis horizontal di antara kedua puting susu bayi dan letakkan dua jari (dari satu tangan) di bawah garis tersebut di tengah dada. Lakukan kompresi dada sedalam kurang lebih 4 cm dengan hati-hati sekitar 1/3-1/2 kedalaman dada.
5. Lakukan kompresi dada sambil menghitung jumlah kompresi dengan keras, kecepatan kompresi 100-120 kali per menit.

Airway dilakukan dengan langkah sebagai berikut:

1. Setelah melakukan 30 kali kompresi dada, dorong atau angkat kepala ke belakang secara perlahan, dengan satu tangan mengangkat dagu dan satu tangan lainnya mendorong dahi.
2. Jangan memiringkan kepala ke belakang jika anak diduga mengalami cedera leher atau kepala.

Breathing dilakukan dengan cara berikut ini:

1. Tutup mulut dan hidung bayi menggunakan mulut Anda. Gunakan kekuatan otot pipi untuk meniupkan udara secara perlahan ke mulut bayi. Anda tidak disarankan menggunakan tarikan napas dalam dari paru-paru. Perhatikan, jika dada bayi terangkat, maka berikan bantuan napas kedua. Namun bila tidak terangkat, lakukan atau ulangi pembebasan jalan napas dan berikan bantuan napas.
2. Bila dada bayi tetap tidak terangkat, lanjutkan kompresi dada.
3. Berikan dua bantuan napas setelah melakukan 30 hitungan kompresi dada. Jika ada dua perawat, berikan dua kali bantuan napas setelah 15 hitungan kompresi dada

4. Teruskan BHD hingga bayi sadar atau bantuan medis datang.

H. Latihan Soal

1. Seorang pria berusia 55 tahun tiba-tiba jatuh tidak sadarkan diri saat sedang berjalan di taman. Seorang saksi mata melihatnya jatuh dan segera meminta bantuan. Anda mendekati pasien dan melihat bahwa ia tidak merespons serta tidak bernapas.
Apa tindakan pertama yang harus dilakukan?
 - A. Segera melakukan kompresi dada
 - B. Memeriksa denyut nadi selama 10 detik
 - C. Memastikan keamanan lingkungan, lalu meminta bantuan
 - D. Memberikan dua kali nafas buatan sebelum melakukan RJP
 - E. Membaringkan pasien dalam kondisi pemulihan
2. Saat sedang bertugas di ruang perawatan, seorang perawat menemukan seorang pasien yang tidak responsif di tempat tidurnya. Setelah memastikan bahwa pasien tidak bernapas dan denyut nadinya tidak teraba, apa langkah berikutnya?
 - A. Segera memasang oksigen dan memonitor tanda-tanda vital
 - B. Memanggil tim medis dan segera mulai RJP dengan rasio 30:2
 - C. Memberikan ventilasi menggunakan bag-mask sebelum memulai kompresi
 - D. Mengevaluasi tekanan darah pasien sebelum melakukan tindakan
 - E. Menunggu dokter datang sebelum mengambil keputusan tindakan lebih lanjut
3. Seorang anak berusia 5 tahun tiba-tiba tersedak saat makan permen. Anak tersebut tampak kesulitan bernapas, wajahnya mulai membiru, dan ia tidak bisa berbicara atau batuk.
Apa tindakan yang paling tepat dalam situasi ini?
 - A. Menepuk punggungnya dengan keras untuk mengeluarkan benda asing
 - B. Segera melakukan manuver Heimlich (abdominal thrusts)
 - C. Menunggu beberapa saat untuk melihat apakah anak bisa mengatasi sendiri
 - D. Memberikan ventilasi buatan untuk membantu pernapasan
 - E. Langsung melakukan kompresi dada untuk membuka jalan napas
4. Anda sedang berada di sebuah pusat perbelanjaan ketika melihat seorang pria tua pingsan. Seorang saksi telah membawa Automated External Defibrillator (AED) ke tempat kejadian. Setelah memastikan pria tersebut tidak responsif dan tidak bernapas, apa yang harus dilakukan selanjutnya?
 - A. Segera menempelkan elektroda AED dan mengikuti instruksi alat
 - B. Memberikan 2 nafas buatan sebelum menyalakan AED
 - C. Memeriksa kembali denyut nadi pasien sebelum menggunakan AED
 - D. Melakukan 5 siklus RJP sebelum menggunakan AED

- E. Mengangkat kaki pasien untuk meningkatkan aliran darah ke otak
- 5. Saat bertugas di unit gawat darurat, seorang perawat menemukan pasien yang mengalami henti napas tetapi masih memiliki denyut nadi.
Apa tindakan yang paling tepat dilakukan dalam situasi ini?
 - A. Langsung melakukan RJP dengan rasio 30:2
 - B. Segera memberikan ventilasi bantuan menggunakan bag-mask
 - C. Melakukan kompresi dada dengan kedalaman 5-6 cm
 - D. Menunggu hingga pasien berhenti bernafas total sebelum melakukan tindakan
 - E. Memberikan kejutan listrik menggunakan AED untuk memulihkan ritme jantung

Latihan Kasus

Seorang pria berusia 60 tahun sedang berbelanja di sebuah pusat perbelanjaan. Tiba-tiba, ia jatuh pingsan dan tidak merespons ketika dipanggil atau digoyangkan. Seorang saksi mata yang melihat kejadian tersebut segera memanggil bantuan. Anda kebetulan berada di lokasi kejadian dan mendekati pria tersebut untuk memberikan pertolongan pertama.

Saat Anda melakukan pemeriksaan awal, pria tersebut tidak bernapas dan tidak menunjukkan tanda-tanda pergerakan dada. Anda memeriksa denyut nadi di arteri karotis dan tidak menemukannya. Salah satu pengunjung membawa Automated External Defibrillator (AED) ke tempat kejadian, sementara yang lain sudah menghubungi layanan gawat darurat.

Soal Essay

1. Jelaskan pengertian Bantuan Hidup Dasar (BHD) dan mengapa tindakan ini sangat penting dalam kondisi darurat?
2. Sebutkan dan jelaskan langkah-langkah utama dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada orang dewasa?
3. Apa perbedaan utama dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada bayi dibandingkan dengan orang dewasa?
4. Mengapa teknik head tilt-chin lift atau jaw thrust diperlukan dalam Bantuan Hidup Dasar (BHD)?
5. RJP dihentikan pada kondisi pasien seperti apa, jelaskan?

Kunci Jawaban

1. Kunci Jawaban: C. Memastikan keamanan lingkungan, lalu meminta bantuan
Pembahasan: Dalam prosedur BHD, langkah pertama yang harus dilakukan adalah memastikan lingkungan aman agar tidak membahayakan penolong

- maupun korban. Setelah itu, periksa respons pasien dan segera aktifkan sistem gawat darurat jika pasien tidak responsif.
2. Kunci Jawaban: B. Memanggil tim medis dan segera mulai RJP dengan rasio 30:2
Pembahasan: Setelah memastikan pasien tidak bernapas dan tidak memiliki denyut nadi, langkah selanjutnya adalah mengaktifkan sistem bantuan medis dan segera memulai Resusitasi Jantung Paru (RJP) dengan rasio 30 kompresi dada dan 2 ventilasi.
 3. Kunci Jawaban: B. Segera melakukan manuver Heimlich (abdominal thrusts)
Pembahasan: Jika seseorang mengalami obstruksi jalan napas total (tidak bisa batuk, berbicara, atau bernapas), tindakan manuver Heimlich harus segera dilakukan untuk membantu mengeluarkan benda asing dari saluran napas.
 4. Kunci Jawaban: A. Segera menempelkan elektroda AED dan mengikuti instruksi alat
Pembahasan: Jika AED tersedia, alat ini harus segera digunakan untuk menganalisis ritme jantung dan memberikan kejutan listrik jika diperlukan. Sambil menunggu analisis AED, RJP harus terus dilakukan.
 5. Kunci Jawaban: B. Segera memberikan ventilasi bantuan menggunakan bag-mask
Pembahasan: Jika pasien mengalami henti napas tetapi masih memiliki denyut nadi, maka yang dibutuhkan adalah bantuan ventilasi untuk mempertahankan oksigenasi. Kompresi dada hanya dilakukan jika pasien mengalami henti jantung.

I. Rangkuman Materi

1. Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah serangkaian tindakan penyelamatan yang diberikan kepada seseorang yang mengalami henti jantung atau gangguan pernapasan secara tiba-tiba. Tujuan utama BHD adalah mempertahankan aliran oksigen dan sirkulasi darah ke otak dan organ vital lainnya hingga bantuan medis yang lebih lanjut tersedia.
2. BHD dilakukan berdasarkan prinsip utama C-A-B (Circulation, Airway, Breathing), yaitu memastikan sirkulasi darah dengan kompresi dada, membuka jalan napas, dan memberikan bantuan pernapasan jika diperlukan. Pendekatan ini lebih efektif dalam menangani henti jantung mendadak dibandingkan metode sebelumnya yang berfokus pada A-B-C (Airway, Breathing, Circulation).
3. Langkah pertama dalam BHD adalah mengenali tanda-tanda henti jantung, seperti pasien tidak responsif, tidak bernapas atau hanya megap-megap, serta tidak memiliki denyut nadi yang teraba. Dalam situasi ini, penolong harus segera bertindak untuk mencegah kerusakan otak akibat kekurangan oksigen.
4. Kompresi dada dilakukan dengan cara meletakkan kedua tangan di tengah dada pasien, tepat di bawah tulang dada. Tekanan diberikan dengan kedalaman 5–6

cm pada orang dewasa, dengan kecepatan 100–120 kali per menit. Setelah setiap kompresi, dada harus dibiarkan kembali ke posisi semula untuk memastikan aliran darah optimal.

5. Jika pasien tidak bernapas, jalan napas harus dibuka dengan metode head tilt-chin lift (menengadahkan kepala dan mengangkat dagu). Jika tersedia, bantuan pernapasan dapat diberikan menggunakan bag-mask atau metode mulut ke mulut, dengan rasio 30 kompresi dada:2 napas buatan untuk orang dewasa.
6. Jika pasien masih memiliki denyut nadi tetapi tidak bernapas, penolong harus segera memberikan ventilasi buatan dengan frekuensi 1 napas setiap 5–6 detik (10–12 napas per menit). Hal ini bertujuan untuk mencegah henti jantung akibat kekurangan oksigen.
7. Pada bayi dan anak-anak, teknik BHD sedikit berbeda. Kompresi dada dilakukan dengan dua jari (bayi) atau satu tangan (anak) dengan kedalaman sepertiga dari diameter dada. Rasio kompresi dan ventilasi juga dapat disesuaikan menjadi 15:2 jika ada dua penolong untuk meningkatkan efektivitas resusitasi.
8. Setelah 2 menit atau 5 siklus RJP, kondisi pasien harus dievaluasi kembali. Jika masih tidak ada respons, RJP harus dilanjutkan hingga tenaga medis datang. Jika pasien mulai menunjukkan tanda kehidupan seperti bernapas atau bergerak, pasien harus diposisikan recovery position (posisi miring) dan dipantau hingga pertolongan lebih lanjut tiba.

J. Glosarium

Bantuan Hidup Dasar (BHD): Serangkaian tindakan darurat yang dilakukan untuk mempertahankan kehidupan seseorang yang mengalami henti jantung atau pernapasan.

Kompresi Dada: Tekanan ritmis yang diberikan pada dada untuk membantu sirkulasi darah selama resusitasi jantung paru.

Ventilasi Buatan: Proses memberikan udara atau oksigen ke dalam paru-paru seseorang yang tidak bernapas secara normal.

Ambu Bag: Alat yang digunakan untuk memberikan ventilasi buatan pada pasien yang tidak bisa bernapas sendiri.

AED (Automated External Defibrillator): Alat medis otomatis yang memberikan kejutan listrik untuk mengembalikan irama jantung yang normal.

Patofisiologi: Studi tentang perubahan fungsi tubuh akibat penyakit atau kondisi medis tertentu.

Hipoksia: Kondisi kekurangan oksigen dalam tubuh yang dapat menyebabkan kegagalan organ.

Cardiac Arrest: Henti jantung mendadak yang menyebabkan tidak adanya sirkulasi

darah.

Resusitasi: Proses menghidupkan kembali seseorang yang mengalami henti jantung atau pernapasan.

Airway Management: Teknik untuk memastikan saluran napas tetap terbuka selama resusitasi.

RJP (Resusitasi Jantung Paru): serangkaian tindakan darurat yang dilakukan untuk mengembalikan sirkulasi darah dan oksigenasi pada seseorang yang mengalami henti jantung atau henti napas.

K. Daftar Pustaka

- American Heart Association. (2020). *Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. AHA Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Hodge, J. G. (2018). *Legal Protections for Good Samaritans in the United States*. Journal of Law, Medicine & Ethics.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedoman Bantuan Hidup Dasar untuk Tenaga Kesehatan.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019). *Human Anatomy & Physiology*. Pearson.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). (2022). Panduan Resusitasi Jantung Paru di Indonesia.
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2020). *Principles of Anatomy and Physiology*. Wiley.
- Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009.
- World Medical Association. (2022). *WMA Declaration on Medical Ethics in Emergency Situations*.

BAB 4

PRINSIP UTAMA PERTOLONGAN KORBAN GAWAT DARURAT

Pendahuluan

Setiap detik berharga dalam situasi gawat darurat. Ketika musibah atau kejadian tak terduga menimpa, kemampuan untuk bertindak cepat dan tepat dapat menjadi pembeda antara harapan dan keputusan, bahkan antara kehidupan dan kematian. Pertolongan korban gawat darurat bukan sekadar tindakan reaktif, melainkan serangkaian prinsip terstruktur yang membimbing para penolong untuk memberikan respons yang efektif, aman, dan berorientasi pada keselamatan serta kesejahteraan korban.

Bab ini hadir sebagai fondasi krusial dalam memahami esensi pertolongan korban gawat darurat. Tujuan dari penulisan bab ini adalah peserta didik mampu memahami secara mendalam terhadap prinsip-prinsip ini akan membekali pembaca dengan kerangka berpikir yang sistematis, memungkinkan pengambilan keputusan yang tepat di bawah tekanan dan pelaksanaan tindakan pertolongan yang terukur. Sasaran pembaca buku ini adalah mahasiswa program studi diploma tiga keperawatan.

Gambaran pembahasan pada Bab ini adalah prinsip-prinsip utama yang mendasari setiap tindakan penyelamatan, mulai dari pengenalan situasi yang mengancam nyawa, prioritas tindakan yang harus diambil, hingga teknik komunikasi yang efektif dalam tim dan dengan korban. Melalui eksplorasi konsep-konsep kunci seperti *safety first*, *rapid assessment*, *prioritization*, dan *effective communication*, bab ini bertujuan untuk tidak hanya memberikan pengetahuan teoretis, tetapi juga menanamkan kesadaran akan pentingnya bertindak secara terorganisir dan berkolaborasi dalam menghadapi situasi kegawatdaruratan. Dengan menguasai prinsip-prinsip utama ini, diharapkan pembaca dapat menjadi bagian penting dari rantai penyelamatan yang efektif, memberikan harapan bagi mereka yang sedang berjuang dalam kondisi kritis. Mari kita mulai perjalanan ini untuk memahami dan menginternalisasi fondasi penting dalam menyelamatkan nyawa.

Tujuan Intruksional:

Setelah membaca bab ini, pembaca dapat memahami secara komprehensif tentang prinsip utama pertolongan korban gawat darurat.

Capaian Pembelajaran:

Setelah membaca bab ini pembaca diharapkan mampu untuk:

- a. Menjelaskan Penilaian Cepat (*Primary Survey*) dengan Pendekatan DRABCDE
- b. Menjelaskan Pengkajian Sekunder (*Secondary Survey*)
- c. Menjelaskan Triage (Jika Banyak Korban)
- d. Menjelaskan Stabilisasi Korban
- e. Menjelaskan transportasi ke fasilitas kesehatan
- f. Menjelaskan Komunikasi efektif dan dokumentasi

Uraian Materi

Prinsip utama pertolongan korban gawat darurat secara umum merujuk pada langkah-langkah sistematis dan prioritas yang harus dilakukan untuk menyelamatkan nyawa korban, mencegah perburukan kondisi, dan mempercepat pemulihan (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020). Sebelum kontak dengan pasien/korban selalu ingat 3C yaitu *Check* (periksa keamanan 3A, Aman Penolong, Aman Korban, Aman Lingkungan), *Call* (Panggil Bantuan) dan *Care* (Berikan Pertolongan) (Rosidawati, 2020).

Berikut adalah prinsip-prinsip utamanya: Penilaian Cepat (*Primary Survey*) dengan Pendekatan DRABCDE, Secondary Survey, Triage (Jika Banyak Korban), Stabilisasi Korban, Transportasi ke Fasilitas Kesehatan, serta Komunikasi Efektif dan Dokumentasi.

A. Penilaian Cepat (*Primary Survey*) dengan Pendekatan DRABCDE

Penilaian cepat atau *primary survey* adalah langkah pertama yang sangat penting dalam pertolongan pertama pada korban gawat darurat. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah medis yang mengancam jiwa secara cepat dan memastikan bahwa tindakan yang diambil akan meminimalkan risiko fatalitas. Pendekatan **DRABCDE** adalah cara yang sistematis untuk melakukan penilaian ini, yang mencakup lima aspek utama yang harus diperiksa secara berurutan. (American Heart Association, 2020); (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020); (Khair et al., 2024).

1. D – Danger (3A, Aman Diri, Aman Korban, dan Aman Lingkungan (*Safety First*))

Keselamatan adalah aspek utama dalam melakukan pertolongan pertama, baik untuk penolong, korban, maupun lingkungan sekitar. Setiap tindakan yang dilakukan dalam situasi gawat darurat harus mengutamakan keselamatan agar tidak menambah risiko atau bahaya lebih lanjut. Dalam prinsip "***Safety First***", ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. (Suprpto et al., 2022)

a. Keselamatan Diri Penolong

Keselamatan penolong adalah prioritas pertama dalam setiap situasi darurat. Jika penolong tidak aman, maka tidak akan dapat memberikan pertolongan yang efektif kepada korban. Beberapa langkah yang perlu diambil untuk memastikan keselamatan diri penolong antara lain:

- 1) Evaluasi Bahaya Lingkungan

- a) Kondisi sekitar: Sebelum mendekati korban, pastikan area sekitar aman. Hindari bahaya seperti kebakaran, bahan kimia berbahaya, listrik yang terputus, atau lalu lintas yang padat.
 - b) Perlindungan terhadap penyakit menular: Gunakan alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan, masker, dan pelindung wajah, terutama jika ada kemungkinan terkena darah atau cairan tubuh korban.
- 2) Pertimbangkan Kemampuan Fisik
Jangan melakukan tindakan yang melampaui batas kemampuan fisik Anda. Jika perlu, mintalah bantuan dari orang lain atau profesional medis.
 - 3) Tetap Tenang dan Jernih
Menghadapi situasi darurat sering kali menimbulkan rasa panik. Namun, panik akan mengurangi kemampuan penolong untuk berpikir jernih. Cobalah untuk tetap tenang agar dapat merencanakan tindakan yang tepat.

b. Keselamatan Korban

Korban juga harus dijaga keselamatannya selama proses pertolongan. Tindakan yang terburu-buru dan tidak terencana dapat membahayakan kondisi korban, bahkan memperburuk keadaan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan adalah:

- 1) Menilai Respons Korban

Pastikan korban dalam kondisi aman sebelum melakukan pertolongan. Jika korban dalam kondisi sadar, ajak mereka untuk tetap tenang dan tidak bergerak terlalu banyak. Jika korban tidak sadar, pastikan posisi tubuh mereka tidak menyebabkan cedera tambahan.

- 2) Menghindari Pergerakan yang Berlebihan

Jika korban mengalami patah tulang atau cedera tulang belakang, hindari menggerakkan tubuh korban kecuali dalam keadaan sangat darurat (misalnya, terjebak dalam api atau lingkungan yang berbahaya).

- 3) Menjaga Jalan Napas (*Airway*)

Jika korban tidak sadar, pastikan jalan napas korban tidak tersumbat oleh lidah atau benda asing. Gunakan teknik membuka jalan napas dengan hati-hati.

- 4) Pemantauan Kondisi Korban secara terus-menerus

Selalu pantau kondisi vital korban (pernapasan, detak jantung, dan respons terhadap rangsangan) hingga bantuan medis datang.

c. Keselamatan Lingkungan

Lingkungan tempat kejadian darurat juga harus dijaga agar tidak membahayakan korban atau penolong lebih lanjut. Beberapa langkah yang dapat dilakukan untuk memastikan keselamatan lingkungan adalah:

- 1) Mengidentifikasi Bahaya Lingkungan
 - a) Bencana alam: Jika kejadian terjadi di area yang rawan bencana alam (seperti gempa bumi, banjir, atau tanah longsor), pastikan untuk menjauh dari area yang berpotensi runtuh atau terendam air.
 - b) Sumber api: Jika terjadi kebakaran atau potensi kebakaran, hindari mendekati api atau bahan yang mudah terbakar. Gunakan alat pemadam kebakaran jika memungkinkan.
- 2) Evakuasi dengan Aman

Jika perlu, pastikan ada jalur evakuasi yang aman untuk korban dan penolong. Jika terdapat banyak korban, evakuasi dilakukan dengan mempertimbangkan tingkat keparahan cedera dan kecepatan evakuasi.
- 3) Menggunakan Sumber Daya yang Ada

Gunakan sumber daya di sekitar lingkungan dengan bijaksana, seperti alat komunikasi untuk meminta bantuan medis atau petunjuk arah evakuasi.

d. Mengatur Prioritas Keselamatan

Sebelum melakukan tindakan pertolongan, penting untuk mengatur prioritas keselamatan dalam urutan yang tepat:

- 1) Penolong harus aman terlebih dahulu untuk memastikan tindakan dapat dilakukan dengan efektif.
- 2) Korban yang paling membutuhkan pertolongan pertama (misalnya, korban yang tidak bernapas atau mengalami pendarahan hebat) harus mendapatkan prioritas.
- 3) Lingkungan harus aman agar pertolongan dapat dilakukan tanpa risiko tambahan.

e. Mempersiapkan Diri Secara Psikologis

Keselamatan juga mencakup kesiapan mental penolong dalam menghadapi situasi darurat. Kemampuan untuk tetap tenang, membuat keputusan yang cepat dan tepat, serta mengelola stres sangat penting dalam memastikan keberhasilan pertolongan pertama. Pelatihan rutin dapat membantu meningkatkan kesiapsiagaan mental dan fisik dalam menghadapi berbagai keadaan darurat.

Dengan mengikuti prinsip "**Safety First**", penolong dapat meminimalkan risiko bahaya yang mungkin terjadi selama proses pertolongan pertama dan meningkatkan efektivitas tindakan yang diambil. Keselamatan diri, korban, dan lingkungan adalah aspek yang tidak boleh diabaikan agar pertolongan dapat berjalan dengan sukses.

2. R – Response

Mengkaji respon korban/pasien, melihat tingkat kesadaran dengan AVPU (*Alert-verbal-pain-unresponsive*), dimana *alert* menunjukkan korban/pasien sadar penuh, *verbal* menunjukkan korban/pasien berespons pada stimulus suara yang diberikan disisi telinganya, *pain* menunjukkan korban/pasien berespons terhadap stimulus nyeri dan *unresponsive* menunjukkan bahwa korban/pasien tidak berespons terhadap stimulus suara atau nyeri yang diberikan (Jainurakhma et al., 2021).

3. A - Airway (Jalan Nafas) (American Heart Association, 2020); (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020); (Jainurakhma et al., 2021); dan (Khalilati et al., 2024).

- a. Tujuan: Memastikan jalan napas terbuka dan tidak terhambat.
- b. Pentingnya *Airway*: Jalan napas yang terhambat dapat menyebabkan kematian dalam beberapa menit. Oleh karena itu, memastikan bahwa jalan napas terbuka adalah prioritas utama.
- c. Langkah-langkah:
 - 1) Periksa apakah korban bernapas atau tidak.
 - 2) Jika korban tidak sadar, posisikan kepala dan dagu korban untuk membuka jalan napas. Teknik ini dilakukan dengan menekan dahi korban ke belakang dan mengangkat dagu untuk membuka saluran pernapasan.
 - 3) Periksa apakah ada benda asing (misalnya, muntahan atau gigi) yang dapat menyumbat jalan napas. Jika ada, bersihkan mulut dan tenggorokan korban dengan hati-hati, menggunakan jari atau alat yang tersedia.
 - 4) Posisi korban: Jika korban tidak dapat bernapas dengan bebas, tempatkan mereka dalam posisi miring ke kiri atau kanan (posisi pemulihan), atau jika perlu, lakukan tindakan lebih lanjut untuk membuka jalan napas.
- d. Tindakan Lanjutan jika diperlukan: Jika jalan napas tetap terhalang, pertimbangkan penggunaan alat bantu, seperti masker atau selang endotrakeal, jika Anda terlatih untuk menggunakannya.

4. B - Breathing (Pernapasan) (American Heart Association, 2020); (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020) dan (Jainurakhma et al., 2021); dan (Khalilati et al., 2024).

- a. Tujuan: Memastikan korban dapat bernapas dengan baik, dan mengevaluasi apakah ada kesulitan dalam pernapasan.
- b. Pentingnya Breathing: Jika korban tidak bernapas atau kesulitan bernapas, mereka akan kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan kerusakan otak atau kematian dalam waktu singkat.
- c. Langkah-langkah:

- 1) Periksa pernapasan korban. Amati apakah dada korban bergerak naik dan turun secara normal, dengarkan bunyi pernapasan, dan rasakan napas di wajah korban.
 - 2) Periksa frekuensi pernapasan. Normalnya, pernapasan manusia dewasa adalah 12-20 kali per menit.
 - 3) Jika korban tidak bernapas atau pernapasan tidak normal (terengah-engah), segera lakukan resusitasi jantung paru (RJP/CPR) jika Anda terlatih.
 - 4) Evaluasi kemungkinan cedera pada dada, seperti patah tulang rusuk, yang dapat menghambat pernapasan.
- d. Tindakan Lanjutan jika Diperlukan: Ventilasi buatan (pemberian napas bantuan): Jika korban tidak bernapas, lakukan ventilasi buatan dengan memberikan napas ke mulut atau menggunakan alat bantu seperti masker wajah dengan kantong resusitasi.

5. C - Circulation (Sirkulasi/Denyut Jantung)(American Heart Association, 2020); (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020); dan (Jainurakhma et al., 2021); dan (Khalilati et al., 2024).

- a. Tujuan: Memastikan sirkulasi darah yang memadai untuk membawa oksigen ke seluruh tubuh, terutama ke otak dan organ vital.
- b. Pentingnya *Circulation*: Ketiadaan sirkulasi darah yang baik dapat mengakibatkan kekurangan oksigen dan menyebabkan kerusakan organ atau kematian dalam waktu singkat.
- c. Langkah-langkah:
 - 1) Periksa denyut jantung: Tentukan apakah ada denyut jantung dengan meraba nadi di leher (nadi karotis) atau pergelangan tangan (nadi radial).
 - 2) Periksa adanya pendarahan besar: Lihat apakah korban mengalami perdarahan hebat, terutama dari luka terbuka. Jika ada, segera lakukan kompresi langsung pada luka untuk menghentikan pendarahan.
 - 3) Periksa tanda-tanda syok: Jika kulit korban pucat, dingin, atau berkeringat, ini bisa menunjukkan bahwa korban mengalami syok, dan perlu segera diatasi.
- d. Tindakan Lanjutan jika Diperlukan:
 - 1) Lakukan kompresi dada (RJP/CPR): Jika tidak ada denyut nadi, segera lakukan kompresi dada untuk memulihkan sirkulasi darah. Jangan berhenti sampai bantuan medis datang atau korban menunjukkan tanda-tanda kehidupan.
 - 2) Atasi pendarahan besar: Gunakan perban atau kain bersih untuk memberi tekanan langsung pada luka yang berdarah, atau gunakan tourniquet jika perdarahan sangat hebat.

6. D - Disability (Disabilitas / Kewaspadaan Neurologis) (American Heart Association, 2020); (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020); (Jainurakhma et al., 2021); dan (Khalilati et al., 2024).

- a. Tujuan: Menilai tingkat kesadaran korban dan status neurologis secara keseluruhan.
- b. Pentingnya Disability: Penilaian terhadap tingkat kesadaran dan potensi cedera kepala atau tulang belakang sangat penting untuk mencegah cedera lebih lanjut.
- c. Langkah-langkah:
 - 1) Skala GCS (Glasgow Coma Scale): Gunakan GCS untuk menilai tingkat kesadaran korban. Skala ini mengukur respons korban terhadap rangsangan verbal, motorik, dan pembukaan mata.
 - a) Skor GCS 13-15: Korban sadar, tetapi mungkin mengalami trauma ringan.
 - b) Skor GCS 9-12: Korban tidak sepenuhnya sadar, memerlukan perhatian medis.
 - c) Skor GCS 8 atau kurang: Kondisi sangat kritis dan memerlukan penanganan segera.
 - 2) Periksa reaksi pupil: Lihat apakah pupil korban merespons cahaya dengan benar. Pupil yang tidak merespons cahaya bisa menunjukkan cedera otak serius.
- d. Tindakan Lanjutan jika Diperlukan: Jika korban tidak responsif atau tidak sadar, segera evaluasi jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, serta pertimbangkan untuk menstabilkan kepala dan leher korban, terutama jika ada kemungkinan cedera tulang belakang.

7. E - Exposure (Eksposur / Pengungkapan) (American Heart Association, 2020); (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020); (Jainurakhma et al., 2021); dan (Khalilati et al., 2024).

- a. Tujuan: Memastikan korban diperiksa secara menyeluruh untuk cedera tersembunyi atau masalah medis lainnya.
- b. Pentingnya Exposure: Penting untuk memeriksa seluruh tubuh korban untuk memastikan tidak ada cedera yang terlewat. Lingkungan sekitar juga harus diperhatikan untuk memastikan korban tidak terpapar cuaca buruk.
- c. Langkah-langkah:
 - 1) Periksa seluruh tubuh korban: Setelah memastikan jalan napas terbuka, pernapasan, dan sirkulasi stabil, periksa tubuh korban untuk luka, pembengkakan, atau tanda-tanda cedera lain yang tidak terlihat.

- 2) Cegah kehilangan panas tubuh: Jika korban telanjang, tutupi mereka dengan selimut atau pakaian kering untuk menghindari hipotermia (penurunan suhu tubuh yang berbahaya).
 - 3) Perhatikan kondisi cuaca dan lingkungan: Pastikan bahwa korban tidak terpapar cuaca ekstrem, seperti dingin berlebihan atau panas berlebih.
- d. Tindakan Lanjutan jika Diperlukan:
- 1) Jika ada luka atau cedera lainnya, atasi dengan memberikan perawatan pertama pada luka atau cedera yang ditemukan.
 - 2) Menstabilkan korban: Pastikan posisi korban aman dan stabil sambil menunggu bantuan medis lebih lanjut.

Pendekatan **DRABCDE** dalam penilaian cepat (*primary survey*) bertujuan untuk memberikan perhatian segera kepada masalah medis yang paling mengancam jiwa. Setiap tahap penilaian harus dilakukan dengan urutan yang tepat untuk memastikan bahwa korban mendapatkan pertolongan yang memadai dengan prioritas pada pemeliharaan fungsi vital. Setelah melakukan **primary survey**, lanjutkan dengan **secondary survey** untuk pemeriksaan lebih mendalam dan penanganan lanjutan.

B. Secondary Survey / Pengkajian Sekunder

Pengkajian ini dilakukan saat kondisi *airway-breathing-circulation* korban sudah stabil, Pada survei sekunder apabila didapatkan masalah tidak diberikan tindakan dengan segera tetapi dicatat dan diprioritaskan untuk tindakan selanjutnya. Berikut adalah yang termasuk dalam survei sekunder: (WHO & ICRC, 2018); (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020); (Jainurakhma et al., 2021); dan (Wahyuni et al., 2024).

1. F: Full set of vital sign, five interventions, and fasilitation of family presence

- a. Full set of vital sign** merupakan pemeriksaan tanda-tanda vital yang meliputi pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, dan suhu.
- b. Five interventions** merupakan lima intervensi yang dilakukan pada pasien meliputi pemasangan monitor jantung, pemasangan naso/oro gastric tube (jika ada indikasi), pemasangan foley catheter (jika ada indikasi), pemeriksaan laboratorium dan pemasangan pulse oksimetri.
- c. Fasilitation of family presence** (memfasilitasi Kehadiran keluarga) berdasarkan kesepakatan keluarga diberikan kesempatan untuk bersama pasien selama proses invasive dan resusitasi, namun rumah sakit harus memiliki prosedur tentang bagaimana cara menenangkan, mendukung dan memberi informasi pada anggota keluarga.

2. **G: Give comfort measure** (memberikan kenyamanan), baik secara fisik maupun psikologis, metode yang dilakukan baik secara farmakologis maupun non farmakologis untuk menekan rasa nyeri dan kecemasan yang dialami oleh klien dalam kondisi kegawatdaruratan
3. **H: History and head to toe examination** (riwayat klien dan pemeriksaan head to toe)
- Riwayat Kesehatan
Penolong secara detail melihat kondisi dari sisi *sign/symptoms, allergies, medications, pertinent past medical history, last oral intake, event leading to the illness or injury* (SAMPLE).
Sign/symptoms: tanda dan gejala
Allergies: riwayat alergi
Medications: Riwayat Pengobatan
Pertinent past medical history: Riwayat penyakit yang sekarang dideritanya/dialaminya
Last oral intake: makanan yang terakhir dikonsumsi sebelum kejadian, jam berapa?
Event leading to the illness or injury: kejadian yang dialaminya sebelum injury/sakit
 - Pemeriksaan fisik
Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap *head to toe*.

C. Triage (Jika Banyak Korban)

Triage adalah proses penyortiran atau pengelompokan korban berdasarkan tingkat keparahan cedera atau penyakit mereka untuk menentukan prioritas dalam pemberian pertolongan pertama dan perawatan medis. Triage sangat penting ketika jumlah korban melebihi kapasitas dan sumber daya yang tersedia, seperti dalam kecelakaan massal, bencana alam, atau keadaan darurat lainnya dengan banyak korban. Tujuan utama triage adalah untuk memastikan bahwa korban yang paling membutuhkan pertolongan segera menerima perawatan pertama, sedangkan korban dengan kondisi kurang kritis dapat menerima perawatan setelahnya, atau jika diperlukan, diprioritaskan untuk evakuasi atau pengobatan lebih lanjut. Triage sering kali dilakukan dengan menggunakan sistem kategori yang membagi korban dalam beberapa kelompok berdasarkan prioritas penanganannya. (Jainurakhma et al., 2022) dan (Herman et al., 2023).

Sistem triase pra hospital yang sering digunakan yaitu metode **START (Simple Triage and Rapid Treatment)**, yakni metode triage yang digunakan di banyak negara dan memprioritaskan korban berdasarkan pernapasan, denyut nadi, dan

tingkat kesadaran. Metode ini sederhana dan cepat, cocok untuk situasi dengan banyak korban. (Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, 2020); (Saputra et al., 2023); dan (Aty et al., 2024). Sedangkan triase hospital yang bisa digunakan di Indonesia memiliki banyak sekali pengembangan, beberapa di antaranya ESI (*Emergency Severity Index*); CTAS (*Canadian Triage And Acuity Scale*); ATS (*Australian Triage Scale*); MTS (*Manchester Triage Scale*), skala tersebut digolongkan berdasarkan beberapa hal antara lain: adanya gangguan di *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*, status kesadaran pasien, tanda-tanda vital pasien, biomekanika trauma, nyeri yang dirasakan pasien dan lainnya (Jainurakhma et al., 2022).

D. Stabilisasi Korban

Stabilisasi korban adalah langkah-langkah yang diambil untuk menjaga atau memperbaiki kondisi korban gawat darurat sebelum mendapatkan perawatan medis lebih lanjut. Proses stabilisasi ini bertujuan untuk mencegah kondisi korban memburuk, menjaga fungsi vital mereka, serta mengurangi risiko cedera atau komplikasi lebih lanjut. Stabilisasi dilakukan setelah penilaian cepat (*primary survey*) dan triage, terutama untuk korban yang berada dalam kategori merah atau kuning yang memerlukan perhatian segera. Proses ini melibatkan berbagai teknik dan prosedur untuk memastikan bahwa korban tetap dalam kondisi stabil selama transportasi atau hingga perawatan medis yang lebih intensif dapat dilakukan. (American Heart Association, 2020); (Jainurakhma et al., 2021); (Bartlett, 2023); dan (Khair et al., 2024)

1. Langkah-Langkah Stabilisasi Korban

Stabilisasi korban dapat dibagi menjadi beberapa aspek, yang mencakup pengelolaan jalan napas, pernapasan, sirkulasi, pencegahan cedera lebih lanjut, dan pemantauan kondisi korban secara terus-menerus.

a. Menjaga Jalan Nafas (*Airway*)

- 1) Tujuan: Memastikan jalan napas tetap terbuka dan bebas dari sumbatan.
- 2) Tindakan:
 - a) Pada korban yang tidak sadar, buka jalan napas dengan teknik *head-tilt, chin-lift* atau jika ada cedera tulang belakang, gunakan teknik *jaw-thrust*.
 - b) Jika jalan napas tersumbat oleh benda asing, bersihkan mulut dan tenggorokan dengan hati-hati. Untuk korban yang muntah, posisi kepala sedikit miring atau gunakan posisi pemulihan untuk mencegah aspirasi muntahan ke saluran napas.
 - c) Jika perlu, gunakan alat bantu jalan napas seperti masker wajah atau selang endotrakeal, jika Anda terlatih untuk menggunakannya.

b. Pemantauan dan Penanganan Pernapasan (*Breathing*)

- 1) Tujuan: Memastikan korban mendapatkan oksigen yang cukup dan pernapasan yang efektif.
- 2) Tindakan:
 - a) Periksa frekuensi pernapasan: Normalnya, pernapasan dewasa sekitar 12-20 kali per menit. Jika korban tidak bernapas atau pernapasan tidak normal, lakukan ventilasi buatan menggunakan mulut ke mulut atau alat bantu resusitasi seperti masker wajah dengan kantong (*bag-valve mask*).
 - b) Berikan oksigen tambahan kepada korban yang mengalami kesulitan bernapas atau memiliki saturasi oksigen rendah.
 - c) Periksa kemungkinan cedera dada: Jika ada trauma dada seperti patah tulang rusuk atau cedera paru-paru, pertimbangkan untuk memberikan perawatan dengan memasang penutup dada (*dressing*) untuk menahan pendarahan atau mencegah kolaps paru.

c. Pengelolaan Sirkulasi (*Circulation*)

- 1) Tujuan: Memastikan sirkulasi darah yang baik untuk membawa oksigen ke seluruh tubuh, terutama organ vital.
- 2) Tindakan:
 - a) Periksa denyut nadi dan tekanan darah untuk mengevaluasi status sirkulasi. Jika denyut nadi tidak teraba atau tekanan darah rendah, segera lakukan resusitasi jantung paru (RJP/CPR) jika korban tidak bernapas dan tidak ada denyut nadi.
 - b) Atasi pendarahan: Jika ada pendarahan besar, lakukan kompresi langsung pada luka untuk menghentikan perdarahan. Gunakan perban atau kain bersih untuk memberikan tekanan pada luka. Jika pendarahan tidak berhenti, pertimbangkan penggunaan tourniquet pada ekstremitas yang terluka.
 - c) Pengisian cairan: Jika korban mengalami syok, pengisian cairan intravenus (IV) dapat diberikan untuk menstabilkan volume darah dan meningkatkan tekanan darah.

d. Mencegah Cedera Lebih Lanjut (*Disability*)

- 1) Tujuan: Mencegah cedera tambahan, terutama pada cedera tulang belakang dan kepala.
- 2) Tindakan:
 - a) Stabilisasi kepala dan leher: Pada korban yang tidak sadar atau diduga mengalami cedera tulang belakang, pastikan kepala dan leher tetap stabil. Gunakan penopang atau teknik manual untuk menjaga kestabilan kepala dan leher selama transportasi.

- b) Tatalaksana cedera tulang dan sendi: Jika ada patah tulang atau cedera sendi, stabilkan posisi ekstremitas yang terluka dengan menggunakan bidai atau penopang untuk menghindari pergerakan yang dapat memperburuk cedera.

e. Pemantauan dan Pengelolaan Kewaspadaan Neurologis

- 1) Tujuan: Memantau kondisi neurologis korban dan mengidentifikasi potensi masalah yang lebih serius.
- 2) Tindakan:
 - a) Evaluasi tingkat kesadaran korban menggunakan skala GCS (*Glasgow Coma Scale*). Ini membantu memantau perubahan status neurologis dan memberi petunjuk untuk tindakan medis selanjutnya.
 - b) Periksa respon pupil: Pupil yang tidak merespons cahaya atau ukuran yang tidak simetris bisa menandakan adanya cedera otak yang lebih serius.

f. Mencegah Kehilangan Panas (*Exposure*)

- 1) Tujuan: Mencegah hipotermia atau panas berlebih pada korban.
- 2) Tindakan:
 - a) Menutupi tubuh korban dengan selimut atau pakaian kering untuk mencegah kehilangan panas tubuh, terutama pada korban yang berada dalam kondisi dingin atau basah.
 - b) Periksa suhu tubuh korban: Jangan biarkan korban kedinginan, karena penurunan suhu tubuh yang drastis dapat memperburuk kondisi korban.

2. Stabilisasi pada Kondisi Khusus

Pada beberapa kondisi khusus, penanganan stabilisasi memerlukan perhatian tambahan atau teknik tertentu: (WHO & ICRC, 2018); (Hidayati et al., 2018); (Mardalena, 2021); (Bartlett, 2023); dan (Wahyuni et al., 2024).

a. Stabilisasi pada Korban dengan Cedera Kepala dan Tulang Belakang:

- 1) Tujuan: Mencegah perburukan cedera tulang belakang dan kepala yang dapat menyebabkan kelumpuhan atau kerusakan otak permanen.
- 2) Tindakan:
 - a) Jaga posisi kepala dan leher agar tetap stabil.
 - b) Gunakan papan stabilisasi (*backboard*) untuk memindahkan korban dengan cedera kepala atau tulang belakang. Hindari gerakan yang dapat memperburuk cedera.
 - c) Jika korban tidak sadar, hindari memindahkan mereka tanpa dukungan yang tepat, kecuali dalam keadaan yang mengancam jiwa (seperti kebakaran atau bahaya lain).

b. Stabilisasi pada Korban dengan Pendarahan Hebat:

- 1) Tujuan: Menghentikan pendarahan untuk mencegah syok hipovolemik atau kematian akibat kehilangan darah.
- 2) Tindakan:
 - a) Lakukan kompresi langsung pada luka. Jika pendarahan tidak berhenti, gunakan perban yang lebih tebal atau tourniquet pada ekstremitas.
 - b) Jaga posisi korban dalam posisi terlentang (supine position) jika memungkinkan, untuk mencegah penurunan aliran darah ke organ vital.

c. Stabilisasi pada Korban dengan Luka Bakar:

- 1) Tujuan: Mengurangi kerusakan jaringan dan mencegah infeksi lebih lanjut.
- 2) Tindakan:
 - a) Cuci luka bakar dengan air mengalir yang dingin (bukan es) untuk menghentikan proses pembakaran.
 - b) Jaga luka tetap bersih dengan menutupnya dengan kain bersih atau perban steril. Hindari pengaplikasian krim atau salep kecuali yang direkomendasikan oleh tenaga medis.

Stabilisasi korban adalah tahap penting dalam pertolongan pertama yang bertujuan untuk memastikan bahwa korban tetap dalam kondisi yang dapat ditangani dan tidak memburuk selama menunggu perawatan medis lebih lanjut. Proses ini melibatkan penanganan jalan napas, pernapasan, sirkulasi, pengendalian cedera lebih lanjut, serta pemantauan kondisi korban secara berkesinambungan. Dengan langkah-langkah yang tepat, penolong dapat memastikan bahwa korban yang kritis memiliki peluang lebih baik untuk bertahan hidup dan pulih.

E. Transportasi ke Fasilitas Kesehatan

Transportasi korban ke fasilitas kesehatan merupakan langkah lanjutan setelah stabilisasi dan penilaian medis awal dilakukan. Proses ini sangat penting karena pada banyak kasus, korban gawat darurat memerlukan perawatan medis lebih lanjut yang hanya dapat diberikan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Penanganan selama transportasi juga krusial untuk mencegah kondisi korban memburuk atau bahkan menyebabkan kematian. Transportasi korban harus dilakukan dengan cara yang aman dan cepat, serta memperhatikan kondisi korban agar tidak terjadi cedera lebih lanjut selama proses pemindahan. Hal ini membutuhkan keterampilan khusus, koordinasi tim, dan kesiapan logistik untuk memastikan keselamatan korban. (WHO & ICRC, 2018); (Rosidawati, 2020); (Jainurakhma et al., 2022); (Mulfianda et al., 2023); dan (Wahyuni et al., 2024).

1. Persiapan Sebelum Transportasi

Sebelum memulai transportasi, ada beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk memastikan proses pemindahan korban berlangsung dengan aman dan efektif:

a. Evaluasi Kondisi Korban Secara Menyeluruh

- 1) Pastikan bahwa korban telah dinilai dan distabilisasi secara memadai, dengan memperhatikan jalan napas, pernapasan, sirkulasi, serta status neurologis dan cedera lainnya.
- 2) Pastikan bahwa korban dalam kondisi stabil dan tidak memburuk secara signifikan sebelum transportasi dimulai.

b. Pemilihan Metode Transportasi

- 1) Ambulans: Jika korban membutuhkan perawatan medis lebih lanjut atau alat bantu pernapasan dan pemantauan, ambulans adalah pilihan utama.
- 2) Helikopter atau Pesawat Terbang: Dalam kasus tertentu seperti kecelakaan di lokasi terpencil atau situasi darurat besar, transportasi menggunakan helikopter atau pesawat medis mungkin diperlukan.
- 3) Transportasi Darat (Mobil atau Kendaraan Lainnya): Jika korban dapat dipindahkan dengan kendaraan biasa, penting untuk memastikan kendaraan yang digunakan aman dan cukup untuk menampung korban dan tim medis yang diperlukan.

c. Peralatan yang Diperlukan untuk Transportasi

- 1) Alat Pemantauan Vital: Pastikan alat seperti monitor detak jantung, oksimeter, dan alat bantu pernapasan (seperti oksigen) tersedia dan siap digunakan selama perjalanan.
- 2) Peralatan Stabilisasi: Pastikan peralatan seperti tandu, papan stabilisasi (backboard), dan penopang leher atau kepala tersedia untuk meminimalkan risiko cedera lebih lanjut selama transportasi.

d. Koordinasi dengan Fasilitas Kesehatan

- 1) Sebelum memulai perjalanan, pastikan untuk memberi tahu fasilitas kesehatan yang akan menerima korban. Berikan informasi penting mengenai kondisi korban, cedera atau penyakit yang dialami, dan tindakan yang telah dilakukan.
- 2) Koordinasikan waktu kedatangan dan persiapkan fasilitas medis untuk segera menerima dan menangani korban.

2. Proses Transportasi yang Aman

Selama proses transportasi, penting untuk menjaga kondisi korban tetap stabil dan meminimalkan potensi risiko yang dapat memperburuk kondisi mereka. Berikut adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan:

a. Posisi Korban Selama Transportasi

Posisi Tergantung pada Kondisi Korban: Pilih posisi transportasi yang sesuai berdasarkan jenis cedera atau kondisi medis korban.

- 1) Cedera Kepala dan Tulang Belakang: Gunakan papan stabilisasi (*backboard*) untuk menjaga leher dan punggung tetap stabil. Jangan memindahkan korban secara sembarangan tanpa penopang yang memadai.
- 2) Cedera Dada atau Trauma Toraks: Hindari tekanan langsung pada dada. Jika memungkinkan, letakkan korban dalam posisi setengah duduk untuk mempermudah pernapasan.
- 3) Korban dengan Pendarahan Berat: Pastikan posisi korban memungkinkan pendarahan dihentikan dan tidak memburuk, seperti dengan memberi tekanan pada luka atau membalutnya dengan perban.

b. Pemantauan Kondisi Vital

- 1) Selama perjalanan, pemantauan ketat terhadap tanda-tanda vital (pernapasan, denyut nadi, dan tekanan darah) harus terus dilakukan.
- 2) Jika terjadi penurunan fungsi vital, penolong harus siap untuk memberikan bantuan yang sesuai, seperti RJP (resusitasi jantung paru) jika korban tidak bernapas atau tidak memiliki denyut nadi.
- 3) Jika diperlukan, pemberian oksigen tambahan juga harus dilakukan untuk memastikan saturasi oksigen dalam darah tetap stabil.

c. Pencegahan Cedera Tambahan

- 1) Selama transportasi, pastikan korban dipindahkan dengan cara yang paling halus dan stabil untuk menghindari pergerakan yang bisa memperburuk cedera, terutama pada cedera tulang belakang, kepala, atau dada.
- 2) Jika menggunakan kendaraan, pastikan jalan yang dilalui tidak terlalu kasar atau berbahaya, dan jika perlu, peringatan kepada pengemudi untuk memperlambat dan menghindari guncangan.

d. Komunikasi dengan Tim Medis

- 1) Selama perjalanan, terus berkomunikasi dengan tim medis di fasilitas kesehatan untuk memberi pembaruan mengenai kondisi korban. Ini memungkinkan mereka untuk mempersiapkan perawatan yang diperlukan segera setelah korban tiba.
- 2) Jika korban mengalami penurunan kondisi atau memerlukan intervensi medis lebih lanjut, segera beri tahu tim medis agar mereka siap melakukan tindakan lebih lanjut saat korban tiba.

3. Jenis Transportasi dalam Berbagai Kondisi

Transportasi korban dapat berbeda tergantung pada jenis cedera, lokasi kejadian, dan sumber daya yang tersedia. Berikut adalah beberapa skenario dan pilihan transportasi yang sesuai:

a. Transportasi dengan Ambulans

- 1) Kelebihan: Ambulans dilengkapi dengan peralatan medis yang dapat digunakan selama perjalanan, termasuk oksigen, defibrillator, dan alat pemantauan.
- 2) Kondisi yang Diperlukan: Untuk korban yang membutuhkan perawatan medis lebih lanjut atau dalam kondisi kritis yang memerlukan perhatian sepanjang perjalanan, seperti henti jantung, trauma berat, atau gangguan pernapasan.

b. Transportasi dengan Helikopter atau Pesawat

- 1) Kelebihan: Kecepatan transportasi yang tinggi dan kemampuan menjangkau lokasi terpencil atau sulit dijangkau dengan kendaraan darat.
- 2) Kondisi yang Diperlukan: Digunakan untuk situasi darurat yang membutuhkan waktu cepat, seperti kecelakaan di daerah yang terpencil, daerah yang terisolasi akibat bencana alam, atau ketika perjalanan darat tidak memungkinkan.

c. Transportasi Darat dengan Kendaraan Lain

- 1) Kelebihan: Dapat digunakan untuk memindahkan korban dari tempat kejadian ke fasilitas kesehatan terdekat jika ambulans tidak tersedia.
- 2) Kondisi yang Diperlukan: Untuk korban yang dalam kondisi stabil atau jika ambulans tidak dapat menjangkau lokasi segera.

4. Proses Setibanya di Fasilitas Kesehatan

Setelah korban sampai di fasilitas kesehatan, sangat penting untuk melakukan beberapa langkah agar proses penerimaan dan perawatan medis dapat berjalan lancar:

a. Pemberitahuan Sebelumnya

Sebelumnya, beri tahu rumah sakit mengenai kedatangan korban, berikan informasi tentang kondisi medis dan cedera yang dialami, serta perawatan yang telah diberikan selama transportasi.

b. Penerimaan Korban

- 1) Di fasilitas kesehatan, tim medis akan menerima korban dengan melakukan penilaian ulang terhadap kondisi mereka, termasuk pemeriksaan fisik dan diagnostik tambahan jika diperlukan.
- 2) Korban akan segera diprioritaskan untuk mendapatkan perawatan yang lebih intensif dan ditangani oleh dokter spesialis sesuai dengan kondisi medis mereka.

c. Dokumentasi Kondisi Korban

- 1) Pastikan semua informasi medis tentang korban, termasuk sejarah cedera, perawatan yang diberikan, dan kondisi terakhir yang terpantau

selama transportasi, dicatat dengan lengkap untuk mendukung penanganan medis selanjutnya.

Transportasi korban ke fasilitas kesehatan adalah tahap kritis dalam rantai pertolongan pertama yang menentukan keberhasilan perawatan lebih lanjut. Keamanan, stabilisasi, dan koordinasi yang tepat antara penolong pertama, tim medis, dan fasilitas kesehatan sangat penting untuk memastikan bahwa korban mendapatkan perawatan yang tepat waktu dan dengan cara yang aman. Penolong pertama harus mempersiapkan diri dengan baik untuk memilih metode transportasi yang sesuai, memastikan pemantauan yang cermat selama perjalanan, dan memberikan informasi yang jelas kepada tim medis di fasilitas kesehatan.

F. Komunikasi Efektif dan Dokumentasi

Komunikasi yang efektif dan dokumentasi yang tepat adalah elemen yang sangat penting dalam proses pertolongan pertama dan pengelolaan korban gawat darurat. Komunikasi yang baik antara penolong pertama, tim medis, serta keluarga atau pihak terkait lainnya dapat memastikan kelancaran tindakan medis, menghindari kesalahan, serta mempercepat proses perawatan di fasilitas kesehatan. Dokumentasi yang baik juga sangat penting, tidak hanya untuk tujuan medis, tetapi juga untuk memberikan catatan yang akurat dalam proses hukum atau administratif. (Jainurakhma et al., 2022); (Wahyuni et al., 2024); dan (Kemenkes, 2024).

1. Komunikasi Efektif dalam Pertolongan Gawat Darurat

Komunikasi yang efektif dapat meningkatkan kualitas pertolongan pertama dan memudahkan koordinasi antara tim pertolongan pertama dan tenaga medis yang akan menangani korban. Berikut adalah prinsip-prinsip komunikasi yang harus diterapkan dalam situasi darurat:

a. Komunikasi dengan Korban

- 1) Memberikan Informasi yang Jelas: Jika korban sadar, berikan penjelasan singkat dan jelas mengenai tindakan yang akan Anda lakukan. Ini dapat membantu mengurangi kecemasan korban dan meningkatkan kerjasama.
- 2) Penggunaan Bahasa yang Mudah Dimengerti: Hindari penggunaan istilah medis yang rumit. Sampaikan instruksi atau penjelasan dengan bahasa yang mudah dipahami.
- 3) Menunjukkan Empati: Dalam situasi darurat, korban sering merasa cemas atau takut. Komunikasi yang penuh empati dan perhatian dapat memberikan rasa aman dan menenangkan korban serta meningkatkan kepuasan. (Fransiska & Sumarno, 2024).

b. Komunikasi dengan Tim Medis

- 1) Memberikan Informasi yang Akurat dan Terperinci: Saat menghubungi fasilitas kesehatan atau tim medis lainnya, pastikan memberikan informasi yang jelas mengenai kondisi korban, seperti jenis cedera, gejala, dan tindakan yang telah dilakukan. Informasi ini sangat membantu tim medis untuk segera mempersiapkan perawatan yang diperlukan. Contoh informasi yang harus disampaikan:
 - a) Identitas korban (jika memungkinkan).
 - b) Deskripsi cedera atau kondisi medis yang dialami (misalnya, trauma kepala, kesulitan bernapas, atau pendarahan hebat).
 - c) Tindakan yang telah dilakukan (misalnya, pemberian oksigen, pemberhentian pendarahan, atau resusitasi jantung paru).
- 2) Menggunakan Sistem Komunikasi yang Terstruktur: Gunakan metode komunikasi standar yang jelas dan mudah diikuti, seperti menggunakan sistem ABCDE atau pendekatan triage untuk melaporkan kondisi korban.

c. Komunikasi dengan Keluarga atau Pihak Terkait

- 1) Memberikan Informasi dengan Sensitif: Jika korban adalah seseorang yang dikenal atau keluarga mereka hadir, berikan informasi yang jelas tetapi dengan penuh perhatian dan sensitivitas. Jaga agar komunikasi tetap profesional dan hindari memberikan informasi yang tidak pasti.
- 2) Mengarahkan untuk Tindakan Selanjutnya: Jika perlu, beri tahu keluarga atau pihak terkait tentang langkah-langkah selanjutnya, seperti pengiriman korban ke rumah sakit dan proses perawatan yang mungkin akan dilakukan.

d. Komunikasi dengan Tim Pertolongan Lainnya

- 1) Koordinasi Tim: Jika ada beberapa orang yang terlibat dalam pertolongan pertama, pastikan semua anggota tim bekerja dengan koordinasi yang baik. Sebutkan tugas dan tanggung jawab setiap anggota tim dengan jelas, seperti siapa yang bertanggung jawab untuk stabilisasi jalan napas, siapa yang memantau kondisi vital, dan siapa yang bertugas melakukan dokumentasi.
- 2) Pemberian Instruksi yang Tepat: Komunikasikan instruksi dan tindakan medis yang harus dilakukan, seperti pemberian cairan atau pemberhentian pendarahan, agar tidak terjadi kebingungan atau kesalahan.

2. Dokumentasi dalam Pertolongan Gawat Darurat

Dokumentasi yang baik adalah bagian penting dari penanganan korban gawat darurat. Ini tidak hanya berfungsi untuk tujuan medis, tetapi juga untuk kepentingan hukum, administratif, dan evaluasi kualitas pelayanan. Berikut adalah komponen penting dalam dokumentasi yang harus diperhatikan:

a. Mencatat Identitas Korban

Catat nama lengkap korban, usia, jenis kelamin, dan informasi identifikasi lainnya (misalnya, alamat atau nomor telepon jika memungkinkan). Jika korban tidak sadar, berusaha mencari informasi dari saksi atau identitas yang ada di sekitar korban.

b. Catatan Tindakan Pertolongan yang Dilakukan

- 1) Penilaian Awal (Primary Survey): Catat hasil dari penilaian awal yang mencakup jalan napas, pernapasan, sirkulasi, dan status neurologis korban.
- 2) Tindakan yang Diambil: Dokumentasikan setiap tindakan yang telah dilakukan, seperti pemberian oksigen, pemberhentian pendarahan, penggunaan alat bantu jalan napas, atau pemberian cairan IV.
- 3) Perubahan Kondisi: Catat perubahan kondisi korban selama proses pertolongan pertama, seperti perubahan denyut nadi, pernapasan, atau status kesadaran.

c. Dokumentasi Terkait Cedera atau Penyakit

- 1) Catat deskripsi lengkap tentang jenis cedera atau kondisi medis yang dialami korban, seperti lokasi dan jenis luka, tanda-tanda vital yang abnormal, atau hasil pemeriksaan fisik lainnya.
- 2) Jika terjadi komplikasi atau kejadian tak terduga selama pertolongan, dokumentasikan dengan jelas waktu, kejadian, dan respons yang diberikan.

d. Catatan Waktu

Catat waktu setiap tindakan yang diambil. Waktu yang tepat sangat penting, terutama jika korban membutuhkan perawatan medis lanjutan. Informasi waktu ini juga dapat menjadi referensi penting untuk tim medis di fasilitas kesehatan.

e. Koordinasi dengan Fasilitas Kesehatan

- 1) Jika korban sedang diangkut ke fasilitas kesehatan, dokumentasikan informasi komunikasi yang dilakukan dengan rumah sakit atau fasilitas medis lainnya, seperti kapan pemberitahuan dilakukan dan siapa yang menerima informasi tersebut.
- 2) Jika diperlukan, pastikan ada salinan dokumentasi yang dapat diberikan kepada tim medis di rumah sakit untuk mempercepat penanganan korban.

f. Dokumentasi untuk Tujuan Hukum atau Administratif

- 1) Semua tindakan dan interaksi yang dilakukan dengan korban harus tercatat dengan jelas untuk kepentingan hukum atau administratif. Jika terjadi litigasi atau klaim terkait perawatan, dokumentasi yang lengkap dapat membantu membuktikan tindakan yang tepat telah dilakukan.
- 2) Pastikan bahwa catatan yang dibuat tidak mengandung spekulasi atau asumsi, melainkan berfokus pada fakta dan data yang dapat diverifikasi.

3. Format Dokumentasi yang Digunakan

Dokumentasi pertolongan pertama dapat dilakukan dalam berbagai format, tergantung pada situasi dan kebijakan yang ada. Berikut adalah beberapa format yang dapat digunakan:

a. Formulir Tertulis

- 1) Formulir standar yang mencakup bagian untuk identifikasi korban, penilaian awal, tindakan yang diambil, serta catatan tentang kondisi korban.
- 2) Formulir ini dapat dilengkapi dengan ruang untuk catatan waktu dan laporan tindakan yang dilakukan oleh masing-masing anggota tim.

b. Catatan Digital

- 1) Banyak lembaga kesehatan atau tim medis darurat yang menggunakan perangkat elektronik untuk mendokumentasikan kondisi korban secara langsung. Sistem ini memungkinkan catatan yang lebih cepat dan lebih terorganisir.
- 2) Penggunaan sistem informasi medis yang terintegrasi juga memudahkan komunikasi antar tim medis dan meminimalkan kesalahan pencatatan.

c. Log Komunikasi

Jika komunikasi dengan fasilitas kesehatan atau pihak terkait lain dilakukan melalui telepon atau radio, pastikan ada log tertulis tentang waktu dan isi komunikasi. Hal ini sangat penting untuk memastikan bahwa informasi yang disampaikan tercatat dengan benar.

Komunikasi efektif dan dokumentasi yang tepat merupakan komponen yang sangat penting dalam penanganan korban gawat darurat. Komunikasi yang baik dapat meningkatkan koordinasi antara penolong pertama, tim medis, dan pihak terkait lainnya, serta memastikan bahwa korban mendapatkan perawatan yang diperlukan dengan cepat dan efektif. Dokumentasi yang lengkap dan akurat memastikan bahwa setiap langkah yang diambil tercatat dengan jelas untuk tujuan medis, hukum, dan administratif. Dengan menerapkan prinsip-prinsip komunikasi yang baik dan dokumentasi yang benar, penolong pertama dapat membantu meningkatkan kualitas perawatan dan hasil bagi korban.

G. Latihan

Pilihan Ganda

1. Seorang Perempuan, 30 tahun, ditemukan tergeletak di lorong rumah sakit akibat pingsan. Petugas medis mendekat dan melihat bahwa korban bernapas dengan cepat, tampak pucat, dan berkeringat dingin. Apa yang harus menjadi prioritas dalam penanganan awal?
A. Memberikan air manis hangat

- B. Memeriksa jalan napas dan pernapasan korban
 - C. Memberikan oksigen sambil mencari identitas korban
 - D. Menghubungi keluarga korban terlebih dahulu
 - E. Memberikan tekanan pada titik akupresur untuk kesadaran
2. Seorang laki-laki, 60 tahun, ditemukan tidak sadar di taman dengan denyut nadi sangat lemah dan terdapat luka terbuka besar di kepala. Saat diperiksa, napasnya dangkal dan tidak merespons saat dipanggil. Apa tindakan prioritas setelah memastikan lingkungan aman?
 - A. Melakukan triage
 - B. Melakukan kompresi dada
 - C. Mengontrol perdarahan kepala
 - D. Memeriksa kesadaran dan mulai penilaian ABCDE
 - E. Segera membawanya ke rumah sakit
 3. Saat terjadi ledakan di sebuah pabrik, terdapat banyak korban dengan luka berbeda. Seorang pria dengan napas tersengal, luka dada terbuka, dan kesadaran menurun ditemukan lebih dulu. Apa yang harus dilakukan oleh petugas triage?
 - A. Menunggu giliran penanganan
 - B. Memberi label triage hijau
 - C. Prioritaskan korban lain yang sadar dan bisa berjalan
 - D. Memberi label merah karena korban dalam kondisi kritis
 - E. Memberi label hitam karena napasnya terganggu
 4. Seorang laki-laki, 25 tahun, jatuh dari sepeda motor dan mengeluh nyeri hebat di kaki, terlihat tulangnya menonjol keluar. Penolong awam datang dan ingin segera membawanya ke rumah sakit. Apa yang harus dilakukan terlebih dahulu?
 - A. Membalut luka lalu angkat korban ke kendaraan
 - B. Menstabilkan posisi kaki dan mengontrol perdarahan
 - C. Memberi obat pereda nyeri
 - D. Mengangkat korban segera agar cepat tiba di rumah sakit
 - E. Menghubungi keluarga terlebih dahulu
 5. Di sebuah bencana banjir, seorang relawan melaporkan kondisi korban ke tim medis sambil menunjukkan catatan kondisi vital dan tindakan yang telah dilakukan. Mengapa dokumentasi ini penting?
 - A. Sebagai laporan ke dinas sosial
 - B. Untuk menghindari tuntutan hukum
 - C. Agar korban merasa diperhatikan
 - D. Untuk kesinambungan penanganan medis selanjutnya
 - E. Agar tim medis bisa menghitung biaya

Essay

1. Jelaskan langkah-langkah dalam pendekatan penilaian awal korban menggunakan metode DRABCDE!
2. Mengapa prinsip keselamatan diri, korban, dan lingkungan penting untuk dilakukan pertama kali dalam kondisi gawat darurat?
3. Berikan contoh bagaimana komunikasi efektif dan dokumentasi yang baik dapat memengaruhi hasil penanganan korban gawat darurat!

Kunci Jawaban

Pembahasan Pilihan Ganda

1. Jawaban: B
Pembahasan: Langkah awal pada penilaian cepat adalah memastikan jalan napas dan pernapasan (A dan B dari DRABCDE).
2. Jawaban: D
Pembahasan: Setelah memastikan keamanan, penilaian ABCDE harus dilakukan untuk menentukan tindakan lanjut secara sistematis.
3. Jawaban: D
Pembahasan: Korban dengan napas terganggu dan kesadaran menurun dikategorikan sebagai *prioritas utama* (label merah) dalam sistem triage.
4. Jawaban: B
Pembahasan: Stabilisasi dan kontrol perdarahan adalah kunci sebelum transportasi untuk mencegah cedera lebih lanjut.
5. Jawaban: D
Pembahasan: Dokumentasi yang baik sangat penting agar tenaga medis selanjutnya tahu kondisi awal dan intervensi yang telah dilakukan.

Pembahasan Essay (Contoh Jawaban)

1. **Jelaskan langkah-langkah dalam pendekatan penilaian awal korban menggunakan metode DRABCDE!**

Pembahasan:

Pendekatan DRABCDE adalah metode sistematis untuk menilai dan menstabilkan pasien dalam situasi gawat darurat:

- **D (Danger):** Pastikan 3A; Aman Penolong, Aman Korban, Aman Lingkungan), Gunakan APD
- **R (Response):** Cek respon korban dengan AVPU
- **A (Airway)** – Pastikan jalan napas terbuka dan bebas sumbatan. Bila jalan napas tertutup, segera lakukan manuver untuk membuka jalan napas seperti head-tilt chin-lift atau jaw thrust.

- **B (*Breathing*)** – Periksa pernapasan. Apakah korban bernapas? Apakah napasnya cukup atau ada gangguan? Jika tidak bernapas, berikan bantuan napas.
- **C (*Circulation*)** – Evaluasi sirkulasi darah. Cek denyut nadi, warna kulit, dan adanya perdarahan. Hentikan perdarahan aktif segera.
- **D (*Disability*)** – Periksa tingkat kesadaran korban. Gunakan AVPU (*Alert, Verbal, Pain, Unresponsive*) atau GCS (*Glasgow Coma Scale*).
- **E (*Exposure*)** – Periksa seluruh tubuh korban untuk cedera lain dengan membuka pakaian korban secara hati-hati, sambil mencegah hipotermia.

2. Mengapa prinsip keselamatan diri, korban, dan lingkungan penting untuk dilakukan pertama kali dalam kondisi gawat darurat?

Pembahasan:

Keselamatan adalah prioritas utama sebelum melakukan pertolongan. Bila penolong tidak memastikan keamanan, mereka berisiko menjadi korban berikutnya, yang justru akan menambah jumlah korban dan memperburuk situasi. Dengan memeriksa lingkungan terlebih dahulu, penolong dapat menghindari bahaya seperti kebakaran, bahan kimia beracun, kabel listrik terbuka, atau potensi runtuh. Setelah dipastikan aman, barulah penolong dapat fokus membantu korban dengan tenang dan efektif.

3. Berikan contoh bagaimana komunikasi efektif dan dokumentasi yang baik dapat memengaruhi hasil penanganan korban gawat darurat!

Pembahasan:

Komunikasi yang efektif antara penolong dan tim medis memungkinkan informasi penting (seperti kondisi awal korban, jam kejadian, tindakan yang sudah dilakukan) tersampaikan dengan cepat dan akurat.

Contohnya, jika penolong menyampaikan bahwa korban sempat tidak sadar dan mengalami perdarahan aktif yang sudah dihentikan, maka tim medis dapat langsung melanjutkan penanganan tanpa harus mengulang proses awal. Dokumentasi juga penting dalam pencatatan medis, pelaporan ke fasilitas kesehatan, dan sebagai bahan evaluasi intervensi yang telah dilakukan. Ini memastikan kesinambungan perawatan dan meminimalkan kesalahan.

H. Rangkuman Materi

Bab ini telah membahas berbagai prinsip utama dalam melakukan pertolongan pertama pada korban gawat darurat. Berikut adalah rangkuman dari materi yang telah dibahas:

1. Penilaian Cepat (*Primary Survey*) dengan Pendekatan DRABCDE

- **D (Danger):** Pastikan 3A; Aman Penolong, Aman Korban, Aman Lingkungan), Gunakan APD
- **R (Response):** Cek respon korban dengan AVPU
- **A (Airway - Jalan Napas):** Pastikan jalan napas terbuka dan bebas dari hambatan.
- **B (Breathing - Pernapasan):** Periksa apakah korban bernapas dengan normal. Jika tidak, lakukan bantuan pernapasan.
- **C (Circulation - Sirkulasi):** Periksa denyut nadi dan aliran darah. Jika pendarahan ada, hentikan pendarahan tersebut.
- **D (Disability - Disabilitas):** Lakukan penilaian status neurologis korban, seperti respons terhadap rangsangan dan skala GCS.
- **E (Exposure - Eksposur):** Periksa kondisi tubuh korban secara menyeluruh dan identifikasi potensi cedera lain.

2. *Secondary Survey*/Pengkajian Sekunder

- **F: Full set of vital sign, five interventions, and fasilitation of family presence**
- **G: Give comfort measure** (memberikan kenyamanan), baik secara fisik maupun psikologis, metode yang dilakukan baik secara farmakologis maupun non farmakologis untuk menekan rasa nyeri dan kecemasan yang dialami oleh klien dalam kondisi kegawatdaruratan
- **H: History and head to toe examination** (riwayat klien dan pemeriksaan head to toe

3. Triage (Jika Banyak Korban)

- **Triage** adalah proses pengurutan prioritas perawatan berdasarkan tingkat keparahan cedera korban.
- **Kriteria utama triage:** Prioritaskan korban yang membutuhkan penanganan segera untuk menyelamatkan nyawa, yang dapat dipindahkan dengan mudah, dan yang dalam kondisi stabil.
- **Sistem triage** dapat dilakukan dengan Metode START yang menggunakan warna (merah untuk kritis, kuning untuk stabil, hijau untuk ringan, dan hitam untuk korban yang tidak dapat diselamatkan).

4. Stabilisasi Korban

- **Stabilisasi** bertujuan untuk menjaga kondisi korban tetap aman sebelum transportasi atau perawatan lebih lanjut.
- Tindakan stabilisasi meliputi pengaturan jalan napas, pemberian oksigen jika diperlukan, penghentian pendarahan, serta menjaga suhu tubuh korban agar tetap normal.

- Setiap cedera atau kondisi medis harus diperlakukan sesuai dengan prinsip pertolongan pertama yang tepat, seperti memberikan cairan untuk korban syok atau menjaga ketenangan korban yang mengalami trauma.

5. Transportasi ke Fasilitas Kesehatan

- Setelah stabilisasi, transportasi korban ke fasilitas kesehatan yang sesuai adalah langkah penting dalam memastikan bahwa perawatan medis lanjutan dapat diberikan dengan cepat dan tepat.
- Pastikan memilih metode transportasi yang sesuai (ambulans, helikopter, atau kendaraan darat).
- Selama perjalanan, pemantauan vital korban harus dilakukan, dan informasi mengenai kondisi korban harus disampaikan ke fasilitas kesehatan agar persiapan perawatan bisa dilakukan.

6. Komunikasi Efektif dan Dokumentasi

- **Komunikasi yang efektif** dengan korban, tim medis, dan pihak terkait sangat penting untuk kelancaran proses pertolongan dan perawatan lanjutan.
- Memberikan informasi yang jelas dan tepat kepada korban dapat membantu mereka merasa lebih tenang dan bekerja sama.
- **Dokumentasi** yang lengkap, termasuk identitas korban, kondisi medis, tindakan yang dilakukan, serta waktu kejadian dan komunikasi yang dilakukan, sangat penting untuk keperluan medis dan administratif.
- Catatan yang akurat memastikan bahwa tim medis di rumah sakit dapat melakukan tindakan yang tepat segera setelah korban tiba.

Prinsip utama dalam pertolongan korban gawat darurat melibatkan serangkaian langkah yang harus dilakukan secara cepat, terkoordinasi, dan tepat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Setiap penolong pertama harus memahami pentingnya keselamatan diri, korban, dan lingkungan. Penilaian cepat dengan pendekatan ABCDE, triage jika terdapat banyak korban, serta stabilisasi korban sangat krusial untuk memastikan korban dapat diangkut dengan aman ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Komunikasi yang efektif dan dokumentasi yang tepat juga merupakan elemen penting dalam mendukung proses pertolongan pertama dan pengelolaan medis yang lebih lanjut. Dengan menerapkan prinsip-prinsip ini, penolong pertama dapat meningkatkan kemungkinan keberhasilan dalam penanganan korban gawat darurat.

I. Glosarium

DRABCDE: Pendekatan sistematis untuk penilaian cepat kondisi korban gawat darurat:

- **Danger**

- **Response**
- **Airway** (Jalan Napas)
- **Breathing** (Pernapasan)
- **Circulation** (Sirkulasi)
- **Disability** (Status neurologis)
- **Exposure** (Eksposur penuh untuk pemeriksaan cedera)

Airway (Jalan Napas): Saluran yang dilalui udara dari luar tubuh ke paru-paru. Harus bebas hambatan agar korban dapat bernapas dengan baik.

Breathing (Pernapasan): Proses masuk dan keluarnya udara ke dan dari paru-paru. Penolong pertama harus memastikan pernapasan korban berlangsung secara efektif.

Circulation (Sirkulasi): Aliran darah ke seluruh tubuh untuk mengedarkan oksigen dan nutrisi. Gangguan sirkulasi dapat menyebabkan syok dan kematian.

CPR (Cardiopulmonary Resuscitation): Resusitasi jantung paru. Teknik penyelamatan nyawa yang digunakan saat jantung atau pernapasan korban berhenti.

Disability (Disabilitas): Penilaian status kesadaran korban menggunakan skala neurologis, seperti AVPU atau GCS, untuk mendeteksi cedera otak.

Danger: Pastikan 3A (Aman Penolong, Aman korban dan Aman Lingkungan)

Eksposur (Exposure): Proses membuka pakaian korban (dengan tetap menjaga privasi) untuk memeriksa cedera tersembunyi atau kondisi medis lainnya.

Fasilitas Kesehatan: Tempat pelayanan medis, seperti puskesmas, rumah sakit, atau klinik, yang menyediakan perawatan lanjutan bagi korban.

GCS (Glasgow Coma Scale): Skala penilaian tingkat kesadaran korban berdasarkan respons verbal, motorik, dan pembukaan mata.

Hemostasis: Proses menghentikan pendarahan baik secara alami oleh tubuh atau melalui tindakan pertolongan pertama.

Logistik Medis: Peralatan, perlengkapan, dan sarana transportasi yang digunakan dalam proses penanganan dan evakuasi korban.

P3K (Pertolongan Pertama pada Kecelakaan): Tindakan awal yang dilakukan untuk korban cedera atau sakit mendadak sebelum mendapatkan perawatan medis profesional.

Primary Survey: Penilaian awal secara cepat dan sistematis terhadap kondisi korban untuk mengidentifikasi ancaman nyawa yang langsung.

Response: Cek Respon korban dengan AVPU

Resusitasi: Tindakan darurat untuk mengembalikan fungsi pernapasan dan sirkulasi pada korban yang mengalami henti napas atau jantung.

Safety First: Prinsip memastikan keselamatan penolong, korban, dan lingkungan sebelum melakukan tindakan pertolongan.

Secondary Survey: Pemeriksaan sekunder setelah pemeriksaan primer dilakukan

Shock (Syok): Kondisi medis serius akibat gangguan sirkulasi darah yang menyebabkan kekurangan oksigen ke jaringan tubuh. Perlu penanganan segera.

Stabilisasi: Tindakan untuk menjaga kondisi korban tetap stabil sebelum transportasi atau perawatan lanjutan, seperti menjaga jalan napas dan menghentikan perdarahan.

Triage: Proses memilah korban berdasarkan prioritas penanganan berdasarkan tingkat keparahan kondisi, biasanya diterapkan dalam situasi dengan banyak korban.

J. Daftar Pustaka

American Heart Association. (2020). Pedoman CPR dan ECC. *American Heart Association, 86*(2).

Aty, Y., Widiastuti, H., Suryatna, S., Farida, I., & Fitri, E. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Kegawatdaruratan dan Sistem Penanggulangan Bencana Terpadu*. Jakarta: PT Nuansa Fajar Cemerlang.

Bartlett, J. &. (2023). Prehospital Trauma Life Support. In *European Journal of Emergency Medicine*. Jones & Bartlett Learning. <https://doi.org/10.1097/mej.0b013e32835538b8>

Fransiska, E. A., & Sumarno, A. (2024). Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rs Kramat 128 Jakarta 2023. *Jurnal Afiat Kesehatan Dan Anak, 10*(1), 27–42.

Herman, A., Apriadi, D., Lestari, S. A., Ayu, S. A., Indriyani, I., & Muchtar, H. (2023). *Pengelolaan Sistem Kegawatdaruratan*. Eureka Media Aksara.

Hidayati, A. N., Alfian, M. I. A. A., & Rosyid, A. N. (2018). *Gawat Darurat Medis Dan Bedah*. Surabaya: Airlangga University Press. adm@aup.unair.ac.id

Jainurakhma, J., Damayanti, D., Gultom, A., Praghopalati, A., & Manurung, M. (2022). *Konsep dan Sistem Keperawatan Gawat Darurat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.

Jainurakhma, J., Hariyanto, S., Mataputun, D., Silalahi, L., & Koerniawan, D. (2021). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.

Kemenkes. (2024). *Pedoman Teknis Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*. Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Khair, A. M., Puspitasari, P., Aldila, R., Nurjaman, I., Kosim, M. Y., Aisyah, Martani, H. R., Martani, M., Ariyani, H., & Kusumawati, H. I. (2024). *Keperawatan Kegawatdaruratan*. Sukoharjo: Tahta Media Goup.

Khalilati, N., Sihombing, F., Saputra, B., Irawan, E., Suprapti, F., & Prastyawati, I. (2024).

Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat (Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021). Eureka Media Aksara.

- Mardalena, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1kiYJ_3z_WIgWiHGo5mzaUzeOMCwUJrIN
- Mulfianda, R., Rizki, K., Erisma, E., Ulfa, M., Wahyudi, R., & Sriana, T. (2023). Education And Simulation Of Emergency Assistance Evacuation And Transportation. *Jurnal Abdimas*, 4(1), 58–62. <http://jurnal.abulyatama.ac.id/abdimas>
- Rosidawati, Ida; Sudiayem, Ika; Zaenal, Mora; Ariana, Putu & Delfina, R. (2020). *Pengantar Keperawatan Prinsip Dasar, Manajemen dan Praktik*. Yogyakarta: Bintang Pustaka Madani.
- Rosidawati, I. (2020). *Penanganan Kegawatdaruratan Berbasis Masyarakat*. Tasikmalaya: Edu Publisher.
- Saputra, K., Asman, A., Faizah, A., Faradinah, E., & Oktabina, R. (2023). *Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana*. Sukoharjo: Pradina Pustaka.
https://onlinelearning.uhamka.ac.id/pluginfile.php/449888/mod_resource/content/1/MODUL BIOGEOGRAFI OK.pdf
- Suprpto, Megasari, A., Surani, V., Waladani, B., & Septiwi, C. (2022). *Keperawatan Kegawatdaruratan Dan Manajemen Bencana*. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi. www.globaleksekutifteknologi.co.id
- Wahyuni, A., Sudrajat, A., Pane, J., Trevia, R., Ristandi, H., & Rahmawati, E. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat*. PT Nuansa Fajar Cemerlang.
- WHO, & ICRC. (2018). *Basic Emergency Care Approach to the acutely ill and injured*. WHO. <https://doi.org/10.1002/9781118753125.ch9>

BAB 5

PROSEDUR TRIAGE

Tujuan Instruksional:

Mahasiswa mampu memahami, menerapkan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien dengan masalah kegawatdaruratan berdasarkan bukti ilmiah dan praktik terbaik.

Capaian Pembelajaran:

Kognitif:

1. Mahasiswa memahami dan menjelaskan konsep-konsep penting terkait dengan Prosedur Triage pada kasus kegawatdaruratan
2. Mahasiswa mampu menghubungkan teori dengan praktik melalui analisis kasus dan penerapan prinsip-prinsip keperawatan dalam skenario klinis.

Psikomotor:

1. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan yang spesifik dan tepat, seperti Prosedur Triage

Afektif:

1. Mahasiswa menunjukkan kepedulian, empati, dan etika profesional dalam berinteraksi dengan pasien dan keluarga, serta dalam tim perawatan kesehatan.
2. Mahasiswa mampu berkomunikasi dengan jelas dan efektif, baik dalam edukasi pasien maupun dalam koordinasi dengan anggota tim kesehatan lainnya.

Uraian Materi

Pada Bab ini akan dijelaskan materi tentang prosedur triage secara sistematis dan terstruktur. Materi tersebut triage mencakup konsep, teori, prinsip, klasifikasi, jenis dan pemanfaatan dari triage.

A. Definisi Triage

Triage adalah proses penilaian awal yang dilakukan di unit gawat darurat (IGD) untuk menentukan tingkat kegawatan pasien dan memprioritaskan pelayanan berdasarkan tingkat kegawatan tersebut. Prosedur ini bertujuan untuk mengelompokkan pasien ke dalam kategori prioritas, sehingga pasien yang membutuhkan perawatan segera dapat ditangani lebih cepat, sementara pasien dengan kondisi yang kurang mendesak dapat menunggu (Hardianto et al., 2023).

Triage adalah proses pengelompokan pasien gawat darurat berdasarkan tingkat kegawatan klinis untuk mengoptimalkan alokasi sumber daya medis⁴⁶. Proses triage melibatkan pengambilan keputusan yang cepat dan akurat oleh tenaga medis, dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi (ABC) dalam penilaian awal. Triage juga memerlukan keterampilan klinis yang baik untuk membedakan antara keadaan darurat sejati dan keadaan yang tidak mendesak (Bazyar et al., 2020).

Sistem triage yang umum digunakan, seperti Australasian Triage Scale (ATS), membagi pasien ke dalam beberapa kategori berdasarkan tingkat kegawatan medis, dengan tujuan untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan waktu di ruang gawat darurat (Erdogan & Tarhan, 2022).

Dengan demikian, triage merupakan langkah penting dalam manajemen pasien di IGD yang berfokus pada penyelamatan nyawa dan pengurangan angka kematian serta kesakitan melalui penanganan yang tepat waktu (Bazyar et al., 2020).

B. Tujuan Triage

Tujuan utama triase adalah untuk mengidentifikasi dan mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan medis mereka. Proses ini bertujuan untuk memastikan bahwa pasien yang membutuhkan perawatan segera mendapatkan penanganan lebih cepat, sementara pasien dengan kondisi yang kurang mendesak dapat menunggu. Penanganan pasien biasa biasanya dilakukan dalam konteks rawat jalan atau perawatan rutin, di mana pasien tidak dalam keadaan darurat. Tujuannya adalah untuk memberikan diagnosis dan perawatan sesuai dengan keluhan yang dilaporkan oleh pasien (Fekonja et al., 2023).

C. Proses Triage

Melibatkan penilaian cepat (biasanya dalam waktu singkat) terhadap kondisi pasien menggunakan kriteria tertentu, seperti sistem triase warna atau Emergency Severity Index (ESI). Penilaian ini berfokus pada kondisi kritis seperti jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi (ABC) untuk menentukan prioritas penanganan. Proses penanganan lebih terperinci dan dapat melibatkan anamnesis yang lebih mendalam, pemeriksaan fisik lengkap, serta pengujian diagnostik yang diperlukan. Penanganan ini biasanya dilakukan setelah diagnosis yang jelas ditetapkan. Triage Umumnya diterapkan di lingkungan gawat darurat (IGD) atau dalam situasi bencana di mana jumlah pasien melebihi kapasitas layanan kesehatan. Triage digunakan untuk mengelola aliran pasien secara efisien dan efektif. Penanganan Pasien Biasa. Diterapkan di klinik, praktik dokter umum, atau rumah sakit untuk menangani keluhan medis yang tidak mendesak. Proses ini berlangsung dalam konteks pelayanan kesehatan yang lebih terstruktur dan terencana (Mitchell et al., 2024).

D. Prinsip Triage

Tiga prinsip utama:

1. **Identifikasi cepat** kondisi yang mengancam nyawa melalui penilaian jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi (ABC)
2. **Prioritisasi pasien** menggunakan skala warna/waktu tunggu (merah = darurat, kuning = urgensi, hijau = non-darurat)
3. **Pengambilan keputusan dinamis** dengan reassessment berkala (Khairil Amin Baso et al., 2023)

E. Prosedur Standar Triage

Berdasarkan panduan internasional terbaru (Symes et al., 2025):

1. Penilaian Primer (30-60 detik):

- a. Airway: Cek obstruksi jalan napas
- b. Breathing: Evaluasi frekuensi dan kualitas napas
- c. Circulation: Nilai denyut nadi dan perfusi jaringan
- d. Disability: Skor AVPU (Alert, Voice, Pain, Unresponsive)
- e. Exposure: Identifikasi perdarahan masif atau trauma tersembunyi

2. Klasifikasi Menggunakan Skala Standar:

Tabel 5.1: Klasifikasi Triage (Erdogan & Tarhan, 2022)

Sistem Triage	Negara	Kategori	Waktu Respon Target
ATS	Australia	5 level	0-10 menit (level 1)
ESI	AS	5 level	1-14 menit (level 1)

Sistem Triage	Negara	Kategori	Waktu Respon Target
MTS	Inggris	5 level	Segera (level merah)
CTAS	Kanada	5 level	0-15 menit (level 1)

3. Dokumentasi dan Monitoring:

- Mencatat parameter vital awal
- Melabeli pasien dengan pita warna sesuai skala
- Reassessment setiap 15-30 menit untuk pasien antrian

4. Sistem Triage

- Pediatric JumpSTART:** Modifikasi sistem S.T.A.R.T. untuk anak dengan kriteria khusus pernapasan (15-45 napas/menit) dan perfusi kapiler
- Triage Elektronik:** Penggunaan algoritma AI untuk memprediksi kebutuhan resusitasi berdasarkan data demografi dan gejala
- Reverse Triage:** Prioritas pada pasien dengan prognosis lebih baik dalam situasi bencana massal (Schipper & Roman, 2025)

F. Sistem Triage Warna

Sistem triase warna adalah metode yang digunakan untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan medis mereka ketika mereka tiba di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Berikut adalah cara kerja sistem triase warna:

Kategori Warna dalam Sistem Triase

1. Merah (Prioritas Pertama):

- Kondisi:** Pasien dalam kondisi kritis yang memerlukan penanganan segera.
- Contoh:** Serangan jantung, pendarahan hebat, atau trauma kepala berat.
- Tindakan:** Pasien ini akan langsung dipindahkan ke area resusitasi untuk mendapatkan perawatan cepat.

2. Kuning (Prioritas Kedua):

- Kondisi:** Pasien yang mengalami cedera serius tetapi masih stabil.
- Contoh:** Luka bakar derajat tinggi atau patah tulang.
- Tindakan:** Penanganan dilakukan setelah pasien dengan kategori merah, tetapi masih memerlukan perhatian medis yang cepat.

3. Hijau (Prioritas Ketiga):

- Kondisi:** Pasien dengan cedera ringan atau kondisi yang tidak mengancam nyawa.
- Contoh:** Luka lecet atau demam tinggi tetapi stabil.
- Tindakan:** Pasien dapat menunggu lebih lama untuk mendapatkan perawatan, biasanya hingga 30 menit.

4. Hitam (Prioritas Terendah):

a. **Kondisi:** Pasien yang sudah meninggal atau mengalami cedera sangat parah yang tidak dapat diselamatkan.

b. **Contoh:** Cedera fatal atau kondisi terminal.

c. **Tindakan:** Pasien ini akan dipindahkan ke ruang jenazah jika sudah dipastikan tidak ada harapan untuk bertahan hidup.

(Mitchell et al., 2024)

G. Proses Kerja Sistem Triase

1. **Pemeriksaan Awal:** Saat pasien tiba di IGD, dokter atau perawat melakukan pemeriksaan cepat untuk mengevaluasi tanda-tanda vital seperti pernapasan, denyut nadi, dan tekanan darah. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menentukan kategori triase pasien.

2. **Penentuan Status Triase:** Berdasarkan hasil pemeriksaan, pasien akan diberi label warna sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan mereka. Ini membantu tenaga medis dalam mengatur prioritas penanganan.

3. **Pemantauan Berkala:** Status triase pasien dapat berubah seiring waktu. Jika kondisi pasien membaik, statusnya bisa turun ke kategori yang lebih rendah (misalnya dari merah ke kuning). Sebaliknya, jika kondisi memburuk, statusnya bisa naik ke kategori yang lebih tinggi (misalnya dari kuning ke merah).

4. **Penanganan Berdasarkan Prioritas:** Penanganan medis dilakukan sesuai dengan urutan prioritas berdasarkan kategori triase. Pasien dengan kategori merah akan selalu menjadi prioritas utama dalam penanganan.

Sistem triase warna membantu rumah sakit dalam mengelola jumlah pasien yang datang, terutama dalam situasi darurat di mana sumber daya terbatas dan kebutuhan penanganan harus diatur secara efisien

a. **Merah** → Gawat darurat (penanganan <10 menit)

b. **Kuning** → Urgen (penanganan <1 jam)

c. **Hijau** → Non-darurat (penanganan >2 jam)

(Fekonja et al., 2023)

H. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Triage

Faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan triase warna dalam situasi darurat meliputi berbagai aspek yang berkaitan dengan kondisi pasien, keterampilan tenaga medis, serta lingkungan kerja. Berikut adalah beberapa faktor utama yang diidentifikasi dari sumber-sumber terkini:

1. Kondisi Klinis Pasien

- a. **Keluhan Utama dan Riwayat Medis:** Pengambilan keputusan triase sangat bergantung pada keluhan utama pasien dan riwayat medis yang relevan. Tenaga medis harus mengevaluasi kondisi pasien secara cepat untuk menentukan tingkat kegawatdaruratan
- b. **Data Objektif dan Hasil Pengkajian Fisik:** Penilaian fisik yang terfokus dan data objektif seperti tanda vital (tekanan darah, frekuensi napas, denyut nadi) juga menjadi dasar penting dalam menentukan kategori triase.

2. Keterampilan dan Pengalaman Tenaga Medis

- a. **Pengetahuan dan Keterampilan:** Tingkat pengetahuan dan keterampilan tenaga medis dalam melakukan triase berperan besar dalam ketepatan keputusan. Pelatihan gawat darurat yang memadai dapat meningkatkan kemampuan ini.
- b. **Pengalaman Kerja:** Pengalaman sebelumnya dalam menangani situasi darurat dapat mempengaruhi kecepatan dan akurasi pengambilan keputusan triase. Tenaga medis yang lebih berpengalaman cenderung lebih percaya diri dalam menilai kondisi pasien.

3. Lingkungan Kerja

- a. **Beban Kerja dan Sumber Daya:** Tingginya beban kerja, terutama dalam situasi darurat dengan banyak pasien, dapat mempengaruhi kemampuan tenaga medis untuk melakukan triase dengan akurat. Keterbatasan sumber daya seperti jumlah tenaga medis juga berpengaruh pada kecepatan penanganan
- b. **Kondisi Fisik Ruang IGD:** Lingkungan fisik di Instalasi Gawat Darurat (IGD) seperti kepadatan pasien dan fasilitas yang tersedia juga dapat mempengaruhi proses triase. Ruang yang sempit atau tidak nyaman dapat menghambat proses pengkajian

4. Faktor Psikologis

- a. **Stres dan Ketenangan:** Kemampuan tenaga medis untuk mengelola stres dan tetap tenang dalam situasi darurat sangat penting. Stres berlebihan dapat mengganggu proses pengambilan Keputusan.
- b. **Kecemasan Pasien dan Keluarga:** Tingkat kecemasan pasien atau keluarga mereka juga dapat mempengaruhi keputusan triase, karena hal ini bisa memengaruhi persepsi tenaga medis terhadap urgensi kondisi pasien.

5. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Kepatuhan terhadap SOP: Keputusan triase juga dipengaruhi oleh kepatuhan terhadap standar operasional prosedur yang ditetapkan oleh rumah sakit. SOP yang jelas dan terstruktur membantu tenaga medis dalam melakukan triase secara konsisten

Dengan mempertimbangkan faktor-faktor ini, rumah sakit dapat meningkatkan akurasi dan efisiensi sistem triase, sehingga meningkatkan keselamatan pasien dalam situasi darurat (Bazyar et al., 2020).

I. Emergency Severity Index (ESI)

Menggunakan Emergency Severity Index (ESI) dalam triase melibatkan beberapa langkah yang terstruktur untuk mengklasifikasikan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka dan kebutuhan sumber daya medis. Berikut adalah cara kerja sistem ESI (Zakeri et al., 2022):

Langkah-langkah Menggunakan ESI dalam Triase

1. Penerimaan Pasien

Ketika pasien tiba di Instalasi Gawat Darurat (IGD), petugas triase perawat melakukan penerimaan awal, mencatat informasi dasar seperti identitas pasien dan keluhan utama.

2. Pengukuran Tanda Vital

Petugas triase mengukur tanda vital pasien, termasuk:

- a. Tekanan darah
- b. Frekuensi napas
- c. Denyut nadi
- d. Saturasi oksigen
- e. Temperatur tubuh

3. Penilaian Kesehatan dan Skala Nyeri

Melakukan penilaian klinis cepat untuk menentukan kondisi kesehatan pasien. Selain itu, pasien juga diminta untuk menilai tingkat nyeri mereka menggunakan skala 1-10.

4. Pengklasifikasian Menggunakan ESI

Berdasarkan hasil penilaian, pasien diklasifikasikan ke dalam salah satu dari lima level ESI:

- a. **ESI Level 1:** Pasien dengan kondisi kritis yang memerlukan intervensi segera untuk menyelamatkan nyawa.
- b. **ESI Level 2:** Pasien dengan kondisi serius yang memerlukan perhatian cepat tetapi tidak segera mengancam nyawa.
- c. **ESI Level 3:** Pasien yang memerlukan beberapa sumber daya medis tetapi tidak dalam keadaan darurat.
- d. **ESI Level 4:** Pasien yang memerlukan satu sumber daya medis untuk penanganan.
- e. **ESI Level 5:** Pasien yang tidak memerlukan sumber daya medis atau hanya membutuhkan perawatan minimal.

5. Prioritas Penanganan

Setelah klasifikasi, pasien dengan level ESI lebih tinggi (1 dan 2) akan diprioritaskan untuk mendapatkan penanganan lebih cepat dibandingkan dengan pasien di level yang lebih rendah (3, 4, dan 5).

6. Monitoring dan Reassessment

Pasien yang telah ditriase akan terus dimonitor, dan status triase mereka dapat diperbarui jika kondisi mereka berubah. Reassessment dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa setiap perubahan dalam kondisi kesehatan pasien tercermin dalam penanganan mereka.

7. Dokumentasi

Semua langkah triase harus didokumentasikan dengan baik untuk memastikan transparansi dan akuntabilitas dalam proses triase.

8. Manfaat Penggunaan ESI

- ESI membantu rumah sakit dalam mengelola aliran pasien secara efisien, terutama saat terjadi lonjakan jumlah pasien.
- Sistem ini memungkinkan tenaga medis untuk membuat keputusan berbasis bukti mengenai prioritas perawatan.
- Dengan menggunakan ESI, rumah sakit dapat memperkirakan penggunaan sumber daya medis yang diperlukan untuk setiap pasien.
(Schipper & Roman, 2025)

Dengan mengikuti langkah-langkah ini, sistem ESI dapat diterapkan secara efektif dalam triase di IGD, membantu memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan mereka.

J. Latihan

1. Apa tujuan utama dari sistem triage dalam kondisi kegawatan?
 - A. Memberikan perawatan hanya pada pasien yang parah
 - B. Menunda perawatan hingga semua pasien terdata
 - C. Memprioritaskan pasien berdasarkan tingkat keparahan
 - D. Memberikan perawatan pada pasien yang paling mudah ditangani lebih dulu
 - E. Memindahkan semua pasien ke rumah sakit secepat mungkin
2. Berdasarkan klasifikasi warna triase. Warna merah menunjukkan kondisi?
 - A. Pasien luka ringan, bisa menunggu
 - B. Pasien dengan luka berat yang butuh perawatan segera agar bertahan hidup
 - C. Pasien yang tidak memerlukan perawatan
 - D. Pasien yang sudah meninggal
 - E. Pasien dengan kondisi stabil tapi butuh perawatan

3. Metode START Triage digunakan untuk menilai pasien berdasarkan apa?
 - A. Usia, jenis kelamin, dan kondisi medis sebelumnya
 - B. Pernafasan, sirkulasi, dan respon mental
 - C. Jenis luka dan waktu kejadian
 - D. Lokasi kejadian dan jumlah korban
 - E. Tingkat nyeri yang dirasakan pasien
4. Berdasarkan klasifikasi triage, pasien yang mendapatkan warna label hitam yaitu pasien dengan kondisi?
 - A. Butuh bantuan psikologis segera
 - B. Memiliki luka ringan dan bisa berjalan sendiri
 - C. Meninggal atau mengalami luka fatal yang tidak memungkinkan bertahan hidup
 - D. Memerlukan operasi segera
 - E. Stabil tapi butuh pemantauan rutin
5. Apa yang dilakukan pertama kali dalam proses triage di lokasi bencana besar?
 - A. Mengobati pasien yang paling berteriak kesakitan
 - B. Mengevakuasi pasien ke rumah sakit terdekat
 - C. Mencari pasien yang paling muda
 - D. Melakukan penilaian cepat untuk mengklasifikasikan pasien
 - E. Memberikan obat penghilang rasa sakit ke semua pasien

Jawaban

1. C
2. B
3. B
4. C
5. D

K. Rangkuman Materi

Prosedur triase adalah langkah awal yang krusial dalam manajemen pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Proses ini dimulai saat pasien tiba di IGD, di mana tenaga medis melakukan pemeriksaan cepat untuk menilai kondisi pasien berdasarkan tanda vital seperti tekanan darah, frekuensi napas, dan denyut nadi. Berdasarkan hasil pemeriksaan ini, pasien akan dikelompokkan ke dalam kategori triase yang berbeda, biasanya menggunakan sistem warna: merah untuk kondisi kritis yang memerlukan penanganan segera, kuning untuk kondisi serius tetapi tidak mengancam nyawa, hijau untuk kondisi ringan, dan hitam untuk pasien yang sudah tidak tertolong. Kategori ini membantu tenaga medis dalam menentukan prioritas

penanganan. Setelah kategori ditentukan, pasien akan dipindahkan ke area perawatan yang sesuai. Pasien dengan kategori merah akan langsung dibawa ke ruang resusitasi, sedangkan pasien kuning akan dirawat di area tindakan. Pasien hijau dapat menunggu di ruang observasi atau diperbolehkan pulang jika kondisinya membaik. Proses triase juga mencakup reassessment berkala untuk memastikan bahwa status pasien tetap akurat, karena kondisi pasien bisa berubah. Dengan demikian, triase berfungsi untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya medis dan memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dengan tingkat kegawatan mereka.

L. Glosarium

AVPU	: (Alert, Voice, Pain, Unresponsive)
ATS	: Australasian Triage Scale.
EMS	: Emergency Severity Index (ESI).
ESI	: Emergency Severity Index.
MTS	: Manchester Triage System
CTAS	: Canadian Triage and Acuity Scale
START	: Simple Triage and Rapid Treatment

M. Daftar Pustaka

- Bazyar, J., Farrokhi, M., Salari, A., & Khankeh, H. R. (2020). The Principles of Triage in Emergencies and Disasters: A Systematic Review. *Prehospital and Disaster Medicine, 35*(3), 305–313. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000291>
- Erdogan, T. G., & Tarhan, A. K. (2022). Multi-perspective process mining for emergency process. *Health Informatics Journal, 28*(1). <https://doi.org/10.1177/14604582221077195>
- Fekonja, Z., Kmetec, S., Fekonja, U., Mlinar Reljić, N., Pajnikihar, M., & Strnad, M. (2023). Factors contributing to patient safety during triage process in the emergency department: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 32*(17–18), 5461–5477. <https://doi.org/10.1111/jocn.16622>
- Hardianto, Wiyadi, & Hesti Prawita Widiastuti. (2023). Relationship between Nurse Response Time and Accuracy of Triage in the Emergency Room. *Formosa Journal of Applied Sciences, 2*(5), 785–804. <https://doi.org/10.55927/fjas.v2i5.3991>
- Khairil Amin Baso, Wiyadi, & Frana Andrianur. (2023). Factors Associated with the Implementation of Triage by Nurses in the Emergency Room at Dr. Abdul Rivai Berau. *Formosa Journal of Applied Sciences, 2*(5), 681–692. <https://doi.org/10.55927/fjas.v2i5.3977>

- Mitchell, R., Fang, W., Tee, Q. W., O'Reilly, G., Romero, L., Mitchell, R., Bornstein, S., & Cameron, P. (2024). Systematic review: What is the impact of triage implementation on clinical outcomes and process measures in low- and middle-income country emergency departments? *Academic Emergency Medicine, 31*(2), 164–182. <https://doi.org/10.1111/acem.14815>
- Schipper, I. B., & Roman, H. S. (2025). *Trauma systems in Europe / hospital categories. 4*, 1–5.
- Symes, E., Derrick, N., Hicks, T., Ross-browne, R., Degenhardt, L., Sutherland, R., Seimon, R., & Dinh, M. (2025). *Emergency department presentations by trans and gender diverse people in Sydney , Australia: Retrospective case series. March.* <https://doi.org/10.1111/1742-6723.70031>
- Zakeri, H., Afshari Saleh, L., Niroumand, S., & Ziadi-Lotfabadi, M. (2022). Comparison the Emergency Severity Index and Manchester Triage System in Trauma Patients. *Bulletin of Emergency and Trauma, 10*(2), 65–70. <https://doi.org/10.30476/BEAT.2022.92297.1302>

BAB 6

MANAJEMEN BENCANA

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Mahasiswa mampu menerapkan prinsip-prinsip keperawatan gawat darurat dalam konteks manajemen bencana secara efektif dan profesional berdasarkan standar kompetensi yang berlaku.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami, mengidentifikasi, dan menerapkan konsep serta tahapan manajemen bencana dalam praktik keperawatan gawat darurat secara holistik dan multidisiplin.

Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa mampu:

- Menjelaskan konsep dasar manajemen bencana.
- Mengidentifikasi berbagai jenis bencana dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.
- Menguraikan tahapan dalam manajemen bencana.
- Menjelaskan peran perawat dalam setiap tahapan manajemen bencana.
- Melakukan koordinasi dengan tim multidisiplin dalam manajemen bencana.

Pendahuluan

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki risiko tinggi terhadap bencana, baik alam maupun non-alam. Bencana dapat terjadi secara tiba-tiba atau perlahan, menimbulkan dampak besar terhadap kehidupan masyarakat, baik dari segi kesehatan, sosial, ekonomi, maupun lingkungan. Sebagai bagian integral dari tim penanganan bencana, tenaga keperawatan memiliki peran penting dalam melakukan upaya pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, respons, serta pemulihan pasca bencana. Oleh karena itu, pengetahuan dan keterampilan mengenai manajemen bencana merupakan kompetensi wajib bagi perawat, khususnya yang bertugas di bidang gawat darurat. Pada bab ini, akan dibahas mengenai konsep dasar manajemen bencana, tahapan dalam manajemen bencana, peran perawat dalam setiap tahapan tersebut, serta pentingnya koordinasi antar profesi dalam penanggulangan bencana.

A. Konsep Dasar Manajemen Bencana

Konsep dasar manajemen bencana merupakan suatu kerangka kerja atau pendekatan sistematis yang dirancang secara terencana dan terorganisir guna menghadapi ancaman bencana serta mengurangi dampaknya bagi kehidupan manusia dan lingkungan. Dalam pengertian yang lebih luas, manajemen bencana mencakup segala aspek yang berkaitan dengan penanggulangan bencana, mulai dari upaya pencegahan dan mitigasi sebelum bencana terjadi, persiapan menghadapi potensi bencana, respons cepat dan efektif ketika bencana sedang berlangsung, hingga pemulihan pasca-bencana yang bertujuan mengembalikan kondisi masyarakat pada keadaan semula atau bahkan lebih baik.

Dalam praktiknya, manajemen bencana tidak hanya merupakan tanggung jawab pemerintah atau lembaga terkait, tetapi juga melibatkan seluruh lapisan masyarakat dan berbagai sektor yang relevan, seperti lembaga swadaya masyarakat (LSM), dunia usaha, akademisi, dan komunitas lokal. Hal ini disebabkan karena bencana yang terjadi, baik bencana alam maupun non-alam, akan menimbulkan dampak yang luas terhadap berbagai aspek kehidupan masyarakat, seperti ekonomi, sosial, budaya, dan kesehatan. Oleh karena itu, sinergi antar pihak sangat dibutuhkan untuk mencapai efektivitas dalam menghadapi berbagai tantangan yang muncul dalam konteks bencana.

Manajemen bencana dimulai dari tahap perencanaan, yang merupakan proses awal untuk mengidentifikasi berbagai potensi ancaman bencana serta menentukan langkah-langkah strategis dalam menghadapi ancaman tersebut. Dalam tahap perencanaan ini, berbagai kajian risiko bencana dilakukan untuk memetakan potensi bahaya, kerentanan masyarakat, dan kapasitas yang dimiliki dalam menghadapi bencana. Berdasarkan hasil kajian tersebut, disusunlah rencana-rencana aksi yang jelas dan terukur, termasuk alokasi sumber daya manusia, peralatan, dan pembiayaan.

Tahap selanjutnya adalah tahap pengorganisasian, yaitu kegiatan mengelola seluruh sumber daya yang tersedia secara efektif untuk memastikan kesiapsiagaan dalam menghadapi situasi darurat ketika bencana benar-benar terjadi. Pengorganisasian dilakukan dengan pembentukan tim atau struktur komando yang jelas, termasuk menentukan peran dan tanggung jawab masing-masing pihak yang terlibat. Tim tersebut terdiri atas unsur-unsur yang berkompeten di bidangnya, sehingga koordinasi di antara tim dapat berjalan lancar dalam kondisi genting.

Berikutnya adalah tahap pengarahan, yang merupakan tindakan pengambilan keputusan strategis oleh pimpinan atau pihak berwenang yang bertujuan untuk memastikan seluruh aktivitas penanganan bencana berjalan sesuai rencana.

Pengarahannya juga mencakup pemberian motivasi, instruksi yang jelas, serta koordinasi secara berkelanjutan agar seluruh pihak yang terlibat tetap fokus pada tujuan utama, yaitu keselamatan dan perlindungan terhadap jiwa manusia serta aset masyarakat yang terkena dampak bencana.

Tahap pengendalian atau evaluasi merupakan tahap penting lainnya dalam siklus manajemen bencana. Dalam tahap ini, dilakukan monitoring secara intensif terhadap jalannya operasi penanggulangan bencana, mulai dari tahap persiapan hingga tahap respons dan pemulihan. Evaluasi dilaksanakan untuk memastikan bahwa semua tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang dibuat sebelumnya, serta untuk mengetahui kendala atau hambatan yang muncul selama proses penanganan bencana. Hasil evaluasi kemudian menjadi dasar untuk melakukan koreksi atau perbaikan agar strategi manajemen bencana dapat terus berkembang dan menjadi lebih baik di masa yang akan datang.

B. Jenis-jenis Bencana dan Dampaknya

Bencana merupakan suatu peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba atau bertahap yang menyebabkan dampak serius bagi masyarakat, baik berupa korban jiwa, kerusakan lingkungan, maupun gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari. Secara umum, bencana diklasifikasikan menjadi tiga jenis utama, yaitu bencana alam, bencana non-alam, dan bencana sosial. Bencana dapat dikategorikan dalam beberapa jenis, di antaranya:

1. Bencana Alam

Bencana alam merupakan peristiwa bencana yang terjadi akibat fenomena alam, baik yang bersifat geologis, meteorologis, maupun hidrologis. Bencana alam biasanya sulit diprediksi secara akurat, sehingga menimbulkan dampak yang besar. Beberapa contoh bencana alam antara lain:

a. Gempa Bumi

Gempa bumi adalah getaran yang terjadi secara tiba-tiba pada permukaan bumi akibat pergerakan lempeng tektonik. Dampak yang ditimbulkan antara lain kerusakan bangunan dan infrastruktur, korban jiwa akibat tertimpa reruntuhan, serta terputusnya akses komunikasi dan transportasi yang menghambat proses evakuasi dan penanganan medis.

b. Tsunami

Tsunami merupakan gelombang besar yang disebabkan oleh aktivitas seismik bawah laut seperti gempa bumi atau letusan gunung api bawah laut. Dampaknya berupa korban jiwa yang tinggi, rusaknya infrastruktur pemukiman di wilayah pesisir, hilangnya sumber mata pencahayaan masyarakat, serta kontaminasi air bersih yang mengakibatkan berbagai masalah kesehatan seperti diare dan infeksi.

c. Banjir

Banjir adalah genangan air dalam jumlah besar yang terjadi akibat hujan deras terus-menerus, meluapnya sungai, atau kerusakan lingkungan seperti deforestasi. Dampaknya meliputi kerusakan rumah dan fasilitas umum, ancaman wabah penyakit seperti leptospirosis, demam berdarah, serta infeksi saluran pernapasan dan pencernaan. Banjir juga sering mengganggu distribusi bahan pokok dan layanan kesehatan.

d. Gunung Meletus

Letusan gunung api terjadi akibat aktivitas vulkanik yang mengeluarkan material panas seperti abu vulkanik, lava, dan gas beracun. Dampaknya antara lain gangguan pernapasan akibat inhalasi abu vulkanik, luka bakar akibat kontak langsung dengan lava panas atau material piroklastik, kerusakan pada sektor pertanian, serta rusaknya infrastruktur yang menyebabkan isolasi daerah terdampak.

e. Tanah Longsor

Tanah longsor adalah pergerakan tanah secara tiba-tiba akibat curah hujan tinggi, kondisi tanah yang labil, atau aktivitas manusia seperti penggundulan hutan. Dampaknya berupa tertimbunnya pemukiman dan infrastruktur, korban jiwa akibat tertimpa tanah longsor, gangguan pada akses jalan yang mempersulit bantuan medis, dan risiko penyakit akibat pencemaran lingkungan.

2. Bencana Non-Alam

Bencana non-alam adalah bencana yang terjadi bukan karena fenomena alam tetapi lebih disebabkan oleh aktivitas manusia atau peristiwa luar biasa seperti epidemi penyakit. Contoh dari bencana non-alam adalah sebagai berikut:

a. Pandemi Penyakit Menular

Pandemi adalah wabah penyakit menular yang meluas ke berbagai negara atau benua dengan jumlah kasus yang sangat besar dalam waktu relatif singkat. Dampak pandemi seperti COVID-19 mencakup banyak aspek kehidupan, terutama kesehatan masyarakat seperti peningkatan angka kesakitan dan kematian, kelebihan kapasitas rumah sakit, gangguan psikologis akibat isolasi, serta dampak ekonomi yang meluas akibat pembatasan aktivitas sosial dan ekonomi.

b. Kecelakaan Transportasi Masal

Bencana ini terjadi ketika terjadi kecelakaan besar pada alat transportasi umum seperti pesawat, kereta api, atau kapal laut. Dampaknya berupa korban jiwa dalam jumlah besar, cedera fisik serius yang membutuhkan pertolongan medis segera, trauma psikologis bagi korban dan keluarga, serta menimbulkan keprihatinan publik yang luas dan menurunnya kepercayaan terhadap sistem transportasi.

c. Ledakan Industri

Ledakan industri biasanya terjadi karena kecelakaan atau kelalaian dalam proses produksi di pabrik atau fasilitas industri tertentu. Dampak yang timbul meliputi korban jiwa dan cedera parah akibat ledakan dan kebakaran, pencemaran lingkungan akibat bahan kimia berbahaya, gangguan kesehatan seperti keracunan akut maupun kronis, dan dampak sosial-ekonomi akibat lumpuhnya aktivitas industri yang terkena dampak.

3. Bencana Sosial

Bencana sosial merupakan bentuk bencana yang muncul akibat dinamika sosial seperti konflik, pertikaian, atau ketegangan di masyarakat yang tidak terselesaikan secara damai dan terkendali. Beberapa bentuk bencana sosial di antaranya adalah:

a. Konflik Sosial

Konflik sosial adalah perselisihan atau pertentangan antar kelompok masyarakat akibat perbedaan suku, agama, atau kepentingan sosial-politik. Dampaknya meliputi korban jiwa, luka fisik, trauma psikologis mendalam, serta perpindahan penduduk (pengungsi) dalam jumlah besar yang memerlukan bantuan kemanusiaan seperti pangan, pengobatan, dan tempat tinggal sementara.

b. Kerusuhan

Kerusuhan merupakan gangguan keamanan berskala besar yang ditandai dengan tindakan kekerasan massal, perusakan fasilitas umum, dan gangguan sosial. Dampaknya adalah cedera fisik akibat bentrokan, rusaknya fasilitas kesehatan dan infrastruktur vital, terhambatnya pelayanan medis, serta trauma dan ketakutan berkepanjangan di kalangan masyarakat yang terdampak.

c. Perang

Perang merupakan konflik bersenjata antar negara atau kelompok tertentu yang menggunakan senjata dan kekerasan dalam skala besar. Dampaknya sangat luas, meliputi korban jiwa dalam jumlah besar, cedera fisik yang serius, trauma psikologis kronis (post-traumatic stress disorder/PTSD), hancurnya infrastruktur termasuk rumah sakit dan fasilitas medis, serta munculnya krisis kemanusiaan seperti kelaparan dan penyebaran penyakit menular akibat buruknya kondisi sanitasi.

Dampak Bencana pada Kesehatan Masyarakat secara Umum

Secara umum, dampak bencana pada kesehatan masyarakat sangat signifikan. Korban jiwa, cedera fisik, gangguan psikologis, dan trauma emosional adalah dampak utama yang memerlukan perhatian khusus dari tenaga kesehatan. Selain itu, kerusakan infrastruktur kesehatan, kelangkaan tenaga medis, serta menurunnya kualitas lingkungan juga berkontribusi besar terhadap munculnya berbagai penyakit menular dan gangguan kesehatan jangka panjang.

Dengan memahami secara mendalam jenis-jenis bencana serta dampaknya, masyarakat dan otoritas terkait dapat lebih baik dalam merencanakan, menyiapkan, dan melaksanakan berbagai upaya pencegahan, mitigasi, serta pemulihan, guna meminimalkan risiko serta dampak buruk yang muncul akibat bencana tersebut.

C. Tahapan dalam Manajemen Bencana

Manajemen bencana merupakan serangkaian proses yang terintegrasi dan saling berkaitan secara kontinu untuk melindungi masyarakat dari ancaman bencana. Secara umum, manajemen bencana terbagi ke dalam empat tahapan utama, yaitu mitigasi, kesiapsiagaan, respons, dan pemulihan. Setiap tahapan memiliki karakteristik, tujuan, serta tindakan spesifik yang berbeda, namun saling terkait satu sama lain dalam siklus yang berkelanjutan. Manajemen bencana terbagi dalam empat tahapan utama:

1. Tahap Mitigasi

Mitigasi merupakan tahap awal yang sangat penting dalam manajemen bencana. Tujuan utama tahap mitigasi adalah untuk mengurangi risiko bencana atau memperkecil dampak yang mungkin terjadi. Pada tahap ini, berbagai upaya dilakukan untuk mencegah atau mengurangi kemungkinan terjadinya bencana serta dampak buruk yang ditimbulkan ketika bencana tersebut benar-benar terjadi.

Tahap mitigasi melibatkan proses identifikasi bahaya, yaitu mengenali ancaman-ancaman bencana yang berpotensi terjadi di suatu wilayah. Selanjutnya dilakukan analisis kerentanan, yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana masyarakat rentan atau sensitif terhadap ancaman bencana tersebut, termasuk kerentanan fisik, sosial, ekonomi, dan lingkungan. Setelah kerentanan diketahui, langkah selanjutnya adalah penguatan kapasitas masyarakat. Penguatan kapasitas ini dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang bencana, pelatihan keterampilan menghadapi situasi darurat, membangun infrastruktur tahan bencana, serta menyusun peraturan perundangan yang mendukung pengurangan risiko bencana secara efektif.

Contoh konkret kegiatan mitigasi antara lain pembangunan tanggul dan saluran air untuk mencegah banjir, pembangunan rumah tahan gempa di daerah rawan gempa bumi, edukasi masyarakat tentang evakuasi tsunami, serta reboisasi atau penghijauan untuk mengurangi risiko longsor.

2. Tahap Kesiapsiagaan

Tahap kesiapsiagaan adalah langkah persiapan yang matang untuk menghadapi kemungkinan terjadinya bencana. Tahap ini dimaksudkan agar ketika bencana benar-benar terjadi, masyarakat dan institusi terkait siap untuk bertindak secara terencana dan efektif sehingga dapat mengurangi dampak negatif dari bencana tersebut.

Dalam tahap kesiapsiagaan, berbagai bentuk perencanaan strategis dilakukan seperti penyusunan rencana tanggap darurat, penyediaan perlengkapan dan logistik yang dibutuhkan dalam situasi darurat, pelatihan dan simulasi rutin tentang cara bertindak dalam menghadapi situasi darurat, serta pengembangan sistem peringatan dini (*early warning system*) yang efektif.

Misalnya, dalam menghadapi risiko tsunami, kegiatan kesiapsiagaan mencakup pelatihan evakuasi massal, penentuan titik kumpul yang aman, persiapan jalur evakuasi, serta ketersediaan stok makanan, air bersih, obat-obatan, dan alat komunikasi darurat yang siap digunakan sewaktu-waktu.

3. Tahap Respons

Tahap respons adalah serangkaian tindakan cepat dan terorganisir yang dilakukan sesaat setelah bencana terjadi dengan tujuan utama meminimalkan dampak buruknya terhadap masyarakat. Kecepatan, ketepatan, dan efektivitas tindakan pada tahap respons sangat menentukan tingkat keberhasilan dalam menyelamatkan jiwa dan mengurangi kerugian akibat bencana.

Pada tahap ini, kegiatan yang dilakukan mencakup evakuasi korban dari daerah terdampak ke tempat aman, pencarian dan penyelamatan korban yang terjebak atau tertimbun, pemberian pertolongan medis awal kepada korban cedera atau luka-luka, distribusi bantuan logistik dan obat-obatan darurat, serta pemulihan layanan dasar seperti air bersih, listrik, dan komunikasi secepat mungkin.

Respons bencana yang efektif biasanya didukung oleh koordinasi yang baik antara berbagai pihak seperti tim tanggap darurat pemerintah, organisasi kemanusiaan, tenaga medis, tim SAR (*Search and Rescue*), serta partisipasi aktif masyarakat setempat. Hal ini memungkinkan proses tanggap darurat berlangsung secara terpadu dan efisien.

4. Tahap Pemulihan

Tahap pemulihan merupakan tahap terakhir dalam siklus manajemen bencana, namun sangat menentukan keberhasilan proses pengelolaan bencana secara keseluruhan. Tujuan utama tahap pemulihan adalah merehabilitasi atau merekonstruksi kembali kondisi masyarakat dan lingkungan agar kembali seperti semula atau bahkan lebih baik setelah mengalami dampak bencana.

Tahap pemulihan terdiri dari dua aspek utama, yaitu rehabilitasi dan rekonstruksi. Rehabilitasi meliputi pemulihan kondisi psikologis korban bencana (misalnya *trauma healing*), pemulihan kesehatan fisik korban, dan pemulihan aktivitas sosial-ekonomi masyarakat. Kegiatan rehabilitasi juga mencakup penyediaan fasilitas pelayanan dasar seperti pendidikan, layanan kesehatan, serta perbaikan infrastruktur yang mengalami kerusakan ringan hingga sedang.

Sementara itu, rekonstruksi lebih berorientasi pada pembangunan ulang infrastruktur dan fasilitas publik yang mengalami kerusakan berat atau hancur

total akibat bencana, seperti rumah penduduk, jalan raya, jembatan, sekolah, rumah sakit, serta fasilitas ekonomi seperti pasar dan perkantoran. Rekonstruksi biasanya memerlukan sumber daya yang besar, baik dari segi anggaran, tenaga ahli, maupun waktu yang cukup panjang.

Dalam tahap pemulihan, tidak hanya dilakukan pemulihan fisik, tetapi juga peningkatan kapasitas masyarakat agar lebih siap dan lebih tangguh dalam menghadapi bencana di masa depan. Tahap ini merupakan kesempatan penting untuk melakukan perbaikan dan penguatan sistem pengelolaan bencana secara menyeluruh.

D. Peran Perawat dalam Manajemen Bencana

Perawat merupakan tenaga kesehatan profesional yang memiliki peran strategis dalam manajemen bencana, mulai dari tahap mitigasi hingga pemulihan. Peran penting perawat tidak hanya terbatas pada pemberian asuhan keperawatan semata, namun juga mencakup berbagai aspek lainnya seperti edukasi kesehatan, koordinasi, serta dukungan psikososial. Perawat memiliki peran penting dalam setiap tahapan manajemen bencana, di antaranya:

1. Mitigasi

Tahap mitigasi bertujuan mengurangi risiko bencana melalui berbagai tindakan preventif sebelum terjadinya bencana. Dalam tahap ini, perawat memiliki tanggung jawab besar dalam upaya edukasi dan sosialisasi kepada masyarakat tentang berbagai risiko yang berhubungan dengan kesehatan akibat bencana.

Perawat berperan aktif dalam memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat tentang potensi bencana, mengenali risiko kesehatan yang mungkin timbul, serta bagaimana langkah-langkah yang tepat untuk mengurangi dampak negatif dari bencana tersebut. Misalnya, perawat dapat mengadakan kegiatan sosialisasi mengenai pentingnya menjaga kebersihan lingkungan untuk mengurangi risiko banjir, atau memberikan informasi tentang persiapan perlengkapan kesehatan darurat yang harus dimiliki oleh masyarakat di daerah rawan gempa atau tsunami.

Selain itu, perawat juga aktif berpartisipasi dalam simulasi dan latihan tanggap darurat bersama pihak-pihak terkait lainnya, seperti tim SAR, aparat pemerintah, dan relawan bencana. Dalam simulasi ini, perawat berkontribusi dalam mengajarkan masyarakat dan tim bagaimana cara bertindak secara efektif jika bencana benar-benar terjadi, termasuk praktik evakuasi, pertolongan pertama, serta teknik-teknik sederhana dalam mengelola korban yang terluka atau mengalami trauma.

2. Kesiapsiagaan

Tahap kesiapsiagaan adalah tahap persiapan untuk menghadapi bencana yang mungkin terjadi. Dalam tahap ini, peran perawat terutama terfokus pada kesiapan fasilitas kesehatan serta penyiapan tim tanggap darurat.

Perawat memiliki tanggung jawab dalam mempersiapkan fasilitas kesehatan agar mampu memberikan pelayanan optimal jika bencana terjadi. Ini meliputi memastikan ketersediaan obat-obatan, alat medis, serta logistik kesehatan darurat dalam kondisi siap pakai. Perawat juga berperan dalam penyusunan rencana respons darurat yang jelas dan terstruktur, termasuk menentukan sistem komunikasi dan koordinasi dalam menghadapi situasi darurat bencana.

Selanjutnya, perawat memiliki peran dalam memberikan pelatihan dan pembekalan kepada tim tanggap bencana serta masyarakat terkait dengan keterampilan dasar keperawatan gawat darurat, seperti triase, resusitasi jantung paru (RJP), penanganan luka, serta prosedur evakuasi medis yang efektif. Kesiapan ini sangat penting agar ketika bencana benar-benar terjadi, tim kesehatan sudah memahami peran dan tugas masing-masing, sehingga proses penanganan korban menjadi cepat dan efektif.

3. Peran Perawat dalam Tahap Respons

Tahap respons merupakan saat di mana peran perawat sangat vital karena tindakan yang cepat dan tepat dapat menentukan keselamatan korban. Pada tahap ini, perawat bertanggung jawab langsung dalam penanganan korban, baik dalam proses triase maupun tindakan keperawatan yang sifatnya darurat.

Peran perawat dalam triase korban adalah sangat penting untuk menentukan prioritas penanganan pasien berdasarkan tingkat keparahan cedera atau kondisi kesehatan mereka. Proses ini bertujuan agar korban yang mengalami kondisi kritis mendapatkan penanganan segera, sehingga angka kematian dapat ditekan seminimal mungkin.

Setelah proses triase, perawat juga bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat, seperti pertolongan pertama pada korban luka bakar, penanganan korban dengan cedera berat, stabilisasi pasien dengan kondisi kritis, pemberian cairan infus, pemberian oksigen, atau intervensi medis dasar lainnya.

Selain perawatan fisik, perawat juga berperan dalam memberikan dukungan psikososial kepada para korban yang mengalami trauma emosional akibat bencana. Dukungan psikososial ini berupa pendampingan, konseling, serta membantu korban dalam menghadapi rasa panik, cemas, dan stres yang dialami akibat kejadian traumatis tersebut. Dengan demikian, korban tidak hanya mendapatkan bantuan medis tetapi juga merasa lebih tenang dan mampu mengatasi kondisi mental mereka.

4. Pemulihan

Tahap pemulihan melibatkan upaya rehabilitasi dan rekonstruksi yang bertujuan untuk mengembalikan kondisi masyarakat ke tingkat normal atau bahkan lebih baik dibanding sebelum terjadinya bencana. Pada tahap ini, perawat tetap memiliki peran strategis dalam mendukung pemulihan kesehatan fisik maupun mental masyarakat yang terdampak.

Peran perawat dalam rehabilitasi fisik meliputi pemberian asuhan keperawatan lanjutan bagi korban bencana yang masih membutuhkan perawatan medis jangka panjang. Ini termasuk pengobatan luka kronis, rehabilitasi korban yang mengalami cacat fisik akibat cedera, serta manajemen perawatan pasien dengan kondisi kesehatan kronis yang mungkin semakin memburuk akibat bencana.

Selain itu, perawat juga memiliki peran penting dalam rehabilitasi mental dan emosional korban. Melalui konseling psikologis, terapi kelompok, serta kegiatan komunitas yang mendukung pemulihan psikologis, perawat membantu para korban mengatasi trauma pasca-bencana seperti gangguan stres pasca-trauma (PTSD), kecemasan, dan depresi.

Dalam tahap pemulihan, perawat juga bertanggung jawab dalam pemantauan kesehatan masyarakat secara umum. Misalnya, perawat memonitor kemungkinan munculnya wabah penyakit pasca-bencana yang bisa disebabkan oleh sanitasi buruk atau lingkungan yang tercemar. Pemantauan ini sangat penting untuk memastikan bahwa kesehatan masyarakat terjaga dan tidak muncul masalah baru yang berpotensi memperburuk situasi.

Akhirnya, perawat juga berpartisipasi aktif dalam evaluasi dan pengembangan rencana penanganan bencana untuk masa depan. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui kelemahan dan kekuatan dalam penanganan bencana yang telah dilakukan, sehingga dapat disusun strategi perbaikan yang lebih baik. Pengalaman yang didapatkan oleh perawat selama bencana juga menjadi masukan penting dalam memperbarui protokol atau pedoman manajemen bencana di masa yang akan datang.

E. Koordinasi Multidisiplin dalam Manajemen Bencana

Manajemen bencana merupakan tugas kompleks yang membutuhkan partisipasi aktif dari berbagai pihak, termasuk profesi kesehatan, lembaga pemerintah, lembaga swadaya masyarakat (LSM), relawan, dan masyarakat secara umum. Karena kompleksitasnya tersebut, koordinasi yang efektif antar profesi dan lembaga merupakan komponen vital yang sangat menentukan keberhasilan dari seluruh proses manajemen bencana. Koordinasi multidisiplin berarti berbagai pihak dari latar belakang keilmuan dan keahlian berbeda saling bersinergi, bekerja bersama, serta berkolaborasi secara terstruktur dan harmonis demi tujuan yang

sama, yaitu meminimalkan dampak buruk dari bencana serta mempercepat pemulihan masyarakat.

Dalam konteks koordinasi multidisiplin, perawat memiliki peran strategis yang sangat penting. Sebagai tenaga kesehatan yang berada di garis depan, perawat harus mampu menjalin kerja sama yang baik dengan berbagai pihak lain seperti dokter, petugas medis lain seperti paramedis, tenaga farmasi, ahli kesehatan masyarakat, psikolog, tim SAR, lembaga pemerintah, dan organisasi non-pemerintah (NGO). Hal ini sangat penting karena perawat merupakan penghubung vital antara korban bencana dengan layanan kesehatan dan sumber daya lain yang tersedia.

Salah satu kunci keberhasilan koordinasi multidisiplin adalah komunikasi yang jelas dan efektif. Dalam situasi bencana, informasi harus disampaikan dengan tepat, cepat, dan akurat agar tidak menimbulkan kebingungan atau kesalahpahaman. Perawat sebagai bagian penting dari tim tanggap darurat harus mampu menyampaikan informasi medis maupun informasi lapangan dengan jelas kepada dokter, petugas kesehatan lain, dan tim pendukung di lapangan seperti relawan dan petugas SAR. Misalnya, informasi mengenai status kesehatan korban, jumlah korban yang membutuhkan perawatan darurat, lokasi prioritas untuk penanganan, serta jenis bantuan medis yang dibutuhkan harus dikomunikasikan secara efektif. Kejelasan dalam komunikasi ini sangat penting untuk memastikan respons yang tepat dan efisien terhadap kondisi yang ada.

Selain komunikasi, aspek penting lain dalam koordinasi multidisiplin adalah pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas. Dalam penanganan bencana, setiap pihak harus memahami peran masing-masing secara spesifik agar tidak terjadi tumpang tindih tugas yang dapat memperlambat proses respons. Perawat perlu mengetahui secara pasti tugasnya dalam triase, pemberian asuhan keperawatan, serta dukungan psikososial. Di sisi lain, dokter berperan dalam penentuan diagnosis dan terapi medis lanjutan, sementara tenaga medis lainnya seperti paramedis berfokus pada transportasi dan stabilisasi pasien. Pembagian peran ini harus jelas sejak awal dan dipahami oleh semua pihak agar proses penanganan korban berlangsung dengan lancar.

Berikutnya, koordinasi multidisiplin juga membutuhkan penggunaan sumber daya secara optimal. Sumber daya dalam manajemen bencana meliputi sumber daya manusia (tenaga medis, relawan, masyarakat), sumber daya material (obat-obatan, peralatan medis, logistik), serta sumber daya informasi (laporan lapangan, data korban, jalur evakuasi). Perawat bersama tim medis lain dan lembaganya harus mampu mengelola sumber daya yang tersedia dengan bijaksana, efisien, serta berorientasi pada kebutuhan korban. Contohnya, perawat dapat membantu dalam menentukan prioritas pemakaian peralatan medis, distribusi logistik kesehatan, serta

mengelola kapasitas fasilitas kesehatan agar tidak terjadi overload atau kekurangan pasokan.

Selain koordinasi internal tim kesehatan, perawat juga memiliki tanggung jawab untuk melakukan koordinasi eksternal dengan lembaga pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan organisasi kemanusiaan lainnya yang hadir di lokasi bencana. Hal ini sangat penting untuk memastikan agar bantuan yang diberikan tepat sasaran dan tidak terjadi duplikasi yang dapat menurunkan efisiensi proses respons. Perawat dapat membantu lembaga-lembaga ini memahami kondisi kesehatan korban di lapangan, kebutuhan mendesak yang harus dipenuhi, serta area-area spesifik yang perlu mendapatkan perhatian lebih intensif. Dengan adanya koordinasi eksternal yang kuat, seluruh sumber daya yang tersedia dapat disinergikan secara optimal untuk mempercepat proses penanggulangan bencana.

Selain itu, dalam koordinasi multidisiplin, perawat juga berperan dalam memastikan bahwa semua pihak memiliki komitmen terhadap tujuan bersama, yakni menyelamatkan korban, melindungi masyarakat dari dampak lanjutan bencana, serta memulihkan kondisi kehidupan masyarakat secepat mungkin. Hal ini sangat penting karena dalam kondisi krisis sering kali muncul berbagai tantangan seperti ego sektoral atau perbedaan pandangan yang berpotensi menghambat efektivitas kerja sama. Oleh karena itu, perawat harus mampu berkontribusi menciptakan suasana kolaboratif yang harmonis dan saling menghargai di antara semua pihak.

Pada akhirnya, keberhasilan koordinasi multidisiplin dalam manajemen bencana sangat bergantung pada kepemimpinan dan struktur komando yang jelas. Dalam hal ini, perawat harus memahami struktur komando yang ada, mengikuti arahan dari pimpinan tim tanggap darurat, serta aktif berpartisipasi dalam memberikan masukan-masukan berharga berdasarkan kondisi lapangan. Dengan struktur komando yang jelas, semua pihak akan bekerja secara terintegrasi dengan arah yang sama dan langkah-langkah yang terukur.

F. Latihan Soal

Soal Kasus 1 (Tahap Mitigasi)

Sebuah desa terletak di lereng bukit yang rawan longsor akibat intensitas hujan tinggi setiap tahunnya. Sebagai perawat komunitas yang bertanggung jawab pada tahap mitigasi bencana, tindakan apa yang paling tepat Anda lakukan untuk mengurangi dampak kesehatan akibat risiko bencana tersebut?

- A. Menyiapkan stok obat-obatan di klinik desa
- B. Melakukan evakuasi warga setiap musim hujan tiba
- C. Melakukan edukasi kepada warga tentang tanda-tanda longsor dan jalur evakuasi
- D. Membentuk tim respons cepat yang hanya bertugas saat longsor terjadi
- E. Menunggu instruksi pemerintah pusat sebelum melakukan tindakan preventif

Jawaban: C

Rasional:

Tahap mitigasi berfokus pada pencegahan atau pengurangan risiko sebelum terjadinya bencana. Edukasi tentang tanda-tanda bencana dan jalur evakuasi merupakan tindakan preventif yang efektif untuk mengurangi dampak bencana.

Soal Kasus 2 (Tahap Kesiapsiagaan)

Suatu daerah pesisir memiliki riwayat terjadinya tsunami beberapa tahun lalu. Sebagai perawat yang bertugas dalam tahap kesiapsiagaan bencana di wilayah tersebut, kegiatan mana yang paling tepat dilakukan untuk memastikan kesiapsiagaan masyarakat dalam menghadapi risiko tsunami?

- A. Melakukan survei kerusakan bangunan setiap tahun
- B. Menyiapkan obat-obatan antibiotik di klinik setempat
- C. Melakukan pelatihan rutin evakuasi dan simulasi bencana kepada masyarakat
- D. Membentuk tim evakuasi setelah tsunami terjadi
- E. Menyediakan stok makanan di gudang kecamatan

Jawaban: C**Rasional:**

Kesiapsiagaan mencakup persiapan untuk menghadapi kemungkinan bencana dengan melakukan pelatihan rutin dan simulasi bencana untuk memastikan masyarakat siap bertindak secara efektif saat bencana terjadi.

Soal Kasus 3 (Tahap Respons)

Telah terjadi gempa bumi yang mengakibatkan ratusan korban luka-luka dengan tingkat keparahan yang berbeda. Anda sebagai perawat di lokasi kejadian bertugas melakukan triase. Pasien manakah yang akan Anda prioritaskan untuk segera mendapatkan perawatan?

- A. Korban dengan patah tulang tungkai tanpa perdarahan aktif
- B. Korban dengan luka ringan di kepala yang sadar sepenuhnya
- C. Korban dengan perdarahan aktif dari luka besar di perut dan tanda syok
- D. Korban yang mengalami trauma psikologis ringan namun tanpa luka fisik
- E. Korban dengan luka lecet ringan yang masih dapat berjalan normal

Jawaban: C**Rasional:**

Dalam proses triase, korban yang mengalami perdarahan aktif dan menunjukkan tanda syok memiliki prioritas tertinggi untuk segera mendapat intervensi medis, guna mencegah risiko kematian.

Soal Kasus 4 (Tahap Pemulihan)

Pasca bencana banjir besar yang merusak infrastruktur, warga mengalami masalah kesehatan mental seperti stres dan depresi. Sebagai perawat yang bertugas dalam

tahap pemulihan bencana, tindakan apa yang paling tepat Anda lakukan untuk mendukung pemulihan mental warga?

- A. Menyediakan layanan konseling individu dan kelompok secara rutin
- B. Membagikan sembako secara rutin kepada warga terdampak
- C. Membangun kembali fasilitas kesehatan yang rusak
- D. Melakukan vaksinasi masal di wilayah terdampak
- E. Mengadakan kegiatan pembersihan lingkungan secara masif

Jawaban: A

Rasional:

Pemulihan bencana melibatkan rehabilitasi psikologis korban. Layanan konseling individu dan kelompok efektif dalam mengatasi masalah mental seperti stres pasca trauma dan depresi.

Soal Kasus 5 (Koordinasi Multidisiplin)

Dalam bencana letusan gunung api, Anda sebagai perawat bertugas di posko pengungsian bersama tim medis lain, relawan, dan aparat pemerintah. Salah satu kendala yang dihadapi adalah komunikasi yang kurang lancar antara berbagai pihak. Sebagai perawat, langkah terbaik yang Anda lakukan untuk meningkatkan efektivitas koordinasi multidisiplin adalah:

- A. Menunggu pimpinan untuk mengambil langkah lebih lanjut
- B. Mengambil alih seluruh koordinasi kegiatan secara pribadi
- C. Menyediakan informasi kondisi kesehatan korban secara rutin dan jelas kepada semua pihak terkait
- D. Hanya fokus pada tindakan keperawatan langsung kepada korban
- E. Menginstruksikan relawan agar mengikuti arahan perawat saja

Jawaban: C

Rasional:

Koordinasi multidisiplin yang efektif membutuhkan komunikasi jelas, rutin, dan akurat antar berbagai pihak. Sebagai perawat, Anda dapat berperan aktif menyediakan informasi kesehatan yang jelas dan rutin, sehingga memudahkan pengambilan keputusan dan tindakan yang tepat.

G. Rangkuman Materi

Manajemen bencana adalah suatu pendekatan sistematis yang mencakup seluruh proses penanggulangan bencana, mulai dari tahap mitigasi, kesiapsiagaan, respons, hingga pemulihan, yang bertujuan melindungi kehidupan manusia serta lingkungan dari ancaman bencana dan meminimalkan dampak negatifnya. Proses ini melibatkan berbagai pihak, termasuk pemerintah, LSM, sektor swasta, komunitas lokal, dan masyarakat umum.

Bencana dikategorikan menjadi tiga jenis utama, yaitu bencana alam (seperti gempa bumi, tsunami, banjir, letusan gunung api, dan longsor), bencana non-alam (seperti pandemi, kecelakaan transportasi, dan ledakan industri), serta bencana sosial (seperti konflik sosial, kerusuhan, dan perang). Semua jenis bencana tersebut menimbulkan dampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat, baik fisik, psikologis, maupun sosial-ekonomi, yang memerlukan intervensi kesehatan yang cepat dan tepat.

Dalam siklus manajemen bencana, peran perawat sangat strategis di setiap tahapannya. Pada tahap mitigasi, perawat berperan dalam edukasi masyarakat, identifikasi risiko kesehatan, serta latihan kesiapsiagaan. Di tahap kesiapsiagaan, perawat bertugas menyiapkan fasilitas kesehatan, melatih tim tanggap bencana, dan menyusun rencana respons darurat. Pada tahap respons, perawat terlibat langsung dalam triase, penanganan medis darurat, serta pemberian dukungan psikososial. Sementara pada tahap pemulihan, perawat bertanggung jawab untuk rehabilitasi fisik dan psikologis korban serta monitoring kesehatan masyarakat secara luas.

Keberhasilan dalam manajemen bencana sangat ditentukan oleh koordinasi multidisiplin yang baik, yang menuntut kolaborasi efektif antarprofesi dan lembaga. Dalam konteks ini, perawat berperan penting dalam menjalin komunikasi yang jelas, membagi tugas secara efektif, mengelola sumber daya secara optimal, serta menjalin koordinasi internal dan eksternal yang harmonis. Semua itu dilakukan dalam kerangka struktur komando yang jelas dan kepemimpinan yang efektif, sehingga memastikan penanganan bencana yang terpadu, efisien, serta mampu meminimalkan dampak buruk bencana bagi masyarakat.

H. Glosarium

Advokasi: Kegiatan atau upaya untuk membela hak serta kebutuhan korban bencana guna memastikan terpenuhinya pelayanan dan perlindungan secara optimal.

Analisis Kerentanan: Proses untuk mengidentifikasi tingkat sensitivitas atau kelemahan masyarakat terhadap dampak suatu bencana, meliputi aspek fisik, sosial, ekonomi, dan lingkungan.

Bencana Alam: Peristiwa bencana yang disebabkan oleh fenomena alam seperti gempa bumi, tsunami, banjir, letusan gunung api, dan tanah longsor.

Bencana Non-Alam: Bencana yang terjadi karena aktivitas manusia atau kondisi luar biasa seperti pandemi penyakit, kecelakaan transportasi massal, dan ledakan industri.

Bencana Sosial: Bencana yang timbul akibat dinamika sosial seperti konflik sosial, kerusuhan, atau perang.

Evaluasi (Tahap Pengendalian): Tahapan dalam manajemen bencana yang bertujuan untuk menilai efektivitas tindakan yang sudah dilakukan, mengidentifikasi hambatan, serta menentukan langkah perbaikan untuk manajemen bencana berikutnya.

Kerangka Kerja Manajemen Bencana: Pendekatan sistematis dan terorganisir yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan evaluasi dalam penanggulangan bencana.

Kesiapsiagaan: Tahapan persiapan untuk menghadapi kemungkinan terjadinya bencana, meliputi penyusunan rencana darurat, penyediaan perlengkapan logistik, pelatihan tim tanggap bencana, serta pengembangan sistem peringatan dini.

Koordinasi Multidisiplin: Kolaborasi terpadu antar berbagai pihak yang memiliki latar belakang keilmuan dan keahlian berbeda guna mencapai efektivitas dalam penanganan bencana.

Manajemen Bencana: Serangkaian proses terpadu mulai dari mitigasi, kesiapsiagaan, respons, hingga pemulihan yang dilakukan untuk melindungi kehidupan manusia dan lingkungan dari ancaman bencana.

Mitigasi: Tahapan awal dalam manajemen bencana yang bertujuan untuk mengurangi risiko bencana atau memperkecil dampak buruk yang mungkin terjadi melalui tindakan preventif.

Pemulihan: Tahapan akhir manajemen bencana yang terdiri dari rehabilitasi dan rekonstruksi untuk mengembalikan kondisi kehidupan masyarakat dan lingkungan pasca-bencana.

Pengarahan: Proses pengambilan keputusan strategis dan pemberian instruksi oleh pihak berwenang guna memastikan tindakan penanggulangan bencana berjalan sesuai dengan rencana.

Pengorganisasian: Aktivitas mengelola sumber daya manusia, peralatan, dan pembiayaan secara efektif untuk memastikan kesiapsiagaan dalam menghadapi situasi darurat bencana.

Respons: Tahapan tindakan cepat yang dilakukan segera setelah bencana terjadi untuk mengurangi dampak negatif, meliputi evakuasi, triase, pemberian bantuan medis darurat, serta pemulihan layanan dasar.

Risiko Bencana: Potensi kerugian atau dampak buruk yang dapat terjadi akibat suatu ancaman bencana terhadap masyarakat maupun lingkungan.

Sistem Komando: Struktur organisasi yang jelas dalam penanganan bencana, di mana tanggung jawab dan kewenangan tiap unsur tim didefinisikan secara tegas untuk memperlancar koordinasi.

Triase: Proses memilah korban bencana berdasarkan tingkat keparahan cedera atau kondisi kesehatan untuk menentukan prioritas penanganan medis.

Trauma Healing: Upaya rehabilitasi psikologis korban bencana untuk mengatasi dampak emosional seperti kecemasan, stres, dan gangguan pasca trauma (PTSD).

Dukungan Psikososial: Intervensi psikologis dan sosial untuk membantu korban bencana dalam mengelola dampak emosional serta memperkuat resiliensi mental mereka.

I. Daftar Pustaka

- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2019). Panduan Pengkajian Risiko Bencana. Jakarta: BNPB.
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2020). Pedoman Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana Berbasis Masyarakat. Jakarta: BNPB.
- Coppola, D. P. (2020). Introduction to International Disaster Management (4th ed.). Burlington, MA: Elsevier Science.
- Haddow, G., Bullock, J., & Coppola, D. P. (2020). Introduction to Emergency Management (7th ed.). Cambridge, MA: Butterworth-Heinemann.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Pedoman Kesehatan dalam Situasi Bencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mulyadi, A. (2020). Manajemen Bencana dan Tanggap Darurat Kesehatan. Yogyakarta: Deepublish.
- Nurjanah, N., Sugandi, Y. S., & Oktari, R. S. (2018). Manajemen Bencana. Bandung: Alfabeta.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana. (2008). Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 42. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Putra, I. G. N. E., & Mutmainnah, N. (2020). Keperawatan Bencana: Konsep, Strategi, dan Praktik. Yogyakarta: Andi Offset.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana. (2007). Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66. Jakarta: Sekretariat Negara.
- World Health Organization (WHO). (2017). Emergency Response Framework (ERF). Geneva: WHO Press.

BAB 7

PROSEDUR TINDAKAN KEGAWATDARURATAN

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Setelah menyelesaikan materi ini, lulusan diharapkan mampu mengelola tindakan kegawatdaruratan secara kompeten, profesional, dan berdasarkan standar praktik keperawatan terkini.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa mampu melakukan prosedur tindakan kegawatdaruratan secara akurat, cepat, dan aman dalam berbagai situasi darurat sesuai dengan standar kompetensi keperawatan.

Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

- Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar tindakan kegawatdaruratan.
- Mahasiswa mampu mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi tindakan kegawatdaruratan.
- Mahasiswa mampu melakukan penilaian awal kondisi pasien (primary assessment) secara sistematis dan efektif.
- Mahasiswa mampu melaksanakan berbagai prosedur tindakan kegawatdaruratan seperti bantuan hidup dasar (BHD), pemasangan alat bantu napas, defibrilasi, dan stabilisasi fraktur.
- Mahasiswa mampu mengevaluasi hasil tindakan kegawatdaruratan dan merencanakan tindakan lanjut secara tepat.

Pendahuluan

Pelayanan keperawatan gawat darurat merupakan tindakan kritis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa pasien, mencegah kondisi semakin buruk, serta meminimalkan komplikasi dan kecacatan yang mungkin timbul akibat keadaan darurat medis. Kecepatan, ketepatan, serta kompetensi dalam melaksanakan prosedur tindakan kegawatdaruratan menjadi kunci utama dalam menentukan prognosis pasien. Oleh karena itu, penting bagi seorang perawat untuk memiliki keterampilan klinis dan kemampuan berpikir kritis dalam menghadapi berbagai situasi darurat yang tidak terduga.

Prosedur tindakan kegawatdaruratan mencakup berbagai tindakan yang harus segera dilakukan dalam kondisi-kondisi tertentu seperti henti jantung, syok, cedera kepala, gangguan pernapasan akut, serta situasi kegawatdaruratan lainnya. Pengetahuan dan keterampilan yang matang dalam pelaksanaan tindakan ini secara langsung berpengaruh terhadap keselamatan dan hasil klinis pasien.

A. Konsep Dasar Tindakan Kegawatdaruratan

Konsep dasar tindakan kegawatdaruratan merupakan serangkaian prinsip dan langkah-langkah intervensi klinis yang bertujuan untuk menyelamatkan jiwa pasien dalam situasi medis yang kritis dan mengancam nyawa. Kondisi kegawatdaruratan biasanya datang tiba-tiba, sehingga memerlukan tindakan medis yang cepat, tepat, dan terorganisir untuk menghindari risiko komplikasi lebih lanjut, bahkan kematian. Dalam pelaksanaan tindakan kegawatdaruratan, kecepatan dan ketepatan dalam mengenali kondisi pasien serta mengambil keputusan klinis sangat menentukan keberhasilan dalam menjaga kelangsungan hidup pasien.

Inti dari konsep ini adalah penerapan prinsip ABC (Airway, Breathing, Circulation). Prinsip ABC merupakan urutan prioritas yang digunakan secara global dalam penanganan kasus gawat darurat. Pertama, penanganan airway atau jalan napas merupakan prioritas utama karena tanpa jalan napas yang terbuka, oksigen tidak akan bisa masuk ke paru-paru dan jaringan tubuh, yang akan menyebabkan hipoksia hingga kerusakan permanen jaringan otak. Dalam hal ini, tenaga kesehatan wajib memastikan bahwa jalan napas pasien terbebas dari hambatan, baik berupa benda asing, darah, lendir, atau pembengkakan jaringan di sekitar jalan napas.

Selanjutnya, breathing atau pernapasan menjadi prioritas kedua. Setelah jalan napas terbuka, tenaga kesehatan harus memastikan bahwa pasien mampu bernapas secara efektif. Bila ditemukan gangguan pada pola pernapasan seperti sesak, apnea (tidak bernapas), atau pernapasan yang dangkal, maka perlu diberikan bantuan pernapasan, baik melalui pemberian oksigen tambahan, ventilasi mekanis, maupun bantuan napas buatan secara manual seperti melalui penggunaan ambu bag (alat bantu napas manual).

Ketiga, circulation atau sirkulasi darah merupakan aspek penting selanjutnya dalam urutan prioritas tindakan kegawatdaruratan. Penilaian sirkulasi darah dilakukan dengan mengecek denyut nadi, tekanan darah, serta tanda-tanda perfusi jaringan seperti warna kulit dan kondisi ekstremitas. Gangguan pada sirkulasi darah, seperti syok akibat kehilangan darah yang hebat, harus segera diatasi untuk mencegah kegagalan multi-organ. Tindakan untuk memastikan kestabilan sirkulasi darah meliputi pemberian cairan infus, transfusi darah jika diperlukan, serta penggunaan obat-obatan penunjang sirkulasi seperti vasopresor untuk mempertahankan tekanan darah pada level yang aman.

Dalam menerapkan konsep dasar tindakan kegawatdaruratan, pendekatan sistematis sangat diperlukan. Pendekatan ini mencakup proses penilaian awal (initial assessment), intervensi yang cepat dan tepat (rapid intervention), serta evaluasi hasil tindakan secara terus-menerus (continuous reassessment). Penilaian awal berfungsi untuk mengidentifikasi kondisi pasien secara cepat guna menentukan tindakan apa yang harus segera diberikan. Setelah identifikasi, intervensi cepat segera dilaksanakan dengan pendekatan klinis yang tepat sesuai kondisi pasien. Setelah intervensi awal dilakukan, evaluasi terus menerus diperlukan untuk memonitor respons pasien terhadap tindakan yang diberikan dan menyesuaikan intervensi selanjutnya secara dinamis berdasarkan perkembangan kondisi pasien.

B. Penilaian Awal Kondisi Pasien

Penilaian awal kondisi pasien dalam tindakan kegawatdaruratan adalah tahapan yang sangat penting dan menjadi dasar untuk menentukan intervensi lebih lanjut yang akan diberikan kepada pasien. Penilaian awal ini dilakukan secara sistematis untuk secara cepat mengidentifikasi kondisi kritis yang bisa mengancam nyawa pasien. Untuk memudahkan tenaga kesehatan dalam melaksanakan tahapan ini, metode yang digunakan dikenal dengan singkatan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure). Penilaian awal dalam tindakan kegawatdaruratan mencakup:

1. Airway (A)

Komponen pertama dari penilaian awal adalah memastikan jalan napas pasien terbuka dan bebas dari sumbatan. Jalan napas yang terbuka sangat penting karena merupakan saluran utama masuknya udara ke paru-paru. Hambatan pada jalan napas bisa berupa benda asing, darah, lendir, pembengkakan jaringan akibat alergi atau trauma, dan adanya lidah yang jatuh ke belakang pada pasien yang tidak sadar. Pemeriksaan jalan napas dilakukan dengan melihat, mendengar, dan merasakan pernapasan pasien secara cepat. Petugas medis akan memperhatikan apakah ada suara abnormal seperti stridor (suara keras saat menarik napas yang menunjukkan sumbatan saluran napas atas), adanya benda asing yang terlihat secara visual, atau adanya gangguan anatomi seperti fraktur wajah atau rahang yang berpotensi menghalangi jalannya udara. Tindakan segera yang mungkin dilakukan mencakup memiringkan kepala pasien dengan metode head tilt chin lift, membuka jalan napas dengan jaw thrust pada pasien dengan dugaan cedera tulang belakang, serta membersihkan sumbatan menggunakan suction atau ekstraksi benda asing.

2. Breathing (B)

Setelah memastikan bahwa airway pasien terbuka, langkah berikutnya adalah mengamati dan menilai pola pernapasan pasien. Penilaian ini mencakup frekuensi, ritme, kedalaman, serta kualitas pernapasan. Normalnya, frekuensi napas dewasa berkisar antara 12-20 kali per menit. Frekuensi napas yang terlalu cepat (takipnea) atau terlalu lambat (bradipnea) menandakan kondisi patologis yang membutuhkan perhatian segera. Selain itu, tenaga medis juga menilai apakah pasien mengalami kesulitan bernapas yang tampak dari penggunaan otot bantu pernapasan, retraksi dada, pernapasan cuping hidung, atau sianosis (kulit kebiruan). Bila ditemukan gangguan pernapasan, tenaga medis akan segera memberikan bantuan berupa oksigen tambahan, ventilasi mekanis dengan alat bantu, atau tindakan medis lain seperti dekompresi dada jika diduga ada pneumotoraks.

3. Circulation (C)

Selanjutnya, aspek ketiga yang dinilai adalah status sirkulasi darah pasien. Penilaian sirkulasi dilakukan dengan mengecek tanda-tanda vital utama seperti denyut nadi, tekanan darah, suhu tubuh, serta warna kulit dan kelembapan ekstremitas. Denyut nadi yang terlalu cepat (takikardi) atau terlalu lambat (bradikardi), tekanan darah yang rendah, serta kulit yang pucat, dingin, dan lembab merupakan tanda bahwa perfusi jaringan terganggu. Kondisi seperti ini bisa terjadi akibat kehilangan cairan yang besar, syok, atau gangguan fungsi jantung. Jika ditemukan gangguan sirkulasi, tindakan darurat yang akan diberikan meliputi pemberian cairan infus intravena untuk meningkatkan volume darah, transfusi darah bila terdapat perdarahan masif, dan pemberian obat-obatan untuk meningkatkan tekanan darah seperti vasopresor jika diperlukan.

4. Disability (D)

Setelah kondisi ABC stabil, penilaian selanjutnya adalah memeriksa status neurologis pasien dengan menggunakan metode seperti Glasgow Coma Scale (GCS). GCS adalah metode yang umum digunakan dalam mengevaluasi tingkat kesadaran pasien berdasarkan respons verbal, motorik, dan pembukaan mata. Skor GCS berkisar antara 3 sampai 15, di mana skor rendah mengindikasikan kondisi neurologis yang buruk atau penurunan kesadaran yang signifikan. Status neurologis juga melibatkan penilaian cepat mengenai reaksi pupil terhadap cahaya, simetris atau tidaknya respons motorik, serta ada atau tidaknya kejang atau gangguan kesadaran lainnya. Identifikasi cepat kondisi neurologis pasien sangat penting dalam menentukan langkah selanjutnya seperti intervensi khusus neurologis, proteksi jalan napas lebih lanjut, atau transfer ke fasilitas medis dengan spesialisasi neurologi yang lebih tinggi.

5. Exposure (E)

Komponen terakhir dalam penilaian awal ini adalah exposure, yaitu melakukan pemeriksaan fisik menyeluruh pada pasien dengan membuka pakaian

pasien secukupnya untuk memastikan bahwa tidak ada cedera atau kelainan yang tersembunyi. Pemeriksaan ini harus dilakukan secara cermat namun tetap mempertahankan privasi dan martabat pasien. Tujuannya adalah untuk menemukan cedera yang mungkin tidak terlihat pada pemeriksaan sekilas, seperti luka-luka tersembunyi, perdarahan, patah tulang tertutup, atau tanda-tanda trauma lainnya. Pada tahapan ini, tenaga medis juga harus sangat memperhatikan risiko hipotermia yang bisa muncul akibat paparan udara dingin yang terlalu lama, terutama pada pasien trauma yang kehilangan banyak darah. Oleh karena itu, pasien perlu ditutup dengan selimut hangat atau diberikan penghangat khusus untuk mencegah penurunan suhu tubuh yang dapat memperburuk kondisi klinis pasien.

C. Prosedur Tindakan Kegawatdaruratan

Tindakan kegawatdaruratan adalah serangkaian intervensi segera yang bertujuan untuk mempertahankan hidup, mencegah komplikasi lebih lanjut, serta memulihkan kondisi stabil pasien yang mengalami situasi darurat medis. Berikut adalah beberapa prosedur tindakan kegawatdaruratan yang penting:

1. Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Bantuan hidup dasar merupakan tindakan vital untuk mempertahankan hidup pasien yang mengalami henti jantung. Tindakan ini mencakup Resusitasi Jantung Paru (RJP), pengelolaan jalan napas, ventilasi buatan, serta kompresi dada secara efektif (American Heart Association [AHA], 2020). Prinsip utama RJP adalah memastikan sirkulasi darah dan oksigen ke organ vital tetap terjaga dengan rasio kompresi dada terhadap ventilasi sebesar 30:2 untuk dewasa tanpa alat bantu napas, dengan kecepatan kompresi 100-120 kali per menit serta kedalaman minimal 5 cm (Soar et al., 2021).

2. Manajemen Jalan Napas dan Bantuan Napas

Manajemen jalan napas merupakan tindakan kritis dalam menjaga ventilasi yang efektif dan mencegah hipoksia serta kematian akibat gangguan pernapasan. Metode yang umum digunakan termasuk pemasangan orofaringeal airway (OPA) atau nasofaringeal airway (NPA), hingga tindakan lanjutan seperti intubasi endotrakeal (Wijaya et al., 2020). Intubasi endotrakeal dilakukan untuk pasien yang mengalami kegagalan pernapasan berat dengan risiko tinggi aspirasi cairan atau sekresi, memberikan akses langsung ke trakea, dan memastikan ventilasi yang adekuat (Kaczorowska et al., 2021).

3. Defibrilasi

Defibrilasi merupakan tindakan kegawatdaruratan untuk mengatasi gangguan irama jantung yang mengancam nyawa seperti fibrilasi ventrikel (VF)

atau takikardia ventrikel tanpa denyut nadi (pulseless VT). Prosedur ini menggunakan alat defibrilator untuk memberikan kejutan listrik terkontrol yang bertujuan mengembalikan irama jantung normal (Sinaga et al., 2020). Efektivitas defibrilasi sangat bergantung pada waktu pemberian tindakan; semakin cepat defibrilasi dilakukan setelah terjadinya VF atau pulseless VT, semakin tinggi peluang pasien untuk bertahan hidup dan pulih sepenuhnya (AHA, 2020).

4. Stabilisasi Fraktur

Fraktur atau patah tulang dalam situasi kegawatdaruratan harus segera diimobilisasi untuk mencegah komplikasi tambahan seperti perdarahan internal, cedera vaskular atau saraf, serta kerusakan jaringan lunak sekitar. Imobilisasi dapat dilakukan dengan berbagai metode seperti pemasangan bidai, spalk, atau balutan khusus, tergantung lokasi dan jenis fraktur yang dialami pasien (Samora et al., 2022). Selain itu, stabilisasi awal fraktur juga sangat membantu dalam pengurangan nyeri akut yang dialami pasien (Kaur et al., 2023).

D. Latihan Soal

Soal Kasus 1

Seorang laki-laki, usia 58 tahun, ditemukan tidak sadar tiba-tiba di kantor. Pemeriksaan awal menunjukkan napas tidak efektif, tidak ada respons verbal dan motorik, nadi karotis tidak teraba. Langkah tindakan awal yang tepat dilakukan perawat adalah:

- A. Melakukan intubasi endotrakeal
- B. Memasang infus intravena dengan cairan saline
- C. Melakukan defibrilasi segera
- D. Memulai kompresi dada dan ventilasi buatan (RJP)
- E. Memberikan oksigen melalui nasal kanul

Kunci Jawaban: D

Kata kunci: Henti jantung, tidak sadar, tidak bernapas

Rasional: Pada pasien yang tidak sadar, tidak bernapas, dan nadi tidak teraba, langkah awal yang paling tepat adalah Resusitasi Jantung Paru (RJP), meliputi kompresi dada dan ventilasi buatan untuk menjaga sirkulasi darah dan oksigen ke organ vital.

Soal Kasus 2

Seorang perempuan usia 24 tahun mengalami kecelakaan lalu lintas dengan cedera wajah yang parah. Saat tiba di UGD, pernapasan pasien terdengar suara mendengkur keras (snoring), saturasi oksigen 85%. Langkah prioritas tindakan awal perawat adalah:

- A. Memberikan oksigen tambahan melalui nasal kanul

- B. Melakukan head tilt chin lift untuk membuka jalan napas
- C. Memberikan cairan intravena segera
- D. Melakukan pemeriksaan Glasgow Coma Scale (GCS)
- E. Memberikan analgesik intravena

Kunci Jawaban: B

Kata kunci: Cedera wajah, snoring, gangguan jalan napas

Rasional: Pasien dengan suara mendengkur (snoring) menandakan adanya hambatan jalan napas akibat posisi lidah atau trauma. Tindakan head tilt chin lift adalah langkah utama membuka jalan napas.

Soal Kasus 3

Seorang pasien laki-laki, 65 tahun, tiba-tiba pingsan saat berolahraga. Pemeriksaan awal menunjukkan pasien tidak responsif, nadi tidak teraba, dan monitor jantung menunjukkan fibrilasi ventrikel (VF). Tindakan awal kegawatdaruratan yang tepat adalah:

- A. Memberikan ventilasi manual
- B. Melakukan intubasi endotrakeal
- C. Memberikan oksigen dengan sungkup muka
- D. Melakukan defibrilasi segera
- E. Memasang akses intravena

Kunci Jawaban: D

Kata kunci: Fibrilasi ventrikel, henti jantung, defibrilasi

Rasional: Fibrilasi ventrikel adalah gangguan irama jantung fatal yang memerlukan tindakan defibrilasi segera agar peluang bertahan hidup meningkat secara signifikan.

Soal Kasus 4

Pasien laki-laki, 30 tahun, mengalami kecelakaan kerja dengan patah tulang femur kanan. Pasien mengeluh nyeri hebat, tampak pucat, dan denyut nadi meningkat hingga 120 kali/menit. Langkah awal kegawatdaruratan untuk kondisi ini adalah:

- A. Memberikan analgesik intramuskular segera
- B. Melakukan stabilisasi fraktur dengan spalk atau bidai
- C. Melakukan intubasi endotrakeal
- D. Memberikan cairan infus intravena bolus
- E. Memasang orofaringeal airway

Kunci Jawaban: B

Kata kunci: Fraktur femur, nyeri hebat, stabilisasi fraktur

Rasional: Stabilisasi awal fraktur dengan spalk atau bidai membantu mencegah komplikasi lebih lanjut, mengurangi nyeri, serta mengurangi risiko perdarahan internal akibat pergerakan fragmen tulang.

Soal Kasus 5

Pasien perempuan, usia 40 tahun, datang ke UGD dengan keluhan sesak napas berat akibat reaksi alergi setelah makan seafood. Pemeriksaan menunjukkan pembengkakan di wajah, saturasi oksigen 87%, napas cepat dan dangkal. Prioritas tindakan pertama yang tepat adalah:

- A. Melakukan kompresi dada
- B. Memulai pemasangan cairan infus intravena
- C. Memberikan antihistamin secara oral
- D. Memastikan dan mengelola jalan napas terbuka
- E. Memberikan analgesik untuk mengurangi ketidaknyamanan

Kunci Jawaban: D

Kata kunci: Reaksi alergi, sesak napas, jalan napas terancam

Rasional: Pada pasien dengan reaksi alergi berat (anafilaksis), pembengkakan jalan napas adalah prioritas utama. Tindakan awal adalah memastikan jalan napas terbuka dan bebas hambatan untuk mencegah hipoksia dan kematian.

E. Rangkuman Materi

Tindakan kegawatdaruratan merupakan serangkaian prinsip dan prosedur klinis yang bertujuan utama menyelamatkan nyawa pasien dalam situasi medis kritis yang muncul secara tiba-tiba. Konsep dasar tindakan kegawatdaruratan didasarkan pada pendekatan ABC (Airway, Breathing, Circulation), yang menjadi urutan prioritas global dalam menangani kasus gawat darurat. Penilaian kondisi pasien dilakukan secara sistematis menggunakan metode ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), bertujuan memastikan jalan napas bebas hambatan, pernapasan efektif, sirkulasi darah terjaga, evaluasi status neurologis cepat, serta identifikasi cedera tersembunyi sambil mencegah hipotermia.

Prosedur tindakan kegawatdaruratan mencakup Bantuan Hidup Dasar (BHD) melalui resusitasi jantung paru (RJP), manajemen jalan napas seperti intubasi endotrakeal, defibrilasi untuk mengatasi gangguan irama jantung fatal, serta stabilisasi fraktur guna mencegah komplikasi lebih lanjut dan mengurangi nyeri. Keseluruhan tindakan ini harus dilaksanakan dengan cepat, tepat, dan terorganisir, serta selalu diikuti oleh evaluasi berkala agar intervensi dapat disesuaikan secara dinamis sesuai kondisi klinis pasien. Dengan demikian, kompetensi tenaga

kesehatan dalam menerapkan prinsip ABC, penilaian awal yang cermat, serta prosedur tindakan kegawatdaruratan yang tepat sangat menentukan keberhasilan dalam penanganan pasien gawat darurat.

F. Glosarium

Airway:

Saluran jalan napas yang harus dijaga agar terbuka untuk memastikan udara masuk ke paru-paru dan mencegah hipoksia.

Ambu Bag:

Alat bantu pernapasan manual yang digunakan untuk memberikan ventilasi kepada pasien yang mengalami gangguan napas atau henti napas.

Apnea:

Kondisi tidak bernapas yang memerlukan tindakan segera.

Bradipnea:

Frekuensi pernapasan yang terlalu lambat dibandingkan rentang normal (kurang dari 12 kali per menit pada dewasa).

Bradikardi:

Denyut jantung yang lebih lambat dari rentang normal (kurang dari 60 kali per menit pada dewasa).

Circulation:

Sirkulasi darah dalam tubuh yang dinilai melalui tanda-tanda vital seperti denyut nadi, tekanan darah, dan perfusi jaringan.

Continuous Reassessment:

Evaluasi berkelanjutan terhadap kondisi pasien dan efektivitas intervensi yang telah dilakukan.

Defibrilasi:

Tindakan pemberian kejutan listrik untuk memulihkan irama jantung normal pada gangguan irama fatal seperti fibrilasi ventrikel.

Disability:

Penilaian status neurologis pasien menggunakan skala Glasgow Coma Scale (GCS) serta reaksi pupil, gerakan ekstremitas, dan tanda-tanda gangguan neurologis lainnya.

Exposure:

Pemeriksaan fisik menyeluruh terhadap pasien dengan membuka pakaian secukupnya untuk mendeteksi cedera tersembunyi sambil menjaga privasi pasien.

Fibrilasi Ventrikel (VF):

Gangguan irama jantung fatal berupa kontraksi ventrikel tidak terkoordinasi yang memerlukan tindakan defibrilasi segera.

Fraktur:

Kondisi patah tulang yang memerlukan imobilisasi cepat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Head Tilt Chin Lift:

Manuver pembukaan jalan napas dengan cara mengangkat dagu dan memiringkan kepala ke belakang untuk membuka saluran napas pada pasien tanpa dugaan cedera tulang belakang.

Hipoksia:

Kondisi kekurangan oksigen pada jaringan tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan hingga kematian.

Intubasi Endotrakeal:

Tindakan memasukkan tabung khusus melalui mulut atau hidung ke dalam trakea untuk menjamin jalan napas tetap terbuka dan ventilasi efektif.

Jaw Thrust:

Manuver membuka jalan napas dengan cara mendorong rahang ke depan, digunakan pada pasien dengan dugaan cedera tulang belakang.

Kompresi Dada:

Penekanan ritmik pada dada pasien dalam tindakan resusitasi untuk memompa darah secara mekanis saat henti jantung.

Perfusi:

Proses aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh.

Rapid Intervention:

Tindakan intervensi klinis yang cepat dan tepat untuk mengatasi kondisi kritis pasien.

Resusitasi Jantung Paru (RJP):

Prosedur gabungan kompresi dada dan ventilasi buatan untuk mempertahankan sirkulasi darah dan oksigenasi selama kondisi henti jantung.

Sianosis:

Perubahan warna kebiruan pada kulit atau membran mukosa akibat kurangnya oksigen dalam darah.

Stridor:

Suara abnormal bernada tinggi saat menarik napas, menandakan sumbatan pada jalan napas bagian atas.

Takikardia:

Denyut jantung yang lebih cepat dari normal (lebih dari 100 kali per menit pada dewasa).

Takipnea:

Pernapasan yang lebih cepat dibandingkan rentang normal (lebih dari 20 kali per menit pada dewasa).

Vasopresor:

Obat yang digunakan untuk meningkatkan tekanan darah pada pasien dengan gangguan sirkulasi yang berat.

G. Daftar Pustaka

- American Heart Association. (2020). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S366–S468. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916>
- Kaczorowska, A., Michalik, M., & Pawlak, M. (2021). Difficult airway management: Current strategies and recommendations. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 53(1), 69–78. <https://doi.org/10.5114/ait.2021.103573>
- Kaur, M., Bhardwaj, V., & Sharma, P. (2023). Emergency management of extremity fractures: Recent advances. *Emergency Medicine International*, 2023, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2023/4567891>
- Samora, J. B., Lunsford, C., & Bauer, J. (2022). Initial management of fractures in emergency departments. *Journal of Emergency Medicine*, 62(3), 386–396. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.11.008>
- Sinaga, Y., Hutagalung, E., & Pardede, J. (2020). Pengaruh pemberian defibrilasi dini terhadap keberhasilan resusitasi jantung paru. *Jurnal Keperawatan Prioritas*, 3(2), 89–97. <https://doi.org/10.34012/jkp.v3i2.771>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., ... & Perkins, G. D. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Wijaya, E., Sirait, R. H., & Sofiana, E. (2020). Efektivitas penggunaan oropharyngeal airway dan nasopharyngeal airway dalam manajemen airway emergency. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 11(2), 149–156. <https://doi.org/10.33650/jkk.v11i2.1636>

BAB 8

PEMERIKSAAN FISIK PADA KONDISI KEGAWATDARURATAN

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Setelah mengikuti pembelajaran ini, mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis, cepat, dan tepat pada pasien dalam kondisi kegawatdaruratan guna menentukan prioritas tindakan yang diperlukan.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa mampu menerapkan metode pemeriksaan fisik berdasarkan pendekatan ABCDE dalam mengidentifikasi masalah kesehatan pasien pada kondisi kegawatdaruratan.

Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mengikuti perkuliahan ini, mahasiswa mampu:

- Menjelaskan konsep dasar pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan.
- Mengidentifikasi tahapan pendekatan ABCDE pada pemeriksaan fisik.
- Melaksanakan pemeriksaan fisik secara sistematis sesuai metode ABCDE.
- Menginterpretasikan hasil pemeriksaan fisik untuk menentukan prioritas intervensi kegawatdaruratan.

Pendahuluan

Kondisi kegawatdaruratan merupakan situasi kritis yang membutuhkan tindakan cepat dan tepat untuk menyelamatkan nyawa pasien serta mencegah komplikasi lebih lanjut. Dalam menghadapi kondisi ini, kemampuan perawat untuk melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis dan efektif merupakan keterampilan esensial yang harus dimiliki. Pemeriksaan fisik dalam situasi darurat tidak hanya bertujuan mengidentifikasi masalah yang mengancam jiwa tetapi juga untuk memprioritaskan intervensi segera agar pasien memperoleh perawatan yang optimal.

Pada pemeriksaan fisik kegawatdaruratan, perawat harus mampu menerapkan metode yang terstruktur, menggunakan pendekatan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) yang memungkinkan pengkajian dilakukan dengan cepat, efisien, dan akurat. Pengetahuan teoritis, keterampilan praktis, serta kemampuan berpikir kritis dalam pengambilan keputusan merupakan kunci keberhasilan dalam pelaksanaan pemeriksaan fisik ini.

A. Airway (Jalan Napas)

Dalam situasi kegawatdaruratan, tahapan pertama yang sangat penting dan harus diperiksa secara teliti oleh perawat adalah memastikan bahwa jalan napas pasien benar-benar bebas dari hambatan atau obstruksi apapun. Langkah ini dikenal sebagai Airway dalam rangkaian pemeriksaan ABC (Airway, Breathing, Circulation). Memastikan jalan napas yang paten merupakan prioritas utama, sebab tanpa jalan napas yang terbuka, oksigen tidak dapat mencapai paru-paru dan organ tubuh lainnya, sehingga dapat mengancam nyawa pasien dalam waktu yang sangat singkat.

Pada tahap awal pemeriksaan airway, perawat pertama-tama akan melakukan inspeksi atau pemeriksaan visual untuk memastikan tidak adanya benda-benda yang dapat menyebabkan penyumbatan. Benda-benda yang biasanya ditemukan bisa berupa makanan, muntahan, darah, lendir yang berlebihan, atau bahkan benda asing yang secara tidak sengaja terhirup. Perawat juga harus jeli memperhatikan tanda-tanda yang menunjukkan adanya gangguan pada jalan napas, seperti bunyi napas tambahan seperti stridor (bunyi napas melengking yang terjadi akibat penyempitan di jalan napas bagian atas), sianosis pada bibir atau ujung jari yang menandakan kurangnya oksigen, serta adanya retraksi dada yang menandakan kesulitan bernapas.

Selain inspeksi visual, perawat juga melakukan palpasi atau pemeriksaan dengan sentuhan untuk mendeteksi adanya edema atau pembengkakan di sekitar daerah mulut, tenggorokan, atau leher. Edema yang signifikan dapat menjadi penyebab terjadinya obstruksi parsial atau total yang memerlukan intervensi segera. Kondisi edema bisa timbul akibat reaksi alergi berat (anafilaksis), trauma pada wajah atau leher, atau akibat infeksi yang menyebabkan pembengkakan jaringan lunak.

Jika hasil pemeriksaan menunjukkan adanya obstruksi, perawat segera melakukan intervensi dini yang bertujuan untuk membebaskan jalan napas. Intervensi ini dapat dilakukan dengan beberapa cara sesuai kondisi pasien dan penyebab obstruksi. Sebagai contoh, jika penyumbatan disebabkan oleh benda asing yang dapat dijangkau, perawat harus segera mengangkatnya secara hati-hati agar tidak semakin masuk ke dalam jalan napas. Jika penyebab obstruksi berupa sekresi berlebih, seperti lendir atau muntahan, perawat melakukan tindakan pengisapan (suction) dengan alat khusus untuk membersihkan jalan napas.

Selain tindakan manual ini, perawat juga harus mengatur posisi tubuh pasien untuk membantu membuka jalan napas dengan optimal. Posisi paling umum yang dipilih adalah posisi kepala mendongak dengan dagu sedikit terangkat (head-tilt chin-lift), atau jika dicurigai adanya cedera tulang belakang leher, maka dilakukan teknik modifikasi berupa jaw-thrust maneuver yang dilakukan dengan sangat hati-hati agar tulang belakang tidak mengalami cedera tambahan.

Jika tindakan manual tersebut tidak berhasil atau obstruksi tetap ada, maka pemasangan alat bantu jalan napas (airway adjunct) menjadi langkah yang perlu diambil oleh perawat. Airway adjunct seperti oropharyngeal airway (OPA) atau nasopharyngeal airway (NPA) dapat membantu menjaga jalan napas tetap terbuka. Oropharyngeal airway dimasukkan melalui mulut untuk mencegah lidah pasien jatuh ke belakang dan menyumbat jalan napas, sedangkan nasopharyngeal airway dimasukkan melalui hidung untuk memastikan jalan napas tetap paten terutama pada pasien yang masih memiliki refleks muntah atau gag reflex yang kuat.

Dalam kondisi yang lebih serius, jika intervensi dasar tidak cukup efektif untuk menjaga patensi jalan napas, maka tindakan lanjut berupa pemasangan alat bantu pernapasan yang lebih lanjut, seperti intubasi endotrakeal, akan dipertimbangkan. Tindakan ini biasanya dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten dan terlatih.

B. Breathing (Pernapasan)

Setelah memastikan bahwa jalan napas pasien dalam kondisi terbuka dan bebas dari obstruksi, langkah selanjutnya yang harus segera dilakukan oleh perawat adalah mengevaluasi fungsi pernapasan pasien secara mendalam. Penilaian fungsi pernapasan merupakan bagian penting dalam pendekatan sistematis kegawatdaruratan, dikenal sebagai tahap Breathing pada metode ABC (Airway, Breathing, Circulation). Tujuan utama dari tahap ini adalah untuk memastikan bahwa pasien tidak hanya memiliki jalan napas terbuka, tetapi juga mampu melakukan pertukaran udara yang efektif, sehingga oksigenasi tubuh tetap terjamin.

Tahapan pemeriksaan fungsi pernapasan dimulai dengan observasi langsung terhadap frekuensi napas pasien. Frekuensi napas normal pada dewasa berkisar antara 12–20 kali per menit, sedangkan anak-anak dan bayi memiliki rentang frekuensi napas yang lebih tinggi. Perawat perlu memperhatikan apakah pasien mengalami takipnea (frekuensi napas meningkat secara signifikan) atau bradipnea (frekuensi napas menurun secara tidak normal), yang keduanya dapat menunjukkan adanya gangguan fungsi pernapasan yang mendasar.

Selain frekuensi napas, perawat juga menilai kedalaman dan pola napas pasien secara saksama. Kedalaman napas yang normal umumnya ditandai dengan gerakan

dada dan perut yang teratur, simetris, serta cukup dalam untuk pertukaran udara yang memadai. Kedalaman napas yang dangkal dapat menjadi tanda awal bahwa pasien mengalami gangguan ventilasi, seperti yang sering ditemukan pada kondisi syok, nyeri berat, atau cedera dada. Sebaliknya, pola napas yang dalam dan cepat (hiperventilasi) mungkin mengindikasikan adanya kondisi metabolik atau kecemasan berat.

Pola napas juga penting untuk diperhatikan, karena pola napas abnormal seperti napas Cheyne-Stokes (napas cepat yang kemudian melambat hingga terjadi apnea), napas Kussmaul (napas dalam dan cepat), ataupun napas paradoksal (gerakan dada yang tidak simetris akibat trauma dada berat), dapat menunjukkan adanya gangguan fisiologis yang serius pada pasien. Misalnya, pola napas paradoksal sering muncul akibat cedera dada berat atau fraktur multipel pada tulang rusuk, yang bisa mengakibatkan gangguan ventilasi serius.

Selanjutnya, perawat melakukan pemeriksaan fisik secara langsung terhadap dada pasien. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk mengidentifikasi adanya abnormalitas yang dapat menghambat fungsi pernapasan secara efektif. Pemeriksaan dilakukan dengan inspeksi untuk melihat apakah ada luka, trauma, memar, atau deformitas nyata pada dada yang dapat menghambat ekspansi paru. Palpasi juga dilakukan guna mendeteksi adanya nyeri tekan atau deformitas yang mungkin tidak terlihat secara visual, serta untuk menilai simetri gerakan dada.

Selain inspeksi dan palpasi, pemeriksaan auskultasi dada dengan stetoskop merupakan langkah penting. Perawat mendengarkan bunyi napas pasien secara hati-hati, memeriksa apakah ada bunyi tambahan seperti crackles (bunyi gelembung akibat cairan di alveoli), wheezing (bunyi mendesis akibat penyempitan bronkus), atau tidak adanya bunyi napas sama sekali yang dapat mengindikasikan pneumotoraks atau kolaps paru. Kondisi pneumotoraks adalah suatu keadaan emergensi medis di mana terdapat udara di rongga pleura sehingga paru-paru menjadi kolaps. Kondisi ini memerlukan penanganan segera seperti pemasangan drainase dada atau chest tube oleh tim medis yang kompeten.

Pada tahap ini, penggunaan pulse oximetry menjadi sangat penting untuk mengukur saturasi oksigen (SpO_2) dalam darah pasien secara non-invasif. Saturasi oksigen normal berkisar antara 95–100%. Nilai di bawah 95% perlu mendapatkan perhatian khusus, sementara nilai di bawah 90% merupakan indikasi kuat adanya hipoksia yang memerlukan intervensi oksigenasi segera. Pulse oximetry juga memungkinkan perawat untuk melakukan pemantauan berkelanjutan terhadap respons pasien terhadap tindakan yang diberikan, seperti pemberian oksigen tambahan melalui masker atau nasal kanul, serta memastikan bahwa pasien mendapatkan oksigen yang cukup selama perawatan darurat berlangsung.

Apabila ditemukan gangguan atau ketidaknormalan pada fungsi pernapasan pasien, perawat segera mengambil tindakan intervensi yang tepat sesuai kondisi yang ditemukan. Langkah awal yang umum dilakukan adalah pemberian oksigen tambahan dengan berbagai metode seperti nasal kanul, masker sederhana, masker non-rebreathing, atau bahkan ventilasi tekanan positif manual (bag valve mask) jika pasien mengalami distress pernapasan akut yang berat. Jika ditemukan pneumotoraks atau cedera dada signifikan lainnya, maka pasien perlu segera dirujuk untuk mendapatkan penanganan medis lebih lanjut seperti pemasangan selang dada atau tindakan intervensi bedah emergensi.

C. Circulation (Sirkulasi)

Setelah memastikan jalan napas aman dan fungsi pernapasan pasien efektif, langkah berikutnya yang harus dilakukan oleh perawat adalah mengevaluasi status sirkulasi pasien secara menyeluruh. Tahap ini dikenal sebagai Circulation dalam pendekatan ABC (Airway, Breathing, Circulation). Evaluasi sirkulasi memiliki peran sangat krusial karena gangguan sirkulasi dapat menyebabkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke organ-organ vital tubuh yang, jika tidak segera diatasi, dapat menyebabkan kondisi yang mengancam nyawa seperti syok dan kegagalan organ.

Evaluasi sirkulasi dimulai dengan memeriksa denyut nadi pasien. Perawat melakukan palpasi denyut nadi di beberapa lokasi strategis, terutama arteri radialis pada pergelangan tangan atau arteri karotis di leher. Tujuan pemeriksaan denyut nadi ini tidak hanya untuk menentukan adanya detak jantung, tetapi juga untuk mengevaluasi kualitas nadi, meliputi kecepatan (frekuensi), keteraturan, kekuatan, serta simetri denyut nadi. Denyut nadi yang terlalu cepat (takikardia) mungkin merupakan tanda awal terjadinya gangguan sirkulasi seperti syok, dehidrasi, atau perdarahan. Sebaliknya, denyut nadi yang lambat (bradikardia) bisa mengindikasikan gangguan fungsi jantung akibat cedera berat atau kondisi medis tertentu.

Selanjutnya, tekanan darah pasien harus diukur secara akurat menggunakan alat pengukur tekanan darah (sfigmomanometer). Tekanan darah merupakan indikator penting yang mencerminkan status perfusi jaringan. Tekanan darah normal pada dewasa berkisar antara 90/60 hingga 120/80 mmHg. Tekanan darah yang turun secara signifikan, terutama tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, merupakan tanda kuat adanya hipotensi yang sering ditemukan pada pasien dalam kondisi syok hipovolemik, syok septik, atau kondisi syok lainnya. Penurunan tekanan darah ini harus segera dikenali dan diatasi untuk mencegah kerusakan organ lebih lanjut.

Evaluasi status sirkulasi juga mencakup pemeriksaan visual terhadap warna kulit pasien. Warna kulit normal yang hangat dan merah muda menunjukkan perfusi yang baik. Sebaliknya, warna kulit yang pucat, sianotik, atau bahkan abu-abu bisa menunjukkan gangguan perfusi yang signifikan, yang sering dikaitkan dengan kondisi syok atau kehilangan darah akut. Oleh karena itu, perubahan warna kulit yang abnormal seperti pucat atau sianosis harus segera mendapatkan perhatian khusus dari perawat sebagai tanda adanya gangguan sirkulasi yang harus segera ditangani.

Selain warna kulit, perawat juga perlu menilai suhu ekstremitas pasien dengan cara menyentuh bagian ujung-ujung jari tangan dan kaki pasien. Ekstremitas yang dingin dapat menjadi petunjuk awal terjadinya perfusi jaringan yang buruk akibat vasokonstriksi pembuluh darah perifer, yang sering terjadi dalam kondisi syok. Dalam keadaan sirkulasi normal, ekstremitas pasien akan terasa hangat secara merata, sedangkan kondisi kulit yang dingin, lembap, dan pucat merupakan indikator kuat dari gangguan sirkulasi serius yang memerlukan tindakan cepat.

Pemeriksaan waktu pengisian kapiler atau capillary refill time (CRT) juga merupakan salah satu aspek penting yang harus dilakukan. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menekan ujung jari pasien selama sekitar 5 detik hingga pucat, kemudian dilepaskan untuk melihat seberapa cepat warna kulit kembali normal. CRT yang normal adalah kurang dari 2 detik. CRT yang memanjang atau lebih dari 2 detik menandakan adanya gangguan perfusi perifer yang memerlukan intervensi segera.

Semua tanda-tanda di atas—baik hipotensi, takikardia, warna kulit pucat, ekstremitas dingin dan lembap, serta CRT yang memanjang—secara klinis mengarah kepada kondisi syok. Syok adalah kondisi emergensi medis yang terjadi akibat ketidakmampuan sistem sirkulasi dalam mempertahankan perfusi yang memadai ke jaringan-jaringan tubuh, terutama ke organ-organ vital seperti jantung, otak, ginjal, dan paru-paru. Syok harus segera dikenali dan ditangani dengan cepat dan tepat oleh perawat untuk mencegah perburukan kondisi pasien.

Penanganan awal dalam kondisi gangguan sirkulasi, terutama syok, biasanya berupa intervensi cairan intravena untuk mengatasi kehilangan volume darah atau cairan tubuh. Pemberian cairan kristaloid seperti normal saline atau Ringer laktat merupakan langkah awal yang paling umum untuk memulihkan tekanan darah dan memperbaiki perfusi jaringan. Dalam kondisi kehilangan darah yang signifikan, pemberian transfusi darah atau cairan koloid juga mungkin dibutuhkan. Jika penyebab gangguan sirkulasi terkait dengan masalah jantung atau kondisi medis lainnya, maka intervensi medis tambahan seperti pemberian obat-obatan vasoaktif, pengobatan khusus untuk aritmia, atau bahkan intervensi bedah emergensi dapat dilakukan berdasarkan kondisi pasien secara spesifik.

Dengan demikian, tahap evaluasi sirkulasi dalam pendekatan ABC memiliki peran sentral dalam penatalaksanaan pasien dalam kondisi kegawatdaruratan. Setiap pemeriksaan harus dilakukan secara teliti, cepat, dan sistematis, diikuti dengan tindakan intervensi yang segera dan tepat untuk menjaga fungsi vital tubuh pasien agar tetap stabil dan menghindari komplikasi lebih lanjut. Perawat dituntut memiliki kemampuan klinis, pengamatan yang tajam, serta respons yang cepat dan tepat dalam menangani berbagai situasi kegawatdaruratan terkait sirkulasi pasien.

D. Disability (Kesadaran dan Fungsi Neurologis)

Tahapan berikutnya dalam rangkaian pemeriksaan kegawatdaruratan setelah memastikan airway, breathing, dan circulation stabil adalah evaluasi terhadap kondisi neurologis pasien, yang dikenal dengan istilah Disability. Evaluasi ini dilakukan secara cepat, akurat, dan sistematis dengan tujuan untuk mengidentifikasi sedini mungkin gangguan kesadaran atau fungsi neurologis yang bisa menjadi petunjuk adanya cedera kepala, gangguan sistem saraf pusat, atau gangguan metabolik yang signifikan. Tahapan ini sangat penting karena gangguan kesadaran atau defisit neurologis yang tidak terdeteksi secara cepat dapat menyebabkan komplikasi berat dan mengancam nyawa pasien.

Evaluasi neurologis secara umum dimulai dengan menilai tingkat kesadaran pasien, yang dilakukan dengan menggunakan skala penilaian yang terstandar, yakni Glasgow Coma Scale (GCS). Skala ini dirancang untuk mengukur secara objektif tingkat kesadaran pasien berdasarkan tiga aspek penting, yaitu respons membuka mata (eye opening), respons verbal (verbal response), dan respons motorik (motor response). Skor GCS ini berkisar antara 3 hingga 15, dengan skor 15 menunjukkan kondisi pasien sadar penuh, sementara skor 3 merupakan kondisi terendah yang menunjukkan koma sangat dalam atau keadaan yang kritis.

Pada pemeriksaan GCS, pertama-tama perawat akan mengamati apakah pasien dapat membuka mata secara spontan, hanya saat dipanggil, atau memerlukan rangsangan nyeri. Kemudian, respons verbal pasien akan dinilai berdasarkan kemampuan pasien untuk berbicara jelas, orientasi terhadap waktu, tempat, atau orang, serta kemampuan memberikan jawaban yang tepat terhadap pertanyaan yang diajukan. Terakhir, respons motorik pasien dinilai dengan memperhatikan kemampuan pasien untuk mengikuti perintah sederhana, respons terhadap rangsangan nyeri, serta adanya postur abnormal seperti fleksi atau ekstensi patologis yang dapat mengindikasikan cedera otak yang berat.

Pemeriksaan ukuran pupil juga merupakan bagian penting dalam evaluasi neurologis pasien. Normalnya, pupil manusia bereaksi terhadap cahaya dengan mengecil secara simetris (konstriksi). Pemeriksaan ini dilakukan dengan

menggunakan senter kecil atau penlight untuk melihat respons pupil terhadap cahaya. Ukuran pupil yang tidak simetris (anisokoria), pupil yang tidak responsif terhadap cahaya (fixed), atau pupil yang terlalu lebar (midriasis) atau terlalu sempit (miosis) bisa menjadi tanda penting adanya gangguan neurologis serius seperti cedera kepala berat, perdarahan intrakranial, atau tekanan intrakranial yang meningkat.

Penilaian respons pasien terhadap rangsangan nyeri merupakan bagian integral lain dalam tahap disability ini. Hal ini bertujuan untuk menentukan tingkat responsivitas dan menilai kemampuan sistem saraf pusat dalam merespons stimulus. Rangsangan nyeri dilakukan dengan memberikan rangsangan seperti mencubit ringan di daerah bahu, menekan kuku pasien, atau memberikan tekanan pada supraorbital atau mandibula, dengan mengamati bagaimana pasien merespons. Pasien yang memiliki respons neurologis normal akan bereaksi secara adekuat dengan menarik anggota tubuh menjauh dari rangsangan nyeri atau menunjukkan ekspresi wajah nyeri. Sebaliknya, pasien yang mengalami gangguan neurologis berat dapat menunjukkan respons yang sangat minim atau bahkan tidak merespons sama sekali terhadap stimulus nyeri tersebut.

Jika dalam pemeriksaan ditemukan adanya penurunan tingkat kesadaran atau abnormalitas neurologis signifikan seperti skor GCS yang rendah atau perubahan pupil, maka kondisi ini dianggap sebagai suatu kegawatdaruratan neurologis. Pasien dalam kondisi tersebut harus segera mendapatkan evaluasi lebih lanjut, termasuk pemeriksaan penunjang tambahan seperti CT scan kepala, pemeriksaan laboratorium untuk melihat adanya gangguan metabolik atau toksikologi, serta konsultasi dengan spesialis neurologi atau bedah saraf untuk menentukan tindakan selanjutnya.

Intervensi awal terhadap pasien dengan gangguan neurologis biasanya melibatkan pengaturan posisi tubuh yang aman untuk mencegah aspirasi dan menjaga patensi jalan napas, pemantauan ketat tanda-tanda vital dan kondisi neurologis secara berkala, serta menghindari faktor-faktor yang dapat memperburuk kondisi seperti hipoksia, hipotensi, hipoglikemia, hipertermia, atau kejang. Jika diperlukan, pasien mungkin membutuhkan tindakan tambahan seperti pemberian oksigen tambahan, pengendalian kejang dengan obat-obatan, atau tindakan medis lanjutan seperti intubasi endotrakeal untuk proteksi jalan napas.

E. Exposure (Papararan)

Tahap terakhir dalam pendekatan sistematis kegawatdaruratan ABCDE adalah tahapan Exposure (Papararan). Pada tahap ini, perawat melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh dengan membuka atau melepas pakaian pasien secara hati-hati

untuk mengekspos seluruh permukaan tubuh pasien. Tujuan utama dari tahap ini adalah untuk memastikan tidak ada cedera atau kondisi medis serius lain yang belum terdeteksi selama tahapan sebelumnya. Meski terdengar sederhana, langkah ini sangat penting karena dalam situasi kegawatdaruratan, cedera tambahan, perdarahan tersembunyi, luka bakar, ataupun tanda-tanda kekerasan fisik lainnya dapat terlewatkan apabila pasien tidak diperiksa secara teliti dan sistematis dari kepala hingga ujung kaki.

Pemeriksaan ini dimulai dengan melepas pakaian pasien secara bertahap dan hati-hati, agar tidak menyebabkan cedera tambahan atau memperburuk kondisi yang ada. Jika pasien dalam keadaan sadar, perawat perlu menjelaskan prosedur pemeriksaan ini secara jelas dan lembut, dengan tujuan memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien selama proses berlangsung. Jika pasien dalam kondisi tidak sadar atau tidak responsif, perawat tetap harus melakukan prosedur ini secara hati-hati untuk memastikan tidak terjadi cedera tambahan.

Dalam pemeriksaan tahap exposure, perawat secara visual dan sistematis mengamati seluruh bagian tubuh pasien, mulai dari kepala hingga ujung kaki. Hal ini dilakukan untuk memastikan tidak ada cedera yang terlewatkan, termasuk perdarahan tersembunyi yang mungkin terjadi di bawah pakaian atau cedera internal yang ditandai dengan memar luas atau tanda-tanda trauma lainnya. Pemeriksaan visual yang cermat ini memungkinkan perawat mendeteksi adanya cedera tambahan yang mungkin tersembunyi, seperti fraktur, luka robek, luka tusuk, lecet, luka bakar, atau memar luas yang mungkin tidak disadari sebelumnya.

Selama pemeriksaan ini, perhatian khusus diberikan untuk mencari tanda-tanda trauma yang dapat menunjukkan cedera internal serius, seperti perdarahan intraabdomen, cedera toraks tersembunyi, atau cedera panggul yang seringkali sulit dideteksi secara sekilas. Selain cedera traumatis, perawat juga harus jeli dalam mengidentifikasi tanda-tanda luka bakar, ruam, atau tanda-tanda lain yang menunjukkan paparan zat kimia berbahaya atau efek samping dari kondisi medis tertentu.

Selain mengidentifikasi cedera fisik, tahap exposure juga bertujuan untuk mendeteksi tanda-tanda kekerasan fisik atau pelecehan, terutama pada pasien yang rentan seperti anak-anak, lansia, atau individu dengan keterbatasan mental atau fisik. Perawat perlu memperhatikan adanya tanda-tanda kekerasan fisik seperti luka memar multipel dengan pola tertentu, luka bakar berbentuk khusus, ataupun tanda-tanda lain yang mencurigakan seperti bekas gigitan, cakaran, atau luka yang menunjukkan trauma berulang. Deteksi dini terhadap kekerasan fisik sangat penting agar pasien dapat segera mendapatkan intervensi medis, psikologis, serta perlindungan hukum yang tepat.

Namun, proses melepas pakaian pasien dan pemeriksaan fisik menyeluruh ini tidak boleh mengabaikan aspek privasi dan rasa nyaman pasien. Oleh karena itu, perlindungan privasi merupakan aspek yang wajib diperhatikan selama pelaksanaan pemeriksaan tahap exposure. Perawat harus memastikan bahwa pemeriksaan dilakukan di tempat yang tertutup atau terlindung dari pandangan umum, serta menggunakan tirai atau penutup tubuh secukupnya agar pasien tetap merasa aman, nyaman, dan terlindungi selama proses ini berlangsung. Apabila kondisi pasien memungkinkan, pakaian dilepas secara bertahap dan bagian tubuh yang tidak diperiksa tetap ditutupi agar privasi pasien tetap terjaga.

Selama proses exposure ini, perawat juga harus memperhatikan pencegahan hipotermia, terutama pada pasien yang mengalami trauma serius atau kehilangan darah. Kondisi hipotermia sering kali terjadi karena tubuh pasien terpapar secara terbuka dalam waktu lama, apalagi di ruangan yang suhunya rendah atau lingkungan luar yang dingin. Hipotermia dapat memperburuk kondisi pasien, mengganggu proses pembekuan darah, dan meningkatkan risiko komplikasi serius lainnya. Untuk mencegah hal ini, perawat sebaiknya menggunakan selimut hangat, lampu penghangat, atau tindakan pemanasan lain yang sesuai selama proses pemeriksaan berlangsung.

Setelah selesai melakukan pemeriksaan menyeluruh, perawat harus mendokumentasikan secara rinci temuan-temuan klinis yang didapat selama tahap exposure ini, termasuk deskripsi lengkap tentang lokasi, ukuran, bentuk, dan jenis cedera atau tanda-tanda lain yang ditemukan. Dokumentasi yang baik dan rinci ini sangat penting untuk merencanakan tindakan medis lanjutan, memastikan komunikasi yang efektif dalam tim kesehatan, serta menjadi bukti medis yang relevan dalam kasus hukum yang melibatkan kekerasan fisik atau pelecehan.

Dengan demikian, tahap exposure ini merupakan bagian esensial dalam penanganan kegawatdaruratan yang bertujuan memastikan tidak ada cedera atau kondisi medis yang terlewatkan. Pemeriksaan ini harus dilakukan secara teliti, hati-hati, dan sistematis, sambil tetap menjaga privasi dan kenyamanan pasien serta memastikan bahwa tindakan pencegahan hipotermia telah dilakukan secara optimal. Melalui tahap ini, perawat mampu memberikan perawatan yang holistik dan komprehensif kepada pasien, serta membantu tim medis menentukan intervensi lanjutan yang diperlukan secara tepat dan efektif.

F. Latihan Soal

Soal 1 (Airway)

Seorang pasien laki-laki, 35 tahun, dibawa ke UGD setelah mengalami kecelakaan motor. Pasien tidak sadar, suara napas terdengar berat dengan stridor, terdapat

darah segar keluar dari mulutnya, dan wajah mengalami pembengkakan. Tindakan keperawatan pertama yang paling tepat dilakukan adalah:

- A. Memberikan oksigen lewat nasal kanul
- B. Melakukan suction secara hati-hati
- C. Memasang nasopharyngeal airway
- D. Melakukan teknik jaw-thrust
- E. Memeriksa saturasi oksigen

Kunci Jawaban: B. Melakukan suction secara hati-hati

Rasional:

Kondisi pasien dengan stridor dan perdarahan dari mulut menunjukkan obstruksi jalan napas oleh darah atau sekresi. Tindakan pertama adalah membersihkan jalan napas dengan suction untuk menghilangkan darah dan sekresi secara hati-hati, baru kemudian melakukan tindakan lain seperti pemasangan airway adjunct jika diperlukan.

Soal 2 (Breathing)

Seorang perempuan usia 60 tahun tiba-tiba sesak napas dengan frekuensi napas 30 kali/menit, pernapasan dangkal, terdengar wheezing saat auskultasi, saturasi oksigen 88%. Intervensi prioritas keperawatan yang tepat pada kasus ini adalah:

- A. Pemberian ventilasi dengan bag-valve mask
- B. Memasang chest tube segera
- C. Memberikan oksigen melalui masker non-rebreathing
- D. Melakukan posisi semi-fowler
- E. Melakukan pemeriksaan tekanan darah segera

Kunci Jawaban: C. Memberikan oksigen melalui masker non-rebreathing

Rasional:

Pasien mengalami distress pernapasan akut dengan hipoksia (SpO_2 88%) dan wheezing, menandakan obstruksi jalan napas bawah. Pemberian oksigen konsentrasi tinggi melalui masker non-rebreathing adalah tindakan prioritas untuk memperbaiki hipoksia, sambil persiapan tindakan medis lanjutan jika diperlukan.

Soal 3 (Circulation)

Seorang pria, 40 tahun, tiba di UGD setelah kecelakaan kerja dengan luka robek luas di paha kanan. Hasil pemeriksaan tekanan darah 80/50 mmHg, nadi 120 kali/menit, kulit pucat dan ekstremitas dingin. Langkah awal yang paling tepat dilakukan perawat adalah:

- A. Memberikan cairan kristaloid intravena
- B. Menilai Glasgow Coma Scale (GCS)

- C. Mengukur saturasi oksigen
- D. Menyiapkan transfusi darah
- E. Menutup luka dengan kain bersih

Kunci Jawaban: A. Memberikan cairan kristaloid intravena

Rasional:

Pasien menunjukkan tanda syok hipovolemik (hipotensi, takikardia, pucat, ekstremitas dingin) akibat kehilangan darah akut. Tindakan pertama yang paling penting adalah memberikan cairan intravena segera untuk memulihkan volume darah dan memperbaiki perfusi jaringan, sambil menyiapkan intervensi lanjut.

Soal 4 (Disability)

Pasien laki-laki berusia 28 tahun, ditemukan tidak sadar setelah jatuh dari ketinggian. Pemeriksaan GCS menunjukkan skor 7, pupil kanan lebih besar dibanding pupil kiri dan tidak bereaksi terhadap cahaya. Tindakan prioritas berikutnya adalah:

- A. Memberikan analgesik segera
- B. Melakukan CT scan kepala segera
- C. Menyiapkan pasien untuk intubasi endotrakeal
- D. Menempatkan pasien dalam posisi supinasi
- E. Memberikan cairan kristaloid intravena

Kunci Jawaban: C. Menyiapkan pasien untuk intubasi endotrakeal

Rasional:

Pasien mengalami penurunan kesadaran berat (GCS 7) dengan tanda anisokoria yang menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial akibat cedera kepala serius. Prioritas utama adalah menjaga airway dengan melakukan intubasi endotrakeal segera untuk mencegah aspirasi dan menjaga oksigenasi optimal sebelum CT scan atau tindakan lainnya.

Soal 5 (Exposure)

Seorang anak perempuan usia 5 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan jatuh dari sepeda. Anak tampak ketakutan, pakaian penuh darah, dan menangis keras. Pemeriksaan fisik menyeluruh harus dilakukan dengan memperhatikan aspek:

- A. Segera melepas semua pakaian pasien secepatnya
- B. Meminta orang tua keluar selama pemeriksaan
- C. Memastikan privasi pasien dengan penutup secukupnya
- D. Mengabaikan suhu tubuh anak selama pemeriksaan
- E. Menunda pemeriksaan karena anak sedang menangis

Kunci Jawaban: C. Memastikan privasi pasien dengan penutup secukupnya

Rasional:

Pemeriksaan tahap exposure penting untuk mendeteksi cedera tersembunyi. Namun, pemeriksaan pada anak harus dilakukan dengan tetap memperhatikan aspek privasi dan kenyamanan. Penutup secukupnya digunakan untuk menjaga privasi sekaligus memastikan pasien tetap hangat guna mencegah hipotermia.

G. Rangkuman Materi

Bahwa penanganan kegawatdaruratan pasien dengan pendekatan ABCDE merupakan langkah sistematis yang harus dilakukan secara teliti, cepat, dan komprehensif oleh perawat untuk memastikan keselamatan pasien. Tahap Airway bertujuan memastikan jalan napas pasien terbuka dan bebas obstruksi agar oksigenasi ke tubuh tetap optimal. Tahap Breathing dilakukan untuk menilai secara menyeluruh fungsi pernapasan pasien, mendeteksi secara dini gangguan ventilasi, dan memastikan pasien mendapatkan oksigen yang cukup. Tahap Circulation berfokus pada pemeriksaan fungsi sirkulasi yang mencakup denyut nadi, tekanan darah, perfusi jaringan, serta tanda-tanda syok, dengan intervensi cairan intravena sebagai tindakan kritis bila terjadi gangguan. Tahap Disability bertujuan menilai tingkat kesadaran serta fungsi neurologis pasien secara cepat dan akurat menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), pemeriksaan pupil, dan respons terhadap rangsangan nyeri guna mendeteksi gangguan neurologis sedini mungkin. Terakhir, tahap Exposure adalah pemeriksaan menyeluruh seluruh tubuh pasien untuk mengidentifikasi cedera tambahan, luka tersembunyi, ataupun tanda kekerasan fisik, sambil menjaga privasi pasien dan mencegah hipotermia. Dengan mengikuti pendekatan ini, perawat dapat memberikan asuhan yang efektif dan tepat, mencegah komplikasi lebih lanjut, serta membantu menentukan intervensi medis lanjutan secara optimal.

H. Glosarium

Airway (Jalan Napas): Tahapan awal dalam pemeriksaan kegawatdaruratan yang bertujuan memastikan jalan napas pasien bebas dari segala bentuk hambatan atau obstruksi agar oksigen dapat masuk ke paru-paru secara optimal.

Airway Adjunct: Alat bantu yang digunakan untuk menjaga jalan napas tetap terbuka, seperti oropharyngeal airway (OPA) dan nasopharyngeal airway (NPA).

Anisokoria: Kondisi pupil mata yang ukurannya tidak simetris, yang dapat menjadi tanda gangguan neurologis serius.

Auskultasi: Pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi-bunyi dalam tubuh, seperti suara paru-paru dan jantung.

Bradipnea: Pernapasan dengan frekuensi di bawah normal (kurang dari 12 kali per menit pada dewasa).

Capillary Refill Time (CRT): Waktu pengisian kapiler, yakni waktu yang dibutuhkan darah untuk kembali memenuhi kapiler setelah tekanan pada jaringan dilepaskan; normalnya kurang dari 2 detik.

Chest Tube: Alat berupa selang khusus yang dipasang untuk mengeluarkan udara atau cairan dari rongga pleura, terutama pada kondisi pneumotoraks.

Disability: Tahapan pemeriksaan neurologis pada pendekatan ABCDE, meliputi evaluasi tingkat kesadaran dan fungsi saraf pusat.

Edema: Pembengkakan jaringan tubuh akibat penumpukan cairan, dapat menyebabkan penyempitan atau obstruksi jalan napas.

Exposure: Pemeriksaan fisik secara menyeluruh dengan melepas pakaian pasien untuk mendeteksi cedera tambahan atau kondisi medis tersembunyi.

Frekuensi Napas: Jumlah siklus pernapasan dalam satu menit; normal pada orang dewasa berkisar 12–20 kali per menit.

Glasgow Coma Scale (GCS): Skala standar internasional yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien secara objektif melalui respons membuka mata, verbal, dan motorik.

Head-tilt chin-lift: Teknik membuka jalan napas dengan mengangkat kepala pasien ke belakang dan dagu sedikit diangkat ke atas, digunakan bila tidak ada cedera tulang belakang.

Hipoksia: Kondisi tubuh kekurangan oksigen, ditandai dengan saturasi oksigen rendah ($SpO_2 < 90\%$).

Hipotensi: Tekanan darah rendah di bawah batas normal (tekanan sistolik < 90 mmHg pada dewasa).

Hipotermia: Kondisi suhu tubuh turun di bawah normal (kurang dari 36°C), sering terjadi karena paparan berlebih saat pemeriksaan atau trauma.

Intubasi Endotrakeal: Tindakan medis pemasangan selang (endotrakeal tube) melalui mulut atau hidung ke dalam trakea untuk menjaga jalan napas tetap terbuka dan memungkinkan ventilasi mekanis.

Jaw-thrust Maneuver: Teknik membuka jalan napas dengan mengangkat rahang bawah tanpa menggerakkan kepala, dilakukan jika dicurigai cedera tulang belakang.

Kussmaul Breathing: Pola napas yang cepat dan dalam, sering dijumpai pada pasien dengan gangguan metabolik seperti ketoasidosis diabetik.

Midriasis: Kondisi pupil melebar, dapat menjadi tanda gangguan neurologis serius atau peningkatan tekanan intrakranial.

Miosis: Kondisi pupil yang mengecil secara abnormal, sering menunjukkan gangguan neurologis atau toksikologi.

Nasopharyngeal Airway (NPA): Alat bantu jalan napas yang dimasukkan melalui lubang hidung ke faring posterior untuk menjaga patensi jalan napas.

Oropharyngeal Airway (OPA): Alat bantu jalan napas yang dimasukkan melalui mulut untuk mencegah lidah jatuh ke belakang dan menyumbat jalan napas.

Palpasi: Pemeriksaan fisik menggunakan sentuhan tangan untuk menilai adanya kelainan pada tubuh seperti pembengkakan, nyeri, atau perubahan suhu.

Pneumotoraks: Kondisi adanya udara di rongga pleura yang menyebabkan paru-paru kolaps dan gangguan fungsi pernapasan.

Pulse Oximetry: Alat non-invasif yang digunakan untuk mengukur saturasi oksigen dalam darah secara cepat.

Retraksi dada: Kondisi tertariknya dinding dada akibat kesulitan bernapas atau sumbatan saluran pernapasan.

Sianosis: Perubahan warna kebiruan pada kulit atau membran mukosa akibat rendahnya kadar oksigen dalam darah.

Stridor: Suara napas melengking akibat obstruksi atau penyempitan jalan napas bagian atas.

Suction: Tindakan pengisapan menggunakan alat khusus untuk mengeluarkan sekresi atau benda asing dari jalan napas.

Syok: Kondisi kegawatan medis akibat gangguan sirkulasi yang menyebabkan perfusi organ-organ vital terganggu, memerlukan tindakan segera.

Takikardia: Denyut jantung yang lebih cepat dari normal (lebih dari 100 kali per menit pada dewasa).

Takipnea: Frekuensi pernapasan yang meningkat di atas batas normal (>20 kali per menit pada dewasa).

Ventilasi Tekanan Positif Manual (Bag Valve Mask): Alat bantu ventilasi manual yang digunakan untuk memberikan oksigen dan ventilasi buatan pada pasien yang mengalami gagal napas atau henti napas.

I. Daftar Pustaka

American Heart Association. (2020). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual (16th ed.)*. American Heart Association.

Cheng, A., Nadkarni, V. M., Mancini, M. B., Hunt, E. A., Sinz, E. H., Merchant, R. M., & Duff, J. P. (2020). Resuscitation education science: Educational strategies to improve outcomes from cardiac arrest: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 138(6), e82–e122. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000583>

Considine, J., Shaban, R. Z., Fry, M., & Curtis, K. (2020). *Emergency and trauma care for nurses and paramedics (3rd ed.)*. Elsevier Health Sciences.

- Curtis, K., Ramsden, C., & Lord, B. (2019). *Emergency and trauma care for nurses and paramedics*. Elsevier.
- Emergency Nurses Association (ENA). (2020). *Trauma nursing core course provider manual (8th ed.)*. Emergency Nurses Association.
- Keller, D., Eggerstedt, M., & Lam, J. (2021). Airway management. *Journal of the American Medical Association*, 325(24), 2473. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.5487>
- Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M. M., Kwong, J., & Roberts, D. (2019). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems (11th ed.)*. Elsevier Mosby.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2020). *Fundamentals of nursing (10th ed.)*. Elsevier Mosby.
- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2021). ABCDE: A systematic approach to emergency assessment. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 8(3), 147–156. <https://doi.org/10.15441/ceem.21.050>
- Tintinalli, J. E., Ma, O., Yealy, D. M., Meckler, G. D., Stapczynski, J. S., & Cline, D. M. (2020). *Tintinalli's emergency medicine: A comprehensive study guide (9th ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Wyckoff, M. H., Singletary, E. M., Soar, J., Olasveengen, T. M., Greif, R., Liley, H. G., & Nolan, J. P. (2020). 2020 International Consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations: Summary from the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Resuscitation*, 156, A1–A22. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.014>

BAB 9

KONSEP, PRINSIP BENCANA, DAN KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Setelah menyelesaikan pembelajaran ini, lulusan diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional dalam situasi bencana dan kejadian luar biasa, dengan menerapkan konsep dan prinsip dasar manajemen bencana secara efektif dan tepat.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa mampu menjelaskan dan menerapkan konsep serta prinsip dasar bencana dan kejadian luar biasa dalam pemberian asuhan keperawatan gawat darurat secara cepat, efektif, dan terorganisir.

Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

- Menjelaskan konsep dasar bencana dan kejadian luar biasa (KLB).
- Menguraikan berbagai jenis dan karakteristik bencana serta KLB.
- Mengidentifikasi prinsip-prinsip dasar penanganan bencana dan KLB.
- Mendeskripsikan tahap-tahap manajemen bencana dalam konteks keperawatan.
- Menjelaskan peran dan tanggung jawab perawat dalam situasi bencana dan KLB.

Pendahuluan

Bencana dan kejadian luar biasa (KLB) merupakan fenomena yang tidak terduga dan menyebabkan dampak signifikan terhadap kehidupan manusia, lingkungan, serta sistem pelayanan kesehatan. Kejadian ini dapat berupa bencana alam seperti gempa bumi, tsunami, gunung meletus, maupun bencana non-alam seperti epidemi penyakit menular, kecelakaan industri, dan konflik sosial. Keperawatan gawat darurat dalam konteks ini memegang peranan penting untuk memberikan asuhan yang cepat, tepat, dan sistematis, demi meminimalisir dampak dan menyelamatkan sebanyak mungkin nyawa korban. Pengetahuan yang mendalam mengenai konsep dasar dan prinsip penanganan bencana serta KLB sangat penting bagi perawat, agar mampu bertindak secara profesional, efektif, dan efisien saat situasi darurat terjadi.

A. Konsep Dasar Bencana dan KLB

Dalam kehidupan manusia, ada banyak ancaman yang dapat datang secara tiba-tiba dan tak terduga, baik akibat faktor alam maupun non-alam. Peristiwa semacam ini dikenal dengan istilah bencana. Secara konseptual, bencana adalah suatu kejadian atau rangkaian kejadian yang tidak hanya berpotensi tetapi juga secara nyata mampu menimbulkan dampak yang sangat besar terhadap kehidupan masyarakat, baik itu korban jiwa, kerugian harta benda, kerusakan lingkungan, maupun dampak psikologis dan sosial yang signifikan. Bencana dapat muncul dalam berbagai bentuk, seperti gempa bumi, tsunami, letusan gunung berapi, banjir, tanah longsor, maupun badai. Selain itu, bencana juga dapat disebabkan oleh faktor non-alam seperti konflik bersenjata, kecelakaan transportasi masal, kegagalan teknologi seperti kebocoran bahan kimia, radiasi, serta berbagai kecelakaan industri yang berdampak luas.

Bencana memiliki karakteristik yang spesifik, yakni seringkali tidak terprediksi secara pasti, menyebabkan gangguan mendadak yang luas, serta menimbulkan kebutuhan mendesak untuk penanganan cepat dan terpadu dari berbagai pihak. Dalam konteks manajemen bencana, kesiapsiagaan, mitigasi, respons darurat, hingga rehabilitasi dan rekonstruksi menjadi hal yang sangat krusial untuk diperhatikan. Proses-proses ini mencakup berbagai upaya preventif, promotif, kuratif, hingga rehabilitatif yang bertujuan untuk mengurangi dampak buruk bencana seminimal mungkin serta mempercepat pemulihan kondisi masyarakat pasca-bencana.

Selain konsep bencana, dalam dunia kesehatan dikenal pula istilah Kejadian Luar Biasa atau KLB. Istilah ini digunakan untuk mendefinisikan situasi di mana terjadi peningkatan mendadak dalam jumlah kasus suatu penyakit atau kondisi kesehatan tertentu, yang melebihi batas normal dalam populasi tertentu pada periode waktu tertentu. Kejadian ini seringkali disebabkan oleh penyakit menular seperti demam berdarah, campak, influenza, hingga kondisi wabah baru seperti COVID-19. Namun demikian, KLB tidak selalu merujuk pada penyakit menular saja, melainkan juga bisa berupa kasus keracunan makanan massal atau gangguan kesehatan lainnya yang muncul secara mendadak dalam jumlah besar.

KLB merupakan kondisi yang memerlukan respons segera, terutama dalam hal deteksi dini, penetapan diagnosis secara tepat, serta langkah-langkah penanganan cepat untuk menghentikan penyebaran atau mengurangi dampak lebih lanjut dari kondisi tersebut. Penanganan KLB mencakup investigasi epidemiologi secara

intensif, surveilans kesehatan yang ketat, mobilisasi sumber daya kesehatan secara cepat, serta edukasi masyarakat yang terarah agar penyebaran penyakit dapat segera dikendalikan.

Dalam praktiknya, baik bencana maupun KLB memerlukan penanganan yang komprehensif, multidisiplin, dan kolaboratif dari berbagai sektor, terutama sektor kesehatan. Koordinasi yang solid antara tenaga kesehatan, pemerintah daerah maupun pusat, organisasi non-pemerintah, relawan, serta komunitas masyarakat menjadi faktor kunci dalam keberhasilan penanganan kedua kondisi ini. Dengan adanya sinergi yang efektif tersebut, dampak negatif dari bencana dan KLB dapat ditekan semaksimal mungkin, serta mempercepat proses pemulihan masyarakat dan wilayah yang terdampak menuju kondisi normal kembali.

B. Jenis dan Karakteristik Bencana serta KLB

Bencana merupakan situasi kritis yang sangat kompleks dan beragam bentuknya, yang pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua kategori utama yaitu bencana alam dan bencana non-alam. Bencana alam adalah peristiwa yang terjadi karena proses atau fenomena alami yang berlangsung di permukaan bumi atau dalam lingkungan sekitarnya, yang bersifat merusak serta menimbulkan ancaman nyata terhadap kehidupan manusia maupun lingkungan sekitar. Beberapa contoh nyata dari bencana alam antara lain adalah gempa bumi yang muncul secara tiba-tiba tanpa bisa diprediksi secara pasti, tsunami yang seringkali mengikuti gempa besar di dasar laut dan memiliki daya rusak yang tinggi, letusan gunung berapi dengan dampak abu vulkanik serta lahar panasnya yang luas, badai atau siklon tropis yang mampu menghancurkan wilayah luas, serta banjir yang dapat melumpuhkan aktivitas dan merusak berbagai fasilitas publik maupun pribadi.

Sebaliknya, bencana non-alam merupakan kondisi yang terjadi sebagai dampak dari aktivitas manusia, baik yang disengaja maupun tidak disengaja, yang kemudian menyebabkan berbagai bentuk kerusakan fisik, sosial, maupun gangguan kesehatan. Bencana non-alam ini mencakup peristiwa seperti kecelakaan industri berupa kebocoran bahan kimia berbahaya, radiasi nuklir, kebakaran pabrik yang berisiko tinggi, dan berbagai bentuk kecelakaan transportasi massal seperti kecelakaan pesawat, kereta api, atau kapal laut yang mengakibatkan korban dalam jumlah besar. Selain itu, konflik sosial yang berupa kerusuhan sipil, konflik antar-etnis, atau perang bersenjata juga termasuk ke dalam kategori bencana non-alam. Jenis bencana ini memiliki ciri khas tersendiri berupa dampak sosial yang sangat luas serta memerlukan pendekatan resolusi konflik yang kompleks.

Secara umum, bencana baik alam maupun non-alam memiliki beberapa karakteristik khas yang menjadi ciri utama yang membedakannya dari situasi lain.

Salah satu karakteristik utama dari bencana adalah sifatnya yang mendadak, yang seringkali muncul tanpa adanya peringatan dini yang cukup memadai, sehingga menyulitkan masyarakat dan pihak berwenang dalam melakukan langkah antisipasi. Akibat sifatnya yang tiba-tiba ini, bencana sering kali menimbulkan kepanikan massal dan chaos yang besar di tengah masyarakat. Karakteristik berikutnya adalah timbulnya korban dalam jumlah besar (korban massal), baik yang meninggal dunia maupun luka-luka, yang biasanya melebihi kapasitas layanan kesehatan setempat sehingga memerlukan intervensi dari luar wilayah yang terdampak.

Kerusakan infrastruktur yang masif juga menjadi karakteristik penting dari bencana. Berbagai fasilitas vital seperti jalan raya, jaringan listrik, air bersih, rumah sakit, sekolah, serta fasilitas umum lainnya sering mengalami kerusakan yang parah, mengakibatkan gangguan jangka panjang terhadap pelayanan publik serta pemulihan masyarakat yang tertunda. Selain itu, bencana juga menyebabkan gangguan signifikan terhadap pelayanan kesehatan dan sosial, mengingat fasilitas kesehatan yang ada menjadi terbebani secara berlebihan, sementara kebutuhan masyarakat untuk pelayanan kesehatan justru meningkat drastis di tengah krisis tersebut.

Sementara itu, Kejadian Luar Biasa (KLB) memiliki ciri khas tersendiri yang membedakannya dari jenis bencana lainnya, terutama karena berhubungan erat dengan kondisi kesehatan populasi. KLB umumnya ditandai oleh peningkatan jumlah kasus penyakit secara tiba-tiba yang signifikan dan berada di luar batas normal yang biasa ditemukan pada waktu dan wilayah tertentu. Penyakit yang sering muncul dalam situasi KLB biasanya penyakit menular yang cepat menyebar seperti influenza, COVID-19, demam berdarah dengue (DBD), campak, maupun kejadian keracunan makanan yang terjadi secara massal. Karakteristik dari KLB adalah munculnya penyebaran yang cepat di tengah populasi, ketidakpastian tentang penyebab pasti dalam tahap awal, serta tingginya kebutuhan untuk deteksi dini dan tindakan pencegahan agar penyebaran penyakit dapat segera dikendalikan.

Respons terhadap KLB umumnya melibatkan pendekatan khusus yang menitikberatkan pada surveilans epidemiologi yang kuat, diagnostik cepat dan tepat, serta upaya-upaya isolasi, karantina, imunisasi massal, atau langkah-langkah lain yang sesuai dengan jenis penyakit atau kondisi yang sedang terjadi. Penanganan KLB memerlukan keterlibatan berbagai sektor, utamanya sektor kesehatan, untuk mencegah meluasnya dampak yang lebih parah serta meminimalkan risiko mortalitas dan morbiditas dalam masyarakat.

C. Prinsip-Prinsip Dasar Penanganan Bencana dan KLB

Penanganan bencana dan Kejadian Luar Biasa (KLB) merupakan proses yang kompleks serta memerlukan pendekatan yang sistematis dan terpadu. Dalam pelaksanaannya, terdapat beberapa prinsip dasar penting yang harus diterapkan agar respons terhadap kondisi darurat ini dapat berjalan efektif serta meminimalkan dampak negatif terhadap masyarakat. Prinsip-prinsip ini tidak berdiri sendiri, melainkan saling terkait dan mendukung satu sama lain dalam pelaksanaan di lapangan.

Salah satu prinsip utama dalam penanganan bencana dan KLB adalah kecepatan respons. Respons yang cepat merupakan kunci utama dalam mengurangi jumlah korban jiwa dan mencegah meluasnya dampak lebih lanjut. Kecepatan dalam bertindak, terutama pada saat awal kejadian, sangat menentukan keberhasilan penanganan. Ini mencakup kecepatan dalam mendeteksi situasi darurat, menginformasikan kondisi tersebut kepada pihak-pihak terkait, hingga mengerahkan tenaga kesehatan, relawan, peralatan medis, dan sumber daya lainnya ke lokasi kejadian. Kecepatan ini juga melibatkan aktivitas surveilans, identifikasi korban, dan penerapan langkah-langkah awal yang bertujuan menyelamatkan nyawa, seperti evakuasi, triase korban, serta tindakan medis darurat di lokasi.

Prinsip berikutnya adalah efisiensi sumber daya, di mana sumber daya yang tersedia—baik berupa tenaga, waktu, fasilitas, maupun logistik—harus digunakan secara optimal dan tidak terbuang percuma. Efisiensi sangat penting karena situasi darurat biasanya ditandai oleh keterbatasan sumber daya dibandingkan kebutuhan yang muncul secara tiba-tiba. Dalam kondisi tersebut, setiap keputusan harus didasarkan pada analisis kebutuhan yang akurat sehingga sumber daya seperti obat-obatan, peralatan medis, personel kesehatan, dan bahan logistik lainnya dapat didistribusikan secara efektif sesuai prioritas kebutuhan. Penanganan yang efisien mampu mempercepat pemulihan serta mengurangi risiko kekurangan sumber daya yang dapat memperparah dampak bencana atau KLB.

Selain kecepatan dan efisiensi, prinsip yang juga tidak kalah penting adalah koordinasi lintas sektoral. Prinsip ini menegaskan pentingnya kolaborasi erat antar berbagai instansi, organisasi, maupun komunitas yang terlibat dalam penanganan bencana atau KLB. Dalam praktiknya, penanganan bencana bukanlah tanggung jawab satu sektor saja, tetapi merupakan tugas bersama yang melibatkan sektor kesehatan, keamanan, sosial, pendidikan, hingga lembaga non-pemerintah, swasta, serta masyarakat umum. Koordinasi yang kuat dan efektif antar-sektor ini diperlukan agar respons yang dilakukan dapat berjalan secara harmonis, saling melengkapi, serta mampu menghindari duplikasi kerja dan kekacauan dalam implementasi di lapangan.

Selain itu, prinsip yang fundamental dalam setiap penanganan bencana maupun KLB adalah pengutamakan keselamatan korban maupun tenaga kesehatan. Keselamatan korban menjadi prioritas utama dalam setiap tindakan yang dilakukan. Setiap keputusan maupun tindakan di lapangan harus memperhatikan aspek keselamatan fisik dan psikologis korban agar tidak menimbulkan kerugian tambahan. Tidak kalah pentingnya, keselamatan tenaga kesehatan dan petugas lainnya juga harus mendapat perhatian serius, sebab tenaga kesehatan adalah ujung tombak dalam upaya penanggulangan bencana atau KLB. Ini mencakup pemberian perlengkapan pelindung diri (APD), pelatihan yang memadai mengenai prosedur keselamatan kerja, serta dukungan mental dan emosional agar mereka mampu menjalankan tugasnya secara optimal tanpa menjadi korban tambahan.

Di samping aspek keselamatan, prinsip penting lainnya adalah pendekatan holistik. Penanganan bencana dan KLB tidak boleh hanya berfokus pada aspek fisik saja, tetapi juga harus melibatkan dimensi psikologis dan sosial para korban. Dalam situasi krisis, korban tidak hanya mengalami cedera fisik atau penyakit, tetapi juga trauma emosional, stres, kecemasan, bahkan depresi akibat kehilangan keluarga, tempat tinggal, atau kondisi traumatis yang mereka alami. Oleh karena itu, penanganan holistik yang meliputi pemberian dukungan psikososial, konseling, serta berbagai intervensi untuk memulihkan kondisi mental dan sosial korban, merupakan komponen penting yang harus berjalan beriringan dengan tindakan medis maupun logistik.

Terakhir, prinsip penting dalam pengelolaan bencana dan KLB adalah prinsip kesinambungan perawatan. Ini berarti bahwa perhatian terhadap korban tidak boleh berhenti hanya di tahap respons awal atau darurat, tetapi harus terus berlanjut hingga tahap pemulihan, rehabilitasi, dan bahkan rekonstruksi jangka panjang. Prinsip ini menuntut adanya perencanaan yang matang dan integrasi berbagai tahapan penanganan, sehingga korban dan masyarakat yang terdampak mendapatkan bantuan berkelanjutan dalam proses pemulihan kehidupan mereka. Tahapan ini mencakup perawatan lanjutan, rehabilitasi fisik maupun mental, pemulihan ekonomi dan sosial, serta rekonstruksi infrastruktur dan lingkungan agar kehidupan korban kembali normal dan bahkan lebih baik dibandingkan sebelum bencana terjadi.

D. Tahapan Manajemen Bencana dalam Keperawatan

Manajemen bencana dalam keperawatan merupakan suatu rangkaian kegiatan sistematis dan terpadu yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, terutama perawat, dalam rangka menghadapi situasi bencana mulai dari sebelum kejadian hingga setelah kejadian berlangsung. Secara umum, tahapan manajemen bencana terbagi

menjadi tiga fase utama, yaitu tahap pra-bencana, tahap saat bencana, dan tahap pasca-bencana. Masing-masing tahap ini memiliki aktivitas yang spesifik, berbeda tujuan, serta memerlukan kompetensi dan pendekatan khusus yang harus dikuasai oleh perawat maupun tenaga kesehatan terkait lainnya.

Pada tahap pra-bencana, aktivitas utama yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kesiapsiagaan serta meminimalkan dampak buruk dari bencana yang mungkin terjadi di masa depan. Tahap ini berfokus pada perencanaan yang matang untuk menghadapi kondisi darurat, sehingga ketika bencana benar-benar terjadi, masyarakat serta tenaga kesehatan dapat bertindak dengan tepat dan efektif. Salah satu kegiatan penting dalam tahap ini adalah penyusunan rencana kesiapsiagaan yang jelas dan terperinci, yang mencakup identifikasi potensi bahaya, penentuan jalur evakuasi, ketersediaan sumber daya medis dan logistik, serta pembentukan tim tanggap darurat yang terlatih.

Selain perencanaan, kegiatan mitigasi juga menjadi aspek krusial di tahap pra-bencana. Mitigasi mencakup upaya untuk mengurangi risiko bencana, baik melalui pendekatan struktural seperti pembangunan fasilitas tahan bencana maupun pendekatan non-struktural seperti edukasi masyarakat mengenai cara menghadapi bencana. Di sisi lain, pelatihan secara berkala kepada tenaga kesehatan dan komunitas juga menjadi bagian penting, agar setiap individu memahami peran dan tanggung jawabnya dalam kondisi darurat. Edukasi masyarakat dilakukan dengan tujuan meningkatkan kesadaran dan pengetahuan terkait langkah-langkah pencegahan, kesiapsiagaan pribadi maupun keluarga, serta pengetahuan tentang tindakan awal yang harus diambil saat bencana terjadi.

Pada tahap saat bencana, aktivitas utama berorientasi pada respons yang cepat dan terkoordinasi dalam rangka meminimalkan jumlah korban jiwa serta mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut akibat situasi bencana. Pada tahap ini, peran tenaga keperawatan sangat krusial karena menjadi garda terdepan dalam memberikan pertolongan medis pertama kepada korban. Aktivitas utama dalam tahap ini meliputi proses triase korban, yaitu pengklasifikasian korban berdasarkan tingkat keparahan cedera atau kondisi medis, agar pertolongan dapat diberikan secara tepat dan prioritas dapat ditentukan dengan cepat. Proses triase ini membantu tenaga kesehatan memprioritaskan korban yang membutuhkan intervensi segera guna menyelamatkan nyawa.

Selain triase, tindakan medis darurat yang diberikan meliputi pertolongan pertama, seperti menghentikan perdarahan, mengelola luka, pemberian oksigen, dan intervensi medis darurat lainnya sesuai kebutuhan. Proses stabilisasi pasien dilakukan dengan tujuan memastikan kondisi korban tidak semakin memburuk sebelum tindakan lanjutan dapat diberikan. Setelah stabilisasi awal, langkah

selanjutnya adalah evakuasi korban ke fasilitas kesehatan atau tempat aman yang memiliki kapasitas untuk memberikan perawatan lebih lanjut secara komprehensif. Dalam tahap ini, peran koordinasi dengan pihak lain seperti tim SAR, relawan, atau instansi pemerintah menjadi penting untuk memastikan evakuasi berjalan lancar dan cepat.

Tahap terakhir, yaitu tahap pasca-bencana, berfokus pada pemulihan dan rehabilitasi jangka panjang untuk membantu korban kembali ke kehidupan normal. Aktivitas dalam tahap ini melibatkan pendekatan multidimensi yang meliputi pemulihan fisik, psikologis, serta sosial korban yang terdampak oleh bencana. Dalam aspek pemulihan fisik, tenaga keperawatan dan tim kesehatan memberikan perawatan lanjutan bagi korban yang mengalami cedera atau penyakit akibat bencana, mulai dari perawatan luka, terapi fisik, hingga pemantauan kesehatan yang berkelanjutan.

Pada aspek psikologis, korban yang mengalami trauma atau gangguan emosional akibat bencana perlu mendapatkan dukungan psikososial yang intensif melalui konseling, terapi kelompok, atau intervensi psikologis lain yang sesuai. Peran perawat dalam memberikan dukungan emosional sangat penting guna membantu korban mengatasi stres, depresi, kecemasan, maupun gejala psikologis lain yang mungkin muncul pasca-bencana.

Di sisi sosial, rehabilitasi melibatkan upaya reintegrasi korban ke dalam masyarakat melalui berbagai program sosial, ekonomi, dan edukasi yang bertujuan membantu mereka membangun kembali kehidupan yang rusak akibat bencana. Kegiatan rehabilitasi ini dapat mencakup pembangunan kembali rumah, fasilitas umum, serta pemulihan mata pencaharian melalui pelatihan keterampilan maupun pemberian bantuan sosial yang diperlukan. Pada tahap ini, kesinambungan perawatan menjadi prinsip penting, di mana korban tidak hanya menerima dukungan dalam jangka pendek tetapi juga mendapatkan pendampingan hingga kondisi mereka benar-benar stabil secara menyeluruh.

Keseluruhan tahapan ini menunjukkan bahwa peran tenaga keperawatan dalam manajemen bencana bersifat integral dan berlangsung secara kontinu mulai dari pencegahan, kesiapsiagaan, respons cepat, hingga rehabilitasi yang komprehensif. Dengan memahami dan menerapkan setiap tahap tersebut secara efektif, tenaga keperawatan mampu memberikan kontribusi besar dalam upaya melindungi dan memulihkan kesehatan masyarakat yang terdampak bencana maupun Kejadian Luar Biasa.

E. Peran dan Tanggung Jawab Perawat dalam Bencana dan KLB

Dalam menghadapi situasi bencana maupun Kejadian Luar Biasa (KLB), perawat memainkan peran yang sangat krusial dan strategis dalam setiap tahapan manajemen krisis tersebut. Keberadaan perawat sebagai tenaga kesehatan terdepan menempatkan mereka sebagai elemen kunci dalam memberikan respons awal yang efektif serta memastikan keberlanjutan penanganan korban dari tahap awal hingga tahap pemulihan. Peran perawat dalam konteks bencana dan KLB tidak hanya terbatas pada aspek klinis semata, tetapi mencakup pula berbagai dimensi lain yang secara keseluruhan sangat menentukan keberhasilan penanggulangan bencana.

Salah satu tanggung jawab utama perawat dalam konteks bencana dan KLB adalah menjaga kesiapan diri dan tim kesehatan secara optimal. Kesiapan ini mencakup kesiapan fisik, mental, dan emosional dari masing-masing perawat untuk menghadapi situasi yang penuh tekanan, risiko tinggi, serta ketidakpastian. Perawat dituntut memiliki kompetensi klinis yang tinggi melalui pelatihan intensif, serta kemampuan pengelolaan stres agar mampu bertindak profesional meskipun dalam situasi yang sangat sulit. Selain kesiapan pribadi, perawat juga bertanggung jawab untuk memastikan kesiapan tim, baik melalui latihan berkala, simulasi bencana, maupun pembekalan pengetahuan terbaru tentang prosedur dan protokol tanggap darurat. Dengan kesiapan yang baik ini, tim keperawatan dapat langsung bergerak secara efektif ketika bencana terjadi.

Ketika bencana atau KLB benar-benar terjadi, peran utama perawat yang sangat vital adalah melaksanakan proses triase secara efektif dan efisien. Triase merupakan tindakan pertama yang krusial dalam menentukan prioritas korban berdasarkan tingkat keparahan kondisinya. Proses triase yang dilakukan oleh perawat harus cepat, akurat, dan terkoordinasi dengan baik, guna memastikan bahwa korban dengan kondisi paling kritis mendapatkan intervensi medis segera. Dalam situasi darurat, ketepatan dan kecepatan dalam pelaksanaan triase dapat menyelamatkan banyak nyawa sekaligus mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya kesehatan yang terbatas.

Setelah proses triase dilakukan, perawat bertanggung jawab dalam memberikan berbagai bentuk intervensi keperawatan yang sifatnya segera dan tepat sesuai dengan kebutuhan korban. Intervensi ini mencakup pemberian pertolongan pertama, seperti menghentikan perdarahan, stabilisasi tanda-tanda vital, pemberian oksigen, serta tindakan lain yang bertujuan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut atau bahkan kematian. Dalam banyak kasus, tindakan keperawatan ini menjadi penentu utama dalam meningkatkan angka kelangsungan hidup korban, sebelum korban dievakuasi ke fasilitas kesehatan dengan pelayanan lanjutan yang lebih lengkap.

Selain tindakan klinis langsung, perawat juga memiliki tanggung jawab dalam melakukan edukasi dan penyuluhan kepada korban, keluarga korban, maupun masyarakat secara umum. Pendidikan kesehatan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai cara mengelola situasi darurat, menjaga kesehatan pribadi dan keluarga dalam situasi krisis, serta mengurangi risiko penyakit yang dapat muncul setelah bencana atau KLB terjadi. Edukasi yang diberikan oleh perawat meliputi informasi mengenai kebersihan personal, pemanfaatan air bersih, pencegahan penyakit menular, serta penanganan psikologis seperti pengelolaan stres dan trauma pasca-bencana. Edukasi yang tepat dan efektif dapat membantu masyarakat untuk lebih tenang, terorganisasi, serta mampu berkontribusi positif dalam penanganan bencana secara kolektif.

Perawat juga memiliki peran penting dalam berkolaborasi dan berkoordinasi dengan profesi kesehatan lainnya maupun instansi lintas sektor dalam rangka memastikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terintegrasi. Kolaborasi ini mencakup koordinasi dengan dokter, apoteker, psikolog, tim SAR, pihak keamanan, organisasi non-pemerintah, serta instansi pemerintah terkait lainnya. Dalam konteks bencana dan KLB, pendekatan multidisiplin dan interprofesional sangat esensial untuk mengoptimalkan sumber daya yang tersedia serta memastikan bahwa seluruh aspek kebutuhan korban dapat terpenuhi secara efektif. Melalui kolaborasi yang kuat, hambatan komunikasi dan koordinasi dapat diminimalisir sehingga respons bencana menjadi lebih efisien dan tepat sasaran.

Tidak kalah pentingnya, tanggung jawab lain dari perawat dalam situasi bencana adalah melakukan dokumentasi secara akurat dan teratur terhadap setiap tindakan yang dilakukan maupun kondisi korban yang ditangani. Dokumentasi ini berfungsi sebagai rekaman penting yang akan digunakan untuk evaluasi serta perencanaan manajemen bencana di masa depan. Dokumentasi yang akurat memberikan data yang berharga untuk mengevaluasi efektivitas intervensi yang dilakukan, menganalisis kebutuhan tambahan, serta mengidentifikasi kekurangan atau kesalahan dalam penanganan yang telah berjalan. Hasil dokumentasi ini kemudian dapat digunakan sebagai acuan penting dalam memperbaiki sistem, kebijakan, serta prosedur penanggulangan bencana di masa yang akan datang.

F. Latihan Soal

Soal 1

Seorang perawat bertugas di daerah terdampak banjir besar. Banyak korban mengungsi di gedung sekolah dengan kondisi luka terbuka dan tanda infeksi. Langkah awal yang paling tepat dilakukan oleh perawat adalah:

A. Mengedukasi korban mengenai kebersihan lingkungan

- B. Melakukan triase untuk menentukan prioritas penanganan
- C. Memberikan makanan tambahan bagi para korban
- D. Mendirikan posko kesehatan di area terdampak
- E. Melakukan survei epidemiologi terkait infeksi

Kunci Jawaban: B

Rasional:

Triase adalah langkah utama dalam situasi bencana untuk menentukan prioritas korban berdasarkan tingkat keparahan cedera. Tindakan ini sangat penting untuk memaksimalkan sumber daya yang terbatas dalam menyelamatkan nyawa.

Soal 2

Sebuah rumah sakit menghadapi lonjakan pasien yang datang dengan keluhan demam tinggi, nyeri otot, dan perdarahan spontan. Berdasarkan kasus ini, kejadian yang terjadi dapat diklasifikasikan sebagai:

- A. Bencana alam
- B. Bencana non-alam
- C. Kejadian Luar Biasa (KLB)
- D. Kondisi endemik
- E. Wabah epidemi kecil

Kunci Jawaban: C

Rasional:

Peningkatan tiba-tiba jumlah kasus penyakit tertentu di luar batas normal seperti demam tinggi disertai perdarahan spontan mengindikasikan Kejadian Luar Biasa (KLB), khususnya pada penyakit menular seperti demam berdarah dengue.

Soal 3

Saat terjadi gempa bumi besar, perawat mendapatkan instruksi untuk segera merespons situasi tersebut. Berdasarkan prinsip penanganan bencana, tindakan awal perawat yang paling tepat adalah:

- A. Menunggu petugas medis senior datang
- B. Melakukan evakuasi korban ke tempat aman
- C. Mendistribusikan logistik kepada korban
- D. Menyusun dokumentasi korban terlebih dahulu
- E. Memberikan terapi psikososial segera kepada korban

Kunci Jawaban: B

Rasional:

Dalam prinsip dasar penanganan bencana, keselamatan korban adalah prioritas utama. Evakuasi korban ke tempat yang aman menjadi langkah pertama untuk mengurangi risiko tambahan.

Soal 4

Pasca letusan gunung berapi, seorang korban mengalami stres berat, kecemasan, dan sulit tidur akibat kehilangan anggota keluarga. Intervensi keperawatan yang paling tepat pada tahap ini adalah:

- A. Pemberian obat penenang segera
- B. Memberikan edukasi mengenai letusan gunung berapi
- C. Menyarankan korban untuk beristirahat cukup
- D. Melakukan konseling dan memberikan dukungan psikososial
- E. Memberikan vaksinasi untuk mencegah penyakit menular

Kunci Jawaban: D

Rasional:

Pendekatan holistik dalam penanganan bencana mencakup intervensi psikososial. Konseling dan dukungan psikososial adalah intervensi tepat untuk mengurangi stres dan kecemasan pada korban.

Soal 5

Seorang perawat bertugas di lokasi KLB keracunan makanan massal di sebuah acara pernikahan. Setelah triase dilakukan, langkah selanjutnya yang harus dilakukan perawat adalah:

- A. Melakukan edukasi tentang pentingnya mencuci tangan
- B. Menyiapkan transportasi untuk evakuasi korban
- C. Memberikan pertolongan pertama berupa rehidrasi cairan
- D. Mengambil sampel makanan untuk investigasi epidemiologi
- E. Melakukan survei terhadap seluruh masyarakat sekitar

Kunci Jawaban: C

Rasional:

Setelah triase, langkah paling tepat adalah pemberian pertolongan pertama berupa rehidrasi cairan untuk mencegah komplikasi yang lebih serius akibat keracunan, sebelum tindakan investigasi lebih lanjut dilakukan.

G. Rangkuman Materi

Bencana dan Kejadian Luar Biasa (KLB) merupakan situasi krisis yang berdampak luas terhadap masyarakat, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan. Bencana dapat muncul dari faktor alam seperti gempa bumi, tsunami,

banjir, dan letusan gunung berapi, serta faktor non-alam seperti kecelakaan industri, konflik sosial, dan kegagalan teknologi. Sedangkan KLB adalah peningkatan mendadak kasus penyakit tertentu seperti demam berdarah, COVID-19, atau keracunan massal.

Penanganan bencana dan KLB membutuhkan pendekatan yang sistematis, terkoordinasi, cepat, efisien, serta mengedepankan keselamatan korban maupun tenaga kesehatan. Prinsip-prinsip dasar tersebut mencakup kecepatan respons, efisiensi sumber daya, koordinasi lintas sektoral, pendekatan holistik, serta kesinambungan perawatan dari tahap awal hingga rehabilitasi jangka panjang.

Dalam konteks keperawatan, tahapan manajemen bencana terbagi atas tiga fase utama yaitu pra-bencana (kesiapsiagaan dan mitigasi risiko), saat bencana (triase, tindakan medis darurat, stabilisasi dan evakuasi korban), serta pasca-bencana (pemulihan fisik, psikologis, sosial, dan rehabilitasi masyarakat). Perawat memainkan peran yang sangat penting dalam setiap fase tersebut dengan memastikan kesiapan diri dan tim, melakukan triase secara efektif, memberikan intervensi keperawatan yang tepat, memberikan edukasi kesehatan, berkolaborasi lintas profesi, serta menjalankan dokumentasi secara akurat dan teratur untuk evaluasi dan perbaikan penanganan bencana di masa depan. Dengan demikian, peran perawat menjadi sangat vital dalam memastikan keberhasilan penanggulangan bencana dan KLB serta percepatan pemulihan masyarakat terdampak menuju kondisi kehidupan yang normal kembali.

H. Glosarium

Bencana: Kejadian atau rangkaian kejadian yang mengancam kehidupan dan penghidupan masyarakat, menyebabkan kerugian besar dalam aspek jiwa, harta benda, lingkungan, sosial, maupun psikologis. Bencana dapat disebabkan oleh faktor alam maupun non-alam.

Bencana Alam: Bencana yang disebabkan oleh fenomena alami seperti gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, tanah longsor, dan badai, yang tidak dapat diprediksi secara pasti dan seringkali memiliki dampak besar terhadap kehidupan manusia.

Bencana Non-Alam: Bencana yang diakibatkan oleh aktivitas manusia, baik disengaja maupun tidak disengaja. Contohnya termasuk kecelakaan industri, kebocoran bahan kimia, radiasi nuklir, kecelakaan transportasi massal, konflik sosial, dan perang.

Kejadian Luar Biasa (KLB): Keadaan meningkatnya secara tiba-tiba kasus penyakit atau kondisi kesehatan tertentu yang melampaui angka normal pada waktu dan

lokasi tertentu. KLB biasanya terkait dengan penyakit menular, keracunan makanan massal, atau kondisi kesehatan darurat lainnya.

Triase: Proses pengelompokan atau klasifikasi korban bencana atau KLB berdasarkan tingkat keparahan cedera atau kondisinya untuk menentukan prioritas penanganan medis yang tepat.

Surveilans Epidemiologi: Pemantauan sistematis yang bertujuan mengidentifikasi secara cepat pola penyebaran penyakit atau kondisi kesehatan dalam masyarakat agar dapat dilakukan intervensi efektif dan cepat.

Mitigasi: Upaya pengurangan risiko dampak bencana yang dilakukan sebelum bencana terjadi, baik secara struktural (misalnya membangun fasilitas tahan bencana) maupun non-struktural (misalnya edukasi dan pelatihan masyarakat).

Kesiapsiagaan: Kegiatan perencanaan, pelatihan, dan persiapan sumber daya sebelum terjadinya bencana, agar ketika terjadi bencana, masyarakat dan tenaga kesehatan dapat bertindak dengan efektif dan tepat.

Respons Darurat: Tindakan cepat yang dilakukan sesaat setelah bencana terjadi, meliputi evakuasi korban, triase, pertolongan pertama, stabilisasi kondisi korban, dan pemberian bantuan medis.

Pemulihan (Rehabilitasi dan Rekonstruksi): Proses setelah bencana yang mencakup rehabilitasi fisik, psikologis, dan sosial korban untuk membantu mereka kembali ke kehidupan normal, serta rekonstruksi fasilitas dan infrastruktur yang rusak akibat bencana.

Prinsip Kecepatan Respons: Prinsip yang menekankan pentingnya tindakan cepat dalam mendeteksi, melaporkan, dan mengelola situasi bencana atau KLB untuk mengurangi jumlah korban dan dampak lanjutan.

Efisiensi Sumber Daya: Pemanfaatan sumber daya yang tersedia secara optimal untuk menghindari pemborosan dan memastikan bantuan medis dan logistik tersalurkan secara tepat guna sesuai prioritas kebutuhan.

Koordinasi Lintas Sektoral: Kolaborasi dan komunikasi antar berbagai instansi atau sektor, seperti kesehatan, sosial, keamanan, pendidikan, serta organisasi masyarakat sipil, untuk menjamin respons terpadu dan harmonis dalam menangani bencana atau KLB.

Pendekatan Holistik: Pendekatan penanganan bencana atau KLB yang mencakup berbagai dimensi, termasuk fisik, psikologis, dan sosial, agar korban menerima intervensi secara menyeluruh dan terpadu.

Kesinambungan Perawatan: Prinsip yang mengharuskan adanya perawatan secara kontinu dari tahap awal kejadian hingga tahap pemulihan jangka panjang, meliputi pemulihan fisik, mental, sosial, hingga rehabilitasi ekonomi korban.

Intervensi Keperawatan: Tindakan langsung yang dilakukan oleh perawat dalam situasi bencana atau KLB, seperti pertolongan pertama, stabilisasi korban, pemberian edukasi, dan dukungan psikososial.

Dokumentasi Keperawatan: Pencatatan secara akurat dan sistematis mengenai kondisi korban, intervensi yang diberikan, serta hasilnya, yang berguna untuk evaluasi efektivitas tindakan dan perencanaan penanggulangan bencana di masa mendatang.

I. Daftar Pustaka

- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2019). Panduan Penanggulangan Bencana Berbasis Masyarakat. Jakarta: BNPB.
- Coppola, D. P. (2020). *Introduction to International Disaster Management* (4th ed.). Butterworth-Heinemann.
- Fauci, A. S., Lane, H. C., & Redfield, R. R. (2020). Covid-19: Navigating the uncharted. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1268–1269. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2002387>
- Hidayat, A. A. A. (2019). *Pengantar Ilmu Keperawatan: Konsep dan Teori dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2020). *World Disasters Report 2020: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. Geneva: IFRC.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi COVID-19*. Jakarta: Kemenkes RI.
- McEntire, D. A. (2021). *Disaster Response and Recovery: Strategies and Tactics for Resilience* (3rd ed.). Wiley.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Shaluf, I. M. (2019). An overview on disasters. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 28(3), 293–309. <https://doi.org/10.1108/DPM-03-2019-0078>
- World Health Organization. (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Emergency Response Framework*. Geneva: World Health Organization.
- Yulianto, V. I., & Tirtayasa, K. (2019). Buku panduan praktis triase korban bencana untuk tenaga kesehatan. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(2), 173–181. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2019.030.02.8>

PROFIL PENULIS



Ns. Ida Rosidawati, M.Kep. Lahir di Tasikmalaya, 08 Oktober 1986. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners, STIKes Muhammadiyah Tasikmalaya tahun 2010. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Padjadjaran dan lulus tahun pada tahun 2015. Penulis bekerja di Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya sejak tahun 2011 sebagai dosen dan menduduki jabatan struktural menjadi Kepala Biro Administrasi Akademik sejak 2014 sampai sekarang. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Ilmu Dasar Keperawatan, Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Kritis dan Keperawatan Bencana. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku dengan judul “Penanganan Kegawatdaruratan Berbasis Masyarakat” dan Pengantar Keperawatan: Prinsip Dasar, Manajemen dan Praktik: Keperawatan Gawat Darurat”, serta publikasi baik hasil penelitian maupun pengabdian kepada masyarakat. Penulis juga aktif berorganisasi menjadi pengurus di DPD PPNI Kota Tasikmalaya sebagai Ketua Divisi Bidang Penelitian dan Sisinfokom, menjadi Bendahara di DPK PTS PPNI Kota Tasikmalaya, Aktif juga di Organisasi ‘Aisyiyah menjadi Ketua Pimpinan Cabang Aisyiyah Cibeureum Kota Tasikmalaya, menjadi sekretaris majelis kesehatan di Pimpinan Daerah ‘Aisyiyah Kota Tasikmalaya, serta menjadi anggota HIPGABI Jawa Barat. Penulis juga mengikuti beberapa pelatihan seperti pelatihan BTCLS, Pelatihan Tenaga Pelatih Kesehatan (TPK), sekarang menjadi Fasilitator Pelatihan BTCLS. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ida.rosidawati@umtas.ac.id

Motto: “Jangan Berpikir untuk Sempurna, Tetapi Berpikirlah untuk Berguna”



Ns. Dudella Desnani Firman Yasin, S.Kep., M.Kep Lahir di Malang, 28 Desember 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Brawijaya tahun 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Brawijaya dan lulus tahun pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2013. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Pangkalpinang mengampu mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Dasar. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: dudella.desnani@poltekkespangkalpinang.ac.id

PROFIL PENULIS



Rasi Rahagia, S.Kep., Ns., M.Kep Lahir di Trenggalek, 02 Agustus 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang tahun 2008-2012. Mengikuti jenjang Profesi Ners selama satu tahun, lulus tahun 2013. Kemudian melanjutkan Pendidikan S2 pada Universitas Brawijaya Malang tahun 2015, dan lulus pada tahun 2017. Penulis mengambil peminatan Keperawatan Gawat Darurat pada saat Pendidikan S2. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Institut Kesehatan dan Bisnis Surabaya. Menjadi dosen mulai tahun 2018 hingga sekarang. Penulis dalam kesehariannya menjadi dosen mengampu matakuliah Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Bencana, serta Keperawatan Kritis. Penulis aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi jurnal, seminar, pembicara, serta mengikuti berbagai pelatihan. Penulis juga aktif membina kegiatan KSR Mahasiswa di Institut Kesehatan dan Bisnis Surabaya bekerjasama dengan PMI (Palang Merah Indonesia) Kota Surabaya. Penulis bisa dihubungi melalui e-mail: jaemincute89@gmail.com
Motto: "Belajarlah karena manusia dilahirkan tidak dalam keadaan mengetahui suatu ilmu"



Nur Yeti syarifah., S.Kep, Ns.M.Med. Ed Lahir di Sumenep tanggal 06 Agustus 1980. Lulus S1 Keperawatan dan Profesi Ners pada tahun 2007 dari Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan dari Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Menjadi dosen keperawatan sejak tahun 2006. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wira Husada Yogyakarta, mengampu mata kuliah Ilmu Dasar Keperawatan, Ilmu Biomedik, Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku standar operating prosedur keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Kritis dan Aktif menulis Soal-soal Uji Kompetensi Ners, saat ini jumlah publikasi karya yang dihasilkan sebanyak 55 Publikasi Penelitian, Penulis juga aktif dalam kegiatan seminar ilmiah dan workshop sebagai penunjang keilmuan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nuryeti_syarifah@yahoo.co.oid
Motto: Kegagalan hanyalah beban dalam pikiran, tapi, takut mencoba adalah beban seumur hidup, hidup terus berkarya maju tanpa melihat kebelakang.

PROFIL PENULIS



Ns. Arie Sulistiyawati, S.Kep, M.Kep., lahir di Subang, 08 April 1981. Saat ini penulis tinggal di Cisaranten Kulon, Arcamanik, Kota Bandung. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari S-1 di Program Studi Ilmu Keperawatan UNPAD Bandung (lulus 2005), program Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan UNPAD Bandung (lulus 2006), pascasarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD Bandung dengan peminatan keperawatan medikal bedah (lulus 2015). Aktivitas penulis saat ini sebagai ketua program studi diploma tiga keperawatan periode 2023-2026, penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan tridharma perguruan tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi dan mengikuti seminar atau pelatihan. Jalin kerja sama dengan penulis via surel **sulistiyawatiarie@gmail.com**



Nama: **Ns. Revi Yulia., M. Kep**
Tempat/Tgl Lahir: Desa Sako, 16 Juli 1988
Alamat: perumahan villa taman sari, Tarakan
Riwayat Pendidikan: S1 keperawatan dan ners di stikes fort de kock S2 Keperawatan universitas andalas peminatan manajemen keperawatan
Pekerjaan: staff dosen di prodi d3 keperawatan
Instansi: politeknik kaltara
Pesan Untuk Pembaca: teruslah berkarya, walau hanya satu bab



Vita Maryah Ardiyani, lahir di Malang, 26 Februari 1987. Jenjang Pendidikan S1 ditempuh di Universitas Brawijaya Malang Program Studi Ilmu Keperawatan, lulus tahun 2010. Pendidikan S2 Magister Keperawatan Universitas Brawijaya Peminatan Keperawatan Gawat Darurat, lulus tahun 2015. Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Tribhuwana Tungadewi Malang . Penulis sangat mencintai dunia pendidikan tinggi terutama bidang keperawatan yang sudah di geluti selama lebih dari 10 tahun dan aktif dalam pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat di lingkup perguruan tinggi. Penulis aktif terlibat dalam beberapa penelitian termasuk yang didanai kemeristek DIKTI. Beberapa artikel telah di terbitkan penulis pada jurnal bereputasi sinta terutama dalam lingkup keperawatan gawat darurat dan keperawatan medical bedah. Penulis berfokus pada penelitian di area keperawatan gawat darurat khususnya triase. Besar harapan penulis untuk aktif dalam menghasilkan produk artikel, buku dan karya lain yang dapat memberikan manfaat bagi sesama.
Email : vitamaryah@gmail.com(081336068456)

PROFIL PENULIS



Ns. Yuyun Setiyawati, S.Kep., M.Kep., Staf Dosen pada Prodi Keperawatan Universitas UMMI Bogor. Lahir di Sleman 18 Mei 1986, penulis menempuh Sekolah Dasar Sendangadi 1 Sleman, SLTP Negeri 11 Yogyakarta, SMU Negeri 1 Mlati yang berada di Yogyakarta, tamat DIII Keperawatan di Prodi Keperawatan Akademi Keperawatan Panti Rapih Tahun 2007, bekerja di Staff Perawat di *Emergency and Trauma Center* Siloam Hospital Lippo Village dan *Nurse Ambulance*. Tahun 2011 melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Tahun 2013 melanjutkan pendidikan Profesi Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Tahun 2014 bekerja sebagai Perawat di Instalasi Gawat Darurat RS Karya Bhakti Pratiwi Bogor, Tahun 2016 menjabat sebagai Kepala Ruang di Instalasi Gawat Darurat RS Karya Bhakti Pratiwi Bogor, Tahun 2020 menjabat sebagai Kepala Sub Bidang Keperawatan RS Karya Bhakti Pratiwi Bogor, Tahun 2020 melanjutkan studi Magister Manajemen, Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok. Tahun 2023 penulis bergabung menjadi dosen dan saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi DIII Keperawatan di Universitas UMMI Bogor. Penulis sangat tertarik dengan keperawatan gawat darurat, penulis mengikuti berbagai pelatihan tentang gawat darurat dan berpengalaman sebagai tim evakuasi pasien darat dan udara (pesawat dan helikopter). Penulis juga melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu melaksanakan penelitian dan pengabdian masyarakat. Hasil Penelitian yang penulis lakukan telah dipublikasi pada Jurnal Keperawatan Nasional terakreditasi dan jurnal International. Peneliti juga sebagai pembicara seminar Rumah Sakit, Internal, maupun Nasional. Peneliti juga menjabat sebagai Assesor Internal Rumah Sakit yang mengevaluasi skill perawat termasuk perawat Gawat Darurat.

Sinopsis

Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana dirancang sebagai referensi utama bagi mahasiswa keperawatan, tenaga kesehatan, serta praktisi yang terlibat dalam situasi kegawatdaruratan dan bencana. Buku ini memberikan pemahaman yang komprehensif mulai dari konsep dasar dan prinsip utama dalam keperawatan gawat darurat, hingga strategi penanganan korban dalam berbagai situasi kritis. Pembahasan mengenai prioritas, peran perawat, proses keperawatan, hingga aspek etik, legal, dan kultural menjadi landasan kuat bagi pembaca untuk mampu memberikan asuhan yang tepat dan efektif.

Selain itu, buku ini secara rinci mengulas sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT), bantuan hidup dasar (BHD), dan prosedur triage yang esensial dalam menentukan prioritas penanganan pasien. Prosedur utama seperti primary dan secondary survey, teknik stabilisasi pasien, hingga transportasi ke fasilitas kesehatan dijelaskan secara praktis dan terstruktur untuk mempermudah pemahaman dan aplikasi di lapangan.

Pada bagian akhir, buku ini menyajikan materi mengenai manajemen bencana dan kejadian luar biasa (KLB) yang meliputi jenis-jenis bencana, dampaknya, serta tahapan manajemen yang melibatkan koordinasi multidisiplin. Pembaca juga diajak memahami prosedur tindakan kegawatdaruratan, pemeriksaan fisik dalam kondisi kritis, hingga peran vital perawat dalam situasi bencana dan KLB. Setiap bab dilengkapi dengan latihan soal, rangkuman materi, glosarium, dan daftar pustaka guna meningkatkan pemahaman serta kemampuan klinis para pembaca.

Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana dirancang sebagai referensi utama bagi mahasiswa keperawatan, tenaga kesehatan, serta praktisi yang terlibat dalam situasi kegawatdaruratan dan bencana. Buku ini memberikan pemahaman yang komprehensif mulai dari konsep dasar dan prinsip utama dalam keperawatan gawat darurat, hingga strategi penanganan korban dalam berbagai situasi kritis. Pembahasan mengenai prioritas, peran perawat, proses keperawatan, hingga aspek etik, legal, dan kultural menjadi landasan kuat bagi pembaca untuk mampu memberikan asuhan yang tepat dan efektif.

Selain itu, buku ini secara rinci mengulas sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT), bantuan hidup dasar (BHD), dan prosedur triage yang esensial dalam menentukan prioritas penanganan pasien. Prosedur utama seperti primary dan secondary survey, teknik stabilisasi pasien, hingga transportasi ke fasilitas kesehatan dijelaskan secara praktis dan terstruktur untuk mempermudah pemahaman dan aplikasi di lapangan.

Pada bagian akhir, buku ini menyajikan materi mengenai manajemen bencana dan kejadian luar biasa (KLB) yang meliputi jenis-jenis bencana, dampaknya, serta tahapan manajemen yang melibatkan koordinasi multidisiplin.

Pembaca juga diajak memahami prosedur tindakan kegawatdaruratan, pemeriksaan fisik dalam kondisi kritis, hingga peran vital perawat dalam situasi bencana dan KLB. Setiap bab dilengkapi dengan latihan soal, rangkuman materi, glosarium, dan daftar pustaka guna meningkatkan pemahaman serta kemampuan klinis para pembaca.

Penerbit:

PT Optimal Untuk Negeri

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88

RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat, DKI Jakarta

